

CESAG SANTE

ANNEE ACADEMIQUE 2014-2015

Mémoire de fin d'études

**MBA GESTION DES SERVICES DE SANTE option GESTION HOSPITALIERE
25^e PROMOTION**



THEME :

**LA DEMARCHE QUALITE, UNE METHODE PRECIEUSE POUR L'AMELIORATION DE
L'HYGIENE HOSPITALIERE :**

**Exemple de la pratique de pose de cathéters veineux périphériques au Service d'Accueil des Urgences
de l'Hôpital Principal de Dakar.**

Présenté par :

Dr YEBOUE Jean-Jacques

Médecin-Manager Junior

CESAG-Dakar

Dirigé par :

Médecin Général (CR) Boubacar WADE

Professeur Agrégé de Val de Grâce

Enseignant associé au CESAG-Dakar

15 décembre 2015

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| SOMMAIRE | a |
| <i>DEDICACES</i> | d |
| <i>REMERCIEMENTS</i> | f |
| <i>LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS</i> | g |
| <i>LISTE DES FIGURES</i> | j |
| <i>LISTE DES TABLEAUX</i> | k |
| <i>LISTE DES ANNEXES</i> | k |
| INTRODUCTION GENERALE..... | 1 |
| PARTIE I : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE..... | 4 |
| CHAPITRE I : HYGIENE HOSPITALIERE | 5 |
| I) HISTORIQUE ET DEFINITIONS DES CONCEPTS | 5 |
| II) CHAINE INFECTIEUSE OU CHAINE EPIDEMIOLOGIQUE | 8 |
| III) LES INFECTIONS NOSOCOMIALES : I.N. | 10 |
| IV) LES DIFFERENTS ASPECTS DE L'HYGIENE HOSPITALIERE | 16 |
| V) LA REGLEMENTATION DE L'HYGIENE HOSPITALIERE | 16 |
| VI) LA PRATIQUE DE POSE DES CATHETERS VEINEUX PERIPHERIQUES . | 22 |
| CHAPITRE II : LA DEMARCHE QUALITE EN SANTE..... | 24 |
| I) CONCEPTS ET PRINCIPES DES DEMARCHES QUALITES | 24 |
| II) AUDIT CLINIQUE | 35 |
| PARTIE II : CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE..... | 40 |
| CHAPITRE I: ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE : LE SYSTEME SANITAIRE AU SENEGAL (SSS)..... | 41 |
| I) ORAGANISATION | 41 |
| II) LA POLITIQUE SANITAIRE | 41 |
| III) PLAN SENEGAL EMERGENT | 42 |
| IV) ETAT DE SANTE DES POPULATIONS | 42 |
| V) LES SOINS HOSPITALIERS A DAKAR | 43 |

| | |
|--|----|
| VII) ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LES I.N. AU SENEGAL | 44 |
| VIII) SYNTHESE DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE : OPPORTUNITES ET MENACES | 46 |
| CHAPITRE II : ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT INTERNE : HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR (HPD) | 47 |
| I) HISTORIQUE | 47 |
| II) MISSIONS | 49 |
| III) OBJECTIFS | 50 |
| IV) ACTIVITES ET PRODUITS | 50 |
| V) ORGANISATION ADMINISTRATIVE DE L'HPD | 51 |
| VI) ORGANES CONSULTATIFS | 52 |
| VII) LES SERVICES DE L'HPD | 53 |
| VIII) RESSOURCES HUMAINES | 54 |
| IX) RESSOURCES FINANCIERES | 54 |
| X) LES ACTIVITES | 54 |
| XI) UHCD : URGENCE PELTIER | 55 |
| XII) DOCUMENT DE POLITIQUE DE MANAGEMENT QUALITE DE L'HPD | 58 |
| XIII) SYNTHESE DE L'ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT INTERNE : POINTS FORTS / POINTS FAIBLES | 61 |
| CHAPITRE III : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES PROBLEMES | 62 |
| I) IDENTIFICATION DES PROBLEMES | 62 |
| II) LA PRIORISATION DES PROBLEMES | 62 |
| CHAPITRE IV : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE | 64 |
| I) ENONCE DU PROBLEME | 64 |
| II) JUSTIFICATION DU PROBLEME | 65 |
| III) AMPLEUR DU PROBLEME | 65 |
| IV) CONSEQUENCES DU PROBLEME | 65 |
| V) IMPORTANCE DE LA PRISE EN CHARGE DU PROBLEME | 66 |

| | |
|--|-----|
| CHAPITRE V : METHODOLOGIE-RESULTATS DE L'ENQUETE | 67 |
| I) METHODOLOGIE DU TRAVAIL..... | 67 |
| II) METHODOLOGIE DE L'AUDIT CLINIQUE..... | 68 |
| III) RESULTATS ET COMMENTAIRES | 73 |
| CHAPITRE VI : DETERMINATION ET ANALYSE DES CAUSES-IDENTIFICATION DES SOLUTIONS ET LEUR AMPLEUR..... | 85 |
| I) DETERMINATION ET ANALYSE DES CAUSES..... | 85 |
| II) IDENTIFICATIONS DES SOLUTIONS POSSIBLES ET LEUR PRIORISATION..... | 90 |
| CHAPITRE VII : PLAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION RETENUE : PLANIFICATION OPERATIONNELLE | 94 |
| I) JUSTIFICATION DU PLAN D'AMELIORATION | 94 |
| II) LES OBJECTIFS DE LA FORMATION..... | 94 |
| III) CADRE LOGIQUE | 96 |
| IV) PLAN D'ACTION OPERATIONNEL | 97 |
| CHAPITRE VIII : RECOMMANDATIONS..... | 103 |
| I) AU NIVEAU MINISTERIEL | 103 |
| II) AU NIVEAU DE LA DIRECTION DE L'HPD | 103 |
| III) AU NIVEAU DU S.A.U..... | 103 |
| CONCLUSION GENERALE | 104 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | I |
| ANNEXES | VII |

DEDICACES

Je dédie ce mémoire à :

✓ **DIEU LE TOUT PUISSANT ;**

Tu as toujours été à mes cotés, Tu m'as toujours guidé et Tu as toujours veillé sur moi. Que Ton NOM, oh DIEU TOUT PUISSANT soit glorifié à jamais. Amen.

✓ **JESUS CHRIST** est Seigneur ;

✓ **mon père bien aimé KOUAKOU KOFFI ;**

Du haut de vos 95 ans vous êtes une source d'encouragement, de motivation pour moi. J'ai voulu, papa, à travers ce travail respecter les conseils que tu m'as toujours procuré et je cite "Mon fils, tout ce qui vaut la peine d'être fait mérite d'être bien fait". J'espère avoir répondu à cette attente, papa.

✓ **ma chérie GUEI SIA ROUDET SARAH BENEDICTE ;**

Oh ma bien aimée, ce travail est le tien ; tu m'as conseillé de passer le concours du CESAG à un moment ou le doute dans ma carrière professionnelle s'installait. Lorsque dans les tumultes du cours d'anglais intensifs au CESAG, j'ai voulu abandonné, tu m'as encouragé et soutenu de persévérer. Tu m'as dis cette petite phrase mais combien de fois motivant : "Tu sais chéri, tu es mon champion et je sais que tu vas réussir avec brio". Oui chérie, je voulais être ton champion et je me suis mis au travail ; et voici le résultat. Merci encore pour tes encouragements. Que Dieu te bénisse et bénisse notre union.

✓ **mes enfants ;**

YEBOUE Salomon-Queren Gnamiensah, YEBOUE Khani Hayann N'déphait et YEBOUE Marvyn Manet ; vous êtes ma raison de vivre et mon réconfort moral. Durant ces 12 mois loin de vous ; vous étiez mon étendard vers lequel je me tournais à chaque essoufflement de fatigue et de découragement dans les études. Je me disais toujours "que diront mes enfants de moi, quel exemple serais-je pour eux". Cette nostalgie de vouloir vous voir m'a poussé à "faire vite et bien" pour vous retrouver. Que DIEU veille sur vous, que DIEU vous guide dans vos pas et que DIEU vous bénisse mes enfants.

✓ **ma mère ;**

Ma mère bien aimée, ma mère à moi KOUADIO N'guessan Thérèse; que pourrais-je t'offrir de beau sinon que le fruit de ce travail. Merci pour vos prières.

✓ **mon directeur de mémoire le GENERAL DE BRIGADE BOUBACAR WADE**

Mon Général, vous êtes pour nous un monument, un baobab de savoir qui ne sera jamais à la retraite. Vous êtes une source de connaissances à la quelle nous viendrons nous abreuver. Une source d'inspiration à laquelle nous viendrons nous désaltérer, une bibliothèque que nous viendrons consulter. Un parchemin d'expériences sur lequel nous allons nous appuyer.

Cette dédicace, pour témoigner de nos débats en classe sur les cas pratiques de gestion hospitalière. Débat au cours duquel chaque groupe campait sur sa position avec témérité. Mais vous, comme un Général commandant ses troupes, vous avez su donner l'orientation nécessaire pour concilier nos esprits inexpérimentés.

Nous voulons vous dire merci de vos enseignements et vos conseils, que ALLAH le miséricordieux soit avec vous et votre famille partout où vous serez. Que Dieu le Tout Puissant vous bénisse, votre famille, vos enfants et petits enfants.

Bonne retraite mon Général, mon Professeur et cher Maître.

REMERCIEMENTS

A travers ces lignes, nous témoignons notre reconnaissance et notre profonde gratitude à toutes ces personnes qui de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail. Tout particulièrement, nous tenons à remercier :

- ✓ A S.E.M Le Président de la RCI Alassane Dramane Ouattara pour sa vision de faire de la Côte d'Ivoire un Pays émergent.
- ✓ Le Ministère de la santé et de la lutte contre le sida de la République de Côte d'Ivoire pour les autorisations à moi accordées pour cette formation à Dakar, surtout Mme la Ministre Dr Raymonde GOUDOU COFFIE.
- ✓ Dr Kissiedou N'Guessan et à toute l'équipe de l'Hôpital Général de Sassandra pour leurs conseils avisés.
- ✓ A la Direction du CESAG, à mes enseignants pour le cadre d'étude et la transmission de leurs connaissances.
- ✓ Toute l'équipe de CESAG SANTE avec son chef de département Dr AMANI Koffi pour leur encadrement.
- ✓ L'équipe de Direction de l'hôpital Principal de Dakar de m'avoir donné l'opportunité de faire ce travail dans cet établissement prestigieux et mythique.
- ✓ L'équipe de projet ; au chef de service et personnels de SAU ; à la cellule d'hygiène hospitalière, le CLIN, le service de l'information hospitalière et la cellule qualité de l'HPD pour leur disponibilité, leurs aides et contributions forts enrichissantes.
- ✓ Mes amis, mes frères, mes sœurs et à toute la promotion de la MBA GSS pour la cordialité estudiantine.
- ✓ Communauté ivoirienne au Sénégal, à sa tête son Excellence Mr l'Ambassadeur le Général Edouard Tiapé KASSARATE et Mr KOUAME Kouassi Laurent, diplomate, conseiller chargé des affaires culturelles et scientifiques à l'Ambassade de Côte d'Ivoire au Sénégal.
- ✓ Communauté ivoirienne au CESAG surtout NOGBOU Hugues Anicet, KOFFI Gervais Kougbassa, KOFFI Djeli Laurent pour leur hospitalité.

Puisse DIEU vous bénir et vous combler de multiples grâces.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

1. ACP : Agent comptable principal
2. A.E.S : Accident d'Exposition au Sang
3. ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
4. ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
5. AP-HP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris
6. AOF : Afrique Occidentale Française
7. A.S : Aide-soignant
8. A.S.H : Agent de service hospitalier
9. AVC : Accident vasculaire cérébral
10. B.M.R : Bacille multi résistante
11. CESAG : Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
12. C3G : Céphalosporine de 3^e génération
13. CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
14. CLI : Comité de lutte contre les infections
15. CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales.
16. CCLIN : Coordination nationale des comités de lutte contre les infections nosocomiales.
17. CONALIN : Comité nationale de lutte contre les infections nosocomiales.
18. CORELIN : Comité régionale de lutte contre les infections nosocomiales.
19. CES : Certificat d'étude spéciale.
20. CHU : Centre hospitalier universitaire.
21. CIFV : Cours international francophone de vaccinologie.
22. CMU : Couverture maladie universelle.
23. CME : Commission médicale d'établissement.
24. CNRS : Centre national de la recherche scientifique.
25. CVP : Cathéters veineux Périphériques.
26. DESS : Diplôme d'études supérieures spécialisées.

27. DU : Diplôme universitaire.
28. DMS : Durée moyenne de séjour.
29. EBLSE : Entérobactérie productrice de bêtalactamase à spectre élargie.
30. E.CG : Electrocardiogramme.
31. EDS : Enquête démographique et de santé.
32. ENP : Enquête Nationale de Prévalence.
33. EPS : Etablissements publics de santé.
34. EOH : Equipe opérationnelle d'hygiène.
35. GPS : Gestion des programmes de santé.
36. GREPHH : Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière.
37. GSS : Gestion des services de santé.
38. HAS : Haute Autorité de Santé.
39. HPD : Hôpital Principal de Dakar.
40. IAS : Infections Associées aux Soins.
41. IFSI : Institut de Formation en soins infirmiers.
42. I.N. : Infections Nosocomiales.
43. INFO : Information.
44. ICALIN : Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales.
45. ICALISO : Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire.
46. ICABMR : Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi résistantes.
47. ICATB : Indicateur composite de consommation des antibiotiques.
48. ICSHA : Indicateur de volume de produit hydro-alcoolique consommé.
49. I.D.E : Infirmier diplômé d'état.
50. InSerm : Institut national de la santé et de la recherche médicale.
51. IRA : Infection respiratoire aigue.
52. IRL : Indice de rotation des lits.
53. ISO : International Standardization Organization.
54. J.C.A.H.O. : Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations.
55. MII : Moustiquaire imprégné d'insecticide.
56. MFA : Ministère des forces armées.

57. OMS : Organisation mondiale de la santé.
58. PDIS : Plan de développement intégré de la santé.
59. PEV : Programme élargi de vaccination.
60. PNDS : Plan national de développement sanitaire et social.
61. PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement.
62. PRONALIN : Programme national de lutte contre les infections nosocomiales.
63. RAISIN : Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales et associées aux soins.
64. R.U.M : Résumé d'unité médicale.
65. S.A.G.F : Service d'administration générale et financière.
66. S.A.R.H : Service d'administration des ressources humaines.
67. SARM : Staphylococcus Aureus résistant à la pénicilline.
68. S.A.U : Service d'accueil des urgences.
69. SAUV : Service d'accueil d'urgence vitale.
70. SFHH : Société Française d'hygiène hospitalière.
71. S.H.S.E : Service des hospitalisations et des soins externes.
72. SIDA : Syndrome immunodéficientaire acquis.
73. SIS : Service intérieur et de la sécurité.
74. SMQ : Système de management de la qualité.
75. SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation.
76. SMT : Service des moyens techniques.
77. SSS : Système Sanitaire au Sénégal.
78. TOM : Taux d'occupation moyen.
79. TPI : Traitement préventif intermittent.
80. UP : Urgence Peltier.
81. UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.
82. UHTCD : Unité d'hospitalisation de très courte durée.
83. VIH : Virus de l'immunodéficiency humaine.

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Représentation d'un système de management de la qualité... | 34 |
| Figure 2 : Taux du lavage hygiénique des mains avant la préparation du matériel | 74 |
| Figure 3 : Taux de présence d'un container à aiguille lors de la pose de CVP | 74 |
| Figure 4 : Taux d'ouverture des sachets en laissant le matériel stérile dans l'étui | 75 |
| Figure 5 : Taux de la préparation hygiénique de la peau | 75 |
| Figure 6 : Taux d'application d'un antiseptique sur la peau | 76 |
| Figure 7 : Taux du lavage des mains immédiatement avant la pose de CVP | 76 |
| Figure 8 : Taux du port de gants lors de la pose du CVP | 77 |
| Figure 9 : Taux de la qualité des gants portés | 77 |
| Figure 10 : Taux du type de pansement appliqué lors de la pose de CVP.. | 78 |
| Figure 11 : Taux du point de ponction au centre du pansement | 78 |
| Figure 12 : Taux du mandrin de CVP, jeté immédiatement dans le container à aiguille | 79 |
| Figure 13 : Taux du lavage des mains avant chaque manipulation de la ligne veineuse | 79 |
| Figure 14 : Taux d'utilisation d'un kit stérile lors de la réfection du pansement | 80 |
| Figure 15 : Taux d'utilisation d'un antiseptique lors de la réfection du pansement | 80 |
| Figure 16 : Taux du nettoyage et d'asepsie du point de ponction après ablation du CVP | 81 |
| Figure 17 : Taux de la pratique de pose de CVP qui est noté dans un document | 81 |
| Figure 18 : résultat de mise en culture du cathéter en cas de signe d'infection | 82 |
| Figure 19 : Diagramme 5 M en arrête de poisson | 84 |
| Figure 20 : Identification des causes du problème à l'aide du diagramme d'Ishikawa | 88 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|-----|
| Tableau I : Système de classement des recommandations consensuelles de l'OMS sur le lavage des mains | 17 |
| Tableau II : Priorisation du choix de la pratique à être évalué | 63 |
| Tableau III : Hiérarchisation des causes | 89 |
| Tableau IV : Hiérarchisation des solutions..... | 93 |
| Tableau V : Cadre logique du plan d'amélioration de la qualité de la pratique de pose des CVP | 96 |
| Tableau VI : Chronogramme des activités..... | 98 |
| Tableau VII : Budget de la formation en hygiène des mains, sécurité des soins, gestion des déchets et traçabilité des poses de CVP | 100 |
| Tableau VIII : Cadre pour le suivi et l'évaluation de la formation..... | 102 |

LISTE DES ANNEXES

| | |
|--|-------|
| Annexe I : La grille d'évaluation de la pratique de poses des CVP | VII |
| Annexe II : Les critères de validation et standards attendus | X |
| Annexe III : La grille de dépouillement | XII |
| Annexe IV : Organigramme de l'HPD | XIV |
| Annexe V : Définition des autres concepts d'hygiène et de santé..... | XV |
| Annexe VI : Définition des autres concepts liés à la démarche qualité | XVIII |

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION GENERALE

Dans la lettre trimestrielle de février 2011, l'Institut Pasteur de France déclarait que chaque année, 750 000 personnes (5% des patients hospitalisés) contractent une infection nosocomiale (I.N.). Ces infections seraient la cause de 9 000 décès par an, dont 4 200 concerneraient des patients dont le pronostic vital n'était pas engagé à court terme à leur entrée à l'hôpital. Ces chiffres font froid dans le dos, même s'ils ont heureusement diminué ces dernières années, depuis la création en 1988 des CLIN dans tous les établissements de santé en France. Malgré le renforcement de l'hygiène hospitalière, le risque de contracter une infection à l'hôpital reste important du fait du contexte particulièrement propice [35]. L'hôpital met en présence des individus sains (soignants, visiteurs) et de nombreux patients présentant des maladies variées, infectieuses ou non. Chacun, en circulant dans l'établissement, disperse des microbes qui se retrouvent en grand nombre sur diverses surfaces (chaussures, poignées de porte, interrupteurs... et dans l'air) faisant de l'environnement un « potpourri » de germes. Quant aux patients hospitalisés, ils sont affaiblis, leurs défenses immunitaires sont parfois altérées, leur état général dégradé donc plus réceptifs aux infections. Par ailleurs, la médecine est de plus en plus invasive et les dispositifs médicaux utilisés (sondes urinaires, sondes d'intubation, cathéters, drains) constituent un terrain propice au développement de pathologies nosocomiales.

La plupart de ces infections sont dues à des bactéries ou à des champignons microscopiques et leurs modes d'acquisition sont d'origine endogène ou exogène.

La lutte contre ces infections est à double tranchant. Les désinfectants et antiseptiques utilisés pour le nettoyage et les soins ; et les antibiotiques prescrits dans l'établissement, sont efficaces contre les infections mais opèrent parallèlement une forte pression de sélection sur les microbes d'où la résistance des bactéries aux antibiotiques.

Les conséquences de ces infections sont tragiques tant pour la structure hospitalière que pour les malades et la société. Selon un rapport du sénat français, 6,6% des décès à l'hôpital sont dus à des infections nosocomiales (I.N) et des séquelles parfois graves allant jusqu'à l'amputation. Un surcoût économique de prise en charge de 300% avec un allongement de la durée moyenne de séjour de 4 à 5 jours du à ces infections [37]. Cette bataille contre les I.N. prend alors une allure multifactorielle et multidisciplinaire. La direction d'un établissement de santé se dresse donc comme un état major des forces armées engagé en pleine guerre contre ces microorganismes. Elle est chargée de définir et d'élaborer la politique de lutte ; de

planifier et de coordonner les stratégies d'action nécessaires pour mener à bien cette lutte contre les microorganismes. La politique d'hygiène hospitalière s'inscrit dans ce cadre managérial, surtout la démarche qualité des soins devient alors un axe majeur de stratégie de lutte contre les I.N et les AES. Évaluer cette qualité constitue une exigence professionnelle de remise en cause des pratiques de soin en vue d'apporter une amélioration [4].

L' HPD est engagé depuis 2010 dans cette lutte contre les I.N et les AES [28]. La politique managérial de lutte est inscrite dans le projet d'établissement et les axes de stratégies définis dans la politique d'hygiène hospitalière et le "manuel qualité" de l'hôpital. Des organes opérationnels de lutte ont été mise en place telle que la cellule d'hygiène hospitalière avec son équipe opérationnelle et le CLIN. Des évaluations régulières sont faites pour apprécier le dispositif mis en place et corriger les éventuels dysfonctionnements. Ainsi le bulletin d'information du CLIN de février 2015 de l'HPD nous révèle un taux d'infection nosocomiale de 3,7% liée aux CVP. Aussi les AES sont passés de 14 cas en 2013 à 22 cas en 2014 et on incrimine fortement les aiguilles creuses et les CVP dans 77,3% des cas [30].

Ce travail sur la qualité de la pratique de la pose des CVP au Service d'Accueil des Urgences (SAU) entre dans le cadre de la lutte contre les IAS ; et a pour objectif principal d'améliorer la qualité de cet acte couramment utilisé dans les soins. Et spécifiquement améliorer l'hygiène des mains, l'hygiène du malade, la sécurité des injections et enfin la traçabilité de la pratique de pose du CVP au SAU.

Nous allons aborder ce travail en le déclinant en deux parties. Une première partie théorique qui traitera de l'hygiène hospitalière et de la démarche qualité ; et une seconde partie qui va analyser l'environnement interne et externe, poser la problématique, la méthodologie utilisée et proposer un plan de résolution du problème.

PARTIE I : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE I : HYGIENE HOSPITALIERE

D) HISTORIQUE ET DEFINITIONS DES CONCEPTS

a. Historique de l'hygiène hospitalière

Avant l'ère chrétienne, Moïse prescrit l'hygiène dans la Thora en pratiquant la mise en quarantaine pour les personnes ayant eu contact avec un cadavre ou avec les lépreux [10]. Mais aussi l'hygiène des mains et des pieds aux chefs religieux lors des sacrifices Divins dans le tabernacle au risque de perdre la vie [11].

Hygie, déesse de la santé et de la propreté dans la mythologie grecque antique, enseigne les manières les plus saines de conduire sa vie. Le mot hygiène est tiré de son nom [27].

Hippocrate porte à l'hygiène ses premières bases scientifiques : il comprend la réalité épidémique des maladies infectieuses mais occulte l'agent infectieux. Il définit cependant les bases de l'hygiène individuelle et pose les premières pierres de l'hygiène publique [23].

L'hygiène de l'environnement débute avec la civilisation romaine avec la construction des aqueducs, des égouts, des thermes. L'hygiène du milieu et l'hygiène publique font naître une nouvelle science : l'urbanisme. Malheureusement, la disparition de l'empire romain va entraîner une dégradation des mœurs et l'effondrement de l'hygiène publique [23].

La civilisation Islamique apporte à l'hygiène des contributions parfois méconnues. Dans les traités de médecine de Razi, savant oriental se consacre à l'épidémiologie et s'intéresse à l'hygiène alimentaire [20].

Avicenne (Médecin, Musulman, Persan) père de la médecine moderne grâce aux essais cliniques affirme que "le médicament doit être exempt de toute pollution étrangère" [21].

Malgré tous ces brillants esprits, de redoutables épidémies sévissent tant en Europe que dans le monde Islamique.

Une tentative d'approche du microbe est abordée par Frascatore en 1546 dans son *De Contagio*, il met en évidence l'existence d'organismes invisibles et reproductibles, qu'il nomme *contagium vivum*, et *séminale contagionis* [32].

Mais il faudra attendre le XVIIIème siècle, des grandes découvertes pour que l'hygiène se remette à nouveau à progresser.

La découverte de la vaccination antivariolique va relancer le début de la médecine préventive scientifique en 1796 par Edward JENNER. [50].

En 1854, John Snow (médecin Londonien) s'intéressa à la grave épidémie de cholera du quartier de Soho à Londres et avait confronté cette épidémie à celle de 1848. Par simple observation, il a constaté que le problème venait de la contamination d'une source d'eau de puits par les latrines. L'épidémie fut maîtrisée grâce aux hygiénistes par la distribution d'eau potable [19].

Dans la même période en 1846, Semmelweis (obstétricien Autrichien) montre l'importance du lavage des mains dans la prévention des infections hospitalières et des fièvres puerpérales lors des accouchements [54].

1860, découverte des microbes par Pasteur (chimiste et biologiste). Il apporte la preuve du rôle des microbes dans les infections hospitalières des plaies et donne les bases de l'hygiène et de l'asepsie en 1878 [8].

1866, l'Américain-Britannique Joseph Lister (chirurgien) propose l'utilisation d'acide phénique dans les plaies et pour la chirurgie, c'est la base de l'antisepsie [40].

Emile ROUX montre que leur destruction *in situ* ne suffit pas et qu'il faut utiliser des instruments non souillés dépourvus de tout germe et ayant fait objet d'une stérilisation préalable (+utilisation gants stériles). Il fait installer à Paris le premier autoclave à Bichat en 1889 [31].

En 1899, CALMETTE développe le premier vaccin Antituberculeux [49].

En 1928, le bactériologiste britannique Alexander Fleming découvre la pénicilline [24].

Grace à la découvertes des antibiotique on a cru vaincre les microbes mais de 1950 à 1960, de nouvelles épidémies d'infections hospitalières dues à une résistance aux antibiotiques et au manque d'application des règles d'hygiène.

Dans les pays occidentaux la lutte contre les infections s'organise. Ainsi en France, le 19 Septembre 1972, la surveillance et la traçabilité des Infections sont ordonnées. En 1973 il y eut la création d'un cadre réglementaire des Comités de Lutte contre les Infections (CLI). En 1975 ces CLI deviennent CLIN.

1980-1990 : Apparition du SIDA et augmentation du taux de bactéries multi résistantes

En 1988, la création des CLIN sont rendus obligatoires dans les hôpitaux.
en 1992, premier plan national de lutte contre les infections nosocomiales.

En 1993, Création des C CLIN [37] qui en fait sont des Coordinations nationales. Programme d'objectifs et d'actions sont initiés et mise en place d'équipes opérationnelles d'hygiène. Chaque professionnel de santé doit être acteur de cette nouvelle lutte.

2005-2008 : Deuxième programme de lutte contre les infections nosocomiales.

On crée des règles, on les applique d'où le thème "Hygiène et professionnels de santé" : il est recommandé une vigilance absolue et une logique dans la maîtrise des actes en toutes circonstances car la sécurité du patient dépend de la vigilance des personnels. Dorénavant l'urgence n'excuse de rien. Il faut en matière d'hygiène hospitalière un savoir, un savoir faire, un savoir être qui doivent être de mise.

En Afrique de l'ouest la lutte s'active avec les réformes hospitalières initiées dans les pays. Au Sénégal, La loi Réforme hospitalière du Sénégal [38] a été adoptée par l'Assemblée Nationale le 12 février 1998. Dans son annexe 5 sur l'Arrêté portant charte du malade dans les Etablissements Publics de Santé Hospitaliers, article 3, il est dit : Les Etablissements Publics de Santé Hospitaliers garantissent un accueil et des soins de qualité; ils veillent au soulagement de la douleur. Pour garantir des soins de qualité le ministère de la santé dans son plan stratégique selon l'arrêté 5711 du 7 juillet 2004 crée le CONALIN qui est le Comité nationale de lutte contre les infections nosocomiales avec ses représentations régionales le CORELIN et les CLIN dans les structures hospitalières [43].

Nous voyons à travers cette brève historique combien de fois l'hygiène a préoccupé l'humanité durant des millénaires à nos jours. C'est pourquoi, il est important pour nous d'aborder quelques définitions et concepts qui accompagnent la notion d'hygiène et surtout l'hygiène hospitalière.

b. Définition de l'hygiène hospitalière

C'est l'ensemble des procédures destinées à supprimer ou à limiter le nombre de micro-organismes en contact avec les patients, les matériels ou les surfaces. Ou encore l'ensemble des mesures prises pour que les actes des soignants n'entraînent pas d'infections nosocomiales [18].

b. Définition des autres concepts d'hygiène et de santé

Les autres concepts liés à la notion d'hygiène et de santé tels que : l'hygiène, la santé, la santé publique, l'épidémie, l'endémie, la pandémie, le nettoyage, le bio-nettoyage, la pré-désinfection, la désinfection, l'antisepsie, asepsie, la décontamination, la stérilisation, le risque ont tous été définis en **Annexe V**.

II) CHAÎNE INFECTIEUSE OU CHAÎNE EPIDEMIOLOGIQUE

Les maladies infectieuses sont généralement contagieuses. La transmission d'une infection suppose un ensemble d'éléments particuliers intervenant dans un ordre déterminé.

Cet ensemble forme la chaîne de contagion, ou chaîne épidémiologique, dans laquelle on distingue six maillons.

a. Agent causal ou agent microbien

L'agent microbien (bactérie, virus, parasite, champignon) constitue l'élément de départ de la chaîne de contagion car, sans celui-ci, il n'y aurait pas d'infection. Les deux facteurs les plus importants relevant de l'agent microbien sont la virulence (du pouvoir d'agression du microbe et de la susceptibilité de l'hôte) et la persistance (degré de résistance de l'agent infectieux dans le milieu extérieur) [17].

b. Réservoir de germe ou sources d'infection

Les réservoirs sont des sources, comme des organismes vivants (humains et animaux) ou des objets inanimés, qui fournissent à un microorganisme pathogène des conditions favorables à sa survie et à sa propagation. Les principales catégories de réservoirs sont les suivantes :

- ✓ Les réservoirs vivants : Les réservoirs humains (malades, les porteurs sains, ou porteurs inapparents) et les réservoirs animaux.
- ✓ Les réservoirs inanimés : le sol, l'eau, les aliments, les objets [17].

c. Porte de sortie

La porte de sortie est la voie qu'emprunte l'agent pathogène lorsqu'il quitte le réservoir. Il est important de bien comprendre ce concept si on veut se protéger des infections ou encore éviter qu'un agent infectieux se propage dans l'environnement. La voie de sortie dépend du réservoir dans lequel l'agent infectieux se trouve. Cette voie diffère selon que le réservoir est l'environnement physique ou un être vivant [17].

d. Modalité de transmission

La transmission est l'étape au cours de laquelle l'agent infectieux gagne un hôte et l'infecte. Les principaux modes de transmission sont:

- ✓ La transmission par contact : direct (interhumaine, endogène, zoonose) et indirect (la propagation d'un agent pathogène d'un réservoir à un hôte par l'intermédiaire d'un objet : mouchoir, couche, fourchette, monnaie, etc.)
- ✓ Transmission par gouttelettes : les microorganismes sont expulsés dans des gouttelettes de mucus lorsqu'une personne tousse, éternue, rit ou parle.
- ✓ La transmission par un véhicule : l'eau, les aliments, l'air, le sang et autres liquides organiques, les médicaments et les solutés sont tous des exemples de véhicules potentiels.
- ✓ La transmission par un vecteur animal : mécanique (contamination des aliments par les insectes qui s'y posent) et biologique (protozoaire du paludisme qui infecte le sujet en le piquant) [17].

e. Porte d'entrée

La porte d'entrée est la région de l'hôte par laquelle des microorganismes s'introduisent dans les tissus. On distingue les portes d'entrée suivantes: porte d'entrée cutanéomuqueuse, porte d'entrée respiratoire, porte d'entrée digestive, porte d'entrée génito-urinaire, porte d'entrée placentaire, porte d'entrée parentérale [17].

f. Hôte réceptif

La réceptivité de l'hôte (susceptibilité) constitue le dernier élément de la chaîne de contagion. La sensibilité de l'hôte par rapport aux infections dépend de plusieurs facteurs. Ces facteurs sont divisés en deux catégories, selon qu'ils relèvent de l'individu (génétique, âge, sexe, état physiologique, état émotionnel) ou de l'environnement (mode de vie, géographie, climat). La susceptibilité de l'hôte est d'autant plus importante dans le milieu hospitalier. Les personnes hospitalisées sont rarement en bonne santé, ce qui les rend plus vulnérables aux agents infectieux. De plus, les microorganismes retrouvés dans ce milieu sont souvent plus virulents et plus résistants aux antibiotiques.

Circonstances favorisantes : événement particulier permettant à un microorganisme de s'introduire dans un hôte et se multiplier. De nature variable mais souvent associé à la rupture d'une barrière ou à l'affaiblissement de l'hôte. Exemple : traumatismes accidentels (brûlures, blessures), traumatismes chirurgicaux (points de suture, sondes, cathéters, prothèses), affaiblissement du système immunitaire (traitements anticancéreux, SIDA) [17].

III) LES INFECTIONS NOSOCOMIALES : I.N.

Environ 5% des patients qui séjournent à l'hôpital contractent une infection au sein de l'établissement. Le risque varie selon le profil du patient, le niveau d'hygiène ou encore les soins pratiqués. Les germes responsables proviennent le plus souvent du patient lui-même, mais ils sont transportés sur le site infectieux par l'intermédiaire du personnel ou de dispositifs médicaux [33].

a. Définition et évolution du concept

Une infection nosocomiale fait partie des infections associées aux soins (IAS), contractée au cours ou au décours d'une hospitalisation. Elle est donc absente au moment de l'admission du patient dans l'établissement et se déclare au minimum 48 heures après l'admission, ou au-delà si la période d'incubation est connue et plus longue. Toutefois, la possibilité d'un lien entre hospitalisation et infection est évaluée dans chaque cas douteux. Pour les infections de plaie opératoire, le délai de 48 heures communément accepté pour distinguer une infection acquise en dehors de l'hôpital d'une infection nosocomiale est repoussé à 30 jours après l'intervention, même si le patient est sorti de l'hôpital. En cas de mise en place d'une prothèse ou d'un implant, ce délai court alors sur l'année qui suit l'intervention [33].

b. Agent pathogène

Trois bactéries représentent la moitié des germes incriminés dans les I.N. : *Escherichia coli* (26%, vit naturellement dans les intestins de chacun) ; *Staphylococcus aureus* (16%, présent dans la muqueuse du nez, de la gorge et sur le périnée d'environ 15 à 30 % des individus) ; *Pseudomonas aeruginosa* (8,4%, se développe dans les sols et en milieu humide). Dans les autres cas, les germes isolés sont d'autres bactéries comme les streptocoques, des entérobactéries autres que *Escherichia coli*, *Clostridium difficile* ou encore *Acinetobacter baumannii*. Les levures, les virus et les parasites sont rarement incriminés [33].

c. Sources de contamination

Les infections sont fréquemment liées à des interventions invasives : sondage urinaire ou trachéal, cathéter veineux, intervention chirurgicale, endoscopie. Les infections urinaires sont les plus nombreuses (30%), les pneumonies (16,7%) souvent concomitantes à l'intubation et la ventilation assistée, les infections du site opératoire (13,5%) après une intervention chirurgicale, et les bactériémies/septicémies (10,1%) liées à l'introduction de

cathéters dans les voies sanguines. Certaines de ces infections, en particulier parmi les infections pulmonaires et les septicémies, sont graves et peuvent entraîner la mort [33].

d. Modalité de l'infection

Les infections nosocomiales sont le plus souvent endogène qu'exogène. Quand on parle d'I.N., il faut savoir que la principale source de contamination est le patient lui-même, et non l'environnement hospitalier (matériel, air, eau...) ou le personnel. Le patient s'infecte par ses propres germes au cours de certains soins (actes chirurgicaux, sondage urinaire, cathéter veineux, etc.). Le soignant joue le rôle seulement de vecteur de transmission [33].

e. Problématique de l'infection nosocomiale

i. Incidence

La mesure précise du nombre de décès directement dus à une I.N. reste un exercice délicat. Plusieurs études récentes estiment que 6,6 % des décès chaque année à l'hôpital ou à la suite d'une hospitalisation surviendraient en présence d'une infection de ce type. Les I.N. seraient en cause pour 9.000 décès par an, dont 4.200 concernent des patients pour lesquels le pronostic vital n'était pas engagé à court terme à leur entrée à l'hôpital. Pour la moitié de ces 4.200 décès, aucune autre cause de décès n'est détectée. L'apparition d'une infection multiplie ainsi le risque de décès par trois dans les hôpitaux en France. Les I.N. les plus fréquemment responsables d'une issue fatale sont les pneumopathies, les bactériémies (mortelles dans 20 % à 30 % des cas), les chocs septiques, les infections digestives et les infections du site opératoire. Ainsi, les maladies infectieuses, dont les deux tiers sont le fait d'une infection nosocomiale, représentent la troisième pathologie responsable de décès après les maladies cardiovasculaires et le cancer [37]. Outre les décès, les I.N. sont la cause de séquelles considérables à moyen et long termes, notamment au niveau fonctionnel. Les séquelles observées dépendent largement de la zone anatomique touchée par l'infection. Les infections abdominales, ostéo-articulaires, en particulier sur les prothèses, ou encore les infections suivant un acte de neurochirurgie sont susceptibles d'entraîner les conséquences sanitaires les plus graves (changement de prothèse, amputation, etc.). De fait, une infection en chirurgie orthopédique double les risques, pour le patient, d'être hospitalisé une seconde fois.

Ces séquelles ont des conséquences graves en terme sanitaires et économique : prise en charge du handicap, arrêt de travail, indemnisation par la collectivité [37].

La prévalence des patients infectés varie selon :

- ✓ le type d'établissement : Les centres de lutte contre le cancer sont par exemple très concernés.
- ✓ le type de séjour effectué : 0,8% en obstétrique à 23,2% en réanimation où les gestes invasifs sont nombreux (intubations, sondes urinaires, cathéters...) et les patients souvent vulnérables.
- ✓ la durée du séjour : il y a 15 fois plus d'infections nosocomiales chez les patients hospitalisés entre 30 à 89 jours que ceux dont l'hospitalisation dure de 2 à 7 jours.
- ✓ le profil du patient : Les plus de 65 ans et les très jeunes, les patients atteints d'une maladie sévère, immunodéprimés (séropositivité pour le VIH, chimiothérapie), opérés ou exposés à un dispositif invasif (sonde urinaire, cathéter vasculaire ou intubation/trachéotomie) sont plus touchés que les autres [33].

ii. Coût

Les infections nosocomiales entraînent un surcoût financier important, essentiellement dû à un allongement de la durée d'hospitalisation (quatre jours en moyenne), au traitement anti-infectieux et aux examens de laboratoire nécessaires au diagnostic et à la surveillance de l'infection. On estime ainsi que la survenance d'une infection allonge le séjour en chirurgie orthopédique de près de deux semaines et augmente les coûts de prise en charge du patient de 300 %. Les différentes études disponibles font état d'une échelle de coûts très large, allant de 340 euros en moyenne pour une infection urinaire à 40.000 euros pour une bactériémie sévère en réanimation. Les estimations varient donc sensiblement en fonction du site anatomique de l'infection, de la nature du germe, de la pathologie prise en charge mais aussi du service d'hospitalisation. En appliquant une fourchette de surcoût moyen de 3.500 à 8.000 euros par infection aux 750.000 infections nosocomiales annuelles, on atteint un montant de dépenses de 2,4 à 6 milliards d'euros. Ainsi, une diminution de 10 % du nombre d'infections conduirait à une économie de 240 à 600 millions d'euros, soit jusqu'à six fois plus que l'effort de prévention consenti par les établissements hospitaliers, qui s'établissent à une centaine de millions d'euros. Ce rapide calcul montre combien le coût de la non-qualité est supérieur à celui de la prévention [37].

iii. Inefficacité de la lutte

La résistance bactérienne : un problème très sérieux. Parmi les bactéries souvent incriminées dans les infections nosocomiales, plusieurs présentent des résistances à des antibiotiques. S'agissant des infections à *Staphylococcus aureus*, 38% des souches sont résistantes à la pénicilline et 1,5% présentent en plus une sensibilité diminuée aux glycopeptides. Parmi les souches de *Pseudomonas aeruginosa*, 20% sont résistantes à la ceftazidime ou aux carbapénèmes. Parmi les souches d'*Escherichia coli*, 17,6% sont résistantes aux C3G et 1,4% aux carbapénèmes. Par ailleurs 37,7% des souches de *Klebsiella pneumoniae* sont résistantes aux C3G et 2,3% aux carbapénèmes. Ces résistances obligent souvent à changer d'antibiotique en cours de traitement et retardent la guérison. En outre, si les souches résistantes à tous les antibiotiques sont exceptionnelles, elles existent [33].

iv. Nécessité d'innover

- ✓ La prévention : toute une organisation.

Les I.N. sont un problème de santé publique majeur pour les établissements de soins. Après 1988, ces derniers se sont dotés de CLIN, désormais intégrés dans les Commissions médicales d'établissement. Leur fonction est d'améliorer les conditions d'hygiène et de prévention en fonction des données de surveillance et des progrès médicaux et techniques. Pour cela, ils déclinent les recommandations nationales et mettent au point des actions ciblées en fonction des particularités de leur établissement et des patients. Les directives sont relayées dans les services par les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH). Il s'agit notamment d'appliquer des protocoles de soins précis avant, pendant et après chaque geste invasif ou chirurgical. Personnel soignant, patients et visiteurs doivent respecter les mesures d'hygiène et d'asepsie dictées par l'établissement. La transmission des germes à l'hôpital se fait principalement par les mains du personnel soignant. Elles doivent donc être lavées avant et après chaque soin. L'utilisation de solutions hydro-alcooliques à partir des années 2000 a permis de limiter la transmission des agents infectieux par les mains. La peau du patient doit également être désinfectée avant tout geste invasif. Le matériel utilisé pour ces actes doit être parfaitement désinfecté et/ou stérilisé selon les protocoles définis par l'hôpital. En outre, l'utilisation de certains matériaux est recommandée. Le silicone ralentit par exemple la colonisation naturelle par les bactéries à la surface des sondes. L'eau, l'air et les surfaces sont naturellement contaminés par des germes, mais rarement par des germes pathogènes (légionellose, aspergillose). Leur composition bactériologique est toutefois fréquemment contrôlée [33].

✓ Des indicateurs aux surveillances

Il existe une traçabilité du respect des normes d'hygiène et de bonne conduite en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Tous les ans, chaque établissement de santé doit obligatoirement publier ses scores pour cinq indicateurs reflétant son niveau d'engagement. Il s'agit des indicateurs : ICALIN qui reflète l'ensemble des moyens mis en œuvre pour lutter contre les infections nosocomiales ; ICALISO se concentre sur la lutte contre les infections nosocomiales au niveau du site opératoire ; ICSHA sur l'utilisation de solution hydro-alcoolique par le personnel soignant ; ICABMR sur la lutte contre les bactéries résistantes ; ICATB sur le bon usage des antibiotiques dans l'établissement. Les établissements publient également le taux de *S. aureus* résistants à la méticilline (SARM) dans leur établissement.

Indépendamment de ces indicateurs, il existe cinq réseaux nationaux de surveillance des I.N. Les établissements ne sont pas obligés de collaborer mais y sont fortement incités. Ces réseaux suivent l'incidence des I.N. dans les services de réanimation, au niveau des sites opératoires, la consommation d'antibiotiques, les taux de bactéries résistantes et les accidents d'exposition au sang qui accroissent le risque de contaminations croisées entre individus. Ces cinq réseaux sont coordonnés par le RAISIN, émanation des cinq centres de coordinations interrégionaux des CLIN (CCLIN) et de l'Institut national de veille sanitaire [33].

✓ Beaucoup de voies de recherche dans le domaine

- Améliorer la prévention

La surveillance est essentielle pour identifier quelles catégories de patients ou de gestes médicaux sont les plus à risque. Des travaux aident par exemple à comprendre les modes de transmission et de circulation des bactéries à l'hôpital. Une expérience a été menée à l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer en 2009. Plus de 800 membres du personnel médical ont été équipés de capteurs mesurant tous leurs contacts, et soumis à des prélèvements biologiques réguliers. Ce projet, baptisé i-Bird, s'est prolongé dans des unités de réanimation de l'AP-HP. Plus récemment, à Lyon, une équipe a fait le même genre d'exercice en équipant de capteurs le personnel et certains patients d'un service de gériatrie, pendant quatre jours. Ces expériences apportent de précieuses informations sur la circulation des germes dans les services et aident à mieux comprendre et modéliser la propagation des bactéries.

Les scientifiques tentent par ailleurs d'identifier des matériaux bactéricides ou qui limitent l'adhésion des bactéries. Une équipe de réanimation de Grenoble a par exemple

montré que le fait d'utiliser des cathéters veineux imprégnés d'une solution antiseptique réduit de 50% le risque d'infection. D'autres établissements ont expérimenté les installations en cuivre au sein du mobilier, poignées de porte, barres de lit... car le cuivre est bactéricide. Mais le bénéfice est discuté. Les bactéries responsables d'infections nosocomiales sont en effet essentiellement portées par les patients eux-mêmes et peu présentes dans l'environnement.

Les hospitaliers font en outre entrer les sciences humaines et sociales dans leurs établissements, pour aider à modifier les comportements en faveur d'un meilleur respect des règles d'hygiène. Comment inciter un soignant à penser à utiliser systématiquement une solution hydro-alcoolique ? Comment modifier le regard des médecins et des patients sur les antibiotiques pour un usage plus modéré ?

- Traiter des infections nosocomiales

En Europe comme aux Etats-Unis, des initiatives publiques émergent pour relancer les recherches visant à la mise au point de nouveaux antibiotiques. Des équipes travaillent à l'élimination de germes, notamment résistants, mais d'autres cherchent aussi à moduler leur virulence et à inactiver leurs toxines, sans forcément détruire la bactérie entière.

D'autres équipes travaillent sur la restauration de la flore intestinale, pour contrôler les infections intestinales. Des travaux cliniques ont été conduits chez des patients infectés de façon chronique par *Clostridium difficile*. L'approche testée consiste à laver la flore intestinale du patient et à y implanter la flore fécale d'une personne saine afin de restaurer un bon équilibre bactérien. Une équipe néerlandaise a montré que cette technique est bien plus efficace que les antibiotiques et permet de guérir 80% des patients. L'idée est d'étendre cette approche à d'autres types d'infections par des entérobactéries résistantes.

- La recherche fondamentale

Les chercheurs clarifient les mécanismes de virulence et de résistance des bactéries. En mai 2009, des équipes de l'Institut Pasteur et de l'Université de Limoges, associées à l'Inserm et au CNRS, ont par exemple montré comment les antibiotiques favorisent la synthèse d'une enzyme qui déclenche le réarrangement des gènes de résistance au sein de la bactérie.

D'autres équipes (notamment à l'Institut Pasteur), étudient le comportement des bactéries quand elles sont en groupes sur des supports inertes, par exemple un cathéter ou une prothèse. En effet, dans ces conditions, elles secrètent un biofilm qui constitue une barrière

mécanique et chimique qui modifie leur comportement par rapport au fait d'être isolée. Elles communiquent entre elles, expriment des gènes différents, rentrent parfois dans un état quiescent et sont moins accessibles aux antibiotiques. Les chercheurs tentent de percer les secrets de ces biofilms pour éliminer plus efficacement les bactéries hébergées.

Enfin, la recherche est très active sur le microbiote digestif car sa composition est cruciale pour l'hébergement, la transmission et l'expression des entérobactéries. Mieux décrire ces facteurs concoure à mieux comprendre l'épidémiologie des infections nosocomiales pour ce type de bactéries [33].

IV) LES DIFFERENTS ASPECTS DE L'HYGIENE HOSPITALIERE

L'hygiène hospitalière va concerner les différents secteurs de la vie hospitalière, entre autres : l'hygiène du matériel hospitalier pour la sécurité des soins ; l'hygiène alimentaire à l'hôpital pour l'alimentation des patients; l'hygiène de l'environnement hospitalier; l'hygiène du linge hospitalier ; l'hygiène des mains lors des soins.

V) LA REGLEMENTATION DE L'HYGIENE HOSPITALIERE

a. Publication des indicateurs de qualité des soins à la population

Afin de lutter efficacement contre les infections nosocomiales en France , des textes réglementaires ont été adoptés et publiés au journal officiel obligeant les établissements de santé à publier les indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Le dernier texte en date est celui de l'Arrêté du 20 février 2015 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Ces indicateurs sont classés en indicateurs du tableau de bord (ICALIN, ICALISO, ICSHA, ICABMR, ICATB) et en indicateurs de spécialité en fonction des spécialités médicales [34].

b. Les recommandations consensuelles de l'OMS sur le lavage des mains

Pour l'OMS, le premier défi pour la sécurisation des patients est que "un soin propre est un soin sur".

i. Système de classement des recommandations consensuelles de l'OMS.

Tableau I : Système de classement des recommandations consensuelles de l'OMS sur le lavage des mains

| CATEGORIE | CRITERE |
|------------|--|
| I A | Fortement recommandée pour la mise en œuvre et fortement appuyée par des études expérimentales, cliniques ou épidémiologiques méthodologiquement valides. |
| I B | Fortement recommandées pour la mise en œuvre et appuyées par des études expérimentales, cliniques ou épidémiologiques et une théorie fondée |
| I C | Nécessaire pour la mise en œuvre conformément aux réglementations ou normes étatiques. |
| II | Proposée pour la mise en œuvre et appuyée par des études cliniques ou épidémiologiques suggestives, par une théorie fondée ou par le consensus d'un panel d'experts. |

Source : OMS, juillet 2009

ii. Les indications

A. Laver les mains au savon et à l'eau lorsqu'elles sont visiblement sales ou souillées par du sang ou d'autres liquides biologiques (IB), ou après être allé aux toilettes (II).

B. Lors d'exposition suspectée ou effective à des agents pathogènes sporulés, notamment en situation épidémique à *Clostridium difficile*, le lavage des mains au savon et à l'eau reste la méthode à privilégier (IB).

C. La friction des mains avec un produit hydro-alcoolique est la méthode de choix pour l'antisepsie des mains dans toutes les situations cliniques décrites ci-dessous (D(a) à D(f)) pour autant que les mains ne soient pas visiblement souillées (IA)) Lorsqu'aucun produit hydro-alcoolique n'est disponible, se laver les mains au savon et à l'eau (IB).

D. Pratiquer l'hygiène des mains

a) Avant et après avoir touché un patient (IB) ;

b) Avant de manipuler un dispositif médical invasif pour les soins au patient, indépendamment de l'usage des gants (IB);

c) Après avoir touché des liquides biologiques, des excréments, des muqueuses, une peau lésée ou un pansement (IA) ;

d) En passant d'un site corporel contaminé à un autre site corporel au cours de soins à un même patient (IB) ;

e) Après avoir touché des surfaces et des objets inanimés (équipement médical inclus) à proximité immédiate du patient (IB) ;

f) Après avoir retiré des gants stériles (II) ou non stériles (IB).

E. Pratiquer l'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique ou lavage au savon ordinaire ou antimicrobien et à l'eau avant de manipuler des médicaments ou de préparer des aliments (IB).

F. Les savons et les produits hydro-alcooliques ne doivent pas être utilisés simultanément (II) [46].

iii. Les techniques

A. Remplir la paume d'une main de produit hydro-alcoolique, recouvrir toutes les surfaces des mains et frictionner jusqu'à ce que les mains soient sèches (IB).

B. Lors du lavage des mains au savon et à l'eau, mouiller les mains, appliquer suffisamment de savon pour recouvrir toutes les surfaces des mains et frictionner. Rincer les mains à l'eau et sécher soigneusement à l'aide d'un essuie mains à usage unique. Utiliser de l'eau courante et propre dans la mesure du possible. Eviter de rincer les mains à l'eau chaude ; en effet, l'utilisation répétée d'eau chaude peut augmenter le risque de dermatites (IB). Fermer le robinet à l'aide de l'essuie-mains usagé (IB). Sécher les mains complètement en veillant à ne pas contaminer à nouveau les mains. S'assurer que les essuie-mains ne sont pas utilisés plusieurs fois ou par plusieurs personnes (IB).

C. Plusieurs formes de savon sont acceptables : savon liquide, en pain ou en poudre. Lors de l'usage de savon en pain, utiliser des porte-savons permettant le drainage de l'eau pour permettre à la savonnette de sécher (II) [46].

iv. Les recommandations pour la préparation des mains des chirurgiens

A. Retirer les bijoux (bagues, montres et bracelets) avant de procéder à la préparation des mains à la chirurgie (II). Les ongles artificiels sont proscrits (IB).

B. Les lavabos sont conçus de manière à réduire le risque d'éclaboussures (II).

C. Si les mains sont visiblement souillées, les laver au savon et à l'eau préalablement à la préparation des mains (II). Nettoyer le dessous des ongles et en retirer les dépôts à l'aide d'un cure-ongles, préférablement sous de l'eau courante. (II).

D. L'utilisation de brosses pour la préparation des mains à la chirurgie n'est pas recommandée (IB).

E. La préparation des mains à la chirurgie doit être réalisée avec un savon antimicrobien ou un produit hydro-alcoolique approprié, de préférence avec un produit garantissant une activité antiseptique prolongée, avant d'enfiler des gants stériles (IB).

F. Si la qualité de l'eau n'est pas garantie dans le bloc opératoire, il est recommandé de réaliser l'antisepsie des mains avec un produit hydro-alcoolique avant d'enfiler les gants (II).

G. Lors de la préparation des mains à la chirurgie au savon antimicrobien et à l'eau, frictionner les mains et les avant bras pendant la durée recommandée par le fabricant du produit, en général de 2 à 5 minutes. Il est inutile de prolonger la durée de friction recommandée (à 10 minutes, par exemple) (IB).

H. Lors de la préparation des mains à la chirurgie avec un produit hydro-alcoolique à effet prolongé, se conformer aux instructions du fabricant pour la durée de friction. Appliquer le produit sur des mains sèches, exclusivement (IB).

Ne pas combiner l'antisepsie des mains avec un savon antimicrobien et un produit hydro-alcoolique (II).

I. Lors de la friction hydro-alcoolique, utiliser une quantité suffisante de produit pour recouvrir les mains et les avant bras et les maintenir mouillés pendant toute la durée de la préparation des mains à la chirurgie (IB).

J. Après l'application d'un produit hydro-alcoolique selon les recommandations, laisser sécher complètement les mains et les avant-bras avant d'enfiler les gants (IB) [46].

v. La sélection et la gestion des produits

A. Mettre à la disposition du personnel soignant des produits efficaces et peu irritants, nécessaires à la pratique de l'hygiène des mains (IB).

B. Pour maximiser l'acceptabilité des produits pour l'hygiène des mains, consulter les professionnels soignants au sujet de leur tolérance cutanée, de leurs sensations et perceptions à l'application des produits à sélectionner (IB). Des évaluations comparatives peuvent s'avérer très utiles dans ce processus.

C. Lors du processus de sélection des produits :

a. Identifier toute interaction connue entre le produit pour l'antisepsie des mains, les produits de soins des mains et le type de gants utilisés dans l'établissement (II) ;

b. Demander les informations aux fabricants sur le risque de contamination des produits (IB) ;

- c. S'assurer de l'accessibilité des distributeurs sur le lieu de soins (IB).
 - d. S'assurer de la fonctionnalité des distributeurs, de leur fiabilité et de l'adéquation des volumes distribués (II) ;
 - e. S'assurer de la conformité des distributeurs aux dispositions relatives aux produits inflammables (IC) ;
 - f. Demander et évaluer les informations fournies par les fabricants concernant les effets que les crèmes ou lotions hydratantes ou produits hydro-alcooliques peuvent avoir sur les effets des savons antimicrobiens utilisés dans l'établissement de soins (IB) ;
 - g. La comparaison des coûts des produits ne s'applique qu'aux produits conformes aux exigences d'efficacité, de tolérance cutanée et d'acceptabilité (II).
- D. Ne pas ajouter de savon (IA) ou de produit hydro-alcoolique (II) dans un distributeur de produit partiellement vide. Si les distributeurs sont destinés au ré-usage, se conformer aux procédures d'entretien [46].

vi. les soins de la peau

- A. Inclure dans les programmes de formation du personnel soignant les informations relatives aux pratiques et soins des mains permettant de réduire le risque de dermatites de contact irritatives et autres lésions cutanées (IB).
- B. Proposer des produits alternatifs au personnel soignant présentant des allergies avérées ou des réactions indésirables aux produits classiques utilisés dans l'établissement (II).
- C. Fournir au personnel soignant des lotions ou crèmes pour prévenir le risque de dermatites irritatives occasionnées par la pratique de l'hygiène des mains (IA).
- D. Lorsqu'un produit hydro-alcoolique est disponible dans l'établissement de soins pour l'antisepsie des mains, l'utilisation de savon antimicrobien n'est pas recommandée (II).
- E. Le savon et le produit hydro-alcoolique ne doivent pas être utilisés simultanément (II) [46].

vi. L'usage des gants

- A. Le port de gants ne dispense pas de la pratique d'hygiène des mains par lavage au savon et à l'eau ou par friction hydro-alcoolique (IB).
- B. Le port de gants est indiqué lorsqu'un contact avec du sang ou d'autres matières potentiellement infectieuses, des muqueuses ou une peau lésée peut être anticipé (IC).
- C. Les gants doivent être retirés après la dispensation des soins au patient. Une même paire de gants ne doit pas être employée pour soigner plus d'un patient (IB).

D. Lors du port de gants, ceux-ci doivent être retirés et changés, au besoin, dans les situations suivantes : lorsque les mains passent d'un site corporel contaminé à un autre site corporel chez le même patient (y compris lors des contacts avec des muqueuses, une peau lésée ou un dispositif médical) ou dans son environnement immédiat (II).

E. La réutilisation de gants n'est pas recommandée (IB). En cas de réutilisation, appliquer la procédure de recyclage la plus sûre possible (II) [46].

viii. Les autres aspects de l'hygiène des mains

A. Ne pas porter d'ongles artificiels et/ou de vernis sur les ongles lors des contacts directs avec les patients (IA).

B. Garder les ongles naturels et courts (moins de 0,5 cm de long) (II) [46].

ix. Les programmes d'éducation et de formation du personnel

A. Centrer les programmes de promotion de l'hygiène des mains sur les facteurs dont l'influence significative sur le comportement du personnel soignant est connue, et pas seulement sur le type de produits utilisés. La stratégie de mise en œuvre doit être diversifiée et multimodale, elle comprend aussi la sensibilisation et le soutien des équipes de direction (IA).

B. Sensibiliser les personnels soignants sur la contamination des mains lors des activités de soins et éduquer sur les avantages et inconvénients des différentes méthodes utilisées pour la pratique de l'hygiène des mains (II).

C. Mesurer et surveiller l'observance des personnels soignants à l'hygiène des mains et tenir le personnel soignant informé de ses performances (IA).

D. Encourager des partenariats entre les patients, leurs familles et le personnel soignant pour la promotion de l'hygiène des mains dans tous les établissements de soins (II) [46].

x. Les responsabilités institutionnelles et gouvernementale

✓ Les administrateurs des établissements de soins

A. Il est fondamental que les administrateurs et instances dirigeantes garantissent les conditions propices à l'application de stratégies et approches multimodales pour la promotion de la sécurité des patients par la mise en œuvre des éléments.

B. Assurer au personnel soignant un accès permanent à de l'eau courante propre aux points d'eau, ainsi qu'aux installations nécessaires pour la pratique de l'hygiène des mains (IB).

C. Mettre à disposition du personnel soignant des produits hydro-alcooliques sur les lieux de soins (IA).

D. Inscrire l'amélioration de l'observance à l'hygiène des mains comme priorité institutionnelle et favoriser cette direction en assurant un soutien administratif et des ressources financières nécessaires aux activités de promotion de l'hygiène des mains et de prévention et contrôle des infections (IB).

E. S'assurer que le personnel soignant dispose du temps nécessaire à sa formation en contrôle des infections, notamment en hygiène des mains (II).

F. Mettre en œuvre un programme à la fois multidisciplinaire et multimodal facilitant l'amélioration de l'observance à l'hygiène des mains par le personnel soignant (IB).

G. Assurer pour l'établissement de soins, en ce qui concerne l'hygiène des mains, un système d'alimentation en eau séparé du réseau d'évacuation des eaux usées, et mettre en place un dispositif de contrôle régulier du système (IB).

H. Assurer une direction et un soutien fort à la conduite de la promotion de l'hygiène des mains et des autres activités de prévention et de contrôle des infections (II).

I. La production et l'entreposage des produits hydro alcooliques doivent être conformes aux consignes de sécurité nationales et aux réglementations locales (II).

✓ Les gouvernements nationaux

A. Inscrire l'amélioration de l'observance à l'hygiène des mains comme priorité nationale et considérer le financement et la coordination d'un programme à long-terme et de son évaluation (II).

B. Soutenir et renforcer la prévention et le contrôle des infections dans tous les établissements de soins (II).

C. Promouvoir l'hygiène des mains dans la communauté pour renforcer la protection individuelle et collective (II).

D. Encourager les établissements de soins à utiliser l'hygiène des mains comme indicateur de qualité (Australie, Belgique, France, Ecosse, Etats-Unis) (II) [46].

VI) LA PRATIQUE DE POSES DE CATHETER VEINEUX PERIPHERIQUES

La qualité de la pratique de la pose de CVP est d'une importance capitale. Elle doit respecter les recommandations en matière pour garantir une sécurité optimum aux patients. Elle doit respecter une hygiène des mains rigoureuses, une préparation locale stricte, un respect du système clos [3].

a. Définition du CVP [52].

C'est un dispositif médical stérile, introduit dans une veine superficielle par voie percutanée.

b. Indications [52].

Thérapeutique (réhydratation, traitements médicaux, transfusion) et diagnostiques (injection de produits de contraste)

c. Contre indication [52].

Prise de sang car risque d'hémodialyse ou d'hémodilution

d. Recommandations [51].

Afin de lutter efficacement contre les infections nosocomiales liées aux CVP, la SFHH en collaboration avec la HAS en France, ont élaborés une série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques de poses de CVP dans l'exercice des pratiques hospitalières et ambulatoires. Le but est de diminuer la morbi-mortalité infectieuse chez les patients porteurs de CVP. Différents objectifs ont été définis [51]. :

- Objectif 1 : standardiser la pratique de pose et d'entretien des CVP
 - Existence et accessibilité d'un protocole écrit et conforme aux dernières recommandations nationales sur la pratique de pose et d'entretien des CVP.
- Objectif 2 : appliquer les précautions standards
 - Port de gants pour l'insertion du cathéter
 - Elimination immédiate du mandrin de CVP dans un container à aiguille pour objets piquants et tranchants situé à proximité
- Objectifs 3 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie lors de la pose
 - Réalisation d'une désinfection des mains (friction avec produits hydro-alcoolique) immédiatement avant l'insertion du cathéter.
 - Réalisation d'une phase de détersion (savonnage suivi de rinçage) avant l'application de l'antiseptique.
 - Utilisation d'un antiseptique en solution alcoolique.
- Objectif 4 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie pour les manipulations du cathéter, des tubulures et des robinets
 - Désinfection des embouts et des robinets avant leur manipulation à l'aide de compresses stériles imprégnées d'un antiseptique alcoolique
- Objectif 5 : évaluer le maintien du cathétérisme
 - Traçabilité de la date de pose du cathéter dans le dossier patient
 - Traçabilité de la date d'ablation du cathéter dans le dossier patient
 - Durée du cathétérisme inférieure ou égale à 4 jours
 - Traçabilité des éléments de surveillances cliniques quotidienne (présence ou absence de signes locaux ou généraux) du site d'insertion dans le dossier.

CHAPITRE II : LA DEMARCHE QUALITE EN

SANTE

I) CONCEPTS ET PRINCIPES DES DEMARCHES QUALITES

a. Historique

La qualité est devenue une discipline d'étude et d'action avec la révolution industrielle à la fin du XIX^e siècle. Son objectif premier a été la conformité des produits livrés avant de s'orienter vers la satisfaction des clients. Avec le temps, les techniques et les approches utilisées pour atteindre cet objectif se sont transformées et enrichies. Deux stratégies distinctes ont été mises en œuvre dans les années 50 aux États-Unis et au Japon dans des contextes historiques et culturels très différents. Les États-Unis ont cherché à étendre au secteur civil leurs normes de qualité de fabrication des matériels militaires de la Seconde Guerre mondiale. Il leur fallait pour cela recruter et former un corps de contrôleurs numériquement important et avec une qualification élevée et homogène. Ils ont alors décidé de faire porter le contrôle sur le mode d'organisation (procédures, circuits, documents, manuel qualité, système d'obtention de la qualité) des entreprises plutôt que directement sur les pièces fabriquées. Ils ont ainsi créé l'assurance de la qualité. Grâce à cette approche une entreprise peut espérer une reconnaissance externe du système de management de la qualité qu'elle a mis en place, gage de confiance pour ses clients. Dans le même temps le Japon s'est trouvé confronté à la nécessité de reconstruire une industrie et une économie détruites par la guerre et de lutter contre la mauvaise image de marque de ses produits. Les chefs d'entreprise et les décideurs ont bénéficié des enseignements d'experts américains qu'ils ont intégrés et appliqués à leur manière. L'accent a été mis sur des actions de formation largement diffusées, y compris par les médias, auprès de l'ensemble des acteurs de la production à tous les niveaux hiérarchiques. Au sein des entreprises, en plein accord avec les décideurs, des groupes transversaux et pluri professionnels, appelés cercles de qualité, ont été constitués en grand nombre pour analyser et traiter les problèmes rencontrés. Cette approche s'est peu à peu structurée et institutionnalisée sous le terme d'amélioration continue de la qualité. Ce concept correspond à une démarche qualité progressive incluant un management participatif. La dynamique d'amélioration qui repose sur la mobilisation des acteurs diffuse alors progressivement dans le quotidien de l'ensemble de l'entreprise.

Ce bref historique rappelle que les démarches qualité concernent à la fois des aspects techniques et des aspects humains.

Les aspects techniques s'intéressent à la réalisation d'un produit ou d'un service qui répond aux attentes d'une clientèle donnée en termes de qualité, de coût et de délai. Ceci nécessite de maîtriser les différentes étapes de la production pour éliminer la non-qualité génératrice de coûts inutiles et d'être attentif aux attentes des clients, voire si possible, les anticiper par l'innovation afin d'en conquérir de nouveaux.

Les aspects humains concernent la motivation et l'implication des personnes qui travaillent dans l'entreprise concernée. Les méthodes utilisées cherchent à développer une réelle implication et permettent de répondre au besoin de reconnaissance des professionnels en prenant en compte leurs idées, leur créativité, leur sens des responsabilités. La motivation des professionnels est essentielle pour progresser dans la qualité des produits ou des services. Ces deux aspects ont en commun un enjeu économique fort dans la mesure où la motivation des hommes comme la maîtrise des aspects techniques engendrent une plus grande efficacité, permettent la réduction des coûts et l'augmentation des parts de marché par la fidélisation de la clientèle et la conquête de nouveaux clients. C'est pour cette raison que les entreprises investissent en ce domaine. La démarche qualité ne relève pas de l'utopie. Elle est un moyen d'efficacité économique engageant une grande motivation des hommes [5].

b. Définition des concepts

➤ Amélioration continue de la qualité

L'adjectif « continu » est utilisé pour indiquer que l'amélioration est régulière. L'organisme recherche activement des opportunités d'amélioration et les concrétise.

Ce principe d'amélioration continue de la qualité est utilisé sous le nom de PDCA (*Plan, Do, Check, Act*) ou Roue de DEMING.

PLAN : planifier. Établir une politique qualité, se fixer des objectifs, prévoir les moyens de réalisation ;

DO : réaliser, mettre en œuvre ce qui a été prévu ;

CHECK : vérifier que l'on tend vers les éléments planifiés, contrôler les résultats, mesurer les avancées ;

ACT : réagir et améliorer, c'est-à-dire réduire les écarts, et faire évoluer les objectifs [5].

➤ **Démarche qualité**

Une démarche qualité est une « façon d'agir » en qualité [5].

C'est une démarche raisonnée et délibérée pour réaliser une tâche [15]. Elle comprend les étapes suivantes : dire ce que l'on attend ; dire ce que l'on fera ; prouver que c'est suffisant ; former à faire correctement ; vérifier ce que l'on a fait correctement. Le résultat de toute activité peut être évalué et mesuré ; tout processus peut être maîtrisé.

L'amélioration comporte les axes suivants : recherche de la simplification, identification et planification de l'amélioration, appropriation de la qualité par les acteurs de terrain. Il s'agit d'un contrat entre les différents partenaires qui agissent en faveur de l'hygiène, ou d'un contrat entre les soignants (ou direction, ou encadrement) et les patients. Ce n'est pas un règlement [15].

➤ **Evaluation de la qualité des soins**

Activité formelle et systématique destinée à identifier des problèmes dans la délivrance des soins, à concevoir des mesures correctives et à réaliser un suivi afin de s'assurer qu'aucun problème nouveau n'a été introduit et que les mesures correctives sont effectives [15].

➤ **Qualité des soins**

Niveau auquel parviennent les organisations de santé en termes d'augmentation de la probabilité de résultats souhaités pour les individus et les populations et de compatibilité avec l'état des connaissances actuelles [15].

➤ **Système de management de la qualité**

C'est l'ensemble des dispositions humaines, techniques et organisationnelles qui permettent d'établir et mettre en œuvre la politique qualité et de faire fonctionner la démarche au sein de l'organisme [5].

c. Les autres concepts liés à la démarche qualité

Les autres concepts liés à la démarche qualité tels que l'accréditation, amélioration de la qualité, l'assurance de la qualité, l'audit, l'audit d'un système de la qualité, certification, client, management, manuel qualité, management de la qualité, management total de la qualité, objectif qualité, politique qualité, procédure, processus, protocole, qualité, référentiel, revue de direction ont été définis en **Annexe VI**.

d. Principes essentiels de la démarche qualité

La démarche qualité obéit à un certains nombre de principes essentiels qui se traduisent par l'attention aux clients ; l'importance du leadership ; une démarche participative; une approche méthodique ; une approche par processus ; la transversalité et le pluri-professionnalisme ; l'amélioration continue ; la résolution des problèmes et le traitement des dysfonctionnements ; et enfin la mesure de la démarche qualité [5].

e. Qualité et management

Les notions de qualité et de management sont deux concepts important dans la démarche qualité. Cette approche de qualité et de management va se caractériser par un système et d'une philosophie de management ; la satisfaction du client et de ses besoins; l'engagement des dirigeants et l'implication du personnel; la démarche s'effectue de façon méthodique ; la notion de processus au cœur de la démarche ; la démarche s'effectue de manière pragmatique et progressive; il s'agit également d'une approche gestionnaire et économique. Pour assurer la pérennité de l'entreprise, les objectifs qualité s'intègrent dans les objectifs de la politique générale. L'organisation du système qualité, la structuration de la démarche, les méthodes et outils employés sont adaptés aux objectifs visés. Ces caractéristiques expliquent que seul le management de l'établissement peut assurer l'animation de la démarche et en garantir la cohérence. Cette démarche qualité va conduire à la mise en place d'une organisation adaptée appelé le système de management de la qualité (SMQ).

Pour que cette démarche qualité se déroule de manière cohérente, efficace et pérenne, elle va se traduire dans sa mise en œuvre à la maîtrise de la dimension stratégique (clarifier les objectifs); de la dimension technique (gestion des projets); de la dimension structurelle (structures de coordination : comité de pilotage et cellule opérationnelle) ; de la dimension culturelle (croyances, valeurs, normes, représentations et comportements) [5]. En tenant compte de ces quatre dimensions essentielles, la démarche qualité aura un impact durable au sein de l'organisation. Aussi pour permettre la diffusion de cette démarche et lui donner sa pleine efficacité, il est important que les pratiques de l'ensemble des acteurs, dont celles de l'encadrement, en soient une illustration dans la gestion au quotidien.

f. La qualité dans les établissements de santé

Ces acquis méthodologiques sont applicables à tous les secteurs d'activité. Les spécificités des établissements de santé ne doivent pas être méconnues et nécessitent d'être prises en compte pour en envisager la mise en œuvre.

i. Les spécificités des établissements de santé

Un certain nombre de particularités sont à rappeler. La complexité des établissements de santé se caractérise par des processus nombreux, en partie non standardisables et d'évolution rapide; des métiers multiples et en évolution permanente ; une sociologie particulière, notamment en ce qui concerne la répartition des pouvoirs de décision ; une qualité des produits (résultat des soins délivrés) difficile à appréhender pour les professionnels et les patients ; une difficulté à identifier et à valoriser l'effet des démarches qualité (exemple : certains coûts de la non-qualité peuvent être supportés par la collectivité et non par l'établissement qui les a générés (iatrogénie)). De plus, les modalités de régulation économique des soins de santé peuvent également engendrer de la complexité.

Cependant les établissements de santé ne sont pas les seules structures complexes à la fois dans leurs processus et dans la répartition des pouvoirs (ex. : aviation civile, aérospatiale).

Différents types de « clients » ayant des attentes très diverses. En se limitant aux clients externes, on peut lister sans être exhaustif les patients hospitalisés, les consultants externes, les proches des patients, les patients potentiels, les professionnels de santé externes qui adressent les patients et qui en assurent le suivi.

Le rôle des professionnels :

- Les professionnels de santé sont conduits à délivrer un service en temps réel dont la qualité est dépendante de la qualité des décisions qu'ils prennent pour assurer une prise en charge adaptée.
- Chaque acteur (notamment les médecins) dispose d'une indépendance dans son choix d'intervention, cette indépendance impliquant l'existence d'une responsabilité propre, prévue dans un cadre déontologique et juridique.

La prise en charge en établissement de santé est souvent une des étapes de la prise en charge dans un réseau de soins :

- La qualité du résultat est souvent à appréhender à un niveau plus global que celui de l'établissement de santé.

- Les prises en charge dans un établissement de santé sont tributaires des actions réalisées en amont et doivent souvent être relayées en aval.

ii. La mise en œuvre

Les expériences de démarche qualité en établissements de santé démontrent l'applicabilité des concepts, démarches, méthodes et outils de la qualité dans les établissements de santé. Il n'existe pas de démarche clé en main mais un ensemble de concepts, principes, méthodes à mettre en œuvre de manière cohérente, progressive et pédagogique. Pour toutes ces raisons, il s'agit d'une démarche de management [5].

✓ La politique qualité, dimension stratégique [5].

L'engagement dans une démarche qualité nécessite une réflexion sur ses enjeux et sur les résultats attendus. Cette réflexion permet de s'accorder sur l'intérêt d'une telle démarche, ses objectifs prioritaires et les modalités de sa conduite. L'élaboration de la politique qualité est le résultat de cette réflexion.

La politique qualité

- **Définitions**

La politique qualité est définie par la norme ISO 9000 comme « les orientations et objectifs généraux d'un organisme, concernant la qualité, tels qu'ils sont exprimés formellement par la direction au plus haut niveau » [5].

- **Le lien entre la politique qualité et le projet d'établissement**

Le projet d'établissement vise à exprimer la stratégie de l'établissement et à mobiliser les ressources humaines sur le projet retenu. Il résulte d'une démarche d'analyse et de concertation. La politique qualité et/ou le projet qualité sont une composante essentielle du projet d'établissement. Le projet qualité doit être cohérent avec la stratégie retenue. Il est étroitement lié au projet de management.

L'existence d'un projet d'établissement clair, pragmatique et mis à jour régulièrement est la condition d'une mobilisation sur le projet qualité. L'adhésion au projet assure la mobilisation nécessaire et conditionne l'effort consenti par les différents professionnels [5].

- **Les objectifs de la réalisation et la diffusion d'une politique qualité**

La définition d'une politique qualité va permettre :

- d'établir la finalité de la démarche qualité en définissant l'intérêt, le rôle et la place de la démarche qualité dans la stratégie de l'établissement. Cette définition a pour but de donner du sens à la démarche ;
- d'affirmer l'engagement du management de l'établissement dans cette démarche ;
- d'identifier les modalités et les responsabilités pour la mise en œuvre.

Quant à la communication de la politique qualité, celle-ci va permettre : d'en partager le sens avec l'ensemble des acteurs ; de les fédérer autour du projet ; de mettre en exergue l'importance accordée à la qualité et la nécessité d'engagement des différents acteurs.

Au-delà de ces principes, la forme prise par la politique qualité ainsi que son contenu peuvent être variables en fonction des établissements [5].

Le contenu d'une politique qualité

La politique qualité est fréquemment formalisée dans un document. Cette expression écrite peut prendre la forme d'une charte ou un manuel.

Il convient cependant d'insister sur le fait qu'énoncer une politique qualité ne suffit pas.

L'action doit être en cohérence avec le discours ; la démarche est à structurer, en établissant les responsabilités de chacun et en assurant le suivi. L'implication des dirigeants accompagne l'énoncé de la politique et se traduit par trois types d'action : la communication sur les objectifs de la démarche, le suivi des actions et la participation personnelle à certains projets.

Les éléments suivants sont généralement présents dans une politique qualité formalisée :

- l'expression de la finalité de la démarche pour l'établissement ;
- l'affirmation de l'importance donnée à la qualité dans l'établissement ;
- l'identification des axes stratégiques permettant le déploiement de cette politique ;
- la description de l'organisation mise en place et du mandat donné à des responsables afin que la politique arrêtée soit mise en œuvre ;
- les modalités de suivi et éléments d'évaluation retenus [5].

Les stratégies de développement

La mise en œuvre d'une démarche qualité suppose une réflexion managériale sur ses modalités d'introduction et de développement.

La démarche qualité va engendrer à moyen et long terme des changements structurels, organisationnels et culturels profonds :

- la démarche qualité développe la transversalité et conduit à une organisation plus horizontale; le fonctionnement hiérarchique est modifié et s'accompagne d'un management fortement participatif ;
- la démarche qualité suppose le changement d'un certain nombre de représentations concernant le fonctionnement de l'établissement avec l'appropriation progressive par l'ensemble des acteurs de : l'orientation « client », la culture de la mesure (utilisation de données objectives), l'utilisation des méthodes d'amélioration, l'identification collective des dysfonctionnements et leur utilisation comme axe de progrès plutôt que la recherche de leurs responsables.

Le choix d'une stratégie de développement est donc un choix de management devant intégrer:

- la situation initiale de l'établissement notamment au plan culturel ;
- les ressources disponibles (disponibilité, savoir-faire) ;
- le type de management en place (direction et management intermédiaire).

Plusieurs stratégies sont possibles. Dans tous les cas, le but est de définir le parcours adapté qui favorisera l'apparition d'un fonctionnement propice à la conduite d'améliorations.

Le parcours choisi permettra d'agir progressivement sur les 4 dimensions présentées dans la 1^{re} partie : stratégie, technique, structure, culture.

Les stratégies possibles se différencient par : le rythme de développement de la démarche ; les leviers utilisés pour développer la qualité.

Le rythme de développement de la démarche

Le contexte spécifique à l'établissement de santé conduit à adopter un rythme de développement fondé : soit sur une démarche étendue d'emblée ; soit sur un développement par étape reposant sur l'extension progressive d'expériences pilotes et/ou sur l'intégration des expériences existantes.

✓ L'utilisation de leviers pour développer la qualité

La mise en œuvre de démarches qualité suppose la conduite de changements majeurs dans l'établissement. Ils doivent être impulsés par les leaders de l'établissement en guidant une démarche interne.

Pour impulser ces changements, les dirigeants peuvent avoir recours à un certain nombre de leviers, qui permettent de rendre le chemin à parcourir beaucoup plus concret.

Ces leviers pour les systèmes de reconnaissance externe de la qualité peuvent être l'accréditation et la certification à la norme ISO.

Les établissements peuvent avoir recours à des démarches organisées autour d'objectifs internes telle que :

- une démarche de contractualisation interne en intégrant la dimension qualité dans les contrats liant la direction et les centres de responsabilité.
- Dans d'autres cas, la démarche peut viser la maîtrise d'un processus particulier ou l'amélioration de sa performance ou d'un délai dans un secteur ou pour l'établissement dans son ensemble. Présentés sous forme de défis, ces objectifs permettent la mobilisation des équipes.

iii. La dimension des objectifs stratégiques et le choix des priorités

Un autre aspect de la stratégie consiste à définir les objectifs d'amélioration.

La démarche qualité est une démarche progressive. Elle vise l'obtention d'améliorations sur des problématiques prioritaires de l'établissement ou d'un de ses secteurs. Elle correspond à un effort ciblé justifié par l'importance d'une problématique et la nécessité d'élaborer et de mettre en œuvre une solution. Il peut s'agir de résoudre un problème ou d'améliorer un fonctionnement non satisfaisant, mais aussi d'augmenter les performances dans un domaine clé même en l'absence d'anomalie.

Elle correspond à un investissement de l'établissement en vue d'une amélioration ultérieure qui assurera le retour sur cet investissement. À l'évidence, l'établissement ne peut investir que sur un nombre limité de projets simultanés. En conséquence, le choix des projets à conduire impose de définir des priorités cohérentes avec la stratégie de l'établissement, échelonnées dans le temps selon des critères définis.

Au fur et à mesure du développement de la démarche, l'établissement développe sa capacité à conduire des actions qualité. Ainsi, le nombre de projets pouvant être conduits simultanément augmente. L'augmentation du nombre de projets suppose en effet la capacité à coordonner

l'ensemble, à animer chaque projet et à prendre les décisions nécessaires à un niveau institutionnel lors des étapes clés de ces actions.

Les critères de priorisation devront être déterminés par l'établissement qui pourra ensuite bâtir et utiliser des outils. Les critères devront à la fois étudier les enjeux en terme d'amélioration (ex. : sécurité, dysfonctionnements itératifs, etc.) et les possibilités de changement (faisabilité, coûts, résistances prévisibles).

g. Structuration de la démarche

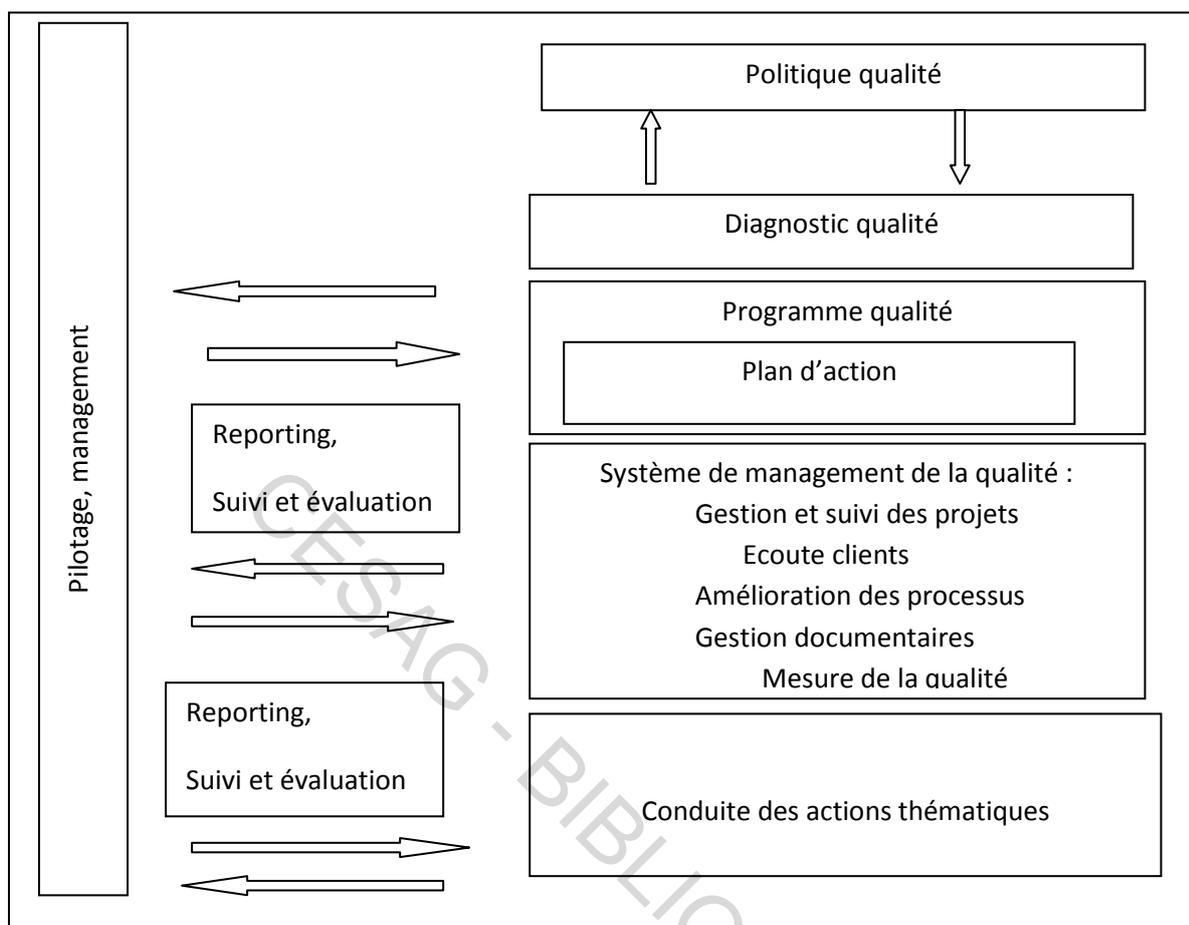
La structuration de la démarche et son rythme dépendent de son stade d'avancement et de la stratégie choisie. Il convient de mettre en place des structures de pilotage et de mise en œuvre de la démarche. Il s'agit également de définir les modalités de diffusion des objectifs et de constituer des groupes projets pour conduire des actions sur des thèmes ciblés correspondant aux priorités définies par la structure de pilotage.

h. Mise en place d'un système de management de la qualité

Le périmètre et l'articulation des éléments d'un système de management de la qualité sont variables d'une entreprise à une autre même s'ils sont fondés sur des principes communs et partagés. Certaines entreprises et certains experts incluent dans ce système la politique qualité alors que d'autres le limitent aux éléments de mise en œuvre et de suivi. Les différences constatées s'expliquent par l'existence d'un mécanisme d'appropriation des principes en fonction de l'expérience et de la culture de chaque entreprise.

Chaque établissement va bâtir son système dans lequel un certain nombre de fonctions seront assurées : la gestion et le suivi des projets ; l'écoute des clients ; l'amélioration des processus; la gestion documentaire ; la mesure de la qualité.

Figure 1 : Représentation d'un système de management de la qualité



Source : ANAES, Avril 2002

i. Les facteurs de réussite de la démarche qualité

Les conditions nécessaires au développement d'une politique d'établissement destinée à soutenir l'amélioration continue de la qualité sont fréquemment rappelées dans la littérature française et internationale. Nous mentionnerons dans ce document les facteurs essentiels qui conditionnent le succès de la démarche dans le cadre de sa mise en œuvre méthodique telle que présentée précédemment. Il faut : l'engagement explicite des responsables ; l'implication des professionnels ; le patient, raison d'être de la démarche ; la progressivité de la démarche et l'adéquation des moyens aux objectifs ; la communication interne ; le développement des compétences et formation ; la structuration de la démarche.

II) AUDIT CLINIQUE

Nous venons de voir aux travers les chapitres sur l'hygiène hospitalière combien de fois il est important pour un établissement de santé de respecter les règles et référentiels en matière d'hygiène afin d'éviter aux malades le risque gravissime d'infection nosocomiale. Le chapitre sur la démarche qualité quant à elle nous a permis de savoir que l'une des caractéristiques essentielles de cette démarche est la mesure de la qualité. Dans le souci d'une amélioration continue des soins, la mesure est un impératif de la qualité. Elle permet d'apprécier la satisfaction des clients, la conformité des produits et services à des références et le bon déroulement des processus. Cela consiste à objectiver le niveau de qualité existant et des progrès réalisés grâce aux actions d'amélioration. Elle permet également un suivi en continu de certaines caractéristiques afin d'agir dès qu'une dérive apparaît. La culture de la mesure permet de dépasser les opinions, les a priori et de prendre les décisions à partir d'éléments factuels. Mesurer permet aussi de valoriser le travail accompli, de donner confiance aux professionnels et aux clients sur le maintien d'une qualité de production et d'apporter la preuve des progrès réalisés [5]. L'arrivée des démarches qualité et notamment la procédure d'accréditation pose l'inévitable question de la mesure de la qualité en santé. Cette question est d'autant plus importante que les établissements de santé doivent apporter la preuve du niveau de qualité de leurs organisations et de leurs prestations dans un contexte de restructuration du paysage hospitalier. Savoir évaluer la qualité en santé, au sens d'en estimer la valeur, est une attente forte tant des professionnels de santé que des usagers. L'évaluation de la qualité, autrefois une exigence éthique de la morale professionnelle, est devenue maintenant une exigence de la collectivité et elle est de ce fait traduite en exigence légale [4]. L'audit clinique est l'une des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles en santé, traduisant ainsi l'intérêt de ce chapitre.

a. Définition et objectifs

L'audit clinique est la méthode d'évaluation des pratiques professionnelles en santé. Son objectif est de mesurer la qualité des pratiques des soins et des résultats en vue de les améliorer [56].

b. Les étapes

Six étapes essentielles sont à décrire dans l'audit clinique [56]:

i. Choix du thème

Les objectifs de cette étape sont de cibler le thème pertinent et lancer le projet ; et d'établir un diagnostic de la situation.

Les actions à mener sont : identifier les opportunités d'amélioration et/ou les dysfonctionnements ; sélectionner le thème prioritaire ; définir le champ de l'étude ; composer le groupe projet ; Identifier le responsable de projet ; définir la responsabilité des membres du groupe ; réaliser le bilan de l'existant : collecte des données, analyse des résultats.

Les résultats attendus de l'étape sont : Points forts et points faibles de cette pratique repérés ; Objectif clairement défini [56].

ii. Choix des critères

L'objectif est de construire un référentiel.

Les actions à mener sont : Procéder à l'analyse de la littérature (réglementations, recommandations, publications sur le même thème) ; Définir les critères qualité ; Prendre en compte le contexte local ; Rédiger le référentiel (le questionnaire) ou l'actualiser selon le cas ; Sélectionner les critères représentatifs de la qualité à évaluer dans la pratique et leur donner une valeur cible.

Les résultats attendus sont : Référentiel construit ; Critères à mesurer dans la pratique identifiés [56].

iii. Choix de la méthode de mesure

L'objectif de l'étape est de Construire la feuille de recueil des données ou grille d'évaluation.

Les actions à mener sont : Rédiger les unités qualité sous forme de questions à réponse fermée et binaire (oui/non – vrai/faux) ; Tester la feuille de recueil de données et la réajuster si nécessaire ; Déterminer le type d'étude, la taille de l'échantillon, la période d'évaluation, la source d'information et le mode de recueil des données ; Nommer l'évaluateur.

Les résultats attendus sont : cadre de l'étude et Feuille de recueil des données élaborées [56].

iv. le recueil des données

L'objectif de l'étape est de Mesurer les critères qualités dans la réalité.

Les actions à mener sont : Organiser une réunion d'information ; Remplir une feuille de collecte des données par pratique évaluée ; Suivre l'évolution du recueil des données ; Echantillon prévisionnel atteint ; Collecte d'information exhaustive.

Résultats attendus sont : les critères de qualité mesurés [56].

v. analyse des résultats

L'objectif de l'étape est d'Identifier la ou les causes des écarts observés.

Les actions à mener sont : Traiter les données recueillies (conversion des réponses en pourcentage, Présentation graphique des résultats) ; Rechercher et expliciter les causes des écarts (professionnelle, organisationnelle, institutionnelle, personnelle).

Les résultats attendus sont : Ecarts repérés, Causes ciblées et analysées [56].

vi. plan d'action d'amélioration et de réévaluation

Les objectifs de l'étape sont : Elaborer le plan d'amélioration et Prévoir le suivi des améliorations mises en place.

Les actions à mener sont : Présenter les résultats aux professionnels concernés et de leur faire valider les causes des écarts ; Recenser et prioriser les actions correctives ; Etablir le calendrier prévisionnel des actions ; Nommer le responsable de chaque action ; Rédiger le rapport d'étude ; Fixer la période de réévaluation ; Définir les critères à réévaluer ; Remanier si nécessaire la grille d'évaluation ; Assurer la collecte et l'exploitation des données ; Identifier l'impact des mesures correctives.

Les résultats attendus sont : Programme d'amélioration et responsable (s) nommé (s) ; Modalités de la réévaluation fixées ; Suivi assuré [56].

Les facteurs de réussite

La réussite d'un audit clinique dépend de plusieurs facteurs, il faut: Choisir un thème pertinent ; Définir un objectif ciblé sur l'amélioration de la pratique et non sur l'évaluation des personnes ; Composer un groupe projet (projet expertise sur le thème, connaissances méthodologiques, connaissances de la pratique locale) ; Nommer un responsable de projet ayant une légitimité professionnelle ; Favoriser une démarche participative ; Démarche institutionnelle (Obtenir l'engagement explicite de la direction ; Inscrire le projet dans le

programme qualité de l'Établissement ; Définir une politique de communication dès la mise en œuvre du projet ; Impliquer les instances représentatives ; Valoriser l'engagement des professionnels) [56].

c. Le cadre réglementaire [3].

La qualité des soins suppose le choix des meilleures stratégies de soins et leur mise en œuvre la plus adaptée. Le processus d'évaluation impose la création ou la mise à jour de référentiels et la vérification de leur application. L'objectif de l'évaluation est d'assurer une amélioration continue de la qualité des soins parallèlement à une utilisation optimale des ressources.

Cette recherche de qualité est fondamentale. Une rupture entre les soins théoriques (référentiels) et les soins réellement délivrés ne doit pas exister. Les actions d'évaluation des soins supposent, outre la compétence des professionnels de santé, un engagement des établissements dans cette voie. Ces conditions sont nécessaires pour assurer à tous les malades des soins de qualité.

En France, le développement du concept d'évaluation de la qualité des soins au cours des années 80 a conduit à la création de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM), en août 1989. Plusieurs dispositions concernant l'évaluation de la qualité des soins ont été inscrites dans la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991. L'ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée en date du 24 avril 1996 a apporté des précisions supplémentaires.

Les textes relatifs aux évaluations des pratiques professionnelles sont repris ci-après :

Art. L 710-4. - Les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité.

L'évaluation des pratiques médicales doit respecter les règles déontologiques et l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, instituée à l'article L 791-1, contribue au développement de cette évaluation.

Art. L 710-5. - Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation.

Cette procédure, conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé,

visé à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

La procédure d'accréditation est engagée à l'initiative de l'établissement de santé, notamment dans le cadre du contrat qui le lie à l'agence régionale de l'hospitalisation instituée à l'article L 710-17.

Art. L 791-1. [...] L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé a pour mission:

1° De favoriser, tant au sein des établissements de santé publics et privés que dans le cadre de l'exercice libéral, le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles ;

2° De mettre en œuvre la procédure d'accréditation des établissements de santé mentionnée à l'article L 710-5 " [...].

Art. L 791-2. - Au titre de sa mission d'évaluation des soins et des pratiques professionnelles dans les secteurs hospitalier et des soins de ville, l'agence nationale est chargée :

1° D'élaborer avec des professionnels, selon des méthodes scientifiquement reconnues, de valider et de diffuser les méthodes nécessaires à l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles ;

2° D'élaborer et de valider des recommandations de bonnes pratiques cliniques et des références médicales et professionnelles en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique ; [...]

5° De proposer toute mesure contribuant au développement de l'évaluation, notamment en ce qui concerne la formation des professionnels de santé ;

6° De diffuser ses travaux et de favoriser leur utilisation.

Art. L 791-3. - Au titre de sa mission d'accréditation des établissements de santé, l'agence nationale est chargée, en s'appuyant notamment sur les méthodes, recommandations et références mentionnées aux 1° et 2° de l'article L 791-2 :

1° D'élaborer avec des professionnels et des organismes concernés, selon des méthodes scientifiquement reconnues, ou de valider des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles fondés sur des critères multiples ;

2° De diffuser ces référentiels et de favoriser leur utilisation par tous moyens appropriés ;

[...]

PARTIE II : CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE I: ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT

EXTERNE : LE SYSTEME SANITAIRE AU

SENEGAL (SSS)

I) ORAGANISATION

Le système de santé du Sénégal se présente sous forme d'une pyramide de trois niveaux : L'échelon périphérique, correspond au district sanitaire, assimilé à une zone opérationnelle, géré par un médecin chef de district.

L'échelon régional, correspond à la région médicale, structure de coordination régionale, dirigé par un médecin de santé publique.

L'échelon central comprend le cabinet du ministre, les directions et les services rattachés [41].

II) LA POLITIQUE SANITAIRE

La politique de santé et d'appui sociale, découle de la Déclaration de la Politique de Santé et d'Action Sociale de juin 1989, s'appuie sur l'approche programme traduite de travers le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) pour la période 1998-2007. Le PNDS a permis de mettre en chantier plusieurs réformes de la fois législatives et institutionnelles touchant principalement les hôpitaux, les médicaments, les pharmacies. Il prévoit d'autres initiatives dans des domaines aussi importants que le système d'information sanitaire, le financement de la santé, la réorganisation du Ministère de la Santé, la coordination des interventions et l'intégration des activités. Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) qui couvre une période de cinq ans, est la traduction concrète des priorités en matière de santé définies dans le P.N.D.S. Les objectifs visés sont : la réduction de la mortalité maternelle ; la réduction de la mortalité infantile et juvénile ; la maîtrise de la fécondité.

La mise en œuvre des activités découlant des différentes orientations stratégiques dégagées sont effectives grâce à une mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières.

Pour le suivi et l'évaluation des activités du PDIS, 24 indicateurs ont été retenus. Ces indicateurs sont regroupés en trois catégories de savoir : les indicateurs de moyens financiers ; les indicateurs de couverture sanitaire, de qualité et des services ; les indicateurs d'impact [41].

III) PLAN SENEGAL EMERGENT

Le plan "un Sénégal émergent en 2035 avec une société solidaire et dans un état de droit" prévoit dans l'axe stratégique 2 : accès aux soins de santé ; protection social et la solidarité avec les groupes vulnérables ; prévention et gestion des risques et catastrophe. L'amélioration de la santé et la nutrition passera par la mise en œuvre adéquate du PNDS : atteindre 80% des enfants de 0-11 mois vaccinés en 2017 ; réduire la morbi-mortalité maternelle et infanto-juvénile ; maintenir la prévalence du VIH/sida en dessous de 1% ; améliorer la gouvernance du secteur ; avoir au moins 62% de la population inscrite à la CMU en 2017.

Les objectifs suivants sont visés afin d'assurer des services performants de santé publique : améliorer l'offre et la qualité des services de santé ; améliorer les performances en matière de prévention et de la lutte contre les maladies ; améliorer l'état de santé de la mère et de l'enfant ; améliorer l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant ; renforcer le dispositif de santé communautaire ; améliorer la gouvernance sanitaire [13].

IV) ETAT DE SANTE DES POPULATIONS

✓ Fécondité et mortalités

L'EDS Continue 2014 estime le niveau de fécondité à 5,3 enfants par femmes. Globalement, le risque de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 65 pour 1 000 naissances, soit environ un enfant sur 15 [7].

✓ Contraception

L'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes en union continue est de 18 % pour toutes méthodes confondues, et 16 % pour les méthodes modernes. Au total, 66 % des femmes peuvent être considérées comme des candidates potentielles à la planification familiale car 21 % ne veulent plus d'enfants ou 45% désirent espacer la naissance de leurs prochains enfants pour une période d'au moins deux ans [7].

✓ Santé mère-enfant

Durant la grossesse de leur naissance la plus récente, 95% des femmes ont consulté un professionnel de santé, 71 % des naissances se sont déroulées dans un établissement sanitaire, et 51 % ont bénéficié de l'assistance de personnel de santé au moment de l'accouchement. Au total 70% des enfants de 12-23 mois ont reçu tous les vaccins du PEV. Au cours des deux

semaines avant l'enquête EDS continue 2014, 3 % d'enfants ont présenté des symptômes d'IRA, 17 % ont eu de la fièvre et 14 % ont eu la diarrhée [7].

✓ Etat nutritionnel des enfants

Près de 100 % des enfants de moins de six mois sont allaités et, à 12-15 mois, 97 % d'enfants sont encore au sein. Mais seulement 38% des enfants avant l'âge de 6 mois sont sous allaitement exclusif. Selon EDS continue 2014, 19 % des enfants de moins de cinq ans souffrent de retard de croissance. Et 71% des enfants de 6-59 mois sont atteints d'anémie [7].

✓ Paludisme :

Au total, 41 % des membres des ménages ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête l'EDS continue 2014 ; cette proportion est de 51 % dans les ménages disposant d'au moins une MII. Environ 88% femmes enceintes ont pris des antipaludéens à titre préventif au cours de leur dernière grossesse, mais seulement 41 % ont reçu au moins deux doses de Fansidar dont, au moins une, pendant une visite prénatale, tel que recommandé [7].

✓ Excision :

La pratique concerne 18% des filles de moins de 15 ans et 15% des filles de moins de 10 ans [7].

V) LES SOINS HOSPITALIERS A DAKAR

La région de Dakar compte quatre départements (Dakar, Pikine, Guédiawaye et Rufisque). Elle occupe 0,3% du territoire avec une densité de 4456 habitants au km², rassemble 25% de la population nationale. Les spécialités chirurgicales et médicales sont disponibles au niveau des EPS de niveau 3 qui sont tous concentrés dans la région de Dakar (sauf un à Touba). La commune urbaine de Dakar compte 8 hôpitaux publics, 7 cliniques privées et 327 cabinets de spécialités médicales diverses, 10 laboratoires d'analyses médicales, 8 cabinets privés de radiologie. Inégale répartition géographique avec une forte concentration hospitalière sur Dakar au détriment de Pikine, Guédiawaye et Rufisque ; et aussi une inégalité dans la prise en charge des malades dans le secteur public et le secteur privé. Les cliniques privées de Dakar se distinguent par la qualité de l'hôtellerie et des plateaux techniques adéquats. Les hôpitaux publics sont caractérisés par le plateau technique élevé (scanner, dialyse, etc.) et la prise en charge des pathologies lourdes et coûteuses (cardiologie intensive). Ils accueillent aussi bien une clientèle aisée que démunie pour répondre à leur mission de service public. L'offre de soins se caractérise par la richesse en nombre de lits d'hospitalisation (1850), la concentration

géographique de cette capacité d'hospitalisation et la difficulté d'accès à cette offre liée aux problèmes de circulation urbaine au niveau de l'accès des hôpitaux de Dakar – Plateau [1].

VII) ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LES I.N. AU SENEGAL [42].

a. PRONALIN

Le PRONALIN a été créé le 25 juin 2004 par arrêté N° 005471 du 25 juin 2004 portant création d'un programme nationale de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements publics et privés participant au service public hospitalier.

b. CONALIN

Le CONALIN a été créé par arrêté du Ministère de la santé, arrêté N° 005711 du 7 juillet 2004, arrêté portant organisation de la Lutte contre les Infections nosocomiales dans les établissements publics et privés participant au service public hospitalier. Il se définit comme le Comité National de Lutte contre les Infections Nosocomiales et est chargé de la mise en place d'une politique nationale de lutte contre le risque infectieux dans les structures de santé. Il est consulté pour faire l'étude critique d'un programme qui lui est soumis annuellement, et de proposer éventuellement des modifications allant dans le sens d'une amélioration. Ce programme doit parvenir aux différents membres du comité au moins une semaine avant la réunion.

c. Le CORELIN et le CLIN

Il est créé dans le même temps que le CONALIN par le même arrêté le CORELIN (titre II) et le CLIN (titre III).

✓ Le CORELIN est le comité régional de lutte contre les infections nosocomiales.

Il est chargé de :

- la collecte de toutes les informations et rapports relatifs au programme national et concernant la région. Après synthèse au niveau régional, le Comité peut ajouter ses commentaires et suggestions. Les rapports régionaux sont annuellement transmis au coordonnateur national ;
- la coordination de toutes les actions du programme national au niveau régional.

✓ Le CLIN est le comité de lutte contre les infections nosocomiales.

L'Article 8 de cet arrêté dit : Il est institué au sein de chaque établissement d'hospitalisation public ou privé participant à l'exécution du service public hospitalier un Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales (CLIN).

Les fonctions de membre du Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales ne donnent pas lieu à une indemnité.

L'Article 9 précise que le Directeur de l'établissement est chargé de veiller au bon fonctionnement du Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales.

La composition du Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales est variable selon la nature de l'établissement.

Pour les hôpitaux, le CLIN se compose comme suit : le président et le vice-président de la CME, nommés respectivement président et vice président du comité ; le médecin du travail ; le chef du service des soins infirmiers ; le microbiologiste ; le surveillant d'hygiène ; le pharmacien ; un chirurgien ; un médecin de pathologie infectieuse ; un réanimateur ; un pédiatre ; un épidémiologiste ; des paramédicaux exerçant une activité de soins (au moins 3 ou 4) ; une sage femme ; un responsable du service qualité.

Sont considérés comme observateurs, les syndicats, le représentant des usagers, ou toute autre personne ayant des compétences dans un domaine intéressant le Comité.

Pour toutes les autres structures de santé, le Comité comprendra au moins le chef de la structure, un cadre médical et un cadre paramédical.

Pour les missions, l'Article 10 déclare que Ce Comité a pour missions d'organiser et de coordonner une surveillance continue des infections dans l'établissement, ainsi que toutes les actions de prévention prévues ; de détecter précocement les épidémies nosocomiales et procéder aux enquêtes épidémiologiques ; de promouvoir les actions de formation des personnels de l'établissement ; de transmettre chaque année au Coordonnateur national et au Comité régional un rapport annuel d'activités en plus des comptes rendus de réunion ; de proposer un programme d'actions à mettre en œuvre ainsi que les matériels et équipements à acquérir pour l'année suivante (avec un ordre de priorité) ; de réduire le niveau de résistance bactérienne aux antibiotiques dans l'établissement ; d'évaluer les programmes d'actions ; de sensibiliser les professionnels de la santé et les patients.

Article 11. — Le CLIN se dote de deux structures qui lui servent de moyens d'actions : une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) formée d'un microbiologiste responsable de l'équipe, du surveillant d'hygiène (chef du Service de Soins Infirmiers) et de toute autre personne jugée utile, en particulier le médecin du travail ; une commission des antibiotiques formée par le médecin référent en pathologie infectieuse, responsable de la commission, par le pharmacien hospitalier, et de toute autre personne jugée utile.

VIII) SYNTHESE DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE : OPPORTUNITES ET MENACES

a. Opportunités

L'analyse du système sanitaire Sénégalais a montré des opportunités majeures au niveau central. Il existe des textes réglementaires portant créations d'organes de lutte contre les infections nosocomiales tels que le PRONALIN, le CONALIN, le CORELIN, le CLIN. Aussi le Sénégal faisant partie des Etats membres du système des Nations Unies adhère de même aux recommandations consensuelles de l'OMS sur le lavage des mains universellement établi comme enseignement de pratique de soins hospitaliers.

b. Menaces

Malgré ces opportunités,

- l'absence de texte réglementaire devant obliger les hôpitaux à publier leurs indicateurs de qualité des soins,
- l'absence d'agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé,
- l'absence de texte relatif aux évaluations des pratiques professionnelles en santé, constituent des menaces à la lutte contre les infections nosocomiales au Sénégal.

CHAPITRE II : ANALYSE DE

L'ENVIRONNEMENT INTERNE : HOPITAL

PRINCIPAL DE DAKAR (HPD)

I) HISTORIQUE [16].

Le projet de construction de l'hôpital remonte à 1862 et les travaux débutent en 1880 avec la fermeture de l'hôpital de Gorée soupçonné d'entretenir le risque épidémique suite à la tragique épidémie de fièvre jaune de 1878 qui frappa Gorée et Dakar, puis Rufisque et Saint-Louis et qui avait fait 750 décès. Situé sur la presqu'île de Dakar, en bordure de l'anse Bernard, l'hôpital fut inauguré en août 1884. Il comprenait sept bâtiments à étages avec des arcades de briques qui se faisaient face, trois à trois et fut complété en 1897 par deux bâtiments de logements à deux niveaux. Une galerie à arcades réunit ces deux constructions avec une façade tournée vers le Palais du gouverneur. Ce premier ensemble de bâtiments constituant le noyau central de l'hôpital subsiste de nos jours et confère tout son charme. "L'Ambulance Militaire" de 1880 devient "hôpital Militaire" à partir de 1890. La création de l'AOF en 1895 et l'élévation de Dakar au rang de capital de l'AOF lui conféreront un statut privilégié qu'il conservera quand Dakar devient capitale du Sénégal. Le règlement de 1912 qui définit le fonctionnement des hôpitaux d'outre mer, rattachera l'établissement devenu "hôpital colonial" au gouverneur General de l'AOF et lui assigne comme mission le traitement des malades et blessés de toute catégorie à l'exception de ceux qui relèvent de l'assistance médicale gratuite et qui sont pris en charge par l'hôpital Central Indigène (hôpital Aristide Le Dantec). Il reçoit des malades de tout le Sénégal, de la Mauritanie, du Soudan, et les médecins appartiennent au corps de santé colonial. L'appellation d'hôpital Principal, correspondant à son niveau hiérarchique dans l'organisation sanitaire, vient de ce règlement. En avril 1958, par une convention passée entre le président du Grand Conseil de l'AOF et le Haut Commissaire de la République, l'hôpital Principal est reversé au budget de la France d'Outre-mer, mais il conserve son statut d'hôpital militaire français jusqu'en 1971, onze ans après l'indépendance du Sénégal. En 1971, une convention signée entre la France et le Sénégal place l'hôpital Principal sous la double tutelle des Forces Armées Sénégalaises et de la République Française. Les terrains et les bâtiments sont transférés au Sénégal et la France en assure la gestion, sous tutelle du Ministère de la coopération. Un accord d'établissement rédigé en accord avec les représentations syndicales et qui en fixe les modalités de

fonctionnement est toujours en vigueur en 2004. Dans le cadre de la politique sanitaire nationale, l'hôpital d'Instruction du Service de santé des armées Sénégalaises pour la formation des premiers médecins militaires dont il assure la préparation aux différents niveaux de spécialisation, mais aussi de la formation continue des personnels paramédicaux. Le 24 décembre 1999, un nouvel accord de coopération signé entre le Sénégal et la France transfère définitivement toutes les responsabilités et en particulier financières aux autorités sénégalaises. Cette nouvelle convention confirme les liens d'amitié qui unissent les deux pays et précise les nouvelles modalités de coopération concernant l'Hôpital Principal. Elle marque le début d'une nouvelle ère pour l'hôpital. Avec la loi 2000-01 du 10 janvier 2000, portant réforme hospitalière, l'hôpital Principal de Dakar devient, au même titre que tous les autres hôpitaux du pays, un établissement Public de Santé, mais avec statut spécial. Il reste sous la tutelle du Ministère des Forces Armées. En 2004, trois ans après le changement de statut, et conformément aux objectifs de l'accord de 1999, l'hôpital Principal acquiert son autonomie avec ses avantages, mais aussi ses contraintes. La plupart des postes de chef de service et de chef de département sont maintenant tenus par des officiers sénégalais. Les personnels paramédicaux et des services communs sont essentiellement civils et sénégalais. Une collaboration harmonieuse entre les cadres sénégalais et français permet une émulation scientifique de bon aloi. La contribution française porte sur : le domaine technique (spécialistes médecins et pharmaciens) ; le domaine administratif et financier (directeur de l'hôpital et gestionnaire) ; la formation par l'attribution de bourses. L'aide à l'investissement technique (centrale électrique, unité centrale de stérilisation, réanimation chirurgicale, service d'accueil des urgences, etc.). Une nouvelle convention est signée le 17 février 2005. Elle découle du bilan de l'accord du 24 décembre 1999. Les deux parties sont résolues à confirmer à l'hôpital Principal de Dakar sa vocation d'hôpital d'instruction du service des armées. La France et le Sénégal désirent poursuivre une coopération exemplaire pour faire de l'HPD un établissement public de santé unique en son genre, au service des deux pays. Cette convention a pour objet de fixer le cadre et les modalités de la coopération franco-sénégalaise au bénéfice de l'HPD d'une part et d'autre part d'assurer le transfert effectif de l'ensemble des postes de responsabilité et de gestion à la partie sénégalaise. Elle est conclue pour une durée de quatre ans. En 2006, l'HPD a sécurisé son avenir. Les lignes budgétaires des subventions de l'état sont passées du ministère de la santé au ministère des forces armées sur ordre du président de la république. L'hôpital est ancré définitivement dans son rôle d'hôpital d'instruction des armées, terrain de stage et de formation du personnel du service de santé des armées créée par décret du président de la

république N°2006-619/PR/MFA du 10 juillet 2006. Il est intégré dans le groupe hospitalier militaire dakarois dont l'élément complémentaire est l'hôpital militaire de Ouakam. Un arrangement technique avec le service de santé des armées français a été signé à Paris le 26 septembre 2006 et un fonds de solidarité prioritaire du ministère des affaires étrangères vient d'être mis en place. Ces éléments contribueront grandement à pérenniser les échanges en termes de formation des personnels et de partenariat avec des institutions françaises civiles ou militaires. Les projets liés à la mise à niveau de l'établissement ont presque tous été réalisés : réfection des blocs opératoires et des services de réanimation, extension du service des urgences, construction d'un nouveau service de psychiatrie. En 2011 l'établissement va de l'avant avec 400 lits et 1193 personnels. L'encadrement est militaire sénégalais. Actuellement 9 professeurs agrégés du Val de Grace et 31 spécialistes sont affectés dans les services. Trente assistants sont en formation, 3 assistants techniques français restent présents, agissant en partenariat total avec les cadres nationaux. Un département d'ingénierie a été créé et permet d'optimiser la maintenance des matériels médico techniques sophistiqués. L'unité de résonance magnétique nucléaire avec un appareil de 1,5 Tesla est opérationnelle et la fédération des laboratoires est fonctionnelle, un nouveau scanner de 64 coupes a été acquis et d'un deuxième de 16 coupes sera bientôt réceptionné. Les projets liés à la mise à niveau de l'établissement ont presque tous été réalisés : réfection des blocs opératoires et des services de réanimations, extension du service des urgences, constructions d'un nouveau service de psychiatrie. Le chantier de rénovation du pavillon Saint-Louis est lancé et sera réceptionnée sous peu. D'autres projets sont en cours et devront être réalisés dans un proche avenir : construction d'une clinique des personnalités, du nouveau département de chirurgie spéciale et d'une hélistation. L'HPD s'ouvre ainsi au troisième millénaire et reste résolument tourné vers la modernisation pour se hisser au rang des structures sanitaires de référence internationale. Il trouvera sa pérennité dans ce concept original, unique et harmonieux d'hôpital d'instruction des services des armées du Sénégal avec sa composante multiculturelle, vivier de formation et de coopération médicale francophone internationale.

II) MISSIONS

L'Hôpital Principal de Dakar assure un rôle de référence, de formation des personnels de soutien aux structures des Forces Armées ; assure les missions générales d'un établissement hospitalier ; possède une vocation régionale dans les domaines de la formation, de la recherche, de l'expertise et du traitement des maladies tropicales [44].

III) OBJECTIFS

Les objectifs de l'HPD sont classés en objectifs généraux et objectifs spécifiques :

- Objectifs généraux : recentrer les activités de l'hôpital sur les fonctions fondamentales ; regrouper les moyens sur les secteurs pilotes prioritaires ; équilibrer le budget et assainir la trésorerie (augmentation des activités, diminution des charges de fonctionnement).
- Les objectifs spécifiques : doter l'établissement d'équipements techniques performants ; disposer de médicaments usuels en quantité et en qualité ; disposer d'un personnel compétent et motivé ; promouvoir les activités de recherches ; entretenir, améliorer et moderniser les infrastructures existantes ; préserver un climat social apaisé au sein de l'établissement [44].

IV) ACTIVITES ET PRODUITS

a. Activités de l'HPD

i. Activités Médicales

Médecine moderne ; hépato-gastro-entérologie ; pneumologie ; cardiologie ; pédiatrie ; neurologie ; psychiatrie [48].

ii. Activités chirurgicales

Chirurgie orthopédique et traumatologie ; kinésithérapie ; neurochirurgie ; gynécologie ; chirurgie viscérale ; maternité ; ophtalmologie-ORL-stomatologie ; urologie ; blocs opératoires [48].

iii. Activités médico-techniques

Urgence-anesthésie-réanimation-hémodialyse ; fédération des laboratoires ; département d'imagerie médicale ; pharmacie hospitalière ; hygiène-qualité-prévention [48].

iv. Activités administratives, financières et logistiques

Département administratif et financier (SARH, SHSE, SAGF) ; département d'ingénierie biomédical ; département logistique (SMT, restauration, SIS) [48].

b. Produits de l'HPD

Les produits sont issus des prestations hospitalières (consultations, soins externes, examens de laboratoires et radiologies) [48].

V) ORGANISATION ADMINISTRATIVE DE L'HPD

Avec la loi du 22 avril 2008, l'HPD est confirmé dans sa vocation d'hôpital d'instruction des armées du Sénégal et placé sous la seule tutelle du ministre des Forces Armées. Il est l'élément central du groupe hospitalier militaire dakarois. Sur le plan administratif, il est structuré selon l'organigramme classique et est dirigé par un conseil d'administration et médecin-chef directeur chargé de l'application des grandes orientations [16]. Voir **annexe IV**.

a. Conseil d'Administration

Le conseil d'administration de l'Hôpital Principal de Dakar est composé de douze membres et se prononce sur la stratégie et exerce un contrôle permanent sur la gestion de l'établissement. Il délibère sur les orientations stratégiques et les projets d'établissement ; le règlement intérieur ; les programmes pluriannuels d'actions et d'investissement ; les budgets et comptes prévisionnels ; les comptes de fin d'exercice et l'affectation des résultats d'exploitation ; les tarifs des prestations ; les primes d'intéressement du personnel ; les emprunts ; les acquisitions et aliénations du patrimoine ; la création des postes budgétaires d'agents contractuels de l'établissement ; l'organigramme des emplois de direction et le tableau des emplois du personnel médical et paramédical ; le prix de cession des biens et services produits par l'établissement dans le cadre de ses missions d'établissement de santé ; les conventions de coopérations et accords entre établissements ; l'acceptation ou le refus des dons et legs ; les actions judiciaires et les transactions ; les directives issues des corps de contrôles sur la gestion de l'établissement et sur le rapport du directeur relatif à l'application de ces directives [48].

b. Le Médecin-chef Directeur

Il est nommé par décret du Président de la République parmi les médecins militaires, officiers généraux ou officiers supérieurs, spécialistes ou agrégés du service de santé des armées, sur proposition du ministre chargé des forces armées, il a autorité sur l'ensemble du personnel civil et militaires en poste à l'HPD. Il dirige, anime, coordonne, contrôle et évalue l'ensemble de leurs activités. Mais il est aussi le seul responsable de la conduite de l'hôpital. Il est l'ordonnateur du budget et il veille à son exécution tant en recettes qu'en dépenses [44].

VI) ORGANES CONSULTATIFS

a. Conseil Supérieur d'Etablissement

Le Conseil Supérieur d'Etablissement a pour attribution de :

- ✓ Préparer avec le Médecin Chef Directeur : le projet médical d'établissement ; L'organisation des activités médicales et paramédicales ; Les orientations et les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité et les plans de formation continue des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et leur mise en œuvre.
- ✓ Emettre un avis sur : le projet d'établissement ; le manuel de procédures ; le projet de budget, les tarifs des prestations, les comptes, les programmes relatifs aux travaux et aux équipements, les créations, suppressions ou transformations des installations et tous les aspects techniques et financiers des activités odontologiques et pharmaceutiques ; le règlement intérieur ; le tableau des emplois du personnel médical, le tableau des emplois permanents et contractuels, les plans de formation intéressant notamment les personnels paramédicaux et les modalités d'une politique d'intéressement ; les conventions concernant les activités médicales et universitaires et la nomination des chefs de service [48].

b. Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) est composé d'un représentant de chaque catégorie de personnel désigné par ses pairs. Il est présidé par le Médecin Chef Adjoint et se réunit au moins deux fois par an. Le CHSCT de l'Hôpital Principal de Dakar est composé de 12 membres et est obligatoirement consulté sur : toutes les questions touchant à l'hygiène et la sécurité dans l'établissement ; le projet d'établissement, les programmes relatifs aux travaux et aux équipements ; les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail ; la politique générale de formation du personnel et notamment le plan de formation [48].

VII) LES SERVICES DE L'HPD

Les services de l'HPD sont repartis en services administratifs et techniques, services médicaux, services chirurgicaux, et services médico-techniques regroupés au sein de département. Tous les chefs de départements des services médicaux et chirurgicaux sont des professeurs agrégés.

a. services administratifs et techniques

Ils regroupent les organes de gestion et tous ceux chargés de l'administration, de la logistique et du soutien technique que sont : la direction, l'ACP, le département administratif et financier, le département logistique, le département d'ingénierie biomédicale, le département de l'information médicale [44].

b. Les services médicaux

Ils sont constitués du département de médecine interne et spécialités médicales-pathologies tropicales ; du département de pédiatrie [44].

c. Les services chirurgicaux

Ils comprennent le département chirurgie orthopédique-traumatologique-neurochirurgie ; le département de chirurgie viscérale ; le département de urologie-gynécologie obstétrique ; les blocs opératoires et le département tête et cou [44].

d. Les services médico-techniques

Ce sont : le département urgences-anesthésie-réanimation-hémodialyse ; la fédération des laboratoires ; le département d'imagerie médicale ; le département pharmacie hospitalière ; le département hygiène-qualité-prévention [44].

e. Services dépeniers

L'HPD a en son sein, des services pour assurer les achats, ce sont : le service de restauration, le service d'administration et de gestion financière (SAGF) ; le département d'imagerie biomédicale ; le service matériel ; le département de la pharmacie hospitalière [44].

VIII) RESSOURCES HUMAINES

L'HPD est un établissement militaire public de santé qui emploie près de 1200 personnels civils et militaires. L'encadrement est militaire et est constitué des près de 90 Officiers dont la plupart sont des praticiens hospitaliers. Il est dirigé par un officier supérieur du corps des médecins. La répartition des ressources humaines de l'HPD par catégorie professionnelles s'établit comme suit : 156 personnels médicaux ; 163 personnels paramédicaux ; 101 personnels de salle ; 150 personnels administratifs et 568 autres corps de métiers [16].

IX) RESSOURCES FINANCIERES

Les résultats d'exploitation pour l'année 2014 se chiffre à 10 681 170 341F CFA de recettes d'exploitation contre 12 427 699 463 F CFA de charges d'exploitation.

L'Hôpital Principal dispose de sources pour financer ses investissements : le financement interne, via sa capacité d'investissement ; les dons et exceptionnellement le recours à l'emprunt bancaire [48].

X) LES ACTIVITES

➤ En 2014,

Le nombre de lits ouverts à l'HPD a été de 381 lits. L'Hôpital Principal a enregistré 12 313 Entrées directes pour 110 628 journées d'hospitalisation ; un Taux d'Occupation Moyen (TOM) de 80% ; un Indice de Rotation des lits (IRL) de 32 ; une Durée Moyenne de Séjour (DMS) des patients d'environ 9 jours. Un nombre de 534 décès avec un taux de létalité de 4,3%. L'exhaustivité des Résumés d'Unités Médicale (RUM) est satisfaisante avec 87 %. Les patients viennent directement du domicile à 72%. En deuxième position nous avons les mutations (passage d'une unité médicale à une autre dans l'hôpital), 20 % des entrées, essentiellement du S.A.U. vers les services d'hospitalisation d'aval. Puis enfin arrivent les transferts avec 8 % [48].

➤ Le CLIN INFO HPD

Dans son rapport de février 2015, indiquait que les EBLSE (Entérobactéries productrice de Bétalactamases à spectre élargie) représentaient 65,85% des BMR identifiés comme causes d'infections nosocomiales en janvier 2015. Les cathéters veineux périphériques étaient à l'origine de 3,7% des principaux produits incriminés et le département de médecine arrive en tête avec 48,15% du taux de répartition par département. Le cathéter veineux était incriminé

dans les facteurs d'exposition à hauteur de 74,07%. Au mois de février 2015, 70,37% des porteurs d'EBLSE les ont contractés dans un contexte nosocomial. La conclusion du rapport INFO CLIN de février 2015 note une remonté certaine des EBLSE dans les services. Dans ce rapport aucun cas d'infection nosocomiale n'a été noté à l'urgence Peltier et au SAU.

Dans le même rapport INFO CLIN de février 2015, il est noté que durant l'année 2014, 22 cas AES ont été recensés contre 14 en 2013 ; les victimes étaient en majorité des infirmiers (6 IDE et 6AI), 2 ASH, 5 stagiaires (3 IDE et 2 médecins) et 3 IDE militaires. La majorité des cas (20 cas) sont survenus dans la journée et 77,3% cas au lit du malade. Et tous les accidents étaient dus à une aiguille creuse lors des prélèvements veineux, pose de CVP ou de glycémie capillaire. Deux cas de survenus chez les ASH concernent des aiguilles perdues lors du nettoyage de chariot ou en faisant le lit du malade. Le SAU et la pédiatrie sont les services les plus concernés. Dans 27,3% des cas, les victimes ne portaient pas de gants. Au niveau des patients sources, on a noté 18 patients hospitalisés, 2 accidents survenus au labo (patients externes) et aiguilles perdues (ASH). Parmi ces 22 accidents, ont retrouvé 4VIH positifs [30].

➤ Les rapports d'activité 2013, 2014 de l'HPD

Ces rapports nous révèlent respectivement une durée moyenne de séjour de 8,4 ; 6,82 et 6,10 pour 2012, 2013 et 2014 à l'UHCD. Aussi les taux de décès de 8,37% (2012), 7,07% (2013) et 7,36% (2014) restent très élevés dans ce service (UHCD) par rapport au taux de décès général de l'HPD qui tourne autour de 4,3% [19] [48].

➤ Le 1^{er} octobre 2009.

Une enquête de prévalence des infections nosocomiales "un jour donné" s'est déroulée à l'HPD à l'initiative de la fédération des laboratoires, de la cellule d'hygiène hospitalière et du département de l'information hospitalière. Cette étude a révélé un taux d'infection nosocomiale de 4,8% dans tout l'HPD. Cette étude a aussi montré que le fait de porter un dispositif invasif à J7 augmente significativement le risque de développer une infection nosocomiale. Les CVP dans cette étude, était incriminée à hauteur de 13,6%. Au cours de cette étude on a noté 0% d'infection nosocomiale à l'urgence Peltier [29].

XI) UHCD : URGENCE PELTIER

L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ou Urgence Peltier fut inauguré en février 2005 comme l'ensemble du SAU et le Tri Porte qui constituent les trois sous ensembles du grand Service d'Accueil des Urgences. Ce grand ensemble est sous la

responsabilité d'un chef de service. Les malades qui arrivent au SAU sont de deux sortes : soit le malade vient de lui-même avec ou sans accompagnant, soit ce sont des malades ramassés par les sapeurs pompiers. Dans tous les cas, une fois admis dans le service une fiche d'admission de prise en charge est ouverte pour le malade. Ces malades une fois l'urgence levée, doivent normalement être ventilés dans les autres services (médecine, chirurgie, bloc, pédiatrie, etc.). Mais les orientations vers les autres doivent être visées par le chef de service d'accueil en question pour s'assurer de la disponibilité de place avant d'être transféré dans ledit service ; et cela créait un engorgement de malade au SAU. C'est pour résoudre ce problème que le service d'Urgence Peltier a été créé en 2005 appelé Unité d'hospitalisation de Courte durée. Donc normalement après 24 heures les malades doivent être transférés dans les autres services.

Tri Porte, il était au départ à l'entrée de l'HPD et constituait un dispensaire de consultation ordinaire de 8h à 12h. Les bilans étaient faits le matin et dans l'après-midi les résultats d'examens sont donnés aux malades.

Dans son fonctionnement, ce sont les mêmes personnels Médecins, IDE, Aides soignants qui font la rotation dans les trois sous services de manière périodique selon un calendrier programmatique.

d. Service d'Accueil des Urgences : SAU

i. Moyens

✓ Ressources humaines - organigramme

Staff : 1 Chef de service (médecin anesthésiste-réanimateur, spécialiste du Service de Santé des Armées), 0 Adjoints, 02 Assistants, 07 Médecins vacataires (04 assistants pour les gardes et 03 médecins de tri porte), 01 surveillant (IDE), 01 Major administratif, 01 Secrétaire.

Personnel : Médical (01 médecin senior chef de service, 02 assistants, 07 Médecins vacataires, 07 médecins faisant fonction d'interne (FFI) ; Paramédical (14 IDE dont 02 militaires, 02 BT2 infirmiers, 03 CAT2 infirmiers, 03 CAT 1 infirmiers, 15 Aide infirmiers, 08 ASH et Garçons de salle, 02 Filles de salle) [48].

✓ Infrastructures

• Service d'Accueil des Urgences (SAU)

Composé de : 01 Salle qui abrite la zone d'accueil et d'orientation ; 03 Boxes de consultation ; 04 Boxes d'observation, 01 Salle de « déchocage » de 02 lits faisant office de salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) ; 01 Unité d'hospitalisation de très courte durée

(UHTCD) de 08 lits ; 02 salles aménagées pour l'observation de 05 malades (annexe de l'UHTCD) ; 01 Salle de radiographie ; 01 Salle d'attente à l'extérieur du SAU sous le bloc opératoire [48].

- Unité d'hospitalisation de Courte Durée (UHCD) de 11 lits dont 01 d'isolement
- Un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)
- Un Service de tri porte, avec une salle abritant les bureaux du chef de service, de son adjoint et du major administratif ainsi que la caisse du SHSE

ii. Activités techniques spécifiques

✓ SAU - TRI PORTE - UHCD

Consultations

34 111 patients pris en charge ; **15 895** ont été vus au tri porte ; **18 216** consultations au SAU ; **1696** patients orientés au bloc des urgences chirurgicales ; **1304** accidents de la voie publique ; **376** décès dont 109 déjà décédés à l'admission ; **408** hospitalisations impossibles. Les consultations du tri porte sont assurées par des docteurs en médecine, des CES de médecine interne. Les gardes de seniors au SAU sont assurées par des médecins inscrits aux : CES d'anesthésie réanimation, C.E.S dans les Spécialités Médicales, D.U de Médecine d'Urgence [48].

Hospitalisations

1489 malades ont été hospitalisés dans les services dont 41 à Brévié ; 79 à Peltier cardio ; 64 à Boufflers ; 58 à M. Sané ; 151 à Réa med ; 61 à USIC ; 344 en Pédiatrie ; 67 à Tête et cou ; 45 en Psychiatrie ; 57 en Mater.gynéco ; 70 à Fustec, Lapalle, Ortho, Sohier [48].

✓ UHCD :

Le service comprend 11 lits avec 3646 journées d'hospitalisations, 598 hospitalisés, 6,1 DMS, Taux d'occupation de 90,70% ; 44 décès. La DMS reste encore importante du fait des malades chroniques qui ne trouvent pas de places dans les services d'hospitalisation. Le nombre de décès reste important du fait de nombreux malades graves comme les AVC ou les pathologies chroniques en fin de vie [48].

iii. Actes

ECG (k 8)= 1646 ; Aérosol (k8) = 2453 ; Pansements (k2)= 3652 ; Sutures (k5)= 2318 ; Déchoquages (k10)= 3130 ; Déchoquages (k30)= 3421 ; Perfusion continue (k10)= 3363 ; Perfusion continue (k15)= 3675 [48].

e. SMUR

480 sorties des ambulances ont été enregistrées dont 17 du SMUR et 01 dans les régions. La vocation du SMUR est de faire des sorties primaires sur appel des Pompiers et des sorties secondaires soit sur appel des Pompiers soit sur sollicitation de l'Etat-major Général des Armées [48].

XII) LE DOCUMENT DE POLITIQUE DE MANAGEMENT QUALITE DE L'HPD [28].

L'HPD est engagé dans un processus de mangement de la qualité des soins comme l'atteste le document de politique appelé le "Manuel qualité" appliqué depuis le 26 mai 2010. Ce manuel Qualité présente le développement et la mise en œuvre d'un système Qualité selon une approche « processus ». Cela signifie que les activités consacrées à la réalisation des prestations offertes par l'Hôpital Principal de Dakar sont identifiées et que les ressources nécessaires à leur réalisation sont gérées de manière à en permettre la réalisation. Ce manuel qualité traduit l'engagement de la direction a souhaité mieux formaliser l'ensemble de ses activités en les soumettant de manière plus rigoureuse à une démarche qualité basée sur la norme ISO 9001 – 2008.

a. Les objectifs de l'approche par processus

Il permet de comprendre et de satisfaire les exigences ; de mesurer les performances et l'efficacité des processus ; d'améliorer en permanence les processus sur la base de valeurs objectives.

b. Le domaine d'application

Le domaine d'application du système de management de la qualité de l'HPD s'applique à l'ensemble des processus identifiés dans l'établissement qu'il décrit dans une dynamique d'amélioration continue et dans le respect de la législation et des normes en vigueur. Il couvre les exigences de la norme ISO 9001 – 2008, à l'exception du paragraphe 7.3 « conception et

développement ». En effet, l'Hôpital Principal de Dakar a une mission générale de diagnostic, de traitement et de surveillance et non une mission de concevoir et développer de nouvelles technologies médicales.

c. La cartographie du processus SMQ

La cartographie du processus SMQ de l'HPD est établie dans le respect des exigences de la norme ISO 9001 – 2008, documentée conformément aux procédures de Maîtrise documentaire ; de Maîtrise des enregistrements ; de Maîtrise des non conformités ; de Maîtrise des actions correctives et préventives ; de Maîtrise des audits internes.

d. L'identification des Processus

i. Les processus de Direction

Ils sont constitués par le processus Orientations Stratégiques ; le processus Audit et Contrôle de Gestion ; le processus Gestion Documentaire ; le processus Formation Continue ; le processus Système d'Information.

ii. Les processus de réalisations

Ils sont constitués du processus de l'identification des exigences du client (droits et respect du client, concept de soins, communication avec ou pour le patient) et du Processus orienté client (accueil, prise en charge)

iii. Le processus de support

Il est constitué du Processus infrastructure et matériels ; et du processus hygiène hospitalière. Processus hygiène hospitalière : Les mesures d'hygiène au sein de l'Hôpital Principal de Dakar ont pour but d'assurer la prévention de maladies transmissibles par contact. L'objectif est de minimiser les risques encourus pour la santé des patients (infections nosocomiales) et du personnel de l'hôpital lors des gestes techniques. Il comporte le sous processus Gestions des Déchets ; le sous processus Nettoyage des locaux ; le sous processus Lavage des mains. Une partie du nettoyage des locaux est externalisée tandis que l'autre partie est à la charge des A S H. Le personnel est formé au fonctionnement des circuits des déchets ainsi qu'aux techniques de nettoyage par la Responsable Hygiène.

iv. Le processus santé et sécurité au travail

L'objectif principal du processus « Santé et Sécurité au Travail » est d'assurer la prévention et le maintien de la santé dans un cadre salubre et sécurisé. Le processus est structuré en sous processus « Prévention » et en sous processus « Surveillance médicale des travailleurs ». Le sous processus « Prévention » a pour objectifs d'analyser et d'évaluer les risques professionnels ; de proposer des mesures préventives ; sensibiliser et communiquer sur les risques. Le sous processus « Surveillance médicale des travailleurs » assure la conservation des ressources humaines par l'organisation : des différentes visites réglementaires (embauches, reprise, périodique ...) et la prévention des maladies infectieuses (vaccination, accidents d'exposition aux risques infectieux).

Ses clients internes : les travailleurs ; les services cliniques et médico-techniques ; les services administratifs ; les ateliers.

Ses clients externes : Les patients, les accompagnants, les visiteurs, les prestataires, les institutions financières et sociales : Caisse de Sécurité Sociale, Institutions de Prévoyance Maladies, Assurances).

v. Le processus gestion des risques sanitaires

Il inclut :

- les risques iatrogènes qui sont composés des risques liés aux actes médicaux et aux pratiques, des risques liés à l'utilisation des produits de santé, du risque infection nosocomiale, des risques liés à l'organisation des soins et à l'environnement ;
- les risques liés à la non – observance des traitements par les patients ;
- les risques liés aux questions éthiques (acharnement thérapeutique, euthanasie) ;
- les risques liés au défaut d'information ou au non respect du secret médical.

Les objectifs du processus sont:

- diminuer la probabilité de survenue de dysfonctionnements dont le résultat est ou aurait pu être dommageable au patient ;
- traiter et surveiller les conséquences des dysfonctionnements si malgré tout le risque s'est réalisé ;
- développer les bonnes pratiques professionnelles ;
- mettre en place un environnement où le risque est maîtrisé ou réduit.

Les clients du processus sont principalement les services cliniques.

vi. Les Autres Processus

Dans le manuel qualité nous avons d'autres processus tels que : processus gestion des ressources humaines ; processus gestion financière et comptable ; processus restauration ; processus traitement du linge ; processus transport du patient ; processus gestion des technologies médicales.

XIII) SYNTHESE DE L'ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT INTERNE : POINTS FORTS / POINTS FAIBLES

Le point de l'analyse situationnelle au niveau de l'HPD nous a permis de relever les points forts et les points faibles en matière d'hygiène hospitalière.

a. Points forts

- Existence d'organe institutionnel de lutte contre les IAS à l'HPD (CLIN, EOH, CHSCT).
- Existence de cellule opérationnelle pour organiser la lutte contre les I.N. et AES.
- Expression de volonté politique institutionnelle de lutte contre les IAS dans le manuel qualité.
- Production régulière de résultats de contrôle et de suivi évaluation dans les services.
- Engagement institutionnel de politique d'hygiène hospitalière et de sécurité des soins.
- Engagement institutionnelle fort dans la politique de management de la qualité des soins.
- Evaluation périodique des pratiques professionnelles.
- Existence d'un référentiel de la pose du cathéter veineux périphérique à l'HPD.

b. Points faibles

- Augmentation des cas d'infections nosocomiales dans les services.
- Augmentation des cas d'accidents d'exposition au sang.
- Faible application des mesures du lavage des mains lors des soins.
- Faible application des conditions d'hygiène et de sécurité des injections lors des soins.
- Faibles mesures d'hygiène des patients lors des soins invasifs.
- Incrimination des CVP comme facteurs d'exposition majeurs dans les IAS.
- La routine dans l'application des gestes de pratiques professionnels telle que la pose de CVP fait baisser la garde d'application des mesures d'hygiène et de sécurité.
- Le service des urgences est l'un des points majeurs d'accident d'exposition au sang.
- Un taux élevé de décès dans le service d'UHCD.

CHAPITRE III : IDENTIFICATION ET

PRIORISATION DES PROBLEMES

I) IDENTIFICATION DES PROBLEMES

Dans le cadre de notre stage hospitalier nous avons été affectés au Services d'Accueil des Urgences (SAU). Quelques jours après notre prise de fonction, nous nous sommes rendu compte d'un certains nombre de dysfonctionnement au niveau de l'application des mesures d'hygiène hospitalière avant, pendant et après la pratique des soins. Ce constat a été porté aux autorités institutionnelles (le Médecin-chef Directeur, l'Infirmier Principal) qui ont décidé d'intervenir en vue de résoudre ce problème. Dans une démarche de résolution des problèmes, un audit clinique a été décidé en vu d'identifier les causes du problème et apporter des solutions en vue d'améliorer la qualité des soins. A cet effet, un groupe de travail multidisciplinaire de 7 membres (médecin, hygiéniste, infirmier, qualiticien, administrateur, formateur et manager junior) fut constitué. Ce groupe de travail s'est réuni (le 21 juillet 2015) pour identifier les problèmes majeurs qui pouvaient être solutionnés en matière d'hygiène et de qualité des soins. Nous avons adopté la méthode de l'approche par recherche du consensus. A l'issue de cette séance de travail cinq problèmes ont été identifiés :

- l'insuffisance de la qualité de la pratique du lavage simple des mains ;
- l'insuffisance de la qualité de la pratique des nursings ;
- la mauvaise qualité de la pratique des poses des cathéters veineux périphériques ;
- la mauvaise qualité de la pratique des poses des sondes urinaires ;
- l'insuffisance de la qualité des pratiques des pansements des plaies cutanées.

II) LA PRIORISATION DES PROBLEMES

Compte tenu des contraintes logistiques ne permettant pas d'évaluer toutes ces pratiques en même temps, le groupe projet a dû prioriser les différents problèmes. Les différents critères retenus pour la détermination de priorité des problèmes sont les suivants [55]:

- l'ampleur : la fréquence de l'acte de soin au SAU

- la perception : le risque potentiel infectieux induit par ce geste technique par son caractère invasif :
- l'importance du problème : entrave la politique qualité des mesures d'hygiène des mains lors de l'exécution du soin à l'HPD
- la solvabilité : l'adhésion des autorités institutionnelles à mettre les moyens pour résoudre le problème.

Après avoir défini les critères, nous avons procédé à la hiérarchisation par technique du groupe nominal de l'approche par recherche du consensus avec les mêmes personnes. Pour chaque problème identifié, chaque membre du groupe disposait de 5 points à attribuer par critère avec une note maxi de 3 points par critère.

Tableau II: Priorisation du choix des problèmes identifiés

| Problèmes \ Critères | La solvabilité | L'Ampleur | La perception | L'Importance | Totaux | Rang |
|---|----------------|-----------|---------------|--------------|------------|-----------------------|
| L'insuffisance de la qualité de la pratique du lavage simple des mains | 1 | 2 | 0,5 | 1,5 | 5 | 2 ^{eme} |
| L'insuffisance de la qualité de la pratique des nursings | 1 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 2,5 | 5 ^{eme} |
| La mauvaise qualité de la pratique des poses des CVP | 1 | 1,5 | 2 | 1 | 5,5 | 1^{er} |
| La mauvaise qualité de la pratique des poses des sondes urinaires | 1 | 0,5 | 1,5 | 1 | 4 | 3 ^{eme} |
| L'insuffisance de la qualité des pratiques des pansements des plaies cutanées | 1 | 0,5 | 0,5 | 1 | 3 | 4 ^{eme} |
| Totaux | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 | |

Source : nous même

Cette priorisation des problèmes a mis en évidence la mauvaise qualité de la pratique des poses des CVP avec le score le plus élevé de 5,5.

CHAPITRE IV : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

I) ENONCE DU PROBLEME

L'hygiène est l'ensemble des moyens visant à assurer le bien être physique, mental de l'individu et à faciliter la bonne utilisation des produits. Une bonne hygiène hospitalière permet de limiter la survenue d'infections liées aux activités de soins. Une infection est dite associées aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. Lorsque l'état infectieux au début de la prise en charge n'est pas connu précisément, un délai d'au moins 48 heures ou un délai supplémentaire à la période d'incubation est couramment exigé pour définir une infection associée aux soins.

Les CVP sont d'utilisation très courante (En France, le nombre annuel de CVP mis en place est estimé à 25 millions [53]). Elles peuvent être à l'origine d'infections liées à des activités de soins. L'enquête nationale de prévalence des I.N. de 2012 a permis de trouver en France 3,1% d'infections liées aux soins chez des patients suite à des CVP [39]). L'hygiène hospitalière est un concept très important. Elle englobe un certains nombre d'autres concepts : la lutte contre les infections nosocomiales, l'antisepsie, la stérilisation, etc. L'infection nosocomiale ou infection hospitalière est définie par l'OMS comme " une Infection acquise à l'hôpital par un patient admis pour une raison autre que cette infection. Infection survenant chez un patient à l'hôpital ou dans un autre établissement de santé et chez qui cette infection n'était ni présente ni en incubation au moment de l'admission. Cette définition inclut les infections contractées à l'hôpital mais qui se déclarent après la sortie, et également les infections professionnelles parmi le personnel de l'établissement. Pour les infections de la plaie opératoire, on qualifie d'infections nosocomiales celles survenues dans les 30 jours suivant l'intervention. S'il y a mise en place d'un implant ou d'une prothèse, le délai est d'une année après l'intervention." Le non respect des règles d'hygiène hospitalière peut engendrer des infections liées aux activités de soins comme la pratique de la pose de CVP. Au niveau du service d'accueil des urgences de l'HPD, un certain nombre de dysfonctionnements sont notés lors des soins comprenant la pose de CVP qui est une pratique très courante (En 2014 nous avons noté dans le rapport d'activité du SAU, 7 038 poses de CVP [48]). Des préoccupations rapportées par constats sont tellement importantes que nous avons choisi en méthode d'audit clinique d'évaluer cette pratique de soin.

II) JUSTIFICATION DU PROBLEME

La mauvaise qualité de la pratique de pose de CVP est un facteur de risque majeur pour la survenue d'infection nosocomiale dont les conséquences peuvent se résumer à trois niveaux :

- Un impact économique pour l'hôpital par l'augmentation de la DMS de séjour et le surcoût lié à la prise en charge par les examens complémentaires de diagnostics et le coût de l'antibiothérapie. Le surcoût économique de prise en charge en France est de l'ordre de 300% avec un allongement de la DMS de l'ordre de 4 à 5 jours [37].
- Un impact sanitaire pour le malade lié au stress, aux séquelles (amputation) et pire le décès. Les infections nosocomiales sont la cause de 9000 décès par an en France soit 6,6 % des patients hospitalisés [37].
- Un impact social par des congés maladies interminables, l'augmentation des coûts d'assurances maladies, la mobilisation familiale auprès du malade qui entraîne des coûts intangibles.

III) AMPLEUR DU PROBLEME

Le risque de survenance d'infection nosocomiale lié au CVP est un problème de santé publique. En Europe, les statistiques nous montrent qu'en France : 5% (750 000 personnes) [35] des patients hospitalisés contractent une infection nosocomiale dont 3,1% des infections hospitalières sont dues aux CVP [39]. En Angleterre, dans les hôpitaux non universitaires, la prévalence est estimée à 20% des bactériémies liées à un dispositif médical [53]. En Afrique, au Mali par exemple, à l'hôpital du point G, une étude dans le service de néphrologie et d'hémodialyse a montré une prévalence de 56,66 % d'infections nosocomiales dans le service due aux CVP [2]. Au Sénégal, HPD, selon les rapports du CLIN de février 2015, nous révèle que 3,7% d'infection nosocomiales sont liées aux cathéters veineux périphériques dans tout l'hôpital et seraient incriminés avec les aiguilles creuses dans 77,3% des cas d'AES [30].

Ces chiffres non exhaustifs à travers le monde témoignent de l'ampleur des infections nosocomiales dans les hôpitaux et surtout de la délicatesse de l'utilisation des CVP lors des soins.

IV) CONSEQUENCES DU PROBLEME

Nous voyons que la mauvaise pratique de pose des CVP peut être à l'origine d'infections associées aux soins aux conséquences parfois dramatiques. Le S.A.U de par sa position

stratégique dans le dispositif de prise en charge des malades (urgences vitales, ravitaillement de tout l'HPD en patients à hospitaliser : en 2014, le SAU a fait 34 111 consultations et a fait hospitaliser 1 489 patients dans les divers services de l'hôpital [48]). Le problème de l'insuffisance de la qualité de la pratique de pose des CVP que nous avons constatés si elle n'est pas résolu peut être dramatique tant pour l'hôpital, que pour les patients et la société. Dans ce scénario dramatique, les malades relâchés ou transférés vers d'autres services de l'hôpital peuvent toujours courir les risques d'infections associées aux soins du fait de leur passage dans ce service. Les malades décédés pourraient l'être du fait d'une infection associée aux soins et attribués à leur pathologie à l'entrée. Aussi la mauvaise hygiène et de sécurité des soins peut ternir l'image de qualité dont est si fière l'hôpital puisque la qualité rythme avec l'hygiène et la sécurité des soins. Encore cette mauvaise qualité de l'hygiène des soins pourrait augmenter le coût des frais d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour hospitalier. Enfin, la conséquence sociale pour le malade est un absentéisme prolongé sur son lieu de travail, un arrêt de travail prolongé, l'handicap et le stress.

V) IMPORTANCE DE LA PRISE EN CHARGE DU PROBLEME

La prise en charge de ce problème est d'une importance vitale pour le malade, une importance économique pour l'Hôpital et d'une importance sociale.

Au plan humain, la prise en charge de ce problème, va épargner des vies humaines car les infections nosocomiales sont la cause de 9000 décès par an en France [35].

Elles coûtent à l'Etat français au plan économique un surcoût de prise en charge de 2,4 à 6 milliards d'euros selon le sénat français. Ainsi, une diminution de 10 % du nombre d'infections conduirait à une économie de 240 à 600 millions d'euros [37], somme qui pourrait être consacrée à d'autre type d'investissement. D'où l'important de traiter le problème. Au plan social, la prise en charge correcte du problème éviterait les absentéismes prolongés, les congés maladies interminables et l'inconfort du patient lié aux séquelles d'une telle infection dont le coût intangible est difficile à être évalué.

Nous voyons combien cela coûte à l'Etat français le prix des IN. En Afrique l'insuffisance de données statistiques ne nous permet pas de dire avec exactitude combien cela coûte à nos Etats. Mais on imagine, vu la qualité des soins dans nos hôpitaux, que le problème pourrait être plus important.

CHAPITRE V : METHODOLOGIE-RESULTATS DE L'ENQUETE

I) METHODOLOGIE DU TRAVAIL

A la suite de notre affectation au SAU, nous avons constaté un problème d'hygiène lors des soins. Le problème lié aux infections hospitalières dues aux CVP que nous avons constaté à l'HPD est une réalité de santé publique. L'analyse de l'environnement interne nous a permis de relever qu'à l'HPD le problème existe à hauteur de 3,7 % [30]. Le S.A.U fait partie de l'un des dispositifs clé de prise en charge des patients, non seulement en urgences mais aussi en soins hospitaliers de courte durée. En 2014 le SAU a réalisé 34 111 consultations dont 18216 en soins d'urgences, référé 1489 patients dans les autres services d'hospitalisation de l'HPD, 598 hospitalisés à l'UHCD et pratiqué 7038 poses de CVP [48]. Nous avons présenté cette analyse interne aux autorités managériales qui ont décidé d'apporter une solution. En vue d'améliorer la pratique de ce geste couramment utilisé au SAU, le Top management nous a confié le travail. Pour mener à bien cette mission, nous avons décidé d'utiliser la méthode de résolution des problèmes en réalisant une enquête d'audit clinique. Dans ce cadre, un groupe projet pluridisciplinaire a été formé et des rôles bien spécifiques ont été donnés à chaque membre. Ce groupe projet a travaillé à choisir la pratique à auditer, à définir les critères de référence, à établir un référentiel, à déterminer la taille de l'échantillon, la durée de l'enquête, à choisir un responsable du groupe projet et à choisir un évaluateur. Avant le début de l'enquête, une campagne de sensibilisation, d'information et de communication ont été mener d'abord par la direction au travers les notes de service, puis par des séances de travail avec le chef de service du S.A.U. , l'infirmier major du service, la cellule d'hygiène hospitalière, le responsable qualité, le vice Président du CLIN, les infirmiers de l'UHCD et les responsables du laboratoire. La méthode de résolution des problèmes, avec la démarche par recherche du consensus nous permettra à l'issue de l'audit clinique de déterminer la cause prioritaire lié à cette mauvaise qualité de la pratique de l'hygiène et proposer la solution la mieux adaptée afin de pouvoir apporter une solution efficace, efficiente et durable au problème.

II) METHODOLOGIE DE L'AUDIT CLINIQUE

L'audit clinique est un outil d'évaluation des pratiques professionnelles en santé. Elle se déroule chronologiquement en six étapes : le choix du thème, le choix des critères d'évaluation, le choix de la méthode de mesure, le recueil des données, l'analyse des résultats et le plan d'amélioration et de réévaluation.

a. Choix du thème

✓ L'identification du thème

La sélection du thème a fait l'objet d'une démarche concertée entre les équipes de Direction (le médecin chef) et les professionnels (le chef de service urgence, le major SAU, l'infirmier principal, la responsable cellule d'hygiène, le responsable cellule formation, le responsable qualité et le CLIN). Après identification et priorisation des différents problèmes recensés aux Urgences, le choix de la mauvaise qualité de la pratique de poses de CVP a été retenu.

✓ Les objectifs institutionnels

Ce travail a pour objectif général, dans le cadre d'un audit interne, d'améliorer la qualité de la pratique des poses et de la surveillance des CVP aux Urgences.

Les objectifs spécifiques de cette étude sont :

- Améliorer l'hygiène des mains à chaque étape de la pratique de pose et de la surveillance des CVP.
- Améliorer l'hygiène et la sécurité des injections lors de la pratique de pose des CVP.
- Améliorer l'hygiène du malade lors de la pratique de pose des CVP.
- Améliorer la traçabilité de la pratique de pose et la surveillance des CVP.

✓ La composition du groupe projet

Nous avons constitué un groupe projet pluri professionnel composé de 7 personnes : l'infirmier principal de l'HPD, l'infirmier major du service SAU, Le responsable de la cellule l'hygiène environnementale, la responsable de la cellule d'hygiène hospitalière, le responsable de la cellule formation, l'étudiant stagiaire du CESAG, le chef du service qualité.

✓ Le rôle des membres du groupe projet

L'infirmier principal désigné chef de projet chargé de la coordination et de la facilitation de l'exécution du projet. L'étudiant stagiaire du CESAG désigné assistant technique chargé de

veiller à la conformité technique du déroulement du projet. La responsable de la cellule hygiène hospitalière chargée de la production et la collecte des données. Le responsable du service qualité chargé du suivi et évaluation des résultats du projet.

✓ Définition du champ de l'étude

Le service des urgences regroupe trois sous services :

- le S.A.U dont le rôle principal est d'accueillir les malades d'urgence vitale évacués par les services d'aide médicale urgente de la ville de Dakar,
- le tri poste qui est un service de tri de malade et de consultation ordinaire et
- l'urgence Peltier qui est l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Le S.A.U compte tenu de son caractère grouillant de monde et des urgences vitales à prendre en charge, le groupe projet a jugé d'exclure le service de l'étude.

Le tri poste est un service de tri et de simple consultation donc aussi exclu de l'étude.

Le service urgence Peltier a été retenu pour ce projet pour trois raisons essentielles :

- Tous les IDE de manière cyclique passent par mois de S.A.U au Tri poste et à l'urgence Peltier. Ce passage cyclique fait que l'urgence Peltier constitue une zone propice pour les IDE de se recycler dans la pratique de ce geste avant de retourner dans le feu de l'action du SAU.

-Les soins à l'urgence Peltier ne constituant pas une urgence vitale, l'IDE a l'habileté de faire ce geste en toute quiétude en appliquant les recommandations de qualité liées à ce geste selon le référentiel de l'HPD.

-La pratique de pose de CVP est courante dans ce service (7 038 poses de CVP en 2014 [48]).

b. Choix des critères

Dans l'élaboration des critères d'évaluation de la pose et de la surveillance des CVP à l'UHCD, le groupe projet s'est appuyé sur deux documents essentiels. Il s'agit du guide d'évaluation de la pratique des poses de CVP élaboré par l'ANAES et le référentiel d'évaluation de la pratique des CVP au sein de l'HPD. A l'issue d'une analyse minutieuse des deux documents, le groupe projet s'est rendu compte que les deux documents étaient identiques. Les axes de critères majeurs portaient sur la qualité de préparation du matériel, la qualité de la pose et la surveillance de la ligne veineuse de la pose du cathéter. Le groupe projet a donc retenu le référentiel d'évaluation de l'HPD. Le groupe projet a suggéré de

mettre en entête le service où se déroule l'enquête, le nom de l'évaluateur et le numéro identifiant du patient (Voir **Annexe I**).

c. Choix de la méthode de mesure

Cette étape nous a permis de définir les modalités de conduite de l'évaluation.

Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale basée sur :

- ✓ l'observation directe de la pratique de pose, de l'entretien et d'ablation de CVP lors des soins du jour ;
- ✓ l'entretien avec le personnel chargé des soins du jour du motif des gestes à effectuer;
- ✓ la traçabilité de la pratique de pose du CVP dans les documents de soins ;
- ✓ l'analyse bactériologique du bout du CVP au laboratoire après ablation.

L'évaluateur

Le principe d'auto-évaluateur a été rejeté par le groupe de travail pour sa subjectivité. Il a été décidé par le groupe de travail, pour avoir un œil indépendant et neutre ; et garantir l'objectivité et la fiabilité de la mesure de la qualité de ce projet, l'étudiant du CESAG devra être l'évaluateur.

Les sources de données

Les sources de données de notre travail sont basées sur l'Observation directe des pratiques des soins par l'infirmière ou l'infirmier ; l'entretien quotidien avec le personnel de soins ; les documents de soins (dossier malade, registre journalière de présence et dossier de traitement) et les résultats de laboratoire.

Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été fixée selon le référentiel de l'ANAES qui stipule que pour l'évaluation d'un service, la taille de l'échantillon prévisionnel est de 30 à 50 actes par service ou par unité fonctionnelle. Le groupe projet après réflexion a décidé d'avoir un minimum de 30 pratiques de poses de CVP comme taille de l'échantillon.

La durée de l'étude

Selon l'ANAES, la durée de l'étude doit être de 4 à 8 semaines. Il a été décidé par le groupe projet 5 semaines d'évaluation soit du 27 juillet 2015 au 31 août 2015.

La fiche de recueil de données

La fiche de recueil des données a été validée par le groupe projet et comporte les éléments référentiels appliqués à l'HPD. Les critères sélectionnés ont permis de valider la présence ou l'absence des éléments recherchés dans la pratique de soins.

Elle comporte trois parties:

La première se rapporte à la pose du cathéter d'un malade et se présente sous forme de questions fermées. L'évaluation de cet acte unique au cours de la vie du cathéter implique un IDE, et l'évaluateur observe si les règles d'hygiène, d'asepsie et de sécurité liées aux soins sont appliquées, de remplir la séquence de la feuille de collecte des données relative à ce geste.

La deuxième partie se rapporte à l'entretien de la ligne veineuse et fait référence à toutes les manipulations prévues, effectuées ou non, par l'ensemble des infirmiers au cours de la vie du cathéter, conformément au protocole : Exemple : branchement d'une perfusion ; réfection d'un pansement de protection ; injection directe d'un médicament.

La conception de cette seconde partie a permis l'enregistrement exhaustif des manipulations ainsi que la manière dont elles sont assurées. Cette fiche a permis d'identifier :

- la nature des gestes, ex : réfection du pansement quand il est souillé et/ou décollé ;
- les moyens et précautions respectés, ex : avec un kit stérile après lavage antiseptique des mains ;
- les dates de réalisation.

Elle se présente sous la forme d'une liste permettant de recenser tous les gestes effectués ou non sur la ligne veineuse (**voir annexe I**).

La troisième partie concerne l'ablation du cathéter, les mesures d'asepsie et de sécurité de soins observés ainsi que la traçabilité de l'acte et l'examen bactériologique du bout du CVP (**Voir annexe I**).

Test de la fiche de recueil de données

Une séance de 5 tests a été réalisée par l'évaluateur sous la supervision de la responsable de l'hygiène hospitalière avant le début de l'enquête pour vérifier l'adaptabilité de la fiche.

Les critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude toutes les poses et surveillances de CVP effectuées lors des soins de la journée par l'équipe de soins pendant les jours ouvrables.

Les critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude les poses de CVP effectuées la nuit et les jours non ouvrables.

Les limites de l'étude

Ce travail d'audit clinique sur les cathéters a été diversement compris par les acteurs du service qui s'est traduit parfois par un problème de coopération avec les agents.

La grille de dépouillement

Une grille de dépouillement a été établie pour compléter la fiche d'enquête. Cette grille permet de visualiser les résultats d'évaluation de 10 pratiques (une pratique correspond à une pose de cathéter et à toutes les manipulations effectuées ou non au cours de la vie du cathéter). Voir la grille de dépouillement en **Annexe III**.

Critères de validation et standard attendu

Le groupe projet a adopté les critères de validation et standard du référentiel proposés par l'ANAES. Voir critères de validation et standard attendu en **Annexe II**

d. Recueil des données

Chaque matin, la mesure qualitative sur le terrain a été assurée par l'étudiant stagiaire du CESAG qui a rempli avec objectivité et rigueur la fiche de questionnaire lors de la pose et de chaque geste sur le cathéter. L'évaluateur avant les soins vérifie si la logistique pour des poses éventuelles de cathéters est réunie. Il vérifie dans la salle de soins du service la présence des éléments suivants : les cathéters, le container à aiguille, savon liquide, antiseptique (Bétadine jaune, Bétadine rouge), les trois poubelles (à ordures, à déchets souillés, à déchets à emballage), coton, compresse stérile, solution hydro-alcoolique, sparadrap, ringer ou sérum salé, tubulure, gants stériles et gants propres, chariot de soins, plateau de soins.

La fiche de questionnaire identifiée au numéro unique du patient (NUIP) correspond à une pratique évaluée intégrant une seule pose de cathéter et tous les soins effectués sur la ligne veineuse par le groupe de soins. Ainsi, pour le même malade bénéficiant de poses successives de cathéters, il a fallu remplir plusieurs questionnaires. Durant la période d'évaluation, les fiches de questionnaires sont déposées à la cellule d'hygiène hospitalière. La période d'évaluation, d'une durée de 5 semaines a permis d'atteindre l'échantillon prévu qui correspond à un minimum de 30 poses de cathéters par unité fonctionnelle. Au cours de cette évaluation, l'évaluateur a profité pour noter toutes les irrégularités concernant l'hygiène des mains, l'hygiène du malade, la sécurité des soins et l'hygiène général lors des autres soins journaliers que les poses de cathéter dans ce service.

III) RESULTATS ET COMMENTAIRES

a. Hygiène et sécurité de l'environnement des soins

- ✓ Le tri des déchets de soins par les IDE se fait après les soins de tous les malades, le plus souvent à la salle de soins et non au lit du malade : c'est après avoir effectué les soins que les IDE vont trier les déchets souillés, des déchets des emballages et ramasser toutes les aiguilles du chariot pour les mettre dans le container à aiguille.
- ✓ Cette attitude fait que de fois en déplaçant le chariot de soins, il y a des aiguilles et seringues déjà utilisées qui tombent et traînent par terre dans le service.
- ✓ L'autre fait marquant est celui du comportement des agents d'hygiène chargé de ramasser les ordures qui mélangent parfois les ordures déjà trié par les IDE. Ils mélangent parfois les ordures ménagères avec les ordures des déchets souillées et les ordures des emballages.
- ✓ Les IDE utilisent souvent comme container à aiguille lors des soins, des boites vides des seringues d'anticoagulant ou des ballons de sérum vides.
- ✓ Par contre, nous avons observé des points d'eau dans la salle de soins et dans toutes les chambres des malades.
- ✓ Aussi nous avons trouvé un personnel dynamique et motivé au travail.

b. Disponibilité de la logistique pour l'hygiène et la sécurité des soins

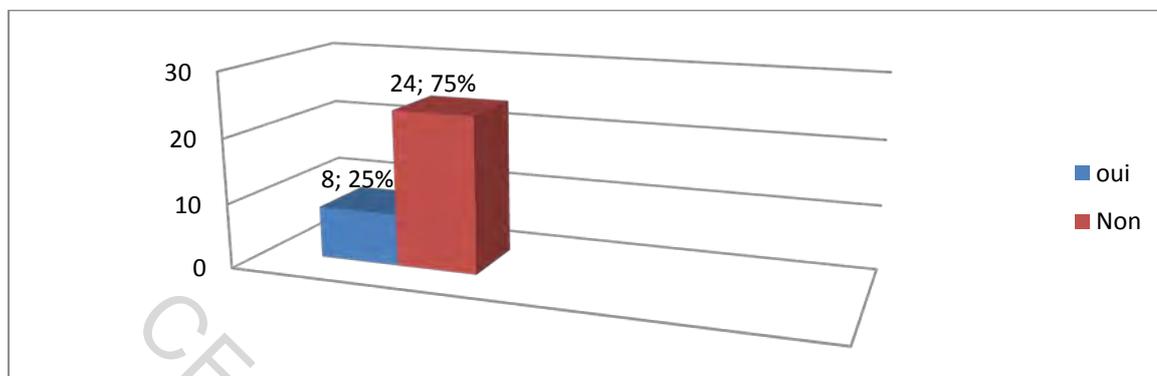
Durant les 5 semaines d'évaluation, nous avons constaté la présence dans la salle de soins de toute la logistique pour l'hygiène et la sécurité des soins. Tous les éléments nécessaires à la bonne pratique de la pose et de la surveillance d'un cathéter veineux périphérique respectant le référentiel de l'HPD étaient présents. Ces éléments sont : les CVP, le container à aiguille, savon liquide, antiseptique (Bétadine jaune, Bétadine rouge), les trois poubelles (à ordures, à déchets souillés, à déchets à emballage), coton, compresse stérile, solution hydro-alcoolique, sparadrap, ringer ou sérum salé, tubulure, gants stériles et gants propres, chariot de soins, plateau de soins.

c. Au niveau de la procédure

i. Préparation du matériel

➤ Lavage hygiénique des mains avant la préparation du matériel

Figure 2 : Taux du lavage hygiénique des mains avant la préparation du matériel.

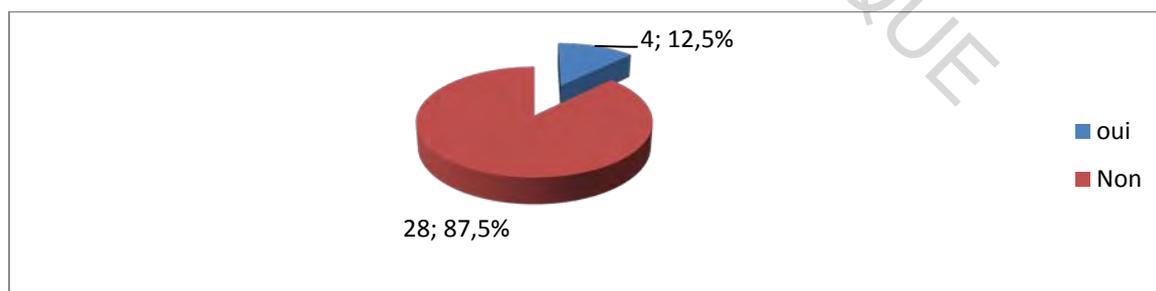


Source : nous même

Commentaires : seulement dans 25% des cas que les IDE se lavent les mains avant de préparer le matériel de pose du cathéter. Nous avons remarqué une fois qu'ils se lavent les mains à la salle de soins au début des soins, ils ne se les lavent plus jusqu'à la fin des soins (du lit1 jusqu'au lit 10 ou à la cabine). Et pourtant il y a des points d'eau dans les salles de soins et du savon liquide ou Bétadine rouge ou solution hydro alcoolique sur le chariot.

➤ Présence d'une boîte de sécurité lors de la pose du cathéter

Figure 3 : Taux de présence d'un container à aiguille lors de la pratique de pose de CVP.

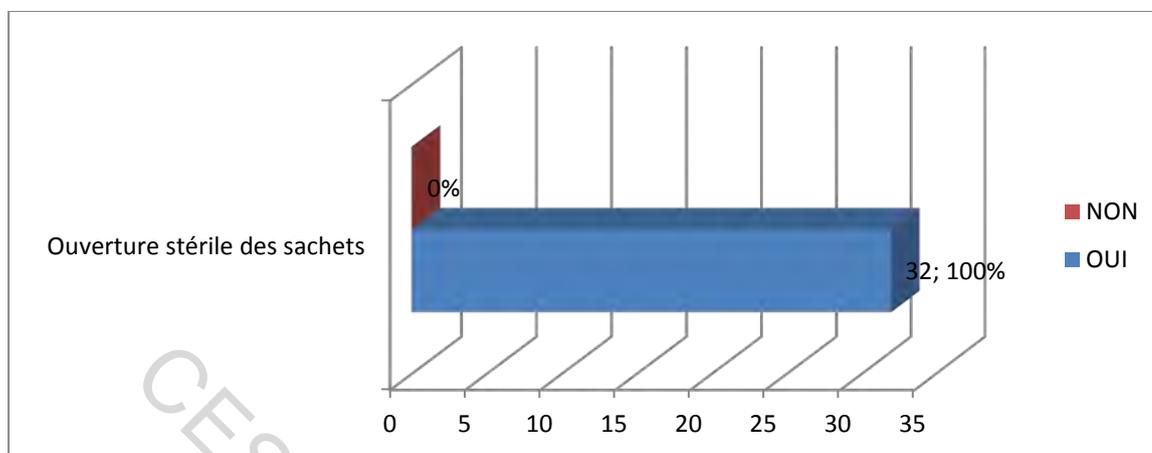


Source : nous même

Commentaires : le container à aiguille, seul élément pouvant sécuriser les soins au lit du malade est rarement utilisé lors de la pratique de poses du CVP. Sa présence a été remarquée seulement dans 12,5% des cas de pratique de pose de CVP. Dans la majeure partie des cas (87,5%), le container à aiguille est resté dans la salle de soins.

➤ **Ouverture des sachets en laissant le matériel stérile dans l'étui**

Figure 4 : Taux d'ouverture des sachets (cathéter, bouchon, robinet) en laissant le matériel stérile dans l'étui.



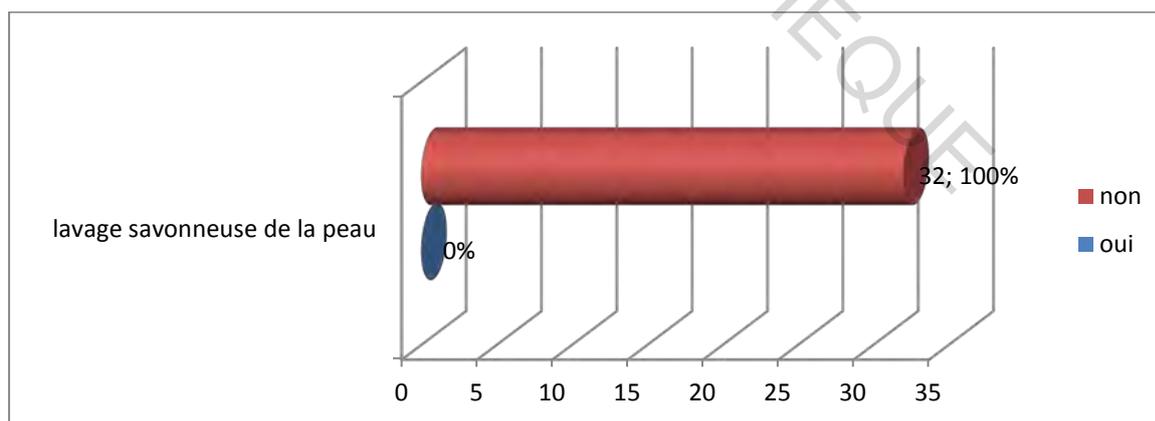
Source : nous même

Commentaires : dans 100% des cas, les IDE gardent les CVP stériles avant l'utilisation

ii. Du site de ponction

➤ **La préparation de la peau (savonnage, rinçage et séchage)**

Figure 5: Taux de la préparation de la peau (savonnage, rinçage et séchage) avant ponction

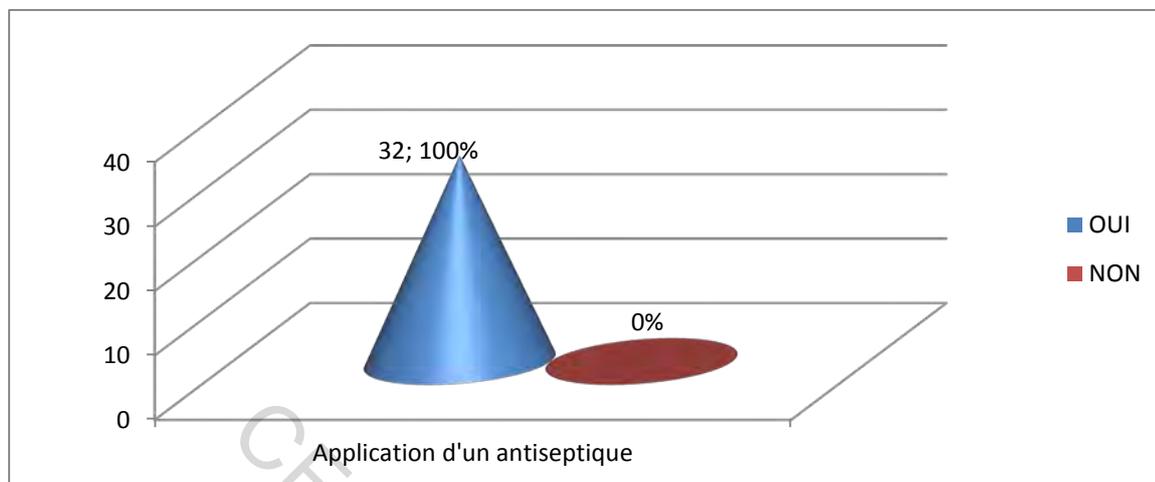


Source : nous même

Commentaires : le lavage savonneux avec rinçage et séchage n'a jamais été pratiqué (0%) alors que les équipes de soins disposent de la Bétadine rouge ou du savon liquide lors des soins.

➤ **Application d'un antiseptique sur la peau**

Figure 6 : Taux d'application d'un antiseptique sur la peau



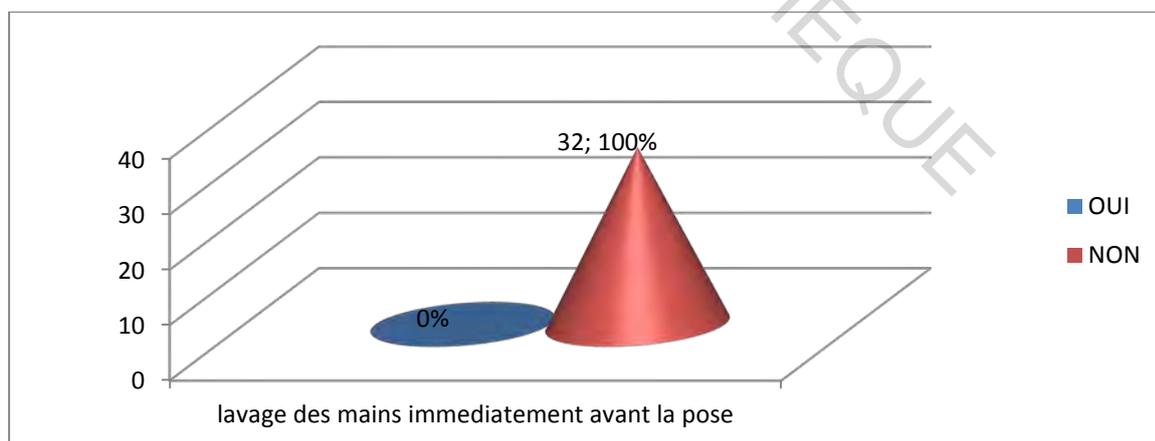
Source : nous même

Commentaires : dans 100% des cas, application d'un antiseptique sur la peau avant la pose de CVP.

iii. La pose du cathéter

➤ **Lavage des mains immédiatement avant la pose**

Figure 7 : Taux du lavage des mains immédiatement avant la pose de cathéter

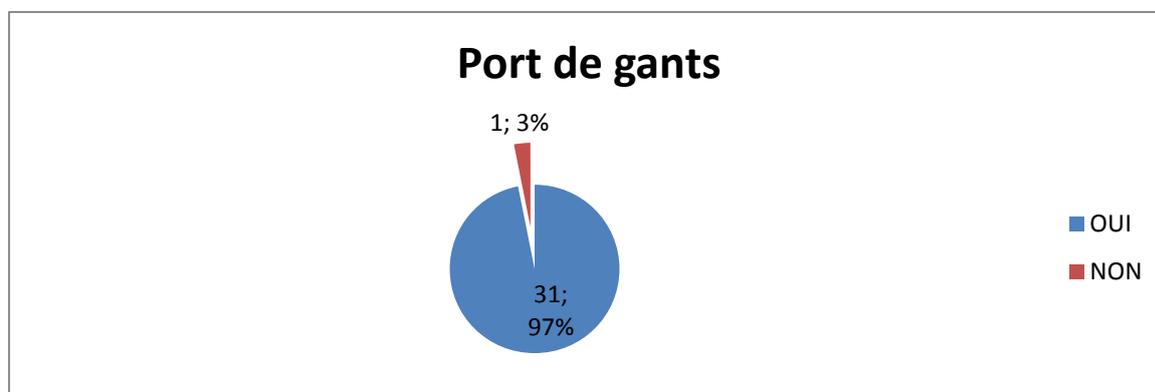


Source : nous même

Commentaires : le lavage des mains immédiatement avant la pose de cathéter veineux ne se faisait jamais (0%). Et pourtant, toutes les équipes de soins ont à leur disposition du gel hydro alcooliques qu'ils n'utilisent pas.

➤ **Port de gants**

Figure 8 : Taux du port de gants lors de la pratique de pose du CVP

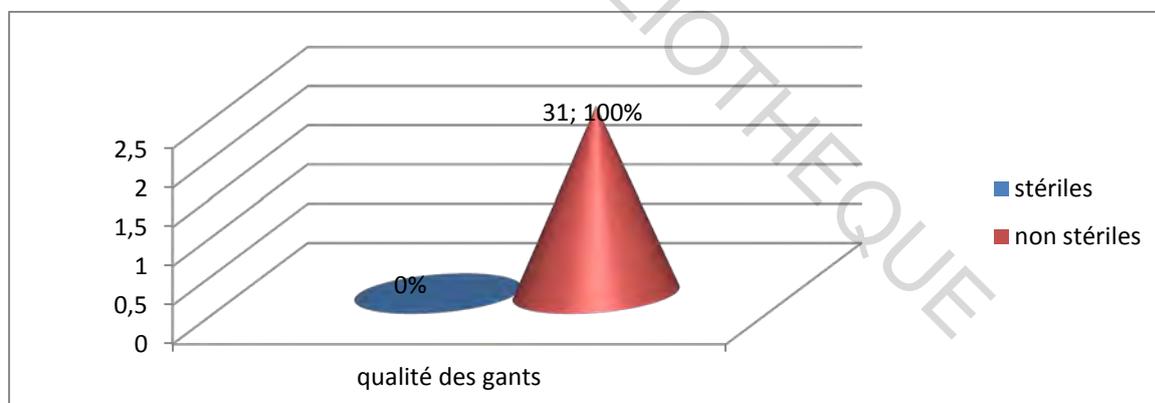


Source : nous même

Commentaires : dans la majorité des cas, les IDE portent dans gants (97%) mais parfois ils manquent de porter des gants (3%) pendant la pratique de poses des CVP.

➤ **Qualité des gants portés**

Figures 9 : Taux de la qualité des gants portés

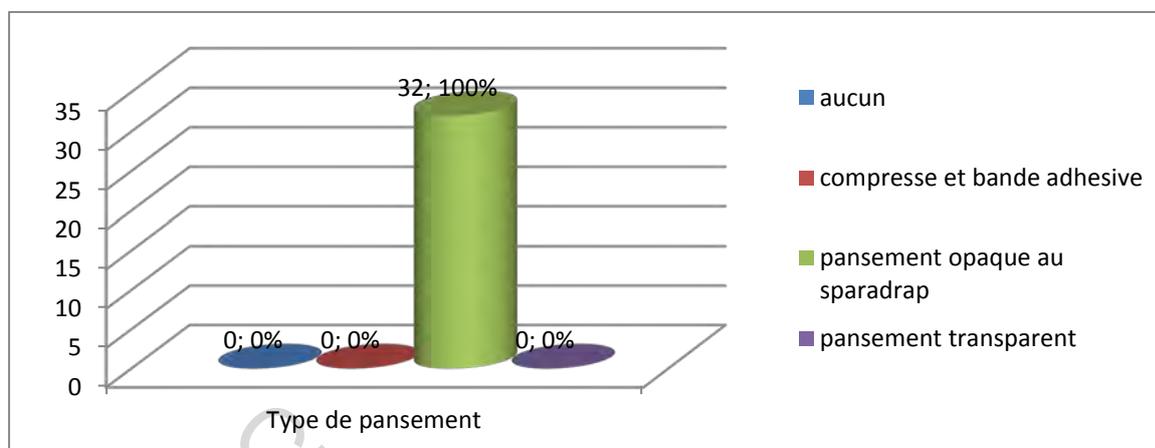


Source : nous même

Commentaires : dans 100% des cas des gants portés pour la pratique de pose de CVP étaient non stériles alors que les infirmiers disposent de gants stériles sur le chariot de soins.

➤ **Type de pansement**

Figure 10 : Type de pansement appliqué lors de la pratique de pose de CVP.

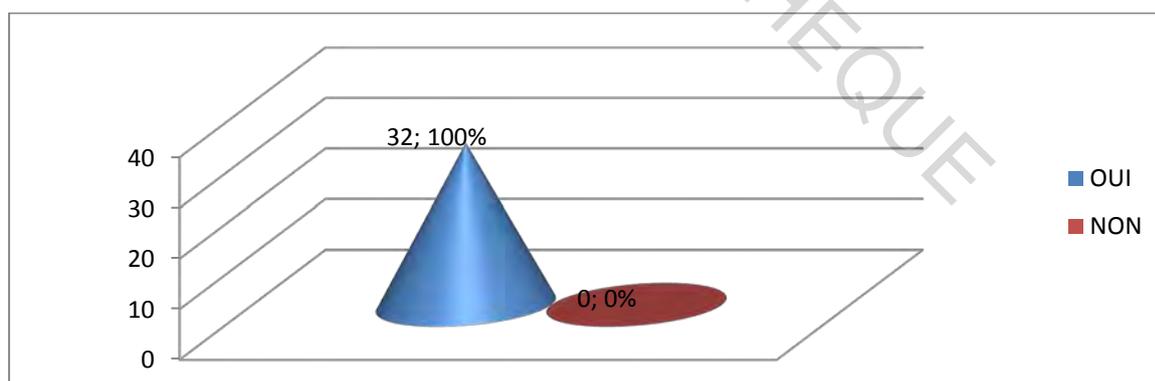


Source : nous même

Commentaires : le type de pansement pratiqué dans le service est dans 100% des cas des pansements opaques au sparadrap.

➤ **Le point de ponction au centre du pansement**

Figure 11 : le point de ponction au centre du pansement

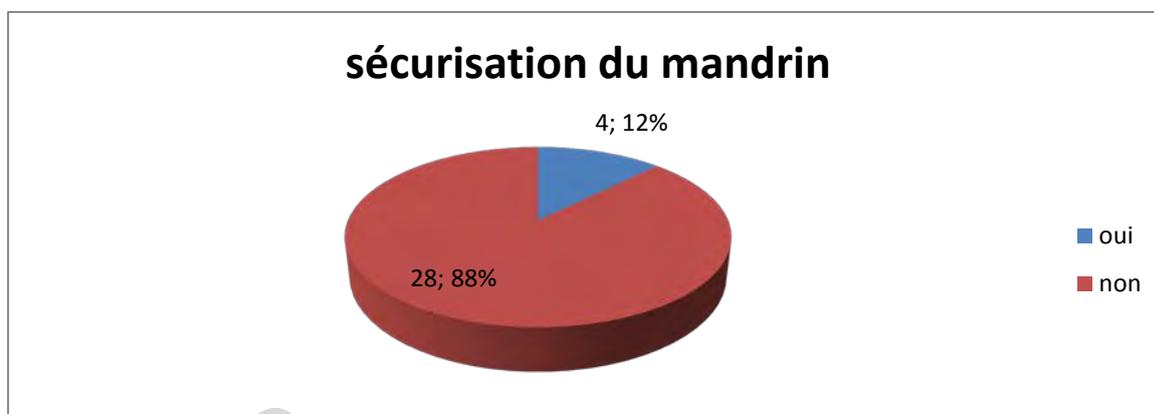


Source : nous même

Commentaires : techniquement dans 100% des ponctions étaient au centre du pansement.

➤ **Le mandrin du cathéter est jeté immédiatement dans la boîte de sécurité**

Figure 12 : Taux du mandrin du CVP jeté immédiatement dans le container à aiguille



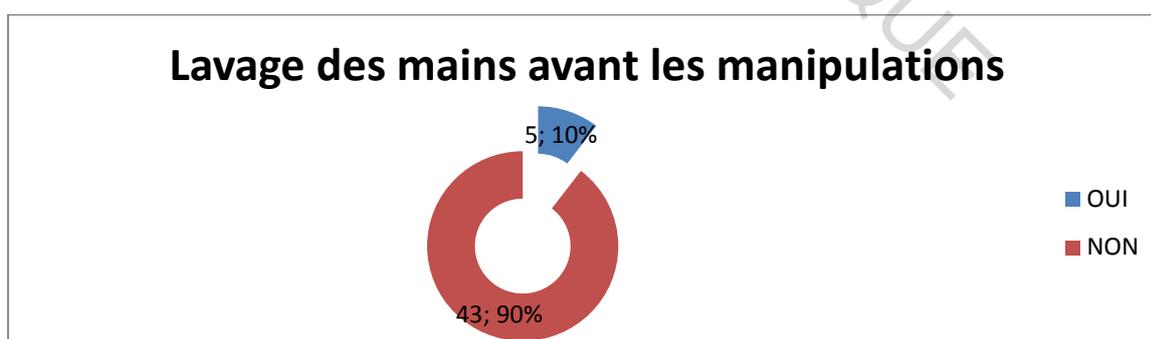
Source : nous même

Commentaires : les mandrins des CVP sont jetés dans un container à aiguille immédiatement après la ponction dans 12% des cas, dans le reste des cas (88%), ils sont soit remis aux stagiaires pour aller le mettre dans le container à aiguille laisser dans la salle de soins, soit déposé sur le chariot, soit piqué sur le lit du malade, soit mis dans une boîte d'emballage d'anticoagulant, soit dans un plateau de soins.

iv. L'entretien du CVP

➤ **Lavage des mains avant chaque manipulation de la ligne veineuse**

Figure 13 : Taux du lavage des mains avant chaque manipulation de la ligne veineuse.

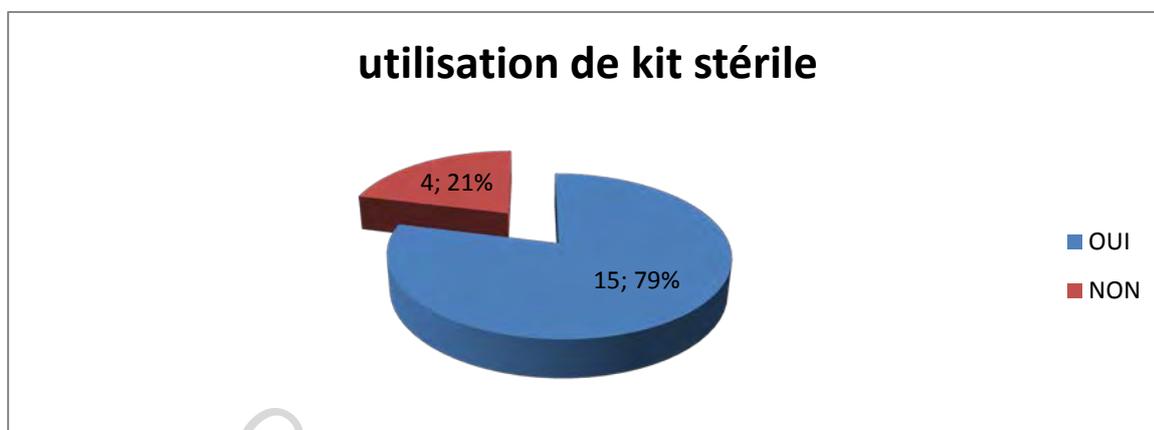


Source : nous même

Commentaires : seulement dans 10% des cas que l'hygiène des mains est observée avant la manipulation de la ligne veineuse.

➤ **Utilisation d'un kit stérile lors de la réfection du pansement**

Figure 14 : Taux d'utilisation d'un kit stérile lors de la réfection du pansement

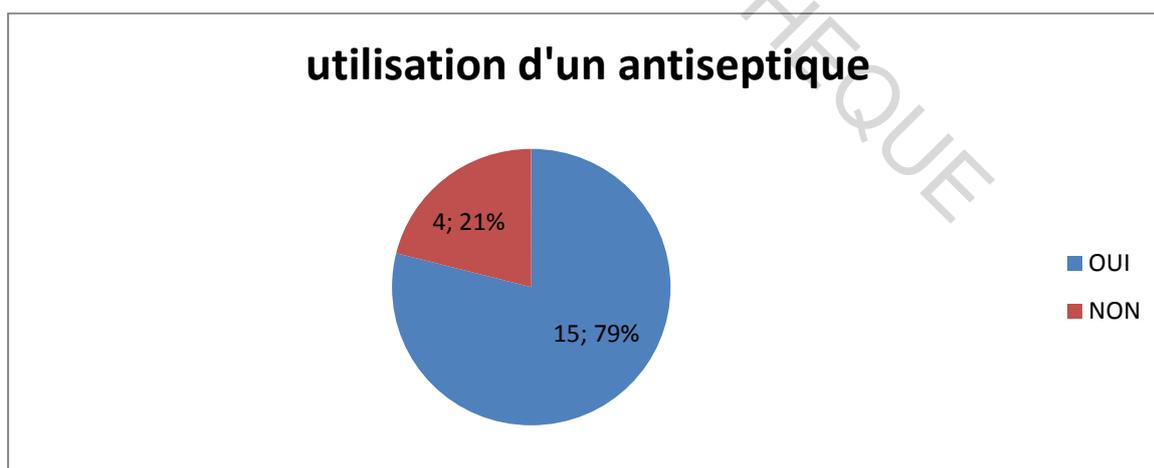


Source : nous même

Commentaires : seulement 21% des cas de réfection du pansement ont été faite avec un kit stérile. Le plus souvent dans 79% des cas, on utilise des compresses propres ou du coton.

➤ **Utilisation d'un antiseptique lors de la réfection du pansement**

Figure 15 : Taux d'utilisation d'un antiseptique lors de la réfection du pansement



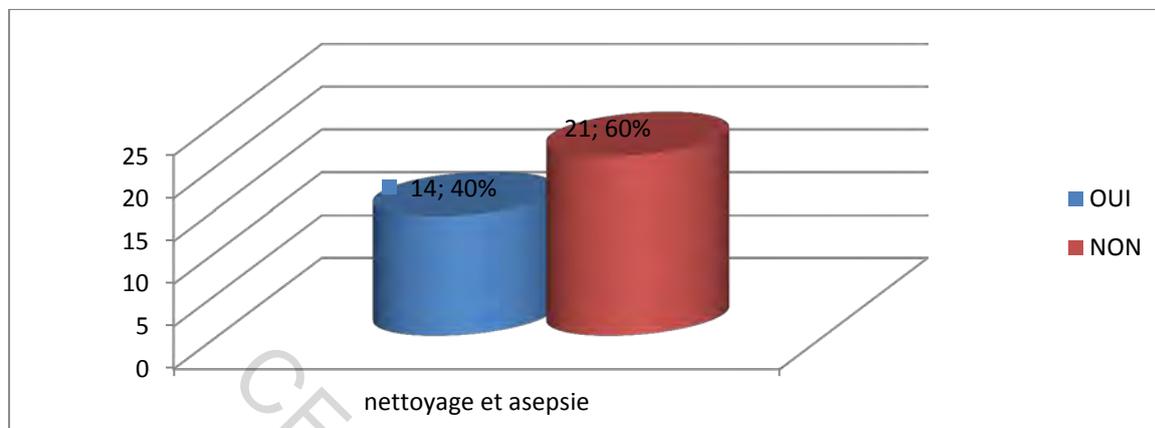
Source : nous même

Commentaires : dans 21% des cas de réfection des pansements, l'IDE utilise un antiseptique (dakine) contre 79% ou aucun antiseptique n'est utilisé (l'IDE utilise juste du compresse ou du coton).

v. Ablation du cathéter

➤ Nettoyage et aseptie du point de ponction après ablation du cathéter

Figure 16 : Taux du nettoyage et aseptie du point de ponction après ablation du CVP.

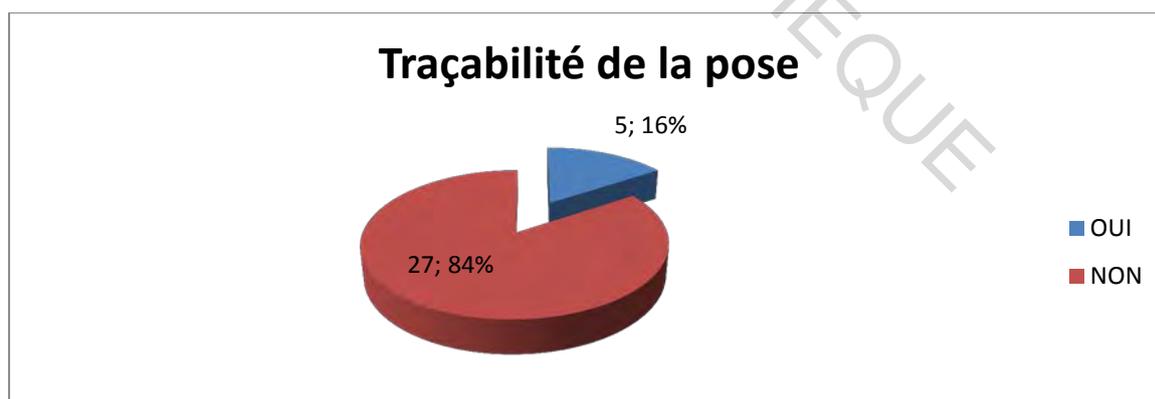


Source : nous même

Commentaires : le nettoyage et aseptie du point de ponction est fait dans 40% des cas contre 60% ou aucun nettoyage ni d'asepsie faits ; juste un pansement compressif avec du coton et le sparadrap utilisé déjà sur le malade.

➤ La pose du cathéter est notée dans un document

Figure 17: Taux de la pratique de la pose de CVP est noté dans un document.



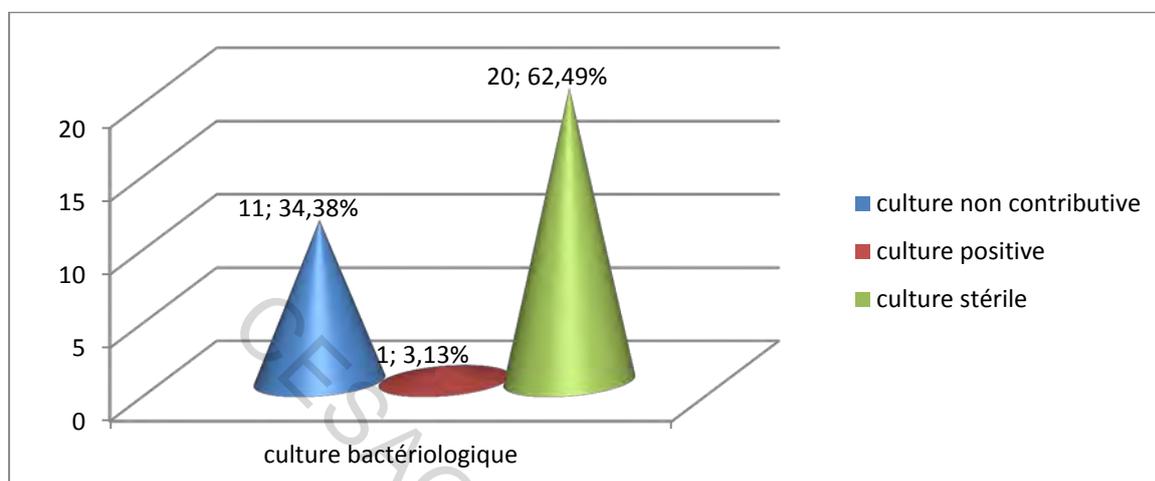
Source : nous même

Commentaires : la traçabilité de la pratique de pose du CVP est seulement notée dans 16% des cas (dans le registre de présence journalière uniquement). Nous avons vérifié cette traçabilité dans les deux autres documents utilisés à l'urgence Peltier : le dossier malade et les dossiers de soins.

d. Au niveau bactériologique

➤ Mise en culture du cathéter en cas de signe d'infection

Figure 18: Résultats de mise en culture du cathéter en cas de signe d'infection



Source : nous même

Commentaires : dans 62,49% des cas de cultures bactériologiques sont revenus stériles contre 3,13% de positifs à *Pseudomonas Aëroginosas* résistant au cotrimoxazole.

Ces 3,13% d'infections nosocomiales sont en conformité avec le taux d'infection nosocomiale de l'HPD par cathéter veineux qui est de 3,7% [30] et du taux d'infections nosocomiales en France qui est de 3,1% [39].

Dans 34,38% des cultures sont non contributives témoignant du fort taux de souillures des cathéters lié au manque d'hygiène des mains lors de la préparation du matériel de la pratique de pose, de l'entretien et de l'ablation du CVP observé plus haut.

e. Analyse des résultats

Il ressort de cette évaluation de la qualité de la pratique des poses de CVP à l'urgence Peltier qu'il y a des critères ayant atteints le niveau de référence requis (points forts) et d'autres n'ayant pas atteints le niveau de référence souhaité (points faibles) et qui nécessite une amélioration de la part des infirmiers.

➤ **Points forts :**

Hygiène et sécurité de l'environnement

- ✓ Le tri des déchets se fait.
- ✓ Présence de point d'eau dans les chambres d'hospitalisations et la salle de soins.
- ✓ Le personnel motivé et dynamique.

Disponibilité de la logistique pour la pose de CVP

- ✓ Tous les éléments pour une pose de qualité des CVP sont réunis et en excellents états, aucun élément ne manque.

Au niveau des procédures

- ✓ Ouverture stérile des sachets dans 100% des cas.
- ✓ Application dans 100% des cas d'un antiseptique sur la peau lors de la pose du CVP.
- ✓ La ponction au centre du pansement dans 100% des cas

➤ **Points faibles :**

Hygiène et sécurité de l'environnement

- ✓ Le tri des déchets ne se fait pas immédiatement au lit du malade.
- ✓ Pollution de l'environnement des soins par les aiguilles et les seringues et autres objets déjà souillés.
- ✓ Mélange de différentes ordures lors de leur ramassage par les agents d'hygiène.
- ✓ Utilisation d'emballage et de flacon vide pour faire des containers à aiguilles lors des soins.

Au niveau des procédures

- ✓ Le lavage des mains avant la préparation du matériel seulement dans 25% des cas.
- ✓ Dans la minorité (12,5%) des cas, on a noté la présence de container à aiguille lors des soins.
- ✓ La préparation savonneuse de la peau n'a jamais été observée (0% des cas).
- ✓ Jamais le lavage des mains immédiatement avant la pratique de pose de CVP n'a été observée : 0% des cas.
- ✓ Dans la majorité des cas (97 %), nous avons observé le port de gants non stériles.
- ✓ Le mandrin du cathéter est jeté immédiatement dans un container à aiguille après la pratique de pose de CVP dans seulement 12% des cas.

- ✓ La pratique du lavage des mains avant chaque manipulation de la ligne veineuse est insuffisamment observée dans 10% des cas.
- ✓ L'utilisation d'un kit stérile lors de la réfection du pansement est insuffisamment pratiquée dans 21% des cas.
- ✓ Utilisation d'un antiseptique lors de la réfection du pansement dans 21% des cas.
- ✓ Nettoyage et aseptie du point de ponction dans 40% des cas.
- ✓ Rarement la traçabilité de la pratique de pose du CVP est notée dans 16% des cas.

Au niveau bactériologique

- ✓ Le taux d'infection nosocomiale après culture bactériologique est de 3,13%
- ✓ Dans 34,38 % de cas de souillure des CVP ont été rapporté par le laboratoire.

f. Critères à améliorer selon les objectifs spécifiques

- **Améliorer l'hygiène des mains à chaque étape de la pose et de la surveillance des CVP.**
 - ✓ Améliorer la pratique du lavage des mains à chaque étape de la pratique de la pose des CVP.
 - ✓ Porter des gants stériles lors de la pratique de poses de CVP.
- **Améliorer la sécurité des injections lors de la pratique de pose des CVP.**
 - ✓ Disposer de containers à aiguille à porter de mains et sécuriser le mandrin du CVP dans ceux-ci immédiatement lors de la pratique de pose de CVP.
- **Améliorer l'hygiène du malade lors de la pratique de poses de CVP.**
 - ✓ Améliorer l'hygiène de la peau du malade avant, pendant et après la pratique de poses de CVP.
- **Améliorer la traçabilité de la pratique de pose des CVP.**
 - ✓ Noter la pratique de pose de CVP dans un document de soins : registre de présence, dossier médical ou dossier de traitement.

CHAPITRE VI : DETERMINATION ET ANALYSE

DES CAUSES-IDENTIFICATION DES SOLUTIONS

ET LEUR AMPLEUR

“La démarche qualité, une méthode précieuse pour l’amélioration de l’hygiène hospitalière”. Ce thème nous a amené à l’aide d’un audit clinique à évaluer la pratique de la pose de CVP dans le service du S.A.U afin d’améliorer la qualité de la pratique de ce soins dans le service. Dans cette démarche, les résultats de notre enquête nous ont révélé certaines faiblesses dans la pratique de pose de CVP aux urgences dont nous allons déterminer ici les causes et proposer des solutions en utilisant un des outils que constitue la méthode de résolution des problèmes.

I) DETERMINATION ET ANALYSE DES CAUSES

a. Revue de la littérature

Selon YOUNES Benanteur et collaborateurs dans “organisation logistique et technique à l’hôpital”, il existe cinq outils de résolution des problèmes appelés outils de la qualité permettant d’identifier les causes d’un problème donné [58]. Ce sont :

- Qui Quoi Où Quand Comment Pourquoi (QOOQCP)
- Diagramme de Pareto (diagramme 80/20)
- Brainstorming
- Boîte à idées
- Diagramme d’Ishikawa ou Diagramme en arrête de poisson

Pour notre travail, nous allons utiliser le diagramme d’Ishikawa qui présente l’avantage d’être simple, concret et visuel (Figure 19).

Selon cet outil, de manière générale, les causes sont classées selon cinq grandes familles.

✓ 1) Matière :

Tout ce qui est consommable (matière première) : cathéter, gants, alcool, coton, boîte de sécurité, antiseptique, solution hydro alcoolique, etc.

✓ 2) Méthodes :

Tout ce qui est lié au savoir faire ou à l'organisation ou Méthode de réalisation de la tâche : Systématique de travail, Marche à suivre, Document de description de la tâche, respect des procédures, du mode d'emploi, etc.

✓ Matériel :

Tout ce qui résulte d'investissements : locaux, point d'eau, salle de soins, chambre d'hospitalisation, etc.

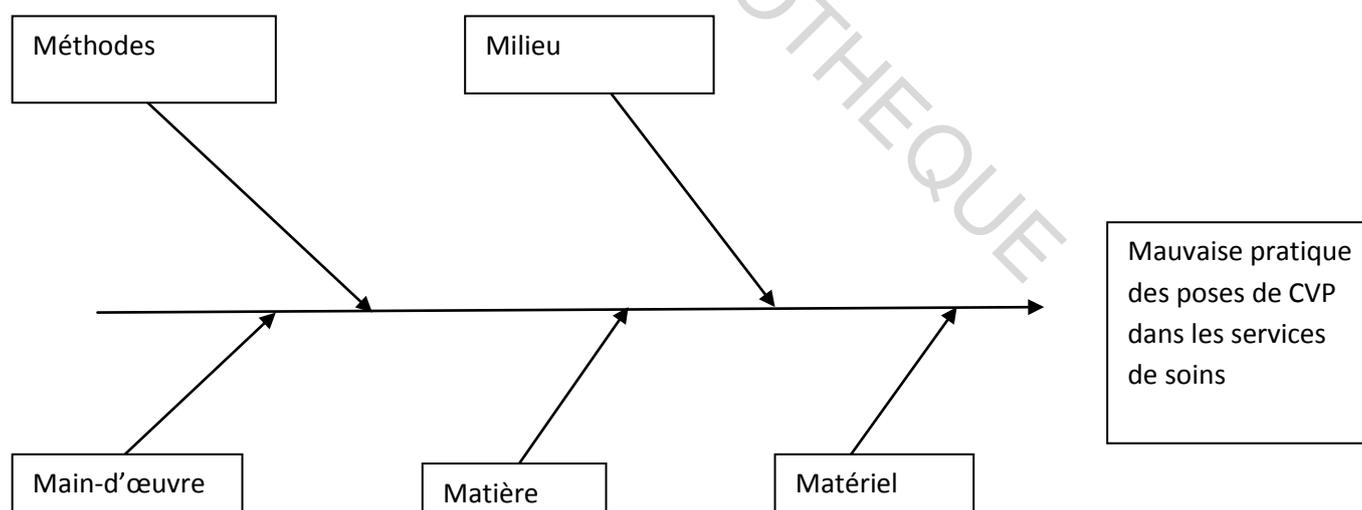
✓ Main d'œuvre :

Tout ce qui est relatif à l'action humaine : compétence, connaissance, comportement, formation, organisation de l'équipe de travail, etc.

✓ Milieu :

Tout ce qui est lié à l'environnement physique et humain : bruit, condition de travail, température, pression, ambiance, circulation et bavardage des parents de malade, distractions d'autres collègues, etc.

Figure 19: diagramme 5M en arrête de Poisson



Source : Cours de Mr Coly, CESAG, 2015

Afin de maîtriser les causes du problème, nous avons parcouru la littérature sur la mauvaise gestion des poses de CVP dans les services de soins au Sénégal, en Afrique et dans le monde.

Et aussi sur notre expérience personnelle.

A l'issue de cette revue de littérature il est important de signaler que nous avons eu des difficultés à trouver des travaux sur la gestion des CVP au Sénégal et en Afrique. Les résultats obtenus viennent de la littérature française ; et là encore les causes de la mauvaise pratique de poses des CVP ne sont pas toujours identifiées. Néanmoins les rares résultats obtenus dans notre recherche classe les causes sur deux dimensions techniques de la pratique de pose des CVP : le personnel (main-d'œuvre) et la procédure (méthode).

➤ Les causes liées au personnel :

L'audit sur les CVP par le CCLIN-Ouest en France en 2010 par le GREPHH dans les hôpitaux de l'inter région ouest de France a montré que le manque de formation des personnels soignants était la cause principale de la mauvaise pratique de poses des CVP car les étudiants pratiquaient mieux la pose de cathéters à 72% contre 62% des non-étudiants [25].

➤ Les causes liées à la procédure :

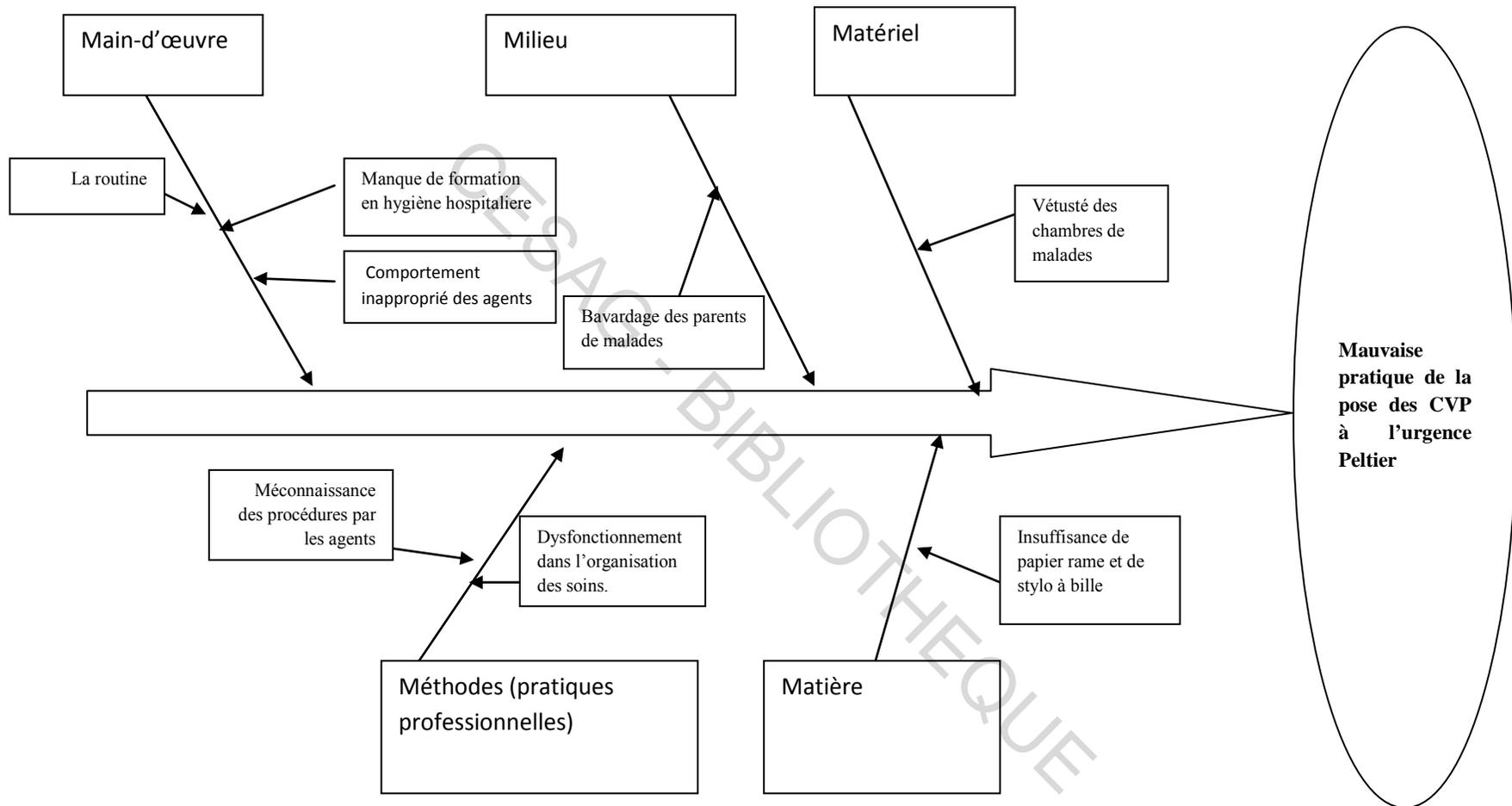
Les résultats nationaux sur l'audit des CVP de décembre 2011 en France, effectué par le GREPHH a montré que les freins à l'application des procédures étaient incriminées à 54% car les praticiens trouvaient la procédure trop longue et aussi le changement à chaque étape de produit était contraignant [26].

b. Hiérarchisation des causes identifiées

Le groupe de travail après les résultats de l'audit s'est réunis avec le CLIN (15 septembre 2015) pour identifier les causes des problèmes de la mauvaise pratique des poses de CVP à l'urgence Peltier. Pour visualiser les causes du problème, nous avons soumis toutes les faiblesses constatées au diagramme d'Ishikawa. Au terme de cette longue séance de travail (de 15H à 17H30), il ressort comme causes de la mauvaise pratique de poses des CVP :

- Le comportement inapproprié des agents,
- Le manque de formation en hygiène hospitalière
- la routine dans les soins,
- la méconnaissance de la procédure et du protocole de la pose des CVP,
- la mauvaise organisation des soins.

Figure 20: identification des causes de la mauvaise pratique des poses de CVP à l'aide du diagramme d'Ishikawa



Source : nous même

Afin de déterminer la cause majeure le groupe projet a adopté la méthode de l'approche par recherche du consensus. Le groupe a procédé au vote pondéré pour hiérarchiser les causes du problème. Chaque participant disposait de 10 points au maximum à répartir sur chaque item.

Une lettre a été affectée à chaque cause :

A : le comportement inapproprié des agents dans la pratique de l'hygiène,

B : le manque de formation en hygiène hospitalière des agents,

C : la routine dans les soins,

D : la méconnaissance des procédures et protocoles sur la pose de CVP,

E : la mauvaise organisation des soins.

Le vote des différents participants est présenté dans le tableau suivant :

Tableau III: Hiérarchisation des causes

| Participants \ Causes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAUX |
|-----------------------|----|----|----|----|----|----|----|-----------|
| A | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 4 |
| B | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 3 | 31 |
| C | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 13 |
| D | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 11 |
| E | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 11 |
| TOTAL | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 70 |

Source : nous même

Après le vote pondéré il est revenu que le manque de formation en hygiène hospitalière soit la cause majeure de la mauvaise qualité de la pratique des poses de CVP à l'UP.

II) IDENTIFICATIONS DES SOLUTIONS POSSIBLES ET LEUR PRIORISATION

a. Revue de la littérature

La revue de la littérature concernant les solutions possibles, nous a posé des difficultés. Nos différentes recherches sur la question ont été très pauvres sur les résultats. Au Sénégal et en Afrique, nous n'avons pas trouvé de la documentation traitant la gestion des CVP. En France, la documentation que nous avons eue, s'est limité à dire qu'il fallait former les professionnels sans préciser les domaines dans lesquels ils doivent être formés.

b. Analyse de l'environnement

L'HPD est un EPS à statut spécial par la loi 2000-01 du 10 janvier 2000 avec son décret d'application 2000-89 du 7 février 2000. Il dispose d'une autonomie de gestion qui lui permet d'accomplir ses missions. La nouvelle mission donnée par le Président de la république du Sénégal à l'équipe de Direction de l'HPD est de prioriser les soins en urgence. Pour mieux réussir cette mission et apporter ces changements, il faudra une démarche qualité qui va se traduire par : l'engagement explicite des responsables ; l'implication des professionnels du service des urgences ; le patient la raison d'être de cette démarche ; la progressivité de la démarche et l'adéquation des moyens aux objectifs ; la communication interne ; le développement des compétences et formation ; la structuration de la démarche. On a noté dans le rapport d'activité 2014 au paragraphe "Quel hôpital pour un Sénégal émergent" que la formation du personnel toute catégorie confondue reste une priorité de l'HPD. Ainsi l'amélioration de la qualité repose sur une multitude d'efforts individuels et collectifs.

c. Identification des solutions possibles et leur priorisation

Afin de maîtriser les contours de la formation en hygiène hospitalière le groupe de travail a procédé à un brainstorming pour identifier les solutions possibles à la mauvaise pratique de la pose des CPV:

- ✓ A) La formation du personnel sur l'hygiène des mains,
- ✓ B) La formation sur la sécurité des déchets piquants et tranchants lors des poses de CVP.
- ✓ C) La formation sur l'hygiène des malades lors des poses de CVP.
- ✓ D) La formation sur la traçabilité des poses de CVP

i. Former le personnel Sur l'hygiène des mains

Dans 75% à 100% des cas, le lavage des mains n'est pas pratiqué lors de la pose de CVP dans notre étude. Lorsque nous savons que 50% à 85% des I.N sont manu portées, cela devient très inquiétant compte tenu du risque majeur encouru par les patients. Dans notre étude 34% de souillure du cathéter liée au manque d'hygiène des mains lors de la pose des CVP. Et 3,13% d'infection nosocomiale manu portée du CVP. Le lavage des mains constitue la première barrière de lutte contre les infections nosocomiales contre tenue de son efficacité prouvée. Il doit intervenir successivement à chaque fois qu'on passe d'un malade à un autre et à chaque étape de la pose du CVP comme le préconise la procédure. Pour le service de l'urgence Peltier l'hygiène des mains est prioritaire. Mais cette technique ne pourra pas être bien appliquée si le personnel n'est pas formé à la technique et sur les indications. L'hygiène des mains doit faire l'objet d'incitation et d'évaluation régulière et renouvelées.

ii. Former le personnel sur la sécurité des déchets piquants et tranchants lors des poses de CVP.

Cette formation sur la gestion des déchets doit insister sur le tri des déchets au lit du malade, le ramassage hygiénique des ordures (collecte et évacuation sur le site de stockage). Elle constitue un moyen de lutte contre les infections nosocomiales liées à la pollution de l'environnement des soins et aussi un moyen de lutte contre les AES liés à l'environnement hospitalier. Nous avons observé dans notre étude que le container à aiguille, seul élément pouvant sécuriser les soins au lit du malade n'est utilisé que dans 12,5% des cas et la majeure partie des cas le tri des déchets se font après les soins. Aussi les agents d'hygiène mélangent les ordures ménagères avec les ordures d'emballage et les ordures souillées. L'insécurité des soins est aussi l'un des éléments majeurs révélés dans cette étude. Plus de 87,5% des soins et surtout lors de la pose de cathéter se font sans la présence de boîte de sécurité à porter de mains alors qu'il y a des containers à aiguille disponibles dans la salle de soins. Dans 87,5% des cas les mandrins des cathéters sont soit remis aux stagiaires pour aller le mettre dans le container à aiguille laisser dans la salle de soins, soit déposé sur le chariot, soit piqué sur le lit du malade, soit mis dans une boîte d'emballage d'anticoagulant, soit dans un plateau de soins d'où la nécessité de former le personnel sur la sécurité des injections.

iii. Former le personnel sur l'hygiène du malade lors des poses de CVP

Nous avons observé dans notre étude que l'hygiène du malade est peu pratiquée. Dans 100% des cas le lavage savonneux suivi de rinçage n'a jamais été pratiqué, alors que nous savons que dans les infections nosocomiales le malade se contamine par ses propres germes lors des soins. Donc, il est primordial de former le personnel des soins à l'hygiène du malade.

iv. Former sur la traçabilité des poses de CVP

La longue durée de la mise en place des CVP augmente le risque de survenu d'une infection nosocomiale. A l'HPD des études ont montré que ce facteur de risque est potentiel après 7 jours selon les enquêtes "un jour donné" réalisé en 2009. Il est donc primordial de former les IDE et aides IDE à noter les dates des différentes poses de cathéters et les dates des différentes manipulations y afférentes. La rareté de la traçabilité de la pose (16% dans notre étude) est un risque majeur pour le contrôle des infections nosocomiales.

d. Choix et justification de la solution à mettre en œuvre

Pour mener à bien le choix de la solution à retenir le groupe projet avec la cellule formation ont procédé à la hiérarchisation par technique du groupe nominal de l'approche par recherche du consensus avec 7 personnes. Pour chaque solution identifiée, chaque membre disposait de 10 points à attribuer par critère avec une note allant de 0 à 5. Ces critères de choix sont :

- ✓ La faisabilité de la solution : elle tient compte de la disponibilité des ressources indispensables pour sa mise en œuvre par l'hôpital ou dont il est capable de les mobiliser.
- ✓ L'acceptation par les acteurs chargés de sa mise en œuvre : elle se traduit par un engagement de tous les responsables de la mise en œuvre de la solution.
- ✓ Le coût de la solution : la solution à choisir doit offrir de réels avantages pour ce qui concerne le coût, l'efficacité et l'efficience ; et tenir compte de la rareté des ressources. La solution dont le coût sera faible sera privilégiée.
- ✓ L'impact de la solution : la solution à retenir doit être pertinente pour apporter une solution à long terme au problème qui est posé.

La moyenne pondérée des 7 notes par critère est établi dans le tableau suivant :

Tableau IV: Hiérarchisation des solutions

| Critères solutions | Faisabilité de la solution | Acceptation par les acteurs | Coût de la solution | L'impact de la solution | Total | Classement |
|-----------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------|-------------------------------|-------|-----------------|
| A | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 4 | 11,5 | 1 ^{er} |
| B | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2 | 9,5 | 3 ^e |
| C | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 3 | 10,5 | 2 ^e |
| D | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 1 | 8,5 | 4 ^e |
| Total | 10 | 10 | 10 | 10 | 40 | |

Source : nous même

Après le vote pondéré, nous remarquons que la formation sur l'hygiène des mains vient en première position suivi de celle de l'hygiène du malade puis de la sécurité des déchets et enfin de la traçabilité de la pose de CVP. Le groupe de travail après réflexion a estimé que les quatre formations pouvaient se tenir dans un seul module de formation et on bénéficierait ainsi de l'optimisation de la formation sur l'hygiène des mains en incluant en même temps les trois autres formations.

Ainsi, le groupe projet et la cellule formation de l'HPD ont décidé de former le personnel du Service d'Accueil des Urgences en hygiène des mains, à l'hygiène du malade, à la sécurité des déchets piquants et tranchants ; et à la traçabilité de la pratique de la pose des CVP.

CHAPITRE VII : PLAN DE LA MISE EN ŒUVRE

DE LA SOLUTION RETENUE : PLANIFICATION

OPERATIONNELLE

I) JUSTIFICATION DU PLAN D'AMELIORATION

Le plan d'amélioration de la qualité de la gestion des poses des CVP passe par la formation du personnel en hygiène hospitalière. En effet l'étude sur la mauvaise pratique des poses de CVP montre le manque de formation en hygiène hospitalière constitue la première cause. L'HPD comme les autres hôpitaux du Sénégal et à travers le monde, la mauvaise qualité de la pratique des CVP joue un rôle néfaste très important sur l'image de marque de l'hôpital, augmente les couts de prises en charge des patients, prolonge la durée moyenne de séjour hospitalier, provoque des séquelles grave allant jusqu'à l'amputation, un impact social grave avec des congés maladies interminables et des décès dans le pire des cas. Le rôle des prestataires de soins dans la pratique de pose des CVP est primordial en termes d'assurance qualité. Ces prestataires de soins, pour biens mener leur activités, ont besoin de renforcer leurs connaissances en hygiène des mains, à l'hygiène du malade, à la sécurité des déchets, et à la traçabilité des poses des CVP afin de prévenir les infections nosocomiales et les accidents d'exposition au sang observés dans le service. La formation du personnel en hygiène et sécurité des soins est donc plus qu'une nécessité pour réduire les désagréments causés par la mauvaise qualité de la pratique des poses de CVP.

II) LES OBJECTIFS DE LA FORMATION

a. Objectif général

Former tout le personnel des Services d'Accueil des Urgences de l'HPD en hygiène et sécurité des soins d'ici fin mars 2016.

b. Objectifs spécifiques

- ✓ Renforcer les capacités de tout le personnel en hygiène des mains
- ✓ Renforcer les capacités de tout le personnel à la gestion et sécurisation des déchets coupant, piquant et tranchant lors des poses de CVP.
- ✓ Renforcer les compétences de tout le personnel en hygiène du malade lors des poses CVP.
- ✓ Renforcer la capacité de tous les agents à tracer la pose des CVP.
- ✓ Renforcer la capacité des agents sur la maîtrise du référentiel de la pratique de poses des CVP.

c. Objectifs éducationnels

A la fin de la formation, le personnel sera capable de :

- ✓ pratiquer correctement l'hygiène des mains à chaque étape de la pose des CVP ;
- ✓ pratiquer correctement l'hygiène du malade lors des poses de CVP;
- ✓ sécuriser convenablement les déchets coupants, piquant et tranchant pendant les soins;
- ✓ tracer objectivement l'histoire des poses des CVP.
- ✓ maîtriser la démarche sur le référentiel de la pratique de poses des CVP.

III) CADRE LOGIQUE [57].

Tableau V: cadre logique du projet d'amélioration de la qualité des poses des CVP

| Résumé des objectifs/ activités | Indicateurs objectivement vérifiables | Sources/moyens de vérification | Hypothèses |
|---|--|---|------------|
| Objectifs global : Améliorer la qualité de la pratique des poses de CVP au S.A.U. | Taux d'infections nosocomiales dans l'année lié au CVP au S.A.U. | Le rapport du CLIN | |
| Objectifs spécifiques : -Renforcer les capacités de tout le personnel en hygiène des mains ; -Renforcer les capacités de tout le personnel en hygiène du malade lors de la pratique de poses de CVP ; -Renforcer les compétences de tout le personnel à la sécurisation des déchets coupant, piquant et tranchant ; -Renforcer la capacité de tous les agents à tracer la pose des CVP et; -Maitriser la technique référentielle de la pratique de pose de CVP. | Le nombre de personnes formées aux renforcements des capacités en hygiène des mains, en hygiène du malade ; à la sécurisation des déchets coupant, piquant, et tranchant ; à la traçabilité des poses de CVP et à la maîtrise du référentiel de pose de CVP. | Rapport de formation avec liste de présence et signatures des participants à la cellule formation de l'HPD. | |
| Résultats attendus : Les capacités de tout le personnel en hygiène des mains ; en hygiène du malade ; à la sécurisation des déchets coupant, piquant et tranchant ; à la traçabilité des poses des CVP et à la maîtrise du référentiel ont été renforcées. | Nombre de personnes formées / le nombre de personnes attendu au renforcement des capacités en hygiène des mains, à l'hygiène du malade, à la sécurisation des soins, à la traçabilité et à la maîtrise du | Rapport d'activité du service disponible à la direction de l'information hospitalière | |

| | | | |
|---|-----------------------------|--|--|
| | référentiel de pose de CVP. | | |
| Activités: Formation de tout le personnel des SAU de l'HPD en hygiène et sécurité des soins | Formation effectuée | -Budget de fonctionnement 2016 de l'HPD : charges de formation. -Rapport de formation HPD | |

Source : nous même

IV) PLAN D' ACTIONS OPERATIONNEL

a. Chronogramme des activités ou diagramme de GANTT

Diagramme de Gantt du nom de l'auteur Henry GANTT qui l'a utilisé pour la planification du matériel lors de la première guerre mondiale, le Graphique constitue un outil simple de planification et de suivi des activités d'un projet. Il permet de visualiser sur un tableau l'ensemble des activités ou des composantes d'un projet [9].

Tableau VI: Chronogramme des activités

| Activités | 2 ^e Semestre 2015 et 1 ^e Semestre 2016 | | | | | | | | | | | | Responsables | |
|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------|---|
| | J | A | S | O | N | D | J | F | M | A | M | J | | |
| Formation de tout le personnel des S.A.U de l'HPD en hygiène et sécurité des soins | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluer les besoins de formation | | | | | | | | | | | | | | Chef de service ; Dr YEBOUE stagiaire MBA GH-CESAG |
| Elaborer un programme de formation | | | | | | | | | | | | | | Direction HPD ; Chef de service. Cellule de formation |
| Identifier les participants | | | | | | | | | | | | | | Direction HPD ; Chef de service. |
| Choisir le formateur | | | | | | | | | | | | | | Direction HPD ; Cellule formation |
| Organiser la formation | | | | | | | | | | | | | | Cellule formation Equipe formation |

Source : nous même

b. La budgétisation

Le budget peut être défini comme un plan annuel des activités futures établi sur la base d'hypothèses d'exploitation. Il est exprimé principalement en termes financiers (prévisions), mais il incorpore souvent beaucoup de mesures quantitatives non financières. C'est un élément vital de la planification et du contrôle de l'entreprise. Il aide à la coordination des activités entre les différents responsables et services, tout en incitant à la réalisation de la performance. Il permet au responsable d'engager des dépenses et de fixer des objectifs de résultat à atteindre. En proposant des repères de contrôle de l'activité en cours, le budget est

un excellent outil d'analyse des performances. Il génère les informations qui permettront à l'entreprise de mesurer sa progression et de concevoir un système de planification au regard de sa performance actuelle.

Son rôle est de préciser les objectifs fixés par l'organisation; d'élaborer des plans à court terme; d'estimer les revenus associés aux plans; d'établir un plan d'investissement; de déployer un plan de fourniture de services; de planifier les achats; de prévoir l'embauche du personnel et d'en évaluer la formation; d'établir un plan de trésorerie; d'obtenir du financement; d'assurer le suivi des plans; de mesurer périodiquement l'atteinte des objectifs; de réévaluer les objectifs et la stratégie [12].

Vu le volume des activités du service, nous suggérons un volume horaire de 12 Heures pour cette formation, reparté en 2h24 minutes par jour de 15H 30 à 18H avec une pose de 06 minutes.

Afin d'optimiser les ressources, nous allons utiliser au cours de cette formation les ressources humaines, matérielles et financières de l'HPD. En effet, au niveau des ressources humaines, l'HPD dispose de personnel qualifié en formation universitaire (9 professeurs agrégés à Val de Grâce, 37 assistants [48]). Au niveau des ressources matérielles, l'hôpital dispose d'une salle de conférence d'une capacité de 100 places équipée en matériels didactiques. Au niveau des ressources financières, nous allons utiliser le budget de l'HPD sur sa ligne formation.

Tableau VII : Budget de la formation en hygiène des mains, gestion-sécurité des soins et traçabilité de la pratique de pose de CVP.

| Activités Prévués | Cout en francs CFA |
|--------------------------------------|---|
| Evaluation du besoin en formation | 0F |
| Evaluation du programme de formation | Perdiem brut des responsables de l'activité : 3 personnes x 2 jours x 0F de perdiem par jour = 0 F (la cellule formation l'HPD dispose de compétences capable d'évaluer le programme de formation) |
| Identification des participants | 0F (le service des soins infirmiers est habilité à le faire) |
| Choix du formateur | Rémunération brute du formateur : 12h x 0 F /h x 1 personne = 0F (la cellule formation dispose de techniciens supérieurs capables de réaliser la formation) |
| Organisation de la formation | Location de la salle = 0 F (l'HPD dispose d'une salle de conférence capable d'accueillir les participants) Matériels didactiques: 2 500 x 66 = 165 000F Pause café : (66 participants+1Form.+3resp. activité) x 500 Fx5j = 175 000F |
| Totaux | 340 000 F (trois cent quarante milles franc) |

Source : nous même

Le budget de la formation est arrêté à la somme de : Trois cent quarante milles francs CFA (340 000 F CFA).

c. Suivi et Evaluation (S/E)

Les ressources étant par définitions rares, le but du S/E est d'optimiser les ressources pour atteindre les objectifs donc être à la fois efficace et efficient et par conséquent performant. Le S/E de notre étude permettra de voir la performance de la formation en hygiène et sécurité des soins sur la qualité de la pratique des poses de CVP au S.A.U. afin de réduire le niveau des IN et des AES.

➤ Définitions [47]

Le suivi est une fonction continue visant essentiellement à assurer à la direction et aux principales parties prenantes une intervention permanente assortie d'indications rapides de progrès ou d'absence de progrès dans la réalisation des résultats.

L'évaluation est une opération sélective qui vise à apprécier systématiquement et de manière objective les progrès dans la réalisation d'un effet.

➤ Les outils

Différents outils ont déjà été abordés pour réaliser le suivi et l'évaluation du projet.

Pour le suivi, nous avons d'une part le cadre logique qui permet de savoir quels sont les indicateurs objectivement vérifiables et quels sont les moyens de vérification retenus ; et d'autre part le diagramme de GANTT qui permet de savoir à quel moment chaque activité devra être réalisé et de savoir qui doit la réaliser.

Pour l'évaluation, elle sera périodique à travers des audits cliniques et des études auprès des prestataires.

➤ Période

Une évaluation de l'effet par pré et post test des participants lors de la session de formation sera réalisée.

L'évaluation d'impact sera menée deux(2) à trois (3) ans après la fin de la formation à travers un audit clinique, études auprès des prestataires, les rapports d'activité du CLIN et les rapports annuels d'activités du service pour savoir dans quel mesure le changement qualitatif (renforcement des capacité en hygiène et sécurité des soins) ont affecté le service en matière de qualité de la pratique des poses de CVP .

Afin de bien mener le suivi et l'évaluation, il est nécessaire de mettre en place un cadre de suivi et évaluation (**Tableau VIII**).

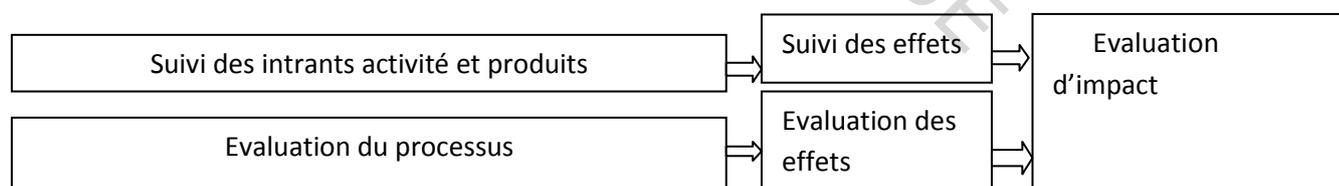
Les éléments du processus d'élaboration de ce cadre sont : Etablir un comité de suivi et évaluation composé des responsable qualité et de l'hygiène hospitalière, le chef de service et la direction ; faire une analyse de suivi et évaluation ; développer le plan de suivi et

évaluation ; mettre en œuvre le plan de suivi et évaluation ; établir des mécanismes de contrôle et de gestion de la qualité des activités prévues pour la formation.

Tableau VIII : Cadre pour le suivi et évaluation



| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| Des matières premières ou des moyens sont mobilisés | Pour réaliser les activités | Dont les produits ou services | Doivent produire des effets immédiats | Et un Impact sur l'environnement |
| Ressources matérielles, financières, et humaines | Evaluation du besoin de formation ; Elaboration du programme de formation ; Identification des participants ; Choix du formateur ; Organisation de la session de formation. | Tout le personnel est bien formé en hygiène et sécurité des soins | Amélioration de la qualité de la gestion de CVP au S.A.U. | L'assurance qualité ; Baisse du niveau des infections nosocomiales et des AES ; Diminution de la DMS ; Réduction des coûts de prise en charge ; Satisfaction des usagers et des clients ; Prosperité du service. |



Source : nous même

d. Mise en œuvre de la solution

Actuellement, compte tenu de la durée de la formation, l'élaboration du mémoire de fin de cycle du MBA GSS/GH de CESAG santé, l'étape de la mise en œuvre de la solution retenue et l'étape d'évaluation des résultats obtenus ne seront pas traitées dans la résolution de notre problème identifié.

CHAPITRE VIII : RECOMMANDATIONS

Ce travail sur la qualité de la pratique de pose des CVP au S.A.U. nous a permis de parcourir bon nombre de documents pouvant nous aider à traiter au mieux la question. Suite à cette littérature et à nos connaissances actuelles acquises en gestion des services de santé, nous avons constatées certaines faiblesses au niveau ministériel, au niveau de l'HPD et au niveau du S.A.U qui méritent d'être améliorées et qui va constituer nos points de recommandations.

I) AU NIVEAU MINISTERIEL

Afin de lutter efficacement contre les infections nosocomiales et les AES, nous recommandons au ministère de la santé et de l'action sociale du Sénégal à :

- Mettre en place un cadre réglementaire devant obliger les hôpitaux à publier leurs indicateurs de qualité des soins,
- Instituer une agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé,
- Elaborer des textes réglementaires relatifs aux évaluations des pratiques professionnelles en santé.

II) AU NIVEAU DE LA DIRECTION DE L'HPD

Au niveau de la direction, nous recommandons :

- d'étendre la formation en hygiène et sécurité des soins à tout l'HPD.
- de faire une large diffusion des procédures et protocoles sur la pratique des CVP.
- de maintenir les différents acquis déjà obtenus.

III) AU NIVEAU DU S.A.U.

Nos recommandations s'adressent au chef de service et aux personnels du service :

- améliorer l'organisation des soins
- améliorer l'hygiène du malade
- améliorer la qualité du nursing
- améliorer la gestion des poses de sondes urinaires
- améliorer la pratique des pansements.
- de diffuser les protocoles de pratique de poses de CVP.

CONCLUSION GENERALE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

La seule vision légitime pour l'hôpital Principal de Dakar est celle du progrès et de l'excellence. Pour atteindre ces objectifs, la méthode choisie est celle de l'amélioration continue [48].

Ce principe fondamental de la démarche qualité qu'est l'amélioration continue nous a amené à évaluer la qualité de la pratique de pose et de la surveillance des cathéters veineux périphérique à l'Urgence Peltier. Cet outil d'audit clinique a montré son intérêt dans la lutte contre les infections nosocomiales et les AES dans un service où les enquêtes "jour donné" ont montré leurs limites. Les taux de 3,13% d'infections nosocomiales et de 34,13% de taux de souillures des cathéters veineux périphériques à donner l'importance de cet outil. Toute l'équipe du CLIN de l'HPD en a pris conscience et s'en est approprié pour en faire un outil d'évaluation. Les résultats de ce travail, aujourd'hui, font l'objet d'une large diffusion en vue de sensibiliser, former tous les praticiens et organiser les services de soins sur l'hygiène des mains, la sécurité des injections, l'hygiène du malade et la traçabilité des actes de soins en vue de mieux lutter contre les infections nosocomiales et les AES. Cela traduit le niveau d'engagement de l'hôpital en terme de Management de la qualité des soins avec une politique bien définie dans le manuel qualité, une stratégie bien élaborée et une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière dynamique. Et aussi une organisation logistique qui répond aux objectifs d'un hôpital de référence pour des soins de qualité en vue de satisfaire le patient, la raison d'être de l'hôpital.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

A) OUVRAGES ET MANUELS

1. ANAES, *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, évaluation de la pose et de la surveillance des cathéters veineux courts*, juin 1988, 8-9.
2. ANAES, *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, évaluation de la qualité de la pose et de la surveillance des cathéters courts veineux*, juin 1998.
3. ANAES, *Principe de la mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, avril 2002, 10-71.
4. ANSD, *Enquête démographique et de santé continue au Sénégal*, Sénégal, juillet 2013. Site web: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR288/FR288.pdf>.
5. Archive Larousse, grande encyclopédie Larousse, Ed. 1971-1976. Site web: www.larousse.fr.
6. BIBLE, Lévitique chapitres 5 et chapitres 12 à 15.
7. BIBLE, Exode chapitre 30, verset 17 à 21.
8. BOUSSO Abdoulaye, *Plan Sénégal émergent, secteur santé*, 15 juillet 2014. Site web : <http://www.sante.gouv.sn/images/stories/pdf/presendrbouso.pdf>.
9. Bulletin mensuel du CLIN de l'hôpital Principal de Dakar, février 2015.
10. C.CLIN-Ouest, *Amélioration de la qualité en hygiène hospitalière*, janvier 1999.
11. Cellule d'information HPD, Document d'information, 2015.
12. Chaîne de contagion : biologie.cmaisonneuve.qc.ca.
13. Dark-stories, *un sombre fragment d'histoire des épidémies de cholera*, 1979. Site web: <http://www.dark-stories.com/cholera.htm>, 28 Aout 2015.
14. Encyclopédie LAROUSSE en ligne, site web : www.larousse.fr.
15. Fleming Alexander, site web: www.encyclopediauniversalis.com.
16. GREPHH, *audit des cathéters veineux périphériques*, CCLIN Ouest, 2009-2010, France. Site web: www.cclinouest.com/PDF/Evaluation/CathetersPV/R_AuditCVP2009-2010.pdf, 28 Aout 2015.
17. GREPHH, *rapport de résultats nationaux d'audit des cathéters veineux périphériques*, décembre 2011, France. Site web: www.grephh.fr/PDF/CPV/rapport_national_CVP-2011.pdf, 28 AOUT 2015.
18. Historique hygiène hospitalière, hygie, site web : www.mythologie.ca/dieux/hygie.

19. Hôpital Principal de Dakar, Manuel qualité, 2010.
20. Hôpital Principal de Dakar, *rapport d'enquête, infections nosocomiales, enquête "un jour donné"*, Dakar, octobre 2009.
Site web : www.hopitalprincipal.sn, 23 juillet 2015.
21. Hôpital Principal de Dakar, rapport Info CLIN, février 2015.
22. Jean-Marc Warszawski, bulletin Bach en couleur de Claude Charlier, *Analyses Partition*, Novembre 1995-2004, Révision 16 février 2011, Frascatoro Girolamo, musicologie.org, 9 décembre 2014.
Site web : <http://www.musicologie.org/Biographies/f/frascatoro.html>, 28 Aout 2015.
23. Jean-Christophe Lucet, *Dossier sur les infections nosocomiales réalisé en collaboration avec l'Unité d'hygiène et de lutte contre l'infection nosocomiale, groupe hospitalier Bichat-Claude Bernard*, Paris - février 2015.
Site web: <http://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/infections-nosocomiales>.
24. Journal officiel de la République Française, N° 55 du 6 mars 2015, texte 40 sur 171.
25. La lettre de l'Institut Pasteur, *lettre trimestrielle d'information*, n° 72, février 2011.
26. Le Petit Larousse 2010.
27. Le Sénat, *Rapport d'enquête du sur les infections nosocomiales dans les hôpitaux de paris*, 2006, France. Site web : www.senat.fr, 28 Aout 2015.
28. Ministère de la santé du Sénégal, Direction des établissements de santé, *réforme hospitalière, présentation lois et décrets*, annexe 5, article 3, 23.
Site web : http://www.servicepublic.gouv.sn/assets/textes/decret_org_ets-publics_sante-hospitaliere.pdf, 28 aout 2015.
29. Ministère des affaires sociales et de la santé de France, *Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissement de santé*, mai-juin 2012.
Site web : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/enquete_nationale_de_prevalence_-_ENP_-_2012_-_chiffres_cles.pdf
30. Marius LACHERETZ, *L'évolution corrélative de la chirurgie infantile et de la chirurgie orthopédique et traumatologie en France*, 25.
31. Ministère de la santé et de l'action sociale, *Le système de santé au Sénégal*.
Site web : www.santé.gouv.sn (copyright 2011-2013).

32. Ministère de la santé et de l'action sociale du Sénégal, *organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements publics et privés participants au service public hospitalier*, Arrêté N° 005711, 7 juillet 2007.
33. Ministère de la santé et de l'action sociale du Sénégal, *Organisation de la lutte contre les infections nosocomiales*, Arrêté 5711 du 7-7-2004.
34. OMS, *rapport de la Conférence internationale sur la Santé*, New York, 19-22 juin 1946.
35. OMS, *Résumé des recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins*, juillet 2009, 11-18.
36. PNUD, *Guide du suivi et de l'évaluation axés sur les résultats*, 2002, 6.
37. Rapport d'activité 2014 de l'hôpital Principal de Dakar.
38. Repère chronologiques d'Albert CALMETTE, site web : www.pasteur.fr.
39. SFHH-HAS, *Evaluation et amélioration des pratiques professionnelles, pose et entretien des CVP, séries de critères de qualité pour l'évaluation et amélioration des pratiques professionnelles*, avril 2007.
Site web : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/catheter_veineux_peripheriques_-_criteres_de_qualite.pdf. 19 Octobre 2015.
40. SFHH-HAS, *campagne CCLIN sud-est, maitrise du risque infectieux lié aux CVP*, 2007.
Site web : http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Doc_Reco/CVP_DVD/Diaporama_partie_1.pdf
41. SFHH-HAS, *Recommandations pour la pratique clinique, Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques*, novembre 2005.
Site web : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Catheters_veineux_2005_rap.pdf.
42. Théories et expériences, recherches de Semmelweis sur les fièvres puerpérale, comment tester une hypothèse. Site web : www.ac-grenoble.fr.
43. YOUNES Benanteur ; Raphael Rollinger et Jean-Luc Saillour, *organisation logistique et Technique à l'hôpital*, Rennes, Ed. ENSP, 2000.

B) MEMOIRES

44. Abdoul Gadiry FADIGA, *Tableau de bord prospectif de l'hôpital principal de Dakar, mémoire de fin d'études* DESS GSS/GPS, CESAG, 2008.
45. Aissata Cheick Oumar Traoré, *les infections nosocomiales liées aux cathéters veineux centraux et périphériques dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G*, thèse de doctorat d'état de médecine, université de Bamako, 2007.
Site web: <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2008/med/pdf/08M10.pdf>.
46. Mme MAYENA BAYEKOLA Marie Berthe, *Contrôle de gestion outil de pilotage de la performance dans un établissement public de santé : cas de l'hôpital Principal de Dakar* ; mémoire de fin d'étude, DESS/Audit et contrôle de gestion, CESAG, octobre 2013
47. TRAORE Dramane, *Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil à l'Hôpital Principal de Dakar : cas du service de Radiologie et d'Imagerie Médicale*, mémoire de fin d'études DESS/GSS, CESAG, 2007.

C) ARTICLES DE PRESSES

48. Djamileh Zia, La revue de Téhéran, article, *Mohammad Ibn Zakaria Razi (865-925), le plus éminent médecin de la civilisation Islamique, traités de médecine de Razi*, n° 77, avril 2012.
Site web : <http://www.teheran.ir/spip.php?article1565#gsc.tab=0>.
49. Elisabeth Chaussin, article, *Santé et Environnement*, 22 septembre 2000.
Site web : www.fnh.org/francais/doc/en_ligne/sante/dossier1_art1.htm#article.

D) COURS

50. ANTA TAL-DIA, Cours de santé Publique, CESAG-Dakar, janvier 2015.
51. BA Daouda, support de cours MS projet, 2^e Trim. 2015, CESAG-Dakar.
52. BOSSA Gilbert, cours de contrôle de gestion, avril 2015, CESAG-Dakar.
53. Cheikh FALL, Cours Hygiène hospitalière, CESAG-Dakar, Mai 2015.
54. Entreide.fr, cours, hygiène hospitalière, sept 2012.
Site web: <http://entreide.free.fr/cours/1a/ue210s1/hygi%E8ne%20hospitali%E8re.pdf>.
55. IFSI, cours sur hygiène, 1^e année de soins infirmiers, promotion 2008-2011, PACA, site web : <http://ifsi.paca.free.fr/cours/cours%20formateurs/hygiene/hygiene.pdf>.
56. SALLIOU Pierre, cours université Paris 5, *Historique et définition de la vaccinologie*, CIFV 28 mars 2011.

Site web: http://www.uvp5.univ-paris5.fr/mere-enfant/basereference/VAC/2011/01_saliou/index.htm, 28 Août 2015.

57. WADE Boubacar, *Cours sur le module qualité et amélioration des soins, l'audit clinique*, CESAG Dakar, décembre 2014.
58. WADE Boubacar, *cours de planification stratégique*, 2^e Trim. 2014-2015, CESAG-Dakar

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE I : Grille d'évaluation

SERVICE DES SOINS INFIRMIERS

Cellule hygiène hospitalière

Grille d'évaluation de la qualité des soins

Pose, surveillance et entretien du cathéter court veineux

| |
|-------------------------------|
| Date de l'évaluation..... |
| Service..... |
| Evaluateur..... |
| Nom du patient ou numéro..... |

Date de la pose.....

I. PRÉPARATION DU MATÉRIEL OUI NON

1. Lavage des mains avant de préparer le matériel
Nom du produit :
2. Présence d'un container à aiguilles
3. Ouverture des sachets (cathéter, bouchon, robinet...) en laissant le matériel dans l'étui stérile

II. - PRÉPARATION DU SITE DE PONCTION OUI NON

4. Lavage de la peau
Nom du produit :
5. Rinçage à l'eau stérile
6. Séchage
7. Application d'un antiseptique
8. Temps de séchage de l'antiseptique égal ou supérieur à 1 mn

III. - POSE DU CATHÉTER

OUI NON

9. Lavage des mains immédiatement avant la pose

Avec quel produit ?

10. Port de gants

11. Si OUI, étaient-ils stériles ?

12. Type de pansement utilisé (cocher 1 réponse) : Aucun Compresse et bande adhésive

Pansement opaque Pansement transparent

13. Le point de ponction est au centre du pansement

14. Le mandrin du cathéter est jeté dans le container

IV. ENTRETIEN DU CATHÉTER

15. changement de tubulure :

| DATE | MOTIF | LAVAGE DES MAINS | |
|------|-------|--------------------------|--------------------------|
| | | OUI | NON |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16. changement des autres éléments de la ligne veineuse

(Préciser s'il s'agit d'obturateur, de rampe...)

| DATE | MOTIF | MATERIEL CHANGE | LAVAGE DES MAINS | |
|------|-------|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | OUI | NON |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17. Réfection du pansement

| Date | Motif | lavage des mains | | utilisation d'un set stérile | | nom de l'antiseptique utilisé |
|------|-------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| | | OUI | NON | OUI | NON | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

V - ABLATION DU CATHÉTER

OUI

NON

18. Nettoyage et asepsie du point de ponction après ablation du cathéter

- Date

- Motif :

19. En dehors du protocole actuel de mise en culture systématique, dans quelles circonstances auriez-vous mis le cathéter en culture ?

20. La pose est notée dans le dossier infirmier ou autre document

ANNEXE II : Critères de validation et standard attendus

| Critères de validation | Standard attendus |
|---|---|
| <p>A. <u>Critères de procédure</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavage des mains avant le début des soins 2. Présence et utilisation d'un container à aiguilles 3. Préparation de la peau (savonnage, rinçage, séchage) 4. Matériel de pose préparé stérilement 5. Préparation du site de ponction selon le protocole 6. Lavage antiseptique des mains 7. Port de gants stériles 8. Utilisation d'un pansement transparent centré sur le point de ponction 9. Date de pose notée dans le dossier de soins 10. Lavage des mains avant chaque manipulation de la ligne veineuse 11. Changement des lignes selon le protocole et changement du cathéter selon le protocole 12. Réfection du pansement avec un set stérile 13. Réfection du pansement selon le protocole | <p>100 %</p> |

| | |
|---|-------|
| 14. Mise en culture du cathéter en cas de signe d'infection | 100 % |
| 15. Après ablation du cathéter, antiseptie du point de ponction et mise en place d'un pansement sec | 100 % |
| B. <u>Critère de résultats</u> | 100 % |
| 1. Absence de critère bactériologique d'infection pour les cathéters mis en culture | 90% |

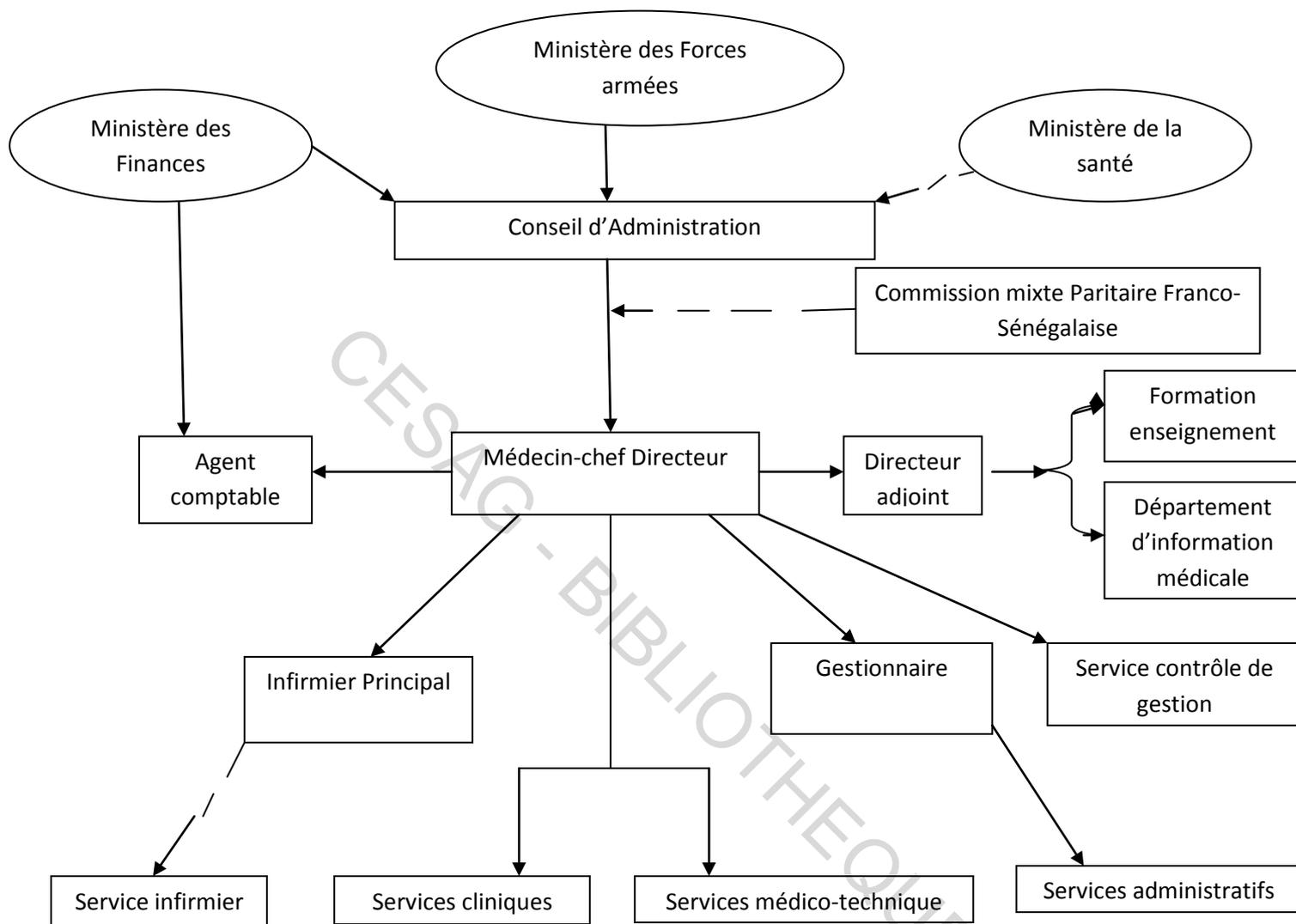
CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE III : Grille de dépouillement

Cette grille permet de visualiser l'évaluation de 10 pratiques. Cette grille d'exploitation manuelle a été copié sur le model proposé par l'ANAES

| Critères | Grilles de recueil de données | | | | | | | | | | Nb de + | Nb de - | Résultat | |
|--|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|---------------|----------|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | en + | % - |
| I) Préparation du matériel | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 Lavage hygiénique des mains avant préparation du matériel | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 Présence d'un container à aiguille | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 Ouverture des sachets (cathéter, bouchon, robinet) en laissant le matériel stérile dans l'étui | | | | | | | | | | | | | | |
| II) Préparation du site de ponction | | | | | | | | | | | | | | |
| Nettoyage et antiseptique de la peau : | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 Lavage anti septique | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 Rinçage eau stérile | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 Séchage | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 Application d'un antiseptique | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 Temps de séchage de l'antiseptique ≥ 1 mn | | | | | | | | | | | | | | |
| III) Pose du cathéter | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 Lavage immédiatement avant la pose | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 Port de gants | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 Gants stériles | | | | | | | | | | | | | | |

ANNEXE IV : organigramme de l'HPD [16].



Source : Document d'information de l'Hôpital Principal de Dakar plus de 120 ans au service des hommes, 10

ANNEXE V : DEFINITIONS DES CONCEPTS D'HYGIENE ET DE SANTE

- **Hygiène**

C'est la partie de la médecine étudiant les moyens individuels ou collectifs, les principes et les pratiques qui visent à préserver ou à favoriser la santé. Elle se base essentiellement sur trois actions : le nettoyage et la déterision ; la désinfection ; la conservation [36].

- **La santé**

En 1946, à la conférence internationale a New York, l'OMS défini la santé comme un complet état bien être physique, mental et social, et ne veut pas seulement dire absence de maladie ou d'infirmité [45].

- **La santé publique**

En 1952, l'OMS défini la santé publique comme la science et l'art de prévenir les problèmes de santé, de préserver, d'améliorer et de prolonger la vie et la santé des populations au moyen d'actions collectives visant à assainir l'environnement ; lutter contre les maladies ; enseigner à l'individu les règles d'hygiène personnelle ; organiser les services de santé en vue de la prévention, du diagnostic précoce et du traitement des maladies [6].

- **Epidémie**

Apparition dans une localité ou une région, d'un certain nombre de cas d'une maladie dépassant nettement la fréquence normalement observée, ces cas étant attribuables à une source commune ou à une propagation. Pour certaines maladies, un seul cas est considéré comme une épidémie: Ébola, fièvre jaune, etc. [18].

- **Endémie**

Persistance dans une région d'une maladie, qui se manifeste en permanence ou périodiquement [36].

- **Pandémie**

C'est une épidémie qui s'étend sur plusieurs continents [36].

- **Nettoyage**

Opération d'entretien et de maintenance des locaux et des équipements et qui consiste en une élimination (macroscopique) des salissures particulières, biologiques, organiques ou liquides. C'est un procédé respectant l'état des surfaces traitées dont 'objectif est d'assurer un aspect agréable et un niveau de propreté, de confort et d'hygiène [15].

- **Bio nettoyage**

C'est la méthode utilisée par les professionnels du nettoyage. C'est un procédé destiné à réduire la contamination des surfaces. Le principe du Nettoyage est la combinaison de 4 facteurs (Cercle de Sinner) : action physico-chimique ; action mécanique ; la température ; temps d'action du produit. Le bio nettoyage facilite la désinfection, la stérilisation [15].

- **Pré-désinfection**

Premier traitement à effectuer sur les objets et matériels souillés par des matières organiques dont les objectifs sont de diminuer la population des microorganismes et de faciliter le nettoyage ultérieur ; protéger le personnel lors de la manipulation des instruments ; éviter la contamination de l'environnement. La pré-désinfection utilise des produits ayant à la fois un pouvoir détergent et un pouvoir antimicrobien (bactéricide et fongicide). Ces produits ne doivent pas contenir d'aldéhydes [15].

- **Désinfection**

La désinfection est une opération au résultat momentané permettant d'éliminer, ou de tuer les microorganismes et/ou d'inactiver les virus indésirables portés par des milieux inertes contaminés en fonction des objectifs fixés. Le résultat de cette opération est limité aux microorganismes présents au moment de l'opération.

L'usage du terme «désinfection» en synonyme de «décontamination» est prohibé. La désinfection est une opération pratiquée après nettoyage : *On ne désinfecte bien que ce qui est propre* [15].

- **Antiseptie**

Destruction des microorganismes pathogènes capables de provoquer des infections ; ensemble des méthodes concourant à cet effet. Le résultat de cette opération est limité aux microorganismes présents au moment de la mise en œuvre [36].

- **Asepsie**

Absence de microorganismes dans un milieu ou dans un objet ; ensemble de méthodes permettant de maintenir cet état [36].

- **Décontamination**

Opération au résultat momentané permettant de tuer, d'éliminer ou d'inhiber les microorganismes indésirables en fonction des objectifs fixés [15].

- **Stérilisation**

C'est le procédé qui consiste à détruire tous les microorganismes vivants ou révivifiables (bactéries et leurs spores, virus, parasites et leurs formes kystiques), levures, champignons, dans un espace incontaminable [15].

- **Risque**

En santé publique, le risque se définit comme la probabilité qu'une conséquence donnée généralement néfaste à la santé arrive à une personne, à la suite d'une exposition à une force ou une circonstance potentiellement dangereuse [15].

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE VI : LES AUTRES CONCEPTS LIES A LA DEMARCHE QUALITE

➤ **Accréditation**

Procédure par laquelle un organisme faisant autorité reconnaît formellement qu'un organisme est compétent pour effectuer des tâches spécifiques. C'est une procédure d'évaluation externe, indépendante de l'établissement, faite par des professionnels, évaluant l'ensemble du fonctionnement et des pratiques [5].

➤ **Amélioration de la qualité**

Partie du management de la qualité axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire aux exigences pour la qualité. Elle s'intéresse à l'efficacité et à l'efficience [5].

➤ **Assurance de la qualité**

L'assurance de la qualité recouvre l'ensemble des dispositions prises pour donner confiance en ce que les exigences pour la qualité seront satisfaites. L'organisme peut ainsi assurer qu'il a mis en place un système qui détecte, mesure, corrige les dysfonctionnements potentiels et met en place les actions préventives appropriées [5].

➤ **Audit**

L'audit est une méthode qui permet de comparer une pratique, une activité ou une organisation à un référentiel préalablement déterminé [5].

➤ **Audit d'un système qualité**

C'est un processus méthodique, indépendant et documenté permettant d'obtenir des preuves d'audit et de les évaluer de manière objective pour déterminer dans quelle mesure les critères d'audit sont satisfaits [5].

➤ **Certification**

Assurance donnée, par écrit, par un organisme accrédité et impartial attestant qu'un service présente une conformité aux spécifications énoncées dans une norme. On peut distinguer 4 niveaux de certification : produits, systèmes qualité, personnels, services [5].

➤ **Client**

Organisme ou personne qui reçoit un produit [5].

➤ **Management**

Le management est l'ensemble des techniques d'organisation et de gestion d'une entreprise. La norme ISO 9000 parle des activités coordonnées pour orienter et contrôler un organisme.

On peut citer les termes voisins : administration, conduite, direction, exploitation. Par extension, le management désigne aussi les hommes de l'entreprise qui la dirigent [5].

➤ **Manuel Qualité**

Document écrit qui présente de façon synthétique l'ensemble des dispositions prises pour maîtriser la qualité. Il décrit les procédures, les instructions et le mode opératoire ; ou encore il présente la politique et les objectifs de la qualité [5].

➤ **Management de la qualité**

Activités coordonnées permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité [5].

➤ **Management total de la qualité (TQM)**

La définition proposée par la JCAHO peut se traduire par : « un système de management d'amélioration continue de la qualité dirigé par la direction, mais déléguant aux salariés et se concentrant sur des problèmes systémiques non individuels » [5].

➤ **Objectif qualité**

Ce qui est recherché ou visé, relatif à la qualité. Un objectif doit être mesurable et comporter une date cible pour sa réalisation. Dans une démarche qualité, on distingue en général : des objectifs principaux (>1an, stratégiques, à moyen terme ; ce sont ceux de la politique qualité) et des objectifs opérationnels (<1an, à court terme, découlant d'un plan d'actions) [5].

➤ **Politique qualité**

Pour la qualité, la politique est définie comme les orientations et intentions générales d'un organisme relatives à la qualité, telles qu'elles sont officiellement formulées par la direction. Intégrée dans le projet d'établissement, la politique qualité est l'expression des objectifs stratégiques poursuivis par l'établissement en matière de qualité. La politique qualité identifie les axes déterminants suivant lesquels elle sera structurée [5].

➤ **Procédure**

La procédure est la «manière spécifiée d'accomplir une activité ou un processus».

Il ne faut pas confondre : procédure et processus : la procédure décrit le processus [5].

➤ **Processus**

Le processus est défini comme un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie [5].

➤ **Protocole**

Le protocole concerne un niveau opérationnel : « comment je fais pour ». Le protocole s'adresse en général à une catégorie professionnelle donnée.

Les protocoles sont aussi parfois appelés instructions de travail, fiches techniques ou modes opératoires [5].

➤ **Qualité**

Aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences [5].

➤ **Référentiel**

Ensemble d'informations structurées auxquelles on se rapporte et qui constituent un modèle [5].

➤ **Revue de direction**

C'est le mécanisme par lequel la direction revoit, à intervalles planifiés, le système de management de la qualité de l'organisme pour s'assurer qu'il demeure pertinent, adéquat et efficace. Cette revue comprend l'évaluation des opportunités d'amélioration et du besoin de modifier le système de management de la qualité, y compris la politique qualité et les objectifs qualité [5].

CESAG - BIBLIOTHEQUE