

Outil d'évaluation de la lutte contre les infections

Octobre 2009



La publication de cet outil n'aurait pas été possible sans le soutien généreux du peuple américain, par l'intermédiaire de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), selon les termes de l'accord de coopération numéro GHN-A-00-07-00002-00. Son contenu est publié sous la responsabilité de Management Sciences for Health et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du Gouvernement des États-Unis.

À propos du programme SPS

Le programme de Renforcement des Systèmes Pharmaceutiques (SPS, par son sigle anglais) s'efforce de développer les capacités au sein des pays en développement, afin de gérer efficacement tous les aspects des systèmes et services pharmaceutiques. SPS s'attache à améliorer la gouvernance dans le secteur pharmaceutique, à renforcer les systèmes de gestion des produits pharmaceutiques et les mécanismes de financement, à maîtriser la résistance antimicrobienne et à optimiser l'accès aux médicaments et leur utilisation appropriée.

Citation recommandée

Cet outil peut être reproduit à condition de mentionner le programme SPS. Veuillez utiliser la citation suivante :

Strengthening Pharmaceutical Systems. 2009. *Outil d'Évaluation de la lutte contre les infections*. Présenté à l'Agence des États-Unis pour le Développement International par le Programme SPS. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

Programme Renforcement des Systèmes Pharmaceutiques
Centre pour la Gestion des Médicaments
Management Sciences for Health
4301 North Fairfax Drive, Suite 400
Arlington, VA 22203 USA
Téléphone : 703.524.6575
Télécopie : 703.524.7898
Courriel : sps@msh.org
Site Internet : www.msh.org/sps

Table des matières

Remerciements	v	
 Partie I : Modules d'ICAT		
 Section A : Modules administrés une seule fois pour l'ensemble de la FOSA		3
Module 1 : Informations sur la formation sanitaire.....	5	
Module 2 : Programme de lutte contre les infections.....	13	
Module 3 : Mesures d'isolement et Précautions de base	29	
Module 4 : Précautions liées à la tuberculose	43	
Module 5 : Santé des employés	59	
Module 6 : Pharmacie.....	77	
Module 7 : Gestion des déchets.....	89	
 Section B : Modules administrés une seule fois pour des services spécifiques (s'ils existent dans la FOSA)		97
Module 8 : Travail et accouchement.....	99	
Module 9 : Utilisation des antibiotiques en chirurgie et Procédures relatives aux équipements chirurgicaux.....	117	
Module 10 : Pratiques de la zone chirurgicale	129	
Module 11 : Unités de soins intensifs.....	149	
Module 12 : Laboratoire de microbiologie.....	161	
 Section C : Modules administrés une seule fois là où la désinfection ou la stérilisation a lieu		175
Module 13 : Stérilisation et désinfection : Équipements et solutés IV.....	177	

Module 14 : Stérilisation et désinfection : Aiguilles et seringues.....	197
Module 15 : Stérilisation et désinfection : Gants stériles.....	203
Section D : Modules administrés une seule fois pour chaque département (si pertinents).....	211
Module 16 : Salle générale.....	213
Module 17 : Hygiène des mains	221
Module 18 : Injections.....	233
Module 19 : Aspiration des voies respiratoires.....	239
Module 20 : Cathéters intraveineux.....	245
Module 21 : Solutés intraveineux et médicaments.....	253
Module 22 : Sondes urinaires	261
 Part II : Listes de contrôle d'ICAT	
Liste de contrôle 1 : Installations et fournitures pour l'hygiène des mains.....	273
Liste de contrôle 2 : Pratiques d'hygiène des mains.....	275
Liste de contrôle 3 : Fournitures des postes de lavage des mains.....	277
Liste de contrôle 4 : Lavage correct des mains.....	279
Liste de contrôle 5 : Lavabos.....	281
Liste de contrôle 6 : Administration des injections.....	283
Liste de contrôle 7 : Élimination des déchets après l'accouchement.....	285
Références.....	287

REMERCIEMENTS

L’Outil d’Évaluation de la Lutte contre les Infections (ICAT, par son sigle anglais) a été élaboré et testé sur le terrain par les membres de l’équipe du projet de lutte contre les infections de Management Sciences for Health (MSH)/Programme de Gestion Rationnelle des Produits Pharmaceutiques, financé par l’Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) :

- Harvard Medical School, Boston, Massachusetts : Dennis Ross-Degnan, Ann Payson et Onesky Aupont
- Institute for Healthcare Improvement, Boston, Massachusetts : Donald A. Goldmann
- Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, Minnesota : W. Charles Huskins
- MSH, Boston, Massachusetts : Paul Arnow
- Makerere University, Kampala, Ouganda : Celestino Obua
- Uganda Ministry of Health, Kampala, Ouganda : Edward Ddumba
- University of the Philippines, Manille, Philippines : Regina Berba et Marissa Alejandria

La présente édition de l’outil a reçu le soutien du Programme SPS (Renforcement des Systèmes Pharmaceutiques) de MSH, financé par USAID.

Les personnes et les groupes suivants ont contribué à cet outil aux différents stades de son élaboration, de sa finalisation et de sa révision : Sibel Ascioğlu, Jane Briggs, Manolito Chia, Rachel Delino, Rachel de Morales, Wonder Goredema, Terry Green, Davidson Hamer, Fred Hartman, Mohan P. Joshi, Paul Lantos, Rashad Massoud, Alexander McAdam, Prashini Moodley, Anke Meiburg, Rebecca Mutepkwe, Mupela Ntengu, Jasper Ogwal-Okeng, Sallie-Anne Pearson, Jennifer Rodine, Raz Samandari, Jesus Emmanuel Sevilleja, Trusha Vanmali, Anita Zaidi, la Mission USAID des Philippines, les autorités sanitaires et les équipes de lutte contre les infections hospitalières qui ont participé aux tests sur le terrain de l’outil d’évaluation aux Philippines (Cagayan Valley Medical Center, The Medical City, National Kidney and Transplant Institute, Philippine General Hospital, Ramon Magsaysay Memorial Medical Center) et en Ouganda (Gulu Regional Referral Hospital, Jinja Regional Hospital, Kawolo Hospital, Lira Regional Referral Hospital), ainsi que le Ministère de la Santé, les responsables locaux et nationaux des départements de la santé et les équipes de lutte contre les infections hospitalières qui ont formulé des commentaires sur l’outil lors de son introduction en Afrique du Sud (Edendale Hospital, Pietermaritzburg ; Frère/East London Hospital Complex, East London ; Groote Schuur Hospital, Cape Town ; Kimberley Hospital Complex, Kimberley ; Kuruman District Hospital, Kuruman ; Mafikeng/Bophelong Hospital Complex, Mafikeng ; Pelonomi Hospital, Bloemfontein ; Polokwane Mankweng Hospital Complex, Polokwane ; Rob Ferreira Hospital, Mpumalanga ; Rustenburg Provincial Hospital, Rustenburg ; Steve Biko Academic Hospital, Pretoria ; Tshwane District Hospital, Pretoria ; Weskoppies Psychiatric Hospital,

Pretoria), au Swaziland (Dvokolwako Health Centre, Mbabane Government Hospital, RFM Hospital, Sithobela Health Center), et au Guatemala (Amatitlan Hospital, Coatepeque Hospital, Escuintla Hospital, Quetzaltenango Hospital, Quiché Hospital).

Partie I : Modules d'ICAT

***Section A : Modules administrés une seule fois
pour l'ensemble de la FOSA***

MODULE 1 : INFORMATIONS SUR LA FORMATION SANITAIRE

Ce module devrait être complété par le médecin chef ou le directeur de la formation sanitaire (FOSA).

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ la case devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées. Les questions destinées à préciser le contexte ne sont pas comptabilisées dans le score.

Nom de la FOSA : _____

Date : _____

Adresse : _____

Personne complétant ce questionnaire

Nom : _____ Titre : _____

Poste : _____

Données démographiques sur la FOSA

Les questions qui suivent fournissent des informations sur l'organisation de votre FOSA, le nombre de lits, l'utilisation des lits et le respect des directives de lutte contre les infections.

1. Comment décririez-vous votre FOSA ? (Cocher une seule réponse)

- Établissement public de santé (propriété de l'État qui en assure la gestion et financé par les recettes fiscales générales)
- Établissement privé de santé (à but lucratif) (possédé et géré dans le but de faire du profit)
- Hôpital universitaire (associé à une faculté universitaire ; jouant un rôle majeur dans la formation et financé par diverses sources comme le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Éducation, le Ministère des Affaires sociales, des compagnies d'assurance, etc.)
- Association caritative (formation sanitaire professionnelle à but non lucratif financée par les dons)

2. Connaissez-vous les directives du Ministère de la Santé en matière de lutte contre les infections ? Si Non, passer à la question 4.

- Non, je ne connais pas ces directives
- Oui, je connais ces directives

3. Votre FOSA a-t-elle adopté les directives du Ministère de la Santé en matière de lutte contre les infections ? (Passer à la question suivante si votre réponse à la question 2 est Non.)

- Non, ma FOSA n'a pas adopté ces directives
 Oui, ma FOSA a adopté ces directives

4. Combien de lits votre FOSA compte-t-elle ?

Nombre total de lits : _____

Nombre de lits pour adultes : _____

Nombre de lits pour nouveau-nés : _____

Nombre de lits pour enfants (hors nouveau-nés) : _____

5. Quel est le nombre moyen quotidien de patients hospitalisés dans votre FOSA ?

6. À quelle fréquence le nombre de patients hospitalisés dépasse-t-il celui des lits disponibles ? (Cocher une seule réponse)

- Toujours
 Habituellement
 Parfois
 Jamais

7. À quelle fréquence les patients doivent-ils partager un lit ? (Cocher une seule réponse)

- Toujours
 Habituellement
 Parfois
 Jamais

8. À quelle fréquence les familles passent-elles la nuit dans les salles pour les adultes ? (Cocher une seule réponse)

- Toujours
 Habituellement
 Parfois
 Jamais

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

4 _____

Alimentation en eau

Les questions suivantes concernent l'origine et le traitement de l'eau alimentant votre FOSA.

<p>9. De quelle source provient l'eau alimentant votre FOSA (par ex. l'eau alimentant les lavabos) ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Eau de surface (par ex. rivière ou lac) <input type="checkbox"/>1 Eau de ville <input type="checkbox"/>1 Eau de puits <input type="checkbox"/>1 Eau de pluie <input type="checkbox"/>1 Eau livrée par camion-citerne ou apportée en conteneurs</p>
<p>10. L'eau subit-elle un procédé de purification avant son arrivée dans la FOSA, de façon à garantir qu'elle est potable ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>1 Oui</p>
<p>11. Si Non, cette eau subit-elle un traitement complémentaire au sein de la FOSA ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>1 Oui</p>
<p>12. Quelle méthode est utilisée pour le traitement complémentaire de l'eau ? (Cocher la méthode généralement utilisée)</p> <p><input type="checkbox"/>2 Chloration <input type="checkbox"/>1 Filtration <input type="checkbox"/>2 Ébullition</p>

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

5

Caractéristiques générales des salles de la FOSA

La dernière série de questions de ce module permet d'établir un profil des salles de votre FOSA.

13. Combien de salles distinctes votre FOSA compte-t-elle ? _ _

14. Existe-t-il une salle distincte de travail et d'accouchement ?
--

Non

1 Oui

15. Existe-t-il une salle distincte réservée aux nouveau-nés ?
--

Non

1 Oui

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

2

COMMENTAIRES SUR LES INFORMATIONS RELATIVES À LA FOSA

Contexte

Les formations sanitaires publiques et privées devraient répondre à des normes de qualité décrites dans le document « *Prévention des infections nosocomiales : Guide pratique* » (OMS 2002, 51) (séries ISO 9000 et 14000). L'OMS reconnaît que les bâtiments anciens et ceux des pays en développement ne seraient pas en mesure de répondre à ces normes. Cependant, les principes qui les régissent doivent être gardés à l'esprit lors de la planification locale et lors de modifications ou de travaux de rénovation.

Commentaires sur les questions

10, 11, 12. Les propriétés physiques, chimiques et bactériologiques de l'eau utilisée dans les établissements de santé doivent répondre aux normes [réglementation] locales. L'établissement est responsable de la qualité de l'eau à partir du moment où elle arrive dans le bâtiment. Pour certaines applications, l'eau provenant du réseau public de distribution doit être traitée par des moyens physiques ou chimiques pour l'usage médical (OMS 2002, 54). Une eau portée à ébullition pendant 1 à 5 minutes est considérée comme potable, tandis qu'une eau portée à ébullition pendant 20 minutes est considérée comme ayant subi une désinfection de haut niveau. L'eau peut également être désinfectée et rendue potable par l'ajout d'une petite quantité de solution d'eau de javel (solution d'hypochlorite de sodium). La chloration avec eau de javel devrait être effectuée juste avant le stockage de l'eau en conteneur. Il doit s'agir de préférence d'un récipient à col étroit, en raison du risque fréquent de contamination qui existe avec les cols plus larges dans lesquels il est possible de passer une main ou des ustensiles. (Tietjen et al. 2003, 26-9)

Références (* = exemplaire sur CD)

* Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2002. *Prévention des infections nosocomiales: Guide pratique*. 2^e éd. WHO/CDS/CSR/EPH/2002/12. Genève: OMS.

* Tietjen, L., D. Bossemeyer, et N. McIntosh. 2003. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore, MD: JHPIEGO.

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la section

3. Score en pourcentage : (Colonne 1/Colonne 2) × 100

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

MODULE 2 : PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS

Ce module devrait être complété par le responsable du programme de lutte contre les infections de la formation sanitaire (FOSA) ou la personne la plus compétente pour communiquer des informations sur le programme.

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ la case devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées. Les questions destinées à préciser le contexte ne sont pas comptabilisées dans le score.

Réglementation et accréditation en matière de lutte contre les infections

Ces questions sur la réglementation et accréditation gouvernementales visent à établir le contexte du programme de lutte contre les infections en vigueur dans votre FOSA ; elles ne sont pas comptabilisées dans le score. Le programme de lutte contre les infections n'est pas nécessairement un programme officiel adopté par la FOSA. Il s'agit plutôt d'un ensemble d'activités concernant le dépistage, la prévention et la lutte contre les infections nosocomiales et les infections contractées par le personnel de la FOSA au cours de leur travail.

1. Est-ce qu'il y a une réglementation gouvernementale qui régit des pratiques de lutte contre les infections de votre FOSA

Non

Oui

2. Est-ce qu'il ya des normes d'accréditation ayant trait à la lutte contre les infections qui s'appliquent à votre FOSA ? (Cocher une seule réponse)

Non

Oui, l'accréditation est volontaire

Oui, l'accréditation est obligatoire

Programme de lutte contre les infections : Responsabilités et pouvoirs

Les questions suivantes concernent les responsabilités et pouvoirs des personnes impliquées dans le programme de lutte contre les infections de votre FOSA.

3. Quelles sont les principales responsabilités des membres du personnel chargés du programme de lutte contre les infections ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- 1 La surveillance des infections nosocomiales
- 1 La génération de rapports sur les taux d'infections nosocomiales
- 1 La recherche et la lutte contre les foyers d'infections nosocomiales
- 1 L'élaboration de politiques et de procédures de lutte contre les infections, y compris des mesures d'isolement
- 1 La formation du personnel de la FOSA sur la lutte contre les infections
- 1 La mise à la disposition du personnel de FOSA de services de soins liés à la lutte contre les infections
- 1 La participation au suivi et au contrôle de l'utilisation des antibiotiques
- 1 L'évaluation des nouveaux produits ou dispositifs
- Aucune des responsabilités ci-dessus

4. Existe-t-il une politique écrite précisant les responsabilités des personnes chargées du programme de lutte contre les infections ? (Cocher une seule réponse)

- Pas de politique ni de procédures écrites
- Politique et/ou procédures communiquées uniquement oralement
- 1 Politique et/ou procédures écrites disponibles uniquement dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne
- 2 Politique et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques

5. Soins aux patients : Est-ce que les responsables du programme de lutte contre les infections examinent régulièrement les pratiques suivantes ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- 1 Préparation hygiénique de la nourriture
- 1 Préparation hygiénique de l'alimentation entérale
- 1 Stérilisation ou désinfection des équipements, des instruments ou d'autres articles réutilisés
- Aucune des prestations ci-dessus

6. Pratiques environnementales : Est-ce que les responsables du programme de lutte contre les infections examinent régulièrement les pratiques suivantes ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- 1 Entretien des locaux
- 1 Qualité de l'eau à boire
- 1 Élimination des déchets contaminés (par ex. pansements)
- 1 Manipulation et évacuation des cadavres ou parties du corps
- 1 Services de nettoyage
- 1 Réseau d'évacuation des eaux usées
- 1 Qualité de l'air
- Aucune des prestations ci-dessus

7. Quelles actions les responsables du programme de lutte contre les infections sont-ils habilités à entreprendre ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- 1 Réviser les dossiers de patients
- 1 Examiner les patients
- 1 Demander la réalisation de cultures ou d'autres examens de laboratoire (par ex. des tests sérologiques)
- 1 Demander l'exécution de mesures d'isolement pour un patient et, si possible, regrouper ce patient avec d'autres patients infectés par le même agent pathogène
- 1 Fermer la chambre ou salle du malade ou la salle d'opération en cas de risque exceptionnellement élevé d'infection
- Aucune des actions ci-dessus

8. Bénéficiez-vous d'un soutien financier pour les activités de lutte contre les infections ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Pas de soutien financier disponible
- 1 Soutien financier disponible pour les programmes de formation
- 1 Soutien financier disponible pour les services de laboratoire ou du suivi

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

27

Comité de lutte contre les infections

Les questions suivantes concernent l'organisation, les membres et les fonctions du Comité de lutte contre les infections de votre FOSA, ou des personnes dirigeant les activités de lutte contre les infections.

9. Existe-t-il une personne ou une équipe chargée de diriger les activités de lutte contre les infections dans votre FOSA ?

- Non
- 2 Oui

10. Existe-t-il un Comité officiel de lutte contre les infections dans votre FOSA ?

- Non
- 1 Oui

11. Ce Comité comprend-il au moins un médecin, un(e) infirmier(ière) et une autre personne formée dans la lutte contre les infections ?

- Non
- 1 Oui

12. Combien de fois le Comité s'est-il réuni au cours des 12 derniers mois ? (Cocher une seule réponse) <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 1 Jusqu'à trois fois <input type="checkbox"/> 2 Quatre fois ou plus
13. Parmi les thèmes généraux suivants, lesquels sont abordés au cours de ces réunions ? (Cocher toutes les réponses appropriées) <input type="checkbox"/> Taux d'infection (résultats de surveillance) <input type="checkbox"/> Cas spécifiques d'infections nosocomiales <input type="checkbox"/> Foyers d'infections nosocomiales <input type="checkbox"/> Procédures de stérilisation ou de désinfection <input type="checkbox"/> Mesures d'isolement ou de protection <input type="checkbox"/> Santé des employés ou problèmes rencontrés par les agents de soins de santé <input type="checkbox"/> Programmes d'éducation et de formation concernant la lutte contre les infections <input type="checkbox"/> 1 Au moins cinq des sept thèmes ci-dessus <input type="checkbox"/> 2 Les sept thèmes
14. Est-ce que le Comité discute de l'utilisation et du contrôle des antibiotiques ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
15. Parmi les thèmes suivants concernant la résistance aux antibiotiques, lesquels sont abordés ? (Cocher toutes les réponses appropriées) <input type="checkbox"/> Aucun thème concernant la résistance aux antibiotiques n'est abordé <input type="checkbox"/> 1 Résultats des analyses microbiologiques <input type="checkbox"/> 1 Tendances de la résistance aux antibiotiques

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

11

Personnel clé chargé de la lutte contre les infections

La série de questions suivante concerne la formation et le niveau d'effort fourni par le personnel clé chargé de la lutte contre les infections. Cette section devrait être complétée par le responsable du programme de lutte contre les infections.

16. Quel est votre rôle au sein de la FOSA ? <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Personnel infirmier <input type="checkbox"/> Spécialiste en santé publique <input type="checkbox"/> Technicien médical <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____
--

17. Quelle formation spécialisée avez-vous suivie dans la lutte contre les infections ?
(Cocher toutes les réponses appropriées)

- Aucune
- 1 Formation de moins de six mois dans la lutte contre les infections
- 1 Expérience professionnelle dans la lutte contre les infections (préciser la durée en années) : _ _
- 2 Formation spéciale d'au moins six mois dans la lutte contre les infections

18. Consacrez-vous au moins un peu de temps chaque semaine aux activités de lutte contre les infections ?

- Non
- 1 Oui

Cette section devrait être complétée par le personnel infirmier qui s'occupe des activités de lutte contre les infections (si cette personne n'est pas le responsable du programme).

19. Quelle formation spécialisée avez-vous achevée dans la lutte contre les infections ?
(Cocher la formation la plus poussée)

- Aucune
- 1 Formation de moins de six mois dans la lutte contre les infections
- 1 Expérience professionnelle dans la lutte contre les infections (préciser la durée en années) : _ _
- 2 Formation spéciale d'au moins six mois dans la lutte contre les infections

20. Consacrez-vous la majeure partie de votre temps aux activités de lutte contre les infections ?

- Non
- 1 Oui

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

5 ou 8*

*Le score possible de la section est de 8 si toutes les questions ont été répondues avec le pointage maximum ou de 5 si les questions 19 et 20 ont été ignorées.

Programmes de formation dans la lutte contre les infections

Les questions suivantes fournissent un aperçu des programmes de formation dans la lutte contre les infections au sein de votre FOSA.

21. Existe-t-il un programme d'orientation comprenant des informations sur la lutte contre les infections destiné au personnel infirmier et aux autres membres du personnel dispensant des soins aux patients au sein de cette FOSA ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
22. Les médecins sont-ils tenus de suivre ce programme d'orientation ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
23. Existe-t-il un programme périodique de formation continue destiné au personnel infirmier et aux autres membres du personnel dispensant des soins aux patients ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
24. Les médecins sont-ils tenus de suivre ce programme de formation continue ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
25. Quels thèmes ont été abordés lors des sessions de formation continue au cours des douze derniers mois ? (Cocher toutes les réponses appropriées) <input type="checkbox"/> Aucun programme de formation continue n'a eu lieu <input type="checkbox"/> 1 Lavage ou hygiène des mains <input type="checkbox"/> 1 Prévention des infections transmissibles <input type="checkbox"/> 1 Prévention des infections liées aux cathéters intravasculaires <input type="checkbox"/> 1 Prévention des infections urinaires liées aux cathéters <input type="checkbox"/> 1 Soins post-chirurgicaux visant à prévenir les infections <input type="checkbox"/> 1 Lutte contre les infections liées au travail et à l'accouchement <input type="checkbox"/> 1 Utilisation des antibiotiques <input type="checkbox"/> 1 Résistance aux antibiotiques <input type="checkbox"/> 1 Prévention des infections chez les agents de soins de santé

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

13

Étude des foyers d'infection et surveillance des infections nosocomiales

Cette dernière série de questions concerne l'étude des foyers d'infection et les rapports générés à ce sujet, ainsi que les méthodes en place dans la FOSA pour la surveillance des infections nosocomiales.

<p>26. Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu des foyers d'infection étudiés par le programme de lutte contre les infections ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>2 Oui</p>
<p>27. Au cours des 12 derniers mois, une surveillance systématique des infections nosocomiales a-t-elle été réalisée dans votre FOSA ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>2 Oui</p>
<p>28. Au cours des 12 derniers mois, au sujet de quelles infections des données ont-elles été recueillies ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/>1 Infection sanguine nosocomiale <input type="checkbox"/>1 Pneumonie nosocomiale <input type="checkbox"/>1 Infection nosocomiale des voies urinaires <input type="checkbox"/>1 Infections du site opératoire ou de la plaie <input type="checkbox"/>1 Infections dues à l'épisiotomie <input type="checkbox"/>1 Endométrite post-partum <input type="checkbox"/>1 Méningite nosocomiale <input type="checkbox"/>1 Infections cutanées nosocomiales/cellulites <input type="checkbox"/>1 Gastro-entérite nosocomiale <input type="checkbox"/>1 Conjonctivite du nouveau-né <input type="checkbox"/>1 Omphalite du nouveau-né <input type="checkbox"/> Aucune des infections ci-dessus</p>
<p>29. Quel type de surveillance a été effectué pour les infections sanguines ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Rapport diagnostique de sortie <input type="checkbox"/> Déclaration volontaire de la part des médecins ou du personnel infirmier <input type="checkbox"/>1 Au niveau de la salle (par ex. examens des dossiers, discussion avec le personnel infirmier ou les médecins, examen des patients) <input type="checkbox"/>1 Au niveau du laboratoire (par ex. examen des hémocultures) <input type="checkbox"/> Aucun des types de surveillance ci-dessus</p>
<p>30. Les taux d'infection pour les infections sanguines ont-ils été calculés d'après le nombre de sorties ou de patients-jours ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>1 Oui</p>
<p>31. Ces taux ont-ils été transmis aux médecins et au personnel infirmier dispensant des soins à ces patients ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>1 Deux fois par an ou moins <input type="checkbox"/>2 Trois fois par an ou plus</p>

<p>32. Quelles méthodes ont été utilisées pour le recueil des données sur la pneumonie nosocomiale ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Rapport diagnostique de sortie <input type="checkbox"/> Déclaration volontaire de la part des médecins ou du personnel infirmier <input checked="" type="checkbox"/> Au niveau de la salle (par ex. examens des dossiers, discussion avec le personnel infirmier ou les médecins, examen des patients) <input checked="" type="checkbox"/> Au niveau du laboratoire (par ex. examen des hémocultures) <input type="checkbox"/> Aucune des méthodes ci-dessus</p>
<p>33. Les taux de pneumonies nosocomiales ont-ils été calculés d'après le nombre de sorties ou de patients-jours ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui</p>
<p>34. Ces taux ont-ils été transmis aux médecins et au personnel infirmier dispensant des soins à ces patients ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Deux fois par an ou moins <input checked="" type="checkbox"/> Trois fois par an ou plus</p>
<p>35. Qui a recueilli les données sur les infections du site opératoire ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Les médecins ou le personnel infirmier de la salle ou le responsable de la salle <input checked="" type="checkbox"/> L'équipe chargée de la lutte contre les infections</p>
<p>36. Quelles méthodes ont été utilisées pour recueillir des données sur les infections du site opératoire ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Rapport diagnostique de sortie <input type="checkbox"/> Déclaration volontaire de la part des médecins ou du personnel infirmier <input checked="" type="checkbox"/> Au niveau de la salle (par ex. examens des dossiers, discussion avec le personnel infirmier ou les médecins, examen des patients) <input checked="" type="checkbox"/> Au niveau du laboratoire (par ex. examen des hémocultures) <input type="checkbox"/> Aucune des méthodes ci-dessus</p>
<p>37. Les taux d'infections du site opératoire ont-ils été calculés d'après le nombre de sorties ou de patients-jours ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui</p>
<p>38. Les données sur les infections du site opératoire ont-elles été stratifiées ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Taux non stratifiés <input checked="" type="checkbox"/> Taux stratifiés en fonction du type de plaie (par ex. propre, propre-contaminée, contaminée, sale) ou autre indice de risque <input checked="" type="checkbox"/> Taux stratifiés en fonction d'actes de chirurgie spécifiques <input checked="" type="checkbox"/> Taux stratifiés en fonction de chirurgiens spécifiques</p>
<p>39. Les taux d'infections du site opératoire ont-ils été transmis aux médecins et au personnel infirmier dispensant des soins à ces patients ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Deux fois par an ou moins <input checked="" type="checkbox"/> Trois fois par an ou plus</p>

40. Une surveillance des infections du site opératoire est-elle effectuée après la sortie du patient ?

Non

1 Oui

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

35

COMMENTAIRES SUR LE PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS

Contexte

La prévention des infections nosocomiales (liées aux soins) nécessite une approche d'équipe au sein d'une FOSA qui englobe aussi la direction de la FOSA ; le personnel soignant, notamment les médecins, le personnel infirmier et autres prestataires de soins de santé ; les personnes qui embauchent, supervisent et forment les agents de soins de santé ; les responsables de l'implantation de l'établissement ; les préparateurs en pharmacie et les techniciens de laboratoire ; ainsi que les fournisseurs de matériel et de produits. Pour être efficaces, les programmes de lutte contre les infections devraient impliquer l'ensemble du personnel hospitalier et porter aussi bien sur les activités de surveillance et de prévention que sur la formation efficace et continue du personnel. Idéalement, le programme devrait bénéficier d'un soutien effectif au niveau national et régional (OMS 2002).

Commentaires sur les questions

1. Au niveau central, la responsabilité et le pouvoir décisionnaire pour garantir la disponibilité et l'utilisation des politiques et des directives de prévention et de lutte contre les infections incombent habituellement au Ministère de la Santé (OMS/AFRO et al. 2001, 9).

2. Un Conseil de santé de la Région ou de la Province devrait être chargé du suivi des établissements sous sa responsabilité, en termes d'utilisation et de conformité avec la prévention et la lutte contre les infections. Il incombe également au Conseil de s'assurer que les ressources adéquates et appropriées en matière de prévention et de lutte contre les infections sont disponibles au sein de ces établissements (OMS/AFRO et al. 2001, 9).

3–6. Les responsabilités du Comité de prévention et de lutte contre les infections sont les suivantes : examiner et approuver un programme annuel d'activités de surveillance et de prévention ; examiner les données de surveillance épidémiologique et identifier les domaines d'intervention ; étudier la propagation des foyers d'infection en collaboration avec le personnel médical, infirmier et autre ; fournir un manuel de prévention des infections nosocomiales compilant les instructions et les pratiques recommandées pour les soins aux patients ; prévoir et diriger des programmes de formation continue pour s'assurer que tous les membres du personnel sont sensibilisés aux mesures de prévention de la transmission des infections ; élaborer des programmes de formation sur la prévention et la lutte contre les infections devant être suivis par tous les agents de soins de santé avant leur entrée en exercice ; être en liaison avec toutes les disciplines et tous les départements afin d'encourager le travail d'équipe dans la prévention des infections ; communiquer et coopérer avec les autres comités de l'hôpital ayant des intérêts communs ; examiner les risques associés aux nouvelles technologies et suivre les risques infectieux des nouveaux dispositifs et produits avant leur approbation ; effectuer toutes les autres tâches requises, le cas échéant, (par ex. inspections des cuisines, lutte contre les nuisibles, élimination des déchets) ; et enfin évaluer continuellement le respect des précautions recommandées, notamment le lavage des mains, la décontamination, la désinfection et la stérilisation (OMS/AFRO et al. 2001, 12–13).

7–10. L'administration ou la direction médicale de FOSA doit s'impliquer activement dans le soutien du programme de lutte contre les infections et s'assurer que l'équipe de lutte contre

les infections possède l'autorité voulue pour faciliter le fonctionnement adéquat du programme, constituer un comité multidisciplinaire de lutte contre les infections nosocomiales, et identifier les ressources nécessaires pour que le programme soit en mesure de surveiller les infections nosocomiales et d'appliquer les méthodes de prévention les plus appropriées (OMS 2002, 12–13).

11. Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales de la FOSA devrait comprendre un groupe principal qui effectue les activités quotidiennes de lutte contre les infections. Idéalement, ce groupe principal devra représenter un large éventail des personnels concernés, notamment l'administration, médecins, personnel infirmier, autres personnels de santé, microbiologistes cliniques, pharmaciens, personnes chargées des processus de stérilisation, de l'entretien, du ménage et de la formation (OMS 2002, 11).

12. Il est recommandé que le Comité de lutte contre les infections nosocomiales se réunisse à un moment et à un endroit déterminés chaque mois ou chaque trimestre (Wiblin 1998, 29–32).

13, 14. Voir les commentaires sur les questions 3, 4 et 5.

16–18. Les fonctions de l'agent chargé de la prévention et de la lutte contre les infections sont principalement associées aux pratiques de prévention et de lutte contre les infections. Il devrait s'agir d'un professionnel de santé qui a suivi une formation avancée en prévention et lutte contre les infections et qui est chargé des activités quotidiennes de prévention et de lutte contre les infections (OMS/AFRO et al. 2001, 14).

19. Le professionnel chargé de la lutte contre les infections est généralement un personnel infirmier diplômé d'État, souvent détenteur d'un diplôme de deuxième cycle. Certains sont des techniciens médicaux et d'autres peuvent posséder des maîtrises en épidémiologie ou dans des domaines associés. Ces professionnels sont souvent formés à la surveillance et à la lutte contre les infections et à l'épidémiologie par l'intermédiaire de formations de base offertes par des organismes professionnels ou des établissements de santé (Scheckler et al. 1998, 119).

21, 22. L'élaboration de programmes de formation sur la prévention et la lutte contre les infections devant être suivis par tous les agents de soins de santé avant leur entrée en exercice et l'incitation à la participation de l'ensemble du personnel de formation de santé dans la prévention et la lutte contre les infections par l'orientation, l'organisation de réunions régulières et la formation continue sont quelques unes des responsabilités du Comité de prévention et de lutte contre les infections nosocomiales (OMS/AFRO et al. 2001, 11–12).

23–25. Le Comité de prévention et de lutte contre les infections devrait prévoir et diriger des programmes de formation continue pour s'assurer que tous les membres du personnel sont sensibilisés aux mesures de prévention de la transmission des infections (OMS/AFRO et al. 2001, 11–12).

26. L'une des responsabilités du Comité de prévention et de lutte contre les infections nosocomiales consiste à étudier la propagation des foyers d'infection en collaboration avec le personnel médical, infirmier et autre. L'expérience générale démontre que les foyers d'infections nosocomiales sont extrêmement fréquents dans les hôpitaux dont les ressources

sont limitées. Si aucun foyer n'a été détecté, examiner les procédures de surveillance et de dépistage (OMS/AFRO et al. 2001, 12).

27. Le taux d'infections nosocomiales est un indicateur de la qualité et de la sécurité des soins. L'élaboration d'un processus de surveillance de ce taux constitue le préalable indispensable à l'identification des problèmes locaux et des priorités et à l'évaluation de l'efficacité des activités de lutte contre les infections. (OMS 2002, 18).

28. Lorsque les ressources sont limitées, l'utilisation de la surveillance en tant qu'outil de suivi des infections devrait généralement être limitée à l'étude des foyers ou des expositions. Lorsque l'instauration d'autres types d'activités de surveillance est envisagée, les objectifs devraient être raisonnables en termes de ressources et de temps disponibles, et l'utilisation prévue des données devrait être clairement définie avant la mise en place du recueil systématique des données (Tietjen et al. 2003, 28-3).

29, 32, 36. La collecte des données exige des sources multiples d'informations car aucune méthode n'est à elle seule assez sensible pour assurer la qualité de données. Les techniques de détection des cas comprennent des activités et observations de la salle, rapports de laboratoire, autres tests de diagnostic et discussion de cas avec le personnel soignant lors des visites périodiques dans les salles (OMS 2002, 22-23).

30, 33, 37. Les taux d'attaque peuvent s'estimer en calculant un ratio d'infection simplifié au moyen d'une estimation du dénominateur pour la même période (nombre d'admissions ou de sorties, nombre d'interventions chirurgicales). L'utilisation des taux d'incidence est encouragée car ils tiennent compte de la durée d'exposition ou de la longueur du séjour du patient. Ils reflètent donc mieux les risques et facilitent les comparaisons. On peut utiliser les taux par patients-jours ou par dispositifs médicaux-jours (OMS 2002, 22).

31, 34, 39. Pour être efficace, le feed-back (impressions) doit être rapide et pertinent au groupe cible, c.-à-d. aux personnes directement impliquées dans les soins qui sont capables d'avoir un impact maximal sur la prévention des infections nosocomiales (par ex. chirurgiens pour les infections du site opératoire, médecins et infirmiers dans les unités de soins intensifs) (OMS 2002, 26).

35. Les professionnels chargés de la lutte contre les infections devraient recueillir des données de surveillance. Dans certaines FOSA, des personnes moins qualifiées sont utilisées comme techniciens de surveillance (par ex. aides-soignants ou autre personnel paramédical). Avec une formation en cours d'emploi et une supervision étroite par un professionnel chargé de la lutte contre les infections, ces personnes peuvent être efficaces en matière de surveillance (Scheckler et al. 1998, 119).

38. Les taux d'infection devraient être stratifiés selon l'étendue de la contamination bactérienne endogène au moment de l'intervention : propre, propre-contaminée ou sale. Les taux d'infection du site opératoire peuvent également être stratifiés en fonction de la durée de l'intervention et l'état sous-jacent du patient, à l'aide d'indices tels que ceux élaborés par la NNIS (National Nosocomial Infection Surveillance Study) du CDC (Centres américains de lutte et de prévention contre la maladie). Chaque chirurgien devrait recevoir sous pli confidentiel les taux d'infection du site opératoire pour les interventions qu'il a pratiquées (OMS 2002, 45; Culver et al. 1991).

40. Dans certains cas, presque deux-tiers des actes de chirurgie sont effectués en ambulatoire et maintenant que la durée du séjour postopératoire du patient opéré a diminué, il est souhaitable d'inclure une surveillance après la sortie du patient dans tous les programmes de surveillance des infections du site opératoire (Roy 2003, 377–78).

Références (* = exemplaire sur CD)

Culver, D. H., Horan T. C., Gaynes R. P., et al. 1991. Surgical Wound Infection Rates by Wound Class, Operative Procedure and Patient Risk Index. National Nosocomial Infections Surveillance System. *American Journal of Medicine* 91(Suppl. 3B):152S–157S.

* Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2002. *Prévention des infections nosocomiales: Guide pratique*. 2^e éd. WHO/CDS/CSR/EPH/2002/12. Genève: OMS.

* OMS/Bureau régional de l'Afrique (AFRO), Secrétariat régional du Commonwealth pour la Santé pour l'Afrique de l'Est, centrale et australe (CRHCS) et East, Central and Southern African College of Nursing (ECSACON). 2001. *Manual of Infection Prevention and Control Policies and Guidelines*. Préparé par U. V. Reid.

Roy, M. C. 2003. Modern Approaches to Preventing Surgical Site Infections. Dans *Prevention and Control of Nosocomial Infections*, 4th ed., édité par R. P. Wenzel, 377–78. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.

Scheckler, W. E., D. Brimhall, A. S. Buck, et al. 1998. Requirements for Infrastructure and Essential Activities of Infection Control and Epidemiology in Hospitals: A Consensus Panel Report. SHEA Position Paper. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 19(2):114–24.

* Tietjen, L., D. Bossemeyer, et N. McIntosh. 2003. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore, MD: Jhpiego.

Wiblin, R. T., et R. P. Wenzel. 1998. The Infection Control Committee. Dans *A Practical Handbook for Hospital Epidemiologists*, édité par L. A. Herwaldt et M. Decker. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la section

3. Score en pourcentage : (Colonne 1/Colonne 2) × 100

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

MODULE 3 : MESURES D'ISOLEMENT ET PRÉCAUTIONS DE BASE

Ce module devrait être complété par le responsable du programme de lutte contre les infections ou la personne la plus compétente pour communiquer des informations sur le programme au sein de la formation sanitaire (FOSA).

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ la case devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées. Les questions destinées à préciser le contexte ne sont pas comptabilisées dans le score.

Politiques et mesures d'isolement

Les questions qui suivent concernent les politiques et les mesures en vigueur dans votre FOSA pour l'isolement des patients présentant des infections potentiellement contagieuses, afin d'éviter la transmission aux autres patients et aux agents de soins de santé.

1. Existe-t-il, dans votre FOSA, des politiques écrites officielles sur l'isolement des patients présentant des infections potentiellement contagieuses ou sur la mise en place de procédures spécifiques (souvent appelées « précautions ») visant à éviter la transmission à autrui ?

- Pas de politiques ni de procédures écrites
- Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement
- 1 Politiques et/ou procédures écrites disponibles uniquement dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne
- 2 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques

2. Existe-t-il, dans votre FOSA, des politiques écrites sur les précautions de base, telles que celles définies par les *Centers for Disease Control* (CDC – Centres américains de lutte et de prévention contre la maladie) ou d'autres organismes* ?

- Pas de politiques ni de procédures écrites
- Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement
- 1 Politiques et/ou procédures écrites disponibles uniquement dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne
- 2 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques

* **Répondre Oui si les politiques sont similaires à la recommandation suivante des CDC :**

Les précautions de base visent à réduire le risque de transmission des micro-organismes, de sources d'infections connues ou non, dans les hôpitaux. Elles s'appliquent **à tous les patients** recevant des soins hospitaliers, quel que soit leur diagnostic ou leur statut présumé d'infection. Les précautions de base devraient être utilisées en cas de contact prévu avec les substances biologiques ou sites suivants : 1) le sang ; 2) tous les liquides biologiques, sécrétions et excréments, à l'exception de la sueur, qu'ils contiennent ou non du sang de façon apparente ; 3) la peau lésée et 4) les muqueuses.¹

¹ Centers for Disease Control and Prevention. 1996. Guideline for Isolation Precautions in Hospitals. Part I. Evolution of Isolation Practices. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *American Journal of Infection Control* 24(1):24–52.

<p>3. Existe-t-il, dans votre FOSA, des politiques écrites sur le nettoyage et la fumigation des chambres après l'apparition de foyers infectieux, tels que le choléra, la fièvre hémorragique virale (FHV) et la peste ?</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de politiques ni de procédures écrites</p> <p><input type="checkbox"/> Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement</p> <p><input type="checkbox"/>1 Politiques et/ou procédures écrites disponibles uniquement dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne</p> <p><input type="checkbox"/>2 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques</p>
<p>4. Les mesures d'isolement suivantes sont-elles en vigueur dans votre FOSA ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Cette FOSA n'utilise aucun système d'isolement fondé sur la voie de transmission des pathogènes</p> <p><input type="checkbox"/> Précautions particulières pour les patients immunodéprimés (y compris VIH/SIDA)</p> <p><input type="checkbox"/>1 Précautions en cas de transmission par l'air (noyaux de condensation transmis sur de longues distances dans l'air, comme dans la tuberculose [TB] et la rougeole)</p> <p><input type="checkbox"/>1 Précautions en cas de transmission par gouttelettes (gouttelettes de grande taille uniquement transmises sur quelques mètres dans l'air, comme avec le méningocoque, la coqueluche et le streptocoque du groupe A)</p> <p><input type="checkbox"/>1 Précautions en cas de transmission par contact (contact direct avec le patient, les excréments ou les objets contaminés, comme avec la salmonelle ; auparavant appelées « précautions entériques »)</p> <p><input type="checkbox"/>1 Précautions particulières pour les micro-organismes multirésistants (bactéries résistantes à plusieurs antibiotiques, comme le staphylocoque résistant à la méthicilline)</p>
<p>5. Existe-t-il des mesures d'isolement spécifiques pour les patients infectés par les pathogènes suivants ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Cette FOSA n'utilise aucun système d'isolement fondé sur des types spécifiques d'infections</p> <p><input type="checkbox"/>1 TB</p> <p><input type="checkbox"/>1 Rougeole</p> <p><input type="checkbox"/>1 Choléra (ou autres maladies diarrhéiques ; veuillez préciser : _____)</p> <p><input type="checkbox"/>1 FHV</p> <p><input type="checkbox"/>1 Syndrome d'insuffisance respiratoire aiguë</p> <p><input type="checkbox"/>1 Grippe</p> <p><input type="checkbox"/>1 Infection à streptocoque du groupe A</p> <p><input type="checkbox"/>1 Staphylocoque doré</p> <p><input type="checkbox"/>1 Varicelle</p>
<p>6. Les directives sur les mesures d'isolement comprennent-elles des instructions sur les pratiques suivantes ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Manipulation du linge</p> <p><input type="checkbox"/> Manipulation des équipements et des fournitures</p> <p><input type="checkbox"/> Élimination des déchets et évacuation des cadavres</p> <p><input type="checkbox"/> Nettoyage</p> <p><input type="checkbox"/>1 Tous les éléments ci-dessus</p> <p><input type="checkbox"/>1 Placement des patients dans des chambres spécifiques, en fonction de leur pathologie ou du mode de transmission</p> <p><input type="checkbox"/>1 Transfert des patients en isolement vers d'autres lieux de la FOSA (par ex. en service de radiologie)</p>

7. Qui décide d'appliquer les mesures d'isolement pour un patient donné ? (Cocher une seule réponse)
<input type="checkbox"/> Aucune politique officielle ne stipule qui doit décider d'appliquer les mesures pour un patient donné
<input checked="" type="checkbox"/> Le médecin
<input checked="" type="checkbox"/> L'infirmier
8. Existe-t-il des politiques pour le dépistage et la restriction de la famille ou des visiteurs qui sont malades ?
<input type="checkbox"/> Non
<input checked="" type="checkbox"/> Oui
9. Parmi les pathologies suivantes, lesquelles sont recherchées ou entraînent une restriction des visites de la famille ? (Cocher toutes les réponses appropriées)
<input type="checkbox"/> Aucune pathologie n'est recherchée ni n'entraîne une restriction des visites de la famille
<input type="checkbox"/> Pathologie respiratoire aiguë
<input type="checkbox"/> Pathologie gastro-intestinale
<input checked="" type="checkbox"/> Toux chronique

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

24

Fournitures pour les mesures d'isolement

Cette question vise à obtenir des informations sur les fournitures disponibles pour l'application des mesures d'isolement.

10. Parmi les articles suivants nécessaires à l'application des mesures d'isolement, lesquels sont habituellement disponibles en quantité suffisante ? (Cocher toutes les réponses appropriées)
<input checked="" type="checkbox"/> Masques chirurgicaux standard
<input checked="" type="checkbox"/> Masques spéciaux de respiration ou appareil de protection respiratoire (APR) (tels que N95 ou APR à épuration d'air et à ventilation assistée)]
<input checked="" type="checkbox"/> Gants tout usage épais
<input checked="" type="checkbox"/> Gants non stériles (par ex. en latex ou en nitrile)
<input checked="" type="checkbox"/> Équipement de protection des yeux
<input checked="" type="checkbox"/> Masque complet
<input checked="" type="checkbox"/> Coiffes de protection
<input checked="" type="checkbox"/> Blouses imperméables aux liquides
<input checked="" type="checkbox"/> Blouses perméables aux liquides
<input checked="" type="checkbox"/> Tabliers imperméables aux liquides
<input checked="" type="checkbox"/> Chaussures ou sur-chaussures imperméables

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

11

Précautions liées à la TB (voir module « Précautions liées à la tuberculose »)

Précautions liées à d'autres pathologies transmises par l'air

Les questions suivantes concernent les pratiques en vigueur dans votre FOSA pour l'isolement des patients atteints de pathologies transmises par l'air autres que la TB (par exemple la rougeole ou la varicelle).

11. Les patients atteints d'autres pathologies transmises par l'air (par ex. la rougeole ou la varicelle) sont-ils habituellement soumis à des mesures d'isolement particulières ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
12. Où sont habituellement isolés les patients atteints d'autres pathologies transmises par l'air ? (Cocher toutes les réponses appropriées) <input type="checkbox"/> Les patients atteints d'autres pathologies transmises par l'air ne sont pas isolés <input type="checkbox"/> Dans une zone isolée d'une salle générale <input type="checkbox"/> Dans une chambre individuelle séparée <input type="checkbox"/> Dans une chambre séparée dans laquelle d'autres patients atteints de la même pathologie sont soignés
13. À quelle fréquence le nombre de chambres d'isolement ou la capacité de la salle des pathologies transmises par l'air est-il suffisant par rapport au nombre de patients devant être isolés ? (Cocher une seule réponse) <input type="checkbox"/> Les patients atteints d'autres pathologies transmises par l'air ne sont pas isolés <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Habituellement <input type="checkbox"/> Toujours

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

4

Fièvre hémorragique virale

Si des cas de FHV surviennent parfois dans la région où votre FOSA est située, ces questions concernent la formation et les politiques pour la prise en charge de la FHV, le type de chambres réservées aux patients atteints de FHV et les équipements à la disposition des équipes soignantes prenant en charge les patients atteints de FHV.

Si votre FOSA n'est JAMAIS confrontée à des cas de FHV, ignorer les questions 14 à 28.

14. Parmi les propositions suivantes, laquelle décrit le mieux les politiques écrites pour la prise en charge de la FHV ? (Cocher une seule réponse)

- Pas de politiques écrites
- 1 Politiques écrites qui ne sont pas basées sur des normes internationales
- 2 Politiques écrites basées sur les normes des CDC
- 2 Politiques écrites basées sur les normes de l'OMS

15. Les politiques couvrent-elles les éléments suivants ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Pas de politiques écrites
- 1 Élimination des déchets et des objets contaminés des patients atteints de FHV
- 1 Élimination des corps des patients décédés d'une FHV

16. Existe-t-il un programme de formation destiné à tout le personnel participant aux soins des patients atteints de FHV ?

- Non
- 1 Oui

17. Existe-t-il des chambres individuelles ou une salle ou bâtiment séparé pour les patients atteints de FHV ?

- Non
- 2 Oui

18. À quelle fréquence le nombre de chambres individuelles ou la capacité de la salle réservée aux cas de FHV est-il suffisant par rapport au nombre de patients devant être isolés ? (Cocher la réponse la plus appropriée)

- Jamais
- Parfois
- 1 Habituellement
- 1 Toujours

19. Les chambres utilisées pour les patients atteints de FHV comprennent-elles une antichambre ?

- Non
- 1 Oui

20. Les chambres utilisées pour les patients atteints de FHV comprennent-elles des toilettes ou des latrines qui leur sont réservées ?

- Non
- 1 Oui

<p>21. Comment l'équipement fréquemment utilisé (par ex. thermomètre, brassard de tensiomètre, stéthoscope) est-il partagé parmi les patients atteints de FHV ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> L'équipement destiné aux patients exempts de FHV n'est pas utilisé pour les patients atteints de FHV</p> <p><input type="checkbox"/>1 L'équipement est utilisé pour plusieurs patients, mais uniquement des patients atteints de FHV</p> <p><input type="checkbox"/>2 Chaque patient atteint de FHV dispose d'un équipement dédié</p>
<p>22. Des bottes ou sur-chaussures imperméables sont-elles disponibles ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/>1 Oui</p>
<p>23. Un dispositif permettant d'enlever les bottes sans les mains est-il disponible ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/>1 Oui</p>
<p>24. Du ruban adhésif pour sécuriser les poignets et les chevilles des vêtements de protection est-il disponible ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/>1 Oui</p>
<p>25. Des conteneurs étanches pour les déchets infectieux et le linge des patients sont-ils disponibles ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/>1 Oui</p>
<p>26. Des conteneurs étanches pour les vêtements personnels souillés sont-ils disponibles ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/>1 Oui</p>
<p>27. De l'eau de javel est-elle disponible ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/>1 Oui</p>
<p>28. Des bassins hygiéniques (pots de chambre) sont-ils disponibles ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/>1 Oui</p>

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

19

COMMENTAIRES SUR LES MESURES D'ISOLEMENT ET PRÉCAUTIONS DE BASE

Contexte

Il existe deux niveaux de mesures d'isolement. Le premier niveau « Précautions de base » concerne les soins dispensés à tous les patients hospitalisés, quel que soit leur diagnostic ou leur statut présumé d'infection. L'exécution de ces précautions de base constitue la principale stratégie pour une lutte contre les infections nosocomiales réussie. Le second niveau « Précautions liées au mode de transmission » concerne les soins aux patients chez qui une infection par des pathogènes épidémiologiquement importants à transmission par l'air ou par gouttelettes comme la tuberculose, ou par contact avec une peau sèche ou des surfaces contaminées, est avérée ou suspectée (CDC 1996).

Commentaires sur les questions

1, 2. L'isolement et autres mesures de protection devraient être à la disposition du personnel sous la forme de politiques écrites standardisées, adaptables à l'agent infectieux et aux patients. Il s'agit de précautions de base qui doivent être observées pour tous les patients et de précautions supplémentaires pour certains patients (OMS 2002, 48). Les précautions de base s'appliquent au sang, à tous les liquides biologiques, sécrétions et excréments, à l'exception de la sueur, qu'ils contiennent ou non du sang de façon apparente, à la peau lésée et aux muqueuses. Les précautions de base sont destinées à réduire le risque de transmission des micro-organismes, de sources d'infections connues ou non, dans les hôpitaux (CDC 1996).

3. La chambre, l'espace séparé par un rideau et le matériel au chevet des patients soumis aux précautions liées au mode de transmission sont nettoyés selon les mêmes consignes que pour les précautions de base, sauf si le ou les micro-organismes à l'origine de l'infection et l'étendue de la contamination environnementale impliquent un nettoyage particulier. Au nettoyage exhaustif s'ajoute la désinfection appropriée du matériel de chevet et des surfaces environnementales (par ex. côtés de lit, tables de chevet, chariots, fauteuils hygiéniques, poignées de porte, poignées de robinet), indiquée pour certains pathogènes, en particulier les entérocoques qui peuvent survivre dans un environnement inerte pendant de longues périodes. Les patients admis dans des chambres d'hôpital précédemment occupées par des patients infectés ou colonisés par de tels pathogènes présentent un risque accru d'infection par contact avec les surfaces environnementales et le matériel de chevet contaminés si ceux-ci n'ont pas été correctement nettoyés et désinfectés. Les méthodes, la minutie et la fréquence du nettoyage, ainsi que les produits utilisés sont déterminés par les consignes de l'hôpital (CDC 1996).

4, 5. Les précautions liées au mode de transmission sont destinées aux patients chez qui une infection par des pathogènes hautement transmissibles ou épidémiologiquement importants est documentée ou suspectée. Face à ces pathogènes, d'autres précautions venant s'ajouter aux précautions de base sont nécessaires pour stopper la transmission au sein de l'hôpital. Il existe trois types de précautions liées au mode de transmission : les précautions en cas de transmission par l'air, les précautions en cas de transmission par gouttelettes et les précautions en cas de transmission par contact. Elles peuvent être combinées en cas de

pathologies ayant plusieurs voies de transmission. Qu'elles soient utilisées individuellement ou combinées, elles doivent être utilisées en complément des précautions de base.

- Les précautions en cas de transmission par l'air visent à réduire la transmission nosocomiale des particules inférieures ou égales à 5 µm pouvant subsister dans l'air pendant plusieurs heures et se disperser largement. Les micro-organismes se transmettant en totalité ou en partie dans l'air comprennent la TB, la varicelle et la rougeole. Les précautions en cas de transmission par l'air sont recommandées pour les patients chez qui une infection par ces agents est avérée ou suspectée. Par exemple, une personne infectée par le VIH présentant une toux, des sueurs nocturnes ou une fièvre et dont les examens cliniques ou radiographiques suggèrent une infection tuberculeuse devrait être soumise aux précautions en cas de transmission par l'air jusqu'à ce que la TB soit totalement exclue.
- Les précautions en cas de transmission par gouttelettes réduisent le risque de transmission nosocomiale des pathogènes transmis en totalité ou en partie par des gouttelettes supérieures ou égales à 5 µm (par ex. *H. influenzae* et méningite à *N. meningitidis* ; *M. pneumoniae*, grippe, virus des oreillons et de la rubéole). Quelques unes des autres pathologies concernées sont la diphtérie, la coqueluche, la peste pneumonique et l'angine streptococcique (scarlatine des nourrissons et des jeunes enfants). Les précautions en cas de transmission par gouttelettes sont plus simples que les précautions en cas de transmission par l'air, dans la mesure où les particules restent dans l'air pendant une courte période uniquement et se déplacent seulement d'un mètre ou deux. Pour être infecté, l'hôte potentiel devrait par conséquent être proche la source.
- Les précautions en cas de transmission par contact réduisent le risque de transmission des micro-organismes d'un patient infecté ou colonisé par contact direct ou indirect. Elles sont indiquées pour les patients infectés ou colonisés par des pathogènes entériques (hépatite A ou echovirus), le virus de l'herpès et de la fièvre hémorragique ainsi que des bactéries multirésistantes. Il est intéressant de noter que la varicelle se transmet par l'air et par contact, selon le stade de la maladie. Chez les nourrissons, de nombreux virus se transmettent par contact direct. Les précautions en cas de transmission par contact devraient également être appliquées pour les patients atteints d'infections potentiellement contagieuses présentant des sécrétions ou un écoulement (par ex. drainage d'abcès, zona, impétigo, conjonctivite, gale, poux et infections de plaie) (Tietjen et al. 2003, 21-3; CDC 1996).

6. Bien que le linge souillé puisse être contaminé par des micro-organismes pathogènes, la simple séparation et la manipulation hygiénique du linge propre et du linge souillé sont recommandés. Les méthodes sont déterminées par les pratiques en vigueur de l'hôpital et toutes les réglementations applicables (voir Tietjen et al. 2003, 8-3, pour les recommandations concernant la manipulation, le transport et le lavage du linge souillé).

Les dispositifs médicaux critiques ou l'équipement critique destiné aux soins aux patients (c.-à-d. le matériel pénétrant des tissus normalement stériles ou au travers duquel le sang s'écoule) ou les dispositifs médicaux semi-critiques ou l'équipement semi-critique destiné aux soins aux patients (c.-à-d. le matériel en contact avec les muqueuses) qui sont réutilisables et contaminés doivent être stérilisés ou désinfectés après utilisation, afin de réduire le risque de transmission de micro-organismes à d'autres patients. Le type de

retraitement est déterminé par l'article et son utilisation prévue, les recommandations du fabricant et les politiques de stérilisation de l'hôpital. Le matériel non critique (c.-à-d. le matériel en contact avec la peau intacte) contaminé par du sang, des liquides biologiques, des sécrétions ou des excréments doit être nettoyé et désinfecté après utilisation. Le matériel jetable (à usage unique) contaminé doit être manipulé et transporté de manière à réduire le risque de transmission de micro-organismes et diminuer la contamination environnementale au sein de l'hôpital. Le matériel doit être éliminé conformément aux politiques de stérilisation de l'hôpital. Les plats, verres, tasses ou couverts doivent être nettoyés à l'eau chaude avec du détergent.

Les patients admis dans des chambres d'hôpital précédemment occupées par des patients infectés ou colonisés par des pathogènes nosocomiaux présentent un risque accru d'infection par contact avec les surfaces environnementales et le matériel de chevet contaminés, si la chambre n'a pas été correctement nettoyée et désinfectée. Limiter le transport et le transfert des patients infectés par des micro-organismes virulents ou épidémiologiquement importants et s'assurer que ces patients ne quittent leur chambre qu'en cas de stricte nécessité permet de réduire les risques de transmission des micro-organismes. Lorsque le transfert d'un patient est indispensable, des équipements de protection (par ex. masques ou tenues imperméables) devraient être portés ou utilisés par le patient afin de réduire le risque de transmission des micro-organismes concernés à d'autres patients, au personnel et aux visiteurs et de réduire la contamination de l'environnement. Le personnel de l'unité dans laquelle le patient doit être transféré devrait être averti de l'arrivée prochaine du patient et des précautions à prendre. Les patients devraient être informés de ce qu'ils peuvent faire pour éviter de transmettre leurs micro-organismes infectieux à autrui (CDC 1996; Tietjen et al. 2003, 8-3).

7. Il est recommandé que l'isolement résulte d'une décision commune du personnel infirmier et des médecins (en tenant compte des politiques écrites d'isolement) (OMS/AFRO et al. 2001).

8. Le patient ne devrait pas recevoir plus de deux visiteurs à la fois et ces visites devraient avoir lieu pendant les heures autorisées. Les visiteurs devraient respecter les panneaux « STOP » et se présenter au cadre infirmier avant de pénétrer dans une zone d'isolement. Les visiteurs devraient être avertis qu'ils ne doivent pas apporter d'objets potentiellement porteurs de micro-organismes nuisibles et devraient connaître les précautions à prendre pour éviter la transmission de l'infection à la famille, aux amis et aux autres personnes. Le cas échéant, les visiteurs devraient porter un équipement de protection individuelle (OMS/AFRO et al. 2001, 61).

10. L'équipement de protection individuelle peut consister en divers types de masques, de protections oculaires et de protections faciales portés individuellement ou combinés. Le personnel hospitalier, au cours des actes de chirurgie et des activités de soins aux patients susceptibles de générer des éclaboussures ou des projections de sang, de liquides biologiques, de sécrétions ou d'excréments, doit porter un masque couvrant le nez et la bouche et une protection oculaire ou faciale, afin de protéger les muqueuses des yeux, du nez et de la bouche d'une transmission par contact des pathogènes. Le personnel hospitalier porte généralement un masque chirurgical afin de se protéger des gouttelettes de grande taille transmises par contact étroit et généralement sur de courtes distances uniquement (jusqu'à environ 1 mètre du patient infecté lorsque celui-ci tousse ou éternue). Le port de masques de haute efficacité est recommandé pour le personnel pénétrant les chambres d'isolement des patients atteints d'infections transmises par l'air. Les blouses permettent d'éviter la

contamination des vêtements et de protéger la peau du personnel de toute exposition au sang ou aux liquides biologiques. Des blouses imperméabilisées, des sur-pantalons, des bottes ou des sur-chaussures fournissent une meilleure protection de la peau en cas d'éclaboussures ou lorsque des quantités importantes de matériel infectieux sont présentes ou anticipées. Les blouses doivent également être portées au cours des soins aux patients infectés par des micro-organismes épidémiologiquement importants, afin de réduire le risque de transmission des pathogènes des patients ou des objets de leur environnement à d'autres patients ou environnements. Portées à cet effet, les blouses doivent être enlevées avant de quitter l'environnement des patients et les mains doivent être lavées (CDC 1996; OMS 2002, 48–49).

11, 12, 13. Les précautions en cas de transmission par l'air sont utilisées pour les patients chez qui une infection par des pathogènes épidémiologiquement importants à transmission par l'air (par ex. TB, varicelle, rougeole) est avérée ou suspectée. Les précautions suivantes sont idéales : chambre individuelle avec ventilation adéquate et, si possible, pression négative ; porte fermée ; au moins six renouvellements d'air par heure ; bouche d'évacuation située à distance des prises d'air ; le personnel porte des masques de haute efficacité dans la chambre ; le patient doit rester dans sa chambre (OMS 2002, 49). Sauf indication contraire, lorsqu'aucune chambre individuelle n'est disponible, placer le patient dans une chambre avec un patient présentant une infection active par le même micro-organisme et non une infection différente (CDC 1996).

14, 15. Pour une prévention et une maîtrise de la FHV, des politiques écrites basées sur les standards de l'OMS, d'*U.S. Department of Health and Human Services* (Ministère de la Santé et des affaires sociales américain) et des CDC devraient être utilisés. Les mesures d'isolement devraient comprendre l'élimination sûre des déchets et l'utilisation de pratiques de funérailles sans risque (OMS/AFRO et al. 2001, 84).

16. Pour réduire le risque de transmission de la FHV dans un environnement de soins de santé, des informations sur le risque de transmission de la FHV devraient être fournies au personnel de la FOSA (OMS/CDC 1998).

17, 18. Idéalement, une zone d'isolement devrait être disponible pour les patients à isoler. Si aucune zone d'isolement n'est disponible et qu'un cas de FHV est suspecté, déterminer et réserver immédiatement une chambre individuelle avec toilettes ou latrines attenantes. Si aucune chambre individuelle n'est disponible, sélectionner l'une des options suivantes par ordre de préférence décroissant : un bâtiment ou salle séparé pouvant être utilisé pour les patients atteints de FHV uniquement ; un secteur d'une salle plus grande qui est séparé et éloigné des autres patients de la salle ; l'angle vide d'une grande chambre/pièce ou d'un couloir ; ou tout secteur pouvant être séparé du reste de l'établissement de santé (OMS/CDC 1998).

19. Un vestiaire hors de la zone d'isolement du patient est indispensable, pour que les agents de soins de santé puissent mettre leurs vêtements de protection. Lorsqu'ils quittent la chambre du patient, les agents de soins de santé repassent par le vestiaire pour enlever leurs vêtements de protection (OMS/CDC 1998).

21. En cas de suspicion de FHV dans la FOSA, l'ensemble du personnel médical, infirmier, de laboratoire et de nettoyage devrait désinfecter les thermomètres, stéthoscopes et autres

instruments après chaque utilisation sur un patient atteint de FHV (OMS/CDC 1998). Pour les patients atteints de FHV, le matériel jetable est préférable.

22, 23. Des bottes ou des sur-chaussures doivent être portées par-dessus les chaussures de ville. Des bottes en caoutchouc ordinaires sont recommandées. La hauteur des bottes devrait être supérieure ou égale à 30 cm et les semelles devraient être nervurées. S'il n'y a pas de bottes disponibles, deux couches de sacs en plastiques devraient être utilisées. Un dispositif devrait être utilisé pour retirer les bottes de caoutchouc. Il est conseillé d'éviter de toucher les bottes avec les mains, qu'elles soient nues ou gantées (OMS/CDC 1998).

24–26. Le matériel du vestiaire destiné aux soins des patients atteints de FHV devrait comprendre : des crochets, des clous ou des cintres pour accrocher les vêtements de protection réutilisables ; du ruban adhésif pour attacher les poignets et les chevilles de la tenue de protection ; un poste de désinfection avec de l'eau de javel pour désinfecter les mains gantées ; un poste de lavage de mains comprenant un seau, du savon, un porte-savon, de l'eau propre et des serviettes à usage unique ; des récipients avec de l'eau savonneuse pour les gants jetables et les instruments utilisés à stériliser ; des conteneurs pour les vêtements de protection à nettoyer et les déchets infectieux à brûler. Toutes les aiguilles et seringues jetables utilisées devraient être jetées dans un conteneur résistant aux perforations, puis brûlées avec le conteneur dans un incinérateur ou une fosse d'incinération (OMS/CDC 1998).

27. Deux solutions différentes d'eau de javel domestique devraient être préparées dans un lieu central de la FOSA : une solution à 1/10 et une solution à 1/100 (la concentration en chlore de l'eau de javel domestique ordinaire est de 5 %). La solution d'eau de javel à 1/10 est une solution très concentrée utilisée pour désinfecter les excréments et les corps. Elle sert également à préparer la solution d'eau de javel à 1/100 utilisée pour désinfecter les surfaces, le matériel médical, la literie du patient et les vêtements de protection réutilisables avant leur lavage. Elle est également recommandée pour le rinçage des gants entre les contacts avec les patients, pour le rinçage des tabliers et des bottes avant de quitter la chambre du patient, et pour la désinfection des déchets contaminés à jeter (OMS/CDC 1998).

28. Un bassin hygiénique (pot de chambre) devrait être disponible dans chaque chambre de malade (OMS/CDC 1998).

Références (* = exemplaire sur CD)

* Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2002. *Prévention des infections nosocomiales: Guide pratique*. 2^e éd. WHO/CDS/CSR/EPH/2002/12. Genève: OMS.

OMS et CDC. 1998. *Infection Control for Viral Hemorrhagic Fevers in the African Health Care Setting*. Genève: OMS et CDC.
<<http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/spb/mnpages/vhfmanual.htm>> (consulté le 19 juillet 2006).

* OMS/Bureau régional de l'Afrique (AFRO), Secrétariat régional du Commonwealth pour la Santé pour l'Afrique de l'Est, centrale et australe (CRHCS) et East, Central and Southern African College of Nursing (ECSACON). 2001. *Manual of Infection Prevention and Control Policies and Guidelines*. Préparé par U. V. Reid.

* Tietjen, L., D. Bossemeyer, et N. McIntosh. 2003. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore, MD: Jhpiego.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1996. Guideline for Isolation Precautions in Hospitals. Part II. Recommendations for Isolation Precautions in Hospitals. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *American Journal of Infection Control* 24(1): 32–52.

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la section

3. Score en pourcentage : (Colonne 1/Colonne 2) × 100

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

MODULE 4 : PRÉCAUTIONS LIÉES À LA TUBERCULOSE

Ce module devrait être complété par le coordinateur des soins antituberculeux ou l'infirmier responsable de la salle médicale ou de la salle de soins antituberculeux.

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ la case devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées. Les questions destinées à préciser le contexte ne sont pas comptabilisées dans le score.

Pratique professionnelle et contrôles administratifs

Les questions qui suivent concernent les politiques et les pratiques de votre formation sanitaire (FOSA) en matière d'isolement des cas suspects et avérés de tuberculose (TB), afin de réduire le risque d'exposition à la TB.

1. Des politiques ou procédures nationales de prévention et de lutte contre les infections sont-elles disponibles dans votre FOSA ?

Non

2 Oui

2. Existe-t-il, dans votre FOSA, des politiques écrites officielles pour la lutte contre la TB ?

Pas de politiques ni de procédures écrites

Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement

1 Politiques et/ou procédures écrites disponibles uniquement dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne

2 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques sous forme d'affiches ou de brochures sur le sujet

3. Existe-t-il un plan écrit de lutte contre la TB ?

Non

2 Oui

4. Quel est le délai d'obtention des résultats de l'examen microscopique pour la TB (frottis pour recherche des bacilles acido-alcoolo-résistants [BAAR]) ?

2 48 heures

Plus de 48 heures

5. Les mesures d'isolement en cas de transmission par l'air sont-elles clairement affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques ? (Cocher une seule réponse)

- 2 Les précautions en cas de transmission par l'air sont clairement affichées dans toutes les unités cliniques ou logistiques
- 1 Les précautions en cas de transmission par l'air sont clairement affichées dans certaines unités cliniques ou logistiques uniquement
- Les précautions en cas de transmission par l'air ne sont à aucun endroit clairement affichées

6. Les précautions ou directives en cas de transmission par l'air de votre FOSA comprennent-elles des instructions claires sur les éléments suivants ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- 1 Transfert des patients isolés vers d'autres lieux de l'établissement (par ex. en service de radiologie)
- 1 Placement des patients en chambres individuelles ou spéciales, en fonction de leur profil de résistance (regroupement)
- 1 Surveillance constante de la fermeture des portes de la chambre d'isolement
- 1 Utilisation obligatoire de respirateurs N95 pour chaque personne pénétrant dans la zone d'isolement
- 1 Restriction des déplacements des patients infectieux hors de la zone d'isolement aux déplacements strictement nécessaires
- 1 Fourniture de masques chirurgicaux aux patients infectieux qui toussent ou qui doivent impérativement être transférés de la zone d'isolement vers d'autres services de soins
- 1 Politique sur l'ouverture des fenêtres

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

16

Dépistage et triage – précautions liées à la TB

Les questions suivantes concernent les pratiques en vigueur dans votre FOSA pour assurer l'identification, la séparation et l'isolement rapides des cas avérés ou suspects de TB, les méthodes de dépistage de la TB chez les patients avant et après leur admission, et les types de tests de dépistage utilisés pour la TB.

7. Parmi les propositions suivantes, lesquelles décrivent les efforts déployés par votre FOSA pour assurer l'identification, la séparation et l'isolement rapides des cas avérés et suspects de TB ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Aucun effort déployé
- Du personnel désigné (par ex. des intervenants hospitaliers formés au diagnostic de la toux ou des représentants de l'ordre) opère dans des secteurs où il est le plus probable d'observer la formation de files d'attente (par ex. service des consultations externes)
- Du personnel désigné (par ex. des intervenants hospitaliers formés au diagnostic de la toux) informe les cas avérés et suspects identifiés sur les règles d'hygiène en cas de toux
- Du personnel désigné (par ex. des intervenants hospitaliers) fournit des serviettes en papier jetables ou des masques chirurgicaux aux cas suspects
- Du personnel désigné (par ex. des intervenants hospitaliers) oriente rapidement le patient vers le service approprié
- Les cas suspects sont séparés des autres patients dès leur identification
- Les cas suspects et avérés sont invités à patienter dans des pavillons bien ventilés
- Un test de dépistage de la TB est immédiatement effectué chez les cas suspects et avérés

8. Existe-t-il des politiques écrites sur le dépistage de la TB avant l'admission des patients dans la FOSA (par ex. avant qu'ils ne puissent accéder à une salle d'attente ou au service des urgences) (Cocher une seule réponse)

- Pas de politiques ni de procédures écrites
- Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement
- Politiques et/ou procédures écrites disponibles uniquement dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne
- Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques

9. Existe-t-il des politiques écrites sur le dépistage de la TB à l'admission des patients dans la FOSA ? (Cocher une seule réponse)

- Pas de politiques ni de procédures écrites
- Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement
- Politiques et/ou procédures écrites disponibles uniquement dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne
- Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques

10. Quelles sont les méthodes utilisées pour le dépistage de la TB avant ou à l'admission des patients dans la FOSA ? (Cocher la réponse qui s'applique le mieux)

- Pas de méthodes spécifiques utilisées pour le dépistage
- 1 Dépistage fondé sur les symptômes (préciser lesquels) : _____
- 2 Frottis BAAR réalisé dans la FOSA moins de 12 heures après l'admission
- 1 Frottis BAAR réalisé dans la FOSA plus de 12 heures après l'admission
- 1 Frottis BAAR réalisé hors de la FOSA
- 1 Radiographie thoracique
- 1 Amplification en chaîne par polymérase ou autre test génomique

11. Une expectoration provoquée (toux déclenchée) est-elle réalisée dans la FOSA (y compris dans le service des consultations externes) ?

- Non
- 1 Oui

Ignorer la question suivante si aucune expectoration provoquée n'est réalisée

12. Où l'expectoration provoquée est-elle habituellement réalisée ? (Cocher une seule réponse)

- Aucun pavillon particulier désigné
- Dans un pavillon isolé du service des consultations externes ou de la salle
- Dans une chambre ou un box d'isolement amovible sans traitement particulier de l'air
- 1 Dans une chambre ou un box d'isolement amovible avec traitement particulier de l'air
- 1 Dans une chambre ou un box d'isolement amovible avec des lampes à ultraviolets (UV) à la porte
- 1 Dans une chambre ou un box d'isolement amovible avec une évacuation mécanique de l'air vers l'extérieur
- 1 En plein air, à l'extérieur de la FOSA

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

14*

* Le score maximal de la section est de 14, si la question 12 n'est pas ignorée.

Pratiques d'isolement

Les questions suivantes concernent les pratiques en vigueur dans votre FOSA pour l'isolement des cas suspects et avérés de TB.

<p>13. Les cas suspects et avérés de TB sont-ils habituellement soumis à des mesures d'isolement particulières ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>
<p>14. Où les cas suspects et avérés de TB sont-ils habituellement isolés ? (Cocher la réponse qui s'applique le mieux)</p> <p><input type="checkbox"/> Les cas suspects et avérés de TB ne sont pas isolés <input type="checkbox"/> Dans un secteur isolé de la salle générale <input type="checkbox"/> Dans une chambre individuelle séparée <input type="checkbox"/> Dans une chambre séparée dans laquelle d'autres patients présentant le même profil de sensibilité sont soignés <input type="checkbox"/> Dans une salle ou un bâtiment séparé, réservé aux patients tuberculeux</p>
<p>15. Pendant combien de temps les cas suspects et avérés de TB sont-ils isolés ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Jusqu'à l'obtention de 3 frottis d'expectoration négatifs consécutifs sur 3 jours différents, avec au moins un échantillon prélevé le matin <input type="checkbox"/> Jusqu'à ce que le patient présente une amélioration clinique soutenue <input type="checkbox"/> Jusqu'à disparition de la toux <input type="checkbox"/> Tous les éléments ci-dessus <input type="checkbox"/> Les cas suspects et avérés de TB ne sont pas isolés <input type="checkbox"/> Pendant 24 heures après l'instauration du traitement <input type="checkbox"/> Pendant 48 heures après l'instauration du traitement</p>
<p>16. Si les patients tuberculeux sont isolés, laquelle des propositions suivantes décrit le mieux la ventilation de cette zone d'isolement ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Les patients tuberculeux ne sont pas isolés <input type="checkbox"/> Pas de ventilation particulière dans la zone d'isolement <input type="checkbox"/> Ventilateurs faisant circuler l'air dans la chambre, la salle ou le bâtiment <input type="checkbox"/> Aération par ouverture des fenêtres permettant à l'air frais (extérieur) d'entrer dans la chambre, à certaines saisons uniquement <input type="checkbox"/> Aération par ouverture des fenêtres permettant à l'air frais (extérieur) d'entrer dans la chambre en toutes saisons <input type="checkbox"/> Ventilateurs installés sur les fenêtres ou les murs évacuant l'air vers l'extérieur <input type="checkbox"/> Ventilation mécanique visant à conserver une pression négative dans la chambre ou la salle, par rapport au couloir, au reste de la salle ou du bâtiment</p>

<p>17. Si les patients tuberculeux sont isolés, la chambre ou la salle utilisée pour l'isolement possède-t-elle les équipements suivants ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Les patients tuberculeux ne sont pas isolés <input type="checkbox"/>1 Une antichambre <input type="checkbox"/>1 Des toilettes ou des latrines qui leur sont réservées <input type="checkbox"/>1 Des lampes à UV à la porte d'entrée</p>
<p>18. À quelle fréquence le nombre de chambres d'isolement ou la capacité de la salle des pathologies transmises par l'air est-il suffisant par rapport au nombre de patients devant être isolés ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Les patients atteints d'autres pathologies transmises par l'air ne sont pas isolés <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/>1 Habituellement <input type="checkbox"/>2 Toujours</p>
<p>19. Qui décide d'appliquer les mesures d'isolement pour un patient donné ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune politique officielle ne stipule qui doit décider d'appliquer les mesures d'isolement pour un patient donné <input type="checkbox"/>1 Les médecins uniquement <input type="checkbox"/>1 Les infirmiers uniquement <input type="checkbox"/>1 Les médecins et les infirmiers</p>
<p>20. Si les patients tuberculeux ne sont pas isolés, laquelle des propositions suivantes décrit le mieux la ventilation de la salle dans laquelle ces patients sont placés ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de ventilation particulière <input type="checkbox"/> Aération par ouverture des fenêtres permettant à l'air frais (extérieur) d'entrer dans la chambre, à certaines saisons uniquement <input type="checkbox"/> Lampes à UV sans ventilateur d'extraction <input type="checkbox"/>2 Aération naturelle par ouverture des fenêtres permettant à l'air frais (extérieur) d'entrer dans la chambre en toutes saisons <input type="checkbox"/>1 Dispositifs fixes assurant le maintien d'une pression négative <input type="checkbox"/>1 Ventilateurs faisant circuler l'air dans la salle <input type="checkbox"/>1 Ventilateurs d'extraction qui évacuent l'air vers l'extérieur de la salle <input type="checkbox"/>1 Lampes UV germicides fixées au plafond, hors du champ de vision direct des patients, utilisées conjointement avec des ventilateurs d'extraction favorisant la circulation de l'air au niveau des lampes <input type="checkbox"/>1 Climatiseur avec filtres à particules haute efficacité</p>
<p>21. Existe-t-il des rapports à jour sur le suivi régulier des contrôles environnementaux ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>1 Oui</p>
<p>22. Existe-t-il des rapports à jour sur la continuité des contrôles environnementaux ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>1 Oui</p>

23. Si la TB pulmonaire est suspectée sans avoir été confirmée par un test diagnostique, le patient est-il isolé ou soumis à des précautions particulières de façon à éviter une transmission à d'autres patients ?

Non

2 Oui

24. Si la TB pulmonaire est documentée par un test diagnostique, le patient est-il isolé ou soumis à des précautions particulières de façon à éviter une transmission à d'autres patients ?

Non

2 Oui

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

21

Protection des agents de soins de santé

Les questions suivantes concernent les mesures prises par votre FOSA pour protéger les agents de soins de santé contre l'exposition et l'infection par la TB, la TB à bacilles multi-résistants (TB-MR) et la TB ultrarésistante (TB-UR).

25. Parmi les propositions suivantes, lesquelles décrivent le programme de protection des agents de soins de santé contre la TB de votre FOSA ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- [1] Il existe un programme de surveillance des maladies documenté, pour la protection des agents de soins de santé contre la TB
- [] Il n'y a aucun programme spécifique de surveillance des maladies documenté, pour la protection des agents de soins de santé contre la TB
- [1] Une évaluation du risque de TB a été réalisée pour identifier les catégories de risque dans chaque pavillon
- [1] Les agents de soins de santé de chaque pavillon ont été informés de la catégorie du risque auquel ils sont exposés
- [1] Il existe des registres de formation continue sur la transmission et la pathogénèse de la TB et les conséquences de la TB-MR et la TB-UR
- [1] Des conseils et des tests de dépistage du VIH gratuits sont à la disposition des agents de soins de santé au sein de la FOSA
- [1] Des registres mis à jour trimestriellement permettent de suivre le poids des agents de soins de santé exerçant dans les pavillons à haut risque
- [1] Des registres mis à jour trimestriellement permettent de suivre l'état de santé général (examens ou questionnaires à remplir) des agents de soins de santé exerçant dans les pavillons à haut risque
- [1] Des registres mis à jour annuellement permettent de suivre les résultats des radiographies thoraciques des agents de soins de santé exerçant dans les pavillons à haut risque
- [1] Chaque agent de soins de santé possède un dossier confidentiel de surveillance des maladies dans lequel les examens de dépistage et toutes les autres informations associées sont enregistrés
- [1] Il y a, pour chaque agent de soins de santé, un dossier comprenant les résultats initiaux (notamment radiographie thoracique) des examens liés aux maladies professionnelles
- [1] Un suivi post-exposition est effectué pour les agents de soins de santé ayant été exposés pendant au moins deux heures à du matériel infecté par la TB-MR ou la TB-UR nébulisée (par ex. dans les salles de bronchoscopie ou d'autopsie)
- [1] Les agents de soins de santé sont encouragés à divulguer leur statut TB ou VIH de façon à occuper un emploi adapté

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

12

Fournitures utilisées pour les mesures d'isolement

Cette question vise à obtenir des informations sur les fournitures disponibles pour l'application des mesures d'isolement liées à la TB.

26. Parmi les objets suivants nécessaires à l'application des mesures d'isolement, lesquels sont habituellement disponibles en quantité suffisante ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Masques chirurgicaux standard
- Masques spéciaux de respirateurs (tels que N95)
- Serviettes en papier

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

3

COMMENTAIRES SUR LES PRÉCAUTIONS LIÉES À LA TUBERCULOSE

Contexte

La TB sensible aux médicaments, la TB-MR et la TB-UR peuvent se transmettre de personne à personne par voie aérienne. L'incidence et la prévalence élevées de la TB, aggravées par l'épidémie de VIH/SIDA, ainsi que son mode de transmission, entraînent un risque significatif pour la santé, en particulier dans les établissements de santé.

Les individus infectés par le VIH sont particulièrement vulnérables à la TB et ils constituent une population très importante d'utilisateurs et d'agents de soins de santé. Des efforts doivent être déployés pour éviter le contact entre les personnes VIH positives et celles atteintes de TB active. Le VIH augmente le risque de rechute chez les patients ayant reçu un traitement contre la TB. Les pratiques de prévention et de lutte contre la TB sont par conséquent d'une importance cruciale dans tout environnement de soins de santé. Le dépistage précoce, le diagnostic, le traitement approprié et la prévention de la TB doivent être une priorité.

Commentaires sur les questions

1. Des directives nationales de prévention et de lutte contre la TB devraient être élaborées. Elles devraient être largement disponibles et représenter les principales directives du pays pour la lutte contre la TB dans les FOSA.
2. Chaque FOSA doit posséder ses propres politiques et procédures clairement écrites de prévention et de lutte contre la TB ; elles devraient être adaptées, à partir des directives nationales, au contexte et aux besoins locaux.
3. Les directives nationales de prévention et de lutte contre la TB peuvent exiger que chaque FOSA possède un plan de prévention et de lutte contre la TB qui résume le protocole utilisé pour la reconnaissance et la séparation rapides des cas suspects ou avérés de TB, l'instauration du traitement, l'étude de la TB et l'orientation des patients.
4. La réduction des délais de détection et d'identification du bacille de Koch dans les échantillons pulmonaires est importante pour limiter l'exposition des utilisateurs et des agents de soins de santé à la TB.
- 5, 6. Les précautions en cas de transmission par l'air sont utilisées pour les patients chez qui une infection par des pathogènes épidémiologiquement importants à transmission par l'air (par ex. TB, varicelle, rougeole) est avérée ou suspectée. Les précautions suivantes sont idéales : chambre individuelle avec ventilation adéquate et, si possible, pression négative, porte fermée, au moins six renouvellements d'air par heure, bouche d'évacuation située à distance des prises d'air, le personnel porte des masques de haute efficacité dans la chambre, isolement du patient dans sa chambre (OMS 2002). Sauf indication contraire, lorsqu'aucune chambre individuelle n'est disponible, placer le patient dans une chambre avec un patient présentant une infection active par le même micro-organisme et non une infection différente (CDC 1996).

7, 8, 9, 10. Les utilisateurs de soins de santé doivent être dépistés immédiatement à leur arrivée à la FOSA, afin de minimiser l'exposition des autres utilisateurs et agents de soins de santé à la TB. Les utilisateurs de soins de santé qui toussent depuis plus de deux semaines ou qui disent avoir subi des tests de dépistage de la TB ou être sous traitement antituberculeux ne devraient pas être autorisés à faire la queue avec les autres. Le personnel de santé responsable de la lutte contre la TB devrait contribuer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au respect des protocoles écrits pour l'identification précoce des patients susceptibles d'être atteints de TB infectieuse. Ces protocoles devraient être évalués périodiquement et révisés au besoin. L'étude des dossiers médicaux des patients examinés dans la FOSA et chez qui la TB a été diagnostiquée peut permettre de faciliter l'élaboration ou la révision de ces protocoles. Un diagnostic de TB peut être envisagé chez tous les patients présentant une toux persistante (c.-à-d. une toux durant depuis au moins trois semaines) ou d'autres signes ou symptômes compatibles avec une TB active (par ex. expectoration sanglante, sueurs nocturnes, perte de poids, anorexie ou fièvre). L'indice de suspicion de TB variera toutefois selon les zones géographiques ; il dépendra de la prévalence de la TB et d'autres caractéristiques de la population vue dans la FOSA. L'indice de suspicion de la TB devrait être très élevé dans les zones géographiques ou parmi les groupes de patients chez qui la prévalence de TB est élevée. Des mesures diagnostiques appropriées devraient être appliquées et des précautions liées à la TB devraient être mises en place pour les patients chez qui une TB active est suspectée (CDC 1994).

10. Les mesures diagnostiques pour l'identification de la TB devraient être appliquées pour les patients chez qui une TB active est suspectée. Ces mesures comprennent l'obtention des antécédents médicaux, ainsi que la réalisation d'un examen clinique, d'un test cutané à la tuberculine purifiée (PPD), d'une radiographie thoracique et d'un examen microscopique et d'une culture d'expectoration ou d'autres échantillons appropriés. D'autres procédures de diagnostic (par ex. échantillons prélevés par aspiration gastrique, bronchoscopie ou biopsie) peuvent être indiquées chez certains patients. L'obtention rapide des résultats de laboratoire est cruciale pour le traitement approprié du patient tuberculeux et l'instauration précoce des activités de lutte contre l'infection. Si l'hôpital ne possède pas de laboratoire de microbiologie, les échantillons devraient être envoyés à un laboratoire externe (CDC 1994).

11, 12. Le recueil de l'expectoration et l'expectoration provoquée sont des gestes très risqués pour la transmission de la TB. La provocation de la toux ne devrait pas être réalisée chez des patients susceptibles de présenter une TB infectieuse, sauf si elle est absolument nécessaire et peut être réalisée avec les précautions appropriées. Toutes les provocations de la toux réalisées sur des patients susceptibles de présenter une TB infectieuse devraient être réalisées avec des dispositifs de ventilation par aspiration localisée (par ex. cabines ou box prévus à cet effet) ou, si cela n'est pas faisable, dans une chambre répondant aux exigences de ventilation pour l'isolement des patients tuberculeux (CDC 1994). Les agents de soins de santé réalisant l'expectoration provoquée doivent respecter les pratiques de lutte contre les infections requises en cas de transmission par l'air.

13–15. Tout patient chez qui une TB infectieuse est suspectée ou avérée devrait être placé en isolement dans une chambre présentant les caractéristiques recommandées en termes de ventilation. Les politiques écrites sur l'instauration de l'isolement devraient préciser (a) les indications de l'isolement, (b) la ou les personnes autorisées à instaurer l'isolement et à y mettre fin, (c) les pratiques d'isolement à respecter, (d) le suivi de l'isolement, (e) la gestion des patients ne respectant pas les pratiques d'isolement et (f) les critères selon lesquels l'isolement peut prendre fin. Dans de rares cas, le placement de plusieurs patients tuberculeux

dans la même chambre peut être acceptable. Cette pratique est parfois appelée « regroupement ». En raison du risque de surinfection par des micro-organismes résistants, les patients tuberculeux ne devraient être placés dans la même chambre que si tous les patients concernés (a) présentent une TB confirmée par culture, (b) ont subi un test de sensibilité aux médicaments à partir d'un échantillon obtenu au cours de la présente hospitalisation (c) présentent des profils de sensibilité aux médicaments identiques d'après ces échantillons et (d) reçoivent un traitement efficace (CDC 1994).

16. En ce qui concerne l'isolement en cas de transmission par l'air, le patient devrait être placé dans une chambre individuelle avec pression négative contrôlée par rapport au reste du bâtiment, 6 à 12 renouvellements d'air par heure et une évacuation appropriée de l'air vers l'extérieur ou une filtration haute efficacité contrôlée de l'air avant qu'il ne puisse circuler dans d'autres secteurs de l'hôpital. La porte de la chambre devrait être maintenue fermée. Si la pression négative est utilisée, elle devrait être testée à l'aide d'un test de fumée ou d'un instrument de mesure de la pression de l'air pour s'assurer que le système fonctionne correctement (CDC 1996). Des lampes à UV peuvent être utilisées lorsque le traitement de l'air n'est pas optimal. Dans certains cas, les ventilateurs de fenêtres évacuant l'air vers l'extérieur peuvent créer des pressions négatives et réduire le risque en augmentant la circulation de l'air.

17, 18. Bien que facultative, une antichambre peut permettre d'augmenter l'efficacité de la chambre d'isolement en minimisant la propagation potentielle de noyaux de condensation dans le couloir lorsque la porte est ouverte. Pour être efficace, l'antichambre devrait présenter une pression positive par rapport à la chambre d'isolement. À l'exception des formations de santé ne présentant qu'un risque minimal ou faible, tous les établissements de soins aigus devraient posséder au moins une chambre d'isolement réservée à la TB. Les patients isolés devraient rester dans leur chambre, porte fermée. Si possible, les gestes diagnostiques et thérapeutiques devraient être réalisés dans les chambres d'isolement, afin d'éviter le transfert des patients vers d'autres départements de la FOSA (CDC 1994).

19. Il est recommandé que l'isolement résulte d'une décision commune du personnel infirmier et des médecins (en tenant compte des politiques écrites d'isolement) (OMS/AFRO et al. 2001).

20. Si un patient chez qui une TB est suspectée est admis à une salle, il devrait être placé dans une chambre séparée, bien éclairée et bien ventilée. Les fenêtres doivent rester ouvertes, même la nuit en hiver (OMS/AFRO et al. 2001, 80).

La ventilation naturelle est recommandée si elle est adéquate (au moins neuf renouvellements d'air par heure). Les mesures de contrôle d'environnement permettent de réduire la concentration de noyaux de condensation dans l'air, réduisant ainsi l'éventualité d'une transmission de la TB. Les mesures de contrôle environnemental seules ne peuvent pas être suffisantes pour prévenir la transmission de la TB. Les mesures de contrôle d'environnement doivent toujours être utilisées conjointement avec des mesures de contrôle administratif et une protection respiratoire individuelle. L'efficacité et la continuité des mesures de contrôle environnemental doivent être régulièrement surveillées.

27. Les politiques ou directives nationales de prévention et de lutte contre la TB doivent préciser, entre autres, les mesures à prendre pour protéger les agents de soins de santé et le

personnel, notamment en améliorant les connaissances du personnel sur la TB, le VIH/SIDA et la protection respiratoire individuelle.

Références (* = exemplaire sur CD)

* Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2002. *Prévention des infections nosocomiales : Guide pratique*. 2^e éd. WHO/CDS/CSR/EPH/2002/12. Genève: OMS.

* OMS/Bureau régional de l'Afrique (AFRO), Secrétariat régional du Commonwealth pour la Santé pour l'Afrique de l'Est, centrale et australe (CRHCS) et East, Central and Southern African College of Nursing (ECSACON). 2001. *Manual of Infection Prevention and Control Policies and Guidelines*. Préparé par U. V. Reid.

OMS et CDC. 1998. *Infection Control for Viral Hemorrhagic Fevers in the African Health Care Setting*. Genève: OMS et CDC.

<<http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/spb/mnpages/vhfmanual.htm>> (consulté le 19 juillet 2006).

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1994. Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium Tuberculosis in Healthcare Facilities. *MMWR* 1994;43(No. RR-13): 1-131.

CDC. 1996. Guideline for Isolation Precautions in Hospitals. Part II. Recommendations for Isolation Precautions in Hospitals. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *American Journal of Infection Control* 24(1): 32-52.

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

- Remarques sur les colonnes :**
1. **Total de l'évaluation** : somme des points de toutes les réponses cochées
 2. **Total possible** : somme de l'ensemble des points possibles pour la section
 3. **Score en pourcentage** : (Colonne 1/Colonne 2) × 100
 4. **Notation** :
 - Plus de 75 %** des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive
 - 50 à 75 %** des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies
 - Moins de 50 %** des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

MODULE 5 : SANTÉ DES EMPLOYÉS

Ce module devrait être complété par le responsable de la santé des employés ou un autre responsable connaissant bien ce sujet.

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ la case devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées. Les questions destinées à préciser le contexte ne sont pas comptabilisées dans le score.

Informations générales

Ces questions permettent d'obtenir des informations générales sur le programme de santé des employés en vigueur dans votre formation sanitaire (FOSA). Un programme de santé des employés vise à protéger les employés et les patients de la transmission des infections.

1. Existe-t-il, dans la FOSA, un programme officiel de santé des employés ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
2. Existe-t-il des politiques et des procédures écrites sur les activités liées à la santé des employés ? <input type="checkbox"/> Pas de politiques ni de directives écrites <input type="checkbox"/> Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement <input type="checkbox"/> 1 Politiques et/ou procédures écrites disponibles uniquement dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne <input type="checkbox"/> 2 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques
3. Une personne spécifique (ou une équipe) est-elle responsable de la gestion des activités liées à la santé des employés dans votre FOSA ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
4. La personne ou l'équipe responsable de la santé des employés a-t-elle suivi une formation particulière sur la santé des employés et les maladies transmissibles ? <input type="checkbox"/> Pas de personne ni d'équipe spécifique désignée <input type="checkbox"/> Personne n'a suivi de formation spécifique sur la santé des employés <input type="checkbox"/> 1 Le responsable a suivi une formation spéciale sur la santé des employés
5. La personne ou l'équipe responsable de la santé des employés est-elle rémunérée pour cette fonction ? <input type="checkbox"/> Pas de personne ni d'équipe spécifique désignée <input type="checkbox"/> Personne n'est rémunéré pour cette fonction <input type="checkbox"/> 1 Oui, la personne est rémunérée

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

6

Activités liées à la santé des employés

Les questions suivantes concernent le dépistage, les tests, les vaccinations et les restrictions professionnelles des employés.

6. Parmi les activités suivantes liées à la santé des employés, lesquelles existent dans votre FOSA ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Bilan médical (antécédents et examen physique) des employés
- Test cutané de dépistage de la tuberculose (TB) pour les employés
- Dépistage d'autres maladies transmissibles pour les employés
- Autres examens de laboratoire pour les employés, y compris des cultures en cas d'indication clinique
- Vaccination des employés
- Traitement et prophylaxie des infections nosocomiales pour les employés
- Formation ou conseil sur le risque d'infection au sein de la FOSA à l'intention des employés
- Autorisation d'absence pour les employés atteints de maladies transmissibles ou exposés à de telles maladies
- 1 Une à quatre réponses cochées
- 2 Cinq à huit réponses cochées

7. La FOSA finance-t-elle les activités liées à la santé des employés précédemment mentionnées (en dehors du salaire du responsable du programme, le cas échéant) ?

- Non
- 1 Oui

8. Parmi les examens cliniques suivants, lesquels sont compris dans le bilan médical des employés ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Pas d'examen physique médical effectué
- 1 Affections cutanées telles que la dermatite
- 1 Infections actives cutanées ou des tissus mous
- 1 Gastro-entérite
- 1 Toux chronique

9. À quel moment les maladies infectieuses sont-elles dépistées chez les nouveaux employés ? (Cocher une seule réponse)

- Pas de dépistage effectué
- Après l'embauche
- 1 Avant ou au moment du recrutement

10. Parmi les maladies suivantes, lesquelles sont dépistées chez les employés ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Hépatite A (preuve d'immunité)
- Infection par l'hépatite B
- Infection par l'hépatite C
- Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- Rougeole (preuve d'immunité)
- Rubéole (preuve d'immunité)
- TB latente ou active
- Varicelle (preuve d'immunité)
- 1 Une à quatre réponses cochées
- 2 Cinq à huit réponses cochées

<p>11. Quel type de test cutané est utilisé pour le dépistage de la TB ? (Cocher la méthode la plus souvent utilisée)</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de test cutané de dépistage de la TB effectué</p> <p><input type="checkbox"/> Test tuberculinique de type Monotest ou autre test par bague équivalent disponible dans le commerce</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PPD</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sérologie</p>
<p>12. À quelle fréquence les employés subissent-ils des tests cutanés (en cas de test cutané antérieur négatif) ? (Cocher la réponse la plus appropriée)</p> <p><input type="checkbox"/> À l'embauche uniquement</p> <p><input type="checkbox"/> À des intervalles supérieurs à un an</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Une fois par an</p>
<p>13. Un employé positif pour l'antigène de l'hépatite B est-il soumis à des restrictions professionnelles ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p>
<p>14. Un employé positif pour le VIH est-il soumis à des restrictions professionnelles ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p>
<p>15. Parmi les examens de laboratoire et cultures suivants, lesquelles sont régulièrement effectués sur les employés ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Hémogramme</p> <p><input type="checkbox"/> Analyse des urines</p> <p><input type="checkbox"/> Culture nasale à la recherche de staphylocoques</p> <p><input type="checkbox"/> Culture de gorge à la recherche de streptocoques</p> <p><input type="checkbox"/> Coproculture à la recherche de pathogènes entériques</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Aucun de ces examens de laboratoire n'est effectué</p>
<p>16. Parmi les vaccinations suivantes, lesquelles sont régulièrement proposées aux employés ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Virus vivant de la varicelle et du zona en cas d'absence d'immunisation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Grippe</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hépatite B, obligatoire en cas d'absence d'immunisation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Virus vivant de la rougeole, facultative en cas d'absence d'immunisation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Virus vivant de la rubéole, facultative en cas d'absence d'immunisation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Virus vivant de la rougeole, obligatoire en cas d'absence d'immunisation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Virus vivant de la rubéole, obligatoire en cas d'absence d'immunisation</p>
<p>17. Quelles infections contractées par les employés sont systématiquement traitées par antibiotiques ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de traitement antibiotique pour les employés</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Infections staphylococciques</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Infections streptococciques</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Gastro-entérite</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> TB</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Coqueluche</p>

18. Parmi les infections suivantes, lesquelles entraînent des restrictions professionnelles pour les employés ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Pas de restriction professionnelle
- Gastro-entérite
- Infections staphylococciques
- Infections streptococciques
- TB
- Coqueluche

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

36

Expositions des employés

Cette série de questions vise à obtenir des informations sur la façon dont votre FOSA gère les expositions des employés à divers pathogènes et les méthodes prophylactiques disponibles.

19. Au sujet de quelles expositions des employés la FOSA possède-t-elle des politiques et procédures écrites facilement disponibles ou affichées dans les unités cliniques ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Rage
- Virus de la varicelle et du zona
- Diphtérie
- Hépatite A
- Hépatite B
- Hépatite C
- VIH
- Infection à méningocoque
- Coqueluche
- Une à quatre réponses cochées
- Cinq à neuf réponses cochées

20. Une personne à contacter en cas d'exposition à un pathogène à diffusion hématogène a-t-elle été désignée ?

- Non
- Oui

21. En cas d'exposition à un pathogène à diffusion hématogène, quels tests sont effectués sur le patient source ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Aucun test n'est effectué
- Antigène de surface du virus de l'hépatite B
- Antigène nucléocapsidique de l'hépatite B
- Antigène e associé au virus de l'hépatite B
- Hépatite C
- VIH, obtention des résultats en plus de 12 heures
- VIH, obtention des résultats en moins de 12 heures

<p>22. Dans quel délai la prophylaxie est-elle mise à la disposition des personnes exposées à l'hépatite B (par ex. immunoglobulines anti-hépatite B ou vaccin contre l'hépatite B) ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de prophylaxie disponible <input type="checkbox"/>1 Disponible, mais après plus de 24 heures <input type="checkbox"/>2 Disponible en moins de 24 heures</p>
<p>23. Dans quel délai la prophylaxie est-elle mise à la disposition des personnes exposées au VIH (par ex. zidovudine avec ou sans autres antirétroviraux pendant au moins quatre semaines) ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de prophylaxie disponible <input type="checkbox"/>1 Disponible, mais après plus de 6 heures <input type="checkbox"/>2 Disponible dans 6 heures ou moins</p>
<p>24. Les employés dont le test tuberculinique était négatif subissent-ils un test cutané de référence après une exposition à la TB pulmonaire ou laryngée, si les précautions n'étaient pas en place ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>1 Oui</p>
<p>25. Les employés dont le test tuberculinique était négatif subissent-ils un test cutané de suivi de 6 à 10 semaines après une exposition à la TB pulmonaire ou laryngée ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>1 Oui</p>
<p>26. Un traitement prophylactique anti-TB est-il administré aux personnes présentant un virage du test tuberculinique cutané après exposition à la TB pulmonaire ou laryngée ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>1 Oui</p>
<p>27. Les employés en contact direct avec une infection à méningocoque reçoivent-ils un antibiotique prophylactique ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>1 Oui</p>
<p>28. Les employés en contact direct avec la coqueluche reçoivent-ils un antibiotique prophylactique (par ex. un macrolide) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>1 Oui</p>
<p>29. Existe-t-il des politiques ou des procédures écrites sur la gestion de l'exposition des employés enceintes aux agents infectieux ?</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de politiques ni de procédures écrites <input type="checkbox"/> Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement <input type="checkbox"/>1 Politiques et/ou procédures écrites disponibles uniquement dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne <input type="checkbox"/>2 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques</p>

30. Parmi les thèmes suivants, lesquels sont systématiquement inclus dans les programmes de formation des employés traitant de la transmission des maladies, des moyens d'éviter l'exposition et de la conduite à tenir en cas d'exposition ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- TB
- Hépatite virale
- VIH
- Infection à méningocoque
- Coqueluche
- Fièvre hémorragique virale
- 1 Une à trois réponses cochées
- 2 Quatre à six réponses cochées

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

23

Contrôle des objets tranchants

Ces questions concernent les politiques et les procédures sur la lutte contre la transmission des infections par l'utilisation prudente des aiguilles et autres objets tranchants tels que les bistouris.

31. Existe-t-il des politiques écrites visant à réduire le risque, pour le personnel, de blessure par aiguilles ou autres objets tranchants ?

- Pas de politiques ni de procédures écrites
- Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement
- 1 Politiques et/ou procédures écrites disponibles uniquement dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne
- 2 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques

32. Existe-t-il des conteneurs disponibles pour les aiguilles et autres objets tranchants jetables ?

- Non
- 2 Oui

33. Quels types de conteneurs sont utilisés ? (Cocher la réponse la plus appropriée)

- Pas de conteneurs utilisés
- Matériau non résistant aux perforations
- 1 Carton résistant aux perforations
- 1 Plastique
- 1 Verre

<p>34. À quelle fréquence ces conteneurs sont-ils disponibles lorsque des aiguilles ou d'autres objets tranchants sont utilisés ? (Cocher la réponse la plus appropriée)</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Habituellement <input type="checkbox"/> Toujours</p>
<p>35. Ces conteneurs sont-ils vidés ou jetés lorsqu'ils sont remplis aux trois-quarts ? (Cocher la réponse la plus appropriée)</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Habituellement <input type="checkbox"/> Toujours</p>
<p>36. Que deviennent ces conteneurs lorsqu'ils sont changés ? (Cocher la réponse la plus appropriée)</p> <p><input type="checkbox"/> Vidés dans un autre conteneur puis réutilisés <input type="checkbox"/> Retirés pour être jetés et non réutilisés</p>
<p>37. De quelle façon le contenu de ces conteneurs est-il éliminé ? (Cocher la réponse la plus appropriée)</p> <p><input type="checkbox"/> Décharge à ciel ouvert ou non <input type="checkbox"/> Déchets ordinaires <input type="checkbox"/> Enfouissement <input type="checkbox"/> Stérilisation par incinération <input type="checkbox"/> Stérilisation par brûlage</p>
<p>38. À quelle fréquence les aiguilles sont-elles rebouchées avant d'être jetées ? (Cocher la réponse la plus appropriée)</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Habituellement <input type="checkbox"/> Toujours</p>
<p>39. Si les aiguilles sont rebouchées, une technique à une main est-elle utilisée pour reboucher les aiguilles ?</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de technique à une main utilisée <input type="checkbox"/> Technique à une main utilisée</p>
<p>40. À quelle fréquence les aiguilles sont-elles pliées ou cassées avant d'être jetées ? (Cocher la réponse la plus appropriée)</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Habituellement <input type="checkbox"/> Toujours</p>

<p>41. Des lancettes rétractables sont-elles disponibles pour les prélèvements sanguins ? (Cocher la réponse la plus appropriée)</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Habituellement <input type="checkbox"/> Toujours</p>
<p>42. Arrive-t-il que les tubes capillaires utilisés pour les tests diagnostiques (par ex. frottis de paludisme, mesure de l'hématocrite) se brisent ou se fêlent dans la main ? (Cocher la réponse la plus appropriée)</p> <p><input type="checkbox"/> Ces tubes ne sont pas utilisés <input type="checkbox"/> Ces tubes se brisent ou se fêlent parfois <input type="checkbox"/> Ces tubes ne se brisent jamais</p>
<p>43. Un double gantage est-il utilisé au cours d'actes de chirurgie réalisés au niveau des cavités profondes du corps ou d'autres actes pendant lesquels les gants sont susceptibles de se déchirer ou d'être perforés ? (Cocher la réponse la plus appropriée)</p> <p><input type="checkbox"/> La FOSA ne dispose pas de zone chirurgicale <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Habituellement <input type="checkbox"/> Toujours</p>
<p>44. Dans les salles d'opération, à quelle fréquence les chirurgiens préviennent-ils leurs confrères (« annoncent ») qu'ils sont sur le point de passer un bistouri ou un autre instrument tranchant ? (Cocher la réponse la plus appropriée)</p> <p><input type="checkbox"/> La FOSA ne dispose pas de salle d'opération <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Habituellement <input type="checkbox"/> Toujours</p>
<p>45. Dans les salles d'opération, à quelle fréquence les objets tranchants sont-ils placés dans une « zone neutre » (par ex. une cuvette) lorsqu'ils sont passés à des confrères ? (Cocher la réponse la plus appropriée)</p> <p><input type="checkbox"/> La FOSA ne dispose pas de salle d'opération <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Habituellement <input type="checkbox"/> Toujours</p>
<p>46. Les blessures des employés par piqûres ou liées à la manipulation d'objets tranchants sont-elles suivies ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Les incidents ne sont pas suivis <input type="checkbox"/> Les principales caractéristiques, notamment le type d'exposition (percutanée, muqueuse, cutanée, etc.), le type de dispositif (aiguille pleine ou creuse, etc.), les circonstances au moment de l'exposition (acte chirurgical, élimination de l'aiguille), le lieu de l'exposition, l'heure et le jour de l'exposition ou la durée d'exercice dans la FOSA du membre du personnel exposé, sont consignées ou documentées.</p>

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

26

Dossiers médicaux des employés

Les questions suivantes concernent le contenu des dossiers médicaux des employés.

47. Parmi les éléments suivants des antécédents médicaux des employés, lesquels figurent dans les dossiers médicaux ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Évaluation médicale et antécédents médicaux
- Sérologie de l'hépatite B
- Sérologie de l'hépatite C
- Antécédents de TB et historiques des tests cutanés
- Historique des vaccinations

- 1 Une à trois réponses cochées
- 2 Quatre à cinq réponses cochées

48. Parmi les expositions suivantes des employés, lesquelles sont documentées dans le dossier médical ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Exposition aux maladies à diffusion hématogène
- Expositions aux infections à méningocoques
- Expositions à la coqueluche
- Expositions à la TB
- Maladies contractées des autres employés

- 1 Une à trois réponses cochées
- 2 Quatre à cinq réponses cochées

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

4

COMMENTAIRES SUR LA SANTÉ DES EMPLOYÉS

Contexte

Les agents de soins de santé risquent de contracter une infection par le biais d'une exposition professionnelle. Les employés d'une FOSA peuvent également transmettre des infections aux patients et aux autres employés. Un programme doit donc être mis en place à la FOSA pour la prévention et la prise en charge des infections chez le personnel de la FOSA (OMS 2002, 67).

Commentaires sur les questions

1. Les objectifs de lutte contre les infections au niveau du personnel devraient faire une partie intégrante du programme général de lutte contre les infections d'une FOSA. Ces objectifs ne peuvent être atteints sans le soutien de la direction, du personnel médical et d'autre personnel de santé de la FOSA (Bolyard et al. 1998).

2, 3. Un protocole actif de santé des employés (médecine du travail) devrait être mis en place et des politiques écrites devraient être élaborées pour avertir le personnel chargé de la lutte contre les infections : des infections contractées par le personnel nécessitant des restrictions professionnelles ou une exclusion du travail ; des autorisations de reprise du travail après une maladie infectieuse ayant nécessité des restrictions professionnelles ou une exclusion ; des infections et des expositions professionnelles ; et, le cas échéant, des résultats des études épidémiologiques. Des protocoles devraient être élaborés pour assurer la coordination du programme de santé des employés avec le programme de lutte contre les infections et les autres départements concernés de la FOSA (Bolyard et al. 1998).

4, 5. L'organisation d'un service de médecine du travail devrait dépendre de la taille de l'établissement, des effectifs et des services fournis. Le personnel spécialisé, formé ou qualifié en médecine du travail, peut permettre d'offrir des services efficaces (Bolyard et al. 1998).

6–8. Les employés devraient être soumis à un examen médical lors du recrutement. L'examen portera entre autres sur les vaccinations reçues, les antécédents d'exposition à des maladies transmissibles (par ex. la tuberculose) et le statut immunitaire. Certaines infections antérieures (par ex. le virus varicelle-zona) peuvent être attestées par la sérologie. Le test de Mantoux (intradermoréaction) permet de mettre en évidence une infection tuberculeuse antérieure et doit être pratiqué lors de la première visite pour servir de référence. Les vaccinations recommandées pour le personnel comprennent : hépatite A et B, rougeole, oreillons, rubéole, tétanos, diphtérie et vaccination annuelle contre la grippe (OMS 2002, 67). Le personnel exposé à des agents infectieux particuliers doit être informé de la prise en charge recommandée après exposition. Celle-ci est fondée sur les connaissances actuelles de l'épidémiologie de l'infection ; le risque de transmission de l'infection aux patients, aux autres membres du personnel ou aux autres personnes ; et les méthodes de prévention de la transmission de l'infection à autrui. Le traitement prophylactique nécessaire par médicaments, vaccins ou immunoglobuline, doit également être proposé au personnel (Bolyard et al. 1998).

9, 10. L'examen médical des nouveaux employés devrait comprendre un dépistage systématique de la tuberculose à l'aide du test cutané à la PPD pour le personnel susceptible d'être exposé à la tuberculose. Un dépistage sérologique systématique peut être réalisé pour certaines maladies évitables par la vaccination, telles que l'hépatite B, la rougeole, les oreillons, la rubéole ou la varicelle, si cela est considéré comme rentable pour la FOSA et bénéfique pour le personnel de santé. Des cultures (par ex. cultures nasales, de gorge ou coprocultures) ne devraient pas être systématiquement réalisées sur le personnel comme test de recrutement. Hormis les examens effectués lors du recrutement, les examens du personnel devraient être effectués au besoin, par exemple s'il est nécessaire d'évaluer une maladie liée au travail ou aux expositions aux maladies infectieuses (Bolyard et al. 1998).

11. Le test de Mantoux (intradermoréaction) permet de mettre en évidence une infection tuberculeuse antérieure et devrait être réalisé lors de la première visite pour servir de référence (OMS 2002, 67).

12. Les résultats de tests tuberculiques cutanés annuels et après exposition devraient être systématiquement suivis pour les personnes n'ayant jamais présenté de test cutané positif (Falk 2004, 1766).

13. Pour le personnel présentant une antigénémie Hbs aiguë ou chronique et ne pratiquant pas d'actes de chirurgie sujets à des expositions, aucune restriction n'est nécessaire, en dehors de celles qui sont épidémiologiquement liées à la transmission d'une infection. Les précautions de base devraient toujours être observées.

Le personnel présentant une antigénémie Hbe aiguë ou chronique et pratiquant des actes de chirurgie sujets à des expositions ne doit pas pratiquer d'actes de chirurgie invasifs sujets à des expositions sans l'avis préalable d'un panel d'experts. Ce panel examinera et recommandera les actes pouvant être pratiqués par le personnel de santé, en tenant compte des actes spécifiques, ainsi que des compétences et de la technique de l'agent de soins de santé (Bolyard et al. 1998).

14. Le personnel positif au VIH ne doit pas pratiquer d'actes de chirurgie invasifs sujets à des expositions sans l'avis préalable d'un panel d'experts. Ce panel examinera et recommandera les actes pouvant être pratiqués par le personnel de santé, en tenant compte des actes spécifiques, ainsi que des compétences et de la technique de l'agent de soins de santé. Les précautions de base devraient toujours être observées (Bolyard et al. 1998).

15. Des cultures (par ex. cultures nasales, de gorge ou coprocultures) ne devraient pas être systématiquement réalisées sur le personnel au cours de l'examen effectué lors du recrutement. Hormis les examens effectués lors du recrutement, les examens du personnel devraient être effectués le cas échéant, par exemple s'il est nécessaire d'évaluer une maladie liée au travail ou aux expositions aux maladies infectieuses (Bolyard et al. 1998).

16. Les vaccinations recommandées pour le personnel comprennent : hépatite A et B, rougeole, oreillons, rubéole, tétanos, diphtérie et vaccination annuelle contre la grippe (OMS 2002, 67).

17, 18. Veuillez vous reporter au tableau 3 dans Bolyard et al. 1998, 407–63.

19. Des politiques spécifiques de prise en charge après exposition doivent être élaborées et respectées en ce qui concerne les agents suivants : VIH, virus de l'hépatite A, virus de l'hépatite B, virus de l'hépatite C, *Neisseria meningitidis*, *Mycobacterium tuberculosis*, virus varicelle-zona, virus de l'hépatite E, *Corynebacterium diphtheriae*, *Bordetella pertussis*, et rage (OMS 2002, 67).

20. Toutes les FOSA devraient posséder un plan de suivi des expositions aux pathogènes à diffusion hématogène liées au travail. Les agents de soins de santé doivent être formés sur l'importance de signaler rapidement toute exposition. Idéalement, chaque FOSA devrait avoir un système de triage téléphonique disponible 24 heures sur 24. Un tel service de triage peut être fourni par le service de lutte contre les infections ou le service de santé des employés ou par les deux conjointement (Falk 2004, 1767).

21. La personne dont le sang ou les liquides biologiques sont la source d'une exposition liée au travail doit subir des tests de dépistage du VHB, du VHC et du VIH (tester les sources connues d'Ag HBs, d'anticorps anti-VHC et anti-VIH) (CDC 2001, 19–20).

22. Le vaccin contre l'hépatite B ou l'immunoglobuline anti-hépatite B doit être administré le plus tôt possible, de préférence dans les 48 heures suivant l'exposition, et pas plus tard qu'une semaine après (OMS 2002, 68).

23. Pour le VIH, la prophylaxie après exposition doit être mise en route dans les quatre heures qui suivent l'exposition (OMS 2002, 67).

24, 25. Dès que possible après exposition à la tuberculose (c.-à-d. exposition à une personne atteinte de TB pulmonaire ou laryngée pour qui les mesures d'isolement adéquates n'ont pas été appliquées), effectuer un test à la PPD sur le personnel connu d'avoir des résultats négatifs de test à la PPD. Si le résultat initial du test à la PPD après exposition est négatif, répéter le test à la PPD 12 semaines après exposition (Bolyard et al. 1998).

26. Un traitement prophylactique doit être proposé à tout personnel suivant ayant présenté un virage du test à la PPD, quel que soit leur âge : (a) personnel ayant présenté un virage récent ; (b) personnel en contact étroit avec des personnes atteintes de tuberculose active ; (c) personnel présentant des pathologies augmentant le risque de contracter une tuberculose active ; (d) personnel atteint du VIH ; et (e) utilisateurs de drogues injectables.

27. En cas de contact étroit intensif (par ex. réanimation par bouche-à-bouche, intubation endotrachéale, manipulation du tube endotrachéal) avec un patient atteint d'une infection à méningocoque n'ayant pas encore reçu d'antibiotiques en l'absence du respect des précautions adéquates, un traitement prophylactique est nécessaire.

28. Une prophylaxie antimicrobienne contre la coqueluche doit immédiatement être proposée au personnel ayant eu un contact intensif (c.-à-d. étroit, en face à face), non protégé (c.-à-d. sans l'utilisation des précautions adéquates) avec un patient atteint d'un syndrome clinique suggérant fortement une coqueluche et dont les résultats de culture sont en attente (Bolyard et al. 1998). Les agents de première ligne sont l'érythromycine ou l'azithromycine.

29. Voir le commentaire sur la question 2.

30. Une formation continue sur la lutte contre les infections, appropriée et spécifique à l'attribution des tâches du personnel, devrait être menée annuellement et en cas de besoin, de sorte que le personnel puisse posséder des connaissances précises et à jour sur les éléments essentiels de la lutte contre les infections. Il convient de s'assurer que les thèmes suivants sont inclus dans la formation initiale sur la lutte contre les infections : (1) lavage des mains ; (2) modes de transmission des infections et importance du respect des précautions de base et de celles liées au mode de transmission ; (3) importance de signaler certaines pathologies ou affections (qu'elles aient été contractées à l'hôpital ou en dehors), telles qu'une éruption cutanée généralisée ou des lésions cutanées vésiculeuses, pustuleuses ou suintantes ; une jaunisse ; des pathologies persistant au-delà d'une période donnée (par ex. une toux persistant pendant plus de deux semaines, une pathologie gastro-intestinale ou une pathologie fébrile avec une fièvre supérieure à 39,5 °C persistant pendant plus de deux jours) et des hospitalisations résultant de pathologies fébriles ou autres maladies contagieuses ; (4) lutte contre la tuberculose ; (5) respect des précautions de base et signalement d'une exposition à du sang ou des liquides biologiques afin d'éviter la transmission de pathogènes à diffusion hématogène ; (6) coopération avec le personnel chargé de la lutte contre les infections pendant l'étude des foyers d'infection ; et (7) programmes de dépistage et de vaccination destinés au personnel (Bolyard et al. 1998).

31. Un plan devrait être élaboré pour le recueil, la manipulation, le traitement avant élimination et l'élimination finale des déchets médicaux réglementés et des stratégies appropriées d'élimination des objets tranchants devraient être utilisées. Utiliser un conteneur à objets tranchants capable de conserver son imperméabilité après traitement des déchets, de façon à éviter les blessures physiques ultérieures au cours de l'élimination finale. Placer les seringues jetables avec les aiguilles, y compris les objets tranchants stériles devant être jetés, les lames de bistouris et autres objets tranchants, dans des conteneurs résistants aux perforations et installés, autant que possible, à portée de main. Ne pas plier, reboucher ni casser les aiguilles de seringues avant de les jeter dans le conteneur (CDC 2003).

32, 33. Un conteneur à objets tranchants est un conteneur résistant aux perforations, utilisé pour l'élimination locale des aiguilles et autres objets tranchants utilisés. Un conteneur à objets tranchants peut être une boîte en carton épais, un pot en plastique vide ou un conteneur en métal. Les conteneurs à objets tranchants résistants aux perforations devraient être placés de manière pratique, dans tous les pavillons dans lesquels des objets tranchants sont fréquemment utilisés (par ex. les salles d'injection, les salles de soins, les blocs opératoires, les salles de travail et d'accouchement et les laboratoires) (EngenderHealth 2004, « Needles and Other Sharps »).

35. Les conteneurs à objets tranchants devraient être éliminés lorsqu'ils sont remplis aux trois-quarts. (Tietien et al. 2003, 7-13)

36, 37. Bien qu'elle représente le meilleur moyen d'éliminer les déchets médicaux l'incinération ne détruit pas les objets tranchants, à l'exception des grands incinérateurs industriels. Si aucun incinérateur industriel n'est disponible, les objets tranchants *peuvent* être rendus inoffensifs en plaçant les aiguilles, les seringues en plastique et les bistouris dans un conteneur en métal. Lorsque ce conteneur est rempli aux trois-quarts, l'arroser de combustible, y mettre feu et le laisser brûler jusqu'à ce que le feu s'éteigne de lui-même. Les seringues en plastique vont ainsi fondre et après refroidissement, elles formeront un bloc solide de plastique qui contiendra, à l'intérieur, les objets tranchants. Le bloc pourra ensuite être enterré dans le type de fosse utilisée pour les déchets médicaux solides. S'il est

impossible d'enterrer tous les déchets médicaux sur le site, les objets tranchants devraient être enterrés en priorité, dans la mesure où ils représentent le risque le plus important de blessure et d'infections (EngenderHealth 2004, « Waste Disposal »).

38. De nombreuses contaminations par piqûre d'aiguille surviennent accidentellement en rebouchant les aiguilles. Le rebouchage est une pratique dangereuse. Si possible, jeter les aiguilles immédiatement sans les reboucher (EngenderHealth 2004, « Needles and Other Sharps »).

39. La technique « à une main » devrait être utilisée pour reboucher les aiguilles sans danger :

1. Poser le capuchon sur une surface plane et le lâcher.
2. Avec une main, tenir la seringue et utiliser l'aiguille pour « ramasser » le bouchon.
3. Une fois que le capuchon couvre l'aiguille, utiliser l'autre main pour sécuriser le capuchon sur la garde de l'aiguille. Veiller à prendre le capuchon par le bas uniquement (près de la garde) (EngenderHealth 2004, « Needles and Other Sharps »).

40. Les aiguilles hypodermiques ne devraient pas être pliées, cassées ou coupées avant d'être jetées (EngenderHealth 2004, « Needles and Other Sharps »).

43. Même lorsqu'ils sont d'excellente qualité, le risque de fuite des gants chirurgicaux en latex neufs peut atteindre 4 % des cas. Par ailleurs, les gants en latex, en particulier lorsqu'ils sont exposés à la graisse au niveau des plaies, perdent progressivement leur solidité et leur intégrité. Directives précisant les circonstances d'utilisation d'un double gantage : actes de chirurgie impliquant un contact avec de grandes quantités de sang ou d'autres liquides biologiques (par ex. accouchements par voie basse et césariennes) ; actes de chirurgie orthopédique dans lesquels des fragments osseux tranchants, des sutures par fil métallique et autres objets tranchants sont susceptibles d'être manipulés ; réutilisation de gants chirurgicaux (la présence éventuelle de trous ou de perforations invisibles avec tous types de gants réutilisés est plus probable qu'avec des gants neufs) (Tietjen et al. 2003, 7-7).

44, 45. Une méthode sans danger pour passer les instruments tranchants (bistouris, aiguilles de suture et ciseaux pointus) au cours de l'acte de chirurgie est la technique « à mains libres ». Cette technique utilisée pour les objets tranchants est économique, simple à utiliser et permet au chirurgien, à l'assistant ou à l'instrumentiste de ne jamais toucher le même instrument au même moment. Selon cette technique, l'assistant ou l'instrumentiste place une cuvette stérile ou désinfectée à haut niveau sur le champ opératoire, entre le chirurgien et lui-même. Le conteneur représente la zone neutre ou sûre dans laquelle les objets tranchants sont placés avant et immédiatement après utilisation. Par exemple, l'assistant ou l'instrumentiste signale au chirurgien qu'un instrument tranchant a été placé dans ou sur la zone sûre, la poignée tournée vers le chirurgien, en disant « bistouri » ou « objet tranchant » en le plaçant dans la zone. Le chirurgien prend ensuite l'instrument et le replace dans le conteneur après utilisation, la poignée cette fois tournée vers l'autre côté (Tietjen et al. 2003, 7-5).

46. En cas d'exposition liée au travail, les circonstances et la prise en charge après l'exposition devraient être consignées dans le dossier médical confidentiel de la personne exposée. Les recommandations relatives au contenu du rapport sur l'exposition liée au travail sont les suivantes : date et heure de l'exposition ; détails sur l'acte de chirurgie pratiqué,

notamment où et comment l'exposition s'est produite ; si elle est associée à l'utilisation d'un objet tranchant, le type et la marque de l'objet et comment et à quel moment précis lors de la manipulation de l'objet, s'est produite l'exposition ; détails sur l'exposition, notamment type et quantité de liquide ou de matière et gravité de l'exposition (par ex. pour une exposition percutanée, la profondeur de la plaie, s'il y a eu injection ou non de liquide ; pour une exposition cutanée ou muqueuse, le volume estimé de matière et l'état de la peau [par ex. gercée, abrasée, intacte]) ; détails sur la source de l'exposition (par ex. matière source contenant le VHB, VHC ou le VIH ; si la source est infectée par le VIH, le stade de la maladie, l'historique des traitements antirétroviraux, la charge virale et la résistance aux antirétroviraux, si ces informations sont connues) ; détails sur la personne exposée (par ex. vaccination contre l'hépatite B et statut sérologique) et détails sur les conseils, la prise en charge après l'exposition et le suivi (CDC 2001, 19).

47, 48. Un dossier devrait être tenu à jour pour tout le personnel et la confidentialité de ce dossier devrait être respectée, tout en s'assurant que les maladies ou expositions professionnelles sont prises en charge de manière appropriée. Une base de données du personnel, de préférence informatisée, devrait être tenue à jour pour permettre de suivre les vaccinations du personnel, les tests de dépistage et l'évaluation des tendances des infections et des maladies au sein du personnel (Bolyard et al. 1998).

Références (* = exemplaire sur CD)

Bolyard, E. A., O. C. Tablan, W. W. Williams, et al. 1998. Guideline for Infection Control in Healthcare Personnel. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 19(6): 407–63.

* EngenderHealth. 2004. Infection Prevention Online Course. <<http://www.EngenderHealth.org/res/onc/index.html#start>> (consulté le 17 juillet 2006).

Falk, P. S. 2004. Infection Control and the Employee Health Service. Dans *Hospital Epidemiology and Infection Control*, 3e éd., édité par C. G. Mayhall. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

* Tietjen, L., D. Bossemeyer, et N. McIntosh. 2003. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore, MD: Jhpiego.

* Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2002. *Prévention des infections nosocomiales: Guide pratique*. 2^e éd. WHO/CDS/CSR/EPH/2002/12. Genève: OMS.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2001. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *MMWR* 2001; 50 (No. RR-11): 19–20.

———. 2003. Guidelines for Environmental Infection Control in Healthcare Facilities: Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *MMWR* 2003; 52(No. RR-10): 1–48.

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la section

3. Score en pourcentage : (Colonne 1/Colonne 2) × 100

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

MODULE 6 : PHARMACIE

Ce module devrait être complété par la personne responsable du département de pharmacie ou du Comité pharmaceutique et thérapeutique, si la formation sanitaire (FOSA) en compte un, ou par une personne connaissant les politiques et procédures pharmaceutiques de la FOSA.

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ la case devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées. Les questions destinées à préciser le contexte ne sont pas comptabilisées dans le score.

Personnel clé

Ces questions fournissent des renseignements contextuels sur la pharmacie et les fonctions du Comité pharmaceutique et thérapeutique de votre FOSA.

1. Indiquer le niveau de formation le plus élevé de la personne responsable de la pharmacie. <input type="checkbox"/> La FOSA n'a pas de directeur de la pharmacie <input type="checkbox"/> Formation ou programme spécifique de courte durée <input type="checkbox"/> Formation en cours d'emploi <input checked="" type="checkbox"/> Diplôme ou licence en pharmacie <input checked="" type="checkbox"/> Maîtrise en pharmacie <input checked="" type="checkbox"/> Doctorat en pharmacie
2. La FOSA compte-t-elle un Comité pharmaceutique et thérapeutique ? <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui
3. Le responsable du département de pharmacie est-il membre du Comité pharmaceutique et thérapeutique ? <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui

**Total de la section
évaluée**

**Total possible pour la
section**

3

Services de pharmacie

Les questions suivantes portent sur les tâches exécutées par votre personnel de pharmacie et sur la génération de rapports sur les foyers d'infections.

4. La FOSA possède-t-elle une pharmacie centrale ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
5. Selon quelles modalités les médicaments sont-ils habituellement fournis aux patients hospitalisés et de consultation externe ? (Cocher toutes les réponses appropriées) <input type="checkbox"/> Les familles achètent les médicaments en dehors de la FOSA <input type="checkbox"/> À partir de stocks conservés dans les salles des malades <input type="checkbox"/> À partir de la pharmacie servant les malades externes <input type="checkbox"/> À partir de la pharmacie centrale
6. Quelles sont les fonctions de la pharmacie au sein de la FOSA ? (Cocher toutes les réponses appropriées) <input type="checkbox"/> Approvisionnement en médicaments <input type="checkbox"/> Distribution des médicaments préparés dans le commerce directement aux services de soins aux patients <input type="checkbox"/> Conseil et formation du personnel médical et infirmier sur l'utilisation appropriée des médicaments <input type="checkbox"/> Sélection des médicaments pour la liste de médicaments essentiels (LME) ou la liste d'approvisionnement de la FOSA <input type="checkbox"/> Faire des visites de salles pour révision de la pharmacie clinique <input type="checkbox"/> Recueil de données sur l'utilisation des médicaments
7. Quels produits sont préparés ou fabriqués dans la pharmacie ? (Cocher toutes les réponses appropriées) <input type="checkbox"/> Mélange ou préparation des produits de nutrition parentérale totale <input type="checkbox"/> Préparation des solutions ophtalmiques ou otiques stériles <input type="checkbox"/> Préparation ou réalisation des mélanges infusions/sérums stériles <input type="checkbox"/> Fabrication des solutés intraveineux stériles <input type="checkbox"/> Fabrication des solutés d'irrigation stériles <input type="checkbox"/> Préparation des solutions de nutrition entérale ou orale
8. La pharmacie dispose-t-elle de politiques et de procédures écrites portant sur les éléments suivants ? (Cocher toutes les réponses appropriées) <input type="checkbox"/> Pas de politiques écrites <input type="checkbox"/> Technique d'asepsie pour la préparation des produits stériles (par ex. gants, blouses, masques, bottes) <input type="checkbox"/> Date de péremption et étiquetage des produits préparés <input type="checkbox"/> Conditions de stockage pour les produits stériles préparés ou fabriqués (par ex. température ambiante, réfrigération)
9. Les éléments suivants sont-ils disponibles à la pharmacie ? (Cocher toutes les réponses appropriées) <input type="checkbox"/> Lavabo pour le lavage des mains <input type="checkbox"/> Réfrigérateur et congélateur <input type="checkbox"/> Zone réglementée (zone d'accès limité) équipée de sols non poreux, lavables <input type="checkbox"/> Aucun des éléments ci-dessus n'est disponible

10. Le personnel de la pharmacie est-il certifié ou formé à la préparation des produits stériles ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
11. De quelle manière les données sur l'utilisation des médicaments sont-elles conservées ? (Indiquer la principale méthode utilisée) <input type="checkbox"/> Les données courantes sur l'utilisation des médicaments ne sont pas conservées <input type="checkbox"/> 1 Dossiers en papier <input type="checkbox"/> 1 Base de données informatisée
12. Combien de foyers (infections) se sont déclarés dans la FOSA au cours des 12 derniers mois à cause de produits pharmaceutiques contaminés ? <input type="checkbox"/> 1 Aucun <input type="checkbox"/> Un à deux <input type="checkbox"/> Trois ou plus
13. La contamination dans la pharmacie a-t-elle contribué aux foyers (infections) les plus récents à cause de produits pharmaceutiques contaminés ? (Cocher une seule réponse) <input type="checkbox"/> 1 Aucun foyer <input type="checkbox"/> 1 Non, la pharmacie n'y a pas contribué <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Total de la section
évaluée**

**Total possible pour la
section**

22

Programme de contrôle des antibiotiques

Les questions suivantes portent sur la LME de votre FOSA, les antibiotiques et leur utilisation.

14. Existe-t-il une LME dans la FOSA ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
15. Quels antibiotiques sont habituellement disponibles à la pharmacie ? (Cocher toutes les réponses appropriées) <input type="checkbox"/> Ticarcilline ou pipéracilline <input type="checkbox"/> Beta-lactame/combinaison beta-lactamase (par ex. pipéracilline / tazobacam, ticarcilline / clavulate, ampicilline / sulbactam) <input type="checkbox"/> Céphalosporine de deuxième génération (par ex. céfuroxime, céfoxitine, céfotétan) <input type="checkbox"/> Céphalosporine de troisième génération (par ex. ceftriaxone, ceftazidime, ou céfotaxime) <input type="checkbox"/> Céphalosporine de quatrième génération (par ex. céfépime) <input type="checkbox"/> Fluoroquinolones (par ex. ciprofloxacine, lévofloxacine) <input type="checkbox"/> Imipénem-cilastatine ou méropénem <input type="checkbox"/> Vancomycine <input type="checkbox"/> 1 Aminoglycosides (par ex. gentamicine / netilmicine, tobramycine, amikacine) <input type="checkbox"/> 1 Céphalosporine parentérale de première génération (par ex. céfazoline ou céphalothine) <input type="checkbox"/> 1 Pénicillines (pénicilline G, ampicilline) <input type="checkbox"/> 1 Pénicilline antistaphylococcique (méthicilline, nafcilline, cloxacilline, ou oxacilline)
16. Limitez-vous la disponibilité de certains antibiotiques (par ex. antibiotiques à large spectre ou produits coûteux) ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
17. La FOSA dispose-t-elle de politiques écrites sur l'utilisation des antibiotiques ? <input type="checkbox"/> Pas de politiques écrites <input type="checkbox"/> Politiques communiquées uniquement oralement. <input type="checkbox"/> 1 Politiques écrites disponibles dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne. <input type="checkbox"/> 2 Politiques écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques.
18. La FOSA dispose-t-elle de directives écrites sur l'utilisation des antimicrobiens ? <input type="checkbox"/> Pas de directives écrites <input type="checkbox"/> Directives communiquées uniquement oralement <input type="checkbox"/> 1 Directives écrites disponibles dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne <input type="checkbox"/> 2 Directives écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques
19. La FOSA impose-t-elle des restrictions en ce qui concerne les antibiotiques sur la LME ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui

20. La FOSA inscrit-elle les antibiotiques à la LME à tour de rôle, afin de contenir la résistance antimicrobienne ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
21. La FOSA met-elle en œuvre des programmes rétrospectifs ou simultanés d'analyse de l'utilisation de certains antibiotiques ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
22. La FOSA utilise-t-elle des formulaires structurés concernant les antibiotiques ou des formulaires préimprimés de commande pour certaines pathologies, par exemple pour les septicémies ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
23. La FOSA dispose-t-elle de politiques concernant l'arrêt automatique des ordonnances (par ex. l'arrêt des antibiotiques après un certain laps de temps) ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
24. La FOSA exige-t-elle l'approbation d'un médecin superviseur, d'un prescripteur en chef ou d'un pharmacien pour l'utilisation de certains antibiotiques ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
25. Existe-t-il des directives propres à la FOSA concernant l'antibioprophylaxie pendant les interventions chirurgicales ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui

Total de la section
évaluée

Total possible pour la
section

17

Suivi de l'utilisation des antibiotiques et génération de rapports

Les questions suivantes portent sur l'utilisation des antibiotiques et les rapports générés sur leur utilisation.

<p>26. À quelle fréquence l'utilisation des antibiotiques fait-elle l'objet de rapports et est-elle analysée pour certains antibiotiques ?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne connaît pas <input type="checkbox"/> Rapports peu fréquents sur l'utilisation <input type="checkbox"/> Rapports occasionnels (moins d'une fois par an) <input checked="" type="checkbox"/> Une à quatre fois par an <input checked="" type="checkbox"/> Cinq fois par an ou plus</p>
<p>27. À qui les rapports sur l'utilisation des antibiotiques sont-ils adressés ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun rapport sur l'utilisation des antibiotiques <input type="checkbox"/> À la direction de la FOSA <input type="checkbox"/> Au responsable du programme de lutte contre les infections ou au président du Comité de lutte contre les infections nosocomiales <input type="checkbox"/> Au(x) responsable(s) du(des) département(s) clinique(s) <input type="checkbox"/> Au responsable du département de pharmacie <input checked="" type="checkbox"/> À toutes les personnes mentionnées ci-dessus <input checked="" type="checkbox"/> À tous les médecins de l'établissement</p>
<p>28. Les rapports sur l'utilisation contiennent-ils des données sur l'utilisation des antibiotiques exprimées de la manière suivante ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune donnée sur l'utilisation des antibiotiques <input checked="" type="checkbox"/> Nombre de prescriptions d'agents antibiotiques <input checked="" type="checkbox"/> Nombre de patients recevant un traitement antibiotique <input checked="" type="checkbox"/> Nombre de jours d'utilisation d'un traitement antibiotique <input checked="" type="checkbox"/> Nombre de doses quotidiennes déterminées utilisées dans les traitements antibiotiques</p>
<p>29. Pour quels groupes de patients l'utilisation des antibiotiques fait-elle l'objet de rapports ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun <input checked="" type="checkbox"/> Patients recevant un traitement antibiotique à titre de prophylaxie péri opératoire <input checked="" type="checkbox"/> Patients recevant un traitement antibiotique pour des diagnostics particuliers (par ex. pneumonie, septicémie, méningite, etc.)</p>

Total de la section
évaluée

Total possible pour la
section

9

COMMENTAIRES SUR LA PHARMACIE

Contexte

Le pharmacien et le département de la pharmacie de la FOSA sont des éléments essentiels de l'équipe soignante, destinés à favoriser la qualité, l'efficacité, la sécurité et le rapport coût-efficacité de l'utilisation des médicaments. Dans le cadre de cette mission, quatre tâches concernent les activités de lutte contre les infections : premièrement, la distribution des médicaments disponibles dans le commerce directement aux services de soins aux patients et deuxièmement, la préparation des matériaux à utiliser par reconditionnement ou préparation. Ces deux premières tâches comportent toutefois le risque de distribuer des matériaux contaminés. La troisième tâche consiste à apporter des conseils et à participer au contrôle de l'utilisation des médicaments dans la FOSA, conduisant à un rôle important dans l'évaluation et la formation ; enfin la quatrième tâche est de contribuer aux données qui peuvent être utiles pour le dépistage et l'analyse des infections nosocomiales, et surtout pour la lutte contre ces infections (Hopkins 2004, 1315).

Commentaires sur les questions

1. La pharmacie devrait être gérée par un pharmacien professionnel qualifié. Le responsable de la pharmacie devrait connaître parfaitement les pratiques et la gestion de la pharmacie hospitalière. Un diplôme supérieur est souhaitable (ASHP 1995).
2. La LME est une liste de médicaments (et d'informations associées) considérés par le personnel professionnel de la FOSA comme les plus utiles pour les soins aux patients. L'élaboration, la tenue à jour et l'approbation de la LME incombent au Comité pharmaceutique et thérapeutique ou à son équivalent (ASHP 1992).
3. Le pharmacien devrait être membre des comités chargés de formuler les politiques et procédures relatives aux médicaments et de ceux chargés des soins aux patients et il devrait participer activement à ces comités (ASHP 1995).
- 4, 5. La gestion des médicaments incombe au département de la pharmacie et aux prestataires de soins cliniques. Le mode de partage de cette responsabilité dépend de la structure de l'organisation et de sa dotation en personnel. Lorsqu'il n'existe pas de pharmacie centrale, les médicaments peuvent être gérés dans chaque unité clinique. S'il existe une pharmacie centrale importante, celle-ci peut organiser et régir les médicaments dans l'ensemble de la structure (JCI 2002, 78).
6. Le pharmacien fournit des informations pharmaceutiques adaptées aux patients, ainsi que des informations précises et complètes sur les médicaments à d'autres pharmaciens, à d'autres professionnels de santé et aux patients, selon le cas (ASHP 1995). Le pharmacien apporte également ses compétences au fonctionnement de la LME, afin d'optimiser les soins aux patients par une sélection et une utilisation rationnelle des médicaments. Le pharmacien joue un rôle primordial dans l'évaluation de la sécurité et de l'efficacité relatives des produits pharmaceutiques choisis pour être ajoutés à la LME ou pour être supprimés.

7, 8. Des politiques et procédures écrites et actualisées sur la préparation des produits stériles doivent être disponibles pour l'ensemble du personnel participant à ces activités. Ces politiques devraient traiter de la formation du personnel et des exigences dans ce domaine, de l'évaluation des compétences, de l'acquisition des produits, du stockage et de la manipulation des produits et fournitures, du stockage et de la distribution des produits finis, de l'utilisation et de l'entretien des locaux et matériel, de la tenue vestimentaire et de la conduite appropriées pour le personnel travaillant dans les zones réglementées, du processus de validation, de la technique de préparation, de l'étiquetage, de la documentation et du contrôle de la qualité (ASHP 2000).

9. Pour le lavage des mains, un lavabo avec de l'eau courante, chaude et froide, devrait se trouver à proximité immédiate de la zone réglementée. Les solutions, médicaments, fournitures et matériel utilisés pour préparer ou administrer les produits stériles devraient être stockés conformément aux exigences des fabricants. La température des réfrigérateurs et des congélateurs utilisés pour stocker les ingrédients et les préparations stériles finales devrait être surveillée et documentée quotidiennement, afin de garantir le respect des conditions et impératifs de stockage. La zone réglementée devrait être une zone à accès limité, suffisamment distincte des autres activités de la pharmacie pour minimiser le risque de contamination qui pourrait résulter d'un flux inutile de matériaux et de personnel entrant et sortant de la zone (ASHP 2000).

10. Le personnel de la pharmacie préparant ou dispensant les produits stériles devrait recevoir une formation appropriée et faire l'objet d'une évaluation des compétences par le biais de démonstrations, de tests (écrits ou pratiques) ou des deux (ASHP 2000).

11. Idéalement, un local, des ressources et des technologies de traitement de l'information et de communication adéquats devraient être disponibles pour faciliter le recueil et la communication d'informations pharmaceutiques (ASHP 1995).

12. Les produits stériles peuvent être contaminés avant leur arrivée à la pharmacie de la FOSA, pendant la dispensation, le reconditionnement, la préparation dans la pharmacie ou après avoir quitté la pharmacie. Le personnel de la pharmacie devrait donc participer à l'analyse et la surveillance de tout foyer qui en résulterait et à la lutte contre celui-ci (Hopkins 2004, 1035).

14. Voir le commentaire sur la question 2.

15–17. L'utilisation adaptée des agents antibiotiques est habituellement facilitée par un Comité d'utilisation des antimicrobiens ou un Comité pharmaceutique et thérapeutique. Ces comités recommandent les antibiotiques pour la LME et les politiques de prescription, examinent et approuvent les directives de pratique, contrôlent l'utilisation des antibiotiques, supervisent la formation et communiquent avec les représentants pharmaceutiques. Chaque FOSA formulera ses propres politiques en matière d'antimicrobiens, qui comportent habituellement une classification des agents antimicrobiens dans les catégories suivantes : utilisation non restreinte (agent efficace, sûr et peu coûteux, par ex. la benzylpénicilline) ; utilisation restreinte ou réservée (agent à utiliser uniquement dans des situations particulières par certains praticiens, pour des infections graves, avec des résistances spécifiques, etc.) ; ou utilisation exclue (préparation sans bénéfice supplémentaire par rapport à des antimicrobiens alternatifs moins coûteux) (OMS 2002, 64). Dans les FOSA où la résistance aux antibiotiques est fréquente, des antibiotiques de deuxième ou troisième ligne efficaces devraient être

rapidement disponibles en complément des agents de première ligne peu coûteux mentionnés à la question 15.

18. L'utilisation appropriée des agents antibiotiques est habituellement facilitée par le Comité d'utilisation des antimicrobiens ou le Comité pharmaceutique et thérapeutique (OMS 2002, 64).

19. Les FOSA devraient disposer de politiques de prescription des antibiotiques souples et régulièrement actualisées, basées sur les pathologies, reposant dans la mesure du possible sur la connaissance des tendances dominantes de sensibilité aux antibiotiques et l'utilisation contrôlée des antibiotiques de réserve. Elles devraient inclure les directives de pratiques locales (OMS 2002).

20. De nombreuses stratégies ont été suggérées pour prévenir ou réduire la résistance microbienne aux antibiotiques, notamment les directives d'utilisation, le feed-back sur les données de la résistance aux antibiotiques, la suppression de certains antibiotiques de la LME, l'approbation nécessaire pour l'utilisation des antibiotiques d'utilisation restreinte, la formation (particulièrement par les experts du domaine), l'examen ciblé de l'utilisation d'antibiotiques spécifiques et l'utilisation par roulement ou par cycle des antimicrobiens (Gerding 2000).

21. Le suivi de l'utilisation des antimicrobiens est habituellement effectué par le département de la pharmacie. Parmi les éléments précis à suivre figurent la quantité des différents antimicrobiens utilisés au cours d'une période donnée et les tendances d'utilisation des antimicrobiens au fil du temps. En plus de la surveillance de l'utilisation des antimicrobiens, on procédera de temps à autres à des audits pour vérifier si l'utilisation des antimicrobiens est correcte (OMS 2002, 65).

22, 23. Certaines institutions utilisent des formulaires de commande d'antimicrobiens qui comportent des questions sur les indications de leur utilisation, des suggestions de posologies et une durée d'utilisation définie. Ces formulaires peuvent faciliter les audits portant sur les antimicrobiens. La pharmacie peut également avoir recours à l'arrêt automatique des prescriptions pour les antimicrobiens. Cette technique est très efficace pour la prophylaxie chirurgicale (Duncan 1998, 286).

24. Voir les commentaires sur les questions 15–17.

25. Voir le commentaire sur la question 19.

26. Le suivi de l'utilisation des antimicrobiens est recommandé mensuellement ou à une fréquence correspondant au volume de prescriptions (Shlaes et al. 1997).

27. L'utilisation d'antibiotiques dans la FOSA devrait faire l'objet d'un rapport adressé en temps utile au Comité d'utilisation des antimicrobiens, au Comité de lutte contre les infections nosocomiales, ainsi qu'à la direction médicale et à l'administration (OMS 2002, 60).

28. Parmi les éléments à surveiller figurent la quantité des différents antimicrobiens utilisés au cours d'une période donnée et les tendances de leur utilisation au fil du temps. En plus du

suivi de l'utilisation des antimicrobiens, des audits occasionnels devraient être effectués afin d'étudier le bien fondé de leur utilisation (OMS 2002).

Références (* = exemplaire sur CD)

American Society of Hospital Pharmacists (ASHP) Council on Professional Affairs. 1992. ASHP Guidelines on Formulary System Management. *American Journal of Health-System Pharmacy* 49(3): 648–52.

ASHP Council on Professional Affairs. 1995. ASHP Guidelines: Minimum Standard for Pharmacies in Hospitals. *American Journal of Health-System Pharmacy* 52 (23): 2711–17.

ASHP Council on Professional Affairs. 2000. ASHP Guidelines on Quality Assurance for Pharmacy-Prepared Sterile Products. *American Journal of Health-System Pharmacy* 57 (12): 1150–69.

Duncan, R. A. 1998. Controlling Use of Antimicrobial Agents. Dans *A Practical Handbook for Hospital Epidemiologists*, édité par L. A. Herwaldt and M. Decker. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.

Gerding, D. N. 2000. Antimicrobial Cycling: Lessons Learned from the Aminoglycoside Experience. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 21, Suppl. no. 1: S12–S17.

Hopkins, C. C. 2004. Pharmacy Service. Dans *Hospital Epidemiology and Infection Control*, 3e ed., édité par C. G. Mayhall, 1315. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Joint Commission International (JCI). 2002. Care of Patients dans *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. 2e ed. Oak Brook, IL: JCI.

* Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2002. *Prévention des infections nosocomiales: Guide pratique*. 2^e édition. WHO/CDS/CSR/EPH/2002/12. Genève: OMS.

Shlaes, D. M., D. N. Gerding, J. F. John Jr., et al. 1997. Society for Healthcare Epidemiology of America and Infectious Diseases Society of America Joint Committee on the Prevention of Antimicrobial Resistance: Guidelines for the Prevention of Antimicrobial Resistance in Hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 18 (4): 275–91.

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la section

3. Score en pourcentage : (Colonne 1/Colonne 2) × 100

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

MODULE 7 : GESTION DES DECHETS

Ce module devrait être complété par du personnel connaissant bien les pratiques de gestion des déchets dans l'ensemble de la formation sanitaire (FOSA), notamment dans les salles d'opération, les salles, les services de soins aux patients, les laboratoires et les services logistiques.

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées. Les questions destinées à préciser le contexte ne sont pas comptabilisées dans le score.

Politiques concernant les déchets contaminés

Les questions qui suivent portent sur des informations contextuelles des politiques et directives de la FOSA sur la manipulation des déchets contaminés et sur la formation du personnel.

- | |
|---|
| <p>1. Existe-t-il des politiques écrites de la FOSA sur la manipulation des déchets contaminés ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de politiques ni de procédures écrites</p> <p><input type="checkbox"/> Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement</p> <p><input type="checkbox"/>1 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel de procédures, mais généralement non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne</p> <p><input type="checkbox"/>2 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques</p> |
| <p>2. Au sein de la FOSA, quel personnel est formé à la manipulation ou à l'élimination des déchets contaminés ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune formation proposée</p> <p><input type="checkbox"/>1 Tout le personnel médical (y compris médecins, personnel infirmier et personnel de laboratoire)</p> <p><input type="checkbox"/>1 Tout le personnel de maintenance et d'entretien de la FOSA</p> |

**Total de la section
évaluée**

**Total possible pour la
section**

4

Séparation des déchets contaminés

3. Les déchets contaminés sont-ils stockés séparément des déchets ordinaires ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
4. Des récipients ou des conteneurs clairement étiquetés ou désignés sont-ils utilisés pour stocker les déchets contaminés ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
5. En quoi les conteneurs à déchets contaminés diffèrent-ils des conteneurs à déchets ordinaires ? (Cocher toutes les réponses appropriées) <input type="checkbox"/> Pas de récipients ou conteneurs séparés utilisés <input type="checkbox"/> Conteneurs sans étiquetage spécial <input type="checkbox"/> 1 Conteneurs à déchets contaminés de couleur différente ou portant une étiquette qui les différencie clairement des conteneurs à déchets ordinaires ou répondant à des normes nationales <input type="checkbox"/> 1 Conteneurs à déchets contaminés répondant aux normes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (conteneur de couleur rouge ou orangée et/ou étiquette internationale standard de risque biologique)
6. Combien de conteneurs à déchets contaminés trouve-t-on dans les unités de malades hospitalisés ? (Cocher une seule réponse) <input type="checkbox"/> Aucun conteneur à déchets contaminés n'est utilisé <input type="checkbox"/> Moins d'un conteneur par six lits d'hospitalisation (par deux lits d'hospitalisation s'il s'agit des unités de soins intensifs) <input type="checkbox"/> 1 Un ou plusieurs conteneurs par six lits d'hospitalisation (par deux lits d'hospitalisation dans les unités de soins intensifs)
7. En dehors des unités de malades hospitalisés, où trouve-t-on des conteneurs à déchets contaminés dans la FOSA ? (Cocher toutes les réponses appropriées) <input type="checkbox"/> Aucun conteneur à déchets contaminés n'est utilisé <input type="checkbox"/> 1 Facilement accessibles dans les départements de consultation externe <input type="checkbox"/> 1 Dans toutes les salles de soins et blocs opératoires <input type="checkbox"/> 1 Dans tous les laboratoires cliniques <input type="checkbox"/> 1 Dans l'unité centrale d'approvisionnement ou de stérilisation

Total de la section
évaluée

Total possible pour la
section

9

Élimination des déchets

Ces questions portent sur les procédures d'élimination des déchets non infectieux et des déchets contaminés.

<p>8. Où sont habituellement éliminés les déchets non infectieux (par ex. papier, restes alimentaires, plâtre non souillé) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Éliminés sur place (à l'extérieur de la salle ou du département, mais dans une zone spécifique d'élimination des déchets à l'intérieur du site de FOSA)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Éliminés à l'extérieur (les déchets sont transportés vers des sites d'élimination situés à l'extérieur de FOSA)</p>
<p>9. Où sont habituellement éliminés les déchets solides contaminés ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Éliminés à l'extérieur (voir la définition ci-dessus)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Éliminés sur place (voir la définition ci-dessus)</p>
<p>10. Comment sont habituellement éliminés les déchets solides contaminés (y compris les objets tranchants) ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Décharge publique ou décharge à ciel ouvert ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Enfouissement</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Incinération</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Stérilisation par vapeur ou sous pression (autoclave)</p>
<p>11. Où sont habituellement enfouis les déchets solides contaminés ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Déchets non enfouis</p> <p><input type="checkbox"/> Dans une fosse non protégée</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Dans une fosse protégée par une clôture ou un mur</p>
<p>12. Où sont habituellement incinérés les déchets solides contaminés ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Les déchets ne sont pas incinérés</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Incinérateur ouvert</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Incinérateur fermé ou dans un baril</p>
<p>13. Comment sont habituellement éliminés les déchets liquides contaminés ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Versés ou vidés dans le lavabo, les toilettes ou les latrines ; les canalisations aboutissent sur le terrain de la FOSA ou dans un caniveau ouvert</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Versés ou vidés dans le lavabo, les toilettes ou les latrines ; les canalisations aboutissent à un réseau d'égout ou à des latrines fermés</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Enfouissement</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Stérilisation par vapeur ou sous pression (autoclave)</p>
<p>14. Les matériaux contaminés tels que les prélèvements de laboratoire, les caillots de sang ou les placentas sont-ils stérilisés par vapeur ou sous pression (passés à l'autoclave) avant élimination ou incinération ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p>

Total de la section
évaluée

Total possible pour la
section

8

Salle d'autopsie et morgue

Les questions suivantes portent sur les politiques et les pratiques en vigueur dans la salle d'autopsie et la morgue.

15. Le personnel travaillant dans la salle d'autopsie ou à la morgue doit-il porter des vêtements de protection spéciaux tels que gants, blouses, tabliers en plastique, bottes et masques ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
16. Existe-t-il des politiques écrites pour le nettoyage des surfaces dans ces secteurs ? (Cocher une seule réponse) <input type="checkbox"/> Pas de politiques ni de procédures écrites <input type="checkbox"/> Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement <input type="checkbox"/> 1 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel de procédures, mais généralement non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne <input type="checkbox"/> 2 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées dans la salle d'autopsie et la morgue
17. Les politiques portent-t-elles également sur les processus de désinfection des instruments et des salles ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
18. Existe-t-il des politiques écrites sur l'utilisation d'un équipement de protection personnelle à la morgue ? (Cocher une seule réponse) <input type="checkbox"/> Pas de politiques ni de procédures écrites <input type="checkbox"/> Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement <input type="checkbox"/> 1 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel de procédures, mais généralement non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne <input type="checkbox"/> 2 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées dans la salle d'autopsie et la morgue

Total de la section
évaluée

Total possible pour la
section

6

COMMENTAIRES SUR LA GESTION DES DECHETS

Contexte

L'identification et l'élimination adaptées des déchets potentiellement infectieux sont essentielles à la prévention des infections et blessures, chez les patients, le personnel médical, les agents d'entretien et le public.

Commentaires sur les questions

1. La FOSA devrait disposer d'un protocole explicite définissant la nature des déchets contaminés et la manière dont ils devraient être manipulés, à savoir, clairement séparés des déchets ordinaires dès qu'ils sont générés, manipulés de façon à prévenir toute contamination ultérieure et éliminés de manière à inactiver les micro-organismes et à prévenir toute contamination de l'environnement.

2. Toute personne chargée de générer, manipuler ou transporter des déchets contaminés doit recevoir une formation. La formation devrait avoir lieu au moment du recrutement et comporter des rappels périodiques. Le personnel à former comprend :

- Personnel médical (par ex. médecins et personnel infirmier)
- Personnel de laboratoire (y compris personnel de microbiologie, d'hématologie, de chimie et de d'anatomopathologie)
- Personnel de service (personnel chargé du linge, de la stérilisation centrale et personnel de l'entretien)

3. Les déchets contaminés sont des dispositifs ou objets jetables susceptibles d'avoir été en contact avec des agents pathogènes humains. Ce sont, notamment :

- Les déchets, liquides biologiques et prélèvements de tissus provenant des patients
- Les objets qui ont été en contact avec les patients, notamment les cathéters intraveineux, les sondes naso-gastriques et vésicales, les pansements, les sondes endotrachéales et les gants ayant été en contact avec les liquides ou tissus biologiques
- Les instruments tranchants, tels que les bistouris et les aiguilles
- Les prélèvements de microbiologie, notamment les cultures liquides et sur plaques

4. Un étiquetage clair des réceptacles à déchets infectieux (contaminés) évite la contamination des déchets ordinaires et réduit les coûts grâce à la diminution de la quantité globale de matériel infectieux à traiter.

5. La norme internationale approuvée par l'OMS est le processus d'étiquetage optimal. Selon cette norme, les conteneurs et les sacs destinés aux déchets infectieux doivent être de couleur orange vif ou rouge et/ou porter le symbole international de risque biologique. Il est également possible d'appliquer aux conteneurs à déchets les normes nationales.

6, 7. Les conteneurs à déchets contaminés devraient être facilement accessibles dans tout pavillon où ce type de déchets peut être généré. Il s'agit notamment de tous les pavillons de soins aux patients hospitalisés ou externes, y compris les salles de soins et les blocs opératoires, les laboratoires où sont traités des prélèvements potentiellement contaminés, et les pavillons où le linge et les articles réutilisables sont stérilisés. Dans les grandes salles accueillant de nombreux patients, le personnel médical devrait être en mesure d'accéder immédiatement à un réceptacle depuis chaque lit de patient.

8, 9. L'élimination des déchets solides (infectieux et non infectieux) sur place dans la FOSA réduit les dangers associés à la manipulation et au transport vers des sites extérieurs et réduit le risque d'attirer des insectes, rats, souris, chiens et vautours, ainsi que la formation de mares d'eau stagnante où les moustiques peuvent éclore. Si les déchets non infectieux sont transportés jusqu'à un incinérateur, le problème est moindre.

10. Les méthodes idéales pour l'élimination des déchets contaminés sont les techniques de stérilisation, telles que le passage à l'autoclave et l'incinération.

11. Lorsque la stérilisation n'est pas possible, les déchets devraient être enfouis profondément dans une fosse. Les fosses devraient être entourées d'une clôture ou d'un mur, afin d'empêcher une éventuelle exposition des animaux et du public.

12. L'incinération doit avoir lieu dans un incinérateur fermé ou un baril, préférable à un feu à ciel ouvert, la combustion à l'air libre pouvant entraîner une dispersion aérienne et une contamination. Il est préférable d'éliminer les déchets sur place dans la FOSA afin de minimiser les manipulations et le transport. S'il est nécessaire de transporter les déchets à l'extérieur du site, ils doivent être éliminés selon les méthodes recommandées ci-dessus et ne doivent en aucun cas être jetés dans une décharge publique ou un cours d'eau.

13. L'enfouissement et le passage à l'autoclave sont des méthodes acceptables d'élimination des déchets liquides. Les déchets liquides peuvent également être déversés dans une canalisation, à condition que celle-ci aboutisse à un réseau d'égout fermé. Le déversement des déchets liquides dans un réseau de canalisations ouvert, sur un terrain à ciel ouvert ou dans un cours d'eau, n'est pas acceptable. Les prélèvements microbiologiques liquides doivent être passés à l'autoclave avant élimination.

14. Les cultures et les prélèvements des laboratoires de microbiologie présentent des concentrations particulièrement élevées de pathogènes humains, ils doivent donc être stérilisés avant élimination. Ces prélèvements doivent être passés à l'autoclave, même s'ils sont ensuite incinérés.

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la section

3. Score en pourcentage : (Colonne 1/Colonne 2) × 100

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

***Section B : Modules administrés une seule fois
pour des services spécifiques (s'ils existent
dans la FOSA)***

MODULE 8 : TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT

Ce module devrait être complété par le médecin ou infirmier en chef du département de travail et accouchement.

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ la case devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées. Les questions destinées à préciser le contexte ne sont pas comptabilisées dans le score.

Questions générales, formation du personnel et conception du département d'accouchement

Ce module est conçu pour recueillir des informations contextuelles sur les pratiques de travail et d'accouchement dans votre formation sanitaire (FOSA). La première série de questions concerne la formation du personnel.

<p>1. Au cours de l'année passée, avez-vous organisé des programmes de formation destinés au personnel s'occupant du travail et de l'accouchement au sujet de la prévention des infections nosocomiales, ou avez-vous participé à de tels programmes ? Si Non, ignorer la question 2.</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>1 Oui</p>
<p>2. Si Oui, quels ont été les sujets abordés parmi ceux cités ci-dessous ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Hygiène des mains <input type="checkbox"/> Précautions de base <input type="checkbox"/> Prévention de la chorio-amnionite <input type="checkbox"/> Prévention des infections du site chirurgical après une césarienne (fièvre puerpérale) <input type="checkbox"/> Prévention de l'infection après un accouchement par voie basse <input type="checkbox"/> Prévention de l'endométrite du post-partum <input type="checkbox"/> Prévention des infections périnatales du bébé <input type="checkbox"/> Prévention des infections liées aux cathéters intraveineux <input type="checkbox"/> Prévention des infections urinaires liées aux sondes urinaires <input type="checkbox"/> Précautions concernant les tire-lait ou le lait maternel stocké <input type="checkbox"/> Soins de la peau et du cordon du bébé (nouveau-né) <input type="checkbox"/> Préparation du lait maternisé <input type="checkbox"/> Soins des yeux du bébé (nouveau-né)</p> <p><input type="checkbox"/>1 Au moins six éléments sont cochés <input type="checkbox"/>2 Sept à onze éléments sont cochés</p>
<p>3. Existe-t-il des chambres ou des salles spécialement réservées aux femmes en cours de travail ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Salle hospitalière ordinaire <input type="checkbox"/>1 Salles réservées pour le travail et l'accouchement</p>

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

4*

* Le total maximal de la section est de 4, ou de 2 si la question 2 est ignorée.

Nettoyage et hygiène générale

Les questions suivantes concernent les pratiques d'hygiène générale dans la salle.

4. Existe-t-il des politiques écrites concernant l'hygiène générale et le nettoyage des surfaces telles que les murs, les sols et les toilettes de ce département ?

- Pas de politiques ou procédures écrites
- Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement
- 1 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne
- 2 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques

5. Les politiques concernent-elles les vêtements et l'équipement ?

- Non
- 1 Oui

6. Les directives couvrent-elles les méthodes de décontamination des locaux contaminés par renversement accidentel de sang ou de liquides biologiques ?

- Non
- 1 Oui

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

4

Utilisation des gants pour les accouchements par voie basse

7. À quelle fréquence les gants sont-ils portés pour les touchers vaginaux avant ou après la naissance et au cours des accouchements par voie basse ? (Cocher une seule réponse)

- Jamais
- Parfois
- 1 Habituellement
- 2 Toujours

8. À quelle fréquence les gants sont-ils changés entre les patientes ? (Cocher une seule réponse)

- Jamais
- Parfois
- 1 Habituellement
- 2 Toujours

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

4

Utilisation des gants pour les césariennes

9. À quelle fréquence des gants stériles sont-ils utilisés au cours des césariennes ? (Cocher une seule réponse)

- Aucune pratique de césarienne
- Jamais
- Parfois
- 1 Habituellement
- 2 Toujours

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

2

Lavage chirurgical des mains pour les accouchements par voie basse

Les questions suivantes concernent les pratiques de lavage chirurgical des mains avant les accouchements par voie basse.

10. L'accoucheur (médecin, infirmier, sage-femme) doit-il se laver chirurgicalement les mains avant les accouchements par voie basse ?

- Non
- 1 Oui

11. L'eau courante est-elle habituellement disponible pour le lavage chirurgical des mains ?

- Non
- 1 Oui

12. Comment la personne effectuant le lavage chirurgical des mains ouvre-t-elle et ferme-t-elle habituellement l'eau ? (Cocher une seule réponse)

- Poignée du robinet actionnée manuellement
- Poignées de robinet actionnées avec le coude
- Pédale ou levier actionné avec la jambe ou le genou
- Commande automatique par détection (électronique)
- Une autre personne ouvre et ferme l'eau

13. Quel type de savon ou d'antiseptique est généralement utilisé pour le lavage chirurgical des mains avant un accouchement par voie basse ? (Cocher une seule réponse)

- Aucun antiseptique n'est utilisé
- Savon simple
- Chlorure de benzalkonium
- Alcool
- Iode sans alcool
- Teinture d'iode (à base d'alcool)
- Iodophore
- Gluconate de chlorhexidine sans alcool
- Solution de gluconate de chlorhexidine à base d'alcool

14. Comment les distributeurs d'antiseptique sont-ils généralement nettoyés ? (Cocher une seule réponse)

- Aucun distributeur n'est utilisé
- Les distributeurs sont complétés ou remplis sans nettoyage
- Les distributeurs sont vidés, lavés et séchés avant remplissage
- Le distributeur ou la cartouche du distributeur sont jetés lorsqu'ils sont vides et remplacés par un neuf

15. Comment le personnel se sèche-t-il généralement les mains après le lavage chirurgical ? (Cocher une seule réponse)

- Aucun séchage (air libre)
- Serviettes en tissu à usages multiples
- Serviettes en tissu à usage unique
- Serviettes en papier

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

5

Équipements de protection individuelle portés au cours des accouchements par voie basse

Les questions suivantes concernent les équipements de protection individuelle portés au cours des accouchements par voie basse, notamment l'utilisation de blouses et autres équipements de protection.

<p>16. Le médecin, l'infirmier ou la sage-femme portent-ils généralement une blouse ou un tablier au cours de l'accouchement ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Ni l'un ni l'autre <input type="checkbox"/>1 Une blouse <input type="checkbox"/>1 Un tablier <input type="checkbox"/>2 Une blouse et un tablier</p>						
<p>17. À quelle fréquence est-il possible de disposer d'une blouse ou d'un tablier ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Habituellement <input type="checkbox"/>1 Toujours</p>						
<p>18. Les blouses ou les tabliers sont-ils généralement changés entre les patientes ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>1 Oui</p>						
<p>19. Les blouses sont-elles imperméables ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>1 Oui</p>						
<p>20. Les blouses ont-elles des manches longues ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>1 Oui</p>						
<p>21. Les éléments suivants sont-ils facilement disponibles et régulièrement portés au cours des accouchements par voie basse ? (Cocher une réponse sur chaque ligne)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Équipement de protection des yeux (par exemple des lunettes)</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>1 Oui</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Chaussures fermées ou couvre-chaussures (par exemple sur-chaussures)</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>1 Oui</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Masques</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>1 Oui</td> </tr> </table>	Équipement de protection des yeux (par exemple des lunettes)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui	Chaussures fermées ou couvre-chaussures (par exemple sur-chaussures)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui	Masques	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
Équipement de protection des yeux (par exemple des lunettes)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui					
Chaussures fermées ou couvre-chaussures (par exemple sur-chaussures)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui					
Masques	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui					

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

9

Dispositifs invasifs au cours du travail et de l'accouchement

Les questions suivantes portent sur l'utilisation de dispositifs invasifs, comme les cathéters et les pinces, au cours du travail et de l'accouchement.

En cas d'utilisation de cathéters veineux centraux, répondre à l'ensemble des questions restantes de ce module, puis répondre aux questions du module sur les cathéters intraveineux. En cas d'utilisation d'un kit ou de pinces réutilisables, répondre aux questions des modules sur la stérilisation et la désinfection.

22. Des cathéters veineux centraux ou périphériques sont-ils utilisés au cours du travail et de l'accouchement ?

- Non
 Oui

23. En cas d'utilisation de sondes urinaires, quel type de sonde est généralement utilisé ?

- Pas d'utilisation de sondes urinaires
 Sondes à demeure
 Sondes simples (introduction et retrait)

En cas d'utilisation de sondes, répondre à l'ensemble des questions restantes de ce module, puis répondre aux questions du module sur les sondes urinaires.

24. À quelle fréquence les accoucheurs disposent-ils de kits d'accouchement pour les accouchements par voie basse ? (Cocher la réponse la plus appropriée)

- Jamais
 Parfois
 Habituellement
 Toujours

25. Les kits sont-ils à usage unique (jetables) ou réutilisables ? (Cocher une seule réponse)

- Réutilisables
 À usage unique

26. Des clamps ombilicaux de Bar stériles sont-ils systématiquement utilisés ?

- Non
 Oui

27. Les clamps de Bar sont-ils à usage unique (jetables) ou réutilisables ? (Cocher une seule réponse)

- Réutilisables
 À usage unique

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

5*

* Le total de la section est de 5 si les questions 24 à 27 ne sont pas ignorées.

Pratiques pour le travail et l'accouchement

Les questions suivantes offrent une présentation générale des pratiques pour le travail et l'accouchement dans votre FOSA, notamment les examens, la préparation prénatale, les pratiques en post-partum, y compris les soins du cordon et la prophylaxie antibiotique dans le cadre des césariennes.

Si des équipements comme les cathéters de pression intra-utérine, les électrodes de scalp fœtales et les ciseaux sont retirés, répondre à l'ensemble des questions restantes de ce module, puis répondre aux questions des modules correspondants de stérilisation et désinfection.

<p>28. Au cours d'un accouchement normal par voie basse, non compliqué, combien de touchers vaginaux sont généralement réalisés au cours du premier stade de travail par l'ensemble du personnel prenant soin de la mère ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus de deux par heure au cours du premier stade de travail</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Au maximum deux par heure au cours du premier stade de travail</p>
<p>29. Au cours d'un accouchement normal par voie basse, non compliqué, combien de touchers vaginaux sont généralement réalisés au cours du deuxième stade de travail par l'ensemble du personnel prenant soin de la mère ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus de un par heure au cours du deuxième stade de travail</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Au maximum un par heure au cours du deuxième stade de travail</p>
<p>30. Comment le périnée est-il habituellement préparé pour l'accouchement ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune toilette n'est systématiquement réalisée</p> <p><input type="checkbox"/> Eau du robinet</p> <p><input type="checkbox"/> Eau distillée</p> <p><input type="checkbox"/> Eau stérilisée</p> <p><input type="checkbox"/> Solution de gluconate de chlorhexidine sans alcool</p> <p><input type="checkbox"/> Chlorure de benzalkonium</p> <p><input type="checkbox"/> Cétrimide</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Bétadine *</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Solution de gluconate de chlorhexidine à base d'alcool **</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Alcool **</p>
<p>31. Quels types de système d'aspiration sont systématiquement utilisés pour le nettoyage du nasopharynx ou du méconium après l'accouchement ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun système d'aspiration n'est utilisé</p> <p><input type="checkbox"/> Aspiration à la bouche</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Relié au système d'aspiration mural</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Poire d'aspiration</p>

32. Quel agent est habituellement utilisé pour nettoyer le cordon avant de le clamber et de le couper ? (Cocher une seule réponse)

- Aucun nettoyage n'est habituellement réalisé
- Eau du robinet
- Eau distillée
- Chlorure de benzalkonium
- Cétrimide
- Eau stérilisée
- Bétadine
- Solution de gluconate de chlorhexidine sans alcool
- Solution de gluconate de chlorhexidine à base d'alcool
- Alcool

33. Des lames à usage unique sont-elles utilisées pour couper le cordon ?

- Non
- Oui

34. Quel agent est habituellement utilisé pour les soins du cordon ? (Cocher une seule réponse)

- Aucun agent n'est utilisé
- Eau du robinet
- Eau distillée
- Solution de gluconate de chlorhexidine sans alcool
- Tétracycline
- Eau stérilisée
- Bétadine
- Solution de gluconate de chlorhexidine à base d'alcool
- Alcool
- Association de colorants « triple dye » (violet de gentiane + vert brillant + proflavine)
- Mupirocine
- Bacitracine

35. Quel agent est habituellement utilisé pour laver le nouveau-né après l'accouchement ? (Cocher une seule réponse) *

- Le bébé n'est pas lavé
- Eau distillée
- Hexachlorophène, non dilué
- Solution de gluconate de chlorhexidine sans alcool
- Solution de gluconate de chlorhexidine à base d'alcool
- Eau du robinet
- Sérum physiologique stérile *
- Eau stérilisée *
- Hexachlorophène, dilué *

36. Comment les yeux des nouveau-nés sont-ils traités après la naissance pour éviter les infections gonococciques ? (Cocher une seule réponse)

- Aucun agent n'est utilisé
- Chloramphénicol (topique)
- Ceftriaxone (injectable)
- Nitrate d'argent (topique)
- Érythromycine (topique)

37. Le nouveau-né est-il recueilli dans un linge propre appartenant à la FOSA ?

- Non
 Oui

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

11

Utilisation prophylactique des antibiotiques au cours du travail et de l'accouchement

Ces questions couvrent les indications et l'utilisation prophylactique des antibiotiques au cours du travail et de l'accouchement, y compris des césariennes.

38. Pour quelles interventions une antibiothérapie prophylactique est-elle utilisée régulièrement ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Aucune de ces interventions
 Travail avec rupture spontanée de la poche des eaux depuis au moins quatre heures, sans fièvre ni autre signe d'infection
 Travail avec rupture de la poche des eaux depuis au moins quatre heures, avec fièvre ou autres signes d'infection
 Césarienne programmée
 Césarienne non programmée (en urgence)
 Travail prolongé avec rupture de la poche des eaux depuis plus de 18 heures, sans fièvre ni autre signe d'infection

39. À quel moment l'antibiothérapie prophylactique est-elle généralement administrée au cours d'une césarienne ? (Cocher une seule réponse)

- Aucune césarienne n'est réalisée
 Après la césarienne
 Dans les deux heures précédant la césarienne
 Dès que le cordon est clampé

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

5

Soins post-partum

Les questions suivantes concernent les pratiques de soins post-partum pour la mère et le nouveau-né.

<p>40. Le nouveau-né et la mère sont-ils séparés dans les circonstances suivantes ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> La mère souffre d'une infection post-partum <input type="checkbox"/> La mère souffre d'éclampsie <input type="checkbox"/> La mère souffre d'une infection à streptocoque du groupe A <input type="checkbox"/> La mère souffre d'un herpès labial <input type="checkbox"/> La mère souffre d'un herpès génital <input type="checkbox"/> La mère a de la fièvre <input type="checkbox"/> La mère est atteinte du VIH <input checked="" type="checkbox"/> La mère est atteinte d'une tuberculose active</p>
<p>41. À quelle fréquence la cohabitation mère-enfant est-elle pratiquée ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input checked="" type="checkbox"/> Habituellement <input checked="" type="checkbox"/> Toujours</p>
<p>42. Existe-t-il une politique de prévention des infections à streptocoque du groupe B chez le nouveau-né ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune politique <input checked="" type="checkbox"/> Les femmes enceintes sont dépistées entre la 35^e et la 37^e semaine et traitées à l'accouchement en cas de culture positive <input checked="" type="checkbox"/> Pas de dépistage, mais un traitement à l'accouchement chez les femmes à haut risque (par exemple, temps écoulé depuis la rupture de la poche des eaux supérieur à 18 heures, gestation inférieure à 37 semaines, fièvre à l'accouchement)</p>
<p>43. Quelle est la durée d'hospitalisation moyenne pour un accouchement par voie basse sans complication ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus de deux jours <input checked="" type="checkbox"/> Moins d'un jour <input checked="" type="checkbox"/> Entre un et deux jours</p>
<p>44. Quelle est la durée d'hospitalisation moyenne pour un accouchement par césarienne sans complication ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Cette FOSA ne pratique pas de césarienne <input type="checkbox"/> Plus de quatre jours <input checked="" type="checkbox"/> Entre un et quatre jours</p>

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

5

COMMENTAIRES SUR LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

Contexte

Dans les pays en développement, les infections post-partum conservent la deuxième place dans les causes de mortalité maternelle immédiatement après les hémorragies post-partum ; il s'agit de la cause principale de complications maternelles graves de l'accouchement. Cette situation perdure bien que 150 ans se soient écoulés depuis la découverte de la propagation de femme en femme de la fièvre puerpérale par les mains des médecins et de surcroît, de la possibilité d'éviter les épidémies de cette maladie mortelle en se lavant les mains avec du chlorure de chaux avant l'accouchement et en faisant bouillir tous les instruments et ustensiles après utilisation en cas de traitement d'une femme infectée en post-partum (Tietjen et al. 2003, 25-3).

Commentaires sur les questions

4–6. L'OMS recommande l'élaboration de politiques (écrites) précisant la fréquence de nettoyage et les types d'agents nettoyants utilisés pour les murs, sols, fenêtres, lits, rideaux, écrans, installations fixes meubles, sanitaires et toilettes et pour l'ensemble des dispositifs médicaux réutilisés. Les méthodes doivent être appropriées selon le risque de contamination, notamment le renversement accidentel, et les niveaux nécessaires d'asepsie (OMS 2002, 37).

7, 8. Afin de minimiser le risque d'infection, une paire de gants d'examen propres, ou de gants retirés ayant subi une désinfection de haut niveau, devrait être utilisée pour chaque toucher vaginal. Il n'est pas indispensable d'utiliser des gants stériles pour les touchers vaginaux (Tietjen et al. 2003, 25-9). Les gants devraient être changés entre les activités de soins et les interventions sur le même patient (OMS/AFRO et al. 2001, 40).

9. Les césariennes devraient être pratiquées en respectant les mêmes normes que pour toute intervention chirurgicale générale (Tietjen et al. 2003, 25-12). Le personnel du bloc opératoire doit porter des gants stériles (OMS 2002, 44). Le double gantage est recommandé, en particulier en cas d'utilisation de gants chirurgicaux retirés stériles ou ayant subi une désinfection de haut niveau (Tietjen et al. 2003, 25-12). Avant l'accouchement, les mains devraient être lavées soigneusement, de préférence avec un savon antimicrobien contenant du gluconate de chlorhexidine ou un composé iodé, en particulier entre les doigts ; les avant-bras devraient être lavés jusqu'au coude avec du savon et de l'eau propre et devraient être séchés avec une serviette propre et sèche ou un sèche-main. En l'absence de savon antimicrobien, il est indispensable d'appliquer un produit pour la friction hydro-alcoolique sur les mains et les avant-bras jusqu'à ce qu'ils soient secs (Tietjen et al. 2003, 25-11).

11. Les micro-organismes croissent et se multiplient dans l'eau stagnante. Les mains ne devraient pas être lavées dans une cuvette contenant de l'eau stagnante, même en cas d'ajout d'une solution antiseptique (EngenderHealth, « Surgical Scrub and Surgical Attire »).

12. Une hygiène des mains optimale nécessite de l'eau courante, de grands lavabos requérant peu d'entretien et équipés de dispositifs anti-éclaboussures et de commande à mains libres (OMS, 2002, 34).

14. Il ne faut pas ajouter de savon à un distributeur partiellement vide. Le fait de « compléter » les distributeurs peut entraîner une contamination bactérienne du savon (CDC 2002, 33). Il est préférable de recourir à des récipients jetables pour les produits liquides. Les récipients réutilisables peuvent être soigneusement lavés et séchés avant le remplissage et des calendriers d'entretiens réguliers devraient être consignés par écrit et suivis (OMS/AFRO et al. 2001, 33).

15. Après le lavage chirurgical, les mains devraient de préférence être séchées avec une serviette stérile (Mangram 1999, 267).

16, 17. Il est indispensable de porter des blouses pour protéger la peau nue et prévenir la souillure des vêtements au cours des interventions et des activités de soins de patientes susceptibles de générer des éclaboussures ou des projections de sang, liquides biologiques, sécrétions ou excréments. Il est recommandé de porter des tabliers en plastique lorsque des éclaboussures sont susceptibles de survenir (OMS/AFRO et al. 2001, 42).

18. Une blouse souillée devrait être retirée aussi rapidement que possible et les mains devraient être lavées pour éviter le transfert de micro-organismes à d'autres patients ou environnements (Garner 1996).

19. Les blouses chirurgicales faites en matériaux imperméables jouent un rôle dans le maintien de la peau du personnel à l'abri du sang et d'autres liquides comme le liquide amniotique, en particulier au bloc opératoire, en salle d'accouchement et aux urgences (Tietjen et al. 2003, 5-6).

20. En cas de port de blouses chirurgicales, les manches devraient être légèrement resserrées vers le poignet ou se terminer par un élastique ou des cordons autour du poignet (Tietjen et al. 2003, 5-6).

21. Pour réduire le risque d'infection maternelle au cours de l'accouchement il est également souhaitable de porter un masque facial (ou un masque et des lunettes) et des sur-chaussures imperméables (Tietjen et al. 2003, 25-11).

23. Pour réduire le risque d'infection maternelle avant et au cours de l'accouchement (en cas d'utilisation de sondes), il est souhaitable de s'assurer que les éléments suivants sont disponibles : des sondes urinaires stériles ou ayant subi une désinfection de haut niveau (simple, en latex ou en métal) et une cuvette propre pour recueillir l'urine (Tietjen et al. 2003, 25-10).

26, 27. Pour un accouchement sans risque il est indispensable de disposer de clamps de Bar ou d'un linge stériles ou ayant subi une désinfection de haut niveau pour lier le cordon (Tietjen et al. 2003, 25-9).

28, 29. En cas de naissance dans un hôpital ou dans une FOSA, le risque d'infection maternelle est majoré par les touchers vaginaux, en particulier ceux pratiqués par les étudiants en médecine ou les élèves sages-femmes. Par exemple, une étude a montré que le risque d'endométrite était de 27 % si le nombre de touchers vaginaux pratiqués ne dépassait pas sept mais grimpeait à 71 % lorsque le chiffre de sept était dépassé (Tietjen et al. 2003, 25-9).

30. Des commentaires ont été recueillis sur le terrain sur l'utilisation des solutions recommandées pour la toilette du périnée, notamment :

*Il semble y avoir une forte incidence de réactions allergiques aux solutions contenant de l'iode.

**L'utilisation de solutions contenant de l'alcool sur le périnée peut être une source de stress supplémentaire chez la femme en cours de travail qui subit déjà un inconfort important.

34. Aucune méthode de soin du cordon ne s'est révélée préférable aux autres pour prévenir l'infection. Il est généralement conseillé de garder le cordon propre et sec ; si le cordon est souillé ou devient sale, le laver délicatement avec de l'eau savonneuse bouillie et le sécher avec un linge propre (Tietjen et al. 2003, 25-15). Éviter les sources d'eau qui pourraient être contaminées ou les antiseptiques (comme la chlorhexidine) sans alcool qui peuvent favoriser la croissance microbienne.

35. Afin de minimiser le risque d'infection nosocomiale chez le nouveau-né il est conseillé d'adopter le comportement suivant : porter des gants et un tablier en plastique ou en latex pendant la manipulation du nourrisson jusqu'à l'élimination complète de sang, méconium ou liquide amniotique de sa peau. Il est également possible de minimiser le risque d'infection en éliminant soigneusement le sang et les autres liquides biologiques à l'aide d'un linge en coton, et non de gaze, trempé dans l'eau tiède puis en séchant la peau du nouveau-né. Dans certains hôpitaux, le bain ou la toilette du nouveau-né est différé jusqu'à la stabilisation de la température du bébé (en général 6 heures environ). Les fesses et la région périnéale sont les principales zones à garder propres. Elles devraient être nettoyées après chaque changement de couche à l'aide d'un linge en coton trempé dans l'eau savonneuse tiède puis séchées soigneusement (Tietjen et al. 2003, 25-14).

*Sur le terrain, les praticiens ont noté que l'utilisation de certaines des solutions recommandées était parfois impossible dans les cadres aux ressources limitées lorsque certaines FOSA ne possèdent même pas l'eau courante. Le coût du bain d'un nouveau-né dans de l'eau stérile, du sérum physiologique stérile ou une solution d'hexachlorophène dilué n'est probablement pas justifié. Certains gynécologues-obstétriciens et sages-femmes de ces environnements confirment que le savon et l'eau courante seraient suffisants pour éliminer les sécrétions vaginales ou les matières fécales qui ont pu contaminer le bébé au cours de la naissance.

36. Les gouttes oculaires de nitrate d'argent ou d'érythromycine sont recommandées pour prévenir les infections oculaires gonococciques chez le nouveau-né (Saiman 2003, 356-57).

37. Il est indispensable de disposer d'un drap ou d'un linge propre pour envelopper le bébé (Tietjen et al. 2003, 25-10).

38, 39. La perfusion de la première dose antibiotique devrait être administrée dans les 60 minutes précédant l'incision chirurgicale. Aux États-Unis, l'antibiotique est généralement administré aux patientes subissant une césarienne uniquement après le clampage du cordon ombilical. Bien qu'il n'existe aucune preuve pour étayer ce délai avant l'administration, il s'agit d'une pratique standard qui a la préférence des néonatalogistes en raison du risque de masquer des manifestations septiques chez le nouveau-né (Bratzler et al. 2004, 1706).

40. Le bébé peut rester avec une mère souffrant d'une infection streptococcique du groupe A si la mère a été traitée pendant au moins 24 heures. Le bébé peut rester avec une mère souffrant d'un herpès simplex s'il est possible de former la mère au respect de techniques rigoureuses de protection pour éviter l'inoculation au nourrisson.

42. Lorsque les services prénatals comportent des examens biologiques, la plupart des infections streptococciques du groupe B néonatales peuvent être évitées grâce à une prophylaxie antibiotique à l'accouchement chez les femmes présentant un risque élevé de transmission de l'infection à leur nouveau-né. Il est possible d'identifier ces femmes par un résultat positif à la culture anogénitale de cet agent pathogène entre la 35^e et la 37^e semaine ou la présence d'au moins un facteur de risque associé à une infection précoce : bactériurie à streptocoque du groupe B au cours de la grossesse ; antécédent d'accouchement d'un nourrisson infecté par un streptocoque du groupe B ; naissance avant terme (moins de 37 semaines de gestation) ; rupture de la poche des eaux (depuis plus de 18 heures) ; et syndrome cliniquement avéré d'infection intra-amniotique avec une température maternelle supérieure à 38 °C ou l'infection d'un enfant précédent (Tietjen et al. 2003, K-1, K-2). Le traitement devrait être instauré le plus tôt possible dans les quatre heures précédant l'accouchement et devrait également concerner le bébé.

Références (* = exemplaire sur CD)

Bratzler, D. W., P. M. Houck, Surgical Infection Prevention Guidelines Writers Workgroup, et al. 2004. Antimicrobial Prophylaxis for Surgery: An Advisory Statement from the National Surgical Infection Prevention Project. *Clinical Infectious Diseases* 38 (12):1706–15.

* EngenderHealth. 2004. Infection Prevention Online Course. <<http://www.engenderhealth.org/res/onc/index.html#start>> (consulté le 17 juillet 2006).

Garner, J. S. 1996. Guideline for Isolation Precautions in Hospitals. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 17(1): 53–80.

Mangram, A. J., T. C. Horan, M. L. Pearson, et al. 1999. Guideline for Prevention of Surgical Site Infections. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 20(4): 250–80.

Saiman, L. 2003. Preventing Infections in the Neonatal Intensive Care Unit. Dans *Prevention and Control of Nosocomial Infections*, 4e ed., édité par R. P. Wenzel, 356–57. Philadelphia, PA : Lippincott, Williams & Wilkins.

* Tietjen, L., D. Bossemeyer, et N. McIntosh. 2003. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore, MD: Jhpiego.

* Organisation mondiale de la santé (OMS). 2008. *Prévention des infections nosocomiales: Guide pratique*. 2^e édition. WHO/CDS/CSR/EPH/2002/12. Genève: OMS.

* OMS/Bureau régional de l'Afrique (AFRO), Secrétariat régional du Commonwealth pour la Santé pour l'Afrique de l'Est, centrale et australe (CRHCS) et East, Central and Southern African College of Nursing (ECSACON). 2001. *Manual of Infection Prevention and Control Policies and Guidelines*. Préparé par U. V. Reid.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2002. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR* 2002; 51(No. RR-16): 1–44.

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la question

3. Score en pourcentage : (Colonne 1/Colonne 2) × 100

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

MODULE 9 : UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES EN CHIRURGIE ET PROCÉDURES RELATIVES AUX ÉQUIPEMENTS CHIRURGICAUX

Ce module devrait être complété par le médecin chef ou le cadre infirmier de chaque salle ou unité de chirurgie.

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ la case devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées. Les questions destinées à préciser le contexte ne sont pas comptabilisées dans le score.

Actes chirurgicaux

Les questions suivantes donnent des informations contextuelles sur les actes chirurgicaux réalisés dans cette formation sanitaire (FOSA).

1. Quels types d'actes chirurgicaux sont pratiqués dans cette zone chirurgicale ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

Chirurgie générale

- Aucun acte de chirurgie générale n'est pratiqué
- Cholécystectomie
- Cure de hernie
- Chirurgie mammaire
- Splénectomie
- Chirurgie intestinale
- Chirurgie de la prostate

Chirurgie orthopédique

- Aucun acte de chirurgie orthopédique n'est pratiqué
- Réduction de fractures
- Amputation

Chirurgie obstétrique et gynécologique

- Aucun acte de chirurgie obstétrique ou gynécologique n'est pratiqué
- Césarienne
- Hystérectomie par voie abdominale
- Hystérectomie par voie basse
- Avortement (d'urgence ou IVG)

Antibiothérapie prophylactique péri opératoire

Les questions suivantes concernent les pratiques relatives aux antibiothérapies prophylactiques péri opératoires, y compris le moment et le lieu où elles sont administrées, le type d'antibiotique utilisé et le stockage et la disponibilité des antibiotiques dans la FOSA.

2. Existe-t-il des politiques ou des directives écrites relatives à l'antibiothérapie prophylactique péri opératoire pour l'ensemble des actes de chirurgie réalisés au sein de la FOSA ? (Cocher une seule réponse)

- Pas de politiques ni de directives écrites
- Politiques et/ou directives communiquées uniquement oralement
- Politiques et/ou directives écrites disponibles uniquement dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne
- Politiques et/ou directives écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques

3. Les directives précisent-elles quand la prophylaxie doit être administrée ?

- Pas de politiques écrites
- Non, les politiques ne précisent pas quand la prophylaxie doit être administrée
- Oui

4. Les directives précisent-elles où, dans l'hôpital, la prophylaxie doit être administrée ? (Cocher une seule réponse).

- Pas de directives écrites
- Non, les directives ne précisent pas où la prophylaxie doit être administrée
- Oui

5. Les directives précisent-elles quel antibiotique doit être administré ?

- Pas de directives écrites
- Non, les directives ne précisent pas quel antibiotique doit être administré
- Oui

6. Les directives précisent-elles les doses d'antibiotique recommandé devant être administrée ? (Cocher une seule réponse)

- Pas de directives écrites
- Non, les directives ne précisent pas les doses d'antibiotique à administrer
- Oui

7. Les directives précisent-elles le type d'acte chirurgical pour lequel la prophylaxie doit être administrée ? (Cocher une seule réponse).

- Pas de directives écrites
- Non, les directives ne précisent pas les actes chirurgicaux qui nécessitent une prophylaxie
- Oui

8. Existe-t-il un formulaire particulier de commande des antibiotiques ou de « commande automatique » destiné aux prophylaxies antibiotiques des actes chirurgicaux ?

- Non
- Oui

<p>9. Le respect des directives de prophylaxie aux antibiotiques est-il surveillé ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de directives écrites <input type="checkbox"/> Non, le respect des directives n'est pas surveillé <input checked="" type="checkbox"/>1 Oui</p>
<p>10. À quelle fréquence les antibiotiques nécessaires en chirurgie sont-ils en rupture de stock dans la FOSA ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Habituellement <input checked="" type="checkbox"/>1 Parfois <input checked="" type="checkbox"/>2 Jamais</p>
<p>11. À quelle fréquence des antibiotiques nécessaires dans le cadre d'une prophylaxie chirurgicale doivent-ils être achetés à l'extérieur de la FOSA par les patients ou leur famille ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Habituellement <input type="checkbox"/> Parfois <input checked="" type="checkbox"/>2 Jamais</p>
<p>12. Où sont généralement stockés les antibiotiques nécessaires dans le cadre d'une prophylaxie chirurgicale ? (Cocher le lieu le plus fréquent)</p> <p><input type="checkbox"/> Dans la pharmacie <input type="checkbox"/> Dans la salle des malades <input checked="" type="checkbox"/>1 Dans la salle de préparation opérative <input checked="" type="checkbox"/>1 Dans la salle d'opération</p>
<p>13. Où sont généralement administrés les antibiotiques nécessaires dans le cadre d'une prophylaxie chirurgicale ? (Cocher le lieu le plus fréquent)</p> <p><input type="checkbox"/> Dans la salle des malades <input checked="" type="checkbox"/>1 Dans la salle de préparation opérative <input checked="" type="checkbox"/>1 Dans la salle d'opération</p>
<p>14. Combien de temps avant ou après le début d'une intervention (c.-à-d. lorsque le chirurgien procède à l'incision) l'antibiothérapie prophylactique est-elle administrée ? (Cocher le moment le plus fréquent)</p> <p><input type="checkbox"/> Plus d'une heure avant que le chirurgien n'effectue la première incision <input checked="" type="checkbox"/>2 Dans l'heure qui précède le début de l'intervention, ou dans les deux heures pour la vancomycine ou les fluoroquinolones <input type="checkbox"/> Après le début de l'intervention</p>
<p>15. Les antibiothérapies prophylactiques sont-elles renouvelées lors d'un acte chirurgical de longue durée (plus de quatre à six heures) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>1 Oui</p>

16. Quelles méthodes sont utilisées pour la décontamination des intestins ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Aucun acte de chirurgie colorectale programmé n'est pratiqué
- Les intestins ne sont pas décontaminés
- Lavements
- Agents cathartiques
- Antibiotiques par voie orale

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

19

Drains chirurgicaux

Les questions ci-dessous concernent la pose de drains chirurgicaux.

17. Comment les drains sont-ils placés dans les incisions chirurgicales ?

- Directement dans l'incision
- À travers une petite entaille, séparée de l'incision chirurgicale

18. Les drains chirurgicaux sont-ils reliés à un système d'aspiration fermé ?

- Non
- Oui

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

2

Retraitement des instruments chirurgicaux

19. Où les instruments sont-ils décontaminés, nettoyés et stérilisés ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

Les instruments sont décontaminés et nettoyés :

- 1 Dans la salle d'opération
- 1 Dans une unité centrale de stérilisation
- 1 Ailleurs (c.-à-d. dans une zone séparée comme une salle vidoir)

Les instruments sont stérilisés :

- Dans la salle d'opération
- 1 Dans une unité centrale de stérilisation

Si des instruments chirurgicaux, des aiguilles ou des gants sont retirés dans la zone chirurgicale, veuillez compléter également les modules de stérilisation et de désinfection qui conviennent pour cette unité. Les questions suivantes concernent les pratiques de décontamination et de nettoyage des instruments et équipements.

20. Les instruments personnels du chirurgien sont-ils nettoyés et stérilisés suivant la méthode standard de l'établissement ?

- Non
- 1 Oui

21. Les endoscopes gastro-intestinaux sont-ils décontaminés et nettoyés (y compris l'ensemble des canaux et des vannes) avec un détergent avant d'être désinfectés ou stérilisés ? (Cocher une seule réponse)

- La FOSA ne dispose pas d'endoscopes gastro-intestinaux
- Non
- 1 Oui

22. Les bronchoscopes sont-ils décontaminés et nettoyés (y compris l'ensemble des canaux et des vannes) avec un détergent avant d'être désinfectés ou stérilisés ? (Cocher une seule réponse)

- La FOSA ne dispose pas de bronchoscopes
- Non
- 1 Oui

23. Les arthroscopes sont-ils décontaminés et nettoyés (y compris l'ensemble des canaux et des vannes) avec un détergent avant d'être désinfectés ou stérilisés ? (Cocher une seule réponse)

- La FOSA ne dispose pas d'arthroscopes
- Non
- 1 Oui

24. Si un instrument chirurgical indispensable contaminé est requis rapidement, quelle est la procédure adoptée ?

- Pas de stérilisation, désinfection chimique
- 1 Stérilisation accélérée en autoclave

25. En cas de recours à la stérilisation accélérée en autoclave, préciser la durée de stérilisation (en minutes) _____ minutes _____ °C
et la température utilisée (en degrés C ou F) ou _____ °F

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

9

Si un des équipements suivants est réutilisé, veuillez compléter le module Stérilisation et désinfection — Matériel et solutions IV :

- Circuits respiratoires et masques d'anesthésie
- Sondes endotrachéales
- Masques à oxygène
- Lames de laryngoscope

COMMENTAIRES SUR L'UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES EN CHIRURGIE ET LES PROCÉDURES RELATIVES AUX ÉQUIPEMENTS CHIRURGICAUX

Contexte

L'utilisation adaptée et opportune d'une antibiothérapie prophylactique est un élément essentiel des efforts de réduction des infections postopératoires de nombreuses interventions.

Commentaires sur les questions

2. Idéalement, l'utilisation adaptée d'un antibiotique est facilitée par un Comité d'utilisation des antimicrobiens (ou par le Comité de lutte contre les infections nosocomiales). Ce comité recommande les antibiotiques pour la liste de médicaments essentiels (LME), définit les politiques de prescription, examine et approuve les directives de pratique médicale, surveille l'utilisation des antibiotiques, supervise la formation et interagit avec les représentants en produits pharmaceutiques (OMS 2002, 64).

3. Si l'on se base sur les études publiées, la première dose d'antibiotique devrait être administrée en perfusion une heure avant l'incision. Cependant, lorsque la prescription concerne la vancomycine ou un antibiotique de la famille des fluoroquinolones, la perfusion devrait être posée dans les deux heures qui précèdent l'incision, ceci en raison de leurs propriétés pharmacocinétiques et de la nécessité de ralentir la vitesse de la perfusion afin d'éviter les réactions associées à l'antibiotique concerné. Même si des études ont montré que l'administration de l'antibiothérapie au moment de l'induction de l'anesthésie est sûre et permet d'obtenir des concentrations sériques et tissulaires adaptées de médicaments au moment de l'incision, il n'existe aucun consensus établissant que la perfusion doit être terminée avant la première incision. Lorsque la pose d'un garrot proximal est nécessaire, l'intégralité de la dose d'antibiotique devrait être administrée avant que le garrot ne soit gonflé (Bratzler et al. 2004).

4. Dans la plupart des interventions, l'administration de l'antibiothérapie prophylactique au moment de l'anesthésie garantit une concentration d'antibiotique appropriée au moment où la contamination est susceptible de se produire. Il existe des exceptions : la césarienne, lors de laquelle l'antibiotique devrait être administré après le clampage du cordon ombilical, et la chirurgie du côlon pour laquelle une antibiothérapie orale devrait être administrée 19 heures avant l'intervention (ASHP 1999).

5. En principe, les traitements prophylactiques devraient viser les micro-organismes les plus susceptibles de provoquer une infection, mais il n'est pas nécessaire qu'ils tuent ou inactivent l'ensemble des pathogènes. Pour la plupart des interventions, un antibiotique peu coûteux appartenant à la famille des céphalosporines de première génération, comme la céfazoline, active contre les staphylocoques et les streptocoques, et dont la demi-vie est relativement longue, a montré son efficacité en cas d'administration par voie intraveineuse jusqu'à une demi-heure avant l'intervention. Cependant, dans le cas d'une appendicectomie, la céfoxitine et le céfotétan sont préférables car ils sont plus efficaces que la céfazoline contre les micro-organismes anaérobies de l'intestin (Tietjen et al. 2003, 23-9).

6. La plupart des études qui comparent les prophylaxies à dose unique avec les prophylaxies à doses multiples n'ont pas démontré le bénéfice apporté par les doses supplémentaires.

L'utilisation prolongée d'une antibiothérapie prophylactique est associée à l'émergence de souches bactériennes résistantes. Pour la plupart des interventions, les directives recommandent que la prophylaxie soit arrêtée dans les 24 heures qui suivent l'opération. La seule exception envisagée est l'antibiothérapie prophylactique dans le cadre de la chirurgie cardiothoracique, pour laquelle l'*American Thoracic Society* (Société américaine de chirurgie thoracique) recommande une durée allant jusqu'à 48 heures, voire 72 heures après l'opération pour une prophylaxie continue (Bratzler et al. 2004).

7. Lors d'actes de chirurgie propre, l'antibiothérapie prophylactique n'est pas indiquée. Cependant, elle est justifiée en cas de pose de prothèse en raison du risque de complications graves si une infection postopératoire vient à toucher la prothèse. L'antibiothérapie prophylactique est justifiée dans le cas des interventions suivantes : chirurgie cardiothoracique, du tractus gastro-intestinal (colorectale ou des voies biliaires par exemple), de la tête et du cou (à l'exception des interventions propres), obstétrique ou gynécologique, orthopédique (à l'exception des interventions propres), urologique, vasculaire et neurochirurgie. L'utilisation d'antibiotiques dans le cadre d'interventions sales et infectées n'est pas considérée comme une prophylaxie mais comme le traitement d'une infection présumée (ASHP 1999).

8. Il est utile de créer des bons de commandes permanents préimprimés pour les antibiothérapies prophylactiques et ce, pour chaque département de chirurgie et pour toutes les opérations lors desquelles une prophylaxie est jugée nécessaire. Les formulaires devraient être élaborés par un comité conjoint composé de chirurgiens, d'anesthésistes et d'infirmiers, avec la participation du personnel du département chirurgical, de la pharmacie, du Comité thérapeutique et du Comité de lutte contre les infections nosocomiales de la FOSA, et devraient contenir des recommandations relatives au choix des médicaments habituellement prescrits (Dellinger et al. 1994).

9. Le respect des principes d'administration d'une antibiothérapie prophylactique devrait être révisé au moins une fois par an par le Comité de lutte contre les infections nosocomiales, le Comité d'assurance de la qualité de la FOSA ou par tout autre organisme désigné au sein de la FOSA (Dellinger et al. 1994).

13, 14. Voir le commentaire sur la question 3.

15. Les informations actuelles indiquent que des doses intra-opératoires supplémentaires d'antibiotique devraient être administrées en respectant un intervalle équivalent à une ou deux fois la demi-vie de la substance concernée, afin de maintenir une concentration suffisante d'antibiotique pendant toute la durée de l'opération (Dellinger et al. 1994).

16. Avant de procéder à une intervention colorectale programmée, en supplément d'une antibiothérapie prophylactique préopératoire administrée par voie intraveineuse, il est préférable de préparer mécaniquement le côlon à l'aide de lavements et d'agents cathartiques. Des antibiotiques non absorbables, devraient être administrés par voie orale en doses fractionnées la veille de l'opération (Mangram et al. 1999).

17. Les drains placés directement dans l'incision chirurgicale augmentent le risque d'ISO (infection du site opératoire) au niveau de l'incision. De nombreuses autorités en matière de santé suggèrent de placer les drains dans une petite entaille, distincte de l'incision chirurgicale (Mangram et al. 1999).

18. Si un drainage est nécessaire, un système d'aspiration en circuit fermé devrait alors être utilisé. Les drains devraient être placés dans une petite entaille, distincte de l'incision chirurgicale et être enlevés dès que possible (Mangram et al. 1999).

20. Tous les instruments indispensables qui pénètrent dans les cavités corporelles ou sont en contact avec les tissus ou le système vasculaire devraient être stérilisés (WHO/AFRO et al. 2001, 114).

21. Il est indispensable de procéder à la décontamination et au nettoyage du matériel, y compris des endoscopes, avant la stérilisation ou la désinfection (WHO/AFRO et al. 2001, 113).

24. *Association for the Advancement of Medical Instrumentation* (Association pour l'avancement de l'instrumentation médicale) déclare que « lors d'une opération, la nécessité de stériliser du matériel de toute urgence (stérilisation accélérée) peut survenir (par ex. pour le retraitement d'un instrument tombé par inadvertance). Cependant, la stérilisation accélérée en autoclave ne doit être utilisée ni par commodité, ni comme alternative à l'achat de kits d'instruments supplémentaires, ni pour gagner du temps » (Mangram et al. 1999).

25. Les paramètres des cycles de stérilisation accélérée en autoclave devraient être les suivants :

- Autoclaves à déplacement de gravité
 - Durée et température minimums d'exposition pour les instruments non poreux : 3 minutes à 132 °C (270 °F)
 - Durée et température minimums d'exposition pour les instruments poreux et non poreux : 10 minutes à 132 °C (270 °F)
- Autoclaves avec pré-vide
 - Durée et température minimums d'exposition pour les instruments non poreux : 3 minutes à 132 °C (270 °F)
 - Durée et température minimums d'exposition pour les instruments poreux et non poreux : 4 minutes à 132 °C (270 °F) (Mangram et al. 1999)

Références (* = exemplaire sur CD)

American Society of Hospital Pharmacists (ASHP) Council on Professional Affairs. 1999. ASHP Therapeutic Guidelines on Antimicrobial Prophylaxis in Surgery. *American Journal of Health-System Pharmacy* 56 (18): 1839–88.

Bratzler, D. W., P. M. Houck, Surgical Infection Prevention Guidelines Writers Workgroup, et al. 2004. Antimicrobial Prophylaxis for Surgery: An Advisory Statement from the National Surgical Infection Prevention Project. *Clinical Infectious Diseases* 38 (12): 1706–15.

Dellinger, E. P., P. A. Gross, T. R. Barrett, et al. 1994. Quality Standard for Antimicrobial Prophylaxis in Surgical Procedures. *Clinical Infectious Diseases* 18 (3): 422–27.

Institute for Healthcare Improvement. 100,000 Lives Campaign.
< <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/> > (consulté le 17 juillet 2006).

Mangram, A. J., T. C. Horan, M. L. Pearson, et al. 1999. Guideline for Prevention of Surgical Site Infections. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 20 (4): 250–80.

* Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2002. *Prévention des infections nosocomiales: Guide pratique*. 2^e édition. WHO/CDS/CSR/EPH/2002/12. Genève: OMS.

* OMS/Bureau régional de l'Afrique (AFRO), Secrétariat régional du Commonwealth pour la Santé pour l'Afrique de l'Est, centrale et australe (CRHCS), et East, Central and Southern African College of Nursing (ECSACON). 2001. *Manual of Infection Prevention & Control Policies and Guidelines*. Préparé par U. V. Reid.

Rutala, W. A., and A. J. Weber. 2004. Disinfection and Sterilization in Health Care Facilities : What Clinicians Need to Know. *Clinical Infectious Diseases* 39 (5): 702–9.

* Tietjen, L., D. Bossemeyer, and N. McIntosh. 2003. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore, MD: Jhpiego.

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la section

3. Score en pourcentage : (Colonne 1/Colonne 2) × 100

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

MODULE 10 : PRATIQUES DE LA ZONE CHIRURGICALE

Ce module devrait être complété par le médecin chef ou le cadre infirmier de cette zone chirurgicale.

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ la case devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées. Les questions destinées à préciser le contexte ne sont pas comptabilisées dans le score.

Quel est le nom de cette zone chirurgicale ? _____

Préparation préopératoire du patient

Les questions qui suivent portent sur les pratiques de préparation préopératoire des patients, telles que le bain, la dépilation et l'utilisation d'antiseptiques.

1. Existe-t-il des procédures écrites pour la préparation préopératoire générale des patients chirurgicaux hors cas d'urgence dans cette zone chirurgicale ? (Cocher une seule réponse)

- Pas de politiques ni de procédures écrites
- Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement
- Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel de procédures, mais généralement non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne
- Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques

2. Une douche ou un bain est-il exigé avant une intervention chirurgicale non urgente ?

- Non
- Oui

3. Quel type de savon ou d'antiseptique est utilisé pour la douche ou le bain ? (Indiquer la méthode la plus fréquemment utilisée)

- Douche ou bain non exigé
- Savon non antimicrobien
- Povidone iodée
- Hexachlorophène
- Gluconate de chlorhexidine

4. À quel moment la douche ou le bain est-il pris ? (Indiquer le moment le plus fréquent)

- Douche ou bain non exigé
- Le matin de l'intervention
- Peu avant l'intervention, dans la salle préopératoire
- La veille au soir de l'intervention

<p>5. Une dépilation est-elle effectuée avant une intervention chirurgicale non urgente ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non</p>
<p>6. Quelle est la méthode de dépilation utilisée ? (Indiquer la méthode la plus fréquemment utilisée)</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de dépilation <input type="checkbox"/> Rasoir <input checked="" type="checkbox"/> Crème dépilatoire <input checked="" type="checkbox"/> Tondeuse <input checked="" type="checkbox"/> Ciseaux</p>
<p>7. À quel moment la dépilation est-elle effectuée ? (Indiquer le moment le plus fréquent)</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de dépilation <input type="checkbox"/> La veille au soir de l'intervention <input checked="" type="checkbox"/> Le matin de l'intervention <input checked="" type="checkbox"/> Peu avant l'intervention, dans la salle préopératoire <input checked="" type="checkbox"/> Immédiatement avant l'intervention, dans la salle opératoire</p>
<p>8. Un antiseptique est-il appliqué sur la peau avant l'intervention ? Si Non, ignorer les questions 9 à 11.</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui</p>
<p>9. Quel antiseptique est utilisé ? (Indiquer l'antiseptique le plus fréquemment utilisé)</p> <p><input type="checkbox"/> Antiseptique non utilisé <input type="checkbox"/> Gluconate de chlorhexidine sans alcool <input type="checkbox"/> Iode sans alcool <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Chlorure de benzalkonium <input checked="" type="checkbox"/> Solution de gluconate de chlorhexidine et d'alcool <input checked="" type="checkbox"/> Alcool et iode (teinture d'iode) <input checked="" type="checkbox"/> Iodophore (povidone iodée)</p>
<p>10. Quand l'antiseptique est-il appliqué sur la peau ? (Indiquer le moment le plus fréquent)</p> <p><input type="checkbox"/> Pas d'antiseptique utilisé <input type="checkbox"/> La veille au soir de l'intervention <input type="checkbox"/> Le matin de l'intervention <input type="checkbox"/> Peu avant l'intervention, dans la salle préopératoire <input checked="" type="checkbox"/> Immédiatement avant l'intervention, dans la salle opératoire</p>
<p>11. Que se passe-t-il lorsque le récipient contenant la solution antiseptique est vide ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> L'ancien récipient est nettoyé mais pas désinfecté, et de nouveau rempli <input type="checkbox"/> L'ancien récipient est de nouveau rempli (complété) sans nettoyage ni désinfection <input checked="" type="checkbox"/> L'ancien récipient est nettoyé, désinfecté, et de nouveau rempli <input checked="" type="checkbox"/> Un nouveau récipient plein est fourni. <input checked="" type="checkbox"/> Des applicateurs préemballés sont utilisés et jetés après utilisation</p>

Total de la section
évaluée

Total possible pour la
section

14

Lavage préopératoire par le personnel de chirurgie

Ces questions portent sur les préparations préopératoires effectuées par le personnel de chirurgie, notamment le lavage chirurgical des mains, l'utilisation d'antiseptiques et la disponibilité d'équipement.

12. Si un bain est utilisé à la place du lavage chirurgical des mains, quel produit est généralement utilisé ? (Cocher une seule réponse ; si AUCUN bain n'est utilisé, ignorer la question 13)

- 3 Aucun bain n'est utilisé
- Gluconate de chlorhexidine sans alcool
- Iode sans alcool
- Chlorure de benzalkonium
- 1 Alcool
- 1 Solution de gluconate de chlorhexidine et d'alcool
- 1 Teinture d'iode (à l'alcool)
- 1 Iodophore (povidone iodée)

13. À quelle fréquence le produit utilisé pour le bain est-il changé ? (Cocher une seule réponse)

- Pas quotidiennement et moins d'une fois par semaine
- Chaque semaine
- 1 Chaque jour
- 1 Plusieurs fois par jour

14. Existe-t-il des politiques écrites standard pour la réalisation du lavage chirurgical préopératoire ? (Cocher une seule réponse)

- Pas de politiques ni de procédures écrites
- Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement
- 1 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel de procédures, mais généralement non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne
- 2 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques

15. À quelle fréquence l'eau courante est-elle disponible pour le lavage chirurgical des mains ? (Cocher une seule réponse)

- Jamais
- Parfois
- 1 Habituellement
- 1 Toujours

16. Comment le personnel ouvre-t-il et ferme-t-il l'arrivée d'eau ? (Cocher une seule réponse)

- Poignée de robinet actionnée manuellement
- Poignée de robinet actionnée avec le coude
- Pédale ou levier actionné avec la jambe ou le genou
- Commande automatique par détection (électronique)
- Une autre personne ouvre ou ferme l'eau

17. À quelle fréquence le personnel de chirurgie utilise-t-il un antiseptique pour le lavage chirurgical préopératoire ? (Cocher une seule réponse)

- Jamais
- Parfois
- Habituellement
- Toujours

18. Quels antiseptiques sont utilisés ? (Indiquer les plus fréquemment utilisés)

- Aucun antiseptique utilisé
- Gluconate de chlorhexidine sans alcool
- Iode sans alcool
- Chlorure de benzalkonium
- Alcool
- Solution de gluconate de chlorhexidine et d'alcool
- Teinture d'iode (à l'alcool)
- Iodophore (povidone iodée)

19. Quelle est la durée recommandée du lavage chirurgical des mains ?

- 6 à 10 minutes avec une brosse dure
- Au moins 2 minutes avec une brosse douce ou une éponge

20. Que se passe-t-il lorsque le récipient contenant la solution antiseptique est vide ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Pas de récipients utilisés
- L'ancien récipient est nettoyé mais pas désinfecté, et de nouveau rempli
- L'ancien récipient est de nouveau rempli (complété) sans nettoyage ni désinfection
- L'ancien récipient est nettoyé, désinfecté, et de nouveau rempli
- Un nouveau récipient plein est fourni

21. Les brosses ou les éponges sont-elles jetables (usage unique) ou réutilisables ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Brosses ou éponges non utilisées
- Usage unique, ne contenant ni savon ni antiseptique
- Réutilisables, utilisées plusieurs fois avant stérilisation
- Usage unique, contenant du savon ou un antiseptique
- Réutilisables (stérilisées après chaque utilisation)

22. Comment le personnel se sèche-t-il les mains après le lavage chirurgical préopératoire ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Séchage à l'air
- Aucune méthode de séchage des mains disponible
- Serviette en tissu, propre, non stérile, à usage multiple
- Serviette en tissu à usage unique (non stérile)
- Serviette stérile à usage unique
- Serviettes en papier
- Sèche-mains à air chaud

**Total de la section
évaluée**

**Total possible pour la
section**

18

Mesures de protection utilisées par le personnel de chirurgie

Les questions suivantes portent sur les mesures de protection utilisées par le personnel de chirurgie et l'utilisation des gants en chirurgie.

23. Indiquer les mesures de protection utilisées habituellement par le personnel de cette zone chirurgicale pendant les interventions. (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Sur-chaussures (par ex. bottes)
- Gants stériles
- Protection faciale ou lunettes s'il existe un risque de projection de sang
- Masques
- Blouses en tissu
- Blouses imperméables
- Coiffes
- Chaussures imperméables lorsqu'un saignement important est possible hors champ opératoire

24. La pilosité du visage, comme la barbe ou la moustache, est-elle autorisée pour le personnel de chirurgie ?

- Oui
- Non

25. Des gants retirés (gants utilisés, nettoyés et stérilisés) sont-ils utilisés en chirurgie ?

- Non
- Oui

26. Si les gants sont contaminés pendant l'intervention chirurgicale (contamination par une main non gantée pendant la mise en place des gants, par contact avec une surface contaminée) sont-ils systématiquement changés ?

- Non
- Oui

27. Un double gantage est-il utilisé pour certaines interventions chirurgicales ?

- Non
 Oui

Total de la section
évaluée

Total possible pour la
section

11

Nettoyage de la zone chirurgicale

Ces questions fournissent des informations sur l'hygiène dans la zone chirurgicale.

28. Existe-t-il des politiques écrites pour l'hygiène générale et le nettoyage des surfaces, des murs, des sols, des toilettes, des vêtements et de l'équipement général dans cette zone chirurgicale ? (Cocher une seule réponse ; si la réponse est Non, ignorer la question 29)

- Pas de politiques ni de procédures écrites
 Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement
 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel de procédures, mais généralement non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne
 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques

29. Les politiques écrites précisent-elles explicitement le processus de décontamination des zones contaminées par renversement accidentel ?

- Non
 Oui

30. Arrive-t-il que cette zone soit « embrumée » par des désinfectants en aérosol ?

- Oui
 Non

31. Quelle est la pratique suivie pour les interventions chirurgicales contaminées (par ex. drainage d'un abcès appendiculaire) ? (Cocher la réponse qui correspond le mieux à la pratique actuelle)

- Aucune pratique particulière n'est utilisée
 Une salle d'opération séparée est utilisée
 L'intervention chirurgicale contaminée est programmée en fin de journée

32. À quelle fréquence réalise-t-on des cultures à partir de prélèvements réalisés dans l'environnement dans cette zone ? (Cocher une seule réponse)

- Pas de cultures réalisées
 Une fois par an
 Une fois par mois
 Une fois par semaine
 Chaque jour

Total de la section
évaluée

Total possible pour la
section

6

Ventilation de la zone chirurgicale

Les questions suivantes portant sur la ventilation de la zone chirurgicale fournissent des informations sur les fenêtres, les écrans, la pression de l'air et l'air climatisé.

33. Quel type de système de ventilation est installé dans cette zone chirurgicale ? (Cocher une seule réponse)

- Aucune fenêtre dans la zone chirurgicale
- Fenêtres
- Fenêtres avec écrans
- Ventilation centrale

34. Les fenêtres sont-elles munies d'écrans ? (Cocher une seule réponse)

- Aucune fenêtre dans la zone
- Aucun écran
- Oui

35. Existe-t-il un système de ventilation centrale dans cette zone chirurgicale ? Si Oui, ignorer les questions 36 et 37.

- Non
- Oui

36. Comment l'air entre-t-il dans cette zone ?

- Entrée basse (près du sol)
- Entrée haute (près du plafond)

37. Comment l'air quitte-t-il cette zone ?

- Sortie basse (près du sol)
- Sortie haute (près du plafond)

38. Comment qualifieriez-vous la pression dans cette zone, par rapport au couloir ? (Cocher une seule réponse)

- Impossible à déterminer
- Pression négative
- Pression neutre
- Pression positive

39. Le nombre d'échanges d'air par heure a-t-il été vérifié par mesure directe pendant l'année passée ?

- Non
- Oui

40. Existe-t-il des appareils de climatisation individuels dans cette zone ? (Si Non, passer à la question 42. Si Oui, continuer et terminer avec la question 41.) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
41. À quelle fréquence les filtres des appareils de climatisation individuels de cette zone sont-ils nettoyés ? (Cocher une seule réponse) <input type="checkbox"/> Pas nettoyés <input type="checkbox"/> 1 Une fois par an ou moins
42. À quelle fréquence les filtres des appareils de climatisation sont-ils remplacés ? (Cocher une seule réponse) <input type="checkbox"/> Pas remplacés <input type="checkbox"/> 1 Une fois par an ou moins

Total de la section évaluée

Total possible pour la section* :

8

* Le total maximum possible est de 8, ou de 6 si les questions 36 et 37 sont ignorées.

Circulation dans la zone chirurgicale

Les questions suivantes portent sur la circulation entrante et sortante, notamment celle du personnel et des fournitures, dans les zones chirurgicales.

43. Existe-t-il des politiques écrites indiquant les zones ouvertes et à circulation réglementée (personnel entrant et sortant) dans cette zone ? (Cocher une seule réponse) <input type="checkbox"/> Pas de politiques ni de procédures écrites <input type="checkbox"/> Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement <input type="checkbox"/> 1 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel de procédures, mais généralement non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne <input type="checkbox"/> 2 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques
44. Comment les fournitures qui entrent cette zone chirurgicale sont-elles transportées ? (Cocher une seule réponse) <input type="checkbox"/> Dans des conteneurs ouverts <input type="checkbox"/> 1 Habituellement dans des conteneurs fermés <input type="checkbox"/> 1 Habituellement dans des conteneurs placés sur des chariots couverts
45. Comment les fournitures contaminées sont-elles transportées hors de cette zone pour élimination ou retraitement ? (Cocher une seule réponse) <input type="checkbox"/> Dans des conteneurs ouverts <input type="checkbox"/> 1 Habituellement dans des conteneurs fermés <input type="checkbox"/> 1 Habituellement dans des conteneurs placés sur des chariots couverts

**Total de la section
évaluée**

**Total possible pour la
section**

4

Tenue vestimentaire dans la zone chirurgicale

Les questions suivantes permettent de recueillir des informations sur la tenue chirurgicale du personnel.

46. La tenue chirurgicale est-elle portée en dehors de cette zone ?

- Oui
 Non

47. La tenue est-elle changée avant une nouvelle entrée dans cette zone chirurgicale ?

- Non
 Oui

48. Existe-t-il des tapis collants pour décontaminer les chaussures lors de l'entrée dans cette zone chirurgicale ?

- Oui
 Non

49. Le personnel doit-il porter des chaussures spéciales dans cette zone ?

- Oui
 Non

**Total de la section
évaluée**

**Total possible pour la
section**

4

COMMENTAIRES SUR LES PRATIQUES DE LA ZONE CHIRURGICALE

Contexte

Malgré les améliorations apportées aux pratiques de la zone chirurgicale, aux méthodes de stérilisation des instruments et aux techniques chirurgicales, et les efforts de prévention des infections déployés par les praticiens, les infections du site opératoire (ISO) restent une cause majeure d'infections nosocomiales, dont l'incidence augmente au niveau mondial. De plus, dans les pays aux ressources limitées, même des opérations salvatrices élémentaires comme les appendicectomies et les césariennes sont associées à des taux élevés d'infections et de mortalité. Pour réduire le risque d'ISO nosocomiales dans les pays en développement, une approche systématique mais réaliste doit être utilisée, en sachant que ce risque est influencé par les caractéristiques du patient, de l'opération, du personnel soignant et de la FOSA. En théorie, la réduction du risque est relativement simple et peu coûteuse, particulièrement si on la compare avec le coût des infections elles-mêmes, mais en pratique, elle nécessite un engagement à tous les niveaux du système de soins de santé (Tietjen et al. 2003, 23-1).

Commentaires sur les questions

1. Un guide de prévention des infections nosocomiales, contenant les instructions et pratiques recommandées pour les soins aux patients, est un outil important. Ce guide devrait être élaboré et actualisé par l'équipe chargée de la lutte contre les infections et soumis à l'examen et à l'approbation du Comité de lutte contre les infections nosocomiales. Il doit être à la disposition du personnel chargé des soins aux patients et actualisé en temps utile. Un programme systématique de prévention des ISO comprend la pratique d'une technique chirurgicale optimale, un environnement propre dans la zone chirurgicale avec un accès réglementé du personnel, une tenue vestimentaire appropriée pour le personnel, un équipement stérile, une préparation préopératoire du patient adéquate, l'utilisation appropriée d'une prophylaxie antibiotique péri opératoire et un programme de surveillance des plaies opératoires (OMS 2002, 10, 39-44).

2-4. Il est recommandé que les patients prennent une douche ou un bain avec un produit antiseptique le soir précédant l'intervention chirurgicale. Une douche ou un bain antiseptique préopératoire réduit le nombre de colonies microbiennes présentes sur la peau. Dans une étude menée auprès de 700 patients ayant pris deux douches antiseptiques préopératoires, la chlorhexidine a permis de diviser par neuf le nombre de colonies bactériennes, tandis que la povidone iodée et le savon médicamenteux au triclocarban ont permis de diviser le nombre de colonies par 1,3 et 1,9 respectivement. D'autres études corroborent ces résultats (Mangram 1999).

5-7. La dépilation ne devrait pas être réalisée avant l'opération, sauf si les poils situés à l'endroit ou à proximité du site d'incision risquent de gêner l'opération. Si une dépilation est réalisée, elle devrait avoir lieu immédiatement avant l'opération, de préférence avec une tondeuse électrique (Mangram 1999).

8-10. Un agent antiseptique approprié devrait être utilisé pour préparer la peau. L'agent antiseptique devrait être appliqué en cercles concentriques du centre vers la périphérie. La zone préparée devrait être suffisamment large pour permettre d'étendre l'incision, de créer de

nouvelles incisions ou de placer des drains, si nécessaire. Plusieurs agents antiseptiques sont disponibles pour la préparation préopératoire de la peau au site d'incision. Les iodophores (par ex. povidone iodée), les produits contenant de l'alcool et le gluconate de chlorhexidine sont les plus fréquemment utilisés (Mangram 1999).

11. Les récipients jetables sont préférables pour les produits liquides. Les récipients réutilisables devraient être entièrement lavés et séchés avant d'être de nouveau remplis et des programmes d'entretien régulier devraient être respectés et documentés (OMS 2002, 33).

12. Les bains ne sont généralement pas recommandés. Si des bains sont utilisés, le coton ou la gaze ne devraient jamais être trempés dans le récipient principal contenant l'antiseptique. Au lieu de cela, verser la quantité d'antiseptique nécessaire dans un petit récipient et tremper le coton ou la gaze dans celui-ci. Après la préparation du patient, jeter tout antiseptique restant dans ce récipient. Il est également possible de verser l'antiseptique du récipient directement sur le coton ou la gaze, en veillant à ce qu'ils ne soient pas en contact avec le rebord du récipient (EngenderHealth, module « Introduction to Aseptic Technique »).

15, 16. Les conditions d'une hygiène optimale pour le lavage chirurgical des mains sont notamment la présence d'eau courante et de grands lavabos nécessitant peu d'entretien, munis de dispositifs anti-éclaboussures et de commandes à mains libres (WHO 2002, 34).

17–19. À l'intérieur des gants chirurgicaux, la chaleur et l'humidité constituent un environnement idéal pour une croissance rapide des micro-organismes. Le lavage chirurgical préalable des mains avec des antiseptiques avant les interventions chirurgicales contribue à éviter cette croissance rapide des micro-organismes pendant un certain temps et réduit le risque d'infection pour le patient si les gants sont troués, déchirés ou coupés au cours de l'intervention. Les agents antiseptiques sont utilisés pour le lavage chirurgical des mains car ils inhibent la croissance et le développement des micro-organismes et peuvent être utilisés sans risque sur la peau. Un lavage chirurgical des mains de trois à cinq minutes (au moins deux minutes) réalisé à l'aide d'une brosse douce, d'un antiseptique (comme la chlorhexidine ou de la povidone iodée) et d'eau courante, est recommandé avant une intervention chirurgicale (EngenderHealth, module « Surgical Scrub and Surgical Attire »).

21. Si une brosse est utilisée, elle devrait être nettoyée et stérilisée ou subir une désinfection de haut niveau avant réutilisation ; les éponges utilisées devraient être jetées (Tietjen et al. 2003, 3-8).

22. Utiliser une serviette stérile ou une serviette en tissu propre, différente pour chaque main, essuyer depuis le bout des doigts jusqu'au coude et jeter la serviette. Utiliser si possible un sèche-mains à air chaud (Tietjen et al. 2003, A-3).

23. Le personnel pratiquant les opérations doit porter des gants stériles. Toutes les personnes pénétrant dans la zone chirurgicale doivent porter une tenue chirurgicale. Tous les cheveux et pilosité du visage, favoris et encolure compris, doivent être couverts (bien que la présence de pilosité du visage ne soit pas recommandée). Pour toute personne pénétrant dans le bloc opératoire, la bouche et le nez doivent être entièrement couverts par un masque chirurgical. Des blouses stériles doivent être portées par tout le personnel participant directement à l'opération. Des blouses ou des tabliers imperméables devraient être portés pour les interventions à risque élevé de contamination (OMS 2002, 44).

26. Si un gant est endommagé (par ex. troué), il devrait être remplacé dès que les conditions de sécurité le permettent (Mangram 1999).

27. Le port de deux paires de gants (double gantage) s'est avéré réduire le contact manuel avec le sang et les liquides biologiques des patients, comparativement au port d'une seule paire de gants. Le double gantage est raisonnablement recommandé dans les situations suivantes : l'intervention implique un contact avec de grandes quantités de sang ou d'autres liquides biologiques (par ex. accouchements par voie basse et césariennes) ; interventions orthopédiques avec présence possible de fragments d'os pointus, de sutures métalliques et d'autres objets tranchants ; réutilisation des gants chirurgicaux (pour tout type de gants retraités, la possibilité de trous ou de perforations indécélables est plus élevée que pour des gants neufs) (Tietjen et al. 2003, 7-7). Le double gantage est également recommandé lors d'interventions sur des patients dont l'infection par des pathogènes transmis par le sang, comme le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C est connue. Les gants devraient être changés immédiatement après toute perforation accidentelle (OMS 2002, 44).

28. Les bactéries transmises par l'air doivent être réduites le plus possible et les surfaces doivent être maintenues propres. Le programme de nettoyage et de désinfection suivant est recommandé pour la zone chirurgicale :

- Nettoyer toutes les surfaces horizontales chaque matin avant toute intervention.
- Entre chaque intervention, nettoyer et désinfecter les surfaces horizontales et tous les articles chirurgicaux (par ex. tables, seaux).
- À la fin de la journée de travail, nettoyer totalement la zone chirurgicale à l'aide d'un nettoyant désinfectant recommandé.
- Une fois par semaine, nettoyage complet du bloc opératoire y compris les annexes telles que les vestiaires, locaux techniques et les placards (OMS 2002, 44).

29. Les renversements accidentels de sang, de liquides biologiques et d'autres liquides potentiellement infectieux devraient être nettoyés immédiatement. Pour les petits renversements accidentels, porter des gants tout usage ou d'examen, retirer la matière visible à l'aide d'une serviette trempée dans une solution chlorée à 0,5 %, puis essuyer avec une solution nettoyante désinfectante. Pour les renversements importants, porter des gants, recouvrir la zone avec une solution chlorée à 0,5 %, éponger la solution, puis nettoyer comme d'habitude au détergent et à l'eau (Tietjen et al. 2003, 16-9).

33–39, 43. Ventilation de la zone chirurgicale : maintenir dans la zone une ventilation à pression positive par rapport aux couloirs et aux zones adjacentes. Maintenir un minimum de 15 changements d'air par heure, dont trois au moins sont constitués d'air frais. Filtrer la totalité de l'air, recyclé et frais, à l'aide de filtres appropriés ; introduire la totalité de l'air au niveau du plafond et le faire sortir près du plancher. Afin de prévenir les ISO, ne pas utiliser de rayons UV dans la zone chirurgicale. Maintenir les portes du bloc opératoire fermées, sauf pour laisser passer les équipements, le personnel et le patient. Envisager de pratiquer les interventions de mise en place d'implants orthopédiques dans des zones chirurgicales recevant de l'air ultra propre. Limiter le nombre de personnes pénétrant dans la salle d'opération au personnel nécessaire (Mangram 1999).

44, 45. En ce qui concerne les flux de circulation, plutôt que de raisonner en termes de circuit « propre » et de circuit « sale », envisager uniquement des circuits dans lesquels les différents flux peuvent se croiser sans risque, à condition que l'équipement soit correctement protégé. Les produits stériles comme les déchets doivent être scellés dans des conteneurs de sécurité dont l'extérieur ne doit présenter aucun risque de contamination biologique (OMS 2002, 52).

Références (* = exemplaire sur CD)

* EngenderHealth. 2004. Infection Prevention Online Course.

<<http://www.engenderhealth.org/res/onc/index.html#start>> (consulté le 17 juillet 2006).

Mangram, A. J., T. C. Horan, M. L. Pearson, et al. 1999. Guideline for Prevention of Surgical Site Infections. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 20 (4): 250–80.

* Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2002. *Prévention des maladies nosocomiales: Guide pratique*. 2^e éd. WHO/CDS/CSR/EPH/2002/12. Genève: OMS.

* Tietjen, L., D. Bossemeyer, et N. McIntosh. 2003. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore, MD: Jhpiego.

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la section

3. Score en pourcentage : (Colonne 1/Colonne 2) × 100

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

COMMENTAIRES SUR LES PRATIQUES DE LA ZONE CHIRURGICALE

Contexte

Malgré les améliorations apportées aux pratiques de la zone chirurgicale, aux méthodes de stérilisation des instruments et aux techniques chirurgicales, et les efforts de prévention des infections déployés par les praticiens, les infections du site opératoire (ISO) restent une cause majeure d'infections nosocomiales, dont l'incidence augmente au niveau mondial. De plus, dans les pays aux ressources limitées, même des opérations salvatrices élémentaires comme les appendicectomies et les césariennes sont associées à des taux élevés d'infections et de mortalité. Pour réduire le risque d'ISO nosocomiales dans les pays en développement, une approche systématique mais réaliste doit être utilisée, en sachant que ce risque est influencé par les caractéristiques du patient, de l'opération, du personnel soignant et de la FOSA. En théorie, la réduction du risque est relativement simple et peu coûteuse, particulièrement si on la compare avec le coût des infections elles-mêmes, mais en pratique, elle nécessite un engagement à tous les niveaux du système de soins de santé (Tietjen et al. 2003, 23-1).

Commentaires sur les questions

1. Un guide de prévention des infections nosocomiales, contenant les instructions et pratiques recommandées pour les soins aux patients, est un outil important. Ce guide devrait être élaboré et actualisé par l'équipe chargée de la lutte contre les infections et soumis à l'examen et à l'approbation du Comité de lutte contre les infections nosocomiales. Il doit être à la disposition du personnel chargé des soins aux patients et actualisé en temps utile. Un programme systématique de prévention des ISO comprend la pratique d'une technique chirurgicale optimale, un environnement propre dans la zone chirurgicale avec un accès réglementé du personnel, une tenue vestimentaire appropriée pour le personnel, un équipement stérile, une préparation préopératoire du patient adéquate, l'utilisation appropriée d'une prophylaxie antibiotique péri opératoire et un programme de surveillance des plaies opératoires (OMS 2002, 10, 39–44).

2–4. Il est recommandé que les patients prennent une douche ou un bain avec un produit antiseptique le soir précédant l'intervention chirurgicale. Une douche ou un bain antiseptique préopératoire réduit le nombre de colonies microbiennes présentes sur la peau. Dans une étude menée auprès de 700 patients ayant pris deux douches antiseptiques préopératoires, la chlorhexidine a permis de diviser par neuf le nombre de colonies bactériennes, tandis que la povidone iodée et le savon médicamenteux au triclocarban ont permis de diviser le nombre de colonies par 1,3 et 1,9 respectivement. D'autres études corroborent ces résultats (Mangram 1999).

5–7. La dépilation ne devrait pas être réalisée avant l'opération, sauf si les poils situés à l'endroit ou à proximité du site d'incision risquent de gêner l'opération. Si une dépilation est réalisée, elle devrait avoir lieu immédiatement avant l'opération, de préférence avec une tondeuse électrique (Mangram 1999).

8–10. Un agent antiseptique approprié devrait être utilisé pour préparer la peau. L'agent antiseptique devrait être appliqué en cercles concentriques du centre vers la périphérie. La zone préparée devrait être suffisamment large pour permettre d'étendre l'incision, de créer de

nouvelles incisions ou de placer des drains, si nécessaire. Plusieurs agents antiseptiques sont disponibles pour la préparation préopératoire de la peau au site d'incision. Les iodophores (par ex. povidone iodée), les produits contenant de l'alcool et le gluconate de chlorhexidine sont les plus fréquemment utilisés (Mangram 1999).

11. Les récipients jetables sont préférables pour les produits liquides. Les récipients réutilisables devraient être entièrement lavés et séchés avant d'être de nouveau remplis et des programmes d'entretien régulier devraient être respectés et documentés (OMS 2002, 33).

12. Les bains ne sont généralement pas recommandés. Si des bains sont utilisés, le coton ou la gaze ne devraient jamais être trempés dans le récipient principal contenant l'antiseptique. Au lieu de cela, verser la quantité d'antiseptique nécessaire dans un petit récipient et tremper le coton ou la gaze dans celui-ci. Après la préparation du patient, jeter tout antiseptique restant dans ce récipient. Il est également possible de verser l'antiseptique du récipient directement sur le coton ou la gaze, en veillant à ce qu'ils ne soient pas en contact avec le rebord du récipient (EngenderHealth, module « Introduction to Aseptic Technique »).

15, 16. Les conditions d'une hygiène optimale pour le lavage chirurgical des mains sont notamment la présence d'eau courante et de grands lavabos nécessitant peu d'entretien, munis de dispositifs anti-éclaboussures et de commandes à mains libres (WHO 2002, 34).

17–19. À l'intérieur des gants chirurgicaux, la chaleur et l'humidité constituent un environnement idéal pour une croissance rapide des micro-organismes. Le lavage chirurgical préalable des mains avec des antiseptiques avant les interventions chirurgicales contribue à éviter cette croissance rapide des micro-organismes pendant un certain temps et réduit le risque d'infection pour le patient si les gants sont troués, déchirés ou coupés au cours de l'intervention. Les agents antiseptiques sont utilisés pour le lavage chirurgical des mains car ils inhibent la croissance et le développement des micro-organismes et peuvent être utilisés sans risque sur la peau. Un lavage chirurgical des mains de trois à cinq minutes (au moins deux minutes) réalisé à l'aide d'une brosse douce, d'un antiseptique (comme la chlorhexidine ou de la povidone iodée) et d'eau courante, est recommandé avant une intervention chirurgicale (EngenderHealth, module « Surgical Scrub and Surgical Attire »).

21. Si une brosse est utilisée, elle devrait être nettoyée et stérilisée ou subir une désinfection de haut niveau avant réutilisation ; les éponges utilisées devraient être jetées (Tietjen et al. 2003, 3-8).

22. Utiliser une serviette stérile ou une serviette en tissu propre, différente pour chaque main, essuyer depuis le bout des doigts jusqu'au coude et jeter la serviette. Utiliser si possible un sèche-mains à air chaud (Tietjen et al. 2003, A-3).

23. Le personnel pratiquant les opérations doit porter des gants stériles. Toutes les personnes pénétrant dans la zone chirurgicale doivent porter une tenue chirurgicale. Tous les cheveux et pilosité du visage, favoris et encolure compris, doivent être couverts (bien que la présence de pilosité du visage ne soit pas recommandée). Pour toute personne pénétrant dans le bloc opératoire, la bouche et le nez doivent être entièrement couverts par un masque chirurgical. Des blouses stériles doivent être portées par tout le personnel participant directement à l'opération. Des blouses ou des tabliers imperméables devraient être portés pour les interventions à risque élevé de contamination (OMS 2002, 44).

26. Si un gant est endommagé (par ex. troué), il devrait être remplacé dès que les conditions de sécurité le permettent (Mangram 1999).

27. Le port de deux paires de gants (double gantage) s'est avéré réduire le contact manuel avec le sang et les liquides biologiques des patients, comparativement au port d'une seule paire de gants. Le double gantage est raisonnablement recommandé dans les situations suivantes : l'intervention implique un contact avec de grandes quantités de sang ou d'autres liquides biologiques (par ex. accouchements par voie basse et césariennes) ; interventions orthopédiques avec présence possible de fragments d'os pointus, de sutures métalliques et d'autres objets tranchants ; réutilisation des gants chirurgicaux (pour tout type de gants retraités, la possibilité de trous ou de perforations indétectables est plus élevée que pour des gants neufs) (Tietjen et al. 2003, 7-7). Le double gantage est également recommandé lors d'interventions sur des patients dont l'infection par des pathogènes transmis par le sang, comme le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C est connue. Les gants devraient être changés immédiatement après toute perforation accidentelle (OMS 2002, 44).

28. Les bactéries transmises par l'air doivent être réduites le plus possible et les surfaces doivent être maintenues propres. Le programme de nettoyage et de désinfection suivant est recommandé pour la zone chirurgicale :

- Nettoyer toutes les surfaces horizontales chaque matin avant toute intervention.
- Entre chaque intervention, nettoyer et désinfecter les surfaces horizontales et tous les articles chirurgicaux (par ex. tables, seaux).
- À la fin de la journée de travail, nettoyer totalement la zone chirurgicale à l'aide d'un nettoyant désinfectant recommandé.
- Une fois par semaine, nettoyage complet du bloc opératoire y compris les annexes telles que les vestiaires, locaux techniques et les placards (OMS 2002, 44).

29. Les renversements accidentels de sang, de liquides biologiques et d'autres liquides potentiellement infectieux devraient être nettoyés immédiatement. Pour les petits renversements accidentels, porter des gants tout usage ou d'examen, retirer la matière visible à l'aide d'une serviette trempée dans une solution chlorée à 0,5 %, puis essuyer avec une solution nettoyante désinfectante. Pour les renversements importants, porter des gants, recouvrir la zone avec une solution chlorée à 0,5 %, éponger la solution, puis nettoyer comme d'habitude au détergent et à l'eau (Tietjen et al. 2003, 16-9).

33–39, 43. Ventilation de la zone chirurgicale : maintenir dans la zone une ventilation à pression positive par rapport aux couloirs et aux zones adjacentes. Maintenir un minimum de 15 changements d'air par heure, dont trois au moins sont constitués d'air frais. Filtrer la totalité de l'air, recyclé et frais, à l'aide de filtres appropriés ; introduire la totalité de l'air au niveau du plafond et le faire sortir près du plancher. Afin de prévenir les ISO, ne pas utiliser de rayons UV dans la zone chirurgicale. Maintenir les portes du bloc opératoire fermées, sauf pour laisser passer les équipements, le personnel et le patient. Envisager de pratiquer les interventions de mise en place d'implants orthopédiques dans des zones chirurgicales recevant de l'air ultra propre. Limiter le nombre de personnes pénétrant dans la salle d'opération au personnel nécessaire (Mangram 1999).

44, 45. En ce qui concerne les flux de circulation, plutôt que de raisonner en termes de circuit « propre » et de circuit « sale », envisager uniquement des circuits dans lesquels les différents flux peuvent se croiser sans risque, à condition que l'équipement soit correctement protégé. Les produits stériles comme les déchets doivent être scellés dans des conteneurs de sécurité dont l'extérieur ne doit présenter aucun risque de contamination biologique (OMS 2002, 52).

Références (* = exemplaire sur CD)

* EngenderHealth. 2004. Infection Prevention Online Course.

<<http://www.engenderhealth.org/res/onc/index.html#start>> (consulté le 17 juillet 2006).

Mangram, A. J., T. C. Horan, M. L. Pearson, et al. 1999. Guideline for Prevention of Surgical Site Infections. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 20 (4): 250–80.

* Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2002. *Prévention des maladies nosocomiales: Guide pratique*. 2^e éd. WHO/CDS/CSR/EPH/2002/12. Genève: OMS.

* Tietjen, L., D. Bossemeyer, et N. McIntosh. 2003. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore, MD: Jhpiego.

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la section

3. Score en pourcentage : (Colonne 1/Colonne 2) × 100

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

MODULE 11 : UNITES DE SOINS INTENSIFS

Ce module devrait être complété en collaboration avec le médecin chef ou le cadre infirmier de chaque unité de soins intensifs (USI). Si les politiques sont semblables dans toutes les USI, compléter un seul formulaire. Si elles diffèrent substantiellement, compléter un formulaire pour chaque USI.

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ la case devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées. Les questions destinées à préciser le contexte ne sont pas comptabilisées dans le score.

Quel est le nom de cette USI ? _____

Personnel

Les questions qui suivent concernent les patients et l'organisation du personnel de l'USI.

1. Cette USI accueille des patients :

- adultes uniquement
- enfants uniquement
- adultes et enfants

2. Quel est le nombre total de lits de cette USI ? _____

3. En semaine, combien d'infirmiers en poste de jour type (se terminant après midi) assurent les soins des patients de cette USI ? _____

Calculer le nombre de lits par infirmier : _____

Puis cocher la réponse appropriée

- Plus de cinq lits par infirmier
- 1 Trois à cinq lits par infirmier
- 2 Deux lits ou moins par infirmier

Total de l'évaluation de la section : _____ **Total possible de la section :** 2

Pratiques générales dans l'USI

Les questions suivantes concernent le nettoyage de l'USI et les habitudes d'hygiène des mains du personnel.

4. À quelle fréquence les départements de soins immédiats aux patients de cette USI sont-ils nettoyés à fond ? (Cocher une seule réponse)

- Moins d'une fois par jour
- 1 Au moins une fois par jour
- 2 Au moins une fois par jour et entre deux patients

5. Le personnel doit-il porter des blouses d'isolation ou des chaussures spéciales pour pénétrer dans l'USI ?

- 1 Aucun équipement particulier obligatoire
- Port de blouse obligatoire
- Port de chaussures spéciales obligatoire

6. Le personnel et les visiteurs doivent-ils pratiquer un lavage des mains soigneux avant d'entrer dans l'USI ?

- Non
- 1 Oui

7. Quelle méthode est utilisée pour l'hygiène des mains ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Aucune méthode particulière obligatoire
- Bain dans un agent désinfectant
- Utilisation d'une brosse avec du savon ou un agent antiseptique
- 1 Utilisation des éponges ou des brosses très douces avec du savon ou un agent antiseptique
- 1 Antiseptique sans eau à base d'alcool

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

6

Ventilation (mécanique) artificielle

8. Les questions suivantes concernent la ventilation artificielle dans les USI, y compris la manipulation des circuits et des humidificateurs du système de ventilation. Quel pourcentage de patients de cette unité a besoin d'une ventilation artificielle ? <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Moins de 25 % <input type="checkbox"/> 25 à 50 % <input type="checkbox"/> Plus de 50 %
9. La même sonde d'aspiration est-elle utilisée pour plusieurs épisodes d'aspiration endotrachéale chez les patients sous ventilation à pression positive ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10. À quelle fréquence les circuits du système de ventilation sont-ils changés ? (Cocher une seule réponse) <input type="checkbox"/> Chaque jour <input type="checkbox"/> Tous les trois à six jours <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine <input type="checkbox"/> Jamais lorsqu'ils sont utilisés pour un seul patient
11. Quel type d'humidificateur est utilisé dans le circuit de ventilation ? (Cocher une seule réponse) <input type="checkbox"/> Aucun humidificateur n'est utilisé <input type="checkbox"/> Système de ventilation artificielle <input type="checkbox"/> Humidificateur à bulles <input type="checkbox"/> Humidificateur par évaporation <input type="checkbox"/> Humidificateur par léchage <input type="checkbox"/> Humidificateur en cascade <input type="checkbox"/> Humidificateur à condensateur hygroscopique ou à échange de chaleur et d'humidité
12. Quel type d'eau est utilisé pour remplir l'humidificateur ? <input type="checkbox"/> Eau stérile <input type="checkbox"/> Eau distillée <input type="checkbox"/> Eau du robinet
13. Les circuits de ventilation sont-ils équipés de filtres antibactériens ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

6

Prophylaxie et surveillance

La série de questions suivantes concerne des procédures écrites sur les gestes pratiqués en USI, la prophylaxie d'un certain nombre de pathologies et la surveillance de la glycémie.

<p>14. Pour lesquels des éléments suivants existe-t-il des procédures écrites ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/>1 Prévention de la thrombose veineuse profonde (TVP) ? <input type="checkbox"/>1 Prévention de l'ulcère ou de la gastrite de stress <input type="checkbox"/>1 Surélévation de la tête du lit <input type="checkbox"/>1 Adéquation de la sédation <input type="checkbox"/>1 Évaluation de l'opportunité d'extuber <input type="checkbox"/>1 Contrôle de la glycémie</p>
<p>15. Quel pourcentage de patients sous ventilation artificielle reçoit une prophylaxie systématique contre la TVP ?</p> <p><input type="checkbox"/> Moins de 50 % <input type="checkbox"/>1 50 à 75 % <input type="checkbox"/>2 Plus de 75 %</p>
<p>16. Quelle est la technique la plus couramment utilisée en prophylaxie de la TVP chez les patients sous ventilation artificielle ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune technique n'est systématique <input type="checkbox"/>1 Héparine (non fractionnée ou de bas poids moléculaire) <input type="checkbox"/>1 Bas de contention <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____ _____</p>
<p>17. Quelle est la position type de la tête du lit chez les patients sous ventilation artificielle ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> À plat <input type="checkbox"/> Surélevée de 1 à 29 degrés <input type="checkbox"/>1 Surélevée de plus de 30 degrés</p>
<p>18. Quel pourcentage de patients reçoit une prophylaxie systématique de l'ulcère de stress ou de la gastrite ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Moins de 50 % <input type="checkbox"/>1 50 à 75 % <input type="checkbox"/>2 Plus de 75 %</p>
<p>19. Quel est le médicament le plus couramment utilisé pour la prévention systématique de la gastrite de stress ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/>1 Inhibiteur de la pompe à protons (oméprazole, lansoprazole) <input type="checkbox"/>1 Inhibiteur des récepteurs H2 <input type="checkbox"/>1 Sucralfate <input type="checkbox"/> Autre</p>
<p>20. Comment l'adéquation de la sédation est-elle habituellement suivie ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun suivi <input type="checkbox"/>1 Interruption quotidienne de la sédation <input type="checkbox"/> Autre</p>

21. Comment l'opportunité d'extuber les patients est-elle habituellement évaluée ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Aucune évaluation
- 1 Évaluation quotidienne du fonctionnement pulmonaire
- 1 Évaluation quotidienne des paramètres de ventilation
- 1 Tentative quotidienne de respiration spontanée
- Autre

22. Quel pourcentage de patients sous ventilation artificielle subit un contrôle systématique (au moins quotidien) de la glycémie ? (Cocher une seule réponse)

- Moins de 50 %
- 1 50 à 75 %
- 2 Plus de 75 %

23. Quel est l'objectif de la glycémie chez les patients sous ventilation artificielle ? (Cocher une seule réponse)

- Glycémie supérieure à 300 mg/dl (16 mmol/l)
- 1 Glycémie supérieure à 200 mg/dl (11 mmol/l)
- 2 Glycémie supérieure à 110 mg/dl (6 mmol/l)
- Autre

24. Lorsque la glycémie d'un patient ventilé dépasse l'objectif ci-dessus, à quelle fréquence reçoit-il de l'insuline ? (Cocher une seule réponse)

- Dans moins de 50 % des cas
- 1 Dans 50 à 75 % des cas
- 2 Dans plus de 75 % des cas

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

23

Liste de contrôle des modules supplémentaires à compléter pour cette USI

- Aspiration des voies respiratoires
- Hygiène des mains
- Cathéters intraveineux (en cas d'utilisation dans l'USI)
- Solutés et médicaments intraveineux (en cas d'utilisation dans l'USI)
- Mesures d'isolement et Précautions de base
- Stérilisation et désinfection (si les instruments, matériels, aiguilles ou gants sont désinfectés ou stérilisés dans cette USI)
- Sondes urinaires (en cas d'utilisation dans l'USI)

COMMENTAIRES SUR L'UNITE DE SOINS INTENSIFS

Contexte

Bien que seulement 5 à 10 % de l'ensemble des patients hospitalisés soient traités dans une unité de soins intensifs, l'incidence des infections nosocomiales dans ces unités est cinq à dix fois supérieure à celle observée dans les salles générales. Les affections respiratoires et générales sont beaucoup plus courantes dans les USI que dans les salles générales et la plupart des épidémies se déclenchent dans les USI (Widmer 1994).

Commentaires sur les questions

2. Un hôpital compte généralement entre un et quatre lits d'USI pour 100 lits d'hospitalisation. Ce nombre dépend du rôle et du type d'USI. Les USI multidisciplinaires ont besoin d'un nombre de lits plus important que celles comportant une seule spécialité, en particulier si l'hôpital ne dispose d'aucun lit de surveillance continue par ailleurs. Les USI de moins de quatre lits ne sont pas jugées rentables mais celles de plus de 20 lits, hors lits de surveillance continue, peuvent être difficiles à gérer. Les USI de différentes structures n'offrent pas toutes le même niveau de technologie et nous sommes conscients que tous les hôpitaux ne peuvent pas offrir la proportion idéale de lits par établissement (Oh 1997, 3-9).

3. En principe, tous les patients gravement malades devraient bénéficier des soins d'un infirmier s'occupant exclusivement d'eux. Parfois, des patients très instables nécessitent des traitements complexes (par exemple, une dialyse) qui requièrent la présence presque constante de deux infirmiers. Là encore, nous sommes conscients que tous les hôpitaux ne peuvent pas offrir un tel niveau de soins (Oh 1997, 3-9).

4. Les pavillons de soins des patients (zones chirurgicales, salles de soins, laboratoires, endroits où les instruments sont nettoyés et retraités) doivent être nettoyés très soigneusement à l'aide d'une solution de nettoyage désinfectante. Dans ces endroits, il existe un risque important de contamination des patients et du personnel médical par des matériaux infectieux. Ils devraient donc être nettoyés comme suit :

- Chaque matin : au début de la journée, passer un chiffon humide sur les plans de travail, tables, chariots et un balai à laver sur les sols pour éliminer la poussière et les peluches qui se sont accumulées pendant la nuit.
- Entre les patients : nettoyer la salle d'opération et les salles de soins, les tables d'examen, les chariots ou tables Mayo, les plans de travail, les poignées de lampe ainsi que toutes les autres surfaces potentiellement contaminées avec un linge humidifié par une solution de nettoyage désinfectante. Nettoyer immédiatement les déversements accidentels de sang ou autres liquides biologiques avec une solution chlorée à 0,5 %. Déposer les déchets dans un conteneur étanche. Retirer le conteneur du bloc opératoire ou de la salle de soins lorsqu'il est aux trois-quarts plein. Nettoyer les parties du sol visiblement souillées avec un balai imprégné de solution de nettoyage désinfectante.

- À la fin de la séance de soins ou de la journée : retirer les déchets contaminés et les jeter dès que possible afin d'en limiter l'exposition ; nettoyer toutes les surfaces, y compris les paillasses, dessus de table, lavabos, luminaires, poignées et plaques de porte, à l'aide d'un linge imprégné d'une solution de nettoyage désinfectante. Veiller tout particulièrement aux tables de soins ou d'opération en s'assurant de nettoyer soigneusement leurs côtés, plateaux et pieds avec une solution de nettoyage désinfectante. Nettoyer le sol avec un balai imprégné d'une solution de nettoyage désinfectante (EngenderHealth 2004, « Housekeeping »).

5. La nécessité de porter des blouses ou des chaussures spéciales dans l'USI n'est pas démontrée.

6, 7. Les mains devraient être décontaminées avant tout contact direct avec les patients. Lorsque les mains sont visiblement sales ou contaminées par un matériau protéique, les laver au savon ordinaire et à l'eau ; lorsqu'elles sont visiblement souillées par du sang ou autres liquides biologiques, les laver au savon antimicrobien et à l'eau. Si les mains ne sont pas visiblement souillées, il est possible de frictionner les mains avec une solution à base d'alcool pour leur décontamination systématique. Il est également possible de se laver les mains au savon antimicrobien et à l'eau dans toutes les situations cliniques (CDC 2002).

14. Il a été observé que certains gestes, pratiqués de manière systématique chez les patients sous ventilation artificielle, permettent de réduire les complications des soins intensifs, la mortalité ainsi que la durée et le coût d'hospitalisation en USI. La thrombose veineuse profonde est une complication courante chez le patient immobilisé (jusqu'à 30 % des patients en USI) qui peut entraîner une embolie pulmonaire. L'utilisation systématique d'héparine ou de bas de contention peut réduire le risque de TVP de 50 %, permettant ainsi de réduire de manière significative la mortalité, la durée d'hospitalisation en USI et la durée totale d'hospitalisation ainsi que les coûts médicaux (IHI 2006).

17. Il a été observé que la surélévation systématique de la tête du lit de plus de 30 degrés permet de réduire le risque de pneumonie nosocomiale de 38 à 8 %. La pneumonie nosocomiale augmente le risque de décès à l'hôpital de 40 % et la durée d'hospitalisation de deux semaines. La surélévation systématique de la tête du lit peut améliorer de manière significative les résultats chez les patients en USI.

19. La ventilation artificielle pendant plus de 48 heures et des troubles de la coagulation sont les principaux facteurs de risque de la gastrite de stress et des hémorragies GI supérieures qui en résultent. De nombreux facteurs de stress physiologiques différents sont associés à la gastrite de stress. Une prophylaxie pharmacologique par sucralfate, inhibiteurs des récepteurs H2 ou inhibiteur de la pompe à protons peut être efficacement entreprise.

20. Il est facile de suivre la sédation par des interruptions ou sevrage quotidiens de celle-ci. Cette pratique permet une identification précoce des patients chez qui un sevrage important de la sédation ou de la ventilation est possible. Il a été observé que l'interruption quotidienne de la sédation permet de réduire la durée de ventilation artificielle et d'hospitalisation en USI de plus de 30 % et la durée moyenne d'hospitalisation en USI de 2,4 jours.

21. L'opportunité d'extuber un patient devrait faire l'objet d'évaluations quotidiennes. Il peut s'agir du réexamen des besoins d'assistance respiratoire d'un patient, de mesures directes du fonctionnement pulmonaire (comme la compliance ou la force inspiratoire négative) et de

tentative de respiration spontanée. Au cours d'un essai randomisé étudiant uniquement les tentatives quotidiennes de respiration spontanée, les patients dont l'opportunité d'extubation était évaluée quotidiennement sont en moyenne restés 1,5 jour de moins sous ventilation artificielle et ont présenté une réduction de 50 % des complications associées à la ventilation.

23. Il a également été observé qu'un contrôle fréquent de la glycémie permet d'améliorer de façon marquante la mortalité hospitalière et à long terme des patients en USI. Cet effet est bien mis en évidence en cas de mise en route d'une insulinothérapie agressive dont l'objectif glycémique est inférieur à 110 mg/dl (6 mmol/l).

En résumé, les interventions ci-dessus, non seulement améliorent les résultats du patient, mais, en cas d'application systématique, peuvent diminuer de façon spectaculaire le taux de complications et les dépenses médicales de l'unité de soins intensifs. Des directives écrites sont indispensables pour mettre en œuvre ces méthodes chez tous les patients pour lesquels il n'existe pas de contre-indication (Engender Health 2006, « Implement the Ventilator Bundle »).

Références (* = exemplaire sur CD)

* EngenderHealth. 2004. Infection Prevention Online Course. Module: Housekeeping <<http://www.engenderhealth.org/res/onc/index.html#start>> (consulté le 17 juillet 2006).

EngenderHealth. 2006. Critical Care: Intensive Care: Changes. Implement the Ventilator Bundle. <<http://www.ihl.org/IHI/Topics/CriticalCare/IntensiveCare/Changes/ImplementtheVentilatorBundle.htm>> (consulté le 3 octobre 2006).

Institute for Healthcare Improvement. 2006. 100,000 Lives Campaign. <<http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/>> (consulté le 17 juillet 2006).

Oh, T. E. 1997. Design and Organization of Intensive Care Units. Dans *Intensive Care Manual*, 4e ed., édité par T. E. Oh, 3–9. Boston: Butterworth-Heinemann Medical.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2002. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR* 2002;51 (No. RR-16):1–44.

Widmer, A. F. 1994. Infection Control and Prevention Strategies in the ICU. *Journal of Intensive Care Medicine* 20, Suppl. no. 4: S7–S11.

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la section

3. Score en pourcentage : (Colonne 1/Colonne 2) × 100

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

MODULE 12 : LABORATOIRE DE MICROBIOLOGIE

Ce module devrait être complété par le chef de service ou le responsable du laboratoire de microbiologie clinique.

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ la case devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées. Les questions destinées à préciser le contexte ne sont pas comptabilisées dans le score.

Directeur du laboratoire de microbiologie clinique : _____

Nom : _____ Titre : _____

Questions générales sur le laboratoire

Les questions qui suivent concernent les pratiques générales de microbiologie, le contact avec le personnel chargé de la lutte contre les infections nosocomiales, la tenue d'archives et l'utilisation de cultures.

1. Indiquer la formation suivie pour occuper ce poste. (Cocher le plus haut niveau de formation)

- Cours ou formation spécifique
- Formation en cours d'emploi
- 1 Diplôme dans le domaine des technologies médicales
- 1 Licence (Lettres ou Sciences) ou autre diplôme universitaire
- 1 Maîtrise en sciences
- 1 Docteur en médecine
- 2 Doctorat en philosophie ou autres doctorats

2. À quelle fréquence se tiennent des réunions formelles ou des débats entre vous et le personnel chargé de la lutte contre les infections nosocomiales ? (Cocher une seule réponse)

- Jamais
- Moins d'une fois par trimestre
- 1 Une fois par trimestre ou plus souvent

3. Les rapports de microbiologie sont-ils systématiquement conservés ?

- Non
- 1 Oui

4. Combien de temps ces rapports sont-ils conservés ? (Cocher une seule réponse)

- Aucun rapport n'est conservé
- Moins d'un an
- 1 Un an ou plus

5. Votre laboratoire effectue-t-il généralement les cultures suivantes à des fins de surveillance ? (Cocher toutes les réponses appropriées)
<input type="checkbox"/> 1 Aucune culture n'est réalisée à des fins de surveillance
<input type="checkbox"/> Personnel
<input type="checkbox"/> Matériel et fournitures
<input type="checkbox"/> Environnement
<input type="checkbox"/> Solutions (par ex. solutés intraveineux, solutions d'irrigation)
6. Votre laboratoire effectue-t-il généralement les cultures suivantes dans le cadre des soins aux nourrissons ? (Cocher toutes les réponses appropriées)
<input type="checkbox"/> La formation sanitaire (FOSA) ne pratique pas de soins aux nourrissons
<input type="checkbox"/> Aucune culture réalisée dans le domaine de la nutrition des bébés
<input type="checkbox"/> 1 Lait maternisé préparé au sein la FOSA (non disponible dans le commerce)
<input type="checkbox"/> 1 Lait maternel
7. Votre laboratoire a-t-il la capacité d'effectuer les cultures suivantes dans le cadre de la recherche d'un foyer ? (Cocher toutes les réponses appropriées)
<input type="checkbox"/> Aucune culture n'est réalisée dans le cadre de la recherche d'un foyer
<input type="checkbox"/> 1 Personnel
<input type="checkbox"/> 1 Matériel et fournitures
<input type="checkbox"/> 1 Environnement
<input type="checkbox"/> 1 Solutions (par ex. solutés intraveineux, solutions d'irrigation)
8. Votre laboratoire dispose-t-il d'armoires de sécurité à haut niveau de confinement, de classe 2 par exemple, pour les agents infectieux ?
<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> 1 Oui

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section

13

Disponibilité et utilisation des tests

Les questions suivantes donnent un aperçu des différents types de tests réalisés au sein de votre FOSA ou dans des laboratoires extérieurs.

9. Lesquels de tests de microscopie suivants sont réalisés au sein de votre FOSA ? (Cocher toutes les réponses appropriées)
<input type="checkbox"/> 1 Examen mycologique (de champignons) après coloration
<input type="checkbox"/> 1 Coloration acido-résistante ou immunofluorescence pour la tuberculose
<input type="checkbox"/> 1 Coloration de Wright-Giemsa
<input type="checkbox"/> 1 Coloration au bleu de méthylène
<input type="checkbox"/> 1 Recherche d'œufs et de parasites dans les selles
<input type="checkbox"/> 2 Coloration de Gram

10. Lesquels de cultures ou tests de dépistage rapides suivants sont généralement disponibles en temps utile ? (Cocher une seule réponse par ligne)			
Test	Réalisé au sein de la FOSA	Disponible auprès d'un laboratoire extérieur	Non disponible
Hémoculture	[]2	[]1	[]
Culture de LCR	[]2	[]1	[]
Culture de champignons	[]2	[]1	[]
Culture du virus de la rougeole ou immunofluorescence	[]2	[]1	[]
Culture de mycobactéries	[]2	[]1	[]
Test d'identification des mycobactéries par amplification (ex : PCR)	[]2	[]1	[]
Culture de crachat	[]2	[]1	[]
Coproculture avec recherche de <i>Campylobacter</i> spp.	[]2	[]1	[]
Coproculture avec recherche du bacille du choléra	[]2	[]1	[]
Coproculture avec recherche d' <i>E. coli</i> O : 157	[]2	[]1	[]
Coproculture avec recherche de <i>Shigella</i> spp.	[]2	[]1	[]
Uroculture	[]2	[]1	[]
Culture de plaies	[]2	[]1	[]
11. Lesquelles de cultures ou tests de dépistage rapides suivants sont généralement disponibles en temps utile ? (Cocher une réponse par ligne)			
Test	Réalisé au sein de la FOSA	Disponible auprès d'un laboratoire extérieur	Pas réalisé
Sérologie de la dengue	[]1	[]1	[]
Sérologie de l'hépatite A	[]1	[]1	[]
Sérologie de l'hépatite C	[]1	[]1	[]
Sérologie de l'hépatite B	[]2	[]1	[]
Sérologie du VIH-1	[]2	[]1	[]

12. Quels tests utilisez-vous généralement pour identifier les staphylocoques ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Pas d'identification systématique des staphylocoques
- Coloration de Gram
- Morphologie de la colonie (pigmentation, hémolyse, etc.)
- Test de coagulase, recherche de la thermonucléase, ou test d'agglutination au latex

13. Quels tests utilisez-vous généralement pour identifier les streptocoques et les entérocoques ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Pas d'identification systématique des streptocoques
- Recherche de catalase
- Morphologie de la colonie (hémolyse, etc.)
- Coloration de Gram
- Disque de bacitracine ou test PYR
- Disque d'optochine, réaction de gonflement capsulaire, ou test de solubilité de la bile
- Milieu bile-esculine et milieu à 6,5 % de sel ou test PYR
- Recherche d'AMP cyclique ou hydrolyse de l'hippurate
- Typage sérologique de streptocoques appartenant aux groupes de Lancefield

14. Quels tests utilisez-vous généralement pour identifier les bâtonnets à Gram négatif ? (Cocher une seule réponse)

- Pas d'identification systématique des bâtonnets à Gram négatif
- Tests biochimiques fabriqués au sein du laboratoire
- Bandelettes réactives vendues dans le commerce (par ex. API)
- Tests biochimiques vendus dans le commerce (milieu en tube)

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section _____

51

Techniques d'hémoculture

Les questions ci-dessous concernent les techniques utilisées pour réaliser des hémocultures et les méthodes de transmission des résultats.

15. Quelle technique utilisez-vous pour réaliser les hémocultures ? (Cocher la technique la plus fréquemment utilisée)

- Pas d'hémoculture réalisée
- 1 Bouillon de culture fait à la maison
- 2 Bouillon de culture vendu dans le commerce

16. Lesquelles de procédures suivantes sont réalisées directement à partir du bouillon d'hémoculture ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Aucune procédure n'est réalisée directement à partir du bouillon d'hémoculture
- 1 Coloration de Gram
- 1 Test préliminaire de sensibilité aux antibiotiques à l'aide d'un disque
- 1 Identification préliminaire des micro-organismes

17. Quels critères sont généralement utilisés pour réaliser des sous-cultures d'hémoculture en milieu solide ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Aucune sous-culture n'est réalisée
- 1 Sous-cultures à l'aveugle avant de transmettre un résultat final négatif
- 1 Lorsque le contrôle visuel laisse penser que la culture est positive

18. Comment les médecins sont-ils informés qu'une hémoculture est positive ? (Cocher la solution la plus fréquemment retenue)

- Aucune notification n'est envoyée aux médecins
- Rapport papier envoyé à la salle ou à l'unité
- 2 Appel téléphonique ou autre contact direct avec le médecin

19. Au bout de combien de jours d'incubation une hémoculture est-elle considérée comme définitivement négative ? (Indiquer le nombre de jours le plus fréquemment retenu).

- Moins de cinq jours
- 1 Cinq jours ou plus

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section

10

Tests de résistance aux antibiotiques

Les questions ci-dessous fournissent des informations contextuelles relatives à la détermination d'une résistance aux antibiotiques dans votre FOSA et aux méthodes de transmission des résultats.

<p>20. Quelle technique utilisez-vous pour réaliser des tests de sensibilité aux antibiotiques sur des isolats bactériens ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun test de sensibilité aux antibiotiques n'est réalisé</p> <p><input type="checkbox"/> Utilisation de disques faits maison</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Antibiogramme standard par diffusion (méthode des disques) avec des disques achetés dans le commerce</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Détermination de la CMI à l'aide d'une dilution ou microdilution en milieu liquide, détermination automatique de la CMI, dilution en gélose ou test E</p>
<p>21. Quels critères sont généralement utilisés pour déterminer la sensibilité ou la résistance aux antibiotiques ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun test de sensibilité aux antibiotiques n'est réalisé</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>Clinical Laboratory Standards Institute/National Committee for Clinical Laboratory Standards (CLSI/NCCLS)</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Système européen (EUCAST)</p>
<p>22. Dans quelles circonstances des tests de sensibilité d'une bactérie aux antibiotiques sont-ils réalisés ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> À la demande du médecin</p> <p><input type="checkbox"/> De manière systématique</p>
<p>23. Comment la résistance du staphylocoque doré à l'oxacilline (méthicilline) est-elle déterminée ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun dépistage n'est réalisé</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Staphylocoque résistant à l'oxacilline (6 ug/ml d'oxacilline + 4 % de NaCl dans une gélose de Mueller-Hinton)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Disque de céfoxitine ou d'oxacilline</p>
<p>24. Effectuez-vous des tests de production de bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p>
<p>25. Comment le Comité de lutte contre les infections nosocomiales ou la personne en charge de cette fonction est informé que des souches bactériennes résistantes aux antibiotiques ont été isolées ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune notification n'est envoyée de manière systématique</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Rapport papier envoyé au Comité de lutte contre les infections nosocomiales ou à la personne en charge de cette fonction</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Le personnel chargé de la lutte contre les infections nosocomiales appelle ou passe au laboratoire pour effectuer des contrôles périodiques</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Appel téléphonique ou autre contact direct avec le médecin</p>

26. Avez-vous généralement recours à des organismes de référence ou de contrôle de la qualité pour valider les résultats des tests de sensibilité aux antibiotiques ? <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> 2 Oui
27. Rédigez-vous des synthèses de profils de sensibilité aux antibiotiques pour l'établissement ? <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> 2 Oui
28. Les rapports sur les profils de résistance aux antibiotiques spécifiques à un micro-organisme sont-ils rédigés ? <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui
29. Les profils de résistance de micro-organismes nosocomiaux et acquis dans la communauté sont-ils notifiés dans un rapport spécifique ? (Par exemple les micro-organismes isolés sur des patients hospitalisés depuis moins de 48 heures par opposition aux patients hospitalisés depuis plus de 48 heures.) <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui
30. À quelle fréquence ces rapports sont-ils rédigés ? (Cocher une seule réponse) <input type="checkbox"/> Aucun rapport n'est rédigé <input checked="" type="checkbox"/> 1 Au moins une fois par an
31. Qui est informé des profils de résistance ? (Cocher toutes les réponses appropriées) <input type="checkbox"/> Pas de rapport <input checked="" type="checkbox"/> 1 Le responsable du programme de lutte contre les infections nosocomiales ou le président du même Comité <input checked="" type="checkbox"/> 1 Les chefs des départements cliniques <input checked="" type="checkbox"/> 1 Le directeur ou le responsable de la pharmacie <input checked="" type="checkbox"/> 1 L'ensemble des médecins de la FOSA

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section

20

COMMENTAIRES SUR LE LABORATOIRE DE MICROBIOLOGIE

Commentaires sur les questions

1. Une bonne identification des micro-organismes fréquemment observés dans l'environnement des soins de santé, les tests sur les micro-organismes inhabituels ou exigeants et les tests de sensibilité aux antibiotiques adaptés sont des procédures complexes qui nécessitent du personnel qualifié.
2. Des échanges fréquents avec le personnel chargé de la lutte contre les infections nosocomiales sont nécessaires afin de discuter des changements de profils de résistance aux antibiotiques et des modifications constatées dans la survenue d'infections nosocomiales suspectées.
3. Les rapports microbiologiques sont nécessaires pour garantir la qualité des soins aux patients, effectuer un suivi des profils de résistance aux antibiotiques institutionnels ou locaux et détecter la tournure des infections nosocomiales.
4. Environ un an de données est nécessaire pour rédiger un état récapitulatif (antibiogramme) et garantir des soins d'excellente qualité aux patients.
5. Les cultures de surveillance systématiques ne sont pas indiquées.
6. Les cultures de lait maternel ou de préparations maison sont recommandées.
7. Le personnel, le matériel, l'environnement et les solutions peuvent être sources de micro-organismes dans un foyer. Les types de culture et les personnes à dépister devraient être définis conjointement avec un spécialiste de la lutte contre les infections nosocomiales, un médecin microbiologiste ou un spécialiste des maladies infectieuses. Un milieu sélectif peut être nécessaire pour détecter un agent pathogène associé à une bactérie environnementale ou commensale.
8. L'utilisation des armoires de sécurité et d'autres équipements de protection peut contribuer à éviter au personnel de contracter des infections acquises en laboratoire. Les sous-cultures de flacons d'hémocultures positives, ainsi que des méthodes susceptibles de générer des aérosols d'agents pathogènes, devraient être réalisées dans des armoires de sécurité microbiologiques, tout comme la manipulation de cultures de *Mycobacterium tuberculosis* (bacille de Koch).
9. La coloration directe d'échantillons cliniques oriente le traitement présomptif et peut parfois contribuer à poser un diagnostic définitif (par exemple, parasite intestinal ou à diffusion hématogène). La coloration des micro-organismes après la culture est généralement nécessaire pour l'identification définitive des bactéries et des moisissures.
10. Chacun de ces tests devrait être disponible, soit au sein du laboratoire de la FOSA, soit dans un laboratoire auquel les échantillons peuvent être rapidement apportés et qui peut transmettre à la FOSA les résultats obtenus sans tarder.

11. Chacun de ces tests devrait être disponible, soit au sein du laboratoire de la FOSA, soit dans un laboratoire auquel les échantillons peuvent être rapidement apportés et qui peut transmettre à la FOSA les données obtenues sans tarder.
12. La morphologie de la colonie et la coloration de Gram peuvent indiquer qu'un micro-organisme appartient à la famille des staphylocoques. Cependant, la détection du staphylocoque doré nécessite de tester la coagulase, de déterminer la présence de nucléase thermostable ou de procéder à un test d'agglutination au latex afin de détecter la protéine du staphylocoque doré. Le test d'agglutination au latex peut donner des résultats de faux positifs au *Staphylococcus saprophyticus* et ne devrait donc pas être utilisé en cas de suspicion de staphylocoque dans des échantillons d'urine.
13. La morphologie de la colonie, la coloration de Gram et la recherche de catalase peuvent suggérer qu'un micro-organisme appartient à la famille des streptocoques. Cependant, la détection de variétés particulières nécessite des analyses supplémentaires. Un test PYR positif ou une croissance en présence de bile et d'hydrolyse de l'esculine (milieu bile-esculine) et une croissance dans un milieu à 6,5 % de sel montrent qu'une coque à Gram positif, catalase-négatif appartient à la famille des *Enterococcus genus* (entérocoques), mais l'identification précise nécessite là encore des analyses supplémentaires. Les autres tests répertoriés peuvent être utilisés pour l'identification systématique du streptocoque si la morphologie de la colonie, la coloration de Gram et la recherche de catalase sont cohérentes avec le genre suspecté.
14. La plupart des bâtonnets à Gram négatif ne peuvent pas être identifiés à l'aide de méthodes simplifiées et nécessitent une batterie de tests biochimiques. Les rares exceptions sont notamment l'*Escherichia coli* (colibacille) et le *Pseudomonas aeruginosa* (bacille pyocyanique), pour lesquels une identification rapide est possible. Le contrôle de la qualité des analyses biochimiques est toujours important, mais il est essentiel de procéder à un contrôle de la qualité des tests fabriqués au sein du laboratoire.
15. L'hémoculture est un des tests les plus importants auxquels procède un laboratoire de microbiologie clinique. Les bouillons de culture disponibles dans le commerce sont généralement de meilleure qualité et plus fiables que les bouillons faits maison pour obtenir une croissance rapide des bactéries.
16. Le colorant Gram et les tests présomptifs, y compris la sensibilité aux antibiotiques et leur identification sont importants pour orienter traitement initial en cas de septicémie. S'il est réalisé correctement, le test présomptif de sensibilité aux antibiotiques réalisé directement à partir du flacon de l'hémoculture est suffisamment précis pour les staphylocoques et les entérobactéries (bâtonnets à Gram négatif entériques), mais il est également nécessaire de procéder à des tests standard de colonies pures cultivées en milieu solide. La sensibilité aux antibiotiques des bactéries à Gram positif devrait être testée directement à partir du flacon d'hémoculture, mais les résultats ne doivent pas être pris en compte pour le pneumocoque, organisme pour lequel cette méthode n'est pas adaptée.
17. Un contrôle visuel ne permet pas de détecter toutes les hémocultures positives, c'est pourquoi une sous-culture à l'aveugle de toutes les cultures qui semblent négatives devrait être réalisée. En cas d'utilisation d'un système d'hémoculture automatisé, la sous-culture à l'aveugle n'est généralement pas nécessaire.

18. Les médecins devraient être rapidement informés des hémocultures positives afin que le patient puisse recevoir le traitement adapté.
19. Les hémocultures devraient être cultivées au minimum cinq jours. Cependant, même si cinq jours suffisent à détecter la plupart des bactéries exigeantes dans les systèmes d'hémoculture automatisés, cela n'a pas été confirmé pour les bouillons de culture faits maison ou les cultures lues manuellement, qui peuvent nécessiter une incubation plus longue.
20. Un antibiogramme standard par diffusion (méthode des disques) ou la détermination de la CMI par une des différentes techniques possibles permettent de définir la plupart des sensibilités aux antibiotiques. Les disques disponibles dans le commerce sont un moyen relativement peu coûteux et de qualité pour déterminer la sensibilité aux antibiotiques.
21. Les critères adaptés d'interprétation relatifs à la sensibilité aux antibiotiques devraient être soigneusement appliqués. Ainsi, les critères d'interprétation destinés à une espèce ou à un genre donné ne doivent pas être utilisés pour une espèce ou un genre différent, leur interprétation pouvant être erronée.
22. Pour la plupart des micro-organismes, y compris les staphylocoques et les entérobactéries (bâtonnets à Gram négatif entériques), les tests de sensibilité devraient être réalisés pour tous les isolats cliniquement importants. Des protocoles permettant de déterminer les micro-organismes « cliniquement importants » devraient être mis en place par le directeur du laboratoire ou un médecin expérimenté spécialiste des maladies infectieuses. Certaines bactéries sont connues pour leur sensibilité à des antibiotiques donnés, c'est pourquoi des tests relatifs à ces bactéries sont rarement nécessaires. Par exemple, les streptocoques des groupes A et B sont connus pour leur sensibilité à la pénicilline. Ainsi, les tests de sensibilité ne sont nécessaires que dans les cas particuliers, comme celui d'un patient allergique à la pénicilline.
23. Les procédures standard doivent être respectées pour identifier avec précision le staphylocoque doré résistant à la méthicilline. Des tests basés sur l'utilisation de géloses hypersalées-oxacilline ou de disques de céfoxitine ou d'oxacilline peuvent être réalisés afin de détecter un staphylocoque doré résistant à la méthicilline. Pour les staphylocoques coagulase-négatifs résistants à la méthicilline, les tests réalisés avec des disques de céfoxitine sont plus précis que ceux pratiqués avec des disques d'oxacilline.
24. Les entérobactéries (bâtonnets à Gram négatif entériques) productrices de BLSE peuvent sembler sensibles aux bêta-lactamines en culture, mais la plupart des bêta-lactamines sont inefficaces contre ces micro-organismes. Les critères standard (ex : *Clinical Laboratory Standards Institute/National Committee for Clinical Laboratory Standards*) devraient être utilisés pour dépister et confirmer la production de BLSE.
25. Tout retard dans la transmission des informations relatives à l'identification des bactéries résistantes aux antibiotiques au personnel médical et aux responsables de la lutte contre les infections nosocomiales entraîne un retard dans la mise en place de mesures de prévention et de lutte contre les infections au sein de la FOSA. Le personnel de laboratoire, les médecins et le personnel chargé de la lutte contre les infections nosocomiales devraient être vigilants, rapporter toute suspicion de foyer et s'assurer que les mesures d'endiguement sont bien mises en œuvre dès que possible.

26. Il est important de recourir aux organismes de contrôle de la qualité pour valider les réactifs utilisés dans le cadre de tests de sensibilité aux antibiotiques, et ce, aussi bien pour les réactifs ou milieux vendus dans le commerce que ceux faits maison.

27. Il existe une très grande disparité non seulement régionale, mais également au niveau des FOSA, en matière de profils de sensibilité aux antibiotiques et de micro-organismes à l'origine d'infections nosocomiales. C'est pourquoi les données relatives à la sensibilité obtenues au plan local devraient être utilisées afin d'orienter une antibiothérapie probabiliste.

28. La sensibilité d'espèces appartenant au même genre peut être extrêmement variée. En général, il est nécessaire de répartir les micro-organismes en fonction des espèces avant de procéder à l'analyse de leur profil de sensibilité.

29. La répartition des micro-organismes en deux catégories, *infections acquises dans la communauté* et *infections nosocomiales*, peut être utile afin de définir un traitement probabiliste et de suivre l'évolution de la résistance aux antibiotiques. Les termes « acquise dans la communauté » et « nosocomiale » peuvent être définis en collaboration avec un spécialiste de la lutte contre les infections nosocomiales.

30. En général, un rapport annuel concernant les profils de résistance est suffisant. Cependant, des analyses plus fréquentes peuvent être nécessaires si un foyer de micro-organismes résistants aux antibiotiques est suspecté.

31. Les profils de résistance aux antibiotiques devraient être mis à disposition de tous les médecins de la communauté et sont particulièrement importants pour le Comité de lutte contre les infections nosocomiales et la Pharmacie. Toute augmentation constatée en termes de résistance aux antibiotiques devrait être rapportée au Comité de lutte contre les infections nosocomiales ou au responsable chargé de cette mission.

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la section

3. Score en pourcentage : (Colonne 1/Colonne 2) × 100

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

***Section C : Modules administrés une seule fois
là où la désinfection ou la stérilisation a lieu***

MODULE 13 : STÉRILISATION ET DÉSINFECTION – ÉQUIPEMENTS ET SOLUTÉS IV

Ce module devrait être complété par le responsable de l'unité centrale de stérilisation et désinfection ou par le responsable de la stérilisation et de la désinfection de chaque pavillon où les équipements sont stérilisés.

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ la case devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées. Les questions destinées à préciser le contexte ne sont pas comptabilisées dans le score.

1. Où sont stérilisés et désinfectés les équipements dans la formation sanitaire (FOSA) ?

- Unité centrale
- Unité logistique du service de travail et accouchement
- Unité logistique de la zone chirurgicale
- Autre (préciser) _____

2. Veuillez indiquer la formation suivie pour occuper ce poste. (Cocher toutes les réponses appropriées.) Si aucun responsable n'est officiellement désigné, passer à la question 3.

- Aucune formation
- Formation en cours d'emploi
- 1 Conférences ou séminaires
- 2 Programme de formation (academique) officielle

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

3

Politiques et procédures

Les questions qui suivent précisent le contexte des procédures et pratiques de stérilisation et désinfection de votre FOSA.

3. Existe-t-il des politiques ou des procédures écrites pour la stérilisation des instruments et équipements au sein de la FOSA ?

- Pas de politiques ni de procédures écrites
- Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement
- 1 Politiques et/ou procédures écrites disponibles uniquement dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne
- 2 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques

4. Les politiques écrites précisent-elles explicitement les éléments (équipements ou instruments) qui doivent être stérilisés ?

- Pas de politiques écrites
- Non, les éléments ne sont pas précisés explicitement
- Oui

5. Quelle est la procédure requise lorsqu'une défaillance du stérilisateur est détectée ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Aucune procédure écrite
- Signalement de la défaillance
- Retrait des éléments potentiellement contaminés auprès des unités cliniques

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

5

Préparation d'irrigation stérile et des solutés intraveineux (IV)

Les questions suivantes précisent où et comment les solutés IV sont préparés au sein de la FOSA.

6. Si les solutés d'irrigation sont préparés dans une unité centrale de stérilisation de la FOSA, quelle méthode de stérilisation est utilisée ? (Cocher la réponse la plus appropriée)

- Aucun soluté stérile n'est préparé dans la FOSA
- Par ébullition
- Par filtration
- Par micro-ondes
- Par osmose inverse
- Par stérilisation par vapeur (autoclave)

7. Si les solutés d'irrigation ne sont pas préparés dans une unité centrale de stérilisation de la FOSA, où sont-ils préparés ? (Cocher une seule réponse)

- Les solutés sont préparés dans une unité centrale de stérilisation
- Les solutés sont préparés ailleurs dans la FOSA (Préciser où : _____)
- Les solutés sont achetés non stériles auprès de sources commerciales
- Les solutés sont achetés stériles auprès de sources commerciales

8. Si les solutés IV ne sont pas préparés dans une unité centrale de stérilisation de la FOSA, où sont-ils préparés ? (Cocher une seule réponse)

- Les solutés sont préparés ailleurs dans la FOSA (Préciser où : _____)
- Les solutés sont achetés non stériles auprès de sources commerciales
- Les solutés sont achetés stériles auprès de sources commerciales

9. Si les solutés IV sont préparés dans une unité centrale de stérilisation de la FOSA, existe-t-il une durée de stérilisation standard requise pour un volume de soluté donné ?
- Les solutés IV ne sont pas préparés dans une unité centrale de stérilisation de la FOSA
 - Non
 - 1 Oui

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

6

Décontamination et nettoyage des instruments et équipements

Les questions suivantes concernent les politiques et les pratiques de décontamination et de nettoyage des instruments et autre équipement.

10. Existe-t-il une politique écrite de la FOSA sur la décontamination des instruments avant leur nettoyage ?
- Pas de politiques ni de procédures écrites
 - Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement
 - 1 Politiques et/ou procédures écrites disponibles uniquement dans un manuel des procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne
 - 2 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques
11. Dans quelle mesure les éléments souillés et propres sont-ils séparés les uns des autres ? (Cocher une seule réponse)
- Ils sont retraités au même endroit
 - Ils sont retraités dans la même salle, dans des endroits distincts
 - 1 Il existe des salles distinctes pour les éléments souillés et pour les éléments propres
12. Quel désinfectant est habituellement utilisé pour décontaminer les éléments utilisés ? (Cocher le désinfectant le plus couramment utilisé)
- Les éléments utilisés ne sont pas tous décontaminés
 - 1 Iodophore
 - 1 Formaldéhyde
 - 1 Alcool isopropylique ou éthylique
 - 1 Glutaraldéhyde
 - 1 Composé phénolique
 - 1 Eau oxygénée
 - 1 Acide paracétique
 - 2 Eau de Javel ou autre composé chloré
13. La décontamination intervient-elle avant le nettoyage ou toute autre manipulation des éléments utilisés ?
- Non
 - 1 Oui

<p>14. Comment les instruments souillés sont-ils habituellement nettoyés ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Rinçage <input checked="" type="checkbox"/> Brossage vigoureux avec une brosse <input checked="" type="checkbox"/> Lave-vaisselle <input checked="" type="checkbox"/> Appareil de nettoyage à ultrasons</p>
<p>15. Quelle solution est utilisée pour débarrasser les instruments souillés des matières organiques ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Eau <input checked="" type="checkbox"/> Eau additionnée de détergent <input checked="" type="checkbox"/> Solution dissolvant les protéines (enzymes)</p>
<p>16. Quel matériau est utilisé pour emballer les éléments à stériliser ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Pas d'emballage <input type="checkbox"/> Toile <input checked="" type="checkbox"/> Coton <input checked="" type="checkbox"/> Mousseline <input checked="" type="checkbox"/> Papier <input checked="" type="checkbox"/> Papier journal</p>
<p>17. Combien de couches de matériau sont utilisées pour emballer les éléments à stériliser ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Une couche <input checked="" type="checkbox"/> Deux couches</p>

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

12

Stérilisation et désinfection des instruments et équipements

Les questions suivantes vous demandent de préciser les méthodes utilisées pour la désinfection et la stérilisation ainsi que les méthodes et indicateurs spécifiques utilisés pour la stérilisation, le conditionnement et le stockage. Répondre aux questions des sections A à E en fonction des méthodes utilisées dans votre section de la FOSA.

18. Quelles méthodes sont utilisées pour désinfecter et stériliser les équipements ? (Cocher toutes les réponses appropriées à chaque ligne.) Laisser vierge si les équipements ne sont pas stérilisés.						
Matériel	Vapeur (autoclave)	Chaleur sèche	Stérilisation chimique	Désinfection de haut niveau	Chaleur humide / pasteurisation	Autre méthode**
Lames de bistouri	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sondes urinaires en métal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Sondes urinaires en plastique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Cathéters ou tubulures IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masque ou sonde à oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Lames de laryngoscope	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Instruments chirurgicaux ou obstétricaux	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sondes endotrachéales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Endoscopes à fibre optique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masques Ambu (ballons de réanimation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Sondes d'aspiration respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Nébuliseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Circuits de ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
**Si une autre méthode est utilisée, la décrire dans l'espace ci-dessous :						

<p>19. Quelles méthodes sont utilisées pour la stérilisation des équipements ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Stérilisation accélérée par vapeur (autoclave) <input type="checkbox"/> Par micro-ondes <input type="checkbox"/>1 Oxyde d'éthylène <input type="checkbox"/>1 Stérilisation au plasma ou au gaz <input type="checkbox"/>1 Stérilisation au formaldéhyde et par vapeur à basse température <input type="checkbox"/>1 Stérilisation sous pression ou par vapeur (autoclave) Compléter la section A ci-dessous <input type="checkbox"/>1 Stérilisation par chaleur sèche (four) Compléter la section B ci-dessous <input type="checkbox"/>1 Stérilisation chimique Compléter la section C ci-dessous <input type="checkbox"/>1 Désinfection chimique de haut niveau Compléter la section D ci-dessous <input type="checkbox"/>1 Désinfection de haut niveau par pasteurisation Compléter la section E ci-dessous</p>
<p>20. Les indicateurs chimiques ou biologiques suivants sont-ils utilisés pour surveiller l'efficacité de la stérilisation ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Pas d'utilisation d'indicateur <input type="checkbox"/>1 Seuls des indicateurs biologiques sont utilisés <input type="checkbox"/>1 Seuls des indicateurs chimiques sont utilisés <input type="checkbox"/>2 Les deux types d'indicateurs sont utilisés</p>
<p>21. À quelle fréquence des indicateurs de surveillance sont-ils utilisés ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Pas d'utilisation d'indicateurs <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois par mois <input type="checkbox"/>1 Chaque jour <input type="checkbox"/>2 À chaque cycle</p>
<p>22. À quelle fréquence les autoclaves sont-ils vérifiés par un personnel d'entretien ou de service ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Absence d'autoclave dans la FOSA <input type="checkbox"/> Uniquement en cas d'intervention rendue nécessaire pour des réparations <input type="checkbox"/>1 Uniquement en cas de révision dans le cadre du contrat d'entretien <input type="checkbox"/>1 Une fois par mois <input type="checkbox"/>1 Plusieurs fois par an</p>
<p>23. Comment les instruments stériles sont-ils stockés ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Directement sur les étagères ou les chariots <input type="checkbox"/> Dans des boîtes en carton <input type="checkbox"/> Dans des sacs en papier <input type="checkbox"/>1 Dans des boîtes en métal ou en plastique fermées <input type="checkbox"/>1 Dans des sacs en plastique <input type="checkbox"/>1 Dans des sacs collecteurs stérilisés (sterilized acceptor bags)</p>
<p>24. La date de stérilisation est-elle inscrite sur les emballages stériles ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>1 Oui</p>
<p>25. Dans quel ordre les fournitures stériles sont-elles retirées du stockage pour utilisation ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Les emballages stériles les plus récents sont utilisés en premier <input type="checkbox"/> Au hasard ou selon ce qui est le plus pratique <input type="checkbox"/>1 Les emballages stériles les plus anciens sont utilisés en premier</p>

26. Existe-t-il une politique écrite concernant la durée de vie (conservation) après laquelle les éléments non protégés doivent être restérilisés ? (Cocher une seule réponse)
- Pas de politiques ni de procédures écrites
 - Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement
 - 1 Politiques et/ou procédures écrites disponibles uniquement dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne
 - 2 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

56

A. Stérilisation sous pression ou par vapeur (autoclave)

Compléter cette section uniquement en cas d'utilisation de la stérilisation sous pression ou par vapeur.

27. Le personnel effectuant la stérilisation sous pression ou par vapeur dispose-t-il de procédures écrites ? (Cocher une seule réponse)
- Pas de politiques ni de procédures écrites
 - Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement
 - 1 Politiques et/ou procédures écrites disponibles uniquement dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne
 - 2 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques
28. À quelle fréquence la durée, la température et la pression sont-elles vérifiées au cours du processus de stérilisation par vapeur ? (Cocher une seule réponse)
- Une fois par semaine
 - Une fois par mois
 - Plusieurs fois par an (pas régulièrement)
 - Uniquement en cas de révision dans le cadre du contrat d'entretien
 - Uniquement en cas d'intervention rendue nécessaire pour des réparations
 - 1 Selon le calendrier recommandé par le fabricant
 - 1 Chaque jour
 - 2 À chaque cycle
29. Comment les éléments sont-ils séchés après leur retrait de l'autoclave ? (Cocher une seule réponse)
- Pas de séchage
 - Séchage à l'air
 - 1 Chaleur sèche (par ex. un four)
 - 1 Air pulsé (par ex. un ventilateur)

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

5

B. Stérilisation par chaleur sèche

Compléter cette section uniquement en cas d'utilisation de la stérilisation par chaleur sèche.

30. Le personnel effectuant la stérilisation par chaleur sèche dispose-t-il de procédures écrites ? (Cocher une seule réponse)

- Pas de politiques ni de procédures écrites
- Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement
- 1 Politiques et/ou procédures écrites disponibles uniquement dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne
- 2 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques

31. À quelle fréquence la durée et la température au cours de la stérilisation par chaleur sèche sont-elles vérifiées ? (Cocher une seule réponse)

- Une fois par semaine
- Une fois par mois
- Plusieurs fois par an (pas régulièrement)
- Uniquement en cas d'intervention dans le cadre du contrat d'entretien
- Uniquement en cas d'intervention rendue nécessaire pour des réparations
- 1 Selon le calendrier recommandé par le fabricant
- 1 Chaque jour
- 2 À chaque cycle

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

4

C. Stérilisation chimique

Compléter cette section uniquement en cas d'utilisation de la stérilisation chimique.

32. Existe-t-il une politique écrite pour la vérification de l'efficacité de la solution chimique ? (Cocher une seule réponse)

- Pas de politiques ni de procédures écrites
- Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement
- 1 Politiques et/ou procédures écrites disponibles uniquement dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne
- 2 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques

33. Quel est l'agent utilisé pour la stérilisation chimique ? (Cocher une seule réponse)

- 1 Eau oxygénée
- Alcool isopropylique
- Alcool éthylique
- 1 Acide paracétique
- 1 Acide paracétique / eau oxygénée
- 1 Glutaraldéhyde
- 1 Glutaraldéhyde / phénol
- 1 Chlore
- 1 Orthophtaldéhyde
- 1 Formaldéhyde
- Iodophore
- 1 Oxyde d'éthylène

34. Avec quel agent les éléments sont-ils rincés après la stérilisation chimique ? (Cocher une seule réponse)

- Eau du robinet uniquement
- Eau distillée uniquement
- 1 Eau distillée suivie par un rinçage à l'alcool
- 1 Eau du robinet suivie par un rinçage à l'alcool
- 1 Eau stérile

35. Comment les éléments sont-ils séchés après la stérilisation chimique ? (Cocher toutes les réponses appropriées).

- Pas de séchage
- Séchage à l'air
- 1 Chaleur sèche (par ex. un four)
- 1 Air pulsé (par ex. un ventilateur)

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

6

D. Désinfection chimique de haut niveau

Compléter cette section uniquement en cas de désinfection de haut niveau à l'aide d'un agent chimique.

36. Quels sont les éléments traités par désinfection chimique de haut niveau ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- 1 Lames de bistouri
- 1 Sondes urinaires
- 1 Tubulures et cathéters intraveineux
- 1 Masques à oxygène
- 1 Circuits respiratoires du matériel d'anesthésie
- 1 Lames de laryngoscope
- 1 Instruments chirurgicaux et obstétricaux
- 1 Sondes endotrachéales
- 1 Endoscopes

37. Existe-t-il une politique écrite pour la surveillance de l'efficacité de la désinfection chimique ? (Cocher une seule réponse)

- Pas de politiques ni de procédures écrites
- Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement
- Politiques et/ou procédures écrites disponibles uniquement dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne
- Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques

38. Quel est l'agent le plus couramment utilisé pour la désinfection chimique de haut niveau ? (Cocher une seule réponse)

- Eau oxygénée
- Alcool isopropylique
- Alcool éthylique
- Acide paracétique
- Acide paracétique / eau oxygénée
- Glutaraldéhyde
- Glutaraldéhyde / phénol
- Chlore
- Orthophtaldéhyde
- Formaldéhyde
- Iodophore
- Oxyde d'éthylène

39. Avec quel agent les éléments sont-ils rincés après la désinfection chimique de haut niveau ? (Cocher une seule réponse)

- Eau du robinet uniquement
- Eau distillée uniquement
- Eau distillée suivie par un rinçage à l'alcool
- Eau du robinet suivie par un rinçage à l'alcool
- Eau stérile

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

13

E. Désinfection de haut niveau par pasteurisation

Compléter cette section uniquement en cas d'utilisation de la désinfection de haut niveau par pasteurisation.

40. Existe-t-il des procédures écrites pour la surveillance de l'efficacité de la solution de pasteurisation ? (Cocher une seule réponse)

- Pas de politique ni de procédures écrites
- Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement
- 1 Politiques et/ou procédures écrites disponibles uniquement dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne
- 2 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques

41. Avec quel agent les éléments sont-ils rincés après la désinfection de haut niveau par pasteurisation ? (Cocher une seule réponse)

- Eau du robinet uniquement
- Eau distillée uniquement
- 1 Eau distillée suivie par un rinçage à l'alcool
- 1 Eau du robinet suivie par un rinçage à l'alcool
- 1 Eau stérile

42. Comment les éléments sont-ils séchés après la désinfection de haut niveau par pasteurisation ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Pas de séchage
- Séchage à l'air
- 1 Chaleur sèche (par ex. un four)
- 1 Air pulsé (par ex. un ventilateur)

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

5

COMMENTAIRES SUR LA STÉRILISATION ET LA DÉSINFECTION – ÉQUIPEMENTS ET SOLUTÉS IV

Contexte

Cette section concerne les méthodes employées pour la préparation des instruments utilisés dans les soins des patients. Les termes suivants sont utilisés dans cette section.

1. Décontamination : l'immersion d'un instrument dans une solution chimique afin de pouvoir le manipuler et le retraiter en toute sécurité. La décontamination devrait inactiver le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus de l'hépatite C (VHC).
2. Nettoyage : nettoyage mécanique des instruments par lavage ou brossage afin d'en retirer les particules ou débris importants ou visibles.
3. Désinfection de haut niveau (DHN) : traitement chimique qui élimine pratiquement tous les micro-organismes. Les bactéries à Gram positif sporulées sont généralement épargnées. Cette méthode de traitement est appropriée pour les instruments sensibles à la chaleur qui ne seront pas en contact avec des zones normalement stériles.
4. Pasteurisation : DHN à la vapeur ou l'ébullition.
5. Stérilisation : traitement qui supprime tous les micro-organismes d'un instrument, y compris les spores à Gram positif. Ce traitement est indispensable pour les instruments chirurgicaux et les dispositifs vasculaires qui seront en contact avec des zones normalement stériles.
6. Autoclave : appareil qui stérilise des instruments à l'aide de vapeur sous pression.

Commentaires sur les questions

1–4. Il est préférable de réaliser le nettoyage, la désinfection, le conditionnement et la stérilisation de l'ensemble des équipements dans une zone centrale conçue à cet effet. Cela permet de respecter toutes les procédures et pratiques de manière uniforme afin de réduire la variabilité et d'optimiser l'expérience et le confort du personnel. Une formation académique et des directives écrites permettent de rendre la pratique conforme aux normes reconnues. Pour limiter la confusion, les directives écrites devraient énumérer précisément les éléments nécessitant une stérilisation.

5. Les défaillances du stérilisateur peuvent compromettre l'intégrité des solutions et des instruments médicaux et chirurgicaux ; il est donc nécessaire d'effectuer un rappel de l'ensemble du matériel qui a pu être incomplètement stérilisé. De plus, la défaillance devrait être signalée au personnel responsable afin d'effectuer les réparations nécessaires, d'enregistrer les problèmes d'entretien et, si nécessaire, de demander l'aide du fabricant.

6–9. Les solutés stériles, comme ceux utilisés pour l'administration intraveineuse ou l'irrigation, peuvent uniquement être stérilisés fiablement dans un autoclave à vapeur sous pression (EngenderHealth 2004). Les durées et pressions standard sont publiées pour les

différents volumes de solutés. La qualité et la stérilité des solutés stériles disponibles dans le commerce sont plus fiables que celles des solutés préparés dans la FOSA. L'ébullition ne tue pas fiablement tous les micro-organismes, en particulier les bactéries à Gram positif sporulées. En conséquence, elle ne devrait pas être considérée comme une réelle stérilisation mais plutôt comme une DHN. De même, la chaleur sèche (four) amène simplement les solutions à ébullition, tandis que la pression d'un autoclave permet de délivrer une chaleur plus importante aux solutés avant l'ébullition. Les solutés qui seront administrés à des sites stériles doivent en conséquence être stérilisés dans un autoclave s'il est disponible.

10–13. Les instruments propres et souillés doivent être séparés, de préférence dans deux salles différentes. Cette précaution réduit les risques de contamination ou de confusion entre les instruments propres et ceux qui sont souillés. La décontamination réduit de manière importante le degré de contamination microbienne des instruments chirurgicaux. Si les instruments et autres éléments doivent être nettoyés à la main, la décontamination limite le risque d'infection et réduit la contamination microbienne. Les solutions chlorées réalisées à partir d'eau de Javel sont les produits les moins coûteux, les plus efficaces et ceux qui agissent le plus rapidement, mais il est également possible d'utiliser de l'alcool isopropylique ou éthylique à 70 % et des composés phénoliques de 0,5 à 3,0 % (Tietjen et al. 2003). Le processus recommandé pour la décontamination des instruments chirurgicaux, gants chirurgicaux et autres éléments souillés est de les placer dans une solution chlorée à 0,5 % pendant 10 minutes. Cette étape inactive rapidement les VHB, VHC et VIH et rend les éléments plus sûrs pour ceux qui vont les manipuler pendant le nettoyage. Des solutions chlorées diluées peuvent être préparées à partir d'eau de Javel liquide pour la décontamination et la DHN.

14, 15. Ni la stérilisation ni la DHN ne sont efficaces sans nettoyage préalable. Le nettoyage réduit effectivement jusqu'à 80 % des micro-organismes, en particulier les endospores responsables du tétanos. L'utilisation du savon, de préférence liquide, est importante pour un nettoyage efficace. Un lavage soigneux au savon et à l'eau propre élimine physiquement les matières organiques comme le sang et les liquides biologiques. Une solution enzymatique dégrade encore davantage les matières organiques. Il est important de porter des gants pendant le nettoyage des instruments afin d'éviter le contact du personnel de stérilisation avec des pathogènes comme ceux transmis par le sang. Le nettoyage mécanique peut être réalisé soit par brosse avec une brosse douce soit en utilisant un appareil de nettoyage mécanique (c.-à-d. un lave-vaisselle ou un appareil de nettoyage à ultrasons).

16, 17. Le coton, le papier, la mousseline et le papier journal sont tous des matériaux d'emballage acceptables parce qu'ils sont durables et qu'ils laissent pénétrer la vapeur. La toile ne laisse pas efficacement pénétrer la vapeur et ne devrait en conséquence pas être utilisée (EngenderHealth 2004). En raison de la présence fréquente de petites déchirures dans les couches individuelles, il est recommandé d'envelopper deux fois le matériel. Une seconde couche prévient la contamination des instruments avant utilisation et les deux couches sont assez fines pour laisser pénétrer la vapeur et stériliser l'élément.

18. En principe, les lames de bistouri doivent être achetées stériles et ne devraient pas être retraitées. Cependant, elles peuvent être totalement stérilisées à l'aide d'un autoclave ou par chaleur sèche. Si ces moyens ne sont pas disponibles, la stérilisation chimique est acceptable. Il est important de noter, cependant, qu'il doit s'agir d'une stérilisation chimique réelle et non de DHN, qui laisserait intacts certains endospores bactériens. Les bistouris doivent être décontaminés et nettoyés soigneusement avant tout emballage et stérilisation.

En principe, les sondes urinaires en plastique doivent être achetées stériles et ne devraient pas être retraitées. Elles peuvent cependant être retraitées en utilisant une méthode qui comporte au moins une DHN. Ainsi, la pasteurisation et la DHN sont suffisantes. Les sondes en métal, qui supportent la chaleur, peuvent être stérilisées par vapeur ou par chaleur sèche.

Les cathéters IV ne doivent jamais être réutilisés. Il est impossible de garantir la stérilisation de la lumière du cathéter. De plus, après des utilisations répétées, des défauts microscopiques peuvent apparaître dans la tubulure du cathéter, ce qui peut entraîner une contamination de l'ensemble du cathéter et une infection sanguine.

Le matériel chirurgical et obstétrical devrait être réellement stérilisé par autoclave ou chaleur sèche. La plupart de ces instruments, comme les pinces, les écarteurs ou les dispositifs d'aspiration chirurgicale pénètrent dans des sites biologiques stériles. En conséquence ils ne doivent pas être porteurs de la moindre particule microbienne viable, notamment les spores bactériennes. Il existe de rares exceptions comme les forceps obstétricaux qui peuvent être traités par DHN.

L'équipement respiratoire, comme les nébuliseurs, les sondes d'aspiration, les masques Ambu (ballons de réanimation), les sondes endotrachéales, les circuits de ventilation et les masques et tubulures à oxygène, devrait être traité par DHN ou pasteurisation. L'équipement stable à la chaleur, comme les lames de laryngoscope en métal, peut également être traité par stérilisation en autoclave ou par chaleur sèche.

20, 21. Des indicateurs biologiques et chimiques normalisés devraient être utilisés aussi souvent que possible pour surveiller l'efficacité de la stérilisation de l'équipement. Les indicateurs biologiques devraient être utilisés une fois par jour et les indicateurs chimiques (comme un ruban indicateur) devraient être utilisés à chaque cycle.

22. En complément des réparations requises, les autoclaves devraient être inspectés régulièrement et entretenus par du personnel qualifié.

23. Les éléments stériles devraient être conservés dans leur emballage ou dans un conteneur extérieur stérilisé simultanément. La détérioration de l'emballage ou la pénétration de l'humidité peuvent entraîner la contamination des instruments ; une protection optimale sera donc obtenue par l'utilisation de boîtes en métal ou en plastique fermées. L'utilisation de sacs en plastique propres est également acceptable et permet d'allonger la durée de vie des éléments stérilisés.

24–26. La durée de vie des éléments stérilisés est variable et dépend de facteurs comme la manipulation, l'emballage et le stockage (se référer à Tietjen et al. 2003 pour plus d'informations). La date de stérilisation devrait être inscrite sur les emballages stériles pour garantir que les emballages les plus anciens sont utilisés en premier. Ceci devrait faire l'objet d'une directive écrite détaillée.

28, 29. Les éléments stérilisés par vapeur et par pression (autoclave) devraient être stérilisés à 121 °C (250 °F) pendant 30 minutes (éléments emballés ou 20 minutes pour les éléments qui ne sont pas emballés). Attendre 20 à 30 minutes (ou le moment où la jauge de pression affiche zéro) avant d'ouvrir le couvercle ou la porte. Minuter le processus à l'aide d'une horloge.

Le séchage rapide est important pour s'assurer du maintien de l'intégrité du matériel enveloppé et limiter la colonisation microbienne. La vitesse du séchage ambiant est variable. Si dans un climat très sec le séchage ambiant peut être suffisant, dans un environnement plus humide le séchage peut-être lent ou en fait ne jamais être complètement obtenu. Dans ces conditions, les fours ou ventilateurs de séchage sont conseillés pour l'accélérer.

30, 31. La stérilisation par chaleur sèche est réalisée dans un four à convection ou dans un simple four en cas d'utilisation d'un thermomètre pour vérifier la température intérieure. La chaleur sèche présente l'avantage de pouvoir atteindre toutes les surfaces des instruments, même ceux qui ne peuvent pas être démontés. Cette méthode ne laisse aucun résidu chimique, protège les lames ou instruments à bord coupant et élimine les problèmes « d'emballage humide » dans les régions à climat humide. Cependant, les éléments en plastique et en latex ne peuvent pas être stérilisés par chaleur sèche et celle-ci pénètre le matériel de manière lente et inégale. Les ratios de température et de durée recommandées (une fois atteinte la température souhaitée) varient de 60 minutes à 170 °C (340 °F) à une nuit à 121 °C (250 °F). Les éléments peuvent être enveloppés dans un film aluminium ou placés dans un conteneur en métal équipé d'un couvercle bien ajusté. Les lames devraient être placées dans des tubes en verre bouchés avec du coton ; les éléments en vrac qui ne sont pas enveloppés peuvent être placés dans des conteneurs en métal ou sur des plateaux dans le four. Il est recommandé d'utiliser des indicateurs biologiques quotidiennement pour surveiller la stérilisation par chaleur sèche. Si possible, des indicateurs chimiques devraient être utilisés à chaque cycle.

33, 34. Il est prouvé que les indicateurs biologiques utilisés en général pour la stérilisation par vapeur, comme la survie de spores, sont également utiles pour surveiller l'efficacité de la stérilisation chimique liquide (Kralovic 1993). Une surveillance fréquente (c.-à-d. quotidienne) assure que les instruments sont stérilisés efficacement.

Il est préférable de réserver la stérilisation chimique aux instruments qui contiennent des matériaux susceptibles d'être sensibles à la chaleur ou à la pression. Il est également adapté de stériliser les éléments complexes, comme les endoscopes, à l'aide de cette méthode. Se référer à Tietjen et al. 2003 ou EngenderHealth pour obtenir une description plus complète des éléments pour lesquels une stérilisation chimique est appropriée. La stérilisation est différente de la désinfection de haut niveau : la DHN ne tue pas nécessairement les organismes à Gram positif sporulés. Ne pas oublier que si les mêmes agents sont souvent utilisés pour la stérilisation et la DHN, la stérilisation peut nécessiter des durées d'immersion plus longues.

Plusieurs composés chimiques peuvent être utilisés pour la stérilisation chimique : le glutaraldéhyde (seul ou en association avec du phénol), l'acide paracétique (seul ou en association avec de l'eau oxygénée), l'eau oxygénée, l'orthophtaldéhyde, le chlore et l'oxyde d'éthylène.

36, 37. La DHN est un processus de traitement qui élimine tous les micro-organismes à l'exception de certaines spores à Gram positif, notamment des espèces de *Bacillus* et de *Clostridium*. Les instruments qui peuvent être traités par DHN chimique sont ceux qui sont sensibles à la chaleur et qui ne peuvent donc pas être stérilisés en autoclave ou par chaleur sèche. La DHN est différente de la stérilisation chimique au cours de laquelle le traitement chimique assure une stérilisation réelle.

La DHN est appropriée pour les instruments qui ne pénètrent pas dans une zone normalement stérile, comme les tissus ou le sang. Les endoscopes flexibles à fibre optique peuvent être traités par DHN. En revanche, les laparoscopes et les arthroscopes pénètrent effectivement dans des zones stériles et la question de savoir si la DHN est suffisante ou si au contraire une véritable stérilisation chimique est nécessaire reste largement controversée. Néanmoins, la DHN est actuellement acceptable pour tous les dispositifs endoscopiques.

Il est important de noter que les éléments démontables du matériel endoscopique, comme les pinces à biopsie, devraient être traités de préférence par stérilisation. Les autres dispositifs qu'il est possible de traiter par DHN comprennent le matériel gynécologique (comme les forceps, les spéculums) et le matériel respiratoire (comme les sondes endotrachéales). La DHN peut être obtenue par traitement chimique ou thermique (se référer à la pasteurisation, question 40). Un nettoyage soigneux est indispensable avant la DHN.

38, 39. Plusieurs agents chimiques peuvent être utilisés pour la DHN : le glutaraldéhyde (seul ou en association avec du phénol), l'acide paracétique (seul ou en association avec de l'eau oxygénée), l'eau oxygénée, l'orthophtaldéhyde, le chlore et l'oxyde d'éthylène.

Certains agents chimiques d'utilisation courante ne devraient pas être utilisés habituellement pour la DHN. L'alcool (éthanol ou isopropylique) est souvent utilisé pour la DHN mais il n'est pas actif contre les endospores bactériens et certains virus (virus Coxsackie et échovirus). Les iodophores manquent d'activité contre les spores à Gram positif et certains champignons, et le *Pseudomonas aeruginosa* (bacille pyocyanique) est bien connu pour se multiplier dans les solutions iodophores. Le formaldéhyde est un agent efficace pour la DHN mais il est nocif et potentiellement carcinogène ; il devrait donc être uniquement utilisé lorsque les autres agents chimiques ne sont pas disponibles.

L'équipement devrait être soigneusement rincé à l'eau stérile après le traitement chimique. En l'absence d'eau stérile, il est acceptable de procéder au rinçage avec de l'eau distillée ou du robinet suivi par un rinçage à l'alcool.

40–42. La pasteurisation est une DHN obtenue par exposition à la chaleur. Elle est réalisée par immersion complète du matériel dans de l'eau bouillante ou par exposition à la vapeur dans un environnement clos. Cette méthode est appropriée pour l'équipement qui ne nécessite pas une stérilisation complète mais qui est en contact avec les membranes muqueuses. La majeure partie d'équipement respiratoire, comme les sondes endotrachéales et les canules oropharyngées, peut être traitée de cette manière. Le séchage est essentiel pour prévenir la croissance de micro-organismes dans l'humidité résiduelle.

Références (* = exemplaire sur CD)

EngenderHealth. 2004. Infection Prevention Online Course.
<<http://www.engenderhealth.org/res/onc/index.html#start>> (consulté le 17 juillet 2006).

Kralovic, R. C. 1993. Use of Biological Indicators Designed for Steam or Ethylene Oxide to Monitor a Liquid Chemical Sterilization Process. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 14(6):313–19.

* Tietjen, L., D. Bossemeyer, and N. McIntosh. 2003. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore, MD: Jhpiego.

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la section

3. Score en pourcentage : $\text{Colonne 1} / \text{Colonne 2} \times 100$

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

MODULE 14 : STÉRILISATION ET DÉSINFECTION – AIGUILLES ET SERINGUES

Ce module devrait être complété par le responsable de l'unité centrale de stérilisation ou d'une unité logistique associée. Veuillez noter que des aiguilles et seringues jetables devraient être utilisées puis jetées en toute sécurité à chaque fois que c'est économiquement possible. Le retraitement des aiguilles usagées est inapproprié et responsable d'infections. S'il s'agit de la seule option possible, il est indispensable que le retraitement s'effectue aussi sûrement que possible, en respectant les pratiques recommandées de prévention des infections. Ignorer ce module si les aiguilles ou seringues ne sont pas retraitées dans votre formation sanitaire (FOSA).

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ la case devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées. Les questions destinées à préciser le contexte ne sont pas comptabilisées dans le score.

Retraitement des aiguilles et seringues

1. Dans quel secteur de la FOSA les aiguilles utilisées pour les injections percutanées, les injections dans les cathéters IV ou les systèmes de perfusion IV sont-elles retraitées ?

- Les aiguilles ne sont pas retraitées
- Unité centrale de stérilisation
- Unité logistique du bloc opératoire
- Unité logistique du service de travail et accouchement
- Autre (préciser) _____

Compléter un questionnaire pour chaque section de la FOSA où les aiguilles sont retraitées. Les questions concernent les méthodes employées pour la stérilisation des aiguilles usagées. Ignorer cette section si les aiguilles ne sont pas retraitées dans cette FOSA.

2. Les aiguilles sont-elles vérifiées régulièrement pour détecter toute obstruction, courbure ou autres défauts avant et après le retraitement ?

- Non
- 1 Oui

3. Les aiguilles usagées subissent-elles une décontamination avant le retraitement ?

- Non
- 1 Oui

4. Existe-t-il des récipients d'eau et de savon ou de détergent liquide dans les sections où les aiguilles sont utilisées, pour les recueillir avant leur décontamination ?

- Non
- 1 Oui

<p>5. Quelle solution est généralement utilisée pour rincer les aiguilles avant le retraitement ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Les aiguilles ne sont pas rincées <input checked="" type="checkbox"/> Eau stérile <input checked="" type="checkbox"/> Eau propre</p>
<p>6. Les aiguilles sont-elles nettoyées à grande eau avec une solution désinfectante dans le cadre de la décontamination ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui</p>
<p>7. Comment les aiguilles sont-elles retirées des solutions de décontamination ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> À la main, sans gant <input type="checkbox"/> À la main, avec des gants fins <input type="checkbox"/> À la main, avec des gants épais <input checked="" type="checkbox"/> Avec des pinces</p>
<p>8. Les aiguilles sont-elles nettoyées à grande eau avec de l'eau stérile ou propre avant la stérilisation ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui</p>
<p>9. Quelle méthode est habituellement utilisée pour stériliser les aiguilles ? (Cocher la réponse la plus appropriée)</p> <p><input type="checkbox"/> Stérilisation accélérée par vapeur (autoclave) <input type="checkbox"/> Stérilisation par chaleur sèche (four) <input type="checkbox"/> Par micro-ondes <input type="checkbox"/> Formaldéhyde <input type="checkbox"/> Stérilisation au formaldéhyde et par vapeur à basse température <input type="checkbox"/> Désinfection de haut niveau par un agent chimique <input type="checkbox"/> Désinfection de haut niveau par pasteurisation <input checked="" type="checkbox"/> Stérilisation sous pression ou par vapeur (autoclave) <input checked="" type="checkbox"/> Oxyde d'éthylène <input checked="" type="checkbox"/> Stérilisation chimique, par exemple en utilisant du glutaraldéhyde, de l'acide paracétique, etc.</p>

Évaluation totale : _____ **Total possible :** 8

COMMENTAIRES SUR LA STÉRILISATION ET LA DÉSINFECTION – AIGUILLES ET SERINGUES

Contexte

La réutilisation des aiguilles et des seringues pose le problème majeur du risque de transmission aux patients du VIH, du virus de l'hépatite B et du virus de l'hépatite C, si après utilisation, elles ne sont pas retraitées correctement ou si plusieurs injections sont pratiquées avec les mêmes aiguilles et seringues. Ces dernières années, ce risque a été réduit grâce à l'utilisation répandue de seringues en plastique et d'aiguilles hypodermiques jetables (à usage unique) ou de nouvelles seringues de type autodestructibles qui ne peuvent pas être remplies à nouveau. À chaque fois que c'est économiquement possible, il est indispensable d'utiliser des produits jetables et de les jeter en toute sécurité. Il est notamment possible de jeter les aiguilles après décontamination et de recycler la seringue en plastique ou de la retraiter en respectant les pratiques recommandées de prévention et de lutte contre les infections. Le retraitement des aiguilles usagées constitue une réutilisation inappropriée de fournitures jetables et est responsable d'infections. S'il s'agit de la seule option possible, il est indispensable que le retraitement s'effectue aussi sûrement que possible, en respectant les pratiques recommandées de prévention et de lutte contre les infections (Tietjen et al. 2003, 14-5 à 14-7).

Commentaires sur les questions

2. Il est indispensable d'examiner les aiguilles et seringues pour détecter toute extrémité courbée ou autre détérioration, de vérifier la fixation de l'embase de l'aiguille sur la seringue et la présence de marques lisibles sur la seringue (ligne indiquant le volume, en cc ou ml) avant et après le retraitement (Tietjen et al. 2003, Appendix E: 3-4).

3-9. Étapes d'un retraitement sûr des aiguilles et seringues :

- Ne pas replacer le bouchon de l'aiguille ni dissocier l'aiguille de la seringue.
- Immédiatement après l'utilisation, remplir la seringue avec une solution chlorée à 0,5 pour cent en l'aspirant par l'aiguille.
- Décontaminer le montage aiguille et seringue en le plaçant dans une solution chlorée à 0,5 pour cent pendant 10 minutes.
- Après avoir enfilé des gants tout usage, retirer le montage de la solution de décontamination et la vider de toute solution en poussant sur la seringue.
- Utiliser une pince pour désassembler l'aiguille et la seringue, puis nettoyer à l'eau savonneuse : s'assurer de nettoyer la région de l'embase de l'aiguille ; insérer un stylet ou une pointe d'aiguille dans l'embase pour s'assurer qu'elle n'est pas obstruée.
- Utiliser une pince pour assembler de nouveau seringue et aiguille ; rincer au moins trois fois la seringue en la remplissant d'eau propre et en la vidant (en poussant sur la seringue) dans un autre conteneur afin de ne pas contaminer l'eau de rinçage.

- Utiliser une pince pour détacher l'aiguille de la seringue.
- Examiner les aiguilles et la seringue pour détecter tout défaut.
- Utiliser une pince pour manipuler et jeter les aiguilles endommagées dans un conteneur à objets tranchants résistant aux perforations ; lorsque le conteneur est aux trois quarts plein, l'incinérer, l'encapsuler ou l'enfourir.
- Stériliser à l'autoclave ou procéder à une désinfection de haut niveau des aiguilles et seringues par ébullition ou par vapeur.
- Stocker les aiguilles et seringues stériles ou désinfectées par désinfection à haut niveau désassemblées dans un conteneur stérile ou désinfecté par désinfection à haut niveau équipé d'un couvercle bien ajusté (Tietjen et al. 2003, Appendix E: 3-4).

Références (* = exemplaire sur CD)

* Tietjen, L., D. Bossemeyer, et N. McIntosh. 2003. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore, MD: Jhpiego.

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la section

3. Score en pourcentage : (Colonne 1/Colonne 2) × 100

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

MODULE 15 : STÉRILISATION ET DÉSINFECTION – GANTS STÉRILES

Ce module devrait être complété par le responsable de l'unité centrale de stérilisation ou d'une unité logistique associée. **Ignorer ce module si les gants stériles ne sont pas retraités dans votre formation sanitaire (FOSA).**

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ la case devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées. Les questions destinées à préciser le contexte ne sont pas comptabilisées dans le score.

Retraitement des gants stériles

1. Où sont retraités les gants stériles dans votre FOSA ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- 2 Les gants stériles ne sont pas retraités (utilisation de gants jetables)
- 1 Unité centrale de stérilisation
- 1 Unité logistique de la zone chirurgicale
- 1 Unité logistique du service de travail et accouchement
- Autre (préciser) _____

Compléter un questionnaire pour chaque section de la FOSA où des gants sont retraités. Les questions concernent les méthodes employées pour le retraitement des gants stériles. Ignorer ce module si les gants stériles ne sont pas retraités dans votre FOSA.

2. Existe-t-il des récipients d'eau savonneuse ou additionnée de détergent dans les sections où les gants sont retirés pour les recueillir avant leur décontamination ?

- Non
- 1 Oui

3. Les gants subissent-ils une décontamination avant le retraitement final ?

- Non
- 1 Oui

4. Le personnel porte-t-il des gants pendant la décontamination ?

- Non
- 1 Oui

5. Quel type de gants le personnel porte-t-il pendant la décontamination ?

- Les gants ne sont pas décontaminés
- Aucun gant n'est porté avant le retraitement
- Gants fins (par ex., en latex, en nitrile)
- 1 Gants épais (tout usage)

<p>6. Quelle méthode est utilisée pour le retraitement final des gants stériles ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Stérilisation par chaleur sèche <input type="checkbox"/> Stérilisation chimique <input type="checkbox"/> Désinfection de haut niveau <input type="checkbox"/> Désinfection de haut niveau par pasteurisation <input type="checkbox"/> Nettoyage à l'eau stérile avec du savon ou détergent (préciser la méthode) <input type="checkbox"/> Nettoyage à l'eau non stérile avec du savon ou détergent (préciser la méthode) <input checked="" type="checkbox"/> Stérilisation par vapeur (autoclave) <input checked="" type="checkbox"/> Oxyde d'éthylène</p>
<p>7. Quelle solution est utilisée pour rincer les gants après désinfection ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Eau propre <input checked="" type="checkbox"/> Eau stérile</p>
<p>8. Quelle méthode est utilisée pour vérifier que les gants ne comportent ni trou ni déchirure avant le retraitement ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Les gants ne sont pas vérifiés avant le retraitement <input type="checkbox"/> Inspection visuelle uniquement <input type="checkbox"/> Par gonflage en soufflant dans le gant <input checked="" type="checkbox"/> Par gonflage à l'air comprimé</p>
<p>9. Quel matériau est utilisé pour envelopper les gants pour le traitement par vapeur ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Pas d'emballage <input type="checkbox"/> Toile <input checked="" type="checkbox"/> Mousseline <input checked="" type="checkbox"/> Papier <input checked="" type="checkbox"/> Papier journal <input checked="" type="checkbox"/> Coton</p>
<p>10. Combien de couches de matériau d'emballage sont utilisées ?</p> <p><input type="checkbox"/> Une couche <input checked="" type="checkbox"/> Deux couches</p>
<p>11. Sur quel panier de l'autoclave les gants sont-ils posés ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de politique sur le panier à utiliser <input type="checkbox"/> Panier du milieu <input type="checkbox"/> Panier inférieur <input checked="" type="checkbox"/> Panier supérieur</p>
<p>12. Comment les gants sont-ils placés dans l'emballage ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> À plat dans l'emballage <input type="checkbox"/> En boule dans l'emballage <input checked="" type="checkbox"/> Avec le revers de poignet déjà fait</p>
<p>13. Quel est le délai habituel entre la stérilisation par vapeur et l'utilisation des gants stérilisés ?</p> <p><input type="checkbox"/> Moins de 24 heures <input checked="" type="checkbox"/> 24 à 48 heures</p>

14. Quand les gants sont-ils poudrés au cours du retraitement ? (Cocher une seule réponse)

2 Les gants ne sont pas poudrés

1 Les gants sont poudrés après la décontamination mais avant le nettoyage et la stérilisation

Les gants sont poudrés après la stérilisation

15. Quel type de poudre est utilisé sur les gants retraités ? (Cocher une seule réponse)

Les gants ne sont pas poudrés

Talc

1 Amidon

Évaluation totale : _____ **Total possible :** 20

COMMENTAIRES SUR LA STÉRILISATION ET LA DÉSINFECTION – GANTS STERILES

Contexte

En retraitant les gants, il existe un risque que les gants chirurgicaux réutilisés comportent un nombre plus important de trous ou de déchirures invisibles que des gants neufs. Au cours d'une étude, même des chirurgiens portant des gants chirurgicaux neufs ont présenté 14 % de contact sanguin sur les mains. De plus, aux États-Unis, le taux de fuite « acceptable » selon les normes réglementaires pour la meilleure qualité de gants chirurgicaux ou d'examen en latex atteint 4 %. Le port de gants neufs ne garantit donc pas que les mains ne soient pas en contact avec du sang ou des liquides biologiques contaminés, même en l'absence de rupture ou déchirure accidentelle. En outre, le double gantage avec des gants neufs est désormais jugé approprié, étant donné le risque actuel d'exposition au VIH et l'hépatite C dans de nombreux pays. En conséquence, la stérilisation ou désinfection de haut niveau de gants chirurgicaux préalablement décontaminés et soigneusement nettoyés peut offrir un produit acceptable et, associée au double gantage, constitue une réutilisation appropriée et d'un bon rapport coût-efficacité d'un produit jetable (Tietjen et al. 2003, 14-4).

Commentaires sur les questions

2, 3. Décontamination et nettoyage des gants chirurgicaux avant leur stérilisation ou désinfection de haut niveau :

- Avant de retirer les gants chirurgicaux souillés, immerger brièvement les mains dans un conteneur rempli d'une solution chlorée à 0,5 %.
- Retirer les gants en les retournant et les faire tremper dans une solution chlorée pendant 10 minutes. Le respect des étapes 1 et 2 assure que les deux faces des gants sont décontaminées.
- Laver les gants dans une eau savonneuse, en nettoyant l'intérieur et l'extérieur.
- Rincer les gants à l'eau propre jusqu'à disparition complète de toute trace de savon ou de détergent : des traces résiduelles de savon ou de détergents peuvent perturber la stérilisation ou désinfection de haut niveau.
- Vérifier l'absence de trous dans les gants en les gonflant à la main et en les maintenant sous l'eau (des bulles d'air apparaissent en cas de trous).
- Sécher délicatement à l'air l'intérieur et l'extérieur des gants avant de procéder à la stérilisation : des gants qui restent longtemps humides absorbent l'eau et deviennent collants.

Remarque : les gants chirurgicaux en latex devraient être jetés après trois retraitements car ils se déchirent plus facilement en cas de retraitement supplémentaire (Tietjen et al. 2003, C-1).

4, 5. Il est indispensable de porter des gants tout usage, un masque et des protections pour les yeux pendant le nettoyage des instruments et autres éléments.

6. Les températures et pressions élevées sont destructrices pour les gants. Ils devraient être passés à l'autoclave à 121 °C pendant 30 minutes à une pression de 106 kPa ; il est également possible d'utiliser de l'oxyde d'éthylène pour la stérilisation (Tietjen et al. 2003, C-1).

9. L'emballage des gants avant la stérilisation par vapeur permet de réduire le risque de contamination avant l'utilisation. On devrait utiliser du papier, du papier journal, de la mousseline ou du tissu en coton pour emballer les gants avant la stérilisation par vapeur. La toile ne devrait pas être utilisée car elle ne laisse pas passer efficacement la vapeur (EngenderHealth, module « Instrument Reprocessing »).

11. Les paquets de gants devraient être placés en vrac dans un panier ou tambour en métal, sur la tranche, les pouces en l'air, à distance des parois de l'autoclave, pour s'assurer que la vapeur atteint toutes les surfaces. Si l'autoclave comporte plusieurs niveaux, placer les paquets de gants sur les niveaux supérieurs. Dans l'autoclave, l'air a tendance à se déplacer vers le bas de l'unité ; le positionnement des gants sur l'étage inférieur accélère la vitesse à laquelle ils s'abîment (EngenderHealth, module « Instrument Reprocessing »).

12. Après la décontamination, le nettoyage et le séchage, les gants doivent être conditionnés avant la stérilisation par autoclave. Replier les poignets des gants vers la paume afin de pouvoir les enfiler facilement sans contamination après la stérilisation (Tietjen et al. 2003, C-1).

13. Les gants ne devraient pas être utilisés pendant les 24 à 48 heures suivant leur stérilisation pour leur permettre de retrouver leur élasticité et leur éviter de devenir poisseux (collants) (Tietjen et al. 2003, C-2).

14, 15. Les gants peuvent être poudrés avant la stérilisation par vapeur pour leur éviter de se coller et faciliter leur enfilage. Cependant, il a été observé que la poudre entraîne des réactions inflammatoires chez les patients (avec formation ultérieure de granulomes ou d'adhérences) et peut accroître l'apparition d'allergies au latex ou de dermatite chez les agents de soins de santé. S'il est nécessaire d'utiliser de la poudre, s'assurer d'utiliser uniquement des poudres absorbables, comme l'amidon : ne pas utiliser de talc qui n'est pas absorbable. Recouvrir de poudre toutes les surfaces du gant. Pour réduire le risque de réactions inflammatoires chez les patients, le personnel devrait rincer ses mains gantées à l'eau stérile ou au sérum physiologique après avoir mis des gants poudrés et avant de manipuler des instruments ou de pratiquer un geste clinique (EngenderHealth, module « Instrument Reprocessing »).

Références (* = exemplaire sur CD)

* EngenderHealth. 2004. Infection Prevention Online Course.
<<http://www.engenderhealth.org/res/onc/index.html#start>> (consulté le 17 juillet 2006).

* Tietjen, L., D. Bossemeyer, et N. McIntosh. 2003. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore, MD: Jhpiego.

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la section

3. Score en pourcentage : $(\text{Colonne 1} / \text{Colonne 2}) \times 100$

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

***Section D : Modules administrés une seule fois
pour chaque département (si pertinents)***

MODULE 16 : SALLE GÉNÉRALE

Ce module devrait être complété en collaboration avec le médecin chef ou le cadre infirmier de chaque salle de médecine ou de chirurgie comprise dans l'évaluation.

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ la case devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées. Les questions destinées à préciser le contexte ne sont pas comptabilisées dans le score.

Quel est le nom de cette salle ? _____

<p>1. De quel type de salle s'agit-il ? (Cocher la réponse qui décrit le mieux ce service)</p> <p><input type="checkbox"/> Salle de médecine générale</p> <p><input type="checkbox"/> Salle de chirurgie générale</p> <p><input type="checkbox"/> Salle médico-chirurgicale</p> <p><input type="checkbox"/> Salle d'obstétrique et de gynécologie</p> <p><input type="checkbox"/> Salle de néonatalogie</p>
<p>2. Cette salle accueille des patients :</p> <p><input type="checkbox"/> Adultes uniquement</p> <p><input type="checkbox"/> Enfants uniquement</p> <p><input type="checkbox"/> Adultes et enfants</p>

Disposition physique et affectation du personnel

Les questions qui suivent concernent le nombre de lits disponibles dans la salle et le nombre de médecins et d'infirmiers prodiguant des soins aux patients.

<p>3. Quelle est la taille des chambres, en termes de nombre de lits ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/>1 Chambres d'un ou deux lits</p> <p><input type="checkbox"/> Chambres de trois lits</p> <p><input type="checkbox"/> Chambres de quatre lits</p> <p><input type="checkbox"/> Chambres de cinq lits ou plus, ou salle commune</p>	
<p>4. Combien de lits cette salle compte-t-elle au total ?</p>	
<p>5. En semaine, combien de médecins en poste de jour (se terminant après midi) prodiguent des soins aux patients dans cette salle ?</p> <p style="text-align: right;">Calculer le nombre de lits par médecin :</p>	
<p>6. En semaine, combien d'infirmiers en poste de jour (se terminant après midi) prodiguent typiquement des soins aux patients dans cette salle ?</p> <p style="text-align: right;">Calculer le nombre de lits par infirmier :</p>	

7. En semaine, combien d'infirmiers en poste du soir ou de nuit (terminant leur service après minuit) prodiguent typiquement des soins aux patients dans cette salle ? Calculer le nombre de lits par infirmier :	
--	--

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

1

Pratiques générales de la salle

Les questions suivantes concernent les politiques et les procédures en vigueur dans votre formation sanitaire (FOSA) en matière d'hygiène générale, de nettoyage et de désinfection des instruments et d'utilisation des antiseptiques.

8. Existe-t-il des politiques écrites concernant l'hygiène générale et le nettoyage des surfaces, des murs, des sols, des toilettes, des lits, des vêtements et du matériel courant de cette unité ? <input type="checkbox"/> Pas de politiques ni de procédures écrites <input type="checkbox"/> Politiques et/ou procédures communiquées uniquement oralement <input type="checkbox"/> 1 Politiques et/ou procédures écrites disponibles uniquement dans un manuel de procédures, non disponibles dans le cadre de la pratique quotidienne <input type="checkbox"/> 2 Politiques et/ou procédures écrites disponibles dans un manuel, mais également affichées sur les murs des unités cliniques ou logistiques

9. Ces politiques écrites couvrent-elles les procédés de décontamination des sections contaminées par renversement accidentel (notamment du sang ou des liquides biologiques) ? <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> Non

10. Les instruments sont-ils trempés dans une solution antiseptique utilisée pour plusieurs patients ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 2 Non
--

11. Les tampons de coton hydrophile sont-ils conservés dans une solution antiseptique avant d'être utilisés pour la préparation ou le nettoyage de la peau ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 1 Non
--

12. Les antiseptiques sont-ils systématiquement conservés dans un endroit frais et à l'abri de la lumière ? <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> Non

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

7

Liste de contrôle des modules supplémentaires devant être complétés pour la Salle générale

- Aspiration des voies respiratoires
- Hygiène des mains
- Injections
- Cathéters intraveineux (si utilisés dans la salle)
- Sondes urinaires (si utilisées dans la salle)
- Solutés et médicaments intraveineux (si utilisés dans la salle)
- Mesures d'isolement et Précautions de base
- Stérilisation et désinfection (si les équipements, les aiguilles ou les gants sont désinfectés ou stérilisés dans la Salle générale)

COMMENTAIRES SUR LA SALLE GÉNÉRALE

Contexte

La transmission des micro-organismes des surfaces environnementales (telles que les murs, les sols, les lits et le matériel courant) aux patients se fait majoritairement par les mains. L'hygiène des mains est par conséquent indispensable pour minimiser l'impact de cette transmission, mais le nettoyage et la désinfection des surfaces environnementales sont essentiels pour réduire leur contribution aux infections liées aux soins (CDC 2003).

Commentaires sur les questions

3. Des chambres d'un ou deux lits sont préférables afin d'éviter la propagation de maladies infectieuses, bien que cela ne soit pas réalisable dans de nombreuses situations.

8. Le service de nettoyage, en collaboration avec le Comité de lutte contre les infections nosocomiales, est chargé de classer les différentes sections de la FOSA en fonction de leurs exigences de propreté, d'élaborer des politiques pour des techniques de nettoyage appropriées (procédure, fréquence et agents utilisés pour chaque type de salle, des plus contaminées aux plus propres) et d'assurer que ces pratiques sont suivies (OMS 2002, 16). Les calendriers de ménage et de nettoyage doivent être établis, écrits et étroitement suivis, en fonction des besoins de chaque section (murs, fenêtres, plafonds, portes, plateaux, lits, etc.) (Tietjen et al. 2003, 16-6).

9. Les calendriers et les procédures concernant le nettoyage de chaque section spécifique (notamment la décontamination des sections contaminées par renversement accidentel) doivent être disponibles et affichés en évidence (Tietjen et al. 2003, 16-5).

10. Les antiseptiques devraient être utilisés dans le but de réduire ou de détruire les micro-organismes présents sur la peau ou les muqueuses et ne devraient jamais être utilisés pour désinfecter des objets. Les instruments ne devraient jamais être mis à tremper dans une solution antiseptique (EngenderHealth 2004, « Introduction to Aseptic Technique »).

11. Les tampons de coton hydrophile, le coton ou les compresses ne devraient jamais être mis à tremper dans une solution antiseptique (EngenderHealth 2004, « Introduction to Aseptic Technique »).

12. Les désinfectants et les antiseptiques devraient toujours être conservés dans un endroit frais et sombre. Ils ne devraient jamais être exposés à la lumière directe ou près d'une source de chaleur excessive (EngenderHealth 2004, « Introduction to Aseptic Technique », « Steps of Chemical High-Level Disinfection »).

Références (* = exemplaire sur CD)

* EngenderHealth. 2004. Infection Prevention Online Course.
<<http://www.engenderhealth.org/res/onc/index.html#start>> (consulté le 17 juillet 2006).

* Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2002. *Prévention des infections nosocomiales: Guide pratique*. 2^e éd. WHO/CDS/CSR/EPH/2002/12. Genève: OMS.

* Tietjen, L., D. Bossemeyer, et N. McIntosh. 2003. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore, MD: Jhpiego.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2003. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities: Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *MMWR* 2003; 52 (No. RR-10): 1–48.

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la section

3. Score en pourcentage : (Colonne 1/Colonne 2) × 100

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

MODULE 17 : HYGIÈNE DES MAINS

Ce module devrait être complété par le médecin chef ou le cadre infirmier de chaque unité clinique ou département de soins évalué, notamment les salles de chirurgie et de médecine, le département de travail et d'accouchement et les zones chirurgicales.

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ la case devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées.

Quel est le nom de cette unité ou de cette section de soins ? _____

Équipement et fournitures pour l'hygiène des mains

La première série de questions concerne la disponibilité de l'équipement et des fournitures recommandés pour une bonne pratique d'hygiène des mains.

1. Combien cette unité compte-t-elle de postes de lavage des mains et de lits ? (Saisir les nombres dans l'espace à droite, puis cocher une seule réponse ci-dessous)	/
<input type="checkbox"/> Aucun	
<input type="checkbox"/> 1 Il y a moins d'un poste de lavage des mains pour six lits s'il s'agit d'une salle générale (pour deux lits s'il s'agit d'une unité de soins intensifs)	
<input type="checkbox"/> 2 Il y a au moins un poste de lavage des mains pour six lits s'il s'agit d'une salle générale (pour deux lits s'il s'agit d'une unité de soins intensifs)	
2. Quelle est la source habituelle d'eau pour le lavage des mains ? (Cocher une seule réponse)	
<input type="checkbox"/> Pas d'eau habituellement disponible	
<input type="checkbox"/> L'eau est écopée dans une cuvette et versée sur les mains	
<input type="checkbox"/> 1 L'eau est généralement versée sur les mains depuis une cuvette	
<input type="checkbox"/> 1 L'eau est généralement disponible depuis une citerne ou un conteneur par écoulement gravitationnel	
<input type="checkbox"/> 2 Eau courante au lavabo	
3. À quelle fréquence l'eau courante est-elle disponible ?	
<input type="checkbox"/> Jamais	
<input type="checkbox"/> Parfois	
<input type="checkbox"/> 1 Habituellement	
<input type="checkbox"/> 2 Toujours	

<p>4. Quel type de savon est le plus fréquemment disponible pour le lavage des mains ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de savon disponible</p> <p><input type="checkbox"/> Pain de savon simple posé sur un réceptacle qui ne laisse pas l'eau s'écouler</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Pain de savon simple posé sur un réceptacle qui laisse l'eau s'écouler</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Savon liquide simple</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Savon en poudre, paillettes ou flacon</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Savon comportant un agent antimicrobien</p>
<p>5. À quelle fréquence le savon est-il disponible ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p> <p><input type="checkbox"/> Parfois</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Habituellement</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Toujours</p>
<p>6. Quels types de distributeurs sont utilisés dans cette unité pour les savons liquides ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Le savon liquide n'est pas utilisé</p> <p><input type="checkbox"/> Flacon à verser dans la main ou distributeur à presser</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Distributeur fonctionnant avec une pompe manuelle</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Distributeur fonctionnant avec une pompe à pied</p>
<p>7. Comment les distributeurs de savon liquide sont-ils habituellement nettoyés ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Le savon liquide n'est pas utilisé</p> <p><input type="checkbox"/> Les distributeurs sont complétés ou remplis sans nettoyage</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Les distributeurs sont vidés, lavés et séchés avant remplissage</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Le distributeur ou la cartouche du distributeur sont jetés lorsqu'ils sont vides et remplacés par un neuf</p>
<p>8. Quelle méthode est habituellement disponible pour le séchage des mains après leur lavage ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun séchage (air libre)</p> <p><input type="checkbox"/> Serviettes en tissu à usages multiples</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Serviettes en tissu à usage unique</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Serviettes en papier</p>
<p>9. Un antiseptique sans eau, à base d'alcool, pour les mains, est-il utilisé pour l'hygiène des mains ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui, antiseptique à base d'alcool sans émollient</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui, antiseptique à base d'alcool avec émollient</p>
<p>10. À quelle fréquence l'approvisionnement en antiseptique sans eau, à base d'alcool, pour les mains est-il suffisant ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Pas d'antiseptique à base d'alcool pour les mains</p> <p><input type="checkbox"/> L'approvisionnement en antiseptique à base d'alcool n'est jamais suffisant</p> <p><input type="checkbox"/> Parfois</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Habituellement</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Toujours</p>

11. Combien la salle compte-t-elle de distributeurs d'antiseptique sans eau, à base d'alcool, pour les mains ? (Cocher une seule réponse)

- Pas d'antiseptique à base d'alcool, pour les mains
- 1 Moins d'un distributeur pour quatre lits
- 2 Au moins un distributeur pour quatre lits

Total de l'évaluation de la section :

Total possible de la section :

19

Pratiques d'hygiène des mains

Les questions suivantes concernent les pratiques d'hygiène des mains dans les départements cliniques de votre formation sanitaire (FOSA).

12. Dans quelles circonstances le personnel de santé, comme les médecins ou infirmiers, se lavent-ils régulièrement les mains au savon et à l'eau ou avec un antiseptique sans eau, à base d'alcool, pour les mains ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- 1 Avant un contact avec les patients
- 1 Après un contact avec un patient ou son environnement immédiat
- 1 Avant de manipuler des dispositifs médicaux comme des cathéters intraveineux, des sondes urinaires ou des sondes endotrachéales ou avant de s'occuper du pansement d'une plaie
- 1 Après avoir touché des objets ou surfaces potentiellement contaminés
- 1 Après avoir retiré des gants
- 1 Après l'utilisation de la salle de bains, des toilettes ou des latrines

13. Existe-t-il une politique sur la protection des lésions et coupures cutanées par des pansements étanches ?

- Non
- 1 Oui

14. Existe-t-il une politique sur la nécessité de garder des ongles courts, de ne pas utiliser d'ongles artificiels ou d'extensions ?

- Non
- 1 Oui

15. Le port de gants à la place d'un lavage des mains en cas de contact avec les patients ou des surfaces environnementales potentiellement contaminées est-il une pratique habituelle ? (Cocher une seule réponse)

- 1 Non
- Oui

16. Une lotion (émolliente) pour les mains est-elle habituellement disponible à l'usage du personnel après le lavage des mains ? (Cocher une seule réponse)

Non

Oui, une lotion pour les mains en conteneur jetable

Oui, une lotion pour les mains en conteneur réutilisable

17. Lorsque le conteneur de la lotion pour les mains est vide, que se passe-t-il habituellement ? (Cocher une seule réponse)

Il n'y a habituellement pas de lotion pour les mains

Le conteneur est rempli ou complété sans nettoyage

Le conteneur est vidé, lavé et séché avant d'être rempli

Le conteneur est jeté lorsqu'il est vide et un nouveau conteneur est utilisé

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

11

COMMENTAIRES SUR L'HYGIENE DES MAINS

Contexte

Des agents infectieux contaminent fréquemment les mains des médecins et d'autre personnel de santé. Des règles d'hygiène des mains fréquentes et efficaces peuvent prévenir l'acquisition et la diffusion de micro-organismes infectieux des médecins et personnel de santé vers les patients et autre personnel de la FOSA. Une bonne pratique d'hygiène des mains est une méthode importante, **et une des plus simples**, pour prévenir la diffusion des infections nosocomiales.

Règles d'hygiène des mains

Introduction : Définition et objectif de l'hygiène des mains

L'hygiène des mains est un moyen simple, éprouvé, économique et important pour prévenir les infections. Le lavage des mains implique de se nettoyer les mains en les frottant de manière adéquate avec de l'eau et du savon. La désinfection des mains consiste à se frotter brièvement les mains avec une solution à base d'alcool.

L'hygiène des mains a pour but de réduire ou d'éliminer la flore microbienne résidente et transitoire de la peau recouvrant les mains et les avant-bras afin d'éviter la transmission des infections.

Types d'hygiène des mains

Il existe quatre types d'hygiène des mains :

1. Le lavage social des mains
2. Le lavage médical ou clinique des mains
3. La désinfection des mains
4. Le lavage chirurgical des mains

Le type de lavage des mains approprié est déterminé par les quatre critères suivants :

1. Type de contact avec le patient ou existence d'un contact avec le sang ou les liquides biologiques d'un patient
2. Probabilité de transmission microbienne
3. Vulnérabilité aux infections
4. Type d'acte à pratiquer

1. Le lavage social des mains

Le lavage social des mains peut être pratiqué par quiconque. Il consiste à se frotter brièvement la surface des mains avec un savon ordinaire puis à les rincer à l'eau. Le lavage social des mains a pour but d'ôter la saleté.

2. Le lavage clinique des mains

Le lavage clinique consiste à ôter la saleté et la flore bactérienne permanente et transitoire des mains en frottant la paume et le dos des mains, les doigts, les espaces entre les doigts et les poignets avec un savon antiseptique et une quantité suffisante d'eau courante.

But

Réduire la concentration de la flore bactérienne transitoire acquise par contact avec les patients afin de prévenir la contamination et l'infection.

Technique

- Retirer les bijoux et accessoires
- Ouvrir le robinet d'eau à une pression modérée
- Mouiller les mains
- Appliquer une quantité suffisante de savon liquide et antiseptique et le répartir sur toute la surface couvrant les mains, les doigts et les poignets
- Frotter les mains : la paume et le dos des mains
- À l'aide de la main droite, frotter les doigts de la main gauche, un par un, à l'aide de mouvements circulaires
- À l'aide de la main gauche, frotter les doigts de la main droite, un par un, à l'aide de mouvements circulaires
- Nettoyer les ongles à l'aide de l'ongle du pouce
- Frotter les espaces entre les doigts des deux mains
- Rincer les mains avec une quantité suffisante d'eau
- Sécher les mains à l'aide d'une serviette en papier jetable, d'une serviette qui n'est pas partagée avec d'autres personnes
- Fermer le robinet sans contaminer les mains en utilisant la serviette utilisée pour sécher les mains à l'étape précédente
- Passer au moins 30 secondes au lavage des mains

3. La désinfection des mains

La désinfection des mains consiste à frotter brièvement les mains avec une solution antiseptique à base d'alcool et d'émollient. La désinfection des mains ne remplace pas le lavage clinique des mains ; de plus, les mains ne devraient plus avoir la moindre matière organique avant d'être désinfectées.

But

Détruire les micro-organismes de la flore bactérienne transitoire et réduire la flore résidente des mains pour éviter leur transmission.

Technique

- Appliquer une solution de glycérine et d'alcool (95 % d'alcool isopropylique + 5 % de glycérine) sur une des mains
- La répartir sur toute la surface des mains, les espaces entre les doigts et les poignets

- Frotter doucement
- Laisser sécher à l'air

4. Le lavage chirurgical des mains

Le lavage chirurgical des mains concerne un nettoyage soigneux des mains et des avant-bras avant de pratiquer un geste invasif. L'ensemble du personnel participant à des actes invasifs devrait pratiquer un lavage chirurgical des mains.

But

Réduire la concentration bactérienne dans la flore résidente et éliminer complètement la flore transitoire, toutes deux acquises par un contact récent avec des patients.

Technique

- Utiliser un savon antiseptique
- Utiliser un robinet actionné par une pédale ou par le coude ou utiliser un robinet à cellule photoélectrique
- Retirer la montre, les bagues et autres accessoires
- Humidifier les mains et les avant-bras avec le savon antiseptique
- Répartir le savon sur toute la surface des mains
- Frotter les mains l'une contre l'autre
- Avec la main gauche, frotter le dos de la main droite
- Avec la main droite, frotter le dos de la main gauche
- Frotter le côté des doigts en entrelaçant les doigts des deux mains
- À l'aide de la main droite, frotter les doigts de la main gauche, un par un, à l'aide de mouvements circulaires, en commençant par le petit doigt
- À l'aide de la main gauche, frotter les doigts de la main droite, un par un, à l'aide de mouvements circulaires, en commençant par le petit doigt
- À l'aide de l'ongle du pouce ou d'un cure-dent spécial, nettoyer les ongles des deux mains
- Frotter le poignet gauche puis le poignet droit
- Frotter l'avant-bras gauche puis l'avant-bras droit
- Rincer avec une quantité suffisante d'eau, en laissant l'eau remonter jusqu'au coude
- Sécher les mains avec une serviette stérile, en utilisant une extrémité pour chaque main
- Éviter les éclaboussures
- Fermer le robinet d'eau avec le coude ou le genou
- Faire attention de ne pas toucher les mains ou les avant-bras en entrant dans la salle d'opération ou en mettant les gants
- Le premier lavage des mains de la journée devrait durer au moins cinq minutes ; les lavages suivants devraient durer au moins trois minutes si aucune opération septique n'a été pratiquée

(Nosocomial Infection Control Committee 2008; Nursing Department 2008)

Commentaires sur les questions

1. Un accès facile aux lavabos permet aux médecins et aux agents de soins de santé de se laver les mains immédiatement avant et après un contact avec un patient. Le personnel de santé est plus probable d'utiliser les lavabos s'ils sont à proximité ou très proches. Il est très souhaitable qu'un lavabo soit partagé par un maximum de quatre lits de patients et en principe, il devrait y avoir un lavabo par lit, en particulier dans les départements de réanimation.
2. Les micro-organismes peuvent vivre et se multiplier dans l'eau stagnante. L'écopage d'eau, probablement avec une louche, signifie que la louche est sûrement posée sur une surface qui peut être contaminée entre les utilisations et qu'elle est replongée dans l'eau pour l'utilisation suivante. Le versement est plus propre parce que rien n'est plongé dans l'eau. L'eau qui s'écoule librement empêche la croissance de micro-organismes et évite que les mains ne soient réexposées aux pathogènes. L'eau qui s'écoule peut provenir d'une citerne, d'un conteneur par écoulement gravitationnel ou d'une source distante d'où elle est transportée par des tuyaux.
4. Il a été observé que l'utilisation du savon réduit les débris et micro-organismes sur les mains. Le savon est particulièrement efficace lorsque les mains sont vigoureusement frottées sous un écoulement d'eau. Les pains de savon qui reposent dans un fond d'eau sur un porte-savon peuvent devenir très contaminés ; en conséquence, en cas d'utilisation d'un pain de savon, le drainage du porte-savon devrait être suffisant. Le savon antimicrobien possède une activité microbicide inhérente et il est préféré en particulier dans les unités de soins intensifs.
5. En raison de la nécessité d'utiliser du savon avant et après chaque rencontre avec un patient, un approvisionnement adapté devrait toujours être disponible.
6. Le savon liquide étant distribué avant que les mains ne soient propres, les distributeurs de savon peuvent être contaminés par les microbes présents sur les mains de l'utilisateur. L'utilisation de distributeurs à pompe peut limiter ou éviter le contact avec des mains contaminées.
7. Les micro-organismes peuvent vivre et croître dans le savon liquide. Même le savon antimicrobien peut abriter des bactéries. Si les conteneurs sont remplis sans être complètement vidés et nettoyés au préalable, des bactéries présentes dans le savon restant peuvent contaminer l'ensemble du conteneur. Pour éviter la contamination, les distributeurs de savon devraient être vidés et soigneusement lavés et séchés avant leur réutilisation.
8. Les mains devraient être séchées après le lavage pour éliminer les bactéries résiduelles et limiter la recolonisation par des micro-organismes infectieux. Le papier et les serviettes en tissu à usage unique, constituent des méthodes de séchage acceptables. Les serviettes ne devraient pas être réutilisées car elles se contaminent après chaque utilisation.
9. Les antiseptiques à base d'alcool sont rapides et pratiques et leur utilisation appropriée réduit la flore des mains plus efficacement que le lavage avec du savon. L'alcool qui les compose devrait titrer entre 60 % et 90 %. Contrairement au lavage des mains, les antiseptiques à base d'alcool ne retirent pas la saleté ou les débris, en conséquence, en cas de présence de saleté ou de débris visibles, les mains devraient être lavées avec du savon et séchées avant d'utiliser un antiseptique à base d'alcool. Des émoullients comme la glycérine,

le propylène glycol et le sorbitol protègent et adoucissent la peau et évitent l'irritation. L'utilisation d'émollients améliore l'adoption d'antiseptiques à base d'alcool pour les mains.

10. Un approvisionnement adapté en antiseptiques à base d'alcool assure la possibilité d'une bonne pratique systématique d'hygiène des mains. Un accès facile favorise l'adoption d'antiseptiques à base d'alcool pour les mains. Un nombre approprié de distributeurs placés dans des endroits accessibles dans une section de soins des patients favorise le respect des pratiques.

12. Les mains doivent être nettoyées immédiatement avant et après chaque contact avec un patient. Les mains doivent également être nettoyées après un contact avec une zone ou un objet potentiellement contaminé. Notamment :

- Objets en contact avec les patients (par exemple, pansements, cathéters et linge)
- Surfaces des unités cliniques ou des laboratoires
- Salles de bains, toilettes et latrines

En outre, les gants n'offrent pas une protection complète contre la transmission des bactéries et virus parce que les mains sont facilement contaminées au moment du retrait des gants ; donc les mains doivent donc être lavées immédiatement après ce retrait.

15. Des bactéries provenant de patients peuvent être retrouvées chez un nombre important de professionnels de la santé qui portent des gants. Certains professionnels de santé ont contracté des pathogènes transmis par le sang, comme l'hépatite B, auprès de patients en dépit du port de gants. Les gants peuvent présenter des défauts microscopiques, en particulier s'ils sont nettoyés et réutilisés. En conséquence, l'utilisation de gants *ne devrait modifier* les pratiques d'hygiène des mains (lavage et séchage) en aucune façon.

16. Une irritation cutanée peut survenir lorsque les mains sont fréquemment lavées. L'utilisation régulière de lotion pour les mains peut éviter les dermatites et inhiber la croissance bactérienne.

17. Les bactéries peuvent se développer dans les distributeurs de lotion pour les mains. L'utilisation de petits conteneurs jetables limite la colonisation. Les conteneurs réutilisables devraient être vidés, soigneusement lavés et séchés pour éliminer les bactéries résiduelles avant le remplissage.

Références

Management Sciences for Health/Strengthening Pharmaceutical Systems. 2008. Hand Hygiene Posters.

Nosocomial Infection Control Committee. 2008. *Prevention and Control Standards for Infectious Diseases Associated with Nosocomial Healthcare*. Roosevelt Hospital, Guatemala City, Guatemala.

Nursing Department. 2008. *Hand Washing Procedure*. San Juan de Dios General Hospital, Guatemala City, Guatemala.

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la section

3. Score en pourcentage : $(\text{Colonne 1} / \text{Colonne 2}) \times 100$

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

MODULE 18 : INJECTIONS

Ce module devrait être complété par le médecin chef ou le cadre infirmier des salles de médecine et de chirurgie, du département de travail et d'accouchement ou de la zone chirurgicale.

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ la case devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées.

Pratiques d'injection

Les questions suivantes concernent l'utilisation des aiguilles et seringues pour les injections dans votre formation sanitaire (FOSA), y compris leur retraitement.

1. À quelle fréquence utilisez-vous des aiguilles retraitées pour les injections ? (Cocher une seule réponse) <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Habituellement <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> 2 Jamais
2. Utilisez-vous la même aiguille pour plusieurs patients sans retraitement formel ? (Cocher une seule réponse) <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Habituellement <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> 3 Jamais
3. Des aiguilles autodestructibles sont-elles disponibles ? (Cocher une seule réponse) <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> 2 Habituellement <input type="checkbox"/> 2 Toujours
4. Lorsque vous tirez des médicaments ou vaccins d'un flacon, essuyez-vous le dessus du flacon avec de l'alcool ou un désinfectant contenant de l'alcool (par ex., la teinture d'iode) avant la ponction avec une aiguille ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
5. Laissez-vous l'aiguille en place dans les flacons multidoses pour faciliter le prélèvement de la solution pour plusieurs patients ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 1 Non

6. Utilisez-vous la même seringue pour plusieurs patients sans retraitement formel ?
(Cocher une seule réponse)

- Parfois
- Habituellement
- Toujours
- Jamais

7. Utilisez-vous des ampoules en verre qui doivent être ouvertes en les cassant à la main ?

- Oui
- Non

8. Les ampoules sont-elles cassées avec une compresse stérile pour protéger les mains et maintenir le contenu stérile ?

- Non
- Oui

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

12

Politiques et formation concernant les injections

Ces questions portent sur la connaissance des recommandations du Réseau mondial pour la sécurité des injections (SIGN) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et leur respect dans votre FOSA ainsi que les pratiques de formation du personnel.

9. Suivez-vous les recommandations SIGN de l'OMS pour une utilisation en toute sécurité des aiguilles ?

- Non
- Oui

10. Existe-t-il des sessions de formation régulières sur les pratiques de sécurité des injections destinées au personnel ?

- Non
- Oui

Total de l'évaluation de la section : _____

Total possible de la section : _____

3

COMMENTAIRES SUR LES INJECTIONS

Contexte

L'Organisation Mondiale de la Santé estime que chaque année, dans le monde, des pratiques d'injections à risque entraînent 80 000 à 160 000 nouvelles infections par le VIH-1, 8 millions à 16 millions d'infections par le virus de l'hépatite B (HBV) et 2,3 millions à 4,7 millions d'infections par le virus de l'hépatite C (VHC). Dans leur ensemble, ces maladies sont responsables de 1,3 million de décès. Même dans le cadre des programmes de vaccination régionaux de l'OMS, environ 30 % des injections de vaccination sont administrées avec des seringues sales, habituellement réutilisées. En outre, plus de 50 % des injections d'autres médicaments sont jugés à risque, les taux pouvant atteindre 90 % dans certaines campagnes de vaccination (Drucker et al. 2001, 1989).

Commentaires sur les questions

1. Il est difficile de nettoyer et de stériliser ou de désinfecter à haut niveau les aiguilles. Le retraitement des aiguilles usagées constitue une réutilisation inappropriée de fournitures jetables et il peut être à l'origine d'infections. À chaque fois que c'est économiquement possible, il est indispensable d'utiliser des produits jetables puis de les jeter en toute sécurité après décontamination (Tietjen et al. 2003, Ch. 7-9).
2. Les aiguilles contaminées sont responsables de blessures et elles risquent de transmettre des maladies mortelles. Plusieurs études ont montré que des pratiques d'injection à risque, comme l'utilisation de la même aiguille, seringue, ou les deux, pour plusieurs injections ou l'utilisation de seringues et d'aiguilles mal retraitées, sont responsables de la transmission du VIH, VHB et VHC (Drucker et al. 2001, 1989).
3. Les seringues équipées d'un dispositif qui empêche leur réutilisation (autodestructibles) offrent le meilleur niveau de sécurité pour les personnes recevant l'injection. Il est souhaitable d'envisager leur utilisation lorsque les données locales indiquent que les pratiques à risque sont particulièrement courantes. Il existe de nombreux types de seringues autodestructibles, mais elles ont pour caractéristique principale commune de ne pouvoir être remplies et vidées qu'une seule fois. Même si elles ressemblent aux seringues conventionnelles, la plupart des agents de soins de santé ont besoin de formation et de pratique pour les remplir correctement afin d'éviter de gâcher médicaments, seringues et aiguilles (Tietjen et al. 2003, Ch. 7-11).
4. Avant de tirer de médicaments ou de vaccins d'un flacon, la partie supérieure devrait être essuyée avec un tampon de coton imprégné d'une solution d'alcool titrant de 60 à 90 % ou d'un autre désinfectant disponible localement contenant de l'alcool (Tietjen et al. 2003, Ch. 7-11).
5. L'aiguille ne devrait pas être laissée insérée dans les flacons multidoses. Cette pratique offre une voie d'accès pour la pénétration des micro-organismes dans le flacon et la contamination de la solution entre deux utilisations (Tietjen et al. 2003, Ch. 7-11).

6. Les bonnes pratiques de lutte contre l'infection pour les injections intradermiques, sous-cutanées et intramusculaires recommandent l'utilisation d'un nouveau dispositif d'injection à usage unique pour chaque injection et pour la reconstitution de chaque unité de médicament. Les seringues équipées d'un dispositif qui empêche leur réutilisation (autodestructibles) offrent le meilleur niveau de sécurité pour les personnes recevant l'injection (Tietjen et al. 2003, Ch. 7). Plusieurs études ont montré que des pratiques d'injection à risque, comme l'utilisation de la même aiguille, seringue, ou les deux, pour plusieurs injections ou l'utilisation de seringues et d'aiguilles mal retraitées, sont responsables de la transmission du VIH, VHB et VHC (Drucker et al. 2001, 1989).
7. Il est préférable de choisir des ampoules autocassables plutôt que celles nécessitant l'utilisation d'une lime en métal pour les ouvrir (OMS/SIGN 2003).
8. En cas d'utilisation d'ampoules nécessitant une lime en métal pour les ouvrir, les doigts devraient être protégés par une protection propre (par exemple, une petite compresse en gaze) au moment de l'ouverture de l'ampoule (OMS/SIGN 2003).
9. Lorsque les injections font l'objet d'une indication médicale, elles devraient être administrées en toute sécurité. Une injection sans risque ne blesse pas la personne qui la reçoit, n'expose pas le prestataire à un risque évitable et ne produit pas de déchets dangereux pour autrui. L'élimination des injections inutiles est une priorité absolue dans la prévention des infections liées aux injections. Établies à partir de preuves scientifiques ou d'un consensus d'experts, ces bonnes pratiques sont les mesures jugées les plus efficaces pour la protection des patients, des prestataires et de la communauté (OMS/SIGN 2003).
10. Les trois stratégies pour une utilisation sans risque et appropriée des injections sont (1) la modification des comportements chez les patients et le personnel de santé afin de réduire l'utilisation excessive des injections et assurer la sécurité des injections, (2) la disponibilité du matériel et des fournitures nécessaires et (3) la gestion des déchets tranchants (OMS 2002).

Références (* = exemplaire sur CD)

Drucker, E. M., P. G. Alcabes, et P. A. Marx. 2001. The Injection Century: Consequences of Massive Unsterile Injecting for the Emergence of Human Pathogens. *Lancet* 358(9297):1989–92.

* Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2002. *Prévention des infections nosocomiales: Guide pratique*. 2^e éd. WHO/CDS/CSR/EPH/2002/12. Genève: OMS.

Réseau mondial pour la sécurité des injections (SIGN), OMS. 2003. Recommandations du Department of Blood Safety and Clinical Technology. *Guiding Principles to Ensure Injection Device Safety*. WHO/BCT/03,12. Genève: OMS.

<http://www.who.int/injection_safety/toolbox/docs/en/Guiding_Principle_Inj.pdf> (consulté le 17 août 2006).

* Tietjen, L., D. Bossemeyer, et N. McIntosh. 2003. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore, MD: Jhpiego.

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la section

3. Score en pourcentage : $(\text{Colonne 1} / \text{Colonne 2}) \times 100$

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

MODULE 19 : ASPIRATION DES VOIES RESPIRATOIRES

Ce module devrait être complété par le médecin chef ou le cadre infirmier de chaque unité clinique où l'aspiration des voies respiratoires est pratiquée.

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ la case devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées.

Les questions qui suivent permettent de recueillir des informations sur les pratiques de soins respiratoires de votre formation sanitaire (FOSA). Ces questions concernent les liquides d'aspiration des voies respiratoires, le changement des sondes d'aspiration et les pratiques générales de lutte contre l'infection visant à limiter la diffusion des infections nosocomiales.

<p>1. Quel type de liquide est instillé pour l'aspiration des voies respiratoires ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Eau du robinet <input type="checkbox"/> Eau distillée ou filtrée <input type="checkbox"/> Eau stérile <input type="checkbox"/> Sérum physiologique non stérile <input type="checkbox"/> Sérum physiologique stérile</p>
<p>2. Comment ce liquide est-il délivré ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Une dose unique est tirée d'un conteneur multidose <input type="checkbox"/> Flacon unidose disponible dans le commerce <input type="checkbox"/> Flacon unidose préparé localement <input type="checkbox"/> Conteneur préparé pour un seul patient et jeté ou retraité au moins une fois par jour</p>
<p>3. À quelle fréquence les sondes d'aspiration des voies respiratoires sont-elles changées ? (Cocher la réponse la plus appropriée)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune sonde d'aspiration n'est utilisée <input type="checkbox"/> Approximativement chaque jour <input type="checkbox"/> Approximativement une fois par poste (aux heures normales du travail) <input type="checkbox"/> Plus d'une fois par poste (aux heures normales du travail)</p>
<p>4. Les sondes d'aspiration et les masques sont-ils utilisés pour plusieurs patients sans retraitement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>5. La personne qui pratique l'aspiration porte-t-elle des gants à une ou aux deux mains ? Si aucun gant n'est porté, ignorer la question 6.</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun gant n'est porté <input type="checkbox"/> Les gants sont portés à une seule main <input type="checkbox"/> Les gants sont portés aux deux mains</p>

<p>6. Si des gants sont portés, sont-ils stériles ou non stériles ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun gant n'est porté</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Gants chirurgicaux réutilisés stériles</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Gants d'examen non stériles mais propres (neufs)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Gants stériles ou non stériles</p>
<p>7. À quelle fréquence l'approvisionnement en gants pour l'aspiration est-il suffisant ? (Cocher la réponse la plus appropriée)</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p> <p><input type="checkbox"/> Parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Habituellement</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Toujours</p>
<p>8. Comment les sondes d'aspiration sont-elles stockées entre deux utilisations ? (Cocher la réponse la plus appropriée)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> L'aspiration fermée est disponible, le stockage externe n'est donc pas nécessaire</p> <p><input type="checkbox"/> Dans un récipient contenant de l'eau stérile ou distillée</p> <p><input type="checkbox"/> Dans un récipient contenant de l'eau du robinet ou filtrée</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Dans un emballage en papier ou en tissu</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Dans un conteneur sec couvert</p> <p><input type="checkbox"/> Dans un conteneur ouvert</p>
<p>9. En cas d'utilisation de nébuliseurs de médicaments, à quelle fréquence sont-ils changés ou retraités pour une utilisation chez le même patient ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun nébuliseur n'est utilisé</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Après chaque traitement</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Approximativement tous les jours</p> <p><input type="checkbox"/> Changement uniquement en cas d'utilisation chez un autre patient</p>
<p>10. Quel type de ballonnet est utilisé sur les sondes endotrachéales ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ballonnets à basse pression</p> <p><input type="checkbox"/> Ballonnet à grand volume et basse pression</p>

Évaluation totale : _____ **Total possible :** _____ 12 _____

COMMENTAIRES SUR L'ASPIRATION DES VOIES RESPIRATOIRES

Contexte

La pneumonie nosocomiale (acquise à l'hôpital) est une cause majeure d'infections, elle présente un fort taux de mortalité et le coût de son traitement est élevé. La plupart des pneumonies nosocomiales surviennent en raison de l'aspiration de bactéries qui se développent au fond de la gorge (oropharynx) ou dans l'estomac. L'intubation et la ventilation mécanique augmentent nettement le risque d'infection (Tietjen et al. 2003, 27-1).

Commentaires sur les questions

1, 2. Si possible, seuls de petits récipients de sérum physiologique stérile ou d'eau bouillie devraient être utilisés ; ils ne devraient être utilisés qu'une seule fois, puis remplacés. Il faut éviter l'utilisation de grands conteneurs de sérum physiologique ou d'autres liquides pour l'instillation ou le rinçage des sondes d'aspiration (Tietjen et al. 2003, 27-3).

4. Les sondes d'aspiration des voies respiratoires devraient être décontaminées, nettoyées et désinfectées par désinfection de haut niveau (par ébullition ou par vapeur) entre deux patients (Tietjen et al. 2003, 27-3).

5. Il est recommandé de porter des gants pour manipuler les sécrétions respiratoires ou les objets contaminés par des sécrétions respiratoires de tous les patients (CDC 2004). La pratique recommandée est de porter des gants aux deux mains.

6, 7. Pour l'aspiration, porter des gants d'examen propres (neufs) ou des gants chirurgicaux réutilisés qui ont subi une désinfection de haut niveau, ainsi qu'une protection faciale ou un masque (Tietjen et al. 2003, 27-3).

9. Utiliser uniquement de petites poires de nébuliseurs car ceux-ci produisent des aérosols qui pénètrent profondément dans les poumons. (Des nébuliseurs de grands volumes contaminés ont été associés à des pneumonies à Gram négatif et ne devraient pas être utilisés.) Pour éviter la contamination des poires de nébuliseurs de petits volumes, les nettoyer et les sécher entre deux utilisations et les retraiter quotidiennement (décontamination, nettoyage et désinfection de haut niveau par vapeur ou ébullition) et les utiliser uniquement avec des liquides stériles ou de l'eau bouillie (Tietjen et al. 2003, 27-3).

10. Les sondes endotrachéales pour adultes ont des ballonnets. En général les sondes pédiatriques n'en ont pas, excepté celles utilisées pour les grands enfants ou les adolescents. Les ballonnets permettent d'éviter le déplacement des sécrétions des voies respiratoires supérieures vers les voies respiratoires inférieures. Les ballonnets à basse pression sont moins susceptibles d'entraîner une ischémie.

Références (* = exemplaire sur CD)

Emori, T. G., et R. P. Gaynes. 1993. An Overview of Nosocomial Infections, Including the Role of Microbiology Laboratory. *Clinical Microbiology Reviews* 6(4): 428-42.

* Tietjen, L., D. Bossemeyer, et N. McIntosh. 2003. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore, MD: Jhpiego.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2004. Guidelines for Preventing Health-Care-Associated Pneumonia, 2003: Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *MMWR* 2004: 53(No. RR-3).

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la section

3. Score en pourcentage : $(\text{Colonne 1} / \text{Colonne 2}) \times 100$

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

MODULE 20 : CATHETERS INTRAVEINEUX

Ce module devrait être complété par le médecin chef ou le cadre infirmier de chaque unité clinique où des cathéters intraveineux sont utilisés.

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ la case devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées.

Quel est le nom de cette unité ? _____

1. Quelle proportion des patients de cette unité reçoit des cathéters intraveineux périphériques ? (Cocher une seule réponse)

- Aucun
- Un certain nombre
- La plupart
- Tous

Si des cathéters intraveineux ne sont jamais utilisés, ignorer le reste de ce module

2. Quels types de cathéters sont habituellement utilisés pour les accès intraveineux périphériques ? (Cocher une seule réponse)

- Cathéters courts et rigides en métal (« à ailettes »)
- Cathéters courts et flexibles en polyéthylène (aiguille)

3. Quel type d'antiseptique cutané est utilisé pour l'insertion de cathéters intraveineux ? (Cocher toutes les réponses appropriées).

- Aucun
- Thiomersal
- Chlorure de benzalkonium
- Chlorhexidine
- Iode
- Iodophore (povidone iodée)
- Alcool
- Chlorhexidine + alcool
- Iode + alcool

4. À quelle fréquence l'approvisionnement en antiseptique cutané à utiliser au cours de l'insertion de cathéters intraveineux est-il suffisant ? (Cocher la réponse la plus appropriée)

- Jamais
- Parfois
- Habituellement
- Toujours

5. Quelle proportion des patients de cette unité requiert des cathéters veineux centraux ?
- Aucun
 - Un certain nombre
 - La plupart

Si AUCUN, ignorer la suite de ce module

6. À quelle fréquence des cathéters intravasculaires non commercialisés (par exemple, des sondes d'alimentation ou des cathéters assemblés localement) sont-ils utilisés ? (Cocher la réponse la plus appropriée)

- 2 Jamais
- Parfois
- Habituellement
- Toujours

7. Parmi les cathéters intravasculaires suivants, lesquels sont changés systématiquement ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Aucun cathéter n'est changé systématiquement
- Cathéter veineux ombilical
- Cathéter artériel ombilical
- Cathéter périphérique inséré dans une veine du bras ou de la jambe et poussé dans les veines centrales (CCIVP)
- Cathéter veineux central percutané (par exemple, inséré dans la veine sous-clavière, jugulaire ou fémorale)
- 1 Les cathéters périphériques en métal (« à ailettes »), courts en Téflon[®], en polyéthylène ou autres matières plastiques sont changés au bout de 72 heures
- 2 Les cathéters périphériques en métal (« à ailettes »), courts en Téflon, en polyéthylène ou autres matières plastiques sont changés dans les 72 heures

8. À quelle fréquence les cathéters intraveineux sont-ils posés par dénudation ? (Cocher la réponse la plus appropriée)

- 2 Jamais
- 1 Parfois
- Habituellement
- Toujours

9. Quel type de pansement est utilisé pour recouvrir le site d'insertion du cathéter ? (Cocher la réponse la plus courante)

- Aucun
- Aucun pansement n'est utilisé ; le site d'insertion est recouvert ou fixé par un ruban adhésif stérile
- Aucun pansement n'est utilisé ; le site d'insertion est recouvert ou fixé par un ruban adhésif non stérile
- 1 Compresse stérile
- 1 Pansement transparent (préciser le type) : _____
- 1 Compresse stérile recouverte d'un pansement transparent

10. Quel type de crème ou de pommade antimicrobienne est appliqué sur le site d'insertion d'un cathéter intraveineux ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Bacitracine
- Néomycine, polymyxine B et bacitracine (Néosporine®)
- Polysporine
- Mupirocine
- Iodophore
- Aucune crème ou pommade n'est utilisée

11. Les cathéters intraveineux sont-ils retraités pour une utilisation chez un autre patient ?

- Oui
- Non

En cas d'utilisation de cathéters intraveineux, répondre à l'ensemble des questions restantes de ce module, puis compléter le module Stérilisation et désinfection – Équipements et solutés IV

12. Quels types de cathéters sont utilisés pour un accès veineux central ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Cathéter veineux central (CVC) percutané (par ex., inséré dans la veine sous-clavière, jugulaire ou fémorale) – rigide en polyuréthane
- Cathéter artériel ou veineux ombilical chez le nouveau-né – rigide en polyuréthane
- CVC percutané (par ex., inséré dans la veine sous-clavière, jugulaire ou fémorale) – flexible en Téflon ou polyuréthane
- Cathéter artériel ou veineux ombilical chez le nouveau-né – flexible en Téflon ou polyuréthane
- Cathéter périphérique en plastique flexible inséré dans une veine du bras ou de la jambe et poussé dans les veines centrales (CCIVP)

13. Quelles protections sont utilisées pour l'insertion d'un cathéter veineux central ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Gants non stériles
- Masque
- Charlotte (coiffe)
- Petit champ stérile
- Gants stériles
- Blouse (stérile ou non stérile)
- Grand champ stérile (comme ceux utilisés en chirurgie)

14. Lorsque le système de perfusion intravasculaire est déconnecté d'un site de connexion de raccord, l'intérieur du raccord est-il nettoyé avec de l'eau stérile, du sérum physiologique stérile ou de l'alcool avant la reconnexion ?

- Non
- Oui

15. En cas d'injection dans une chambre d'injection du système de perfusion intravasculaire, le revêtement de la chambre (par exemple, une membrane en latex) est-il nettoyé avec un désinfectant à l'alcool ou iodé ?

- Non
- Oui

16. Lorsqu'un système de perfusion intraveineuse est déconnecté, ses extrémités sont-elles placées dans un liquide stérile ?

- Non
1 Oui

Évaluation totale : _____ **Total possible :** _____ 29*

*Le total possible est de 29 si toutes les questions sont complétées ; il est inférieur si certaines questions ont été ignorées.

COMMENTAIRES SUR LES CATHETERS INTRAVEINEUX

Contexte

L'utilisation de dispositifs intravasculaires, tant veineux qu'artériels, pour l'administration de solutés stériles, médicaments et produits nutritionnels et la surveillance de la pression sanguine et autres constantes hémodynamiques, a fortement augmenté ces 10 dernières années. Le risque d'infection associé à l'utilisation de dispositifs intravasculaires peut être réduit en respectant les pratiques recommandées pour la prévention des infections au moment de leur insertion (par exemple, l'utilisation d'une technique aseptique) et par une meilleure gestion du dispositif lorsqu'il est en place. Dans de nombreux pays, les mauvaises pratiques de prévention des infections, comme le lavage sporadique des mains ou l'utilisation sporadique de lotion antiseptique, l'absence d'utilisation de gants et le non-respect des précautions de protection maximale lors de l'insertion des cathéters veineux centraux, entraînent souvent une augmentation des taux d'infections locales et générales (Tietjen et al. 2003, 24-1).

Commentaires sur les questions

2. Les cathéters en Téflon[®] ou en polyuréthane ont été associés à un plus petit nombre de complications infectieuses que les cathéters en chlorure de polyvinyle ou en polyéthylène. Les aiguilles en acier utilisées comme solution alternative aux cathéters pour les accès veineux périphériques présentent le même taux de complications infectieuses que les cathéters en Téflon. Cependant, l'utilisation des aiguilles en acier se complique fréquemment de l'infiltration des solutions intraveineuses (IV) dans le tissu sous-cutané, ce qui constitue un risque de complications graves si la solution perfusée est un agent vésicant. L'utilisation des aiguilles en acier devrait être évitée pour l'administration de solutions et médicaments qui pourraient entraîner une nécrose tissulaire en cas d'extravasation (CDC 2002).

3, 4. La peau propre devrait être désinfectée avec un antiseptique approprié avant l'insertion du cathéter et au moment des changements de pansements. Bien qu'il soit préférable d'utiliser une préparation à base de chlorhexidine à 2 % pour l'insertion d'un cathéter veineux central, il est également possible d'utiliser de la teinture d'iode, un iodophore ou de l'alcool à 70 % (CDC 2002). L'alcool est un antiseptique bon marché, efficace et d'un bon rapport coût-efficacité pour le nettoyage de la peau au moment de l'insertion d'un cathéter périphérique. La chlorhexidine est également très efficace. L'iode et les iodophores sont également efficaces mais il faut les laisser sécher avant d'essayer d'accéder à la veine.

6. L'utilisation de cathéters disponibles dans le commerce, fabriqués dans des conditions antiseptiques strictement contrôlées est idéale pour les patients. Les cathéters assemblés ou fabriqués localement sont plus susceptibles d'être contaminés et peuvent être plus irritants pour les vaisseaux sanguins, faisant courir aux patients des risques de phlébite et d'infection. De plus, il est possible que les connexions de système d'administration fabriqués et assemblés localement ne s'adaptent pas très bien, favorisant la contamination du système.

7. Le remplacement systématique des cathéters centraux veineux et artériels n'a pas pour seul objectif de réduire l'incidence des infections. Remplacer les cathéters veineux périphériques au moins toutes les 72 à 96 heures chez l'adulte pour prévenir les phlébites. Laisser les

cathéters veineux périphériques en place chez l'enfant jusqu'à la fin du traitement IV, sous réserve de l'absence de complications (par exemple, phlébites et infiltrations) (CDC 2002).

8. La technique de dénudation pour un accès veineux expose les patients à un risque extrêmement élevé d'infection. L'insertion d'un cathéter intra osseux est possible même chez le patient adulte et c'est une voie préférable en cas de besoin d'un accès intravasculaire en urgence. S'il est nécessaire de recourir à une dénudation ou à une insertion intra osseuse, ce cathéter devrait être remplacé dès que possible par un cathéter veineux central conventionnel, inséré de manière aseptique.

9. L'application sur le site du cathéter d'un pansement transparent, d'une compresse stérile, ou les deux, forme une protection efficace et permet aux soignants de surveiller le site et de vérifier l'absence d'écoulement ou tout autre signe d'infection.

10. Ne pas appliquer systématiquement de pommade ou de crème antimicrobienne ou antiseptique prophylactique sur le site d'insertion des cathéters veineux périphériques. Ne pas utiliser de crème ou de pommade antibiotique topique sur les sites d'insertion (sauf en cas d'utilisation de cathéter de dialyse) en raison de leur susceptibilité à promouvoir les infections fongiques et les résistances antimicrobiennes (CDC 2002).

11. La réutilisation de cathéters ou de tubulures IV est dangereuse car elle expose les patients au risque de pathogènes transmis par le sang comme le VIH ou l'hépatite B, portés par un patient précédent. En outre, des défauts peuvent apparaître dans les cathéters et tubulures qui peuvent entraîner un dysfonctionnement mécanique ou une contamination bactérienne. En conséquence, le matériel IV devrait être jeté après chaque utilisation.

12. Les cathéters rigides exposent à un risque élevé de thrombose veineuse et d'infection. Le risque d'apparition de ces complications est plus faible avec les cathéters intravasculaires flexibles.

13. Utiliser une technique aseptique, comprenant l'utilisation d'une coiffe, d'un masque, d'une blouse stérile, de gants stériles et d'un grand champ stérile pour l'insertion des CVC (notamment les CCIVP) ou de l'échange de cathéter (CDC 2002).

14, 15. Nettoyer les chambres d'injection avec de l'alcool à 70 % ou un iodophore avant d'accéder au dispositif (CDC 2002).

Références (* = exemplaire sur CD)

* Tietjen, L., D. Bossemeyer, et N. McIntosh. 2003. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore, MD: Jhpiego.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2002. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter Related Infections. *MMWR* 2002; 51 (No. RR-10): 1–29.

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la section

3. Score en pourcentage : (Colonne 1/Colonne 2) × 100

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

MODULE 21 : SOLUTÉS INTRAVEINEUX ET MEDICAMENTS

Ce module devrait être complété par le médecin chef ou le cadre infirmier de chaque unité où des solutés intraveineux et médicaments sont utilisés.

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ la case devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées.

Quel est le nom de cette unité ? _____

Préparation des solutés intraveineux et médicaments

Ces questions portent sur le contexte et permettent de mieux comprendre l'utilisation des solutés intraveineux (IV) et médicaments dans votre formation sanitaire (FOSA), notamment la préparation des solutés IV, la manipulation et le changement des tubulures de perfusion ainsi que les règles régissant l'utilisation de flacons de soluté injectable unidoses ou multidoses.

1. Où sont préparés les solutés IV standard utilisés dans cette unité (par ex. ajout de KCl) ? (Cocher la réponse la plus appropriée)

- Sur le lieu de soins au patient
- 2 Dans la pharmacie
- 1 Dans un local « propre » désigné à cet effet (par ex. dans la section du bloc opératoire, l'USI ou dans une salle spécifiquement réservée à cet effet)

2. Quelle est la source des solutés IV déjà reconstitués disponibles dans cette unité ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- Aucun soluté déjà reconstitué n'est utilisé
- Préparé dans la salle
- 2 Disponible dans le commerce
- 1 Préparée dans un lieu central de la FOSA

3. À quelle fréquence les tubulures de perfusion IV achetées dans le commerce sont-elles équipées de connexions compatibles avec les flacons et poches utilisés dans cette unité ? (Cocher une seule réponse)

- Jamais
- Parfois
- 1 Habituellement
- 2 Toujours

4. À quelle fréquence les tubulures de perfusion IV sont-elles changées dans cette unité pour chacun des produits suivants ? (Cocher une seule case dans chaque colonne)			
La tubulure de perfusion est changée :	Produits sanguins	Solutés de nutrition parentérale totale	Solutés de dextrose ou de sérum physiologique
Lorsque la perfusion est vide	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Toutes les 12 à 24 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toutes les 48 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toutes les 72 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Plus de 72 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque la perfusion IV est arrêtée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. À quelle fréquence des flacons unidoses sont-ils utilisés pour les solutés ou médicaments injectables ? (Cocher une seule réponse)			
<input type="checkbox"/> Jamais			
<input type="checkbox"/> Parfois			
<input type="checkbox"/> 2 Habituellement			
<input type="checkbox"/> 2 Toujours			
6. Lorsque des flacons multidoses sont utilisés pour les solutés ou médicaments injectables, à quelle fréquence sont-ils équipés de membranes en latex, silicone ou caoutchouc ? (Cocher une seule réponse)			
<input type="checkbox"/> Jamais			
<input type="checkbox"/> Parfois			
<input type="checkbox"/> 1 Habituellement			
<input type="checkbox"/> 2 Toujours			
7. Lorsque des flacons à membrane en silicone ou latex sont utilisés, la membrane est-elle désinfectée avec de l'alcool ou un désinfectant iodé avant insertion ?			
<input type="checkbox"/> Non			
<input type="checkbox"/> 1 Oui			
8. Existe-t-il une politique écrite de la FOSA concernant la manipulation et le stockage des flacons multidoses ? Si Non, ignorer la question 9.			
<input type="checkbox"/> Non			
<input type="checkbox"/> 2 Oui			
9. Les politiques précisent-elles que les flacons ouverts devraient être identifiés avec la date et l'heure de péremption ? (Cocher une seule réponse)			
<input type="checkbox"/> Aucune politique			
<input type="checkbox"/> Non			
<input type="checkbox"/> 1 Oui			
10. Les médicaments fabriqués ou conçus pour un patient unique sont-ils utilisés pour plusieurs patients ?			
<input type="checkbox"/> Oui			
<input type="checkbox"/> 2 Non			

Évaluation totale : _____ **Total possible :** _____ 20

COMMENTAIRES SUR LES SOLUTÉS INTRAVEINEUX ET MÉDICAMENTS

Contexte

On estime qu'environ 50 % de l'ensemble des patients admis dans les FOSA reçoit un traitement intraveineux, créant une vaste population à risque d'infections sanguines locales ou générales. Les cathéters insérés dans la circulation veineuse ou artérielle contournent les mécanismes de défense cutanée normaux ; en conséquence, ces dispositifs offrent aux micro-organismes une voie de pénétration dans la circulation sanguine au moment de l'insertion de plusieurs manières : en provenance du dispositif au moment de l'insertion ; à la suite d'une contamination ultérieure du dispositif ou de ses annexes (par exemple, la tubulure connectée au système de surveillance sanguin ou les solutions administrées) ; ou en provenance des agents pathogènes présents sur la peau autour du point d'insertion (Tietjen et al. 2003, 24-1).

Commentaires sur les questions

- 1, 2. Toutes les solutions parentérales courantes devraient être préparées dans la pharmacie dans une hotte à flux laminaire en utilisant une technique aseptique (CDC 2002, 15). En l'absence de hotte à flux laminaire, choisir une section propre et isolée au sein de la pharmacie ; en l'absence de pharmacie, effectuer la préparation dans une section similaire près du lieu de soins.
3. Tous les éléments du système de perfusion IV devraient être compatibles pour limiter les fuites ou les ruptures dans le système (CDC 2002, 15).
4. Les tubulures de perfusion utilisées pour administrer du sang, des produits sanguins ou des émulsions lipidiques devraient être remplacées dans les 24 heures. Si la solution contient uniquement du dextrose et des acides aminés, le kit d'administration a uniquement besoin d'être remplacé toutes les 72 heures ou lorsque la perfusion IV est arrêtée. En outre, les kits de perfusion devraient être remplacés dès qu'ils sont endommagés (CDC 2002, 11).
5. L'utilisation de flacons unidoses plutôt que multidoses est recommandée pour éviter la contamination du matériel d'injection et des médicaments (OMS/SIGN 2001).
7. En cas d'utilisation de flacons multidoses, la membrane de prélèvement devrait être nettoyée avec une solution d'alcool à 70 % avant d'insérer un dispositif dans le flacon. Il faut utiliser des dispositifs stériles pour accéder à un flacon multidose, en évitant la contamination par contact du dispositif avant sa pénétration dans la membrane d'accès. Les flacons multidoses devraient être jetés si la stérilité est compromise (CDC 2002, 11).
8. Des politiques et procédures actualisées pour la préparation et stockage des produits stériles devraient être rédigées et mises à disposition de l'ensemble du personnel concerné par ces activités. Lorsque les politiques et procédures sont modifiées, elles devraient être mises à jour, si nécessaire, afin de prendre en compte les normes actuelles de pratiques et de qualité (ASHP 2000).

9. Tous les produits stériles devraient porter une date de péremption appropriée. La date de péremption choisie devrait prendre en compte les données actuellement disponibles sur la stabilité du médicament et les conditions de stérilité (ASHP 2000).

10. Les flacons unidoses sont souvent sans conservateur et posent un risque de contamination s'ils sont ponctionnés plusieurs fois. En principe, le résidu des flacons unidoses devrait être jeté et ne devrait pas être conservé pour une utilisation ultérieure (CDC 2002, 11).

Références (* = exemplaire sur CD)

American Society of Hospital Pharmacists (ASHP) Council on Professional Affairs. 2000. ASHP Guidelines on Quality Assurance for Pharmacy-Prepared Sterile Products. *American Journal of Health-System Pharmacy* 57(12): 1150–69.

Organisation mondiale de la Santé, Réseau mondial pour la sécurité des injections (SIGN), International Council of Nurses. 2001. *Best Infection Control Practices for Skin-Piercing Intradermal, Subcutaneous, and Intramuscular Needle Injections*. Genève: OMS.

* Tietjen, L., D. Bossemeyer, et N. McIntosh. 2003. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore, MD: Jhpiego.

U.S. Centers for Disease Control (CDC). 2002. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. *MMWR* 2002; 51(No. RR-10): 1–26.

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la section

3. Score en pourcentage : (Colonne 1/Colonne 2) × 100

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

MODULE 22 : SONDÉS URINAIRES

Ce module devrait être complété par le médecin chef ou le cadre infirmier de chaque unité clinique évaluée dans laquelle des sondes urinaires sont utilisées.

Pour chaque question, indiquer la réponse qui correspond le mieux à la situation actuelle en cochant d'un ✓ la case devant la réponse [✓]. Noter que certaines questions n'appellent qu'une seule réponse tandis que pour d'autres vous pouvez cocher toutes les réponses appropriées. Les questions destinées à préciser le contexte ne sont pas comptabilisées dans le score.

Quel est le nom de cette unité ? _____

Types de sondes utilisés dans cette unité

Ces questions fournissent des renseignements contextuels sur l'utilisation des sondes urinaires dans votre formation sanitaire (FOSA).

1. Des sondes urinaires simples (sondes retirées immédiatement, non à demeure) sont-elles utilisées dans cette unité ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 Oui
2. Les sondes urinaires simples sont-elles réutilisées ? <input type="checkbox"/> Les sondes urinaires simples ne sont jamais utilisées <input type="checkbox"/> Oui, elles sont réutilisées <input type="checkbox"/> 1 Non, elles ne sont pas réutilisées
3. À quelle fréquence des sondes urinaires à demeure sont-elles utilisées dans cette unité ? (Cocher une seule réponse) <input type="checkbox"/> 2 Jamais <input type="checkbox"/> 1 Dans certains cas seulement <input type="checkbox"/> Fréquemment <input type="checkbox"/> Toujours

Total de la section
évaluée

Total possible pour la
section

4

Pratiques d'utilisation des sondes urinaires à demeure

Les questions qui suivent portent sur les indicateurs d'utilisation des sondes urinaires à demeure, ainsi que sur les pratiques de changement et de réutilisation et le transport des patients.

<p>4. Quelles sont les indications d'utilisation des sondes urinaires à demeure ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>1 Évacuation de l'urine pendant les interventions chirurgicales et la période postopératoire immédiate</p> <p><input type="checkbox"/>1 Obstruction urétrale aiguë</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>1 Surveillance du débit urinaire chez les patients gravement malades</p> <p><input type="checkbox"/> Prélèvement d'échantillons d'urine</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinence</p> <p><input type="checkbox"/> Irrigation de routine</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>1 Irrigation pour saignements ou caillots sanguins</p> <p><input type="checkbox"/> Prévention ou prise en charge des escarres</p> <p><input type="checkbox"/> Sondes pincées ou obstruées</p>
<p>5. Quels types de sondes urinaires à demeure sont utilisés ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Sonde d'alimentation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>1 Sondes urinaires à demeure disponibles dans le commerce, imprégnées d'antimicrobiens (par ex. argent)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>1 Sondes urinaires à demeure disponibles dans le commerce, sans antimicrobiens</p>
<p>6. L'approvisionnement en sondes urinaires à demeure est-il adéquat et fiable ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p> <p><input type="checkbox"/> Parfois</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>1 Habituellement</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>1 Toujours</p>
<p>7. Existe-t-il une politique de changement régulier des sondes urinaires à demeure ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>1 Non</p>
<p>8. À quelle fréquence les sondes urinaires à demeure sont-elles réutilisées ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>2 Jamais</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>1 Parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Habituellement</p> <p><input type="checkbox"/> Toujours</p>
<p>9. Quelles sont les indications d'ouverture d'un système de sonde à demeure ? (Cocher toutes les réponses appropriées)</p> <p><input type="checkbox"/> Irrigation de routine</p> <p><input type="checkbox"/> Prélèvement d'urine pour analyse ou culture</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>1 Absence d'écoulement</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>1 Irrigation en cas de saignements ou caillots</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>1 Jamais ouvert</p>

10. Si un échantillon d'urine doit être prélevé pour analyse ou culture sur un patient porteur d'une sonde urinaire à demeure, comment ce prélèvement est-il réalisé ? (Cocher toutes les réponses appropriées)

- La sonde est déconnectée de la tubulure de collecte
- À partir du récipient de collecte
- Par aspiration à travers un port spécial
- Par aspiration à travers la sonde ou la tubulure de collecte

Total de la section évaluée

Total possible pour la section

15

Pratiques d'insertion et d'entretien des sondes urinaires

Les questions suivantes portent sur les pratiques d'insertion et d'entretien des sondes urinaires dans votre unité.

11. Le personnel porte-t-il habituellement des gants lorsqu'il insère des sondes urinaires ? (Cocher la réponse la plus appropriée)

- Pas de port de gants
- Gants non stériles
- Gants stériles

12. Quel type d'antiseptique est habituellement utilisé pour préparer le site d'insertion de la sonde urinaire ? (Cocher une seule réponse)

- Chlorure de benzalkonium
- Savon ordinaire et eau non stérile (aucun antiseptique utilisé)
- Savon ordinaire et eau stérile (aucun antiseptique utilisé)
- Chlorhexidine
- Iode
- Iodophore (povidone iodée)
- Alcool
- Chlorhexidine et alcool
- Iode et alcool

13. Une pommade ou une crème antimicrobienne est-elle appliquée sur le méat urinaire lors de l'insertion d'une sonde ?

- Oui
- Non

14. Des antiseptiques ou des agents antimicrobiens sont-ils régulièrement ajoutés aux poches de collecte d'urine ?

- Oui
- Non

<p>15. Où est généralement suspendue la poche pendant son utilisation ?</p> <p><input type="checkbox"/> Au même niveau que le patient</p> <p><input type="checkbox"/>1 Plus bas que le lit</p>
<p>16. Le système de collecte d'urine est-il fermé ou ouvert ?</p> <p><input type="checkbox"/> Système ouvert (l'urine est recueillie dans un bocal ouvert)</p> <p><input type="checkbox"/>2 Système fermé (l'urine est recueillie dans un récipient fermé ou une poche)</p>
<p>17. S'il s'agit d'un système fermé, la sonde à demeure et le système de collecte sont-ils compatibles (s'emboîtent-ils parfaitement au niveau du raccord) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/>1 Oui</p>
<p>18. Lors du transport de patients que fait-on habituellement du système de collecte d'urine ? (Cocher une seule réponse)</p> <p><input type="checkbox"/> Il est déconnecté de la sonde urinaire</p> <p><input type="checkbox"/> Il reste connecté avec la poche placée sur le lit, le brancard ou le fauteuil roulant.</p> <p><input type="checkbox"/>1 Il reste connecté avec la poche suspendue plus bas que la vessie du patient</p>

**Total de la section
évaluée**

**Total possible pour la
section**

10

COMMENTAIRES SUR LES SONDÉS URINAIRES

Contexte

Les infections urinaires (IU) constituent le type d'infections nosocomiales le plus fréquent et représentent chaque année 40 % de l'ensemble des infections survenant dans les FOSA. Plusieurs études ont rapporté qu'environ 80 % des IU nosocomiales surviennent à la suite de l'utilisation d'instruments, principalement l'insertion de sondes. Près de 10 % de l'ensemble des patients hospitalisés étant sondés, la prévention des IU est un facteur majeur de la réduction des infections nosocomiales (Tietjen et al. 2003, 22-1).

Commentaires sur les questions

1, 2. Lorsque les ressources sont limitées, la réutilisation des sondes simples ou à demeure et des tubulures de collecte jetables est acceptable si les pratiques de lutte contre les infections recommandées sont suivies pour décontaminer, nettoyer et désinfecter (par ébullition ou par vapeur) et sécher à l'air les dispositifs dans un conteneur ayant subi une désinfection de haut niveau (Tietjen et al. 2003, 22-2).

3. Les sondes urétrales devraient être évitées à moins d'une indication incontestable (OMS 2002, 43).

4. De manière générale, le sondage urinaire est indiqué pour lever une obstruction des voies urinaires, pour permettre l'écoulement de l'urine chez les patients présentant un dysfonctionnement vésical neurogène et une rétention urinaire, pour faciliter les interventions chirurgicales urologiques ou d'autres interventions sur des structures contiguës, ainsi que pour mesurer précisément le débit urinaire chez les patients gravement malades. Le sondage urinaire devrait être déconseillé comme moyen de prélèvement d'urine pour une mise en culture ou pour certains tests diagnostiques tels que le dosage des électrolytes urinaires lorsque le patient peut uriner volontairement ou en remplacement des soins infirmiers chez les patients incontinents (Wong 1983). La perte de contrôle (incontinence) ou l'incapacité à vider la vessie (rétention) peuvent être prises en charge de manière plus satisfaisante par un sondage simple (sonde retirée immédiatement) réalisé plusieurs fois par jour, que par l'insertion d'une sonde à demeure. En outre, certains patients peuvent être formés à se sonder eux-mêmes pour des soins à long terme et peuvent nettoyer leur propre sonde et réaliser une désinfection de haut niveau par vapeur dans un cuiseur à riz ou par ébullition dans une casserole (Tietjen et al. 2003, 22-4).

5. L'argent est une substance antibactérienne hautement efficace qui peut être appliquée à divers types de sondes. Les sondes urinaires à revêtement d'argent peuvent être efficaces pour la prévention des IU. L'utilisation d'une sonde en alliage d'argent peut être envisagée chez les patients à risque élevé de complications sous la forme de bactériurie liée à la sonde (Saint et al. 1999).

7. Les sondes à demeure ne devraient pas être changées à intervalles fixes arbitraires (Wong 1983).

8. Voir les commentaires pour 1 et 2.

9. La sonde et la tubulure de collecte ne devraient pas être déconnectées, sauf si la sonde doit être irriguée. L'irrigation devrait être évitée, à moins qu'une obstruction ne soit prévisible (par ex. provoquée par des saignements à la suite d'une intervention sur la prostate ou la vessie) (Wong 1983).

10. Si de faibles volumes d'urine fraîche sont nécessaires pour un examen, l'extrémité distale de la sonde ou, de préférence, le site de prélèvement s'il en existe un, devrait être nettoyé avec un désinfectant, puis l'urine devrait être aspirée à l'aide d'une aiguille et d'une seringue stériles. Les volumes d'urine plus importants destinés à des analyses spécifiques peuvent être prélevés à partir de la poche de recueil en utilisant une technique aseptique (Wong 1983).

11. Des gants stériles devraient être portés pour l'insertion des sondes urinaires (OMS 2002, 43).

12. Les solutions de gluconate de chlorhexidine à 2 % et d'alcool ou de povidone iodée à 10 % sont préférables (si possible) comme solutions antiseptiques pour l'insertion de sondes urinaires (Tietjen et al. 2003, 22-4).

13. L'application d'antibiotiques topiques sur la région périnéale (l'urètre chez la femme et l'extrémité du pénis chez l'homme) ne réduit pas le risque d'IU liée à la sonde (Tietjen et al. 2003, 22-8).

14. L'irrigation de la vessie et l'instillation d'un antibactérien dans la poche de recueil ne se sont pas avérées prévenir les bactériuries et ne devraient pas être utilisées (Saint et al. 1999).

15. La poche de recueil ne devrait pas être placée plus haut que la vessie (Tietjen et al. 2003, 39).

16, 17. Le système de collecte par sonde devrait rester fermé et ne devrait être ouvert qu'en cas de nécessité absolue, à des fins diagnostiques ou thérapeutiques (Tietjen et al. 2003, 39).

18. Il convient d'éviter de placer la poche plus haut que la vessie. S'il devient nécessaire de placer la poche plus haut que la vessie du patient pendant le transfert de ce dernier, la tubulure devrait être clampée et toute l'urine qui s'y trouve devrait être vidée dans la poche avant que le patient ne se mette en position debout (Tietjen et al. 2003, 37).

Références (* = exemplaire sur CD)

* Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2002. *Prévention des infections nosocomiales: Guide pratique*. 2^e éd. WHO/CDS/CSR/EPH/2002/12. Genève: OMS.

Saint, S., et B. A. Lipsky. 1999. Preventing Catheter-Related Bacteriuria. Should We? Can We? How? *Archives of Internal Medicine* 159 (8):800–808.

* Tietjen, L., D. Bossemeyer, et N. McIntosh. 2003. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore, MD: Jhpiego.

Wong, E. S. 1983. CDC Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections. *American Journal of Infection Control* 11(1):28–36.
http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_catheter_assoc.html

FICHE DE NOTATION DU MODULE

Nom de la FOSA : _____

Nom du module : _____

Date complété : _____

	1	2	3	4
Section du module	Total de l'évaluation	Total possible	Score en pourcentage	Notation d'après le score en pourcentage
Total pour le module			%	

Remarques sur les colonnes :

1. Total de l'évaluation : somme des points de toutes les réponses cochées

2. Total possible : somme de l'ensemble des points possibles pour la section

3. Score en pourcentage : (Colonne 1/Colonne 2) × 100

4. Notation :

Plus de 75 % des points possibles : A – les pratiques recommandées sont suivies de manière systématique et exhaustive

50 à 75 % des points possibles : B – les pratiques recommandées sont généralement suivies

Moins de 50 % des points possibles : C – une formation et un suivi sur les pratiques recommandées sont nécessaires

Partie II : Listes de contrôle d'ICAT

LISTE DE CONTROLE 1 : LISTE DE CONTROLE DES INSTALLATIONS ET FOURNITURES POUR L'HYGIENE DES MAINS

FOSA : _____ Salle ou section : _____

Date : _____ Heure : _____

Pour chaque poste de lavage des mains, fournir une réponse dans l'espace ci-dessous ou marquer avec un « X » le cercle devant la ou les réponses qui correspondent le mieux à la situation actuelle.

1. Combien de lits compte la salle ou la section ? _____
2. Combien de patients se trouvent dans la salle ou la section ?

3. Combien d'agents de soins de santé sont actuellement dans la salle ou la section ?
(*Veillez inclure le personnel infirmier, les médecins, les aides-soignants, etc.*)

4. Existe-t-il un poste de lavage des mains dans la salle ou la section ? (Si NON, ignorer les questions 5 à 9)
 - Oui
 - Non (arrêter et passer à une autre salle ou section)
5. Si OUI, de quel type de poste de lavage des mains s'agit-il ?
 - Simple cuvette, récipient ou conteneur d'eau
 - Lavabo avec un robinet d'eau courante
 - Poste avec de l'eau courante à écoulement gravitationnel
6. Le poste de lavage des mains dispose-t-il actuellement d'eau courante ?
 - Oui
 - Non
7. Le poste de lavage des mains dispose-t-il de savon ? (Si NON, ignorer la question 8)
 - Oui
 - Non (passer à la question 9)
8. Si le savon est disponible, de quel type s'agit-il ?
 - Pain de savon sans porte-savon mural
 - Pain de savon avec porte-savon mural
 - Savon liquide dans un récipient (flacon en plastique ou récipient fixé au mur)
 - Savon en flacons, paillettes, poudre, etc.

9. Des serviettes en papier pour se sécher les mains sont-elles disponibles ?
- Oui
 - Non
10. Un antiseptique à base d'alcool pour les mains est-il actuellement disponible dans la salle ou l'unité ? (Si NON, ignorer les questions 11 et 12)
- Oui
 - Non (fin du questionnaire)
11. Si OUI, combien y a-t-il de flacons pleins ? (ne pas tenir compte des flacons ouverts ou partiellement utilisés) _____
12. L'antiseptique est-il facilement accessible à toutes les personnes travaillant dans la salle ?
- Oui
 - Non

LISTE DE CONTROLE 2 : LISTE DE CONTROLE DES PRATIQUES D'HYGIÈNE DES MAINS

FOSA : _____ Salle ou section : _____ Date : _____

Pour **chaque** observation, choisir la réponse qui décrit le mieux la situation en cochant la case concernée dans la colonne appropriée. **Utiliser la même fiche pour la salle en inscrivant autant d'observations que possible.** À la fin de la fiche, additionner le total de chaque colonne.

Outil d'évaluation de la lutte contre les infections

Nombre de contact avec le patient	Type de professionnel de santé			Type de contact avec le patient		Type d'hygiène des mains avant le contact avec le patient			Type d'hygiène des mains après le contact avec le patient		
	Médecin	Personnel infirmier	Autre	Invasif	Non-invasif	Lavage des mains	Friction à l'alcool	Aucune	Lavage des mains	Friction à l'alcool	Aucune
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total											
% ([Nombre de X dans chaque colonne / Nombre total de contacts] x 100)	___%	___%	___%	___%	___%	___%	___%	___%	___%	___%	___%

**LISTE DE CONTRÔLE 3 :
LISTE DE CONTRÔLE DES FOURNITURES DES POSTES DE LAVAGE DES MAINS**

NOM DE LA FOSA : _____

DATE : _____

Pour chaque lavabo observé, noter **OUI si vous êtes d'accord** avec l'affirmation inscrite en haut de chaque colonne et **NON si vous n'êtes pas d'accord**.

	Le lavabo est-il en bon état ?		L'eau courante est-elle disponible ?		Du savon liquide est-il disponible ?		Un nouveau distributeur de savon a-t-il été utilisé ou l'ancien a-t-il été lavé et séché avant d'être rempli ?		Des serviettes en papier ou des serviettes individuelles sont-ils disponibles ?		Tous les éléments : Inscrire OUI seulement si OUI est indiqué dans toutes les colonnes et NON si au moins une colonne possède un NON.	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Lavabo 1												
Lavabo 2												
Lavabo 3												
Lavabo 4												
Lavabo 5												
Lavabo 6												
Lavabo 7												
Lavabo 8												
Lavabo 9												
Lavabo 10												
Lavabo 11												
Lavabo 12												
Lavabo 13												
Lavabo 14												
Lavabo 15												
Lavabo 16												
Lavabo 17												
Lavabo 18												
Lavabo 19												
Lavabo 20												
% de lavabos répondant à tous les critères												

LISTE DE CONTRÔLE 4 : LISTE DE CONTRÔLE DU LAVAGE CORRECT DES MAINS

Pour chaque observation, noter **OUI** si vous êtes **d'accord** avec l'affirmation inscrite en haut de chaque colonne et **NON** si vous **n'êtes pas d'accord**.

N°	Critères			1		2		3		4		5		6		7		8		Tous les éléments : Inscrire OUI seulement si OUI est indiqué dans toutes les colonnes et NON si au moins une colonne possède un NON.	
	Observation	Catégorie de personnel se lavant les mains (M = médecin, I = infirmier, A = autre)			Les mains sont-elles débarrassées de tout bijou et autres accessoires ?		Les manches sont-elles remontées au-dessus des coudes ?		Du savon liquide est-il utilisé ?		Le processus de lavage comprend-il la friction des mains, de la paume et du dos des mains, des doigts, des espaces entre les doigts et des poignets ?		Les mains sont-elles rincées avec une quantité suffisante d'eau courante ?		Les mains sont essuyées à l'aide de serviettes en papier ou de serviettes individuelles ?		La recontamination des mains est évitée lors de la fermeture du robinet.		Le lavage des mains ne dure pas moins de 30 secondes.		
	M	I	A	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
% d'observations répondant à tous les critères																					

LISTE DE CONTRÔLE 5 : LISTE DE CONTRÔLE DES LAVABOS DE LA FOSA

Pour chaque lavabo observé, noter **OUI si vous êtes d'accord** avec l'affirmation inscrite en haut de chaque colonne et **NON si vous n'êtes pas d'accord**.

	Le lavabo est propre.		Les robinets ne coulent pas.		Les tuyaux d'évacuation ne coulent pas.		L'eau courante est toujours disponible.		Tous les éléments : Inscrire OUI uniquement si OUI est indiqué dans toutes les colonnes et NON si au moins une colonne possède un NON.	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Lavabo 1										
Lavabo 2										
Lavabo 3										
Lavabo 4										
Lavabo 5										
Lavabo 6										
Lavabo 7										
Lavabo 8										
Lavabo 9										
Lavabo 10										
Lavabo 11										
Lavabo 12										
Lavabo 13										
Lavabo 14										
Lavabo 15										
Lavabo 16										
Lavabo 17										
Lavabo 18										
Lavabo 19										
Lavabo 20										
% de lavabos répondant à tous les critères										

LISTE DE CONTRÔLE 6 : LISTE DE CONTRÔLE DE L'ADMINISTRATION DES INJECTIONS DANS LA FOSA

FOSA : _____ Salle ou section : _____ Date : _____

Encercler le code approprié (voir ci-dessous) dans chaque colonne. Additionner le nombre de O ou SO pour chaque colonne (voir ci-dessous) et calculer le pourcentage. **Utiliser la même fiche pour autant d'observations que possible.**

Outil d'évaluation de la lutte contre les infections

Numéro de contact avec le patient	Personne administrant l'injection	L'hygiène des mains a-t-elle été respectée avant l'injection ?*	A-t-on utilisé une aiguille et une seringue stériles ?	Le flacon a-t-il été désinfecté à l'alcool ?	A-t-on utilisé du coton ou une compresse stérile pour casser l'ampoule ?**	Le flacon multidose a-t-il été rangé fermé après utilisation ? †	A-t-on utilisé des gants propres à usage unique pour l'injection IV ? ‡	La peau et le site IV ont-ils été désinfectés à l'alcool ?	Les objets tranchants ont-ils été déposés dans le conteneur jaune à objets tranchants ?	L'hygiène des mains a-t-elle été respectée après l'administration de l'injection ?*	Tous les éléments : Inscrire O si toutes les colonnes comportent O ou SO ; inscrire N si une des colonnes comporte N.
1	M I A	O N	O N	O N SO	O N SO	O N SO	O N SO	O N	O N	O N	O N
2	M I A	O N	O N	O N SO	O N SO	O N SO	O N SO	O N	O N	O N	O N
3	M I A	O N	O N	O N SO	O N SO	O N SO	O N SO	O N	O N	O N	O N
4	M I A	O N	O N	O N SO	O N SO	O N SO	O N SO	O N	O N	O N	O N
5	M I A	O N	O N	O N SO	O N SO	O N SO	O N SO	O N	O N	O N	O N
6	M I A	O N	O N	O N SO	O N SO	O N SO	O N SO	O N	O N	O N	O N
7	M I A	O N	O N	O N SO	O N SO	O N SO	O N SO	O N	O N	O N	O N
8	M I A	O N	O N	O N SO	O N SO	O N SO	O N SO	O N	O N	O N	O N
9	M I A	O N	O N	O N SO	O N SO	O N SO	O N SO	O N	O N	O N	O N
10	M I A	O N	O N	O N SO	O N SO	O N SO	O N SO	O N	O N	O N	O N
11	M I A	O N	O N	O N SO	O N SO	O N SO	O N SO	O N	O N	O N	O N
12	M I A	O N	O N	O N SO	O N SO	O N SO	O N SO	O N	O N	O N	O N
13	M I A	O N	O N	O N SO	O N SO	O N SO	O N SO	O N	O N	O N	O N
14	M I A	O N	O N	O N SO	O N SO	O N SO	O N SO	O N	O N	O N	O N
15	M I A	O N	O N	O N SO	O N SO	O N SO	O N SO	O N	O N	O N	O N
16	M I A	O N	O N	O N SO	O N SO	O N SO	O N SO	O N	O N	O N	O N
17	M I A	O N	O N	O N SO	O N SO	O N SO	O N SO	O N	O N	O N	O N
18	M I A	O N	O N	O N SO	O N SO	O N SO	O N SO	O N	O N	O N	O N
19	M I A	O N	O N	O N SO	O N SO	O N SO	O N SO	O N	O N	O N	O N
20	M I A	O N	O N	O N SO	O N SO	O N SO	O N SO	O N	O N	O N	O N
21	M I A	O N	O N	O N SO	O N SO	O N SO	O N SO	O N	O N	O N	O N
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%

M = médecin, I = infirmier, A = autre ; O = oui ; N = non ; SO = sans objet ; * Inscrire O pour l'hygiène des mains en cas de lavage au savon et à l'eau, ou de friction à l'alcool ; ** Inscrire SO si le traitement utilisé ne provenait pas d'une ampoule (ou s'il provenait d'un flacon) ; † Inscrire SO en l'absence d'utilisation d'un flacon multidose ; dan les colonnes † et ‡ SO sont équivalents à O pour la détermination du score et le calcul du pourcentage.

**LISTE DE CONTRÔLE 7 : LISTE DE CONTRÔLE DE L'ÉLIMINATION DES
DÉCHETS APRÈS L'ACCOUCHEMENT**

FOSA : _____ Salle ou section : _____ Date : _____

Encercler le code approprié (voir ci-dessous) dans chaque colonne. Additionner le nombre de O de chaque colonne et calculer le pourcentage.

Outil d'évaluation de la lutte contre les infections

	Le placenta a-t-il été jeté dans un bac ?	Les objets tranchants ont-ils été jetés dans un conteneur jaune à objets tranchants ?	Les gants ont-ils été jetés dans un conteneur rouge pour les déchets à risque infectieux ?	Les tampons et autres déchets à risque infectieux ont-ils été jetés dans un conteneur rouge pour les déchets à risque infectieux ?	Les déchets non-contaminés ont-ils été jetés dans un conteneur conçu pour les déchets normaux ?	Inscrire O si toutes les colonnes comportent O ; inscrire N si une des colonnes comporte N.
1	O N	O N	O N	O N	O N	O N
2	O N	O N	O N	O N	O N	O N
3	O N	O N	O N	O N	O N	O N
4	O N	O N	O N	O N	O N	O N
5	O N	O N	O N	O N	O N	O N
6	O N	O N	O N	O N	O N	O N
7	O N	O N	O N	O N	O N	O N
8	O N	O N	O N	O N	O N	O N
9	O N	O N	O N	O N	O N	O N
10	O N	O N	O N	O N	O N	O N
11	O N	O N	O N	O N	O N	O N
12	O N	O N	O N	O N	O N	O N
13	O N	O N	O N	O N	O N	O N
14	O N	O N	O N	O N	O N	O N
15	O N	O N	O N	O N	O N	O N
16	O N	O N	O N	O N	O N	O N
17	O N	O N	O N	O N	O N	O N
18	O N	O N	O N	O N	O N	O N
19	O N	O N	O N	O N	O N	O N
20	O N	O N	O N	O N	O N	O N
21	O N	O N	O N	O N	O N	O N
22	O N	O N	O N	O N	O N	O N
23	O N	O N	O N	O N	O N	O N
24	O N	O N	O N	O N	O N	O N
25	O N	O N	O N	O N	O N	O N
	%	%	%	%	%	%

RÉFÉRENCES

American Society of Hospital Pharmacists (ASHP) Council on Professional Affairs. 1992. ASHP Guidelines on Formulary System Management. *American Journal of Health-System Pharmacy* 49(3): 648–52.

ASHP Council on Professional Affairs. 1995. ASHP Guidelines: Minimum Standard for Pharmacies in Hospitals. *American Journal of Health-System Pharmacy* 52(23): 2711–17.

ASHP Council on Professional Affairs. 1999. ASHP Therapeutic Guidelines on Antimicrobial Prophylaxis in Surgery. *American Journal of Health-System Pharmacy* 56(18): 1839–88.

ASHP Council on Professional Affairs. 2000. ASHP Guidelines on Quality Assurance for Pharmacy-Prepared Sterile Products. *American Journal of Health-System Pharmacy* 57(12): 1150–69.

Bolyard, E. A., O. C. Tablan, W. W. Williams, et al. 1998. Guideline for Infection Control in Healthcare Personnel. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 19(6): 407–63.

Bratzler, D. W., P. M. Houck, Surgical Infection Prevention Guidelines Writers Workgroup, et al. 2004. Antimicrobial Prophylaxis for Surgery: An Advisory Statement from the National Surgical Infection Prevention Project. *Clinical Infectious Diseases* 38(12): 1706–15.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1994. Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium Tuberculosis in Healthcare Facilities. *MMWR* 1994; 43(No. RR-13): 1–132.

CDC. 1996. Guideline for Isolation Precautions in Hospitals. Part II. Recommendations for Isolation Precautions in Hospitals. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *American Journal of Infection Control* 24(1): 32–52.

CDC. 2001. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *MMWR* 2001; 50(No. RR-11): 1–52.

CDC. 2002. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR* 2002; 51(No. RR-16): 1–44.

CDC. 2002. *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter Related Infections*. *MMWR* 2002; 51(No. RR-10): 1–29.

CDC. 2003. Guidelines for Environmental Infection Control in Healthcare Facilities: Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *MMWR* 2003; 52(No. RR-10): 1–43.

- CDC. 2004. Guidelines for Preventing Health-Care–Associated Pneumonia, 2003: Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *MMWR* 2004; 53(No. RR-35).
- Culver, D. H., Horan T. C., Gaynes R. P., et al. 1991. Surgical Wound Infection Rates by Wound Class, Operative Procedure and Patient Risk Index. National Nosocomial Infections Surveillance System. *American Journal of Medicine* 91(Suppl. 3B): 152S–157S.
- Dellinger, E. P., P. A. Gross, T. R. Barrett, et al. 1994. Quality Standard for Antimicrobial Prophylaxis in Surgical Procedures. *Clinical Infectious Diseases* 18(3): 422–27.
- Drucker, E. M., P. G. Alcabes, et P. A. Marx. 2001. The Injection Century: Consequences of Massive Unsterile Injecting for the Emergence of Human Pathogens. *Lancet* 358(9297): 1989–92.
- Duncan, R. A. 1998. Controlling Use of Antimicrobial Agents. Dans *A Practical Handbook for Hospital Epidemiologists*, édité par L. A. Herwaldt et M. Decker. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated, p. 286.
- Emori T. G., et R. P. Gaynes. 1993. An Overview of Nosocomial Infections, Including the Role of Microbiology Laboratory. *Clinical Microbiology Reviews* 6(4): 428–42.
- EngenderHealth. 2004. Infection Prevention Online Course.
<<http://www.engenderhealth.org/res/onc/index.html#start>> (consulté le 17 juillet 2006).
- EngenderHealth. 2006. Critical Care: Intensive Care: Changes. Implement the Ventilator Bundle.
<<http://www.ihl.org/IHI/Topics/CriticalCare/IntensiveCare/Changes/ImplementtheVentilatorBundle.htm>> (consulté le 3 octobre 2006).
- Falk, P. S. 2004. Infection Control and the Employee Health Service. Dans *Hospital Epidemiology and Infection Control*, 3e ed., édité par C. G. Mayhall. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Garner, J. S. 1996. Guideline for Isolation Precautions in Hospitals. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 17(1): 53–80.
- Gerding, D. N. 2000. Antimicrobial Cycling: Lessons Learned from the Aminoglycoside Experience. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 21, Suppl. no. 1: S12–S17.
- Hopkins, C. C. 2004. Pharmacy Service. Dans *Hospital Epidemiology and Infection Control*, 3e ed., édité par C. G. Mayhall, 1315. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Institute for Healthcare Improvement. 100,000 Lives Campaign.
<<http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/>> (consulté le 17 juillet 2006).
- Joint Commission International (JCI). 2002. Care of Patients in *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. 2e ed. Oak Brook, IL: JCI.

- Kralovic, R. C. 1993. Use of Biological Indicators Designed for Steam or Ethylene Oxide to Monitor a Liquid Chemical Sterilization Process. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 14(6): 313–19.
- Management Sciences for Health/Strengthening Pharmaceutical Systems. 2008. Hand Hygiene Posters.
- Mangram, A. J., T. C. Horan, M. L. Pearson, et al. 1999. Guideline for Prevention of Surgical Site Infections. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 20(4): 250–80.
- Nosocomial Infection Control Committee. 2008. *Prevention and Control Standards for Infectious Diseases Associated with Nosocomial Healthcare*. Roosevelt Hospital, Guatemala City, Guatemala.
- Nursing Department. 2008. *Hand Washing Procedure*. San Juan de Dios General Hospital, Guatemala City, Guatemala.
- Oh, T. E. 1997. Design and Organization of Intensive Care Units. Dans *Intensive Care Manual*, 4e ed., édité par T. E. Oh, 3–9. Boston: Butterworth-Heinemann Medical.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2002. *Prévention des infections nosocomiales: Guide pratique*. 2^e édition. WHO/CDS/CSR/EPH/2002/12. Genève: OMS.
<http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12/en/index2.html>.
- OMS/Bureau régional de l’Afrique (AFRO), Secrétariat régional du Commonwealth pour la Santé pour l’Afrique de l’Est, centrale et australe (CRHCS) et East, Central and Southern African College of Nursing (ECSACON). 2001. *Manual of Infection Prevention and Control Policies and Guidelines*. Préparé par U. V. Reid.
- Roy, M. C. 2003. Modern Approaches to Preventing Surgical Site Infections. Dans *Prevention and Control of Nosocomial Infections*, 4e ed., édité par R. P. Wenzel, 377–78. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Rutala, W. A., et A. J. Weber. 2004. Disinfection and Sterilization in Health Care Facilities: What Clinicians Need to Know. *Clinical Infectious Diseases* 39(5): 702–9.
- Saiman, L. 2003. Preventing Infections in the Neonatal Intensive Care Unit. Dans *Prevention and Control of Nosocomial Infections*, 4e ed., édité par R. P. Wenzel, 356–57. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Saint, S., et B. A. Lipsky. 1999. Preventing Catheter-Related Bacteriuria. Should We? Can We? How? *Archives of Internal Medicine* 159(8): 800–808.
- Scheckler, W.E., D. Brimhall, A. S. Buck, et al. 1998. Requirements for Infrastructure and Essential Activities of Infection Control and Epidemiology in Hospitals: A Consensus Report. SHEA Position Paper. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 19(2): 114–24.
- Shlaes, D. M., D. N. Gerding, J. F. John Jr., et al. 1997. Society for Healthcare Epidemiology of America and Infectious Diseases Society of America Joint Committee on the Prevention of

Antimicrobial Resistance: Guidelines for the Prevention of Antimicrobial Resistance in Hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 18(4): 275–91.

Tietjen, L., D. Bossemeyer, et N. McIntosh. 2003. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore, MD: JHPIEGO.

WHO et CDC. 1998. *Infection Control for Viral Hemorrhagic Fevers in the African Health Care Setting*. Genève: WHO and CDC.

<<http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/spb/mnpages/vhfmanual.htm>> (consulté le 19 juillet 2006).

Disponible en français: <<http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/spb/mnpages/vhrmanualfr.htm>>.

WHO, Safe Injection Global Network (SIGN). 2003. Department of Blood Safety and Clinical Technology Recommendations. *Guiding Principles to Ensure Injection Device Safety*. WHO/BCT/03.12. Genève: OMS.

<http://www.who.int/injection_safety/toolbox/docs/en/Guiding_Principle_Inj.pdf> (consulté le 17 août 2006). Disponible en français:

<http://www.who.int/injection_safety/Guiding_Principals_FR.pdf>.

WHO, SIGN, International Council of Nurses. 2001. *Best Infection Control Practices for Skin-Piercing Intradermal, Subcutaneous, and Intramuscular Needle Injections*. Genève: OMS.

Wiblin, R. T., et R. P. Wenzel. 1998. The Infection Control Committee. Dans *A Practical Handbook for Hospital Epidemiologists*, édité par L. A. Herwaldt and M. Decker. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.

Widmer, A. F. 1994. Infection Control and Prevention Strategies in the ICU. *Journal of Intensive Care Medicine* 20, Suppl. no. 4: S7–S11.

Wong, E. S. 1983. CDC Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections. *American Journal of Infection Control* 11(1): 28–36.

<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_catheter_assoc.html>.