

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIER
ET
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**ECOLE NATIONALE SUPERIEURE DE MANAGEMENT
ENSM.ALGER**

MASTER EN MANAGEMENT DE LA QUALITE

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE

THEME

**LA MISE EN PLACE DU COMITE DE LUTTE CONTRE
LES INFECTIONS NOSOCOMIALES
ET
D'HEMOVIGILANCE COMME OUTIL PREVENTIF
CAS : « LA CLINIQUE AL AZHAR »**

Présenté par : CHIBANI Dina

Encadré par : Dr BRARHI Nazim

ANNEE 2014

Remerciements

Toute ma gratitude à M.BRARHI mon encadreur pour toute la patience et la disponibilité dont il a fait preuve envers moi ainsi que le savoir, l'aide et le soutien qu'il m'a apporté tout au long de la formation et lors de l'encadrement.

Tout le personnel de la clinique Al Azhar, da m'avoir accueilli et accepter parmi eux.

Toute ma gratitude envers Dr.MEBAREK et Dr. Toumi, de m'avoir autoriser à accéder au bloc opératoire et permis d'assister à une intervention chirurgicale.

Les biologistes du laboratoire médical avec qui j'ai beaucoup appris quand à la nécessité d'améliorer la prise en charge des patients.

Toute ma reconnaissance envers les enseignants de l'ENSM qui n'ont ménagé aucun effort afin de me permettre d'accéder à de nouvelles connaissances.

Un immense merci à Maman et Papa, ma sœur, qui m'ont toujours encouragé et soutenu même pendant mes pires moments de doute. Je leur dédie ce modeste travail en gage de mon amour pour eux.

RESUME :

L'établissement de santé doit être apte à satisfaire les besoins et les exigences de ces patients, on leur offrent une qualité de soins et une sécurité au sein de l'organisme.

Parmi les actions préventives que l'organisme peut mettre en place afin d'assurer la conformité du produit, il peut y avoir d'une part la mise en place du comité de lutte contre les infections nosocomiales qui a pour mission de minimiser le risque de contamination du patient durant son séjour d'hospitalisation par la mise en œuvre et l'application des procédures concernant les bonnes pratiques d'hygiène et de soins, d'autre part par la mise en place du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance qui a pour principale mission d'assurer la qualité du sang transfusé de la commande jusqu'à son acheminement.

Mots clés :

Infections nosocomiales, hémovigilance, sécurité du patient, qualité des soins, hygiène hospitalière, qualité du sang, action préventive.

ABSTRACT

The health facility must be able to satisfy the needs and requirements of these patients, offering them quality care and safety within the organization.

Among the preventive measures that the organization can put in place to ensure the conformity of the product, first of all the implementation committee fight against nosocomial infections which aims to minimize the contamination of the patient during his hospitalization stays implementation and application of procedures for good hygiene practices and care, on the other hand by the introduction of blood safety committee and Hemovigilance whose primary mission is to assure the quality of transfused blood from order to delivery its blood.

Keywords:

Nosocomial infection, Patient security, quality care, hospital hygiene, quality blood, preventive action.

ملخص

يجب أن تكون المرافق الصحية قادرة على تلبية احتياجات ومتطلبات هؤلاء المرضى بتقدم لهم الرعاية الصحية جودة والسلامة داخل المنظمة. من بين التدابير الوقائية التي يمكن للمرافق الصحية وضعها لضمان مطابقة المنتج، لدينا من جهة تأسيس لجنة التنفيذ ضد عدوى المستشفيات والتي تهدف للحد من إصابة المريض أثناء

وجوده في المستشفى و هذا من خلال تنفيذ وتطبيق إجراءات النظافة الجيدة و ممارسة الرعاية الصحية، من ناحية أخرى من خلال إدخال لجنة سلامة الدم و حيمو فيجيانجي التي مهمتها الأولية ضمان جودة الدم المنقول

الكلمات الرئيسية

الدم المنقول, النظافة الجيدة , لجنة سلامة الدم, الرعاية الصحية, إصابة المريض

Sommaire

INTRODUCTION GENERALE	3
CHAPITRE I : Les infections nosocomiales	
1. Présentation de la clinique AL AZHAR	3
2. Les généralités d'une infection nosocomiale	4
2.1 Définition de l'infection nosocomiale.....	4
2.2 Les principaux agents de contamination possible.....	4
2.3 Les conséquences d'une infection nosocomiale	8
CHAPITRE II : Développement d'un plan de lutte contre les infections nosocomiales	
1. Identifier les causes de contamination d'une infection nosocomiale durant les étapes de soins d'un patient par la méthode du diagramme d'ISHIKAWA ...9	
1.1 L'étape de la consultation médicale.....	9
1.2 L'étape du bilan médical.....	10
1.3 L'étape de l'hospitalisation du patient	12
1.4 L'étape de l'intervention chirurgicale cas d'une cœlioscopie.....	14
2. Les procédures et instructions mis en places relatives à la lutte contre les infections nosocomiales	16
2.1 Procédure relative à la gestion des DASRI.....	17
2.2 Procédure relative au bloc opératoire.....	18
2.3 Procédure de prescription de l'antibioprophylaxie.....	19
2.4 Instruction de stérilisation générale.....	19
2.5 Instruction de préparation cutanée du site opératoire.....	19
CHAPITRE III : Les recommandations pour la lutte contre les infections nosocomiales	
1. La mise en place du CLIN	21
1.1 La composition du CLIN.....	23
1.2 La mission du CLIN	24
1.3 Règles et fonctionnement du CLIN.....	24
2. La mise en place du Csth	26
2.1 Définition de l'hémovigilance.....	28
2.2 Les membres du Csth.....	28
2.3 La mission du Csth.....	29
2.4 Règles et fonctionnement du Csth.....	30
CONCLUSION GENERALE	33

LA LISTE DES TABLEAUX

LE TITRE DU TABLEAU	LA PAGE
TABLEAU N°1 : les bactéries prélevées aux seins de la clinique AL AZHAR et leurs fréquences	06
TABLEAU N°2 : l'origine des deux bactéries dominante Stapylococcus et Bacilus	07
TABLEAU N°3 : les causes de contamination durant une consultation médicale	09
TABLEAU N°4 : les causes de contamination durant une prise de sang	11
TABLEAU N°5 : les causes de contamination durant l'étape d'hospitalisation	13
TABLEAU N°6 : les causes de contamination durant une intervention chirurgicale cas d'une cœlioscopie	14
TABLEAU N°7 : procédure de gestion des DASRI	17
TABLEAU N°8 : procédure relative au bloc opératoire	18
TABLEAU N°9 : procédure de prescription de l'antibioprophylaxie	19
TABLEAU N°10 : les propositions des membres du CLIN	22
TABLEAU N°11 : les membres du CLIN	23
TABLEAU N°12 : la mission du CLIN	24
TABLEAU N°13 : les propositions des membres du Csth	27
TABLEAU N°14 : les membres du Csth	29
TABLEAU N°15 : la mission du Csth	30

LA LISTE DES FIGURES ET DU GRAPHE

LE TITRE DE LA FIGURE ET DU GRAPHE	LA PAGE
FIGURE N°1 : Le classement des causes d'une contamination durant une consultation	09
FIGURE N°2 : le classement des causes d'une contamination durant une prise de sang	12
FIGURE N°3 : le classement des causes d'une contamination durant l'hospitalisation	13
FIGURE N°4 : le classement des causes d'une contamination durant une intervention	14
GRAPHIQUE N°1 : Diagramme de Pareto	07

LA LISTE DES ABREVIATIONS

ABREVIATION	SIGNIFICATION
SARL	Société A Responsabilité Limitée
ISO	Organisation Internationale de Normalisation
ORL	Oto-rhino-laryngologie
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
ATS	Agent Technicien de la Santé
DASRI	Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux
CLIN	Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales
CRP	Protéine C Réactive
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
BMR	Bactéries Multi Résistantes
CSTH	Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémvigilance
RAI	Recherche d'Anticorps Irréguliers
PSL	Produit Sanguins Labiles
CTS	Centre de Transfusion Sanguins
CME	Comité Médical d'Établissement

INTRODUCTION GENERALE

Les besoins des patients et la qualité des soins sont deux concepts indissociables puisque, par définition un produit est de qualité s'il répond aux besoins de ses utilisateurs. Si la qualité des soins n'est pas excellente les besoins des malades ne peuvent être entièrement satisfaits.

La réflexion sur la démarche qualité nous conduit à des conclusions différentes sur la non qualité.

En Algérie, chaque personne malade a le droit d'accéder à des soins de qualité, il n'est pas toujours facile pour les patients d'apprécier d'emblée le niveau de qualité offert par l'équipe soignante. Mais ils peuvent néanmoins s'en faire une idée en posant quelques questions sur la prise en charge du patient au sein de l'établissement de santé.

Ici comme ailleurs dans le monde, l'expérience nous a appris que plusieurs procédures et interventions effectuées en milieu de soins, et l'absence de certaines mesures qui sont susceptibles de favoriser la transmission des infections, les façons de faire peuvent entraîner des niveaux d'infections plus élevés que ceux qui seraient attendus, c'est-à-dire des infections acquises dans les milieux de soins, c'est pourquoi ces infections doivent faire l'objet d'une surveillance constante et plus rigoureuse.

La clinique AL AZHAR est un endroit où se retrouvent quotidiennement un grand nombre de personnes pour y recevoir des soins de santé. Ces personnes peuvent être plus vulnérables aux infections ou encore, être elles-mêmes porteuses d'une infection transmissible.

Dans un système de management de la qualité l'organisme de santé doit démontrer son aptitude à fournir régulièrement des soins conformes par le respect des exigences légales, réglementaires ainsi qu'aux exigences de la clinique afin d'accroître la satisfaction des patients.

La clinique AL AZHAR a été la première dans son domaine d'activité à tenir à jour un système qualité conforme aux exigences de la norme EN ISO 9001 :2008 "**Système de Management de la qualité**" pour : "**Management des explorations et des soins médico-chirurgicaux dans la prise en charge des maladies aiguës et chroniques**".

Un service de santé constitue un milieu d'interactions complexes entre le patient, les interventions qu'il subit et l'environnement hospitalier. Que ce soit la condition physique, la flore microbienne du patient, le traitement administré ou l'instrumentation utilisée pour les soins, ce sont tous des facteurs ayant une incidence sur le risque d'acquisition et de transmission d'une infection.

Les infections nosocomiales constituent encore un véritable problème de santé en Algérie, bien que les résultats des études épidémiologiques montrent que l'Algérie se situe en position favorable par rapport à ses voisins. Elles représentent environ 15- 20% des accidents médicaux répertoriés sur le territoire. Un accent particulier doit être mis sur ce type d'infection qui aujourd'hui constitue un moteur important dans l'amélioration de la qualité des soins et qui sont surtout source d'un nombre de plus en plus croissant de recours devant les juridictions dans la recherche d'indemnisations, et de ce fait la problématique qui se pose est la suivante:

« L'application d'action préventive permettra-t-elle d'éliminer les infections nosocomiales potentielles et de réduire le risque pour les patients au sein de la clinique AL AZHAR au sein de la clinique AL AZHAR ? »

Afin de pouvoir répondre à cette problématique, nous l'avons décliné en trois sous questions qui sont :

- Qu'est ce que une infection nosocomiale et qu'elles sont les conséquences d'une telle infection ?
- Qu'elles sont les causes d'une infection nosocomiale et comment développer un plan de lutte contre ses infections ?
- Comment éviter un risque de contamination au sein d'un établissement de santé ?

Afin de répondre à notre problématique nous avons émis les hypothèses suivantes :

- L'utilisation des outils de la qualité permettent de hiérarchiser les problèmes et les causes de contamination.
- La mise en place de comité de lutte contre les infections nosocomiales en plus du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance est considérée comme action préventive contre le risque de contamination.

Pour répondre à ces sous questions, nous avons réparti le travail en trois chapitres. En premier lieu, une description des composantes de notre sujet qui est la clinique AL AZHAR pour ensuite donner quelques généralités sur les infections nosocomiales. Dans la deuxième partie, nous allons tenter de développer un plan de lutte contre les infections nosocomiales selon la méthode des 5M et de voir quelques procédures et instructions qui ont été mis en place par la responsable qualité de la clinique AL AZHAR afin de lutter contre ses infections. Enfin, dans la troisième partie fera part des recommandations pour la lutte contre les infections et cela par la mise en place de certains comités.

Chapitre I

Les infections nosocomiales

De part ses activités pluridisciplinaires, la clinique Al Azhar est confrontée quotidiennement à des risques infectieux qui peuvent atteindre aussi bien ses patients que son personnel malgré les procédures et protocoles qui ont été mis en place.

Lors de l'année 2013 sur l'ensemble des malades de la clinique (2860), sept cas d'infections nosocomiales ont été détectés, une fréquence de 0.24%.

Il a été difficile d'établir des études statistiques biaisé sur le nombre d'infection nosocomiale contracté au sein de la clinique, cela est due d'une part a l'absence de prescription d'un bilan complet lors de l'hospitalisation du patient qui permettrait de savoir si le malade est porteur d'une infection ou non et d'autre part dans le cas d'une contamination la déclaration ne ce fait pas systématiquement au près de tout les patients, et enfin l'absence du suivie des patients une fois son séjour achevé au sein de l'établissement de soin.

1. Présentation de la clinique AL AZHAR

La CLINIQUE AL AZHAR dispense des soins de santé :

- Consultation médicale
- Chirurgie
- Hospitalisation

Dans 23 spécialités médicales et 11 spécialités chirurgicales.

Cet établissement de santé a été érigé en société à responsabilité limitée (SARL) crée en 1998 et entré en service en 2004. Son siège est situé au 4 Djenane ACHABOU, Dely Brahim, Alger.

La CLINIQUE dispose des moyens suivants :

- 100 lits d'hospitalisation
- 3 blocs opératoires composés de 2 salles opératoires de chirurgie cardiaque, 3 salles opératoires de chirurgie générale et 1 salle opératoire d'endoscopie et petite chirurgie.
- Une unité d'hémodynamique
- Une réanimation polyvalente
- Une salle de réveil et d'inductions
- Un laboratoire d'analyses médicales
- Une unité de stérilisation
- Une unité de radiologie et d'imagerie
- Une unité d'hémodialyse
- Un pavillon des urgences

Le Personnel de la CLINIQUE AL AZHAR se compose de :

- Cadres supérieurs : **05**
- Cadres : **25**
- Maîtrise : **37**
- Exécution : **153**

La clinique AL AZHAR est certifié depuis 2007, selon le référentiel **ISO 9001 : 2000** est a été mis a jours on date dû **22 Octobre 2013** a ce jour selon **la norme ISO 9001 :2008** **“Système de Management de la qualité”** pour : **“Management des explorations et des soins médico-chirurgicaux dans la prise en charge des maladies aiguës et chroniques”**.

2. Les généralités d'une infection nosocomiale

Les infections nosocomiales, désormais font partie d'un ensemble plus vaste appelé infections associées aux soins, qui constituent un enjeu de santé fort. Fréquemment due à la situation médicale du patient, les infections nosocomiales sont favorisées par les actes

médicaux invasifs qui sont nécessaires aux traitements de la pathologie du patient, la prévention de ses actes nécessite la maîtrise de la qualité des soins dans des conditions qui doivent comprendre :

- La disponibilité des informations décrivant le risque de contamination et les précautions à prendre pour minimiser ses infections
- La disponibilité des procédures et protocoles adéquats pour le personnel médical et paramédical.
- L'utilisation des bons équipements que ce soit pour les actes médicaux, paramédicaux ou bien même l'hygiène hospitalière
- La mise en œuvre d'un plan d'action afin de surveiller le risque de contamination potentiel et de mesurer la qualité des soins par le biais d'indicateur de qualité.

2.1 Définition de l'infection nosocomiale

Du grec nosos : maladie, komein: soigner, nosokomeion: hôpital

Les infections nosocomiales sont des maladies infectieuses (bactériennes, virales, parasitaires, à prions...) cliniquement ou microbiologiquement identifiables, contractées dans une structure de soins¹.

Il existe un risque d'accident par exposition au sang avec contamination voir infection virale (VIH, hépatite B, hépatite C) pour le personnel médical et paramédical.

En d'autre terme les infections nosocomiales sont acquises au cours de l'hospitalisation du patient et qui par conséquent, ne sont lors de l'admission, ni apparentes, ni en cours d'incubation, ce critère est applicable à toute infection même pour une angine ou une grippe.

L'infection nosocomiale survient:

- **Après les 48 premières heures** de l'hospitalisation
- **Dans les 30 jours** après intervention chirurgicale
- **Dans l'année** qui suit la mise en place de matériel chirurgical (implant, prothèse, plaque.....).

2.2 Les principaux agents de contamination possible

La clinique AL AZHAR doit déterminer et gérer l'environnement de travail nécessaire pour la prévention des risques dans le domaine des soins, de l'architecture à l'environnement de façon à garantir une gestion des bactéries nosocomiaux et assurer la sécurité du patient et du personnel.

Les virus et champignons qui vont être cités ci-dessous sont les germes les plus réponsus².

- **Rotavirus** de transmission féco-orale il peut être du aux aliments de la restauration, a l'eau souillée et par le contact humain. Il est responsable de diarrhées chez la personne contaminée.
- **Le Virus Respiratoire Syncytial** de transmission aérienne ce virus entraine :
 - Des atteintes ORL qui sont des troubles du nez, de la gorge, de l'oreille, et de la région tête et cou.

¹ KAMEL MALEK, jean-Cristophe MINO, p47, 1996, santé Public médecine légale médecine du travail édition ESTEM, Paris.

² N Hygis, P28, 1998, Hygiène hospitalière, collection Azay, Lyon.

- Des atteintes pulmonaires chez l'enfant.
- **Le Virus de la grippe** qui touche surtout les sujets âgés, il se transmet par voie aérienne et entraîne des atteintes du rhinopharynx, de la trachée et des bronches.
- **Les Virus de l'Hépatite B (VHB), de l'Hépatite C (VHC), de l'Immunodéficience Humaine (VIH)**, des fièvres hémorragiques, sont incriminées dans les services d'hémodialyse, lors des transfusions sanguines et greffes d'organes chose qui ne ce fait pas au niveau de la clinique.
- **Les champignons** sont souvent impliqués chez les patients immunodéprimés caractérisé par un état dans le quel leurs défenses immunitaires est affaiblies favorisant le développement d'agent infectieux grave, il faut citer parmi eux :
 - **Aspergillus** qui est très répandu dans les circuits d'aération et transmissible par l'air, par la diffusion est favorisée par les travaux de bâtiments.
- **Les bactéries nosocomiales :**

Les germes nosocomiaux rencontrés sont souvent des bactéries, elles sont dominées par les **Staphylocoques**, les **Entérobactéries** et les bactéries du genre **Pseudomonas**. Ces bactéries nosocomiales sont souvent caractérisées par leur multi résistance aux antibiotiques.

- **Staphylocoques** sont souvent la cause dans des infections nosocomiales sur cathéter, les pneumonies, les infections du site opératoires.
- **Pseudomonas** sont responsables d'infection nosocomiales multiples comme les pneumonies, les infections du site opératoires.
- **Entérobactéries** sont dominées par l'espèce Escherichia Coli qui est responsable des infections urinaire et de diarrhées.
- **d'Autres bactéries**
 - **Acinetobacter** : bacille à Gram négatif fréquemment présentes dans l'eau, il se manifeste sous forme de pneumopathie sévère, troubles digestifs, insuffisance rénale.
 - **Streptocoques** : Streptocoque est un terme qui désigne un ensemble de bactéries du genre Streptococcus, Certaines de ces bactéries sont naturellement présentes dans le corps humain, Les streptocoques sont responsables de très nombreuses infections dont font partie les maladies suivantes : angine bactérienne, infections cutanées, infections des voies respiratoires comme les pneumopathies, certaines méningites, des infections généralisées.
 - **Klebsiella pneumoniae** :

La Klebsiella est une espèce de bactérie dont la plus connue est la Klebsiella pneumoniae. La Klebsiella est naturellement présente au niveau de certains organes comme le tube digestif ou les poumons, mais son action est bien contrôlée par l'organisme, d'où l'absence d'infection. A la faveur d'un organisme immunodéprimé c'est-à-dire dont les défenses immunitaires sont diminuées, cette bactérie peut devenir « agressive » et être responsable d'angines, d'infections pulmonaires, parfois d'infections urinaires ou d'infections plus généralisées³.

Parmi ces bactéries, il y'a celles qui sont présentes sous formes de colonies dans de multiple lieu, les vecteurs entre ces différentes colonies sont :

- L'air
- L'eau

³ N Hygis, P30,ibid

Ces vecteurs permettent les contaminations entre les malades, le personnel soignants, les différents matériels et les structures qui constituent l'établissement de santé.

Une analyse sur le nombre de bactéries trouvées au sein de la clinique par le biais du diagramme de Pareto va nous permettre de détecter les bactéries les plus répandues.

❖ Le diagramme de Pareto :

Le diagramme de Pareto permet de hiérarchiser les problèmes, dans notre cas c'est le nombre de bactéries en fonction du nombre d'occurrence, et ainsi définir les priorités dans le traitement de ce problème.

Cet outil de qualité est basé sur la loi des 80/20. Autrement dit il met en évidence les 20% de causes sur lesquelles il faut agir pour répondre à 80% du problème. Il sera utile pour déterminer sur quels leviers on doit agir en priorité pour améliorer de façon significative la situation.⁴

○ Le recueil des données :

Le recueil des données c'est fait à partir des prélèvements d'instruments de soins et les mains du personnel médical aux niveaux du bloc opératoire et de la réanimation médicale et cardiaque, des différents services de la clinique.

Il a été assuré par la biologiste chargée de la bactériologie au sein de la clinique AL AZHAR.

Tableau n°1 : Les bactéries prélevées aux seins de la clinique et leurs fréquences

Les bactéries prélevées aux seins de la clinique	Nombre de bactérie trouvé (Fréquence)	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Staphylococcus	77	77%	77%
Bacillus	15	15%	92%
Pseudomonas	3	3%	95%
Enterobacter	2	2%	97%
Escherichia coli	1	1%	98%
Streptococcus	1	1%	99%
Klebsiella pneumoniae	1	1%	100%
Total	100		

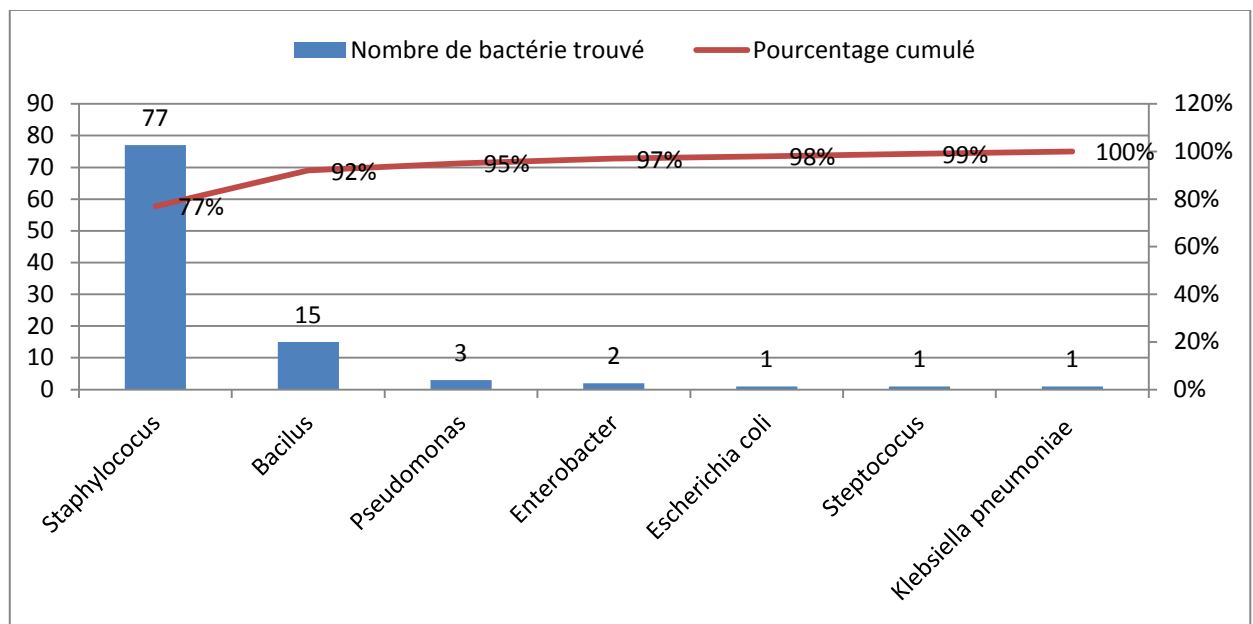
Source : élaborée par nos soins

Ces bactéries nous permettent concrètement de dire qu'il y'a un problème d'hygiène et de désinfection aux niveaux des différentes salles des prélèvements.

La présentation ce fera entre la colonne des fréquences et la colonne du pourcentage cumulé.

⁴ Florence GILLET-GOINARD, Bernard SEON, 2009, p 108, la boîte à outil du responsable qualité, édition DUNOD, Paris

Graphique n°1 : Diagramme de Paréto



Source : élaborée par nos soins

La clinique AL AZHAR devra mener des actions en priorité sur :

- Le traitement de la bactérie Staphylococcus
- Le traitement de la bactérie Bacillus

En travaillant sur ces 2 axes, la clinique éliminera 77% des causes de contamination d'infection nosocomiale.

A partir des prélèvements effectués aux niveaux du bloc de chirurgie générale, bloc de la chirurgie cardiaque, réanimation cardiaque, réanimation médicale, les différents services d'hospitalisation et d'hémodialyse nous pouvons déterminer l'origine de ces deux bactéries dominantes à partir du tableau ci-dessous :

Tableau n°2 : l'origine des deux bactéries dominante Staphylococcus et Bacillus

L'origine de la bactérie Staphylococcus	L'origine de la bactérie Bacillus
Interrupteur des portes	Surface haute
Respirateur	Barboteurs
Matla a lit et dessous de matla	Lit
Scope	Pied de table
Table de médicaments	Télévision
Chariot	Poignet de la porte
Table a mangé	fauteuil
Boite d'instruments	Placard des patients
Table opératoire	Le robinet d'eau
La main du personnel	La main du personnel

Source : élaborée par nos soins

Nous constatons que les origines des deux bactéries dominantes aux seins de la clinique sont dues :

- A la mauvaise désinfection des surfaces et des équipements.

- A la mauvaise stérilisation du matériel.
- Au manque d'hygiène des mains.

Donc la source de ses deux agents pathogène n'est autre que : le manque d'hygiène hospitalière et la non application des procédures mis en place par la direction.

2.3 Les conséquences d'une infection nosocomiale :

Les infections nosocomiales ont une répercussion importante pour le patient ainsi que pour sa famille, l'infection cause des séquelles indésirable pour l'état physique du patient, l'état psychologique, le côté financier, et parfois même le coté social.

Concrètement un cas d'infection nosocomiale a été déclaré au sein de la clinique AL AZHAR le 17 Mai 2014, chez un patient de 17 mois qui a subit une chirurgie cardiaque.

L'acte chirurgicale avait très bien réussi mais le suivie du patient ne c'est pas bien fait ce qui a causé une contamination du patient par la bactérie *staphylococcus(genre) aureus(espèce)*.

Les conséquences de cette infection nosocomiale sont comme suit :

- **De point de vue financier** : la prolongation de la durée d'hospitalisation du patient conduit a des soins médicaux supplémentaires et a des frais de prise en charge en plus.
- **De point physique** : la contamination par cette bactérie a causé des poussés de fièvres répétitive de plus de 40° qui ont entraînés des séquelles neurologique.

La propagation de la bactérie dans le sang a fait que le patient c'est retrouvé avec une septicémie infection qui n'été pas présente lors de sans hospitalisation et qui peut être mortelle pour certains patients.

- **De point vue psychologique** : le patient été très affaibli, et ne cessait de pleurer, émettait des cries de douleurs, en plus les parents étaient désemparés, perdus, anéantis par le sort de leur enfant.
- **De point de vue sociale** : le personnel soignant qui été conscient de la gravité du cas été très touchés par la peine et la souffrance de la famille, des parents et du patient, de leur vulnérabilité face a ce problème.

Il est a signalé qu'après 10 jours de l'intervention chirurgicale, il ni y'a eu aucune amélioration positive et que l'espérance de vie du patient et très minimales propos cite par son médecin soignant.

Face à ce cas réel on peut constater qu'une contamination d'une infection nosocomiale entraîne des conséquences néfastes : **MORTELLLES**.

Après avoir hiérarchisé les problèmes de bactéries qui existent au niveau de la clinique à partir du diagramme de Pareto, nous allons dans le chapitre suivant utiliser un autre outil de qualité qui est le diagramme d'Ishikawa, afin de classer par familles les causes de contamination d'une infection nosocomiale durant toutes les étapes de soins.

CHAPITRE II

Développement d'un plan de lutte contre les infections nosocomiales

Un plan de lutte contre les infections nosocomiales à pour principal intérêt d'être un outil de planification des actions qui devront être lancés au sein de la clinique pour atteindre un objectif précis, dans notre cas c'est la sécurité du patient et cela en minimisant le risque de contamination d'une infection et la fréquence des bactéries multi résistantes aux antibiotiques.

En premier lieu, le plan de lutte sera élaborée à partir d'un outil de qualité « Diagramme d'Ishikawa », qui va nous permettre de classer par famille les causes de contamination durant toute les étapes, en deuxième lieu mettre en évidence les documents qui ont été rédigés par la responsable de management de la qualité afin d'assurer le bon fonctionnement de la clinique en générale et la prévention du patient en particulier.

1. Identifier les causes de contamination d'une infection nosocomiale durant les étapes de soins d'un patient par la méthode du diagramme d'Ishikawa

Le patient passe par différents étapes pour arriver à une guérison, de la consultation médicale au bilan afin de pouvoir subir un acte chirurgical.

Durant ces étapes un risque de contamination peut avoir lieu, c'est pourquoi le personnel soignant doit être prudent afin d'assurer une conformité de la prestation de service.

Si on veut établir réellement les cause de ses infections en utilisant la méthode des 5M, tout d'abord on liste toutes les idées et les causes possibles grâce à un brainstorming pour ensuite les classer en 5 familles, celles qui sont liées aux Moyens, aux individus (Mains d'œuvre), aux Matières premières, la façon de travailler (Méthodes) et enfin aux conditions de travail (Milieu), une fois le classement établis, les causes possibles vont être testées pour vérifier qu'elles sont bien à l'origine du problème. Puis a partir de cette cause réelle valider, on remontera aux causes racines, en se posant a chaque fois la question « pourquoi ? » serait une bonne manière de trouver la solution⁵.

1.1 L'étape de la consultation médicale

La consultation médicale, ce fait à partir d'un rendez-vous programmé a l'avance par la secrétaire médicale, le tableau ci-dessous va nous identifier les causes de contamination qui peuvent y'avoir durant une consultation en utilisant la méthode des 5M.

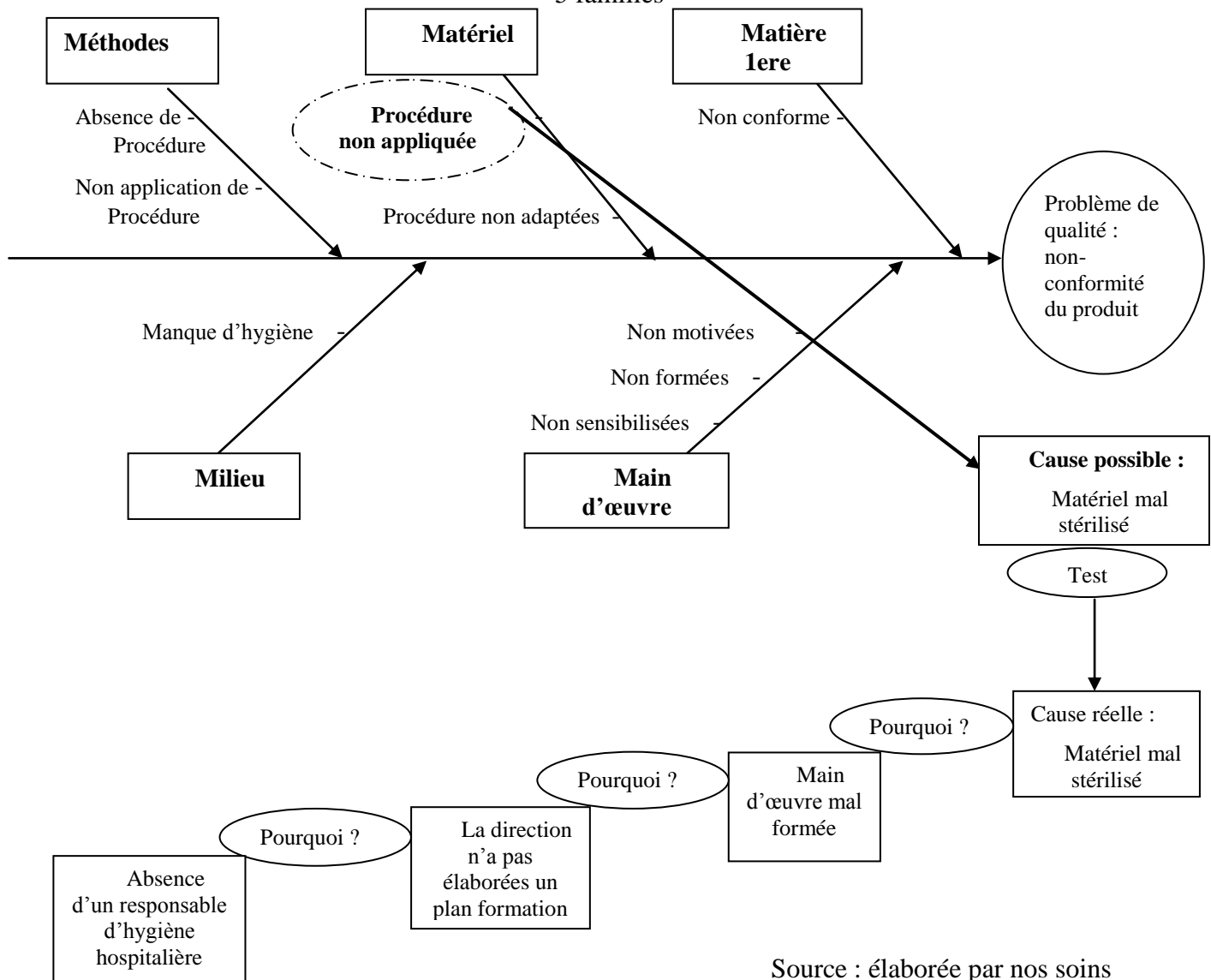
Tableau n°3 : les causes de contamination durant une consultation

Les 5M	Les causes
Mains d'œuvre	<ul style="list-style-type: none"> - Non motivé - Non sensible a la gravité de l'infection nosocomiale - Non formées
Milieu	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'hygiène
Matière première	<ul style="list-style-type: none"> - Des gants non conformes - Des produits de désinfections non conformes
Méthodes	<ul style="list-style-type: none"> - Absence des procédures ou protocoles pour certains actes de soin - La non application des procédures et protocoles dans le cas échéant
Matériel	<ul style="list-style-type: none"> - Les procédures de stérilisations ne sont pas appliquées et dans certains cas non adaptées

Source : élaborée par nos soins

⁵ Florence GILLET-GOINARD, Bernard SEON, 2009, p 115, la boîte à outil du responsable qualité, édition DUNOD, Paris

Figure n°1: le classement des causes d'une contamination durant une consultation en 5 familles



Source : élaborée par nos soins

La méthode des 5M nous a permis de classer les causes probables d'une infection nosocomiale durant l'étape de consultation médicale.

Une cause possible a été testée, on a constaté que la cause réelle est bien le matériel mal stérilisé. L'utilisation des 3 pourquoi nous a permis de remonter à la cause racine (absence d'un responsable de l'hygiène hospitalière).

Les solutions à mettre en œuvre se situent donc au niveau de l'hygiène par le recrutement d'un responsable de l'hygiène hospitalière ainsi qu'au niveau du processus de formation et de communication du personnel au sein de la clinique.

1.2 L'étape du bilan médical

Avant n'importe qu'elle acte chirurgicale un bilan d'admission doit avoir lieu, le bilan peut être considéré comme action préventive pour le patient afin d'éviter toute complication ou erreur médicale durant son séjour au sein de la clinique.

Le tableau ci-dessous va nous identifier les causes de contamination qui peuvent y'avoir durant un bilan en utilisant la méthode des 5M.

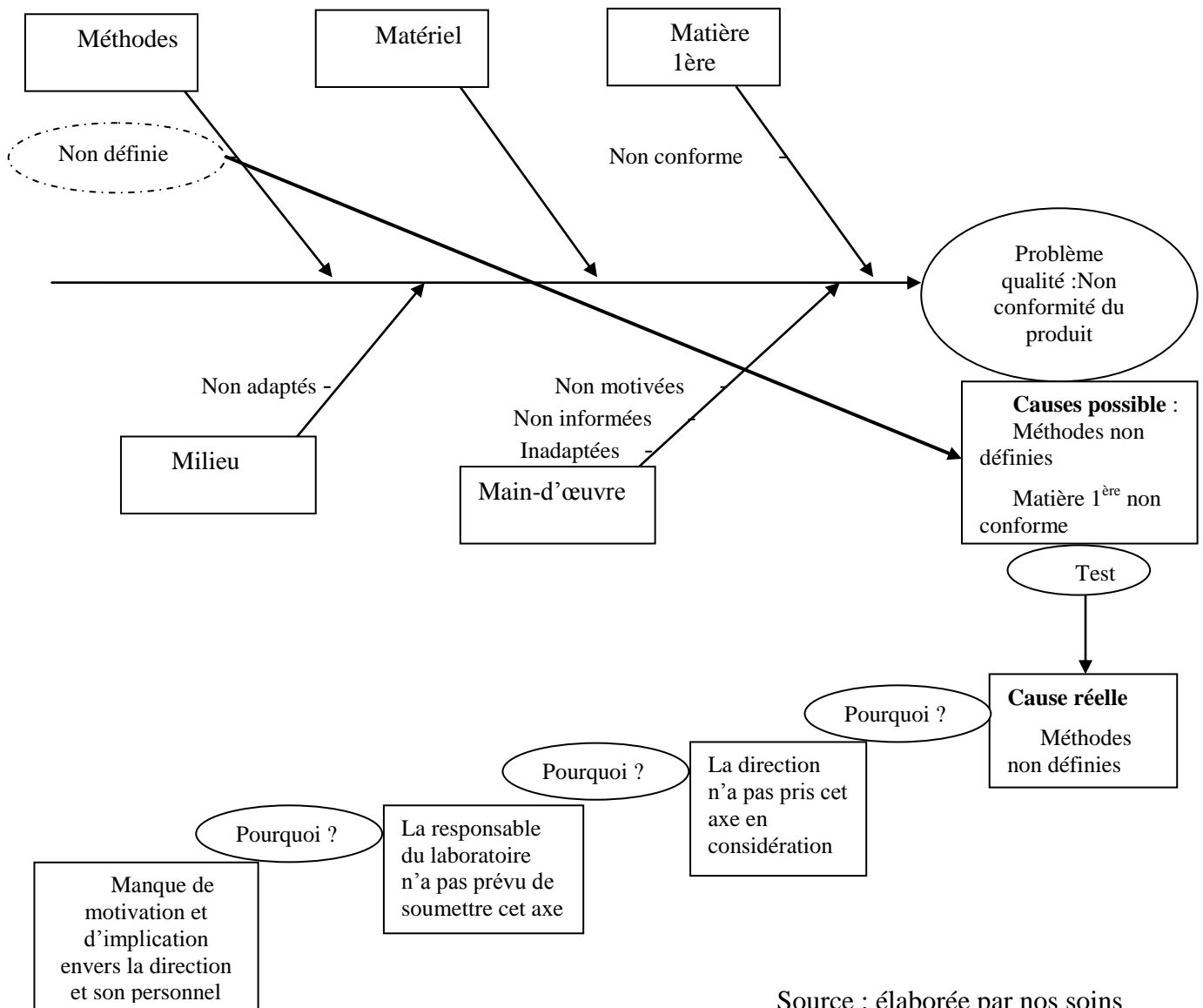
Tableau n°4: les causes de contamination durant une prise de sang selon la méthode des 5M

Les 5M	Les causes
Mains d'œuvre	Non motivées par la responsable du laboratoire Inadaptées Non informées des décisions prises
Milieu	Non adapté
Matière première	Des gants non conformes Des produits de désinfections non conformes
Méthodes	Non définies dans des procédures
Matériel	/

Source : élaborée par nos soins

Les causes de contamination en ce qui concerne le matériel ne peuvent être identifiables du fait qu'une grande partie des instruments qu'utilisent les biologistes sont jetables sinon nettoyés par elles même.

Figure n°2 : le classement des causes d'une contamination durant une prise de sang en 5 familles



Source : élaborée par nos soins

Une cause possible a été testée, on a constaté que la cause réelle est bien les méthodes qui ne sont pas définies sous forme de procédure ou protocole, l'utilisation des 3 pourquoi nous a permis de remonter à la cause racine qui est le manque de motivation et d'implication de la responsable du laboratoire envers la direction et son personnel.

Les solutions à mettre en œuvre se situent donc au niveau de la direction qui doit motiver, la responsable du laboratoire et son équipes (les biologistes), ainsi qu'au niveau des procédures qui doivent être rédigés, communiqués et qui détermineront le qui fait quoi et comment pour chaque cas de malade rencontré.

1.3 L'étape de l'hospitalisation du patient :

Une fois la consultation médicale et le bilan réalisés, l'hospitalisation du patient ce fera dans le service médical adéquat pour chaque cas, durant cette étape plusieurs facteurs peuvent être un risque pour lu durant cette étape plusieurs facteurs peuvent être un risque pour lui, le tableau ci-dessous va nous classer les causes du problème en 5familles.

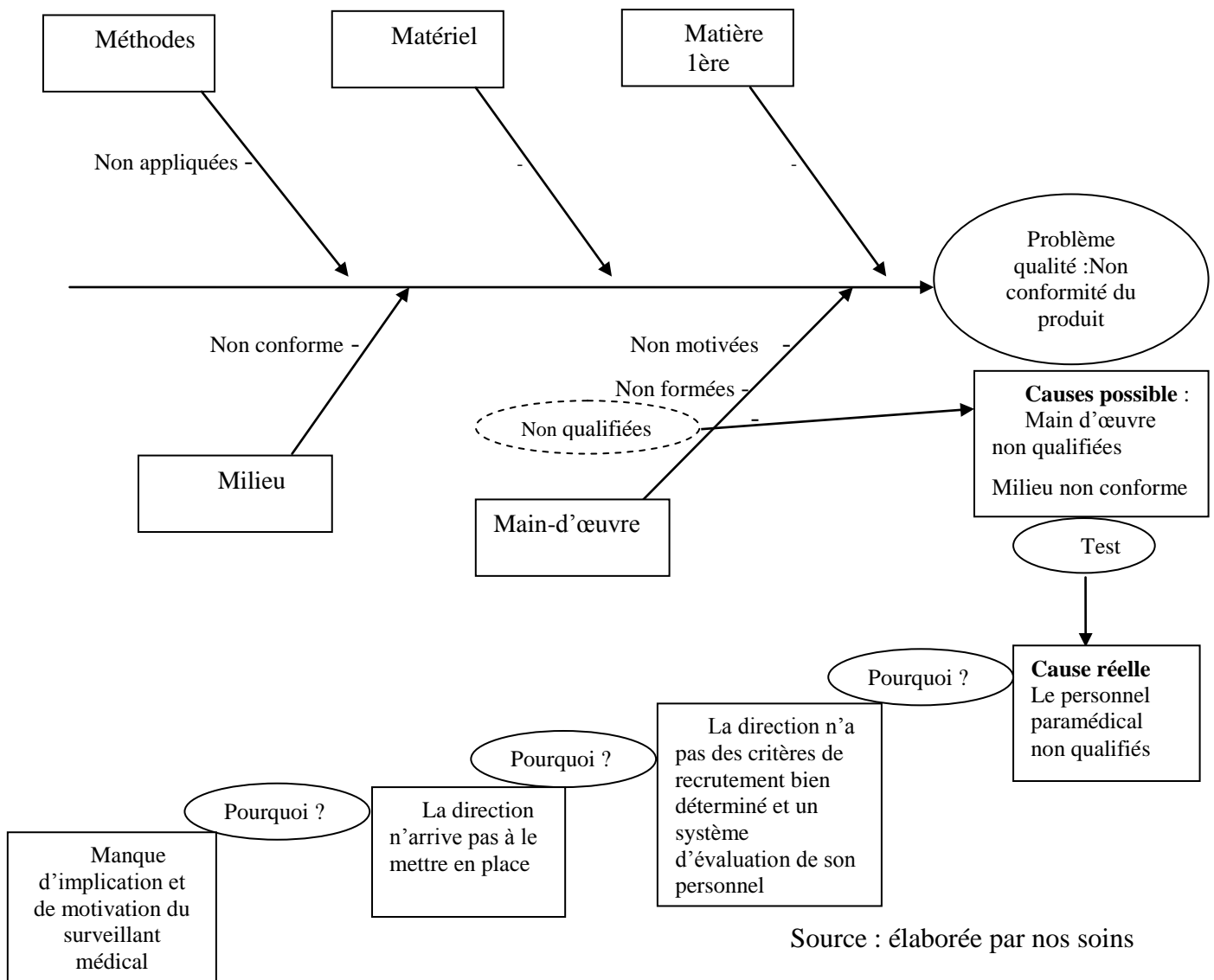
Tableau n°5 : les causes de contamination possible durant l'étape d'hospitalisation

Les 5M	Les causes
Main d'œuvre	N'est pas assez formées Nos qualifiées Non motivées
Milieu	Non conforme
Matière première	/
Méthodes	Non appliquées
Matériel	/

Source : élaborée par nos soins

Les causes de contamination en ce qui concerne la matière première et le matériel n'ont pu être identifiable, cela est dû à l'absence d'acte de soins durant cette période.

Figure n°3 : le classement des causes d'une contamination durant l'hospitalisation en 5 familles



Source : élaborée par nos soins

Une cause possible a été testée, Nous avons constaté que la cause réelle est bien la non qualification des infirmiers et des agents techniques de la santé.

L'utilisation des 3 pourquoi nous a permis alors de remonter à la cause racine le manque d'implication et de motivation du surveillant médical envers son service et envers la direction.

Les solutions à mettre en œuvre se situent donc au niveau du plan de recrutement et de formation ainsi qu'au niveau du système d'évaluation du personnel paramédical (infirmiers et ATS). Cette solution pourra être mise en place réellement que par l'implication et la motivation du surveillant médical seule personne apte à déterminer les critères de sélections et les besoins qui existent réellement au sein de son service.

1.4 L'étape de l'intervention chirurgicale cas d'une cœlioscopie

Le patient est programmé sur un tableau au niveau de l'infirmierie du service, une préparation de sa toilette entière doit se faire avant de le transporter au bloc opératoire selon la procédure de la préparation du malade avant l'intervention.

Des actions préventives doivent avoir lieu durant cette étape puisque le service à haut risque de contamination est le bloc opératoire du fait de sa pluriactivité, le tableau ci-dessous va nous classer les causes du problème en 5 familles toujours en utilisant la méthode des 5M.

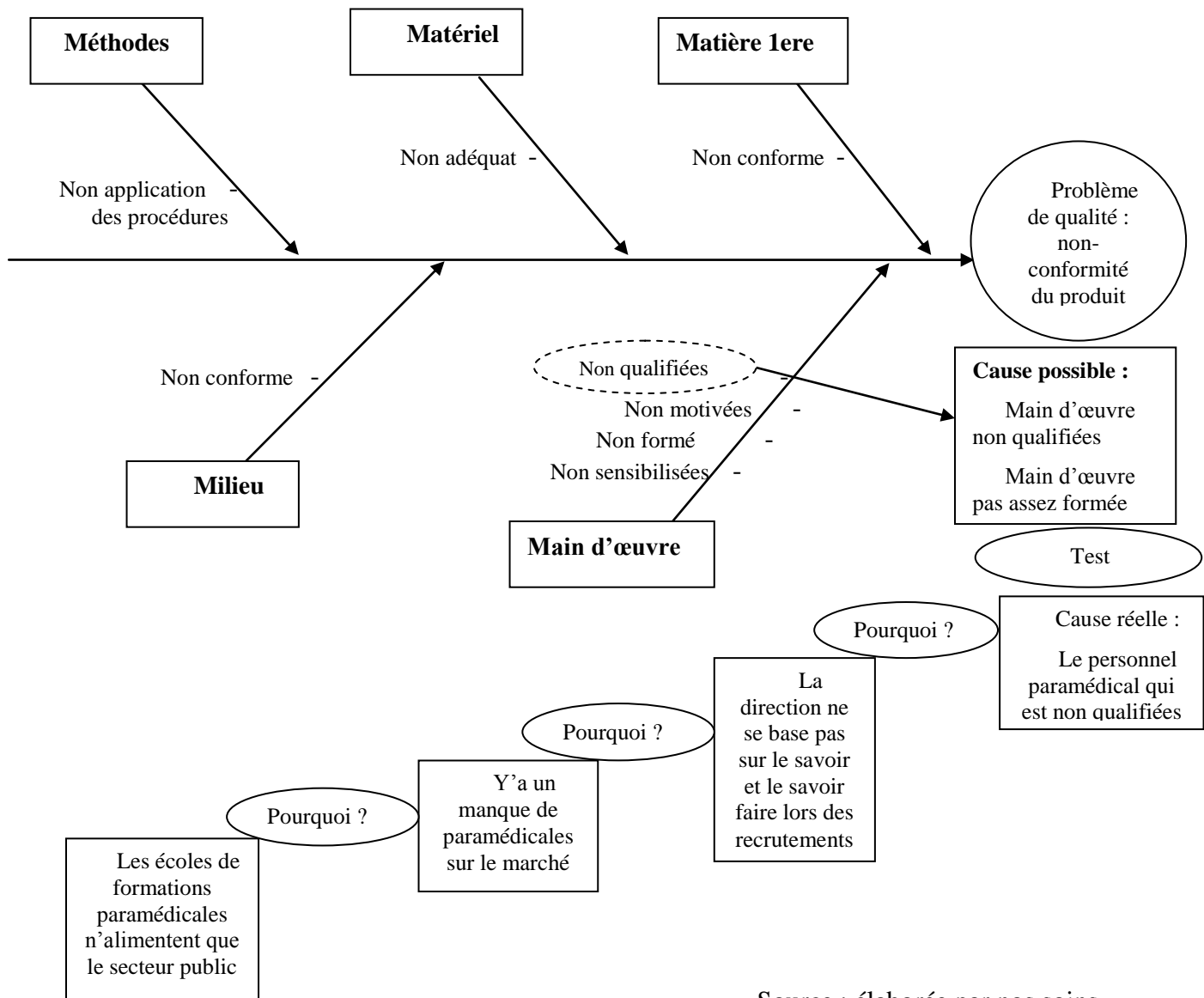
Tableau n°6 les causes de contamination possible durant une intervention cas d'une cœlioscopie

Les 5M	Les causes
Main d'œuvre	N'est pas assez formées Nos qualifiées Non motivées Non sensibilisées
Milieu	Non conforme
Matière première	Non conforme
Méthodes	Non appliquées
Matériel	Non adéquat

Source : élaborée par nos soins

On va identifier qu'elle est l'origine du problème de contamination au niveau du bloc opératoire par la détermination des causes possibles et des causes réelle pour arrivé enfin a la cause racine.

Figure n°04: le classement des causes d'une contamination durant une intervention en 5 familles



Source : élaborée par nos soins

Les 5M nous a permis de classer les causes probables de contamination durant l'étape d'une intervention chirurgicale.

Une cause possible a été testée, on a constatée que la cause réelle est bien le personnel paramédical non qualifié. L'utilisation des 3pourquoi nous à permis de remonter à la cause racine qui est au niveau des écoles paramédical qui ne forment pas assez de main d'œuvre pour le secteur de la santé.

Les solutions à mettre en œuvre se situent donc au niveau de la formation qui doit être un des critères de sélection lors des entretiens ainsi que la motivation du personnel afin d'éviter qu'il y'ai le turn over, et l'idéal serait de crée une école de formation paramédical propre a la clinique AL AZHAR.

Après identification des causes de contamination possible durant les étapes de soins le plan de lutte contre les infections nosocomiales ce fera par la mise en place de ces actions :

- L'hygiène hospitalière.
- L'implication des responsables.

- La motivation du personnel.
- La formation initiale et professionnelle, le savoir faire et l'expérience de l'équipe soignante, sinon une formation.
- La communication en interne.
- La gestion de l'environnement de travail.
- Enfin la conscience professionnelle.

Afin d'assurer un degré de conformité des soins et une amélioration continue de la qualité de prise en charge des malades.

2. Les procédures et instructions mis en place relatives à la lutte contre les infections nosocomiales

Les procédures représentent un outil important pour le responsable qualité car elles permettent d'assurer la conformité du produit « la qualité des soins et la sécurité du patient »⁶.

Les procédures sont souvent complétées par des instructions qui détaillent la façon de réaliser une des tâches décrites dans la procédure⁷.

La responsable qualité a mis en place les 6 procédures obligatoires axées sur le fonctionnement du système qualité : procédure de gestion documentaire, procédure de gestion des enregistrements, procédure de traitement du produit non conforme, procédure d'audit qualité interne, procédure des actions correctives et actions préventives, en plus d'autres procédures afin d'assurer une prévention du risque de contamination d'une infection nosocomiale au sein de la clinique.

Les procédures qui vont être citées ci-dessous ne sont pas les seules qui ont été rédigées.

2.1 Procédure relative à la gestion des Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux:

En manipulant certains déchets d'activité de soins comme poche de sang, compresses et champs opératoires souillées, gants usagés...etc. le personnel soignant et les agents d'entretien sont exposés à des risques infectieux.

Cette procédure a été rédigée et vérifiée par la responsable qualité puis approuvée par la directrice, elle a pour objet de prévenir le risque de contamination, la prise en charge et l'élimination de ces déchets à risque qui demandent une logistique et une organisation rigoureuses, elle détermine :

- Le responsable de chaque action.
- Les actions.
- Les moyens ou méthodes utilisés.

Le tableau ci-dessous va nous identifier Le responsable de chaque action avec les actions et méthodes utilisées :

⁶ Florence GILLET-GOINARD, Bernard SEON, 2009, p 62, la boîte à outil du responsable qualité, édition DUNOD, Paris

⁷ Florence GILLET-GOINARD, Bernard SEON, p 65, ibid.

Tableau n°7 : Procédure de gestion des DASRI

Responsable	Actions	Moyens/Méthodes
Responsable logistique	Doter les agents d'entretiens de moyens et produits nécessaires	Planning des agents d'entretien
Surveillants médicaux	Veiller au respect des consignes d'hygiène et de sécurité	Selon le guide relatif à l'entretien des locaux de soins
	Vérifier les objets tranchants sont dans des supports résistants et fermés et mis dans les sacs jaunes Vérifier que les déchets toxiques sont mis dans les sacs rouges, les pièces anatomiques dans les sacs verts et les DASRI contenant des liquides dans des contenants jaunes, rigides et hermétiques.	Selon l'instruction circuit des déchets
	Identifie les sacs avec le nom du service et la date.	Dans l'aire de stockage
Manutentionnaire	Nettoie les lieux. Vérifie l'hygiène des lieux. Veille à ce que les sacs soient stockés à l'emplacement prévu.	Selon l'instruction de nettoyage des bennes et des locaux de déchets.
Prestataire	Enlèvement des sacs de DASRI	Selon la convention de traitement des DASRI. Bon d'enlèvement Bordereau de suivi de l'élimination des DASRI.

Source : document interne à la clinique

2.2 Procédure relative au bloc opératoire

Le bloc opératoire est un lieu parfois effrayant, le chirurgien n'opère jamais seul c'est un véritable travail d'équipe de la programmation du malade jusqu'à la réalisation de l'acte opératoire durant toute cette chaîne il peut y'avoir un risque de contamination pour le malade c'est pourquoi une procédure relative au bloc opératoire fut rédigé.

Cette procédure a été révisée deux fois, la rédaction de la nouvelle version c'est faite par un médecin réanimateur pour être vérifié par le directeur médical ensuite approuvée par la directrice générale adjointe de la clinique.

Elle a pour objet la prise en charge des malades au bloc opératoire et déterminer :

- Les activités de chacun
- Les actions de chaque activité
- Les moyens et méthodes mis à disposition pour les réaliser.

Le tableau ci-dessous va nous identifier Le responsable de chaque action avec les actions et méthodes utilisées.

Tableau n°8: Procédure relative au bloc opératoire

Responsable	Actions	Moyens/ Méthodes
Chef de bloc et le chirurgien	Programmation du malade	Selon le programme opératoire
Agent technicien de la santé de l'hospitalisation	Transfert du malade du service d'hospitalisation vers le bloc	Selon le registre de mouvement des patients Le dossier médical du malade
Agent technicien de la santé de la salle de réveil	Réceptionne le malade et le transfert sur le chariot du bloc	
Infirmier du bloc opératoire	Vérification si la préparation cutanée et conforme	Selon l'instruction préparation cutanée du site opératoire
Chef du bloc opératoire	Enregistre le malade et vérifie le dossier médical	Selon le registre mouvements des malades Registre protocole opératoire Examen biologique et radiologique
Infirmier anesthésiste ATS	Prépare le malade à l'acte opératoire Transfère le malade en salle opératoire et l'installe	Selon le registre mouvements des malades Selon la fiche d'ouverture de la salle opératoire de chirurgie
Chirurgien	Réalise l'acte opératoire	
Infirmier anesthésiste ATS	Transfert le malade a la salle de réveil	
Médecin anesthésiste	Surveille le malade jusqu'à son réveil	
Agent technicien de la santé de l'hospitalisation	Transfert le malade au service d'hospitalisation	Avec son dossier médical

Source : document interne à la clinique

2.3 Procédure de prescription de l'antibioprophylaxie

L'infection est un risque pour toute intervention, en chirurgie l'on retrouve des bactéries qui trouvent dans la plaie opératoire un milieu favorable pour y vivre et se multiplier, l'objectif de l'antibioprophylaxie est de s'opposer à la propagation des bactéries afin de diminuer le risque d'infection .le principe de prescription est une stratégie préventive qui

s'adresse à une cible de bactérie définie, c'est pourquoi une procédure de prescription a été rédigée.

Le tableau ci-dessous va nous identifier les activités qui existent durant une prescription de cet antibiotique.

Tableau n°9 : Procédure de prescription de l'antibioprophylaxie

Responsable	Actions	Moyens/Méthodes
Médecin anesthésiste-réanimateur Le chirurgien	Pour une chirurgie propre décider de la prescription d'une antibioprophyllaxie Pour une chirurgie sale décider de la prescription selon la gravité de la bactérie existante	A partir des prélèvement bactériologique Selon la prescription médicale
	Prescrire la molécule en suivant le protocole de l'antibioprophylaxie	A partir de la fiche de température du malade
	Un éventuel réajustement de l'antibiotique pour avoir lieu si le résultat de l'antibiogramme et positif	ordonnance

Source : document interne à la clinique

Le protocole de l'antibioprophylaxie décrit :

- pour chaque spécialité médicale l'antibiotique à prescrire
- le dosage pour chaque antibiotique
- la durée de prescription
- les effets secondaires qui peuvent y'avoir lieu.

L'utilisation judicieuse des antibiotiques en prophylaxie entrainera une diminution du nombre d'infections postopératoires. Néanmoins l'utilisation prophylactique irrationnelle et excessive d'antibiotiques provoque la formation d'une résistance des bactéries à ces derniers.

2.4 Instruction de stérilisation générale

Cette instruction décrit les procédés de désinfection et de stérilisation de toute instrumentation (en inox et latex) ainsi que linge (champs, camisoles...) qui nécessite une stérilisation, elle est applicable par le responsable du bloc opératoire.

2.5 Instruction préparation cutanée du site opératoire

Dans la chaîne de prévention de l'infection du site opératoire, cette complication est la plus fréquente dans les interventions chirurgicales, l'utilisation de l'antibioprophylaxie et la bonne préparation du champ est primordiale pour réduire le risque de l'infection du site opératoire.

Cette instruction a été rédigée par la responsable de management de la qualité puis vérifiée par le directeur médical pour être approuvée par le directeur général, elle est applicable par le

chefs de blocs et le surveillant médical du service d'hospitalisation, elle a pour objet la préparation optimale de l'opéré par l'information et la sensibilisation qui jouent un rôle majeure de prévention, ce document est une stratégie globale de bonnes pratiques afin d'offrir une prise en charge de qualité pour l'opéré.

Il est à signaler que j'ai assisté à l'étape de l'acte chirurgical par cœlioscopie établis par le chirurgien interne Dr MEBAREK Heykel et le chirurgien interne Dr TOUMI Hind. J'ai remarqué que l'application de la procédure relative au bloc opératoire ainsi que la procédure de prescription de l'antibioprophylaxie et même l'instruction de préparation cutanée du site opératoire ont été appliquées systématiquement par les deux chirurgiens chose qui est très importante pour la sécurité du patient et la conformité du produit.

Après avoir déterminé le problème et classer les causes de contamination en 5 familles grâce aux outils de la qualité et être arrivé aux causes racines de l'infection nosocomiale, nous allons tenter de proposer des solutions dans le chapitre suivant grâce à la mise en place de comité de lutte contre les infections nosocomiales et comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance.

Chapitre III

Les recommandations pour la lutte contre les infections nosocomiales

La mise en place de comité de lutte contre les infections nosocomiales et de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance et la meilleure façon d'impliquer et responsabiliser le personnel médical, paramédical et même le personnel administratif en cas d'incident dans le milieu de soin.

1. La mise en place du comité de lutte contre les infections nosocomiales

La mise en place du comité de lutte contre les infections nosocomiales c'est fait à partir d'un plan d'action qualité complété par une fiche d'action qui clarifie les objectifs attendus et la façon de les atteindre, il vise une démarche d'amélioration permanente⁸.

Le plan d'action a été rédigé par la responsable de management de la qualité et approuvé par la directrice de la clinique AL AZHAR.

Les étapes de mise en place du comité ont été comme suit :

- La rédaction du règlement intérieur du CLIN conformément à la réglementation du ministre de la santé et la population qui a été approuvé par l'ensemble des membres du CLIN.
- La rédaction des procédures qui décrivent les règles d'organisation définies au sein de la clinique AL AZHAR formalisant de façon simple le « qui fait quoi »⁹.
- La distribution des invitations à l'ensemble des membres du CLIN avec l'ordre du jour signé par la directrice de la clinique AL AZHAR.
- L'ordre du jour contenait : la désignation du président du CLIN, la validation du projet règlement intérieur du CLIN, la validation des procédures de bonnes pratiques de soins, le choix des désinfectants et la proposition d'actions d'amélioration.
- Le jour de la réunion un état des lieux a été présenté par la responsable de management de la qualité.
- Une séance de brainstorming a eu lieu avec l'ensemble des membres du comité sur les causes probables des infections nosocomiales et les solutions possibles à ce problème.
- Les procédures ont été validées et pour certaines améliorées après débat par l'ensemble des membres du CLIN
- Des propositions ont été faites par les membres du CLIN en ce qui concerne :
 - Le concept d'hygiène et de gestion des déchets qui est appliqué pour la planification des nettoyages, de la désinfection, dans le cas échéant de la stérilisation, il assurera la prévention du risque infectieux
 - Le concept relatif aux risques et à la sécurité du patient.
 - La compétence, la sensibilisation et la formation du personnel afin d'assurer la conformité relative aux exigences du patient.
 - La restauration (les prestations et l'équipe de restauration).

Le tableau ci-dessous résume les propositions qui ont été faites par les membres du comité :

⁸ Florence GILLET-GOINARD, Bernard SEON, 2009, p 47, la boîte à outil du responsable qualité, édition DUNOD, Paris

⁹ Florence GILLET-GOINARD, Bernard SEON, p 60.

Tableau n°10 : Les propositions des membres du CLIN

Le domaine d'application	Les propositions
Le concept d'hygiène et de gestion des déchets	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revoir les circuits du linge sal et du linge propre qui sont non distinct ▪ Mettre en place des containers fermés pour tout ce qui est DASRI. ▪ Utiliser des chariots fermés pour le linge propre. ▪ Nettoyer et désinfecter l'ascenseur après le passage des sacs DASRI. ▪ Faire respecter les horaires de descente des DASRI ▪ Faire en sorte qu'il n'y est pas de croisement entre le patient et les DASRI ▪ Choix des désinfectants pour l'hygiène des mains ▪ Choix des désinfectants de surface ▪ Choix des désinfectants pour les services a haut risque ▪ Choix des désinfectants pour les dispositifs médicaux ▪ Renouvellement du matériel d'hygiène hospitalière
Le concept relatif aux risques et à la sécurité du patient	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exiger un bilan complet lors de l'hospitalisation du patient (bilan sérologie, groupage, bilan rénale, glycémie, formule sanguine, le CRP) ▪ Faire systématiquement la toilette du malade ▪ L'achat de nouveaux aérosépte et la réparation des autres ▪ L'élimination du formol
La compétence, sensibilisation et formation du personnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation de formation sur l'hygiène alimentaire ▪ Organisation de formation sur l'hygiène du linge ▪ Détermination de la grille d'évaluation pour le personnel paramédical ▪ Détermination des critères de recrutement du personnel paramédical ▪ Détermination du responsable qui pourra évaluer le personnel paramédical ▪ Choix d'une école de formation pour une mise à niveau du personnel paramédical ▪ Recrutement d'un responsable d'hygiène hospitalière ▪ Formation des agents d'entretien par le responsable d'hygiène hospitalière ▪ Recrutement d'un cuisiner qualifié
La restauration	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revoir le régime alimentaire des patients

Source : élaborée par nos soins

La désignation du Dr **Mohamed REDJDAL**, médecin anesthésiste et réanimateur comme président du CLIN, après vote a l'unanimité.

1.1 La composition du CLIN

La composition du CLIN est définie conformément à l'arrêté N°64/MSP de la 17/11/1998 portant création d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales au niveau des établissements de santé.

La liste nominative des membres du CLIN est arrêtée par la Directrice de l'établissement sur la base de la formation initiale et professionnelle, du savoir-faire et de l'expérience. Le tableau ci-dessous représente l'ensemble des membres du CLIN et leur fonction

Tableau n°11 : les membres du CLIN

Les membres	Fonction
Mme Valérie MAURY	Directrice de l'établissement
Dr Nabil BOUAFIA	Directeur médical
Dr Rédouane GHALEM	Responsable de la pharmacie
Dr Dalila OUSSELMAM	Responsable du laboratoire médical
Dr Mohamed REDJDAL	Responsable des spécialités médicales, médecin réanimateur/anesthésiste
Dr Fouzi BENSACI	Représentant des spécialités chirurgicales
Dr Nabil BOUAFIA	Représentant des explorations
Mme Nadira AZZEF	Coordinatrice paramédical du bloc
Mr Toufik DJIBARNI	Coordinateur paramédical de la réanimation
Mr Abderahim KAGHAT	Coordinateur paramédical de l'hospitalisation
Mme Yasmine OUARED	Responsable de management de la qualité
Mr. Nour-Eddine ALIMOUSSA	Responsable chargé des infrastructures et des équipements
Mr. Salah BENAÏSSA	Ingénieur biomédical et de maintenance
Mme. Nezha BOURAHLA	Responsable suivi des travaux BTPH et aménagements
Mr. Allal BOUBAKER	Responsable de la logistique

Source : élaborée par nos soins

Le comité peut faire appel en cas de besoin à toutes personnes susceptibles de l'assister dans ses tâches et cela après propositions par les membres du CLIN.

Le CLIN doit se réunir obligatoirement une fois tous les trois mois.

1.2 La mission du CLIN :

En matière de prévention, les actions du CLIN sont mises en évidence dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°12: La mission du CLIN

La mission du CLIN	Les actions
<p>L'hygiène hospitalière</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'hygiène de base : lavage des mains, tenue vestimentaire. - La distribution des repas : le repas de midi soit servi à 12h et celui du soir pas avant 18h et que le patient dispose du temps nécessaire pour son repas. - L'hygiène des actes à haut risque d'infection : sondage urinaire, pose de cathéter. - L'entretien du petit matériel non stérilisable. - Le nettoyage des locaux et des surfaces. - La sécurité de l'environnement : eau, air, surfaces, linge, alimentation...etc.
<p>La surveillance des infections nosocomiales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de l'organisation du dispositif d'alerte et de gestion d'un phénomène épidémique. - La participation de l'un des membres du comité à des réseaux de surveillance animés : Hôpital de Bologhine, Hôpital de Mustapha Bacha (CHU)...etc., afin d'échanger leur expérience en ce qui concerne la gestion des risques infectieux.
<p>L'information et l'évaluation des actions réalisées</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il est destinataires des informations concernant les résultats des prélèvements réalisés sur l'environnement. - Il est destinataires des informations concernant les résultats du suivi des BMR. - Il est destinataire du bilan annuel du plan de formation en matière d'hygiène - Il fournit de façon régulière aux professionnels et au Comité Médical une information concernant les actions menées et leurs résultats par la diffusion des comptes-rendus des réunions. - Il a pour rôle d'évaluer les actions réalisées afin d'apprécier le degré de réalisation des objectifs du programme de lutte contre les infections nosocomiales et de proposer de nouveaux objectifs pour les années suivantes.

Source : élaborée par nos soins

Le Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales élabore un bilan standardisé des actions réalisées, ce bilan est adressé à la directrice.

1.3 Règles et fonctionnement du CLIN

- Le comité doit suivre et appliquer des règles pour son bon fonctionnement, la directrice et la seule à pouvoir arrêter les dates de réunion, fixer l'ordre du jour des réunions et envoyer les documents de travail pour les réunions.
- Le comité doit désigner un président qui assurera les fonctions de la directrice en son absence.

- Les documents sont rédigés conformément à la procédure du service Qualité de la gestion documentaire.
- Les documents sont validés en séance plénière, après visa du service Qualité, à la majorité des membres délibérants.
- Les convocations sont envoyées au plus tard 8 jours avant les réunions.
- Les membres du CLIN se doivent d'être ponctuels aux réunions.
- Chaque réunion fait l'objet d'une feuille de présence émergée.
- Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu rédigé par le président et la responsable management de la qualité, il sera transmis aux membres délibérants et membres présents.
- Les décisions du CLIN sont opposables par avis du Comité Médical de l'Etablissement.

Le Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales a pris effet Le : **09 -04- 2014** à partir de **13H 30** et **la séance fut levée à 17H30**.

Après un mois d'installation du Comité De Lutte Contre les Infections Nosocomiales, les procès verbaux ont été distribués qu'aux membres du comité et aux médecins responsables des services et non pas communiqué par un affichage aux niveaux du bloc, de la réanimation, l'imagerie, infirmerie, des services d'hospitalisation et aucune des décisions prises n'a été appliquées a ce jours.

2. La mise en place du Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH)

La mise en place du comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance c'est fait de la même manière que le Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales, c'est à dire à partir d'un plan d'action qualité complété par une fiche d'action qui clarifie les objectifs attendus et la façon de les atteindre, il vise une démarche d'amélioration permanente.

Le plan d'action à été rédigé par la responsable de management de la qualité et approuvé par la directrice de la clinique AL AZHAR.

Les étapes de mise en place du comité ont été comme suit :

- Rédaction du règlement intérieur du CSTH conformément à la réglementation du ministre de la sante et la population qui a été approuvé par l'ensemble des membres du CSTH.
- Rédaction des procédures relatives à la Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance au sein de la clinique AL AZHAR.
- La distribution des invitations a l'ensemble des membres du CSTH avec l'ordre du jour signé par la directrice de la clinique AL AZHAR.
- Une séance de remue ménage a eu lieu avec l'ensemble des membres du comité.
- L'ordre du jour contenait : La validation du projet règlement intérieur du CSTH, désignation du président du comité, validation de la procédure relative a la transfusion sanguine, validation de la fiche transfusion patient révisée, et la proposition d'action d'amélioration.
- Le jour de la réunion un état des lieux a été présenté par la responsable de management de la qualité.
- Les procédures ont été validés et pour certaines améliorer après débat par l'ensemble des membres du CSTH.

Des propositions ont été faites par les membres du CSTH concernant :

- La qualité du sang transfusé
- La disponibilité des poches de sang au sein de la clinique
- La conservation des poches de sang
- La sensibilisation du personnel soignant et la détermination des taches de chacun.
- La gestion documentaire et la traçabilité des documents
- L'hygiène et la gestion des déchets

Le tableau ci-dessous résume les propositions qui ont été faites par les membres du comité :

Tableau n°13: les propositions du CSTH

Le domaine d'application	Les propositions
La qualité du sang transfusé	<ul style="list-style-type: none"> - Afin d'éviter l'incompatibilité du sang transfusé demandé du sang phénotype complet pour les polies transfusés. - La demande de poche de sang doit être complétée avec la carte phénotype. - Demander un bilan qui Recherche les Anticorps Irréguliers pour les patients qui ont été transfusés au moins une fois.
La disponibilité des poches de sang	<ul style="list-style-type: none"> - Informer le patient préopératoire d'envoyer l'un des membres de leur famille au Centre de Transfusion Sanguine pour un dont de sang en cas de besoin d'une transfusion sanguine. - S'assurer de manière systématique de la disponibilité de poche de sang pour le patient hospitalisé. - Programmer les demandes de sang la veille de l'intervention et non pas le jour même. - Avertir le médecin réanimateur dans le cas de la disponibilité ou non des poches de sang - Indiquer sur le tableau d'hospitalisation du patient les besoins de poche de sang en utilisant des smiley en forme de petit cœur.
La conservation des poches de sang	<ul style="list-style-type: none"> - Etalonner la conservation réfrigérée au niveau du laboratoire médical. - Faire le suivie des températures des réfrigérateurs tout les 6H avec un thermomètre étalonner. - Respecter la chaine de froid de la commande du sang jusqu'à l'acte transfusionnel. - Conserver les Produits Sanguins Labiles (PSL) dans la banque de sang à une température de 4°.
La sensibilisation du personnel soignant et la détermination des taches	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer les taches exactes du surveillant médical. - Faire venir le camion du Centre de Transfusion Sanguin pour prélever les dont de sang du personnel. - Sensibiliser les biologistes - Seul le médecin est apte à prescrire une transfusion sanguine - Le surveillant médical doit vérifier la date de péremption du Produit Sanguin Labile. - Organiser une séance de travail avec le Centre de Transfusion Sanguin.
La gestion documentaire et la traçabilité des documents	<ul style="list-style-type: none"> - Rajouter les coordonnées du patient (le numéro de téléphone et un numéro de fax) sur la lettre de suivie sérologique.

	- Mettre une fiche de suivie des températures afin d'assurer la traçabilité.
L'hygiène et la gestion des déchets	<ul style="list-style-type: none"> - Interdire la conservation du sang dans les réfrigérateurs du service. - Le transfert des poches de sang vers les services, le bloc opératoire ou la réanimation se fera dans des petites glacières ou bien dans des poches isothermes - Si la poche de sang est périmée le contenu doit être jeté dans le vidoir et non pas directement à la poubelle - Si une poche de sang est jetée une traçabilité doit avoir lieu sur un registre dédié spécifiquement aux poches périmées. - Le nettoyage des glacières doit se faire systématiquement.

Source : élaborée par nos soins

Une fois les propositions faites et approuvées, il y a eu la désignation de Dr **Abdelkhalek MEKKI** médecin anesthésiste/réanimateur comme président du Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance.

2.1 Définition de l'hémovigilance

L'hémovigilance a pour objet l'ensemble des procédures de surveillance, d'évaluation et de prévention des incidents et effets indésirables survenus chez le donneur ou les receveurs de produits sanguins labiles (PSL).

Elle porte sur l'ensemble de la chaîne transfusionnelle, de la collecte des produits sanguins labiles jusqu'au suivi des receveurs.

L'hémovigilance comprend également le suivi épidémiologique des donneurs.

Le CTSH a été élaboré selon des exigences légales et réglementaires conformément aux instructions du ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière relatives :

- A la prévention des accidents avec expositions au sang au milieu de soins.
- A la prévention de la transmission de L'hépatite Virale B et C en milieu de soins.
- A la prévention de la filière d'élimination des déchets d'activités de soins

2.2 Les membres du Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH)

La liste nominative des membres du CSTH est arrêtée par la Directrice de l'établissement sur la base de la formation initiale et professionnelle, du savoir-faire et de l'expérience

Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance est composé des :

- Membres de droit, ils font parti de n'importe quel comité au sein de la clinique sauf pour le Comité Médical d'Etablissement.
- Membres qui ont été choisis par la directrice de la clinique et la responsable de management de la qualité.

Les membres du comité sont cités dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°14 : les membres du comité

Les membres de droit	Fonction	Les membres choisis par la direction	Fonction
Mme Valérie MAURY	Directrice de l'établissement	Dr Akram Abderrezak ZAMOUCI	Chirurgien en cardiologie
Dr Kamel IGUERTSIRA	Directeur du Comité Médical d'Etablissement	Dr Abdelkhalek MEKKI	Médecin anesthésiste et réanimateur
Dr Rédouane GHALEM	Responsable de la pharmacie	Dr Dalila OUSSELAM	Responsable du laboratoire médical
Dr Nabil BOUAFIA	Directeur médical	Mme Nadira AZZEF	Chef du bloc de la chirurgie cardiaque
Mme Yasmine OUARED	Responsable de Management de la Qualité	Mr Toufik DJEBARNI	Surveillant de la réanimation médical
		Mr Youcef DABOUZ	Manipulateur de la radiologie

Source : élaborée par nos soins

Le président du comité pourra faire intervenir une expertise à tout moment si cela est nécessaire.

- Le CSTH élabore un document annuel qui est le rapport d'activité rédigé par le président du CSTH et par la responsable de management de la qualité.

Le rapport annuel d'activité doit être remis au Comité Médical d'Etablissement (CME).

2.3 La mission du CSTH

Le comité détermine les actions permettant d'éliminer les causes de non-conformité potentielles en ce qui concerne la sécurité transfusionnelle et l'hémovigilance afin d'éviter qu'elles ne surviennent, il a pour mission de :

Tableau n°15 : la mission du CSTH

Les missions	Les actions à entreprendre
Proposer, concevoir et assurer l'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer toutes études et mesures nécessaires à l'amélioration de la sécurité transfusionnelle des patients hospitalisés au sein de l'établissement. - Concevoir toutes mesures destinées à remédier aux incidents transfusionnels qui puissent arriver au sein de la clinique. - S'assurer, de la mise en œuvre des règles de sécurité transfusionnelles et des procédures d'Hémovigilance. - D'essayer le suivi et l'évolution des besoins des patients en termes de quantité, qualité et sécurité des produits sanguins labiles.
Gestion documentaire	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer et réviser des procédures ayant trait à l'hémovigilance en ce qui concerne la traçabilité, la gestion documentaire et l'information des patients transfusés.
Formation et communication	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la collaboration et la communication avec les représentants des Centre Transfusion Sanguine. - Etre averti des incidents transfusionnels inattendus ou indésirables au sein de la clinique. - Mettre en place un programme de formation en sécurité transfusionnelle destinée aux personnes concernées : Infirmier, Agent technicien de la santé.

Source : élaborée par nos soins

2.4 .Règles et fonctionnement du Comité de Sécurité Transfusionnel d'Hémovigilance CSH

La direction doit déterminer les règles nécessaires pour assurer le bon fonctionnement du comité, parmi eux :

- Le CSHT doit se réunir obligatoirement une fois tous les trois mois.
- La présence des membres doit être validée par une feuille de présence émargée qui contient : la date, le thème de la réunion, le nom et prénom des membres du comité et la fonction de chacun d'entre eux.
- Si pour une raison quelconque, l'un des membres ne peut assister à une réunion du Comité, il est tenu d'en informer à l'avance le président.
- Les personnes participant, aux travaux du CSH sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison de toutes les pièces et documents dont ils ont la connaissance.
- Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu rédigé par le président du CSH et la responsable de management de la qualité et transmis aux membres délibérants, présents, à la directrice de la clinique et au Comité Médical de l'Etablissement.

Le comité a pris effet le **16-04-2014 à 14h30** et la séance fut levée vers **16h30**.

De même pour le comité CSTH Après un mois d'installation, les procès verbaux ont été distribués aux membres du comité et aux médecins responsables des services et non pas à l'ensemble du personnel médical.

L'information et la sensibilisation des biologistes du laboratoire médical, des médecins néphrologue et des chirurgiens cardiologue n'a pas eu lieu, élément important pour la sécurité transfusionnelle et l'hémovigilance.

CONCLUSION GENERALE

Dans un système de management de la qualité l'organisme doit démontrer son aptitude à fournir régulièrement des soins conformes aux exigences des patients, l'application d'action préventive par la mise en place de comité de lutte contre les infections nosocomiales et de comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance, permettra la gestion des risques de contamination d'une infection nosocomiale pour une amélioration continue du système et pour une assurance de la conformité du produit qui est la qualité des soins.

Dans le cadre d'un système préventive qui est dans notre cas le domaine de la santé, l'intérêt d'utiliser le diagramme de Pareto ainsi que le diagramme d'Ishikawa et de hiérarchiser les problèmes et les causes de contamination d'une infection nosocomiale.

La mise en place du comité de lutte contre les infections nosocomiales ainsi que le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance sont des actions préventives indispensables au sein de la clinique AL AZHAR.

Le risque zéro n'existant pas, contrôler les risques en les identifiant mieux et faire face à leurs conséquences sont les objectifs recherchés au niveau de la clinique.

Le risque étant omniprésent, l'établissement de santé se doit d'identifier les risques inhérents à ses activités, d'hiérarchiser ces risques, de les traiter et enfin d'évaluer si le plan d'action est pertinent ou non.

Une analyse de risque permettra aux comités d'accès leurs plans d'actions par apport aux risques évalués en fonction de la fréquence et la gravité, ce plan qui est élaborée par les comités sera plus pertinent et plus efficaces à partir de cette analyse.

Développer un outil comme le HACCP, par l'élimination ou la réduction à un niveau acceptable de tout danger pouvant être une cause de contamination durant l'hospitalisation du malade, serait une très bonne méthode de maîtrise de la sécurité sanitaire des denrées alimentaires dont l'objectif est en permanence la prévention.

Dans le futur la clinique AL AZHAR fasse parti du prochain programme PASS qui est un programme d'appui au secteur de la santé dont l'objectif est la mise en œuvre d'une stratégie sectorielle de modernisation afin de parvenir à une offre de services préventifs et curatifs équitables et de qualité. Serait un plus pour l'établissement de soins.

Ce programme d'amélioration des qualités des soins s'effectue à travers un système d'évaluation d'indicateurs à savoir la formation continue des médecins, l'hygiène hospitalière, la disponibilité des médicaments et du matériel ainsi que les délais de prise en charge.

Le PASS serait très bénéfiques pour la clinique AL AZHAR afin de maintenir son statut et sa notoriété.

BIBLIORAPHIE

Ouvrage :

- La boîte à outils du responsable qualité, Florence Gillet-Goinard, édition DUNOD, Paris, 2009
- Santé publique médecine légale médecine du travail, Kamel Malek, Jean-Cristophe Mino, Karine Lacombe, édition ESTEM, Paris, 1996
- Hygiène hospitalière, N Hygis, collection Azay, Lyon, 1998

Document internes de la clinique AL AZHAR

- Politique qualité
- Manuel qualité
- Plan d'action
- Fiche diffusion
- Procédure de gestion des DASRI
- Procédure relative au bloc opératoire
- Procédure de prescription de l'antibioprophylaxie
- Instruction de stérilisation générale
- Instruction préparation cutanée du site opératoire
- PV du CLIN
- PV du CSTH
- Fiche transfusion sanguine
- Règlement intérieur du CLIN
- Règlement intérieur du CSTH
- Fiche d'incident transfusionnelle
- Lettre de suivie sérologique
- Procédure relative à la délivrance des produits sanguins labiles
- Procédure relative à la commande et à la délivrance des produits sanguins labiles
- Registre traçabilité de la transfusion sanguine

Texte réglementaire

- ARRETE N°64/MSP DU 17/11/1998 PORTANT CREATION D'UNCOMITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES AU NIVEAU DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

- INSTRUCTION N°16 /MSP /MIN / CAB POUR LA PREVENTION, LUTTE ET ERADICATIONS DES INFECTIONS LIEES A LA PRATIQUE MEDICALE
- INSTRUCTION N° 06 DU 14 AVRIL 1997, PROTOCOLE D'HYGIENE HOSPITALIERE POUR LA PREVENTION DES MALADIES VIRALES DANS LES CENTRES D'HEMODIALYSE.
- LOI n° 01-19 DU 27 RAMADHAN 1422 CORRESPONDAN AU 12 décembre 2001 RELATIVE A LA GESTION, AU CONTROLE ET L'ELIMINATION DES DECHETS
- INSTRUCTION N° 138 MSPRH/DP/DU 06/06/2005 RELATIVE A LA PREVENTION DES ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG (AES) EN MILIEU DE SOINS

Les normes et référentiels :

- ISO 9001 : 2008, système de management de la qualité – Exigences, ISO 2008
- SPEQ 9001 : 2008, système de management de la qualité dans le domaine santé et social – Exigences et recommandations
- Avant projet EN 15224, système de management de la qualité exigences d'après ISO 9001 : 2008 , services de santé.

Site web :

- Le site web de la clinique AL AZHAR : <http://www.cliniquealazhar.com/>
- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_national_Tableau_bord_Infections_Nosocomiales_2012.pdf
- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/_SSP_2013_DP_conference_28-11-13.pdf
- http://ansm.sante.fr/searchengine/general_search?SearchText=d%C3%A9finition+d%27h%C3%A9moverveillance
- <http://www.sante.gouv.fr/les-indicateurs-du-tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales,12545.html>

GLOSSAIRE

<p>Infection féco-orale</p>	<p>C'est l'inflammation de la paroi de l'estomac et de l'intestin par un virus de la famille des rota virus.</p>
<p>BMR</p>	<p>Une bactérie multi résistante aux antibiotiques est une bactérie qui n'est plus sensible qu'à un très petit nombre d'antibiotiques. Toutes les bactéries peuvent développer une multi résistance, qu'elles soient impliquées dans les infections communautaires ou dans les infections nosocomiales.</p>
<p>Infection du site opératoire</p>	
<p>CRP</p>	<p>Comme bon marqueur biologique elle peut indiquer une infection, une maladie.</p>
<p>Bilan sérologie</p>	<p>La sérologie consiste à détecter et étudier les anticorps correspondant à une maladie spécifique présente dans le sérum, reflétant alors l'immunité de l'individu. L'étude de ces anticorps constitue des indications sur la présence d'un agent pathogène dans l'organisme. Ce sont des anticorps qui correspondent à des antigènes spécifiques. Les différentes sérologies sont VHB, VHC, VIH.</p>
<p>Formol</p>	<p>C'est un produit désinfectant dont une composition organique très toxique.</p>
<p>Aérosept</p>	<p>Il assure la désinfection des surfaces par voie aérienne.</p>
<p>Phénotype</p>	<p>C'est la recherche du groupe sanguin, elle peut être réalisée simplement dans le système ABO et Rhésus D ou peut être complétée dans d'autres systèmes.</p> <p>La détermination du phénotype est importante pour les sujets polytransfusés afin de transfuser que les produits sanguins ayant le même phénotype.</p>
<p>CRP</p>	<p>Il détecte tout type d'infection, la prescription ne se fait pas systématiquement pour tout les patients juste pour les enfants moins de 16.</p>

<p style="text-align: center;">RAI</p>	<p>Recherche d'Anticorps Irrégulier qui peuvent provoquer lors de la transfusion une inefficacité de la transfusion du a la destruction des globules rouges pouvant avoir des conséquences cliniques grave c'est-à-dire choc transfusionnel.</p>
<p style="text-align: center;">Le suivi épidémiologique</p>	<p>Le suivi épidémiologique concerne les infections dépistées dans les dons de sang, à savoir le VIH, VHC, VHB.</p>
<p style="text-align: center;">PSL</p>	<p>Les produits sanguins labiles sont des produits issus du sang d'un donneur, destinés à être transfusés à un patient, il s'agit notamment du sang total, du plasma et des cellules sanguines d'origine humaine.</p>



ANNEXE II

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POULATION
ARRETE N°64/MSP DU 17/11/1998 PORTANT CREATION D'UNCOMITE DE
LUTTE CONTRES INFECTIONS NOSOCOMIALES AU NIVEAU DES
ETABLISSEMENTS DE SANTE

Le Ministre de la Santé et de la Population,

Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé
modifiée et complétée ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 27 janvier 1997 fixant les attributions du ministre de la
santé et de la population ;

Vu l'arrêté n°12 du 28 Mars 1998 portant création du comité national d'hygiène
hospitalière.

ARRETE :

Article 1 : Il est créé auprès de chaque établissement de santé CHU – SS – EHS Un
comité ci-après dénommé le comité de lutte contre les infections nosocomiales.

Article 2 : Le comité est un organe consultatif est chargé :

- D'identifier, de surveiller les infections nosocomiales et d'en déterminer la prévalence.
- D'élaborer de proposer un programme de lutte contre les infections nosocomiales et un
programme de formation.
- D'évaluer les résultats les actions entreprises et d'en faire rapport au chef de
l'établissement.

Article 3 : Le comité est présidé par le chef de l'établissement comprend :

- Le président du conseil scientifique ou le président du conseil médical
- Le chef de service d'épidémiologie et de médecine préventive
- Le responsable chargé de la pharmacie de l'établissement
- Un praticien représentant le laboratoire d'analyses médicales
- Un praticien représentant les spécialités médicales un praticien représentant les
spécialités chirurgicales un
praticien représentant les explorations un praticien représentant la chirurgie dentaire et son
désignés par le
conseil scientifique ou le conseil médical.
- Un coordinateur des activités paramédicales désigné par le chef de l'établissement
- Le responsable chargé des infrastructures et des équipements
- L'ingénieur biomédical et de maintenance et l'architecte quand ils existent

Article 4 : Le comité peut faire appel en cas de besoin a toutes personnes susceptibles de
l'assister dans ses tâches

Article 5 : Le comité se réunit obligatoirement une fois par mois

Article 6 : Messieurs les directeurs de la santé et de la population et les directeurs des
établissements publics de santé sont

chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution de cet arrêté qui sera publié au
Bulletin Officiel du ministère de la santé et de
la population.

Le Ministre de la Santé et de la Population

SIGNE Y.GUIDOUM

ANNEXE III

**LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION
DIRECTION DES SERVICES DE SANTE
N° 06 /MSP/ DSS**

INSTRUCTION N° 06 DU 14 AVRIL 1997

**Objet : PROTOCOLE D'HYGIENE HOSPITALIERE POUR LA PREVENTION
DES MALADIES VIRALES DANS LES CENTRES**

D'HEMODIALYSE.

(Hépatite B, C et HIV)

Dest : MRS LES DG DES CHU (TOUS)

MRS LES DIRECTEURS DES EHS (TOUS)

MRS LES DSPS (TOUS)

A l'effet de renforcer la protection du patient et du personnel soignant de toute contamination par les maladies virales (dues a

HBV, HCV et HIV) dans les centres d'Hémodialyse, j'ai l'honneur de vous communiquer en annexe un protocole d'hygiène hospitalière pour la prévention des maladies virales dans les centres d'hémodialyses.

Je vous demande de prendre toute disposition à l'effet- de faire respecter scrupuleusement les règles préventives contenues dans ce protocole.

J'attache beaucoup d'importance à la stricte application de cette instruction

LE DIRECTEUR DES SERVICES DE SANTE

Docteur A. CHAK

**PROTOCOLE D'HYGIENE HOSPITALIERE POUR LA PREVENTION DES
MALADIES VIRALES DANS LES CENTRES**

D'HEMODIALYSES (Hépatites B, C, V).

Les règles préventives suivantes doivent être impérativement respectées, dans le but de prévenir la transmission de maladies

virales (dues à HBV, HCV, HIV), dans les centres d'hémodialyses et de protéger le personnel soignant et le patient de toute contamination.

Ces mesures d'hygiène concernent :

1/ Les malades 2/ Le personnel soignant 3/ Les soins 4/ Les locaux.

1/ Mesures d'hygiène pour les malades :

1-1/ Entreprendre une vaccination contre l'hépatite B chez les malades mis sur programme d'hémodialyse (Voir annexe 1).

1-2/ Effectuer, si possible un prélèvement en vue d'examens sérologiques chez tout nouveau malade, et chez les anciens hémodialysés (sérologies HBV, HCV, HIV) (Voir annexe 2).

1-3/ Insister auprès du malade afin qu'il signale tout acte médical, chirurgical, transfusion sanguine, et hémodérivés, ou des soins dentaires qu'il a subi récemment.

1-4/ S'assurer de l'hygiène corporelle correcte du malade. Exiger au minimum la toilette des deux membres supérieurs, au savon blanc avant le branchement.

2/ Mesures d'hygiène pour le personnel soignant :

2-1/ La vaccination anti-HBV complète set obligatoire pour tout les personnels de l'unité d'hémodialyse.

2-2/ Des examens sérologiques (HBV, HIV) sont recommandés tous les trois mois à six mois.

2-3/ Le lavage des mains, au savon blanc ou avec un savon antiseptique, doit être obligatoire : avant et après chaque manipulation et surtout avant et après chaque branchement.

2-4/ Des petits pansements de protection sont recommandés au personnel pour toute excoriation ou lésion cutanée des mains en particulier.

2-5/ L'usage de gants est impératif pour le personnel :

Pour le branchement et le débranchement du malade.

Lors de toute manipulation en cours de séance de dialyse.

2-6/ Le port d'un masque de protection et de lunettes est recommandé lors du branchement, du débranchement ou de tout autre manipulation sanglante

3/ Mesures d'hygiène relative aux soins.

3-1/ Pour le branchement après lavage soigneux et lavage des mains de l'infirmier désinfection de la peau du malade à l'aide d'un antiseptique type alcool chirurgical 70° ou polyvidone iodée.

3-2/ L'utilisation seringue individuelle à usage unique est impérative pour l'injection d'héparine ou tout autre produit au cours de la séance.

3-3/ Il est formellement interdit de recapuchonner les aiguilles utilisés.

3-4/ Il est recommandé de désinfecter à l'eau de javel à 12° les parois extérieurs des tubes s'il y'a souillure lors d'un prélèvement.

4/ Hygiène du matériel :

4-1/ Les aiguilles utilisées souillées ainsi que le matériel coupant souillé doivent être collecté, au fur et à mesure dans un récipient

(par exemple, un bidon de dialyse), rigide et profond, bien fermé, qui sera destiné à l'incinérateur.

4-2/ L'ensemble du circuit sanguin extra-corporel (dialyseur complet) doit être collecté, à la fin de la séance, dans un double sac,

bien fermé, de même couleur que les autres sacs de déchets contaminés du service. Ils seront impérativement destinés à l'incinérateur.

4-3/ Lorsque la sérologie du malade est connue positive il convient de redoubler de vigilance en renforçant toutes les mesures d'hygiène sus-citées et éventuellement effectuer le branchement sur des postes réservés.

4-4/ La désinfection chimique du générateur de dialyse est impérative après chaque séance : utiliser pour cela de l'eau à 12° diluée au 1/10. (Voir annexe 3).

4-5/ Le matériel réutilisable du bloc opératoire et des salles du service tel haricot , bassin urinal, doit être soigneusement lavé avec un détergent puis rincé à l'eau et ensuite décontaminé à l'aide d'eau de javel à 12°. Une stérilisation devra obligatoirement intervenir par la suite pour le matériel chirurgical notamment.

4-6/ Les surfaces externes du générateur de dialyse doivent être nettoyées et désinfectées à l'eau de javel après chaque dialyse, sans oublier les touches de mise en route et de réglage.

5/ Hygiène de l'environnement du malade et des locaux d'hémodialyse :

5-1/ Les salles d'hémodialyse doivent être spacieuse (6metres carrés/malades pour éviter le surpeuplement) et bien ventilées.

5-2/ Le sol doit être nettoyé régulièrement et désinfecté à l'eau de javel une fois par jour.

5-3/ Les murs des salles d'hémodialyse doivent être faïencés pour permettre un nettoyage régulier et une désinfection à l'eau de javel.

L'existence d'un lavabo dans chaque salle est fortement recommandée ainsi qu'une douche au niveau de l'unité.

5-4/ Les alèses, les draps, les montants de lits, doivent être nettoyés et désinfectés régulièrement à l'eau de javel à 12°.

ANNEXE IV

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

N° 398/MSP/MIN/SP 12 Septembre 1995

Monsieur le Ministre

A

Messieurs les D.S.P.S

OBJET/ :

L'étendue de la couverture sanitaire fait que des quantités importantes de déchets chimiques, toxiques, biologiques et anatomiques sont générées quotidiennement par les établissements hospitaliers et malheureusement éliminés dans des conditions ne garantissant pas les normes d'hygiène publique.

Il est grand temps de mettre un terme à cette situation souvent préjudiciable à la santé de la population et à la sécurité de l'environnement et ce, par une collecte rationnelle de déchets et leur incinération dans les établissements dotés d'incinérateurs et / ou stockage (produits toxiques) dans des conditions garantissant leur innocuité.

Aussi, la présente circulaire a pour objet de donner quelques recommandations, pour le stockage, le ramassage et l'élimination de ces déchets afin de protéger le personnel, et l'environnement des risques dus à ces déchets.

Les déchets hospitaliers peuvent être classés en cinq (5) catégories :

- Les déchets ménagers
- Les déchets encombrants
- Les déchets piquants, coupants
- Les déchets contaminés ou septiques
- Les déchets toxiques et dangereux.

- **Les déchets ménagers** : Ce sont les restes de repas, déchets de cuisine. Ceux-ci doivent être collectés, mis dans des sacs en plastique et évacués en décharge publique.

- **Les déchets encombrants** : ce sont tous les objets encombrants réformés. Les évacuer rapidement de l'hôpital.

- **Les déchets piquants ou coupants** : ce sont les aiguilles, les bistouris ; Ceux-ci doivent être collectés dans des récipients remplis partiellement de javel 12°.

- **Les déchets contaminés ou septiques** : ce sont les pièces anatomiques prélevées au bloc opératoire, les pansements souillés, les sacs à urines, les sondes, les circulaires de dialyses..... ; déchets de malades infectés, les milieux de laboratoire.

Ces déchets doivent être incinérés ou au moins autoclavés.

- **Les déchets toxiques ou dangereux** :

Les médicaments périmés : doivent être renvoyés à la pharmacie de l'hôpital qui se chargera de leur élimination.

Les déchets radio-actifs : doivent être pris en charge selon le circuit réglementaire spécial.

Je ne saurais trop insister sur l'importance à accorder à l'application rigoureuse des prescriptions de la présente instruction.

Je vous demande de prendre toutes les dispositions nécessaires à l'effet de les faire respecter et me tenir informé des difficultés

que l'application de cette instruction pourrait soulever.

Le Ministre de la Santé et de la Population

SIGNE PR. Yahia GUIDOU.

**Loi n° 01-19 du 27 Ramadha422 correspondant au
12 décembre 2001 relative**

Le Président de la République,

Vu la Constitution, notamment ses articles 122 et 126 ;

Vu le décret présidentiel n° 98-158 du 19 Mouharam 1419 correspondant au 16 Mai 1998 portant adhésion , avec réserve , de la République algérienne démocratique et populaire, à la convention de bale sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur éliminations;

Vu l'ordonnance n° 66-03 du 26 mars 1966 relative aux zones et aux sites touristiques ;

Vu l'ordonnance n° 66-154 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure civile ;

Vu l'ordonnance n° 66-155 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure pénale;

Vu l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal ;

Vu l'ordonnance n° 76-80 du 23 octobre 1976, modifiée et complétée, portant code maritime ;

Vu la loi n° 83-03 du 5 février 1983 relative à la protection de l'environnement ;

Vu la loi n° 83-17 du 16 juillet 1983, modifiée et complétée, portant code des eaux ;

Vu la loi n° 84-12 du 23 juillet 1984, modifiée et complétée, portant régime général des forêts ;

Vu la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984, modifiée et complétée, relative aux lois de finances ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 87-05 du 27 janvier 1987 relative à l'aménagement du territoire ;

Vu la loi n° 87-17 du 1er août 1987 relative à la protection phytosanitaire ;

Vu la loi n° 88-08 du 26 janvier 1988 relative aux activités de médecine vétérinaire et à la protection de la santé animale ;

Vu la loi n°89-02 du 7 février 1989 relative aux règles générales de protection du consommateur ;

Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990 relative à la commune ;

Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990 relative à la wilaya ;

Vu la loi n° 90-29 du 1er décembre 1990 relative à l'aménagement et l'urbanisme ;

Vu la loi n° 98-04 du 20 Safar 1419 correspondant au 15 juillet 1998 relative à la protection du patrimoine culturel ;

Vu la loi n° 01-13 du 17 Joumada El Oula 1422 correspondant au 7 août 2001 portant orientation et organisation des transports ;

Après adoption par le parlement :

Promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

Chapitre I

OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

Article 1er : La présente loi a pour objet de fixer les modalités de gestion de contrôle et de traitement des déchets ;

Article 2 : La gestion, le contrôle et l'élimination des déchets reposent sur les principes suivants :

- la prévention et la réduction de la production et de la nocivité des déchets à la source ;
- l'organisation du tri, de la collecte, du transport et du traitement des déchets ;

- la valorisation des déchets par leur réemploi, leur recyclage ou toute autre action visant à obtenir, à partir de ces déchets, des matériaux réutilisables ou de l'énergie ;
- le traitement écologiquement rationnel des déchets ;
- l'information et la sensibilisation des citoyens sur les risques présentés par les déchets et leur impact sur la santé et l'environnement, ainsi que les mesures prises pour prévenir ou composer ces risques

Article 3 : Au sens de la présente loi on entend par :

Déchets : Tout résidu d'un processus de production, de transformation ou d'utilisation, et plus généralement toute substance, ou produit et tout bien meuble dont le propriétaire ou le détenteur se défait, projette de se défaire, ou dont l'obligation de se défaire ou de l'éliminer.

Générateur de déchets : toute personne physique ou morale dont l'activité génère des déchets

Détenteur des déchets : toute personne physique ou morale qui tient des déchets

Gestion des déchets : toute opération relative à la collecte au tri au transport au stockage à la valorisation et à l'élimination des déchets y compris le contrôle de ces opérations

Collecte des déchets : le ramassage et/ou le regroupement des déchets en vue de leur transfert vers un lieu de traitement

Tri des déchets : toutes les opérations de séparation des déchets selon leur nature en vue de leur traitement

Traitement écologiquement rationnel des déchets : Toute mesure pratique permettant d'assurer que les déchets sont valorisés stockés et éliminés d'une manière garantissant la protection de la santé publique et/ou de l'environnement contre les effets nuisibles que peuvent avoir ces déchets.

Valorisation des déchets : toutes les opérations de réutilisation de recyclage ou de compostage des déchets

Élimination des déchets : toutes les opérations de traitement thermique physico-chimique et biologique de mise en décharge d'enfouissement d'immersion et de stockage des déchets ainsi que toutes autres opérations ne débouchant pas sur une possibilité de valorisation ou autre utilisation de déchet

Immersion des déchets : tout rejet de déchets dans le milieu aquatique

Enfouissement des déchets : tout stockage des déchets en sous-sol

Installation de traitement des déchets : toute installation de valorisation de stockage de transport et d'élimination des déchets

Mouvement des déchets : toute opération de transport de transit d'importation et d'exportation des déchets

Article 4 : les dispositions de la présente loi s'appliquent à tous les déchets au sens de l'article 3 ci-dessus à l'exception des déchets radioactifs des effluents gazeux des eaux usées des explosifs déclassés des épaves d'aéronefs et des épaves maritimes

Article 5 : les déchets au sens de la présente loi sont classifiés comme suit /

-Les déchets spéciaux y compris les déchets spéciaux dangereux.

-les déchets ménagers et assimilés les déchets inertes la nomenclature des déchets y compris les déchets spéciaux dangereux est fixée par voie réglementaire

Chapitre II

OBLIGATIONS GÉNÉRALES

Article 6 : Tout générateur et / ou détenteur de déchets doit prendre les mesures nécessaires pour éviter autant que faire se peut la production de déchets notamment par/ l'adoption et l'utilisation des techniques de production plus propres moins génératrices de déchets l'abstention de mettre sur le marché des produits générant des déchets non biodégradables l'abstention d'utilisation de matières susceptibles de créer des risques pour les personnes notamment pour la fabrication des emballages .

Article 7 : Tout générateur et / ou détenteur de déchets est tenu d'assurer ou de faire assurer la valorisation des déchets engendrés par les matières qu'il importe ou écoule et les produits qu'il fabrique

Article 8 : Lorsque le générateur et/ou le détenteur de déchets est dans l'impossibilité d'éviter de générer et/ou de déchets est dans l'impossibilité d'éviter de générer et/ou valoriser ses déchets il est tenu d'assurer ou de faire assurer à ses frais l'élimination de ses déchets de façon écologiquement rationnelle conformément aux dispositions de la présente loi et de ses textes d'application.

Article 9 : La réutilisation d'emballages de produits chimiques pour contenir directement des produits alimentaires est interdite

Cette interdiction doit être obligatoirement indiqué sur les emballages de produits chimiques par des signaux apparents avertissant des risques qui menacent la santé des personnes du fait de la réalisation de ces emballages pour le stockage de produits alimentaires

Article 10 : L'utilisation de produits recyclés susceptibles de créer des risques pour les personnes dans la fabrication d'emballages destinés à contenir directement des produits alimentaires ou des objets destinés à être manipulés par les enfants est interdite

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont fixées par voie réglementaire

Article 11 : La valorisation et / ou l'élimination des déchets doivent s'effectuer dans des conditions conformes aux normes de l'environnement et ce notamment sans mettre en danger la santé des personnes des animaux et sans constituer des risques pour les ressources en eau le sol ou l'air ni pour la faune et la flore/ provoquer des inconvénients par le bruit ou les odeurs / porter atteinte aux paysages et aux sites présentant un intérêt particulier

TITRE II

DECHETS SPECIAUX

Chapitre 1

Obligations des générateurs et détenteurs

Article 12 : Il est institué un plan national de gestion des déchets spéciaux

Article 13 : Le plan national de gestion des déchets spéciaux porte notamment sur:

L'inventaire des quantités de déchets spéciaux particulièrement ceux présentant un caractère dangereux produites annuellement sur le territoire national.

Le volume global des déchets en stock provisoire et en stock définitif en les classifiant par catégorie de déchets

Le choix des options concernant les modes de traitement pour les différentes catégories de déchets

L'emplacement des sites et des installations de traitement existants

Les besoins en capacité de traitement des déchets en tenant compte des capacités installées des priorités retenues pour la création de nouvelles installations ainsi que des moyens économiques et financiers nécessaires à leur mise en œuvre

Article 14 : Le plan national de gestion des déchets spéciaux est élaboré par le ministre chargé de l'environnement en coordination avec les ministères chargés de l'industrie de l'énergie de la santé de l'agriculture du transport du commerce des collectivités locales de l'aménagement du territoire des ressources en eau de l'urbanisme des finances et de la défense nationale et tout autre organisme ou établissement concernés

Les modalités et procédures d'élaboration de publication et de révision de ce plan sont définies par voie réglementaire

Article 15 : Les déchets spéciaux ne peuvent être traités que dans des installations autorisées par le ministre chargé de l'environnement conformément aux dispositions réglementaires en vigueur.

Article 16 : Les générateurs et/ou les détenteurs des déchets spéciaux sont tenus d'assurer ou de faire assurer à leur charge la gestion de leurs déchets

Ils peuvent à cet effet décider de s'associer dans des groupements agréés chargés de remplir les obligations qui leur incombent

Les modalités d'agrément de ces groupements sont fixées par voie réglementaire

Article 17 : Le mélange de déchets spéciaux dangereux avec d'autres déchets est interdit

Article 18 : Les déchets issus des activités de soins doivent obéir à une gestion spécifique leur élimination est à la charge des

établissements qui les génèrent et doit être pratiquée de manière à éviter toute atteinte à la santé publique et/ou à l'environnement

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont fixées par voie réglementaire

Article 19 : Il est interdit à tout générateur et/ou détenteur de déchets spéciaux dangereux de les remettre ou de les faire remettre à/

Toute autre personne que l'exploitant d'une installation autorisée pour le traitement de cette catégorie de déchets

Toute exploitation d'une installation non-autorisée pour le traitement desdits déchets

Toute personne qui remet ou fait remettre des déchets spéciaux dangereux est responsable des dégâts et dommages induits par la

violation des dispositions du présent article autant que la personne ayant accepté lesdits déchets

Article 20 : Le dépôt l'enfouissement et l'immersion des déchets spéciaux dangereux dans des lieux autres que les sites et les installations qui leur sont réservés sont interdits

Article 21 : Les générateurs et/ou les détenteurs des déchets spéciaux dangereux sont tenus de déclarer au ministre chargé de l'environnement les informations relatives à la nature la quantité et aux caractéristiques des déchets

Ils sont également tenus de fournir périodiquement les informations ayant trait au traitement de ces déchets ainsi qu'aux mesures pratiques prises et à prévoir pour éviter autant que faire se peut la production de ces déchets.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont définies par voie réglementaire.

Article 22 : En cas de non admission des déchets spéciaux dans une installation autorisée par le traitement de cette catégorie de déchets l'exploitant de ladite installation est tenu de notifier par écrit au détenteur des déchets les raisons ayant motivé son refus et d'en informer le ministre chargé de l'environnement

En cas de refus non fondé le ministre chargé de l'environnement prend une décision imposant l'exploitant de ladite installation le traitement de ces déchets aux frais du détenteur

La décision précise la nature et la quantité des déchets à traiter et la durée de la prestation imposée

Article 23 : Au cas où les déchets sont abandonnés déposés ou traités contrairement aux prescriptions de la présente loi et de ses textes d'application la juridiction compétente peut après mise en demeure du contrevenant ordonner d'assurer d'office l'élimination desdits déchets à la charge de celui-ci

Chapitre 2

Mouvement des déchets

Article 24 : Le transport des déchets spéciaux dangereux est soumis à l'autorisation du ministre chargé de l'environnement après avis du ministre chargé des transports

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont définies par voie réglementaire

Article 25 : L'importation des déchets spéciaux dangereux est strictement interdite

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont définies par voie réglementaire

Article 26 : L'exportation et le transit des déchets spéciaux dangereux sont prohibés vers les pays qui en interdisent l'importation et vers les pays qui n'ont pas interdit cette importation en l'absence de leurs accords spécifiques et écrits

Dans tous les cas les opérations mentionnées au présent article sont soumises à l'autorisation préalable du ministre chargé de l'environnement cette autorisation n'est attribuer que si les conditions suivantes sont remplies convenus présentation d'un contrat d'assurances présentant toutes les garanties financières nécessaires.

La présentation d'un document de mouvement signé par la personne chargée de l'opération de transport transfrontière

La présentation d'un document de notification signé confirmant le consentement préalable de l'autorité compétente du pays d'importation l'autorisation de transit est assortie de l'apposition de scelles sur les conteneurs à l'entrée du territoire national les modalités d'application des dispositions du présent article sont définies par voie réglementaire

Article 27 : Lorsque des déchets sont introduits sur le territoire national d'une manière illicite le ministre chargé de l'environnement enjointre à leur détenteur ou leur transporteur d'assurer retour vers le pays d'origine dans un délai fixé par le ministre

Si le contrevenant ne s'exécute pas le ministre chargé de l'environnement peut prendre toutes dispositions utiles pour assurer le retour de ces déchets à la charge du contrevenant

Article 28 : Lorsque des déchets sont exportés de manière contraire aux dispositions de la présente loi le ministre chargé de l'environnement doit enjointre au producteur ou aux personnes ayant contribué à l'exportation d'assurer leur retour sur le territoire national

En cas d'inexécution il prend toutes dispositions utiles pour assurer ce retour à la charge des participants à l'opération

TITRE III

DECHETS MENAGERS ET ASSIMILES

Chapitre 1

Organe de gestion

Article 29 : Il est institué un schéma communal de gestion des déchets ménagers et assimilés.

Article 30 : Le schéma communal de gestion des déchets ménagers et assimilés porte notamment sur/

L'inventaire des quantités des déchets ménagers et assimilés et des déchets inertes produites sur le territoire de la commune ainsi que leur composition et leurs caractéristiques.

L'inventaire et l'emplacement des sites et installations de traitement existant sur le territoire de la commune

Les besoins en capacité de traitement des déchets notamment les installations répondant aux besoins communs de deux communes ou regroupement de communes en tenant compte des capacités installées

La priorité à tenir pour la réalisation de nouvelles installations

le choix des options concernant les systèmes de collecte de transport et de tri déchets en tenant compte des moyens économiques financières nécessaires à leur mise en oeuvre

Article 31 : Le schéma communal de gestion des déchets ménagers et assimilés est élaboré sous l'autorité du président de l'assemblée populaire communale ce schéma qui doit couvrir l'ensemble du territoire de la commune doit être en accord avec le plan d'aménagement de wilaya (PAW) et approuvé par le wali territorialement compétent. les modalités et procédures d'élaboration de publication et de révision de ce schéma sont définies par voie réglementaire

Article 32 : La gestion des déchets ménagers et assimilés relève de la responsabilité de la commune conformément à la législation régissant les collectivités locales.

La commune organise sur son territoire un service public en vue satisfaire les besoins collectifs des habitants en matière de collecte de transport et le cas échéant de traitement des déchets ménagers et assimilés

Le regroupement de deux ou plusieurs communes peut décider de s'associer pour une partie ou la totalité de la gestion des déchets ménagers et assimilés.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire

Article 33 : La commune peut concéder selon un cahier des charges type ou partie de la gestion des déchets ménagers et assimilés ainsi que les déchets encombrants et les déchets spéciaux générés en petite quantité par les ménagers à des personnes physiques ou morales de droit public ou de droit privé conformément à la législation en vigueur régissant les collectivités locales.

Chapitre 2

Dispositions générales

Article 34 : Les services publics désignés à l'article 32 de la présente loi comprennent

La mise en place d'un système de tri des déchets ménagers et assimilés en vue de leur valorisation ; l'organisation de la collecte séparée le transport et le traitement approprié des déchets spéciaux générés en petite quantité par les ménages des déchets encombrants des cadavres d'animaux et des produits du nettoyage des voies publiques des halles et marchés ; la mise en place d'un dispositif permanent d'information et de sensibilisation des habitants sur les effets nocifs des déchets sur la santé publique et/ou l'environnement et sur les mesures destinées à prévenir lesdits effets ; la mise en oeuvre de mesures incitatives visant le développement et la promotion de système de tri des déchets ménagers et assimilés

Article 35 : Tout détenteur de déchets ménagers et assimilés est tenu d'utiliser le système de tri de collecte et de transport mis à sa disposition par les organes désignés à l'article 32 de la présente loi

Article 36 : La collecte le transport et le traitement des déchets ménagers et assimilés issus des activités industrielles commerciales

artisanales de soins ou autres activités constituent des prestations du présent rémunérées

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

TITRE IV

DECHETS INERTES

Article 37 : La collecte le tri le transport et la mise en décharge des déchets inertes sont à la charge de leurs générateurs le dépôt le rejet et l'abandon des déchets inertes sont interdits sur tous site non désignés à cet effet et notamment sur la voie publique.

Article 38 : Dans le cadre de son plan d'aménagement et de développement et conformément au schéma de gestion approuvé la commune initie toute action et mesure visant l'implantation l'aménagement et la gestion des sites des décharges désignés pour recevoir les déchets inertes

Article 39 : Les déchets inertes non valorisables ne peuvent être déposés que dans des sites aménagés à cet effet

Article 40 : Les modalités d'application des dispositions du présent titre fixées par voie réglementaire

TITRE V

INSTALLATIONS DE TRAITEMENTS DES DECHETS

Chapitre 1

Aménagement et exploitation

Article 41 : Les conditions de choix de sites d'implantation d'aménagement de réalisation de modification de procès et d'extension des installations de traitement des déchets sont régies par la réglementation relative aux études d'impact sur l'environnement et par les dispositions de la présente loi et de ses textes d'application.

Dans le cas où l'installation de traitement est à implanter sur un terrain en location ou en jouissance la demande tendant à l'obtention de la décision de prise en considération de l'étude d'impact sur l'environnement comporte obligatoirement une pièce attestant que le propriétaire du terrain connaît la nature des activités projetées.

**Décret exécutif N° 03-478 du 15 Chaoual 1424 correspondant au 9 décembre 2003
Définissant les modalités de gestion des déchets**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de l'aménagement du territoire et de l'environnement

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa);

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé;

Vu la loi n° 88-08 du 26 janvier 1988 relative aux activités de médecine vétérinaire et à la protection de la santé animale;

Vu la loi n° 01-19 du 27 Ramadhan 1422 correspondant au 12 décembre 2001 relative à la gestion, au contrôle et à l'élimination

des déchets, notamment son article 8;

Vu la loi n° 03-10 du 13 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative à la protection de l'environnement dans le cadre du développement durable;

Vu le décret n° 86-132 du 27 mai 1986 fixant les règles de protection des travailleurs contre les risques de rayonnements ionisants ainsi que celles relatives au contrôle de la détention et de l'utilisation des substances radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants;

Vu le décret présidentiel n° 03-208 du 7 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 5 mai 2003, modifié, portant nomination du Chef du Gouvernement;

Vu le décret présidentiel n° 03-215 du Rabie El Aouel 1424 correspondant au 9 mai 2003, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement;

Vu le décret exécutif n°90-05 du 19 janvier 1991 relatif aux prescriptions générales de protection applicables en matière d'hygiène et de sécurité en milieu de travail;

Vu le décret exécutif n°98-339 du 13 Rajab 1419 correspondant au 3 novembre 1998 définissant la réglementation applicable aux installations classées et fixant leur nomenclature.

Décète :

Article 1er : En application des dispositions de l'article 18 de la loi n° 01-19 du 27 Ramadhan 1422 correspondant au 12 décembre 2001 susvisée, le présent décret a pour objet de définir les modalités de gestion des déchets d'activités de soins;

Article 2 : Pour la mise en oeuvre du présent décret, sont qualifiés d'établissements de santé, l'ensemble des structures de soins quels que soient les régimes de droit qui leur sont applicables et comprenant les établissements hospitaliers spécialisés, les centres hospitalo-universitaires, les polycliniques, les cabinets médicaux, les cabinets de chirurgie dentaire ainsi que les laboratoires d'analyses.

CHAPITRE 1

**DES CATEGORIES DE DECHETS D'ACTIVITES
DE SOINS ET DES MODALITES DE LEUR PRE-COLLECTE**

Article 3 : Les déchets d'activités de soins sont classés en trois catégories :

Les déchets anatomiques;

Les déchets infectieux les déchets toxiques;

Article 4 : Dès leur génération, les déchets d'activités de soins sont pré-collectés dans les sachets prévus à cet effet, selon les modalités fixées par les articles 6, 9 et 11 du présent décret;

Article 5 : Sont qualifiés de déchets anatomiques, tous les déchets anatomiques et biopsiques humains issus des blocs opératoires et des salles d'accouchements;

Article 6 : Les déchets anatomiques doivent être pré-collectés dans des sachets plastiques de couleur verte et à usage unique;

Section 2

Des déchets infectieux

Article 7 : Sont qualifiés de déchets infectieux, les déchets contenant de micro-organismes ou leurs toxines, susceptibles d'affecter la santé humaine.

Article 8 : Les déchets infectieux coupants, piquants ou tranchants doivent, avant leur pré-collecte dans les sachets prévus à cet effet, être mis dans des récipients rigides et résistants à la perforation, munis d'un système de fermeture, ne dégageant pas de chlore lors de l'incinération, et contenant un produit désinfectant adéquat;

Article 9 : Les déchets infectieux doivent être pré-collectés dans des sachets plastiques d'une épaisseur minimale de 0,1 mm à usage, de couleur jaune, résistants et solides et ne dégageant pas de chlore lors de l'incinération.

Section 3

Des déchets toxiques

Article 10 : Sont qualifiés de déchets toxiques, les déchets constitués par :

- les déchets résidus et produits périmés des produits pharmaceutiques, chimiques et de laboratoire;
- les déchets contenant de fortes concentrations en métaux lourds;
- les acides, les huiles usagées et les solvants.

Article 11 : Les déchets toxiques doivent être pré-collectés dans des sachets plastiques de couleur rouge à usage unique, résistants et solides, et ne dégageant pas de chlore lors de l'incinération.

Article 12 : Les déchets toxiques doivent être triés, emballés, et étiquetés dans les mêmes conditions que les déchets spéciaux de même nature, et ce, conformément à la réglementation en vigueur.

CHAPITRE 2

DES PRESCRIPTIONS RELATIVES AU TRAITEMENT ET A L'ELIMINATION DES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS

Section 1

Des prescriptions générales

Article 13 : Les déchets d'activités de soins doivent être triés à la source, de façon à ce qu'ils ne soient ni mélangés aux déchets ménagers et assimilés, ni mélangés entre eux.

TABLE DES MATIERES

Remercîments	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Liste des abréviations	
Résumé	
Sommaire	
INTRODUCTION GENERALE	3
CHAPITRE I : Les infections nosocomiales	
3. Présentation de la clinique AL AZHAR	3
4. Les généralités d'une infection nosocomiale	4
4.1 Définition de l'infection nosocomiale.....	4
4.2 Les principaux agents de contamination possible.....	4
4.3 Les conséquences d'une infection nosocomiale	8
CHAPITRE II : Développement d'un plan de lutte contre les infections nosocomiales	
3. Identifier les causes de contamination d'une infection nosocomiale durant.....9 les étapes de soins d'un patient par la méthode du diagramme d'ISHIKAWA	
3.1 L'étape de la consultation médicale.....	9
3.2 L'étape du bilan médical.....	10
3.3 L'étape de l'hospitalisation du patient	12
3.4 L'étape de l'intervention chirurgicale cas d'une cœlioscopie.....	14
4. Les procédures et instructions mis en places relatives à la lutte contre les infections nosocomiales	16
4.1 Procédure relative à la gestion des DASRI.....	17
4.2 Procédure relative au bloc opératoire.....	18
4.3 Procédure de prescription de l'antibioprophylaxie.....	19
4.4 Instruction de stérilisation générale.....	19
4.5 Instruction de préparation cutanée du site opératoire.....	19
CHAPITRE III : Les recommandations pour la lutte contre les infections nosocomiales	
3. La mise en place du CLIN	21
3.1 La composition du CLIN.....	23
3.2 La mission du CLIN	24
3.3 Règles et fonctionnement du CLIN.....	24
4. La mise en place du Csth	26
4.1 Définition de l'hémovigilance.....	28
4.2 Les membres du Csth.....	28
4.3 La mission du Csth.....	29
4.4 Règles et fonctionnement du Csth.....	30
CONCLUSION	32
BIBLIOGRAPHIE	

GLOSSAIRE

ANNEXE

TABLE DES MATIERES