



Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

Mémoire pour l'obtention du MBA en Gestion des services de santé

Option : Gestion des programmes de santé

29<sup>ème</sup> promotion année académique : 2018-2019



MEMOIRE DE FIN D'ETUDE POUR L'OBTENTION DU MASTER EN BUSINESS  
ADMINISTRATION (MBA) EN GESTION DES SERVICES DE SANTE

### **THEME DE MEMOIRE**

CONTRIBUTION À L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS PAR LA  
REDUCTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES : Cas de la pose de cathéters  
veineux périphériques au service des urgences médicochirurgicales de l'hôpital de  
l'amitié Sino-guinéenne de Kipé (République de Guinée/Conakry).

Candidat

Jean Pé KOLIE

Sous la Direction de :

Dr Malick NIANG

Enseignant associé au CESAG

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

## **DEDICACE**

Je dédie ce travail

Mon **Dieu**, gloire à toi mon Dieu oh éternel, le maître de l'univers, mon père céleste. Merci de ta générosité que tu me donnes chaque jour, sans rien demandé et du chemin que je désire suivre.

A mon père **Monsieur Nyankoye KOLIE** à qui je témoigne ma profonde gratitude de reconnaissance pour son aide précieuse, son sacrifice, je prie Dieu le tout puissant qu'il t'accepte dans son paradis éternel et que ton âme se repose en paix.

A ma mère **Anne Marie HABA**, la femme de ma vie, la seule, éternelle, absolue, immortelle, j'ai vu le jour grâce à toi et ma vie a pris un sens via tout ce que tu m'a appris, apporté, offert et donné. Que Dieu te bénisse, te donne une meilleure santé et une longue vie.

A femme **Seny Théa**, tu es toujours là pour moi, tu m'écoutes quand je te raconte mes soucis, tu me remontes le moral quand je suis triste et fatigué, tu m'encourages quand je baisse les bras et tu me consoles quand je subis un échec. Merci beau mon amour.

A mes **parents** merci beaucoup pour votre temps, votre dévouement et pour toutes ces surprises que vous m'avez accordé durant ma formation.

A mon fils **Nyankoye KOLIE**. Je prie qu'il te donne la santé, longévité et qu'il ouvre le chemin du bonheur et de la réussite.

A mes **jeunes frères et sœurs** vous avez été très courageux, patients et humble d'avoir accepté prolongée de votre grand frère à l'étranger. Ce travail est le fruit de vos efforts.

## **REMERCIEMENTS**

Nos très sincères remerciements à :

### **Au Docteur Malick NIANG**

Notre cher Maître et Directeur de mémoire, enseignant associé au CESAG, merci d'avoir accepté l'encadrement de ce travail, mais aussi pour vos conseils, vos suggestions constructives et surtout votre accessibilité. Vous m'avez beaucoup soutenu, recevez l'expression de ma gratitude. Que Dieu vous donne une longue vie pleine de bonheur et une meilleure santé.

### **Au Docteur Fodé Ibrahima CAMARA**

Directeur général de l'hôpital de l'amitié sino-guinéenne (HASIGUI) de Kipé merci d'avoir accepté la réalisation de ce travail dans votre structure. Vous m'avez beaucoup soutenu, recevez l'expression de ma gratitude. Que Dieu vous donne une longue vie pleine de bonheur et une meilleure santé.

### **Au Docteur Mohamed Diané**

Cher grand merci pour l'encadrement et la facilitation que vous nous avez accordé pour la réalisation de ce travail.

A mon grand frère **Docteur Mamadou Alimou Barry** merci beaucoup pour votre appui technique et conseils quant à l'amélioration de la qualité de mon travail.

A **Mademoiselle Maimouna CAMARA** Merci de votre soutien financier et vos sages conseils.

**Dr El hadj GUEYE** chef département CESAG-SANTE, **Mme Mously SEYE** pour son soutien, **Merci à** tout le personnel enseignant de CESAG SANTE pour la qualité de l'enseignement reçu durant toute la durée de la formation.

**Pr Boubacar WADE**, enseignant associé au CESAG.

A tous les étudiants de la promotion CESAG SANTE particulièrement la famille GSS 2018-2019.

A tout le personnel de l'hôpital de l'amitié sino-guinéenne de Kipé Madame Ramata Fady DIALLO, Ouo Francis Zagaimou, Madame cathéterine koropara, Monémou, Dr Mamaoudou TRAORE .

A la **famille SOUMAH de Dakar**

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

ANAES:	agence nationale d'évaluation en santé
C3G:	céphalosporine de 3ème génération
CHLIN:	comité d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales
CHU:	centre hospitalo-universitaire
CLI:	Comités de Lutte contre les Infections
CLIN:	comité de lutte contre les infections nosocomiales
CMC:	centre médical communal
CME:	comité médical d'établissement
CVP:	cathéters veineux périphériques
DMS:	durée moyenne de séjour
DNEHS:	direction national des établissements Hospitaliers et de soins
DSVCO:	direction de la santé de la ville de Conakry
EDS:	enquête de démographie et de santé
EOH:	équipes opérationnelles d'hygiène
GREPHH:	groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière
HASIGUI:	hôpital d'Amitié sino-guinéenne de Kipé
HPD:	hôpital principal de Dakar
HTA:	hypertension artérielle
ICABMR:	indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes
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 la consommation des antibiotiques
ICSHA:	indicateur de volume de produits hydroalcooliques consommés
IDE:	infirmier d'Etat
IDH:	indice de développement humain
IN:	infections nosocomiales
<b>IOV:</b>	indicateur objectivement vérifiable
IRM:	imagerie par résonance magnétique
MSHP:	ministère de la santé et de l'hygiène publique
OMS:	organisation mondiale de la santé
PAC:	autour du port autonome de Conakry
PDCA:	Plan, Do, Check, Act
PRONALIN:	programme national de lutte contre les infections nosocomiales
RAISIN:	réseau d'alerte d'investigation et surveillance des infections nosocomiales et associées aux soins
SARM:	Staphylocoque. aureus résistants à la méticilline
SFHH:	société française d'hygiène hospitalière
SIDA:	syndrome immunodéficience acquise
TB:	tuberculose
TPM+:	tuberculose pulmonaire à microscopie positive
VIH:	virus immunodéficience humaine

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Rapport d'activité du service des urgences médicales de l'HASGUI pendant les trois dernières années de 2016 à 2018.....	21
Figure 2 : Le type de pansement utilisé lors de la pose de CVP.....	76
Figure 3 : Diagramme d'ISHIKAWA .....	84
Figure 4 : Diagramme de Pareto .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

## **LISTE DES ANNEXES**

ANNEXE I Grille d'évaluation .....	115
ANNEXE II : Grille de dépouillement.....	124
ANNEXE III : Critères de validation et standard attendus .....	126

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Répartition de la population de Conakry par district sanitaire.....	6
Tableau 2 : Répartition des structures sanitaires de Conakry .....	8
Tableau 3 : Carte hospitalière de l'HASIGUI.....	12
Tableau 4 : Répartition du personnel de l'HASIGUI en fonction de catégorie socioprofessionnelle 2016/2017 .....	13
Tableau 5 : Evolution des recettes propres, la subvention de l'Etat et autres subventions au cours des trois dernières années en GNF .....	14
Tableau 6 : Répartition des charges de fonctionnement et d'investissement en FG. ....	16
Tableau 7 : Indicateur des activités médicales (consultation) par services de l'année 2016. ....	17
Tableau 8 : utilisation des services médicotéchniques .....	17
Tableau 9 : Priorisation des problèmes .....	31
Tableau 10 : Système de classement des recommandations consensuelles de l'OMS .....	46
Tableau 11 : chronogramme des activités.....	71
Tableau 12 : Priorisation des causes par le groupe nominale. ....	85
Tableau 13 : Hiérarchisation des causes par la fréquence cumulée décroissantes.....	86
Tableau 14 : Priorisation des solutions proposées pour la formation des agents de HASIGUI....	93
Tableau 15 : Cadre logique de la mise en œuvre du projet.....	97
Tableau 16 : Cadre logique de la mise en œuvre du projet (suite).....	98
Tableau 17 : Plan d'action opérationnel.....	99
Tableau 18 : Plan d'action opérationnel (suite) .....	100
Tableau 19 : Budget de fourniture de matériels de formation à HASIGUI .....	101
Tableau 20 : Les indicateurs de suivi et d'évaluation de la solution retenue.....	103



## **SOMMAIRE**

DEDICACE.....	II
REMERCIEMENTS .....	III
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	IV
LISTE DES FIGURES.....	VI
LISTE DES ANNEXES.....	VI
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE:.....	4
ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE.....	4
CHAPITRE I: ANALYSE SITUATIONNELLE (ENVIRONNEMENT EXTERNE ET INTERNE DE L'HASIGUI) ET CADRE D'ETUDE.....	5
CHAPITRE II: CADRE THEORIQUE.....	35
DEUXIEME PARTIE:.....	67
METHODOLOGIE ET LES RESULTATS DE L'ENQUETE.....	67
CHAPITRE III: METHODOLOGIE.....	68
CHAPITRE IV: PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE.....	74
TROISIEME PARTIE:.....	80
DETERMINATION, ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION, IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS, PLAN DE MISE EN ŒUVRE. ....	80
CHAPITRE V: DETERMINATION, ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION.....	81
CHAPITRE VI: IDENTIFICATION ET PRIORISATION DE LA SOLUTION RETENUE.....	89
CHAPITRE VII: PLAN DE MISE EN OEUVRE DE LA SOLUTION RETENUE.....	94
RECOMMANDATIONS.....	105
CONCLUSION.....	107

## **INTRODUCTION**

Selon l'OMS, une infection nosocomiale ou infection hospitalière peut être définie comme une infection survenant chez un patient à l'hôpital ou dans un autre établissement de santé et chez qui cette infection n'était ni présente ni en incubation au moment de l'admission. Cette définition inclut les infections contractées à l'hôpital mais qui se déclarent après la sortie, et également les infections professionnelles parmi le personnel de l'établissement. Les infections survenant plus de 48 heures après l'admission sont habituellement considérées comme nosocomiales [5 ; 11].

En effet, L'hôpital est un lieu où le risque d'infection est très important et où les germes deviennent de plus en plus résistants. De ce fait, les infections contractées au niveau de l'hôpital sont reconnues comme des problèmes majeurs de santé publique de par leur fréquence, leur coût et leur gravité qui touche aussi bien les patients et leurs entourages que l'ensemble des professionnels de santé. Ces infections dites nosocomiales, sont beaucoup plus liées aux procédures de soins et figurent parmi les principales causes de mortalité et de morbidité chez les patients hospitalisés, d'autant plus qu'au cours des 20 dernières années, ces infections se sont considérablement diversifiées et sont devenues plus difficiles à prévenir, à diagnostiquer et à traiter[4 ;11].

Malgré les progrès réalisés en matière de santé publique et de soins hospitaliers, des infections continuent à apparaître chez certains patients hospitalisés et peuvent aussi toucher le personnel de l'établissement. De nombreux facteurs favorisent l'infection chez les patients: une immunité affaiblie, la variété croissante des interventions et des gestes invasifs qui peuvent ouvrir la voie à l'infection, et la transmission de bactéries résistantes aux médicaments au sein d'hôpitaux surpeuplés, souvent facilitée par l'insuffisance des précautions de lutte contre l'infection. [4 ;5 ].

Les infections nosocomiales sont connues dans le monde entier et touchent aussi bien les pays développés que les pays en voies de développement. Les infections contractées en milieu hospitalier figurent parmi les causes majeures de décès et de morbidité accrue parmi les patients. Elles constituent un véritable problème de santé publique du fait de leur fréquence et de leur gravité [10,11]. Mais aussi de leur coût socioéconomique qui est une charge considérable pour les patients et pour le système de santé.

Aux **Etats- Unis**, ces dépenses supplémentaires sont estimées de 4,5 à 5,7 milliards de dollars USD par an [9 ,10 ,11].

Selon l'organisation mondiale de santé (2005), plus de 1,4 million de personnes dans le monde souffrent de complications infectieuses acquises à l'hôpital. La prévalence des infections nosocomiales menée sous l'égide de l'OMS dans 55 hôpitaux de 14 pays dans les six (06) régions de l'OMS, a été observée avec les fréquences maximales qui ont été rapportées dans les régions de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est (10 et 11,8% respectivement), celle de l'Europe atteignait 7,7 % et 9 % dans le Pacifique occidental . [11].

Au Maroc, une enquête réalisée en 1994, a révélé que la prévalence globale des infections nosocomiales dans les hôpitaux marocains était de 8.1% [32].

La revue de la littérature montre qu'à l'aide d'un programme bien structuré de prévention, le taux d'infections nosocomiales pourrait être réduit de 30 %, voire davantage [4,11].

Mais si la lutte contre ces infections est organisée dans les pays développés, elle l'est beaucoup moins dans les pays de faible niveau socio-économique qui souffrent, pour la majorité, d'une absence de réglementation et du manque de données représentatives de surveillance [11].

La prise de conscience de l'importance du problème posé par les infections acquises en milieu hospitalier n'est pas récente en Guinée. Cette situation a amené les responsables du secteur de la santé à renforcer la lutte contre ces infections en mettant en place, au niveau des établissements hospitaliers, des comités d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales sous l'arrêté N° 98 / 8546/MSHP du 4 Novembre 1998). [7 ; 26].

En raison de leur nature, ces infections ont des causes multiples liées aux procédures et aux systèmes mis en oeuvre pour dispenser les soins et aux comportements humains, pourtant ces infections pourraient être évitées, le défi mondial a souligné dans ces lignes directrices que l'organisation de la lutte constitue la mesure de base à appliquer pour réduire l'incidence de ces infections et que l'observance de cette mesure constitue un gage de réussite pour toute action de lutte (OMS, 2010).

Dans ce sens et vu que l'hygiène hospitalière est un domaine qui impose la transversalité et la multidisciplinarité des intervenants, le comité de lutte contre les infections nosocomiales est la

structure idéale, qui au sein de l'hôpital, pourrait assurer ces impératives et d'assurer la coordination et la cohésion entre les différents acteurs impliqués dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Ce travail sur la qualité de la pratique de la pose de CVP au service des urgences médico-chirurgicales de HASIGUI, basé sur la méthode de résolution des problèmes nous permettra de faire une analyse situationnelle concernant cette pratique afin d'apporter des solutions à la résolution des écarts constatés.

L'objectif général de mon étude est d'améliorer la qualité de la pose et les objectifs spécifiques consisteront à évaluer la pratique, de déterminer les principales causes de la mauvaise qualité de l'acte, de proposer des solutions et enfin de mettre en œuvre celle retenue. Nous abordons ce travail en trois parties selon le plan suivant :

- ✓ La première partie sera consacrée à l'analyse situationnelle et au cadre théorique de l'étude
- ✓ La deuxième partie abordera la méthodologie et la présentation des résultats de l'enquête
- ✓ Et la troisième partie sera 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.

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

## **CHAPITRE I: ANALYSE SITUATIONNELLE (ENVIRONNEMENT EXTERNE ET INTERNE DE L'HASIGUI) ET CADRE D'ETUDE**

### **1. Analyse de l'environnement externe**

Cette analyse se basera sur des composantes suivantes :

- La situation géographique et démographique de Guinée/ Conakry
- La situation socioéconomique de la Guinée/ Conakry
- L'organisation sanitaire du pays ;
- Etat de santé de la population ;
- Opportunité ;
- Menaces;

#### **1.1. Situation géographique de la République de Guinée**

La république de Guinée est située en Afrique Occidentale, entre 7° et 12° degré de l'attitude nord, de 8° à 15° degré de longitude ouest. Au nord-ouest elle est limitée par la Guinée Bissau, le Sénégal et le Mali au nord, à l'est par la Cote D'ivoire et le Mali, le Liberia et la Sierra Leone au sud et l'Océan Atlantique à l'ouest.

La Guinée est bordée par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'Est en Ouest et 500 km du Nord au Sud. Sa superficie totale est de 245.857 km<sup>2</sup>(34). Elle compte 12.093.349 habitants [26]

#### **1.1.1 Présentation de la ville de Conakry**

##### **1.1.2. Aspect géographique:**

Située sur le littoral de l'océan atlantique, elle constitue le fief des affaires en Guinée. À cause notamment de la présence de l'unique port autonome, du seul aéroport international et d'une concentration de toutes les structures ministérielles. Conakry est la plus grande ville en termes de concentration démographique avec une population estimée à 1.660.973 habitants selon le dernier recensement général de la population et de l'habitat de 2016 (INS 2016). Conakry la capitale de la République de Guinée, est une presqu'île couvrant une superficie de 308 Km<sup>2</sup> environ avec 34

Km en longueur et une largeur de 1 à 6 Km. Elle a connu un développement rapide avec un rythme d'urbanisation entre 5 et 7% par an.

La ville de Conakry émerge du continent à l'Est, traverse une bande de mangrove et échouée en mer à l'ouest. A sa pointe se dessinent les îles de Loos en croissant. A partir des zones côtières au Nord et au Sud, le relief se dirige vers la presqu'île, où le sol est rocailleux et ferrugineux.

Depuis l'époque coloniale, le centre-ville se trouve à l'extrême pointe autour du port autonome de Conakry(PAC) jusqu'à nos jours. Cette ville abrite la plupart des administrations et les sièges d'entreprises.

La ville de Conakry est influencée par la mousson, caractérisée par des températures élevées et de fortes précipitations qui varient de 3000 à 4000mm par an.

Il existe deux saisons climatiques à Conakry : une saison sèche allant de Novembre à Avril et une saison pluvieuse qui s'étend de Mai à Octobre. [26]

### **1.1.3. Aspects démographiques:**

La population de Conakry est réactualisée sur la base du taux d'accroissement naturel qui ne répond pas du tout à la réalité avec tout le corolaire d'aspect migratoire. . [26]

**Tableau 1: Répartition de la population de Conakry par district sanitaire**

<b>Directions communales de la santé</b>	<b>Population 2015</b>	<b>Population 2016</b>	<b>Pourcentage</b>
Dixinn	254 806	262 705	12%
Kaloum	134 203	138 363	6%
Matam	263 203	271 362	12%
Matoto	882 668	910 031	40%
Ratoma	655 564	675 886	30%
Total	2.190 444	2 258 347	100%

Ce tableau nous montre 2 258 347 comme population totale de Conakry en 2016 par district sanitaire.

La commune de Matoto abrite la plus grande population soit 40% suivi de Ratoma avec 30%. Cette dernière commune abrite le quartier où se trouve la zone de notre étude.

#### **1.1.4. Decoupage administratif:**

La ville de Conakry comprend cinq (5) communes et cent trente (130) quartiers. Chaque commune est dirigée par un Maire et toutes les communes sont administrées par un Gouverneur [26].

#### **1.1.5. La situation socio-économique de la Guinée.**

La situation socioéconomique de la Guinée en 2012 est marquée par la persistance de la pauvreté. La croissance économique est estimée à 3,9%, soit le même niveau qu'en 2011, impulsée principalement par l'augmentation de la production agricole et de la bonne tenue du secteur secondaire. Les recettes fiscales exprimées en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) ont augmenté de 16,8% à 19,8%, grâce à l'accroissement des recettes sur les produits pétroliers et des recettes sur le commerce international. Le financement des secteurs sociaux prioritaires par le Budget national, a continué de baisser depuis plusieurs années. Les dépenses exécutées en faveur des secteurs de la santé et de l'éducation sont passées de 18,9% du budget total en 2010 à 13,5% en 2011 et 10,2% en 2012. La part de la santé a représenté 2,4% du budget total en moyenne sur la période 2010-2012 ce qui a fortement affecté la qualité et l'offre de soins de santé. Le pays dispose d'importantes ressources naturelles. En dépit de ses énormes potentialités naturelles, la Guinée fait partie des pays les plus pauvres du monde. En 2012, elle a occupé le 178ème rang sur 186 pays à l'indice de développement humain durable (IDH) [26 ; 35].

#### **1.1.6. L'organisation sanitaire du pays (Conakry).**

La structure organisationnelle et fonctionnelle du Ministère de Santé est définie par le décret N° D/2011/061/PRG/SGG du 2 mars 2011 portant organisation et attribution du Ministère de Santé. Elle est basée sur le découpage administratif qui comprend huit (8) régions et trente-huit (38) districts sanitaires [26 ; 35].



**Tableau 2: Répartition des structures sanitaires de Conakry**

Structures DCS	Publique	Privées	Postes de sante	Laboratoire et Pharmacie	Centres médicaux communaux
Dixinn	03	14	00	24	01
Kaloum	04	13	03	35	01
Matam	01	06	00	25	02
Matoto	06	87	01	31	01
Ratoma	08	228	02	65	02
Total	22	348	06	180	07

## 2. Etat de santé de la population en Guinée

Sur le plan épidémiologie, les principales causes de morbi-mortalité sont liées aux maladies transmissibles avec les pathologies à potentiel épidémiologique et les pathologies évitables par la vaccination.

La prévalence du paludisme reste encore dominée avec une parasitémie de 44% chez les enfants. Dans les formations sanitaires publiques, le paludisme représente 40.82% des consultations, 45.30% des hospitalisations et 36% des décès hospitaliers et infantiles de moins de 5 ans qui sont dus au paludisme grave.

Le VIH/SIDA demeure un problème de santé publique avec une prévalence stable de 1.7% en 2012 dans la population générale. En 2011, le VIH/SIDA représentait 9% des consultations ; la prévalence chez les femmes enceintes représente 2.5%.

La prévalence de la tuberculose est de 178 TPM+ pour 100.000 habitants avec sa double charge de coïnfection TB/VIH qui reste encore très élevée.

La méningite, le choléra et la rougeole sévissent de façon endémo-épidémique.

Les infections respiratoires aiguës représentent 6% chez les enfants de moins de 5 ans et l'épisode diarrhéique à 16%. Ces pathologies représentent la deuxième et la troisième cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans respectivement y compris les infections néonatales.

Selon EDS, 31% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique, dont près de la moitié sous une forme sévère en 2012.

Les pathologies non transmissibles liées au mode de vie de la population prennent de plus en plus sérieuse comme le diabète avec 5% de prévalence chez les sujets de 15 à 64ans, les maladies respiratoires chroniques 12.4% de prévalence dans le milieu scolaire, les maladies cardiovasculaires 28.1% de prévalence, HTA, les cancers du col de l'utérus 0.5% et cancer du foie avec 31.5 p 100.000 et la drépanocytose dont la prévalence est de 11.57%.

Les maladies tropicales négligées sont le trachome dont la prévalence dans les zones fortement endémiques est de 3%, la filariose lymphatique 10%, la schistosoma 50% et les géo helminthiases, 50%, l'onchocercose, l'ulcère de Buruli et la lèpre en phase d'élimination(moins de 1%)[26 ;35]

## **2.1. Analyse de l'environnement interne de l' HASIGUI**

L'hôpital de l'amitié sino-guinéenne de Kipé est situé dans la commune de Ratoma, l'une des cinq (05) communes la plus peuplée de la ville de Conakry après de la commune de Matoto soit une population de 675.886 habitant en 2016 [7,16].

### **2.1.1. Analyse de l'environnement interne de l'HASIGUI**

#### **2.1.2. Structure [17]**

L'hôpital d'Amitié sino-guinéenne de Kipé (HASIGUI) est le fruit de la coopération entre le gouvernement de la République Populaire de chine et la République de Guinée. Il est construit sur une superficie totale de 43.455 m<sup>2</sup>. HASIGUI est officiellement bâtie sur une superficie de 24.789 m<sup>2</sup>. Il est sis dans la commune de Ratoma au quartier de Kipé (Conakry) à côté de l'usine Métal Guinée. La remise officielle des clés de cet hôpital a eu lieu en avril 2011 et l'offre des services a commencé le 11 avril 2012.

La perspective de HASIGUI est la réalisation de son objectif. La perspective pour l'atteinte de son objectif est la création de nouveaux services de spécialités qui pourraient correspondre à la satisfaction de ces besoins. Ceux-ci pourront participer activement à la réduction considérable des

évacuations sanitaires des malades guinéens à l'étranger afin de minimiser l'hémorragie financière du pays.

HASIGUI est construit avec cinq bâtiments principaux dont quatre sont en étage R + 2 et R +1.

- ✓ **Le bâtiment A** : est construit en étage (R+ 2), abrite l'ensemble de tous les services de consultations de l'hôpital, les bureaux pour les médecins, le service administratif et financier, pharmaciens, contrôleur de gestion et le chef de maintenance..
- ✓ **Le bâtiment B** : est un étage(R+ 2), le rez- de- chaussée comprend le service des urgences médicochirurgicales suivi de service d'imagerie médicale (radiologie médicale et le scanner).

Le premier étage est occupé par le service de laboratoire d'analyse biomédicale et l'anatomie pathologie à l'Est, le plateau technique de bloc opératoire est situé l'Ouest.

Le deuxième étage abrite le pavillon d'hospitalisation pour le service de chirurgie viscérale à l'Ouest ; le service de maintenance à l'est.

- ✓ **Le bâtiment C** en étage (R+ 1), situé à l'Oust et abrite tous les pavillons d'hospitalisation des services de : cardiologie, neurologie, la réanimation et kinésie thérapie au rez -de- chaussée. Les pavillons de service de traumatologie et la neurochirurgie se trouvent au niveau 1 du bâtiment.
- ✓ **Le bâtiment D** : situé au nord et fait aussi en étage de (R + 1). Il abrite l'administration générale de l'hôpital au premier niveau. Au rez- de- chaussée siègent la salle de réunion, le magasin de stockage des médicaments, le restaurant de l'hôpital et salle d'informatique (système d'information hospitalière).

Derrière le bâtiment C, se trouvent : la buanderie, la morgue et les bâtiments abritant les deux incinérateurs de l'hôpital ainsi que le groupe électrogène suivi de deux petits bâtiments où sont collectés les déchets d'activités de soins hospitaliers.

Ces principaux bâtiments occupent une grande surface parsemée des fleurs, réservée pour la récréation des patients.

La capacité de l'hôpital est de 107 lits avec un parking de 150 places environs pour les véhicules.

### **2.1.3. Cadre juridique:**

L'Hôpital spécialisé de Kipé baptisé "Hôpital de l'Amitié Sino-guinéenne " ci-après <<HASIGUI>> est un établissement public à caractère administratif, scientifique et social, créé par Décision N°3996/MSHP/SGG du 31 Aout 2010. Il est doté de la personnalité morale et jouit d'une autonomie financière et de gestion conformément à la réglementation en vigueur d'établissement public à caractère administratif [17].

### **2.1.4. Statut**

Le décret D/2011/PRG/SGG portant le statut spécial d'HASIGUI et référence des hôpitaux du pays. Ce statut détermine l'organisation générale, les attributions, les organes statutaires et les principes généraux de gestion et de fonctionnement de l'hôpital de l'HASIGUI [17].

### **2.1.5. Mission [17]**

L'HASIGUI de Kipé a pour mission, la mise en œuvre de la politique du gouvernement dans le domaine des soins hospitaliers à ce titre, il est particulièrement chargé :

- ◆ D'assurer la prise en charge pour des soins spécialisés de courte durée, des malades référés par les autres structures hospitalières du pays ainsi que leur éventuel hébergement
- ◆ De juger l'opportunité des évacuations sanitaires à l'extérieur du pays ;
- ◆ De participer à la formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux
- ◆ De participer aux activités de recherche dans le domaine de la santé

## **2.2. Organisation et fonctionnement [17].**

A l'instar de tout autre établissement public à caractère administratif, l'hôpital de l'Amitié Sino-guinéenne dans son organisation et son fonctionnement comprend trois organes de gestion qui sont :

1. Un conseil d'Administration
2. Une Direction générale
3. Des structures techniques

Le paquet d'activités de HASIGUI : les activités en relation avec la mission sont développées dans un paquet de services qui comprend :

-Quatre (4) services médicaux qui sont la cardiologie, la neurologie, la réanimation et l'acuponcture-rééducation.

-Cinq (5) services chirurgicaux dont la neurochirurgie, la traumatologie, la chirurgie viscérale, la chirurgie thoracique et le service des urgences médico-chirurgicales.

-Quatre (4) services médicotéchniques qui sont le laboratoire biomédicale laboratoire d'anatomopathologie, l'imagerie médicale la pharmacie, l'exploration fonctionnelle (endoscopie), échographies, la maintenance, et l'administration générale.

**Tableau 3 : Carte hospitalière de l'HASIGUI**

<b>Services médicaux</b>	<b>Nombre de lits</b>
Cardiologie	14
Neurologie	14
Acuponcture rééducation	05
Chirurgie thoracique	05
Neurochirurgie	15
Traumatologie	20
Chirurgie viscérale	17
Urgences	09
Réanimation	08
Services médicaux techniques	
Imagerie médicale	00
Endoscopie	00
Pharmacie	00
Maintenance	00
Laboratoire	00
<b>Total</b>	<b>107</b>

Pour assurer sa mission, l'HASIGUI comprend des services médicaux et médicotechniques [13]

## 2.2.1. Resources:

### 2.2.1.1. Les ressources humaines

L'HASIGUI compte 138 Agents de toute catégorie confondue et qui sont entre autres :

- ✓ Des universitaires ;
- ✓ Des fonctionnaires de l'Etat non universitaires ;
- ✓ Des contractuels de l'établissement (Agents de santé et les agents de société de nettoyage) ;

**Tableau 4 : Répartition du personnel de l'HASIGUI en fonction de catégorie socioprofessionnelle 2016/2017 [13 ;14].**

Catégorie	Fonctionnaire	Contractuels	Universitaires
Personnel médical	16	08	09
Personnel infirmier	42	08	00
Personnel administratif	02	03	00
Personnel Labo et Pharmacie	10	00	00
Personnel technique	05	03	00
Personnel d'entretiens	00	32	00
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>54</b>	<b>09</b>

### 2.2.1.2. Les ressources financières

Les ressources financières de HASIGUI proviennent de :

- L'Etat (salaire des travailleurs et la subvention).
- Recettes propres de l'établissement.
- Et les dons.

Pour le volet de ressources financières, nous nous sommes accentués sur les données financières de trois années successives de 2014 à 2016 (13).

En 2016, le budget de HASIGUI était de douze milliards quatre cent soixante million deux cent quatre-vingt-dix-sept mille deux cent quatre-vingt-sept (12 460 297 287 GNF) qui se subdivisent en :

- Recettes propres = 8 259 232 000 FG
- Subvention de l'état = 3 776 714 000 FG
- Dons de la partie chinoise = 424 351 287 FG

**Tableau 5 : Evolution des recettes propres, la subvention de l'Etat et autres subventions au cours des trois dernières années en GNF**

<b>Libellé</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Recettes propres	3 080 208 650	5 940 647 318	7 437 691 218
Etat	3 110 440 015	1 364 063 988	1 378 630 095
Autres subventions	424 351 287	303 191 000	925 961 200
<b>Total</b>	<b>6 614 999 952</b>	<b>7 607 902 306</b>	<b>9 742 282 513</b>

Ce tableau met en évidence une progression des recettes propres de l'hôpital environ

2 000 000 000 de FG par année. Contrairement aux subventions de l'Etat qui a une évolution en dent de scie.

Les recettes propres de HASIGUI ont constitué la principale source du financement de l'hôpital avec 68.67% au cours de ces trois dernières années suivi par la subvention de l'Etat.

CESAG - BIBLIOTHEQUE



**Tableau 6 : Répartition des charges de fonctionnement et d'investissement en FG. [14]**

<b>Fonctionnement</b>			
<b>Libelle</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Personnel contractuel, primes et gratification	1 313 158 811	1 991 235 818	2 246 760 404
Autres charges	3 007 354 439	3 587 441 653	5 198 901 273
<b>Subventions</b>			
Salaire personnel / contractuel	1 543 938 395	1 457 150 818	1 493 471 775
Autres charges	1 159 145 059	2 770 736 259	1 208 841 262
Total investi	00	00	00
Total charges	7 023 596 704	9 806 564 548	10 147 974 714

Il ressort de ce tableau que les autres charges ont une évolution exponentielle et constituent la principale dépense de HASIGUI.

### 2.3. Données sur les activités médicales de HASIGUI

**Tableau 7 : Indicateur des activités médicales (consultation) par services de l'année 2016. [14]**

Services	Nombre de consultation
Cardiologie	4275
Neurologie	3211
Acupuncture /rééducation	376
Chirurgie thoracique	873
Neurochirurgie	873
Traumatologie	954
Chirurgie viscérale	1508
Urgences médicochirurgicales	9737
Réanimation	247
<b>Total</b>	<b>25 161</b>

**Tableau 8 : utilisation des services médicotechniques [14]**

Activité	Nombre d'examens
Laboratoire	122165
Hématologie	63672
Biochimie	35186
Parasitologie	4544
Bactériologie	6345
Sérologie	12203
Transfusion	215
Imagerie médicale	10050
Radiologie numérisée	8294
Echographie	274
Scanner	782
Endoscopie	266

Anatomopathologie	608
-------------------	-----

Ces activités des services techniques sont largement insuffisantes pour atteindre l'objectif ou la mission de **HASIGUI**. Pour ce faire, HASIGUI a planifié des projets qu'il doit mettre en œuvre pour atteindre son objectif.

- Adaptation des locaux (réalisation d'un bloc opératoire pour la cardiologie interventionnelle et la chirurgie ambulatoire).
- Acquisition d'équipements techniques modernes (scanner 64 barrettes, IRM supérieur ou égal 1,5 tesla, la célio chirurgie, la coronographie diagnostic et thérapeutique, les appareils de surveillance et thérapeutique pour le service des soins intensifs, automates de biochimie et endoscopie multifonctions avec vidéo)
- Renforcement des capacités du personnel dans le domaine médical et de la gestion

#### **2.4. Présentation du cadre d'étude: Le service des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI**

Dans cette présentation, nous procéderons à la compréhension et l'analyse de notre cadre d'étude, ainsi, il sera question de relever la particularité du service des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI.

Le service des urgences médicales de l'hôpital de l'amitié sino-guinéenne de Kipé fonctionnel depuis la date d'ouverture de l'hôpital en 2011 de par son emplacement géographique situé à l'entrée principale de l'hôpital accueil sans sélection 24 heures sur 24 , tous les jours de l'année , les patients arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont la prise en charge n'a pas été programmée, qu'il s'agisse d'une situation d'urgence lourde ou d'une urgence simple d'ordre médical ou chirurgical . De ce fait, elle est la vitrine de l'HASIGUI et assure une mission de service public par la prise en charge permanente de tous les patients. Il reçoit des personnes qui ont pris d'elles-mêmes la décision de venir, ainsi que celles adressées par les autres structures publiques ou privées.

Il procède également à un examen clinique des personnes accueillies ; ainsi que de traiter, dans ses locaux et avec ses moyens de bord , les patients dont l'état de santé requiert des soins

courants de médecine générale ou des actes chirurgicaux simples sont libérés dès que possibles à domicile, les autres sont hospitalisés en (cardiologie, neurologie, neurochirurgie, traumatologie, réanimation, chirurgie viscérale et acupuncture) ou transféré vers les services spécialisés de la capitale en absence de plateau technique.

Au cours de la période d'étude, le nombre de personnes qui se sont présentés aux urgences médico-chirurgicales de HASIGUI sont en augmentation, cette augmentation est en partie liée probablement :

- au vieillissement de la population,
- à la croissance du nombre de maladies chroniques,
- au nombre de personnes affectées par des maladies cardiovasculaires
- à l'augmentation du nombre d'accidents de la voie publique

Après avoir reçu les premiers soins, les malades procèdent au remplissage des formalités administratives avec l'appui des accompagnateurs et obtiennent leur reçu de consultation ainsi qu'un numéro ce qui va les suivre depuis sa rentrée, à toutes les étapes du processus de son traitement jusqu'à sa sortie de l'hôpital mais également en cas de réadmission. Le service des urgences médicochirurgical comprend :

#### **2.4.1. Structure et équipements du service**

Le service des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI dispose notamment :

Trois (03) salles de consultations (homme, femme et une salle de réception des accidentés pour des soins).

- ◆ Un bloc (01) opératoire bien équipé et non fonctionnel
- ◆ Une salle (01) de stock des produits pharmaceutiques au compte de la pharmacie hospitalière
- ◆ Quatre (04) moniteurs multiparamétriques
- ◆ Deux (02) appareils ultraviolets pour la désinfection des salles
- ◆ Deux (02) bureaux pour les médecins
- ◆ Une salle (01) de garde pour les infirmiers
- ◆ Une salle (01) de garde pour les chauffeurs

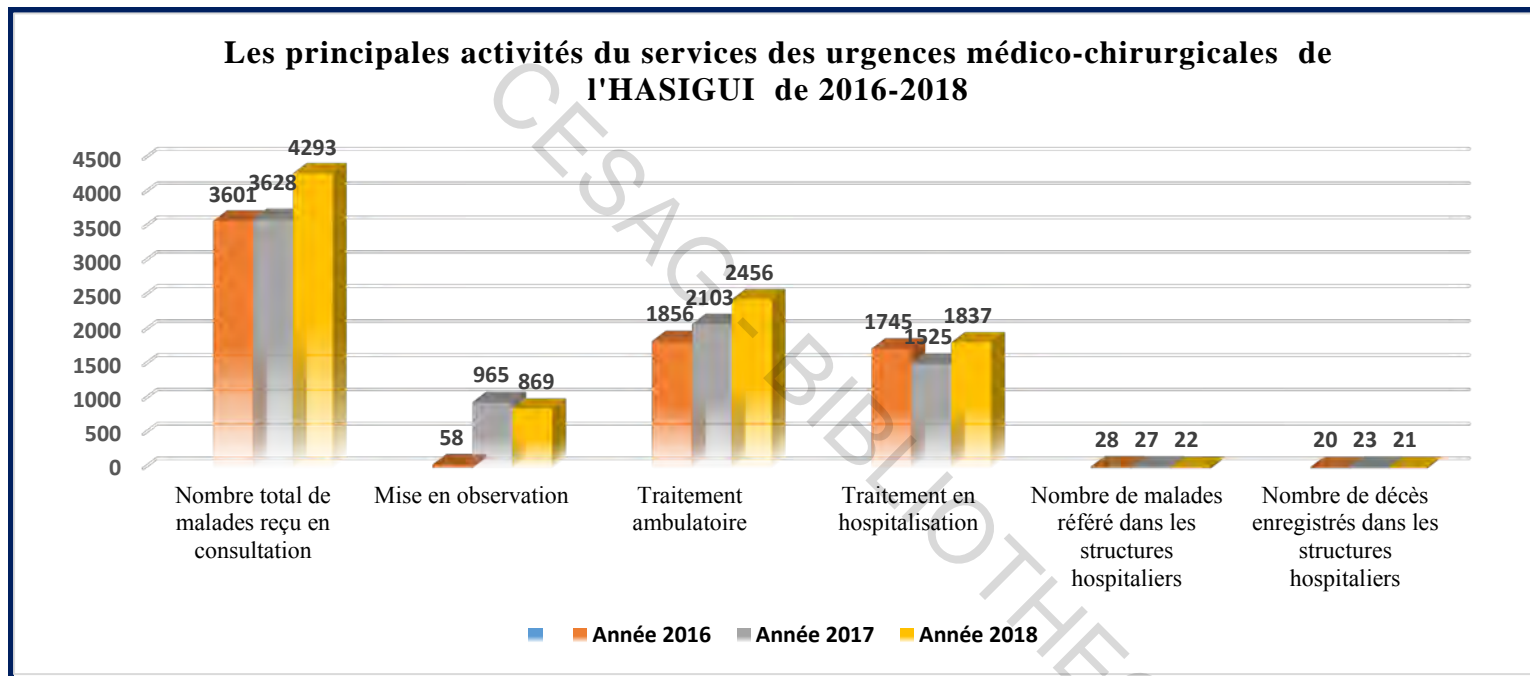
- ◆ Deux (02) ordinateurs bureautiques pour la saisie de la base de données des malades
- ◆ Deux (02) toilettes dont l'une est commune au personnel de santé et aux malades et les visiteurs
- ◆ Huit (08) fauteuils roulants
- ◆ Quatre (04) long chariots
- ◆ Huit (08) paravents
- ◆ un (01 ) extracteur d'oxygène
- ◆ Quatre (4) aspirateurs,
- ◆ Un (01) appareil d'électrocardiogramme
- ◆ Quatre (4) poubelles étiquetées comme suit
  - Rouge ; pour les déchets contaminés de couleur rouge étiqueté et fermée
  - Jaune : déchets non contaminés
  - Noir : les déchets ménagers

#### **2.4.2. Ressources humaines**

Le service des urgences médicochirurgical de l'hôpital de l'amitié sino-guinéenne de Kipé est dirigé par un médecin chef de service ayant un diplôme d'Etat de Docteur en Médecine. En plus du médecin chef de service nous avons :

- ◆ Deux (02) médecins généralistes
- ◆ Huit (08) infirmiers d'Etat dont une surveillance générale
- ◆ Trois (03) chauffeurs
- ◆ Trois garçons (03) de salles
- ◆ Une équipe d'astreinte composée du pool médical (cardiologie et neurologie) et du pool chirurgical (chirurgie viscérale, traumatologie et neurochirurgie) qui sont appelés en cas de nécessité.

### 2.4.3. Les principales activités du service des urgences medico-chirurgicales de 2016 à 2018



Sources : registre de consultation, rapport de monitoring

Figure 1: Rapport d'activité du service des urgences médicales de l'HASIGUI pendant les trois dernières années de 2016 à 2018

**Interpretation :** l'augmentation du volume d'activité (nombre de consultation des malades, la mise en observation , le nombre de malades traités et libérés et le nombre de malades hospitalisés) de l'année 2018 contrairement aux années précédentes (2016 et 2017)

s'expliquerait par une fréquentation des services des urgences médico-chirurgicales de l'hôpital de l'amitié sino-guinéenne de Kipé par la prise en charge de certains .Pendant ces trois dernières années on remarque que le nombre est resté pratiquement constate.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

malades au compte quelques secteurs publics ( la présidence de la République de Guinée, l'armée, le port autonome de Conakry ) et privées ( Société minière de Dinguiraye. Etc...).

**Activités 2016 :**

- ◆ Nombre total de malades reçu en consultation : **3601**
- ◆ Mise en observation : **58**
- ◆ Nombre de malades traités et libérés : **1856**
- ◆ Nombre de malades hospitalisés : **1745**
- ◆ Nombre de malades référé dans les autres structures hospitalières : **28**
- ◆ Nombre de décès enregistrés aux services des urgences : **20**

**Les activités de 2017 :**

- ◆ Nombre total de malades reçu en consultation : **3628**
- ◆ Mise en observation : **965**
- ◆ Nombre de malades traités et libérés : **2103**
- ◆ Nombre de malades hospitalisés : **1525**
- ◆ Nombre de malades transféré dans les autres structures hospitalières : **27**
- ◆ Nombre de décès enregistrés aux services des urgences : **23**

**Les activités de 2018 :**

- ◆ Nombre total de malades reçu en consultation : **4293**
- ◆ Mise en observation : **869**
- ◆ Nombre de malades traités et libérés : **2456**
- ◆ Nombre de malades hospitalisés : **1837**
- ◆ Nombre de malades transféré dans les autres structures hospitalières : **22**
- ◆ Nombre de décès enregistrés aux services des urgences : **21**



## **2.4.4. Synthèse de l'analyse de l'environnement**

### **2.4.4.1. Environnement interne (le service des urgences medico-chirurgicales de l'HASIGUI)**

Notre analyse SWOT ou FFOM (forces, faiblesses, menaces et opportunités) consiste à déterminer si la combinaison des forces et faiblesses du service des urgences médico-chirurgicales est à même de faire face aux évolutions de l'environnement (stratégie déduite) ou s'il est possible d'identifier ou de créer de nouvelles opportunités qui permettraient de tirer profit des ressources uniques ou des compétences distinctives de l'organisation (stratégie construite)

#### **A. Forces**

Les points forts c'est une ressource, une compétence, ou un autre avantage relatif aux concurrents et les besoins des marchés qu'une entreprise sert ou compte servir. Une compétence distinctive donne un avantage comparatif à l'organisation dans le marché.

Les points forts peuvent exister à propos des ressources financières, l'image, la direction du marché, la technologie, et d'autres facteurs. Nous avons identifiés quelques forces du service des urgences médico-chirurgicales dont entre autre :

**-Existence d'un téléphone fixe pour les appels interne et externe du service :** permet de joindre facilement le personnel (médecin et infirmier, les garçons de salles) à tout moment à l'interne comme à l'externe et même en cas d'urgence.

**-Disponibilité des numéros verts pour les appels d'urgences :** l'existence des numéros verts sur les ambulances du service des urgences médico-chirurgicales de l'HASIGUI permet à l'hôpital d'être joignable 24h/24 à la recherche et le transfert des malades et même l'accompagnement de certains personnels de santé en dehors des heures de travail et pendant les grèves.

**-Existence d'un CHLIN a pour rôle de lutter contre les infections nosocomiales :** ce comité est composé de médecins, infirmiers, administrateurs diplômé du centre Africain d'Etudes supérieures en gestion de Dakar ayant à leur porté des outils d'amélioration de la qualité des soins.

**-Existence d'un numéro flotte pour certains agents de santé :** tous les chefs de services, direction, comptables, caissiers etc...).

**-Quatre (04) ambulances fonctionnels et disponibles** sous la responsabilité du médecin chef ou des médecins de gardes, la fonctionnalité et la disponibilité des ambulances permettent à

l'hôpital d'être prêt à toute éventualité liée à la prise en charge des urgences médico-chirurgicales.

**-L'existence des produits d'urgences** permet d'offrir les premiers aux malades avant l'arrivée des parents et le remplissage des formalités administratives.

**-L'existence d'un appareil ultraviolet** pour la stérilisation des salles de consultations et de soins : permet de stériliser les salles de consultations et de soins pendant une à deux fois la semaine dans le souci de réduire le risque de survenue des infections nosocomiales.

**-Renouveau quotidien des draps de lits pour les malades** : chaque jour les filles de salles viennent régulièrement changer les draps de lits de 8 heures 30 à 9 heures avant de commencer parfois les consultations pour donner un confort aux malades.

**-Nettoyage régulier des locaux plus de 3 fois par jour** : le nettoyage régulier des locaux se fait trois (03) fois par jour pour garder un environnement propre pendant le travail et les visites des parents des malades et donner une belle image de la structure.

**-Ponctualité et disponibilité du personnel médical et paramédical** : Nous avons constaté une bonne disponibilité du personnel médical et paramédical surtout pendant les jours ouvrables.

**-Prise en charge précoce des malades** se fait pendant les cinq (05) premières minutes de son arrivée en commençant par les premiers, les renseignements généraux et une décision est prise dans les moments qui suivent sa sortie, son hospitalisation à l'intérieur et sa référence vers les autres structures périphériques en cas d'absence de plateau technique.

**-La régularité et le niveau des primes de motivation** : à l'HASIGUI, les primes de motivation du personnel sont payées à la fin de chaque mois après la présentation du compte rendu de gestion.

## **B .Faiblesses**

Les points faibles constituent une limitation ou un manque en ressources, compétences, et capacités qui empêchent une exécution efficace des activités de l'organisation.

**-Mauvaise gestion des déchets biomédicaux** : déchets contaminés et les déchets non contaminés sont parfois mélangés dans les différents de tri.

**-Insuffisance des ordinateurs pour la saisie des données** : l'existence d'un ordinateur pour la saisie des bases de données pour deux médecins pendant les jours ouvrables retarde parfois les consultations des malades.

**-Absence d'évaluation des pratiques professionnelles** aux services des urgences se caractérise par la routine dans les activités de soins.

**-Absence de fiche de surveillance et de traitement des malades** : malgré les multiples traitements lié à la pose de CVP, elle n'a jamais été enregistré sur une fiche de surveillance ni sur un dossier dans ce cas on peut parler de qualité des soins s'il elle n'est pas s enregistré sur un support de données.

**-Absence de salle de réunion** : le service des urgences médico-chirurgicales de l'HASIGUI étant un stratégique et à haut risque se caractérise par l'absence de Staff interne du service au profit du grand staff hospitalier. Il est important de faire chaque matin les réunions du service afin de faire l'état des lieux des malades reçus et ceux ayant été hospitalisés ou en instance avec l'ensemble du personnel du dit service et de planifier correctement les journées en définissant claires les responsabilités de chaque individu.

**-Insuffisance de salles de toilettes pour les malades et le personnel de santé** : il existe principalement deux (02) toilettes disponibles au service des urgences médico-chirurgicales de l'HASIGUI dont un est fonctionnel et commun au personnel et au malade souvent à l'origine de survenue des infections nosocomiales.

**-Absence de traçabilité de la pose de CVP dans les dossiers médicaux** : les poses de CVP effectuées par les infirmiers d'Etat n'ont jamais été enregistrées sur une fiche de surveillance des malades.

**-Absence de protocole de traitement** : l'un des goulots d'étranglement dans la pratique des soins dans le service des urgences médico-chirurgicales de l'HASIGUI c'est l'absence de protocole de soins. Ce protocole est commun à tous les services.

**-Non fonctionnalité de certains appareils** : On note non fonctionnalité de certains appareils de réanimation (extracteurs d'oxygène)

**-Absence d'un plan de carrière pour le personnel des urgences médicochirurgicales** : dans le cadre de la formation continue des agents de santé du service des urgences médico-chirurgicales de l'HASIGUI on note également une absence d'un plan de carrière dans le cadre du renforcement des capacités.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

#### **2.4.4.2. Environnement externe (HASIGUI)**

C. **Les menaces** sont situations défavorables majeure dans un environnement de l'organisation .Elles constituent des entravent clé l'organisation à la position actuelle ou désirée

- ✓ l'hôpital de Donka est le plus grand hôpital du pays. La rénovation de cet hôpital s'achève d'ici fin 2019 ; il couvre toutes les spécialités médicochirurgicales.
- ✓ l'hôpital international Indo-guinéen dont la construction est en cours ; les travaux devraient s'achever en fin 2019. C'est un nouvel hôpital issu de la coopération des deux gouvernements (guinéen et indien), sis au quartier Gbessia dans la commune de Matam (Conakry). Son objectif principal est la réduction de flux d'évacuation des malades de la caisse nationale de sécurité sociale de Guinée et autres patients. Toutes les spécialités médicochirurgicales sont prévus et les services seront assurés par les spécialistes guinéens et expatriés.

**D. Les opportunités** sont des situations favorables majeures dans un environnement de l'organisation

- ✓ l'accessibilité de HASIGUI : l'hôpital est situé dans la cité des médecins (commune de Ratoma) vers la sortie de Conakry. Il est loin de centre-ville Kaloum de 10 km environs. L'accessibilité par la route est favorable.
- ✓ HASIGUI est un centre de référence pour tous les malades de la Présidence de la République de Guinée, les malades de l'Armée Guinéenne et certaines sociétés minières et assurances du pays ;
- ✓ L'intervention de la République Populaire de Chine dans l'investissement, la formation des agents en Chine et les dons des médicaments ;
- ✓ HASIGUI est proche de la clinique Mère et Enfants, le CMC de Ratoma et l'hôpital Jean Paul II de Taouyah. Toutes ces structures sont dans la commune de Ratoma.

### **3. Identification des problèmes et leur priorisation**

#### **3.1. Identification des problèmes**

A la suite de notre stage au service des urgences médicochirurgicales de l'hôpital de l'amitié Sino-guinéenne de Kipé, nous avons observé un certain nombre de problèmes.

Dans une démarche de résolution des problèmes, un audit clinique a été décidé en vue d'identifier les principaux problèmes et d'apporter des solutions visant à améliorer la qualité des soins. A cet effet, un groupe de travail pluri professionnel de sept (07) membres fut constitué de médecins, infirmiers, administrateur, membres de comité de lutte contre les infections nosocomiales a été constitué.

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

Dans notre contexte, pour identifier les problèmes au service des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI, nous nous sommes inspirés de la technique du groupe nominal. A l'issue d'une séance de travail par les membres du groupe, nous avons ont identifié un certain nombre de problème lié au fonctionnement de la structure qui sont entre autre :

- Mauvaise gestion des déchets biomédicaux : le tri des déchets n'est pas respecté par les agents de santé

- Insuffisance des matériels de réanimation : un seul appareil d'extracteur d'oxygène fonctionnel et disponible
- Insuffisance des lits de consultation et de soins :
- L'insuffisance de la pratique du lavage simple des mains ;
- La mauvaise qualité de la pratique de la pose de cathéters veineux périphériques.
- mauvais accueil
- Retard du personnel au service :
- Insuffisance des matériels médicaux et chirurgicaux (boites de sutures, boites à pansements)
- Insuffisance de toilette (deux (02) toilettes disponibles dont un (01) est fonctionnel commun au personnel et aux malades
- Manque de protocole des soins : la plus part des soins sont exécutés sans protocole
- Passage permanent des visiteurs dans le service des urgences médico-chirurgicales
- Insuffisance des ordinateurs pour la saisie des données de bases des malades.
- Négligence d'utilisation des moyens de protection par les agents de santé pendant et après les soins ;
- Mauvaise organisation des soins

L'analyse de ces problèmes par notre groupe de travail nous a permis d'identifier quelques problèmes clés auquel le service des urgences médico-chirurgicales est confronter et de les prioriser. Ces problèmes sont au nombre de 10 à savoir :s

- Mauvaise gestion des déchets biomédicaux
- Insuffisance des matériels de réanimation
- Insuffisance des lits de consultation et de soins
- La mauvaise qualité de la pratique de la pose de cathéters veineux périphériques.
- L'insuffisance de la pratique du lavage simple des mains ;
- Retard d'arrivée du personnel au service
- Manque de formation continu des agents de santé
- Insuffisance des ordinateurs pour la saisie des données de bases des malades
- Négligence d'utilisation des moyens de protection par les agents de soins pendant et après les soins ;

- Passage permanent des visiteurs dans le service des urgences médico-chirurgicales.

### **3.1.2. Priorisation des problèmes identifiés**

La priorisation a été faite à partir des critères de cotation suivants :

- **L'ampleur** : C'est l'étendue du problème avec son importance dans la structure ; elle prend en compte les différents domaines touchés par le problème et son impact sur la qualité des soins
- **La gravité** du problème qui est en rapport avec les différentes conséquences de son non résolution.
- **La solvabilité** : C'est la possibilité d'apporter une solution au problème avec les moyens (humains, financiers, techniques, organisationnels) dont dispose la structure.

Les critères ont été notés par la méthode du groupe nominal. Les membres du groupe sont composés de l'équipe pluri professionnel (médecin, hygiéniste, infirmiers, biologiste, administrateur, et le stagiaire du césag)

Chacun des différents critères a été coté de 0 à 5 selon son importance :

- 0 : le critère n'a aucune importance ;
- 1 : le critère a une importance faible ;
- 2 : le critère a une importance modérée ;
- 3 : le critère a une importance moyenne ;
- 4 : l'importance du critère est élevée ;
- 5 : l'importance du critère est très élevée.

### **3.1.2. Priorisation des problèmes identifiés**

La priorisation a été faite à partir des critères de cotation suivants :

- **L'ampleur** : C'est l'étendue du problème avec son importance dans la structure ; elle prend en compte les différents domaines touchés par le problème et son impact sur la qualité des soins
- **La gravité** du problème qui est en rapport avec les différentes conséquences de son non résolution.
- **La solvabilité** : C'est la possibilité d'apporter une solution au problème avec les moyens (humains, financiers, techniques, organisationnels) dont dispose la structure.



Les critères ont été notés par la méthode du groupe nominal. Les membres du groupe sont composés de l'équipe pluri professionnel (médecin, hygiéniste, infirmiers, biologiste, administrateur, et le stagiaire du cesag)

Chacun des différents critères a été coté de 0 à 5 selon son importance :

- 0 : le critère n'a aucune importance ;
- 1 : le critère a une importance faible ;
- 2 : le critère a une importance modérée ;
- 3 : le critère a une importance moyenne ;
- 4 : l'importance du critère est élevée ;
- 5 : l'importance du critère est très élevée.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**Tableau 9 : Priorisation des problèmes**

N°	Problèmes/Critères	Ampleur	Gravité	Solvabilité	Score	Rang
1	Mauvaises gestion des déchets biomédicaux	4+3+1	4+2+3	2+2+2	23	4ème
2	Insuffisance des matériels de réanimation	4+2+1	3+2+3	3+1+2	21	6ème
3	Insuffisance des lits de consultation et de soins	2+2+2	1+1+2	1+1+2	14	10ème
<b>4</b>	<b>La mauvaise qualité de la pratique de la pose de cathéters veineux périphériques</b>	<b>3+3+2</b>	<b>3+5+4</b>	<b>3+2+2</b>	<b>29</b>	<b>1er</b>
5	L'insuffisance de la pratique du lavage simple des mains	2+3+2	3+4+2	2+3+3	26	2ème
6	Insuffisance des ordinateurs pour la saisie des bases de données	1+3+1	2+3+4	4+2+2	22	5ème
7	Retard des heures d'arrivée du personnel au service	2+3+3	2+4+3	2+2+3	24	3ème
8	Manque de formation continu des agents de santé	3+2+3	2+1+2	2+2+1	18	8ème
9	Négligence d'utilisation des moyens de protection par les agents de santé pendant les soins	1+2+1	2+2+1	2+1+1	13	11ème
10	Passage permanent des visiteurs dans le service des urgences médico-chirurgicales	3+2+2	2+1+2	1+2+1	16	9ème

Au terme du processus de priorisation, **La mauvaise qualité de la pratique de la pose de cathéters veineux périphériques** avec un score de 29.

## **CHAPITRE II: CADRE THEORIQUE**

La précision des concepts de notre étude est une étape indispensable pour la bonne compréhension de notre thème de mémoire. A cet effet, nous parlerons dans ce chapitre d'un bref rappel historique de l'hygiène hospitalière y compris les infections nosocomiales et la démarche qualité des soins avant d'aboutir à la problématique, justification, l'intérêt ainsi que les objectifs de notre étude. Ceci nous a amené à faire une revue de la littérature en explorant des ouvrages, des articles de revues, des mémoires, des thèses, et des sites internet.

### **1. Hygiène hospitalière**

#### **1.1. Historique de l'hygiène hospitalière**

La résolution de l'équation complexe de l'hygiène est une préoccupation ancienne que nous pouvons révéler en évoquant quelques faits. Hygiène, 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 [23].

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 [22 ,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 [23].

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].

À partir du XVIIe siècle, la « toilette sèche » perdure mais l'usage de l'eau réapparaît progressivement. Les premiers cabinets de bain se développent chez les gens riches et raffinés dont la blancheur de linge est soulignée au col et au poignet. Le bain froid est jugé hygiénique non par son pouvoir nettoyant mais par son pouvoir tonifiant, le bain chaud ne reste qu'une pratique médicale. La bourgeoisie dénonce le caractère masquant des parfums et cosmétiques de la noblesse, leur usage de fards blanchissant la peau se fait plus léger. [22,23]

Cependant, il faudra attendre le XVIII<sup>e</sup> siècle, des grandes découvertes pour que l'hygiène se remette à nouveau à progresser.

Au XIX<sup>e</sup> siècle, Louis Pasteur développe une théorie des germes selon laquelle certaines maladies sont causées par des micro-organismes. Un nouveau courant de pensée, l'hygiénisme, s'appuie sur les travaux pastoriens et s'intéresse à tous les aspects de la vie quotidienne (propreté des villes, pollutions, réseaux d'eau). [23].

Les scientifiques et médecins formulent des recommandations comme le lavage des mains et la toilette quotidienne à l'eau et au savon qui est produit en masse avec l'essor des industries chimiques de fabrication de soude. [23]. Ces instructions sanitaires s'invitent alors autant dans les classes d'école que dans la cour de récréation et dans les familles. La fin du siècle marque le développement des salles de bain et des toilettes dans les logements en lien avec le développement de l'eau courante dans les maisons [22].

En 1545 Ambroise paré réfléchit sur les problèmes d'asepsie et de désinfection pendant ces interventions et réussit à faire diminuer de 45 à 15% ses décès postopératoires en réduisant les surinfections.

En 1545 Ambroise paré réfléchit sur les problèmes d'asepsie et de désinfection pendant ces interventions et réussit à faire diminuer de 45 à 15% ses décès postopératoires en réduisant les surinfections [23].

La découverte de la vaccination antivariolique va relancer le début de la médecine préventive scientifique en 1796 par Edward JENNER. [23].

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 [23].

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 [22].

En 1928, le bactériologiste britannique Alexander Fleming découvre la pénicilline [22].

Grace à la découverte des antibiotiques, on a cru vaincre les microbes. Mais de 1950 à 1960, de nouvelles épidémies d'infections hospitalières dues à une résistance aux antibiotiques et au

manque d'application des règles d'hygiène ont refait surface.

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

Plus tard, en 1874, Louis Pasteur déclarait, devant l'Académie des Sciences : « Si j'avais l'honneur d'être un chirurgien, jamais je n'introduirais dans le corps de l'homme un instrument quelconque sans l'avoir fait passer dans l'eau bouillante ou mieux encore dans la flamme ».

En 1975, ces CLI deviennent des CLIN.[23]

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. [22].

En 1992, le premier plan national de lutte contre les infections nosocomiales sera créé [22].

En 1993, création des CLIN [2] qui sont des instances de coordination nationale. Des programmes d'objectifs et d'actions sont initiés avec la mise en place d'équipes opérationnelles d'hygiène. Chaque professionnel de santé doit être acteur de cette nouvelle lutte.

En Afrique de l'ouest, la lutte s'active avec les reformes hospitalières initiées dans les pays. Au Sénégal, la loi de la réforme hospitalière [23] a été adoptée par l'Assemblée Nationale le 12 février 1998.

En Guinée, le Ministère de la santé a pris un arrêté N°98/8546 du 04 Avril 1998 à travers la Direction National des Etablissements Hospitaliers et d'Hygiène Hospitalière (DNEHS) par l'élaboration des normes et procédures de la prévention et contrôle des infections pour les établissements de santé auquel portant attribution et composition du comité d'hygiène et de sécurité des hôpitaux nationaux et Régionaux auquel figure la lutte contre les infections nosocomiales. Ce cadre doit permettre aux hôpitaux de mettre en place des comités d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales et de mettre en place des plans d'actions efficaces. Il démontre également la volonté des autorités sanitaires à doter les hôpitaux d'organes de lutte contre les IN [23].

L'O.M.S constate en 2007 que les infections nosocomiales constituent l'une des principales causes de mortalité et de morbidité chez les malades hospitalisés. Elles contribuent aussi bien, directement ou indirectement aux énormes augmentations de dépenses sanitaires dues à l'apparition de nouveaux risques pour la santé [11].

### **1.1.1. Définition des concepts**

#### **♦ Hygiène**

C'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. Elle se base essentiellement sur trois actions : le nettoyage et la déterision ; la désinfection ; la conservation [23].

#### **♦ Hygiène hospitalière**

C'est l'ensemble des procédures destinées à supprimer ou à limiter le nombre de micro-organismes en contact avec les patients, les matériels ou les surfaces, ou encore l'ensemble des mesures prises pour que les actes des soignants n'entraînent pas d'infections nosocomiales [23].

### **1.2. Généralités sur les infections nosocomiales**

Sont des infections qui apparaissent au cours ou à la suite d'une hospitalisation (ou d'un soin ambulatoire) et si elle n'était ni présente, ni en incubation à l'admission à l'hôpital. Cette définition inclut les infections des patients comme celles des soignants [11].

- Situation inconnue à l'admission: délai de 48h accepté
- Infection du site opératoire: infection survenant dans les 30 jours après l'intervention
- Si implant ou prothèse: dans l'année qui suit

#### **1.2.1. Origines des infections nosocomiales [7; 23]**

Ces infections peuvent être directement liées aux soins (par exemple l'infection sur cathéter) ou simplement survenir lors de l'hospitalisation indépendamment de tout acte médical (par exemple une épidémie de grippe).

Il existe plusieurs types d'infections nosocomiales relevant de modes de transmission différents :

- Les infections d'origine "endogène" : le malade s'infecte avec ses propres

Microorganismes, à la faveur d'un acte invasif ou en raison d'une fragilité particulière ;

- Les infections d'origine "exogène" ; il peut s'agir :

- soit d'infections croisées, transmises d'un malade à l'autre par les mains ou les instruments de travail du personnel médical ou paramédical,
- soit d'infections provoquées par les microorganismes portés par le personnel,
- soit d'infections liées à la contamination de l'environnement hospitalier (eau, air, matériel, alimentation...).

### **1.2.2. Facteurs favorisant [4, 5,9]**

Elles sont nombreuses:

**-Architecture mal adaptée** sont des facteurs favorisant de la survenue des infections nosocomiales

**-La promiscuité, l'entassement** c'est une cohabitation difficile où plusieurs personnes se retrouvent vivent dans un espace petit, restreint, pas adapté à leur nombre.

**-Le manque d'isolement** est un problème particulièrement fréquent à des âges avancés lorsque la diminution des ressources économiques, l'invalidité ou encore le décès des personnes proches contribuent à diminuer les contacts sociaux.

**-Les circuits non conformes** entraînent une mauvaise orientation des patients.

-La désinfection et l'entretien des locaux non respectés est l'un des maillons de la chaîne de prévention des infections associées aux soins.

**-Le non-respect des protocoles et procédures de soins:** sont définis par les pouvoirs publics comme « le descriptif des techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou pour l'administration d'un soin ». La notion de protocole et de procédure de soins renvoie à un document qui formalise l'intervention du personnel soignant. C'est une sorte de guide de procédures de soins présenté sous forme synthétique.

**-Un manque d'hygiène corporelle des patients et du personnel** le manque d'eau potable, les sources qui voisinent avec des fosses d'aisance, des pâtures d'animaux, des déchets, l'usage de récipients souillés, des mains non lavées sont autant d'occasions pour les bactéries de se propager.

**-La désinfection des mains insuffisante l'hygiène des mains** est un élément-clé de la lutte contre les infections associées aux soins et la transmission d'agents pathogènes. Un bon respect de l'hygiène quotidien des mains à l'eau et au savon permet de réduire la transmission des infections.

**-La contamination de l'environnement (air, eau) :** La pollution atmosphérique et la pollution de l'air à l'intérieur des habitations, la contamination de l'eau, l'absence de système



d'assainissement, les substances toxiques, les vecteurs de maladie, le rayonnement ultraviolet et la dégradation des écosystèmes sont responsables de maladies respiratoires aiguës, de maladies diarrhéiques, de traumatismes physiques, d'intoxications, de maladies transmises par les insectes et d'infections périnatales qui en font des causes importantes de mortalité, de morbidité et d'incapacité chez l'enfant. Les décès et les pathologies infanto-juvéniles imputables à la pauvreté et à la malnutrition sont également associés à un développement mal maîtrisé et à la dégradation de l'environnement urbain ou rural

-**Une mauvaise organisation du travail** survenant chez un patient ou dans le processus de soin, quelles qu'en soient la gravité ou la nature, consécutif aux stratégies et actes de prévention, de diagnostic, de traitement, de soins, ou de réhabilitation.

### 1.2.3. Sujets réceptifs [4]

-**Immunodéprimé** ce sont des sujets chez lesquels l'immunodépression est amoindrie

-**Polytraumatisme** est une victime ayant subi plusieurs traumatismes (plaie, fracture, brûlure...) dont au moins un met en danger les fonctions vitales (ventilation pulmonaire, circulation sanguine, système nerveux). Les victimes polytraumatisme sont exposés aux facteurs de risques infectieux.

-**Les diabétiques** sont considérés comme des sujets fragiles donc beaucoup plus exposés aux infections nosocomiales.

- **Les sujets âgés** constituent l'une des principales causes de mortalité chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Si elles ne concernent pas que les personnes âgées, des maladies comme l'infection urinaire ou la grippe sont parfois plus difficiles à diagnostiquer chez les aînés et peuvent entraîner des troubles de santé chronique, voire un risque accru d'hospitalisation ou, dans les cas extrêmes, de décès.

- **Poly pathologiques** : les patients polypathologiques sont soit des patients présentant de multiples facteurs de risque (par exemple hypertension artérielle, diabète, hyperlipidémie), soit des patients présentant plusieurs pathologies chroniques (par exemple insuffisance coronarienne, arthrose, dépression.

-Les prématurés sont des bébés prématurés susceptibles de contracter une infection à cause de son système immunitaire immature.

### 1.2.4. Définition des concepts

#### **Micro-organismes**

Désigne les êtres constitués d'une seule cellule et invisibles à l'œil nu. Ce sont les bactéries, les virus, les levures, les protozoaires. [23]

#### **Colonisation**

Présence et croissance des micro-organismes sans invasion ou lésion tissulaire [23].

#### **Infection**

L'OMS définit l'infection comme étant une invasion du tissu ou une partie du corps par des microorganismes et la multiplication de ces microorganismes provoquant une lésion tissulaire ou évoluant vers une maladie du au déclenchement d'une série de mécanismes cellulaires ou toxiques [23].

#### **Infections associées aux soins**

Une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative ou éducative) d'un patient et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge

#### **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. La désinfection est une opération pratiquée après nettoyage : On ne désinfecte bien que ce qui est propre [22].

#### **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 oeuvre [23].

#### **Asepsie**

Absence de microorganismes dans un milieu ou dans un objet ; ensemble de méthodes permettant de maintenir cet état [23].

#### **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 [23].

## **6. Agent pathogène**

Trois bactéries représentent la moitié des germes incriminés dans les I.N en France [22 ;23].

- Escherichia coli 23 %
- Staphylococcus aureus 20 %
- Pseudomonas aeruginosa 11 %

### **1.2.5. Sources de contamination**

Les infections sont fréquemment liées à des actes invasifs : sondage urinaire ou trachéal, cathéter veineux, intervention chirurgicale, endoscopie. Les infections urinaires sont les plus nombreuses (30%), les pneumonies (16,7%) souvent concomitantes à l'intubation et la ventilation assistée, les infections du site opératoire (13,5%) après une intervention chirurgicale, et les bactériémies/septicémies (10,1%) liées à l'introduction de cathéters dans les voies sanguines. Certaines de ces infections, en particulier parmi les infections pulmonaires et les septicémies, sont graves et peuvent entraîner la mort [5 ; 9].

## **2. Problématique de l'infection nosocomiale**

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 survenu des décès dans les hôpitaux en France mais également en Afrique [11].

Les I.N. les plus fréquemment responsables d'une issue fatale sont les pneumopathies, les bactériémies (mortelles dans 20 % à 30 % des cas), les chocs septiques, les infections digestives et les infections du site opératoire. Ainsi, les maladies infectieuses, dont les deux tiers sont le fait d'une infection nosocomiale, représentent la troisième pathologie responsable de décès après les maladies cardiovasculaires et le cancer. Outre les décès, les I.N. sont la cause de séquelles considérables à moyen et long termes, notamment au niveau fonctionnel. De ce fait, une infection

en chirurgie orthopédique double le risque, pour le patient, d'être hospitalisé une seconde fois. [23].

### **2.1. 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. [22 ;23].

### **2.2. Inefficacité de la lutte contre les infections nosocomiales**

La résistance bactérienne : un problème très sérieux. Parmi les bactéries souvent incriminées dans les infections nosocomiales, plusieurs présentent des résistances à des antibiotiques. S'agissant des infections à *Staphylococcus aureus*, 38% des souches sont résistantes à la méticilline et 1,5% présentent en plus une sensibilité diminuée aux glycopeptides. Parmi les souches de *Pseudomonas aeruginosa*, 20% sont résistantes à la ceftazidime ou aux carbapénèmes. Parmi les souches d'*Escherichia coli*, 17,6% sont résistantes aux C3G et 1,4% aux carbapénèmes. Par ailleurs 37,7% des souches de *Klebsiella pneumoniae* sont résistantes aux C3G et 2,3% aux carbapénèmes. Ces résistances obligent souvent à changer d'antibiotique en cours de traitement et retardent la guérison. En outre, si les souches résistantes à tous les antibiotiques sont exceptionnelles, elles existent [23].

CESAG - BIBLIOTHEQUE

### **2.3. Nouvelles orientations de la lutte contre les infections nosocomiales**

En Guinée , après 1998, les établissements de soins se sont dotés de CLIN, désormais intégrés dans les Commissions Médicales d'Etablissement. Leur fonction est d'améliorer les conditions d'hygiène et de prévention en fonction des données de surveillance et des progrès médicaux et techniques. Pour cela, ils déclinent les recommandations nationales et mettent au point des actions ciblées en fonction des particularités de leur établissement et des patients. Les directives sont relayées dans les services par les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH). Il s'agit notamment d'appliquer des protocoles de soins précis avant, pendant et après chaque geste invasif ou chirurgical. Personnel soignant, patients et visiteurs doivent respecter les mesures d'hygiène et d'asepsie dictées par l'établissement. La transmission des germes à l'hôpital se fait principalement par les mains du personnel soignant. Elles doivent donc être lavées avant et après chaque soin. L'utilisation de solutions hydro-alcooliques à partir des années 2000 a permis de limiter la transmission des agents infectieux par les mains. La peau du patient doit également être désinfectée avant tout geste invasif. Le matériel utilisé pour ces actes doit être parfaitement désinfecté et/ou stérilisé selon les protocoles définis par l'hôpital. [25].

### **2.4. Indicateurs de surveillance des infections nosocomiales**

Il existe une traçabilité du respect des normes d'hygiène et de bonne conduite en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Tous les ans en France, chaque établissement de santé doit obligatoirement publier ses scores pour cinq indicateurs reflétant son niveau d'engagement. Il s'agit des indicateurs : ICALIN qui reflète l'ensemble des moyens mis en œuvre pour lutter contre les infections nosocomiales ; ICALISO se concentre sur la lutte contre les infections nosocomiales au niveau du site opératoire ; ICSHA sur l'utilisation de solution hydro-alcoolique par le personnel soignant ; ICABMR sur la lutte contre les bactéries résistantes ; ICATB sur le bon usage des antibiotiques dans l'établissement. Les établissements publient également le taux de *Staphylocoque 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 [24].

## **2.5. Publication des indicateurs de qualité des soins sur les infections nosocomiales**

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 [5,24 ,25].

## **3. Les recommandations consensuelles de l'OMS sur le lavage des mains**

Pour l'OMS, le premier défi pour la sécurisation des patients est que « un soin propre est un soin sûr » [32].

L'OMS a décrit quelques recommandations de l'hygiène des mains au cours des soins. Parmi ces recommandations nous avons :

**Tableau 10 : Système de classement des recommandations consensuelles de l'OMS**

<b>Catégorie</b>	<b>Critères</b>
<b>IA</b>	Fortement recommandée pour la mise en œuvre et fortement appuyée par des études expérimentales, cliniques ou épidémiologiques méthodologiquement valides.
<b>IB</b>	Fortement recommandées pour la mise en œuvre et appuyées par des études expérimentales, cliniques ou épidémiologiques et une théorie fondée.
<b>IC</b>	Nécessaire pour la mise en œuvre conformément aux réglementations ou normes étatiques.
<b>II</b>	Proposée pour la mise en œuvre et appuyée par des études cliniques ou épidémiologiques suggestives, par une théorie fondée ou par le consensus d'un panel d'experts.

**Source : OMS juillet 2009**

CESAG - BIBLIOTHEQUE



### 3.1. Les indications de l'hygiène des mains

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).

#### 3.1.1. Pratique de l'hygiène des mains

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

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

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

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

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

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

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

F. Les savons et les produits hydro-alcooliques ne doivent pas être utilisés simultanément (II) [12].

#### 3.1.2. La technique de l'hygiène des mains

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) [32].

#### **4. Description de la pratique de pose d'un catheter veineux périphérique**

Le cathéter veineux périphérique est un appareil tubulaire, stérile introduit par effraction dans le système vasculaire pour une durée limitée (maximum 96 heures), au cours de laquelle il est en contact avec le tissu sanguin. [22].

#### **2. Objectifs**

Disposer d'une voie d'abord vasculaire pour administrer des thérapeutiques intraveineuse

#### **4.2. Indications de la pose de CVP**

La pose d'un CVP est un acte de soin infirmier réalisé sur prescription médicale écrite, datée et signée [15 ;22].

- L'hydratation et l'apport d'électrolytes,
- L'alimentation parentérale par voie périphérique,
- La transfusion,
- L'administration de médicaments par voie intraveineuse sous réserve d'une Compatibilité des solutions injectables avec la voie veineuse.
- Les prélèvements sanguins répétés,
- L'administration de produits de contraste.

#### **4.3. Contre-indications de CVP [11]**

- Bras porteur d'une fistule artérioveineuse

- Membre porteur d'une prothèse orthopédique ou vasculaire
- Bras d'une mastectomie, d'un curage ganglionnaire axillaire ou d'une radiothérapie
- Membre paralysé (plexus brachial, paraplégie... ou immobilisation)
- Présence d'hématomes, plaies sur le site d'insertion
- Membre présentant une phlébite ou un foyer infectieux.

## **5. Recommendations [11]**

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

**Objectif 1** : standardiser la pratique de pose et d'entretien des CVP

- ✓ Existence et accessibilité d'un protocole écrit et conforme aux dernières recommandations nationales sur la pratique de pose et d'entretien des CVP

**Objectif 2** : appliquer les précautions standards

- ✓ Port de gants pour l'insertion du cathéter
- ✓ Elimination immédiate du mandrin de CVP dans un container à aiguille pour objets piquants et tranchants situé à proximité.

**Objectifs 3** : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie lors de la pose

- ✓ Réalisation d'une désinfection des mains (friction avec produits hydro-alcoolique) immédiatement avant l'insertion du cathéter.
- ✓ Réalisation d'une phase de déterision (savonnage suivi de rinçage) avant l'application de l'antiseptique.
- ✓ Utilisation d'un antiseptique en solution alcoolique.

**Objectif 4** : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie pour les manipulations du cathéter,

- ✓ des tubulures et des robinets
- ✓ Désinfection des embouts et des robinets avant leur manipulation à l'aide de compresses stériles imprégnées d'un antiseptique alcoolique.

**Objectif 5** : évaluer le maintien du cathétérisme

- ✓ Traçabilité de la date de pose du cathéter dans le dossier patient
- ✓ Traçabilité de la date d'ablation du cathéter dans le dossier patient
- ✓ Durée du cathétérisme inférieure ou égale à 4 jours
- ✓ Traçabilité des éléments de surveillances cliniques quotidienne (présence ou
- ✓ Absence de signes locaux ou généraux) du site d'insertion dans le dossier.

## **5.1. La démarche qualité**

### **5.1.1. Historique**

La qualité est devenue une discipline d'étude et d'action avec la révolution industrielle à la fin du XIX 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 la quotidienne qualité concernent à la fois des aspects techniques et des aspects humains. Les aspects techniques s'intéressent à la réalisation d'un produit ou d'un service qui répond aux attentes d'une clientèle donnée en termes de qualité, de coût et de délai.

Elle est un moyen d'efficacité économique engageant une grande motivation des hommes [1].

### **5.1.2. Définition des concepts liés à 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 oeuvre 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 [40].

#### **✚ Démarche qualité**

La démarche de qualité est appuyée sur un système de management de la qualité (SMQ). Il s'agit d'un ensemble d'éléments corrélés qui poursuit des objectifs définis par l'organisme. La démarche qualité et le SMQ peut être mis en relation étroite avec d'autres systèmes de management ; sur l'environnement, la santé et la sécurité ou les trois ensemble. On parle alors de système de management intégré. [1].

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.

#### **✚ 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 [1].

#### **Système de management de la qualité**

C'est l'ensemble des dispositions humaines, techniques et organisationnelles qui permettent d'établir et mettre en oeuvre la politique qualité et de faire fonctionner la démarche au sein de l'organisme [1,2].

#### **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 [23].

#### **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 [23].

#### **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 [23].

#### **Audit**

L'audit est une méthode qui permet de comparer une pratique, une activité ou une organisation à un référentiel préalablement déterminé [22].

#### **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 [23].

#### **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 [22].

#### **Client**

Organisme ou personne qui reçoit un produit [23].

#### **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 [1].

#### **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 [1].

#### **Management de la qualité**

Activités coordonnées permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité [22].

#### **Management total de la qualité (TQM<sup>1</sup>)**

La définition proposée par la JCAHO peut se traduire par : « un système de management d'amélioration continue de la qualité dirigé par la direction, mais déléguant aux salariés et se concentrant sur des problèmes systémiques non individuels » [23].

#### **Objectif qualité**

Ce qui est recherché ou visé, relatif à la qualité. Un objectif doit être mesurable et comporter une date cible pour sa réalisation. Dans une démarche qualité, on distingue en général : des objectifs principaux (>1an, stratégiques, à moyen terme ; ce sont ceux de la politique qualité) et des objectifs opérationnels (<1an, à court terme, découlant d'un plan d'actions) [22].

#### **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.

---

<sup>1</sup> Management total de la qualité

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 [22].

#### **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 [22].

#### **Processus**

Le processus est défini comme un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie [22].

#### **Protocole**

Le protocole concerne un niveau opérationnel : « comment je fais pour ». Le protocole s'adresse en général à une catégorie professionnelle donnée. Les protocoles sont aussi parfois appelés instructions de travail, fiches techniques ou modes opératoires [22]

#### **Qualité**

Aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences [22].

#### **Référentiel**

Ensemble d'informations structurées auxquelles on se rapporte et qui constituent un modèle [22].

### **5.1.3. 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.

## **5.2. 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 que cette démarche qualité se déroule de manière cohérente, efficace et pérenne, elle va se traduire dans sa mise en oeuvre 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) [22 ; 23]. En tenant compte de ces quatre dimensions essentielles, la démarche qualité aura un impact durable au sein de l'organisation.

### **5.2.1. La qualité dans les établissements de santé**

La complexité des établissements de santé se caractérise par des processus nombreux, en partie non standardisables et d'évolution rapide ; des métiers multiples et en évolution permanente ; une sociologie particulière, notamment en ce qui concerne la répartition des pouvoirs de décision ; une qualité des produits (résultat des soins délivrés) difficile à appréhender par les professionnels et les patients ; une difficulté à identifier et à valoriser l'effet des démarches qualité (exemple : certains coûts de la non-qualité peuvent être supportés par la collectivité et non par l'établissement qui les a générés (iatrogénie). [1]

### **5.2.2. Mise en place d'un système de management de la qualité**

Le périmètre et l'articulation des éléments d'un système de management de la qualité sont variables d'une entreprise à une autre même s'ils sont fondés sur des principes communs et partagés. Certaines entreprises et certains experts incluent dans ce système la politique qualité alors que d'autres le limitent aux éléments de mise en oeuvre 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 [22].

### **5.2.3. Les facteurs de réussite de la démarche qualité**

Les conditions nécessaires au développement d'une politique d'établissement destinée à soutenir l'amélioration continue de la qualité sont fréquemment rappelées dans la littérature française et internationale. Nous mentionnerons les facteurs essentiels qui conditionnent le succès de la

démarche dans le cadre de sa mise en oeuvre 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 [40].

### **5.3. Audit clinique**

Après avoir parlé des infections nosocomiales et la démarche qualité nous utiliserons la méthode d'audit clinique qui est une méthode d'évaluation des pratiques professionnels en santé qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer (1) traduisant l'intérêt de notre étude

#### **5.3.1. 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 [22].

#### **5.3.2. Les étapes**

Six étapes essentielles sont à décrire dans l'audit clinique [22 ; 23]:

##### **5.3.2.1. 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 [22].

##### **5.3.2.2. Choix des critères**

L'objectif est de construire un référentiel. Les actions à mener sont : procéder à l'analyse de la littérature (réglementations, recommandations, publications sur le même thème) ; définir les critères qualité ; prendre en compte le contexte local ; rédiger le référentiel (le questionnaire) ou

l'actualiser selon le cas ; sélectionner les critères représentatifs de la qualité à évaluer dans la pratique et leur donner une valeur cible. Les résultats attendus sont : référentiel construit ; critères à mesurer dans la pratique identifiés [22].

### **5.3.2.3. Choix de la méthode de mesure**

L'objectif de l'étape est de construire la feuille de recueil des données ou grille d'évaluation. Les actions à mener sont : rédiger les unités qualité sous forme de questions à réponse fermée et binaire (oui/non – vrai/faux) ; tester la feuille de recueil de données et la réajuster si nécessaire ; déterminer le type d'étude, la taille de l'échantillon, la période d'évaluation, la source d'information et le mode de recueil des données ; nommer l'évaluateur. Les résultats attendus sont : cadre de l'étude et feuille de recueil des données élaborées [22].

### **5.3.2.4. Le recueil des données**

L'objectif de l'étape est de mesurer les critères qualité dans la réalité. Les actions à mener sont : organiser une réunion d'information ; remplir une feuille de collecte des données par pratique évaluée ; suivre l'évolution du recueil des données ; l'atteinte de l'échantillon prévisionnel ; collecte d'informations exhaustives. Résultats attendus sont : les critères de qualité mesurés [22].

### **5.3.2.5. 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 [22].

## **5.4. Plan d'action d'amélioration et de réévaluation**

Les objectifs de l'étape sont : élaborer le plan d'amélioration et prévoir le suivi des améliorations mises en place. Les actions à mener sont : présenter les résultats aux professionnels concernés et leur faire valider les causes des écarts ; recenser et prioriser les actions correctives ; établir le calendrier prévisionnel des actions ; nommer le responsable de chaque action ; rédiger le rapport d'étude ; fixer la période de réévaluation ; définir les critères à réévaluer ; remanier si nécessaire la grille d'évaluation ; assurer la collecte et l'exploitation des données ; identifier l'impact des

mesures correctives. Les résultats attendus sont : programme d'amélioration et responsable (s) nommé (s) ; modalités de la réévaluation fixées ; suivi assuré [22 ;23].

CESAG - BIBLIOTHEQUE

#### **5.4.1. 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 oeuvre du projet ; impliquer les instances représentatives ; valoriser l'engagement des professionnels) [22].

#### **5.4.2. Le cadre réglementaire**

La qualité des soins suppose le choix des meilleures stratégies de soins et leur mise en oeuvre 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 [22].

### **6. Problématique de l'étude**

#### **6.1. Formulation du problème:**

La pose de cathéter veineux périphérique est un acte infirmier ou médical pratiqué de manière quotidienne au service des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI même si cet acte reste

bien connu du personnel soignant et médical, il demeure invasif, potentiellement douloureux, exposant à des risques infectieux.

D'autre part, l'absence de traçabilité dans les dossiers des patients représente un véritable problème au service des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI.

### **6.1.1. Pertinence du problème**

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 la durée l'hospitalisation et une majoration importante des coûts de santé.

Malgré le rôle joué par le comité de lutte contre les IN dans le renforcement du programme opérationnel d'hygiène hospitalière pour prévenir ces infections. et l'absence d'étude évaluative préalable par le CHLIN depuis sa mise en oeuvre à l'HASIGUI.

Ainsi, il est pertinent de mener une étude sur ce thème au service des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI.

### **6.1.2. Ampleur du problème**

Les cathéters veineux périphériques sont des dispositifs médicaux très fréquemment utilisés. D'après les recommandations 2005 de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH), 25 millions seraient mis en place tous les ans en France ; Cependant ce n'est pas un geste anodin vu les complications qu'il peut engendrer en particulier l'infection. La pose de CVP à des répercussions intéressantes sur la qualité de vie des patients ; leur utilisation comporte également des effets indésirables, qui peuvent être à l'origine d'infections locales ou systémique, potentiellement sévères, (voir les phlébites 17.6%, douleur 7.6%, extravasation 0.5%) ; entravant le bon déroulement du traitement [23]

En Angleterre, dans les hôpitaux non universitaires, la prévalence des bactériémies liées à un dispositif médical est estimée à 20% [10].

Au Sénégal, à l'HPD, les rapports du CLIN de février 2015 révèlent que 3,7% d'infections nosocomiales sont liées aux cathéters veineux périphériques [22].

En Guinée : Les infections nosocomiales ne sont pas suffisamment étudiées et documentées en Guinée. C'est dans ce but qu'a été réalisé dans les services de chirurgie et de réanimation du CHU de Conakry, une étude « un jour donné ».

Quatorze services (12 de chirurgie et deux de réanimation) ont participé à l'étude. Au total, 310 patients ont été inclus. Des infections nosocomiales ont été observées chez 62 patients soit 20 %. Au final, une létalité de 8,1 % a été observée chez les patients qui ont développé une Infection [17].

Dans les années 2014, avec la survenue de l'épidémie à virus Ebola en Guinée, l'HASIGUI fut le premier centre hospitalier victime de cette épidémie dans la capitale guinéenne. Il a enregistré neuf (9) agents de santé contaminés dont six (06) cas de décès. Ces contaminations pourraient s'expliquer par une insuffisance des précautions standard d'hygiène (hygiène des mains, au port des gants et des équipements de protection individuelle.) [17]

En république de Guinée, le nombre total des agents de santé décédés après contamination par le virus d'EBOLA a été de 115 cas [17].

Le non-respect de procédures liées à la pose de CVP peut entraîner le risque d'infections nosocomiales et impacter sur la qualité de soins

La prise de conscience de l'ampleur du risque nosocomial place aujourd'hui les infections nosocomiales au centre des préoccupations de l'HASIGUI car elle est maintenant indispensable à la dispensation de soins de qualité aux services des urgences médicales.

### **6.1.3. Les causes selon la revue de la littérature**

Afin de déterminer les causes du problème, nous avons parcouru la littérature sur la mauvaise qualité de la pratique de pose de CVP dans les services de soins dans le monde et également en Afrique.

En France, les causes sont liées à la Main-d'oeuvre et à la Méthode. Selon le rapport des résultats nationaux d'audit des CVP réalisé par le GREPHH en décembre 2011, le manque de formation des personnels soignants et les freins à l'application des procédures étaient les principales causes [18].

En effet, nous avons trouvé deux études similaires en Afrique plus précisément au Sénégal et en Côte d'ivoire.

Au Sénégal **Yebouet J.J. [22]** a identifié des causes en rapport avec la mauvaise qualité de la pratique de pose de CVP. Il s'agissait :

- du comportement inapproprié des agents ; du manque de formation en hygiène hospitalière ;
- de la mauvaise organisation des soins ; de la routine dans les soins ;

- de la méconnaissance de la procédure et du protocole de pose de CVP.

En Côte d'Ivoire YAO A.F [23] a identifié dans son étude les causes liées à la mauvaise qualité de la pose de CVP par :

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

En Guinée, il est important de noter que cette revue de la littérature en Guinée n'a rien donné comme étude.

### **6.1.3.1. Conséquences du problème**

En Guinée, malgré l'absence de données disponibles, les conséquences de la mauvaise pratique de la pose des CVP se résument comme suit :

#### **A. Les complications mécaniques**

Les complications mécaniques sont essentiellement liées à la ponction ou à la présence du cathéter lui-même.

##### **1. La blessure vasculaire**

Résultat d'un geste maladroit ou de conditions de pose difficiles, la blessure vasculaire se traduit par l'apparition d'un hématome bénin au point de ponction. Ces lésions a priori fréquentes en particuliers chez les animaux rétifs peuvent en outre être l'origine de difficultés pour l'établissement d'une voie veineuse permanente.

##### **2. La perfusion extra veineuse**

La perfusion extra veineuse, qui peut se produire immédiatement après la pose ou de manière retardée, est caractérisée par la diffusion du fluide de perfusion dans le tissu conjonctif sous-



cutané qui jouxte la veine. Elle est généralement la conséquence d'un mauvais placement du cathéter ou d'un déplacement de celui-ci après à sa pose. Elle se traduit par l'apparition d'un œdème localisé pouvant aller jusqu'à la nécrose sous-cutanée en cas d'injection de produits irritants comme certains anesthésiques

## **B. Les complications thrombotiques**

La thrombophlébite apparaît comme l'une des complications la plus fréquente de la pose de cathéter. Le diagnostic de thrombophlébite se fait, comme dans la plupart des études, sur la présence de deux des signes suivants : douleur, chaleur, érythème, tuméfaction, gonflement de l'extrémité du membre peut être à l'origine d'infections associées aux soins aux conséquences parfois graves malgré l'absence de données disponibles.

Ces conséquences entraînent une augmentation de la durée moyenne de séjour hospitalier réduisant l'accès aux soins de certains malades, les risques d'amputations traumatiques des membres. En plus, le surcoût économique de prise en charge des patients est de l'ordre de 300% avec un allongement de la DMS de l'ordre de 4 à 5 jours en France [4 ; 5 ; 16]. Les infections nosocomiales sont la cause de 9000 décès par an en France soit 6,6 % des patients hospitalisés [15].

### **6.1.4. Identification des solutions**

#### **Revue de la littérature**

Dans le monde particulièrement en France, la revue de la littérature a relevé qu'il fallait former le personnel de santé en hygiène hospitalière de façon générale [5].

En Afrique, la revue de la littérature nous a proposé des solutions à travers deux études réalisées au Sénégal et en Côte d'Ivoire.

**Au Sénégal Yebouet J.J [22]**, à proposer comme solutions pour la résolution de la mauvaise pratique de la pose de CVP:

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

**En Côte d'Ivoire YAO A.F [23] ;** les solutions possibles pour la résolution de la mauvaise pratique de la pose de CVP étaient :

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

Par contre en Guinée, nous n'avons pas retrouvé des études similaires.

## **7. Importance**

La prise en charge de ce problème est d'une importance vitale pour le malade permet de prévenir le risque d'infection nosocomiales, une importance pour le personnel par une meilleure amélioration de sa pratique, une importance pour l'hôpital pour assurer une meilleure visibilité des pratiques liés à la pose de CVP et également un coût économique lié au frais d'hospitalisation et à la durée moyenne de séjour et d'une importance sociale économique pour l'Hôpital et d'une importance sociale. Au plan humain, la prise en charge de ce problème, va épargner des vies humaines car les infections nosocomiales sont la cause de 9000 décès par an en France [23].

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 [31], 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. En Afrique, l'insuffisance de données statistiques ne nous permet pas de dire exactement combien les I.N. coûtent à nos Etats. Cependant, une étude montre que les infections liées aux injections coûteraient par an en Afrique subsaharienne, environ 45 milliards de franc CFA et 180 mille morts [23].

## **8. Justification de l'étude**

Les cathéters veineux périphériques (CVP) sont des dispositifs médicaux stériles introduits dans une veine superficielle par voie percutanée. Ils sont utilisés dans un but diagnostic ou

thérapeutique. Ils permettent l'administration parentérale de solutés, de produits sanguins, de solutions nutritives et de médicaments. Leur utilisation est très fréquente et concerne tous les secteurs de soins.

La pose de CVP est une activité courante dans le service des urgences médicochirurgicales que nous avons observé au cours de nos pratiques quotidiennes. L'amélioration de la qualité de la pose de CVP permet de diminuer considérablement la survenue des infections nosocomiales lors de la pratique des soins.

Tout cela motive le choix de notre thème intitulé : la contribution à la réduction des infections nosocomiales par l'amélioration de la qualité des soins : cas de la pose de CVP au service des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI.

## **9. L'intérêt de notre étude**

Le choix de notre thème qui s'inscrit dans le cadre de notre mémoire de fin d'étude au CESAG répond essentiellement à des intérêts pour le service des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI, qui tournent autour de :

- ◆ Amélioration de la qualité de pose de CVP aux services des urgences médico-chirurgicales de l'HASIGUI.

### **✚ Pour le CESAG :**

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

### **✚ Pour le stagiaire l'étude permettra :**

Cette étude va renforcer les capacités du stagiaire en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Elle permet au stagiaire d'appliquer les connaissances acquises durant la formation théorique, notamment les modules d'identification et analyse des problèmes de santé et l'accès à son diplôme de fin de formation.

## **7.2. Objectif général**

Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins par la réduction des infections nosocomiales au service des urgences médico-chirurgicales de l'HASIGUI

### **7.2.1. Objectifs spécifiques:**

- Décrire la pratique de la pose de CVP
- Identifier les principales causes de la mauvaise qualité de la pose de CVP
- Proposer des recommandations pour l'amélioration de la pratique.

**DEUXIEME PARTIE:  
METHODOLOGIE ET LES RESULTATS DE  
L'ENQUETTE**

## **CHAPITRE III: METHODOLOGIE**

### **1. Méthodologie de travail**

Pour bien mener notre travail, nous avons effectué des séances de travail avec, l'administration, le chef de service des urgences médicochirurgicales, la surveillante, les médecins et les infirmières des urgences médicochirurgicales, les membres du comité d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales (CHLIN). La méthode de résolution des problèmes, avec la codification nous a permis à l'issue de l'audit clinique d'identifier la mauvaise pratique de la pose de CVP comme problème prioritaire. Cela a permis à l'équipe de projet de proposer des solutions les mieux adaptées pour l'amélioration de la pratique de manière efficiente et durable.

#### **1.1. Méthodologie de audit Clinique:**

L'audit clinique est une approche 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 du type et de la méthode de mesure, le recueil des données, l'analyse des résultats, le plan d'amélioration et de réévaluation.

##### **1.1.1. Choix du thème**

###### **♥ L'identification du problème**

Après identification et priorisation des différents problèmes recensés au service des urgences médico-chirurgicales, le choix de la mauvaise qualité de la pratique de pose de CVP comme problème prioritaire a été retenu par les 7 membres de l'équipe projet.

###### **♥ Le rôle des membres du groupe projet**

Le représentant du comité d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales a été désigné chef de projet chargé de la coordination des activités du projet et ayant également traité un thème sur la gestion des déchets biomédicaux à l'HASIGUI et soutenu au CESAG. Le stagiaire du CESAG désigné assistant technique chargé de veiller au bon déroulement du projet.

###### **♥ Définition du champ de l'étude**

Le service des urgences médicochirurgicales de l'hôpital de l'amitié sino-guinéenne de Kipé a constitué notre champ d'étude. C'est un établissement public national de niveau III selon la pyramide sanitaire. De par sa position stratégique par rapport à l'autre service, il constitue la

porte d'entrée principale des malades. Il collabore avec les différents services d'hospitalisations, à savoir la chirurgie viscérale, les soins intensifs, la cardiologie intensive, la neurologie, l'acupuncture, la neurochirurgie, la traumatologie et la chirurgie thoracique. Ce service possède en son sein 13 lits de consultations. Il accueille plus de 10 malades par jours.

### **1.1.2. Choix des critères**

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

### **1.1.3. 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 qualitative et quantitative de type évaluatif :

L'étude qualitative nous a permis de recueillir des informations qualitatives auprès des individus interrogés et en plus de réaliser par des observations directes, l'entretien et l'ablation de CVP chez tous les patients reçu de 8h30 à 16 h 30 pendant les jours ouvrables, et enfin le suivi de la traçabilité de la pose CVP dans les dossiers des patients.

Cette étude évaluative était accompagner d'une étude quantitative à travers une série de questionnaire permettant d'évaluer le nombre d'actes de pose de CVP par les soignants en basant sur un certain nombre de paramètres (préparation du matériel, préparation du site de ponction, pose du cathéter, entretien et ablation du cathéter)..

#### **✚ Population d'étude**

La population de l'étude est constituée par les patients ayant reçu des CVP réalisés au service des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI pour la période choisie

#### **Critères d'inclusions**

Regroupaient toutes les poses et surveillance de CVP effectuées lors des soins de 8h30 à 16h30 pendant les jours par les infirmiers d'Etat (IDE).

#### **✚ Critères de non inclusions**

Comprenaient les poses de CVP effectuées en l'absence de l'évaluateur (enquêteur) c'est-à-dire les gardes, les jours fériés, les astreintes, les jours non ouvrables, les patients déjà perfusés à l'arrivée au sein de la structure d'urgence (mise en place d'un cathéter veineux dans une autre structure ou en milieu extrahospitalier et les patients lesquels la mise en place d'un cathéter veineux périphérique s'avérait impossible.

#### ◆ **Taille de l'échantillon**

L'équipe projet a décidé d'évaluer 30 poses de CVP par les infirmiers d'Etat en s'inspirant du référentiel de l'ANAES qui signifie que pour une évaluation d'un service, la taille de l'échantillon prévisionnelle est de 30 à 50 actes par services.

#### ✚ **Techniques et outils de collecte des données :**

Nous avons utilisé comme outils, la grille d'enquête de questionnaire. Cette enquête sera formulée sur l'observation directe sur le terrain lors des actes de pose de CVP pratiqué par les agents de santé, l'entretien avec les responsables de l'hôpital, tout ce que nous avons a été noté dans une prise de note et nous avons procédé à une analyse documentaire.

**La revue documentaire :** la recherche documentaire nous a permis de rassembler certains nombres de documents relatifs notre étude. Elle comportait sur l'analyse situationnelle, les infections nosocomiales, la qualité des soins, la pratique de la pose de CVP,

#### **Technique de traitement des données**

Le dépouillement de notre étude a été assuré par l'équipe qui a assuré le recueil des données. Sur la base des données recueillies, on dressera un bilan comportant le pourcentage d'observations complètes, incomplète et nous procéderons à l'analyse globale des résultats, critère par critère, afin d'effectuer la comparaison avec les standards adoptés au préalable. Le traitement de nos données a été fait par la méthode de dépouillement manuel, saisie, analysé et présenté à l'aide des logiciels (Word, Excel, sphinx et MS Project).

✚ **La durée de l'étude.** Selon le référentiel de l'ANAES, la durée de l'étude doit être de 4 à 8 semaines. Il a été décidé par l'équipe du projet de procéder à une étude sur 6 semaines d'évaluation allant **25 juillet 2019 au 03 septembre 2019.**

#### ✚ **Déroulement de l'étude**

**Tableau 11 : chronogramme des activités**

<b>Contribution à l'amélioration de l'hygiène hospitalière par la démarche qualité : cas de la pose de CVP aux urgences de l'HASGUI (Conakry)</b>	<b>71 jours</b>	<b>Ven 28/06/19</b>	<b>Ven 04/10/19</b>
<b>Phase: Préparation du projet d'étude</b>	<b>3 jours</b>	<b>Ven 28/06/19</b>	<b>Mar 02/07/19</b>
Réunion avec la direction	1 jour	Ven 28/06/19	Ven 28/06/19
Sensibilisation du personnel soignant	1 jour	Lun 01/07/19	Lun 01/07/19
Constitution du groupe projet	1 jour	Mar 02/07/19	Mar 02/07/19
<b>Phase2: Revue de la littérature</b>	<b>12 jours</b>	<b>Mar 02/07/19</b>	<b>Mer 17/07/19</b>
Revue documentaire (HASIGUI, DSVCO, Ministère de la santé)	7 jours	Mar 02/07/19	Mer 10/07/19
Analyse de l'environnement interne et externe de l'HASGUI	5 jours	Jeu 11/07/19	Mer 17/07/19
<b>Phase 3: démarrage des activités proprement dite</b>	<b>45 jours</b>	<b>Ven 19/07/19</b>	<b>Jeu 19/09/19</b>
Identification des problèmes et priorisation	1 jour	Ven 19/07/19	Ven 19/07/19
Elaboration du cadre théorique	8 jours	Lun 22/07/19	Mer 31/07/19
Collecte des données (audit clinique)	35 jours	Jeu 01/08/19	Mer 18/09/19
Analyse des données	1 jour	Jeu 19/09/19	Jeu 19/09/19
<b>Phase4: Identification des principales causes et proposition de solution de l'étude</b>	<b>11 jours</b>	<b>Ven 20/09/19</b>	<b>Ven 04/10/19</b>
Identification des causes et priorisation	1 jour	Ven 20/09/19	Ven 20/09/19
Elaboration du plan de mise en œuvre	8 jours	Lun 23/09/19	Mer 02/10/19
Présentation des résultats de l'études aux responsables de l'HASGUI	1 jour	Jeu 03/10/19	Jeu 03/10/19
Fin du projet	1 jour	Ven 04/10/19	Ven 04/10/19



### **La fiche de recueil de données**

La fiche de recueil des données a été validée par le groupe projet et se rapporte aux éléments du référentiel de l'ANAES. L'HASGUI ne dispose pas de référentiel de pose de CVP. Les critères sélectionnés ont permis de valider la présence ou l'absence des éléments recherchés dans la pratique de soins.

Elle comporte trois parties :

- **La 1<sup>ère</sup> partie** se rapporte à la pose du cathéter d'un malade et se présente sous forme de questions fermées. L'évaluation de cet acte unique au cours de la vie du cathéter impliquant les agents de santé. L'évaluateur observe si les règles d'hygiène, d'asepsie et de sécurité liées aux soins sont appliquées, remplit la séquence de la feuille de collecte des données relative à ce geste.
- **La 2<sup>ème</sup> partie** se rapporte à l'entretien de la ligne veineuse et fait référence à toutes les manipulations prévues, effectuées ou non, par l'ensemble des infirmiers au cours de la vie du cathéter.
- **La 3<sup>ème</sup> partie** concerne l'ablation du cathéter, les mesures d'asepsie et de sécurité de soins observées ainsi que la traçabilité de l'acte et l'examen bactériologique du bout du CVP (**Annexe I**).

#### ✓ **Pré-test**

Trois (03) tests ont été réalisés par l'évaluateur avant le début de l'enquête pour vérifier l'adaptabilité de la fiche.

#### **-La grille de dépouillement**

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

#### **-Critères de validation et standard attendu**

Le groupe projet a adopté les critères de validation et standard du référentiel proposé par l'ANAES.

#### **1.1.4. Recueil des données**

La fiche du questionnaire correspond à une pratique évaluée intégrant une seule pose de cathéter et tous les soins effectués sur la ligne veineuse par le personnel soignant. Ainsi, pour le même malade bénéficiant de poses successives de cathéters, il a été décidé par le groupe de travail de

remplir une nouvelle fiche de questionnaires pour évaluer la même pratique. La période d'évaluation, d'une durée de 6 semaines a permis d'atteindre l'échantillon prévu de 30 poses de CVP.

#### **1.1.5. Méthodes de traitement et d'analyse des données:**

Les données ont été saisies sur Word et Excel 2010 et l'analyse des données faite sur le logiciel Sphinx et Ms project pour le chronogramme, la planification, budgétisation et le suivi des activités qui seront menées pour l'amélioration de la pratique et l'optimisation des ressources.

#### **1.1.6. Considérations éthiques**

Pour la démarche de nos activités de recherche à HASIGUI, une lettre officielle de CESAG a été adressée au directeur général de l'hôpital pour son autorisation. A la suite de cette lettre nous avons eu l'autorisation du directeur de HASIGUI de mener notre étude. Avant le déroulement de notre recherche, le personnel soignant des urgences médicochirurgicales été largement informé sur les objectifs de notre étude et l'importance de leur participation pour la réussite de ce travail. Il était de règle, le respect strict de l'anonymat et de la confidentialité.

#### **1.1.7. Les difficultés et les limites**

**-Absence de référentiel interne :** dans le cadre des études basées sur les audits cliniques il est préférables de s'inspirer sur un référentiel interne de la structure (local) et de l'adapter dans le contexte de notre étude mais malheureusement il n'y avait pas d'où de choisir le référentiel de l'ANAES.

**-Collaboration avec certains agents de santé :** nous n'avons pas pu rencontrer certains agents de santé du service des urgences médico-chirurgicales de l'HASIGUI pour des raisons de formations à l'étranger.

**-Absence d'évaluation précédente liée à la pose de CVP :** l'existence de l'évaluation de la pratique de la pose de CVP nous permettrait de tirer des leçons du passé et de les adapter à notre étude.

**-Indisponibilité de certains agents de santé liée parfois à la descente de garde, les congés annuels :** Certains agents de santé n'ont pas été au cours de notre étude lié à des contraintes de congés annuels.

## **CHAPITRE IV: PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE**

Notre enquête portait sur 30 poses de CVP décidé par l'équipe projet en se basant sur le référentiel de l'ANAES. Les données étaient recueillies à partir d'un questionnaire et rempli pendant les poses de CVP au service des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI à travers une observation directe des pratiques. Les paramètres étudiés étaient constitués par des variables qualitatives comprenant cinq (05) axes majeurs : la préparation du matériel, la préparation du site de ponction, la pose du cathéter, entretien et ablation du cathéter. Cette enquête nous a permis de recueillir et de dépouiller correctement nos données et procédé à la présentation de nos résultats sous forme de figures et graphiques. La période d'étude était de 3 mois allant de 01 juillet 2019 au 30 septembre 2019.

### **1. La procédure**

#### **1.1. La preparation du materiel**

##### **✚ Taux de lavage des mains avant la préparation du matériel**

Concernant la préparation du matériel nous avons remarqué que les infirmiers d'Etat (IDE ne se lavaient pas les mains avant la préparation du matériel dans 100% des cas malgré la disponibilité des kits (savons, solution hydro alcoolique) et la fonctionnalité des lavabos dans les salles de soins. Nous avons également constaté qu'il n'existe pas de salle de préparation de matériel de soins aux services des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI. 7

##### **✚ Taux de présence d'un contenant à aiguille**

Dans notre étude, nous avons remarqué au cours de la pose de CVP que 80 % des IDE disposaient d'une boîte de sécurité pour le stockage immédiat des mandrins de cathéter contrairement à 20% où le mandrin du cathéter était déposé au lit du malade ou à terre avant d'être mis plus dans la boîte de sécurité qui était placé très loin de la zone des soins alors que sa présence constituait un élément fondamental pour la sécurité du patient et des personnels de santé. La boîte de sécurité ou la boîte à collecteur d'aiguille était un carton préfabriqué commandé par l'HASIGUI et sous la responsabilité du comité d'hygiène et de sécurité des soins

comprenant six (06) compartiments numérotés de 1 à 6. Cette boîte de sécurité était toujours disponible et stocké dans un endroit sûr.

#### **✚ Taux d'ouverture des sachets laissant le matériel stérile dans l'étui**

70% infirmiers d'Etat du service des urgences médicochirurgicales laissait le matériel stérile dans l'étui avant leur utilisation. Cependant nous avons constaté que 30% des cas les IDE déposaient le matériel sur le chariot de soins ou sur le lit des malades après avoir enlevé le matériel stérile dans l'étui entraînant probablement les risques d'infections nosocomiales pour le patient admis pour des soins.

### **1.2. Préparation du site de ponction**

#### **✚ Taux de préparation de la peau**

Nous avons remarqué que dans 100% des cas la préparation de la peau avec le savonnage, rinçage et séchages n'ont pas été effectués par les infirmiers d'Etat.

#### **✚ Application d'un antiseptique**

Les résultats de notre étude montrent que dans 100% des cas les IDE appliquaient de l'antiseptique avant la pose d'un cathéter veineux périphérique.

### **1.3. La pose du catheter**

#### **✚ Taux de lavage des mains immédiatement avant la pose**

L'analyse de nos données a mis en évidence que dans 100% des cas le lavage des mains ne se fait pas immédiatement avant la pose de CVP par les infirmiers d'Etat malgré la disponibilité des kits d'urgence (savon, solution hydro alcoolique) et la fonctionnalité des points d'eau dans les différentes salles de soins.

#### **✚ Taux des ports de gants**

Le port des gants par les IDE lors de la pose de CVP était de 100% des cas cela montre que le port de gants était reconnu par les IDE comme une mesure d'hygiène des mains. On notait également une disponibilité permanente des paquets de gants pour les soins.

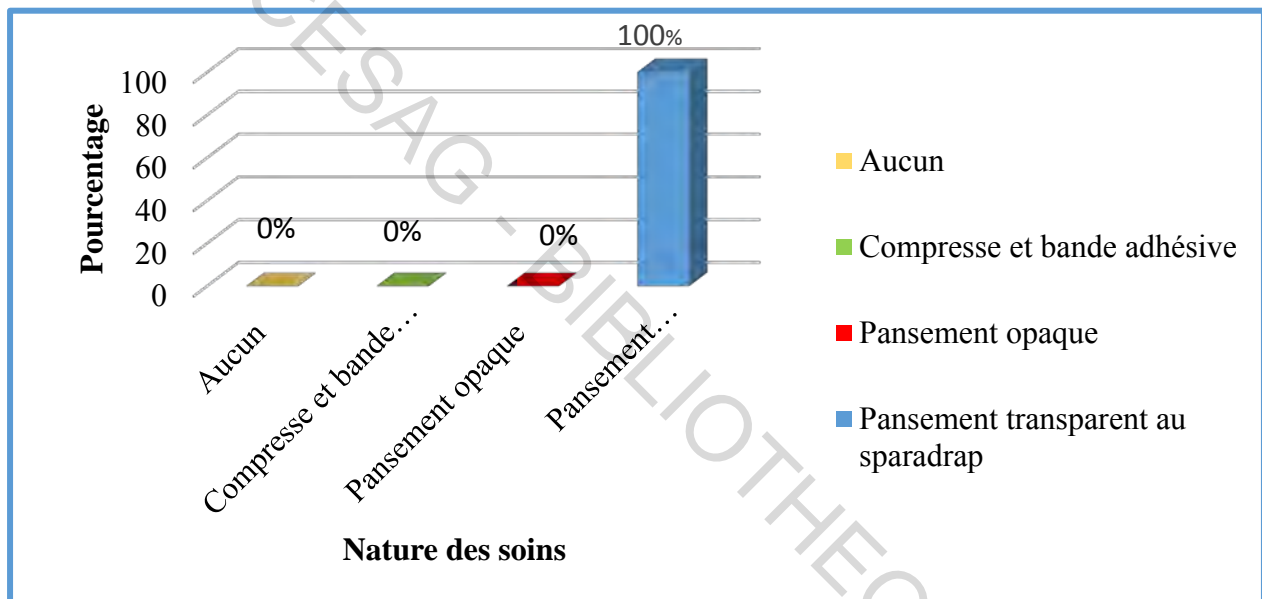
#### **✚ Taux de port des gants stériles**

La plus part des gants portés par les infirmiers d'Etat lors de la pose de CVP étaient stériles dans 100% des cas.

### ✚ Taux de la qualité des gants portés par les IDE

Dans 100% des cas, les gants portés lors de la pose de CVP étaient stériles. En effet, c'est le type de gants servi et disponible par la pharmacie de l'HASIGUI . On notait également une disponibilité permanente des gants stériles aux urgences de l'HASIGUI.

#### 1.3.1. Type de pansement utilisé



**Source** : les données de l'étude.

#### Figure 2 : Le type de pansement utilisé lors de la pose de CVP

En revanche nous avons constaté que dans 100 % des cas le type de pansement utilisé au service des urgences médicochirurgicales par les agents de santé était des pansements transparents au sparadrap.

### ✚ Le point de ponction est au centre du pansement

Dans notre étude, les résultats nous montrent que le point de ponction était au centre du pansement dans 100% des cas lors de la pose de CVP.

#### **✚ Taux de sécurisation du mandrin du cathéter.**

Les résultats nous montrent que dans 86, 70% le mandrin du cathéter au cours de la pose de CVP a été mis immédiatement dans une boîte de sécurité. Cependant nous avons remarqué lors de la pose de CVP que le mandrin du cathéter était déposé sur le lit du malade, ou à terre après avoir effectué les soins du malade et mis plus tard dans la boîte de sécurité dans 13, 30% des cas car la boîte de sécurité était placée à distance de la zone de soins.

### **1.4. Entretien du catheter**

#### **✚ Taux de lavage des mains avant les manipulations**

Les résultats de notre étude nous renseignent que dans 100% des cas les IDE ne se lavent pas les mains avant les manipulations de la ligne veineuse.

#### **✚ Taux d'utilisation des kits par les infirmiers lors de la pose de CVP**

L'analyse de cette figure nous a mis en évidence que 77% des kits utilisés par les infirmiers des services des urgences médico-chirurgicales n'étaient pas du tout stériles contre 23% des kits stériles.

#### **✚ Taux d'utilisation de l'antiseptique**

Dans 13,13 % les IDE n'utilisaient de l'antiseptique lors de la réfection du pansement par contre dans 86,66% aucun antiseptique n'a été utilisé. Le type de kits utilisé était du coton et du sparadrap.

### **1.5. Ablation du catheter**

#### **✚ R15 : Taux de nettoyage et aseptie du point de ponction après ablation du cathéter**

Selon notre étude dans 100% des cas le nettoyage et aseptie du point de ponction après ablation du cathéter n'a pas été effectué par les infirmiers d'Etat.

#### **✚ Taux de la pratique de pose de CVP enregistré dans le dossier infirmier**

L'analyse de nos données a mis en évidence que dans 100% des cas, la pose de CVP n'a jamais été enregistré dans le registre des infirmiers ni sur une fiche de surveillance des malades.

## **2. Synthèse des résultats de notre étude**

Au cours de notre étude, nous avons noté une motivation et un engagement des infirmiers d'Etat avec une bonne implication des responsables du service des urgences médicochirurgicales et de la Direction de l'HASIGUI. Ceci nous a permis durant les trois mois de notre étude de constater un certain nombre de changements positifs dans la pratique des soins liés à la pose de CVP. A la fin de l'analyse des résultats de notre étude nous avons énuméré quelques points forts et quelques points faibles liés à la pose de CVP.

### **2.1. Points forts**

Le premier point fort de notre étude est qu'il s'agit d'une étude originale portant sur l'intérêt de la pose des cathéters veineux périphériques chez les patients admis au service des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI. On peut souligner également l'originalité de la méthode utilisée ainsi que du choix des critères majeurs ainsi que l'intérêt d'une bonne pratique de la pose de CVP. Parmi les points forts on peut citer

-Présence d'un contenant à aiguille représentant environ 80% permettant de jeter immédiatement le mandrin de cathéter sans le recapuchonner ce qui éviterait les risques d'injections liés aux aiguilles chez les personnes de santé.

-Ouverture des sachets en laissant le matériel stérile dans l'étui était de 70% des cas c'est pour sécuriser le matériel lors des soins

- ◆ L'application de l'antiseptique lors de la pose de CVP a été effectuée dans 100% des cas.
- ◆ Dans 100% des cas, les infirmiers portaient des gants lors de la pose de CVP. Ce sont des gants stériles. On note une importante quantité de gants stériles aux services des urgences médico-chirurgicales à usage unique sans recyclage.
- ◆ Le pansement transparent au sparadrap représentait environ 100% des cas.
- ◆ Dans 100% des cas, le point de ponction lors de la pose de CVP était au centre du pansement
- ◆ La sécurisation du mandrin du cathéter par le personnel infirmier des urgences a représenté 70% des cas. La majorité des agents ont une grande importance sur la sécurité des aiguilles

## **2.2. Points faibles**

- ◆ Dans 100% des cas les IDE des urgences médico-chirurgicales ne se lavaient pas les mains avant la préparation du matériel
- ◆ Le contenant à aiguille était placé à distance de la zone de traitement dans 20%
- ◆ Le lavage des mains par les infirmiers avant la manipulation de la ligne veineuse n'a jamais été effectué dans 100% des cas.
- ◆ La sécurisation du mandrin mis dans la boîte de sécurité n'est pas assurée à 100% donc 13% ne respecte pas correctement les procédures de sécurisations
- ◆ On constate également que dans 100% des cas le lavage des mains n'a pas été fait par les infirmiers avant la pose de CVP
- ◆ On note une absence de lavage savonneuse de la peau dans 100% des cas
- ◆ Ouverture des sachets en laissant le matériel stérile dans l'étui représentait 30%.
- ◆ On note également une absence de traçabilité dans le registre infirmier ou sur la fiche de surveillance après la pose de CVP dans 100% des cas
- ◆ Aucun antiseptique n'a été utilisé par les infirmiers lors de la réfection des pansements liés à la CVP
- ◆ 77% des kits utilisés (coton, sparadrap) par les infirmiers des urgences médico-chirurgicales n'était pas stérile (coton, compresses etc..).



**TROISIEME PARTIE:**  
**DETERMINATION, ANALYSE DES CAUSES ET LEUR  
PRIORISATION, IDENTIFICATION ET PRIORISATION  
DES SOLUTIONS, PLAN DE MISE EN ŒUVRE.**

## **CHAPITRE V: DETERMINATION, ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION.**

### **1. Présentation des outils**

Pour identifier, analyser et prioriser les causes liées à la mauvaise qualité de la pose de CVP au service des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI, nous avons utilisé quelques outils

**Le Diagramme d'ISHIKAWA :** C'est un outil qui permet de visualiser les causes, de les classer suivant les 5 M (Matière, matériel, Milieu, Main-d'œuvre et méthode). Il est aussi appelé diagramme causes-effet ou diagramme en arrêtes de poisson.

**Le vote pondéré :** C'est un outil qui permet de hiérarchiser c'est-à-dire de trier les causes par ordre d'importance.

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

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

### **2. Determination et analyse des causes**

Les résultats de nos entretiens avec l'équipe projet, le personnel du service des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI nous ont permis de relever les causes la mauvaise qualité de la pose de CVP.

- ♦ **Diagramme d'ISHIKAWA ou en arêtes de poisson [36]**

Communément appelé Diagramme en arêtes de poisson, le diagramme d'Ishikawa permet de rechercher les causes et les conséquences d'un dysfonctionnement en les classant par critères,

généralement appelé la méthode des cinq 5M (Matière, Milieu, Matériel, Main-d'oeuvre et Méthode) évoqués ci-dessous :

**Méthode** : manuel, respect des procédures et des protocoles ou de référentiel, mode opératoire.

**Matière** : matières premières (cathéter, gants, alcool, coton, boîte de sécurité, antiseptique, solution hydro alcoolique, poubelles), fournitures, pièces, etc...

**Matériel** : machines, outils, équipements (locaux, point d'eau, salle de soins, salle de formation), maintenance

**Main d'œuvre** : motivation, formation (compétence, connaissance, comportement), expérience

**Milieu** : environnement physique, éclairage, bruit, température, passage permanent des visiteurs au service d'urgence.

### **3.1. Les causes liées à notre étude**

Concernant notre étude, le recensement des causes émises à travers un brainstorming avec l'équipe projet a mis en évidence douze (12) causes liées à la mauvaise pose de CVP.

Ces causes sont :

- Mauvaise organisation des soins
- Routine dans les soins
- Surcharge du travail
- Absence de salle préparation du matériel de soins
- Passagers permanents des visiteurs
- Absence de protocoles de CVP
- Manque de formation continue des agents en hygiène hospitalière
- La négligence des IDE dans la pratique des soins
- Inexistence de certains produits pour le lavage des mains
- Insuffisance de lits de consultation et de soins
- Insuffisance de toilette pour les malades et le personnel de santé

Les cinq (05) grandes familles du diagramme d'ISHIKAWA nous ont aidés à mieux visualiser les causes liées à la mauvaise pose de CVP.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## PRESENTATION DU DIAGRAMME D'ISHIKAWA

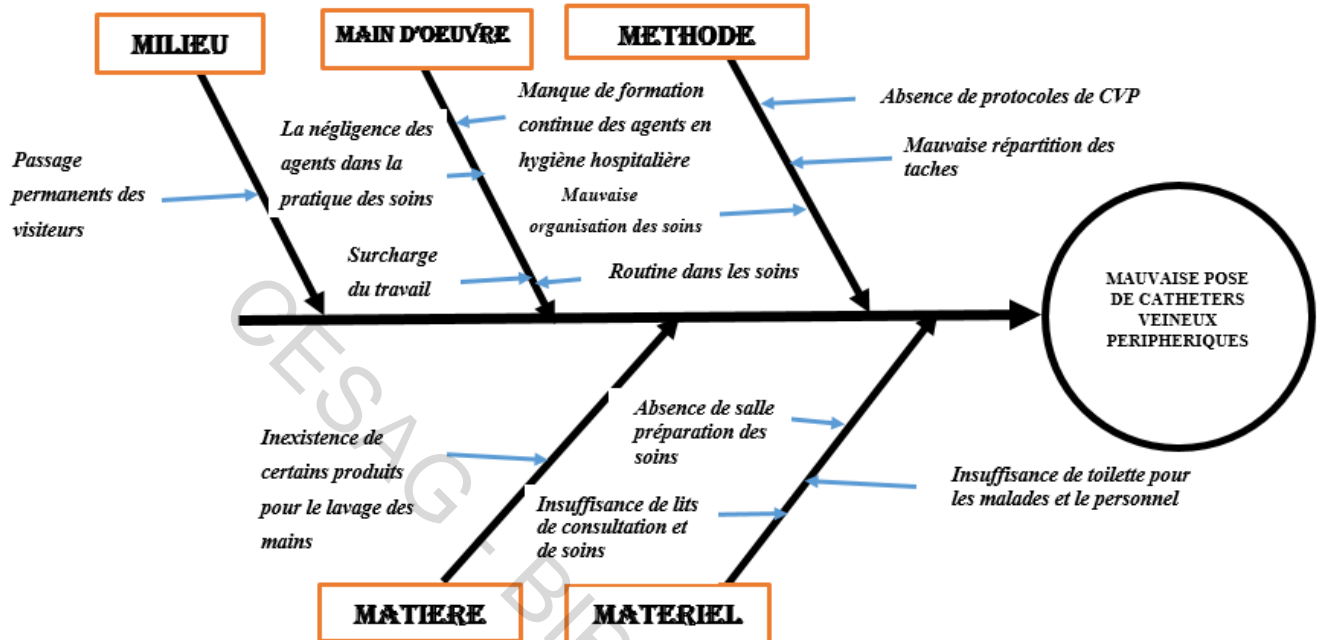


Figure 3 : Diagramme d'ISHIKAWA

### 4. Priorisation des causes

Nous avons mis en exergue plusieurs causes pouvant avoir une influence sur la mauvaise qualité de la pose de CVP. Pour prioriser les causes, nous avons utilisé la technique du vote pondéré qui est un outil qui permet de classer les causes par ordre d'importance. Pour sa mise en œuvre nous avons associé les membres de l'équipe du projet pour la priorisation du problème à savoir les médecins, infirmiers, administrateur, un membre du CHLIN.

Chacune des causes est pondérée en fonction de critères (impact, pertinence, faisabilité) que l'équipe projet a validé. Chaque participant du vote pondéré dispose d'un maximum de 10 points dont il ne peut affecter au maximum que 5 à une même cause et le reste des points est reparti entre les autres causes. Les causes qui ont été retenues sont les suivantes :

**Tableau 12 : Priorisation des causes par le groupe nominale.**

Causes	Notation	1	2	3	4	5	6	7	Score	Rang
Mauvaise organisation des soins	A	0	0	0	0	0	0	1	1	10 <sup>ème</sup>
Routine dans les soins	B	0	0	1	0	1	0	0	2	9 <sup>ème</sup>
Absence de salle préparation du matériel de soins	C	2	1	2	1	0	0	2	8	3 <sup>ème</sup>
Passagers permanents des visiteurs	D	0	2	0	2	0	1	3	7	4 <sup>ème</sup>
Absence de protocoles de CVP	E	3	1	2	0	0	2	1	9	2 <sup>ème</sup>
Manque de formation continue des agents en hygiène hospitalière	F	5	2	0	2	1	0	2	10	1 <sup>er</sup>
La négligence des agents de santé dans la pratique des soins	G	1	0	0	0	1	1	0	3	8 <sup>ème</sup>
Inexistence de certains produits pour le lavage des mains	H	2	0	0	0	2	1	1	6	5 <sup>ème</sup>
Insuffisance de lits de consultation	I	2	0	1	0	0	0	2	5	6 <sup>ème</sup>
Insuffisance de toilette pour les malades et le personnel de santé	J	0	0	0	2	0	0	2	4	7 <sup>ème</sup>

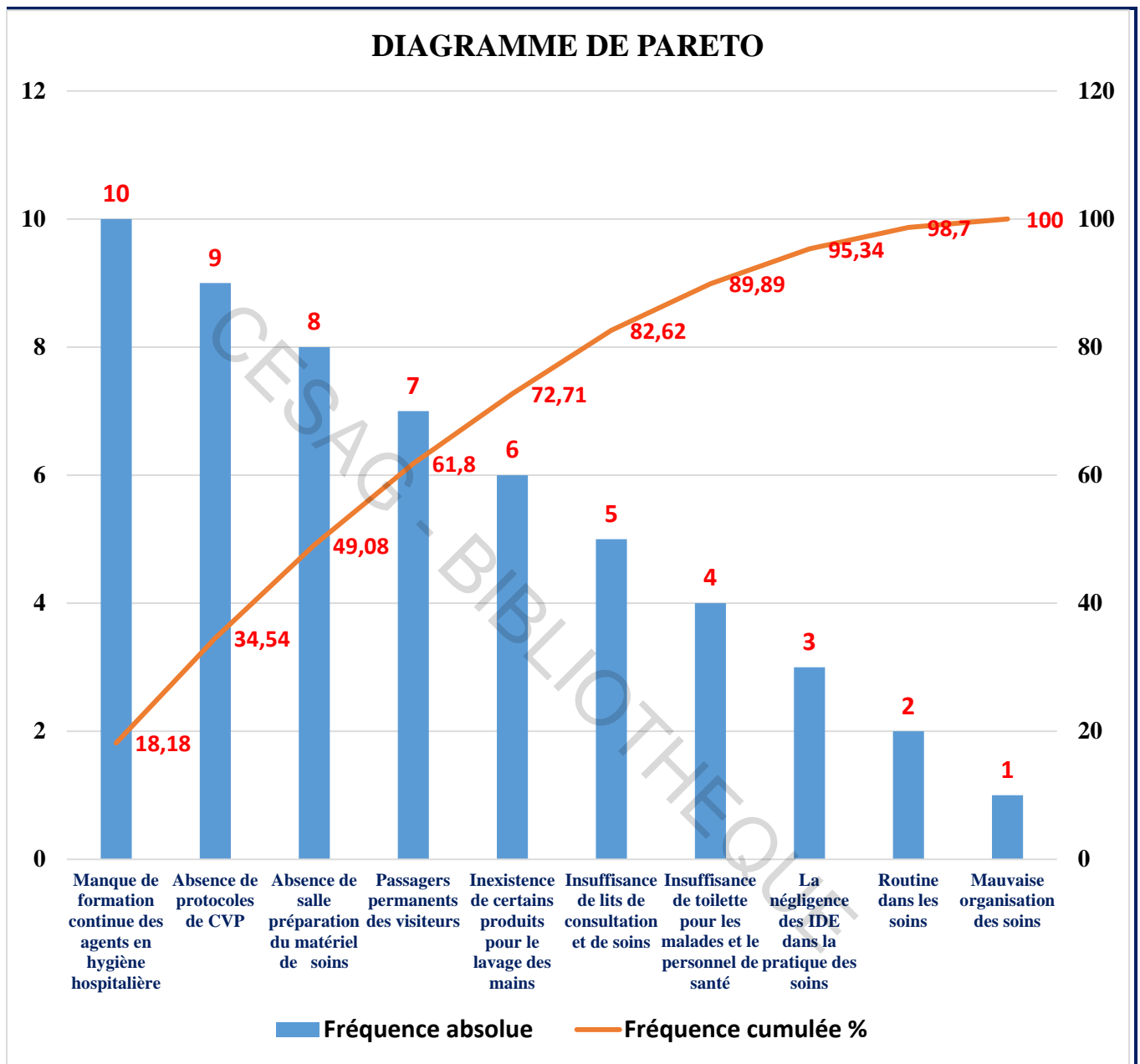
Après le vote pondéré de chaque membre, nous avons fait la somme des points attribués à chaque cause. L'expérience et la compétence de l'équipe projet nous a facilité d'hierarchiser les causes .A l'issue de ce résultat le groupe projet estime que le **Manque de formation continue des agents en hygiène hospitalière a obtenu le score le plus élevé (10)**. A cet effet, il a donc été

retenu comme la principale cause de la mauvaise qualité de la pratique de pose de CVP au service des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI.

Pour hiérarchiser les causes nous allons utiliser le diagramme de Pareto. Le diagramme de Pareto est un moyen simple pour classer les phénomènes par ordre d'importance [36]

**Tableau 13 : Hiérarchisation des causes par la fréquence cumulée décroissantes**

<b>Causes</b>	<b>Fréquence absolue</b>	<b>Fréquence relative %</b>	<b>Fréquence cumulée %</b>
Manque de formation continue des agents en hygiène hospitalière	10	18,18	18,18
Absence de protocoles de CVP	9	16,36	34,54
Absence de salle préparation du matériel de soins	8	14,54	49,08
Passagers permanents des visiteurs	7	12,72	61,8
Inexistence de certains produits pour le lavage des mains	6	10,91	72,71
Insuffisance de lits de consultation et de soins	5	9,91	82,62
Insuffisance de toilette pour les malades et le personnel de santé	4	7,27	89,89
La négligence des IDE dans la pratique des soins	3	5,45	95,34
Routine dans les soins	2	3,36	98,7
Mauvaise organisation des soins	1	1,81	100
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	





L'analyse du diagramme de Pareto nous a permis d'identifier les causes par ordre d'importance de manière décroissante [35]. Parmi les causes identifiées dans le diagramme, **le manque de formation continue des IDE en hygiène hospitalière et l'absence de protocole de CVP** ont été retenus et ont été à la base de la mauvaise qualité de la pose de CVP aux services des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **CHAPITRE VI: IDENTIFICATION ET PRIORISATION DE LA SOLUTION RETENUE**

### **1.2. Identification et Analyse des solutions par le groupe projet**

Avec notre équipe projet choisie à ce travail, nous avons passé par une longue réflexion afin d'asseoir quatre solutions (04) types de solutions possibles en tenant compte des résultats de notre enquête liées à la mauvaise pose de CVP aux services des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI après un brainstorming. Parmi ces solutions nous avons :

- Elaboration et la mise à disposition d'un référentiel de pose de CVP
- La formation et sensibilisation des IDE sur l'hygiène des mains
- Formation sur la sécurité des aiguilles lors de la pose de CVP
- Formation sur la traçabilité de la pose de CVP

### **2. Priorisation des solutions**

Avec notre équipe projet nous avons identifié trois (03) types de solutions possibles avec des avantages et des inconvénients

#### **2.1. Première étape:**

Il s'agit de constituer une équipe interne constituée par des agents de l'HASIGUI ayant bénéficié des formations sur la pose de CVP dans le passé à l'interne comme à l'externe et possédant une compétence en la matière pour former l'ensemble des infirmiers d'Etat de l'HASIGUI. Car certains agents de santé ne sont pas fixés à leur poste de travail suite au déplacement de quelques personnels de santé vers la République populaire de Chine pour des formations de 10 jours, 3 semaines, 1 mois, 3 mois et 2 ans au maximum.

##### **a) Les avantages :**

- Il existe à l'HASIGUI des agents ayant eu plusieurs séances des formations sur la prévention des infections en milieu de soins telle que la pose de CVP lors de précédentes épidémies d'Ebola. Ces agents possèdent de grandes expériences en la matière et ils font partie de l'effectif du personnel de HASIGUI.

- Ces agents formés sont tous en place bien qu'ils sont chargés aux autres tâches.
- la disponibilité des formateurs et les agents à former est immédiate et ne demande pas de déplacement lointain.
- La pérennité : les formateurs étant composés du personnel de la structure, peuvent à tout moment procéder à l'organisation et à la planification des séances de formation.
- Le temps : le personnel à former peut s'occuper de leur tâche de soins médicaux pendant la journée et le soir, peut aller suivre la formation (car tout se passe sur place). Et en plus cette formation sera moins coûteuse.
- La mobilisation des agents à former, est un point nécessaire car elle permet de réunir un grand nombre des agents à former et les surveiller afin d'éviter la déperdition de certains agents.

**b) Inconvénients :**

- Augmentation de charge du travail sur les agents qui ne sont pas encore programmés. Cela entraîne une réduction considérable du nombre des agents immobilisés pour la formation.

**2.2. Deuxième étape:**

Aussi appelée externalisation, consiste à faire la formation en dehors de la structure hospitalière. C'est-à-dire, la formation sera assurée par une équipe experte ou spécialisée dont aucun membre ne relève de l'HASIGUI.

**a) Avantage :**

- S'ils n'existent pas des formateurs qualifiés à HASIGUI, cette solution peut apporter aux agents à former des nouvelles connaissances, des expériences vécues, par ci et par là des formateurs spécialisés et également de développer des contacts.
- Les personnes formées pourront être des formateurs pour les autres non formés.

**b) Inconvénients :**

- Le coût de ce type de formation sera élevé.
- Il pourrait avoir des influences environnementales sur les formateurs d'une part sur les agents d'autres par rapport au certains critères qui peuvent être liés à l'âge des formateurs.

### **2.3. Troisième étape:**

Cette solution demande un déplacement des agents de la structure vers d'autres structures pour suivre des formations sur la pose de CVP

#### **a) Avantage :**

- il s'agit d'une formation qui est beaucoup plus pratique que théorique. Les agents à former, observent sur le terrain de façon directe les réalités. Ça permet également de faire de nouvelles découvertes pour les agents en ce qui concerne la pose de CVP ainsi de faire également une remise en cause. Elle permet d'éviter souvent la routine dans la pratique des soins.

#### **b) Inconvénients :**

- Crée une rareté des agents au poste du travail pendant toute la période de formation.
- Cela peut jouer sur la qualité du service.:

Après l'analyse minutieuse des avantages et les inconvénients de ces trois (03) solutions proposées ; nous avons procédé à leur priorisation en se focalisant sur les critères suivants :

- ❖ **Coût de formation ;**
- ❖ **Le temps de formation ;**
- ❖ **La mobilisation massive des agents à former ;**
- ❖ **Acceptabilité des formateurs par les agents à former ;**
- ❖ **La pérennité de la formation à tout moment par les formateurs ;**

Nous avons coté chaque critère de cinq (5) points et la pondération pour une solution va de zéro (0) à cinq (5) points.

- ♦ **Coût de la formation** : Pas couteux = 5, Couteux = 3, Très couteux = 1
- ♦ **Temps de formation** : Ferme = 5, Moyenne = 3, Pas facile = 1
- ♦ **Mobilisation massive des agents à former** : Grande =5 ; Moyenne =3 ; Pas facile=1
- ♦ **Acceptabilité des formateurs par les agents à former** : Grande =5 ; Moyenne=3 ; Pas facile=1
- ♦ **Pérennité de la formation** : Grande = 5, Moyenne= 3, Faible = 1

L'analyse minutieuse de ces critères et la pondération allouée pour chaque solution, nous donne ce résultat ci-dessus

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**Tableau 14 : Priorisation des solutions proposées pour la formation des agents de HASIGUI**

<b>Critères</b>	<b>Solution 1</b>	<b>Solution 2</b>	<b>Solution 3</b>
Cout de formation	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
Le temps de formation	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
La mobilisation massive des agents à former	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
Acceptabilité des formateurs par les agents à former	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
La pérennité de formation à tout moment par les formateurs	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Score</b>	<b>23</b>	<b>13</b>	<b>9</b>
<b>Rang</b>	<b>1<sup>er</sup></b>	<b>2<sup>ème</sup></b>	<b>3<sup>ème</sup></b>

Il ressort de l'analyse de ce tableau que la solution N°1 est la priorité des solutions proposées pour la formation des IDE de l'HASIGUI avec un score de **23 points**.

## **CHAPITRE VII: PLAN DE MISE EN OEUVRE DE LA SOLUTION RETENUE.**

### **1. Justification**

Au service des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI, le manque de formation continue des IDE en hygiène hospitalière ainsi que l'absence de référentiel liée à la pose de CVP constituent les principales causes de la mauvaise qualité de la pose de CVP dans ce service.

Dans le cadre de notre plan d'action , nous avons retenu les solutions jugées pertinentes, réalisables par la structure et susceptibles d'avoir un impact immédiat dans l'amélioration de la qualité de CVP au service des urgences médicochirurgicale de l'HASIGUI.

La solution prioritaire a été la solution 1 qui sera assurée par une équipe de formateurs interne composé par des éléments de l'HASIGUI. Ces formateurs ont une grande connaissance et expérience en matière de pose de CVP. Cela pourra avoir comme intérêt :

- La pérennité du système de formation à l'hôpital c'est-à-dire, les formés vont à leur tour former les nouveaux agents après cette formation.
- les formateurs ont une large collaboration avec les agents à former, ils connaissent parfaitement la structure en ce qui concerne les points forts et les points faibles de la pose de CVP à HASIGUI.
- Cette formation donnera un grand coup de pouce pour le CHLIN.
- L'organisation de la formation se fera de telle sorte qu'elle n'influence pas sur les activités de l'hôpital.

Pour la réussite de ce projet de formation, il est nécessaire que tous les responsables de HASIGUI s'impliquent activement, commençant par le premier responsable de l'HASIGUI c'est-à-dire le Directeur général, la Directrice des soins, le comité médical d'établissement(CME).

Cette formation prendra en compte les différents aspects identifiés par le groupe projet liées à la pose de CVP à savoir la formation et sensibilisation des IDE (infirmier d'Etat) sur l'hygiène

des mains lors de la pose de CVP. Cet aspect s'accompagne également de la formation sur la sécurité des aiguilles, l'élaboration d'un référentiel, la formation sur la traçabilité de la pose de CVP, et la disponibilité d'une salle de préparation des matériels de soins.

Le plan de mise en œuvre de notre solution comporte un cadre logique, un plan d'action, un budget et un volet suivi et évaluation qui nous permettra de résoudre le problème de la mauvaise qualité de la pose de CVP au service des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI

## **2. Objectifs du projet**

### **2.1. Objectif général**

Contribuer à l'amélioration de la qualité de la pose de CVP au service des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI d'ici Avril 2020

### **2.2. Objectifs spécifiques**

- Mettre à disposition des IDE un référentiel sur la pose de CVP
- Renforcer la capacité du personnel IDE sur la pose de CVP
- Aménager et équiper une salle de préparation des matériels de soins

## **2. Cadre logique:**

Après le choix de la solution retenue, nous avons élaboré un cadre logique et un plan d'action avec le chronogramme des activités nécessaires à sa mise en application. Ce cadre logique permettra de déterminer la logique d'intervention du projet selon deux axes [37,38] :

### **2.1. Logique verticale:**

- L'objectif général de l'intervention
- Les objectifs spécifiques
- Les extrants ou résultats
- Les intrants ou activités



## **2.2. Logique horizontale**

- Les indicateurs objectivement vérifiables
- Les moyens de vérification
- Les conditions critiques ou facteurs externes que l'on ne maîtrise pas et qui conditionnent la réalisation du projet ou programme

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**Tableau 15 : Cadre logique de la mise en œuvre du projet**

Objectifs spécifiques	IOV	Source de vérification	Conditions critiques
Mettre à disposition des IDE un référentiel sur la pose de CVP	Pourcentage (%) de référentiel mis à disposition sur la pose de CVP	Rapport d'activité de mise à disposition du référentiel	Implication de la Direction de l'HASIGUI Instabilité politique Grève La disponibilité des soignants
Renforcer la capacité du personnel IDE sur la pose de CVP	Pourcentage (%) d'IDE pouvant poser correctement le CVP	Enquête Inspections physiques Supervision	Implication de la Direction de l'HASIGUI Instabilité politique Grève
Aménager et équiper une salle de préparation des matériels de soins	Nombre de salle aménagé et équiper	Inspection physique De la salle	Disponibilités des locaux
<b>RESULTATS (EXTRANTS)</b>			
<b>R1</b> : Le référentiel sur la pose de CVP est mis à disposition des IDE	Nombre de référentiel mis à disposition/Nombre attendu	Liste de présence Rapport de mis à disposition	Implication des autorités de l'HASIGUI Instabilité politique Grève
<b>R2</b> : la capacité du personnel IDE sur la pose de CVP est renforcée	Pourcentage (%) d'IDE pouvant poser correctement le CVP	Enquête Inspections physiques Supervision	Implication de la Direction de l'HASIGUI Instabilité politique Grève
<b>R3</b> : La salle de préparation des matériels de soins est aménagée et équipée	Nombre de salle aménagé et équipé	Inspection physique de la salle	Disponibilités des locaux

**Tableau 16 : Cadre logique de la mise en œuvre du projet (suite)**

Objectifs spécifiques	IOV	Source de vérification	Conditions critiques
<b>ACTIVITES</b>			
<b>A1</b> Elaboration d'un référentiel sur la pose de CVP	Le référentiel sur la pose de CVP est élaboré	Rapport d'élaboration du référentiel sur la pose de CVP	Implication de la Direction de l'HASIGUI Instabilité politique Grève
<b>A2.</b> Former 42 IDE sur l'hygiène des mains	42 IDE sont formés sur l'hygiène des mains	Rapport de formation Liste de présence avec signature des participants	Disponibilité des IDE Implication de la direction Instabilité politique Grève
<b>A3.</b> Former quarante - deux (42) IDE sur la sécurité des aiguilles lors de la pose de CVP	Pourcentage (%) IDE sur la sécurité des aiguilles lors de la pose de CVP	Listes de présence Rapport de formation	Disponibilité des IDE avec implication des autorités de l'HASIGUI Instabilité politique Grève
<b>A4 :</b> Former quarante-deux (42) IDE sur la traçabilité de la pose de CVP	Pourcentage (%) IDE formés sur la traçabilité de la pose de CVP	Listes de présence Rapport de formation	La disponibilité des soignants Instabilité politique Grève
<b>A5 :</b> Aménager et équiper une salle de préparation des matériels de soins	La salle de préparation des matériels de soins est aménagée et équipée.	Inspection physique de la salle	Disponibilité des locaux Participation de la direction

### 3. Plan d'action opérationnel:

Le **01/02/2020** est la date choisie par notre équipe de formation pour débiter les actions à mener. Ces activités seront réalisées durant une période de trois (03) mois ( Février, Mars, Avril 2020).

Le tableau ci-dessus, résumé notre plan d'action.

**Tableau 17 : Plan d'action opérationnel**

Activités	Indicateurs	Responsable	Echéancier	Ressources	Observation
Rencontrer le Directeur général de HASIGUI	Rencontre faite	Equipe de formation et moi même	02/02/2020 10/02/2020	Document de plaidoyer	Rendez-vous en fonction du calendrier de Directeur
Rencontrer le président de la CME	Rencontre faite	Equipe de formation	12/02/2020 15/02/2020	Document de plaidoyer	Rendez-vous en fonction du calendrier de Directeur
Rencontrer le responsable du CHLIN	Rencontre faite	Equipe de formation	16/02/2020 21/02/2020		Rendez-vous en fonction du calendrier du responsable CHLIN
Préparer le cours à dispenser	cours est préparé	Equipe de formation	01/03/2020 10/03/2020		
Mettre en place tous les matériels et équipements de formation	Matériels et équipements en place	Equipe de formation	12 /03/2020 15/15/2020		

**Tableau 18 : Plan d'action opérationnel (suite)**

<b>Activités</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Responsable</b>	<b>Echéancier</b>	<b>Ressources</b>	<b>Observation</b>
Construire l'équipe des agents à former en trois équipes	Nombre total d'IDE à former est de 42 avec trois (03) groupes de formation Groupe 1 : 13 Groupe 2 : 15 Groupe 3 : 14	Equipe de formation	15/03/2020 20/03/2020		
afficher la liste de groupes des agents	Liste affichée	Equipe de formation	21/03/2020 21/03/2020		
Distribuer l'invitation à tous les services	Invitation distribuée	Equipe de formation	23/03/2020 25/03/2020		
Faire les séances de formation en 21 jours ouvrables	Nombre de séances tenues sur le nombre de séances prévues	Equipe de formation	26/3/2020 16/04/2020		
faire l'évaluation à mi-chemin avec élaboration d'un rapport	Rapport d'évaluation à mi-chemin	Equipe de formation	15/04/2020 18/04/2020		
Evaluation finale et élaboration d'un rapport	Rapport d'évaluation finale	Equipe de formation	19/04/2020 30/04/2020		

## Budgétisation

Tableau 19 : Budget de fourniture de matériels de formation à HASIGUI

Matériels	Quantité	Prix unitaire	Fréquence	Total (Francs guinéens)
Bics	42	1000	1	42 000
Classeur en plastique	42	5000	1	210 000
Blocs notes	42	25 000	1	1 050 000
Marqueurs	10	5000	1	50 000
Formateurs	2	100 000	21	4 200 000
Papier rames	3	15 000	1	45 000
Pause déjeuner	42	5 000	21	4 410 000
Petit bouteille d'eau	42	3 000	21	2 646 000
Total				12 653 000

Le montant total de notre formation est **12.653.000 FG** (douze millions six cinquante-trois mille francs guinéens)

**NB** : l'hôpital dispose d'une salle de staff bien équipée avec l'existence d'un vidéoprojecteur

La durée totale de la formation sera de 21 jours répartie en trois équipes. Une équipe aura 7 jours de formation. Elle intéressera tous le personnel infirmier de l'HASIGUI car ceux-ci bénéficient des périodes de rotation interservices.

#### 4. Suivi et évaluation de la mise en oeuvre de la solution

Le suivi et l'évaluation produisent des informations qui peuvent être utilisées pour améliorer la gestion d'un projet/programme et parvenir aux résultats escomptés à court et à long terme [37].

### **5.1. Rappel des concepts**

- ♦ **Le Suivi** est une fonction continue qui vise à fournir aux gestionnaires du projet/programme et aux principales parties prenantes, des indications sur les progrès réalisés ou des difficultés rencontrées au cours de la mise en oeuvre du programme [37].
- ♦ **L'évaluation** est un exercice limité dans le temps qui vise à mesurer objectivement l'impact (résultats) observé au niveau de la population, attribuable aux interventions du projet/programme [37].

### **5.2. Suivi et Evaluation**

La mise en oeuvre de la solution retenue, le suivi et l'évaluation seront assurés par les responsables de l'HASIGUI conformément aux objectifs fixés et au chronogramme d'exécution des activités compte tenu des contraintes de temps relatives à la durée de notre formation au CESAG. Nous nous contentons de présenter les modalités de mise en oeuvre.

L'application de cette mise en oeuvre dépendra de la volonté de la Direction de l'HASIGUI

#### **Evaluation de la mise en oeuvre de la solution**

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

### **5.3. Les indicateurs du suivi et d'évaluation de la solution retenue**

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

**Tableau 20 : Les indicateurs de suivi et d'évaluation de la solution retenue**

INTRANTS	PROCESSUS	EXTRANTS	EFFETS	IMPACTS
Disponibilité des ressources <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ressources humaines</li> <li>- Ressources matérielles</li> <li>- Ressources financières</li> </ul>	<p><b>A1.</b> Elaboration d'un référentiel sur la pose de CVP</p> <p><b>A2.</b> Former 42 IDE sur l'hygiène des mains</p> <p><b>A3.</b> Former (42) IDE sur la sécurité des aiguilles lors de la pose de CVP</p> <p><b>A4 :</b> Former (42) IDE sur la traçabilité de la pose de CVP</p> <p><b>A5 :</b> Aménager et équiper une salle de préparation des matériels de soins</p>	<p>Nombre de référentiel s de CVP mis à disposition des IDE</p> <p>Nombre d'infirmier formé sur l'hygiène des mains</p> <p>Nombre d'infirmier formés sur la sécurité des aiguilles lors de la pose de CVP</p> <p>Nombre d'IDE formé sur la traçabilité de la pose de CVP</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de salle aménagé et équipé</li> </ul>	Nombre d'IDE appliquant le référentiel lors de la pose de CVP au moment des soins	Réduction des infections nosocomiales



Au terme de notre étude, nous avons formulé des recommandations dans le but d'améliorer la qualité des soins par la réduction des infections nosocomiales grâce à des mesures d'hygiène hospitalière afin d'assurer la bonne pratique de la pose de CVP au service des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI. Ces recommandations vont à l'endroit du personnel des urgences médicochirurgicales, de la Direction de l'HASIGUI et du ministère de la santé Et de l'hygiène publique.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **RECOMMANDATIONS**

## **RECOMMANDATIONS**

### **Au personnel des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI**

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

### **A la Direction de l'HASIGUI**

- ◆ Diffuser le référentiel de pose de CVP à l'ensemble des services cliniques de l'HASIGUI
- ◆ Mettre en place une démarche qualité dans le domaine des soins ;
- ◆ Doter le CHLIN de ressources humaines, matérielles et financières
- ◆ Etendre la formation en hygiène et sécurité des soins à tout le personnel de l'HASIGUI
- ◆ Nommer une équipe de suivi et évaluation chargée de mettre en oeuvre, de suivre et d'évaluer le projet.

### **Au Ministère de la santé et de l'hygiène publique**

- ◆ Elaborer des textes réglementaires relatifs aux évaluations des pratiques professionnelles en santé.
- ◆ Mettre en place un cadre réglementaire et institutionnel portant création d'un Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales (PRONALIN) ;

## **CONCLUSION**

## **CONCLUSION**

De nos jours, les infections nosocomiales constituent un véritable problème de santé publique en Afrique mais particulièrement en Guinée. L'hygiène hospitalière demeure à ce jour, le principal moyen de lutte contre les infections nosocomiales.

En effet, la promotion de l'hygiène en milieu hospitalier a une importance capitale sur le plan économique, par une réduction substantielle, à moyen terme, des coûts directs et indirects de la prise en charge des infections nosocomiales.

L'hôpital de l'amitié sino-guinéenne de Kipé qui est hôpital de niveau III a renouvelé et renforcé au cours de ces deux derniers mois le comité d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales. Dans le souci d'offrir des soins de qualité au patient, nous avons utilisé l'audit clinique qui est un outil d'évaluation des pratiques professionnelles en santé.

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

- ◆ Présence d'un contenant à aiguille représentait environ 80%
- ◆ Ouverture des sachets en laissant le matériel stérile dans l'étui était de 70% des cas
- ◆ L'application de l'antiseptique lors de la pose de CVP été effectué dans 100% des cas.
- ◆ Dans 100% des cas, les infirmiers portaient des gants lors de la pose de CVP. Ce sont des gants stériles. On note une importante quantité de gants stériles aux services des urgences médico-chirurgicales à usage unique sans recyclage.
- ◆ Le pansement transparent au sparadrap représentait environ 100% des cas.
- ◆ Dans 100% des cas, le point de ponction lors de la pose de CVP était au centre du pansement
- ◆ La sécurisation du mandrin du cathéter par le personnel infirmier des urgences a représenté 70% des cas.

Points à améliorer

- ◆ Dans 100% des cas les IDE des urgences médico-chirurgicales ne se lavaient pas les mains avant la préparation du matériel
- ◆ Le lavage des mains par les infirmiers avant la manipulation de la ligne veineuse n'a jamais été effectué dans 100% des cas.
- ◆ On constate également que dans 100% des cas le lavage des mains n'a pas été fait par les infirmiers avant la pose de CVP

La principale cause identifiée comme étant à l'origine de la mauvaise pratique de la pose de cathéters veineux périphériques était le manque de formation continue en hygiène hospitalière.

La solution retenue pour l'amélioration de la qualité de pose de CVP aux services des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI est la formation interne du personnel de l'HASIGUI. Cette solution doit prendre compte les aspects suivants : La formation sur la sécurité des aiguilles, l'élaboration d'un référentiel, la formation sur la traçabilité de la pose de CVP, et la disponibilité d'une salle de préparation des matériels de soins.

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

**BIBLIOGRAPHIE**

## **LES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **OUVRAGES ET MANUELS**

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ANAES , évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé cas de la pose et de la surveillance des cathéters courts veineux, juin 1998.
2. ANAES, évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, décembre 2000.
3. ANAES, principe de la mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, avril 2002.
4. Beaucaire G. Infections nosocomiales. Epidémiologie, critères du diagnostic, prévention, principes de traitement. La revue du praticien 1997; 47: 201-209 (NosoBase n°3734). C.CLIN PARIS NORD. Guide de définitions des infections nosocomiales. C.CLIN Paris-Nord, Paris,1995, 78 pages.
5. Coordination des Comités de lutte contre les Infections nosocomiales CCLIN-Ouest, « Amélioration de la qualité en hygiène hospitalière », janvier 1999, France.
6. Documents administratifs de l'HASIGUI Août 2017
7. Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Manuel d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales. . Version 2014.198 p
8. Miller MA., Pisani E.: The cost of unsafe injection. Bull WHO 1999; 77: 808-11.
9. Organisation Mondiale de la Santé, prévention des infections nosocomiales, Guide pratique 2e édition Sous la direction de DUCCEL Georges-Pierre, Fondation Hygie, Genève, Suisse WHO/CDS/CSR/EPH/2002,80 p.
10. Organisation Mondiale de la Santé, prévalence des infections nosocomiales dans 27 hôpitaux de la région méditerranéenne EMHJ, Vol, 16 No.10, 2010. s p.
11. OMS, prévention des infections nosocomiales Guide pratique 2è Edition, 2007
12. Quebec (Gouvernement), Infections nosocomiales, cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, 2006, 109 p.



**13** Rapport synthèse de résultats des activités du monitoring annuel 2016 du comité technique régional de la santé de la ville de Conakry. 21 Mars 2017.

**14.** SIM (système information médical de HASIGUI. 2016/2017).

**15.** Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH), Haute Autorité de Santé (HAS) : Recommandations pour la pratique clinique, Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques, novembre 2005. [http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Catheters\\_veineux\\_2005\\_rap.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Catheters_veineux_2005_rap.pdf) consulté le 13/09/2019.

**16.** Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH), Haute Autorité de Santé (HAS) - Service des recommandations professionnelles. Recommandations pour la pratique clinique " Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques ". Novembre 2005, 98 pages.

### **MEMOIRES ET THESES**

**17.** Diané Mohamed : contribution à l'amélioration de la gestion des déchets biomédicaux solides à l'hôpital d'amitié sino-guinéenne 2016-2017. P.17-45

**18.** FKI, Habib, et al (2008), Epidémiologie des infections nosocomiales dans les hôpitaux universitaires de Sfax, Revue Tunis Infectiologie, Vol 2, N°1, 2008,10 p.

**19.** Georgette N'dongo N. E. : « contribution à la réduction du taux d'infections nosocomiales au CHU de Yaoundé : mise en place d'une stratégie de promotion d'hygiène des mains » mémoire de fin d'études, DESS, CESAG, 2009.

**20.** Doumbouya N et al : Prévalence des infections nosocomiales dans deux hôpitaux de Conakry (Guinée) *Santé Publique*, 2016/2 (Vol. 28), p. 251-255

**21.** Philippe Rouressol : « la démarche qualité à l'hôpital local ou comment passer de L'accréditation à une démarche qualité pérenne ? », mémoire de l'école nationale de la santé publique, Rennes, 2004.

**22.** Yebouet J. J. « la démarche qualité, une méthode précieuse pour l'amélioration de L'hygiène hospitalière : exemple de la pratique de pose de cathéters veineux périphériques au service d'accueil des urgences de l'HPD », mémoire de fin d'études, MBA GSS/GH (02) 2015-2016 ,

**23.** Yao Amany .Faustin : Contribution à l'amélioration de l'hygiène hospitalière par la démarche qualité : Cas de la pose de cathéters veineux périphériques au service des urgences

médicales du CHU de Treichville (Côte d'Ivoire). Mémoire de fin d'études, MBA GSS/GP 2015-2016 ,page 25-74

### **ARTICLES DE PRESSES ET WEBOGRAPHIE**

24. Arrêté du Ministère de la santé et de l'hygiène publique de la République de Guinée, Dispositions de l'arrêté du ministère de la santé N°456-11 (6 juillet 1998) portant règlement Intérieur des Hôpitaux,).
25. Circulaire du Ministère de la santé et de l'hygiène publique de la République de Guinée N° 054, du 26/06/2014, relative à la constitution des comités de lutte contre les infections nosocomiales au niveau des centres hospitaliers, 2014.
26. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS-IV) 2012
27. Historique hygiène hospitalière, [www.mythologie.ca/dieux/hygie](http://www.mythologie.ca/dieux/hygie) consulté le 17/07/2019.
28. Lutte contre les infections nosocomiales : mise en place du comité hygiène hospitalière du CHU de Cocody, [www.abidjan.net](http://www.abidjan.net) consulté le 29/08/2019.
29. Le Sénat, Rapport d'enquête sur les infections nosocomiales dans les hôpitaux de paris, 2006, France, [www.senat.fr](http://www.senat.fr), consulté le 18/08/2019.
30. Ministère de la santé. Enquête nationale de prévalence 1994 au Maroc (rapport interne) Rabat, 1994.<http://www.emro.who.publication/emhj/1301/article.7.htm> consulté le 30/09/2019
31. **Ministère des affaires sociales et de la santé de France**, enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissement de santé, mai-juin 2012.  
[www.socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/enquete\\_nationale\\_de\\_prevalence\\_ENP\\_2012\\_chiffres\\_cles.pdf](http://www.socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/enquete_nationale_de_prevalence_ENP_2012_chiffres_cles.pdf) consulté le 29/07/2019.
32. OMS, Résumé des recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins, juillet 2009.[http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_IER\\_PSP\\_2009.07\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IER_PSP_2009.07_fre.pdf) consulté le 26/09/2019.
33. OMS, Prévention des infections nosocomiales, guide pratique, 2ème Ed, 2002.  
[www.who.int/publications/list/WHO\\_CDS\\_CSR\\_EPH\\_2002.12/fr](http://www.who.int/publications/list/WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12/fr) consulté le 13/08/2019

34. Ministère de la santé et de l'action sociale du Sénégal, organisation de la lutte contre les infections nosocomiales, Arrêté 5711 du 7-7-2004, [www.sante.gouv.sn](http://www.sante.gouv.sn) consulté le 30/08/2016.
35. Rapport général des Etat Généraux de la Santé en République de Guinée 2015.

### **COURS**

36. Colly Jean, cours de Méthode de résolution des problèmes, CESAG-Dakar, juillet 2019.
37. Dr El hadj Gueye, cours de Suivi et Evaluation des projets/programmes, CESAG-Dakar 2019
38. Mamadou Ba, cours de Planification Stratégique, CESAG-Dakar, 2019. juin 2019.
39. Pr Papa N'diaye, identification et analyse des problèmes de santé, CESAG-Dakar, 2019
40. Pr WADE Boubacar, qualité et amélioration des soins, l'audit clinique, CESAG Dakar, novembre 2019.

## **TABLE DE MATIERES**

<b>DEDICACE.....</b>	<b>II</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....</b>	<b>IV</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>VI</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>VI</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>VII</b>
SOMMAIRE .....	VIII
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE: .....</b>	<b>4</b>
<b>ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE.....</b>	<b>4</b>
<b>CHAPITRE I: ANALYSE SITUATIONNELLE (ENVIRONNEMENT EXTERNE ET INTERNE DE L'HASIGUI) ET CADRE D'ETUDE .....</b>	<b>5</b>
1. Analyse de l'environnement externe .....	5
1.1. Situation géographique de la République de Guinée .....	5
1.1.1 Presentation de la ville de Conakry.....	5
1.1.2. Aspect géographique:.....	5
1.1.3. Aspects démographiques: .....	6
1.1.4. Decoupage administratif: .....	7
1.1.5. La situation socio-économique de la Guinée. ....	7
1.1.6. L'organisation sanitaire du pays (Conakry). ....	7
2. Etat de santé de la population en Guinée .....	8
2.1. Analyse de l'environnement interne de l' HASIGUI .....	9
2.1.1. Analyse de l'environnement interne de l'HASIGUI .....	9
2.1.2. Structure [17] .....	9
2.1.3. Cadre juridique: .....	11
2.1.4. Statut .....	11

2.1.5. Mission [17] .....	11
2.2. Organisation et fonctionnement [17]. .....	11
2.2.1. Ressources: .....	13
2.2.1.1. Les ressources humaines.....	13
2.2.1.2. Les ressources financières .....	13
2.3. Données sur les activités médicales de HASIGUI .....	17
2.4. Présentation du cadre d'étude: Le service des urgences médicochirurgicales de l'HASIGUI .....	18
2.4.1. Structure et équipements du service .....	19
2.4.2. Ressources humaines .....	20
2.4.3. Les principales activités du service des urgences medico-chirurgicales de 2016 à 2018.....	21
2.4.4. Synthèse de l'analyse de l'environnement .....	24
2.4.4.1. Environnement interne (le service des urgences medico-chirurgicales de l'HASIGUI) .....	24
2.4.4.2. Environnement externe (HASIGUI) .....	28
3. Identification des problèmes et leur priorisation .....	29
3.1. Identification des problèmes .....	29
3.1.2. Priorisation des problèmes identifiés.....	31
3.1.2. Priorisation des problèmes identifiés.....	31
<b>CHAPITRE II: CADRE THEORIQUE .....</b>	<b>35</b>
1. Hygiène hospitalière.....	35
1.1. Historique de l'hygiène hospitalière .....	35
1.1.1. Définition des concepts.....	38
1.2. Généralités sur les infections nosocomiales .....	38
1.2.1. Origines des infections nosocomiales [7; 23].....	38
1.2.2. Facteurs favorisants [4, 5,9] .....	39
1.2.3. Sujets réceptifs [4] .....	40
1.2.4. Définition des concepts .....	40
1.2.5. Sources de contamination.....	42
2. Problématique de l'infection nosocomiale .....	42
2.1. Coût. ....	43
2.2. Inefficacité de la lutte contre les infections nosocomiales .....	43
2.3. Nouvelles orientations de la lutte contre les infections nosocomiales.....	45

2.4. Indicateurs de surveillance des infections nosocomiales .....	45
2.5. Publication des indicateurs de qualité des soins sur les infections nosocomiales .....	46
3. Les recommandations consensuelles de l'OMS sur le lavage des mains .....	46
3.1. Les indications de l'hygiène des mains .....	48
3.1.1. Pratique de l'hygiène des mains .....	48
3.1.2. La technique de l'hygiène des mains.....	48
4. Description de la pratique de pose d'un catheter veineux périphérique .....	49
4.2. Indications de la pose de CVP .....	49
4.3. Contre-indications de CVP [11] .....	49
5. Recommandations [11] .....	50
5.1. La démarche qualité .....	51
5.1.1. Historique.....	51
5.1.2. Définition des concepts liés à la qualité .....	52
5.1.3. Principes essentiels de la démarche qualité .....	55
5.2. Qualité et management .....	55
5.2.1. La qualité dans les établissements de santé .....	56
5.2.2. Mise en place d'un système de management de la qualité .....	56
5.2.3. Les facteurs de réussite de la démarche qualité.....	56
5.3. Audit clinique .....	57
5.3.1. Définition et objectifs .....	57
5.3.2. Les étapes .....	57
5.3.2.1. Choix du thème .....	57
5.3.2.2. Choix des critères .....	57
5.3.2.3. Choix de la méthode de mesure .....	58
5.3.2.4. Le recueil des données .....	58
5.3.2.5. Analyse des résultats.....	58
5.4. Plan d'action d'amélioration et de réévaluation.....	58
5.4.1. Les facteurs de réussite.....	60
5.4.2. Le cadre réglementaire .....	60
6. Problématique de l'étude.....	60
6.1. Formulation du problème:.....	60
6.1.1. Pertinence du problème.....	61
6.1.2. Ampleur du problème .....	61
6.1.3. Les causes selon la revue de la littérature .....	62

6.1.3.1. Consequences du problème .....	63
A. Les complications mécaniques .....	63
1. La blessure vasculaire .....	63
2. La perfusion extra veineuse .....	63
B. Les complications thrombotiques .....	64
6.1.4. Identification des solutions .....	64
Revue de la littérature .....	64
7. Importance .....	65
8. Justification de l'étude .....	65
9. L'intérêt de notre étude .....	66
7.2. Objectif général .....	66
7.2.1. Objectifs spécifiques: .....	67
<b>DEUXIEME PARTIE: .....</b>	<b>67</b>
<b>METHODOLOGIE ET LES RESULTATS DE L'ENQUETE .....</b>	<b>67</b>
<b>CHAPITRE III: METHODOLOGIE .....</b>	<b>68</b>
1. Méthodologie de travail .....	68
1.1. Méthodologie de audit Clinique: .....	68
1.1.1. Choix du thème .....	68
1.1.2. Choix des critères .....	69
1.1.3. Choix de la méthode de mesure .....	69
1.1.4. Recueil des données .....	72
1.1.5. Méthodes de traitement et d'analyse des données: .....	73
1.1.6. Considerations éthiques .....	73
1.1.7. Les difficultés et les limites .....	73
<b>CHAPITRE IV: PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE .....</b>	<b>74</b>
1. La procédure .....	74
1.1. La preparation du materiel .....	74
1.2. Preparation du site de ponction .....	75
1.3. La pose du catheter .....	75
1.3.1. Type de pansement utilisé .....	76
1.4. Entretien du catheter .....	77

1.5. Ablation du catheter.....	77
2. Synthèse des résultats de notre etude.....	78
2.1. Points forts.....	78
2.2. Points faibles.....	79
<b>TROISIEME PARTIE: .....</b>	<b>80</b>
<b>DETERMINATION, ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION, IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS, PLAN DE MISE EN ŒUVRE. ....</b>	<b>80</b>
<b>CHAPITRE V: DETERMINATION, ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION. ....</b>	<b>81</b>
1. Presentation des outils.....	81
2. Determination et analyse des causes.....	81
3.1. Les causes liées à notre étude .....	82
4. Priorisation des causes .....	84
<b>CHAPITRE VI: IDENTIFICATION ET PRIORISATION DE LA SOLUTION RETENUE .....</b>	<b>89</b>
1.2. Identification et Analyse des solutions par le groupe projet.....	89
2. Priorisation des solutions .....	89
2.1. Première étape:.....	89
2.2. Deuxième étape:.....	90
2.3. Troisième étape:.....	91
<b>CHAPITRE VII: PLAN DE MISE EN OEUVRE DE LA SOLUTION RETENUE.....</b>	<b>94</b>
1. Justification.....	94
2. Objectifs du projet .....	95
2.1. Objectif général.....	95
2.2. Objectifs spécifiques .....	95
2. Cadre logique: .....	95
2.1. Logique verticale:.....	95
2.2. Logique horizontale .....	96
3. Plan d'action opérationnel: .....	99



4. Suivi et évaluation de la mise en oeuvre de la solution .....	101
5.1. Rappel des concepts .....	102
5.2. Suivi et Evaluation.....	102
5.3. Les indicateurs du suivi et d'évaluation de la solution retenue.....	102
<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>105</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>107</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>110</b>

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## ANNEXE I Grille d'évaluation

### Grille d'évaluation de la qualité des soins

Pose, surveillance et entretien du cathéter court veineux

#### ANNEXES

Annexe I : Grille d'évaluation de la qualité des soins, Pose, surveillance et entretien du cathéter court veineux

Date de l'évaluation.....

Nom et Prénom de l'évaluateur.....

Nom et Prénom du Patient.....

Date de la pose .....

#### I. Préparation du matériel

1. Lavage des mains avant de préparer le matériel                      Oui                       Non

Nom du Produit.....

2. Présence d'un container à aiguilles                      Oui                       Non

3. Ouverture des sachets (cathéter, bouchon, robinet...) en laissant le matériel dans l'étui

Stérile                      Oui                       Non

#### II. - Préparation du site de ponction

4. Lavage de la peau                      Oui                       Non

Nom du produit : .....

5. Rinçage à l'eau stérile                      Oui                       Non

6. Séchage                      Oui                       Non

7. Application d'un antiseptique                      Oui                       Non

8. Temps de séchage de l'antiseptique égal ou supérieur à 1 mn                      Oui                       Non

#### III. - POSE DU CATHÉTER

9. Lavage des mains immédiatement avant la pose                      Oui                       Non

Avec quel produit ? .....

10. Port de gants                      Oui                       Non

11. Si OUI, étaient-ils stériles ? Oui  Non

Etaient-ils propres ? Oui  Non

12. Type de pansement utilisé (cocher 1 réponse) :

Aucun Oui  Non

Compresse et bande adhésive Oui  Non

Pansement opaque au sparadrap Oui  Non

Pansement transparent Oui  Non

13. Le point de ponction est au centre du pansement Oui  Non

14. Le mandrin du cathéter est jeté immédiatement dans le container Oui  Non

#### IV. ENTRETIEN DU CATHÉTER

15. changement de tubulure :

Date de changement.....

Motif .....

Le prestataire s'est-il lavé les mains ? Oui  Non

16. changement des autres éléments de la ligne veineuse (Préciser s'il s'agit d'obturateur, de rampe...)

Date de changement.....

Motif .....

Nom du matériel changé.....

Le prestataire s'est-il lavé les mains ? Oui  Non

#### 17. Réfection du pansement

Date de pansement.....

Motif .....

Produit utilisé.....

Utilisation d'un stérilet Oui  Non

Le prestataire s'est-il lavé les mains ? Oui  Non

#### V - ABLATION DU CATHÉTER

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

Date.....

Motif :.....

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

.....  
.....

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

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## ANNEXE II : Grille de dépouillement

N°	Grilles de recueil des données	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Nbre de +	Nombre de (-)	Résultats en pourcentage (%) + -
	<b>I) Préparation du matériel</b>												
1	Lavage hygiénique des mains avant préparation du matériel												
2	Présence d'un container à aiguille												
3	Ouverture des sachets (cathéter, bouchon, robinet) en laissant le matériel stérile dans l'étui												
	<b>II) Préparation du site de ponction</b>												
	<b>Nettoyage et antiseptique de la peau :</b>												
4	Lavage antiseptique												
5	Rinçage eau stérile												
6	Séchage												
7	Application d'un antiseptique												
8	Temps de séchage de l'antiseptique $\geq 1$ mn												
	<b>III) Pose du cathéter</b>												
9	Lavage immédiatement avant la pose												
10	Port de gants												
11	Gants stériles Gants propres												
12	Type de pansement : Aucun Compresse et bande adhésive Pansement opaque au												

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

### ANNEXE III : Critères de validation et standard attendus

Critères de validation	Standards attendus
<b>A. Critères de procédure</b>	
1. Lavage des mains avant le début des soins	<b>100%</b>
2. Présence et utilisation d'un container à aiguilles	<b>100%</b>
3. Préparation de la peau (savonnage, rinçage, séchage)	<b>100%</b>
4. Matériel de pose préparé stérilement	<b>100%</b>
5. Préparation du site de ponction selon le protocole	<b>100%</b>
6. Lavage antiseptique des mains	<b>100%</b>
7. Port de gants stériles	<b>100%</b>
8. Utilisation d'un pansement transparent centré sur le point de ponction	<b>100%</b>
9. Date de pose notée dans le dossier de soins	<b>100%</b>
10. Lavage des mains avant chaque manipulation de la ligne veineuse	<b>100%</b>
11. Changement des lignes selon le protocole et changement du cathéter selon le protocole	<b>100%</b>
12. Réfection du pansement avec un set stérile	<b>100%</b>
13. Réfection du pansement selon le protocole	<b>100%</b>
14. Mise en culture du cathéter en cas de signe d'infection	<b>100%</b>
15. Après ablation du cathéter, antisepsie du point de ponction et mise en place d'un pansement sec	<b>100%</b>