



CESAG CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

CESAG SANTE

ANNEE ACADEMIQUE 2015-2016

Mémoire de fin de formation

**MBA GESTION DES SERVICES DE SANTE option GESTION DES
PROGRAMMES DE SANTE 26e PROMOTION**



THEME :

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE L'HYGIENE HOSPITALIERE PAR
LA DEMARCHE QUALITE :**

**Cas de la pose de cathéters veineux périphériques au service des urgences médicales du CHU de
Treichville (Côte d'Ivoire)**

Composition du jury :

Président : Pr Boubacar WADE, Enseignant associé au CESAG-Dakar

Examineur : Dr Cheikh FALL, Enseignant associé au CESAG-Dakar

Présenté par :

Dr YAO Amany Faustin

Médecin

Sous la direction de :

Dr Malick NIANG

Enseignant associé au CESAG

25 Novembre 2016

SOMMAIRE

DEDICACES	II
REMERCIEMENTS.....	III
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	IV
TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	IX
INTRODUCTION.....	1
<u>PREMIERE PARTIE</u> : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	4
CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE.....	5
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	28
<u>DEUXIEME PARTIE</u> : METHODOLOGIE ET PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE.....	51
CHAPITRE III : METHODOLOGIE.....	52
CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS.....	58
<u>TROISIEME PARTIE</u> : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION-IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS-PLAN DE MISE EN ŒUVRE.....	69
CHAPITRE V : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION.....	70
CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	78
CHAPITRE VII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION RETENUE.....	82
RECOMMANDATIONS.....	91
CONCLUSION.....	93
REFERENCES.....	95
ANNEXES.....	i

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

❖ **DIEU TOUT PUISSANT ;**

Tu es le Dieu d'Abraham, d'Isaac et de Jacob sans qui rien sur cette terre n'est possible. Que ton nom, à jamais, soit glorifié. Amen.

❖ **mon père KANGA YAO ;**

Que Dieu te comble de toutes grâces et te garde encore longtemps à nos côtés.

❖ **ma mère YAO ADJOUA ;**

Merci Maman pour les sacrifices que tu as faits pour moi depuis des années, sois en remerciée.

❖ **mon épouse Mme YAO née SAM N'GUESSAN GHISLAINE ;**

Ce travail est aussi le tien. Sans toi, je ne saurais arriver au bout. Tu es une épouse et une conseillère pour moi, un père et une mère pour nos enfants tout le temps de mon absence. Je prie le Dieu Tout Puissant pour qu'il te comble de toutes tes attentes et qu'il nous accorde bonheur, sagesse, prospérité et longévité.

❖ **mes enfants ;**

YAO Amenan Marie Lyne Venus, YAO Adjoua Marie Anne Roxane et YAO Kouakou Jean Chris Emmanuel Prince : ces longs mois passés loin de vous ont été difficiles pour moi, mais bien plus pour vous. Malgré cela, vous avez relevé le défi durant toute l'année scolaire lors des différents examens de classe. Je suis tellement fier de vous. Que DIEU vous bénisse afin que vous grandissiez en intelligence et en sagesse.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont à tous ceux qui de près ou de loin, en pensée, en parole et par action ont contribué d'une manière ou d'une autre à notre formation et à la réalisation de ce travail. La liste est longue et nous nous excusons de ne pouvoir citer tout le monde.

Nous remercions particulièrement :

- ❖ Notre Maître et Directeur de mémoire, le **Docteur Malick NIANG**, enseignant associé au CESAG, pour la spontanéité avec laquelle il a bien voulu accepté de diriger ce travail. Votre souci de transmettre aux autres vos connaissances et expériences nous a marqué. Soyez rassuré de notre profonde gratitude et de toute notre reconnaissance. Que Dieu vous donne une longue vie pleine de bonheur.
- ❖ Monsieur le **Docteur El Hadj GUEYE**, chef de département CESAG – SANTE, et à travers lui tout le personnel d'encadrement de CESAG – SANTE.
- ❖ Le Ministère de la santé et de l'hygiène publique de la République de Côte d'Ivoire pour les autorisations à nous accordées pour cette formation à Dakar.
- ❖ Monsieur **Etienne YAO**, Directeur Général du CHU de Treichville.
- ❖ Pr **Doignan OUATTARA**, chef du service des urgences médicales du CHU de Treichville.
- ❖ Dr **CISSE**, chirurgien-dentiste et spécialiste en hygiène hospitalière pour ses conseils, son soutien et sa disponibilité.
- ❖ Dr **Jean Jacques YEBOUET**, médecin manager junior de santé.
- ❖ **Stephen Yapi AKRE**, Co-locateur et jeune frère pour sa convivialité.
- ❖ Dr **Konan N'GUESSAN**, médecin de santé publique.
- ❖ Le personnel du service des urgences médicales du CHU de Treichville.
- ❖ Mes amis, mes frères, mes sœurs et toute la 26^{ème} promotion du MBA GSS pour les moments inoubliables passés ensemble.
- ❖ La Communauté ivoirienne au Sénégal, l'Association des Ivoiriens du CESAG (AIC) particulièrement **KOUAKOU Fulgence** et **KOFFI Gilchrist**, la fraternité **SHALOM** de la chapelle St Laurent.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ABC/OBC : Association ou Organisation à Base Communautaire

AES : Accident d'Exposition au Sang

AP-HP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale

CESAG : Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

CLI : Comité de Lutte contre les Infections

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CCLIN : Coordination nationale des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CONALIN : Comité National de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CORELIN : Comité Régional de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CHLIN : Comité d'Hygiène et de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

CVP : Cathéters Veineux Périphériques

DAF : Directeur des Affaires Financières

DESS : Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées

DHP : Direction de l'Hygiène Publique

DMS : Directeur Médical Scientifique

DPM : Direction de la Pharmacie et du Médicament

EDS : Enquête Démographique et de Santé

ENP : Enquête Nationale de Prévalence

EPIC : Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial

EPN : Etablissement Public National

ENV : Enquête du Niveau de Vie

EOH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène

EOHH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière

ESPC : Etablissement Sanitaire de Premier Contact

GPS : Gestion des Programmes de Santé

GREPHH : Groupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière

GSS : Gestion des Services de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HG : Hôpital Général

HPD : Hôpital Principal de Dakar

IAS : Infections Associées aux Soins

ICA : Institut de Cardiologie d'Abidjan

ICALIN : Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales

ICALISO : Indicateur Composite de Lutte contre les Infections du Site Opérateur

ICABMR : Indicateur Composite de maîtrise de la diffusion des Bactéries Multi Résistantes

ICATB : Indicateur Composite de consommation des Antibiotiques

ICSHA : Indicateur de volume de produit hydro-alcoolique consommé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IDH : Indice de Développement Humain

IN : Infections Nosocomiales

INHP : Institut National d'Hygiène Publique

INS : Institut National de la Statistique

IPR : Institut Pierre Richet

IRF : Institut Raoul Follereau

InSerm : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

ISO : International Standardization Organization

INSP : Institut National de Santé Publique

LNSP : Laboratoire National de Santé Publique

MSHP : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

NPSP : Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA : Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA

PALIN: Programme d'Actions de Lutte contre les Infections Nosocomiales

PIB: Produit Intérieur Brut

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNLP: Programme National de Lutte contre le Paludisme

PNPMT: Programme National de la Promotion de la Médecine Traditionnelle

PNS: Politique Nationale de Santé

PPTE: Pays Pauvres Très Endettés

PRONALIN : Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales

RAISIN : Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales et associées aux soins

RHS : Ressources Humaines de la Santé

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SACE : Service Autonome du Contrôle et de l'Evaluation

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SARM : Staphylococcus Aureus Résistant à la Méricilline

S-DBF : Sous-Direction du Budget et de la Finance

S-DMGP : Sous-Direction de la Maintenance et de la Gestion du Patrimoine

S-DRH : Sous-Direction des Ressources Humaines

S-DSIO : Sous-Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux

SFHH : Société Française d'Hygiène Hospitalière

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SIM : Service d'Information Médicale

SMQ : Système de Management de la Qualité

SUM : Service des Urgences Médicales

SUS : Surveillant d'Unité de Soins

TPS : Tradipraticien de Santé

UEMOA : Union Economique Monétaire Ouest Africaine

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte de la Côte d'Ivoire.....	5
Figure 2 : Pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire.....	9
Figure 3 : Organigramme du CHU de Treichville.....	17
Figure 4 : Représentation d'un système de management qualité.....	43
Figure 5 : Taux du lavage hygiénique des mains avant la préparation du matériel.....	58
Figure 6 : Taux de présence d'un container à aiguille lors de la pose de CVP	58
Figure 7 : Taux d'ouverture des sachets en laissant le matériel stérile dans l'étui	59
Figure 8 : Taux de la préparation hygiénique de la peau	59
Figure 9 : Taux d'application d'un antiseptique sur la peau.....	60
Figure 10 : Taux du lavage des mains immédiatement avant la pose de CVP	60
Figure 11 : Taux du port de gants lors de la pose du CVP	61
Figure 12 : Taux de la qualité des gants portés	61
Figure 13 : Taux du type de pansement appliqué lors de la pose de CVP.....	62
Figure 14 : Taux du point de ponction au centre du pansement.....	62
Figure 15 : Taux du mandrin de CVP jeté immédiatement dans le container à aiguille.....	63
Figure 16 : Taux du lavage des mains avant chaque manipulation de la ligne veineuse	63
Figure 17 : Taux du type de kit utilisé lors de la réfection du pansement	64
Figure 18 : Taux d'utilisation d'un antiseptique lors de la réfection du pansement.....	64
Figure 19 : Taux du nettoyage et d'asepsie du point de ponction après ablation du CVP.....	65
Figure 20 : Taux de la pratique de pose de CVP noté dans un document.....	65
Figure 21 : Résultat de mise en culture du cathéter en cas de signe d'infection.....	66

Figure 22 : Diagramme d'ISHIKAWA.....	73
Figure 23 : Diagramme de Pareto.....	77

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Mouvement du personnel permanent au 20 Août 2015.....	22
Tableau II : Répartition des prestataires selon les sociétés de prestation au 20 Août 2015....	22
Tableau III : Priorisation du choix des problèmes identifiés.....	27
Tableau IV : Système de classement des recommandations consensuelles de l'OMS sur le lavage des mains.....	35
Tableau V : Chronogramme des activités.....	55
Tableau VI : Priorisation des causes de la mauvaise qualité de la pose de CVP.....	74-75
Tableau VII : Priorisation des causes avec le Diagramme de Pareto.....	75-76
Tableau VIII : Priorisation des solutions.....	81
Tableau IX : Cadre logique	83-85
Tableau X : Plan d'action opérationnel.....	85-86
Tableau XI : Chronogramme des activités (Diagramme de Gantt).....	87-88
Tableau XII : Budgétisation.....	88-89

ANNEXES

Annexe I : La grille d'évaluation de la pratique de poses de CVP.....	ii
Annexe II : La grille de dépouillement.....	iv
Annexe III : Les critères de validation et standards attendus.....	vii
Annexe IV : La définition des autres concepts liés à l'hygiène hospitalière.....	viii
Annexe V : Les autres concepts liés à la démarche qualité	x

INTRODUCTION

CESAG - BIBLIOTHEQUE

La sécurité des patients constitue un enjeu mondial comme en témoigne la fréquence des événements indésirables liés aux soins. En effet, quel que soit le système de santé, au moins 10% des admissions à l'hôpital entraînent des événements indésirables pour les patients hospitalisés, la moitié d'entre eux étant considérés comme évitables [13].

Face au fléau mondial de l'iatrogénie, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé en 2004 l'initiative « Alliance Mondiale pour la Sécurité des Patients » [17]. Les premiers efforts de ce programme ont été concentrés sur la prévention des infections nosocomiales à travers le défi mondial pour la sécurité des patients pour la période 2005-2006 dont le thème était « A bonne hygiène, bons soins : un soin propre est un soin plus sûr » [17].

En effet, des études ont montré que les dépenses médicales supplémentaires dues aux événements iatrogènes, responsables de séjours hospitaliers prolongés, de la perte de revenus, d'incapacités et de procédures judiciaires, coûtent environ 3 000 à 14 500 milliards de franc CFA par an à certains pays [26].

Ainsi, la sécurité des patients est extrêmement importante. Elle reste un enjeu majeur de santé publique et ne peut être prise en compte que lorsque les individus, les membres de la famille, les prestataires de soins, tous les gestionnaires et les décideurs travaillent de pairs.

Dans le monde et particulièrement en Europe, la lutte contre les infections nosocomiales est primordiale et basée sur des textes réglementaires. En France, la loi oblige les hôpitaux à avoir des comités de lutte contre les infections nosocomiales depuis 1988 [15].

En Afrique subsaharienne, le Sénégal fait office de chef de file avec l'existence de textes réglementaires pour la lutte contre les infections nosocomiales à travers un programme national de lutte contre les infections nosocomiales [47].

Quant à la Côte d'Ivoire, la volonté politique de lutte contre les IN a été inscrite dans le PNDS 2012-2015 en son objectif 2, axe stratégique 6. Différentes directions se sont succédées dans la mise en œuvre de la lutte contre les IN notamment l'ex Direction Générale de l'Hygiène Publique créée en 2006, l'ex DHP en 2012 et la Direction de la Médecine Hospitalière depuis Janvier 2015 [24, 43, 46].

La pertinence et la performance des initiatives pour l'amélioration de la sécurité des patients de façon générale et de l'hygiène en milieu hospitalier de façon spécifique passent nécessairement

par une prise en compte des réalités locales et de leur intégration au sein d'un plan d'action cohérent, qui implique l'ensemble des acteurs de l'établissement de soins.

La bataille contre les IN s'inscrit dans un cadre multidisciplinaire où la direction d'un établissement sanitaire définit, élabore, planifie et coordonne la politique de lutte en accord avec tous les partenaires. La politique d'hygiène hospitalière et spécifiquement la démarche qualité doivent être un axe majeur de stratégie de lutte contre les IN et AES. Évaluer cette qualité constitue une exigence professionnelle de remise en cause des pratiques de soin en vue d'apporter une amélioration [1].

Le CHU de Treichville, avec à sa tête une nouvelle équipe dirigeante depuis 2015, veut faire de cet hôpital de niveau III un établissement de référence où des soins de qualité sont dispensés. Ainsi, des organes opérationnels de lutte ont été redynamisés tels que la cellule d'hygiène hospitalière à travers l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière et le CHLIN. Le problème des infections nosocomiales demeure un phénomène inéluctable, car les connaissances actuelles ne permettent pas d'entrevoir son éradication. Toutefois, la saine gestion du risque nosocomial dans une perspective de qualité des soins doit être visée.

Ce travail sur la qualité de la pratique de la pose de CVP au service des urgences médicales du CHU de Treichville basé sur la méthode de résolution des problèmes nous permettra de faire un état des lieux concernant cette pratique afin d'apporter des solutions à la résolution des écarts constatés. Il a donc pour objectif général d'améliorer la qualité de la pose de CVP et spécifiquement d'évaluer la pratique, de déterminer les principales causes de la mauvaise qualité de l'acte, de proposer des solutions et enfin de mettre en œuvre celle retenue.

Nous abordons ce travail en trois parties selon le plan suivant :

- La première partie est consacrée à l'analyse situationnelle et au cadre théorique de l'étude ;
- La seconde partie abordera la méthodologie et la présentation des résultats ;
- La dernière partie est destinée à la détermination, l'analyse des causes et leur priorisation, l'identification des solutions et leur priorisation et au plan de mise en œuvre de la solution retenue.

**PREMIERE PARTIE : ANALYSE
SITUATIONNELLE ET CADRE
THEORIQUE**

CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE

Dans ce chapitre, nous avons fait la présentation de la République de Côte d'Ivoire et de sa situation sanitaire. Ensuite, nous avons présenté le cadre de notre étude (le CHU de Treichville) et enfin identifié et priorisé les problèmes liés à cette étude.

I.1. Analyse de l'environnement externe de l'étude

I.1.1. Présentation de la République de la Côte d'Ivoire

I.1.1.1. Contexte géographique

Située en Afrique occidentale, dans la zone subéquatoriale, entre le 10^{ème} degré de latitude nord, le 4^{ème} et le 8^{ème} degré de longitude Ouest, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322 462 Km². Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée [7, 24, 33].

Le climat est de type tropical humide et se répartit en climat équatorial humide au Sud et en climat tropical de type soudanais au Nord. La pluviométrie annuelle varie entre 2300 mm au sud et 900 mm au nord. Les températures sont généralement élevées avec une moyenne de 30°C.

La végétation est très diversifiée et dominée par la forêt guinéenne au Sud et la savane soudano-sahélienne au Nord.



Figure 1 : Carte de la Côte d'Ivoire

I.1.1.2. Contexte socio-culturel

La Côte d'Ivoire compte une soixantaine d'ethnies réparties en quatre grands groupes (Akan, Mandé, Krou et Gur). Le français est la langue officielle.

Selon le Recensement General de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2014, le niveau d'alphabétisation est relativement faible (56,1% chez les 15 à 24 ans) [23]. Le taux de scolarisation dans le primaire, est passé de 56,5% en 2002 à 56,1% 2008. Ce taux est resté stationnaire en 2014 avec 56,1% dont 63% de femmes contre 49% d'hommes. Il est en deçà de la moyenne nationale en zone rurale mais plus élevé en zone urbaine.

Les données récentes de l'Enquête sur le Niveau de Vie (ENV) de 2015 [41] montrent que 36,3% des femmes et 60,5% des hommes sont alphabétisés.

53% des femmes et 34% des hommes âgés de 15-49 ans n'ont aucun niveau d'instruction. A l'opposé, 21% des femmes et 39% des hommes ont atteint un niveau secondaire ou plus.

La liberté de culte est garantie par la Constitution. Les principales religions sont le Christianisme, l'Islam et l'Animisme.

I.1.1.3. Contexte démographique

La population de la Côte d'Ivoire, selon le RGPH de 2014 était estimée à 22 671 331 habitants avec une majorité vivant en zone de forêt (75,5%).

Cette population se caractérise par un taux de croissance démographique élevé (2,6% par an) et par la proportion élevée de sa jeunesse (41,8% de la population totale a moins de 15 ans). La fécondité est élevée et se traduit par un taux brut de natalité de 37‰ et un indice de fécondité de 5 enfants par femme [41].

Carrefour d'échanges économiques et culturels, la Côte d'Ivoire connaît une forte immigration depuis des décennies mais celle-ci tend à se stabiliser autour du quart de la population totale. Ainsi, de 28% en 1988, elle est passée à 26% en 1998 et en 2014 à 24,2% de la population. En 2006, 48% de la population vivaient en zone urbaine. Cette situation s'est accentuée ces dernières années avec les crises militaro-politiques qui se sont succédées et qui ont engendré des déplacements massifs de population vers les grandes agglomérations, particulièrement à Abidjan. Sur 50,2% de la population urbaine en 2014, 38,7% est concentrée à Abidjan.

I.1.1.4. Contexte socio-politique

Indépendante depuis le 7 Août 1960, la Côte d'Ivoire est une République démocratique avec un régime de type présidentiel. Longtemps considérée comme un exemple de paix et de stabilité politique en Afrique de l'Ouest, le pays a traversé une série de crises politiques et militaires depuis 1999.

La crise militaro-politique, survenue le 19 septembre 2002, avait entraîné une partition du pays. Des accords politiques avaient permis de préparer la sortie de crise par la tenue d'élections libres et transparentes, sous l'égide de la communauté internationale.

La proclamation des résultats de ces élections en novembre 2010 a été émaillée de troubles militaro-politiques qui ont occasionné de nombreuses pertes en vies humaines, la destruction de plusieurs infrastructures de base et un déplacement massif de populations.

Après le rétablissement de l'autorité de l'Etat, un nouveau Gouvernement a été formé en mai 2011. Un climat politique relativement apaisé, permettant une certaine avancée dans le rétablissement des institutions de la République, s'installe peu à peu. Depuis 2013, tout semble aller dans le bon sens avec la diminution de l'insécurité et le retour des investisseurs.

I.1.1.5. Contexte économique

L'économie nationale reste dominée par l'exportation de produits agricoles en particulier le café et le cacao. La Côte d'Ivoire possède également d'importantes réserves de pétrole et des ressources minières (or, diamant, fer, cuivre, etc.). En 2007 et 2008, le taux de croissance était respectivement de 1,8% et 2,5%. En 2009, le Produit Intérieur Brut (PIB) de la Côte d'Ivoire s'élevait à 1137 US dollars par habitant. La reprise effective de la coopération financière et l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative PPTE (Pays Pauvres Très Endettés) ont permis d'enregistrer une croissance du PIB. Ainsi, en 2012, le PIB était de 1243,99 et il est même passé à 1462,90 USD/habitant en 2015 [41].

L'Enquête du Niveau de Vie des Ménages de 2008 a révélé un taux de pauvreté de 48,9% et celle de 2011, 51%. Ce taux était de 29,5% en milieu urbain et 62,5% en milieu rural. Cette situation s'est améliorée selon ENV 2015 qui a trouvé 46,3% [41].

Selon le rapport sur le Développement Humain de 2015, l'Indice de Développement Humain (IDH) de la Côte d'Ivoire était de 0,45 et classait le pays au rang de 172^{ème} sur 188 [41].

La Côte d'Ivoire demeure un poids économique important dans la sous-région ouest-africaine, avec 39% de la masse monétaire et contribue pour près de 40% au PIB de l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA).

La réunification du pays d'une part, la réhabilitation des infrastructures publiques ainsi que le retour progressif de la confiance du secteur privé d'autre part, favorisent une reprise des activités économiques.

I.1.1.6. Contexte administratif

L'ordonnance n°2011-262 du 28 septembre 2011 d'orientation sur l'organisation générale de l'administration territoriale de l'Etat indique que l'administration territoriale de l'Etat est structurée selon les principes de la déconcentration et de la décentralisation.

L'administration territoriale déconcentrée est assurée dans le cadre de circonscriptions administratives hiérarchisées que sont les Districts, les Régions, les Départements, les Sous-Préfectures et les Villages. L'administration décentralisée, quant à elle, est assurée dans le cadre de collectivités territoriales que sont les Régions et les Communes.

Selon le Décret N°2011-263 du 28 septembre 2011 portant organisation du territoire national en Districts et en Régions, le territoire national est organisé au niveau déconcentré en deux (2) Districts Autonomes (Yamoussoukro et Abidjan), douze (12) Districts et trente-et-une (31) Régions administratives.

I.1.1.7. Le système de santé en Côte d'Ivoire

I.1.1.7.1. La politique sanitaire

La politique sanitaire actuelle de la Côte d'Ivoire est définie dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015 [24] qui constitue le cadre de mise en œuvre de la Politique Nationale de la Santé (PNS) [52] élaborée en Décembre 2011. Le PNDS 2016-2020 est en cours d'élaboration.

Cette politique sanitaire constitue un ensemble d'orientations fondées sur des valeurs et des principes de base, visant à influencer les décisions et les actions à long terme pour l'amélioration de la santé et le bien-être des populations. A ce titre, elle définit les objectifs prioritaires et les orientations stratégiques du Gouvernement en matière de santé. Le PNDS est le résultat de larges concertations entre les principaux acteurs du développement sanitaire. Elle prévoit la création d'un

cadre propice de référence dans lequel la réponse nationale aux problèmes de santé et liés à la santé doit être cohérente, efficace et rationnelle.

I.1.1.7.2. Organisation du système de santé

Le système de santé ivoirien comprend l'offre publique de soins, l'offre privé de soins et l'administration sanitaire. Il est de type pyramidal avec trois (3) échelons et deux versants : l'un gestionnaire (versant administratif) et l'autre prestataire (versant soins).

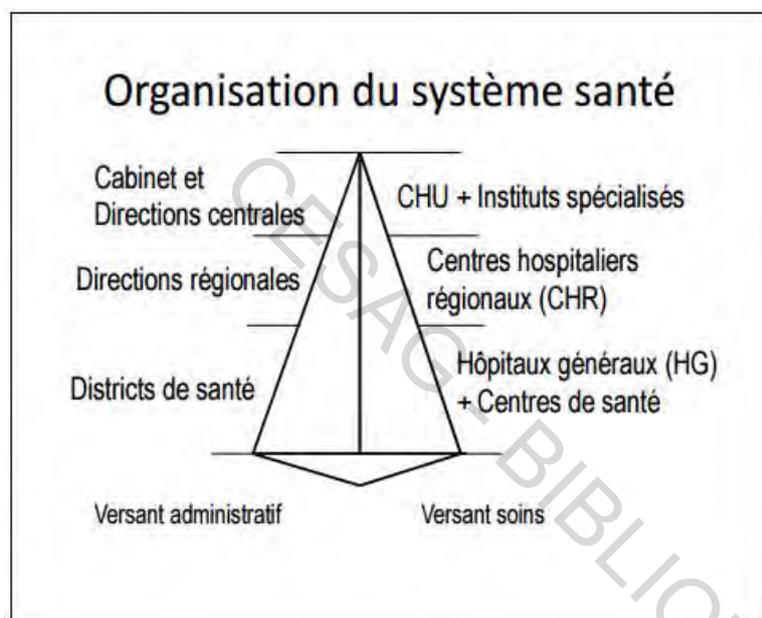


Figure 2 : Pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire

Source : PNDS 2012-2015

Le système de santé ivoirien est dominé par un secteur public prépondérant et un secteur privé en plein essor, à côté desquels existe la médecine traditionnelle qui occupe une place relativement importante.

I.1.1.7.2.1. Le secteur sanitaire public

Le versant prestataire ou offre de soins comprend le niveau primaire représenté par 1910 Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) (1237 centres de santé ruraux, 514 centres de santé urbains dont 25 à base communautaire, 127 centres de santé urbains spécialisés, 32 formations sanitaires urbaines dont 15 à base communautaire). Le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence (66 Hôpitaux Généraux, 17 Centres Hospitaliers Régionaux, 02 Centres Hospitaliers Spécialisés). Le niveau tertiaire composé des

établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (04 Centres Hospitaliers Universitaires, 05 Instituts Nationaux Spécialisés (Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR), Institut de Cardiologie (ICA)), 04 autres Etablissements Publics Nationaux (EPN) d'appui (Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Laboratoire National de Santé Publique(LNSP), Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP), Service d'Aide Médicale d'Urgence(SAMU)) [45].

Le versant gestionnaire ou administratif comprend le niveau central composé du Cabinet du Ministre, des directions et services centraux, qui ont une mission de définition, d'appui et de coordination globale de la santé. Le niveau intermédiaire composé des Directions Régionales (20) qui ont une mission d'appui aux Districts sanitaires pour la mise en œuvre de la Politique sanitaire et le niveau périphérique composé des Directions Départementales de la Santé (79) ou Districts sanitaires qui elles sont chargées à leur niveau de rendre opérationnelle la Politique Sanitaire.

Le district sanitaire est l'unité opérationnelle du système de santé, permettant la mise en œuvre des soins de santé. Il regroupe l'ensemble des structures sanitaires publiques et privées sur son aire de desserte qui offrent aux populations des soins essentiels. Il est également l'unité qui planifie et organise les activités nécessaires à la prise en charge optimale des problèmes de santé des populations, avec leur pleine participation.

Au niveau du public, l'ESPC constitue la porte d'entrée du système de santé et l'hôpital prend en charge les problèmes de santé nécessitant des techniques ou des soins ne pouvant être assurés au premier échelon. L'existence d'un système de référence et de contre-référence permet d'assurer la continuité des soins entre le premier et le deuxième échelon.

D'autres ministères participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires notamment les ministères de la Défense, de l'Economie et des Finances, de l'Intérieur et le ministère en charge des Affaires Sociales. Les ressources humaines de la santé (RHS) sont de diverses compétences. En 2015, leur effectif s'élevait à plus de 24 000 agents.

I.1.1.7.2.2 Le secteur sanitaire privé

Le secteur sanitaire privé s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines de pharmacies et infirmeries privées). Il est essentiellement présent dans les grandes agglomérations ou les pôles économiques.

En 2011, le pays comptait pour ce secteur, 2036 établissements de santé privés dont 1482 (73%) non autorisés par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP).

Sous l'impulsion du MSHP, à la suite des mises en demeure, des autorisations de conformité ont été établies pour 1458 d'entre eux. De même, 24 établissements non autorisés ont été fermés.

Avec 49 établissements sanitaires, le secteur confessionnel, les associations et les organisations à Base Communautaire (ABC/OBC) participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire.

En 2013, leurs effectifs en ressources humaines étaient de 790 médecins, 1173 infirmiers et 184 sages-femmes.

I.1.1.7.2.3. La médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle occupe une place importante avec plus de 8500 Tradipraticiens de Santé (TPS) recensés par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT). En 2010, 1204 TPS ont été formés ; certains en anatomie et en hygiène conventionnelle, et d'autres en droits de propriété intellectuelle.

Un document de politique de Médecine et de Pharmacopée Traditionnelle est disponible.

I.1.1.7.3. Profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire

I.1.1.7.3.1. Mortalité générale

Le taux brut de mortalité est passé de 14‰ en 2006 à 10‰ en 2014. L'espérance de vie à la naissance était de 54,1 ans en 2014 [41].

I.1.1.7.3.2. Mortalité et morbidité du couple mère-enfant

L'état de santé de la mère et de l'enfant demeure une préoccupation constante justifiant les efforts depuis plus d'une décennie pour faire face à cette problématique, notamment ceux consentis depuis l'an 2000 pour l'atteinte des OMD et maintenant ceux en cours pour l'ODD.

La mortalité maternelle est élevée en Côte d'Ivoire. Le taux de mortalité maternelle est estimé à 614 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période des sept dernières années (2005-2012) [7]. Elle traduit par ailleurs une insuffisance de la couverture en soins obstétricaux, une insuffisance dans la prévention et la prise en charge des cas de complications survenant au

décours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum et une insuffisance en soins nutritionnels.

En 2012, le taux des mutilations génitales féminines était de 38% et celui de la forme extrême d'excision de 5% [7].

La mortalité des enfants de moins de cinq ans est caractérisée par une mortalité infantile de 68‰ et une mortalité infanto-juvénile de 108‰ [41]. Les principales causes de la mortalité infanto-juvénile sont les causes néo-natales (35%), le paludisme (21%), la pneumonie (20%), la diarrhée (15%), le SIDA (6%) et la rougeole (3%).

Les causes de mortalité néonatale sont dominées par la prématurité (29%), les infections sévères (23%), l'asphyxie (19%) et le tétanos néonatal (12%).

I.1.1.7.3.3. VIH/SIDA

En Côte d'Ivoire, l'épidémie à VIH/SIDA est caractérisée par la présence de deux virus, le VIH 1 et le VIH 2. L'épidémie est de type « mixte ». C'est une épidémie qui reste généralisée mais qui semble être essentiellement alimentée par l'infection à VIH chez certaines catégories de populations les plus exposées aux risques d'infection. En 2010, l'ONUSIDA estimait la prévalence du VIH/SIDA à 3,4%, classant la Côte d'Ivoire parmi les pays de l'Afrique de l'Ouest les plus affectés par l'épidémie. Cette prévalence tant à baisser et était en 2015 de 3,2%. La prévalence du VIH dans la population âgée de 15-49 ans est estimée à 3,7%. Elle est de 4,6% chez les femmes et 2,7% chez les hommes [7].

I.1.1.7.3.4. Paludisme

Le paludisme représente la première cause de morbidité et de mortalité en Côte d'Ivoire, chez les enfants de moins de 5 ans. En 2008, l'incidence du paludisme dans la population générale était de 84,16‰ contre 104‰ en 2014. Chez les enfants de moins de 5 ans, cette pathologie avait une incidence de 217,31‰. Selon une analyse situationnelle des données épidémiologiques du paludisme réalisée en 2013 par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), environ 45% des motifs de consultations dans les ESPC étaient liés au paludisme.

I.1.1.7.3.5. Tuberculose

En 2015, le taux de mortalité lié à la tuberculose était estimé à 85 cas pour 100 000 habitants. Le nombre de malades s'est accru, passant en 2006 de 21 204 cas toutes formes confondues à 23 210 en 2010, puis en 2011 à 22 911 dont 14 405 cas à frottis positif (forme contagieuse de la maladie).

L'incidence des cas déclarés toutes formes confondues pour l'année 2015 était de 103 cas pour 100 000 habitants pour un total de 22 879 cas.

I.1.1.7.3.6. Etat nutritionnel

Le profil nutritionnel de la Côte d'Ivoire est caractérisé par un double fardeau que sont la malnutrition par carence et la malnutrition par excès. La forme la plus courante est la malnutrition chronique dont la prévalence est de 27,3%. La prévalence nationale de la malnutrition aigüe globale est à ce jour jugée « précaire » (5,4%) sur l'étendue du territoire national avec des disparités régionales. Le nombre d'enfants malnutris aigus modérés est estimé à 151 781 et ceux présentant la forme sévère à 19 000.

I.1.1.7.3.7. Maladies non transmissibles

Elles sont dominées par les maladies chroniques. En premier lieu viennent les maladies métaboliques telles que le diabète sucré avec une prévalence de 5,7% dans la population adulte, ensuite les maladies cardio-vasculaires et les cancers.

I.1.1.7.3.8. Maladies à potentiel épidémique

En 2011, une ré-surgescence de certaines maladies évitables par la vaccination a été observée. Il s'agit notamment, de la rougeole, du tétanos néonatal, de la fièvre jaune et du choléra. Concernant la poliomyélite, 36 cas de poliovirus sauvage dans 22 districts sanitaires ont été confirmés en 2011 sur 511 cas de paralysies flasques aigües notifiées. Depuis 2011 jusqu'en 2015, avec les nombreuses campagnes de vaccination de masse, aucun cas n'a été déclaré. La Côte d'Ivoire a donc été déclarée « libérée » de la poliomyélite en novembre 2015.

La méningite bactérienne, quant à elle, sévit de façon sporadique dans les régions nord du pays. En 2012, 425 cas ont été notifiés avec une majorité des cas dans les villes comme Bouna, Tengréla, Korhogo et Kouto. En février 2016, une épidémie a fait 18 morts dans une région du nord de la Côte d'Ivoire. Bien que la Côte d'Ivoire soit située dans la « ceinture de la méningite », les épidémies ont tendance à diminuer grâce aux nombreuses campagnes de vaccination et de sensibilisation.

I.1.1.7.3.9. Maladies émergentes, ré-émergentes, anciennes ou négligées

Il s'agit entre autre de l'ulcère de Buruli qui occasionne des cas d'infirmité permanente chez les enfants d'âge scolaire.

Certaines pathologies telles que la trypanosomiase humaine africaine, l'onchocercose, les bilharzioses, la filariose lymphatique, le trachome et le pian persistent encore et nécessitent une attention particulière.

D'autres maladies anciennes comme la dracunculose, la lèpre et la syphilis sont en nette régression ou en voie d'élimination voire d'éradication. Elles nécessitent cependant de rester sous surveillance.

I.1.1.7.4. La lutte contre les infections nosocomiales en Côte d'Ivoire

Sous l'égide du ministère de la santé, un plan d'action de lutte contre les IN a été élaboré en 2011. Ce plan est expliqué dans un document servant de support au cadre de référence de lutte contre les IN [13]. Ainsi, chaque directeur d'établissement sanitaire doit mener la lutte contre les IN selon les recommandations contenues dans ce document.

I.1.1.7.4.1. Direction de la médecine hospitalière

La direction de la médecine hospitalière est chargée de renforcer le cadre institutionnel et réglementaire à travers les politiques, normes, directives, procédures et plans d'actions qui sont des moyens reconnus pour encadrer les pratiques à l'intérieur comme à l'extérieur d'un établissement de santé. Il incombe à cette direction de se faire accompagner par des structures techniques telles que la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSPP), l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) et les laboratoires de Bactériologie-Virologie des CHU. La Direction s'appuie également sur les travaux réalisés et les publications au plan national et international [14].

I.1.1.7.4.2. CONALIN

Il se définit comme le Comité National de Lutte contre les Infections Nosocomiales et est chargé de la coordination et de l'effectivité de la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le risque infectieux dans les structures de santé. Il établit un rapport annuel qu'il transmet à la direction de la médecine hospitalière.

I.1.1.7.4.3. CORELIN

Le CORELIN est le Comité Régional de Lutte contre les Infections Nosocomiales. Il est chargé de la collecte de toutes les informations et les rapports relatifs au programme d'action de lutte

contre les IN au niveau régional. Après synthèse, le comité fait des observations et des propositions. Les rapports régionaux sont annuellement transmis au comité national.

I.1.1.7.4.4. CHLIN

Conformément à la politique nationale, chaque établissement sanitaire devra se doter d'un Plan d'Action de Lutte contre les Infections Nosocomiales (PALIN), conçu et conduit par le Comité d'Hygiène et de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CHLIN). Ce plan vise de façon générale à protéger les patients contre la survenue d'infections ou l'acquisition de germes multi résistants durant un épisode de soins. En outre, le plan entend assurer la protection du personnel des établissements de santé et des visiteurs vis-à-vis de ce même risque.

Le Comité doit être multidisciplinaire afin d'intégrer des représentants des services qui ont une incidence sur la problématique. Les services, secteurs et instances suivants devraient y être représentés :

- l'EOHH ; les secteurs cliniques ; la pharmacie ; le service d'hygiène ;
- le service de stérilisation et de traitement du matériel médical et de soins ;
- la direction de l'établissement ;
- les organes en charge de la gestion des risques (hémovigilance, pharmacovigilance, etc.).

Le CHLIN se dote d'une structure qui lui sert de moyens d'actions à savoir l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH).

L'EOHH est composée des membres suivants :

- un médecin formé en HH et/ou en lutte contre les IN ;
- un membre de la cellule focale HH ;
- le gestionnaire de la banque de sang ;
- des sages-femmes et des infirmiers (ères) formés en HH et/ou en lutte contre les IN ;
- une ressource de secrétariat [14].

I.2. Analyse de l'environnement interne de l'étude

I.2.1. Présentation du CHU de Treichville

I.2.1.1. Historique

Le Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Treichville, dérive de l'ex-hôpital annexe du Plateau qui, construit en 1935, a ouvert ses portes en 1938. Bâti aujourd'hui sur une superficie de

42 hectares avec une capacité de 658 lits, il a acquis ce statut en 1976 par le décret n°76-878 du 22 décembre 1976 qui le distingua sur le plan administratif du Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody avec lequel il formait le Centre Hospitalier et Universitaire d'Abidjan.

En 1984, le décret n°84-763 du 06 juin 1984 l'érige en Etablissement Public à Caractère Industriel et Commercial (EPIC).

Depuis 2001, le décret n°2001-650 du 19 octobre 2001 détermine ses attributions, son organisation et son fonctionnement actuels. Ce décret a subi toutefois, en 2014, une modification de son article 10 portant sur la nomination du Directeur de l'Etablissement par le décret n°2014-513 du 15 septembre 2014 [4].

I.2.1.2. Situation géographique

Le CHU de Treichville est situé dans la commune de Treichville. Il est non loin du Port Autonome d'Abidjan et juxtapose l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP). Il reçoit des patients en provenance de toutes les communes d'Abidjan et environnants, ceux référés de l'ensemble des établissements de santé du pays.

I.2.1.3. Statut et missions

Le CHU de Treichville est érigé en EPIC depuis le décret n°84-763 du 06 juin 1984.

Conformément à ce décret et dans le cadre de sa mission de service public sanitaire, le CHU de Treichville est chargé :

- d'assurer les soins d'urgence, les examens de diagnostic, les consultations et traitements ainsi que l'hospitalisation des malades ;
- de participer aux actions d'éducation sanitaire et de médecine préventive ;
- d'initier et de développer les actions de Médecine préventive ;
- de participer à l'enseignement universitaire, post-universitaire de type médical, odontologique et pharmaceutique ;
- de participer à la formation des Sages-Femmes, Infirmiers et autres agents de santé ;
- de participer à la formation initiale et continue des personnels de l'établissement dans leurs domaines de compétences respectifs ;
- de participer à la recherche de type médical, odontologique et pharmaceutique.

I.2.2. Organisation et fonctionnement [4]

I.2.2.1. Structure organisationnelle

L'analyse proposée par H. Mintzberg, découlant d'autres travaux analysant les différents acteurs de l'hôpital (Freidson 1984, Harris 1977, Huard 1977, Young et Saltman 1985, Pauly et Redish 1973, Evans 1984), considère cinq éléments de base de l'organisation : le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, le centre opérationnel, la technostructure et les fonctions de support logistique [16]. Dans cette approche, le CHU de Treichville qui est un hôpital universitaire, est organisé sous la forme d'une bureaucratie professionnelle.

L'organigramme du CHU de Treichville est le suivant :

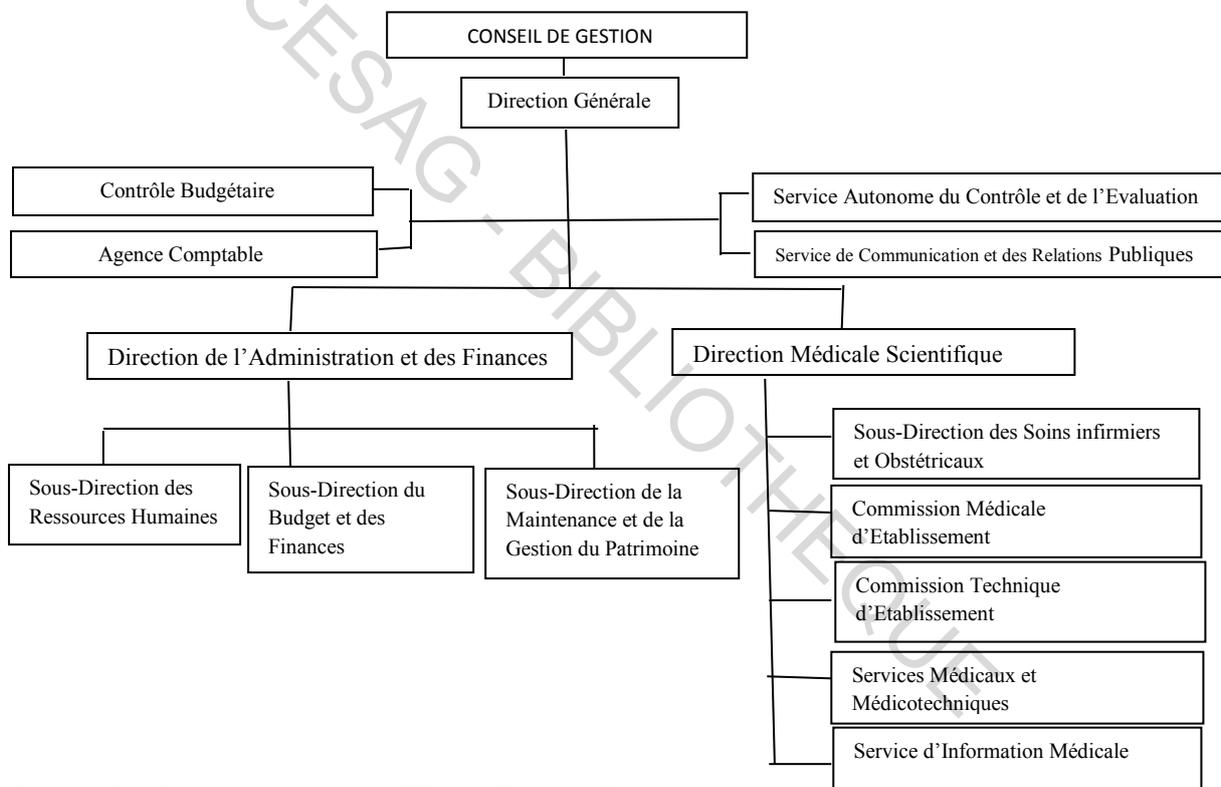


Figure 3 : Organigramme CHU de Treichville

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

I.2.2.2. Fonctionnement

Pour son fonctionnement, le CHU de Treichville dispose, aux termes de l'article 4 du décret n°2001-650 du 19 octobre 2001, des organes suivants :

- **le Conseil de Gestion (CG) ;**
- **la Direction ;**

- **les Services ;**
- **les Commissions ;**
- **les Comités.**

I.2.2.2.1. Le Conseil de Gestion

Le Conseil de Gestion contrôle la politique générale de l'établissement, suit la préparation et l'exécution du budget et examine le compte financier produit en fin d'exercice.

Il est composé comme suit :

- le Ministre chargé de la Santé Publique ou son représentant, Président ;
- le Ministre chargé de l'Enseignement Supérieur ou son représentant ;
- le Ministre chargé de la Défense ou son représentant ;
- le Ministre chargé de l'Economie et des Finances ou son représentant ;
- le Ministre chargé de la Fonction Publique ou son représentant ;
- le Ministre chargé des Affaires Sociales ou son représentant ;
- le Maire de la Commune de Treichville ou son représentant ;
- le Directeur de la Mutuelle Générale des Fonctionnaires ou son représentant ;
- un Représentant des Compagnies d'Assurances Privées ;
- un représentant de la Couverture Maladie Universelle.

I.2.2.2.2. La Direction

Elle est composée :

- du Directeur du CHU de Treichville ;
- du Directeur de l'Administration et des Finances ;
- du Directeur Médical et Scientifique.

I.2.2.2.2.1. Le Directeur du CHU de Treichville

Le CHU de Treichville est dirigé par un Directeur nommé par décret pris en Conseil des Ministres à la suite d'un appel à candidature. Il a rang de Directeur Général d'administration centrale et veille à l'exécution des décisions prises par le Conseil de Gestion.

Deux services autonomes sont rattachés au Directeur Général.

Ce sont :

- Le Service Autonome du Contrôle et de l'Évaluation (SACE) ;
- Le Service de Communication et des Relations Publiques.

I.2.2.2.2. Le Directeur de l'Administration et des Finances (DAF)

Il est nommé par décret pris en Conseil des Ministres parmi les Administrateurs des Services de Santé ou Financiers. Il a rang de Directeur d'Administration Centrale. Il est chargé de :

- la coordination des opérations liées à l'élaboration et à l'exécution du budget ;
- la préparation et le suivi des marchés, des baux et des conventions ;
- la gestion des stocks, la distribution dans les services, la gestion du personnel ;
- la gestion des stocks des services généraux (cuisine, buanderie) ;
- la gestion des stocks de la Pharmacie en liaison avec le Pharmacien-chef ;
- l'inventaire et du suivi des immobilisations, la gestion du bureau des admissions et des frais de séjour ;
- la gestion du patrimoine, des équipements généraux et techniques et l'exécution des programmes d'investissement.

Pour assurer les charges ci-dessus indiquées, la Direction de l'Administration et des Finances dispose de trois (3) Sous - Directions qui sont :

- La Sous-Direction du Budget et des Finances (S-DBF) ;
- La Sous-Direction de la Maintenance et de la Gestion du Patrimoine (S-DMGP) ;
- La Sous-Direction des Ressources Humaines (S-DRH).

I.2.2.2.3. Le Directeur Médical et Scientifique (DMS)

Elu d'abord Président de la Commission Médicale d'Établissement par ses pairs enseignants de l'établissement, il est nommé ensuite par décret pris en Conseil des Ministres et ayant rang de Directeur d'Administration Centrale. Le Directeur Médical et Scientifique est chargé de la coordination des activités médicales et de recherche.

La Direction Médicale et Scientifique comporte en son sein :

- la Sous-Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux (S-DSIO) ;
- Le Service de l'Information Médicale (SIM).

I.2.2.2.3. Les Services

Ils sont répartis comme suit :

➤ **Spécialités médicales**

- Cabinet Dentaire, Dermatologie, Maladies Infectieuses et Tropicales, Médecine du Personnel ;
- Médecine Interne A, Médecine Interne B, Médecine Interne C, Médecine Interne D ;
- Pédiatrie, Pneumo - Phtisiologie, Psychiatrie, Anesthésie-Réanimation.

➤ **Spécialités chirurgicales**

- Chirurgie Digestive et Proctologique, Chirurgie Générale et Endocrinienne ;
- Chirurgie Pédiatrique, Chirurgie Plastique et Reconstructrice, Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, Stomatologie, Urologie, Cancérologie ;
- Gynéco - Obstétrique A, Gynéco - Obstétrique B, Ophtalmologie, Oto-rinolaryngologie.

➤ **Spécialités médico-techniques**

- CeDReS, Laboratoire d'Anatomie Pathologie, Laboratoire de Bactériologie ;
- Laboratoire de Biochimie, Laboratoire d'Hématologie et d'Immunologie ;
- Service de Radiodiagnostic et d'Imagerie Médicale, Pharmacie.

I.2.2.2.4. Les Commissions

Le décret n°650-2001 du 19 octobre 2001, en ses articles 24 et 27 crée au sein du CHU de Treichville deux commissions. Ce sont :

- **la Commission Médicale d'Établissement (CME)**, regroupant le personnel médical. Elle est chargée d'élaborer et de conduire en collaboration avec la Direction, la politique médicale de l'établissement. Elle est garante de la qualité des soins.
- **et la Commission Technique d'Établissement (CTE)** regroupant tous les autres personnels autres que médical. Elle est constituée de représentants élus par le personnel non-médical. Elle est consultée sur le projet d'établissement et les programmes d'investissement.

I.2.2.2.5. Les Comités

Les comités sont créés selon les besoins d'expertise dans l'établissement.

Les Comités statutaires sont :

- le Comité du médicament, chargé de déterminer les choix des médicaments après une évaluation médicale et économique ;
- le Comité du matériel médical, qui s'occupe entre autres du recensement et de l'appréciation des besoins d'investissement en matériel médical ;
- le Comité des Urgences, chargé de traiter des relations entre les services des Urgences et les services intra-hospitaliers, de même qu'avec les services extérieurs à l'établissement ;
- le Comité d'Hygiène et de Lutte contre les Infections Nosocomiales, chargé de donner des avis techniques et des recommandations en matière d'hygiène ;
- le Comité de Recherche et de Formation Continue, qui s'occupe notamment de l'organisation et des activités de recyclage et de formation continue ;
- le Comité d'Ethique, chargé du suivi de l'éthique et de la déontologie professionnelle dans l'établissement.

I.2.2.3. Ressources du CHU de Treichville [4, 21]

I.2.2.3.1. Ressources humaines

Elles sont constituées d'une part, de personnel fonctionnaire comprenant les agents régulièrement affectés ou mutés au CHU de Treichville et d'autre part, de personnel de location fourni par des sociétés prestataires.

Au 20 Août 2015, l'effectif du CHU de Treichville s'élevait à 1248 agents dont :

- 1045 fonctionnaires soit **84,07%** ;
- 203 prestataires soit **15,93%**.

I.2.2.3.1.1. Personnel fonctionnaire

Le personnel fonctionnaire comprend :

- le personnel médical et pharmacien : **302** agents, soit **28,80%** ;
- le personnel soignant :
 - les infirmiers et sages-femmes : **348** agents, soit **33,30%** ;
 - les aides-soignants et les agents des services hospitaliers : **178** agents, soit **17%** ;
- le personnel médico-technique : **87** agents, soit **8,50%** ;
- le personnel administratif : **130** agents, soit **12,40%**.

✓ Evolution de l'effectif de 2014 à 2015

Tableau I : Mouvement du personnel permanent au 20 août 2015

Type de Personnel	31 décembre 2014	20 août 2015
Administratif	130	130
Médical	304	302
Tech. Santé	516	576
Agent d'hygiène	28	37
TOTAL	994	1045

I.2.2.3.1.2. Les prestataires

Les prestataires apportent un soutien non négligeable aux activités du CHU à travers des contrats signés et renouvelables tous les ans.

Tableau II : Répartition des prestataires selon les sociétés de prestation au 20 août 2015

Prestataires	Effectif
NETSI	41
ANEHCI	92
CAFORLIS	23
SIPDS	47
TOTAL	203

I.2.2.3.2. Ressources financières

Selon le rapport annuel de gestion de 2015, le budget total de l'Hôpital était de 5.702.962.528 F CFA (constitué des recettes propres de l'hôpital et la subvention de l'Etat) [21].

Il n'existe cependant pas de projet d'établissement sur lequel l'établissement s'appuie pour fonctionner.

I.2.2.4. Les activités du CHLIN

Le Comité d'Hygiène et de Lutte contre les Infections Nosocomiales du CHU de Treichville existe mais ces activités sont en berne depuis plus de deux ans du fait d'un statut pas clairement défini au sein de l'organigramme du CHU.

Depuis l'arrivée de la Direction actuelle en août 2015, une redynamisation du comité a été faite surtout avec l'élection du nouveau Directeur Médical Scientifique (DMS) en août 2016.

I.2.2.5. La politique de management qualité du CHU de Treichville

Elle est basée uniquement sur un engagement sans réelle volonté des directions antérieures du CHU. En effet, il n'existe pas de cellule qualité et donc pas de plan d'action de travail. La nouvelle Direction de l'établissement a décidé de créer un service qualité avec de nouvelles missions et perspectives. Ce service aura donc à mettre en place un document de politique qualité dans lequel tout le processus sera décrit.

I.2.2.6. Présentation du cadre de notre étude : le service des urgences médicales

Notre cadre d'étude est le service des urgences médicales. Il a ouvert ses portes, dans un nouveau bâtiment à l'entrée du CHU, en novembre 2009 et est sous la responsabilité d'un chef de service. Les malades âgés de plus de 15 ans, qui y sont admis, viennent de toutes les contrées d'Abidjan et de l'intérieur du pays avec des pathologies médicales diverses.

Dans tous les cas, une fois admis dans le service, un dossier d'admission de prise en charge est ouvert pour le malade. Ces malades, une fois l'urgence vitale levée, doivent normalement être ventilés dans les autres services (Médecine, Pneumologie, Dermatologie). Mais les orientations vers les autres services sont conditionnées par la disponibilité de place ; ce qui n'est toujours pas le cas, créant très souvent un engorgement de malades au service des urgences médicales. Le service fonctionne 24H sur 24 et 7J sur 7.

I.2.2.6.1. Les ressources [22]

✓ Ressources humaines

Les urgences médicales sont dirigées par un chef de service qui est maître de conférences agrégées en médecine interne.

En plus du chef de service, il y a :

- **06** médecins résidents, **01** interne des hôpitaux, **01** Surveillant d'Unité de Soins (SUS) ;
 - **01** coordonnateur, **01** secrétaire, **12** Infirmiers et infirmières ;
 - **09** Aides-soignants et aides-soignantes, **03** Garçons de salle et **06** Techniciens de surface.
- ✓ **Infrastructures**

Le service des urgences médicales est composé de : 01 Salle pour recevoir et examiner les malades de 10 lits ; 01 Salle de « déchoquage » de 04 lits transformée en salle d'observation ; 03 autres salles d'observation de 08 lits chacune transformées en salle d'hospitalisation par manque de places dans les services d'hospitalisation comme la médecine ou la pneumologie [22].

Le service dispose aussi de 07 bureaux répartis entre le chef de service, les médecins résidents, le SUS, le coordonnateur, l'interne, les infirmiers, les aides-soignants.

I.2.2.6.2. Activités

En 2014, le service des urgences médicales a reçu un total de 6206 malades dont :

- 1410 ont été pris en charge, leur état de santé amélioré et ont été libérés ;
- 3912 autres ont été transférés dans les différents services d'hospitalisation en fonction de leurs pathologies et 1407 sont décédés.

En 2015, le service des urgences médicales a reçu un total de 7362 malades dont :

- 1941 ont été pris en charge, leur état de santé amélioré et ont été libérés ;
- 3515 autres ont été transférés dans les différents services d'hospitalisation en fonction de leurs pathologies et 2003 sont décédés.

I.3. Synthèse de l'analyse de l'environnement

I.3.1. Environnement interne

- **Forces** (les points forts) :
 - Existence d'un CHLIN ;
 - Expression de la volonté de la direction du CHU de s'engager dans la lutte contre les Infections liées aux Activités de Soins ;
 - Engagement de la Direction Médicale et Scientifique pour des soins de qualité.
- **Faiblesses** (les points à améliorer)

- Absence de bulletin d'information du CHLIN et de production régulière de résultats de contrôle, de suivi et évaluation dans les services ;
- Absence d'évaluation périodique des pratiques professionnelles ;
- 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 ;
- Absence de responsable qualité et d'un engagement fort dans le processus qualité ;
- Absence d'un référentiel de la pose de cathéter veineux périphérique.

I.3.2. Environnement externe

➤ **Opportunités**

- La Côte d'Ivoire fait partie des Etats membres du système des Nations Unies qui adhère aux recommandations consensuelles de l'OMS sur le lavage des mains universellement établi comme enseignement de pratique de soins hospitaliers ;
- Existence d'un cadre de référence de lutte contre les IN ;
- Existence d'un cadre institutionnel de création d'organes de lutte contre les IN tels que le CONALIN, le CORELIN, le CHLIN et l'EOHH.

➤ **Menaces**

- l'absence de texte réglementaire et institutionnel portant création d'un Programme National de Lutte Contre les IN (PRONALIN) et 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.

I.4. Identification des problèmes et priorisation

I.4.1. Identification des problèmes

Nous avons effectué notre stage hospitalier au service des urgences médicales du CHU de Treichville. Au cours de ce stage, des écarts dans les soins ont été observés et rapportés à la Direction Générale du CHU. Celle-ci, dans sa volonté d'offrir des soins de qualité à ses patients, nous a autorisé à chercher des solutions pour remédier à ces écarts. Dans une démarche de résolution des problèmes, un audit clinique a été décidé en vue d'identifier les causes du problème et d'apporter des solutions visant à améliorer la qualité des soins. A cet effet, un groupe de travail multidisciplinaire de 7 membres (médecin, hygiéniste, infirmier, biologiste, administrateur, formateur et manager junior) fut constitué. Ce groupe de travail s'est réuni pour identifier les problèmes majeurs qui pouvaient être solutionnés en matière d'hygiène et de qualité des soins.

Concernant l'identification et la priorisation des problèmes, il existe plusieurs méthodes et approches.

Ainsi, pour identifier et prioriser les problèmes du service des urgences médicales, nous nous sommes inspiré de la technique du groupe nominal. Cette technique consiste à utiliser un ou plusieurs groupes de personnes pour une réflexion collective et un vote personnel. Elle se déroule en six principales phases dont les trois premières concernent l'identification et les trois dernières la priorisation des problèmes [51].

A l'issue de la séance de travail du groupe projet, cinq problèmes ont été identifiés :

- l'insuffisance de la pratique du lavage simple des mains ;
- l'insuffisance de la qualité de la pratique des nursings ;
- la mauvaise qualité de la pratique de la pose des sondes urinaires ;
- la mauvaise gestion des déchets ;
- la mauvaise qualité de la pratique de la pose de cathéters veineux périphériques.

I.4.2. Priorisation des problèmes

Avec les trois dernières phases de la technique du groupe nominal, le groupe projet a priorisé les différents problèmes selon les critères suivants [51] :

- l'**ampleur** du problème : désigne la fréquence, l'incidence, la prévalence, l'étendue du problème ;
- la **perception** du problème : désigne comment le problème est perçu par le personnel, l'adhésion du personnel à la résolution du problème ;
- la **gravité** du problème : il s'agit de voir si c'est un problème qui entrave l'atteinte des objectifs de l'établissement ;
- la **solvabilité** du problème : désigne l'existence de solutions possibles, la volonté de la hiérarchie à mettre les moyens nécessaires à disposition pour résoudre le problème.

NB : la notation des critères va de 1 à 3 selon que le critère est jugé faible, moyen ou élevé (Faible = 1 ; Moyen = 2 ; Elevé = 3).

Tableau III : Priorisation du choix des problèmes identifiés

Problèmes	Critères				Score	Rang
	solvabilité	ampleur	perception	gravité		
L'insuffisance de la pratique du lavage simple des mains	3	2	1	3	9	2 ^{ème}
L'insuffisance de la qualité de la pratique des nursings	2	1	1	1	5	4 ^{ème}
La mauvaise qualité de la pratique des poses de sondes urinaires	2	1	2	2	7	3 ^{ème}
La mauvaise gestion des déchets	1	1	1	1	4	5 ^{ème}
La mauvaise qualité de la pratique de la pose de cathéters veineux périphériques	3	3	3	3	12	1^{er}

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

Cette priorisation des problèmes a mis en évidence **la mauvaise qualité de la pratique de la pose de CVP avec le premier rang pour le score le plus élevé (12 points)**. Ce qui a motivé le choix de notre thème intitulé :

Contribution à l'amélioration de l'hygiène hospitalière par la méthode qualité : cas de la pose de cathéters veineux périphériques au service des urgences médicales du CHU de Treichville.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE

Nous parlerons de l'hygiène hospitalière et de la démarche qualité pour ensuite aboutir à la formulation, la justification, l'ampleur, l'importance et aux conséquences du problème. Nous terminerons par l'intérêt, le but et les objectifs de notre étude.

II.1. Hygiène hospitalière

II.1.1. Historique et définitions des concepts

II.1.1.1. Historique de l'hygiène hospitalière

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 [14, 40].

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 [37].

L'hygiène de l'environnement débute avec la civilisation romaine par 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 [37].

La civilisation islamique apporte à l'hygiène des contributions parfois méconnues. Dans ses traités de médecine, Razi, savant oriental, se consacre à l'épidémiologie et s'intéresse à l'hygiène alimentaire [38].

Cependant, 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. [40].

En 1854, John Snow (médecin Londonien) s'intéressa à la grave épidémie de choléra 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 [40].

En 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 [40].

En 1928, le bactériologiste britannique Alexander Fleming découvre la pénicilline [40].

Grace à la découverte des antibiotiques, 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 ont refait surface.

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 a eu la création d'un cadre réglementaire des Comités de Lutte contre les Infections (CLI). En 1975, ces CLI deviennent des CLIN.

A partir de 1980 : Apparition du SIDA et augmentation du taux de bactéries multi résistantes.

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

En 1993, création des C CLIN [37] qui sont des coordinations nationales. Des programmes d'objectifs et d'actions sont initiés avec la mise en place d'équipes opérationnelles d'hygiène. Chaque professionnel de santé doit être acteur de cette nouvelle lutte.

En Afrique de l'ouest, la lutte s'active avec les réformes hospitalières initiées dans les pays. Au Sénégal, la loi de la réforme hospitalière [37, 44] a été adoptée par l'Assemblée Nationale le 12 février 1998.

En Côte d'Ivoire, la Direction de Médecine Hospitalière a mis en place sous l'égide du ministère de la santé, un cadre de référence de lutte contre les infections nosocomiales en 2011. Ce cadre doit permettre aux hôpitaux de mettre en place des comités d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales et des plans d'actions efficaces. Il stipule aussi la création du CONALIN et du CORELIN. Même si des textes réglementaires et institutionnels n'appuient pas encore ces initiatives, ce cadre démontre la volonté des autorités sanitaires à doter les hôpitaux d'organes de lutte contre les IN [13].

Après cet historique, nous allons aborder quelques définitions et concepts qui accompagnent la notion d'hygiène et surtout l'hygiène hospitalière.

II.1.1.2. 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 [53].

➤ **Définition des autres concepts d'hygiène et de santé [39]**

Les autres concepts liés à l'hygiène hospitalière ont été définis en **Annexe IV**.

II.1.2. Chaîne infectieuse ou chaîne épidémiologique

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 :

- Agent causal ou agent microbien [35]
- Réservoir de germe ou sources d'infection [37]
- Porte de sortie [35]
- Modalité de transmission [35]
- Porte d'entrée
- Hôte réceptif [26]

II.1.3. Les infections nosocomiales

Environ 10% 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 [26].

II.1.3.1. 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 [26].

II.1.3.2. Agent pathogène

Trois bactéries représentent la moitié des germes incriminés dans les I.N. : *Escherichia coli* (26%, vit naturellement dans les intestins) ; *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, les entérobactéries autres que *Escherichia coli*, *Clostridium difficile* ou encore *Acinetobacter baumannii*. Les levures, les virus et les parasites sont rarement incriminés [26].

II.1.3.3. 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 [35].

II.1.3.4. Modalité de l'infection

Les infections nosocomiales sont le plus souvent endogènes qu'exogènes. 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 [37].

II.1.3.5. Problématique de l'infection nosocomiale

II.1.3.5.1. Incidence

La mesure précise du nombre de décès directement due 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 nosocomiale. 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 [42].

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. 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 ce fait, une infection en chirurgie orthopédique double les risques, pour le patient, d'être hospitalisé une seconde fois. [35, 37].

II.1.3.5.2. 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, en France, 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 [12].

II.1.3.5.3. 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 méticilline 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 [25].

II.1.3.5.4. Nouvelles orientations de la lutte

- ✓ 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'Etablissement en France. 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. La 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 [29, 25].

✓ Des indicateurs de surveillance

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 en France, 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).

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 AES 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 [25].

II.1.4. Les différents aspects de l'hygiène hospitalière

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.

II.1.5. La réglementation de l'hygiène hospitalière

II.1.5.1. 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 [25].

II.1.5.2. 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 » [20].

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

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

CATEGORIE	CRITERES
I A	Fortement recommandée pour la mise en œuvre et fortement appuyée par des études expérimentales, cliniques ou épidémiologiques méthodologiquement valides.
I B	Fortement recommandée pour la mise en œuvre et appuyée 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

• 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) [19].

- **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) [19].

II.1.6. La pratique de pose de cathéters veineux périphériques

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 rigoureuse des mains, une préparation locale stricte, un respect du système clos [3].

II.1.6.1. Définition du CVP

C'est un dispositif médical stérile, introduit dans une veine superficielle par voie percutanée [32].

II.1.6.2. Indications

Les indications sont thérapeutiques (réhydratation, traitements médicaux, transfusion) et diagnostiques (injection de produits de contraste) [32].

II.1.6.3. Contre-indications

Principalement, c'est la prise de sang car il y a un risque d'hémodialyse ou d'hémodilution [32].

II.1.6.4. Recommandations

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 [28, 29] :

- 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 déterision (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.

II.2. La démarche qualité en santé

II.2.1. Concepts et principes des démarches qualités

II.2.1.1. 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 était confronté à la nécessité de reconstruire une industrie et une économie détruites par la guerre et devrait lutter contre la mauvaise image de marque de ses produits. Les chefs d'entreprises 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 de responsabilité. 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 dans ce domaine. La démarche qualité ne relève pas de l'utopie. Elle est un moyen d'efficacité économique engageant une grande motivation des hommes [3].

II.2.1.2. 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 [3, 53].

➤ **Démarche qualité**

Une démarche qualité est une « façon d'agir » en qualité [3].

C'est une démarche raisonnée et délibérée pour réaliser une tâche. 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.

➤ **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 [2].

➤ **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 [2].

➤ **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 [3].

➤ **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 V**.

II.2.1.3. Principes essentiels de la démarche qualité

La démarche qualité obéit à un certain 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 [3].

II.2.1.4. Qualité et management

Les notions de qualité et de management sont deux concepts importants dans la démarche qualité. Cette approche de qualité et de management va se caractériser par un système et une philosophie de management ; la satisfaction du client et de ses besoins ; l'engagement des dirigeants et l'implication du personnel ; la démarche méthodique ; la notion de processus au cœur de la démarche ; la démarche pragmatique et progressive. Il s'agit également d'une approche gestionnaire et économique. Pour assurer la pérennité de l'entreprise, les objectifs de la 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, appelée 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) [3]. 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.

II.2.1.5. 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.

✓ 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 par 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 se retrouvent dans une structure hospitalière. 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.

II.2.2. 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.

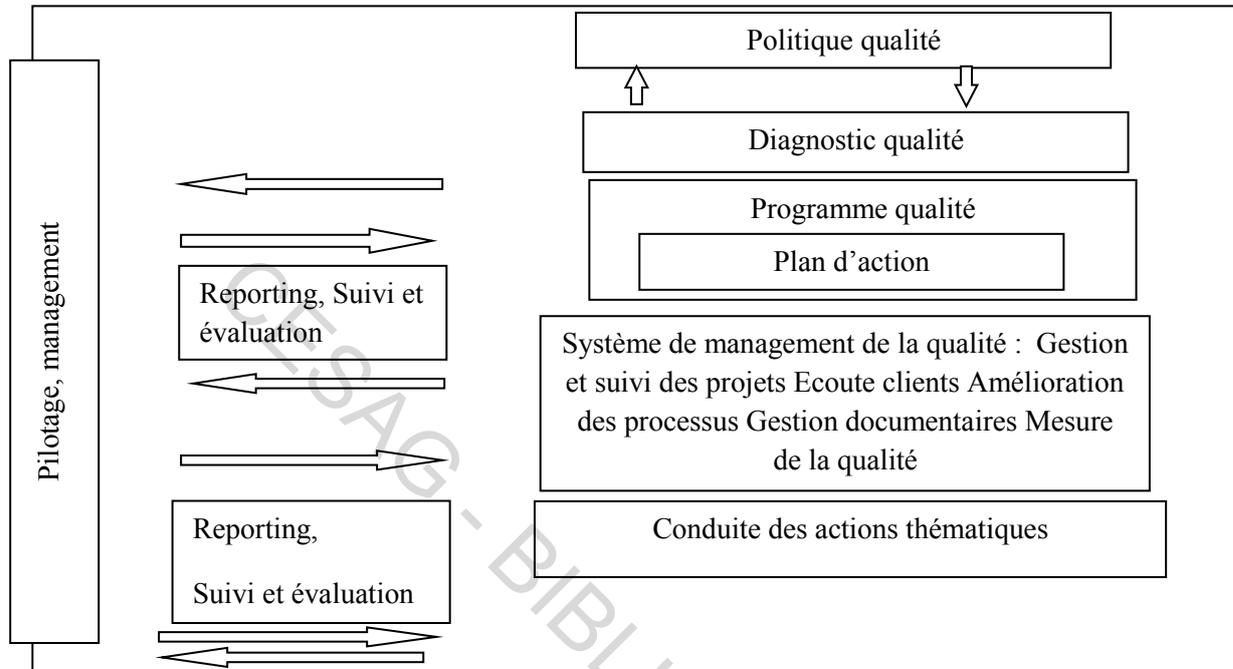


Figure 4 : Représentation d'un système de management de la qualité

Source : ANAES, Avril 2002

II.2.3. 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 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 la formation ; la structuration de la démarche.

II.2.4. Audit clinique

Nous venons de voir à travers le chapitre sur l'hygiène hospitalière combien 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 des infections nosocomiales. Le chapitre sur la démarche qualité, quant à lui, 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 [3]. 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 [1]. L'audit clinique est l'une des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles en santé, traduisant ainsi l'intérêt de ce chapitre.

II.2.4.1. 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 [53].

II.2.4.2. Les étapes

Six étapes essentielles sont à décrire dans l'audit clinique [53]:

- **Choix du thème**

Les objectifs de cette étape sont de cibler le thème pertinent, de 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 repérés de cette pratique ; Objectif clairement défini [53].

- **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 [53].

- **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 [53].

- **le recueil des données**

L'objectif de l'étape est de mesurer les critères qualité 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 ; l'atteinte de l'échantillon prévisionnel ; collecte d'informations exhaustives. Résultats attendus sont : les critères de qualité mesurés [53].

- **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 : écarts repérés, causes ciblées et analysées [53].

▪ **plan d'action d'amélioration et de réévaluation**

Les objectifs de l'étape sont : élaborer 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 leur faire valider les causes des écarts ; recenser et prioriser les actions correctives ; établir 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 [53].

II.2.4.3. 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 avec 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) [53].

II.2.4.4. Le cadre réglementaire

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 [36].

II.3. Problématique de l'étude

II.3.1. Enoncé du problème

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 survenance d'infections liées aux activités de soins. Les CVP sont d'utilisation très courante (En France, le nombre annuel de CVP mis en place est estimé à 25 millions [15]). 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 [15]. 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. 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 des urgences médicales du CHU de Treichville, des écarts sont constatés lors des soins comprenant la pose de CVP qui est une pratique très courante (En 2015, 7 362 poses de CVP [24]). Des préoccupations rapportées par constats sont tellement importantes que nous avons choisi en méthode d'audit clinique d'évaluer cette pratique de soins.

II.3.2. Justification de l'étude

La mauvaise qualité de la pratique de pose de CVP est un facteur de risque majeur pour la survenance d'infections nosocomiales 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 surcout 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 [42].
- Un impact sanitaire pour le malade lié au stress, aux séquelles (amputations) et pire le décès. Les infections nosocomiales sont la cause de 9000 décès par an en France soit 6,6 % des patients hospitalisés [42].

- 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.

II.3.3. Ampleur du problème

Le risque de survenance d'infections nosocomiales lié aux CVP est un problème de santé publique. En Europe, les statistiques nous montrent qu'en France : 5% (750 000 personnes) des patients hospitalisés contractent une infection nosocomiale dont 3,1% des infections hospitalières sont dues aux CVP [9, 15]. En Angleterre, dans les hôpitaux non universitaires, la prévalence est estimée à 20% des bactériémies liées à un dispositif médical [37]. 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 [32]. Au Sénégal, à l'HPD, les rapports du CLIN de février 2015 révèlent que 3,7% d'infections nosocomiales sont liées aux cathéters veineux périphériques [47].

En Côte d'Ivoire, de façon générale, l'état de l'hygiène dans les établissements sanitaires est précaire. La prévalence nationale des infections nosocomiales n'est pas connue. Cependant des études ont été réalisées dans certains établissements de référence. Ainsi en 1999, dans les CHU de Cocody et de Yopougon, la prévalence des infections nosocomiales était respectivement de 9% et 11% [27]. Au CHU de Treichville, ce chiffre était estimé à 12% en 2002 [11]. Il faut cependant noter qu'aucune étude de prévalence des IN n'a été réalisée au service des urgences médicales.

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.

II.3.4. Conséquences du problème

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 service des urgences médicales du CHU de Treichville, de par sa position stratégique dans le dispositif de prise en charge des malades (urgences vitales, ravitaillement des services de médecine en patients à hospitaliser), joue un rôle important au sein de l'hôpital. Le problème de l'insuffisance de la qualité des soins et spécifiquement de la pratique de pose de CVP peut être dramatique tant pour l'hôpital, que pour les patients et la société. Ainsi, les malades sortis ou transférés vers d'autres services de l'hôpital peuvent toujours courir le risque d'infections associées aux soins du fait de leur passage dans ce service. Un malade qui décède peut l'être du fait d'une infection associée aux soins et pourtant le

décès est attribué à sa pathologie à l'entrée. Aussi, la mauvaise hygiène et la non sécurité des soins peuvent ternir l'image de qualité que veut donner la nouvelle équipe dirigeante du CHU. De plus, 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, un handicap et le stress.

II.3.5. Importance de la prise en charge du problème

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 [42]. Les IN 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 [42], somme qui pourrait être consacrée à d'autres types d'investissements. 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. En Afrique, l'insuffisance de données statistiques ne nous permet pas de dire avec exactitude combien les I.N. coûtent à nos Etats. Cependant, une étude montre que les infections liées aux injections couleraient par an en Afrique subsaharienne, environ 45 milliards de franc CFA et 180 milles morts [12].

II.4. Intérêt de l'étude

➤ Pour le Ministère de la santé et de l'hygiène publique

Pour le MSHP, cette étude va permettre d'avoir une meilleure visibilité dans la délivrance des soins au service des urgences médicales et de prendre les meilleures décisions notamment en matière de cadres réglementaires et institutionnels formels soutenus par des décrets et des arrêtés.

➤ Pour le CHU de Treichville

Cette étude va permettre à l'hôpital de mettre en place des protocoles et référentiels dans le cadre de la pose de CVP pour des soins de qualité. Elle permettra aussi de renforcer les comités de lutte contre les IN notamment le CHLIN et l'EOHH.

➤ **Pour le CESAG :**

Cette étude va servir à la bibliothèque du CESAG de disposer de données sur l'organisation des soins au CHU de Treichville et la prévalence des IN au service des urgences médicales.

➤ **Pour le stagiaire**

Cette étude va renforcer les capacités du stagiaire en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les IN. Elle permet au stagiaire d'appliquer les connaissances acquises durant la formation théorique, notamment les modules d'identification et analyse des problèmes de santé ; la méthode de résolution des problèmes et l'hygiène hospitalière. Elle lui donne aussi accès à son diplôme de fin de formation.

II.5. Objectifs de l'étude

II.5.1. But de l'étude

- Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins par la réduction significative des infections nosocomiales au service des urgences médicales du CHU de Treichville.

II.5.2. Objectif général

- Améliorer la qualité de la pose de CVP au service des urgences médicales.

II.5.3. Objectifs spécifiques

- Evaluer la pratique de la pose de CVP au service des urgences médicales ;
- Déterminer les principales causes de la mauvaise qualité de la pose de CVP après l'évaluation et les solutions adéquates ;
- Mettre en œuvre la solution retenue pour l'amélioration de cette qualité.

**DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET
PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE**

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

Dans ce chapitre, nous avons décrit la méthodologie de travail, la méthodologie de l'audit clinique, le type d'étude, la population d'étude, l'échantillon, les méthodes et outils utilisés pour le recueil et l'analyse des données. Nous avons mentionné enfin des difficultés et limites rencontrées lors de la réalisation de cette étude.

III.1. Méthodologie de travail

Pour mener à bien cette étude, nous avons utilisé la méthode de résolution des problèmes. Une enquête d'audit clinique a été réalisée. 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, des campagnes de sensibilisation, d'information et de communication ont été menées par la direction à travers des notes de service. Des séances de travail avec le chef de service des urgences médicales, le surveillant des unités de soins (SUS), la cellule d'hygiène hospitalière, l'administration, le secrétaire général du CHLIN, les infirmiers du service des urgences médicales et les responsables du laboratoire ont été organisées. La méthode de résolution des problèmes, avec la démarche par recherche du consensus nous a permis à l'issue de l'audit clinique de déterminer la cause prioritaire liée à cette mauvaise qualité de la pratique de la pose de CVP. Cela nous a permis de proposer la solution la mieux adaptée afin de pouvoir apporter une réponse efficace et durable au problème.

III.2. Méthodologie 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.

III.2.1. Choix du thème

✓ L'identification du thème

La sélection du thème a été faite par le groupe projet en concertation avec la Direction du CHU. Après identification et priorisation des différents problèmes recensés au service des urgences médicales, le choix de la mauvaise qualité de la pratique de pose de CVP a été retenu.

✓ **La composition du groupe projet**

Nous avons constitué un groupe projet pluri professionnel composé de 7 personnes : un médecin, un hygiéniste (le représentant du CHLIN), un infirmier (SUS), un biologiste, un administrateur, un formateur (le référent en hygiène hospitalière) et le stagiaire du CESAG.

✓ **Le rôle des membres du groupe projet**

Le référent en hygiène hospitalière a été désigné chef de projet chargé de la coordination et de l'exécution du projet. Le stagiaire du CESAG désigné assistant technique chargé de veiller à la conformité technique du déroulement du projet. L'administrateur est chargé de faciliter l'exécution du projet en accord avec la Direction du CHU. Le représentant du CHLIN et le SUS sont chargés du suivi et de l'évaluation du projet.

✓ **Définition du champ de l'étude**

Notre étude s'est déroulée au service des urgences médicales du CHU de Treichville qui est un établissement public national de niveau III selon la pyramide sanitaire. Le service des urgences médicales constitue une vitrine du CHU de par sa position géographique et de par son niveau d'activité. En effet, le service est situé à l'entrée du CHU et constitue le premier service pourvoyeur de patients dans les différents services d'hospitalisations, à savoir la médecine, la néphrologie et le PPH. Le service accueille en moyenne 15 à 20 nouveaux patients par jour et possède 38 lits. En 2015, le service a reçu plus de 7 000 malades.

III.2.2. Choix des critères

Dans l'élaboration des critères d'évaluation de la pose et de la surveillance de CVP, le groupe projet a utilisé le guide d'évaluation de la pratique de pose de CVP élaboré par l'ANAES. En effet, Le CHU ne dispose pas de référentiel. Cependant, le groupe l'a adapté en fonction des réalités du terrain. Les axes de critères majeurs portaient sur : la préparation du matériel, la pose du CVP et la surveillance de la ligne veineuse. (**Annexe I**).

III.2.3. 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 quantitative transversale basée sur :

- l'observation directe de la pratique de pose, de l'entretien et d'ablation de CVP lors des soins sur tous les patients reçus de 08 à 16 heures ;
 - 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 (enquêteur)**

Il a été décidé, par le groupe projet, que le stagiaire du CESAG soit l'évaluateur pour garantir l'objectivité et la fiabilité de la mesure de la qualité des données.

✓ **Les sources de données**

Les sources de données de notre travail sont basées sur l'observation directe des pratiques des soins par les IDE ; les documents de soins (dossier malade, registre de traitement) et les résultats de laboratoire.

✓ **Population d'étude**

La population de l'étude est constituée par les actes de pose et de surveillance de CVP réalisés au service des urgences médicales.

✓ **Les critères d'inclusion**

Ont été inclus dans cette étude toutes les poses et surveillances de CVP effectuées lors des soins du jour (08H à 16H) par l'équipe de soins pendant les jours ouvrables.

✓ **Les critères de non inclusion**

N'ont pas été inclus dans l'étude les poses de CVP effectuées en l'absence de l'évaluateur.

✓ **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 [1]. Le groupe projet a décidé, comme taille de l'échantillon, un total de 40 pratiques de pose de CVP pour l'étude.

✓ **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 6 semaines d'évaluation soit du 18 juillet 2016 au 26 août 2016.

✓ **Déroulement de l'étude**

Le déroulement de l'étude est détaillé dans le tableau du chronogramme des activités.

Tableau V : Chronogramme des activités

ACTIVITES	PERIODE												
	Juin	Juillet				Aout				Septembre			
	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réunion avec la direction ➤ Constitution du groupe projet ➤ Sensibilisation 													
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Début de l'étude ➤ Identification des problèmes et priorisation 													
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Audit clinique 													
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Analyse des données ➤ Identification des causes et priorisation ➤ Identification des solutions et priorisation et plan de mise en œuvre 													
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rédaction du mémoire ➤ Restitution aux personnels et aux responsables 													

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

✓ **La fiche de recueil de données**

La fiche de recueil des données a été validée par le groupe projet et se rapporte aux éléments du référentiel de l'ANAES. Le SUM ne dispose pas de référentiel de pose de CVP. 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 partie 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. L'évaluateur observe si les règles d'hygiène, d'asepsie et de sécurité liées aux soins sont appliquées, remplit 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.
- La troisième partie concerne l'ablation du cathéter, les mesures d'asepsie et de sécurité de soins observées ainsi que la traçabilité de l'acte et l'examen bactériologique du bout du CVP (**Annexe I**).

✓ **Pré-test**

Cinq (5) tests ont été réalisés par l'évaluateur avant le début de l'enquête pour vérifier l'adaptabilité de la fiche.

✓ **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) (**Annexe II**).

✓ **Critères de validation et standard attendu**

Le groupe projet a adopté les critères de validation et standard du référentiel proposé par l'ANAES (**Annexe III**).

III.2.4. Recueil des données

La fiche du questionnaire 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. La période d'évaluation, d'une durée de 6 semaines a permis d'atteindre l'échantillon prévu de 40 poses de cathéters.

III.3. Méthodes de traitement et d'analyse des données :

Les données ont été saisies sur Word et Excel 2013 et l'analyse des données faite sur le logiciel Epi-info 3.5.3.

III.4. Limites de l'étude

- La présence de l'évaluateur tout au long de l'enquête a entraîné une modification de certaines habitudes ;
- La réticence de certains personnels soignants à se soumettre à l'évaluation.

CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE

Après le recueil et le dépouillement de nos données, nous avons présenté nos résultats dans ce chapitre. Ils sont présentés sous forme de figures.

IV.1. La procédure

IV.1.1. La préparation du matériel

➤ Lavage hygiénique des mains avant la préparation du matériel

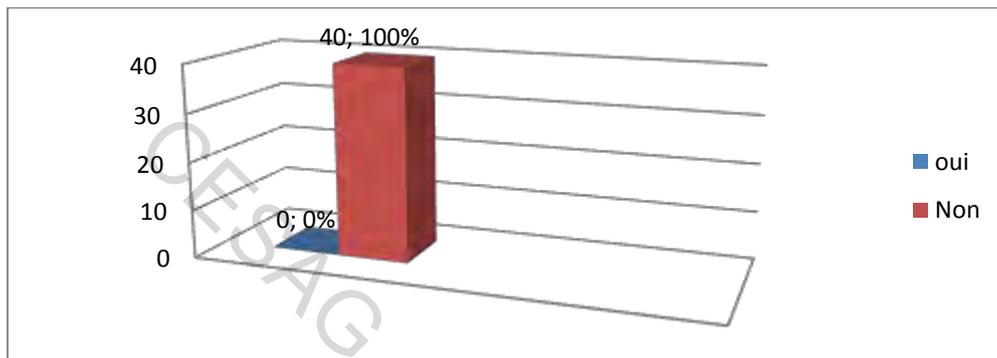


Figure 5 : Taux du lavage hygiénique des mains avant la préparation du matériel.

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

Cette figure montre qu'aucun des IDE ne se lavent les mains avant de préparer le matériel de pose du cathéter. Nous avons remarqué qu'il n'existe pas de salle de préparation de matériel. Les chariots de soins étaient entreposés dans les couloirs du service. Nous avons aussi noté que le point d'eau dans la salle de garde des IDE n'était pas fonctionnel.

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

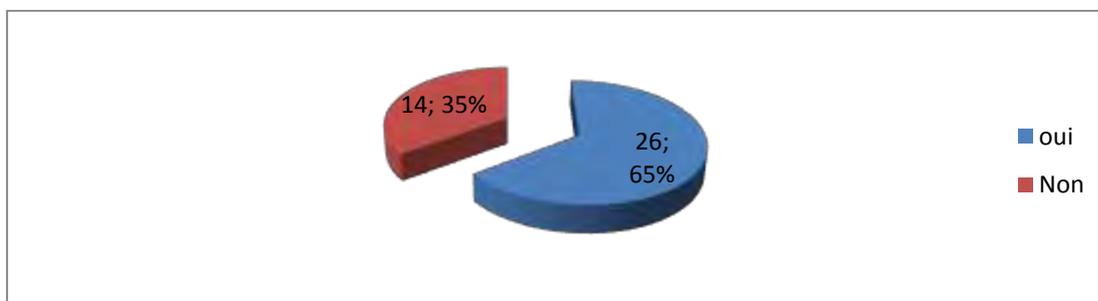


Figure 6: Taux de présence d'un container à aiguille lors de la pratique de pose de CVP

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

Cette figure nous montre que le container à aiguille était présent dans 65% des cas lors de la pratique de pose de CVP. Dans 35% des cas, il est resté dans le couloir avec le chariot alors qu'il est l'élément indispensable pour la sécurité des soins. Notons que le container à aiguille était souvent un pot en plastique de 1,5 l vidé de son contenu, ceci dû à une rupture de stock de container.

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

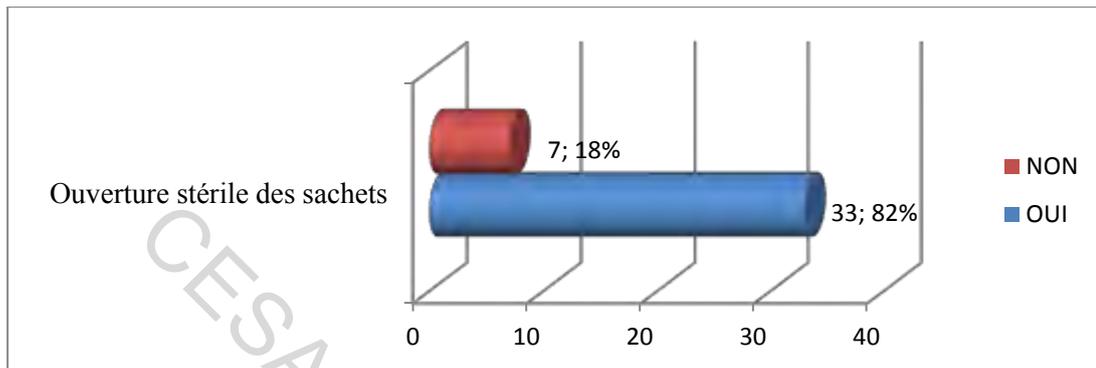


Figure 7: Taux d'ouverture des sachets (cathéter, bouchon, robinet) en laissant le matériel stérile dans l'étui.

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

Dans la majorité des cas (82%), les IDE gardaient les CVP stériles avant l'utilisation. Cependant, un nombre relativement important (18%) fait courir le risque d'IN aux malades en ne gardant pas les CVP stériles.

IV.1.2. La préparation du site de ponction

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

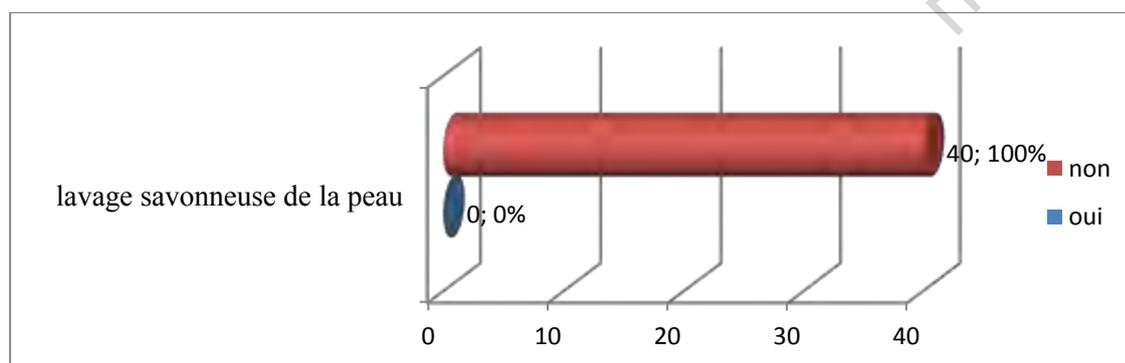


Figure 8 : Taux de la préparation de la peau (savonnage, rinçage et séchage) avant ponction

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

Le lavage savonneux avec rinçage et séchage n'a jamais été pratiqué (0%) par manque de ce matériel de soins à la pharmacie du service des urgences médicales et pourtant disponible à la grande pharmacie du CHU.

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

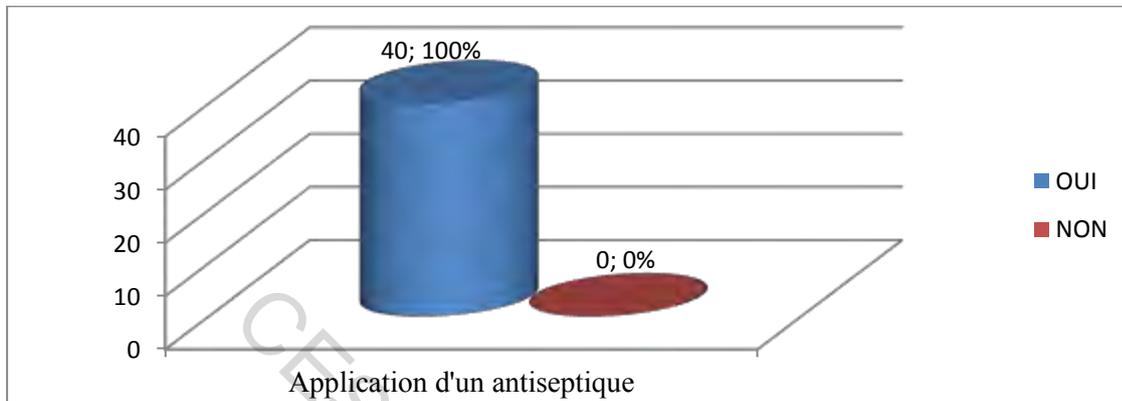


Figure 9 : Taux d'application d'un antiseptique sur la peau

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

Dans 100% des cas, les IDE appliquaient un antiseptique sur la peau avant la pose de CVP.

IV.1.3. La pose du cathéter

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

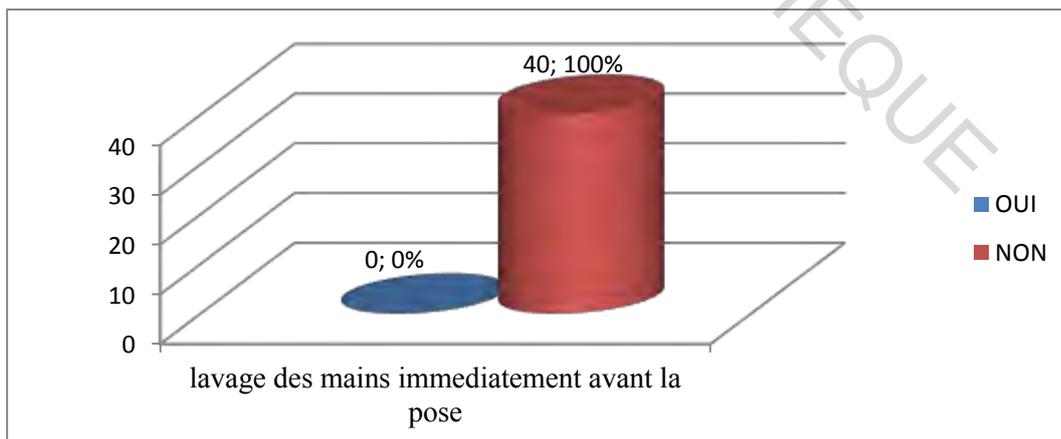


Figure 10 : Taux du lavage des mains immédiatement avant la pose de cathéter

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

Le lavage des mains immédiatement avant la pose de cathéter veineux ne se faisait jamais (0%). Notons que les salles des malades ne disposaient pas de points d'eau et les IDE ne disposaient pas non plus de gel hydro-alcoolique.

➤ **Port de gants**

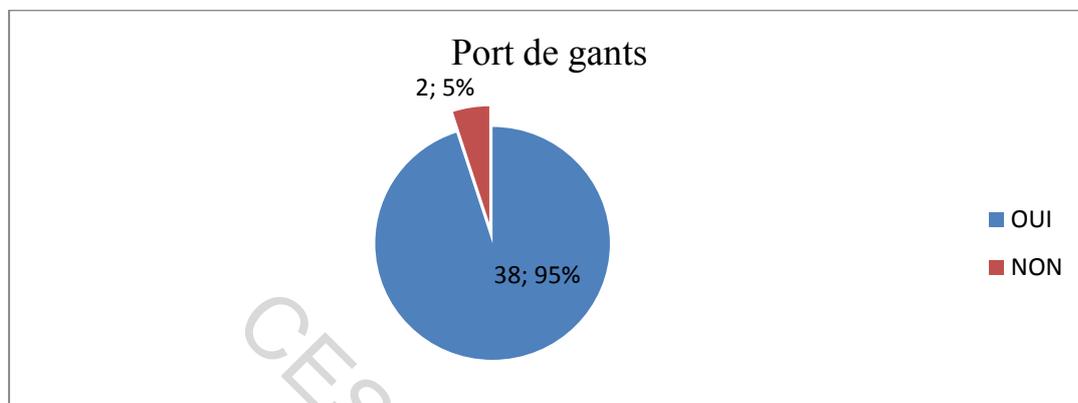


Figure 11 : Taux du port de gants lors de la pratique de pose de CVP

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

Les IDE, dans la majorité des cas, portaient des gants (95%) lors de la pose de CVP.

➤ **Qualité des gants portés**

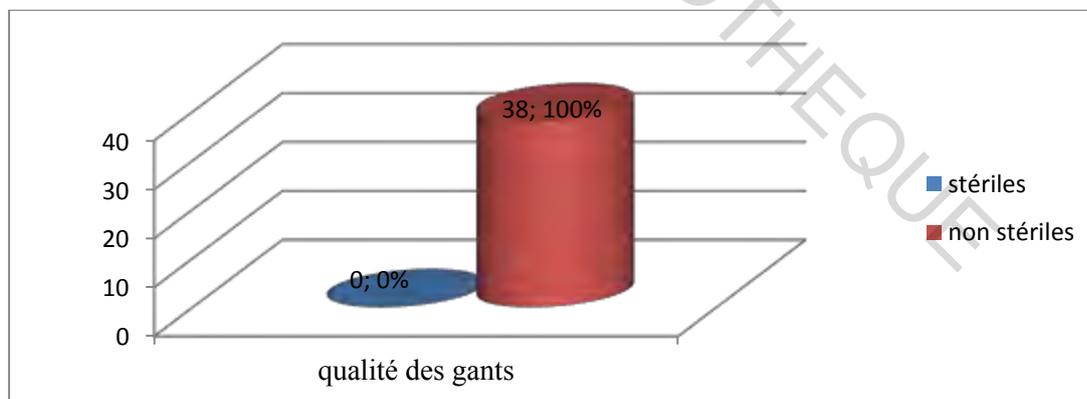


Figure 12 : Taux de la qualité des gants portés

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

Cette figure nous montre que dans 100% des cas, les gants portés pour la pose de CVP étaient non stériles. En effet, c'est le type de gants servi par la pharmacie du service des urgences médicales.

➤ **Type de pansement**

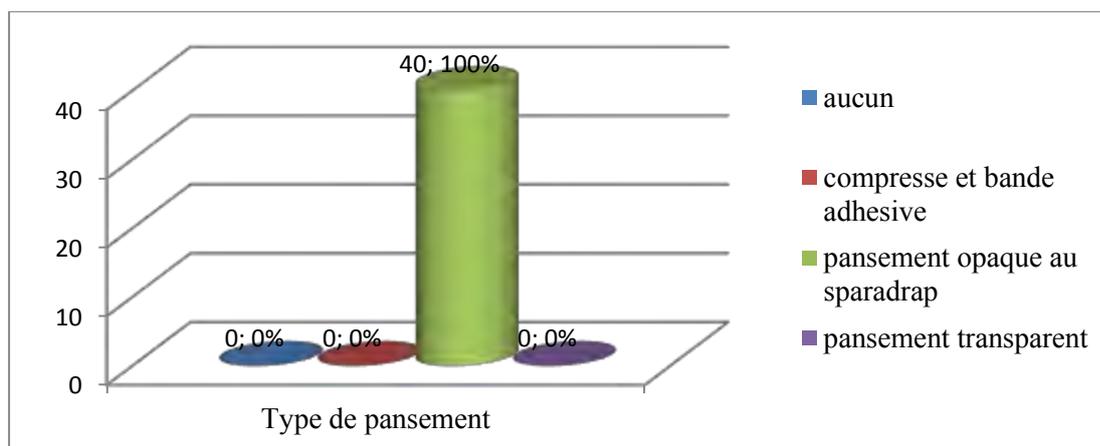


Figure 13 : Type de pansement appliqué lors de la pratique de pose de CVP.

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

Le type de pansement pratiqué dans le service était dans 100% des cas des pansements opaques au sparadrap.

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

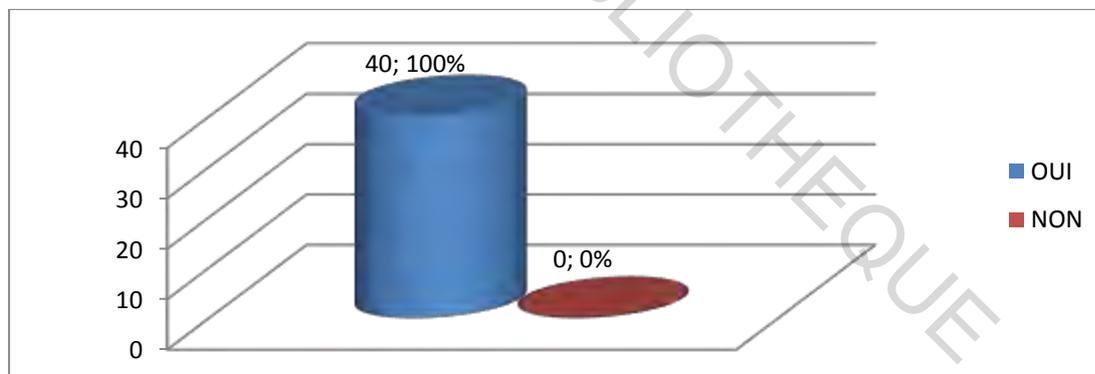


Figure 14 : le point de ponction au centre du pansement

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

Dans 100% des cas, le point de ponction était au centre du pansement.

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

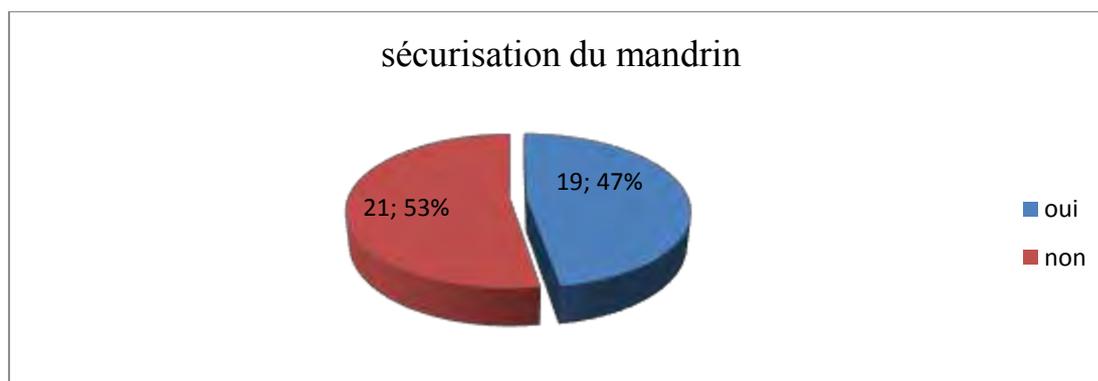


Figure 15 : Taux du mandrin du CVP jeté immédiatement dans le container à aiguille

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

Dans moins de la moitié des cas (47%), les mandrins des CVP étaient jetés dans un container à aiguille immédiatement après la ponction. Dans le reste des cas (53%), ils étaient soit remis aux stagiaires pour aller le mettre dans le container à aiguille laissé dans le couloir, soit déposés sur le chariot, soit piqués dans le lit du malade, soit du fait de l'indisponibilité du chariot parce que occupé pour des soins par un autre IDE.

IV.1.4. L'entretien du CVP

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

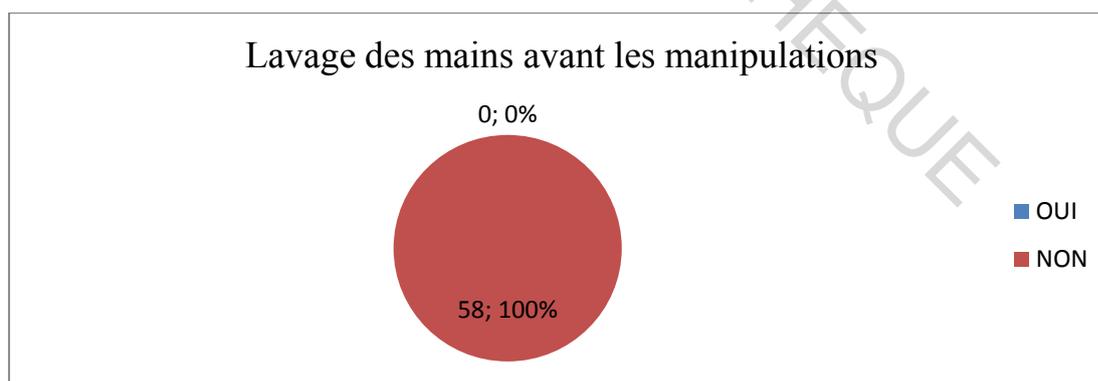


Figure 16 : Taux du lavage des mains avant chaque manipulation de la ligne veineuse.

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

Cette figure nous montre qu'aucun IDE ne se lavait les mains avant de manipuler la ligne veineuse (0%).

➤ **Type de kit utilisé lors de la réfection du pansement**



Figure 17 : Taux du type de kit utilisé lors de la réfection du pansement

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

Dans 100% des cas, le kit utilisé pour la réfection du pansement était non stérile.

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

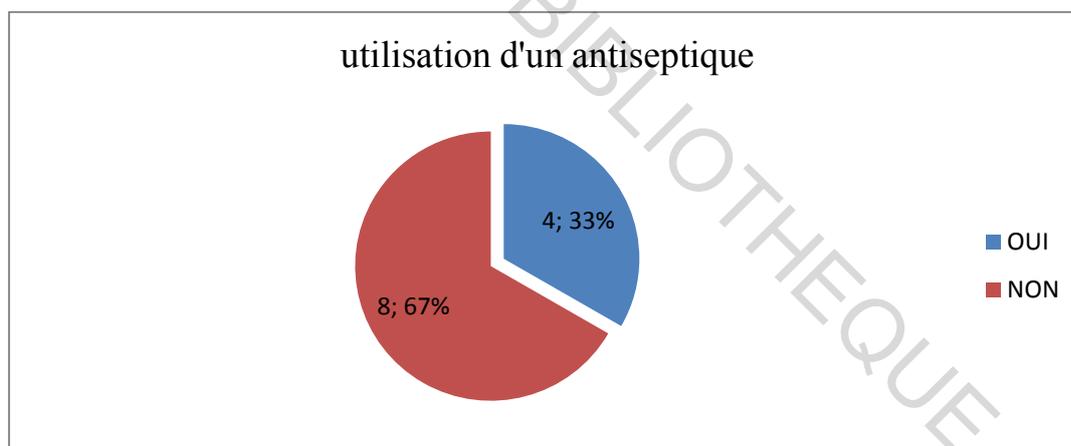


Figure 18 : Taux d'utilisation d'un antiseptique lors de la réfection du pansement

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

Dans 33% des cas de réfection des pansements, les IDE utilisaient un antiseptique contre 67% où aucun antiseptique n'était utilisé. Ils utilisaient juste du coton et du sparadrap.

IV.1.5. L'ablation du cathéter

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

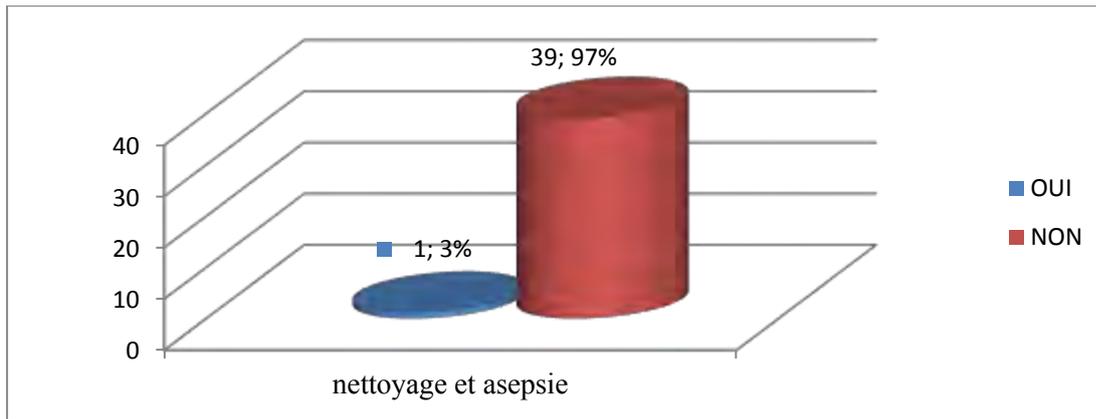


Figure 19 : Taux du nettoyage et aseptie du point de ponction après ablation du CVP.

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

Le nettoyage et aseptie du point de ponction était fait dans 3% des cas contre 97% des cas, où aucun nettoyage ni aseptie n'était fait ; juste un pansement compressif avec du coton et le sparadrap déjà utilisé sur le malade.

➤ **La pose du cathéter est notée dans un document**

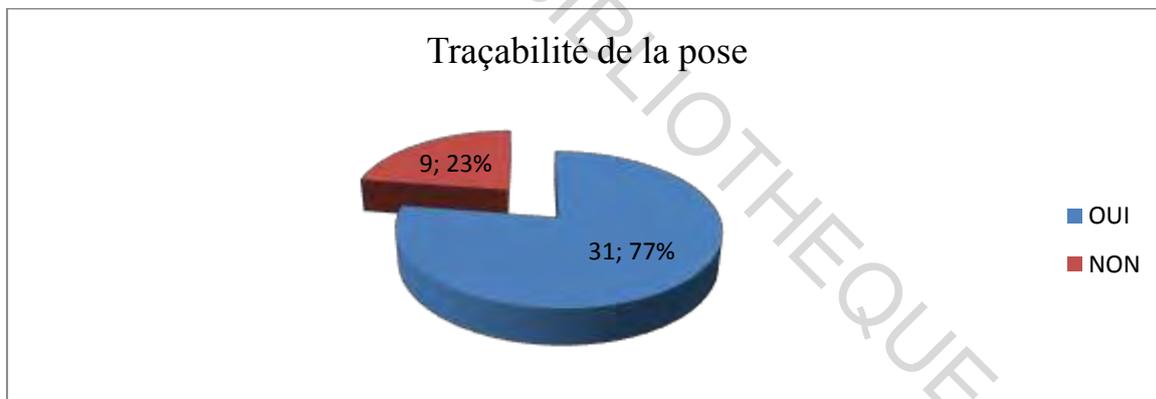


Figure 20 : Taux de la pratique de pose de CVP noté dans un document.

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

La traçabilité de la pratique de pose du CVP était notée dans 77% des cas (dans le registre des IDE et sur la fiche de protocole). Dans 23% des cas, la pose n'a pas été notifiée ; cela concernait les reprises de voie veineuse chez un même malade.

IV.2. La bactériologie

➤ **Mise en culture du cathéter**

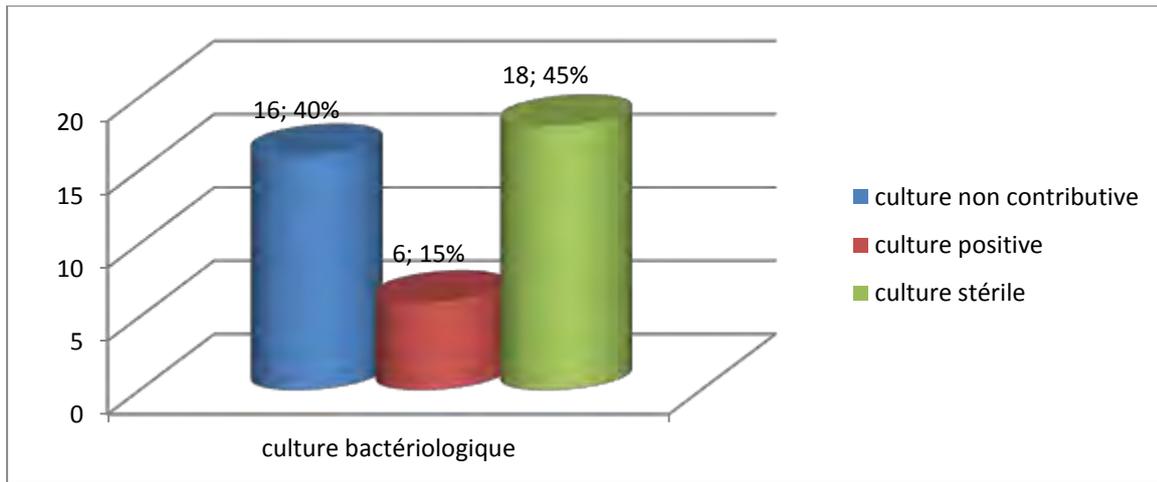


Figure 21 : Résultats de mise en culture du cathéter

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

Dans 45% des cas, la culture bactériologique est revenue stérile contre 15% de positifs. Plusieurs micro-organismes ont été retrouvés, dominés par *escherichia coli* et *staphylococcus aureus*.

40% des cultures sont non contributives et témoignent du fort taux de souillures des cathéters lié au manque d'hygiène des mains lors de la préparation du matériel, de la pose, de l'entretien et de l'ablation du CVP par les IDE.

IV.3. La synthèse des résultats

Nous avons relevé, au cours de ce travail, une réelle volonté de changement positif tant au niveau de la Direction du CHU que du personnel du service des urgences médicales, notamment les infirmiers en général, par leur adhésion à cette étude.

Cependant, nous réalisons que malgré des points encourageants, il existe encore d'énormes écarts entre les actes recommandés pour des soins de qualité et ceux exécutés sur le terrain. Il résulte de ce constat qu'à côté des points forts, il existe malheureusement beaucoup de points faibles qu'il faudra améliorer.

IV.3.1. Points forts

- L'ouverture des sachets laissant le matériel stérile était observée à hauteur de 87% ;
- Dans 100% des cas, les IDE appliquaient un antiseptique avant la pose du cathéter ;
- Le port de gants avant la pose du cathéter était observé dans 95% des cas ;
- Techniquement, 100% des points de ponction étaient au centre du pansement ;
- 77% des poses de cathéter étaient noté dans le registre de soins des IDE.

IV.3.2. Points faibles (à améliorer)

- Il n'existe pas une salle de soins de telle sorte que les chariots sont garés dans les couloirs du service ;
- L'observation nous a permis de noter que les IDE ne se lavaient pas les mains avant la préparation du matériel à hauteur de 100%. Nous pensons que le manque de points d'eau peut expliquer cet écart, mais aussi la méconnaissance des règles d'hygiène des mains ;
- L'absence de container à aiguille pendant la pose du CVP était observée à hauteur de 35%. L'élément indispensable pour la sécurité des soins était, dans ces cas, laissé sur le chariot dans le couloir. Quand il est disponible, ce n'est pas parfois le matériel adéquat pour un « soin sûr » ;
- Le lavage savonneux de la peau avant l'application de l'antiseptique n'était jamais pratiqué ;
- Aucun IDE, tout au long de l'étude, ne s'est lavé les mains immédiatement avant la pose du cathéter. Pour eux, le fait de porter les gants était suffisant ;
- Les mandrins du CVP, après la pose, n'étaient pas jetés immédiatement dans le container à aiguille dans 53% des cas ;
- 100% des IDE ne se lavaient pas les mains avant chaque manipulation de la ligne veineuse.
- Dans 65% des cas, aucun antiseptique n'était utilisé lors de la réfection du pansement, pourtant, les IDE disposaient d'un antiseptique. Ils ne trouvaient pas nécessaire de l'utiliser ;

- Dans 97% des cas, aucun nettoyage ni asepsie n'était fait par les IDE après l'ablation du cathéter ;
- Le taux des IN était de 15%.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

TROISIEME PARTIE :
DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES
ET LEUR PRIORISATION ET
IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES
SOLUTIONS-PLAN DE MISE EN OEUVRE

CHAPITRE V : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION

Dans ce chapitre, nous avons déterminé, après avoir évalué la pratique de la pose de CVP et observé une mauvaise pratique, les causes du problème par deux approches : la revue de la littérature et les résultats de notre étude auprès des IDE du service des urgences médicales du CHU de Treichville. Après avoir déterminé les causes du problème, nous avons procédé à leur priorisation avec le groupe projet.

V.1. Présentation des outils

Pour déterminer, analyser et prioriser les causes liées à la mauvaise qualité de la pose de cathéter au service des urgences médicales, nous avons utilisé quelques outils à savoir :

- **Le diagramme d'ISHIKAWA ou diagramme causes-effets ou diagramme en arête de poisson [48]**

Cet outil a été créé par ISHIKAWA, ingénieur Japonais. Il permet d'analyser et de visualiser le rapport existant entre un problème (effet) et toutes ces causes possibles.

Le diagramme est un outil graphique qui sert à comprendre les causes d'un défaut de qualité. Il permet de classer les causes liés au problème posé et de fournir des éléments pour l'étude de ou des solutions. Pour classer les causes en grandes familles, on utilise les « 5 M » : Matière, Milieu, Matériel, Main-d'œuvre et Méthode.

- Matière : matières premières (cathéter, gants, alcool, coton, boîte de sécurité, antiseptique, solution hydro alcoolique), fournitures, pièces, qualité, manutention ;
- Milieu : environnement physique, éclairage, bruit, température ;
- Matériel : machines, outils, équipements (locaux, point d'eau, salle de soins), maintenance ;
- Main-d'œuvre : motivation, formation (compétence, connaissance, comportement), expérience ;
- Méthode : instructions, manuel, respect des procédures et des protocoles, mode opératoire.

➤ **Le Vote Pondéré**

Il a pour objectif de sélectionner les idées les plus importantes. Il permet donc d'éliminer les idées secondaires et de se consacrer aux plus importantes.

➤ **Le diagramme de Pareto**

Cet outil est basé sur la loi des 80/20. Autrement dit, cet outil met en évidence les 20% de causes sur lesquelles il faut agir pour résoudre 80% du problème. Il sera utile pour déterminer sur quels leviers on doit agir en priorité pour améliorer de façon significative la situation [48].

V.2. Détermination et analyse des causes

V.2.1. Les causes dans la revue de la littérature

Afin de déterminer et analyser les causes du problème, nous avons parcouru la littérature sur la mauvaise pratique de pose de CVP dans les services de soins en Côte d'Ivoire, en Afrique et dans le monde. Il est important de noter que cette revue de la littérature en Côte d'Ivoire n'a rien donné. En effet, il nous a été difficile de trouver une étude similaire dans le pays.

En Afrique subsaharienne, Yebouet J.J. [37] au Sénégal a identifié des causes en rapport avec la mauvaise pratique de pose de CVP. Il s'agissait :

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

Dans le monde et principalement en France, les causes sont liées à la Main-d'œuvre et à la Méthode.

Selon le rapport des résultats nationaux d'audit des CVP réalisé par le GREPHH en décembre 2011, le manque de formation des personnels soignants et les freins à l'application des procédures étaient les principales causes [8, 9].

V.2.2. Les causes identifiées de l'étude

Le groupe projet s'est réuni pour analyser les résultats de l'étude. A l'issue de cette analyse, la méthode de l'approche par recherche du consensus a permis d'identifier ces causes :

- Le manque de points d'eau dans les salles de soins ;

- Le manque de formation continue en hygiène hospitalière ;
- L'absence de protocole de pose de CVP ;
- La négligence dans la conduite des soins par les IDE ;
- L'absence de salle de préparation du matériel de soins ;
- Les bruits incessants des parents de malades ;
- Le nombre important (38 lits) de malades ;
- L'inexistence de certains produits pour l'hygiène des mains et du malade.

Pour visualiser les causes, nous avons utilisé le **diagramme d'ISHIKAWA** ou diagramme « causes-effets », cela pour mobiliser les causes autour des grandes familles de causes.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

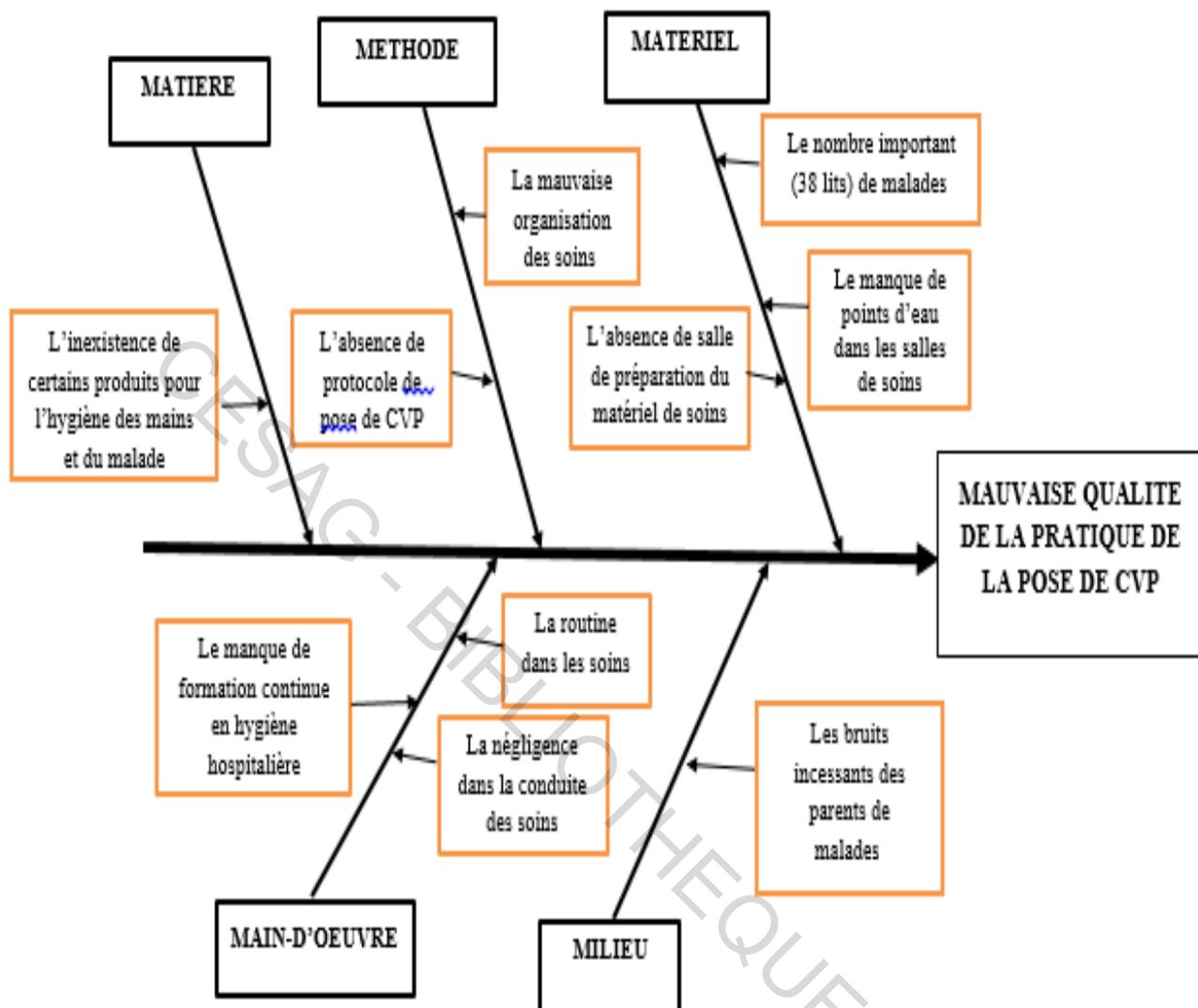


Figure 22: Diagramme d'ISHIKAWA

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

V.3. Priorisation des causes

Dans cette partie, nous avons hiérarchisé les causes identifiées par ordre d'importance à travers le vote pondéré des membres du groupe projet (7 membres). Cela nous a permis d'établir un ordre de priorité dans la résolution des causes. Les différentes causes retenues ont été classées dans un tableau, chaque membre du groupe projet disposait de 10 points à attribuer aux causes les plus importantes ; on ne pouvait attribuer qu'un maximum de 5 points à une même cause et les autres points repartis entre les autres causes. Les points ont été totalisés et les résultats consignés dans le tableau ci-dessous :

Tableau VI : Priorisation des causes de la mauvaise qualité de la pose de CVP

Participants \ Causes	1	2	3	4	5	6	7	Totaux	Rang
La routine dans les soins	0	1	0	0	1	0	0	2	7 ^{ème}
La mauvaise organisation des soins	0	0	1	0	1	2	0	4	5 ^{ème}
Le manque de formation continue en hygiène hospitalière	4	3	2	4	3	2	3	21	1^{er}
Le manque de points d'eau dans les salles de soins	1	3	2	2	2	2	2	14	3 ^{ème}
L'absence de référentiel de la pose de CVP	3	1	3	2	2	3	2	16	2 ^{ème}
La négligence dans la conduite des soins	0	0	0	1	0	0	0	1	9 ^{ème}
L'absence de salle de préparation du matériel de soins	0	0	0	1	0	1	0	2	7 ^{ème} ex
Les bruits incessants des parents de malades	0	0	0	0	0	0	1	1	9 ^{ème} ex

Le nombre important (38 lits) de malades	1	0	1	0	1	0	0	3	6 ^{ème}
L'inexistence de certains produits pour l'hygiène des mains et du malade.	1	2	1	0	0	0	2	6	4 ^{ème}
TOTAL	10	10	10	10	10	10	10	70	

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

Après le vote de chaque membre, nous avons fait le total des points attribués à chaque cause. « **Le manque de formation continue en hygiène hospitalière** » a enregistré le plus grand score, elle a donc été retenue comme la principale cause de la mauvaise qualité de la pratique de pose de CVP au service des urgences médicales.

Nous avons utilisé le Diagramme de Pareto pour mettre en évidence les principales causes par ordre décroissant justifiant que 20% des causes produisent 80% des effets (problème).

Tableau VII : Priorisation des causes avec le Diagramme de PARETO

Ordre	Causes	Total des points (Fréquence absolue)	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulée (%)
A	Le manque de formation continue en hygiène hospitalière	21	30	30
B	L'absence de référentiel de la pose de CVP	16	23	53
C	Le manque de points d'eau dans les salles de soins	14	20	73

D	L'inexistence de certains produits pour l'hygiène des mains et du malade.	6	9	82
E	La mauvaise organisation des soins	4	6	88
F	Le nombre important (38 lits) de malades	3	4	92
G	La routine dans les soins	2	3	95
H	L'absence de salle de préparation du matériel de soins	2	3	98
I	La négligence dans la conduite des soins	1	1	99
J	Les bruits incessants des parents de malades	1	1	100
	Total	70	100	

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

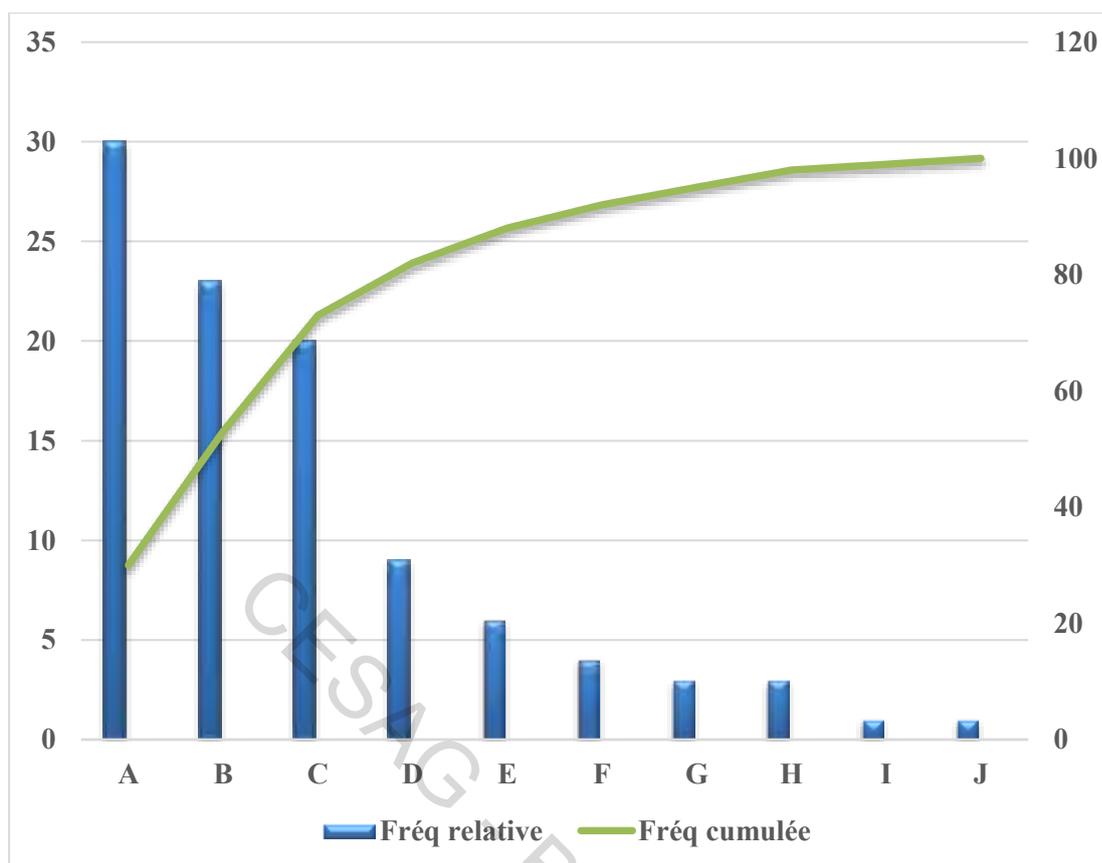


Figure 23 : Diagramme de Pareto

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

Le diagramme de Pareto montre que deux causes expliquent essentiellement la mauvaise pratique de la pose de CVP, ce sont :

- Le manque de formation continue en hygiène hospitalière ;
- L'absence de référentiel de la pose de CVP.

CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

Ce chapitre a consisté à l'identification des solutions à travers la revue de la littérature et les solutions proposées par les membres du groupe projet, ensuite à la priorisation de ces solutions par vote pour choisir la solution prioritaire.

VI.1. Identification des solutions

VI.1.1. Revue de la littérature

La revue de la littérature pour trouver des solutions a été très difficile parce que les études étaient rares en Afrique. En Côte d'Ivoire, nous n'avons pas trouvé d'études proposant des solutions pour la résolution du problème. En Afrique subsaharienne, notamment au Sénégal, une étude portant sur la qualité de la pose de CVP [37] a proposé comme solutions :

- La formation du personnel sur l'hygiène des mains ;
- La formation sur la sécurité des déchets piquants et tranchants lors des poses de CVP ;
- La formation sur l'hygiène des malades lors de la pose de CVP ;
- La formation sur la traçabilité de la pose de CVP.

En France, la revue de la littérature a relevé qu'il fallait former le personnel de santé en hygiène hospitalière de façon générale [20].

VI.1.2. Solutions identifiées par le groupe projet

Le groupe projet s'est réuni afin d'identifier des solutions possibles pour la résolution de la mauvaise pratique de la pose de CVP. Ainsi, les solutions possibles identifiées étaient :

- La formation et sensibilisation du personnel sur l'hygiène des mains ;
- L'élaboration et la mise à disposition d'un référentiel de pose de CVP ;
- L'aménagement d'un poste de lavage des mains dans chacune des 5 salles de soins ;
- La formation sur la sécurité des aiguilles lors de la pose de CVP ;
- La formation sur l'hygiène des malades lors de la pose de CVP.

La formation et sensibilisation du personnel sur l'hygiène des mains

Notre étude a révélé que 100% des IDE ne se lavaient pas les mains avant, pendant et après avoir prodigué des soins. Le lavage des mains constitue la première barrière de lutte contre les infections nosocomiales et son efficacité est prouvée. Il doit intervenir successivement à chaque fois qu'on

passer d'un malade à un autre et à chaque étape de la pose de CVP. Mais l'hygiène des mains ne pourra pas être bien appliquée si le personnel n'est pas informé et formé. L'information et l'éducation sont considérées comme des éléments majeurs de l'observance des différentes techniques et procédures [5, 20]. Dans une étude pilote à l'Hôpital du point G à Bamako, la formation et la sensibilisation du personnel ont été un atout important dans la réussite du projet [17, 18].

L'élaboration et la mise à disposition d'un référentiel de pose de CVP

Il s'agit d'une étape importante qui conduit à une meilleure organisation du travail et à une harmonisation des soins au niveau du personnel soignant. En plus, l'élaboration du référentiel répond aux recommandations et normes en hygiène hospitalière tout en l'adaptant aux réalités du terrain. Cette élaboration se fait avec toutes les parties, surtout le personnel soignant impliqué directement dans l'application du référentiel de pose de CVP.

L'aménagement d'un poste de lavage des mains dans chacune des 5 salles de soins

Comme l'a montré l'étude, l'absence de points d'eau dans les salles de soins est l'un des éléments qui explique une hygiène des mains déficiente des IDE. Une étude de Kaplan LM. a montré que le nombre de lavage des mains augmente de façon significative lorsqu'il existe un lavabo par chambre [10].

La formation sur la sécurité des aiguilles lors de la pose de CVP

Nous avons observé, dans notre étude, que le container à aiguille, seul élément pouvant sécuriser les soins au lit du malade était utilisé dans 65% des cas et le mandrin du cathéter n'était jeté immédiatement dans le container que dans 47% des cas. Ces résultats montrent, en effet, l'insécurité des soins occasionnée par les IDE lors des différentes étapes de la pose de CVP au service des urgences médicales du CHU de Treichville. Il y a, clairement, une nécessité de former le personnel sur la sécurité des injections.

La formation sur l'hygiène des malades lors de la pose de CVP

L'étude que nous avons menée nous a permis d'observer que l'hygiène du malade est insuffisamment pratiquée lors de la pose de CVP. Aucun lavage savonneux suivi de rinçage et de séchage n'a été pratiqué. Aussi, le nettoyage et l'asepsie du point de ponction après l'ablation du cathéter n'a pas été fait dans 97% des cas alors que les IDE disposaient du matériel pour cet acte.

Notons que dans les infections nosocomiales, le malade se contamine généralement par ses propres germes lors des soins. Il faut nécessairement former le personnel à l'hygiène du malade.

VI.2. Priorisation des solutions

Après l'identification des solutions, le groupe projet a procédé à la priorisation dans le tableau ci-dessous. Chaque membre a attribué une note aux différents critères selon son expérience et son appréciation. Nous avons fait la somme des notes de chaque critère qui constitue le score final attribué à cette solution par les membres.

Les critères retenus pour la priorisation sont :

- **Faisabilité** : la solution retenue doit être réaliste et réalisable en fonction des ressources disponibles. Une solution difficile tardera à être mise en œuvre ou ne le sera jamais ;
- **Acceptabilité** : il s'agit de la possibilité d'acceptation de la solution par les responsables et les agents ;
- **Coût** : les ressources financières étant limitées, le coût d'une solution est très important pour permettre sa mise en œuvre effective. La solution dont le coût sera faible sera privilégiée ;
- **Impact** : la solution à retenir doit être pertinente pour apporter une solution à long terme au problème posé.

Une échelle de pondération a été attribuée aux critères :

- Faisabilité : Grande=3, Moyenne=2, Faible=1 ;
- Acceptabilité : Ferme=3, Moyenne=2, Faible=1 ;
- Coût : Faible=3, Moyen=2, Elevé=1 ;
- Impact : Long=3, Moyen=2, Court=1.

Tableau VIII : Priorisation des solutions

Solutions	Faisabilité	Acceptabilité	Coût	Impact	Score	Rang
La formation et la sensibilisation du personnel sur l'hygiène des mains	3	3	3	3	12	1 ^{er}
L'élaboration et la mise à disposition d'un référentiel de pose de CVP	3	2	3	3	11	2 ^{ème}
L'aménagement d'un poste de lavage des mains dans chacune des 5 salles de soins	2	3	2	2	9	3 ^{ème}
La formation sur la sécurité des aiguilles lors de la pose de CVP	2	2	2	2	8	4 ^{ème}
La formation sur l'hygiène des malades lors de la pose de CVP	2	2	2	2	8	4 ^{ème} ex

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

Au terme de ce processus de priorisation des solutions, la formation et la sensibilisation du personnel sur l'hygiène des mains a obtenu le plus grand score. Le groupe projet, après réflexion et discussion a décidé de la mise en œuvre des cinq (5) solutions identifiées en accord avec la Direction du CHU. La formation et la sensibilisation du personnel sur l'hygiène des mains, la formation sur la sécurité des aiguilles lors de la pose de CVP et la formation sur l'hygiène des malades lors de la pose de CVP seront incluses dans une seule formation à l'issue de l'élaboration du référentiel de pose de CVP.

CHAPITRE VII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION RETENUE

Ce chapitre est consacré au plan de mise en œuvre de la solution retenue pour résoudre le problème de la mauvaise qualité de la pose de CVP au service des urgences médicales. Cette mise en œuvre passe d'abord par la fixation des objectifs, ensuite le développement des stratégies et activités (cadre logique) [50], et enfin par le suivi et l'évaluation.

VII.1. Justification du choix de la solution

Comme l'a montré notre étude, la qualité de la pose de CVP sera assurée si un plan de formation en hygiène hospitalière de façon globale est mis en œuvre. Ce plan global concernera l'établissement d'un protocole de pose de CVP, l'aménagement d'un poste de lavage des mains dans chacune des 5 salles de soins, la formation du personnel sur l'hygiène des mains, la sécurité des aiguilles et l'hygiène des malades lors de la pose de CVP.

La mise en œuvre de ce plan d'amélioration de la pratique de pose de CVP au service des urgences médicales sera primordiale dans la lutte contre les IN et indirectement contre les nombreuses conséquences qu'elles peuvent engendrer.

VII.2. Objectifs du projet

VII.2.1. Objectif général

- Améliorer la pose de CVP au service des urgences médicales du CHU de Treichville d'ici Septembre 2017.

VII.2.2. Objectifs spécifiques

- Mettre à disposition des IDE un référentiel de pose de CVP d'ici fin décembre 2016 ;
- Former les douze (12) IDE sur l'hygiène des mains, la sécurité des aiguilles et l'hygiène des malades lors de la pose de CVP du 1^{er} au 31 mars ;
- Mettre un poste de lavage des mains dans chacune des 5 salles de soins d'ici le 31 mars.

VII.3. Cadre logique

Le cadre logique montre la logique d'intervention, les indicateurs qui serviront à vérifier ces interventions, les moyens de vérification et les hypothèses ou risques.

Tableau IX : Cadre logique

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Conditions critiques
Objectif général	Améliorer la pose de CVP au service des urgences médicales du CHU de Treichville d'ici septembre 2017	Taux annuel d'infections nosocomiales au service des urgences médicales lié aux CVP	-Résultats d'enquête sur les IN	
Objectifs spécifiques (OS)	OS1 : Mettre à disposition de tous les IDE un référentiel de pose de CVP	le référentiel est disponible pour tous	-Liste de distribution avec signature des IDE	Stabilité du personnel soignant
	OS2 : Former les douze (12) IDE sur l'hygiène des mains, la sécurité des aiguilles et l'hygiène des malades lors de la pose de CVP	Pourcentage (%) d'IDE formés sur l'hygiène des mains, la sécurité des aiguilles et l'hygiène des malades	-Rapports de formation -liste de présence avec signature à la cellule d'hygiène hospitalière	Adhésion et disponibilité des IDE
	OS3 : Installer un poste de lavage des mains dans chacune des cinq (5) salles de soins	Pourcentage (%) de postes de lavage des mains installés dans les 5 salles de soins	-Facture d'achats des lavabos à la SDMGP ; -PV réception des postes de lavage des mains	Disponibilité des ressources financières

	R1 : Référentiel de pose de CVP élaboré et mis à disposition de tous les IDE	Tous les IDE disposent le référentiel de pose de CVP	Rapport d'activités de la S-DSIO	Adhésion des IDE et des responsables
Résultats	R2 : Tous les IDE sont formés sur l'hygiène des mains, la sécurité des aiguilles et l'hygiène des malades lors de la pose de CVP	Nombre d'IDE formés/ Nombre d'IDE attendus à la formation sur l'hygiène des mains, la sécurité des aiguilles et l'hygiène des malades lors de la pose de CVP	Rapports de formation avec liste de présence à la S-DSIO	Disponibilité de ressources financières
	R3 : Un poste de lavage des mains dans chacune des cinq (5) salles de soins installé	Nombre de postes de lavage des mains installés/ Nombre de postes de lavage des mains prévus	PV de fin des travaux à la S-DMGP	
Activités	A1.1 : Elaboration du référentiel de pose de CVP	Référentiel de pose de CVP élaboré	Rapport d'activités de la S-DSIO et de la DMS	Implication des responsables
	A1.2 : Mise à disposition des IDE du référentiel de pose de CVP	Nombre de séances de mise à disposition réalisées	Rapport d'activités de la S-DSIO et de la DMS	
	A2.1 : Elaboration d'un curriculum de formation sur l'hygiène des mains, la sécurité des aiguilles et l'hygiène des malades lors de la pose de CVP	Curriculum de formation élaboré	Rapport d'activités de la S-DSIO	

<p>A2.2 : Formation des IDE sur l'hygiène des mains, la sécurité des aiguilles et l'hygiène des malades lors de la pose de CVP</p>	<p>Nombre de séances de formation réalisées</p>	<p>Rapport de formation de la cellule d'hygiène hospitalière</p>	
<p>A3 : Achat et installation de lavabos dans les cinq (5) salles de soins</p>	<p>Nombre de lavabos achetés et installés</p>	<p>Facture d'achat Rapport d'activités de la S-DMGP</p>	

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

VII.4. Plan d'action opérationnel

Tableau X : Plan d'action opérationnel

Activités	Indicateurs	Responsable	Délai		Ressources	
			Début	Fin	Humaines	Financières
<p>A1.1 : Elaboration du référentiel de pose de CVP</p>	<p>Référentiel de pose de CVP élaboré</p>	<p>Réfèrent en hygiène hospitalière</p>	<p>01 Octobre 2016</p>	<p>31 Décembre 2016</p>	<p>La S-DSIO</p>	
<p>A1.2 : Mise à disposition des IDE du référentiel de pose de CVP</p>	<p>Nombre de séances de mise à disposition réalisées</p>	<p>Réfèrent en hygiène hospitalière</p>	<p>05 Janvier 2017</p>	<p>19 Janvier 2017</p>	<p>La S-DSIO Les IDE du service des urgences médicales</p>	

<p>A2.1 : Elaboration d'un curriculum de formation sur l'hygiène des mains, la sécurité des aiguilles et l'hygiène des malades lors de la pose de CVP</p>	<p>Curriculum de formation élaboré</p>	<p>Directeur Médical Scientifique</p>	<p>26 Janvier 2017</p>	<p>26 Février 2017</p>	<p>Cellule formation IDE Cellule d'hygiène hospitalière</p>	<p>Budget CHU de Treichville</p>
<p>A2.2 : Formation des IDE sur l'hygiène des mains, la sécurité des aiguilles et l'hygiène des malades lors de la pose de CVP</p>	<p>Nombre de séances de formation réalisées</p>	<p>Directeur Médical Scientifique</p>	<p>01 Mars 2017</p>	<p>31 Mars 2017</p>	<p>Les IDE du service des urgences médicales Cellule formation</p>	
<p>A3 : Achat et installation de 5 lavabos dans les 5 salles de soins</p>	<p>Nombre de lavabos achetés et installés</p>	<p>Responsable S-DMGP</p>	<p>01 Février 2017</p>	<p>31 Mars 2017</p>	<p>DAF S-DMGP</p>	

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

VII.5. Chronogramme des activités

Le Diagramme de Gantt du nom de l'auteur Henry GANTT est l'outil que nous avons utilisé pour planifier et suivre les activités [50].

Tableau XI : Chronogramme des activités (Diagramme de Gantt)

ACTIVITES	2016			2017									Responsables	
	O	N	D	J	F	Mrs	Av	M	J	Ju	A	S		
A1.1 : Elaboration du référentiel de pose de CVP														La S-DSIO ; Le référent en hygiène hospitalière
A1.2 : Mise à disposition des IDE du référentiel de pose de CVP														La S-DSIO ; Le référent en hygiène hospitalière
A2.1 : Elaboration d'un curriculum de formation sur l'hygiène des mains, la sécurité des aiguilles et l'hygiène des malades lors de la pose de CVP														La cellule formation ; Le chef de service ; Le référent en hygiène hospitalière
A2.2 : Formation des IDE sur l'hygiène des mains, la sécurité des aiguilles et l'hygiène des malades lors de la pose de CVP														La cellule formation ; Le référent en hygiène hospitalière ;

Organisation de la formation : -pause-café :	(12 IDE+ 1 formateur+ 1 SUS+ 1 administrateur) pendant 5 jours= 75 jours	500	37 500 F
Achat des lavabos	5	15 000	75 000 F
Installation des lavabos	5	5 000	25 000 F
Totaux			1 002 500 F CFA

Source : Dr YAO Amany Faustin MBA GSS/GPS Mémoire de fin de formation 2015-2016

Le budget de la mise en œuvre de la solution globale a été arrêté à la somme de : Un million deux mille cinq cent francs CFA (1 002 500 F CFA).

VII.7. Suivi et évaluation de la mise en œuvre de la solution

Le suivi et l'évaluation produisent des informations qui peuvent être utilisées pour améliorer la gestion d'un projet/programme et parvenir aux résultats escomptés à court et à long terme.

VII.7.1. Rappel des concepts

Le Suivi est une fonction continue qui vise à fournir aux gestionnaires du projet/ programme et aux principales parties prenantes, des indications sur les progrès réalisés ou des difficultés rencontrées au cours de la mise en œuvre du programme [49].

L'évaluation est un exercice limité dans le temps qui vise à mesurer objectivement l'impact (résultats) observé au niveau de la population, attribuable aux interventions du projet/programme [49].

VII.7.2. Suivi et Evaluation

La mise en œuvre de la solution retenue, le suivi et l'évaluation seront assurés par les responsables du CHU conformément aux objectifs fixés et au chronogramme d'exécution des activités (Diagramme de GANTT) compte tenu des contraintes de temps relatives à la durée de notre

formation au CESAG. Nous nous contentons de présenter les modalités de mise en œuvre. L'application de cette mise en œuvre dépendra de la volonté de la Direction du CHU.

➤ **Suivi de la mise en œuvre de la solution**

Le suivi de l'exécution se fera sur les activités prévues dans le cadre logique et le plan d'action opérationnel. Pour chaque activité, il sera déterminé le statut sur son avancement et la consommation des ressources. Le suivi portera essentiellement sur l'élaboration du référentiel de la pose de CVP, la formation des IDE et l'équipement des salles de soins en lavabos.

➤ **Evaluation de la mise en œuvre de la solution**

Elle portera sur le processus d'exécution des activités, de la consommation des ressources et l'atteinte des résultats.

VII.7.3. Les indicateurs du suivi et de l'évaluation de la solution globale

Les indicateurs retenus pour le suivi et l'évaluation sont :

- Les indicateurs d'intrants :
 - Taux d'exécution des ressources budgétaires allouées aux différentes activités
 - Nombre d'IDE et de formateur présents pour la formation ;
 - Disponibilité du référentiel ;
 - Nombre de lavabos acquis.
- Les indicateurs d'activités ou de processus :
 - Nombre de séances de formation organisées ;
 - Nombre de lavabos installés
- Les indicateurs d'extrants :
 - Nombre d'IDE formés à la pose de CVP ;
 - Nombre de salles de soins équipées d'un lavabo.
- Les indicateurs d'effets :
 - Proportion d'IDE formés appliquant correctement le protocole de pose de CVP ;
 - Amélioration de la qualité de la pose de CVP.

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

Une évaluation d'effet sera réalisée en septembre 2017.

L'évaluation d'impact sera menée deux(2) à trois (3) ans après la fin de la formation

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous avons formulé des recommandations dans le but d'améliorer l'hygiène hospitalière par la bonne pratique de la pose de CVP au service des urgences médicales. Ces recommandations vont à l'endroit du ministère de la santé et de l'hygiène publique, de la Direction du CHU et du personnel du service des urgences médicales.

Au Ministère de la santé

- Soutenir le projet de la réforme hospitalière auprès du gouvernement ;
- Mettre en place un cadre réglementaire et institutionnel portant création d'un Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales (PRONALIN) ;
- Elaborer des textes réglementaires relatifs aux évaluations des pratiques professionnelles en santé.

A la Direction du CHU de Treichville

- Redynamiser et doter le CHLIN de ressources humaines, matérielles et financières ;
- Encourager le CHLIN à avoir un PALIN ;
- Mettre en place une démarche qualité dans le domaine des soins ;
- Diffuser le référentiel de pose de CVP à l'ensemble des services cliniques du CHU ;
- Etendre la formation en hygiène et sécurité des soins à tout le CHU ;
- Nommer une équipe de suivi et évaluation chargée de mettre en œuvre, de suivre et d'évaluer le projet.

Au personnel du service des urgences médicales

- Diffuser le référentiel de la pose de CVP par le chef de service ;
- S'impliquer et adhérer massivement aux bonnes pratiques de pose de CVP ;
- Participer aux séances de formation en hygiène hospitalière ;
- Respecter le protocole mise en place dans le service.

CONCLUSION

L'hygiène hospitalière demeure à ce jour, le principal moyen de lutte contre les infections nosocomiales qui sont un véritable problème de santé publique en Afrique et singulièrement en Côte d'Ivoire.

Le choix de la promotion de l'hygiène hospitalière revêt un enjeu économique par une réduction substantielle, à moyen terme, des coûts directs et indirects de prise en charge des infections nosocomiales.

Le Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville, établissement hospitalier de troisième niveau, qui se veut un établissement de référence, a mis en place dans son nouvel organigramme un service dédié à l'hygiène hospitalière. Dans une volonté de donner des soins de qualité à ses clients, l'audit clinique, outil d'évaluation des pratiques professionnelles, a été adoptée par la direction.

Ainsi, cet outil nous a permis, au cours de notre étude au service des urgences médicales sur la pratique de la pose de cathéters veineux périphériques, de mettre en évidence des points forts mais aussi de nombreux points faibles à améliorer. L'audit clinique nous a révélé comme points forts que :

- 100% des IDE appliquaient un antiseptique avant la pose du cathéter ;
- le port de gants avant la pose du cathéter était observé dans 95% des cas ;
- techniquement, 100% des points de ponction étaient au centre du pansement ;
- 77% des poses de cathéter étaient notés dans le registre de soins des IDE.

La principale cause identifiée comme étant à l'origine de la mauvaise pratique de la pose de cathéters veineux périphériques était l'absence de formation continue en hygiène hospitalière. La solution retenue pour contribuer à l'amélioration de la pose de CVP était une solution globale dans laquelle se trouvaient l'élaboration d'un référentiel sur la pose de CVP, la formation à la pratique de la pose de CVP des IDE et l'équipement des salles de soins de lavabos.

Le suivi et l'évaluation de cette solution globale, menés de façon rigoureuse, permettront de mesurer à court, moyen et long terme l'atteinte des objectifs fixés.

Cependant, la mise en place d'une démarche qualité dans le domaine des soins est plus que nécessaire pour assurer la sécurité du patient lors des actes de soins.

REFERENCES

OUVRAGES ET MANUELS

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé 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.
2. ANAES, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements d décembre 2000.
3. ANAES, Principe de la mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, avril 2002.
4. CHU de Treichville : « Statut et règlement intérieur : Historique, organisation et fonctionnement », 2016, Côte d'Ivoire.
5. Conly JM., Hill S., Ross J. et col: "Handwashing practices in an intensive care unit: the effect of an educational program and its relationship to infection rates". Am J infect control 1989; 17(6): 330-9.
6. Coordination des Comités de lutte contre les Infections nosocomiales CCLIN-Ouest, « Amélioration de la qualité en hygiène hospitalière », janvier 1999, France.
7. Côte d'Ivoire, Enquête Démographique et de Santé à indicateurs multiples 2011-2012. Rapport de synthèse.
8. CCLIN Ouest : « Audit des cathéters veineux périphériques », 2009-2010, France.
9. Groupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière GREPHH, rapport de résultats nationaux d'audit des cathéters veineux périphériques, décembre 2011, France. www.grephh.fr/PDF/CPV/rapport_national_CVP-2011.pdf consulté le 30/08/2016.
10. Kaplan LM., McGuckimn M.: « Increasing handwashing with more accessible sinks», Infection control 1986; 8: 408-10.
11. Laboratoire de Bactériologie-Virologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville, Rapport d'activité 2002, Côte d'Ivoire.
12. Miller MA., Pisani E.: The cost of unsafe injection. Bull WHO 1999; 77: 808-11.
13. Ministère de la santé et de l'hygiène publique de Côte d'Ivoire : Cadre de référence de lutte contre les infections nosocomiales à l'intention des établissements de santé, 1^{ère} Ed, 2011.
14. Ministère de la santé et de l'hygiène publique de Côte d'Ivoire : Politique nationale d'hygiène hospitalière, 2011.

15. 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. www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/enquete_nationale_de_prevalence_ENP_2012_chiffres_cles.pdf consulté le 06/09/2016.
16. Nobre T. L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements. Manuscrit auteur, publié dans « 20ème congrès de l'AFC », France (1999).
17. OMS, Alliance Mondiale pour la sécurité des patients. Défi mondial pour la sécurité des patients 2005-2006 « Un soin propre est un soin plus sûr », 2005.
18. OMS, Prévention des infections nosocomiales, Guide pratique, 2^{ème} Ed, 2002. www.who.int/publications/list/WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12/fr consulté le 15/07/2016
19. OMS, Résumé des recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins, juillet 2009. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IER_PSP_2009.07_fre.pdf consulté le 15/07/2016.
20. Pittet D., Hugonnet S., Harbarth S. et col: « effectiveness of a hospital wide program: to improve compliance with hand hygiene». Infection control program. Lancet 2000; 356: 1307-12.
21. Rapport d'activité du Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville, 2014-2015, Côte d'Ivoire.
22. Rapport d'activité du service des urgences médicales du CHU de Treichville, 2014-2015, Côte d'Ivoire.
23. République de Côte d'Ivoire : Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2014.
24. République de Côte d'Ivoire, ministère de la santé et de l'hygiène publique, Plan National de Développement Sanitaire, 2012-2015.
25. République Française, Journal officiel N° 55 du 6 mars 2015, texte 40 sur 171.
26. RIPAQS-PRONALIN : Forum régional sur l'implication des patients et des associations des usagers des établissements de santé dans la promotion de la sécurité des soins dans les pays de l'Afrique de l'Ouest. Sénégal, du 24 au 26 mars 2009.
27. Service de Réanimation : Rapport d'activités CHU de Yopougon, 2006, Côte d'Ivoire.
28. Société Française d'Hygiène Hospitalière- Haute Autorité de Santé 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, comité des référentiels, avril 2007. http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Doc_Reco/CVP_DVD/Diaporama_partie_1.pdf consulté le 20/07/2016.
29. SFHH-HAS, Recommandations pour la pratique clinique, Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques, novembre 2005. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Catheters_veineux_2005_rap.pdf consulté le 13/09/2016.
30. Zidane S., Giraud P., « pose et surveillance des cathéters veineux périphériques au centre hospitalier Guy Thomas à RIOM », décembre 2012. http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/ZoneNord/2012/decembre_2012/2_pose_surveillance_CVP.pdf consulté le 10/07/2016.
31. Zinzendorf N. Y., Ouassa T., Agbessi B. T. et col : « facteurs de risque et étiologies des infections nosocomiales au CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire, J. Sci. Pharm. Biol, vol.10 n°2-2009 pp. 56-64.

MEMOIRES ET THESES

32. Aissata Cheick O. T. : « 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'Etat de médecine, Université de Bamako, 2007. <http://www.kenya.net/fmpos/theses/2008/med/pdf/08M10.pdf>. consulté le 25/06/2016.
33. Assemian Aké A. G. : « contribution à l'amélioration de la gestion des médicaments à l'institut de cardiologie d'Abidjan », mémoire de fin d'études, DESS GSS, CESAG, 2014.
34. Dadeli A. M. : « étude de prévalence des infections nosocomiales au CHU de Treichville : enquête d'un jour », UFR des sciences médicales, Abidjan, Côte d'Ivoire, 2001.
35. Georgette N'dongo N. E. : « contribution à la réduction du taux d'infections nosocomiales au CHU de Yaoundé : mise en place d'une stratégie de promotion d'hygiène des mains », mémoire de fin d'études, DESS, CESAG, 2009.
36. Philippe Rouressol : « la démarche qualité à l'hôpital local ou comment passer de l'accréditation à une démarche qualité pérenne ? », mémoire de l'école nationale de la santé publique, Rennes, 2004.
37. Yebouet J. J. : « la démarche qualité, une méthode précieuse pour l'amélioration de l'hygiène hospitalière : exemple de la pratique de pose de cathéters veineux périphériques au service d'accueil des urgences de l'HPD », mémoire de fin d'études, MBA GSS/GH, CESAG, 2015.

ARTICLES DE PRESSES ET WEBOGRAPHIE

38. 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, www.teheran.ir consulté le 26/06/2016.
39. Encyclopédie LAROUSSE en ligne, www.larousse.fr consulté le 13/05/2016.
40. Historique hygiène hospitalière, www.mythologie.ca/dieux/hygie consulté le 17/07/2016.
41. Indicateurs socio-démographiques, www.ins.ci consulté le 25/07/2016.
42. Le Sénat, Rapport d'enquête sur les infections nosocomiales dans les hôpitaux de paris, 2006, France, www.senat.fr, consulté le 17/07/2016.
43. Lutte contre les infections nosocomiales : mise en place du comité hygiène hospitalière du CHU de Cocody, www.abidjan.net consulté le 12/06/2016.
44. 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, www.sante.gouv.sn consulté le 30/08/2016.
45. Ministère de la santé et de l'hygiène publique, le système de santé ivoirien, www.sante.gouv.ci consulté le 10/06/2016.
46. Projet « démarche qualité et hygiène hospitalière » en Côte d'Ivoire, www.fratmat.info consulté le 12/08/2016.
47. Rapport d'enquête sur les infections nosocomiales, enquête « un jour donné », www.hopitalprincipal.sn consulté le 30/07/2016.

COURS

48. Colly Jean, cours de Méthode de résolution des problèmes, CESAG-Dakar, avril 2016.
49. Dr Amani, cours de Suivi et Evaluation des projets/programmes, CESAG-Dakar, 2016.
50. Mamadou Ba, cours de Planification Stratégique, CEASG-Dakar, avril 2016.
51. Papa N'diaye, identification et analyse des problèmes de santé, CESAG-Dakar, 2016.
52. Pr Tiembré, politique nationale de santé en Côte d'Ivoire, Abidjan, 2015.
53. WADE Boubacar, qualité et amélioration des soins, l'audit clinique, CESAG Dakar, novembre 2015.

ANNEXES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE I : GRILLE D'ÉVALUATION

Grille d'évaluation de la qualité des soins

Pose, surveillance et entretien du cathéter court veineux

Date de l'évaluation.....
Évaluateur.....
Nom du patient.....

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 ?

Etaient-ils propres ?

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 immédiatement 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	MATÉRIEL 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 aseptie du point de ponction après ablation du cathéter

- Date

- Motif :

19. Dans quelles circonstances auriez-vous mis le cathéter en culture ?

.....

20. La pose est notée dans le registre infirmier ou autre document (fiche de protocole, dossier patient)

ANNEXE II : GRILLE DE DEPOUILLEMENT

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

Grilles de recueil de données	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nb de +	Nb de -	Résultat	
										en +			% -	
Critères														

14	Le mandrin du cathéter est jeté immédiatement dans le container																		
	IV) Entretien du cathéter																		
15	Lavage des mains avant chaque manipulation de la ligne veineuse : Changement de tubulure Changements des autres éléments de la ligne veineuse Réfection de pansement																		
16	Utilisation d'un kit stérile lors de la réfection du pansement																		
17	Utilisation d'un antiseptique lors de la réfection du pansement																		
	V) Ablation du cathéter																		
18	Nettoyage et aseptie du point de ponction après ablation du cathéter																		
19	Mise en culture du cathéter en cas de signe d'infection																		
20	La pose du cathéter est notée dans un document																		

ANNEXE III : CRITERES 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 14. Mise en culture du cathéter en cas de signe d'infection 	<p>100 %</p>

15. Après ablation du cathéter, antiseptie du point de ponction et mise en place d'un pansement sec	100 %
B. Critère de résultats	
1. Absence de critère bactériologique d'infection pour les cathéters mis en culture	90%

ANNEXE IV : DEFINITION DES AUTRES CONCEPTS LIES A L'HYGIENE HOSPITALIERE

- **Hygiène**

C'est la partie de la médecine qui étudie 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 déterction ; la désinfection ; la conservation [53].

- **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 » [51].

- **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 » [51].

- **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.

- **Endémie**

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

- **Pandémie**

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

- **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 l'objectif est d'assurer un aspect agréable et un niveau de propreté, de confort et d'hygiène.

- **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.

- **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.

- **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* [35].

- **Antisepsie**

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 [35].

- **Asepsie**

Absence de microorganismes dans un milieu ou dans un objet ; ensemble de méthodes permettant de maintenir cet état [35].

- **Décontamination**

Opération au résultat momentané permettant de tuer, d'éliminer ou d'inhiber les microorganismes indésirables en fonction des objectifs fixés [35].

- **Stérilisation**

C'est le procédé qui consiste à détruire tous les microorganismes vivants (bactéries et leurs spores, virus, parasites et leurs formes kystiques), levures, champignons, dans un espace incontaminable [35].

- **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 [35].

ANNEXE V : 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 [3].

➤ **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 [3].

➤ **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 [3].

➤ **Audit**

L'audit est une méthode qui permet de comparer une pratique, une activité ou une organisation à un référentiel préalablement déterminé [3].

➤ **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 [3].

➤ **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 [3].

➤ **Client**

Organisme ou personne qui reçoit un produit [3].

➤ **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 [3].

➤ **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 [3].

➤ **Management de la qualité**

Activités coordonnées permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité [3].

➤ **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 » [3].

➤ **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) [3].

➤ **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 [3].

➤ **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 [3].

➤ **Processus**

Le processus est défini comme un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie [3].

➤ **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 [3].

➤ **Qualité**

Aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences [3].

➤ **Référentiel**

Ensemble d'informations structurées auxquelles on se rapporte et qui constituent un modèle [1,3].

➤ **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 de la qualité [3].

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....	I
DEDICACES.....	II
REMERCIEMENTS.....	III
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	IV
TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	VIII
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE: ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE.....	4
CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE.....	5
I.1. Analyse de l'environnement externe à l'étude.....	5
I.1.1. Présentation de la République de la Côte d'Ivoire.....	5
I.1.1.1. Contexte géographique.....	5
I.1.1.2. Contexte socio-culturel.....	6
I.1.1.3. Contexte démographique.....	6
I.1.1.4. Contexte socio-politique.....	7
I.1.1.5. Contexte économique.....	7
I.1.1.6. Contexte administratif.....	8
I.1.1.7. Le système de santé en Côte d'Ivoire.....	8
I.1.1.7.1. La politique sanitaire.....	8
I.1.1.7.2. Organisation du système de santé.....	9
I.1.1.7.2.1. Le secteur sanitaire public.....	9
I.1.1.7.2.2 Le secteur sanitaire privé.....	10
I.1.1.7.2.3. La médecine traditionnelle.....	11

I.1.1.7.3. Profile épidémiologique de la Côte d'Ivoire.....	11
I.1.1.7.3.1. Mortalité générale.....	11
I.1.1.7.3.2. Mortalité et morbidité du couple mère-enfant.....	11
I.1.1.7.3.3. VIH/Sida.....	12
I.1.1.7.3.4. Paludisme.....	12
I.1.1.7.3.5. Tuberculose.....	12
I.1.1.7.3.6. Etat nutritionnel.....	13
I.1.1.7.3.7. Maladies non transmissibles.....	13
I.1.1.7.3.8. Maladies à potentiel épidémique.....	13
I.1.1.7.3.9. Maladies émergentes, ré-émergentes, anciennes ou négligées.....	13
I.1.1.7.4. La lutte contre les infections nosocomiales en Côte d'Ivoire.....	14
I.1.1.7.4.1. Direction de la médecine hospitalière.....	14
I.1.1.7.4.2. CONALIN.....	14
I.1.1.7.4.3. CORELIN.....	14
I.1.1.7.4.4. CHLIN.....	15
I.2. Analyse de l'environnement interne de l'étude.....	15
I.2.1. Présentation du CHU de Treichville.....	15
I.2.1.1. Historique.....	15
I.2.1.2. Situation géographique.....	16
I.2.1.3. Statut et missions.....	16
I.2.2. Organisation et fonctionnement.....	17
I.2.2.1. Structure organisationnelle.....	17
I.2.2.2. Fonctionnement.....	17

I.2.2.2.1. Le Conseil de Gestion.....	18
I.2.2.2.2. La Direction.....	18
I.2.2.2.2.1. Le Directeur du CHU de Treichville.....	18
I.2.2.2.2.2. Le Directeur de l'Administration et des Finances.....	19
I.2.2.2.2.3. Le Directeur Médical et Scientifique.....	19
I.2.2.2.3. Les Services.....	19
I.2.2.2.4. Les Commissions.....	20
I.2.2.2.5. Les Comités.....	20
I.2.2.3. Ressources du chu de Treichville.....	21
I.2.2.3.1. Ressources humaines.....	21
I.2.2.3.1.1. Personnel fonctionnaire.....	21
I.2.2.3.1.2. Les prestataires.....	22
I.2.2.3.2. Ressources financières.....	22
I.2.2.4. Les activités du CHLIN.....	23
I.2.2.5. La politique de management qualité du CHU de Treichville.....	23
I.2.2.6. Présentation du cadre de notre étude : le service des urgences médicales.....	23
I.2.2.6.1. Les ressources.....	23
I.2.2.6.2. Activités.....	24
I.3. Synthèse de l'analyse de l'environnement.....	24
I.3.1. Environnement interne.....	24
I.3.2. Environnement externe.....	25
I.4. Identification des problèmes et priorisation.....	25
I.4.1. Identification des problèmes.....	25

I.4.2. Priorisation des problèmes.....	26
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE.....	28
II.1. Hygiène hospitalière.....	28
II.1.1. Historique et définitions des concepts.....	28
II.1.1.1. Historique de l'hygiène hospitalière.....	28
II.1.1.2. Définition de l'hygiène hospitalière.....	30
II.1.2. Chaine infectieuse ou chaine épidémiologique.....	30
II.1.3. Les infections nosocomiales.....	30
II.1.3.1. Définition et évolution du concept.....	30
II.1.3.2. Agent pathogène.....	31
II.1.3.3. Sources de contamination.....	31
II.1.3.4. Modalité de l'infection.....	31
II.1.3.5. Problématique de l'infection nosocomiale.....	31
II.1.3.5.1. Incidence.....	31
II.1.3.5.2. Coût.....	32
II.1.3.5.3. Inefficacité de la lutte.....	33
II.1.3.5.4. Nouvelles orientations de la lutte.....	33
II.1.4. Les différents aspects de l'hygiène hospitalière.....	34
II.1.5. La réglementation de l'hygiène hospitalière.....	34
II.1.5.1. Publication des indicateurs de qualité des soins à la population.....	34
II.1.5.2. Les recommandations consensuelles de l'OMS sur le lavage des mains.....	35
II.1.6. La pratique de poses de cathéters veineux périphériques.....	37
II.1.6.1. Définition du CVP.....	37

II.1.6.2. Indications.....	37
II.1.6.3. Contre-indications.....	37
II.1.6.4. Recommandations.....	37
II.2. La démarche qualité en santé.....	38
II.2.1. Concepts et principes des démarches qualités.....	38
II.2.1.1. Historique.....	38
II.2.1.2. Définition des concepts.....	39
II.2.1.3. Principes essentiels de la démarche qualité.....	41
II.2.1.4. Qualité et management.....	41
II.2.1.5. La qualité dans les établissements de santé.....	42
II.2.2. Mise en place d'un système de management de la qualité.....	42
II.2.3. Les facteurs de réussite de la démarche qualité.....	43
II.2.4. Audit clinique.....	43
II.2.4.1. Définition et objectifs.....	44
II.2.4.2. Les étapes.....	44
II.2.4.3. Les facteurs de réussite.....	46
II.2.4.4. Le cadre réglementaire.....	46
II.3. Problématique de l'étude.....	47
II.3.1. Enoncé du problème.....	47
II.3.2. Justification du problème.....	47
II.3.3. Ampleur du problème.....	48
II.3.4. Conséquences du problème.....	48
II.3.5. Importance de la prise en charge du problème.....	49

II.4. Intérêt de l'étude.....	49
II.5. Objectifs de l'étude	50
II.5.1. But de l'étude.....	50
II.5.2. Objectif général	50
II.5.3. Objectifs spécifiques.....	50
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE.....	51
CHAPITRE III : METHODOLOGIE.....	52
III.1. Méthodologie de travail.....	52
III.2. Méthodologie de l'audit clinique.....	52
III.2.1. Choix du thème.....	52
III.2.2. Choix des critères.....	53
III.2.3. Choix de la méthode de mesure.....	53
III.2.4. Recueil des données.....	57
III.3. Méthodes de traitement et d'analyse des données	57
III.4. Limites de l'étude.....	57
CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE.....	58
IV.1. La procédure.....	58
IV.1.1. La préparation du matériel.....	58
IV.1.2. La préparation du site de ponction.....	59
IV.1.3. La pose du cathéter.....	60
IV.1.4. L'entretien du CVP.....	63
IV.1.5. L'ablation du cathéter.....	64

IV.2. La bactériologie.....	65
IV.3. La synthèse des résultats.....	66
IV.3.1. Points forts.....	67
IV.3.2. Points faibles (à améliorer)	67
TROISIEME PARTIE : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION ET IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS-PLAN DE MISE EN ŒUVRE.....	69
CHAPITRE V : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION.....	70
V.1. Présentation des outils.....	70
V.2. Détermination et analyse des causes.....	71
V.2.1. Les causes de la revue de la littérature.....	71
V.2.2. Les causes provenant de l'étude.....	71
V.3. Priorisation des causes.....	74
CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	78
VI.1. Identification des solutions.....	78
VI.1.1. Revue de la littérature.....	78
VI.1.2. Solutions identifiées par le groupe projet.....	78
VI.2. Priorisation des solutions.....	80
CHAPITRE VII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION RETENUE.....	82
VII.1. Justification du choix de la solution.....	82
VII.2. Objectifs du projet.....	82
VII.2.1. Objectif général.....	82
VII.2.2. Objectifs spécifiques.....	82

VII.3. Cadre logique.....	82
VII.4. Plan d'action opérationnel.....	85
VII.5. Chronogramme des activités.....	86
VII.6. Budgétisation.....	88
VII.7. Suivi et évaluation de la mise en œuvre de la solution.....	89
VII.7.1. Rappel des concepts.....	89
VII.7.2. Suivi et Evaluation.....	89
VII.7.3. Les indicateurs du suivi et de l'évaluation de la solution.....	90
RECOMMANDATIONS.....	91
CONCLUSION.....	93
REFERENCES.....	95
ANNEXES.....	i
TABLE DES MATIERES.....	xiv