



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION



Année Universitaire : 2018 – 2019

29^{ème} Promotion



MEMOIRE EN MBA-GSS

THEME:

**« CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE L'HYGIENE AU BLOC
OPERATOIRE PAR LA DEMARCHE QUALITE :
CAS DU CENTRE HOSPITALIER DE L'ORDRE DE MALTE (CHOM) »**

Présenté par

Dr Mohamed Lamine SOUMAH

Directeur de Mémoire :

Pr Boubacar WADE

Codirectrice de mémoire :

Dr Aïssatou DIALLO

Soutenu publiquement le jeudi 19 décembre 2019

Résumé

INTRODUCTION

L'hygiène n'est pas un dogme figé, mais une discipline, une maîtrise du geste, un contrôle constant de l'activité et du milieu où elle s'exerce. Sa pratique n'est pas fondée sur l'habitude et la routine mais sur le raisonnement. Il n'est pas possible de parler de qualité d'un soin qui n'intègre pas la notion d'hygiène.

METHODOLOGIE

Nous avons utilisé la méthode de résolution des problèmes et une enquête d'audit clinique a été réalisée. Il s'agit d'une étude mixte qualitative et quantitative de type transversal portant sur : l'observation directe de la démarche qualité sur le respect du protocole d'hygiène au bloc du CHOM avant, pendant et après chaque intervention.

RESULTATS

Au cours de notre audit clinique au CHOM, sur les 61 interventions que nous avons assisté dans les blocs opératoires, seulement (2) malades ont fait une suppuration pariétale.

Notre enquête sur la connaissance du protocole d'hygiène au bloc opératoire de CHOM a portée sur 19 prestataires ; sur les 19 enquêtés, les 16 soit 84,2% souhaitent avoir un renforcement de capacité en hygiène au bloc et sur le protocole.

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.

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

Mots clefs : Hygiène au bloc opératoire ; Audit clinique Démarche qualité ; CHOM

Sommaire

Résumé.....	i
Sommaire	ii
Hommage- Dédicaces et Remerciements.....	iii
Sigles et abréviations.....	vii
Listes des figures.....	x
Liste des Tableaux.....	xi
Liste des annexes.....	xiv
Table des matières.....	xv
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE, IDENTIFICATION DU PROBLEME ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	5
Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE.....	6
Chapitre 2 : CADRE THEORIQUE.....	27
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE DE L'ENQUETE ET PRESENTATION DES RESULTATS.....	62
Chapitre 3 : METHODOLOGIE.....	63
Chapitre 4 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	66
TROISIEME PARTIE : DETERMINATION DES CAUSES IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS - PLAN DE MISE EN OEUVRE.....	87
Chapitre 5 : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION ..	88
Chapitre 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	98
Chapitre 7 : PLAN DE MISE EN OEUVRE DE LA SOLUTION RETENUE.....	102
RECOMMANDATIONS.....	112
CONCLUSION.....	114
BIBLIOGRAPHIE.....	116
ANNEXES.....	121

Hommage- Dédicace et Remerciements

Au nom d'Allah, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux

qui nous a donné l'opportunité, la santé et l'énergie nécessaires pour la réalisation de ce travail. Paix et salut sur le Prophète Mohamed (S. W.S).

Je dédie ce modeste travail

- A mon feu père M. Boubacar SOUMAH

En bon père, tu t'es toujours battu pour notre avenir, pour que nous puissions aller à l'école afin d'étudier. Tu as su inculquer en nous les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse. Tu as été toujours présent pour nous en ne ménageant aucun effort, aucun sacrifice pour que nous puissions bénéficier de la meilleure éducation. Infatigable père de famille que tu avais été pour tes enfants. Dieu t'a rappelé au moment où nous avons le plus besoin de toi Je prie le bon Dieu qu'il t'accorde son paradis éternel cher papa. Ce travail est le fruit de tous les sacrifices que tu as consenti pour tes enfants. Paix à ton âme !

- A ma mère Mama Aïssata TOURE

Par ton courage, ta sagesse et ton dévouement, tu nous as entouré d'une attention et d'une affection qui nous ont toujours apporté consolation et réconfort. Mère irréprochable, tu n'as jamais cessé un instant de te soucier de notre avenir par tes multiples conseils et surtout par tes bénédictions. Les mots me manquent aujourd'hui pour exprimer ma gratitude pour tous les sacrifices que tu as consentis pour nous. Ce modeste travail est le fruit de ton humilité. Que Dieu le tout puissant t'accorde une bonne santé, une heureuse vie à nos côtés pendant longtemps. Amen !

- A mon épouse Madame SOUMAH Bintou BANGOURA,

Ce mémoire porte ton Nom, il n'est rien d'autre que le fruit de ton amour pour moi et pour notre et futurs enfants. Que Dieu te récompense pour les sacrifices consentis durant cette longue absence et que le bon Dieu veille sur notre union. Amen!

- A mon enfant Abdoulaye SOUMAH et mon Neveu Boubacar SYLLA.

Ce travail est pour vous un exemple à suivre et à dépasser. Je suis très sensible aux sentiments que vous avez témoignés à mon endroit pendant les conversations téléphoniques. Que Dieu vous oriente et vous maintienne sur le chemin de la réussite. Amen!

- A mes frères et sœurs : Idrissa, Abdoulaye, Ibrahima, M'Ballou Fatoumata et Ibrahima

SOUMAH. Votre amour et votre respect ne m'ont jamais fait défaut. Vous m'avez donné le goût de la fraternité. Votre soutien moral et matériel m'ont beaucoup servi tout au long de cette formation. Soyons d'avantage unis dans la vie pour atteindre nos objectifs.

Que Dieu le tout puissant nous accorde longue vie dans la santé. Que la sincérité avec laquelle nous nous sommes aidés demeure inébranlables. Bon courage et bonne continuation à vous tous, ce travail est aussi le vôtre.

- **A tous les autres membres de la famille.** Vous avez, tous autant que vous êtes, été pour moi des personnes exemplaires, soyez rassurés de ma profonde gratitude. Que le bon DIEU nous accorde le Paradis et exauce nos vœux. Amine !

- **A ma chère patrie la GUINEE**

Très cher pays, toi qui m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une formation et d'une éducation sûre. Tu m'as donné un trésor incommensurable.

Que le bon Dieu veille sur la Guinée et les Guinéens, qu'il nous accorde la paix, la quiétude et la prospérité pour toujours, qu'il me donne la force et le courage de te servir dignement avec loyauté et dévouement. Amine !

Je rends hommages

- **A mon Directeur de mémoire**, le Général, Professeur Boubacar WADE, professeur agrégé de Val de Grâce, ancien Directeur de l'Hôpital Principal de Dakar, Professeur associé au CESAG, pour sa disponibilité, ses qualités humaines et pédagogiques, et son amour pour le travail bien fait.

C'est grâce à votre sympathie et votre guide que ce travail a été réalisé. Que le bon Dieu vous le reconnaisse, qu'il vous accorde une longue vie dans la santé et l'énergie pour toujours partager votre savoir et savoir-faire aux futures générations. Amine !

- **A ma codirectrice de mémoire** Madame le Dr Aïssatou DIALLO, Coordinatrice du CLIN, du CHOM pour avoir accepté de codiriger ce travail avec beaucoup d'intérêt, de patience et de disponibilité. Votre sympathie, guide et conseils, m'ont encouragé à aller de l'avant dans mon travail. Je vous dois beaucoup. Que le bon Dieu veille sur vous.

- Au Docteur El hadji GUEYE, Chef de département CESAG-SANTE, Madame Mously FAYE Assistante du Chef de Département, Monsieur Prosper Koffi KOUAME, Responsable de la cellule multimédia, Monsieur Mouhamadou Catho SOW en

service au patrimoine du CESAG, le Colonel Edouard BADJI, Monsieur Moussa Sam DAFF, Monsieur Malick NIANG et à tous les formateurs et enseignants associés du CESAG pour la qualité de l'encadrement, l'assistance sociale, morale et surtout pour les sages conseils qui nous ont servi de boussole à chaque fois que des difficultés se sont présentées.

- A Madame Marie Delphine NAPEL « sœur jumelle », agent du Patrimoine, à la Direction du Capital Humain, des Ressources Matérielles et du Patrimoine du CESAG, amie des Guinéens du CESAG.

Vous êtes toujours restée à nos côtés. Votre amour, votre guide, votre gentillesse, votre soutien et votre assistance a été plus que déterminant pour l'atteinte des objectifs de notre formation. Nous vous serions reconnaissants par la grâce de Dieu. Que le bon Dieu vous le récompense. Amine !

- A mes amis stagiaires de la 29^{ème} promotion de CESAG/Santé et compatriotes Guinéens du CESAG et du Sénégal, pour les moments de labeur passés ensemble à la recherche du savoir, que le tout puissant puisse fructifier nos efforts. Amen !

Heureuse carrière à nous tous.

Nos remerciements :

- A mon Maître le Dr Labilé Togba SOUMAORO, en témoignage de ma reconnaissance pour les efforts fournis dans le cadre de mon orientation au CESAG. Je vous dis merci que le bon Dieu le rende à vos enfants.
- A Monsieur Moustapha Sylla et famille pour l'hospitalité et l'hébergement durant cette longue période de formation. Vous resterez graver dans ma mémoire pour toujours. Que le bon Dieu fasse que je sois reconnaissant et qu'il veille sur vous, amine !
- Au Professeur Charles KINKPE Médecin chef, président du CLIN du CHOM et Monsieur

Michel GERMAIN Directeur du CHOM, qui m'ont fait l'honneur d'accepter ce travail dans leur structure de santé, votre attachement à ce travail a été pour moi une grande source de motivation.

- A tout le personnel du Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte et plus particulièrement à l'équipe de la Chirurgie et les hygiénistes pour la disponibilité et la dimension humaine, garants des résultats de cette étude, je ne cesserais de vous remercier que le bon Dieu vous paie.

- A mon ami Monsieur Mansour SALL et famille à THIES, N'Deye BA et famille à Touba pour le brassage culturels et l'esprit de la Téranga que vous avez magnifié à mon égard. Que le bon Dieu veille sur vous et vos familles respectives. Amine !

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Sigles et abréviations

ABC/OBC :	Association ou Organisation à Base Communautaire
AES :	Accident d'Exposition au Sang
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANDEM :	Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
ANSD :	Agence nationale de la Statistique et de la Démographie
AP-HP :	Assistance Publique Hôpitaux de Paris
CCLIN :	Coordination nationale des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CESAG :	Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
CHLIN :	Comité d'Hygiène et de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CHOM :	Centre Hospitalier de L'Ordre de Malte
CHR :	Centre Hospitalier Régional
CHU :	Centre Hospitalier et Universitaire
CLI :	Comité de Lutte contre les Infections
CLIN :	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CNRS :	Centre National de la Recherche Scientifique
CNTS :	Centre National de Transfusion Sanguine
CONALIN :	Comité National de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CORELIN :	Comité Régional de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CVP :	Cathéters Veineux Périphériques
DAF :	Directeur des Affaires Financières
DESS :	Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées
DHP :	Direction de l'Hygiène Publique
DM :	Directeur Médical
DMS :	Durée moyenne de séjour
DPM :	Direction de la Pharmacie et du Médicament
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
ENP :	Enquête Nationale de Prévalence
ENV :	Enquête du Niveau de Vie
EOH :	Equipe Opérationnelle d'Hygiène
EOHH :	Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière

EPI :	Equipement de Protection Individuel
EPIC :	Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial
EPN :	Etablissement Public National
ESPC :	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
FCFA :	Franc de la Communauté Financière en Afrique
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
ICABMR :	Indicateur Composite de maîtrise de la diffusion des Bactéries Multi Résistantes
ICALIN :	Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales
ICALISO :	Indicateur Composite de Lutte contre les Infections du Site Opératoire
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
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INSP :	Institut National de Santé Publique
IPR :	Institut Pierre Richet
IRF :	Institut Raoul Follereau
ISO :	International Standardisation Organisation
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

OM :	Ordre de Malte
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMF :	Ordre Malte France
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
RGPH :	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RHS :	Ressources Humaines de la Santé
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 :	Tradi Praticien de Santé
UEMOA :	Union Economique Monétaire Ouest Africaine
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Listes des figures

Figure 1 : Carte du Sénégal source ANSD [57]	7
Figure 2 : Organisation du système de santé au SENEGAL [57]	13
Figure 3 : Répartition des services au C.H.O.M [15].....	17
Figure 4 : Fréquence du respect du tri des déchets souillés et non souillés au cours de l'intervention	70
Figure 5 : Taux de balayage du sol du bloc avant l'intervention.....	70
Figure 6 : Fréquence de l'essuyage humide du sol du bloc avant l'intervention.....	71
Figure 7 : Fréquence de la non-désinfection du sol du bloc avant l'intervention	71
Figure 8 : Fréquence du non désinfection du sol du bloc après l'intervention	72
Figure 9 : Taux de former en hygiène au bloc	85
Figure 10 : Taux d'accès aux matériels d'hygiène au bloc	85
Figure 11 : Le Diagramme d'Ichikawa	92
Figure 12 : Représentation des causes à l'aide du diagramme de Pareto.....	97

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Répartition du personnel du CHOM [15].....	19
Tableau 2 : Répartition des points du vote de priorisation des problèmes.....	25
Tableau 3 : Résultat du vote de priorisation des problèmes.....	26
Tableau 4 : Système de classement des recommandations consensuelles de l'OMS sur le lavage des mains.....	37
Tableau 5 : Classification des DM selon la nature du tissu avec lequel il entre en contact lors de son utilisation.....	45
Tableau 6 : Résultat des dispositifs ou matériels médicaux nettoyés avant l'intervention.....	66
Tableau 7 : Résultat des dispositifs ou matériels médicaux nettoyés après l'intervention.....	66
Tableau 8 : Résultat des dispositifs ou matériels médicaux désinfectés avant l'intervention ..	67
Tableau 9 : Résultat des dispositifs ou matériels médicaux désinfecté après l'intervention	67
Tableau 10 : Résultat des dispositifs ou matériels médicaux stérilisés avant l'intervention	67
Tableau 11 : Résultat des dispositifs ou matériels médicaux stérilisés après l'intervention	68
Tableau 12 : Résultat du temps de nettoyage des matériels médicaux utilisés au bloc	68
Tableau 13 : Résultat du temps de stérilisation des matériels médicaux utilisé au bloc.....	69
Tableau 14 : Résultat du nombre de poubelle vide avant l'intervention.....	69
Tableau 15 : Résultat du nombre de poubelle vide après l'intervention.....	69
Tableau 16 : Résultat du nombre de Nettoyage de la table opération avant l'intervention	72
Tableau 17 : Résultat du nombre de Nettoyage de la table opération après l'intervention.....	72
Tableau 18 : Résultat du nombre de désinfection de la table opératoire avant l'intervention .	73
Tableau 19 : Résultat du nombre de désinfection de la table opératoire après l'intervention .	73
Tableau 20 : Résultat du nombre de port d'EPI pendant le bio nettoyage avant l'intervention	73
Tableau 21 : Résultat du nombre de port d'EPI pendant le bio nettoyage après l'intervention	74
Tableau 22 : Résultat du nombre de lavage des mains au cours du bio nettoyage avant l'intervention	74
Tableau 23 : Résultat du nombre de lavage des mains au cours du bio nettoyage après l'intervention	74
Tableau 24 : Résultat du nombre de lavage des mains des opérateurs avant l'intervention	75
Tableau 25 : Résultat du nombre de lavage des mains des opérateurs après l'intervention	75
Tableau 26 : Résultat du nombre de lavage des mains du 1er assistant avant l'intervention ..	75

Tableau 27 : Résultat du nombre de lavage des mains du 1er assistant après l'intervention....	76
Tableau 28 : Résultat du nombre de lavage des mains du 2ème assistant avant l'intervention	76
Tableau 29 : Résultat du nombre de lavage des mains du 2ème assistant après l'intervention	76
Tableau 30 : Résultat du nombre de lavage des mains du 3 ^{ème} assistant après l'intervention .	77
Tableau 31 : Résultat du nombre de lavage des mains du 3ème assistant après l'intervention	77
Tableau 32 : Résultat du nombre de lavage des mains du 4ème assistant après l'intervention	78
Tableau 33 : Résultat du nombre de lavage des mains du 4ème assistant après l'intervention	78
Tableau 34 : Résultat du nombre de lavage des mains du 1er anesthésiste avant l'intervention	78
Tableau 35 : Résultat du nombre de lavage des mains du 1er anesthésiste après l'intervention	79
Tableau 36 : Résultat du nombre de lavage des mains du 2ème anesthésiste avant l'intervention.....	79
Tableau 37 : Résultat du nombre de lavage des mains du 2ème anesthésiste après l'intervention.....	80
Tableau 38 : Résultat du nombre de lavage des mains du 1er infirmier du bloc avant l'intervention.....	80
Tableau 39 : Résultat du nombre de lavage des mains du 1er infirmier du bloc après l'intervention.....	80
Tableau 40 : Résultat du nombre de lavage des mains du 2ème infirmier du bloc avant l'intervention.....	81
Tableau 41 : Résultat du nombre de lavage des mains du 2ème infirmier du bloc après l'intervention.....	81
Tableau 42 : Résultat du nombre de port des lunettes par l'opérateur pendant l'intervention	82
Tableau 43 : Résultat du nombre de port des lunettes par le 1er assistant pendant l'intervention.....	82
Tableau 44 : Résultat du nombre de port des lunettes par le 2ème assistant pendant l'intervention.....	82
Tableau 45 : Résultat du nombre de port des lunettes par le 4ème assistant pendant l'intervention.....	83
Tableau 46 : Résultat de la fréquence de l'information des malades sur les I.N.....	83
Tableau 47 : Répartition des enquêtés par catégorie professionnel.....	84
Tableau 48 : Répartition des enquêtés par ancienneté dans le service.....	84
Tableau 49 : Répartition des enquêtés ayant Connaissance du Protocole.....	86

Tableau 50 : Répartition des enquêtés ayant accès au Protocole	86
Tableau 51 : Répartition des enquêtés souhaitant avoir des renforcements de capacité.....	86
Tableau 52 : Répartition des points du vote de priorisation des causes.....	95
Tableau 53 : Résultat du vote de priorisation des causes.....	95
Tableau 54 : Hiérarchisation des causes priorisées par ordre de fréquence.....	96
Tableau 55 : Répartition des points du vote de priorisation des solutions.....	100
Tableau 56 : Résultat du vote de priorisation des solutions.....	101
Tableau 57 : Cadre logique	104
Tableau 58 : Plan d'action opérationnel.....	107
Tableau 59 : Chronogramme des activités (Diagramme de Gantt).....	107
Tableau 60 : Budgétisation.....	109
Tableau 61 : Plan de mise en œuvre du suivi et évaluation de la solution.....	110

Liste des annexes

Annexe 1 : Fiche d'enquête de l'étude.....	122
Annexe 2 : Procédure et protocole du centre hospitalier de l'ordre de malte (CHOM)	132
Annexe 3 : Définition des autres concepts lies a la sante et l'hygiène hospitalière.....	148
Annexe 4 : Les autres concepts lies à la démarche qualité	151

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Table des matières

Résumé.....	i
Sommaire	ii
Hommage- Dédicaces et Remerciements.....	iii
Sigles et abréviations.....	vii
Listes des figures.....	x
Liste des Tableaux.....	xi
Liste des annexes.....	xiv
Table des matières.....	xv
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE, IDENTIFICATION DU PROBLEME ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	5
Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE.....	6
1.1. Analyse de l'environnement externe.....	6
1.1.1. Présentation du Sénégal.....	6
1.1.1.1. Situation géographique.....	6
1.1.1.2. Démographie du Sénégal.....	7
1.1.2. Situation politique, administrative et économique.....	8
1.1.2.1. Situation politique.....	8
1.1.2.2. Situation administrative.....	8
1.1.2.3. Situation économique.....	9
1.1.3. Caractéristique sanitaire de la population.....	9
1.1.4. Système de santé au Sénégal.....	10
1.1.5. Politique de sante.....	13
1.1.6. Ressources humaines.....	14
1.1.7. Infrastructures, équipements et maintenance.....	14
1.1.8. Ressources financieres.....	14
1.1.9. Lutte contre les infections nosocomiales.....	15
1.2. Analyse de l'environnement interne.....	15
1.2.1. Présentation du CHOM de Dakar.....	16
1.2.1.1. Historique.....	16
1.2.1.2. Caractéristiques majeures du CHOM.....	16
1.2.1.3. Organisation générale.....	17

1.2.2.	Synthèse de l'analyse situationnelle (analyse SWOT).....	21
1.2.3.	Environnement interne	22
1.3.	Identification et priorisation des problèmes de l'étude	23
1.3.1.	Méthodes de formulation du problème	23
1.3.2.	Identification des problèmes	24
1.3.3.	Priorisation des problèmes	24
1.3.3.1.	Processus du vote pondéré	25
1.3.3.2.	Répartition des points par les participants au vote pondéré.....	25
Chapitre 2 : CADRE THEORIQUE.....		27
2.1.	Hygiène hospitalière.....	27
2.1.1.	Historique et définitions des concepts.....	27
2.1.1.1.	Historique de l'hygiène hospitalière	27
2.1.1.2.	Définition de l'hygiène, de l'hygiène hospitalière et de l'hygiène au bloc	29
2.1.2.	Chaine infectieuse ou chaine épidémiologique.....	29
2.1.3.	Les infections nosocomiales.....	30
2.1.3.1.	Définition et évolution du concept.....	30
2.1.3.2.	Agent pathogène	30
2.1.3.3.	Sources de contamination	32
2.1.3.4.	Modalité de l'infection.....	32
2.1.3.5.	Problématique de l'infection nosocomiale.....	32
2.1.3.5.1.	Incidence.....	32
2.1.3.5.2.	Coût	33
2.1.3.5.3.	Inefficacité de la lutte	33
2.1.3.5.4.	Nouvelles orientations de la lutte	34
2.1.4.	Les différents aspects de l'hygiène hospitalière.....	35
2.1.5.	La réglementation de l'hygiène hospitalière	35
2.1.5.1.	Publication des indicateurs de qualité des soins à la population	35
2.1.5.2.	Les recommandations consensuelles de l'OMS sur le lavage des mains ...	37
2.2.	Hygiène au bloc opératoire	39
2.2.1.	Présentation du bloc opératoire	39
2.2.2.	Règles d'hygiène au bloc opératoire	39
2.2.2.1.	Indications pour l'hygiène et l'antisepsie des mains dans les blocs opératoires.....	

2.2.2.2.	Les équipements de protection individuelle au bloc opératoire.....	41
2.2.2.3.	Flore microbienne sur les smartphones dans les blocs opératoires.....	44
2.2.2.4.	Traitement des dispositifs médicaux.....	45
2.3.	La démarche qualité en sante	47
2.3.1.	Concepts et principes des démarches qualités.....	47
2.3.1.1.	Historique.....	47
2.3.1.2.	Définition des concepts.....	48
2.3.1.3.	Principes essentiels de la démarche qualité	49
2.3.1.4.	Qualité et management	49
2.3.1.5.	La qualité dans les établissements de santé	50
2.3.2.	Mise en place d'un système de management de la qualité.....	51
2.3.3.	Les facteurs de réussite de la démarche qualité	51
2.3.4.	Audit clinique.....	51
2.3.4.1.	Définition et objectifs	52
2.3.4.2.	Les étapes.....	52
2.3.4.3.	Les facteurs de réussite.....	54
2.3.4.4.	Le cadre réglementaire.....	54
2.4.	Problématique de l'étude.....	56
2.4.1.	Enonce du problème.....	56
2.4.2.	Justification de l'étude	56
2.4.3.	Ampleur du problème.....	57
2.4.4.	Conséquences du problème.....	58
2.4.5.	Importance de la prise en charge du problème.....	58
2.4.6.	Importance de la prise en charge du problème.....	59
2.5.	Intérêt de l'étude.....	59
2.6.	But de l'étude	60
2.7.	Objectif de l'étude.....	61
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE DE L'ENQUETE ET PRESENTATION DES RESULTATS		62
Chapitre 3 : METHODOLOGIE		63
3.1.	Démarche préalable.....	63
3.2.	Méthodologie de l'audit clinique	63
3.2.1.	Choix du thème	63
3.2.2.	Choix des critères.....	63

3.2.3. Choix de la méthode de mesure	64
3.2.4. Recueil des données	65
3.3. Méthodes de traitement et d'analyse des données :	65
Chapitre 4 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	66
4.1. Présentation des résultats	66
4.1.1. Etats des matériels médicaux admis au bloc	66
4.1.2. Temps mis pour le nettoyage et la stérilisation des matériels médicaux admis aux blocs opératoires	68
4.1.3. Le bio nettoyage	69
4.1.4. L'hygiène des mains	75
4.1.5. Port de l'EPI au bloc opératoire	82
4.1.6. Information des malades admis au bloc sur les infections nosocomiales	83
4.1.7. Le bio nettoyage du vendredi	83
4.1.8. Connaissance du Protocole d'Hygiène au Bloc	84
4.1.9. Issu de l'observation des interventions dans les blocs opératoires du CHOM ..	86
TROISIEME PARTIE : DETERMINATION DES CAUSES IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS - PLAN DE MISE EN OEUVRE	87
Chapitre 5 : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION ..	88
5.1. Présentation des outils	88
5.2. Détermination et analyse des causes	90
5.2.1. Les causes dans la revue de la littérature	90
5.2.2. Les Causes identifiées de l'étude	91
5.3. Priorisation des causes	93
Chapitre 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	98
6.1. Identification des solutions.....	98
6.1.1. Revue de la littérature	98
6.1.2. Solutions identifiées par le groupe projet.....	98
6.2. Priorisation des solutions	98
Chapitre 7 : PLAN DE MISE EN OEUVRE DE LA SOLUTION RETENUE	102
7.1. Justification du choix de la solution.....	102
7.2. But et objectifs du projet.....	102
7.2.1. But.....	102
7.2.2. Objectif.....	102
7.3. Résultats attendus.....	104

7.4. Cadre logique	104
7.5. Plan d'action opérationnel.....	107
7.6. Budgetisation.....	108
7.7. Suivi et évaluation.....	109
7.8. Suivi et évaluation de la mise en œuvre de la solution	110
RECOMMANDATIONS.....	112
CONCLUSION	114
BIBLIOGRAPHIE	116
ANNEXES	121

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION GENERALE

Depuis l'antiquité grecque, l'hygiène est symbole de santé, sa défaillance est la cause principale de l'infection hospitalière. [1] L'hygiène n'est pas un dogme figé, mais une discipline, une maîtrise du geste, un contrôle constant de l'activité et du milieu où elle s'exerce. Sa pratique n'est pas fondée sur l'habitude et la routine mais sur le raisonnement. Il n'est pas possible de parler de qualité d'un soin qui n'intègre pas la notion d'hygiène. [2]

Le bloc opératoire étant un des principaux lieux à risque d'acquisition d'infections hospitalières et notamment d'infections du site opératoire (infections pariétales ou profondes). La prévention de ces risques passe par une politique d'hygiène rigoureuse [3]

Un bloc opératoire est une unité de soins sécurisée, organisée en dehors du flux des personnes, construit selon des normes architecturales spécifiques et dont le fonctionnement est régi par des procédures particulières.

Les dysfonctionnements au niveau des comportements du personnel, de la circulation des personnes, des patients, du matériel et des déchets peuvent être à l'origine d'infections nosocomiales.

De par leur nature même, les infections sont provoquées par de nombreux facteurs, relatifs notamment aux systèmes et procédures de soins, aux comportements humains conditionnés par des pratiques, les contraintes économiques et politiques des systèmes et des pays, et souvent par des normes et des croyances sociétales. Beaucoup de ces infections peuvent être évitées. [4] Ainsi le personnel soignant a le devoir de mettre à la disposition des malades, des soins de qualité dans une structure répondant aux normes de sécurité en matière d'hygiène hospitalière. Le taux de prévalence des infections nosocomiales, était de 13% de l'ensemble des opérés dans le monde en 2014 [3]. Aux Etats - unis, 8 à 10% de cas d'infections post - opératoires avaient été relevés [4]. La fréquence de ces infections post -opératoires varie de 6 à 10% en Europe. Au Canada, les cas d'infections survenues sur les sites opératoires étaient estimés à 10%. Une enquête du comité Technique des infections nosocomiales et infections liées aux soins (CTINILS) en France a montré sur 830 hospitaliers que le taux de prévalence des infections liées aux soins était de 6,7%. En Afrique, les politiques sanitaires sont beaucoup plus orientées sur le curatif que le préventif.

En effet les infections associées aux Soins et Services ne constituent pas souvent une préoccupation majeure car la politique sanitaire est beaucoup plus centrée sur les grandes endémies et épidémies que sur les infections nosocomiales. En 2001 au Burkina-Faso, une

étude réalisée dans le service de chirurgie et de la maternité du CHU-YO, a révélé 47 % de cas de suppuration des plaies opératoires de césariennes. Au Bénin en 2012, une étude réalisée dans les blocs opératoires du CNHU- HKM de Cotonou, a révélé une fréquence relative d'infections associées aux soins de l'ordre de 6,17%. Cette étude aurait prouvé que le matériel médicotechnique utilisé dans les blocs opératoires du CNHU-HKM serait majoritairement contaminé par les *Staphylococcus aureus* et les Entérobactéries *agglomérant*. [5].

Le bloc opératoire est une zone à haut risque dans laquelle des mesures d'hygiène stricte doivent être respectées afin de prévenir la contamination des patients et du personnel par des micro-organismes pathogènes, il ressort que les infections au bloc constituent une menace permanente et suscitent des interrogations par rapport à l'observance des précautions standards en hygiène pour la prévention des infections associées aux soins dans les blocs opératoires [5]. Au regard de toutes ces informations, confrontées à la problématique sérieuse de la sécurité des patients, il nous paraît important de faire une analyse de la qualité de l'hygiène au bloc opératoire afin de proposer des recommandations pertinentes, réalistes et consensuelles.

Ce travail sur la démarche qualité du respect du protocole d'hygiène au bloc opératoire au Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte, basé sur la méthode de résolution des problèmes, nous permettra de faire un état des lieux concernant le respect du protocole afin d'apporter des solutions à la résolution des écarts constatés.

Il a donc pour objectif général de Contribuer à l'amélioration de l'hygiène au bloc opératoire du CHOM par la mise en exécution d'une démarche qualité

Spécifiquement d'évaluer les étapes de la démarche qualité mise en place, de déterminer les principales causes de la mauvaise qualité de l'hygiène, de proposer des solutions pour leurs améliorations et formuler des recommandations.

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.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

PREMIERE PARTIE :
ANALYSE SITUATIONNELLE,
IDENTIFICATION DU PROBLEME ET CADRE
THEORIQUE DE L'ETUDE

Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE

L'analyse situationnelle est le cadre de la présentation et de la description de l'environnement externe et interne dans lequel s'inscrit notre étude.

Pour ce faire, nous avons fait la présentation du SENEGAL et de sa situation sanitaire. Ensuite, nous avons présenté le cadre de notre étude (le CHOM) et enfin identifié et priorisé les problèmes liés à cette étude

1.1. Analyse de l'environnement externe

1.1.1. Présentation du Sénégal

1.1.1.1. Situation géographique

Le Sénégal est un pays de l'Afrique de l'Ouest. Il est limité par l'Océan Atlantique à l'ouest, la Mauritanie au nord, le Mali à l'est, la Guinée Conakry et la Guinée-Bissau au sud. La Gambie forme une quasi-enclave dans le Sénégal, pénétrant à plus de 300 km à l'intérieur des terres situées entre les régions de Kaolack et de Ziguinchor, sur le cours inférieur du fleuve du même nom.

Le territoire sénégalais est compris entre 12°8 et 16°41 de latitude nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest et s'étend sur une superficie de 196.722 km². Le climat est de type désertique dans le Nord, et tropical dans le Sud avec une saison des pluies de juin à octobre et une saison sèche de novembre à juin ainsi que des alizés continentaux et des températures comprises entre 22 °C et 30 °C entre le littoral et l'intérieur du pays [48].



Figure 1 : Carte du Sénégal source ANSD [57]

Source : ANSD 2013

1.1.1.2. Démographie du Sénégal

L'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) a réalisé le Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage (RGPHAE) en 2013. Les résultats publiés ont montré que la population du Sénégal est estimée à 13.508.715 dont 49,9% d'hommes et 50,1% de femmes. Elle est caractérisée par sa jeunesse ; l'âge moyen de la population était de 22,4 ans et l'âge médian de 18,7 ans. La population rurale y apparaît plus jeune avec un âge médian se situant à 15 ans contre 21 ans en milieu urbain, reflet de l'exode rural qui concerne généralement les jeunes adultes des zones rurales. Les individus vivants en milieu rural représentaient 54,8% de l'ensemble de la population. Sur le plan de la répartition spatiale, il existe une disparité dans le peuplement des circonscriptions

administratives du pays. La région de Dakar qui représente 0,3% de la superficie nationale, avec 3.137.196 habitants, est la région la plus peuplée, alors que la région de Kédougou à l'est est moins avec 151.715 habitants. Avec une densité moyenne nationale de 69 habitants au Km², Dakar est aussi la région où la concentration du peuplement est plus accentuée avec 5.735 habitants au km² contre seulement 9 habitants au km² à Kédougou [57].

1.1.2. Situation politique, administrative et économique

1.1.2.1. Situation politique

Depuis son indépendance en 1960, le Sénégal est une république démocratique qui est passée d'un régime parlementaire (1960-1963) à un régime présidentiel à partir de 1963 puis à un régime semi-présidentiel en 2000. Les institutions de la république sont le Président de la République, l'Assemblée Nationale, le Gouvernement, le Haut Conseil des Collectivités Territoriales (HCCT), le Conseil Economique - Social et Environnemental (CESE), le Conseil Constitutionnel, la Cour Suprême, la Cour des Comptes et les Cours et Tribunaux. Dotées d'une indépendance par leur fonctionnement, ces institutions entretiennent des relations étroites. Le multipartisme est de rigueur depuis 1981 ; après les périodes de parti unique entre 1960 et 1974 et l'ouverture à trois courants politiques de 1974 à 1981. Actuellement, plus de cent partis politiques sont enregistrés officiellement [48].

1.1.2.2. Situation administrative

L'organisation administrative repose sur deux principes fondamentaux au Sénégal : la déconcentration et la décentralisation. Sur le plan de la déconcentration, depuis 2008, le Sénégal est divisé en 14 Régions à la tête desquelles se trouvent des Gouverneurs, Chefs de l'exécutif régional. Les Régions sont subdivisées en départements (45) dirigés par des Préfets, et les départements en arrondissements (117) dirigés par des sous-préfets.

Sur le plan de la décentralisation, le Sénégal est à la troisième étape depuis 2013 par l'adoption de l'acte 3 de la décentralisation consacrant la communalisation intégrale, l'érection des départements en collectivités locales et la suppression de la région en tant que collectivité locale. Cette nouvelle réforme vise à compléter certains dispositifs issus des réformes de 1972 et 1996 et en même temps à opérer de nouvelles orientations. Avec la loi n°2013-10 du 28 décembre 2013 portant Code général des Collectivités locales, le Sénégal se retrouve ainsi avec 45 Départements et 557 Communes. Le statut de Ville est maintenu pour Dakar, Pikine, Guédiawaye, Rufisque et Thiès. Avec la décentralisation, le pouvoir exécutif

entend impliquer davantage les populations, à travers les élus locaux, à la gestion de l'Etat [57].

1.1.2.3. Situation économique

Le Sénégal fait partie des pays à faible revenu dont près de 50% de sa population vit en dessous du seuil de pauvreté (170ème place à l'Indice du Développement humain du PNUD : IDH, Rapport 2016). Dans l'espace UEMOA, il enregistre les taux de croissance parmi les plus élevés (6,5% en 2015). Le produit intérieur brut (PIB) par habitant en 2015 est estimé à 567.758 FCFA soit 966 US\$ (Sources : Gouvernement du Sénégal, Communiqué de presse, 2015).

Le secteur primaire (18% du PIB), occupant 50% de la population active, bénéficie de conditions climatiques favorables depuis quelques années. Les activités du secteur secondaire (24% du PIB) sont fondées sur l'industrie liée aux phosphates (production d'engrais et d'acide phosphorique), l'exploitation de gisements miniers aurifères, la cimenterie, l'industrie agroalimentaire et les activités liées aux bâtiments-travaux publics. Le secteur tertiaire (58% du PIB) tire profit de l'excellence des infrastructures des télécommunications et de la forte rentabilité des télé-services et internet. Le tourisme est une composante non négligeable de ce secteur mais connaît, au cours des dernières années, un ralentissement à cause de facteurs exogènes (épidémie Ebola, insécurité, etc.)

L'année 2016 marque la troisième année de mise en œuvre du Plan Sénégal émergent (PSE) qui a l'ambition de mettre le Sénégal sur les rampes du développement à l'horizon 2035 dont la première phase d'évaluation est fixée en 2025. Le PSE vise à relever plusieurs défis, notamment la lutte contre la pauvreté, la création de conditions propices au développement des affaires, etc. Dans cette perspective, le Sénégal bénéficie de l'assistance technique des institutions internationales comme le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale (BM) ainsi que les partenaires techniques et financiers (PTF) comme l'Union européenne (UE), la Banque africaine de Développement (BAD) et le secteur privé national et international [48].

1.1.3. Caractéristique sanitaire de la population

Les maladies transmissibles constituent les premières causes de morbidité en termes de DALYS (années perdues corrigées au facteur d'incapacité) ; en effet, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës et le paludisme en sont les 3 premières.

Toutefois, il est à noter que le taux proportionnel de morbidité palustre a significativement diminué de 39,7% en 2000, à 3% en 2009.

La charge de morbidité liée à l'infection VIH/Sida est estimée à 44.000 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ; le nombre de décès liés au VIH/Sida est estimé à 2.400 par an (estimation pour l'année 2014) [48].

Selon les résultats de l'EDS-MICS, le taux de séroprévalence de 0,8% chez les femmes de 15-49 ans est supérieur à celui des hommes de la même tranche d'âges qui est de 0,5%. En effet, on note au Sénégal une tendance à la baisse du ratio d'infection femme/homme, qui est passé de 2,25 en 2005 (EDS IV) à 1,6 en 2010 (EDS-MICS).

La tuberculose sévit de manière endémique et constitue un problème de santé publique ; son incidence est estimée en 2015 à 139 /100000 hits et il n'existe pas de signes évidents de baisse de la morbidité. Même si le taux de succès du traitement a atteint 87%, Plus d'un tiers (1/3) des cas attendus ne sont pas diagnostiqués dans la communauté au niveau du pays.

Les maladies non transmissibles commencent à être un fardeau sanitaire important pour le système de soins. Les maladies cardiovasculaires sont devenues un véritable problème de santé publique du fait de l'augmentation de leur charge de morbidité dans tout le pays. Le taux annuel de mortalité générale, pour 1.000 habitants, a diminué de 26,1 décès en 1960 à 6,2 en 2014, soit une diminution de 74% en 54 ans. Le taux de mortalité maternelle a régressé de 42% depuis 1990 ; il était estimé à 315 décès pour 100.000 naissances vivantes pour l'année 2015 ; par ailleurs, la proportion des décès liés à la maternité parmi les décès qui surviennent chez les femmes en âge de procréer a diminué de 29,5% en 1990 à 16,3% en 2015. Le taux annuel de mortalité infantile, pour 1.000 naissances vivantes, a lui aussi diminué de 304,5 décès en 1959 à 51,5 en 2015. Il est estimé que 17% des enfants de moins de 5 ans ont une insuffisance pondérale (2013) [57].

1.1.4. Système de santé au Sénégal

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale qui comprend un niveau central, un niveau intermédiaire constitué par les Régions médicales et un niveau périphérique appelé District sanitaire. Le Sénégal compte 76 districts sanitaires qui constituent une subdivision sanitaire proche des populations.

Le district est l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire et englobe un ou plusieurs centres de santé, un réseau de postes de santé eux-mêmes supervisant les

cases de santé, les sites communautaires et les maternités rurales. Dans l'aire de responsabilité du district sanitaire on retrouve dans certains cas, des structures sanitaires privées à but lucratif ou non lucratif, des structures sanitaires d'entreprise et des structures sanitaires de garnison.

Les régions médicales, dont l'aire d'intervention correspond à celle de la Région administrative, sont au nombre de 14 et assurent la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Elles organisent la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assistent dans leurs tâches d'administration, de gestion et de planification.

Le niveau central est représenté par les services centraux du Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS). Outre le Cabinet du Ministre, il comprend le Secrétariat général et deux directions générales (Direction générale de la Santé et Direction générale de l'Action sociale) en plus des directions indépendantes et services nationaux qui leur sont liés. Les structures sanitaires du secteur public sont comme suit: 34 hôpitaux, 101 centres de santé, 1467 postes de santé, 129 maternités, et six établissements publics de santé non hospitaliers.

Le secteur sanitaire privé sénégalais comprend 555 cabinets médicaux, 59 cliniques, 570 cabinets para médicaux, 80 structures privées confessionnelles (postes de santé), 155 postes de santé privées lucratives et 950 pharmacies. Il y'a également 23 structures sanitaires d'entreprise qui assurent des prestations de soins aux employés et à leurs familles. [48].

A ces secteurs sanitaires s'ajoutent au niveau communautaire 1234 cases de santé fonctionnelle qui sont tenues par des bénévoles appelés agents communautaires de santé (ACS).

Malgré les efforts entrepris au cours des deux dernières décennies, le système de santé du Sénégal demeure confronté à un déficit important en ressources humaines. Ce déficit se pose avec plus d'acuité dans les zones rurales et les régions difficiles d'accès ou éloignées des grands centres urbains.

Les statistiques rapportent qu'il y a 1 infirmier(ère) du secteur public pour 4.183 habitants, 1 sage-femme du secteur public pour 3.946 femmes en âge de reproduction et 1 médecin, qu'il soit du secteur public ou privé, pour 10.958 habitants. Les régions de Diourbel, Kaffrine, Kolda, et Louga ont les plus faibles ratios [57].

CESAG - BIBLIOTHEQUE

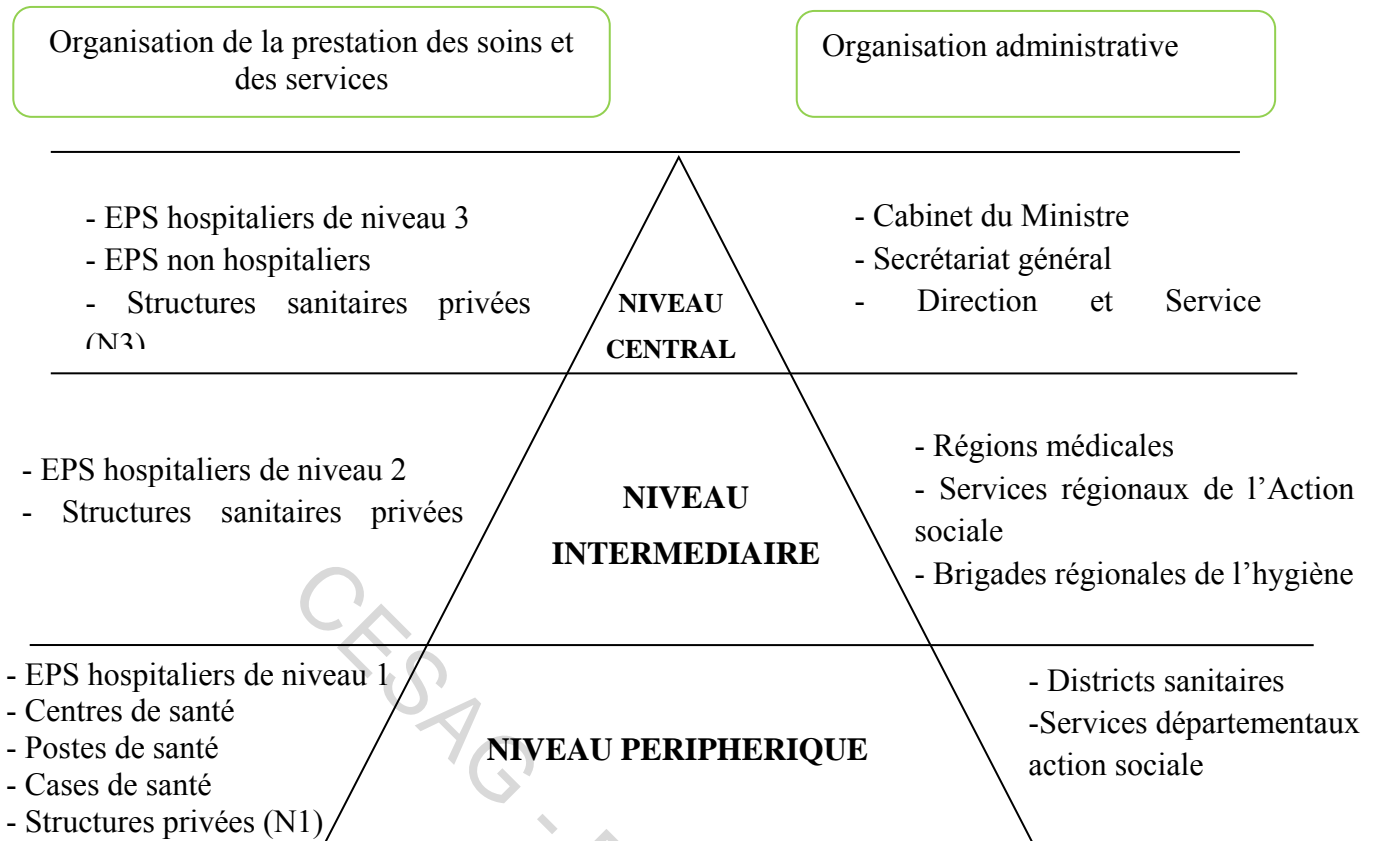


Figure 2 : Organisation du système de santé au SENEGAL [57]

Source: MSAS. Annuaire Statistique 2016

1.1.5. Politique de sante

La politique de santé trouve son fondement dans la constitution Sénégalaise qui dispose en son article 17 que : « L'Etat et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général, et en celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santés et au bien-être... ». [57].

Le Sénégal a adhéré à la plupart des politiques sanitaires adoptées sur le plan international, de la Charte africaine de développement sanitaire (CADS), à l'Initiative de Bamako en passant par les Soins de Santé primaires.

Le socle de la politique de santé reste donc les Soins de Santé Primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD hier et les Objectifs pour le Développement Durable (ODD), aujourd'hui.

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) est le référentiel en matière de santé et cadre bien avec l'axe 2 du Plan Sénégal Emergent (PSE) [48].

1.1.6. Ressources humaines

Les ressources humaines sont l'un des six piliers du système de santé. Des ressources humaines de qualité et en quantité suffisante concourent à l'amélioration de la santé. Au Sénégal, le personnel de santé en activité est encore loin de satisfaire la demande des populations, malgré les efforts consentis pour renforcer les effectifs, les indicateurs de couverture en personnel montrent qu'on est encore très loin des normes de OMS [48].

1.1.7. Infrastructures, équipements et maintenance

Une bonne prestation de service nécessite une bonne répartition des infrastructures, équipements et maintenance sur l'étendue du territoire.

En matière de couverture sanitaire, le ratio poste de santé / habitants est passé de 1 poste pour 10 851 habitants en 2011 à 1 poste pour 10 495 habitants en 2016 alors que la proportion d'infrastructures construites et équipées se situe à 50% (en dessous de la cible de 80%). L'offre de médicaments enregistre une hausse. La proportion de produits traceurs disponibles est passée de 77% en 2015 à 82% en 2016 (en dessous de la cible de 87%) [57].

1.1.8. Ressources financières

Le système de santé au Sénégal est de type bismarckien, Ainsi, participent à son financement, l'Etat (Ministère de la Santé et autres départements ministériels) ; les collectivités locales ; les ménages ; l'aide extérieure, les ONG, les entreprises et sociétés privées, les groupements associatifs. Le financement global, insuffisant, et sa répartition, peu adéquate, entraînent la pénurie de médicaments, de consommables, et démotivent autant les prestataires de services que les patients.

Au cours des dernières décennies, le niveau de ressources destinées à financer l'accès des populations aux paquets de services a augmenté progressivement. L'analyse des séries de comptes nationaux de la santé (CNS) montre une augmentation considérable des dépenses de santé qui sont passées de 245 milliards FCFA en 2005 à 431 milliards FCFA en 2013 (environ 5% du PIB), soit une augmentation de près de 76% [57].

1.1.9. Lutte contre les infections nosocomiales

Au Sénégal, la lutte contre les infections nosocomiales figure dans la politique des soins par ARRETE MINISTERIEL n° 5711MS-CAB-DES en date du 7 juillet 2004 portant organisation de la Lutte contre les Infections nosocomiales dans les établissements publics et privés participant au service public hospitalier en son

Article premier : - Il est créé un Comité national de Lutte contre les infections nosocomiales (CONALIN), présidé par le Directeur des Etablissement de Santé [56].

En son **Art. 4 :** - Il est créé au niveau de chaque région médicale un Comité Régional de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CORELIN) et au niveau de chaque établissement de santé un Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales (CLIN).

Et son **Art. 8 :** - Il est institué au sein de chaque établissement d'hospitalisation public ou privé participant à l'exécution du service public hospitalier un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN).

Le Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales est chargé de la mise en place d'une politique de lutte contre le risque infectieux dans les structures de santé. Il est consulté pour faire l'étude critique d'un programme qui lui est soumis annuellement, et de proposer éventuellement des modifications allant dans le sens d'une amélioration. Ce programme doit parvenir aux différents membres du comité au moins une semaine avant la réunion.

Le CLIN se dote de deux structures qui lui servent de moyens d'actions :

- Une Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) formée d'un microbiologiste responsable de l'équipe, du surveillant d'hygiène (chef du service de soins Infirmier) et de toute autre personne jugée utile, en particulier le médecin du travail ;
- Une commission des antibiotiques formée par le médecin référent en pathologie infectieuse, responsable de la commission, par le pharmacien hospitalier, et de toute autre personne jugée utile [56].

1.2. Analyse de l'environnement interne

L'analyse de l'environnement interne porte sur le lieu où se déroule l'étude. Le Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte de Dakar nous a servi de cadre pour la réalisation de notre étude.

1.2.1. Présentation du CHOM de Dakar

1.2.1.1. Historique

Le Pavillon de Malte, centre spécialisé dans la lutte contre la lèpre, est construit à l'initiative des Œuvres Hospitalières Françaises de l'Ordre de Malte (O.M.F). Situé dans l'enceinte du Centre Hospitalier Universitaire de FENN, il est inauguré le 15 décembre 1967 par le Président Léopold Sédar SENGHOR. En 1971, le Pavillon de Malte prend le nom d'Institut de Léprologie Appliquée de Dakar (I.L.A.D). Cette nouvelle dénomination souligne la volonté de faire de cet établissement un centre de référence national en termes de lutte contre la lèpre.

Progressivement, l'offre de soin se diversifie permettant une prise en charge de plus en plus complète de la maladie de Hansen et de ses séquelles orthopédiques invalidantes. En 2011, suite à d'importants travaux d'extension, l'établissement est rebaptisé Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte (C.H.O.M).

Aujourd'hui, le C.H.O.M est un établissement privé à but non lucratif et à vocation de santé publique travaillant en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (M.S.A.S) au service de la population sénégalaise [20].

1.2.1.2. Caractéristiques majeures du CHOM

- Le seul service curatif pour les malades atteints de la lèpre au Sénégal et dans la sous-région.
- Un des deux établissements de chirurgie orthopédique dotés d'un plateau technique et d'un équipement moderne et performant.
- Le seul établissement à pratiquer des opérations de la chirurgie orthopédique et réparatrice telles que la chirurgie de la main, du genou, des déformations de la colonne vertébrale.
- Un statut particulier d'hôpital confessionnel privé à but non lucratif à des fins de santé publique et à vocation sociale.
- Un personnel se caractérisant par son attachement à la structure et par ses compétences.
- Une gestion à taille humaine (62 Personnes, 39 lits) pour une structure originale de par son fonctionnement à vocation au profit des plus démunis.
- Un soutien financier indispensable, sous forme de subvention de l'ORDRE DE MALTE France.

- Les valeurs d'ORDRE DE MALTE

La mission du CHOM est de porter assistance et soutien aux malades y compris aux plus démunis [20].

« Je ne te demande ni ta religion ni ta couleur, dis-moi seulement quelle est ta souffrance »

1.2.1.3. Organisation générale

Dans le paysage du système de santé sénégalais, le C.H.O.M se distingue par une excellente cohérence fonctionnelle et une grande autonomie ; il est lié par convention avec le Ministère de la santé et de l'action sociale du Sénégal, ce qui lui permet d'être (plus ou moins) associé aux décisions prises par la Direction des Etablissement de Santé de ce même ministère.

Le C.H.O.M possède neuf services. Autour des deux services majeurs de médecine (léprologie et consultations de dermatologie) et de chirurgie, les unités de consultations orthopédiques et soins externes, pharmacie, kinésithérapie (rééducation fonctionnelle), laboratoire d'analyses médicales, radiologie et cordonnerie orthopédique et l'assistance sociale complètent la variété des prestations offertes aux patients. [20]

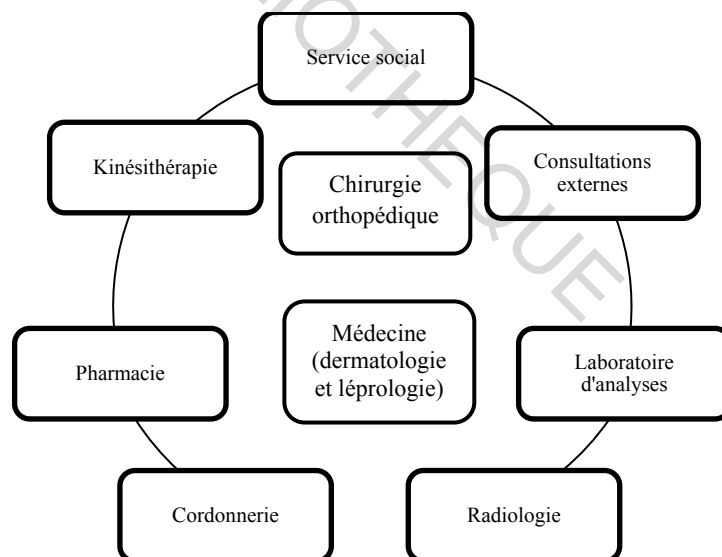


Figure 3 : Répartition des services au C.H.O.M [15]

Source : CHOM

Le C.H.O.M reçoit quotidiennement près de 300 patients en consultation. Il a une capacité de 39 lits.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

a. Ressources humaines du CHOM

Le CHOM comprend **62** membres du personnel dont :

- 10 détachés à l'administration (Direction, Finances, Comptabilité, Secrétariat, Ressources humaines)
- 15 aux moyens généraux
- 5 médecins et 1 pharmacien
- 1 secrétaire médicale
- 6 agents au bloc opératoire
- 1 vendeuse en pharmacie
- 1 technicien de maintenance hospitalière
- 15 infirmiers et aides
- 1 technicien de radiologie
- 2 kinésithérapeutes
- 2 cordonniers

Tableau 1 : Répartition du personnel du CHOM [15]

Administration		Moyens Généraux		Personnel Médical		Personnel à Caractère Médical	
Directeur	01	Conducteurs	02	Médecins dont		Secrétaire médical	01
Attachée de Direction	01	Responsable Mag. Alim	01	Chirurgiens	03	Infirmiers	12
Assistante de Direction	01	Cuisinières	04	Anesthésiste	01	Aides soignants	04
Assistante Sociale	01	Lingère	01	Dermato	01	Tech sup Anesth	01
RAF	01	Jardiniers	02	Pharmacienne	01	Tech. Labo	02
Comptable	01	Gardiens	03	TOTAL	06	Aide Labo périméd.	01
Aide comptable	01	Suppl. Gardien	01			Technicien Maint.	01
Major Administratif	01	Personnel polyvalent	01			Kinésithérapeutes	02
Caissière	01	TOTAL	15			Gypso thérapeute	01
Chef Pers et des Moy. Gén	01					Stérilisateur	01
TOTAL	10					Radio	01
						Cordonniers ortho.	02
						Vendeuse IB	01
						Brancardiers	02
						TOTAL	31

TOTAL PERSONNEL : 62



Source : CHOM

b. Fonctionnement administratif et financier

- La filiation directe avec la direction internationale d'ORDRE DE MALTE France s'évalue de prime abord en termes de **Responsabilités**. Le Directeur du CHOM est le garant du respect des valeurs de l'ORDRE SOUVERAIN DE MALTE et rend compte directement de ses décisions et de sa gestion au directeur international d'OMF.
- En second lieu, la relation avec la direction internationale de l'Ordre de Malte France s'apprécie en termes de **Gestion**. Les subventions de fonctionnement et d'investissement représentent respectivement 55% et 100% des allocations respectives.
- Par ailleurs pour toutes autres dispositions concernant la vie courante du CHOM, le directeur jouit d'une très grande autonomie. Néanmoins, le recours aux conseils et aux expertises de la DI est souvent sollicité particulièrement concernant des décisions à prendre dans le domaine hospitalier ainsi qu'administratif et financier.
- Un conseil d'administration est réuni une fois par an pour être informé de la gestion et du fonctionnement du CHOM. Ce conseil a un rôle d'ordre consultatif [15].

c. Activités

c.1. Lutte contre la lèpre : pérennité et actualité

La lutte contre la maladie de Hansen est l'activité historique du C.H.O.M. Chaque année, on déplore en moyenne 250 nouveaux cas de lèpre sur le territoire sénégalais.

La lutte contre la lèpre demeure donc une priorité.

Porte-drapeau de la prise en charge médicale des personnes atteintes de la lèpre au Sénégal, l'établissement a reçu plus de 1 500 patients en consultation au cours de l'année dernière. En 2018, 119 patients ont été hospitalisés au C.H.O.M (pour une durée moyenne de séjour de 40 jours) et 33 Interventions chirurgicales (chirurgie septique, amputations, décompression nerveuse, chirurgie de réhabilitation) ont pu être réalisées au bénéfice des patients atteints de la lèpre.

En outre, le C.H.O.M participe, chaque année, à de nombreuses missions de Prévention des Invalidités et de Réadaptation Physique (PIRP), menées sur l'ensemble du territoire sous la coordination du Plan National d'Elimination de la Lèpre (PNE) [15].

c.1. Chirurgie orthopédique : excellence et innovation

Historiquement reconnu pour son expertise dans la lutte contre la lèpre, le C.H.O.M est dorénavant figure de proue dans le domaine de la chirurgie réparatrice. Les actes les plus fréquemment pratiqués sont l'arthroscopie, la ligamentoplastie, l'ostéotomie, la pose de prothèses (hanche et genou) et la chirurgie de la main. Le C.H.O.M est, en outre, le seul établissement au Sénégal pratiquant la prise en charge des déformations de la colonne vertébrale, grâce à un plateau technique et des compétences de très haut niveau.

Chaque année les chirurgiens réalisent plus de 700 interventions (avec une moyenne de 3 interventions par jour) [15].

c.3. Lutte contre l'infection nosocomiale ou infection associée aux soins : une amélioration continue dans la qualité des soins

Le CLIN, comité de lutte contre les infections nosocomiales ou infections associées aux soins (IAS) est créé depuis 2014, pour améliorer la qualité et garantir la sécurité de la prise en charge des patients et usagers.

Sa mission principale reste de coordonner (organiser, planifier et animer) la lutte des infections associées aux soins ainsi que la gestion des risques.

C'est un comité dynamique composé d'un président, un vice-président, un coordinateur, un coordinateur adjoint et des pilotes de groupes.

Ses activités prioritaires sont : Hygiène des mains, Gestion des déchets biomédicaux, Bio nettoyage, Gestion des événements indésirables, Sous-comité 5S, Contrôle des infections sur site opératoire, Accidents avec exposition au sang (AES), Contrôle Eau du réseau et Air Ambiant des différents services [15].

Les outils, de démarche de soins et protocoles produits par le CLIN ont été présentés en **Annexe2**.

1.2.2. Synthèse de l'analyse situationnelle (analyse SWOT)

Il s'agit d'analyser les points forts et les points à améliorer du CHOM pour essayer d'en déterminer les menaces et opportunités lui permettant de mener à bien son développement.

1.2.3. Environnement interne

a. Origine interne

a.1 Force (Points forts)

- Seul établissement au Sénégal qui fait la prise en charge des déformations de la colonne vertébrale
- Possède un haut niveau de plateau technique et des compétences
- Soutien permanent de l'OMF
- Reçoit près de 300 patients en consultation quotidiennement
- Dispose d'un CLIN, comité de lutte contre les infections nosocomiales et ou infections associées au soin (IAS)

a.2 Faiblesse (points à améliorer)

- Manque de personnel
- Non-respect du calendrier de travail du CLIN
- Insuffisance d'évaluation des activités du CLIN
- Manque de politique de maintenance du flux laminaire
- Manque d'étiquetage des zones du bloc
- Absence de bulletin d'information du CLIN et de production régulière des résultats du contrôle, du suivi et évaluation dans les services ;
- Absence d'évaluation périodique des pratiques professionnelles ;
- Faible application des mesures du lavage des mains lors des soins ;

b. Origine externe

b.1 Opportunités

- La patientèle existe avec les besoins croissants
- Partenariats possible au Sénégal et à l'international
- Le Sénégal 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 ;
- Le C.H.O.M est en contractualisation avec ALIZES qui est une entreprise qui s'occupe de l'hygiène de ses locaux
- Création d'un « centre d'application et de formation »

b.2 Menaces

- Découverte d'environ 250 nouveaux cas de lèpre chaque année sur le territoire sénégalais.
- Coût élevé des implants orthopédiques
- Masse salariale élevée

1.3. Identification et priorisation des problèmes de l'étude

1.3.1. Méthodes de formulation du problème

Il existe plusieurs types d'outils de formulation et de résolution de problèmes appelés outils de la qualité permettant la détermination des causes d'un problème donné. Ces méthodes doivent être des réflexes face à tout problème posé. Ils permettent en effet d'en catégoriser les tenants et les aboutissants et de faciliter la recherche de solution.

Parmi ces méthodes nous avons :

- **Le groupe nominal**

La technique du groupe nominal (abrégée TGN) est un processus de groupe impliquant l'identification des problèmes, la production de solution, et la prise de décision. Elle peut être utilisée dans des groupes de différentes tailles, qui veulent prendre leur décision rapidement, par exemple un vote, mais qui veulent la prise en compte des opinions de chacun (par opposition au vote traditionnel, où seul le plus grand groupe est considéré). Le procédé de dépouillement est la différence. Tout d'abord, chaque membre du groupe donne son point de vue sur sa solution, accompagné d'une brève explication. Ensuite, des solutions doubles sont éliminées de la liste de l'ensemble des solutions, puis les membres procèdent alors à un classement des solutions, 1^{re}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème}, et ainsi de suite [58 ; 60].

- **Le diagramme de Pareto**

Vilfredo PARETO (1848-1923), économiste et sociologue italien, est l'inventeur de la loi qui porte son nom, encore appelé « loi 80/20 ».

- **Le diagramme d'Ishikawa**

Ce diagramme a été inventé par le Professeur Kaoru ISHIKAWA (1915-1989) « père » des cercles de qualité et grand contributeur à la dynamique du Total Quality Control (TQC) au Japon depuis les années 50.

1.3.2. Identification des problèmes

Au terme de notre séjour de stage au CHOM nous avons tenu une rencontre avec le CLIN qui nous a permis de constituer des groupes techniques nominales en vue d'identifier les causes du problème et de proposer des solutions visant à améliorer la qualité de l'hygiène au bloc.

Les problèmes suivants ont été identifiés :

- Manque de formations sur l'hygiène
- L'insuffisance de la pratique du lavage simple des mains
- Manque de vulgarisation du protocole d'hygiène au bloc
- Insuffisance d'information des malades programmés pour le bloc sur l'hygiène
- Utilisation abusive des Smartphones au bloc opératoire

1.3.3. Priorisation des problèmes

(Université-Laval, 2010-2011) [41] (COLLY, 2019)

Pour la priorisation des problèmes, l'outil utilisé est appelé « le vote pondéré ». Il se fera à travers des critères de priorisation des problèmes, à savoir : **L'ampleur, la gravité, la solvabilité**. Chaque critère est noté de 1 à 5 par les votants.

L'objectif pour nous est d'hierarchiser les problèmes constatés. Pour ce faire, nous allons procéder par une approche participative impliquant le personnel de la cellule. Chaque membre aura attribué une note aux différents critères selon son appréciation. Nous allons faire la somme des notes de chaque critère qui constitue le score final attribué à ce problème.

MÉTHODE

- Associer à chaque problème une lettre (A, B, C, D, E, F.....).
- Chacun des problèmes est pondéré en fonction des critères suivants :

Ampleur : fait allusion au niveau d'atteinte du système en place ; elle désigne la fréquence, l'incidence, la prévalence et l'étendue du problème.

Gravité : fait allusion à l'impact du problème sur le système; il s'agit de voir si c'est un problème qui entrave l'atteinte des objectifs de l'établissement ;

Solvabilité : fait allusion à la capacité à faire face au problème en (court long et moyen terme); elle désigne l'existence de solutions possibles, la volonté de la hiérarchie à mettre les moyens nécessaires à disposition pour résoudre le problème.

NB : Chaque participant doit respecter cette **échelle de pondération**, puis répartir les points sur les idées qui lui semblent importantes.

Ampleur : Grande = **5** ; Moyenne = **3** ; Faible = **1**

Gravité : Très grave = **5** ; Grave = **3** ; Pas du tout grave = **1**

Solvabilité : Grande = **5** ; Moyenne = **3** ; Faible = **1**

1.3.3.1. Processus du vote pondéré

Il consiste à associer à chaque problème une lettre (A, B, C, D, E, F.....), afin de procéder au vote pondéré.

A=Manque de vulgarisation du protocole d'hygiène au bloc

B= l'insuffisance de la pratique du lavage simple des mains

C= Manque de formations sur l'hygiène

D = Insuffisance d'information des malades programmés pour le bloc sur l'hygiène

E = Utilisation abusive des Smartphones au bloc opératoire

1.3.3.2. Répartition des points par les participants au vote pondéré

Pour sa mise en œuvre nous avons associé le personnel du CHOM membre du CLIN constitué en groupe nominal

Tableau 2 : Répartition des points du vote de priorisation des problèmes.

Problème		A	B	C	D	E
Critères Ampleur	Groupe 1	1	3	3	1	3
	Groupe 2	5	3	3	5	1
	Groupe 3	5	1	3	5	1
Gravité	Groupe 1	1	3	3	1	1
	Groupe 2	1	1	3	1	1
	Groupe 3	5	1	3	5	1
Solvabilité	Groupe 1	1	3	5	1	5
	Groupe 2	3	3	3	3	3
	Groupe 3	5	1	3	3	1

Source : Dr SOUMAH Mohamad Lamine MBA - GSS/GH 29^{ème} promotion 2018 - 2019

Après le vote des groupes, nous avons fait le total des points attribués à chaque problème et nous avons fait un classement.

Tableau 3 : Résultat du vote de priorisation des problèmes

Problèmes	Critères			Score	Rang
	Ampleurs	Gravités	Solvabilités		
A =Manque de vulgarisation du protocole d'hygiène au bloc	11	7	9	27	2 ^{ème}
B = l'insuffisance de la pratique du lavage simple des mains	7	5	7	19	4 ^{ème}
C = Manque de formations sur l'hygiène	9	9	11	29	1 ^{er}
D = Insuffisance d'information des malades programmés pour le bloc sur l'hygiène	11	7	7	25	3 ^{ème}
E = Utilisation abusive des Smartphones au bloc opératoire	5	3	9	17	5 ^{ème}

Source : Notre étude

A l'issue de ce processus d'hierarchisation, Le **C**= Manque de formations en l'hygiène nous vient en première position avec un score de 29 points, et sera considéré comme le problème prioritaire du non-respect de l'hygiène au bloc opératoire au CHOM.

Chapitre 2 : CADRE THEORIQUE

Nous parlerons de l'hygiène hospitalière, particulièrement de l'hygiène au bloc opératoire 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.

2.1. Hygiène hospitalière

2.1.1. Historique et définitions des concepts

2.1.1.1. Historique de l'hygiène hospitalière

Selon Louis Pasteur : « au lieu de s'ingénier à tuer les microbes dans la plaie, ne serait-il pas plus raisonnable de ne pas en introduire ? ». Cette réflexion teintée de bon sens devrait amener naturellement les professionnels de santé à respecter dans leurs pratiques des règles précises en matière d'hygiène. [7]

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 [39].

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

L'hygiène de l'environnement débute avec la civilisation romaine 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 [10].

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 [23].

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 [21].

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

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 [21].

En 1928, le bactériologiste britannique Alexander Fleming découvre la pénicilline [23].

Grâce 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.

L'O.M. S constate en 1979 que les infections nosocomiales constituent l'une des principales causes de mortalité et de morbidité chez les malades hospitalisés [5].

Elles contribuent aussi bien, directement ou indirectement aux énormes augmentations de dépenses sanitaires dues à l'apparition de nouveaux risques pour la santé [16].

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 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 lutte [27].

En Afrique de l'ouest, la lutte s'active avec les réformes hospitalières initiées dans les pays.

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 [21]. Au Sénégal, la loi de la réforme hospitalière a été adoptée par l'Assemblée Nationale le 12 février 1998, la lutte contre les infections nosocomiales figure dans la politique des soins depuis le 7 juillet 2004, il est créé au niveau de chaque région médicale un Comité Régional de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CORELIN) et au niveau de chaque établissement de santé un Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales (CLIN) [48].

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

2.1.1.2. Définition de l'hygiène, de l'hygiène hospitalière et de l'hygiène au bloc

a- Hygiène est la partie de la médecine qui étudie un ensemble de mesures et de moyens individuels ou collectifs, (les principes et les pratiques) destinés à prévenir les infections et l'apparition de maladies infectieuses. Elle se base essentiellement sur trois actions qui visent à préserver ou à favoriser la santé: le nettoyage, la déterision et la désinfection [5 ; 16].

b- L'hygiène hospitalière 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 [5 ; 16].

c- L'hygiène au bloc est l'ensemble des procédures destinées à prévenir et ou à limiter le nombre de micro-organismes en contact avec les prestataires et usagé, les patients, les matériels ou les surfaces du bloc opératoire, ou encore l'ensemble des mesures prises pour que les actes produit au bloc opératoire n'entraînent pas d'infections nosocomiales [5 ; 46].

Définition des autres concepts d'hygiène et de santé

Les autres concepts liés à l'hygiène hospitalière ont été définis en **Annexe 3**.

2.1.2. 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 : [43].

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

2.1.3. 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 [19].

2.1.3.1. 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 repoussée 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 [19 ; 21].

2.1.3.2. 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 développent 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 *Acineto bacter baumannii*. Les levures, les virus et les parasites sont rarement incriminés [39].

CESAG - BIBLIOTHEQUE

2.1.3.3. 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 [39].

Certaines de ces infections, en particulier parmi les infections pulmonaires et les septicémies, sont graves et peuvent entraîner la mort [4].

2.1.3.4. 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 [4].

2.1.3.5. Problématique de l'infection nosocomiale

2.1.3.5.1. Incidence

Selon l'OMS, le risque infectieux lié aux procédures de soin serait pourtant 2 à 20 fois plus important dans les pays en développement que dans les pays développés. Les infections nosocomiales touchent parfois plus d'un quart des malades soignés, avec des coûts humains et financiers majeurs [5]. 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 [40].

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 terme, notamment au niveau fonctionnel. Les séquelles observées dépendent largement de la zone anatomique touchée par l'infection. Les infections abdominales, ostéoarticulaires, 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. [21].

2.1.3.5.2. 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 [23].

2.1.3.5.3. 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 *Pseudomonasaeruginosa*, 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 *Klebsiellapneumoniae* 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 [4].

2.1.3.5.4. 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 des 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 [39].

- 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 des solutions hydro-alcooliques 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 [39].

2.1.4. 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 [19].

2.1.5. La réglementation de l'hygiène hospitalière

2.1.5.1. 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 [23].

CESAG - BIBLIOTHEQUE

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

Face au fléau mondial de l'iatrogénie, l'OMS a lancé en 2004 l'initiative « Alliance Mondiale pour la Sécurité des Patients » qui repose sur 7 domaines d'action interconnectés [5]. Les premiers efforts de ce programme ont été concentrés sur la prévention des infections nosocomiales au travers du « Défi mondial pour la sécurité des patients 2005-2006. À bonne hygiène, bons soins : un soin propre est un soin plus sûr ». Le programme vise à sensibiliser et faire collaborer l'ensemble des acteurs concernés (décideurs politiques, experts internationaux, personnels de première ligne, patients...), et ce dans tous les pays. Parmi les mesures préventives retenues l'hygiène des mains occupe une place de choix.

Depuis 2006, un programme spécifique sur la prévention des infections de site opératoire à travers le défi « *Safe surgery saves lives* » complète cette démarche. Parce que les infections nosocomiales gâchent des vies avant d'être des statistiques [23].

Tableau 4 : Système de classement des recommandations consensuelles de l'OMS sur le lavage des mains

Catégorie	Critère
IA	Fortement recommandée pour la mise en œuvre et fortement appuyée par des études expérimentales, cliniques ou épidémiologiques méthodologiquement valides.
IB	Fortement recommandée pour la mise en œuvre et appuyée par des études Expérimentales, cliniques ou épidémiologiques et une théorie fondée.
IC	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

- 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 anti microbien 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)

- 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) [5].

2.2. Hygiène au bloc opératoire

2.2.1. Présentation du bloc opératoire

Les premiers blocs opératoires sont probablement nés à la fin du XIX^{ème} siècle, à la même époque qu'une politique d'hygiène physique mentale, individuelle et collective fut mise en place [39].

Le bloc opératoire est une enceinte dédiée à des actes invasifs réalisés quelles qu'en soient la modalité et la finalité, en ayant recours aux équipements adéquats et en regroupant toutes les compétences médicales et paramédicales requises, pour assurer la sécurité des patients.

Dans cette définition, on regroupe donc :

- Les actes invasifs à but diagnostique ou thérapeutique
- Les actes accomplis à ciel ouvert, par voie endoscopique et/ou par ponction.
- L'exigence de regroupement impose l'intégration, au sein du même bloc opératoire, des actes programmés, ambulatoires et les urgences requérant est out le même équipement.

Au sein du bloc opératoire, plusieurs zones doivent être individualisées

- La zone hyper aseptique
- La zone aseptique
- La zone septique

La séparation topographique et fonctionnelle entre ces différentes zones est fondamentale [43].

2.2.2. Règles d'hygiène au bloc opératoire

Le bloc opératoire est un des principaux lieux à haut risque d'acquisition d'infections hospitalières et notamment d'infections du site opératoire (infections pariétales ou profondes) dans laquelle des mesures d'hygiènes strictes doivent être respectées afin de prévenir la contamination des patients et du personnel par des micro-organismes pathogènes. En outre, les personnes présentes en salle d'opération favorisent l'émission et la diffusion de particules d'origine diverses, dont certaines véhiculent des micro-organismes capables de contaminer la plaie opératoire [3]. Au regard de toutes ces informations, il ressort que les infections nosocomiales constituent une menace permanente et suscitent des interrogations par rapport à

l'observance des Précautions Standard en Hygiène Hospitalière pour la prévention des Infections Associées aux soins dans les blocs opératoires [38].

La prévention des infections au bloc opératoire requiert une organisation minutieuse et une bonne coordination de l'ensemble des acteurs (infirmiers, chirurgiens, anesthésistes) impliqués dans les différentes activités techniques du quartier opératoire. Parmi ceux-ci, le CLIN est l'organe légalement chargé de l'élaboration d'un règlement d'ordre intérieur (ROI) et de protocole d'hygiène du quartier opératoire [2]. Afin de minimiser les risques de contaminations et d'infections nosocomiales, il est nécessaire de multiplier et de rendre facilement accessibles les zones de lavage manuel pour diminuer la contamination manu portée, ainsi que traiter de façon adéquate l'air du bloc opératoire pour lutter contre la contamination de l'air par des particules inertes et micro-organismes.

Toutes les salles d'opération aseptiques et hyper aseptiques doivent être en hyperpression, avec ventilation d'air hautement filtré à taux de renouvellement élevé et à haut débit.

Les salles hyper aseptiques bénéficient de préférence d'un flux d'air unidirectionnel, permettant ainsi de créer un noyau aseptique du champ opératoire.

Enfin, une attention toute particulière doit être apportée à la température, au degré d'hygrométrie, à l'isolation phonique, au revêtement adapté de toutes les surfaces et à la maintenance de la salle d'opération. La propreté absolue des locaux et du mobilier doit être garantie par le respect des protocoles de bio nettoyage et de désinfection adaptés aux différents moments de l'activité : le matin, entre les interventions, en fin de journée opératoire et en fin de semaine.

Les circuits d'accès et de sortie de cette enceinte opératoire sont fondamentaux.

Plusieurs accès sont nécessaires pour les différents types d'activités :

- Accès pour malades programmés
- Accès pour les urgences
- Accès pour la chirurgie ambulatoire, avec des structures d'amont et d'aval adaptées, permettant l'accueil, la préparation, la surveillance et la sortie des patients
- Accès pour le personnel
- Accès pour le matériel

- Accès à la stérilisation. La salle de surveillance post-interventionnelle doit être située à la frontière du bloc opératoire, avec une entrée dans l'enceinte du bloc et une sortie dans le reste de l'établissement de soins [43]

2.2.2.1. Indications pour l'hygiène et l'antisepsie des mains dans les blocs opératoires

Le lavage des mains au savon et à l'eau est indiqué lorsque celles-ci sont visiblement souillées, contaminées ou souillées par des matières protéiques, du sang ou d'autres liquides biologiques, ou si une exposition à des microorganismes sporulés est fortement suspectée ou avérée ou après être allé aux toilettes. On peut avoir recours à une friction des mains avec un produit hydro-alcoolique pour l'antisepsie de routine comme alternative au lavage des mains dans les situations décrites ci-dessous :

- Avant et après le contact direct avec un patient ;
- Après avoir retiré des gants ;
- Avant de manipuler un dispositif invasif ;
- Au moment de passer d'un site contaminé à un site propre sur le corps d'un même patient au cours des soins qui lui sont prodigués ;
- Après avoir touché des objets (matériel médical compris) à proximité immédiate du patient ;

On lavera les mains au savon ordinaire ou antiseptique et à l'eau ou les frictionnera avec un produit hydro-alcoolique avant de manipuler des médicaments et de préparer des aliments ; Il est inutile de frictionner les mains avec un produit hydro-alcoolique après un lavage au savon antiseptique. Le port de gants ne dispense pas du lavage ou de la friction hydro alcoolique des mains [1 ; 43].

2.2.2.2. Les équipements de protection individuelle au bloc opératoire

- Tenue spécifique

Contrairement à la tenue de base, une tenue de bloc est conçue pour réduire la contamination de l'air de la salle d'opération par le personnel. Il s'agit d'une tenue de base renforcée par des éléments spécifiques :

- Pyjama (tunique à manches courtes) rentrée dans le pantalon, sans poches, ni revers, ni ceinture, ni boutons. Les bas du pantalon sont resserrés ;

- Casaque chirurgicale stérile à manches longues serrées aux poignets et couvrant les chevilles
- Cagoule chirurgicale ; Coiffe la plus couvrante possible (pas de frange sur le front) de type cagoule chirurgicale en non tissé ou charlotte ;
- Gants stériles ;
- Chaussures spécifiques ;
- Lunettes de protection ou masque à visière (si nécessaire) ;
- Masque chirurgical couvrant le nez, la bouche, le menton.
- Usage

Le terme usage unique est souvent associé au terme de non tissé. Il s'agit d'un produit qui, une fois utilisé, est mis dans le circuit des déchets. Ce type de tissu peut constituer les tenues spécifiques et notamment celles du bloc obstétrical. Les gants, les masques, les sur blouses et les coiffes sont des tenues destinées à réaliser une protection complémentaire. Elles ont pour objectif, dans certaines situations, de protéger le patient lors d'actes invasifs ou le personnel lorsqu'il est exposé à un risque infectieux. Le choix de ces tenues doit être effectué en fonction des activités pratiquées dans les différents secteurs des établissements de soins.

Les gants : Le port de gants est indiqué dans certaines situations à risque pour la protection du personnel et des patients (personnel des unités de soins et des services de stérilisation, du bloc opératoire, du laboratoire...)

Le port des gants est impératif chaque fois qu'il existe un risque de contact avec du sang ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du patient, notamment :

- A l'occasion de soins à risque de piqûre (hémoculture, pose et dépose de voie veineuse, champs implantables, prélèvements sanguins...)
- Lors de la manipulation de tubes de prélèvements biologiques, linge et matériel souillés... ;
- Lors d'opérations de nettoyage et de désinfection ;
- En présence d'une lésion cutanée même minime, le soignant doit porter des gants dans toutes les situations. Pour la protection des patients, les gants utilisés lors des actes suivants doivent être stériles :
- Lors de la réalisation d'actes invasifs ou de type chirurgical ;
- Lors de préparations spécifiques (nutrition entérale, cytostatiques...)
- Lors de certaines opérations de désinfection (haut niveau).

L'utilisation des gants est déterminée en fonction de plusieurs facteurs : efficacité (barrière aux virus), conservation de la dextérité, solidité, durabilité et enfin innocuité (certains matériaux comme le latex peuvent être responsables d'allergies). Il est important de choisir une hauteur de manchette adaptée au type de protection souhaitée.

Le coût de certaines matières peut orienter vers certains choix. Les différents types de gants rencontrés sont en latex ; vinyle ; néoprène ; polyéthylène ; nitrile ; polychlorure de vinyle (PVC) ; caoutchouc (gants de ménage) ; matériaux spécifiques pour assurer la sécurité (services techniques).

Les masques : Le port du masque est indiqué dans certaines situations à risque pour la protection du personnel des unités de soins et des services de stérilisation, bloc opératoire, laboratoire... :

- Lorsqu'il est atteint d'une infection rhino-pharyngée ;
- Lors de la réalisation de pansements septiques ;
- Lors d'un isolement protecteur (patient brûlé, immunodéprimé...) ;
- Lors d'un isolement respiratoire (tuberculose, varicelle, zona...) ;
- Lors de préparations spécifiques (nutrition entérale, chimiothérapie...) ;
- Lors d'exams et de soins à risque de projections ou d'aérosolisation (opérations de désinfection ; endoscopie, aspirations...).
- Des visiteurs, lors d'un isolement de type « air » (respiratoire) ou d'un isolement protecteur;
- Des patients en cas de sortie du secteur d'isolement septique de type « air » (respiratoire).

Plusieurs critères vont déterminer le choix d'un masque en fonction de l'usage souhaité et des risques encourus.

Les différents types de masque utilisables au bloc opératoire sont :

- Les masques standards : de soins et de chirurgie (à visière, antibuée, sans visière...). Ils filtrent respectivement des particules de 4 μ m et 3 μ m et ne sont pas imperméables aux liquides ;
- Les masques anti projections : équipés d'un filtre en polyéthylènes sont imperméables aux liquides et filtrent les particules de 1micron ;
- Les chaussures et les sur-chaussures.

Les chaussures doivent être adaptées aux conditions de travail et conformes aux prescriptions du service.

- Les chaussures de travail doivent être fermées et silencieuses ;
- Les sur-chaussures appartiennent plus à un rituel de l'asepsie qu'à une démonstration scientifique. L'utilisation routinière de sur-chaussures dans les locaux du bloc est largement répandue.

L'extension fréquente de cette dernière mesure à d'autres services à risque infectieux moins élevé, et/ou lors de la mise en place d'isolement, ou à d'autres secteurs interpelle encore d'avantage. Les sur-chaussures ne protègent pas les sols, n'ont pas d'influence sur l'aérobiocontamination, et n'ont jamais fait diminuer les taux d'infections associées aux soins.

L'utilisation des sur-chaussures est un rituel inutile et coûteux [10 ; 29 ; 36].

- Les sur-blouses

Si les soins ou manipulations exposent à un risque de projection de sang ou d'autres produits d'origine humaine, le port d'une sur blouse est requis.

Le textile et la longueur des manches devront être spécifiés. Les surblouses seront changées systématiquement.

- Les coiffes

Elles sont portées systématiquement dans tous les secteurs du bloc charlotte à usage unique recouvrant l'ensemble de la chevelure (pas de frange sur le front), et lors de la réalisation d'actes chirurgicaux, le choix doit porter sur une coiffe de type cagoule chirurgicale.

NB : La surblouse, le masque, la coiffe font partie de la tenue à revêtir lors des visites ou d'interventions techniques dans les secteurs du bloc opératoire, et la stérilisation [10].

2.2.2.3. Flore microbienne sur les smartphones dans les blocs opératoires

L'utilisation des Smartphones numériques personnels est de plus en plus commune au sein des établissements de soins, jusque dans les salles de blocs opératoires. Leur usage dans le cadre d'une activité médicale présente de multiples intérêts: prise de photos, documentation médicale via des documents enregistrés ou téléchargés sur Internet, communications professionnelles [22].

Mais les études rapportent que 5 à 21 % des téléphones mobiles de personnels soignants sont un réservoir de bactéries potentiellement source d'infection nosocomiales. Récemment, Morvai et al [22] ont fait une revue de la littérature portant sur 30 articles entre 2004 et 2014. Les taux de contamination des Smartphones variaient de 40 à 100%. Les Staphylococcus à coagulase négative et les Staphylococcus aureus étaient les germes les plus fréquents dont une partie était méticilline résistant (allant de 10 à 95,3%). Malgré ces données, il n'existe pas de recommandations concernant l'utilisation et la décontamination des téléphones portables au bloc opératoire ou plus généralement dans un établissement de soin [22].

2.2.2.4. Traitement des dispositifs médicaux

L'environnement inanimé tel que les dispositifs médicaux (DM), surfaces, air... constitue un réservoir ou une source de micro-organismes qui peuvent être à l'origine d'infections nosocomiales. La transmission de l'infection est soit directe dans le cas des instruments contaminés, soit indirecte lorsqu'elle est aéro ou manuportée à partir de surfaces contaminées. L'infection nosocomiale peut toucher les patients mais aussi le personnel exposé à cet environnement contaminé. La réduction de ce risque infectieux repose sur la mise en œuvre, par du personnel formé, de procédures d'entretien rigoureuses et validées. Parmi ces procédures, la stérilisation et la désinfection représentent deux moyens efficaces pour l'élimination des microorganismes pathogènes présents sur le matériel médicochirurgical et évite leur transmission par ce matériel. Le critère de choix entre la stérilisation et la désinfection repose sur l'évaluation du risque infectieux.

Trois niveaux de risque infectieux sont définis en fonction de la nature du tissu avec lequel le DM entre en contact lors de son utilisation, auxquels correspondent des niveaux de traitement précis [1].

Tableau 5 : Classification des DM selon la nature du tissu avec lequel il entre en contact lors de son utilisation

Site anatomique de destination des DM	Classe du DM	Type de procédé	Exemples
Cavité stérile Système vasculaire	Critique	Stérilisation où à défaut désinfection de haut niveau	Instruments chirurgicaux Arthroscopies Matériel de coeliochirurgie
Muqueuse Peau lésée superficiellement	Semi critique	Désinfection de niveau intermédiaire	Endoscope digestif où Bronchique
Contact avec une peau saine	Non Critique	Désinfection de bas	Pousse seringue garrot

sans contact avec le patient		niveau	Appareil à tension
------------------------------	--	--------	--------------------

Source : [1].

CESAG - BIBLIOTHEQUE

2.3. La démarche qualité en sante

2.3.1. Concepts et principes des démarches qualités

2.3.1.1. Historique

La qualité est devenue une discipline d'étude et d'action avec la révolution industrielle à la fin du XIX^{ème} 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 qualités 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 [12 ; 26].

2.3.1.2. 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 [12 ; 26].

- Démarche qualité

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

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 [26].

- **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 [12].

- **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 [12].

- **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 [26].

- **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 4**.

2.3.1.3. 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 [26].

2.3.1.4. 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) [26]. 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 [26].

2.3.1.5. La qualité dans les établissements de santé

Ces acquis méthodologiques sont applicables à tous les secteurs d'activités. 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 de nombreux processus, en partie non standardiser 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 [12 ; 26].

2.3.2. 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 [26].

2.3.3. 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 [26].

2.3.4. 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 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 [26]. L'arrivée des démarches qualités 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 [12]. L'audit clinique est l'une des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles en santé, traduisant ainsi l'intérêt de ce chapitre.

2.3.4.1. 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 [12 ; 26].

2.3.4.2. Les étapes

Six étapes essentielles sont à décrire dans l'audit clinique [12 ; 26] :

- **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 [12].

- **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 qualités ; 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 identifiée [12].

- **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 ou non - vrai ou 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 [12].

- **Le recueil des données**

L'objectif de l'étape est de mesurer les critères qualité dans les faits. 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 [12].

- **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 [12].

- **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.

2.3.4.3. 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) [12].

2.3.4.4. 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 [26].

CESAG - BIBLIOTHEQUE

2.4. Problématique de l'étude

La mauvaise qualité de l'hygiène au bloc 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, le surcoût lié à la prise en charge des 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 [4].
- 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
- 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. [4].

2.4.1. Enonce du problème

L'hygiène est un ensemble des mesures destinées à prévenir les infections et l'apparition de maladies infectieuses. C'est un moyen visant à assurer le bien-être physique, mental de l'individu et à faciliter la bonne utilisation des produits.

Les progrès de la chirurgie, de l'anesthésie et des techniques de réanimation, l'utilisation des antibiotiques, les techniques de stérilisation et d'antisepsie ont contribué à une diminution spectaculaire de l'incidence des infections postopératoires ; Cependant, L'hygiène au bloc opératoire reste encore un enjeu important de santé publique.

Une bonne hygiène au bloc opératoire permet de limiter la survenance des infections liées aux activités de soins produites au bloc [10].

2.4.2. Justification de l'étude

Nous avons choisi d'étudier le problème du respect de l'hygiène dans le milieu des blocs opératoires, lieux qui doivent être particulièrement protégés de l'introduction de germes pathogènes quand on connaît la vulnérabilité du patient opéré et la gravité des infections du site opératoire. Par ailleurs, l'hygiène hospitalière reste un indicateur de qualité des établissements.

De plus, il nous semble intéressant de nous pencher sur les professionnels de ce secteur dans la mesure où ceux-ci ont fait un effort volontaire de spécialisation pour y travailler et ceci malgré les règles et contraintes à priori acceptées qui s'y rattachent. Souvent considéré comme un « vase clos », un bloc opératoire est en réalité un système ouvert protégé par des zones de pénétration et par des règles d'hygiène et de fonctionnement qui visent à garantir la sécurité de l'acte opératoire. Cette protection rapprochée du malade consiste à « filtrer » les entrées et les sorties des usagers et du matériel par une série de « sas » : entrée et sortie des opérés et du personnel, vestiaires, déshabillage, tenues obligatoires, attitudes et comportements adaptés, mais aussi déconditionnement du matériel qui vient de l'extérieur, nettoyage et décontamination des équipements, filtration de l'air et de l'eau. Pour permettre à cette enceinte protégée de fonctionner avec ces contraintes, elle est construite selon une architecture spécifique et elle est régie par des procédures. Ces dispositions ne garantissent pas à elles seules la qualité des actes qui y sont effectués. En effet, les comportements, la circulation des personnes, des malades, des matériels et des déchets peuvent être à l'origine, même dans le bloc opératoire le mieux conçu, des dysfonctionnements en matière d'hygiène dont les conséquences peuvent être l'infection nosocomiale. [53]

2.4.3. Ampleur du problème

La fidélisation de la clientèle passe obligatoirement aujourd'hui par l'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux moyennant entre autres la promotion de l'hygiène hospitalière. Certes l'hygiène ne suffit pas à elle seule à guérir le malade mais elle évite les conséquences de l'infection qui sont causées le plus souvent par l'absence de rigueur plus que par le manque de moyens. Vu que les infections nosocomiales constituent une cause majeure de complication des soins de santé, avec comme impact une augmentation de la mortalité et de la morbidité, une prolongation de l'hospitalisation et une majoration importante des coûts de santé.

Vu le rôle que peut jouer le comité de lutte contre les IN dans le renforcement du programme opérationnel d'hygiène hospitalière pour prévenir ces infections.

Vu qu'il n'y a pas eu d'étude évaluative du CLIN depuis sa mise en œuvre au CHOM.

Au niveau du bloc opératoire du Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte, des souhaits sont exprimés pour mener une audite clinique afin d'évaluer la pratique du protocole d'hygiène au bloc [47].

2.4.4. Conséquences du problème

La mauvaise pratique de l'hygiène au bloc opératoire peut être à l'origine d'une suppuration et d'autres infections parfois dramatiques. Le CHOM de par sa position de Centre de référence dans la prise en charge des pathologies orthopédiques, joue un rôle important dans la sous-région ouest Africaine.

Le problème de l'insuffisance de la qualité de l'hygiène, spécifiquement du non-respect du protocole d'hygiène au bloc peut être dramatique tant pour le centre, que pour les patients. Ainsi, les malades sortis ou transférés vers d'autres pays, peuvent toujours courir le risque d'infections du fait de leur passage au CHOM.

Un malade qui décède peut l'être du fait d'une infection associée au non-respect d'hygiène 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 l'équipe du CLIN du CHOM. De plus, cette mauvaise qualité de l'hygiène au bloc 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.

2.4.5. Importance de la prise en charge du problème pour le gestionnaire

Pour le Gestionnaire et l'hygiéniste, plusieurs raisons doivent justifier l'importance d'une bonne amélioration de l'hygiène au bloc opératoire. Parmi celles-ci :

- L'importance de la sécurité des patients, qui doit conduire l'hôpital à se préoccuper de la prévention au travers d'une meilleure gestion de leur risque ;
- Le coût de prise en charge des conséquences associées à ces risques. Dans plusieurs pays, les hôpitaux payent une prime d'assurance et celle-ci est de plus en plus chère. Ainsi, d'un point de vue médico-légal, en France, la jurisprudence présume la faute de l'hôpital lorsqu'une infection nosocomiale est découverte dans ses locaux mais autorise ce dernier à apporter la preuve qu'il a mis tout en œuvre pour éviter la contamination. Il est donc important qu'à tout moment un établissement hospitalier puisse présenter un dossier complet relatif aux méthodes de stérilisation et plus généralement aux dispositifs mis en place pour contrôler voire éradiquer les infections nosocomiales. Il va de soi que le comité de lutte contre les infections nosocomiales est, dans ce genre de situation, un outil de première main [10].

2.4.6. Importance de la prise en charge du problème pour le malade

La prise en charge de ce problème est d'une importance sociale et vitale pour le malade, une importance économique et des honneurs pour CHOM. 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 [19]. 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, 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 [19].

En Afrique, l'insuffisance de données statistiques ne nous permet pas de dire avec exactitude combien les IN coûtent à nos Etats. Cependant, une étude montre que les infections liées au non-respect d'hygiène au bloc couleraient par an en Afrique subsaharienne, environ 45 milliards de franc CFA et 180 milles morts [38].

2.5. Intérêt de l'étude

➤ Pour le Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte

- Cette étude permet de contribuer à l'amélioration de la démarche qualité du protocole d'hygiène au bloc opératoire du CHOM
- Elle permet aussi de renforcer le comité de lutte contre les IN notamment

➤ Pour le CESAG :

Elle permet à l'institution d'enrichir ses données à la Bibliothèque et de faire sa promotion

➤ Pour le stagiaire

- Cette étude permet de 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 de démarche qualité, d'hygiène hospitalière d'identification et analyse des problèmes de santé ; la méthode de résolution des problèmes... - Cette étude permet de répondre aux exigences du CESAG qui consiste à faire la rédaction d'un mémoire pour l'obtenir du diplôme de MBA-GSS.

2.6. But de l'étude

Promouvoir la démarche qualité à travers l'hygiène au bloc opératoire

CESAG - BIBLIOTHEQUE

2.7. Objectif de l'étude

➤ Objectif général

Contribuer à l'amélioration de l'hygiène au bloc opératoire du CHOM par la mise en exécution d'une démarche qualité

➤ Objectifs spécifiques

1. Evaluer les étapes de la démarche qualité mise en place pour l'obtention d'une meilleure hygiène au bloc opératoire du CHOM ;
2. Déterminer les principales causes de la mauvaise qualité de l'hygiène au bloc opératoire du CHOM;
3. Proposer une solution pour l'amélioration de la qualité de l'hygiène au Bloc opératoire du CHOM.
4. Formuler des recommandations.

DEUXIEME PARTIE :
METHODOLOGIE DE L'ENQUETE ET
PRESENTATION DES RESULTATS

Chapitre 3 : METHODOLOGIE

Dans ce chapitre, nous avons décrit la démarche préalable, 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.

3.1. Démarche préalable

Pour mener à bien cette étude, nous avons utilisé la méthode de résolution des problèmes et une enquête d'audit clinique a été réalisée.

A notre arrivée au CHOM, nous avons eu un entretien avec le médecin chef de la chirurgie qui, vue la pertinence du thème nous a proposé la responsable du CLIN pour assurer la codirection du mémoire afin de faciliter l'enquête. Ainsi, une séance de travail avec la codirectrice du mémoire a eu lieu, au cours de cette séance, des partages d'informations ont été fournis sur les outils de résolution de problème, la méthodologie de la démarche de l'audit clinique et il a été mis à notre disposition les différents protocoles d'hygiène du centre dans lesquels figurait le protocole d'hygiène du bloc dont l'audit a porté. C'est ainsi que notre thème d'étude a été retenu comme problème par le CHOM.

3.2. 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.

3.2.1. Choix du thème

- L'identification du thème

Le choix du thème a été fait en commun accord avec le directeur de mémoire puis proposé à la codirectrice, qui est la coordinatrice du CLIN du CHOM

3.2.2. Choix des critères

Dans l'élaboration des critères d'évaluation de la démarche qualité de l'hygiène au bloc du CHOM, nous nous sommes basés sur le protocole d'hygiène du bloc opératoire du CHOM élaboré par l'équipe du CLIN

3.2.3. 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 mixte qualitative et quantitative de type transversal portant sur :

- L'observation directe de la pratique sur le respect du protocole d'hygiène au bloc du CHOM avant, pendant et après chaque intervention.
- Un entretien avec les prestataires et usagés du bloc sur la connaissance et l'application du protocole d'hygiène du bloc opératoire du CHOM

- **L'évaluateur (enquêteur)**

Il a été décidé, par la direction du mémoire, que le stagiaire du CESAG soit l'évaluateur, étant personne étrangère au service, pour garantir l'objectivité, la fiabilité de la mesure et de la qualité des données.

- **Les sources de données**

Les sources de données de notre travail sont basées sur l'observation directe des pratiques d'hygiène au bloc opératoire et l'entretien avec les prestataires et usagés du bloc.

- **Population d'étude**

La population de l'étude est constituée par les actes des prestataires et usagés du bloc opératoire du CHOM

- **Les critères d'inclusion**

Ont été inclus dans cette étude toutes les démarches où l'hygiène doit être appliquée au bloc comme décrits dans le protocole

- **Les critères de non-inclusion**

N'ont pas été inclus dans l'étude

- Toutes les démarches où l'hygiène a été appliquée hors du bloc et non décrits dans le protocole.
- L'entretien des personnels des autres services

- **Taille de l'échantillon**

La taille de l'échantillon de l'étude a été le nombre d'intervention observée durant la période d'enquête qui s'élevait à 61 interventions et le nombre de prestataire et usagé du bloc était à 19 personnes

- **La durée de l'étude**

La durée de l'étude était de 3mois et 3semaines

- **Déroulement de l'étude**

Identification des causes, solutions : **3** jours

Analyse, interprétation des données : **1** semaine

Rédaction du mémoire **2** mois

Collecte : **1** mois **2** semaines

- **1** semaine d'observation et confection des Fiche d'Enquête
- **1** mois d'enquête et de collecte des données
- **1** semaine d'observation en chirurgie pour constater la préparation et la réception des malades après le bloc
- **1** semaine d'observation en consultation externe pour constater l'état des pansements des malades opérés dont l'enquête à portée

3.2.4. Recueil des données

Les fiches d'enquête ont été élaboré à partie des protocoles d'hygiène du bloc du CHOM qui ont porté sur les démarches d'hygiène produite avant, pendant et après les interventions au bloc et les démarche d'hygiène produite hebdomadairement.

Une fiche de questionnaire portant sur la connaissance du protocole d'hygiène au bloc opératoire.

3.3. Méthodes de traitement et d'analyse des données :

Les données ont été saisies sur Word et Excel 2016 et l'analyse des données faite sur le logiciel Sphinx et Excel.

Chapitre 4 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

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

4.1. Présentation des résultats

Du 29 juillet au 28 août 2019, 61 interventions chirurgicales ont été colligées, dans les 2 blocs opératoires

4.1.1. Etats des matériels médicaux admis au bloc

Tableau 6 : Résultat des dispositifs ou matériels médicaux nettoyés avant l'intervention

Nettoyage	Nombres	Fréquences
Non réponse	3	4,9%
Oui	58	95,1%
Non	0	00%
Total observé	61	100%

Source : Notre étude

Tableau 7 : Résultat des dispositifs ou matériels médicaux nettoyés après l'intervention

Nettoyage	Nombres	Fréquences
Non réponse	6	9,8%
Oui	55	90,2%
Non	0	00%
Total observé	61	100%

Source : Notre étude

Les matériels médicaux admis aux blocs opératoires ont été nettoyés avant 58 interventions et nettoyés après 55 interventions les non réponses représentent des interventions au cours desquelles les matériels n'ont pas été utilisés ; ces interventions sont les simples plâtrages.

Tableau 8 : Résultat des dispositifs ou matériels médicaux désinfectés avant l'intervention

Désinfection	Nombres	Fréquences
Non réponse	6	9,8%
Oui	55	90,2%
Non	0	0,0%
Total observé	61	100%

Source : Notre étude

Tableau 9 : Résultat des dispositifs ou matériels médicaux désinfecté après l'intervention

Désinfection	Nombres	Fréquences
Non réponse	6	9,8%
Oui	55	90,2%
Non	0	0,0%
Total observé	61	100%

Source : Notre étude

Les matériels médicaux admis aux blocs opératoires ont été désinfectés avant 55 interventions et désinfectés après 55 interventions les non réponses représentent des interventions au cours desquelles les matériels n'ont pas été utilisés ; ces interventions sont des simples plâtrages et les infiltrations rachidiennes.

Tableau 10 : Résultat des dispositifs ou matériels médicaux stérilisés avant l'intervention

Désinfection	Nombres	Fréquences
Non réponse	6	9,8%
Oui	55	90,2%
Non	0	0,0%
Total observé	61	100%

Source : Notre étude

Tableau 11 : Résultat des dispositifs ou matériels médicaux stérilisés après l'intervention

Désinfection	Nombres	Fréquences
Non réponse	6	9,8%
Oui	55	90,2%
Non	0	0,0%
Total observé	61	100%

Source : Notre étude

Les matériels médicaux admis aux blocs opératoires ont été stérilisés avant 55 interventions et stérilisés après 55 interventions les non réponses représentent des interventions au cours desquelles les matériels n'ont pas été utilisés ; ces interventions sont les simples plâtrages et les infiltrations rachidiennes.

4.1.2. Temps mis pour le nettoyage et la stérilisation des matériels médicaux admis aux blocs opératoires

Tableau 12 : Résultat du temps de nettoyage des matériels médicaux utilisés au bloc

1 : 30mn	14 : 30mn	26 : 30mn	40 : 30mn	51 : 10mn
2 : 3mn	15 : 30mn	27 : 1h	41 : 30mn	52 : 30mn
3 : 40mn	16 : 20mn	20 : 1H	42 : 45mn	53 : 30mn
4 : 30mn	17 : 20mn	31 : 45mn	43 : 10mn	54 : 1h
5 : 45mn	18 : 40mn	32 : 45mn	44 : 45mn	55 : 15mn
6 : 45mn	19 : 45mn	33 : 30mn	45 : 30mn	56 : 20mn
7 : 45mn	20 : 45mn	35 : 30mn	46 : 45mn	57 : 30mn
8 : 45mn	21 : 45mn	36 : 1h	47 : 1h	58 : 30mn
9 : 10mn	22 : 30mn	37 : 45mn	48 : 45mn	59 : 30mn
10 : 10mn	23 : 30mn	38 : 1h	49 : 10mn	60 : 15mn
13 : 45mn	24 : 15mn	39 : 1h	50 : 30mn	61 : 15mn
				d><td>100%

Source : Notre étude

Tableau 13 : Résultat du temps de stérilisation des matériels médicaux utilisé au bloc

1 : 1h	16 : 35mn	30 : 45mn	42 : 45mn	53 : 30mn
2 : 45mn	17 : 35mn	31 : 45mn	43 : 45mn	54 : 45mn
3 : 33mn	18 : 35mn	32 : 45mn	44 : 45mn	55 : 30mn
4 : 35mn	19 : 45mn	33 : 30mn	45 : 30mn	56 : 30mn
5 : 1h	20 : 45mn	35 : 45mn	46 : 45mn	57 : 45mn
6 : 1h	21 : 45mn	36 : 45mn	47 : 45mn	58 : 45mn
7: 45mn	22 : 45mn	37 : 45mn	48 : 45mn	59 : 35mn
8 : 45mn	23 : 45mn	38 : 1h	49 : 30mn	60 : 45mn
9 : 45mn	24 : 30mn	39 : 45mn	51 : 30mn	61 : 30mn
10 : 38mn	26 : 30mn	40 : 45mn	52 : 30mn	d><td>100%
15 : 45mn	27 : 45mn	41 : 45mn	50 : 40mn	

Source : Notre étude

Le temps de nettoyage a varié entre 10minutes à 1heure et le temps de stérilisation de 30 minutes à 1heure.

4.1.3. Le bio nettoyage

Tableau 14 : Résultat du nombre de poubelle vide avant l'intervention

Poubelle vide avant l'intervention	Nombres	Fréquences
Oui	55	90,2%
Non	6	9,8%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Tableau 15 : Résultat du nombre de poubelle vide après l'intervention

Poubelle vide après l'intervention	Nombres	Fréquences
Oui	54	88,5%
Non	7	11,5%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Pendant les 61 interventions les poubelles ont été vidées avant 55 interventions et vidées après 54 interventions par contre elles n'ont pas été vidées avant 6 interventions et n'ont pas été vidées après 7 interventions.

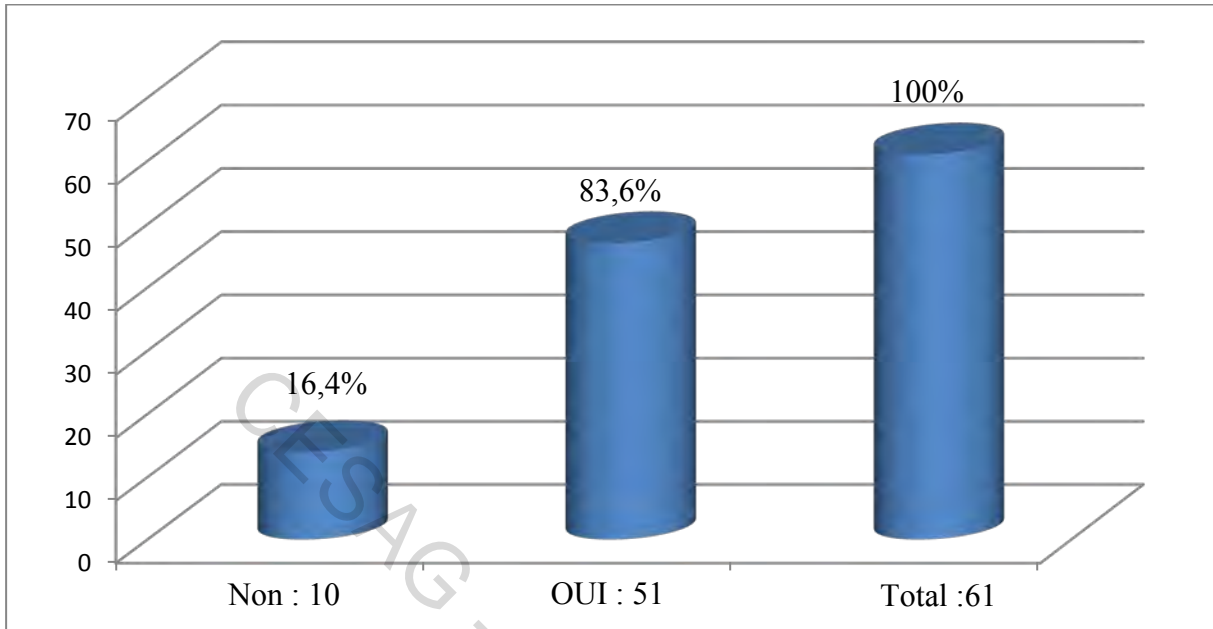


Figure 4 : Fréquence du respect du tri des déchets souillés et non souillés au cours de l'intervention

Source : Notre étude

Au cours des interventions le tri des déchets souillés et non souillés n'a pas été respecté lors de 10 interventions

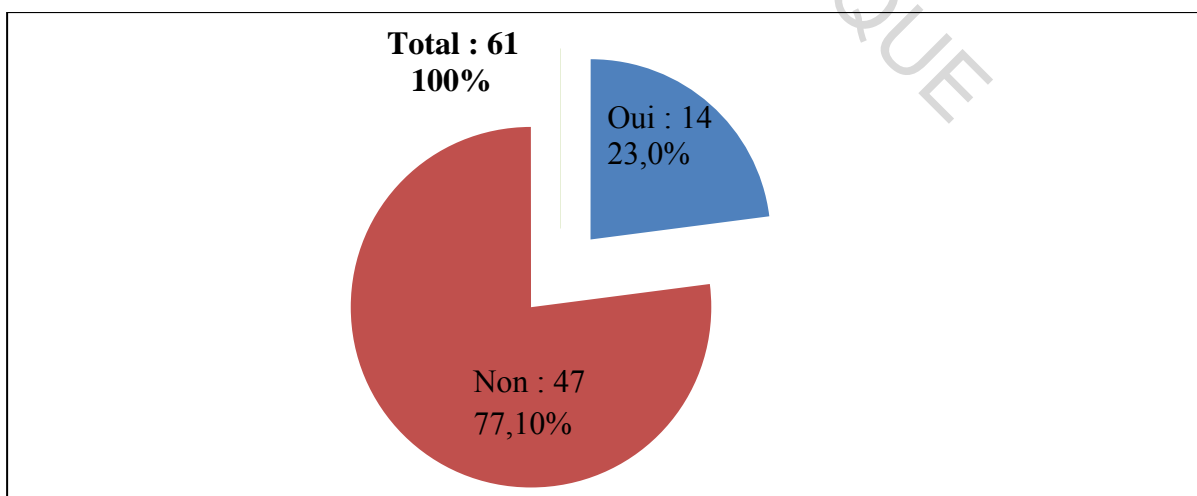


Figure 5 : Taux de balayage du sol du bloc avant l'intervention

Source : Notre étude

Le taux de non-balayage du sol du bloc opératoire avant l'intervention s'élève à 77,10% soit 47 interventions.

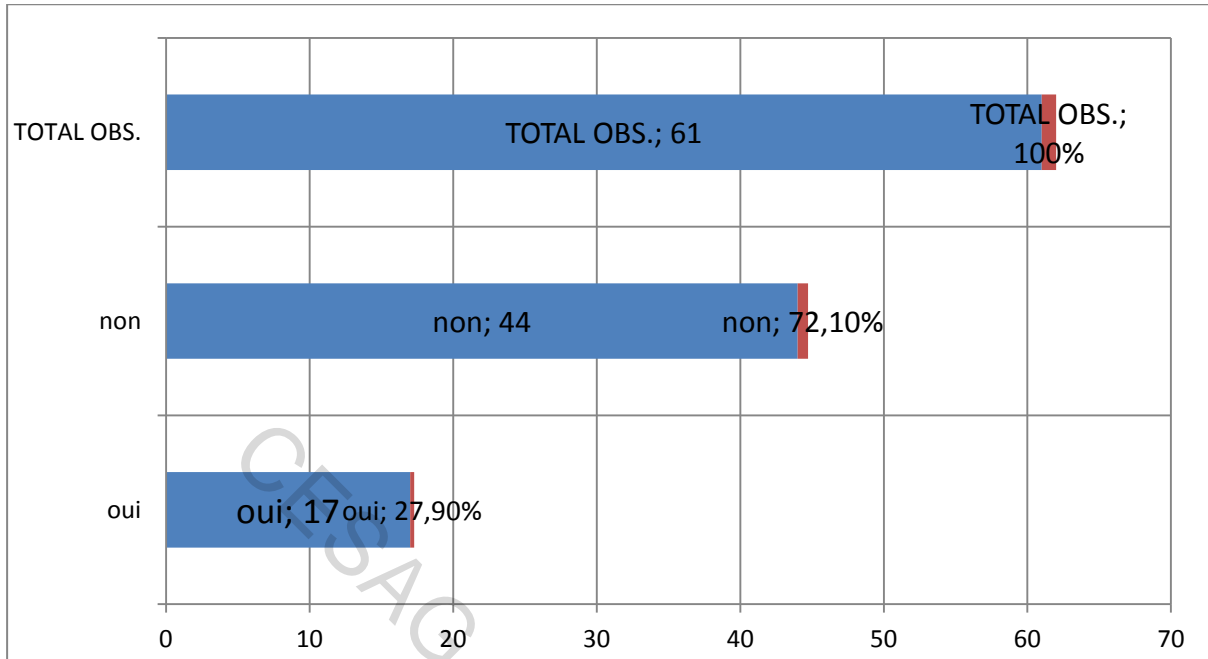


Figure 6 : Fréquence de l'essuyage humide du sol du bloc avant l'intervention

Source : Notre étude

La fréquence du non essuyage humide du sol du bloc opératoire avant l'intervention est de 72,10%.

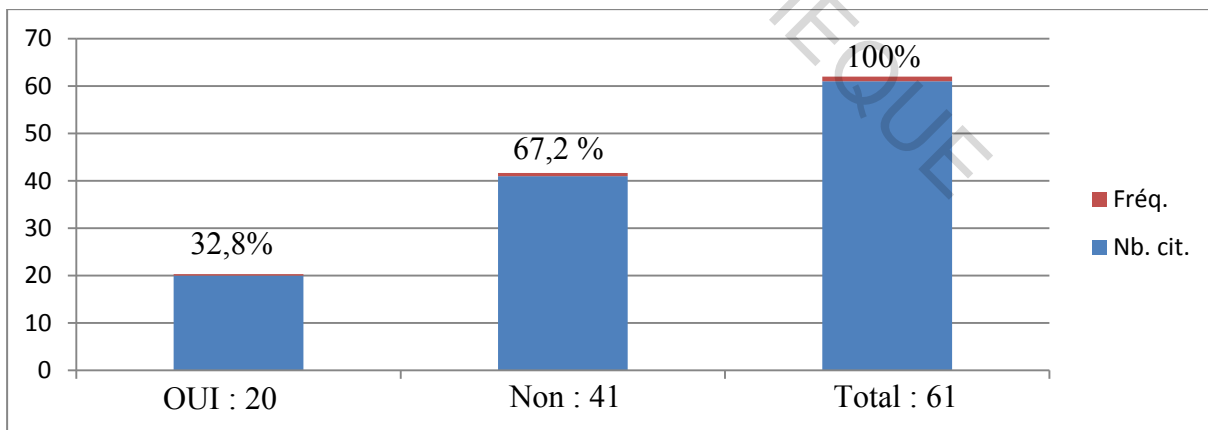


Figure 7 : Fréquence de la non-désinfection du sol du bloc avant l'intervention

Source : Notre étude

La fréquence de la non désinfection du sol du bloc opératoire avant l'intervention est de 67,2%, le bloc n'a été désinfecté que 20 fois avant l'intervention soit 32,8%

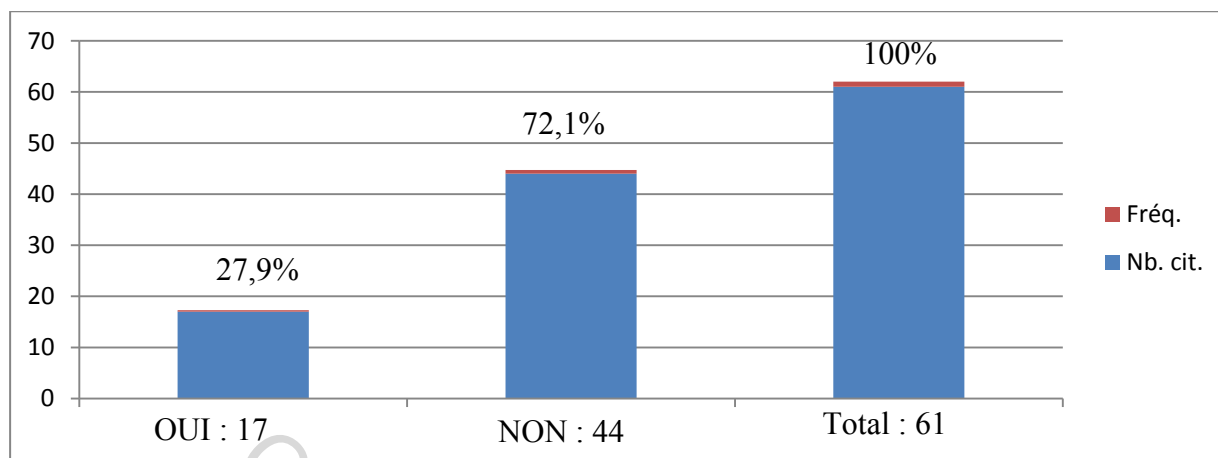


Figure 8 : Fréquence du non désinfection du sol du bloc après l'intervention

Source : Notre étude

La fréquence de la non désinfection du sol du bloc opératoire après l'intervention est de 72,1% le bloc n'a été désinfecté que 17 fois après l'intervention soit 27,9%.

Tableau 16 : Résultat du nombre de Nettoyage de la table opération avant l'intervention

Nettoyage de la table Op avant l'intervention	Nombres	Fréquences
Oui	8	13,1%
Non	53	86,9%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Avant les 61 interventions la table opératoire a été nettoyée que 8 fois soit 13,1%

Tableau 17 : Résultat du nombre de Nettoyage de la table opération après l'intervention

Nettoyage de la table Op après l'intervention	Nombres	Fréquences
Oui	2	3,3%
Non	59	96,7%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Après les 61 interventions la table opératoire a été nettoyée que 2 fois soit 3,3%

Tableau 18 : Résultat du nombre de désinfection de la table opératoire avant l'intervention

Désinfection de la table Op avant l'intervention	Nombres	Fréquences
Oui	32	52,5%
Non	29	47,5%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Avant les 61 interventions la table opératoire a été désinfectée que lors de 32 interventions soit 52,5% et n'a pas désinfectée lors de 29 interventions.

Tableau 19 : Résultat du nombre de désinfection de la table opératoire après l'intervention

Désinfection de la table Op après l'intervention	Nombres	Fréquences
Oui	33	54,1%
Non	28	45,9%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Après les 61 interventions la table opératoire a été désinfectée que lors de 33 interventions soit 54,1% et n'a pas désinfectée lors de 28 interventions.

Tableau 20 : Résultat du nombre de port d'EPI pendant le bio nettoyage avant l'intervention

Port d'EPI avant l'intervention	Nombres	Fréquences
Oui	4	6,6%
Non	57	93,4%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Nous avons enregistré le port d'EPI pour l'hygiène du bloc qu'avant 4 interventions soit 6,6% les 93,4% n'ont pas connu de port d'EPI lors du nettoyage du bloc avant l'intervention

Tableau 21 : Résultat du nombre de port d'EPI pendant le bio nettoyage après l'intervention

Port d'EPI après l'intervention	Nombres	Fréquences
Oui	1	1,6%
Non	60	98,4%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Nous avons enregistré le port d'EPI pour nettoyage du bloc qu'après 1 intervention soit 1,6% les 98,4% n'ont pas connu de port d'EPI lors du nettoyage du bloc après l'intervention

Tableau 22 : Résultat du nombre de lavage des mains au cours du bio nettoyage avant l'intervention

Lavage des mains	Nombres	Fréquences
Oui	0	0,0%
Non	61	100%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Pendant notre collecte nous n'avons noté qu'un lavage des mains avant le bio nettoyage du bloc opératoire.

Tableau 23 : Résultat du nombre de lavage des mains au cours du bio nettoyage après l'intervention

Lavage des mains	Nombres	Fréquences
Oui	4	6,6%
Non	57	93,4%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Pendant notre collecte nous avons noté que 4 fois le lavage des mains après le bio nettoyage du bloc opératoire.

4.1.4. L'hygiène des mains

Tableau 24 : Résultat du nombre de lavage des mains des opérateurs avant l'intervention

Lavage des mains de l'opérateur	Nombres	Fréquences
Oui	48	78,7%
Non	13	21,3%
Total	61	100%

Source : Dr SOUMAH Mohamad Lamine MBA - GSS/GH 29^{ème} promotion 2018 - 2019

Avant l'intervention au bloc opératoire l'opérateur ne s'est lavé les mains lors de 48 interventions soit 78,7% et il s'est lavé les mains lors des 13 autres interventions.

Tableau 25 : Résultat du nombre de lavage des mains des opérateurs après l'intervention

Lavage des mains de l'opérateur	Nombres	Fréquences
Oui	13	21,3%
Non	48	78,7%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Après l'intervention au bloc opératoire, l'opérateur ne s'est lavé les mains que lors de 13 interventions soit 21,3% et il ne s'est pas lavé les mains lors des 48 interventions.

Tableau 26 : Résultat du nombre de lavage des mains du 1er assistant avant l'intervention

Lavage des mains du 1 ^{er} assistant	Nombres	Fréquences
Oui	49	80,3%
Non	12	19,7%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Avant l'intervention au bloc opératoire le premier assistant s'est lavé les mains lors de 49 interventions soit 80,3% et ne s'est pas lavé les mains lors des 12 autres interventions.

Tableau 27 : Résultat du nombre de lavage des mains du 1er assistant après l'intervention

Lavage des mains du 1 ^{er} assistant	Nombres	Fréquences
Oui	9	14,8%
Non	52	85,3%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Après l'intervention au bloc opératoire le premier assistant ne s'est lavé les mains que lors de 13 interventions soit 21,3% et il s'est lavé les mains lors des 48 interventions.

Tableau 28 : Résultat du nombre de lavage des mains du 2ème assistant avant l'intervention

Lavage des mains du 2 ^{ème} assistant	Nombres	Fréquences
Non réponse	20	32,8%
Oui	36	59,0%
Non	5	8,2%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Avant l'intervention au bloc opératoire le deuxième assistant s'est lavé les mains lors de 36 interventions soit 59,0% et ne s'est pas lavé les mains lors de 5 interventions.

Les 20 non réponses sont le nombre d'interventions qui n'ont pas connu l'aide du deuxième assistant.

Tableau 29 : Résultat du nombre de lavage des mains du 2ème assistant après l'intervention

Lavage des mains du 2 ^{ème} assistant	Nombres	Fréquences
Non réponse	20	32,8%
Oui	1	1,6%
Non	40	65,6%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Après l'intervention au bloc opératoire le deuxième assistant ne s'est lavé les mains que lors d'une seule intervention et il ne s'est pas lavé les mains lors des 40 interventions soit 65,6%.

Les 20 non réponses sont le nombre d'intervention qui n'ont pas connu l'aide du deuxième assistant.

Tableau 30 : Résultat du nombre de lavage des mains du 3^{ème} assistant après l'intervention

Lavage des mains du 3 ^{ème} assistant	Nombres	Fréquences
Non réponse	39	63,9%
Oui	22	36,1%
Non	0	0,0%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Le troisième assistant s'est toujours lavé les mains avant 22 interventions qu'il a assisté soit 36,1% ; Les 39 non réponses sont le nombre d'interventions qui n'ont pas connu l'aide du troisième assistant.

Tableau 31 : Résultat du nombre de lavage des mains du 3^{ème} assistant après l'intervention

Lavage des mains du 3 ^{ème} assistant	Nombres	Fréquences
Non réponse	39	63,9%
Oui	1	1,6%
Non	21	34,4%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Le troisième assistant ne s'est lavé les mains qu'une seule fois après les 22 interventions qu'il a assisté et il ne s'est lavé les mains qu'après une seule intervention ; Les 39 non réponses sont le nombre d'intervention qui n'ont pas connu l'aide du troisième assistant.

Tableau 32 : Résultat du nombre de lavage des mains du 4^{ème} assistant après l'intervention

Lavage des mains du 4 ^{ème} assistant	Nombres	Fréquences
Non réponse	53	86,9%
Oui	8	13,1%
Non	0	0,0%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Le quatrième assistant s'est toujours lavé les mains avant 8 interventions qu'il a assisté soit 13,1% ; Les 53 non réponses sont le nombre d'interventions qui n'ont pas connu l'aide du quatrième assistant.

Tableau 33 : Résultat du nombre de lavage des mains du 4^{ème} assistant après l'intervention

Lavage des mains du 4 ^{ème} assistant	Nombres	Fréquences
Non réponse	53	86,9%
Oui	1	1,6%
Non	7	11,5%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Le quatrième assistant ne s'est lavé les mains qu'une seule fois après les 7 interventions qu'il a assisté, et il ne s'est lavé les mains qu'après une seule intervention ; Les 53 non réponses sont le nombre d'interventions qui n'ont pas connu l'aide du quatrième assistant.

Tableau 34 : Résultat du nombre de lavage des mains du 1^{er} anesthésiste avant l'intervention

Lavage des mains du 1 ^{er} anesthésiste	Nombres	Fréquences
Non réponse	9	14,8%
Oui	31	50,8%
Non	21	34,4%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Avant l'intervention au bloc opératoire le premier anesthésiste s'est lavé les mains lors de 31 interventions soit 50,8% et ne s'est pas lavé les mains lors de 21 interventions. Les 9 non réponses sont le nombre d'interventions que le premier anesthésiste n'a pas assisté.

Tableau 35 : Résultat du nombre de lavage des mains du 1^{er} anesthésiste après l'intervention

Lavage des mains du 1 ^{er} anesthésiste	Nombres	Fréquences
Non réponse	9	14,8%
Oui	4	6,6%
Non	48	78,7%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Après l'intervention au bloc opératoire le premier anesthésiste s'est lavé les mains lors de 4 interventions soit 6,6% et ne s'est pas lavé les mains lors de 48 interventions soit 78,7%.

Les 9 non réponses sont le nombre d'interventions que le premier anesthésiste n'a pas assisté

Tableau 36 : Résultat du nombre de lavage des mains du 2^{ème} anesthésiste avant l'intervention

Lavage des mains du 2 ^{ème} anesthésiste	Nombres	Fréquences
Non réponse	13	21,3%
Oui	3	4,9%
Non	45	73,8%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Avant l'intervention au bloc opératoire le deuxième anesthésiste s'est lavé les mains lors de 3 interventions et ne s'est pas lavé les mains lors de 45 interventions soit 73,8%. Les 13 non réponses sont le nombre d'intervention que le deuxième anesthésiste n'a pas assisté.

Tableau 37 : Résultat du nombre de lavage des mains du 2^{ème} anesthésiste après l'intervention

Lavage des mains du 2 ^{ème} anesthésiste	Nombres	Fréquences
Non réponse	13	21,3%
Oui	3	4,9%
Non	45	73,8%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Après l'intervention au bloc opératoire le deuxième anesthésiste s'est lavé les mains lors de 3 interventions et ne s'est pas lavé les mains lors de 45 interventions soit 73,8%. Les 13 non réponses sont le nombre d'intervention que le deuxième anesthésiste n'a pas assisté

Tableau 38 : Résultat du nombre de lavage des mains du 1^{er} infirmier du bloc avant l'intervention

Lavage des mains du 1 ^{er} infirmier du bloc	Nombres	Fréquences
Non réponse	12	19,7%
Oui	8	13,1%
Non	41	67,2%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Avant l'intervention au bloc opératoire le premier infirmier du bloc s'est lavé les mains lors de 8 interventions et ne s'est pas lavé les mains lors de 41 interventions soit 67,2%. Les 12 non réponses sont le nombre d'intervention que le premier infirmier au bloc n'a pas assisté.

Tableau 39 : Résultat du nombre de lavage des mains du 1^{er} infirmier du bloc après l'intervention

Lavage des mains du 1 ^{er} infirmier du bloc	Nombres	Fréquence
Non réponse	12	19,7%
Oui	2	3,3%
Non	47	77,1%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Après l'intervention au bloc opératoire le premier infirmier du bloc s'est lavé les mains lors de 2 interventions et ne s'est pas lavé les mains lors de 47 interventions soit 77,1%. Les 12 non réponses sont le nombre d'interventions que le premier infirmier du bloc n'a pas assisté

Tableau 40 : Résultat du nombre de lavage des mains du 2^{ème} infirmier du bloc avant l'intervention

Lavage des mains du 2 ^{ème} infirmier du bloc	Nombres	Fréquences
Non réponse	22	36,1%
Oui	5	8,2%
Non	34	55,7%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Avant l'intervention au bloc opératoire le deuxième infirmier du bloc s'est lavé les mains lors de 5 interventions et ne s'est pas lavé les mains lors de 34 interventions soit 55,7%. Les 22 non réponses sont le nombre d'intervention que le deuxième anesthésiste n'a pas assisté.

Tableau 41 : Résultat du nombre de lavage des mains du 2^{ème} infirmier du bloc après l'intervention

Lavage des mains du 2 ^{ème} infirmier du bloc	Nombres	Fréquences
Non réponse	22	36,1%
Oui	4	6,6%
Non	35	57,4%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Après l'intervention au bloc opératoire le deuxième infirmier du bloc s'est lavé les mains lors de 4 interventions et ne s'est pas lavé les mains lors de 35 interventions soit 73,8% ; Les 22 non réponses sont le nombre d'intervention que le deuxième anesthésiste n'a pas assisté

4.1.5. Port de l'EPI au bloc opératoire

Tableau 42 : Résultat du nombre de port des lunettes par l'opérateur pendant l'intervention

Port de lunette Opérateur	Nombres	Fréquences
Non réponse	14	23,0%
Oui	12	19,7%
Non	35	57,4%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Durant la collecte l'opérateur n'a porté les lunettes de protection que 12 fois pendant l'intervention soit 19,7%

Tableau 43 : Résultat du nombre de port des lunettes par le 1er assistant pendant l'intervention

Port de lunette 1 ^{er} assistant	Nombres	Fréquences
Non réponse	11	18,0%
Oui	13	21,3%
Non	37	60,7%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Durant la collecte le premier assistant n'a porté les lunettes de protection que 13 fois pendant l'intervention soit 21,3%

Tableau 44 : Résultat du nombre de port des lunettes par le 2ème assistant pendant l'intervention

Port des lunettes 2 ^{ème} assistant	Nombres	Fréquences
Non réponse	31	50,8%
Oui	13	21,3%
Non	17	27,9%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Durant la collecte le deuxième assistant n'a porté les lunettes de protection que 13 fois pendant l'intervention soit 21,3%

Tableau 45 : Résultat du nombre de port des lunettes par le 4ème assistant pendant l'intervention

Port des lunettes 4 ^{ème} assistant	Nombres	Fréquences
Non réponse	56	91,8%
Oui	1	6,6%
Non	4	1,6%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Durant la collecte le quatrième assistant n'a porté les lunettes de protection qu'une fois pendant l'intervention soit 1,6%

4.1.6. Information des malades admis au bloc sur les infections nosocomiales

Tableau 46 : Résultat de la fréquence de l'information des malades sur les I.N

Information sur les IN	Nombres	Fréquences
Non réponse	6	9,8%
Oui	6	9,8%
Non	49	80,3%
Total	61	100%

Source : Notre étude

Pendant toute la collecte, nous n'avons enregistré que 6 personnes ayant bénéficié d'une information sur les infections nosocomiales avant leur admission au bloc opératoire ; les 6 non réponses sont des enfants n'ayant pas la capacité de répondre à notre interrogation.

4.1.7. Le bio nettoyage du vendredi

Au cours de notre séjour au CHOM, le bio nettoyage hebdomadaire a eu lieu pendant chaque vendredi et vous avons assisté à (4) quatre bio nettoyages hebdomadaires au cours des quels nous avons noté le respect de la démarche qualité de l'hygiène du bloc comme inscrit dans le protocole.

4.1.8. Connaissance du Protocole d'Hygiène au Bloc

Tableau 47 : Répartition des enquêtés par catégorie professionnel

Qualification professionnel	Nombres	Fréquences
Non réponse	1	5,30%
Médecin	6	31,60%
Médecin spécialiste	4	21,10%
Infirmier	2	10,5%
Anesthésiste	1	5,30%
Brancardier	1	5,30%
Agent de stérilisation	2	10,50%
Technicien de surface	2	10,50%
TOTAL OBS.	19	100%

Source : Notre étude

Durant la période de l'étude, notre enquête sur la connaissance du protocole d'hygiène au bloc opératoire de CHOM a porté sur 19 prestataires dont (4) médecins spécialistes en orthopédie, (6) médecins (2) agents de stérilisation et (2) techniciens de surface.

Tableau 48 : Répartition des enquêtés par ancienneté dans le service

Ancienneté dans le service	Nombres	Fréquences
1 mois à 1ans	8	42,1%
1 à 5ans	3	15,8%
6 à 10ans	7	36,8%
11 à 15ans	0	0,0%
Plus de 15ans	1	5,3%
TOTAL OBS.	19	100%

Source : Notre étude

Les 19 enquêtés ont une ancienneté qui varie de 1 mois à 10 ans et plus

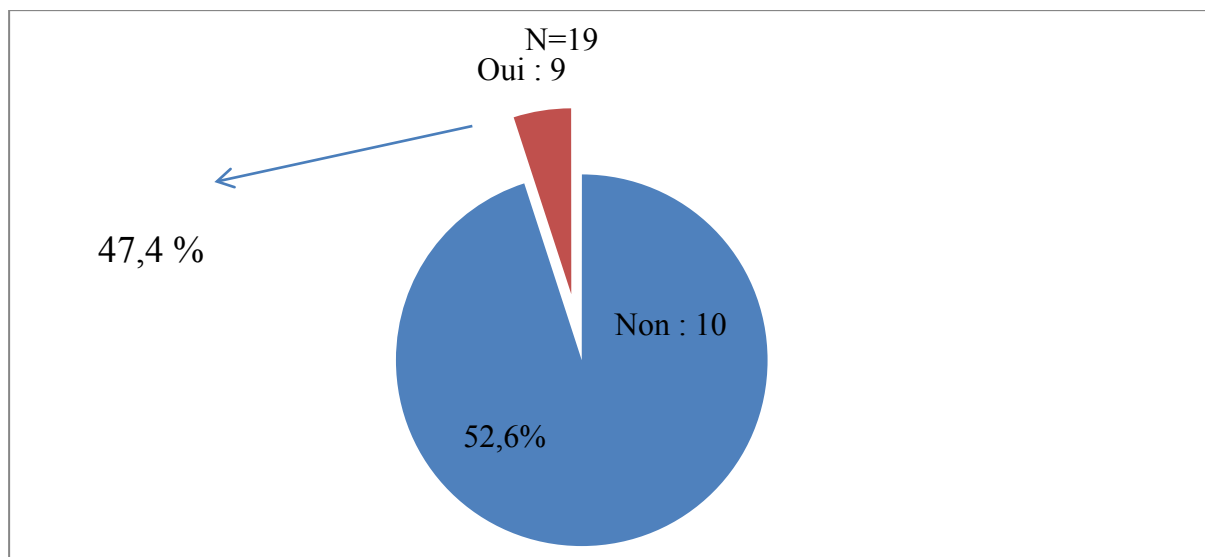


Figure 9 : Taux de former en hygiène au bloc

Source : Notre étude

Sur les 19 enquêtés seulement 9 soit 47,4% ont bénéficié d'une formation sur le protocole d'hygiène du bloc du CHOM

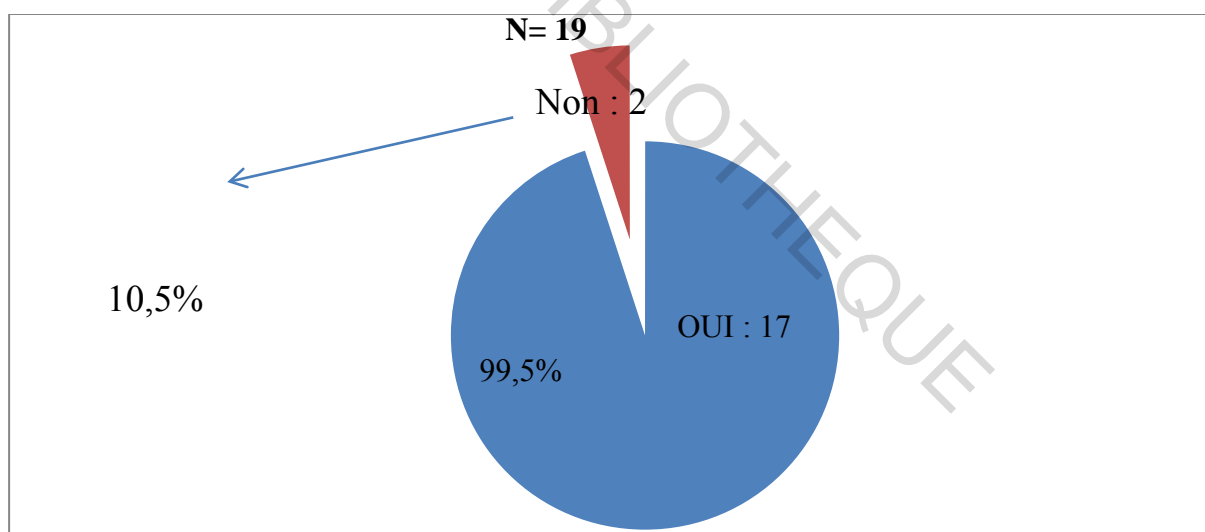


Figure 10 : Taux d'accès aux matériels d'hygiène au bloc

Source : Notre étude

Sur les 19 enquêtés, seulement 17 enquêtés affirment qu'ils ont accès aux matériels d'hygiène du bloc du CHOM soit 99,5%

Tableau 49 : Répartition des enquêtés ayant Connaissance du Protocole

Connaissance du protocole du CHOM	Nombres	Fréquences
Oui	13	68,4%
Non	6	31,6%
TOTAL OBS.	19	100%

Source : Notre étude

Au cours de notre enquête 13 personnes soit 68,4% affirment qu'ils ont connaissance du protocole

Tableau 50 : Répartition des enquêtés ayant accès au Protocole

Accès au protocole	Nombres	Fréquences
Non réponse	1	5,3%
Oui	13	68,4%
Non	5	26,3%
TOTAL OBS.	19	100%

Source : Notre étude

Pendant notre enquête 13 personnes soit 68,4% déclarent qu'ils ont accès au protocole d'hygiène du bloc du CHOM

Tableau 51 : Répartition des enquêtés souhaitant avoir des renforcements de capacité

Renforcement de capacité	Nombres	Fréquences
Oui	16	84,2%
Non	3	15,8%
TOTAL OBS.	19	100%

Source : Notre étude

Pendant notre séjour au CHOM sur les 19 enquêtes, les 16 soit 84,2% souhaitent avoir un renforcement de capacité en hygiène au bloc et sur le protocole.

4.1.9. Issu de l'observation des interventions dans les blocs opératoires du CHOM

Durant notre passage au C HOM les 61 interventions que nous avons assisté dans les blocs opératoires seulement (2) malades ont fait une suppuration pariétale.

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

Chapitre 5 : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION

Au terme de la présentation et de l'analyse des résultats, des insuffisances ont été constaté dans la pratique de l'hygiène au bloc du CHOM.

Dans ce chapitre, nous procéderons à la détermination et à la priorisation des causes de ces insuffisances avec le groupe technique nominale projet.

5.1. Présentation des outils

Pour identifier, déterminer, analyser et prioriser (hiérarchisation) les causes liées à la mauvaise qualité de l'hygiène au bloc du CHOM, nous avons utilisé quelques outils.

Il existe plusieurs types d'outils de formulation et de résolution de problèmes appelés outils de la qualité permettant la détermination des causes d'un problème donné, ces outils doivent être des réflexes face à tout problème posé. Ils permettent en effet d'en catégoriser les tenants et les aboutissants et de faciliter la recherche de solution.

Parmi ces outils nous avons :

- **Le groupe nominal**

La technique du groupe nominal (abrégée TGN) est un processus de groupe impliquant l'identification des problèmes, la production de solution, et la prise de décision. Elle peut être utilisée dans des groupes de différentes tailles, qui veulent prendre leur décision rapidement, par exemple un vote, mais qui veulent la prise en compte des opinions de chacun (par opposition au vote traditionnel, où seul le plus grand groupe est considéré). Le procédé de dépouillement est la différence. Tout d'abord, chaque membre du groupe donne son point de vue sur sa solution, accompagné d'une brève explication. Ensuite, des solutions doubles sont éliminées de la liste de l'ensemble des solutions, puis les membres procèdent alors à un classement des solutions, 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème}, et ainsi de suite [60].

- **Le diagramme d'Ishikawa**

Le diagramme de causes et effets, ou **diagramme d'Ishikawa**, ou **diagramme en arêtes de poisson** ou encore **5M**, est un outil développé par Kaoru Ishikawa en 1962 et servant dans la gestion de la qualité.

Ce diagramme a pour fonction de représenter de façon graphique les causes aboutissant à un effet. Il peut être utilisé comme outil de modération d'un remue-méninge et comme outil de visualisation synthétique et de communication des causes identifiées. Il peut être utilisé dans le cadre de recherche de cause d'un problème ou d'identification et gestion des risques lors de la mise en place d'un projet.

Ce diagramme se structure habituellement autour du concept des 5 M. Kaoru Ishikawa recommande de regarder en effet l'événement sous cinq aspects différents, résumés par le sigle et moyen mémo technique **5M** :

1. **Matière** : les matières et matériaux utilisés et entrant en jeu, et plus généralement les entrées du processus.
2. **Matériel** : l'équipement, les machines, le matériel informatique, les logiciels et les technologies.
3. **Méthode** : le mode opératoire, la logique du processus et la recherche et développement.
4. **Main-d'œuvre** : les interventions humaines.
5. **Milieu** : l'environnement, le positionnement, le contexte.

Chaque branche reçoit d'autres causes ou catégories hiérarchisées selon leur niveau de détail. Le positionnement des causes met en évidence les causes les plus directes en les plaçant les plus proches de l'arête centrale

Les termes « Moyens » ou « Machines » remplacent parfois la catégorie « Matériel ». Une variante du diagramme est un diagramme structuré autour des « 6M » qui s'ajoute aux 5 domaines précédents celui de la « Mesure » : les causes correspondant à des biais ou des erreurs liées aux indicateurs utilisés pour chiffrer le phénomène à analyser.

Les entreprises de service utilisent une version étendue avec l'introduction du « 8M » qui rajoute à la précédente les catégories « Management » (qui peut être considérée comme incluse dans la catégorie « Main-d'œuvre ») et « Moyens financiers ».

Une caractéristique peut également être ajoutée dans les univers de production avec un neuvième « M », celui de « Maintenance ». En effet, un équipement peut donner satisfaction à l'état neuf, être correctement homologué, répondre aux besoins pour lesquels il a été installé...

mais un manque de maintenance au cours du temps peut être à l'origine de défauts, dysfonctionnements, pannes, etc.

On note également que la maintenance est une combinaison de « Main-d'œuvre », « Méthode » et « Matériel ».

L'arbre des causes peut être considéré comme une variante où les causes sont classées dans d'autres catégories, identifiées comme pertinentes lors de l'analyse.

- **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** Vilfredo PARETO (1848-1923), économiste et sociologue italien, est l'inventeur de la loi qui porte son nom, encore appelé « loi 80/20 », il 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.

Cet outil, relativement simple, permet d'exposer de façon factuelle une problématique d'entreprise.

5.2. Détermination et analyse des causes

5.2.1. 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 l'hygiène dans les blocs en Afrique et dans le monde. Il est important de noter que cette revue de la littérature au Sénégal 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 [18] en Côte-d'Ivoire a identifié des causes en rapport avec la mauvaise pratique de l'hygiène au bloc. 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 des procédures et du protocole d'hygiène.

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 sur l'hygiène hospitalière 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 [38].

5.2.2. Les Causes identifiées de l'étude

Concernant notre étude, après l'analyse et l'interprétation des résultats d'entretiens et d'enquête, le recensement des causes émises par le groupe projet composé des membres du CLIN à travers la méthode de l'approche par recherche du consensus nous a permis d'identifier ces causes :

- Manque de communication sur le protocole d'hygiène au bloc
- Insuffisance de la pratique du lavage des mains
- Insuffisance de formation continue en hygiène hospitalière ;
- Panne du Flux Laminaire
- Manque d'information des malades sur les infections nosocomiales

Chacune de ces causes constitue un handicap à la bonne marche de la structure et mérite des solutions en vue d'améliorer la qualité de l'hygiène au bloc opératoire du CHOM ; ainsi une adaptation du diagramme d'Ishikawa à notre étude nous donne les renseignements suivants

Matière : Manque d'Horloge pour chronométrer le temps de désinfection et de nettoyage des matériels médicaux

Méthode : Manque de formation en hygiène au bloc ; Pas d'étiquetage des zones du bloc

Moyen : Panne du Flux Laminaire

Main d'œuvre : Manque de communication sur le protocole d'hygiène au bloc; Manque d'information des malades sur les infections nosocomiales; Négligence du respect du protocole d'hygiène

Après identification des (4) quatre grandes familles de causes selon notre analyse nous allons les représentées dans le diagramme d'ISHIKAWA.

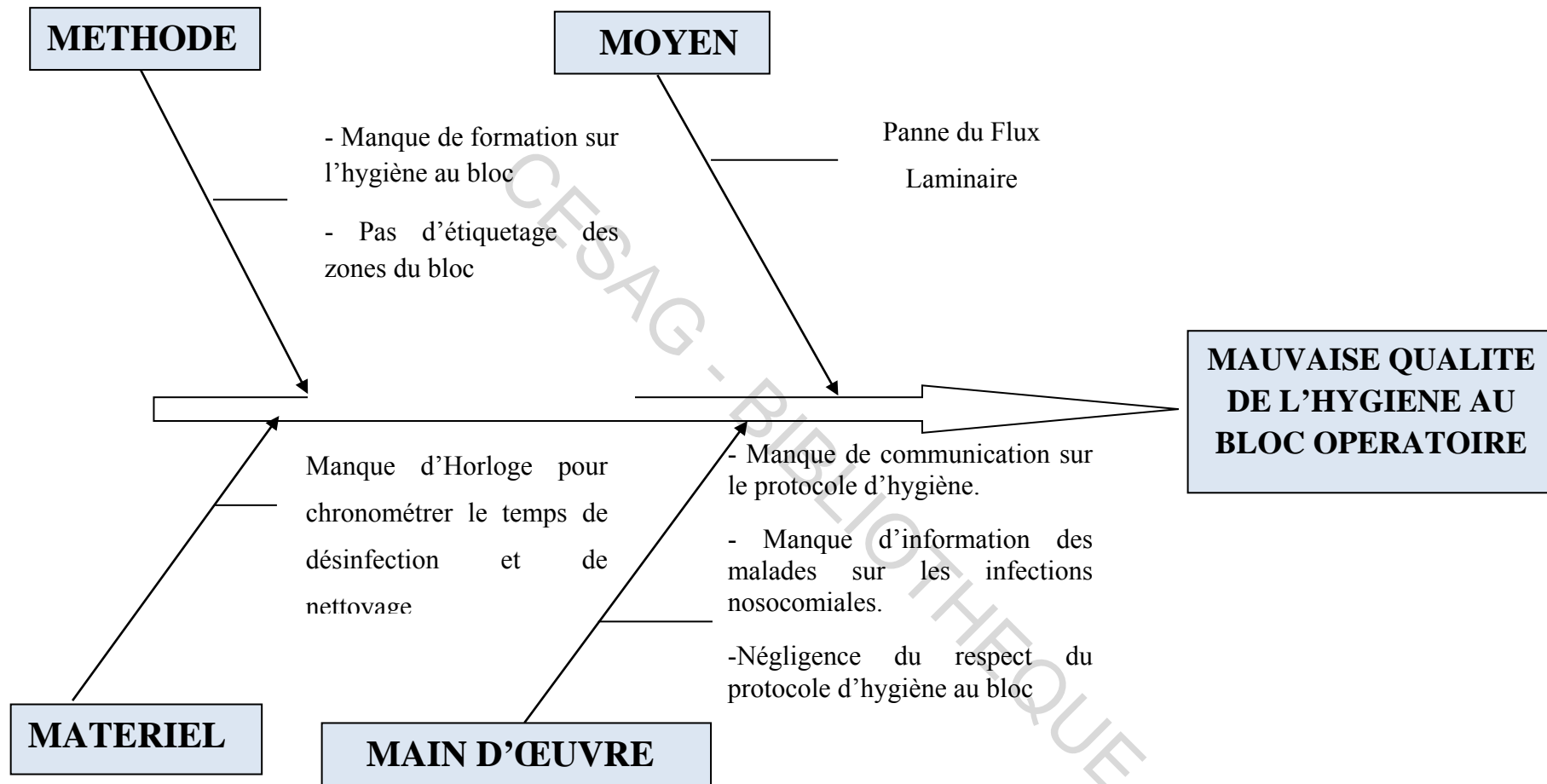


Figure 11 : Le Diagramme d'ICHIKAWA

Source : Notre étude

5.3. 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. Synonyme : méthode de **Blake et Mouton**.

a- AVANTAGES

Il permet le consensus ; Il est simple à mettre en œuvre.

b- PRINCIPE

Cet outil permet d'éliminer les idées secondaires et de se consacrer aux plus importantes. Il a la même fonction que l'écrit d'un concours, il sélectionne les meilleurs, mais ne décide pas des admis.

c- MÉTHODE

- Le groupe se met d'abord d'accord sur les critères à retenir.
 - a) Associer à chaque cause ou une lettre (A, B, C, D, E, F.....)
 - b) Distribuer à chaque participant un capital de points (10 maximum), à répartir sur les idées qui lui semblent importantes,
 - c) Chaque participant ne peut affecter au maximum que 5 points à une même cause et le reste des points est reparti entre les autres,
 - d) Le principe de l'anonymat est respecté
 - e) Noter les points de chacun au tableau et les additionner,
 - f) Favoriser les échanges autour des seules idées qui ont reçu un grand nombre de points.
- On dresse un tableau comme suit : les causes envisagées en colonnes et les votants en lignes.
- On effectue le calcul du poids relatif de chaque cause, par l'addition des poids attribués par chacun à ces causes. Le groupe est alors en mesure de décider des causes qui seront retenues.

• Processus du vote pondéré

- Associons à chaque cause une lettre (A, B, C, D, E, F.....), afin de procéder au vote pondéré.

A = Insuffisance de la pratique du lavage des mains

B = Manque d'information des malades sur les infections nosocomiales

C = Manque d'étiquetage des zones du bloc

D = Insuffisance de formation continue en hygiène hospitalière

E = Manque de communication sur le protocole d'hygiène au bloc

F = Panne du Flux Laminaire

CESAG - BIBLIOTHEQUE

- Répartition des points par les participants par la méthode de vote pondéré.

Tableau 52 : Répartition des points du vote de priorisation des causes

Causes \ Participants	Causes					
	A	B	C	D	E	F
Participant N° 1	1	2	2	1	1	0
Participant N° 2	2	1	1	2	2	1
Participant N° 3	2	1	1	3	2	1
Participant N° 4	3	2	2	5	3	1
Participant N° 5	2	3	0	1	2	1
Participant N° 6	1	0	2	2	1	1
Participant N° 7	1	2	0	1	2	1

Source : Notre étude

- Résultats du vote pondéré

Après le vote de chaque participant, nous avons fait le total des points attribués à chaque cause et un classement.

Tableau 53 : Résultat du vote de priorisation des causes

Causes	Scores	Rang
A=Insuffisance de la pratique du lavage des mains	12	3 ^{ème}
B=Manque d'information des malades sur les infections nosocomiales	11	4 ^{ème}
C=Manque d'étiquetage des zones du bloc	8	5 ^{ème}
D=Insuffisance de formation continue en hygiène hospitalière	15	1 ^{er}
E=Manque de communication sur le protocole d'hygiène au bloc	13	2 ^{ème}
F=Panne du Flux Laminaire	6	6 ^{ème}

Source : Notre étude

- Représentation graphique des causes

Pour la Représentation graphique nous avons utilisé le **diagramme de Pareto**. C'est un graphique représentant l'importance de différentes causes d'un phénomène. Ce diagramme permet de mettre en évidence les causes les plus importantes sur le nombre total d'effet et ainsi, prendre des mesures ciblées pour améliorer une situation. Cet outil est basé sur la loi **80/20**. Il met en évidence les **20%** des causes sur lesquelles il faut agir pour résoudre les **80%** du problème. Il est important de déterminer sur quelle cause il faut agir en priorité pour améliorer de façon significative la situation.

Ce diagramme se présente sous la forme d'une série de colonnes triées par ordre décroissant. Elles sont généralement accompagnées d'une courbe des valeurs cumulées de toutes les colonnes.

Ce diagramme est élaboration en plusieurs étapes :

1. Identification et collecte des données,
2. Classement des données au sein de catégories par ordre de fréquence décroissante,
3. Calcul du pourcentage relatif puis le pourcentage cumulé de chaque catégorie par rapport au total,
4. Tracer le graphique des fréquences (histogramme) et la courbe des pourcentages cumulés,
5. Distinguer trois classes A, B et C qui se distribuent de la manière suivante :

Classe A = 80% des observations ; **classe B** = 15% suivants et **classe C** = les 5% restants.

- **Hierarchisation par ordre de fréquence**

La cause ayant le plus grand score sera retenue et les solutions recherchées seront fonctions de cette dernière.

Tableau 54 : Hierarchisation des causes priorisées par ordre de fréquence

Rang	CAUSES	Résultats	Fréquence en%	Fréquence cumulée en %
1 ^{er}	Insuffisance de formation continue en hygiène hospitalière	15	23,1	23,1
2 ^{ème}	Manque de communication sur le protocole d'hygiène au bloc	13	20	43,1
3 ^{ème}	Insuffisance de la pratique du lavage des mains	12	18,5	61,6
4 ^{ème}	Manque d'information des malades sur les infections nosocomiales	11	16,9	78,5
5 ^{ème}	Manque d'étiquetage des zones du bloc	8	12,3	90,8
6 ^{ème}	Panne du Flux Laminaire	6	9,2	100
TOTAL		65	100	

Source : Notre étude

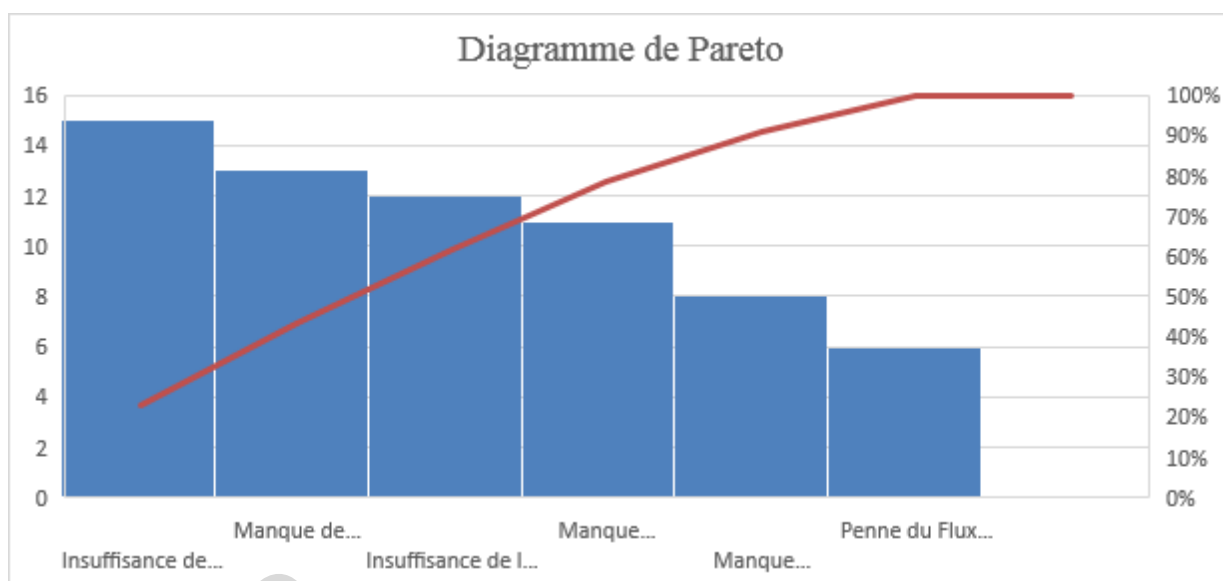


Figure 12 : Représentation des causes à l'aide du diagramme de Pareto

Source : Notre étude

Après l'analyse et la priorisation, il ressort que l'Insuffisance de formation continue en hygiène hospitalière a été retenue comme la cause principale par les votants. L'Insuffisance de formation continue en hygiène hospitalière représentant 20 % des causes observées. Il suffit de résoudre cette cause pour que le problème soit 80 % résolu.

Chapitre 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

6.1. Identification des solutions

Au terme de la hiérarchisation des causes, ce chapitre consiste 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.

6.1.1. Revue de la littérature

En France, la revue de la littérature a relevé qu'il fallait former le personnel de santé en hygiène hospitalière de façon générale [38].

La revue de la littérature pour trouver des solutions a été très difficile parce que les études étaient rares en Afrique. En Afrique subsaharienne, notamment en Côte d'Ivoire, une étude portant sur la mauvaise pratique de l'hygiène au bloc [18] 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 soins ;
- La formation sur l'hygiène des malades lors des soins ;

6.1.2. Solutions identifiées par le groupe projet

Après avoir identifié les causes, des approches de solutions ont été identifiées par le groupe projet pour la résolution de la mauvaise pratique de l'hygiène au bloc opératoire du CHOM. Ainsi, les solutions proposées étaient :

- Formation sur le protocole d'hygiène au bloc ;
- Formation sur l'hygiène des mains ;
- Formation et sensibilisation du personnel en hygiène hospitalière et au bloc opératoire;
- Elaborer un planning de maintenance du Flux Laminaire
- Formation sur les infections nosocomiales

6.2. Priorisation des solutions

- Pour la priorisation des solutions, l'outil utilisé est appelé « le vote pondéré ».

Après l'identification des solutions, le groupe projet a procédé à la priorisation dans un tableau. 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.

- L'objectif pour nous est de retenir une solution consensuelle mais qui soit peu onéreuse et facilement réalisable dans le temps.

MÉTHODE

- 1- Associer à chaque solution une lettre (A, B, C, D, E, F.....)
- 2- Chacune des solutions est pondérée en fonction des critères suivants :
 - **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.
- 3- Chaque participant doit respecter cette échelle de pondération, puis répartir les points sur les idées qui lui semblent importantes,
 - 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.

- **Processus du vote pondéré**

Nous associons à chaque solution une lettre (A, B, C, D, E, F.....), afin de procéder au vote pondéré.

A-Formation sur l'hygiène des mains ;

B-Formation sur le protocole d'hygiène au bloc ;

C- Formation et sensibilisation du personnel en hygiène hospitalière et au bloc opératoire ;

D- Formation sur les infections nosocomiales

E- Elaborer un planning de maintenance du Flux Laminaire

Tableau 55 : Répartition des points du vote de priorisation des solutions

Critères		Solutions				
		A	B	C	D	E
Faisabilité	Participant 1	3	1	3	3	3
	Participant 2	3	3	3	1	1
	Participant 3	1	1	5	3	1
Acceptabilité	Participant 1	3	5	5	3	3
	Participant 2	3	3	5	3	3
	Participant 3	3	1	3	1	3
Coût	Participant 1	3	1	3	3	3
	Participant 2	3	5	5	1	1
	Participant 3	3	1	3	3	1
Impact	Participant 1	1	3	5	1	3
	Participant 2	3	1	3	3	1
	Participant 3	3	5	5	3	1

Source : Notre étude

- **Résultats du vote pondéré**

Après le vote des participants, nous avons fait le total des points attribués à chaque solution et un classement.

Tableau 56 : Résultat du vote de priorisation des solutions.

Solutions	Critères				Scores	Rang
	Faisabilité	Acceptabilité	Coût	Impact		
A- Formation sur l'hygiène des mains	4	9	7	9	30	3^{ème}
B - Formation sur le protocole d'hygiène au bloc	7	9	9	7	32	2^{ème}
C- Formation et sensibilisation du personnel en hygiène hospitalière et au bloc opératoire	14	13	11	13	51	1^{er}
D- Formation sur les infections nosocomiales	7	7	7	7	28	4^{ème}
E- Elaborer un planning de maintenance du Flux Laminaire	5	9	5	5	24	5^{ème}

Source : Notre étude

Enfin, nous avons retenu la Formation et la sensibilisation du personnel en hygiène hospitalière et au bloc opératoire comme solution.

Chapitre 7 : PLAN DE MISE EN OEUVRE 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 l'hygiène au bloc du CHOM. Cette mise en œuvre passe d'abord par la fixation des objectifs, ensuite le développement des stratégies et les activités (cadre logique) [50], et enfin par le suivi et l'évaluation.

7.1. Justification du choix de la solution

La gestion de l'hygiène en milieu de soins est une mission horizontale qui implique toutes personnes exerçant dans un établissement de soins. De ce fait, il est indispensable que tout professionnel de santé bénéficie d'une formation adéquate, régulièrement renouvelée en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections associées aux soins.

Ainsi, garantir la formation en hygiène hospitalière des personnels dans les établissements de soins doit être une priorité institutionnelle et une telle formation doit être individualisée de façon spécifique dans chaque établissement. La formation représente en effet, un axe majeur de la maîtrise du risque infectieux nosocomial dans la mesure où la mise en œuvre des mesures de prévention et de gestion d'un tel risque nécessite une capacité d'expertise et l'utilisation d'outils spécifiques [10].

7.2. But et objectifs du projet

7.2.1. But

Renforcer la qualité de l'hygiène au bloc du Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte

7.2.2. Objectif

- **Objectif général**

Contribuer à l'amélioration de la qualité de l'hygiène au bloc du Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte d'ici Septembre 2020.

- **Objectifs spécifiques**

- Elaborer un document de formation ;
- Former 20 personnels (prestataires et ou utilisateurs du bloc et membre du CLIN) en Hygiène Hospitalière et Hygiène au bloc

(2 Sessions de formation de 10 agents par semaine pendant 2 semaines) ;

CESAG - BIBLIOTHEQUE

7.3. Résultats attendus

R1 : Le document de formation a été élaboré ;

R2 : 20 personnels sont formés en Hygiène Hospitalière et Hygiène au bloc ;

VII.2.2.3 Activités

R1- A1 : Identifier le Consultant pour l'élaboration du document de Formation ;

R1- A2 : Déterminer la période et le lieu d'élaboration du document de formation ;

R1- A3 : Elaborer les supports pédagogiques,

R1- A4 : Rédiger le document de formation ;

R2- A1 : Identifier le formateur ;

R2- A2 : Identifier le ou les lieux de formation ;

R2-A3 : Elaborer le calendrier de Formation ;

R2-A4 : Identifier et informer les participants à la formation ;

R2-A5 : Former le personnel.

7.4. 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 conditions critiques.

Tableau 57 : Cadre logique

Résumé narratif	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Conditions critiques
Objectif général Contribuer à l'amélioration de la qualité de l'hygiène au bloc du Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte d'ici Septembre 2022	Le score de Performance de la Qualité de l'hygiène au bloc a augmenté	Rapports de supervision ; Rapports d'activités du CLIN	Disponibilité des Ressources (Humaines et matérielles) -Volonté du personnel
Objectifs spécifiques 1 Elaborer un document de formation	Disponibilité du document de formation	Rapports d'activités du CLIN ; Document de formation	Disponibilité des ressources (humaines et matérielles)
R1- A1 : Identifier le Consultant pour l'élaboration du	Existence de la liste des consultants (Nombre de	Rapport d'activités Liste des consultants	Disponibilité des Ressources Financières

document de Formation ;	consultants)		
R1-A2: Déterminer la période et le lieu d'élaboration du document de formation	Période et lieu d'élaboration du document Déterminés	Rapport d'activités	Disponibilité des ressources
R1- A3 : Elaborer les supports pédagogiques,	Supports pédagogiques disponibles	Rapport d'activités	Disponibilité des ressources humaines, financières et matérielles
R1- A4 : Rédiger le document de formation	Document de formation rédigée	Rapport d'activité ; Présence du Document rédigé	Disponibilité des ressources humaines
Objectifs spécifiques 2 Former 20 personnels (prestataires et ou utilisateurs du bloc et membre du CLIN) en Hygiène Hospitalière et Hygiène au bloc	Le nombre de personnel formé en Hygiène Hospitalière et Hygiène au bloc	Rapport de formation Liste de présence	Disponibilité des formateurs et du personnel à former
R2- A1 : Identifier les formateurs ;	Le Nombre de formateurs identifiés	Présence de la liste des formateurs	Disponibilité des ressources (Formateurs)
R2- A2 : Identifier le ou les lieux de formation ;	Nombre et lieux de formation	Rapport d'activités ; Liste des lieux de formation identifiée	Disponibilité de la ressource humaine et matérielle
R2-A3 : Elaborer le calendrier de formation	Calendrier de formation disponible	Rapport d'activités	Disponibilité des ressources
R2-A4 : Identifier et informer les participants à la formation	Nombre de personnel identifié et informé	Liste des participants à la formation identifiée et informée	Disponibilité des participants
R2-A5 : Former le personnel.	Nombre d'agents de santé formé	Rapport de formation ; Liste du personnel formé	Disponibilité des formateurs ; Disponibilité du personnel et ressources financières

Source : Notre étude

CESAG - BIBLIOTHEQUE

7.5. Plan d'action opérationnel

Le plan opérationnel de la mise en œuvre se présente comme suit

Tableau 58 : Plan d'action opérationnel

Activités	Délai		Responsable	Budget	Source de Financement
	Début	Fin			
Identifier le consultant pour l'élaboration du document de formation	02/Déc. 2019	18/Déc. 2019	Le CLIN	Sans frais	Le CLIN
Déterminer la période et le lieu d'élaboration du document de formation	20/Déc. 2019	30/Déc. 2019	Le CLIN	Sans frais	Le CLIN
Elaborer les supports pédagogiques	01/Jan 2020	14/Jan 2020	Consultant		Le CHOM
Rédiger le document de formation	15/Jan 2020	30/Jan 2020	Consultant		Le CHOM
Identifier les formateurs	03/Fév. 2020	27/Fév. 2020	Le médecin Chef	Sans frais	Le médecin Chef
Identifier le ou les lieux de formation	02/Mas 2020	31/Mars 2020	Le CLIN	Sans frais	Le CLIN
Elaborer le calendrier de Formation	02/Avril 2020	16/Avril 2020	Le médecin Chef	Sans frais	Le médecin Chef
Identification et information du personnel	06/Mai 2020	29/Mai 2020	Le CLIN	Sans frais	Le CLIN
Organisation de 2sessions de formations de 20Personnels	01/Juin 2020	12/Juin 2020	Le CLIN		Le CHOM

Source : Notre étude

Tableau 59 : Chronogramme des activités (Diagramme de Gantt)

Période / Activités	2019	2020					
	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
Identifier le consultant pour l'élaboration du document de formation							
Déterminer la période et le lieu d'élaboration du document de formation							
Elaborer les supports pédagogiques							
Rédiger le document de formation							
Identifier les formateurs							
Identifier le ou les lieux de formation							
Elaborer le calendrier de formation							
Identification et information du personnel							
Organisation de 2 sessions de formations de 20 Personnels							

Source : Notre étude

7.6. Budgétisation

Lors de la budgétisation, les activités ne consommant pas de ressources n'ont pas été prises en compte.

Tableau 60 : Budgétisation

Rubriques	Nombre/ Quantité	Nombres jour/Session	Coût unitaire	Coût Total FCFA
Elaboration du support pédagogique	-----	-----	-----	150.000
Elaboration du document de formation	-----	-----	-----	150.000
Honoraire du Formateur	02	2	100.000	200.000
Marqueurs	04	----	1.000	4.000
Effaceur	02	----	1.000	2.000
Rames	02	----	2.500	5.000
Bloc-notes	20	----	500	10.000
Stylo	20	----	100	2.000
Cartable	20	----	1.000	20.000
Papier Padex	1	2	5.000	10.000
Pause-café /déjeuner	21	10	5.000	525.000
Attestation de participation	20	-----	1000	20.000
Total Budget				1.098.000

Source : Notre étude

Le budget de la mise en œuvre de la solution globale a été arrêté à la somme de : Un million quatre-vingts dix-huit mille francs CFA (**1.098.000 F CFA**).

7.7. Suivi et évaluation

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

-Le suivi est une fonction continue qui vise à fournir aux gestionnaires du projet ou programme et aux principales parties prenantes, les indicateurs sur les progrès réalisés et/ou des difficultés rencontrées durant la mise en œuvre du plan proposé et il se fera de façon continue

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

7.8. Suivi et évaluation de la mise en œuvre de la solution

Pour mener à bien le suivi et l'évaluation, il faut l'implication de tout le personnel de la chirurgie, mais il est nécessaire de mettre en place un comité de suivi et d'évaluation pour apprécier l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan d'action. Ce comité sera composé du médecin chef du CHOM, du CLIN et du bloc opératoire. Ce suivi régulier et une évaluation du plan d'action sont nécessaires pour assurer la mise en œuvre des objectifs fixés mais également faire le bilan des activités menées en termes de performances et des résultats.

Ainsi les indicateurs retenus sont les suivants dans le tableau ci-dessous :

Tableau 61 : Plan de mise en œuvre du suivi et évaluation de la solution

Indicateurs	Source de vérification	Responsable	Périodes
La qualité de l'hygiène du bloc opératoire du CHOM a augmentée	Rapport d'évaluation du CLIN	Le CLIN	Décembre 2020
Nombre de consultants identifiés pour l'élaboration du document de Formation	Rapport d'activités	Le coordinateur du CLIN	Le 28 février 2020
Support de formation	Support de formation	Le consultant	Du 1 ^{er} -14 janvier 2020
Document de Formation	Document de formation	Le consultant	Du 15- 31 Janvier 2020
Nombre de Formateurs Identifiés	Rapport d'activités	Le coordinateur du CLIN	Du 3-27 février 2020
Nombre de personnels identifiés et informés	Rapport d'activités ; liste de personnel identifié et formé	Le CLIN	Du 6-29 mars 2020
Nombre de personnels formés	Rapport d'activités ; liste de personnel formé	Le CLIN	Du 1 ^{er} -12 juin 2020

Source : Notre étude

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous avons formulé des recommandations dans le but d'améliorer l'hygiène au bloc du Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte.

Ces recommandations vont à l'endroit de la Direction du CHOM, du Major du Bloc opératoire et du CLIN.

- **A la direction du CHOM**

- D'étiqueter les zones du bloc opératoire ;
- Veiller à la bonne application du programme de maintenance du Flux Laminaire
- Rendre disponible deux (2) Horloges pour chronométrer le temps de désinfection et de nettoyage des matériels médicaux
- Organiser régulièrement les formations de mise à niveau sur l'hygiène

- **Au CLIN**

- Faire connaître le protocole d'hygiène déjà disponible au bloc à tous les prestataires et ou usagés du bloc
- De veiller à l'information et à la sensibilisation des malades programmés pour le bloc sur infections nosocomiale
- D'organiser régulièrement des audites cliniques
- De respecter le calendrier de travail du CLIN

- **Au major du bloc**

- De veiller à la pratique du lavage des mains avant et après chaque acte au bloc
- De veiller au port systématique des lunettes lors de l'utilisation des instruments suivants : Le moteur ; le marteau ; la curette...
- De veiller au balayage humide, au nettoyage et à la désinfection du bloc entre deux (2) interventions
- De veiller à l'utilisation abusive des Smartphones au bloc opératoire
- De veiller au respect du protocole d'hygiène du bloc

CONCLUSION

CESAG - BIBLIOTHEQUE

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.

Le choix de la promotion de l'hygiène au bloc 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 de l'Ordre de Malte, qui se veut un établissement de référence, a mis en place le Comité de lutte contre les Infections Nosocomiales dans une volonté de donner des soins de qualité à ses clients, le protocole d'hygiène au bloc, outil de référence pour les pratiques de l'hygiène au bloc, a été adopté par la direction.

Ainsi, cet outil à travers l'audit clinique nous a permis, au cours de notre étude, de mettre en évidence des points forts mais aussi des points à améliorer.

La principale cause identifiée comme étant à l'origine de la mauvaise pratique de l'hygiène au bloc était l'insuffisance de formation continue en hygiène hospitalière. La solution retenue pour contribuer à l'amélioration de la qualité de l'hygiène au bloc est la formation en hygiène hospitalière et hygiène au bloc.

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

BIBLIOGRAPHIE

1. ARFAOUI CHEDIA, HAMZA RIDHA, ATTIA ANNABI THOURYA. HYGIENE HOSPITALIERE ET LUTTE CONTRE LES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS. Ministère de la Santé Publique Direction Régionale de la Santé de Bizerte Service Régional d'Hygiène du Milieu; 2008.
2. Conseil Supérieur de la Santé. Recommandations pour la prévention des infections post-opératoires au sein du quartier opératoire. 2014.
3. C.CLIN OUEST. REGLES D'HYGIENE AU BLOC OPERATOIRE. In: Guide Technique d'Hygiène Hospitalière. 2004. p. 3. (Fiche n° 15.03; vol. 2).
4. CCLIN Sud-Ouest. Lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de soins. CCLIN Sud Ouest; 2010.
5. Organisation mondiale de la santé. Résumé des Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins. 2010^e éd. Genève; 2010. 68 p. (OMS, Genève (Suisse)).
6. C.CLIN SUD-OUEST. L'ENTRETIEN ET LA DESINFECTION DES BLOCS OPERATOIRES. 2015. 16 p. (Version 1- Mai 2015).
7. Nycz K. Le respect des bonnes pratiques en hygiène au bloc opératoire : un défi pour le directeur des soins. 2008;41.
8. EngenderHealth. Prévention des infections. 440 Ninth Avenue; 2014.
9. Ce qu'il faut savoir sur l'évaluation de la démarche qualité et gestion des risques au bloc opératoire [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 22 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2025542/fr/ce-qu-il-faut-savoir-sur-l-evaluation-de-la-demarche-qualite-et-gestion-des-risques-au-bloc-operatoire
10. Ferron Fred. Hygiène hospitalière- Rappel des notions de bases. 2010.
11. Françoise Raymond, Catherine Avril. COMPORTEMENTS ET DISCIPLINE AU BLOC OPERATOIRE. Orlin; 2016.
12. ROURESSOL Philippe. La demarche qualité à l'hôpital [Internet]. 2004 [cité 21 oct 2019]. Disponible sur: <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2004/dess/rouressol.pdf>

13. Organisation du bloc opératoire. Université Médicale Virtuelle Francophone. france: Université Médicale Virtuelle Francophone; 2010. 45 p. (Support de Cours; vol. 45).
14. Cauchy L, Loukili N, Borms S, Guery B, Grandbastien B. Tenue et comportement au bloc opératoire et en Salle de Surveillance Post Interventionnelle. 24.
15. CHOM. Projet d'établissement du CHOM. CHOM; 2018.
16. Maiga Boulkassim. Pratiques d'hygiène hospitalière dans les structures sanitaires : Hôpital Gabriel Touré, Hôpital Régional de Sikasso, CNOS, Centre de Santé Référence de la Commune IV de Bamako. [MALI]: UNIVERSITÉ DE BAMAKO; 2003.
17. Dubourdieu F. L'entretien des locaux et des équipements au bloc opératoire. :76.
18. Pr Benoist LEJEUNE. HYGIENE HOSPITALIERE GUIDE POUR L'EVALUATION DES PRATIQUES. CCLIN -Ouest. 2015;Edition 1:60.
19. Zine K, Hassoune S, Fahmi Y, Bouri HE, Ouhaddous M, Chehab F, et al. SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE EN CHIRURGIE VISCERALE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE IBN ROCHD DE CASABLANCA. 2014;1:5.
20. Dr YAO Amany Faustin. 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). [Coté d'ivoire]: CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION; 2016.
21. Toure M, Diarra M, Orl MG, Ouattara MMA, BiramaTOGOLA M, Coulibaly MB, et al. CAUSES DES ANNULATIONS DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES DANS LE BLOC OPERATOIRE A FROID DU CHU GABRIEL TOURE. :97.
22. Murgier J, Coste J-F, Cavaignac E, Bayle-Iniguez X, Chiron P, Bonneville P, et al. Flore microbienne sur les smartphones dans un bloc opératoire de chirurgie orthopédique : étude avant et après décontamination. Rev Chir Orthopédique Traumatol. 1 déc 2016;102(8):774-8.
23. Sab IA. L'INFECTION NEONATALE : EXPERIENCE DU CHU MOHAMMED VI DE MARRAKECH. :124.
24. Michèl AGGOUNE, Marie Thérèse CHALUMEAU. Désinfection des surfaces des locaux. CCLIN -PARIS-NORD. 2017;41.

25. H. Zanovello, C. Forissier, Dr I. Martin. HYGIENE DES MAINS EN SALLE D'OPERATION : Retour d'audit au bloc opératoire. Hôp St-Chamond. 2017;10:10.
26. Pr Brice Gayet. La démarche qualité en milieu hospitalier. Univ Paris VI. 2016;5.
27. C.CLIN-Ouest. Guide pour l'évaluation des pratiques d'hygiène au bloc opératoire. C.CLIN-Ouest; 2012.
28. Rebaudet S, De Pina J-J, Rapp C. LE RISQUE NOSOCOMIAL EN AFRIQUE INTERTROPICALE. Médecine Trop • 2008 • 68 • 1. 2018;volume 2:73.
29. N. Loukili, S. Borms. Tenue et comportement au bloc opératoire et en Salle de Surveillance Post Interventionnelle. Service de Gestion du Risque Infectieux, des Vigilances & d'Infectiologie; 2013.
30. Doyen V, Doyen V, Béné PM-C, Doyen V, Braun PM. DEPLOIEMENT DE LA CHECK-LIST SECURITE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE DANS DEUX HOPITAUX LORRAINS. PERFORMANCES ET DIFFICULTES. :91.
31. AGBON Koffi Brice. Bloc opératoire. Kpc; 2013.
32. Dr Mohamed Lamine DIALLO. CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA DISPONFFILITE DU LINGE DANS LES SALLES D'HOSPITALISATION D'UN HOPITAL DE TROISIEME NIVEAU PAR LA MISE EN PLACE D'UN CIRCUIT HOSPITALIER FONCTIONNEL CAS DE L'HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR. [Sénégal]: Centre Africain d'étude Supérieure en Gestion; 2005.
33. Frank Bally, Alexander Schweiger. Flux unidirectionnels (laminaires) pour la prévention des infections du site opératoire. Swissnoso Bull 2018. 2017;8.
34. Birgand G. Infections du site opératoire: approches originales du diagnostic et de la prévention. :213.
35. Docteur Catherine TROVERO. Gestion des Risques et de la sécurité des établissements et réseaux de santé. [Paris]: Ecole Centrale Paris; 2016.
36. Hamid Siahmad. Les blocs opératoires. le magazine du CHU de Limoges. CHU de Limoges. 2013;37.
37. Dr Michel Lemieux, Mme Hélène Renaud. Guide des bonnes pratiques au bloc operatoire. Bibliothèque et Archives nationales du Québec; 2011.
38. Geneviève Asselin, Sylvain L'Espérance. Évaluation de la pertinence de l'utilisation d'un système de diffusion d'air par flux laminaires dans les salles d'opération du Nouveau

complexe hospitalier du CHU de Québec-Université Laval pour la prévention des infections du site opératoire. 2019.

39. Degbey C, Zoumenou E, Bogninou CD, Azavehi FS. ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE DES PRECAUTIONS STANDARD EN HYGIENE HOSPITALIERE CHEZ LES PRATICIENS ANESTHESISTE-REANIMATEURS DU SERVICE POLYVALENT D'ANESTHESIE REANIMATION DU CNHU-HKM DE COTONOU. 2016;20.

40. Youssouf ALLATCHI Youssouf. Les facteurs influençant l'entretien des dispositifs médicaux réutilisables en anesthésie. Memoire Online Biol Médecine. 2019;54:54.

41. Brown, Lori D. et al.,. Les six étapes de la résolution de problèmes et de l'amélioration des processus. Bethesda; 2012.

42. CHABAY, M., CHINOUILH, C., PIGNOUX, B. Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété. Valérie RUINET; 2018.

43. Professeur Jacques-Louis BINET. Bloc opératoire. Iradj GANDJBAKHCH. 2016;Référence 8:3.

44. Gilles Herreros,, BrunoMilly. Les voiesdelaqualitéàl'hôpital: entreprocédureset coopération [Internet]. Convention HAS - Université Lyon 2 - IRCO; 2016 [cité 14 juin 2019]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00188667>

45. Darquennes Olivier. Nouvelles recommandations en matière d'hygiène au bloc opératoire. Mars 2018. France; 2018. 94 p. (Congrès AFISO 22 mars 2018; vol. 3).

46. F.GARCIN. Hygiène au bloc opératoire. PRODHYG Sarl SS LICENCE F. 2019;arrêté du 7 janvier 2019, art : 8).(3):1-3.

47. Dr Hamid ZERROUK. Evaluation de l'implantation du comité de lutte contre les infections nosocomiales au niveau du Centre Hospitalier Régional El Idrissi de KENITRA. [Royaume du Maroc]: Centre collaborateur de l'OMS; 206apr. J.-C.

48. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION. PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE. PNDS2009-2018 Sénégal; 2013.

49. Asmahane AHAMADA. POLITIQUE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS. GUYANTEANE S; 2018.

50. Valérie BRUNET. L'INTERET D'UN LIVRET D'ACCUEIL DES INFIRMIER(S, ES) DANS UN BLOC OPERATOIRE D'UROLOGIE. [Rouen]: Université de Rouen; 2013.

51. P. Battagliotti, L. Font-Dubarry. LE BLOC DES ERREURS A LA LOUPE. 2017^e éd. Vol. 25. 2017.
52. Conseil Supérieur de la Santé. Recommandations pour la prévention des infections post-opératoires au sein du quartier opératoire [Internet]. www.css-hgr.be; 2016 [cité 27 juill 2019]. Disponible sur: (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>
53. Respecter les bonnes pratiques, c'est respecter le public - ARPP [Internet]. [cité 23 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.arpp.org/actualite/respecter-bonnes-pratiques-respecter-le-public/>
54. Memoire Online - Les perspectives de l'introduction d'une culture de sécurité des soins en tunisie basée sur la qualité et la gestion des risques : adaptation des recommandations de l'organisation mondiale de la santé (oms) et de la haute autorité de santé (has). - Kamel AJMI [Internet]. [cité 23 oct 2019]. Disponible sur: https://www.memoireonline.com/10/09/2780/m_Les-perspectives-de-lintroduction-dune-culture-de-securite-des-soins-en-tunisie-basee-sur-la-qu2.html
55. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins | SF2H [Internet]. [cité 23 oct 2019]. Disponible sur: <https://sf2h.net/publications/surveiller-prevenir-infections-associees-aux-soins>
56. JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE DU SENEGAL [Internet]. [cité 23 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.jo.gouv.sn/>
57. Enquetes et etudes [Internet]. [cité 23 oct 2019]. Disponible sur: http://www.ansd.sn/index.php?option=com_rapports&view=rapports&Itemid=411
58. WIKIPEDIA, Mai 2018. *Technique du groupe nominal*. [En ligne] Available at: https://fr.wikipedia.org/wiki/Technique_du_groupe_nominal#cite_note-Delbecq1-1

Cours

59. WADE Boubacar, qualité et amélioration des soins, l'audit clinique, CESAG Dakar, Novembre 2018.
60. Colly Jean, cours de Méthode de résolution des problèmes, CESAG-Dakar, avril 2019.
61. Mamadou Ba, cours de Planification Stratégique, CEASG-Dakar, avril 2019.
62. Papa N'diaye, identification et analyse des problèmes de santé, CESAG-Dakar, Mai 2019

ANNEXES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 1 : Fiches d'enquête de l'étude

1- FICHE D'ENTRETIEN DES PRESTATAIRES DU BLOC OPERATOIRE

Contribution à l'amélioration de l'hygiène au bloc opératoire : Cas du Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte

Juillet-Aout 2019 - Memoire pour le MBA-GSS

Dans le but de l'amélioration de la qualité de la pratique de l'hygiène au bloc opératoire, nous menons une enquête dans le cadre de notre mémoire de fin d'étude au Centre Africain d'Etudes Supérieur en Gestion (CESAG) de Dakar, pour bien mener ce travail au Centre Hospitalier de l'ordre de Malte, votre avis et/ou opinion nous sera très utile dans le cadre de cette enquête. Nous vous rassurons de la confidentialité des propos et opinions qui seront émis à cet effet.

Veillez répondre SVP

1. Sexe

1. masculin 2. féminin

2. Statut

1. Fonctionnaire 2. Contractuel 3. autres:

3. Qualification professionnel

1. Médecin spécialiste 2. Médecin 3. DES 4. Pharmacien 5. Infirmier
 6. Infirmière 7. Ingénieur sanitaire 8. Anesthésis 9. Garçon de salle 10. Fille de salle
 11. ATS 12. Brancardier 13. Autres:

4. Ancienneté dans le service

1. 1mois à 1ans 2. 1 à 5ans 3. 6 à 10ans 4. 11 à 15ans 5. Plus de 15ans

5. Avez-vous dans votre formation initiale un module sur l'hygiène au bloc opératoire

1. oui 2. non

6. Avez-vous été formé en hygiène au bloc depuis que vous êtes au CHOM

1. oui 2. non

Groupe 1

7. si oui depuis quand

8. le nombre de formation

9. quel est l'intervalle de ces formations

10. le formateur était du CHOM

1. oui 2. non

11. Si non le formateur était de quel organisme?

12. Pour vous l'hygiène au bloc est -il important?

1. oui 2. non

13. Connaissez-vous les matériels d'hygiène au bloc?

1. oui 2. non

GROUPEN°2

14. Avez-vous des matériels d'hygiène au bloc à votre disposition?

- | | 1 | 2 |
|--|-----------------------|-----------------------|
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

15. Aimerez-vous avoir des renforcements de capacité en hygiène au bloc

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|--|-----------------------|-----------------------|

oui (1), non (2).

16. Si oui pourquoi?

17. Si non pour quoi

18. Connaissez-vous le protocole d'hygiène au bloc du CHOM?

1. oui 2. non

19. Vous - avez reçu combien de seance de rappel du protocole?

20. Quel est le temps d'intervalle des rappels?

21. Le dernier rappel remonte à quand?

22. Avez-vous l'accès au protocole d'hygiène au bloc

1. oui 2. non

23. Consultez-vous le protocole d'hygiène au bloc?

1. oui 2. non

24. si oui Combien de fois par jour et ou par mois?

25. Respectez-vous le protocoles ?

1. oui 2. non

26. Etes-vous contrôlé pour le respect du protocole?

1. oui 2. non

27. Etes-vous en sécurité dans l'application du protocole?

1. oui 2. non

28. Etes-vous satisfait du protocole?

1. oui 2. non

29. si oui comment?

30. si non comment?

31. Avez- vous des propositions d'amélioration du prototele?

1. oui 2. non

32. Si oui vos propositions:

2- BLOC OPERATOIRE

Fiche D'enquête N°

1. Les dispositifs ou matériels médicaux sont-ils nettoyés avant l'intervention?

1. oui 2. non

2. Combien de temps avant l'intervention?

3. Après l'intervention?

1. oui 2. non

4. Combien de temps après ?

5. Le temps de nettoyage est de combien?

6. Est-il désinfecté avant l'intervention?

1. oui 2. non

7. Combien de temps avant?

8. Après l'intervention?

1. oui 2. non

9. Combien de temps après?

10. Le temps de désinfection est de combien?

11. Sont-ils stérilisés avant l'intervention?

1. oui 2. non

12. Combien de temps avant?

13. Après l'intervention?

1. oui 2. non

14. Combien de temps après?

15. Le temps de stérilisation est de combien?

II-BIO NETTOYAGE

16. La poubelle est-elle vide avant l'intervention?

1. oui 2. non

17. Est-elle propre?

1. oui 2. non

18. Est-elle vidée après l'intervention?

1. oui 2. non

19. Les déchets ou objets souillés sont-ils sortis du bloc avant l'intervention?

1. oui 2. non

20. Le tri des déchets souillés et non souillés sont-ils respectés au cours de l'intervention?

1. oui 2. non

21. Le sol du bloc est-il balayé avant l'intervention?

1. oui 2. non

22. Après l'intervention?

1. oui 2. non

23. L'essuyage humide du sol du bloc est-il réalisé avant l'intervention?

1. oui 2. non

24. Après l'intervention?11

1. oui 2. non

25. Le sol du bloc est-il désinfecté avant l'intervention?

1. oui 2. non

26. Après l'intervention?

1. oui 2. non

27. La table opératoire a-t-elle été nettoyée avant l'intervention?

1. oui 2. non

28. Après l'intervention?

1. oui 2. non

29. La table opératoire a-t-elle été désinfectée avant l'intervention?

1. oui 2. non

30. Après l'intervention?

1. oui 2. non

31. Le personnel utilise-t-il les EPI complets pendant le bio nettoyage avant l'intervention?

1. oui 2. non

32. Après le l'intervention?

1. oui 2. non

33. Le personnel porte-t-il le vêtement de ville pendant le bio nettoyage avant l'intervention?

1. oui 2. non

34. Après l'intervention?

1. oui 2. non

35. Le personnel a-t-il lavé les mains avant le bio nettoyage?

1. oui 2. non

36. Après le bio nettoyage?

1. oui 2. non

III-L'HYGIENE DES MAINS

37. Le protocole d'hygiène des mains est-il disponible au bloc?

1. oui 2. non

38. L'opérateur a-t-il lavé les mains avant l'intervention?

1. oui 2. non

39. Après l'intervention?10

1. oui 2. non

40. Le 1er assistant a-t-il lavé les mains avant l'intervention?

1. oui 2. non

41. Apées l'intervention?

1. oui 2. non

42. Le 2ème assistant a-t-il lavé les mains avant l'intervention?

1. oui 2. non

43. Après l'intervention?

1. oui 2. non

44. Le 3ème assistant a-t-il lavé les mains avant l'intervention?

1. oui 2. non

45. Après l'intervention?

1. oui 2. non

46. Le 4ème assistant a-t-il lavé les mains avant l'intervention?

1. oui 2. non

47. Après l'intervention

1. oui 2. non

48. Le 1er anesthésiste a-t-il lavé les mains avant l'intervention?

1. oui 2. non

49. Après l'intervention?

1. oui 2. non

50. Le 2ème anesthésiste a-t-il lavé les mains avant l'intervention?

1. oui 2. non

51. Après l'intervention?

1. oui 2. non

52. Le 1er infirmier du bloc a-t-il lavé les mains avant l'intervention?

1. oui 2. non

53. Après l'intervention?

1. oui 2. non

54. Le 2ème infirmier du bloc a-t-il lavé les mains avant l'intervention?

1. oui 2. non

55. après l'intervention?

1. oui 2. non

III-HABILLEMENT AU BLOC OPERATOIRE(Port de l'EPI)

56. L'opérateur porte-t-il le bonnet pendant l'intervention?

1. oui 2. non

57. Porte-t-il la bavette pendant l'intervention?

1. oui 2. non

58. porte-t-il la lunette de protection pendant l'intervention?

1. oui 2. non

59. porte-t-il les gants pendant l'intervention?

1. oui 2. non

60. porte-t-il les sabots pendant l'intervention?

1. oui 2. non

61. Porte-t-il la blouse de bloc opératoire pendant l'intervention?

1. oui 2. non

62. Le 1er assistant porte-t-il le bonnet pendant l'intervention?

1. oui 2. non

63. Porte-t-il la bavette pendant l'intervention?

1. oui 2. non

64. porte-t-il la lunette de protection pendant l'intervention?

1. oui 2. non

65. porte t-il les gants pendant l'intervention?

1. oui 2. non

66. porte t-il les sabots pendant l'intervention?

1. oui 2. non

67. Porte t-il la blouse de bloc opératoire pendant l'intervention?

1. oui 2. non

68. Le 2ème assistant porte t-il le bonnet pendant l'intervention?

1. oui 2. non

69. Porte t-il la bavette pendant l'intervention?

1. oui 2. non

70. porte t-il la lunette de protection pendant l'intervention?

1. oui 2. non

71. porte t-il les gants pendant l'intervention?

1. oui 2. non

72. porte t-il les sabots pendant l'intervention?

1. oui 2. non

73. Porte t-il la blouse de bloc opératoire pendant l'intervention?

1. oui 2. non

74. Le 3ème assistant porte t-il le bonnet pendant l'intervention?

1. oui 2. non

75. Porte t-il la bavette pendant l'intervention?

1. oui 2. non

76. porte t-il la lunette de protection pendant l'intervention?

1. oui 2. non

77. porte t-il les gants pendant l'intervention?

1. oui 2. non

78. porte t-il les sabots pendant l'intervention?

1. oui 2. non

79. Porte t-il la blouse de bloc opératoire pendant l'intervention?

1. oui 2. non

80. Le 4ème assistant porte t-il le bonnet pendant l'intervention?

1. oui 2. non

81. Porte t-il la bavette pendant l'intervention?

1. oui 2. non

82. porte t-il la lunette de protection pendant l'intervention?

1. oui 2. non

83. porte t-il les gants pendant l'intervention?

1. oui 2. non

84. porte t-il les sabots pendant l'intervention?

1. oui 2. non

85. Porte t-il la blouse de bloc opératoire pendant l'intervention?

1. oui 2. non

86. Le 1er infirmier du bloc porte t-il le bonnet pendant l'intervention?

1. oui 2. non

87. Porte t-il la bavette pendant l'intervention?

1. oui 2. non

88. porte t-il les gants pendant l'intervention?

1. oui 2. non

89. porte t-il les sabots pendant l'intervention?

1. oui 2. non

90. Le 2eme infirmier du bloc porte t-il le bonnet pendant l'intervention?

1. oui 2. non

91. Porte t-il la bavette pendant l'intervention?

1. oui 2. non

92. porte t-il les gants pendant l'intervention?

1. oui 2. non

93. porte t-il les sabots pendant l'intervention?

1. oui 2. non

94. Le 1er anesthésis porte t-il le bonnet pendant l'intervention?

1. oui 2. non

95. Porte t-il la bavette pendant l'intervention?

1. oui 2. non

96. porte t-il les gants pendant l'intervention?

1. oui 2. non

97. porte t-il les sabots pendant l'intervention?

1. oui 2. non

98. Le 2ème anesthésis porte t-il le bonnet pendant l'intervention?

1. oui 2. non

99. Porte t-il la bavette pendant l'intervention?

1. oui 2. non

100. porte t-il les gants pendant l'intervention?

1. oui 2. non

101. porte t-il les sabots pendant l'intervention?

1. oui 2. non

IV- INFORMATION DU MALADE

102. Le malade à t-il des informations sur les infections nosocomiales?

1. oui 2. non

103. Qui est sa source d'information dans le service?

3- BIO NETTOYAGE DES VENDREDIS

Bio nettoyage du vendredi

Juillet-Aout 2019 - Memoire de MBA-GSS

Audit du bio nettoyage du bloc opératoire chaque vendredi

Bio nettoyage du 1er bloc opératoire

1. le plafond du 1er bloc opératoire a t-il été désinfecté?
 1. oui 2. non
2. le mur du 1er bloc opératoire a t-il été désinfecté?
 1. oui 2. non
3. les appareils du 1er bloc opératoire ont ils été désinfectés?
 1. oui 2. non
4. les chariots du 1er bloc opératoire ont -ils été désinfectés?
 1. oui 2. non
5. les chaises du 1er bloc opératoire ont-elles été désinfectées?
 1. oui 2. non
6. la table opératoire du 1er bloc opératoire a t-elle été nettoyée?
 1. oui 2. non
7. la table opératoire du 1er bloc opératoire a t-elle été désinfectée?
 1. oui 2. non
8. le balayage du sol du 1er bloc opératoire a t-il été réalisé?
 1. oui 2. non
9. le balayage humide du sol du 1er bloc opératoire a t-il été réalisé?
 1. oui 2. non
10. la désinfection du sol du 1er bloc opératoire a t-elle été réalisée?
 1. oui 2. non
11. Les portes du 1er bloc opératoire ont-elles été désinfectées?
 1. oui 2. non

Bio nettoyage du 2ème bloc opératoire

12. La solution de balayage humide du 1er bloc pour le 2ème a t-elle été changée?
 1. oui 2. non
13. La solution de désinfection du 1er bloc pour le 2ème a t-elle été changée?
 1. oui 2. non
14. le plafond du 2ème bloc opératoire a t-il été désinfecté?
 1. oui 2. non
15. le mur du 2ème bloc opératoire a t-il été désinfecté?
 1. oui 2. non
16. les appareils du 2ème bloc ont-ils été désinfectés?
 1. oui 2. non
17. les chariots du 2ème bloc opératoire ont t-ils été désinfectés?
 1. oui 2. non
18. les chaises du 2ème bloc opératoire ont-elles été désinfectées?
 1. oui 2. non

19. la table opératoire du 2ème bloc opératoire a t-elle été nettoyée?

1. oui 2. non

20. la table opératoire du 2ème bloc opératoire a t-elle été désinfectée?

1. oui 2. non

21. le balayage du sol du 2ème bloc opératoire a t-il été réalisé?

1. oui 2. non

22. le balayage humide du sol du 2ème bloc opératoire a t-il été réalisé?

1. oui 2. non

23. La désinfection du sol du 2ème bloc opératoire a t-elle été réalisée?

1. oui 2. non

24. La solution de désinfection du 1er bloc opératoire pour le 2ème bloc opératoire a t-elle été changée?

1. oui 2. non

25. le lavabo du bloc opératoire a t-il été nettoyé?

1. oui 2. non

26. le lavabo du bloc opératoire a t-il été désinfecté?

1. oui 2. non

Bio nettoyage du bureau des anesthésis

27. le mur du bureau des anesthésis a t-il été désinfecté?

1. oui 2. non

28. les appareils du bureau des anesthésis ont-ils été désinfectés?

1. oui 2. non

29. l'armoire du bureau des anesthésis a t-il été désinfectée?

1. oui 2. non

30. Le balayage humide du bureau des anesthésis a t-il été réalisé?

1. oui 2. non

31. le sol du bureau des anesthésis a t-il été désinfecté?

1. oui 2. non

Bio nettoyage de la salle des instruments

32. le mur de la salle instrument a t-il été désinfecté?

1. oui 2. non

33. les appareils de la salle instrument ont-ils été désinfectés?

1. oui 2. non

34. les armoires de la salle instrument ont-elles été désinfectées?

1. oui 2. non

35. Le balayage humide de la salle instrument a t-il été réalisé?

1. oui 2. non

36. le sol de la salle instrument est-il été désinfecté?

1. oui 2. non

37. les murs du couloir du bloc opératoire ont-ils été désinfectés?

1. oui 2. non

38. Le balayage humide du couloir du bloc opératoire a t-il été fait?

1. oui 2. non

39. le sol du couloir du bloc opératoire a-t-il été désinfecté?

1. oui 2. non

Bio nettoyage des vestiaires

40. le mur du 1ère vestiaire a-t-il été désinfecté?

1. oui 2. non

41. l'armoire du 1er vestiaire a-t-il été désinfectée?

1. oui 2. non

42. Le balayage humide du 1er vestiaire a-t-il été réalisé?

1. oui 2. non

43. le sol du 1er vestiaire a-t-il été désinfecté?

1. oui 2. non

44. le mur du 2ème vestiaire a-t-il été désinfecté?

1. oui 2. non

45. L'Armoire du 2ème vestiaire a-t-elle été désinfectée?

1. oui 2. non

46. Le balayage humide du 2ème vestiaire a-t-il été réalisé?

1. oui 2. non

47. Es-ce que le sol du 2ème vestiaire a été désinfecté?

1. oui 2. non

48. La solution de désinfection a-t-elle été changée du 1er vestiaire pour le 2ème?

1. oui 2. non

49. Le personnel porte-t-il les EPI complets pendant le bio nettoyage du vendredi?

1. oui 2. non

50. Le personnel porte-t-il les vêtements de ville pendant le bio nettoyage?

1. oui 2. non

51. Le personnel lave-t-il les mains avant le bio nettoyage?

1. oui 2. non

52. Lave-t-il les mains après le bio-nettoyage?

1. oui 2. non

Bio nettoyage des sabots du bloc opératoire

53. Les sabots ont-ils été nettoyés?

1. oui 2. non

54. Les sabots ont-ils été désinfectés?

1. oui 2. non

Annexe 2 : Procédure et protocole du centre hospitalier de l'ordre de malte (CHOM)

1- Procédure de Bio nettoyage du Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte (CHOM)

Rédaction	Vérification	Approbation Enregistrement
Aissatou DIALLO Pharmacien, coordonnateur CLIN	Charles Kinkpe Médecin chef, président CLIN	Christian DEUWEL Directeur
Octobre 2016		

B: Briser la chaîne des infections ; I: Initier la formalisation des protocoles ; O: Optimiser les matériels et les produits ; N: Nettoyer, décontaminé au quotidien ; E: Eviter le mélange des produits ; T: Travailler avec motivation ; T: Traiter toutes les surfaces ; O: Organiser, planifier son travail ; Y: Y ajouter une dose de courage et de bonne humeur ; A: Appliquer la procédure avec rigueur et méthode ; G: Garantir une prestation de qualité ; E: Evaluer et réajuster

Personnes concernées :

- Référents en hygiènes de l'hôpital
- Chefs de service
- Majors des services
- Personnel d'entretien

1-objet :

- Lutter contre les infections associées aux soins
- Donner à l'hôpital un état de propreté visuelle
- Nettoyer-décontaminer

2-Domaine d'application :

Indications :

- Quotidiennement, en début et fin de journée pour certains services
- Entre deux malades au bloc
- Tous les services de l'hôpital classés par zone selon le tableau ci-dessous, dont le risque de contamination varie selon les zones

Risque 1	Risque 2	Risque 3	Risque 4
Absence de risque	Risque faible	Risque important	Risque élevé
-Services administratifs - accueil/orientation -service social -cuisine	-Service kinésithérapie -stérilisation centrale -radiologie	-laboratoire --chirurgie -médecine -consultation externe	-bloc opératoire -salle de réveil
Nettoyage quotidien	Nettoyage/désinfection quotidien	Nettoyage /désinfection quotidien ou pluriquotidien	Nettoyage /désinfection pluriquotidien

NB/ ATTENTION AUX SALLES SEPTIQUES DANS LES SERVICES ?

3-Documents de référence :

- **Documents de référence :**
Bio nettoyage en secteur hospitalier, risque infectieux et environnement, Nathalie OSINSKI 2014
Cours d'hygiène, Ordre de Malte France

4 – Définition et abréviations

C'est un procédé destiné à réduire la contamination biologique des surfaces avec la combinaison de 3 étapes :

- o **Le nettoyage** : un moyen qui permettant d'assainir l'environnement.

A l'hôpital, l'action de nettoyer consiste à éliminer, des surfaces et des objets sans les endommager, les déchets et les souillures.

- o **La décontamination** : application d'un produit désinfectant qui réduit les micros organisme de l'ordre de 10^3 (détergent) sur les surfaces ou de 10^8 (détergent + désinfectant)

- **Le bio nettoyage** : c'est un moyen qui permet d'assainir l'environnement par la combinaison suivante :
 - Evacuation des déchets, des objets souillés
 - Nettoyage par un détergent
 - Application d'un désinfectant
-

5-Buts :

- Eliminer les poussières, les salissures
- Réduire le nombre des microbes (microorganismes) sur les surfaces
- Rendre plus efficace l'emploi des produits de nettoyage
- Assurer aux personnels des équipes d'entretien des locaux le maximum de sécurité par:
 - L'application des bonnes techniques
 - Par une bonne utilisation des produits qui sont à leur disposition.

Recommandations pratiques

- a) La tenue :
 - Blouse propre et chaussure fermée ne pas porter de vêtements de ville
 - Les bijoux (bagues et bracelets) doivent être retirés.
 - Port de coiffe
- b) Lavage des mains : avant tout travail d'entretien des locaux et port de gants de ménage.
- c) Préparation du matériel selon la technique choisie dans l'hôpital.
- d) Préparation de la solution détergent-désinfectante : respecter le dosage établi par le fabricant (affiché dans le local d'entretien)

Le mot détergent c'est le savon

Le désinfectant c'est le produit qui va réduire les micro-organismes en un temps donné.

6- description de la démarche

Méthode Surfanios

- **MATERIELS**
 - 1 balai brosse
 - 1 balai ordinaire en poils synthétiques

- 1 balai à frange
- 1 ramasse- poussière
- 1 seau pour le premier passage (nettoyage) :
 - o 1 chiffon pour les meubles et surfaces
 - o 1 serpillière pour le sol uniquement
- - 1 seau pour le deuxième passage (décontamination)
 - o 1 chiffon pour les meubles et surfaces
 - o 1 serpillière pour le sol uniquement
- - le produit : prendre un bidon de SURFANIOS (détergent-désinfectant) mode d'emploi:
 - o Remplir un seau avec 8 litres d'eau froide + 20 ml de Surfanios (1 pompe)
 - o Répartir dans les 2 seaux la dilution obtenue (2 fois 4 litres)

1ère étape

- Vider les poubelles,
- Sortir les déchets et objets souillés (urinaux, bassins, les vider et les nettoyer)

2ème étape : balayage du sol en traînant impérativement au sol pour ne pas faire voler la poussière

3ème étape : essuyage humide des meubles et objets meublants

- Prendre le seau du 1er passage avec le chiffon du seau : Le 1er passage correspond au nettoyage
- Prendre le seau du 2ème passage avec le chiffon de ce seau : le 2ème passage correspond à la décontamination

4ème étape : lavage-décontamination des sols

Procéder de la même manière que pour les meublants :

1. nettoyer avec le seau du 1er passage + serpillière de ce seau (ne pas oublier d'enlever le chiffon du seau)

2. décontaminer avec le seau du 2ème passage + serpillière de ce seau (ne pas oublier d'enlever le chiffon du seau)

ON NE PEUT DESINFECTER QUE CE QUI EST PROPRE

Méthode Javel

- o **MATERIELS**

- 1 balai brosse
- 1 balai ordinaire en poils synthétiques
- 1 balai à frange
- 1 ramasse- poussière
- 3 seaux :
 - 1 seau avec de l'eau savonneuse + 1 chiffon pour les meubles et surfaces + 1 serpillière pour le sol uniquement
 - 1 seau avec de l'eau claire pour le rinçage+ 1 chiffon+ 1 serpillière
 - 1 seau avec une dilution de javel pour la décontamination avec le chiffon puis la serpillière du rinçage dilution

10 litres d'eau + 150 ml d'eau de Javel à 9°

1ère étape

- Vider les poubelles,
- Sortir les déchets et objets souillés (urinaux, bassins, les vider et les nettoyer)

2ème étape : balayage du sol en traînant impérativement au sol pour ne pas faire voler la poussière

3ème étape : lavage, rinçage et décontamination des meubles et objets meublants

1. Prendre le premier seau du lavage 1er passage avec son chiffon
2. Rincer avec l'eau du 2ème seau et son chiffon
3. Décontaminer en prenant le 3ème seau avec la dilution de javel avec le chiffon du sceau de rinçage.

Pour le lavage-décontamination des sols

Procéder de la même manière que pour les meubles, et surfaces : garder les mêmes seaux mais enlever les chiffons et remplacer par les serpillières

ON NE PEUT DESINFECTER QUE CE QUI EST PROPRE

Principes à retenir

- **Commencer par le nettoyage du plus propre et finir par le plus sale,**
- **Commencer par le plus haut et descendre en terminant par les surfaces les plus sales et les plus basses situées,**
- **Les surfaces ne sont jamais essuyées ni séchées (sauf les miroirs)**
- **Respecter les dilutions de détergent-désinfectant.**
- **Respecter le temps de rémanence de 5 minutes,**

- **Ne pas oublier les téléphones, interrupteurs, poignées de portes et ceci au quotidien y compris la robinetterie**

2- PROCEDURE de TRI DES DECHETS

LES DECHETS SPECIFIQUES D'ACTIVITE DE SOINS A RISQUE INFECTIEUX = D A S R I

- Abaisse - langues
- Alèses ouatés (type Absorbex®)
- Changes complets
- Filtres d'appareil de ventilation assistée
- Flacons vides de médicaments et flacons vides de produits d'entretien et autres souillés
- Kit d'aérosol
- Pansements compresses gazes bandes souillés
- Perfuseurs et sa poche souillée
- Poches de Stomie
- Seringues souillées → SANS AIGUILLES
- Sets de pansements à usage unique
- Sutures
- Blisters de médicaments
- Draps d'examen et drapages chirurgicaux de patient.
- Couches, alèses, garnitures
- Déchets anatomiques non identifiables
- Drains et dispositifs de recueil de liquides biologiques
- Sonde nasale d'oxygénothérapie
- Sondes gastriques et poches de recueil
- Sondes d'intubation, sondes et poches d'aspiration bronchique
- Sondes urinaires et poches vidées
- Perfuseurs et sa poche souillée
- Poches de CATS
- Poches et tubulures de sang ou contenant des liquides biologiques
- Redon à usage unique
- Tubes de prélèvements biologiques (sang ou urines non envoyés au laboratoire)
- Verres ayant contenu du sang ou autres sécrétions biologiques
- Masques, blouses, sur blouses, bonnets, sur chaussures, pyjamas de bloc des professionnels souillés
- Habillement à Usage Unique des patients pour le bloc opératoire
- Gants à usage unique
- Sondes d'aspiration et matériels à usage unique

- Draps d'examen et drapages chirurgicaux.
- Gobelets de patients infectés

LES DECHETS D'ACTIVITE DE SOINS DANGEREUX : DAS

- Aiguilles, lames de bistouri, aiguille + suture
- Cathéters + raccords sans mandrin Objets piquants, coupants et tranchants
- Lames de rasoir, de tondeuse

Dans des conteneurs carton/plastique jaunes et à regrouper dans les poubelles DAS

LES DECHETS ASSIMILABLES AUX ORDURES MENAGERES = D A O M

- Déchets de nettoyage
- Reste d'alimentation
- Emballage de matériel à usage unique et ou de stérilisation
- Objets à usage unique tels que serviettes, gobelets de patients sans risque infectieux
- Fleurs et plantes
- Poussières
- Tous les dispositifs médicaux à usage unique non souillés (emballages, essuies mains, flacon de perfusion, plâtre, ...).

Les déchets techniques

- Ampoules, néons, etc. (futs métalliques)
- Verres cassés (futs métalliques)
- Batteries (à déposer près des futs métalliques)

3- EXIGENCES D'HYGIENE, DE PROPRETE ET D'HABILLEMENT

Bloc opératoire

Rédaction	Vérification	Approbation Enregistrement
Agents de stérilisation Mohamed Gaye Cheikh Sarr	Aissatou Diallo Pharmacien Emeraude LACHAUX Attachée de direction	Charles Kinkpe Médecin chef Christian DEUWEL Directeur
Juillet 2016		

Objet

Description des tenues vestimentaires dans les différents secteurs de travail ainsi que les mesures d'hygiène à respecter dans la Stérilisation Centrale.

Domaine d'application et personnes concernées

Concerne tous les membres de l'équipe de stérilisation centrale, les visiteurs, les techniciens et toute autre personne entrant dans les locaux.

Il est de la responsabilité individuelle d'appliquer les consignes affichées dans chaque local.

Le responsable des secteurs ainsi que le responsable de la stérilisation centrale ont pour mission de contrôler la tenue adéquate ainsi que les bonnes pratiques d'hygiène.

Document de référence

- **Documents de référence :**

EXIGENCES D'HYGIENE, DE PROPRETE ET D'HABILLEMENT ; STERILISATION CENTRALE, HOPITAUX UNIVERSITAIRE DE GENEVE, DECEMBRE 2008

4. Matériels et équipements associés & Description de la démarche

Tenue vestimentaire à la stérilisation centrale

Elle est constituée d'une :

Casaque et pantalon ou d'une blouse de travail

Ces tenues professionnelles sont distribuées au vestiaire central. Elles sont destinées à l'ensemble du personnel du bloc opératoire.

Chaque collaborateur est tenu de la changer quotidiennement. Celle-ci doit être portée fermée et ne doit pas franchir les limites géographiques des bâtiments du bloc.

Les visiteurs et techniciens ne sont autorisés à entrer au bloc qu'avec autorisation du major du bloc et/ou du chirurgien ou anesthésiste ; avec un port obligatoire de pyjama jetable

Pour le personnel de l'équipe travaillant dans les zones sales, l'utilisation d'un Tablier de protection en plastique est obligatoire par-dessus la tenue vestimentaire blanche lorsqu'il est en contact avec le matériel souillé.

Ce tablier est enlevé s'il doit quitter la zone sale (Faire une croix de repérage sur l'extérieur) et jeté en fin de journée.

Charlotte de protection

Le port de la charlotte est obligatoire pour toutes les personnes qui travaillent ou transitent à la stérilisation centrale. Celle-ci doit couvrir complètement les cheveux. Elles sont à disposition sur les étagères des vestiaires et doivent être jetées après chaque utilisation

Sabots ou protège-chaussures

Toutes les personnes qui se déplacent à l'intérieur des zones propres sont tenues de porter une paire de sabots réservée à cet effet ou des protège-chaussures s'ils ne sont là que temporairement.

Les sabots sont nettoyés, désinfectés tous les vendredis et rangés dans les vestiaires.

Gants et lunettes de protection

Ceux-ci doivent être portés impérativement pour la manipulation des dispositifs médicaux souillés des zones sales. Ils doivent être enlevés lors du passage dans la zone propre ou lorsqu'ils sont abîmés. Il s'agit ensuite de se laver les mains et se désinfecter avec la solution hydro alcoolique

Les gants sont fortement conseillés pour sortir les dispositifs médicaux des stérilisateurs. Se laver les mains et les avant-bras après avoir enlevé les gants.

Masques

Celui-ci doit être mis lors de la sortie des dispositifs médicaux des stérilisateurs.

Casque

Un casque anti bruit doit être porté dans les secteurs lavage et multivac.

Hygiène des mains

Les ongles doivent être coupés courts, sans vernis et les mains doivent être démunies de bijoux ou montres bracelet lors du lavage.

Le lavage des mains est obligatoire en arrivant sur le lieu de travail et à chaque retour dans le secteur.

Les modalités sont spécifiées près des lavabos des vestiaires.

Aliments

Les aliments peuvent être placés dans le casier fermé du collaborateur ou à la salle de repos.

Les aliments sont interdits dans tous les autres endroits.

Exception : l'eau minérale est tolérée à la place de travail pour autant que les règles d'hygiène et les bonnes pratiques de retraitement des DM stériles soient respectées et que le collaborateur replace sa bouteille le soir dans son casier.

Nettoyage de rangement

En fin de journée :

- chaque collaborateur doit ranger et nettoyer sa place de travail avec un chiffon propre imbibée d'une solution désinfectante
- mettre des housses de protection sur les bacs d'instruments.

Par quinzaine :

- les responsables des secteurs désignent des collaborateurs pour nettoyer les bords de fenêtres ainsi que les plans communs.

Remarque : Le nettoyage général des surfaces est effectué chaque soir par le Service d'Hygiène et propreté (voir contrat interne).

Affaires personnelles

Celles-ci doivent être rangées dans les vestiaires personnels, en aucun cas sur les places de travail, ni de Manière anarchique dans les vestiaires...

4 - PROTOCOLE DE STERILISATION

Bloc opératoire

Rédaction	Vérification	Approbation Enregistrement
Mohamed Gaye Cheikh Sarr Agents de stérilisation	Aissatou Diallo Pharmacien Emeraude LACHAUX Attachée de direction	Charles Kinkpe Médecin chef Christian DEUWEL Directeur
Juillet 2016		

Personnes concernées :

Major bloc

Agents de stérilisation

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Objet

-nettoyer, désinfecter et stériliser les dispositifs médicaux et matériels utilisés au bloc opératoire

-éviter tout risque de contamination avant l'utilisation des dispositifs médicaux

-prévenir les infections nosocomiales

Domaine d'application

Indications :

-en début et fin de service

-après chaque intervention

-pour tous dispositifs médicaux souillés

Documents de référence et associés

Documents de référence :

-protocole de stérilisation pour dispositifs médicaux implantables - directive DI 606.06_v01- février 2014

Documents associés

DA-STE 0101 « Dossier de stérilisation »

DA-STE 0102 « Dossier de lot de stérilisation »

DA-STE 0103 « Fiche de traçabilité du traitement des dispositifs médicaux avant la stérilisation »

DA-STE 0104 « Test de VIDE »

DA-STE 0105 « Test de BOWIE DICK »

DA-STE 0106 « exigences d'hygiène de propreté et d'habillement »

Définitions et abréviations

Stérilisation : ensemble de méthodes et de moyens mises en œuvre visant à éliminer tous les micro-organismes vivants de quelque nature et sous quelque forme que ce soit, porté par un objet parfaitement nettoyé

Stérile : probabilité qu'un micro-organisme viable soit présent sur un dispositif médical, est égal ou inférieur à 1 pour 10^6

Stérilité : état de tout ce qui est exempt de micro-organisme viable

Matériels et équipements associés

- Point d'eau munie de robinet connecté à un filtre (eau tiède, eau froide)
- HEXANIOS G+R (ANIOS 5%), détergent, désinfectant de l'instrumentation

Description de la démarche

1) Désinfection

Immerger les dispositifs médicaux dans une solution détergente désinfectant (ANIOS 5% soit 25 ml pour 5 litre). Temps de contact 15minutes.

La mise en place du dispositif médical dans la solution doit respecter la fiche technique du fabricant (dilution, temps de contact, qualité et température)

Eviter tout contact avec le produit

2) Rinçage et séchage

Rincer abondamment les instruments à l'eau filtrée puis les sécher à la zone propre

Se débarrasser des instruments abimés, cassés ou attaqués par la corrosion

3) Conditionnement

Placer les instruments dans des sachets ou leur conteneur le plus vite possible

Utiliser un emballage pouvant supporter des températures jusqu'à 141°C

4) Stérilisation

Stérilisateur à la vapeur d'eau à 134°C (273°F /2.1 bar pendant 5 minutes)

Vérifier le bon déroulement du cycle de stérilisation

Paramétrer du cycle conformément aux données de validation

Utiliser un indicateur physicochimique pour chaque cycle

Avant de commencer la stérilisation procéder à un texte de vide, puis un test de BOWIE DICK

5) Stockage

Placer les sachets de stérilisation et le conteneur dans un endroit sec et propre (zone de stockage)

5 - FICHE DE NOTIFICATION DES PATIENTS INFECTES

CENTRE HOSPITALIER DE L'ORDRE DE MALTE DE DAKAR

FICHE DE NOTIFICATION DES PATIENTS INFECTES

Service :

Signalant (nom et fonction) :

Date de signalement :

En provenance de : son domicile un autre établissement un autre service

Suspicion de l'ISO apparue à jours d'hospitalisation, à jours post opératoire.

PATIENT

Identification du patient

Age

PTH

Mode d'intervention programmée

PTG

SCOLIOSE

Autres

Date d'entrée dans le service de chirurgie

/__/__/__/__/__/__/__/

Patient provenant d'un établissement à taux élevé de « BMR »

Oui Non

Date de sortie de l'établissement

/__/__/__/__/__/__/__/

Présence d'une infection bactérienne autre que l'ISO

Oui Non

Si oui, localisation :

Urinaire Pulmonaire Cathéter
Dentaire

Durée :

- de sondage urinaire (si sonde à demeure) /__/__/ jour(s), semaine(s), mois

- d'intubation (si patient intubé) /__/__/ jour(s), semaine(s), mois

- de cathétérisme (si pose d'un cathéter) /__/__/ jour(s), semaine(s), mois

Traitement antibiotique antérieur à l'ISO

Oui Non

6 - FICHE DECHET DASRI

CENTRE HOSPITALIER DE L'ORDRE DE MALTE DE DAKAR

Gestion des déchets

Sacs jaunes

Sacs Noirs

Les déchets d'activités de soins dangereux (DASRI) : OPCT

CARTON/ou Collecteur d'objets piquants

- Aiguille, lames de bistouri, aiguille + suture
- Cathéters + raccords sans mandrin
- Objectifs piquants, coupants et tranchants
- Lames de rasoir, de tondeuse
- **Ampoules en verre de médicament**

Les déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI)

- Tous les dispositifs médicaux souillés (par le sang, les urines et les selles)
- Draps d'examen et drapages chirurgicaux
- Habillement à Usage Unique des patients et des professionnels.
- Seringues (sans aiguilles)

Déchets assimilables aux ordures ménagères (DAOM)

- Tous les dispositifs médicaux à usage unique non souillés (emballages, essuies mains, flacon de perfusion, plâtre, ...).
- Déchets de nettoyage
- Reste d'alimentaire
- Objets à usage unique tels que serviettes, gobelets de patients sans risque infectieux
- Fleurs et plantes
- Poussière

Ordre de Malte France, une force au service du plus faible

Annexe 3 : Définition des autres concepts liés à la santé et à l'hygiène hospitalière

- La santé

En 1946, à la conférence internationale à New York, l'OMS définit la santé comme « un complet état bien-être physique, mental et social, et ne veut pas seulement dire absence de maladie ou d'infirmité » [5].

- 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 détertion ; la désinfection ; la conservation [10].

- La santé publique

En 1952, l'OMS définit 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 » [5].

- 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* [16].

- 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 [16].

- Asepsie

Absence de microorganismes dans un milieu ou dans un objet ; ensemble de méthodes permettant de maintenir cet état [10].

- Décontamination

Opération au résultat momentané permettant de tuer, d'éliminer ou d'inhiber les microorganismes indésirables en fonction des objectifs fixés [10].

- 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 [10].

- 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 [26].

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 4 : Les autres concepts liés à la démarche qualité

- 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 [12].

- 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 [12].

- 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 [26].

- Audit

L'audit est une méthode qui permet de comparer une pratique, une activité ou une organisation à un référentiel préalablement déterminé [12].

- 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 [12].

- 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 [12 ; 26].

- Client

Organisme ou personne ne qui reçoit un produit [5].

- Management

Le management est l'ensemble des techniques d'organisation et de gestion d'une entreprise. La norme ISO 9000 parle des activités coordonnées pour orienter et contrôler un organisme. On peut citer les termes voisins : administration, conduite, direction, exploitation. Par extension, le management désigne aussi les hommes de l'entreprise qui la dirigent [12].

- 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 [12 ; 26].

- Management de la qualité

Activités coordonnées permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité [12 ; 26].

- 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 dirigée par la direction, mais déléguant aux salariés et se concentrant sur des problèmes systémiques non individuels » [12].

- 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 (supérieure à 1an, stratégiques, à moyen terme ; ce sont ceux de la politique qualité) et des objectifs opérationnels (inférieure 1an, à court terme, découlant d'un plan d'actions) [12 ; 26].

- 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 [12].

- 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 [12].

- Processus

Le processus est défini comme un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie [26].

- Protocole

Ensemble des règles et des conventions nécessaires à respecter. 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 [12].

- Qualité

Aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences [12 ; 26].

- Référentiel

Ensemble d'informations structurées auxquelles on se rapporte et qui constituent un modèle [12 ; 26].

- 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 [26].