

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA



**FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET
DES SCIENCES DE GESTION**

Département des Sciences de Gestion

Mémoire de fin de cycle

Pour l'obtention de diplôme de Master en Sciences de Gestion

Option : Management des Établissements de Santé

Thème

***Gestion des risques infectieux et amélioration de la qualité des soins
dans les établissements de santé***

Organisme d'accueil :

Établissement Public Hospitalier (EPH) AKLOUL Ali d'Akbou

Réalisé par :

Mlle BOUALI Sofia

Mlle BOUAZOUNI Nadjat

Encadré par :

Mr CHALANE Smail

Année universitaire : 2022/2023

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier sincèrement Mr. CHALANE SMAIL, qui, en tant que directeur de mémoire, s'est toujours montré à l'écoute tout au long de la réalisation de ce mémoire, ainsi pour nos discussions fructueuses, l'inspiration, l'aide et le temps qu'il a bien voulu nous consacrer. Sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils qui ont contribué à alimenter notre réflexion

Mes vifs remerciements pour Dr. KHETAL, médecin spécialiste en épidémiologie, ainsi pour l'hygiéniste Dounia Medjoub, pour le temps qu'elles nous ont accordé et leur accompagnement durant notre période de stage au niveau de l'EPH AKBOU

Un grand merci pour le responsable de notre spécialité Mme KENDI NABILA, pour tout ses efforts fournis pour la réussite de notre première promo, et qui nous a tant soutenue, motivé et appris tant de choses durant ses

Deux années de master

Et nous tenons profondément à nous remercier nous-mêmes d'avoir cru en nos capacités, et d'avoir patienter et travailler si dur tout au long de ses années à l'université Abderrahmane Mira pour l'obtention de notre diplôme master, spécialité Management des établissements de santé.

Bouazouni Nadjat

Bouali Sofia

DEDICACE

*En premier lieu et avant toutes autres personnes, je voudrais remercier l'être
le plus cher a mon cœur « Ma Maman »*

*Celle qui m'a tant soutenue, encourager, et soulever lors de mes moments de
faiblesse, et la première à croire en moi*

A mon cher PAPA

*Que je re<mercie tant de m'avoir éduqué de cette magnifique manière, qui
m'a appris à être aussi courageuse et m'a donné la force d'affronter la vie*

*A l'unique sœur que j'ai « **HANANE** »*

*Ma confidente, ma toute première amie qui m'a tellement aidée dans les
différentes étapes dans lesquelles je suis passait durant ma vie*

*Mon petit frère « **Yacine** »*

*A qui je souhaite beaucoup de réussite et de courage pour le reste de son
cursus éducatif et de sa vie*

*A mon amie, binôme Sofia avec qui j'ai passé et vécue chaque année de mon
cursus universitaire*

A mes chats, qui sont aussi une source de bonheur et joie pour moi

*Et à toute autre personne qui a été présente et a contribuer a la réalisation de
ce travail que ce soit de près ou de loin*

Nadjet

Dédicace

A ma très chère Maman

Quoi que je fasse ou que je dise, je ne saurai point te remercier comme il se doit. Ta bienveillance me guide, ta présence à mes côtés a toujours été ma source de force pour affronter les différents obstacles.

A mon cher Papa

Tu à toujours été à mes côtés pour me soutenir et m'encourager à aller de l'avant. Que ce travail traduit ma gratitude et affection.

A ma très chère sœur « Aida »

Ma confidente tu as toujours été là pour moi, tu m'as toujours soutenue et encourager que dieu te garde pour moi.

A mes chers frères « Ahmed & Salah- El-dine », mes piliers et ma force.

À Sofian, Fatima & Massilya

Mes bien-aimés qui ont toujours été présents pour moi à qui je souhaite beaucoup de succès

À mon amie et binôme Nadjat qui ma accompagnée durant se projet

Enfin j le dédie a tout ceux qui ont contribué de près ou de loin a la réalisation de ce travail

Sofia

TABLEAU D'ABREVIATION :

CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
IN	Infections Nosocomiales
IAS	Infections Associées aux Soins
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
CDU	Commission Des Usagers
CRUQPC	Commission de Relations avec les Usagers et de la qualité de la Prise en Charge
CME	Commission Médicale d'Etablissement
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé
ISO	Organisation Internationale de Normalisation
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
IQSS	Indicateurs de qualité et sécurité des soins
ICALIN	Indice Composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
Taux BMR	Taux Métabolique de Base
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CTE	Encéphalopathie Traumatique Chronique
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicaux-Technique
CTIN	Comité Technique National des infections nosocomiales
CCLIN	Centre de Coordination interrégionaux de la lutte contre les infections nosocomiales
PCI	Prévention et Contrôle des infections nosocomiales
CINQ	Comité sur les infections nosocomiales du Québec
SPIN	Sous-comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales
INSPQ	Institut National de Santé Publique du Québec
MSPRH	Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
DASRI	Déchet d'Activités de Soins à Risque Infectieux
DAOM	Déchets Assimilables aux Ordures Ménagères
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
EPH	Etablissement Public Hospitalier
SEMEP	Service de l'épidémiologie et de la médecine préventive

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE	1
 CHAPITRE I : La politique qualité/gestion des risques dans les établissements de santé et la lutte contre les infections nosocomiales	
INTRODUCTION.....	5
SECTION I : La démarche qualité en santé	6
SECTION II : La gestion des risques dans les établissements de santé.....	17
SECTION III : Le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales	21
CONCLUSION.....	29
 CHAPITRE II : les stratégies de lutte contre les infections nosocomiales : exemple de quelques pays.	
INTRODUCTION.....	30
SECTION I: Les politiques de lutte contre les Infections nosocomiales dans les pays maghrébins	31
SECTION II: Les politiques de lutte contre les infections nosocomiales dans les pays développés	35
SECTION III : Les moyens de la prévention pour la réduction de la prévalence des infections nosocomiales	39
CONCLUSION.....	44
 CHAPITRE III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU	
INTRODUCTION.....	45
SECTION I : Présentation de L'EPH D'AKBOU.....	46
SECTION II : présentation et discussion des informations collectivités.....	55
SECTION III : Analyse et interprétation des résultats de l'enquête	64
CONCLUSION.....	90
CONCLUSION GÉNÉRALE	91
 BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La maîtrise du risque infectieux est une préoccupation ancienne des professionnels de santé, du fait de la gravité et des conséquences des infections acquises par le patient à l'hôpital. Au cours des dernières années, le concept et l'organisation ont particulièrement évolué. La notion d'hospitalisme a mis en évidence les besoins en hygiène hospitalière pour éviter les épidémies, néfastes à la fois pour les patients, le bon fonctionnement et la réputation des hôpitaux.

Par la suite, le développement de la technologie et la large utilisation des antibiotiques ont développé l'intérêt de mieux connaître les mécanismes d'acquisition des infections et la nécessité d'organiser la lutte contre les infections nosocomiales (IN) autour de programmes d'actions et par la mise en place de structures.

Depuis la création des premiers comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) en 1973, une véritable volonté de maîtrise du risque infectieux s'est mise en place tant au niveau national, régional et local.

L'installation des CLIN et des unités opérationnelles d'hygiène permet la mise en place de programmes de prévention couvrant les domaines de l'identification et de l'analyse des risques à partir de la surveillance des infections nosocomiales, du suivi des bactéries multi-résistantes, des audits de pratiques et des enquêtes épidémiologiques, de la formation des personnels et de la mise en place de procédure sur la base des recommandations existantes.

Le lien de cause à effet entre un acte, un dispositif invasif et l'acquisition d'une infection nosocomiale a fait place à une dimension plurifactorielle intégrant le rôle déterminant du statut du patient, de la modification de sa flore, la multiplicité des intervenants et des soins et la notion de prise en charge médicale alternée ville-hôpital.

La multiplicité des facteurs et leur interaction pouvant jouer le rôle dans les mécanismes d'acquisition d'infections sont maintenant admises avec la prise en compte de l'impact de l'environnement, de l'organisation et de management, ce qui nécessite de réfléchir à un concept plus global et complexe d'infection liée aux soins. Il en découle une certaine difficulté à imputer directement une faute individuelle et la nécessité d'une approche plus systémique avec la prise en compte des organisations, des acteurs et des mesures mises en place pour réduire le risque infectieux.

La sécurité sanitaire prend une place de plus en plus grande dans la politique de santé nationale et s'inscrit aujourd'hui dans la pratique quotidienne des établissements de santé. Les

crises récentes du sang contaminé, de l'amiante ont entraîné le doute de la population et la conviction que certains risques auraient pu être prévisibles et évités.

Par ailleurs, la perception du risque et son acceptabilité ont particulièrement évolué vers une diminution de la tolérance de notre société aux risques en général, avec une exigence d'efficacité sans faille de la médecine et des prestations de soins. Les enjeux scientifiques, sociaux, éthiques, politiques, économiques et assurantiels sont favorables à la mise en place d'une réelle gestion de risques dans les établissements de santé inscrite dans un management global d'amélioration continue de qualité et de la sécurité des prestations de soins.

Depuis plusieurs décennies, la gestion des risques est un concept sur lequel se sont appuyées les entreprises dans une logique de sécurité, de diminution des sinistres et de productivité. La gestion des risques peut être définie comme la fonction qui, au sein d'une entreprise ou d'une institution, vise à identifier, évaluer et éviter les risques ou à réduire leurs conséquences. Cette fonction repose sur une démarche institutionnelle structurée dans le but d'atteindre les objectifs qui ont été assignés.

C'est pour cela, le problème des IN a pris de l'ampleur ces dernières années, d'une part en raison de la complication croissante des techniques médicales et, d'autre part, du fait de l'apparition du phénomène de résistance bactérienne aux antibiotiques, l'efficacité de ces molécules ne cesse de décroître malgré leurs succès initiaux. La connaissance des mécanismes de cette résistance et la maîtrise de celle-ci est devenue une des priorités de tous les services de soins.

Dans le cadre de ce travail, nous essayerons d'évaluer et d'analyser comment est intégré la lutte contre les infections nosocomiales dans une politique de démarche qualité et de gestion de risque infectieux au sein d'un hôpital.

Plus précisément, on va chercher à répondre à la question suivante : **En quoi consiste une gestion de risque infectieux dans un hôpital ou un service en particulier, et comment est-elle intégrée dans le but d'une démarche qualité ?**

Et à partir de cette question, nous pouvons déjà déduire quelques questions secondaires qui nous aideront à résoudre la problématique posée :

- En quoi consistent les infections nosocomiales ?
- Quelles sont les causes principales de l'apparition des infections nosocomiales ?

- Comment prévenir et contrôler les infections nosocomiales ?
- Quelle est la gestion des risques appliquée au niveau de l'hôpital pour lutter contre les infections nosocomiales ?
- Quelles sont les conditions de la qualité des soins ?

La contribution que nous apporterons n'a pas pour ambitions de répondre de façon exhaustive à toutes les questions posées, mais plutôt de participer à la réflexion sur la problématique des infections nosocomiales en Algérie.

Pour ceci, nous nous basons sur les hypothèses suivantes :

- 1) Pour être efficace et s'inscrire dans la durée, la lutte contre les infections nosocomiales doit être intégrée à la démarche qualité et de gestion des risques infectieux
- 2) La déclaration des infections nosocomiales nécessite un dispositif de signalement, l'information des patients et un circuit d'information pour bien gérer la situation.

Dans l'élaboration de ce travail, et afin d'apporter des réponses concrètes aux questions évoquées ci-dessus, nous avons tenté de répondre à la démarche méthodologique suivante : Dans un premier lieu, une recherche documentaire et bibliographique basée sur des ouvrages, des thèses de Doctorats, des mémoires de Magistère, des communications, des textes réglementaires, ainsi des sites internet relatifs au thème et touchant aux différents aspects de la qualité des soins et des infections nosocomiales.

Outre la recherche bibliographique et documentaire relative au thème, et afin de mieux cerner notre problématique, nous avons réalisé une enquête par questionnaire auprès des professionnels de santé de l'EPH d'Akbou, et ce dans le but de recueillir des informations sur la réalité des infections nosocomiales.

De même, et afin de compléter les résultats obtenus par le questionnaire, en apportant une richesse et plus de précision dans les informations collectées, des entretiens directs ont été réalisées auprès du médecin épidémiologiste et de l'hygiéniste de l'EPH, en appréhendant le sujet de la gestion du risque infectieux au niveau de cet établissement.

Dans le but de mener à bien notre travail, et en fonction des données disponibles, nous avons réparti notre mémoire en trois chapitres :

Le *premier chapitre* basé sur la recherche bibliographique, portera essentiellement sur le cadre conceptuel de la politique et gestion du risque infectieux, dont il mettra le point sur ses différents aspects, à travers la définition des notions relatives à cette dernière en général, le processus de sa mise en place, et nous aborderons également la démarche qualité en santé et le rôle qu'elle joue au sein des établissements de santé, notamment en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

Le *deuxième chapitre* sera consacré aux analyses et études empiriques macro et micro économiques de ces infections et les différents aspects préventifs et leurs apports en matière de réduction du risque infectieux.

Le *troisième et dernier chapitre* concerne une étude empirique basée sur une enquête de terrain par questionnaire auprès des professionnels de santé au niveau de l'EPH AKLOUL Ali d'AKBOU, ainsi que des entretiens directs réalisés auprès du médecin épidémiologiste et de l'hygiéniste de cet établissement. Ce chapitre tentera de traiter et d'étudier la réalité des infections nosocomiales au sein de l'EPH, ainsi que la politique et la gestion de lutte suivie au niveau de cet établissement.

Chapitre 1 : La politique qualité/gestion des risques dans les établissements de santé et la lutte contre les infections nosocomiales

INTRODUCTION :

L'objectif principal des établissements de santé est d'assurer des soins de qualité et sécurisés pour les patients. Cependant, la complexité du système de santé et la variété des acteurs impliqués rendent difficile la garantie d'un niveau de qualité homogène et constant. La mise en place d'une politique qualité/gestion des risques est donc essentielle pour garantir la sécurité des patients et améliorer la qualité des soins.

Dans ce contexte, la lutte contre les infections nosocomiales est un enjeu majeur pour les établissements de santé. Les infections nosocomiales, également appelées infections associées aux soins, sont des infections contractées par les patients dans le cadre de leur séjour à l'hôpital ou dans une autre structure de soins. Elles représentent une menace pour la santé des patients, peuvent prolonger leur séjour à l'hôpital et augmenter les coûts de traitement.

Dans la première section de ce chapitre, nous aborderons la démarche qualité en santé. Cette démarche vise à améliorer la qualité des soins et des services offerts par les établissements de santé. Nous étudierons les principes de base de cette démarche, notamment la définition des objectifs de qualité, l'identification des processus à améliorer, la mise en place d'indicateurs de performance et l'évaluation des résultats obtenus.

Dans la deuxième section, nous analyserons la gestion des risques en établissements de santé. La gestion des risques vise à identifier, évaluer et maîtriser les risques liés aux activités de l'établissement de santé. Nous étudierons les différents types de risques rencontrés dans les établissements de santé, tels que les risques liés à l'organisation des soins, les risques liés à l'environnement de travail et les risques liés aux pratiques médicales.

Enfin, dans la dernière section de ce chapitre, nous examinerons le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales. Nous étudierons les différentes stratégies de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, telles que l'hygiène des mains, la désinfection des surfaces et des équipements. Nous discuterons également des rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués dans la lutte contre les infections nosocomiales.

SECTION 1 : LA DÉMARCHE QUALITÉ EN SANTÉ

La qualité est un concept fondamental dans le domaine de la santé. Elle est définie comme l'ensemble des caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confèrent sa capacité à satisfaire les besoins exprimés ou implicites de ses utilisateurs. Dans le contexte de la santé, la qualité des soins est cruciale car elle peut avoir un impact direct sur la santé et le bien-être des patients. La mise en place d'une démarche qualité en santé permet d'assurer que les soins dispensés sont conformes aux exigences et aux attentes des patients, tout en garantissant l'efficacité et la sécurité des pratiques médicales. Pour cela, il est important de maîtriser les dimensions clés de la qualité en santé, notamment la sécurité, l'efficacité, la pertinence, la continuité et la centrée sur le patient.

Dans cette section, nous aborderons la définition de la qualité et ses principes, ainsi que les différentes dimensions à maîtriser pour la mise en place d'une démarche qualité en santé. Nous verrons également comment cette démarche peut contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et à la satisfaction des patients.

I. Qu'est-ce que la qualité ?

Qu'est-ce-que la qualité en management ?

“L'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites” (ISO)

La qualité en management peut être définie comme la mesure dans laquelle un produit ou service répond aux exigences, aux attentes et aux besoins des clients. Cela implique de garantir que les produits ou services sont conformes aux normes de qualité établies, que les processus de production sont efficaces et fiables, et que les clients sont satisfaits de leur expérience. Plus précisément, la qualité en management implique :

- La définition de normes de qualité claires et mesurables pour les produits ou services.
- La mise en place de processus de production efficaces et fiables pour garantir que les produits ou services répondent aux normes de qualité.
- La formation des employés à tous les niveaux pour s'assurer qu'ils comprennent et suivent les normes de qualité.

Chapitre 1 : La politique qualité/gestion des risques dans les établissements de santé et la lutte contre les infections nosocomiales

- La collecte de données sur la qualité et la mesure des résultats pour identifier les domaines à améliorer.
- L'engagement envers l'amélioration continue de la qualité, en mettant en place des actions correctives pour résoudre les problèmes identifiés et en travaillant à améliorer constamment les processus et les produits ou services.

La qualité en management est essentielle pour assurer la satisfaction des clients, la fidélisation de la clientèle et la réussite à long terme de l'entreprise.

La qualité dans le domaine de la santé :

La qualité n'est pas une préoccupation nouvelle pour les professionnels de la santé. Elle a fait l'objet de plusieurs définitions, dont la plus communément admise est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé :

“Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins” (ANDEM)

La qualité des soins :

La qualité des soins désigne le degré auquel des services de santé s'adressant à des individus et à des populations accroissent les chances d'obtenir les résultats de santé souhaités et sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles. (L'OMS, 2011)

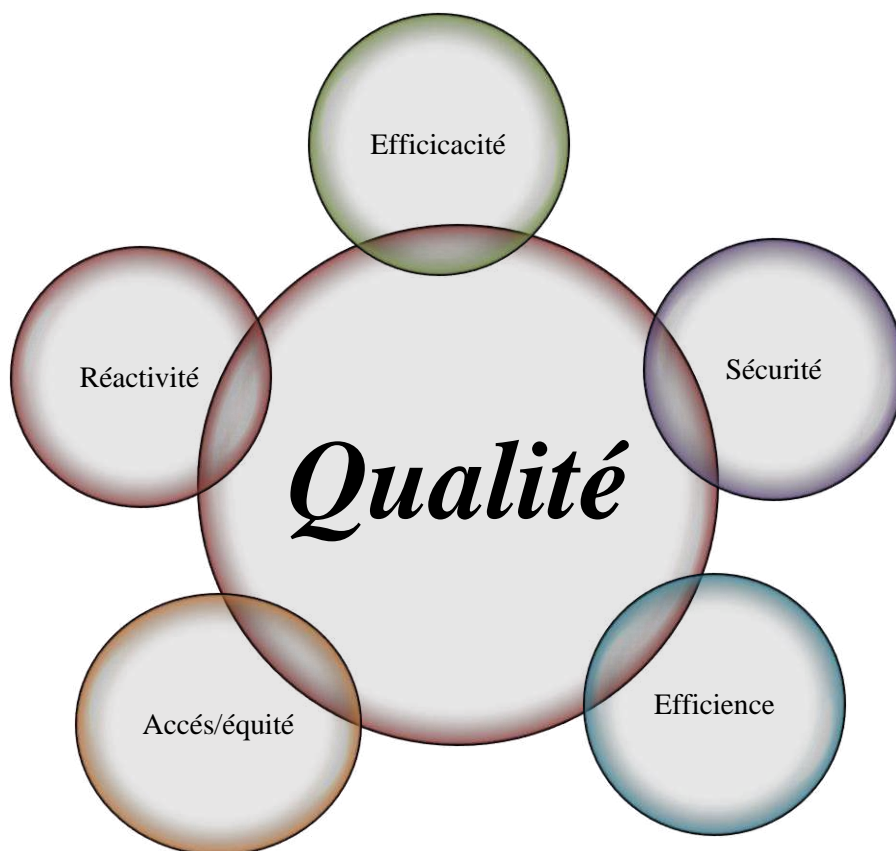
Cette définition sous-entend qu'il est possible de mesurer la qualité des soins et que celle-ci, ultimement, a pour but d'améliorer les résultats sanitaires, et non d'accroître simplement l'offre de services ou de perfectionner les processus du système de santé, et doit en outre refléter les souhaits des principales parties prenantes, en particulier les usagers des services de santé et les communautés locales. Puisqu'elle englobe l'ensemble des services de santé, cette définition de la qualité des soins couvre aussi bien les soins curatifs que les soins préventifs, les soins en établissement que les soins dans la communauté, qu'ils s'adressent à des individus ou à des populations.

Ce champ d'application est particulièrement important s'agissant des pays qui sont confrontés à une charge croissante de morbidité due aux maladies non transmissibles et dont

Chapitre 1 : La politique qualité/gestion des risques dans les établissements de santé et la lutte contre les infections nosocomiales

les systèmes de santé doivent fournir des services s'étalant sur la totalité du cycle de vie, notamment dans un but de réduction des risques, de détection et de gestion des pathologies, de réadaptation, et aussi sous forme de soins palliatifs. Avec l'augmentation croissante des données sur l'efficacité de diverses modalités de prévention et de contrôle des maladies, cette définition de la qualité des soins reconnaît également la nécessité de mécanismes pour assurer que soient systématiquement prises en compte les nouvelles bases factuelles dans la prestation des services de soins.

Figure I.1 : Les dimensions de la qualité en santé



Source: ministère de la santé publique française

Les dimensions de la qualité des soins en santé

On distingue habituellement cinq (5) dimensions de la qualité en santé :

- **L'efficacité :** afin de pouvoir évaluer la qualité, l'efficacité constitue la première dimension prise en compte, il s'agit de la capacité d'atteindre des résultats escomptés (qui sont dans ce cas des soins), et ce dans l'obligation qu'ils soient offerts à ceux qui en ont besoin et non pas aux autres. Généralement, les résultats obtenus sont évalués en termes d'indicateurs de mortalité ou morbidité.
- **La sécurité :** la qualité des soins ne peut pas être traitée sans aborder la sécurité des patients. En effet, il s'agit d'un couple indissociable, ou la sécurité constitue un principe fondamental et non négligeable des soins.
- **L'accessibilité :** elle se définit comme étant la capacité et la facilité d'accéder et de recourir aux soins de santé, de bonne qualité et au moment opportun. Cet accès peut être visualisé sous plusieurs angles : spatial, socio-économique ou financier. C'est ainsi que les individus qui expriment les mêmes besoins de prise en charge doivent pouvoir bénéficier des mêmes prestations au même moment (accès équitable).
- **L'efficience :** il s'agit de l'utilisation optimale des ressources disponibles afin d'atteindre les meilleurs résultats possibles. A cet effet, l'amélioration des systèmes de santé nécessite de répondre aux exigences des patients en matière des soins qui répondent à leurs attentes et à leurs besoins. Répondre à cette demande de meilleurs soins peut alourdir les coûts. Cela dit, il est plus primordial d'optimiser l'utilisation des ressources à moindre coût, en évitant les gaspillages et en adoptant des techniques adéquates et appropriées permettant d'assurer des soins de qualité.
- **La réactivité :** afin de procurer des prestations de qualité, l'organisation de soin, à travers son personnel, ses dirigeants, doit savoir réagir au moment opportun afin de pouvoir prendre des décisions adéquates aux situations envisagées (la sensibilité aux demandes des patients). Il s'agit également de prendre en considération plusieurs variables, à l'exemple du respect du patient, de sa confidentialité ainsi que sa dignité. (Boulahouat, 2012)

II. La démarche qualité en santé :

La démarche qualité est une notion que la médecine a empruntée à l'industrie. Elle est en général adossée à la notion de gestion de risque. Le but de la démarche qualité en établissement de santé est d'adopter, grâce à la mise en place de procédures et de protocoles, une attitude d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Mais elle ne s'occupe pas de la performance médicale de l'établissement ni des praticiens, qui est un autre sujet.

La démarche qualité concerne tous ceux qui travaillent dans un établissement de santé, mais elle est gérée par un petit groupe de personnes qui constitue la « cellule qualité-gestion des risques ». Dans cette cellule travaillent des spécialistes de la qualité qui sont des qualitiens, en règle générale non médecins.

La pertinence de la démarche qualité est évaluée régulièrement par le processus de certification, sous la responsabilité de la HAS (Haute Autorité de Santé), qui envoie des experts-visiteurs vérifier que les pratiques professionnelles sont conformes aux attendus de la HAS en la matière. Mais cette certification s'intéresse essentiellement aux moyens mis en œuvre, et non à leur efficacité.

Pour les praticiens exerçant une spécialité à risque, l'équivalent de la certification est l'accréditation, processus individuel et facultatif. (Christian, 2015)

III. Les principes essentiels de la qualité :

Orientation client :

« Le principal objectif du management de la qualité est de satisfaire aux exigences des clients et de s'efforcer d'aller au-devant de leurs attentes. » (ISO)

Pour ce principe, les clients sont plus largement les parties intéressées pertinentes telles que le patient, la Haute autorité de santé, l'Agence régionale de santé (ARS), les professionnels...

Dans un établissement de santé, l'orientation client (patient) se traduit par le suivi des commentaires et questionnaires de satisfaction des patients, ainsi que par le suivi des plaintes écrites et orales. Par ailleurs, une instance nommée CDU (Commission des usagers),

Chapitre 1 : La politique qualité/gestion des risques dans les établissements de santé et la lutte contre les infections nosocomiales

ex-CRUQPC (Commission de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge) permet d'assurer l'analyse de ces données en y associant les représentants des usagers.

L'importance du leadership:

« À tous les niveaux, les dirigeants établissent la finalité et les orientations et créent des conditions dans lesquelles le personnel est impliqué pour atteindre les objectifs qualité de l'organisme. »

Il s'agit du rôle de la direction pour à la fois la définition de stratégies et d'objectifs, mais également la favorisation de l'implication des salariés permettant d'atteindre ces objectifs.

Dans un établissement de santé, un projet d'établissement médical permet de définir les objectifs pour 4 ans. Les membres de l'encadrement ainsi que les praticiens participent à l'élaboration de ce projet. Des instances, telles que notamment la Commission médicale d'établissement (CME) et la revue de direction, participent à la mise en œuvre de ces objectifs. Le principe entend la communication des valeurs de l'établissement de santé, ses missions, ses visions, les stratégies à tous les niveaux, mais également l'encouragement et la motivation des professionnels. (Benchehida, 2020)

« Le leadership : c'est l'art de faire faire à quelqu'un quelque chose que vous voulez voir fait, parce qu'il a envie de le faire. » (Dwight Eisenhower (1890-1969))

Implication du personnel :

« Un personnel compétent, habilité et impliqué à tous les niveaux de l'organisme est essentiel pour améliorer la capacité de l'organisme à créer et fournir de la valeur. »

Sans l'implication de son personnel, une entreprise n'est rien. C'est d'ailleurs pour cela qu'il est important de rappeler que la qualité est présente à tous les niveaux de l'établissement de santé, chacun est concerné.

Dans un établissement de santé, vous participez tous activement à la mise en œuvre du système de management de la qualité en appliquant, entre autres, les procédures et tous les autres documents qualité, protocoles, en signalant les événements indésirables, en participant aux évaluations des pratiques professionnelles...

Afin d'appliquer ce principe, il est nécessaire d'avoir une communication cohérente au sein de l'établissement de santé, de réaliser des enquêtes de satisfaction des professionnels et les analyser pour ensuite générer des actions d'amélioration.

L'approche méthodique :

L'amélioration ou la reconfiguration des processus, la résolution des problèmes, le traitement des dysfonctionnements ne sont pas obtenus spontanément sous l'effet de la seule bonne volonté des personnes concernées par ces phénomènes. Les changements reposent sur l'utilisation appropriée, en groupe, de méthodes et d'outils de la qualité.

Ceux-ci permettront de définir clairement l'objectif de la démarche, d'analyser la situation existante, de définir les actions susceptibles d'agir sur les causes des dysfonctionnements, de les mettre en œuvre sous forme de plans d'actions, d'évaluer leurs effets et de les réajuster s'il y a lieu. Le choix des méthodes et des outils, qui peuvent être combinés entre eux, dépendra des objectifs poursuivis. (MOUNIC, BOULOGNE, ERBAULT, GARRIGUE-GUYONNAUD, & GLIKMAN, 2002)

Prises de décisions fondées sur des preuves :

Il s'agit de prendre des décisions en fonction de l'analyse de données tangibles, de preuves. Les décisions fondées sur l'analyse et l'évaluation de données et d'informations sont plus susceptibles de produire les résultats escomptés.

Dans un établissement de santé, de nombreuses données sont utilisées : l'analyse de la satisfaction des patients, les résultats d'audits, les résultats des évaluations des bonnes pratiques et des évaluations des pratiques professionnelles (EPP), les résultats des contrôles inopinés, les résultats des indicateurs...

Management des relations avec les parties intéressées :

Ce dernier principe considère que la qualité de la prestation des fournisseurs a un impact sur la qualité de la prestation d'une entreprise. Pour obtenir des performances durables, les organismes gèrent leurs relations avec les parties intéressées pertinentes, telles que les prestataires.

Dans un établissement de santé, pour certains fournisseurs, des indicateurs sont suivis tous les mois (prestataire de nettoyage et prestataire de linge).

De plus, les responsables des services indiquent s'ils ont rencontré des problèmes avec leurs fournisseurs. À l'aide de ces données, une analyse annuelle est réalisée lors de la revue de direction. Il peut alors être décidé de changer de prestataires ou d'aller réaliser des audits chez les fournisseurs.

L'amélioration continue, la résolution de problèmes et le traitement des dysfonctionnements :

L'obtention de la qualité repose sur une aptitude de l'organisation à améliorer constamment ses produits et ses services. L'amélioration de la qualité s'obtient toujours par une amélioration des processus réalisée étape par étape. Elle peut être recherchée quel que soit l'état initial. La démarche est itérative et vise des améliorations successives : on parle d'amélioration continue.

Le repérage des problèmes et des dysfonctionnements, leur analyse et leur traitement, est un moyen essentiel d'améliorer la qualité avec un retour sur investissement important et rapide. La mise en place d'une démarche qualité doit conduire à une attitude systématique d'analyse et de correction des problèmes et dysfonctionnements.

L'amélioration continue peut être appliquée selon des modalités diverses. On peut ainsi mettre en œuvre des changements pas à pas, nombreux et répétés, et également des modifications plus importantes menées sur un rythme accéléré comme dans le cas des méthodes par percées ou de la reconfiguration des processus.

IV. Les dimensions à maîtriser dans la mise en œuvre d'une démarche qualité :

Il s'agit d'une démarche de grande ampleur ce qui suppose une approche méthodique et une maîtrise de la conduite du changement. Quatre dimensions essentielles ont été identifiées par Shortell pour développer une démarche qualité de manière cohérente, efficace et pérenne : (MOUNIC, BOULOGNE, ERBAULT, GARRIGUE-GUYONNAUD, & GLIKMAN, 2002)

La dimension stratégique :

La prise en compte de la dimension stratégique nécessite en premier lieu de clarifier les objectifs de l'entreprise vis-à-vis de sa démarche qualité. La maîtrise de la dimension stratégique permet de préciser les thèmes que la démarche qualité contribue à traiter et ce en

quoi elle favorise l'atteinte des objectifs de l'entreprise. Il s'agit d'identifier les processus clés, c'est-à-dire ceux qui ont le plus d'impact sur la satisfaction des clients et auxquels l'entreprise consacre le plus de ressources présentant le meilleur potentiel d'amélioration.

La clarification et le partage de cette vision permettent d'ancrer la démarche qualité dans le fonctionnement quotidien, de mobiliser les professionnels sur les actions qualité et d'expliquer les choix dans l'attribution des ressources. Cela permet également de préciser les missions transversales de certains professionnels et d'officialiser le temps consacré aux actions qualité par rapport aux autres missions.

Cette dimension stratégique offre une vision qui permet la priorisation des actions et donc la focalisation des efforts en vue de l'atteinte des objectifs.

La dimension technique :

Elle rassemble plusieurs savoir-faire :

- **La gestion de projet** appliquée à l'ensemble de la démarche comprend la déclinaison des objectifs à partir de la stratégie, la répartition des tâches entre les différents acteurs de la démarche, la conduite de réunions efficaces, l'animation pour faire vivre la démarche, la communication ascendante et descendante, la planification avec un suivi régulier de l'avancement, un bilan des actions conduites et des résultats obtenus ;
- **L'organisation d'un système qualité** : c'est la formalisation cohérente de la démarche globale, en fonction des objectifs définis dans la politique. Le système qualité comporte toujours un volet consacré à l'écoute des clients, une gestion organisée des documents qualité, une identification et une analyse des processus clés de l'organisation qui feront l'objet de démarches d'amélioration continue avec un suivi interne systématique et, éventuellement, une reconnaissance externe des actions conduites et de leurs résultats ;
- **La maîtrise des méthodes et des outils de la qualité** ; leur application est indispensable pour conduire les différents projets qualité. Les méthodes et les outils employés, choisis selon les thèmes et les objectifs des projets, gagnent à être homogènes au sein de l'organisation permettant ainsi de limiter les coûts d'implémentation en rentabilisant les formations et en homogénéisant les compétences. Les techniques de mesure et les systèmes d'information doivent être maîtrisés. Des formations sont proposées, notamment aux chefs de projets, et un appui méthodologique est disponible en cours de démarche.

La dimension structurelle :

La dimension structurelle correspond à la mise en place des structures de coordination nécessaires à la démarche.

Le développement de la démarche qualité se traduit par l'augmentation du nombre d'actions qualité conduites, aussi bien celles qui recherchent une amélioration que celles qui correspondent à la mise en place d'un système qualité.

La coordination de la démarche devient rapidement un facteur clé pour assurer la cohérence et éviter que les multiples efforts des acteurs ne se dispersent et ne permettent pas d'aboutir à des améliorations significatives. Cette coordination repose sur la mise en place de structures qui comportent généralement deux composantes :

- une composante politique et stratégique constituée par exemple par un comité de pilotage. Celui-ci a pour but d'assurer le lien entre la dimension politique et stratégique et la conduite des actions, en guidant la démarche, en arbitrant sur des priorités et en suivant l'atteinte des objectifs ;

- une composante opérationnelle, par exemple cellule ou direction qualité permettant la coordination de la démarche et la mise en place d'éléments structurants du système qualité (gestion de projet, écoute des clients, etc.).

L'approche structurelle conduit à préciser l'organisation de la démarche au-delà des structures de pilotage et de coordination en définissant l'architecture du système qualité et les responsabilités des différents acteurs.

La dimension culturelle :

La dimension culturelle s'intéresse aux croyances, valeurs, normes, représentations et comportements qui favorisent la mise en œuvre de la démarche qualité. L'évolution de la culture s'acquiert progressivement par la conduite des différentes actions. Le but est d'agir en profondeur sur l'ensemble des acteurs en développant :

- le travail en équipe, l'esprit d'ouverture et de collaboration qui permettent de construire un vocabulaire partagé et une vision commune afin de transcender les représentations individuelles et donner la volonté d'agir ensemble ;

- l'approche client (qui conduit notamment à adapter les processus décisionnels) ; il n'est pas toujours facile sur le plan culturel d'accepter que le regard du client sur l'entreprise

est primordial. Les professionnels invoquent souvent un manque de compétence du client pour porter une appréciation sur la qualité du produit ou du service. L'effort culturel, qui consiste à accepter le regard du client, permet de disposer d'un facteur puissant de progrès pour l'entreprise ;

- la culture de la mesure qui permet l'instauration d'un dialogue objectif entre professionnels, la distinction entre les faits et les opinions, la prise de décision à partir d'éléments factuels et l'objectivation des changements ;

- l'approche positive de l'erreur qui conçoit les erreurs et les dysfonctionnements comme des opportunités d'amélioration et non comme des fautes dues à un coupable qu'il convient de sanctionner.

En définition les formations, la conduite de projets pilotes, l'exemplarité des leaders ont un rôle majeur dans l'évolution culturelle

V. Intervenir pour améliorer la qualité des soins :

Sept axes d'interventions majeurs sont généralement envisagés par les parties prenantes d'un système de santé, notamment les prestataires de soins, les gestionnaires et les décideurs, pour améliorer la qualité du système de soins :

- modifier les pratiques cliniques en première ligne ; établir des normes
- favoriser la participation et la responsabilisation des patients, des familles et des communautés locales
- mettre en place des incitations-financières et non financières-sur la base des performances ; adopter des textes législatifs et réglementaires
- informer et sensibiliser le personnel de soins, les gestionnaires et les décideurs ; introduire des programmes et des méthodes d'amélioration continue de la qualité

Lors du choix de la gamme et de l'assortiment des mesures en faveur de la qualité, les gouvernements devraient examiner soigneusement, sur la base des données, l'impact de différents types d'interventions vis-à-vis de l'ensemble du système de santé, de la réduction des risques de préjudice pour les patients, de l'amélioration des soins cliniques et de la participation et de la responsabilisation des patients, des familles et des communautés locales. (HAS : Haute Autonomie de Santé , 2019)

SECTION II : LA GESTION DES RISQUES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Dans cette section, nous aborderons la définition du risque et les différents types de risques auxquels les établissements de santé peuvent être confrontés. Nous nous intéresserons également à la politique qualité-gestion des risques, en présentant les différentes étapes de la démarche et les moyens à mettre en œuvre pour assurer une gestion efficace des risques en établissements de santé.

I. Qu'est-ce-que le risque ?

Au sens courant, le risque est un événement en relation avec une situation ou une activité dont l'arrivée aléatoire, susceptible de causer un dommage ou un préjudice aux personnes et/ou aux biens. Le risque est donc une probabilité de survenue d'un événement dommageable.

En 2003, l'ANAES définit le risque comme “ *une situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine* ” (GARRIGUE-GUYONNAUD & MOUNIC, 2003)

Le ministère de la santé a défini le **risque majeur** par la possibilité d'un événement d'origine naturelle ou humaine, dont les effets peuvent menacer la population, occasionner des dommages importants. Le risque majeur est caractérisé par sa faible fréquence et son importante gravité. De multiples classifications des risques ont été proposées :

- Les risques peuvent être classés selon leur réalité objective, il peut s'agir de :
 - les risques physiques (la maladie, le handicap)
 - risque psychique (la dépendance à une substance toxique)
 - risque social (perte de l'emploi, faillite d'une entreprise)

- le risque peut aussi revêtir une dimension subjective qui peut être ressentie pour soi ou pour les autres (famille, environnement, société)

- De même, le risque peut être classé simplement par sa nature: il s'agit du risque naturel, d'origine météorologique, géologique ou climatique (tornades) , indépendant de l'activité humaine, ou d'un risque intimement lié à l'activité humaine. dans cette

classification des risques liés à l'activité humaine, sont intégrés les risques iatrogènes (risques liés aux activités médicales de soins)

- le risque peut être classé selon que ce soit un risque réel ou potentiel :
- risque réel : celui qui existe ou a véritablement été. risque mesurable statistiquement en termes de probabilité. ce sont les conséquences de ce risque qui ont été évaluées et ont permis la mise en place de mesures préventives (démarches de gestions des risques a posteriori)
- risque potentiel : possibilité de survenue de préjudices. difficilement évaluable en terme de probabilité (démarche de gestion des risques a priori)

II. les risques en établissement de santé:

Dans un établissement de santé, les risques cliniques (risques transfusionnels, risques infectieux...) sont les risques les plus connus pour lesquels des démarches structurées ont été mises en œuvre, notamment à l'occasion des crises sanitaires et des événements indésirables graves médiatisés.

Cependant, d'autres risques coexistent dans un établissement de santé. Trois catégories de risques ont été identifiées par la HAS (haute autorité de santé en France).

- la première, directement associée aux soins (organisation et coordination des soins, actes médicaux, hygiène, utilisation d'un produit de santé, gestion de l'information,...etc.).
- la deuxième liée aux activités dites (de soutien) sans lesquelles les soins ne pourraient être correctement mis en œuvre (effectif de personnel et gestion des compétences, équipement et leur maintenance, achats et logistique, système d'information...etc.).
- la troisième liée à la vie hospitalière et à l'environnement (sécurité des personnes et des biens...etc.). Cette catégorie comporte les risques professionnels qui sont recensés dans le document unique de l'établissement. (MOUSSIER, CREUZON, LEBATARD, & ROUILLARD, 2018)

III. Définition de la gestion de risque :

❖ Première définition :

La **gestion des risques**, ou l'anglicisme, **management du risque** (de l'anglais : *risk management*), est la discipline visant à identifier, évaluer et hiérarchiser les risques liés aux activités d'une organisation, quelles que soient la nature ou l'origine de ces risques, puis à les traiter méthodiquement, de manière coordonnée et économique, afin de réduire et contrôler la probabilité des événements redoutés, et leur impact éventuel.

À ce titre, il s'agit d'une composante de la stratégie d'entreprise qui vise à réduire la probabilité d'échec ou d'incertitude de tous les facteurs pouvant affecter son projet d'entreprise. La gestion en continu de la grille de risques d'une entreprise suppose vision et vigilance du dirigeant et de ses conseils et cadres, pour la réadapter aux réalités du terrain et des systèmes régulateurs qui s'y appliquent.

Dans les grandes entreprises, on trouve des équipes spécialisées à la tête desquelles œuvre un gestionnaire du risque ou *risk manager*. Il a donc vocation à gérer les risques de l'entreprise qui l'emploie. (Wikipédia)

❖ Deuxième définition :

La gestion des risques est un “ *processus régulier, continu et coordonné, intégré à l'ensemble de l'organisation, qui permet l'identification, le contrôle, l'évaluation des risques et des situations à risque qui ont causé ou auraient pu causer des dommages aux patients, aux visiteurs, aux professionnels, aux biens de l'établissement* “ (MOUSSIER, CREUZON, LEBATARD, & ROUILLARD, 2018)

IV. La politique qualité-gestion des risques en établissement de santé

La politique qualité - Norme ISO 9000:

La politique qualité se définit comme les “ orientations et intentions générales d'un organisme relative à la qualité telles qu'elles sont officiellement formulées par la direction” (MOUSSIER, CREUZON, LEBATARD, & ROUILLARD, 2018)

La politique qualité-gestion des risques :

- Elle est décrite et intégrée au projet d'établissement (en cohérence avec les autres projets dont le projet médical et le projet de soins de l'établissement)
- elle est signée au moins par la direction générale et le président de la CME
- elle est diffusée, connue et comprise au sein de l'établissement
- elle comprend les objectifs qui sont déclinés dans un plan d'actions

Le plan d'actions qualité-gestions des risques d'un établissement de santé

Il est élaboré à partir des :

- orientations internes : politique qualité-gestion des risques du projet d'établissement
- orientations régionales: contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), contrat de bon usage du médicament
- orientations nationales : textes réglementaires, procédure de certification
- données internes : les résultats des indicateurs (IQSS , ICALIN ...), les déclarations d'événements indésirables, les risques identifiés....
- plaintes et réclamations des usagers
- autres données externes : rapports d'inspection, suivi des contentieux

Le plan d'actions est formalisé par :

- des actions priorisées
- la désignation d'un responsable pour chaque action
- un calendrier de réalisation
- des indicateurs de suivi

En conclusion, précisons que les secteurs d'activité déterminent leurs propres objectifs opérationnels et plans d'actions en cohérence avec la politique et le plan d'actions de l'établissement.

SECTION 3 : LE DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Pour lutter contre les infections nosocomiales, des dispositifs de prévention et de contrôle ont été mis en place dans les établissements de santé. Ces dispositifs comprennent notamment des mesures d'hygiène et de désinfection renforcées, des protocoles de prévention des transmissions croisées, une surveillance accrue des infections, ou encore des programmes de formation pour les professionnels de santé.

Dans cette section, nous aborderons la définition des infections nosocomiales, les différents types d'infections et leurs causes, ainsi que les dispositifs mis en place pour lutter contre ces infections dans les établissements de santé. Nous verrons également comment ces dispositifs peuvent contribuer à réduire le risque d'infections nosocomiales et à améliorer la sécurité des patients.

I. Définition des infections nosocomiales :

- **Première définition :**

Les infections nosocomiales sont des infections contractées lors d'un séjour dans un établissement de santé. Il est également connu comme une infection nosocomiale. Cela signifie que ces infections ne se développent pas lorsque le patient est admis à l'hôpital. Cependant, si le statut infectieux d'un patient à l'admission est inconnu, il est généralement considéré comme une infection nosocomiale s'il se développe après 48 heures d'hospitalisation. S'il survient avant un tel délai, il est généralement considéré comme étant en incubation lorsqu'il entre dans l'établissement. (Ministère de la santé et de la prévention)

- **deuxième définition :**

D'après l'organisation mondiale de la santé (OMS), les(IN) peuvent être décrite comme *“des infections survenant chez un patient au sein d'un hôpital ou d'un autre établissement de santé et chez qui cette infection n'était ni présente ni incubation au moment de l'admission. Cette définition inclut les infections contractées à l'hôpital mais qui se déclarent après la sortie, et également les infections professionnelles parmi le personnel de l'établissement.”* (santé, 2008)

II. Les types les plus fréquents des IN :

Selon l’OMS, les infections nosocomiales les plus fréquentes sont celle du site opératoire, les infections urinaires et les infections respiratoires, l’étude de l’OMS ainsi que d’autres ont permis de montrer que la prévalence maximale des infections nosocomiales s’observe dans des unités des soins intensifs et dans les services de chirurgie d’urgence et d’orthopédie.

Il est à préciser que la fréquence n’est pas synonyme de gravité. Par conséquent, les infections urinaires sont les plus courantes et les plus fréquentes mais ne sont en général pas graves. En revanche, certaines infections pulmonaires ou certaines septicémies¹ peuvent être très graves et parfois mortelles. Les principaux types d’infection sont:

Les infections urinaires:

Ces infections sont les plus courantes des IN, leur principale origine est liée à 80% au sondage². Comme déjà cité, ces infections sont associées à une plus faible morbidité que les autres infections nosocomiales, mais par contre elles peuvent dans certains cas s’aggraver et devenir mortelles.

les infections du site opératoire :

Après les infections urinaires, se trouvent les infections du site opératoire qui sont également fréquentes. De ce fait, leur incidence va de 0,5% à 15% (l’OMS, 2009) selon le type d’intervention et l’état général du patient.

Ce type d’infections est en général acquis et contracté pendant l’intervention elle-même, avec une origine soit exogène liée à l’air, le matériel médical, les chirurgiens et autres soignants, soit endogène liée aux organes du patient.

L’état général du patient ainsi que la durée de l’intervention sont les principaux facteurs de risque. Les autres facteurs en jeu sont la qualité de la technique chirurgicale, la violence des micro-organismes, la présence d’une infection simultanée sur un autre site et l’expérience de l’équipe chirurgicale.

¹ Infection provoquées par des agents pathogènes présents dans le sang.

² Le sondage vésical consiste à introduire une sonde dans la vessie, pour permettre l’écoulement des urines.

pneumopathie nosocomiales :

Les unités de soins intensifs enregistrent quotidiennement des pneumopathies nosocomiales. Ainsi, les micro-organismes colonisent l'estomac, les voies respiratoires supérieures et les bronches, et provoquent une infection pulmonaire (pneumopathie), ils sont dans la plupart des cas endogènes (appareil digestif) mais peuvent être aussi exogènes, souvent à partir d'un appareil respiratoire contaminé.

autres infections nosocomiales :

De nombreux autres sites potentiels d'infection peuvent exister à l'exemple :

- l'infection de la peau et des tissus mous : les plaies ouvertes (ulcères, brûlures).
- La gastro-entérite est l'infection nosocomiale la plus fréquente chez l'enfant.
- Les sinusites, ainsi que les autres infections de la sphère ORL, les infections de l'œil et de la conjonctive.
- l'endométrite et autres infections de l'appareil génital après l'accouchement.

Signalons au passage que les pneumonies et les septicémies sont les infections les plus mortelles et aussi les plus onéreuses. Toutes ces infections représentent un problème aigu qui limite le bénéfice potentiel des actes médicaux et qui remet en question le rôle joué par les hôpitaux. Et les services les plus touchés sont la réanimation (un tiers des contaminations) et la chirurgie 10%.

III. mode de transmission des IN :

L'infection peut être directement liée aux soins prodigués au patient (par exemple, infection du cathéter), ou elle peut survenir uniquement pendant l'hospitalisation, sans lien avec une procédure médicale (une épidémie de grippe).

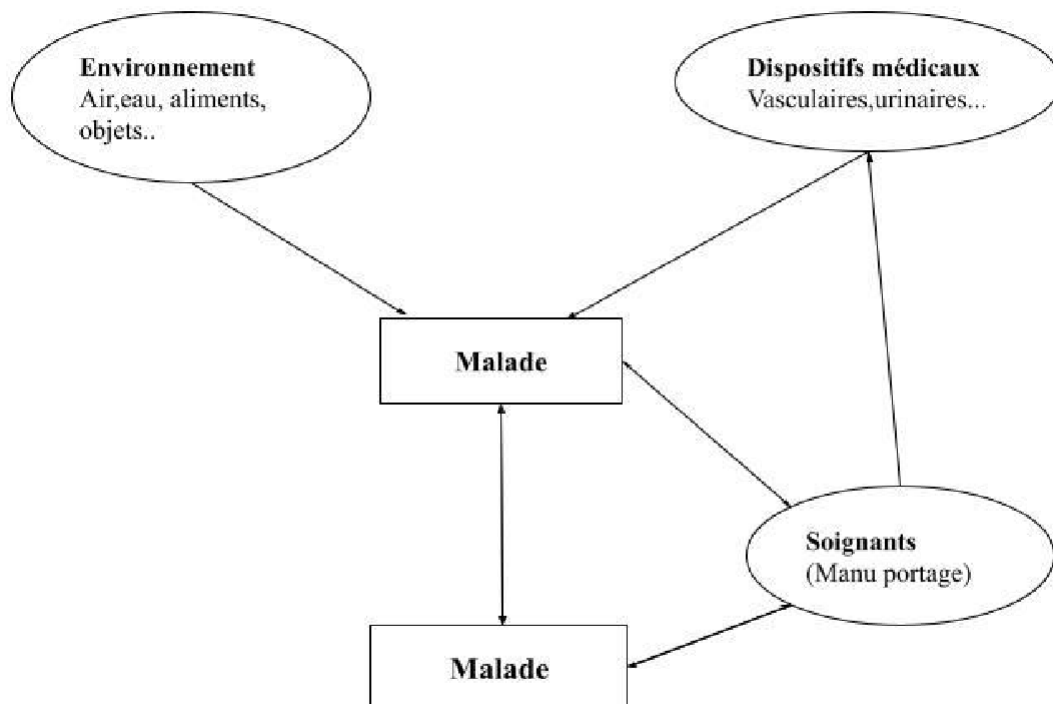
Il existe plusieurs modes de transmission des IN : (FRM)

- **Cas 1** : La source d'infection provient du patient lui-même, et elles sont présentes à la surface de la peau. La contamination peut se produire lors de l'ouverture de la peau (pour les procédures invasives telles que l'introduction de cathéters, la mise en place de sondes ou de drains).

→ **Cas 2** : La source d'infection provient de l'environnement du patient. Dans ce cas, l'infection provenait d'un autre patient, ou d'un soignant ou d'éléments contaminés (système d'air, eau, nourriture, etc.).

Certains patients sont plus sensibles aux infections : les personnes dont le système immunitaire est affaibli en raison d'une maladie ou d'un traitement, les prématurés, les personnes âgées, les personnes souffrant de traumatismes multiples et les personnes gravement brûlées sont plus à risque d'infection.

Figure I.2 : les modes de Transmission des infections nosocomiales



Source : BRUCKER G : << infection nosocomiales et environnement hospitalier >>, édition Flammarion, paris 1998, P 68.

IV. les causes des infections nosocomiales :

L'OMS accord aux infections nosocomiales une importance capital, notamment puisque celle-ci ont des conséquences assez néfastes sur plusieurs plans. De ce fait, une

Chapitre 1 : La politique qualité/gestion des risques dans les établissements de santé et la lutte contre les infections nosocomiales

enquête (L'OMS, 2011) de prévalence réalisée par l'OMS dans 55 hôpitaux de 14 pays (Europe, Méditerranée oriental, Asie du sud-est et pacifique occidental) a dévoilé qu'à chaque instant plus de 1,4 million de personnes dans le monde souffrent de complications infectieuses acquises et contractées à l'hôpital, la même enquête souligne que plusieurs facteurs contribuent à la manifestation et à l'apparition de ces maladies nosocomiales. Il s'agit essentiellement de la non-observation du lavage des mains et de leur désinfection par le personnel paramédical et médecin.

Nous soulignons les principales causes suivantes :

- ***La défaillance d'hygiène:*** le non-respect des pratiques de base de l'hygiène constitue la principale cause de l'apparition des infections nosocomiales. En effet, la transmission des virus se favorise par la négligence des règles de précaution et d'hygiène, à l'exemple du port des gants, de lunettes, de blouses...etc.
- ***La mauvaise désinfection, aseptie et stérilisation du matériel médical*** (désinfection insuffisante, stérilisation efficace, hygiène des mains défectueuse).
- ***les progrès médicaux et chirurgicaux*** : l'apparition de nouvelles pratiques avec thérapeutiques sophistiqués, de plus en plus agressives et invasives, renforçant la probabilité des IN.
- ***La mauvaise manipulation du matériel utilisé***, notamment le matériel piquant et tranchant injectable, et tout le matériel à usage unique (à l'exemple des seringues) utilisé dans les laboratoires et dans les blocs-opératoires.
- ***La mauvaise gestion des déchets hospitaliers***, notamment ceux qui sont potentiellement infectieux, peuvent provoquer ces infections lorsque le tri de ces déchets se fait loin des normes requises. Tout cela se renforce dans de nombreux cas, par une absence des dispositifs conçus pour l'épuration des fumées, ce qui aggrave encore la situation et favorise alors la survenue des virus et bactéries et donc des infections.
- ***L'utilisation abusive antibiotique*** peut être également une des principales causes des infections nosocomiales. En effet, ils rendent certains micro-organismes résistants et participent à l'allongement de la durée des traitements et entraînent parfois l'échec de ces médicaments.

Quelles que soient leurs origines et leurs causes de survenue, retenons en conclusion que ces infections augmentent la morbidité et la mortalité dans les établissements de santé. A cet effet, des mesures et des dispositifs de lutte doivent être mis en place, afin de maîtriser et contrer ce risque. (L'OMS, 2011)

V. les dispositifs de lutte contre les infections nosocomiales :

Les infections nosocomiales, également appelées infections associées aux soins, sont les infections qui s'appliquent chez les patients lorsqu'elles sont traitées dans un établissement de santé. Afin de lutter efficacement contre les Infections Nosocomiales, il vous est demandé de respecter les consignes d'hygiène qui vous sont communiquées (lavage des mains, friction hydro-alcoolique, port du masque si besoin...). Les visiteurs doivent également respecter ces consignes, à l'entrée et à la sortie de la chambre. (centre hospitalier cambrai)

Le dispositif de lutte contre les IN s'est mis en place en France à partir de 1988 avec la création des comités de lutte contre les infections nosocomiales dans tous les établissements publics et privés participant au service public hospitalier, en Algérie la création du CLIN se base sur l'arrêté ministériel N°64/MSP du 07.11.1998 (centre hospitalier cambrai)portant sur la création d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales au niveau des établissements de santé.

V.1. les missions du CLIN:

→ l'organisation et la coordination de l'action des professionnels

Le CLIN assure l'organisation et la coordination de l'action des professionnels de santé dans:

- La prévention des infections associées aux soins, notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques en matière d'hygiène ;
- La surveillance des infections associées aux soins : suivi des Infections Associées aux Soins, suivi des épidémies, suivi du taux de BMR ;
- La définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière de lutte contre les infections associées aux soins ;

Chapitre 1 : La politique qualité/gestion des risques dans les établissements de santé et la lutte contre les infections nosocomiales

- L'évaluation périodique des actions de lutte contre les infections associées aux soins, dont les résultats sont utilisés pour l'élaboration des programmes d'actions ultérieurs;
- La gestion des épidémies.

Il est chargé de définir les modalités de recueil et de signalement des informations concernant les infections nosocomiales devant être signalées.

Il est consulté lors de la programmation de travaux, de l'aménagement de locaux, de l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir des répercussions sur la prévention et la transmission d'infections nosocomiales dans l'établissement.

Le CLIN est secondé par le service hygiène et les correspondants hygiène.

→ *Le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales:*

Le CLIN prépare chaque année, avec le service hygiène, le programme d'actions de lutte contre les infections associées aux soins et qui se compose des axes suivants :

- Un axe prévention : recommandations de bonnes pratiques d'hygiène (protocoles et règles d'hygiène, fiches techniques, éducation du patient, etc.) pour garantir la sécurité vis-à-vis du risque infectieux des personnes soignées et des professionnels de santé ;
- Un axe surveillance : méthodes et indicateurs adaptés à l'activité permettant l'identification, l'analyse et le suivi des infections associées aux soins (dont les épidémies et les BMR) ;
- Un axe plan de formation et information des professionnels ;
- Un axe d'évaluation de l'efficacité de la lutte contre les risques infectieux, dont les résultats sont utilisés pour élaborer le programme de l'année à venir.

Ce programme s'inscrit dans la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et met en œuvre les objectifs généraux de la lutte contre les infections associées aux soins exposés dans le projet d'établissement.

Il s'intègre également dans le contrat d'objectifs et de moyens conclu avec l'Agence Régionale de Santé.

La mise en œuvre de ce programme, impliquant de nombreux acteurs (le président du CLIN, le praticien hygiéniste, le responsable qualité et gestion des risques, les correspondants hygiène), nécessite que le CLIN définisse le rôle de chacun de ces acteurs.

Chapitre 1 : La politique qualité/gestion des risques dans les établissements de santé et la lutte contre les infections nosocomiales

→ Le suivi du programme annuel de maîtrise du risque infectieux et la communication des informations utiles:

Le CLIN veille au suivi du programme annuel de maîtrise du risque infectieux et à la communication des informations utiles.

Il doit produire les données nécessaires au calcul des indicateurs liés à la lutte contre les infections nosocomiales.

→ Le rapport d'activité annuel / le bilan standardisé annuel de la lutte contre les infections nosocomiales:

Le CLIN élabore le rapport annuel d'activité de lutte contre les infections nosocomiales. Le CLIN élabore un bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales.

Ce bilan est transmis par le représentant légal de l'établissement à l'Agence Régionale de Santé et au centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN).

Le programme d'actions de lutte contre les infections associées aux soins ainsi que le rapport annuel d'activité de la lutte contre les infections nosocomiales sont transmises au conseil de surveillance, à la CME, au CHSCT, au CTE, à la CSIRMT et au directoire. (CLIN | hôpital en Algérie, établissement hospitalier à Skikda)

CONCLUSION :

En conclusion, la mise en place d'une politique qualité/gestion des risques est essentielle pour garantir la sécurité et la qualité des soins dans les établissements de santé. Cette politique se compose de plusieurs éléments clés, dont la démarche qualité, la gestion des risques et la lutte contre les infections nosocomiales. La démarche qualité vise à améliorer les processus de soins et à garantir une meilleure satisfaction des patients. La gestion des risques permet de détecter et de prévenir les risques potentiels liés aux activités de l'établissement de santé. Enfin, la lutte contre les infections nosocomiales est essentielle pour éviter la propagation d'infections au sein des établissements de santé.

La mise en place de ces différents dispositifs nécessite la mobilisation de l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge des patients. La collaboration entre les différents services, ainsi que la participation active des professionnels de santé et des patients, est essentielle pour garantir l'efficacité de ces dispositifs.

Enfin, il est important de souligner que la politique qualité/gestion des risques dans les établissements de santé est un processus continu qui nécessite une évaluation régulière des résultats obtenus. La mise en place de dispositifs de suivi et d'évaluation permet de mesurer l'efficacité des stratégies mises en place et d'identifier les pistes d'amélioration.

En somme, la politique qualité/gestion des risques dans les établissements de santé et la lutte contre les infections nosocomiales sont des enjeux majeurs pour la sécurité et la qualité des soins. La mise en place de dispositifs adaptés et la mobilisation de tous les acteurs impliqués sont essentielles pour garantir la sécurité et la qualité des soins dans les établissements de santé.

***CHAPITRE II : Les stratégies de lutte contre les infections
nosocomiales: expériences de quelques pays***

INTRODUCTION :

Les infections nosocomiales, également appelées infections associées aux soins de santé, sont une préoccupation majeure pour les établissements de santé du monde entier. Selon l'Organisation mondiale de la santé, environ 10 % des patients hospitalisés contractent une infection nosocomiale, ce qui peut entraîner des complications graves et prolonger la durée de séjour à l'hôpital. De plus, ces infections représentent un fardeau économique important pour les systèmes de santé, entraînant des coûts supplémentaires pour les patients et les établissements de santé.

Face à ce problème de santé publique, de nombreux pays ont développé des stratégies de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. Ces stratégies peuvent inclure des mesures telles que le lavage des mains, la stérilisation du matériel médical, la gestion appropriée des antibiotiques et la formation des professionnels de santé.

Le présent chapitre se concentrera sur les stratégies de lutte contre les infections nosocomiales mises en place dans plusieurs pays, en explorant les pratiques et les résultats obtenus. En examinant les différentes approches utilisées, il sera possible d'identifier les meilleures pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, et de déterminer les mesures qui peuvent être adoptées pour améliorer la qualité des soins de santé dans ce domaine.

La prévention des IN passe par l'ensemble des personnes et des services impliqués dans les soins de santé, chacun doit contribuer à réduire le risque d'infection à la fois pour les patients et pour le personnel. Le concept de prévention englobe le personnel soignant, la direction, l'implantation de l'établissement, la fourniture du matériel et des produits, et la formation des agents de santé. Pour être efficaces, les programmes de lutte contre les IN peuvent être très complets et portent aussi bien sur les activités de surveillance et de prévention que sur la formation du personnel.

SECTION I: LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LES IN DANS LES PAYS MAGRÉBIN

Les infections nosocomiales, également connues sous le nom d'infections associées aux soins de santé, constituent un problème majeur de santé publique dans le monde entier, y compris dans les pays maghrébins tels que la Tunisie et le Maroc. Ces infections ont un impact important sur les patients, entraînant une augmentation de la durée de l'hospitalisation, des coûts supplémentaires pour le système de santé, des taux de morbidité et de mortalité élevés, ainsi qu'une résistance aux antibiotiques. La lutte contre les infections nosocomiales est donc une priorité pour garantir la sécurité et la qualité des soins de santé dans les pays maghrébins. Dans cette section, nous examinerons les politiques et les programmes de lutte contre les infections nosocomiales en Tunisie et au Maroc, ainsi que les défis rencontrés dans leur mise en œuvre et les résultats obtenus.

I. Cas de la Tunisie :

En Tunisie, il existe des dispositions disparates concernant l'hygiène hospitalière dans plusieurs textes. Mais il n'y a pas de texte législatif et réglementaire spécifique à l'hygiène hospitalière (service régional d'hygiène, 2008)

- **Loi n°91-63 du 29 juin 1991**, relative à l'organisation sanitaire. Les principaux articles de cette loi stipulent :

Article 1: toute personne a le droit à la protection de sa santé dans les meilleures conditions possibles.

Article 2 : Les membres des professions de santé ainsi que les structures et les établissements de soins et d'hospitalisation publics ou privés, assurent la protection sanitaire de la population.

Article 5 : les structures et établissement sanitaire publics et privés doivent fonctionner dans des conditions qui garantissent :

- Les droits fondamentaux de la personne humaine et la sécurité des malades qui recourent à leurs services.

Chapitre II : Les stratégies de lutte contre les infections nosocomiales, expériences de quelques pays

- le respect des règles d'hygiène fixées par la législation et la réglementation en vigueur.
- **Décret n°81-1634 du 30 novembre 1981** portant règlement général intérieur des hôpitaux, instituts et centres spécialisés relevant du ministère de la santé publique dont *l'article 41* qui stipule qu' " une stricte hygiène corporelle et de règle à l'hôpital. Le personnel hospitalier et les malades sont tenus à une parfaite propreté sous le contrôle des surveillants des services et du surveillant général de l'établissement."
- **Circulaire du Ministère de la santé Publique n°04/96 du 04 janvier 1996** relative à la réalisation de la convention relative à la collecte de placentas humains " les placentas doivent être mis dans des sac en plastique verts pour être inhumés conformément aux instructions de la circulaire n°MSP/76/DHMPE/ du 18 septembre 1992".

De façon particulière, la lutte contre les infections nosocomiales se concrétise par les textes réglementaires suivants :

- **Circulaire n°3/2000 du 17 janvier 2000** relative à la prévention de la transmission des infections associées aux soins (IAS) dans les centres d'hémodialyse ;
- **Circulaire n° 30/2002 du 8 avril 2002** relative à la promotion de l'hygiène des mains comme stratégie de lutte et de prévention des IAS
- **Circulaire n° 76/2004 du 2 octobre 2004** appelant les établissements de soins a participé à la première enquête nationale de prévalence des IN
- **Circulaire n° 44/2005 du 11 mai 2005** relative aux mesures préventives contre les IAS sans recours à la fermeture temporaire des services
- **Circulaire du ministère de la santé publique n° 75/06 du 6 septembre 2006** relative à l'organisation des activités de stérilisation des dispositifs médicaux et le renforcement de sa qualité et de son efficacité.
- **Arrêté du ministère de la santé publique du 5 février 2009**, portant création du comité technique de la sécurité des malades et organisation de ses modalités de fonctionnement. Ce comité a pour mission de donner un avis et présenter des propositions sur toutes les questions relatives à la sécurité des malades, qui lui sont soumises par le ministère de la santé publique. Il s'agit essentiellement de renforcer

Chapitre II : Les stratégies de lutte contre les infections nosocomiales, expériences de quelques pays

la sécurité au niveau des établissements hospitaliers, particulièrement le milieu chirurgical, et de lutter contre la propagation du risque infectieux à l'hôpital (infections nosocomiales). (tunisienne, 2009)

La première enquête nationale de prévalence des IN, en Tunisie, a été réalisée en 2005. Cette enquête a porté sur 66 établissements hospitaliers publics et privés. Les principaux résultats dévoilés ont montré un taux de prévalence de 19.9% dans les services de soins intensifs, en particulier la réanimation. Dont le taux global était estimé à 6.9%. (CHOUCHENE, 2015)

Cette enquête a pu démontrer que la plupart de ces infections sont évitables, si seulement les règles d'hygiène et de sécurité de base sont convenablement respectées, et dans le but de contribuer à la baisse de ce taux, une série de recommandations a été élaborée. Il s'agit de:

- Créer un CLIN au sein de l'unité régionale de l'hygiène hospitalière pour renforcer le dispositif de lutte contre ces infections.
- Améliorer la formation du personnel médical et paramédical en matière d'hygiène hospitalière
- Élaborer et diffuser des recommandations de bonnes pratiques d'hygiène hospitalière. (REDJEB, 2006)

En 2011, le pacte du premier défi mondial pour la sécurité des patients, dont le thème est “ un soin propre est un soin plus sûr ” a été signé par le ministère de la santé publique et le représentant de l'OMS. Cet accord avait pour but de renforcer les mesures de sécurité et de protection des patients hospitalisés, en insistant sur la nécessité de surveiller, de signaler et de combattre tout événement indésirable, par le biais de la diffusion de l'information relatives à ces infections, et la programmation de ses sessions de formation et de sensibilisation. Une liste de recommandations est élaborée par l'OMS a cet effet afin d'accentuer les efforts de lutte contre le risque nosocomial. (OMS, 2011)

II. Cas du Maroc :

La lutte contre les infections nosocomiales constitue une priorité pour les autorités sanitaires au Maroc. En effet, plusieurs démarches ont été suivies afin de faire face à ce fléau. La première initiative date de la fin des années 1980, ou la réduction des

Chapitre II : Les stratégies de lutte contre les infections nosocomiales, expériences de quelques pays

contaminations contractées par les professionnels de santé et des malades, représentait le principal objectif tracé par les autorités concernées.

A cet effet, un programme national de prévention des infections nosocomiales a été mis en place en 1991, par le ministère de la santé. Trois ans après, le premier CLIN a été créé au CHU Ibn Roched (Casablanca). (OUBIHI B, 2015)

En outre, une première enquête nationale sur les infections nosocomiales a été menée en 1994 et a révélé un taux de prévalence de 14%. Depuis aucune autre étude n'a été réalisée. Ainsi il a fallu attendre l'avènement des années 2000, plus précisément l'année 2004, pour mettre en place un véritable programme de lutte contre le risque infectieux à l'hôpital, ou l'accent de la réforme hospitalière été mis sur la nécessité 'améliorer la qualité des soins et des services de santé, en introduisant des mécanismes d'évaluation de la qualité et de la performance. (EL RHAZIK., 2007)

Le renforcement de l'hygiène hospitalière s'est concrétisé par la mise en place d'une cellule nationale de lutte contre les infections nosocomiales, en 2005, domiciliée au niveau de la direction des hôpitaux et des soins ambulatoires. Cette cellule avait pour principales mission : (Mahdia, 2012)

- La coordination des activités de l'ensemble du dispositif des infections nosocomiales;
- La surveillance de l'application des plans d'action nationaux;
- La mise en forme et la diffusion des notes techniques et recommandations élaborées par le comité technique national;
- La collecte de données nationales relatives à la fréquence des infections nosocomiales;
- L'analyse des rapports d'activité des différentes structures du dispositif;
- la coopération avec d'autre structure concernée du ministère de la santé ;
- La facilitation des relations avec d'autre organisme en relation avec le risque nosocomial et sa prévention ;
- La mise à jour d'une base de données et d'un confi documentaire nationaux et internationaux en matière d'infections nosocomiales ;
- La présentation au ministère de la santé un rapport périodique regroupant les activités du dispositif de lutte contre le risque infectieux ;

Chapitre II : Les stratégies de lutte contre les infections nosocomiales, expériences de quelques pays

Outre cette cellule nationale, d'autres structures régionales et interrégionales existent au niveau de chaque centre hospitalier. Ces structures sont multidisciplinaires et ont pour objectifs de surveiller et de prévenir les infections nosocomiales, tout en diffusant les informations utiles permettant de disposer de bases de données et de collaborer avec les structures sanitaires centrales.

En 2008, Le ministère de la santé a mis en place un plan d'action, étalé sur période de quatre ans. Ce plan visait l'amélioration et la facilitation d'accès aux soins de qualité à l'ensemble de la population, ou l'accent a été mis sur la nécessité du renforcement de la sécurité du patient, et l'amélioration du management des risques hospitaliers. (BACHIR, 2013)

Plusieurs mesures ont été mises en place au Maroc pour concrétiser la lutte contre les infections nosocomiales. A cet effet, des séances de formation spécialisées en hygiène hospitalière et en prévention des IN sont assurées par de nombreux établissements de santé, au profit du personnel médical et paramédical. Ces formations sont programmées en collaboration avec des établissements hospitaliers hautement qualifiés, en matière de lutte contre ces infections hospitalières (France, Belgique).

Dans le cadre du renforcement de la lutte contre la propagation du risque infectieux à l'hôpital, un manuel d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales a été élaboré par le ministère de la santé (inspiré du modèle français). Ce manuel est considéré comme étant un instrument permettant de sensibiliser les acteurs de la santé et de les inciter à suivre, rigoureusement, les instructions qui favorisent la réduction de ces infections.

SECTION III : LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LES IN DANS LES PAYS DÉVELOPPÉS : LE CAS DE LA FRANCE ET DU CANADA.

Les infections nosocomiales, également connues sous le nom d'infections associées aux soins de santé, sont un problème majeur de santé publique dans le monde entier. Bien que les pays développés disposent de ressources et de moyens pour prévenir et lutter contre ces infections, elles continuent d'être une préoccupation importante pour les établissements de santé et les autorités sanitaires. En France et au Canada, par exemple, les infections nosocomiales sont un enjeu important de santé publique, et des programmes et des

Chapitre II : Les stratégies de lutte contre les infections nosocomiales, expériences de quelques pays

politiques ont été mis en place pour prévenir et contrôler leur propagation. Dans cette section, nous examinerons les stratégies et les initiatives mises en place en France et au Canada pour prévenir et contrôler les infections nosocomiales dans les établissements de santé, ainsi que les résultats de ces efforts et les défis restants.

Le choix de ces deux pays a été fait par la disponibilité des données par rapport aux autres pays, ainsi nous aborderons l'historique de ces deux derniers concernant leurs procédures sur la lutte contre les infections nosocomiales

I. En France :

Avant 1988, la France accusait un retard important dans la prévention des IN, depuis des CLIN sont institués dans chaque établissement. En 1992, l'institution du comité technique national des IN (CTIN) et de cinq centres de coordination interrégionaux de la lutte contre les IN (CCLIN) ainsi que la création d'équipes d'hygiène dans les hôpitaux, ont fait évoluer considérablement la mobilisation des professionnels de soins.

En 1998, il est rendu obligatoire dans les établissements publics les CLIN, et la loi relative à la sécurité sanitaire leur a donné un statut légal et les a généralisés dans les établissements (extension aux cliniques privées). Par la suite, leur fonctionnement a été réorganisé par un décret du 6 décembre 1999.

Enfin, à l'an 2002, la loi relative " aux droits des malades et à la qualité du système de santé " a vu le jour sous le titre " Répartitions des risques sanitaires". Cette loi a pour ambition d'adapter le système de santé aux attentes des malades, posant notamment pour principe que l'apparition d'une (IAS) constitue une faute, principe né en fait de la jurisprudence.

➤ le programme de lutte contre les IN 2005-2008:

Ce programme s'articule autour de cinq grandes orientations :

- 1) adapter les structures et faire évoluer le dispositif de lutte contre les IN
- 2) améliorer l'organisation des soins et les pratiques des professionnels
- 3) optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance et du signalement des IN
- 4) mieux informer les patients et communiquer sur le risque IAS

Chapitre II : Les stratégies de lutte contre les infections nosocomiales, expériences de quelques pays

- 5) promouvoir la recherche sur les mécanismes, l'impact, la prévention et la perception des IN

Afin de continuer à progresser, la France a mis en place un nouveau programme d'actions pour 2009-2013 qui s'inscrit dans un plan stratégique de prévention des IAS.

Ce plan stratégique s'articule autour :

- du plan national actuel pour préserver l'efficacité des antibiotiques
- et du futur " plan d'actions national pour la maîtrise des BMR" articulé avec le plan national de préservation de l'efficacité des antibiotiques

De là, découle six orientations déclinées à chaque échelon:

1. promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins pour améliorer la prévention et la maîtrise du risque infectieux
2. anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique pour prévenir et maîtriser leur diffusion
3. optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance pour prioriser et évaluer les actions de prévention
4. maintenir l'usager au centre du dispositif pour améliorer la transparence et la prise en charge des patients infectés
5. améliorer l'organisation du dispositif de prévention des IN pour accroître l'efficacité de la gestion du risque infectieux
6. promouvoir la recherche sur les IN pour mieux comprendre la survenue des infections et adapter les mesures de prévention. (programme national de lutte contre les infections nosocomiales , 2005)

II. Au Canada :

En 2004, les hôpitaux du Québec ont dû faire face à une augmentation importante du nombre de cas d'infection par la bactérie. Cette éclosion a alerté et mobilisé le ministère qui, en étroite collaboration avec les établissements et les agences régionales, a soutenu immédiatement la mise en place de mesures visant à contrôler et à prévenir ces infections.

C'est ainsi qu'en 2005 qu'a été créé le comité d'examen sur la prévention et le contrôle des IN. Ce comité composé de neuf membres avait pour mandat d'examiner la

Chapitre II : Les stratégies de lutte contre les infections nosocomiales, expériences de quelques pays

situation et faire des recommandations afin d'aider le ministère, ses organismes et son système de services à mieux composer avec la situation évolutive des IN. Dans son rapport communément appelé “ Rapport Au coin”, publié en 2005, le comité soutenait que la prévention et le contrôle des IN (PCI) étaient étroitement liés à un problème de gestion, notamment de gestion des priorités, et ce tant dans les établissements et les agences qu'au ministère.

En juin 2006, dans la foulée des recommandations du comité, le ministère a publié un cadre de référence visant à soutenir les établissements, qui est divisé en deux volets et traite des activités et des composantes structurelles du programme de prévention et de contrôle des IN. (cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec)

Le comité sur les IN du Québec (CINQ) et son sous-comité de surveillance provinciale des IN (SPIN), tous deux rattachés à l'institut national de santé publique du Québec (INSPQ), fournissent une expertise scientifique sur la surveillance, le contrôle et la prévention des infections contractées au cours d'un épisode de soins.

À la lumière des stratégies reconnues efficaces :

- le CINQ fait des recommandations et produit des avis scientifiques visant la prévention et le contrôle des IN
- le sous-comité (SPIN) a pour mandat d'élaborer des programmes de surveillance pour des IN qui représentent un risque pour la santé de la population

Ces programmes, conçus à partir de méthodologies et de définitions standardisées, proposent aux centres hospitaliers des outils communs qui leur permettent de suivre leur propre situation et de se comparer avec les autres établissements similaires de leur région et de la province.

Le plan d'actions sur la prévention et le contrôle des IN 2010-2015 s'inscrit dans le prolongement du plan d'actions 2006-2009. Bien que le bilan de ces réalisations soit fort encourageant, la mise en œuvre et la consolidation des activités restent nécessaires.

Ce plan est un outil de gestion à la disposition du ministère pour soutenir les agences de santé et les services sociaux ainsi que les établissements. Il s'inscrit en continuité avec les

actions antérieures. (prévention et contrôle des infections nosocomiales, plan d'action 2010-2015)

SECTION III: LES MOYENS DE LA PRÉVENTION POUR LA RÉDUCTION DE LA PRÉVALENCE DES IN EN ALGÉRIE

En Algérie, comme dans de nombreux autres pays, les infections nosocomiales sont une préoccupation croissante pour les établissements de santé et les autorités sanitaires. Les conséquences de ces infections peuvent être graves, entraînant une augmentation de la durée de l'hospitalisation, une augmentation des coûts pour le système de santé, une morbidité et une mortalité accrues pour les patients, ainsi qu'une résistance aux antibiotiques. La prévention et la lutte contre les infections nosocomiales sont donc une priorité pour garantir la sécurité et la qualité des soins de santé en Algérie. Dans cette section, nous examinerons les stratégies et les initiatives mises en place pour prévenir et contrôler les infections nosocomiales dans les établissements de santé en Algérie. (Mahdia, mémoire de magister, 2012)

La prévention des infections nosocomiales se repose sur plusieurs principes et bases, ces derniers seront illustrés dans ce qui suit

I. Organisation de la lutte contre les infections nosocomiales en Algérie :

Tout système de santé est un domaine d'une sensibilité particulière, du fait de ses répercussions directes sur la vie courante des citoyens. Pour cela, chaque ministère chargé de la santé accorde une occupation particulière aux actions favorisant l'amélioration de l'état de santé de la population. En Algérie, le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH) définit les priorités de chaque organisme relevant de la santé, ainsi que les rôles des professionnels tout en promulguant des lois et des réglementations.

La prévention contre les infections nosocomiales est une tâche accomplie par une équipe contrôlée et supervisée, au niveau de chaque structure de soin, par un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). Le CLIN a été créé en Algérie, par l'arrêté n°64/MSP/ du 07/11/1998 dans tous les établissements d'hospitalisation participant au service public de santé. En effet, prévenir les infections nosocomiales c'est augmenter

Chapitre II : Les stratégies de lutte contre les infections nosocomiales, expériences de quelques pays

l'accessibilité aux soins. C'est pour cette raison que les autorités sanitaires ont optées pour la création de ce comité et ont procédé par l'instauration des mesures de lutte contre ces infections, et ce sur deux niveaux :

- centre de réflexion, de proposition et de diffusion de programmes de lutte et de prévention des infections nosocomiales.
- Dispositifs d'intervention à travers les enquêtes épidémiologiques

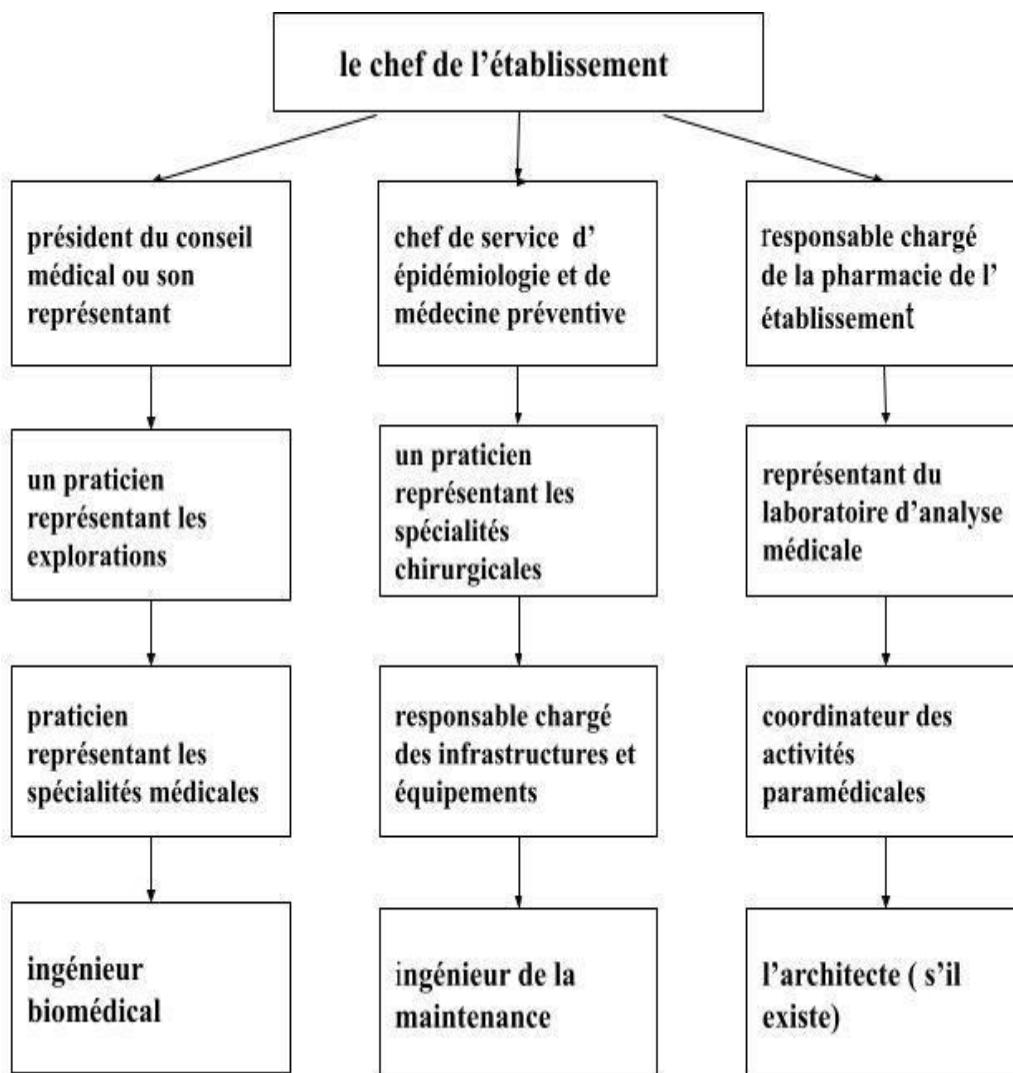
La coordination des différentes actions de prévention et de surveillance des infections nosocomiales, ainsi que l'évaluation des mesures d'hygiène à travers la définition des diverses opérations de formation et d'information, telles sont les principales missions confiées à ce comité.

Les conséquences dramatiques qu'engendrent les infections nosocomiales ont poussé les autorités sanitaires à réfléchir sérieusement à une solution, qui permet de contrôler ce danger provenant des structures de soins. Pour cela, et par l'intermédiaire du CLIN, plusieurs mesures d'hygiène ont été instaurées au niveau de tous les hôpitaux.

Par définition, le CLIN est une instance consultative qui joue un rôle d'expert en matière de la gestion du risque infectieux. Cette instance se réunit mensuellement et rédige un rapport annuel d'activité qui est soumis au responsable de l'établissement hospitalier.

A côté de son rôle initial qui est celui de la détermination de politiques de prévention des risques infectieux, le CLIN aide également à l'organisation de la formation des professionnels de santé au sein de l'hôpital. Il se compose des éléments illustrés dans le schéma ci-dessous :

Figure III.1 : La composition du CLIN



Source: schéma réalisé à partir de l'arrêt n°64/MSP du 17/11/1998 portant sur la création d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales au niveau de l'établissement de santé

II. Les méthodes de prévention

Comme déjà cité, les infections acquises en milieu de soins constituent une importante cause de morbidité et de mortalité évitables ce qui réclame l'adoption et l'application des mesures adéquates de surveillance, de prévention et de contrôle recommandés

En effet, ces maladies qui se déclarent dans les établissements de soins suscitent des mesures de prévention qui permettent le plus souvent de les éviter.

Ainsi, la prévention des infections nosocomiales constitue une responsabilité partagée entre les établissements de santé, qui dispensent les soins aux patients et les organisations de santé, qui sont dans l'obligation de contribuer à la surveillance épidémiologique et au soutien des équipes de soins. Et devant l'importance croissante des infections nosocomiales comme problème de santé publique, les autorités se trouvent obligées de procéder de manière à réduire leur fréquence et leur prévalence, à travers une série de mesures dont l'hygiène hospitalière en est la première méthode de lutte, 30% des infections nosocomiales pourraient être évitées si les règles d'hygiène étaient scrupuleusement respectées. Ainsi, prévenir et contrôler les infections nosocomiales repose essentiellement sur les éléments suivants :

- Surveillance à l'admission des patients pour vérifier s'ils sont porteurs ou non de bactéries pathogènes ou d'infections existantes préalablement
- Renforcement des procédures d'hygiène notamment celle des mains
- formation du personnel soignant ainsi que tous ceux travaillent au niveau des structures de soins aux procédures nécessaires
- éducation des patients pour les aider à participer au mieux à leurs propres soins
- publication des taux de personnes infectées afin de sensibiliser l'ensemble de la population sur leur gravité

Des programmes de lutte contre ces maladies évitables doivent être instaurés, conçus et financés par le gouvernement, il s'agit donc :

- D'éviter les infections associées aux soins par la qualité du matériel et les précautions de manipulation, renforcer et améliorer l'hygiène des établissements de santé

Chapitre II : Les stratégies de lutte contre les infections nosocomiales, expériences de quelques pays

- assurer la prise en charge, que la contamination soit confirmée ou non, par un traitement, un suivi ou un conseil
- sensibiliser le public à l'égard de la gravité de ces risques à travers les médias, les affichages et les journées d'information. Ainsi, une extrême vigilance doit s'exercer à l'égard de tout acte impliquant un risque de contamination ou d'infection.

Le 5 mai de chaque année est la journée mondiale de l'hygiène des mains. Cet événement a été mis en place par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui estime que chaque année des centaines de millions de patients sont touchés par des infections liées aux soins. Et si les pays en développement sont les plus touchés et les plus exposés à ce risque, les pays développés ne sont pas non plus à l'abri, car ces infections concernent tous les pays sans aucune exception.

Ainsi, les actions menées afin de prévenir les infections acquises à l'hôpital sont de deux ordres :

- d'une part, elles consistent en une démarche de protection antérieure et préalable. Il s'agit des opérations d'examen et de contrôle adoptés, à l'exemple du contrôle de l'environnement, de l'eau et des équipements stérilisés, ainsi que les examens effectués pour sécuriser les surfaces des objets utilisés au niveau des structures de soins et des tables d'opération etc. .
- D'autre part, la prévention de ces infections se réalise postérieurement, c'est-à-dire après leur survenance. Cette démarche s'exécute essentiellement à travers les enquêtes épidémiologiques qui reposent particulièrement sur la détermination des sources et des origines de l'infection afin d'attaquer les conséquences. Cette démarche permet de remettre en question les protocoles de soin ou d'hygiène utilisés, donc réellement c'est une critique des méthodes usagées qui conduit à leur amélioration.

CONCLUSION :

Dans ce chapitre, nous avons examiné les stratégies de lutte contre les infections nosocomiales dans différents contextes géographiques. Nous avons vu que les infections nosocomiales sont un enjeu majeur de santé publique dans le monde entier, avec des conséquences graves pour les patients et des coûts élevés pour les systèmes de santé. Nous avons également constaté que des politiques et des programmes ont été mis en place dans différents pays pour prévenir et contrôler ces infections.

En Tunisie et au Maroc, nous avons vu que des politiques de lutte contre les infections nosocomiales ont été mises en place, mais que des défis subsistent dans leur mise en œuvre et leur efficacité. En France et au Canada, nous avons constaté que des programmes sophistiqués et coordonnés ont permis de réduire les taux d'infections nosocomiales, mais que la surveillance continue et l'adaptation aux nouvelles menaces sont essentielles pour maintenir ces gains.

En Algérie, nous avons constaté que la prévention et la lutte contre les infections nosocomiales sont une priorité croissante pour les établissements de santé et les autorités sanitaires, avec des programmes et des initiatives en place pour réduire les risques d'infection et améliorer la qualité des soins. Cependant, il est clair qu'il reste encore beaucoup à faire pour réduire efficacement les taux d'infections nosocomiales dans le pays.

Dans l'ensemble, la lutte contre les infections nosocomiales est un défi complexe et continu pour les systèmes de santé dans le monde entier. Les approches doivent être adaptées aux contextes locaux, mais il est clair que la coordination, la surveillance et l'engagement en faveur de la sécurité des patients sont essentiels pour faire face à ce défi critique de santé publique.

CHAPITRE III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

INTRODUCTION :

Au cours de l'analyse effectuée dans la partie théorique, nous avons identifié les différents paramètres de recherche à suivre lors de notre étude empirique. Pour la collecte de l'information, nous avons choisi d'effectuer des questionnaires aux différents personnels de l'EPH et des entretiens directs avec les membres du comité de lutte contre ces infections y compris l'épidémiologiste et l'hygiéniste. Notre objectif était d'obtenir des éléments de réponse à nos questions et de comprendre le niveau d'organisation et de suivi du personnel dans la lutte contre les IN.

Afin d'accomplir cela, nous avons structuré notre travail en trois sections. La première section porte sur la présentation de l'EPH d'Akbou, ainsi que la méthodologie de recherche. La deuxième est dédiée à la présentation du programme de prévention des infections nosocomiales au niveau de l'EPH, et enfin, la dernière section est consacrée à l'interprétation des résultats de la recherche et la proposition des recommandations visant à améliorer la lutte contre les IN.

SECTION I: PRÉSENTATION DE L'EPH d'Akbou

I. Situation géographique de la zone d'étude :

L'hôpital civil d'Akbou est un établissement public de santé datant d'avant l'indépendance.

Avant sa construction, le siège de l'hôpital civil d'akbou était sis à l'ancien hôpital situé à la haute ville et construit en 1872.

En 1959, il a été décidé de construire une nouvelle structure hospitalière à la nouvelle ville et Les travaux commencent en 1960. Le nouvel hôpital est réceptionné en mars 1967 et est inauguré le 21 novembre 1968. L'activité hospitalière est transférée vers le nouvel hôpital baptisé au nom du chahid lieutenant AKLOUL ALI en 1970.

La couverture de la population en matière des prestations de soins et d'hospitalisation de toutes les régions environnantes, ce qui est concrétisé avec le décret exécutif n°97_460 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création , d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires.

Le secteur sanitaire d'akbou créé en application de ce dispositif coure alors est situé au versant sud de la vallée de la Soummam, limité au nord par la daïra d'Azazga, au sud par la wilaya de Bordj Bou Arreridj ,à l'est par les daïras de Sidi Aich et Beni Ourtilane et à l'ouest par la daïra de Ain EL Hammam et la daïra de M'Chedallah . du fait, il couvre six(06) daïâtes composées de quinze(15) communes, la promulgation du décret exécutif n°07_ 140 du 19 mai 2007 portant création organisation et fonctionnement des Établissements Publics Hospitaliers et des Établissement Publics de Santé de Proximité a eu pour conséquence la création de deux(02) EPSP, en l'occurrence celui de Tazmalt et celui de Seddouk.

II. Le personnel médical et paramédical affecté à l'EPH d'akbou

le personnel de l'EPH est constitué de :

Tableau III.1 : représentation du personnel

TYPE DU PERSONNEL	NOMBRE
Médecins spécialistes	28
Médecins généralistes	36
Praticiens spécialistes assistants	40
Psychologues cliniciens	06
Pharmaciens	02
Biologistes	28
Paramédicaux	238
Anesthésistes	21
Sages femmes	23
Personnels administratifs	69
Ouvriers professionnels / Conducteurs Auto	36
Agents contractuels	53
TOTAL	580

Et chaque service est doté d'un :

- chef de service (médecin)
- surveillant médical (infirmier)
- agents de nettoyage

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

Fiche technique de l'établissement hospitalier AKLOUL ALI Akbou

- Nombre de services (on a 05)
- Nombre d'unités (11 unités fonctionnelles)
- Nombre de lits techniques (196)
- Nombre de lits organisés (182)

Tableau III.2 : fiche technique de l'établissement hospitalier

Médecine Hommes	82	33	Oui
Médecine Femmes		35	Oui
Oncologie		00	Non
Hémodialyse		14	Oui
Pédiatrie	35	16	Oui
Néonatalogie		19	Oui
Hommes	44	22	Oui
Femmes		16	Oui
Pédiatrique		06	Oui
Gynécologie	35	16	Oui
Obstétrique		19	Oui
accueil	24	09	Oui
Réanimation		01	Oui

PLATEAU TECHNIQUE :

- Un (01) bloc opératoire : 04 salles.
- Un (01) service de laboratoire.
- Trois(03) salles de radiologie.
- Un(01) service de pharmacie.
- Un(01) P.T.S.
- EPIDÉMIOLOGIE.

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

PARC AUTO :

- 07 ambulances.
- 04 véhicules de liaison.
- Un (01) camion.

SERVICES ANNEXES :

- Cuisine.
- Buanderie.
- Trois(03) groupes électrogènes
- Incinérateur.
- Morgue à six(06) casiers.

Activités du tableau technique :

Tableau III.3: Activités du tableau technique de l'EPH

Services	examen de laboratoire	RX	ECG	Echographie
malades hospitalisés	69376	2827	2093	51
urgences médico chirurgicaux	41243	25639	2998	141
centre d'hémodialyse	9023	99	00	00
malades externes	2875	449	00	00
Total	132157	29014	5091	192

NB: Lancement des consultations des différentes disciplines (pédiatrie, endocrinologie et pneumo phthysiologie) au niveau des chefs-lieux des EPSP de Tazmalt et Seddouk à compter du 1 Mars 2016, en plus des consultations déjà assurées au niveau de l'ancien hôpital d'AKBOU qui relève de l'EPSP de Tazmalt

Réalisation d'un nouveau bloc composé de R+2 étage qui sera incessamment fonctionnel.

Tableau III.4 : Représente le nombre et le taux d'occupations des lits au niveau de l'EPH

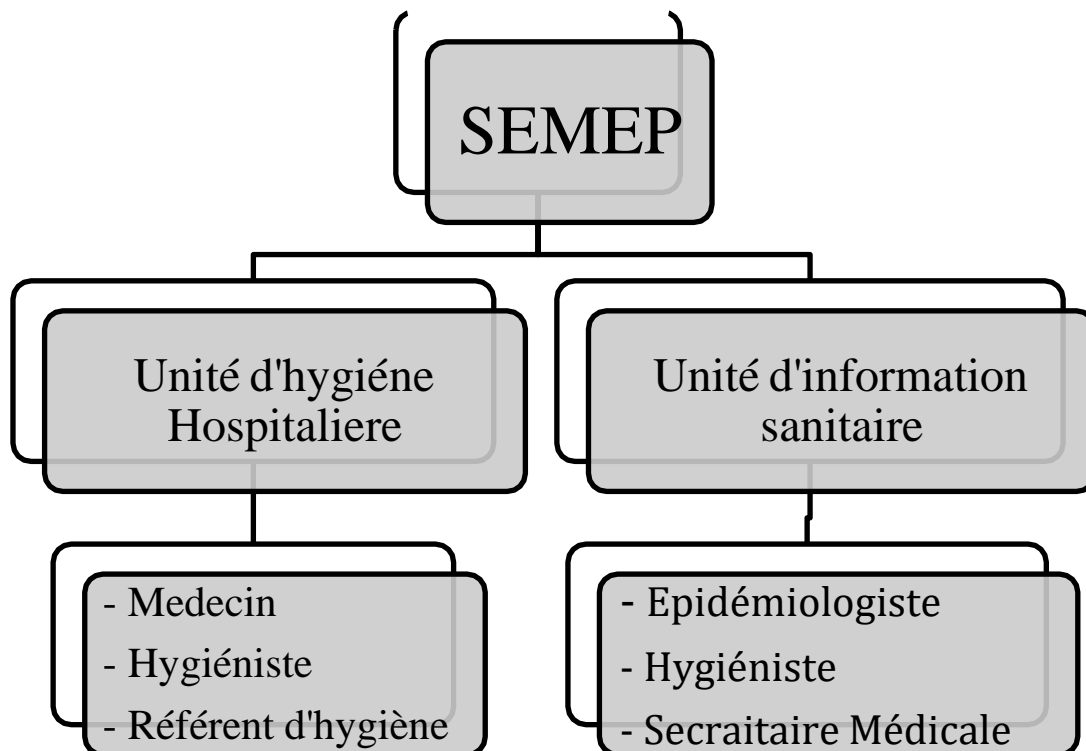
Etablissement public hospitalier	nombre de lits	Taux d'occupation
Commune d'Akbou , wilaya de Bejaïa	182	74,16 %

III. La présentation du service de l'épidémiologie :

Créé en 2005, le service de l'épidémiologie et de la médecine préventive, sous l'appellation de (SEMEP) est dirigé par une équipe composée d'un médecin, d'un hygiéniste de santé publique et d'une secrétaire de bureau. Il a a gérer les statistiques, les programmes nationaux 'vaccination, élimination de tétanos néo-natal, éradication de la poliomyélite, périnatalité, les maladies diarrhéiques, etc)

L'hygiène hospitalière, la lutte contre les infections nosocomiales, les circuits des déchets, du linge, de la restauration, du bio nettoyage...., les maladies à déclaration obligatoire (MDO,) etc.

Figure III.1: Organigramme du SEMEP



Source : schéma réalisé par nous même en s'appuyant sur les informations données

Les actions

Au sein de l'établissement, le SEMEP est un maillon essentiel, il se devait de maintenir une activité rationnelle et de qualité, en restant un interlocuteur privilégié; en participant activement aux différentes pratiques professionnelles entreprises par l'ensemble des acteurs de l'établissement et répondre activement aux besoins, critiques des différents services. Pour ce faire il est impératif de :

- Budgétisation du service d'épidémiologie, quant à l'acquisition des produits et du matériel, pour la lutte contre les infections liées à la pratique des soins.
- Organisation des réunions, périodiques mensuelles, conformément à l'arrêté ministériel N°64 du 7 janvier 1997, portant création d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé, sanctionnées par un procès-verbal à transmettre à la tutelle.
- opter pour : le mieux disant au lieu du moins disant, lors de la soumission du matériel et de produit d'hygiène hospitalière
- multiplier les formations continues: des agents hospitaliers
- dotation en matériel conforme et approprié de tous les circuits (du linge, des déchets, de la restauration)
- multiplier les rencontres et les réunions de coordinations entre les services
- revoir à la hausse, le quota de tenues de travail de tout le personnel hospitalier
- le comité opérationnel d'hygiène hospitalière installé lors de la réunion de la commission d'hygiène et sécurité du 24/07/2015, ce comité devra régulièrement transmettre à la direction, par procès verbal, tous les audits ou propositions, au minimum une fois par mois
- Désignation des correspondants d'hygiène dans chaque service
- veiller à la tenue régulière du registre, de recensement des infections nosocomiales, pour l'élaboration des statistiques
- acquisition d'un banaliseuse-broyeur pour le traitement des déchets hospitaliers
- dotation d'un incinérateur, à moyen terme, ayant la capacité d'incinération répondant aux besoins du volume des déchets générés par l'EPH
- acquisition d'appareils, générateurs de vapeurs, pour la lutte contre les infections nosocomiales

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

- instauré le kit jetable dans la distribution des repas aux malades

Les objectifs :

- développer des démarches préventives notamment en santé de l'environnement du malade
- faciliter l'accès du patient à une offre en santé adaptée et efficiente
- être à jours du programme de lutte contre les infections liées à la pratique des soins
- exercer avec des protocoles et méthodes innovantes
- préserver la santé physique et mentale du personnel
- réduire l'incidence des infections liées à la pratique des soins

IV. Conception et réalisation de l'enquête :

Dans le cadre de l'élaboration de notre objectif de recherche dans le but de disposer d'un maximum d'informations sur la réalité des infections nosocomiales en Algérie, nous avons opté pour une enquête de terrain.

Ainsi, l'insuffisance de l'information nécessaire relative à notre thème justifie le choix de notre démarche.

Cette dernière s'est effectuée à travers une étude par questionnaire, et entretien que nous avons élaborés nous-mêmes.

Méthodes et outils de collecte de données :

La collecte de données relatives aux infections nosocomiales s'est effectuée de la manière suivante :

Présentation de la population cible :

L'enquête que nous avons menée a touché tout le personnel médical et paramédical de l'EPH d'Akbou, toutes catégories confondues exerçant dans les unités de soins et d'hospitalisation, d'où notre population est constituée de 50 professionnels de santé.

Au nombre de 50, les médecins en constituent 34% dont 26% médecins spécialistes et 16% médecins généralistes, les infirmiers 20%, les aides soignants 16%, les sages femmes 10%, et les techniciens de surfaces 8%.

Objectifs de l'enquête :

L'enquête vise à apporter des éclaircissements sur la problématique relative à l'épidémie des infections nosocomiales, ainsi que d'expliquer l'importance du rôle joué par la veille sanitaire dans le but de la lutte contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH d'Akbou de la wilaya de Bejaïa.

De ce fait, cette étude a pour but :

- d'apporter des explications sur comment est intégré la lutte contre les infections nosocomiales dans une politique de démarche qualité et gestion des risques au sein de l'EPH
- en quoi consiste une gestion de risque infectieux dans l'EPH, et comment est-elle intégrée dans le but d'une démarche qualité
- et réaliser un état des lieux permettant de définir les priorités et d'orienter la mise en place d'un programme de lutte contre les infections nosocomiales.

Méthodes de collecte de données :

La méthode de collecte de données menée dans notre étude vise à accumuler et à réunir le maximum d'informations possible afin de cerner les divers aspects du phénomène étudié.

De ce fait, nous avons opté pour une enquête exhaustive auprès de tout le personnel médical et paramédical de l'EPH d'Akbou, et nous avons privilégié les deux méthodes suivantes :

- l'enquête auprès des professionnels de santé exerçant dans les différentes unités de soins et d'hospitalisation de l'EPH, cette enquête va être réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme distribué individuellement au personnel médical et paramédical
- un entretien direct avec l'épidémiologiste de l'EPH, l'hygiéniste et avec le directeur de l'établissement

Déroulement de la collecte de données :

En ce qui concerne l'enquête par questionnaire, nous avons procédé à la distribution de 55 questionnaires auprès des professionnels de santé de l'EPH, tout en leur expliquant l'objectif visé par le questionnaire, son contenu, et son caractère anonyme.

Pour l'entretien direct, nous avons mis l'interviewé progressivement dans le sujet de notre travail, d'où nous avons commencé par l'exposition de l'objectif de notre étude, en présentant

la problématique de notre thème de recherche, puis nous avons procédé aux questions relatives à la l'intégration de lutte contre les infections nosocomiales dans une politique de démarche qualité et gestion de risque infectieux au sein de l'EPH

Difficultés rencontrées :

Lors de notre enquête effectuée au niveau de l'EPH d'Akbou, nous avons rencontré un certain nombre d'obstacles et de difficultés, dont nous en citons les principaux :

L'accès limité à l'information :

Le caractère très délicat du sujet d'enquête et la connotation négative qui entoure les infections nosocomiales, qui demeurent un tabou notamment pour les établissements de santé, qui se voient touchés dans leur image et crédibilité, ont engendré un manque d'informations détaillées et d'explication des réels enjeux, dévoilés lors de l'entretien effectué avec l'épidémiologiste et hygiéniste de l'EPH d'Akbou

La difficulté presque insurmontable d'obtenir des données épidémiologiques de l'EPH:

La première raison est liée à la confidentialité de l'EPH qui ne désire divulguer des réalités externes.

La difficulté de la maîtrise du temps et la non disponibilité des professionnels de santé enquêtés :

L'acquisition d'un avis favorable permettant d'accéder aux données de l'EPH a nécessité une période de 10 jours, dont les procédures administratives étaient très contraignantes. De ce fait, la maîtrise du temps a constitué la majeure difficulté, notamment pour la distribution et la récupération des questionnaires, étant donné l'occupation des professionnels enquêtés qui étaient souvent dépassés d'où leur collaboration était limitée.

La réalisation de cette enquête auprès du personnel soignant de l'EPH d'Akbou, ainsi que l'entretien effectué auprès du médecin épidémiologiste et le responsable de l'hygiène nous ont permis de dévoiler certaines vérités et d'aboutir à des résultats concernant la réalité de ces infections.

Ceci illustre à travers les résultats exposés dans les sections suivantes.

SECTION II : PRÉSENTATION ET DISCUSSION DES INFORMATION COLLECTÉES

I. Le comité de lutte contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKLOUL ALI d'Akbou

Lors de l'entretien avec le médecin épidémiologiste de l'EPH, nous avons recueilli des informations approfondies sur le CLIN et ses activités. Le comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales a été créé en 2005 au sein de l'EPH d'Akbou.

Il est présidé par le directeur de l'EPH et comprend :

- S/ Directeur du service des activités de santé ;
- Directeur des finances et moyens par intérim;
- Représentant des disciplines chirurgicales;
- Chirurgien chef du bloc opératoire ;
- médecin chef du service laboratoire d'analyses Médicales;
- Médecin chef épidémiologie ;
- Hygiéniste ;
- Chef de services (de maternité, bloc opératoire, hémodialyse, la médecine interne femme/homme, pédiatrie, chirurgie);
- Ingénieur d'état de labo et maintenance;
- pharmaciens ;

Cette composition multidisciplinaire permet d'assurer une approche globale et complète de la lutte contre les IN.

Le CLIN a été mis en place par le directeur de l'EPH dans le but d'identifier, surveiller et déterminer la prévalence des infections nosocomiales au sein de l'établissement. Ses objectifs principaux consistent à élaborer et proposer un programme de lutte contre les infections nosocomiales, ainsi qu'un programme de formation destiné au personnel. De plus, il est chargé d'évaluer les résultats des actions entreprises et de rendre compte de ces évaluations au chef de l'établissement.

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

Le comité se réunit chaque mois pour discuter de différentes questions liées aux infections nosocomiales. En cas d'urgence ou de besoin particulier, des réunions supplémentaires sont organisées toutes les deux semaines. Les sujets abordés lors de ces réunions sont variés et englobent notamment la prévalence des infections nosocomiales. Ces formations sont dispensées au sein de l'EPH tous les 15 jours, et des formations sur site sont réalisées quotidiennement.

L'engagement du CLIN dans la prévention et la gestion des infections nosocomiales se traduit par une approche proactive et régulière. Les réunions permettent de mettre en place des mesures préventives, d'évaluer l'efficacité des actions entreprises et d'ajuster les stratégies si nécessaire. De plus, la formation régulière du personnel vise à sensibiliser et renforcer les connaissances en matière d'hygiène et de prévention des IN.

- **Le rôle du CLIN :**

- Voir l'arrêté Ministériel N°64 du 17 Novembre 1998 portant création d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales au niveau des établissements de santé.
- Identifier, surveiller les infections nosocomiales et en déterminer la prévalence.
- Élaborer, proposer un programme de lutte contre les IN et un programme de formation.
- Évaluer les résultats, les actions entreprises et en faire rapport au chef de l'établissement.

II. Les méthodes de prévention appliquées au niveau de l'EPH AKLOUL ALI d'Akbou:

Selon les paroles de l'épidémiologiste de l'établissement, la prévention du risque infectieux est devenue une priorité et une préoccupation importante en termes de santé publique.

Les infections nosocomiales préoccupent tous les protagonistes du système de santé, en raison de la morbidité, de la mortalité et des coûts qui leur sont associés , c'est pour cela que le CLIN a obligé la mise en application des mesures préventives du risque infectieux , on trouve :

L'hygiène hospitalière :

L'hygiène hospitalière est un ensemble de mesures de protection mises en œuvre pour lutter contre les risques et les nuisances auxquels sont exposés les malades, le personnel, et les visiteurs en milieu hospitalier et en particulier contre le risque infectieux.

L'hygiène des mains avant et après tout contact avec le malade

L'hygiène des mains occupe une place très importante dans la réduction des infections nosocomiales. Le choix du type de lavage approprié dépend du niveau du risque infectieux, on distingue trois types de lavage des mains :

- le lavage simple ou social
- le lavage hygiénique ou antiseptique
- le lavage chirurgical.

En dépit du rôle que joue cette dernière, nous avons pu constater lors de notre stage que l'EPH d'Akbou ne donne pas assez d'attention à l'hygiène. Ainsi le lavage des mains continu a se faire dans des éviers alors qu'un matériel spécifique est principe obligatoire dans chaque établissement de santé.

un autre problème a trait au respect des préalables suivantes : ongles courts , Avoir les avants bras découverts , le non port de bijoux (montre , bague, alliance,) , pas de vernis, faux ongles.

le port de la tenue vestimentaire :

Elle a pour objectif, éviter la transmission des agents microbiens au sein de l'établissement et le risque de contamination du patient et du personnel soignant, on à constater les respect du port de la tenue vestimentaire qui comprend :

- une blouse a manche courte ou trois quarts avec un nombre de poches limités
- une tunique ou casaque
- un pantalon

Pour les services à risque, complétée par:

- un calot ou une charlotte jetable
- des chaussures adaptées antidérapantes, non bruyantes et facilement lavables

Quant aux consignes suivantes : Pas de barbe, (si non bien taillée) , avoir les cheveux relevés ou attachés , éviter tout maquillage et parfum incommodant l'entourage, elles ne sont pas respectées par le personnel .

L'hygiène des surfaces et des sols :

L'objectif de l'hygiène des surfaces et des sols est d'assurer un état de propreté,d'éviter la transmission croisée des micro-organismes entre patients et soignants par le biais du matériel, des mobiliers et/ou des surfaces, Éviter la contamination de l'environnement, Eliminer les salissures adhérentes sur les sols et surfaces , Réduire le nombre de micro-organismes présents sur les sols et surfaces.

Lors de notre stage à l'hôpital, nous avons pu constater de visu que le nettoyage du sol s'effectué toujours avec des serpillières et les produits utilisés de l'eau de javel, au moment où cette méthode est "bannie" depuis 20 ans dans les hôpitaux des pays développés.

circuit de linge :

Linge sale :

- **sa manipulation :** doit se faire avec port de gants non stériles et tenue adaptée en fonction du niveau de risque infectieux. la collecte doit se faire en respectant les règles suivantes :
 1. Le mettre directement dans des sacs prévus à cet effet en respectant le pré tri
 2. Ne pas le secouer
 3. Eviter tout contact avec la tenue de travail
 4. Ne jamais le poser au sol ou sur le mobilier de la chambre
 5. Vérifier l'absence d'objets étrangers
 6. Après fermeture, les sacs de linge sont directement évacués vers le local de stockage.

- **le pré tri :** se fait à l'extérieur de la chambre, dans le couloir, selon son type d'entretien en machine:
 1. linge blanc (drap de lit, alèse, dessus de lit, taie d'oreiller, serviette de toilette, gant de toilette,...)
 2. linge fragile (couette...)
 3. linge couleur (linge de bloc opératoire et services à risques)
 4. linge en forme (veste de pyjama, pantalon de pyjama, chemise de nuit, chemise d'opéré, casque de chirurgien...)
 5. en utilisant des casques de couleurs différentes qui ne doivent pas être remplis au-delà des deux tiers.

L'élimination des déchets hospitaliers :

Pour l'élimination des déchets précisément au centre opératoire, on a consisté l'utilisation de trois codes couleurs : « jaune » concernant les Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux (**D.A.S.R.I**), « noir » Les Déchets Assimilables aux Ordures Ménagères (**D.A.O.M**), « vert » les déchets anatomique¹, filière utiliser uniquement au sein de l'EPH, En

¹ Déchets anatomiques : tissus et organes du corps humain ou liquides corporels et carcasses d'animaux contaminés.

ce qui concerne le reste des filières (rouge, blanc, et brune), l'hygiéniste souligne qu'elles sont utilisées en dehors de l'EPH.

Cependant, nous avons relevé au sein de l'EPH l'affichage des symboles recommandés par l'OMS pour différencier les différents types de déchets hospitaliers, (symbole "infectieux", "radioactif",...), ce qui est de nature à faciliter la tâche pour les usagers pour reconnaître les risques liés au contenu de ces sachets.

La sensibilisation du grand public :

En ce qui concerne les usagers, nous avons relevé l'inexistence d'action de sensibilisation des patients et des visiteurs aux risques qu'encourent ces derniers rien que par le non-respect des règles élémentaires d'hygiène.

Ainsi, lors de notre stage, nous avons remarqué qu'il n'y avait aucun affichage préventif à destination du grand public, sous forme notamment d'instruction pour bien les aviser des dégâts que peuvent engendrer certains gestes a priori sans conséquences, mais qui peuvent se révéler parfois gravement nuisible à la santé, par exemple : contact des mains avec les poignées des portes d'hôpitaux,..etc, qui peuvent contenir des germes causant des infections.

Le non vulgarisation des consignes relatives aux risques d'infection et de contamination envers le grand public a abouti au résultat qu'on connaît, à savoir des salles bondées lors des visiteurs.

La prévention des infections au niveau du bloc opératoire de l'EPHd'Akbou :

C'est réduire considérablement les risques infectieux. En chirurgie, l'utilisation des barrières de protection se révèle un moyen sûr et efficace pour éviter la propagation de l'infection; les barrières de protection contre les infections comprennent :

- le port de la tenue vestimentaire bloc opératoire
- le lavage des mains
- le port des gants

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

- l'utilisation des solutions antiseptiques pour nettoyer la peau avant toute intervention chirurgicale
- la décontamination, le nettoyage et la stérilisation
- l'élimination des déchets

La tenue vestimentaire au bloc opératoire :

Elle doit être spécifique au bloc et gardée exclusivement au bloc pour éviter des contaminations croisées, cette tenue est composée de :

- un bonnet qui couvre tout les cheveux
- une bavette changeable tous les jours
- un blouson (en couleur spécifique au bloc opératoire)
- un pantalon
- des bottes ou des chaussures spécifiques, individuelles
- des lunettes de protection (à mettre au dessus du champ opératoire seulement pour éviter les accidents par exposition au sang)
- un tablier en plastique (pour se protéger contre les liquides biologiques)
- les gants de ménage individuel (pour le lavage des instruments et le nettoyage de la salle opératoire)

Le lavage des mains au bloc opératoire :

On distingue le lavage simple, hygiénique et chirurgical des mains :

- Le lavage simple :

L'objectif est de prévenir la transmission manuportée et d'éliminer la flore transitoire, le temps minimum à respecter est de **30 secondes**.

- Le lavage hygiénique ou antiseptique :

L'objectif est d'éliminer la flore transitoire et de diminuer la flore commensale, le temps minimum à respecter est de **01 minute**

- Le lavage chirurgical des mains :

C'est la mesure la plus importante de la prévention des infections

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

Son objectif est d'éliminer la flore transitoire et de réduire la flore commensale, il dure **5 minutes** (avec le rinçage) et a pour but de se débarrasser de manière plus approfondie des germes avant tout acte chirurgical ou avant les gestes aseptiques.

Le lavage chirurgical se fait dans la salle de lavage des mains près de chaque salle d'opération, on utilise :

- du savon antiseptique à large spectre
- l'eau bactériologiquement pure
- lavabo muni d'un robinet a coude ou a pédale
- essuie-mains stériles
- brosse à usage unique stérile imprégnée ou non de solution moussante
- poubelle

Et il s'effectue de la manière suivante :

- Port de masque et de coiffe ajustée ;
- Préparer la brosse ;
- laisser couler l'eau sur les mains, les poignets et avant-bras (30 secondes) ;
- Savonner soigneusement les mains, les poignets et les avant-bras jusqu'aux coudes ;
- Rincer l'ensemble, les avant-bras maintenus surélevés au dessus du niveau des coudes
- Brosser uniquement les ongles de chaque main pendant 30 secondes à l'aide d'une brosse stérile que l'on mouille et sur laquelle on dépose le savon liquide antiseptique
- Rincer les mains et avant-bras ;
- Procéder alors à un nouveau lavage minutieux des mains pendant une minute et les avant-bras pendant 30 secondes en insistant sur chaque espace interdigital et chaque extrémité de doigt ;
- Rincer minutieusement les mains, paumes tournées vers le bas et maintenues au-dessus du niveau des coudes ;
- Recevoir une solution antiseptique sur les mains (alcool chirurgical ...) ;
- Les sécher par tamponnement avant de mettre la blouse stérile et de porter les gants stériles ;

La décontamination :

C'est la 1ère étape du traitement des instruments chirurgicaux contaminés, elle consiste à tremper les instruments qui ont été en contact avec les liquides organiques dans une solution d'ANIOS pendant 10 minutes

Cette procédure rend la manipulation de ces instruments sans danger pour le personnel de nettoyage.

Le nettoyage :

Il consiste à bien broser surtout les instruments qui ont des dents, des articulations ou des vis avec de l'eau savonneuse et ensuite bien les rincer, tout ceci après la décontamination.

La stérilisation :

Elle assure la destruction de tous les micro-organismes y compris les endospores bactériennes, il est préférable de stériliser les instruments après les avoir contaminés, nettoyé, rincé et séché.

Il y a deux sortes de stérilisation :

- la stérilisation à la chaleur sèche (POUPINEL) à 170° pendant 60 minutes (actuellement délaissée)
- La stérilisation à la chaleur humide (à l'autoclave) à 134° pendant 15 minutes pour le matériel emballé et 20 minutes pour celui non emballé (c'est la méthode la plus utilisée dans les hôpitaux)

La collecte, l'évacuation et l'élimination du déchet bio médical :

Cette pratique vise à assainir la salle opératoire et à limiter le risque d'infection pour le personnel et la communauté locale.

Le personnel d'entretien doit porter des gants de ménages épais depuis la collecte des déchets au niveau des poubelles, il doit faire le tri des déchets ménagers, solides combustibles, solides non combustibles (à incinérer), liquides organiques contaminés, contondants (mettre dans de bacs solides et incinérer).Il doit se laver les mains après avoir effectué son travail avec du savon antiseptique

SECTION III : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE

Dans cette section, nous allons dresser les principaux résultats de notre enquête, auprès de la population cible.

Aussi, nous allons présenter les grands traits de l'entretien réalisé auprès du médecin épidémiologiste et l'hygiéniste de l'EPH, dont les éléments de notre étude se rapportent à notre question de recherche soulevée, et qui s'articule autour des pratiques en matière de gestion des risques et d'amélioration de la qualité des soins et du programme de prévention des infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU .

I. Analyse des résultats du questionnaire destiné au personnel médical et paramédical :

Après avoir récupéré les questionnaires, nous avons procédé au dépouillement de toutes les données, par le biais des logiciels SPSS et EXCEL 2007, dont nous avons saisi les données contenues dans les questionnaires, puis nous avons procédé à leurs traitements dans le but d'aboutir aux différents résultats sous forme de tableaux et graphes.

Une fois l'analyse établie, nous avons dégagé des critiques auxquelles nous avons rajouté des solutions et recommandations conseillées.

Informations générales des enquêtés :

Le dépouillement des questionnaires remplis par les participants à notre enquête nous a permis de déduire et de constater que sur les 50 questionnaires distribués, 48 ont été récupérés, soit un taux de répondants de 96%.

Répartitions des participants selon le sexe :

Les données illustrées et présentées dans le tableau suivant permettent de distinguer le personnel médical et paramédical ayant participé à notre enquête, à travers leur sexe.

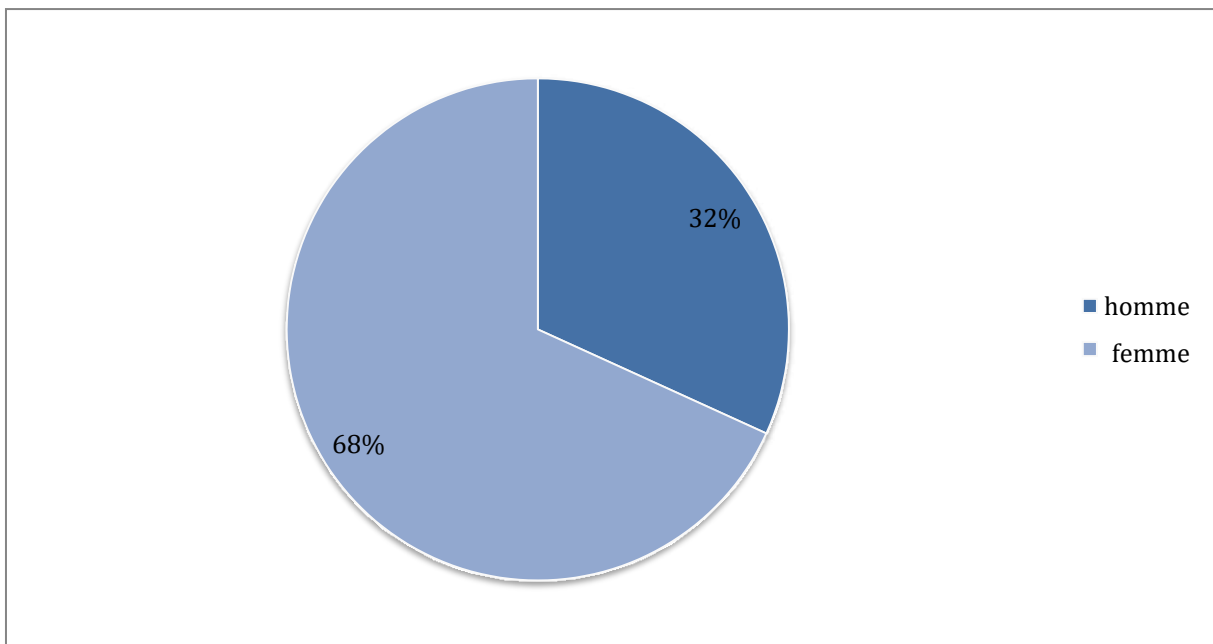
Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

Tableau III.5 : Répartition des enquêtés selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Homme	14	31,8 %
Femme	30	68,2%
Total	44	100%

Source : réalisé par nous-mêmes sur SPSS

Figure III.2 : Répartition selon le sexe :



Source : réalisé par nous-mêmes sur Excel

Selon les chiffres exposés dans le graphique ci-dessus, nous constatons que 68,2% des enquêtés sont du sexe féminin et 31,8% sont du sexe masculin.

De ce fait, on remarque une légère prédominance du caractère féminin, notamment parmi le personnel paramédical (infirmières et sages-femmes).

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

Répartition selon la profession :

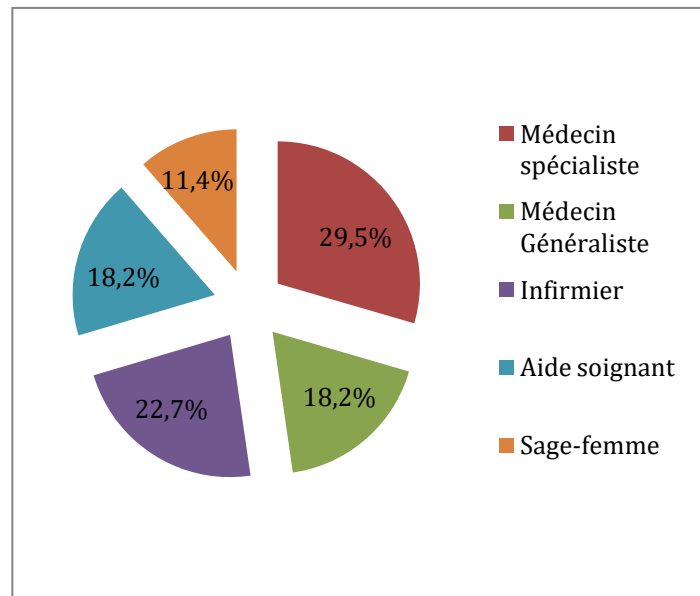
Le tableau suivant expose les professions (spécialités) des enquêtés

Tableau III.6: Répartition selon la profession

Professions	Fréquence	Pourcentage
Médecin spécialiste	13	29,5 %
Médecin Généraliste	8	18,2 %
Infirmier	10	22,7 %
Aide soignant	8	18,2 %
Sage-femme	5	11,4 %
Total	44	100 %

Source : enquête personnelle réalisé par nous-mêmes sur SPSS Excel

Figure III.3: Répartition selon la profession



Source : réalisé par nous-mêmes sur

Après l'exploitation des informations relatives à la profession des participants, nous notons que la majorité est des médecins spécialistes et infirmiers avec des taux respectif de 29,5% et 22,7%, tandis que les médecins généralistes et les aides soignants constituent à un taux de 18,2% pour chacun, et 11,4% pour les sages-femmes.

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

Répartition des enquêtés selon leurs années d'expériences dans la profession exercée :

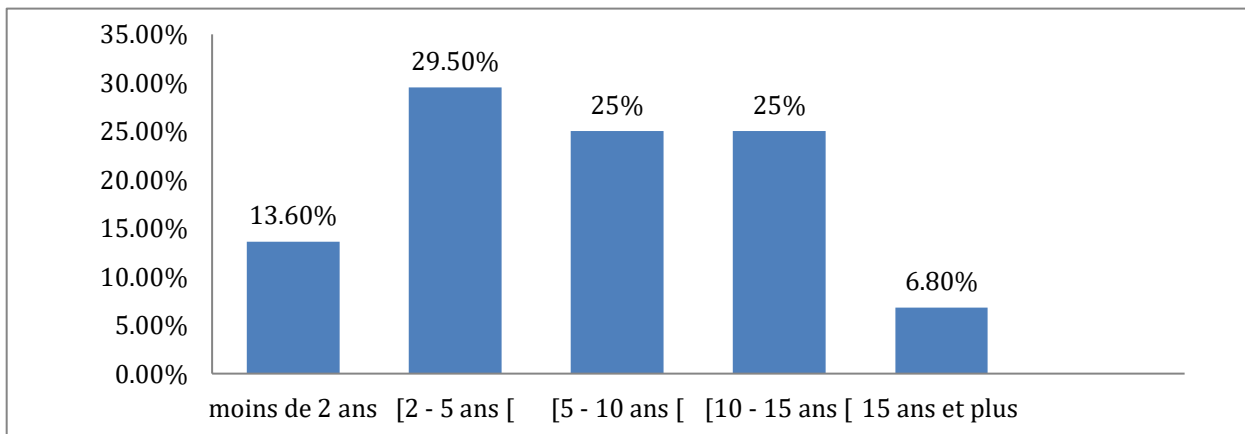
Les chiffres présentés ci-dessous exposent et démontrent la durée d'expertise des professionnels dans leurs spécialités au niveau de l'EPH AKBOU

Tableau III. 7 : Répartition des enquêtés selon les années d'expérience

	Fréquence	Pourcentage
moins de 2 ans	6	13,6%
[2 - 5 ans [13	29,5%
[5 - 10 ans [11	25%
[10 - 15 ans [11	25%
15 ans et plus	3	6,8%
Total	44	100%

Source : enquête personnelle réalisée par nous-mêmes sur SPSS

Figure III.4: Répartition des enquêtés selon les années d'expérience



Source : réalisé sur Excel

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

En interprétant les résultats illustrés dans ce graphique, nous constatons que 29,5% des personnels participants à notre enquête ont une ancienneté entre 02 et 05 ans,

Ensuite, on remarque que les deux catégories d'ancienneté entre 5 ans à 10 ans et de 10 ans à 15 ans ont un taux de pourcentage de 25%, et 13,6% d'entre eux ont une ancienneté qui varie de moins de 2 ans et 6,8% pour ceux qui ont une ancienneté de plus de 15 ans.

Généralités sur les infections nosocomiales

Cet axe nous permet d'avoir une vision générale sur les infections nosocomiales, au niveau de l'EPH AKBOU

La familiarisation du personnel avec le terme des IN :

Ce tableau est élaboré afin de pouvoir connaître le niveau de familiarisation du personnel de l'EPH d'AKBOU par rapport au terme des infections nosocomiales

Tableau III.8: La familiarisation du personnel avec le terme des IN

	Fréquence	Pourcentage
oui	44	100%
non	0	00%
total	44	100%

Source : réalisé par nous-mêmes grâce aux données récoltées sur SPSS

Selon les résultats exposés dans le tableau ci-dessous, on remarque que la majorité soi-disant un taux de 100% du personnel médical et paramédical de l'EPH AKBOU sont familiarisés et ont l'habitude d'entendre parler du terme des infections nosocomiales.

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

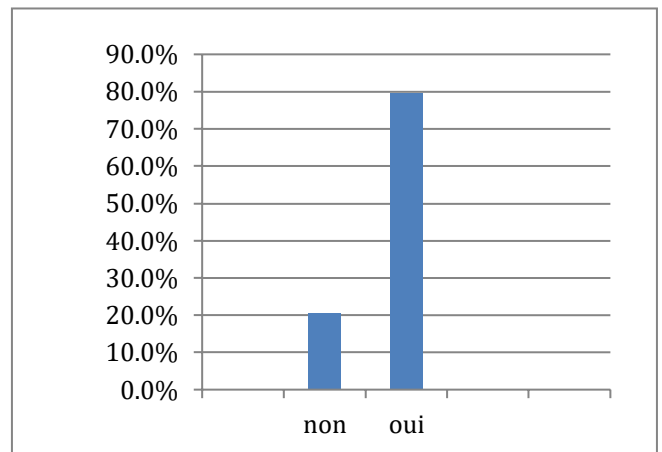
La gravité des infections nosocomiales selon les professionnels enquêtés :

Ce tableau permet d'évaluer et d'apprécier le niveau de danger et de gravité provoqué par les infections associés aux soins

Tableau III. 9 : La gravité des infections nosocomiales **figure III.5** : la gravité des IN

Les IN sont graves	Fréquence	Pourcentage
non	9	20,5
oui	35	79,5
Total	44	100,0

Source : tableau réalisé par SPSS



Source : graphique réalisé par Excel

Les données du tableau ci-dessus indiquent que la majorité, soit 79,5 % du personnel, considère les infections nosocomiales comme étant graves, tandis que 20,5 % pensent le contraire.

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

Les facteurs de risques pour développer une infection nosocomiale

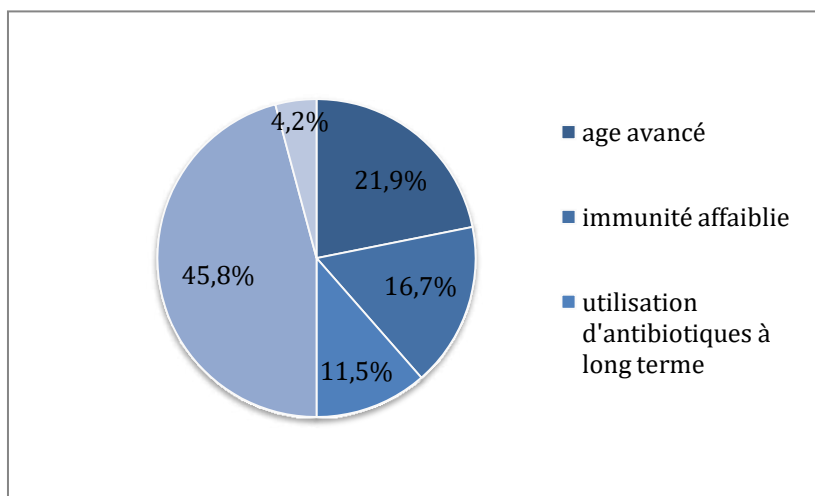
Le tableau ci-dessous permet d'évaluer les facteurs de risques pour développer une IN

Tableau III.10 : Les facteurs de risque des infections nosocomiales

Facteur de risque pour développer une IN	Réponses		Pourcentage d'observation
	N	Pourcentage	
âge avancé	21	21,9%	47,7%
Immunité affaiblie	16	16,7%	36,4%
utilisation d'antibiotiques à long terme	11	11,5%	25,0%
séjour prolongé à l'hôpital	44	45,8%	100,0%
autres	4	4,2%	9,1%
Total	96	100,0%	218,2%

Source : réalisé par nous-mêmes sur SPSS

Figure III.6: répartition des facteurs de risque des infections nosocomiales



Source : réalisé par nous-mêmes sur Excel

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

Les pourcentages donnés fournissent des informations sur les facteurs de risque potentiels associés aux infections liées aux soins. Dans ce cas, les données suggèrent que l'âge avancé représente un facteur de risque significatif, avec 21,9%, cela indique que les personnes plus âgées sont plus susceptibles de développer une infection nosocomiale. De plus, 16,7% est liée à une immunité affaiblie, ce qui peut également augmenter le risque de chopper une infection. L'utilisation à long terme d'antibiotiques est un autre facteur de risque identifié, représentant 11,5% des cas. Cela souligne l'importance d'une utilisation prudente et éclairée des antibiotiques pour éviter le développement de résistances et les effets indésirables associés. Le séjour prolongé à l'hôpital est un autre facteur de risque significatif de 45,8%. Ceci peut être dû à une exposition accrue aux infections nosocomiales et à une vulnérabilité accrue lors de la récupération. Enfin, 4,2% des cas sont attribués à d'autres facteurs non spécifiés, soulignant l'existence d'autres variables potentielles pouvant influencer le risque d'être atteint d'une infection nosocomiale.

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

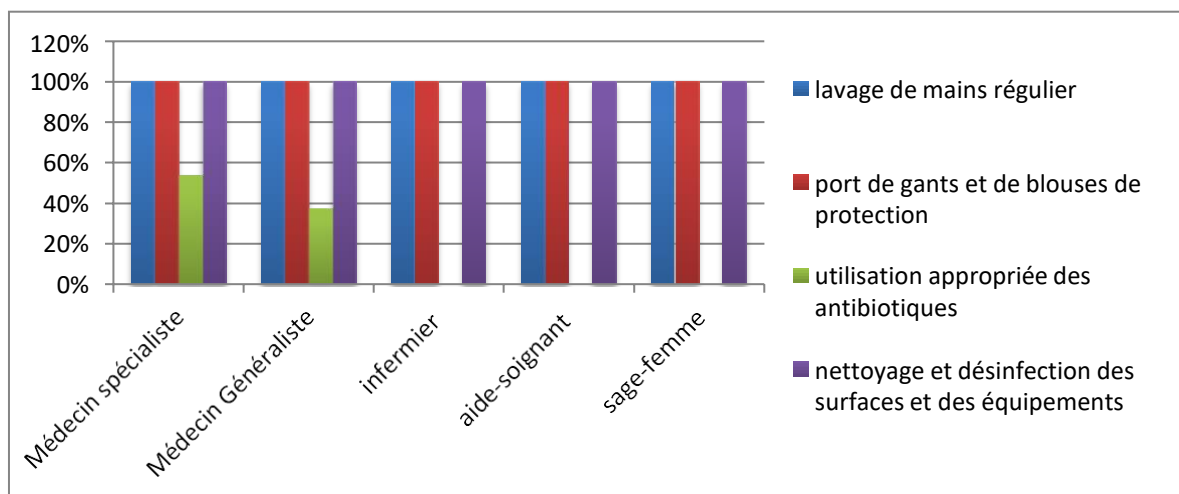
les mesures préventives de base pour réduire le risque des IN : Ce tableau permet d'évaluer les mesures de prévention de base pour réduire le risque IN selon la profession des personnels de santé.

Tableau III.11 : croisé entre la profession des personnels de santé et les mesures préventives pour réduire le risque IN

		mesures préventives pour réduire IN					Total
		lavage de mains régulier	port de gants et de blouses de protection	utilisation appropriée des antibiotiques	nettoyage et désinfection des surfaces et des équipements	Autres	
profession	Médecin Spécialiste Effectif	13	13	7	13	1	13
	% dans profession	100%	100%	53,8%	100%	7,7%	
	Médecin Généraliste Effectif	8	8	3	8	0	8
	% dans profession	100%	100%	37,5%	100%	0%	
	infirmiers Effectif	10	10	0	10	0	10
% dans profession	100%	100%	0%	100%	0%		
aide-soignant Effectif	8	8	0	8	0	8	
% dans profession	100%	100%	0%	100%	0%		
sage-femme Effectif	5	5	0	5	0	5	
% dans profession	100%	100%	0%	100%	0%		
Total	Effectif	44	44	10	44	1	44
	% du total	100%	100%	22,7%	100%	2,3%	100%

Source : réaliser sur SPSS

Figure III.7: le lien entre profession des personnels de santé et les mesures préventives pour réduire le risque IN



Source : réalisé sur Excel

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

Le tableau croisé met en évidence une bonne prise de conscience de l'importance des mesures de base telles que le lavage régulier des mains, le port de gants et de blouses de protection, ainsi que le nettoyage et la prescription des surfaces et des équipements, par l'ensemble du personnel de santé. Cependant, il est préoccupant de constater que 53,8% des médecins spécialistes et 37,5% des médecins généralistes ne s'applique pas à l'utilisation appropriée des antibiotiques comme une mesure de base pour réduire les risques d'infections, tandis que les infirmiers, les aides-soignants et les sages-femmes unanimement que ce n'est pas une mesure essentielle.

Que faire lors de l'apparition des signes des infections nosocomiales

Le tableau ci-dessus représente les actions faites de la part du personnel de santé lors de l'apparition des signes d'atteinte d'une infection nosocomiale

Tableau III.12: que faire lors de l'apparition des signes des infections nosocomiales

que faire si vous remarquez des signes	Réponses		Pourcentage d'observations
	N	Pourcentage	
informer immédiatement le personnel soignant	44	93,6%	100,0%
autres	3	6,4%	6,8%
Total	47	100,0%	106,8%

La majorité du personnel enquêtés, soit un pourcentage de 93,6%, ont signalé que la première des choses à faire s'ils remarquent des signes d'atteinte d'une infection nosocomiale sera d'informer immédiatement le personnel soignant afin de prendre les mesures qu'il faut.

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

Que faire sur le plan individuel pour prévenir les infections nosocomiales

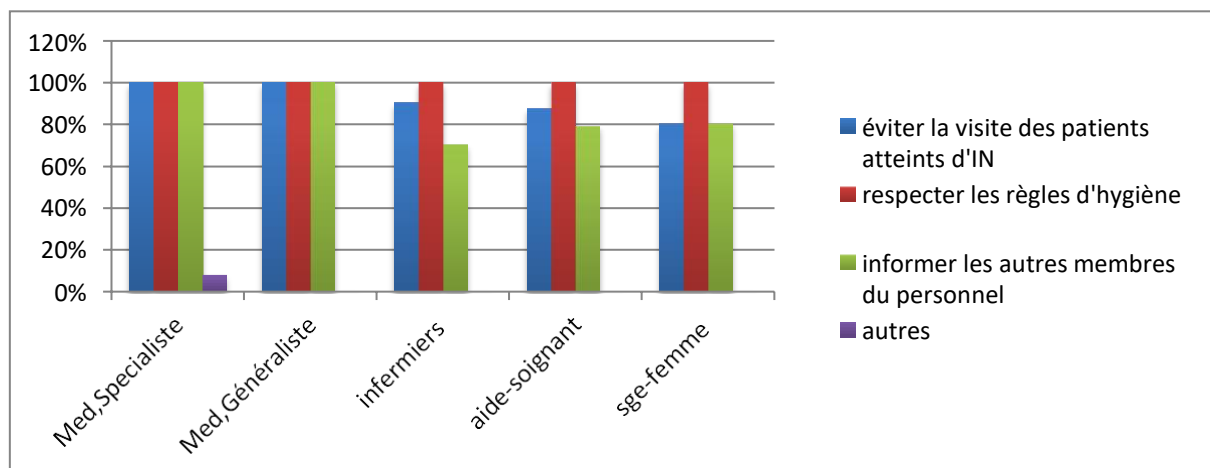
Ce tableau représente la prévention des IN sur le plan individuel du personnel selon leur profession

Tableau III.13: tableau croisé sur les professions du personnel de santé et prévention des IN sur le plan individuel

			que faire sur le plan individuel pour prévenir IN				Total
			éviter la visite des patients atteints d'IN	respecter les règles d'hygiène	informer les autres membres du personnel	autres	
Profession	Médecin Spécialiste	Effectif % dans profession	13 100%	13 100%	13 100%	1 7,7%	13
	Médecin Généraliste	Effectif % dans profession	8 100%	8 100%	8 100%	0 0%	8
	infirmier	Effectif % dans profession	9 90%	10 100%	7 70%	0 0%	10
	aide-soignant	Effectif % dans profession	7 87,5%	8 100%	7 87,5%	0 0%	8
	sage-femme	Effectif % dans profession	4 80%	5 100%	4 80%	0 0%	5
Total	Effectif % du total	41 93,2%	44 100%	39 88,6%	1 2,3%	44 100%	

Source : réalisé par nous-mêmes sur SPSS

Figure III.8: les professions du personnel de santé et la prévention des IN sur le plan individuel



Source : réalisé sur Excel

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

Les résultats du tableau croisé révèlent que la totalité des médecins spécialistes et des médecins généralistes ont pris en compte les trois propositions individuelles pour prévenir les infections nosocomiales, témoignant de leur engagement envers la sécurité des patients. Les infirmiers, les aides-soignants et les sages-femmes ont également montré un fort niveau de conformité aux mesures de prévention, en particulier le respect des règles d'hygiène et l'information des autres membres du personnel. Ces résultats révèlent une sensibilisation élevée et un prix de responsabilité individuelle dans la prévention des infections nosocomiales, quelle que soit la profession du personnel de santé.

Formation sur le protocole de prévention et contrôle des IN

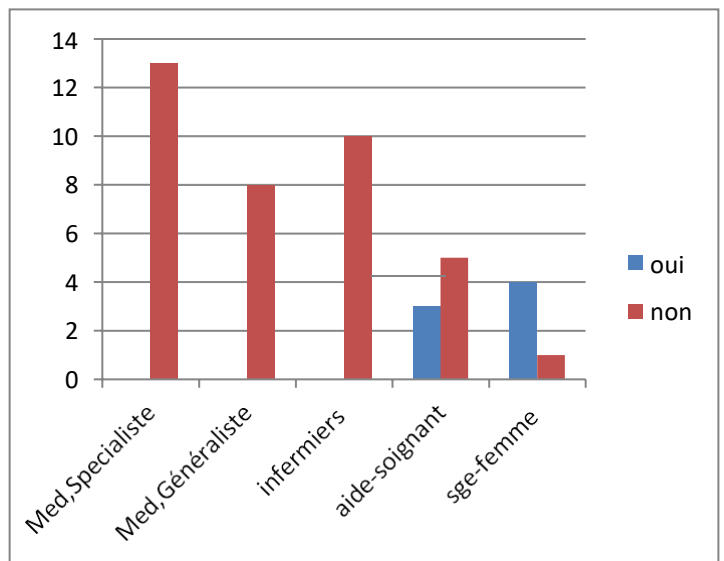
Le tableau suivant représente le croisement entre les professions du personnel de santé et le fait d'avoir été formé sur le protocole de prévention et de contrôle d'IN

Tableau III.14 : tableau croisé sur le protocole de prévention des IN

Profession	formation sur le protocole de prévention et de contrôle d'IN		Total
	non	oui	
Médecin spécialiste	0	13	13
Médecin Généraliste	0	8	8
Infirmiers	0	10	10
aide-soignant	3	5	8
sage-femme	4	1	5
Total	7	37	44

Source : réalisé sur SPSS

Figure III.9: formation des professionnels sur le protocole de prévention des IN



Source : réalisé sur Excel

Les résultats du tableau croisé indiquent que la grande majorité des médecins spécialistes, des médecins généralistes et des infirmiers ont été formés sur le protocole de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, ce qui témoigne d'une bonne sensibilisation et d'un engagement envers la sécurité des patients. Cependant, il est préoccupant de constater que certaines aides-soignantes et sages-femmes voir (5/8, 1/5) n'ont pas renforcé cette formation,

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

ainsi la nécessité de renforcer la sensibilisation et l'éducation dans ces groupes spécifiques de professionnels de la santé. Il est crucial d'assurer une compréhension et une adhésion totales au protocole pour garantir des pratiques de prévention efficaces et minimiser les risques d'infections nosocomiales.

L'importance de la surveillance des infections nosocomiales :

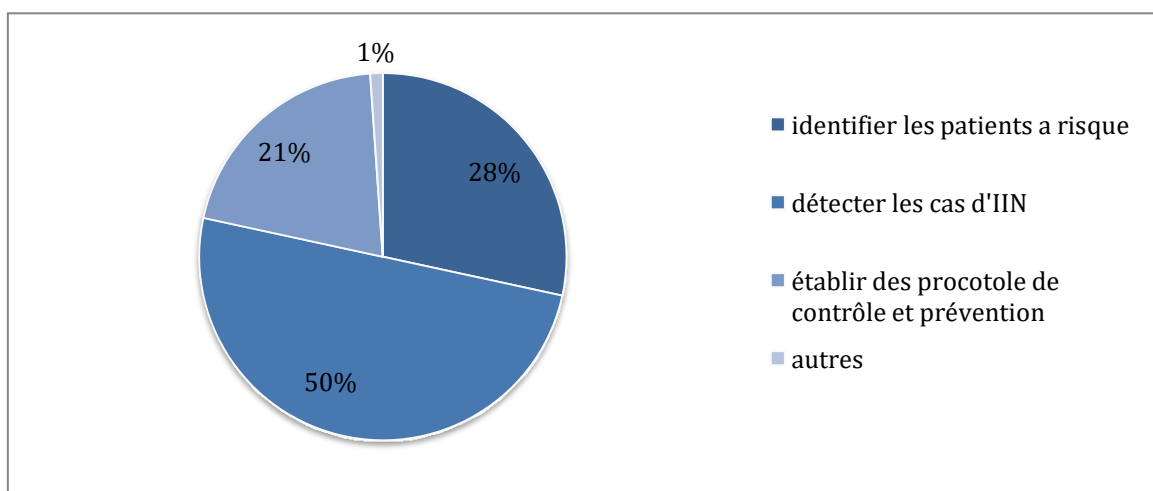
Le tableau suivant représente l'importance de la surveillance des infections nosocomiales de la part des professionnels de santé de l'EPH AKBOU

Tableau III.15: L'importance de la surveillance des IN

l'importance de la surveillance des IN	Réponses		Pourcentage d'observations
	N	Pourcentage	
-identifier les patients à risque et leur fournir une surveillance accrue	25	28,4%	56,8%
-détecter rapidement les cas d'IN pour prévenir leur propagation	44	50,0%	100,0%
-établir des protocoles de prévention et de contrôle efficaces	18	20,5%	40,9%
-autres	1	1,1%	2,3%
-Total	88	100,0%	200,0%

Source : réalisé sur SPSS

Figure III.10: L'importance de la surveillance des IN



Source : réalisé par nous-mêmes sur Excel

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

D'après les résultats obtenus, 50% des personnel de santé pense que la surveillance des IN permet de les détecter plus rapidement ,28% pense qu'elle identifie les patients a risque infection et 20% trouve qu'elle permet d'établir des protocoles de prévention et de contrôle efficace.

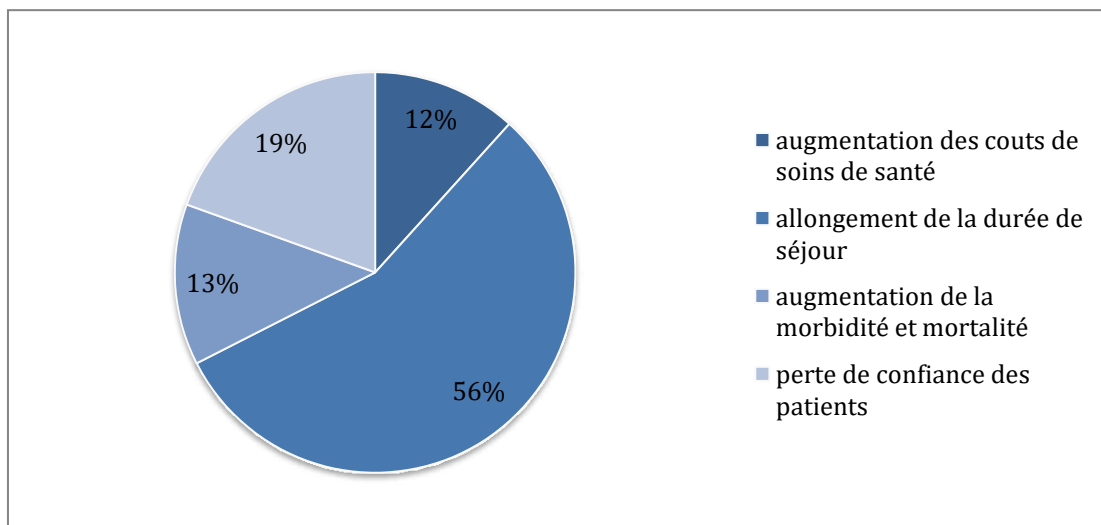
Comment les infections nosocomiales affectent-elles les patients

Le tableau suivant monte comment les patients et les ES sont-ils affectés par les IN selon les professionnels de santé.

Tableau III.16: Le mode d'affectation des IN

comment les IN affectent les patients	Réponses		Pourcentage d'observations
	N	Pourcentage	
-augmentation des couts de soins de santé	9	11,7%	20,5%
-allongement de la durée de séjour a l'hôpital	43	55,8%	97,7%
-augmentation de la morbidité et la mortalité des patients	10	13,0%	22,7%
-perte de confiance des patients dans ES	15	19,5%	34,1%
-Total	77	100,0%	175,0%

Figure III.11: mode d'affectation des infections nosocomiales



Source : réalisé par nous-mêmes sur Excel

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

Selon les résultats obtenus, on constate que le mode d'affection le plus courant des infections nosocomiales est lié à longue durée de séjour du patient à l'hôpital avec un pourcentage estimé à 56% ce qui présente plus de la moitié, pour ensuite trouver tout les autres modes de transmission.

Les symptômes des infections nosocomiales

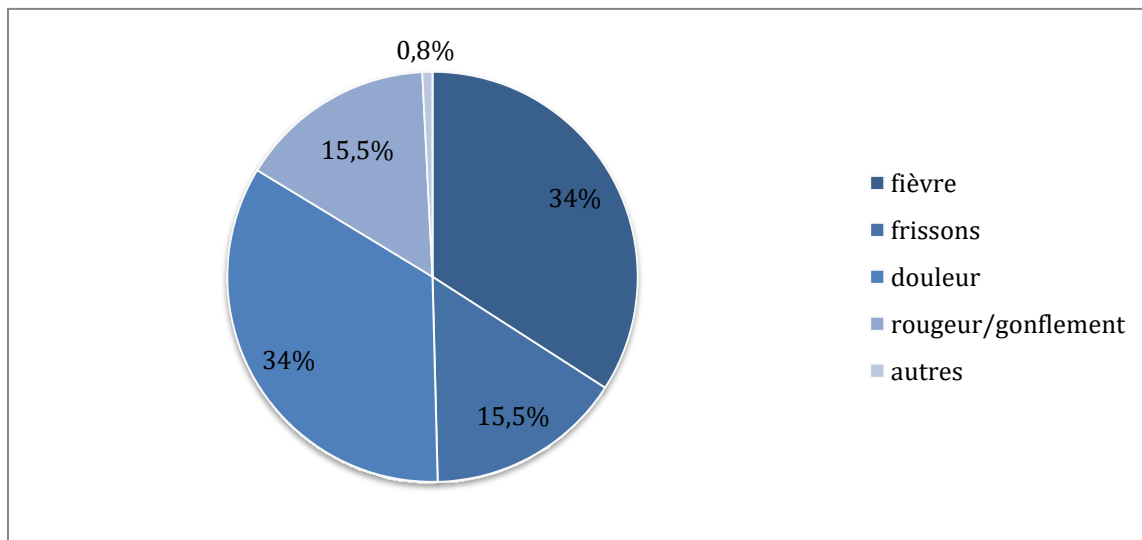
Dans le tableau suivant nous allons évoquer les symptômes les plus courants des infections nosocomiales

Tableau III.17: Les symptômes courants des infections nosocomiales

quels sont les symptômes courants des IN	Réponses		Pourcentage d'observation
	N	Pourcentage	
-fièvre	44	34,1%	100,0%
-frissons	20	15,5%	45,5%
-douleur	44	34,1%	100,0%
-rougeur /gonflement	20	15,5%	45,5%
-autres	1	0,8%	2,3%
	129	100,0%	293,2%

Source : réalisé sur SPSS

Figure III.12: Les symptômes courants des infections nosocomiales



Source : réalisé par nous-mêmes sur Excel

Selon les résultats du tableau et du graphique ci-dessous, on remarque que la fièvre et la douleur sont les deux symptômes les plus courants afin de signaler l'atteinte d'une infection nosocomiale avec un pourcentage de 34%, puis 15% pour les frissons et les rougeurs ou gonflements.

La prévention professionnelle de transmission des infections nosocomiales

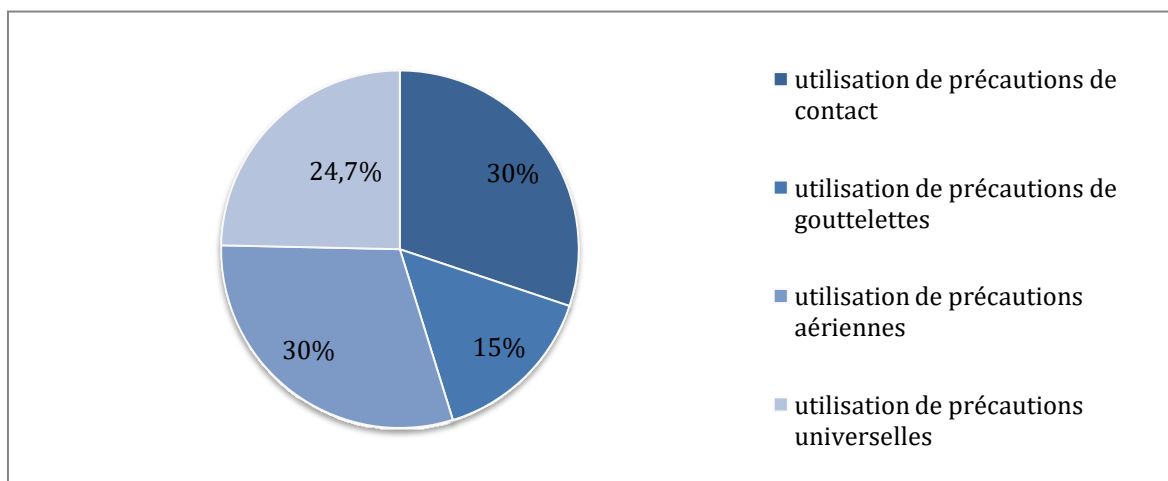
Le tableau suivant illustre les méthodes de prévention utilisées par les professionnels de santé au niveau de l'EPH AKBOU

Tableau III.18: méthodes de prévention utilisées par les professionnels de santé

prévention de la transmission des Infections nosocomiales	Réponses		Pourcentage d'observations
	N	Pourcentage	
-utilisation de précautions de contact	44	30,1%	100,0%
-utilisation de précautions de gouttelettes	22	15,1%	50,0%
-utilisation de précautions aériennes	44	30,1%	100,0%
-utilisation de précautions universelles	36	24,7%	81,8%
-Total	146	100,0%	331,8%

Source : réalisé sur SPSS

Figure III.13: méthodes de prévention utilisées par les professionnels de santé



Source : réalisé par nous-mêmes sur Excel

D'après les résultats du tableau, on distingue que 60,2% des professionnels de l'EPH AKBOU, utilisent les précautions de contact et aériennes dans leur prévention de la transmission des infections liées aux soins.

Comment les professionnels de santé peuvent-ils limité la transmission des IN Ce

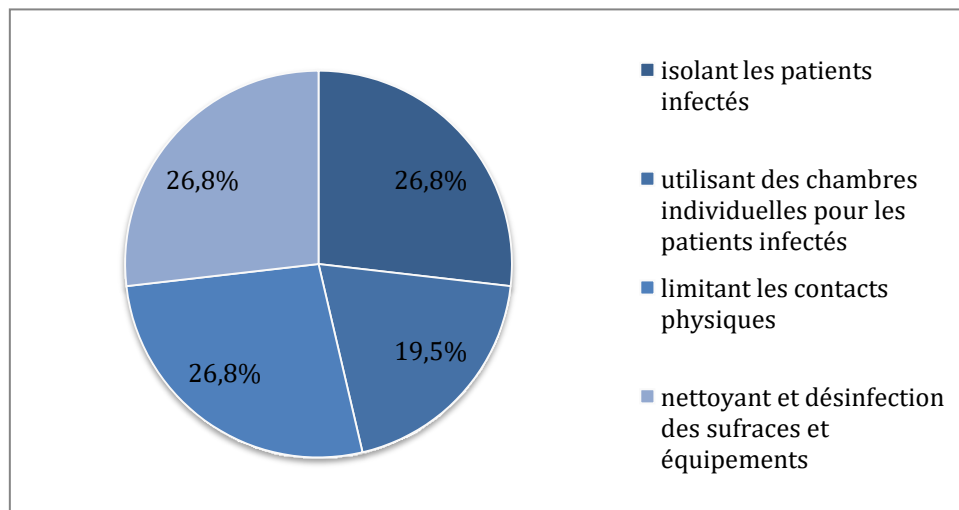
tableau montre comment les professionnels de santé peuvent-ils limité la transmission des IN

Tableau III.19 : comment limité la transmission des IN

comment les professionnels peuvent limiter la transmission des IN	Réponses		Pourcentage d'observation
	N	Pourcentage	
-en isolant les patients infectés des patients non infectés	44	26,8%	100%
-en utilisant des chambres individuelles pour les patients infectés	32	19,5%	72,7%
-en limitant les contacts physiques entre les patients	44	26,8%	100%
-en nettoyant et désinfectant les surfaces et équipements entre chaque utilisation	44	26,8%	100%
-Total	164	100%	372,7%

Source : réalisé sur SPSS

Figure III.14: Comment limiter la transmission des IN



Source : réalisé par nous sur Excel

D'après le tableau si dessus on constate que la totalité du personnel de santé trouvent que pour limiter la transmission des IN il faut isoler les patients infecté, limiter tout contact physique, ainsi qu'en nettoyant et désinfectant les surfaces et équipements, et 72,7% pense que le fait d'utiliser des chambre individuelle pour les patients infecté permet d'évité les IN.

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

Evaluation professionnelle du programme de lutte contre les IN

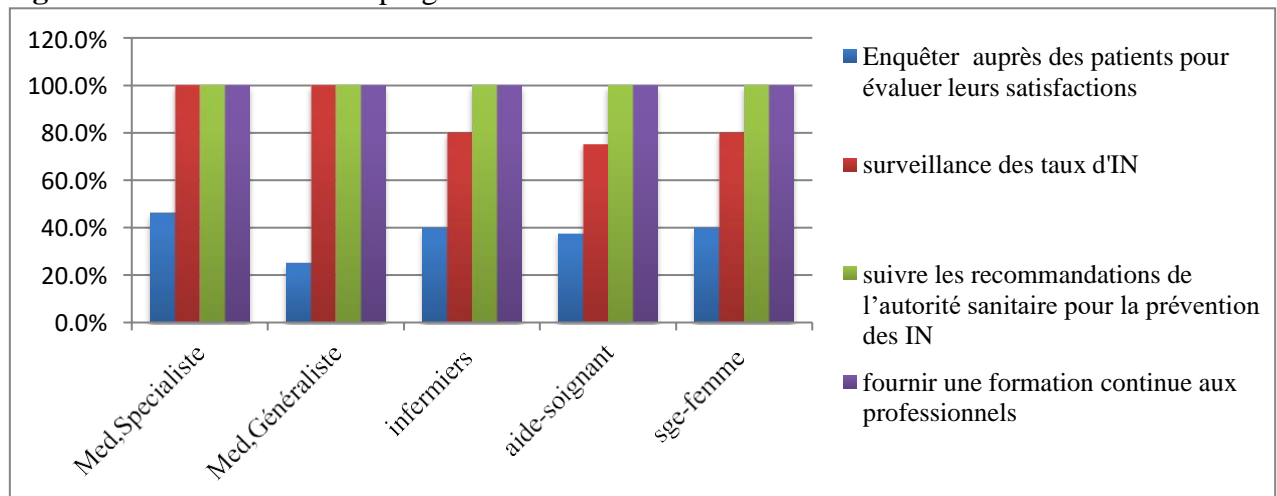
Dans ce tableau, nous allons montrer comment les professionnels de santé au niveau de l'EPH AKBOU évaluent-ils le programme de lutte contre les infections nosocomiales

Tableau III.20 : Tableau croisé entre la profession des professionnels de santé et leurs évaluations des programmes de lutte contre les IN

			Comment les professionnels de santé évaluent les programmes de contre lutte IN				Total
			Enquêter auprès des patients pour évaluer leurs satisfactions	surveillance des taux d'IN	suivre les recommandations de l'autorité sanitaire pour la prévention des IN	fournir une formation continue aux professionnels	
Profession	Médecin Spécialiste	Effectif % dans profession	6 46,2%	13 100%	13 100%	13 100%	13
	Médecin Généraliste	Effectif % dans profession	2 25%	8 100%	8 100%	8 100%	8
	infirmiers	Effectif % dans profession	4 40%	8 80%	10 100%	10 100%	10
	aide-soignant	Effectif % dans profession	3 37,5%	6 75%	8 100%	8 100%	8
	sage-femme	Effectif % dans profession	2 40%	4 80%	5 100%	5 100%	5
Total		Effectif % du total	17 38,6%	39 88,6%	44 100%	44 100%	44 100%

Source : réalisé sur SPSS

Figure III.15: évaluation du programme de lutte contre les IN



Source : réalisé par nous-mêmes sur Excel

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

D'après le tableau ci-dessus, on constate que le suivi des recommandations des autorités sanitaires pour la prévention des IN et fournir une formation continue aux professionnels sont les deux critères essentiels sur lesquels les professionnels de santé de l'EPH AKBOU se basent pour évaluer le programme de lutte contre les infections nosocomiales.

Classification des infections nosocomiales

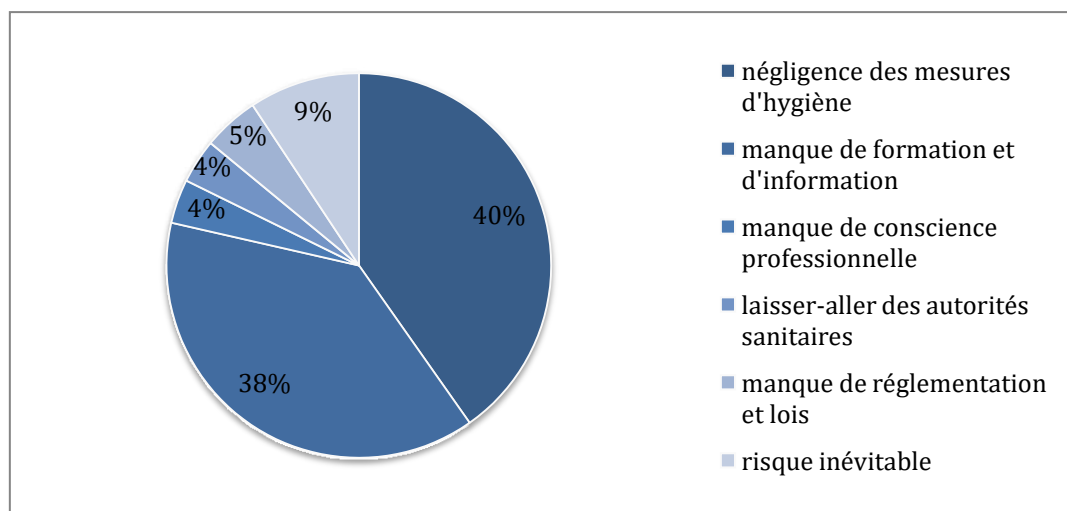
Dans le tableau et schéma suivants, nous allons voir comment les infections nosocomiales sont-elles classées selon les professionnels de santé de l'EPH

Tableau III.21 : Classification des infections nosocomiales selon les professionnels de santé

Classification des IN	Réponses		Pourcentage d'observations
	N	Pourcentage	
-négligence des mesures d'hygiène par le personnel	43	40,2%	97,7%
-manque de formation et d'information du personnel	41	38,3%	93,2%
-manque de conscience professionnelle	4	3,7%	9,1%
-le laisser-aller des autorités sanitaires	4	3,7%	9,1%
- manque de réglementation et de lois	5	4,7%	11,4%
- risque inévitable	10	9,3%	22,7%
-TOTAL	107	100,0%	243,2%

Source : réalisé sur SPSS.

Figure III.16: classification des IN selon les professionnels de santé



Source : réalisé par nous-mêmes sur Excel

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

D'après le graphique suivant, on remarque que les plupart des participants soit 40% ont signalés que les infections liées aux soins sont du a une négligence des mesures d'hygiène hospitalière et 38% pense que sont du au manque de formation et d'information du personnel.

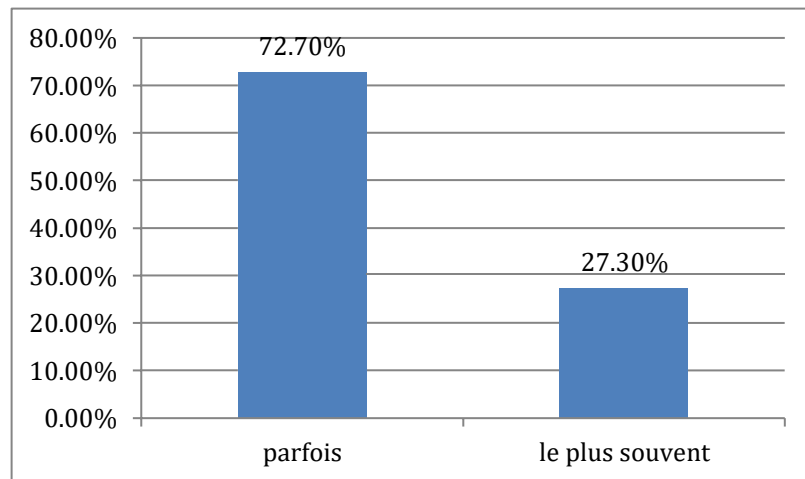
Le niveau de respect des mesures de prévention des IN par les professionnels Dans ce pont, nous allons démontrer a quel niveau les professionnels de santé appliquent les mesures de préventives de façon plus au moins satisfaisante

Tableau III.22: le respect des mesures de prévention des IN

	Fréquence	Pourcentage
parfois	32	72,7
le plus souvent	12	27,3
Total	44	100,0

Source : réalisé par nous-mêmes sur SPSS

Figure III.17: respect des mesures préventives



Source : réalisé sur Excel

Ce graphique nous montre que 72,7% des interviewés déclarent que les mesures d'hygiène et de prévention de base ne sont pas respectées de manière satisfaisante que de temps en temps. Et le reste soit 27,3% attestent qu'ils font de leur mieux afin d'appliquer a la lettre les lignes directrices de la lutte contre le risque infectieux, cependant un certain nombre d'obstacles se réunit afin de constituer un handicap au respect correcte des mesures préventives, parmi eux on site :

- Le manque de moyens nécessaires
- Le non respect des mesures d'hygiène par le patient et son entourage
- L'afflux important des visiteurs

L'existence d'un tableau de bord permettant d'évaluer le respect des mesures de prévention

La surveillance et l'observation rigoureuse de l'application des procédures d'hygiène et de prévention permettent la promotion et l'amélioration des soins offerts. Le tableau ci-dessous nous renseigne sur l'existence d'un tableau de bord qui pourvoit l'évaluation du respect de ces mesures

Tableau III.23: existence d'un tableau de bord permettant d'évaluer le respect des mesures

	Fréquence	Pourcentage
non	44	100%
oui	0	0%
Total	44	100,0

Source : réalisé par nous-mêmes

L'objectif du tableau de bord des infections nosocomiales consiste à inciter tous les établissements de santé à mesurer et évaluer leurs actions, et leurs résultats dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales. C'est une façon qui permet de présenter un nombre d'informations simples et sélectives et vise à améliorer la qualité des soins en permettant un suivi dans le temps et des comparaisons entre les établissements.

La totalité des participants interviewés ont dit qu'il n'existe aucun tableau de bord au niveau de l'établissement qui leur permet d'évaluer ou de vérifier le respect des pratiques de préventions de base, et selon eux l'établissement exprime le besoin d'actualiser ses méthodes de gestion notamment dans le cadre de la lutte contre le risque infectieux.

L'inexistence d'une telle instance représente un obstacle empêchant les démarches de lutte contre les infections nosocomiales.

Chapitre III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

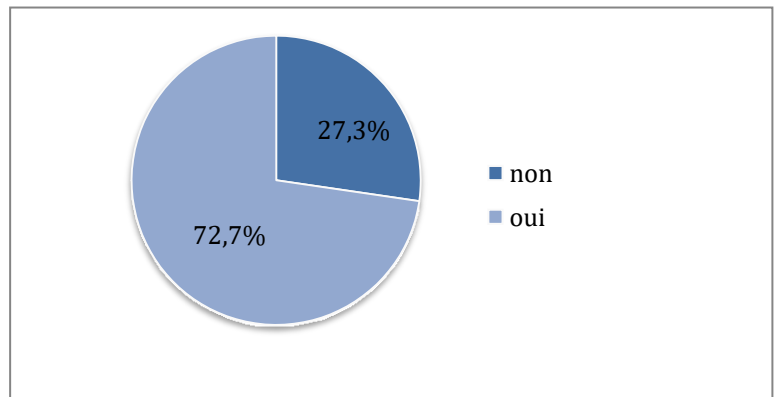
existence d'un dispositif ou une organisation permettant d'inciter au respect des mesures de prévention

Tableau III. 24: existence d'un dispositif de lutte Contre les IN

	Fréquence	Pourcentage
Non	12	27,3%
Oui	32	72,7%
Total	44	100%

Source : réalisé par nous-mêmes sur SPSS

Figure III.18: existence d'un dispositif de lutte contre IN



source : réalisé sur Excel

On trouve que 72,3% des enquêtés ont avancé qu'il existe une organisation les incitant à respecter les mesures d'hygiène et les rappelant des principes de base à suivre afin d'éviter ou de réduire le risque des infections (le CLIN), quant 27,3% restant ils ignorent son existence.

type d'aide attendu pour améliorer la prévention des IN :

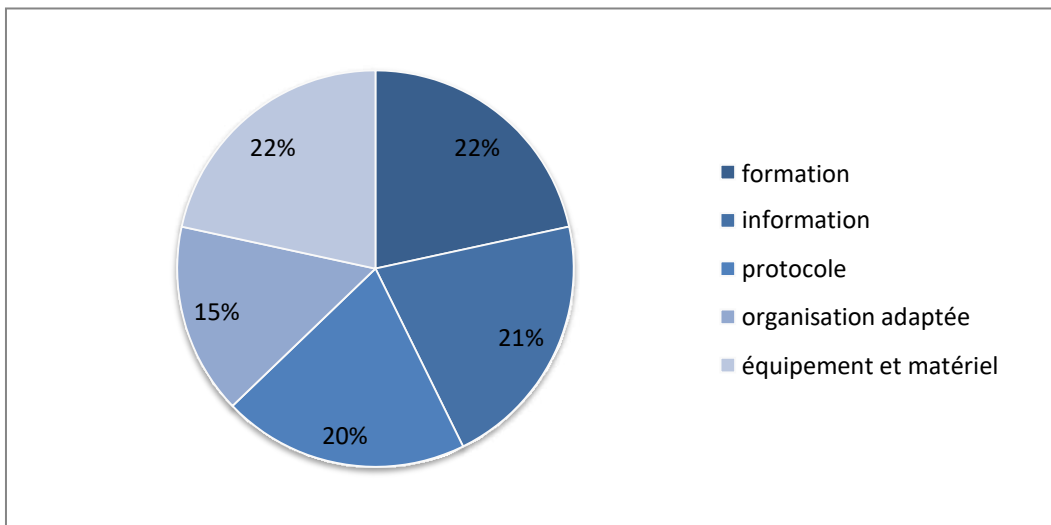
Le tableau suivant représente les types d'aide attendu par le personnel de santé pour améliorer la prévention des IN.

Tableau III.25 : type d'aide attendu pour améliorer la prévention des IN

type d'aide attendue pour améliorer la prévention	Réponses		Pourcentage d'observation
	N	Pourcentage	
- formation	43	21,6%	97,7%
- information	42	21,1%	95,5%
- protocole	40	20,1%	90,9%
- organisation adaptée	31	15,6%	70,5%
- équipement et matériel	43	21,6%	97,7%
- Total	199	100%	452,3%

Source : réaliser sur SPSS

Figure III.19: type d'aide attendu pour améliorer la prévention des IN



Source : réalisé sur Excel

Un besoin de formation et d'information (21,6% et 21,1%) est constaté auprès des participants qui expriment un manque de cession de formations concernant ce sujet, notamment un système d'information fiable qui leur permettra de suivre ce qui se passe réellement dans l'établissement où ils travaillent, ainsi la nécessité de disposer des équipements et matériels et suffisamment de personnel qualifié facilitera le déroulement des soins et entraînera à une maîtrise des tâches de chaque soignant, ce qui aboutira à une réduction des infections nosocomiales.

II. Analyse des résultats du questionnaire destiné aux techniciens de surface de l'EPH AKBOU :

Après avoir récupéré les questionnaires, nous avons procédé au dépouillement de toutes les données, par le biais du logiciel SPSS, dans lesquels nous avons saisi les données contenues dans les questionnaires, puis nous avons procédé à leur traitement dans le but d'aboutir aux différents résultats

Le dépouillement des questionnaires remplis par les participants à notre enquête nous a permis de déduire et de constater que sur les 04 questionnaires distribués, le même nombre a été récupéré, soit un taux de 100%.

Selon les données des questionnaires, nous constatons que 75% des enquêtés sont du sexe féminin soit la plus grande partie, et les 25% restant sont du sexe masculin, ce qui fait une légère prédominance du caractère féminin tel le cas du personnel médical et paramédical.

Concernant les années d'expérience acquise au niveau de l'EPH AKBOU, la moitié d'entre eux, soit 50% ont une ancienneté qui varie entre 3 et 5 ans, alors que 25% dépassent les 5 ans d'expérience et le reste (25%) ont une ancienneté de moins d'une année.

Pour leur niveau de familiarisation avec le terme et les sources des infections nosocomiales, on remarque que la plupart soit un taux de 75% ont répondu qu'ils ont un certain niveau de connaissance sur ce genre d'infections liées aux soins.

Voir le point de la disponibilité des équipements de protection pour le travail (gants, bavettes, blouses...), la majorité du personnel soit un taux de 100%, sont satisfaits de ce côté, ce qui leur permet d'accomplir leurs tâches en toute sécurité et bienfaisance.

Et le dernier point abordé avec les techniciens de surface de l'EPH AKBOU, était sur la fréquence de nettoyage des locaux des services et le rythme d'enlèvement des déchets, qui se fait en nombre de trois fois en 24h, instruction obligée par la direction de l'hôpital pour le premier, et une fois en 24h pour le deuxième, afin de préserver la bonne image de l'établissement et de le garder dans les bonnes conditions d'hygiène.

III. Analyse des résultats de l'entretien

Dans ce point, nous allons développer et exposer les différents résultats de notre entretien effectué avec le directeur de l'EPH AKBOU.

Cet instrument est élaboré pour appréhender le sujet de la gestion du risque infectieux et démarche qualité des soins auprès du directeur de l'EPH.

Nous avons opter pour cette méthode afin de pouvoir apporter des éclaircissements sur le sujet de la gestion du risque infectieux et son rôle dans la réduction des infections nosocomiales, mais aussi nous a permis de connaître le rôle de la direction de l'établissement dans le comité de lutte contre ces infections , et qui est comme suit :

- Le rôle de la direction de l'établissement public hospitalier AKBOU :

L'administration doit s'impliquer activement dans la prévention et la lutte contre les infections liées aux soins. Elle est chargée des tâches suivantes :

- Mettre en place le CLIN et veiller à la périodicité de leurs réunions
- Allouer les ressources nécessaires pour la prévention et la lutte contre les IAS
- Assurer le soutien logistique aux actions de formation des personnels
- Déléguer les aspects techniques de l'hygiène aux personnels appropriés
- Evaluer périodiquement la situation en matière d'IAS et l'efficacité des mesures de lutte contre ces dernières
- Mettre en œuvre les politiques approuvées par le CLIN
- Faire bénéficier l'unité chargée de l'hygiène hospitalière de la collaboration de l'ensemble des services de l'établissement
- Veiller à la mise en œuvre des moyens nécessaires aux investigations des flambées épidémiques ainsi qu'à l'application des recommandations qui en découlent
- Assurer l'information par affichage des règles d'hygiène concernant les visiteurs et veiller à leurs applications

IV. Recommandations pour la lutte contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH Akbou :

D'après les résultats dévoilés et exposés par notre enquête, il s'est avéré que le risque nosocomial constitue un facteur préoccupant et alarmant au sein de l'EPH d'AKBOU, et ce au niveau de ses différents services.

Sachant que la mise en place d'un programme de prévention et de surveillance des infections nosocomiales, au niveau de l'établissement de santé, est considéré comme un élément essentiel d'une politique de lutte contre les infections liées aux soins, ils ne sont tout de même pas appliqués et respectés rigoureusement, en dépit de leur impact positif prouvé dans la réduction de ces infections. Pour ceci, un certain nombre de pratiques, de comportements et de mentalités doivent être instaurés et améliorés au niveau des structures de soins, il s'agit essentiellement :

- Les techniques de désinfections, de stérilisation et de nettoyage doivent être appliquées de façon adéquate et appropriées répondant aux règles universelles d'hygiène.
- Les professionnels de santé doivent prendre en considération les mesures de protection et la mise en application des règles de la tenue vestimentaire, et éviter le port des bijoux, ainsi tout ce qui est lié à la manucure des mains pour la gente féminine, et de préférence avoir une barbe taillée pour les hommes.
- Instaurer les programmes de formation continue portant entre autres sur : les pratique de base de l'hygiène des mains, les conditions et les étapes de stérilisation des instruments de soins, le port de blouses et de masque/lunettes de protection, le port de gants aux deux mains (1 patient = 1 paire de gants) changés après chaque malade.
- Assurer une collecte, un transport et un traitement sécurisé et correcte des déchets hospitaliers, en élaborant une stratégie nationale de gestion des déchets des établissements de soins.
- Améliorer et encourager la communication intra personnelle.
- Il est nécessaire de mobiliser les moyens matériels en s'appuyant sur le matériel à usage unique qui fait défaut le plus souvent au niveau des structures de soins, et l'acquisition de quantités suffisantes et aussi l'optimisation de leur utilisation doit constituer une priorité pour les gestionnaires.

CONCLUSION :

Nous pouvons conclure que la politique et gestion du risque infectieux ne pourra contribuer significativement à la réduction des IN dans un hôpital, que lorsque les fonctions du CLIN s'accomplissent le plus rigoureusement possible, accompagnées du respect total des mesures de prévention dans les décisions les plus justes possible.

A celle-ci, doivent s'ajouter trois conditions de base (formation, information et prévention), nécessaires et indispensables à la réussite de la politique de prévention des infections nosocomiales, à savoir ; a savoir la mobilisation des ressources humaines et matérielles, ainsi que la coordination de toute partie prenante dans l'établissement hospitalier, en renforçant la sensibilisation et la diffusion de l'information relative à ce fléau.

CONCLUSION GENERALE

CHAPITRE III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

Étant donné que l'objectif principal de l'hôpital est d'améliorer la santé des patients, il est regrettable de constater que certaines défaillances et lacunes peuvent transformer cette institution en un environnement inconfortable, voire éventuellement pouvant mettre la vie des patients en danger.

Par conséquent, les infections nosocomiales se posent comme le principal défi en termes d'organisation et de qualité des soins, mettant sérieusement en péril la santé des patients. En Algérie, tout comme dans d'autres pays, ces infections, autrefois principalement attribuées à des problèmes d'hygiène, sont désormais également liées à l'avancement des technologies médicales et à leur caractère invasif.

Les infections nosocomiales entraînent d'importantes conséquences pour la société, tant en termes de maladies que de décès. Elles occasionnent des pertes significatives pour les établissements de santé et les systèmes de sécurité sociale, notamment en raison de la prolongation des séjours hospitaliers, des traitements supplémentaires aux agents anti-infectieux, ainsi que des diagnostics et des examens de laboratoire supplémentaires.

Véritable problème de santé publique, ces infections demeurent en Algérie la résultante essentielle du manque d'hygiène, du non-respect des mesures de précaution et de l'absence d'actions de surveillance prospectives.

Le risque nul en médecine est inexistant, d'où l'éradication de ces infections associées aux soins est impossible. Cependant, leur réduction ainsi que le freinage de leur propagation est possible et certain, d'où il est estimé que 30% des infections nosocomiales pourraient être évitées.

Freiner l'évolution des infections nosocomiales repose sur un ensemble d'actions préventives, dont se trouve la veille sanitaire. À cet égard, la surveillance et le contrôle des pratiques des professionnels de santé constituent un investissement vital.

La surveillance continue de l'environnement hospitalier, ainsi que la recherche systématique d'informations sur tout événement inhabituel grâce à une vigilance constante dans le traitement et la diffusion de ces informations, sont des mesures essentielles pour atteindre des objectifs stratégiques en matière de réduction des risques d'infection.

Dans notre travail, nous avons tenté de déterminer l'ampleur du phénomène de lutte contre les infections nosocomiales acquises aux établissements de soins, ainsi que les résultats obtenus à partir de la mise en place d'une stratégie de prévention et de surveillance des infections nosocomiales.

CHAPITRE III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

Cette approche préventive a démontré son utilité tant sur le plan économique que social. De nombreuses études ont révélé que la mise en place d'un programme de prévention présente un avantage concret et offre de réels bénéfices pour l'ensemble de la communauté. Il contribue à réduire les infections nosocomiales, ce qui entraîne une diminution de la morbidité et de la mortalité, ainsi qu'une baisse des coûts liés à l'hospitalisation, selon les approches coûts-bénéfices et coûts-efficacité.

Sachant que la prévention et la lutte des infections nosocomiales n'est pas une préoccupation nouvelle en Algérie, d'où son institutionnalisation date depuis la promulgation de l'arrêté n° 64/MSP du 07 novembre 1998, avec la mise en place des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) au sein des établissements de santé, et ce dans le cadre de la politique de la protection et de la promotion de la santé. Cette démarche ne suffit pas, et doit être renforcée par des actes d'exécution réguliers et permanents.

Afin de faire face aux véritables défis posés par les infections nosocomiales en Algérie, notre enquête menée auprès des professionnels de santé de l'EPH d'AKBOU, ainsi que de son directeur, a révélé des efforts de prévention et de lutte contre ce fléau. Les autorités sanitaires affichent une volonté de limiter l'augmentation du risque infectieux à l'hôpital. Cependant, malgré ces actions entreprises, les résultats obtenus restent en deçà des objectifs fixés en raison de diverses lacunes qui entravent leur mise en œuvre effective.

De ce fait, les résultats de l'enquête menée au niveau de l'EPH d'AKBOU indiquent que le respect des mesures préventives de base sont souvent médiocre, malgré que la majorité du personnel est plutôt bien informés à propos des infections nosocomiales, et leur assistance à des campagnes d'informations et de sessions de formation, qui ont pour objectif de sensibiliser les personnels hospitaliers aux règles d'hygiène et au problème des infections nosocomiales en général, sont mises en place au niveau de l'établissement.

Par ailleurs, les responsables des hôpitaux comme ceux de la santé publique ne peuvent plus se permettre de dissimuler ce risque. En revanche, ils sont dans l'obligation de savoir le gérer, et donc le prévoir, le contrôler, l'encadrer et surtout en assumer les conséquences à travers la mise en place des dispositifs nécessaires non pas à son élimination mais au moins à sa réduction.

Il est essentiel que cette gestion soit transparente et claire, ce qui rend la diffusion des informations concernant les activités quotidiennes de la structure de soins plus que nécessaire. C'est là que le rôle de la gestion des risques infectieux devient évident dans la lutte contre les

CHAPITRE III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

infections nosocomiales, en complément des dispositifs de prévention déjà mentionnés précédemment.

Pour que le risque infectieux, dans les établissements de soins soit contrôlé et réduit, il est nécessaire de mettre en place quelques actions, à savoir :

- Établir une organisation rigoureuse pour la lutte contre les infections nosocomiales en formant un CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales) compétent et engagé, afin de garantir une solide formation pour tous les professionnels de santé.
- Allouer un budget dédié à la mise en place d'une fonction d'écoute prospective et anticipative de l'environnement hospitalier au sein de l'établissement.
- Améliorer et encourager la communication interpersonnelle.
- Améliorer l'organisation des soins et des pratiques des professionnels ayant un impact sur le risque infectieux.
- Assurer une meilleure information des patients et communication sur le risque infectieux lié aux soins.
- Le respect des bonnes pratiques doit être encouragé par la réalisation et la diffusion de protocoles et de recommandations écrits portant sur les situations les plus courantes et dont leur respect doit être évalué constamment.
- Assurer une collecte, un transport et un traitement sécurisés des déchets hospitaliers.

BIBLIOGRAPHIE

❖ Ouvrages :

- Benchehida, S. (2020). *Livre du management de la qualité en santé*. France : AFNOR.
- ANDEM. (s.d.). *Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé principes méthodologiques octobre 1996*. France: (ANDEM) Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale.
- MOUSSIER, C., CREUZON, C., LEBATARD, M. B., & ROUILLARD, M. M. (2018). *Gestion des risques en établissement de santé* (éd. 2e édition). Sup Foucher.
- BACHIR, B. (2013). *la lutte contre les infections nosocomiales au Maroc: études des lieux et perspectives*. Consulté le 2023
- REDJEB, B. (2006). *les infections nosocomiales: il est temps de tirer la sonnette d'alarme*. revue JMARMU.
- EL RHAZIK., E. e. (2007). prévalence et facteurs de risque des infections nosocomiales au CHU Hassan II de Fès. *revue de santé de la Méditerranée orientale*. Maroc.
- publique, m. d. (2008). *série des manuels d'hygiène hospitalière*. Tunisie: service régional d'hygiène du milieu.
- service régional d'hygiène, t. (2008). *série des manuels d'hygiène hospitalière*. tunisie: le ministère de la santé publique et la direction régionale de la santé publique de Bizerte.
- tunisienne, j. o. (2009, fevrier 13). *journal officiel de la republique tunisienne* .
- santé, O. m. (2008). *Prévention des infections nosocomiales : guide pratique* (éd. 2e édition). Genève.
- OUBIHI B, Z. M. (2015). *épidémiologie des infections nosocomiales en milieu de réanimation au Maroc*. Casablanca, Maroc.
- CHOUCHENE. (2015). *incidence des infections associées aux dispositifs médicaux dans un service de réanimation tunisien*. Tunisie: santé publique.
- FRM. (s.d.). *appel aux dons pour financer la recherche médicale*. Consulté le Novembre 5 , 2022, sur Fondation pour la Recherche Médicale: <https://www.frm.org>
- MOUNIC, V., BOULOGNE, M., ERBAULT, M., GARRIGUE-GUYONNAUD, H., & GLIKMAN, J. (2002, AVRIL). ANAES. Consulté le NOVEMBRE 2023, sur ANAES: <https://www.has->

sante.fr/upload/docs/application/pdf/demarche_qualite_2006_10_06_10_16_43_41.pdf

❖ Mémoires :

- Boulahouat, M. (2012). évaluation du rôle de la prévention dans la lutte contre les infections nosocomiales. Bejaia, Algérie.
- Mahdia, B. (2012). mémoire de magister. *essai d'évaluation du rôle de la veille sanitaire dans la réduction des infections nosocomiales en Algérie*. Bejaia, Algérie.
- Mahdia, B. (2012). thèse. *évaluation du rôle de la prévalence dans la lutte contre les infections nosocomiales: cas des hôpitaux publics*. Bejaia, Algérie.

❖ Articles :

- *centre hospitalier cambrai*. (s.d.). Consulté le Mars 11, 2023, sur Lutte contre les Infections Nosocomiales.: <https://www.ch-cambrai.fr/infections-nosocomiales.html>.
- Christian, T. (2015, novembre 2). *définition, démarche qualité*. Consulté le novembre 12, 2023, sur dictionnaire de santé: <https://www.vocabulaire-medical.fr/encyclopedie/203-demarche-qualite-gestion-des-risques/>
- *CLIN | hôpital en Algérie, établissement hospitalier à Skikda*. (s.d.). Consulté le Mars 13, 2023, sur EHSKIKDA-dz: <https://www.ehskikda-dz.com/qualite/clin/>.
- *HAS : Haute Autonomie de Santé* . (2019). Consulté le Novembre 5, 2023, sur Organisation Mondiale de Santé. la qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/demarche_qualite_2006_10_06__10_16_43_41.pdf
- *Ministère de la santé et de la prévention*. (s.d.). Consulté le Novembre 5, 2022, sur solidarites_santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>. Consulté le 5 novembre 2022.
- ISO. (s.d.). *ISO*. Consulté le novembre 05, 2023, sur International organization of standardization: <https://www.iso.org/fr/home.html>
- GARRIGUE-GUYONNAUD, H., & MOUNIC, V. (2003, Janvier). *ANAES*. Consulté le Novembre 2023, sur PRINCIPES METHODOLOGIQUES POUR LA GESTION DES RISQUES EN ETABLISSEMENT DE SANTE:

<http://www.hosmat.fr/hosmat/bonnes-pratiques/principes-m%C3%A9thodologiques.pdf>

❖ **Sites Web :**

- l'OMS. (2009). *statistique de l'OMS*. Consulté le Novembre 5, 2022, sur who.net : http://www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/978902145
- L'OMS. (2011). *who.int*. Consulté le mars 09, 2023, sur statistiques de l'OMS: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69751/WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12_fre.pdf;jsessionid=42F53A2C8117BFE2A22C78FC9A175C98?sequence=1
- *Wikipédia* . (s.d.). Consulté le Novembre 3, 2022, sur [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Gestion des risques Oldid=198346405](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Gestion%20des%20risques&oldid=198346405).
- *cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec*. (s.d.). Consulté le 2023, sur [www.msss.gouv.qc.ca/asss: Http://www.msss.gouv.qc.ca/asss/](http://www.msss.gouv.qc.ca/asss/Cadre%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence%20%C3%A0%20l'intention%20des%20%C3%A9tablissements%20de%20sant%C3%A9%20du%20Qu%C3%A9bec).Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec
- OMS. (2011). Récupéré sur la lutte contre les infections nosocomiales en Tunisie : <https://www.emro.who.int/fr/tun/tunisia-news/oms-ministere-sante-pacte-soin-propre.html>,
- *prévention et contrôle des infections nosocomiales, plan d'action 2010-2015*. (s.d.). Consulté le 2023, sur [www.msss.gouv.qc.ca: Http://www.msss.gouv.qc.ca/nosocomiales/prévention et contrôle des infections nosocomiales, plan d'action 2010-2015](http://www.msss.gouv.qc.ca/nosocomiales/prevention-et-contr%C3%B4le-des-infections-nosocomiales-plan-d%27action-2010-2015)
- *programme national de lutte contre les infections nosocomiales* . (2005). Consulté le 2023, sur [www.sante.gouv.fr: Http://www.sante.gouv.fr/programme-national-de-lutte-contre-les-infections-nosocomiales-2005-2008](http://www.sante.gouv.fr/programme-national-de-lutte-contre-les-infections-nosocomiales-2005-2008)

ANNEXES

⇒ *Sujet du Mémoire de Master 2 :*

« **Contribution à l'étude des pratiques en matière de gestion des risques et d'amélioration de la qualité des soins : Cas du Programme de lutte contre les infections nosocomiales au sein de l'EPH d'Akbou** »

⇒ *NOM et Prénom des enquêtrices :*

BOUAZOUNI Nadjat & BOUALI Sofia

- Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'une **recherche universitaire**.
- Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre d'un **stage pratique** portant sur le **Programme de lutte contre les infections nosocomiales** au sein de l'EPH d'Akbou.
- Soyez assuré(e) que les réponses que vous fournirez demeureront **strictement confidentielle** et ne seront en aucun cas transmises à des tiers. Par ailleurs, les informations collectées seront traitées de manière **anonyme** et ne seront utilisées qu'à des fins statistiques.
- Nous vous prions de remplir ce questionnaire avec **le plus d'objectivité possible** afin de ne pas « fausser » les résultats de l'étude.
- **Merci d'avance pour votre collaboration !**

1. Êtes-vous:

Médecin

Infirmier

Aide-soignant

Autre (précisez)

.....

2. Depuis combien de temps exercez-vous votre spécialité ou profession ?

.....

3. Êtes-vous familier avec le terme « infections nosocomiales » ?

- Oui
- Non

4. Décrivez brièvement ce que vous entendez par « infection nosocomiale » :

.....
.....
.....

5. Selon vous, ces infections sont-elles graves dans leur totalité ?

- Oui
- Non

6. Quels sont les types d'infections nosocomiales que vous connaissez ?

- Infection des voies urinaires
 - Pneumonie associée à la ventilation mécanique
 - Infection du site opératoire
 - Sepsis
 - Autres (précisez) :
-
.....

7. Quels sont les facteurs de risque pour développer une infection nosocomiale ?

- Âge avancé
 - Immunité affaiblie
 - Utilisation d'antibiotiques à long terme
 - Séjour prolongé à l'hôpital
 - Autres (précisez) :
-

8. Quelles sont les mesures préventives de base pour réduire le risque d'infection nosocomiale ?

- Lavage des mains régulier
- Port de gants et de blouses de protection
- Utilisation appropriée des antibiotiques
- Nettoyage et désinfection des surfaces et des équipements
- Autres (précisez) :.....

9. Que devriez-vous faire si vous remarquez des signes d'infection chez un patient ?

- Υ Informer immédiatement le personnel soignant
- Υ Administrer des antibiotiques sans ordonnance
- Υ Ne rien faire et surveiller la situation
- Υ Autres (précisez) :

10. Que pouvez-vous faire, sur le plan individuel, pour aider à prévenir la propagation des infections nosocomiales ?

- Υ Éviter de visiter des patients atteints d'infections contagieuses
- Υ Respecter les règles d'hygiène en vigueur dans l'établissement de santé
- Υ Informer les autres membres du personnel soignant si vous remarquez des pratiques dangereuses ou incorrectes
- Υ Autres (précisez) :

11. Avez-vous déjà été formé(e) sur les protocoles de prévention et de contrôle des infections nosocomiales ?

- Υ Oui
- Υ Non

12. Quelle est l'importance de la surveillance des infections nosocomiales ?

- Υ Identifier les patients à risque et leur fournir une surveillance accrue
- Υ Détecter rapidement les cas d'infection pour prévenir leur propagation
- Υ Établir des protocoles de prévention et de contrôle efficaces
- Υ Autres (précisez) :

13. Comment les infections nosocomiales affectent-elles les patients et les établissements de santé ?

- Υ Augmentation des coûts de soins de santé
- Υ Allongement de la durée de séjour à l'hôpital
- Υ Augmentation de la morbidité et de la mortalité des patients
- Υ Perte de confiance des patients dans l'établissement de santé
- Υ Autres (précisez) :

14. Quels sont les symptômes courants d'une infection nosocomiale ?

- Υ Fièvre
- Υ Frissons
- Υ Douleur
- Υ Rougeur ou gonflement
- Υ Autres (précisez) :

15. Comment les professionnels de santé peuvent-ils prévenir la transmission d'une infection nosocomiale ?

- Y Utilisation de précautions de contact
- Y Utilisation de précautions de gouttelettes
- Y Utilisation de précautions aériennes
- Y Utilisation de précautions universelles
- Y Autres (précisez) :
-

16. Comment les professionnels de santé peuvent-ils limiter la transmission des infections nosocomiales entre les patients ?

- Y En isolant les patients infectés des patients non infectés
- Y En utilisant des chambres individuelles pour les patients infectés
- Y En limitant les contacts physiques entre les patients
- Y En nettoyant et en désinfectant les surfaces et les équipements entre chaque utilisation
- Y Autres (précisez) :
-

17. Comment les professionnels de santé peuvent-ils évaluer et améliorer l'efficacité du programme de lutte contre les infections nosocomiales ?

- Y En effectuant des enquêtes auprès des patients pour évaluer leur satisfaction
- Y En surveillant le taux d'infections nosocomiales dans l'établissement de santé
- Y En suivant les recommandations des autorités sanitaires pour prévenir les infections nosocomiales
- Y En fournissant une formation continue aux professionnels de santé sur les protocoles de prévention et de contrôle des infections
- Y Autres (précisez) :
-

18. Dans quelle(s) case(s) classez-vous les infections nosocomiales ?

- Y Résultat de la négligence des mesures d'hygiène par le personnel hospitalier
- Y Résultat du manque de formation et d'information du personnel hospitalier
- Y Résultat du manque de conscience professionnelle
- Y Résultat du laisser-aller des autorités sanitaires
- Y Résultat du manque de réglementation et de lois rigoureuses en la matière
- Y C'est un risque qui s'impose, il est inévitable, puisque le risque nul en médecine n'existe pas

19. Selon vous, les mesures de base de prévention des infections nosocomiales sont-elles respectées de manière satisfaisante par les professionnels hospitaliers ?

- Y Jamais
- Y Parfois
- Y Le plus souvent
- Y Toujours

20. Y a-t-il un tableau de bord dans votre établissement vous permettant d'évaluer le respect de ces mesures ?

- Y Oui
- Y Non

21. Existe-t-il dans votre établissement une organisation ou un dispositif permettant d'inciter au respect de ces mesures ?

- Y Oui
- Y Non

22. Si OUI, veuillez préciser les contours de cette organisation ou de ce dispositif ?

.....
.....
.....

23. Quel type d'aide et/ou de moyens attendez-vous pour améliorer la prévention des infections nosocomiales ?

- a. Formation
- b. Information
- c. Protocole
- d. Organisation adaptée
- e. Équipement et matériel
- f. Autres (précisez) :

.....

UNIVERSITÉ ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA

**FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, COMMERCIALES
ET DES SCIENCES DE GESTION**

➤ *Sujet du Mémoire de Master 2 :*

**« Contribution à l'étude des pratiques en matière de gestion des
risques et d'amélioration de la qualité des soins : *Cas du
Programme de lutte contre les infections nosocomiales au sein de
l'EPH d'Akbou* »**

➤ *NOM et Prénom des enquêtrices :*

BOUAZOUNI Nadjat & BOUALI Sofia

Questionnaire destiné aux « techniciens de surface » au niveau de l'EPH d'AKBOU

1. Êtes-vous :
 - γ Homme
 - γ Femme

2. Combien d'années d'expérience avez-vous en tant que technicien de surface dans cet établissement ?
 - γ Moins d'un an
 - γ Entre 1 et 3 ans
 - γ Entre 3 et 5 ans
 - γ Plus de 5 ans

3. Avez-vous déjà entendu parler des infections nosocomiales ?
 - γ Oui
 - γ Non

4. Êtes-vous familier avec les différentes sources d'infections nosocomiales ?

Oui

Non

5. Portez-vous des gants et des bavettes lors du nettoyage ?

Oui

Non

6. Avez-vous des équipements de protection adéquats pour la décontamination des salles ?

Oui

Non

7. Quels sont les produits de nettoyage que vous utilisez couramment ?

.....
.....
.....

8. Quand est-ce que les salles sont désinfectées et nettoyées ?

Après le décès d'un malade

Obligatoirement à la sortie du malade

Après suspicion d'une infection contaminante

Autres (précisez)

.....
.....

9. Quel est la fréquence de nettoyage des locaux du service ?

Une seule fois par jour

Trois fois en 24h

En cas de pollution

2 à 3 fois par semaine

Une fois par mois

10. Quel est le rythme d'enlèvement des déchets

Tous les jours

Tous les deux jours

Toutes les semaines

ANNEXE N°1

Le directeur

Bureau d'ordre générale et bureau de la communication

La sous direction des finances et les moyens

La sous direction des ressources humaines

La sous-direction des services de santé

La sous direction de la maintenance des équipements connexes

Le bureau de budget et la comptabilité

Le bureau de la gestion des ressources humaines et de contentieux

Le bureau des entrées

Le bureau de la maintenance des équipements médicaux

Le bureau des marchés public

Le bureau de la centralisation et du calcul des couts

Le bureau des moyens généraux et des infrastructures

Le bureau de la formation

Le bureau de l'organisation de suivi et de l'évaluation des activités de santé

Le bureau de la maintenance des équipements connexes

ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER D'AKBOU
SERVICE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE MÉDECINE PRÉVENTIVE

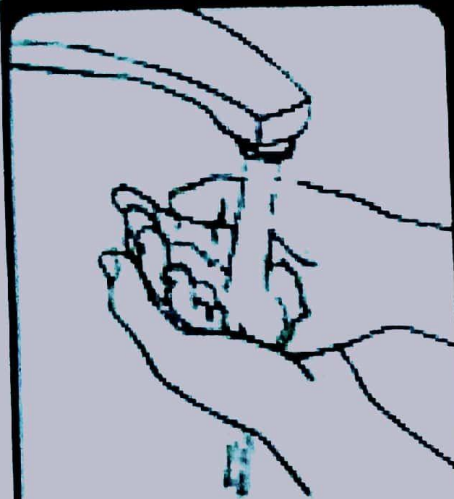
المؤسسة الصومية للإستشفائية
للأول علي - ألبو
مصلحة مكافحة الأوبئة

Conditionnement des déchets hospitaliers

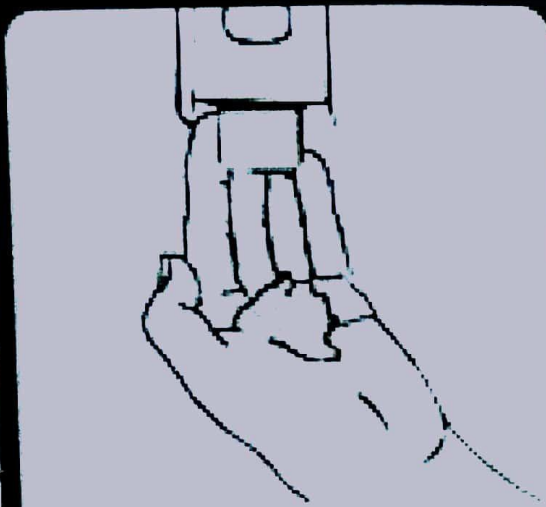


Comment se laver les mains

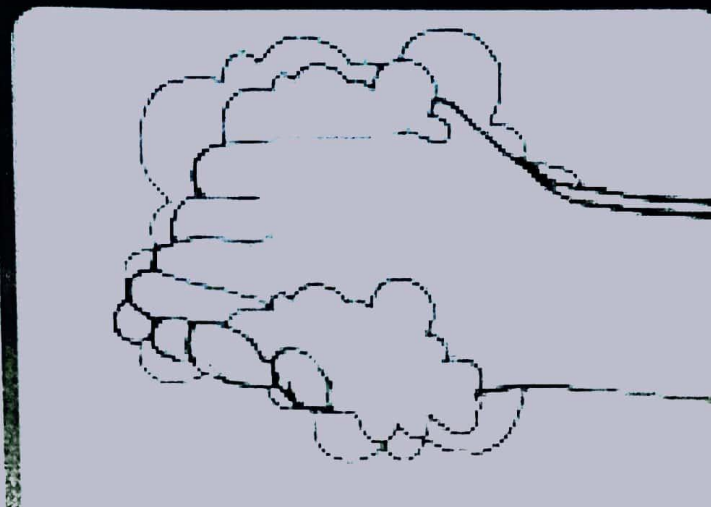
ANNEXE N°3



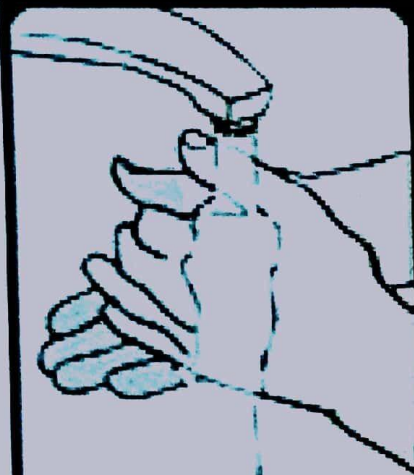
1 Mouillez vos mains



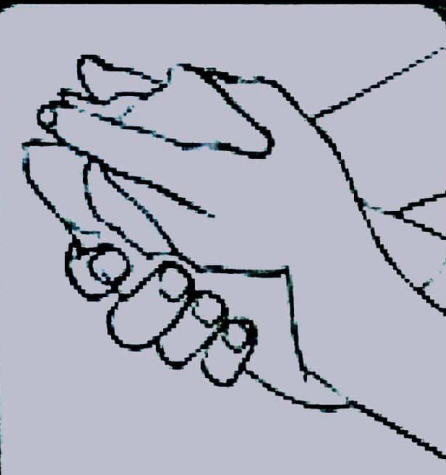
2 Savon liquide



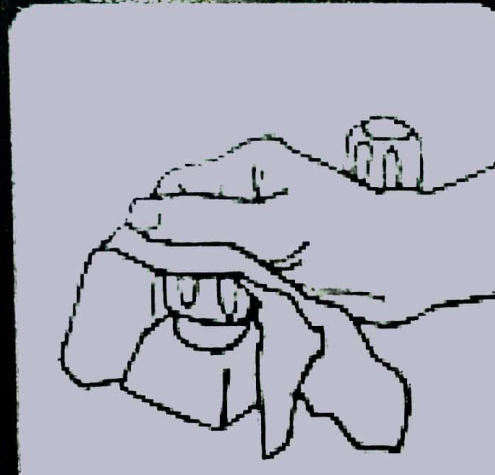
3 Moussez, frottez - 20 sec



4 Rincez - 10 sec



5 Sechez vos mains

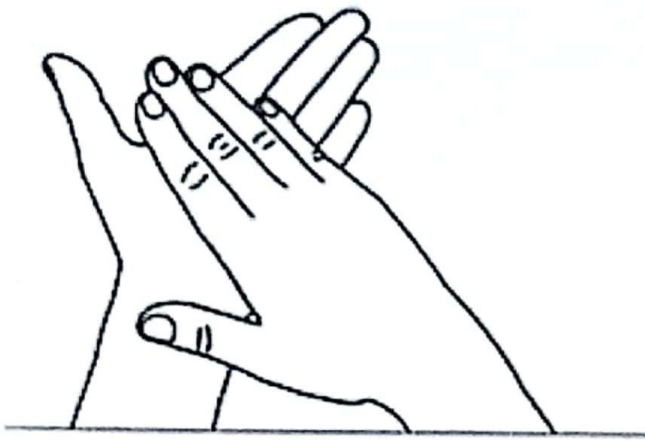


6 Fermez le robinet

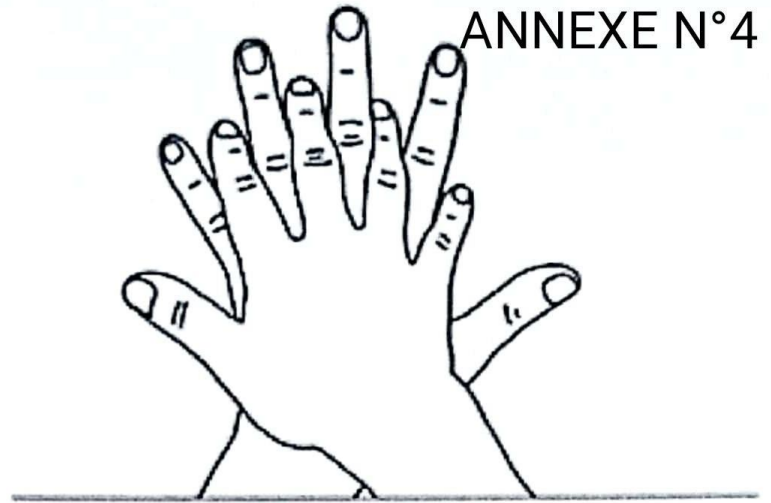
N'OUBLIEZ PAS DE LAVER:

- entre vos doigts
- sous vos ongles
- et le dessus de vos mains

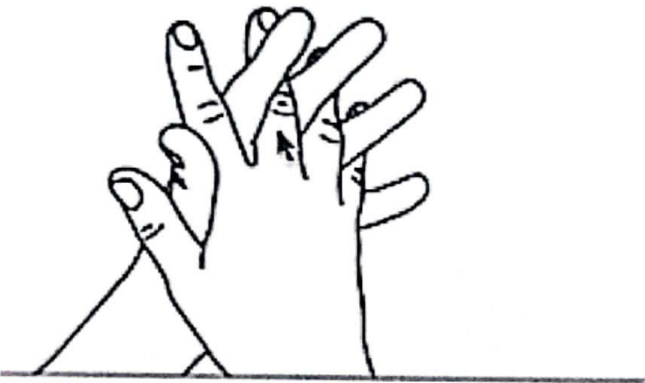
المؤسسة العمومية الإستشفائية
القول علي - القبو
مصلىة مكشحة الأوبئة



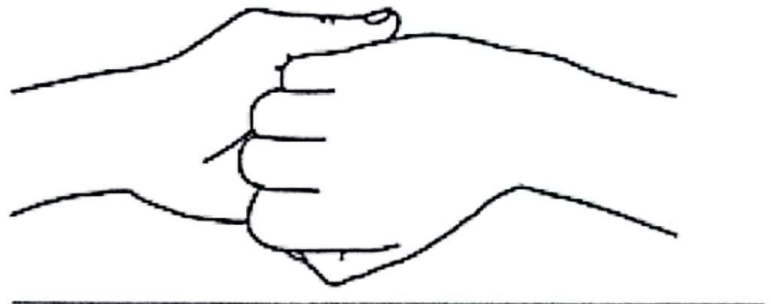
1 Paume sur paume
Désinfection des paumes



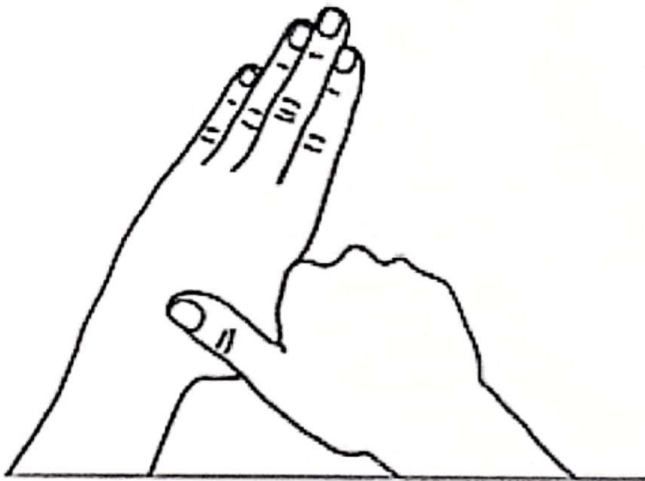
2 Paume sur dos
Désinfection des doigts
et des espaces interdigitaux



3 Doigts entrelacés
Désinfection des espaces
interdigitaux et des doigts



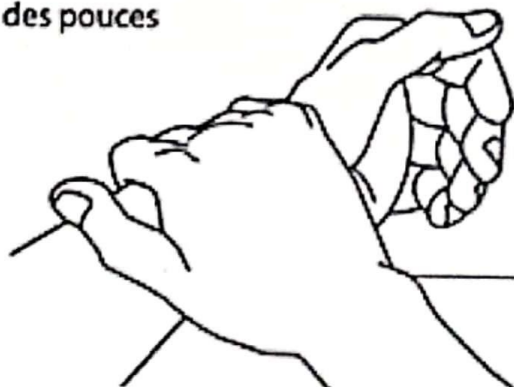
4 Paume/doigts
Désinfection des doigts



5 Pouces
Désinfection des pouces



6 Ongles
Désinfection des ongles



7 Poignets

المؤسسة العمومية الإستشفائية
أقلول علي - البو
مصاحبة مكافحة الأوبئة

Liste des figures

Figure I.1 : Les dimensions de la qualité en santé	8
Figure I. 2 : les modes de Transmission des infections nosocomiales	24
Figure II.1 : la composition du CLIN... ..	41
Figure III.1 : organigramme du SEMEP	50
Figure III.2 : répartition selon le sexe	65
Figure III.3 : répartition selon la profession	66
Figure III.4 : répartition selon l'année d'expérience	67
Figure III.5 : répartition selon la gravité des IN... ..	69
Figure III.6 : répartition des facteurs de risque des infections nosocomiales	70
Figure III.7 : le lien entre profession des personnels de santé et les mesures préventives pour réduire le risque IN.....	72
Figure III.8 : les professions du personnel de santé et la prévention des IN sur le plan individuel.....	74
Figure III.9 : Formation sur le protocole de prévention des IN... ..	75
Figure III.10 : L'importance de la surveillance des IN... ..	76
Figure III.11 : le mode d'affection des IN... ..	77
Figure III.12 : Les symptômes courants des infections nosocomiales	78
Figure III.13 : méthodes de prévention utilisées par les professionnels de santé.....	79
Figure III.14 : Comment limiter la transmission des IN... ..	80
Figure III.15 : évaluation du programme de lutte contre les IN... ..	81
Figure III.16 : classification des IN selon les professionnels de santé	82
Figure III.17 : le respect des mesures préventives des IN	83
Figure III.18 : existence d'un dispositif de lutte contre les IN... ..	85
Figure III.19 : type d'aide attendu pour améliorer la prévention des IN	86

LISTE DES TABLEAUX

Tableau III.1 : répartition du personnel.....	47
Tableau III.2 : fiche technique de l'établissement hospitalier.....	48
Tableau III.3 : Activités du tableau technique de l'EPH.....	49
Tableau III.4 : Représente le nombre et le taux d'occupations des lits au niveau de l'EPH...50	
Tableau III.5 : Répartition des enquêtés selon le sexe	65
Tableau III.6 : Répartition selon la profession	66
Tableau III. 7 : Répartition des enquêtés selon les années d'expérience	67
Tableau III. 8 : La familiarisation du personnel avec le terme des IN	68
Tableau III. 9 : La gravité des infections nosocomiales	69
Tableau III.10 : Les facteurs de risque des infections nosocomiales	70
Tableau III.11 : croisé entre la profession des personnels de santé et les mesures préventives pour réduire le risque IN	72
Tableau III.12 : que faire lors de l'apparition des signes des infections nosocomiales.....	73
Tableau III.13 : tableau croisé sur les professions du personnel de santé et prévention des IN sur le plan individuel	74
Tableau III.14 : tableau croisé sur le protocole de prévention des IN.....	75
Tableau III.15 : L'importance de la surveillance des IN.....	76
Tableau III.16 : le mode d'affection des IN	77
Tableau III.17 : les symptômes courants des IN... ..	78
Tableau III.18 : méthodes de prévention utilisées par les professionnels de santé	79
Tableau III.19 : comment limité la transmission des IN... ..	80
Tableau III.20 : Tableau croisé entre la profession du personnel et leurs évaluations des programmes de lutte contre les IN.....	81
Tableau III.21 :Classification des infections nosocomiales selon les professionnels de santé	82

Tableau III.22: le respect des mesures préventives des IN... ..	83
Tableau III.23: existence d'un tableau de bord permettant d'évaluer le respect des mesures préventive	84
Tableau III.24: existence d'un dispositif de lutte contre les IN.....	85
Tableau III.25 : type d'aide attendu pour améliorer la prévention des IN... ..	85

TABLE DE MATIERE

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I : LA POLITIQUE QUALITE/GESTION DES RISQUES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES	
INTRODUCTION.....	5
SECTION I : La démarche qualité	6
I. Qu'est-ce-que la qualité.....	6
Qu'est-ce-que la qualité en management.....	6
La qualité dans le domaine de santé.....	7
La qualité des soins	8
Les dimensions de la qualité des soins en santé.....	9
II. La démarche qualité en santé	10
III. Les principes essentiels de la qualité.....	10
Orientation client.....	10
L'importance du leadership.....	11
Implication du personnel	11
L'approche méthodique.....	12
Prises de décisions fondées sur des preuves.....	12
Management des relations avec les parties intéressées	12
L'amélioration continue, la résolution de problème et le traitement des dysfonctionnements.....	13
IV. Les dimensions a maitriser dans la mise en œuvre d'une démarche qualité	13
La dimension stratégique	13

La dimension technique	14
La dimension structurelle	15
La dimension culturelle	15
V. Intervenir pour améliorer la qualité des soins	16
SECTION II : La gestion des risques dans les établissements de santé	17
I. Qu'est-ce-que le risque	17
II. Les risques en établissements de santé	18
III. Définition de la gestion du risque	19
IV. La politique qualité-gestion des risques en établissement de santé	19
La politique qualité-Normes ISO 9001	19
La politique qualité-gestion des risques	20
Le plan d'actions qualité-gestion des risques dans un établissement de santé	20
SECTION III : Le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales	21
I. Définitions des infections nosocomiales	21
II. Les types les plus fréquents des infections nosocomiales	22
Les infections urinaires	22
Les infections du site opératoire	22
Pneumopathie nosocomiale	23
Autres infections nosocomiales	23
III. Mode de transmission des IN	23
IV. Les causes des infections nosocomiales	24
V. Les dispositifs de lutte contre les infections nosocomiales	26
Les missions du CLIN	26
CONCLUSION	29

CHAPITRE II : LES STRATEGIES DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES ; EXPERIENCES DE QUELQUES PAYS

INTRODUCTION.....	30
SECTION I : Les dispositifs de lutte contre les IN dans les pays Maghrébins	31
I. Cas de la TUNISIE.....	31
II. Cas du MAROC	33
SECTION II : Les politiques de lutte contre les IN dans les pays développés : RFANCE et CANADA.....	35
I. En France.....	36
II. Au Canada	37
SECTION III : Les moyens de la prévention pour la réduction de la prévalence des infections nosocomiales en Algérie.....	39
I. Organisation de la Lutte Contre les Infections Nosocomiales en Algérie.....	39
II. Les méthodes de prévention	42
CONCLUSION	44

CHAPITRE III : La pratique de la politique/gestion de la qualité des soins et mesure de prévention contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU

INTRODUCTION.....	45
SECTION I : Présentation de l'EPH AKBOU	46
I. Situation géographique de la zone d'étude.....	46
II. Le personnel médical et paramédical affecté a l'EPH AKBOU.....	47
La constitution du personnel de l'EPH AKBOU	47
Fiche technique de l'EPH AKBOU	48
Le plateau technique de l'EPH	48
Parc auto	49
Service annexes	49
Activités du tableau technique.....	49
III. La présentation du service de l'épidémiologie	50
Ses actions.....	51
Ses objectifs	52
IV. Conception et réalisation de l'enquête	52
Méthodes et outils de collecte de données	52
Présentation de la population cible.....	52
Objectifs de l'enquête	53
Méthodes de collecte de données	53
Déroulement de la collecte de données	53
Difficultés rencontrées	54
L'accès limité a l'information.....	54
La difficulté presque insurmontable d'obtenir des données épidémiologique de l'EPH	54

	La difficulté de la maîtrise du temps et la non disponibilité des professionnels de santé enquêtés	54
SECTION II :	Présentation et discussion des informations collectées.....	55
I.	Le comité de lutte contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKLOUL ALI AKBOU.....	55
II.	Les méthodes de préventions appliquées au niveau de l'EPH Aklou Ali AKBOU ...	57
	L'hygiène hospitalière	57
	L'hygiène des mains avant et après tout contact avec le malade.....	57
	Le port de la tenue vestimentaire	58
	L'hygiène des surface et des sols.....	58
	Circuit de linge	59
	L'élimination des déchets hospitaliers.....	59
	La sensibilisation du grand public	60
	La prévention des infections au niveau du bloc opératoire de l'EPH AKBOU.....	60
	La tenue vestimentaire au bloc opératoire	61
	Le lavage des mains au bloc opératoire	61
	La décontamination	63
	Le nettoyage	63
	La stérilisation	63
	La collecte, l'évaluation et l'élimination du déchet bio médical.....	63
SECTION III:	Analyse et intervention des résultats de l'enquête.....	64
I.	Analyse des résultats du questionnaire.....	64
	Information générales des enquêtés.....	64
	Répartition des participants selon le sexe	64
	Répartition selon la profession	66

Répartition des enquêtés selon leur années d'expérience dans la profession exercée	67
Généralités sur les infections nosocomiales.....	68
La familiarisation du personnel avec le terme des IN	68
La gravité des infections selon les professionnels de santé enquêtés	69
Les facteurs de risques pour développer une IN.....	70
Les mesures préventives de base pour réduire le risque des IN.....	72
Que faire lors de l'apparition des signes des IN	73
Que faire sur le plan individuel pour prévenir les IN	74
Formation sur le protocole de prévention et contrôle des infections nosocomiales.....	75
L'importance de la surveillance des infections nosocomiales selon les professionnels	76
Comment les infections nosocomiales affectent-elles les patients ..	77
Les symptômes des infections nosocomiales	78
La prévention professionnelle de transmission des infections nosocomiales.....	79
Comment les professionnels de santé peuvent-ils limité la transmission des IN.....	80
Evaluation professionnelle du programme de lutte contre les IN.....	81
Classification des infections nosocomiales	82
Le niveau de respect des mesures de prévention des IN par les professionnels....	83
L'existence d'un tableau de bord permettant d'évaluer le respect des mesures de prévention	84
Existence d'un dispositif ou une organisation permettant d'inciter au respect des mesures de prévention.....	85
Type d'aide attendue pour améliorer la prévention des Infections nosocomiales	85

II.	Analyse des résultats du questionnaire destiné aux techniciens de surface de l'EPH AKBOU.....	87
III.	Analyse des résultats de l'entretien.....	88
IV.	Recommandations pour la lutte contre les infections nosocomiales au niveau de l'EPH AKBOU.....	89
	CONCLUSION.....	90
	CONCLUSION GENERALE.....	91
	BIBLIOGRAPHIE	
	LISTE D'ABREVIATION	
	ANNEXE	
	LISTE DES FIGURES	
	LISTE DES TABLEAU	
	TABLE DE MATIÈRE	

RÉSUMÉ

Les infections nosocomiales, ou infections acquises à l'hôpital, sont un problème mondial touchant plus de 1,4 million de patients. En Algérie, ces infections soulèvent des préoccupations et des questions en raison du manque d'hygiène et du non-respect des mesures préventives de base, révélant ainsi des problèmes de qualité des soins. Ces infections sont fréquentes, graves et entraînent des coûts supplémentaires pour les hôpitaux. Des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ont été créés pour étudier et prévenir ces infections.

Dans le cadre de cette recherche, nous nous proposons d'évaluer le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales au sein d'un établissement public de santé. Une revue de la littérature a été réalisée, analysant la politique de lutte contre les infections nosocomiales de plusieurs pays, tandis qu'une analyse critique du dispositif algérien a été effectuée. Une étude empirique comprenant également une étape pratique et une série d'entretiens avec des représentants du CLIN et du personnel médical a été menée.

Les résultats ont mis en évidence les efforts de prévention et de lutte contre les infections nosocomiales à l'EPH d'Akbou, ainsi qu'une volonté des autorités sanitaires de réduire le risque infectieux dans l'hôpital. Cependant, malgré les actions entreprises, les résultats obtenus restent en deçà des objectifs fixés en raison de diverses lacunes qui entravent la mise en œuvre effective du programme de lutte contre les infections nosocomiales.

Mots clés : Infections nosocomiales – Risques infectieux – Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) – Gestion des risques en établissement de santé – EPH d'Akbou.

SOMMARY

Nosocomial infections, or hospital-acquired infections, are a worldwide problem affecting over 1.4 million patients. In Algeria, these infections raise concerns and questions due to poor hygiene and non-compliance with basic preventive measures, revealing problems with the quality of care. Infections are frequent, serious and costly for hospitals. Nosocomial infection control committees (CLIN) have been set up to study and prevent these infections.

In this study, we set out to evaluate the control of nosocomial infections in a public health establishment. A literature review was carried out, analyzing nosocomial infection control policies in several countries, while a critical analysis of the Algerian system was carried out. An empirical study was also carried out, including a practical phase and a series of interviews with CLIN representatives and medical staff.

The results highlighted the efforts made to prevent and control nosocomial infections at Akbou EPH, as well as the willingness of health authorities to reduce the risk of infection in the hospital. However, despite the actions undertaken, the results obtained still fall short of the objectives set, due to various shortcomings that hamper the effective implementation of the nosocomial infection control program.

Key words: Nosocomial infections – Infectious risks – Nosocomial Infection Control Committee – Risk management in healthcare facilities – EPH d'Akbou.

ملخص

تعد عدوى المستشفيات، أو العدوى المكتسبة من المستشفيات، مشكلة عالمية تؤثر على أكثر من 1.4 مليون مريض. في الجزائر، تثير هذه الإصابات مخاوف وتساؤلات بسبب سوء النظافة وعدم الامتثال للتدابير الوقائية الأساسية، مما يكشف عن مشاكل في جودة الرعاية. العدوى متكررة وخطيرة ومكلفة للمستشفيات. تم إنشاء لجان مكافحة عدوى المستشفيات (CLIN) لدراسة هذه العدوى والوقاية منها.

في هذه الدراسة، شرعنا في تقييم السيطرة على عدوى المستشفيات في مؤسسة الصحة العامة. تم إجراء مراجعة للأدبيات، وتحليل سياسات مكافحة العدوى في المستشفيات في العديد من البلدان، في حين تم إجراء تحليل نقدي للنظام الجزائري. كما أجريت دراسة تجريبية، بما في ذلك مرحلة عملية وسلسلة من المقابلات مع ممثلي الشبكة والموظفين الطبيين.

وسلّطت النتائج الضوء على الجهود المبذولة للوقاية من عدوى المستشفيات ومكافحتها في أقبو EPH، وكذلك استعداد السلطات الصحية للحد من خطر العدوى في المستشفى. ومع ذلك، على الرغم من الإجراءات المتخذة، لا تزال النتائج التي تم الحصول عليها أقل من الأهداف المحددة، بسبب أوجه القصور المختلفة التي تعيق التنفيذ الفعال لبرنامج مكافحة عدوى المستشفيات.

الكلمات المفتاحية: عدوى المستشفيات – المخاطر المعدية – لجنة مكافحة عدوى المستشفيات (CLIN) – إدارة المخاطر في المرافق الصحية – EPH of Akbou.