

MINISTERE DE LA SANTE



BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice

**GUIDE D'EVALUATION DE LA PERFORMANCE
DES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN
PREVENTION ET CONTROLE DES INFECTIONS
ASSOCIEES AUX SOINS**



Version 01_Aout2019

Préface

La prévention et le contrôle des infections associées aux soins (IAS) est une préoccupation majeure de santé publique. En effet, ces infections sont à l'origine de pathologies graves, de prolongements de la durée du séjour en établissement de soins, d'invalidités à long terme, de coûts personnels importants pour les patients et leurs familles, de charges financières supplémentaires élevées pour les systèmes de santé, et pire encore, de la perte tragique en vie humaine.

De par leurs fréquences, leurs conséquences humaines, sociales et économiques, la lutte contre les infections associées aux soins représente un défi universel pour la sécurité des patients.

Au Burkina Faso cette préoccupation s'est traduite ces dernières années au ministère de la santé par l'élaboration de documents normatifs dont le guide d'évaluation de la performance des établissements de santé en prévention et contrôle des infections associées aux soins.

Ce guide, élaboré avec la participation des professionnels de santé se veut être à la fois un référentiel de mise à niveau et d'évaluation des performances en matière de prévention et contrôle des infections associées aux soins. Il peut s'appliquer aussi bien en auto-évaluation tout comme en évaluation externe. Les écarts notifiés devront être systématiquement analysés et traités en vue d'améliorer de manière continue et durable la qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements de santé.

Le Ministre de la santé



Professeur Léonie Claudine LOUGUE/SORGHO

Chevalier de l'Ordre National

Rédacteur

Dr NANA W. Félicité

Groupe de relecture

- Pr DRABO K. Maxime
- Dr. TRAORE Arouna
- Dr SERE A. Marguerite
- Dr ROUAMBA P. Guy Bertrand
- Dr KONFE Salifou
- M. TOUGOUMA Eric
- M. DRABO Mamadou
- M. SOMDA A. Lin
- Dr TANKOANO Estelle
- Dr OUANGARE Assane
- Dr HIGHTOWER Joyce

Groupe de finalisation

- Dr ROUAMBA P. Guy Bertrand
- Dr DIALLO Amadou
- Dr BARRO Salif Hermann
- Dr KAFANDO/OUEDRAOGO Christiane
- DIPAMA Macaire Armel T.
- BIRBA Paul
- ZI Michel
- BAKO Théophile
- SIDIBE Lassina
- SAWADOGO Bonvouila
- TUINA Pankamavé Olivier
- SANON Jules César
- BONKOUNGOU Jean-Paul
- DAKUYO Silas
- OUEDRAOGO N. Pascal
- SANDWIDI Lucienne
- TRAORE Clarisse
- THIOMBIANO Joseph

Participants à l'atelier de validation

Nom et Prénoms	Structure
AKA Nabé	CHU-B
BANON Siaka	DCPP
BARRO S.Hermann	DQSS
BISSYANDE Viviane	HOSCO
BOUDA Gilbert	DSS
CISSE Seydou	DPSP
DAO Abdoul Kader	CHU-YO
DIALLO Amadou	DQSS
DIALLO ZONGO F.Sara	CHR de Dori
DIEBRE Y. Paulette W.	HOSCO
DIPAMA A. Macaire T.	DQSS
DRABO K. Maxime	IRSS/CNRST
DUOBA/KOUMBO Doris	APROCLIB
GNOUMOU Céline	DPSP
GUIRO Alassane	DIEM
HEMA Arsène	CHU-SS
HIEN Diedon Alain	FASPB
ILBOUDO Evariste B.	CMA Paul VI
ISHOLA Taofick	CHR de Banfora
KABORE Y. L. Bérenger	DRS du Centre Est
KAFANDO S. Mathieu	CHU-YO
KANGEMBEGA/KABORE Assèta	CHR de Dédougou
KERE Corinne Chrystelle W.	CMA de Pissy
KOLMOGO D. Eustache	CMA Paul VI
KOMBOÏGO R. Amédée	CHUP-CDG
KONATE Souleymane	CHR de Gaoua
KONE Salifou	DRS du Plateau Central
KONFE Salifou	Bureau d'étude/SG
KORA Koubatou	CHUP-CDG
KOTE Adama	CHR de Kaya
KOUASSI/GAMPINI Sandrine Estelle	CEDIME
KOUDOUGOU Albert	CHU-T
KOUDOUGOU Eliane S. T.	HOSCO
KY/BA Absatou	CHU-B
KYELEM Carine	CHUP-CDG
LOMPO Y. François	DFSP
MAÏGA Djibrilla	DRS du Centre Nord
NABALOU /NIKIEMA S. Claudine	CHU-YO

NACOULMA Adama	DPSP
NANA W.Félicité	DQSS
NIKIEMA/KABORE Prisca	DS de Manga
OUATTARA Sounkalo	DRS des Cascades
OUATTARA Yaya	CHU-B
OUEDRAOGO Ali	OBQUASS
OUEDRAOGO Charlemagne	CHU-B
OUEDRAOGO David	DS de Boulmiougou
OUEDRAOGO KOULIBALY Fanta	CHU-T
OUEDRAOGO Nazinigouba	SARMUB/CHU-YO
OUEDRAOGO P. Thierry	CHR de Tenkodogo
OUEDRAOGO Pascal	DRS du Centre Ouest
OUEDRAOGO Salif	DS de Nongr-Massom
OUEDRAOGO Sylvie A. P.	CHUP-CDG
OUEDRAOGO W. Aimé Pascal	DGSP
OUOBA KOUMBO	APROCLIB
PARE Salimata	DPSP
ROUAMBA P. Guy Bertrand	DQSS
SABA/OUEDRAOGO Salamata	CHU-T
SACKO Amadou Issa	DRS de Centre Sud
SANDWIDI Lucienne	DQSS
SANKAGO Salifou	CHUP-CDG
SANOGO A. Karim	CHU-YO
SAWADOGO N. Souleymane	CHR de Fada
SAWADOGO Bonvouilla	DQSS
SAWADOGO Romial	JHPIEGO
SAWADOGO Salamata	DRS de l'Est
SERE Adissa Marguerite	Expertise France
SIDIBE Lassina	DQSS
SOGODOGO Salamata	DRS de l'Est
SOMDA A. Lin	DQSS
SOME B.N.Léonce	CHR de Koudougou
SONTIE HIEN Tamassa	ASSOG
SORE Adama	DRS du Sud Ouest
TAPSOBA Rodolphe Vivien	CMA de Ziniaré
TONDE Issa	CHUP-CDG
TRAORE Arouna	Expertise France
TRAORE Brahim	DRS des Hauts Bassins
TRAORE Idriss Saleh	CHU-B
YAO Soungalo	OBQUASS
ZOUNGRANA Adelaïde	DRS du Centre

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
METHODE D'UTILISATION DU GUIDE.....	2
1. Destinataires.....	2
2. Structuration des dimensions.....	2
3. Méthodes d'utilisation.....	2
3.1. Type d'évaluation.....	3
3.2. Choix des évaluateurs et organisation des équipes.....	3
3.3. Méthodes d'investigation.....	5
3.4. Echantillon.....	5
4. Cotation.....	5
4.1. Cotation des critères.....	5
4.2. Cotation des composantes, domaines et rubriques.....	6
4.3. Score de performance.....	6
5. Analyse et présentation des résultats.....	6
GRILLE D'EVALUATION DE LA PREVENTION ET DU CONTROLE DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS.....	8

INTRODUCTION

La problématique de l'hygiène dans les établissements de santé a été de tout temps au centre des préoccupations tant des autorités sanitaires, du personnel de santé que des usagers partout dans le monde.

Au Burkina Faso cette préoccupation s'est traduite ces dernières années au ministère de la santé par l'élaboration de la stratégie nationale de l'hygiène hospitalière 2016-2020. Avec les différents partenaires dont Expertise France, plusieurs documents normatifs sur l'hygiène hospitalière et la sécurité des patients sont rendus disponibles et plusieurs activités sont menées à tous les niveaux du système de santé. Cependant, la traçabilité des différentes activités menées est faible. Cette faiblesse est liée à l'absence d'un cadre normalisé de suivi qui détermine les différents indicateurs traceurs et qui met en place les outils et le circuit du suivi au niveau central et au niveau des formations sanitaires.

En outre, l'amélioration continue des performances ne peut être effective que par les évaluations périodiques qui ressortiront les dysfonctionnements et qui proposeront après l'analyse les actions de corrections. Aussi, est-il indispensable de définir les standards de performance de toutes les composantes de l'hygiène hospitalière et de la sécurité des patients ainsi que les méthodes de recueil, d'analyse et d'interprétation afin de mesurer de manière objective les écarts de performance et de proposer les solutions y relatives.

A la faveur du Projet de réduction du risque infectieux et sécurité en milieu de soins (PRISMS), le renforcement du niveau institutionnel a permis l'élaboration et la mise à disposition d'un ensemble de documents normatifs nationaux dont le présent guide d'évaluation des performances en prévention et contrôle des infections en milieu de soins.

Ce guide se veut être à la fois un référentiel de mise à niveau et d'évaluation des performances en matière de prévention et contrôle des infections associées aux soins. Il peut s'appliquer aussi bien en auto évaluation tout comme en évaluation externe. Les écarts notifiés devront être systématiquement analysés et traités en vue

d'améliorer de manière continue et durable la qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements de santé.

METHODE D'UTILISATION DU GUIDE

1. Destinataires

Le guide d'évaluation des performances est destiné aux responsables des structures de prestations de soins dans les secteurs public et privé.

Il prend en compte tous les niveaux de soins notamment :

- Les Centres hospitaliers universitaires (CHU) et les établissements privés assimilés
- Les Centre hospitaliers régionaux (CHR) et les établissements privés assimilés
- Les Hôpitaux de district (HD) et les établissements privés assimilés
- Les Centres médicaux (CM) et les établissements privés assimilés
- Les Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et les établissements privés assimilés.

2. Structuration des dimensions

La performance de la prévention et le contrôle des infections dépendent de plusieurs composantes qui ont été regroupées en trois volets :

- Le volet management de la prévention et contrôle des infections ;
- Le volet de la prévention et contrôle des infections lors des activités de soins ;
- Le volet prévention et contrôle des infections de l'environnement.

3. Méthodes d'utilisation

Le présent guide permet à la fois aux formations sanitaires d'implémenter ou d'évaluer la performance au regard des dimensions clés de la Prévention et contrôle des infections (PCI) en milieu de soins. Chaque volet peut être évalué indépendamment. Cependant, il convient que la structure évalue toutes les composantes de l'hygiène hospitalière au minimum une fois dans l'année.

3.1. Type d'évaluation

L'évaluation est un processus capital d'analyse ou d'appréciation de l'efficacité et la performance de la structure qui implique des acteurs, afin de réviser les principes directeurs. L'évaluation peut être interne ou externe.

L'évaluation interne s'effectue au sein de la structure par des acteurs qui sont majoritairement de la structure elle-même.

Elle a l'avantage de s'appuyer sur ceux qui connaissent mieux le contexte. Cette proximité permet d'entretenir plus facilement une dynamique d'amélioration permanente des activités, des résultats, et de la performance.

Toutefois, trop de proximité peut conduire les évaluateurs à ne pas prendre suffisamment de distance par rapport à l'objet de leur évaluation. Le temps et les moyens nécessaires à l'évaluation peuvent manquer, ainsi que certaines connaissances méthodologiques de base.

A l'inverse, l'évaluation externe sollicite des acteurs externes. L'extériorité des évaluateurs est perçue comme un gage d'objectivité, de neutralité, voire de liberté par rapport aux pressions éventuelles. Toutefois, l'évaluation externe court le risque d'être déconnecté des préoccupations des acteurs de terrain, car les évaluateurs ne connaissent pas suffisamment le contexte et peuvent être tentés par une démarche trop théorique.

3.2. Choix des évaluateurs et organisation des équipes

Il est nécessaire de tenir compte des éléments suivants lors de la détermination de la taille et de la composition de l'équipe d'évaluation :

- l'identification des connaissances et des aptitudes nécessaires pour atteindre les objectifs de l'évaluation;
- la sélection des membres de l'équipe de sorte que l'ensemble des connaissances et aptitudes nécessaires soient présentes au sein de l'équipe ;
- la nécessité d'assurer l'indépendance des membres de l'équipe d'évaluation par rapport aux activités à évaluer et d'éviter tout conflit d'intérêt;
- la capacité des membres de l'équipe d'évaluation à avoir des échanges efficaces avec les acteurs et à collaborer entre eux.

Il est indispensable que les évaluateurs se comportent professionnellement pendant l'évaluation en étant, entre autres :

- intègres, c'est-à-dire justes, attachés à la vérité, sincères, honnêtes et discrets ;
- ouverts d'esprit, c'est-à-dire soucieux de prendre en considération des idées ou des points de vue différents;
- diplomates, c'est-à-dire faisant preuve de tact et d'habileté dans les relations avec les autres;
- observateurs, c'est-à-dire activement attentifs à l'environnement physique et aux activités associées;
- perspicaces, c'est-à-dire appréhendant instinctivement et capables de comprendre les situations;
- polyvalents, c'est-à-dire ayant de la facilité à s'adapter à différentes situations;
- tenaces, c'est-à-dire persévérants, concentrés sur l'atteinte des objectifs;
- capables de décision, c'est-à-dire capables de tirer en temps voulu des conclusions fondées sur un raisonnement et une analyse logiques;
- autonomes, c'est-à-dire sachant agir et travailler de son propre chef tout en établissant des relations efficaces avec les autres;
- agissant avec courage, c'est-à-dire capables d'agir de manière responsable et déontologique même si les actions entreprises peuvent ne pas toujours être appréciées et parfois donner lieu à un désaccord ou une confrontation;
- ouverts aux améliorations, c'est-à-dire sachant tirer des enseignements des situations, s'efforçant d'obtenir les meilleurs résultats de l'évaluation;
- ouverts aux différences culturelles, c'est-à-dire sachant observer et respecter les traditions culturelles de la structure ;
- acteurs en équipe, c'est-à-dire sachant travailler en parfaite collaboration avec des tiers, y compris les membres de l'équipe d'évaluation et le personnel de la structure.

3.3. Méthodes d'investigation

Afin de vérifier les critères, les techniques d'entretien, d'observation et de revue documentaire seront utilisées par les évaluateurs pour recueillir les informations utiles ;

Chaque critère fait généralement appel à une technique spécifique. Cependant, plusieurs techniques peuvent être combinées pour un même critère.

Lorsque les preuves sont inexistantes ou insuffisantes, des commentaires peuvent être faits pour guider l'analyse.

La performance est basée sur l'échantillon vérifié pendant la période de l'évaluation. Les preuves fournies après cette période ne peuvent être pris en compte.

3.4. Echantillon

La détermination de la nature et la taille des éléments composant (faisant partie de) l'échantillon est laissée à la discrétion de l'équipe chargée conduire l'évaluation.

4. Cotation

4.1. Cotation des critères

Les modalités de l'évaluation pour chaque critère sont « oui », « non » et « NA » (non applicable).

Toutefois, si un critère est identifié « NA », une justification est nécessaire dans la case de commentaire.

Chaque critère coché « oui » est coté un (1) point et celui coché « non » est coté zéro (0) point.

Lorsqu'il s'agit d'un critère composite ou de plusieurs paramètres vérifiés, la loi du « tout ou rien » s'applique. Le critère est coché « oui » si et seulement si tous les paramètres sont remplis. Dans le cas contraire il est coché « non ».

4.2. Cotation des composantes, domaines et rubriques

La note de la composante, domaine et rubrique est la sommation des points obtenus.

Cette note doit être ramenée en proportion avec le numérateur le nombre total de points (somme des « oui ») et au dénominateur le nombre total de critères soustraits des « NA ».

4.3. Score de performance

La performance globale de la structure prend en compte la moyenne des trois rubriques et est appréciée en fonction du niveau des scores atteints comme suit :

- Elle est dite « excellente » pour un score supérieur ou égal à 90% avec un score minimal pour chaque rubrique de 80%.
- Elle est dite « élevée » pour un score supérieur ou égal à 80% avec un score minimal pour chaque rubrique de 60%.
- Elle est dite « moyenne » pour un score supérieur ou égal à 60% avec un score minimal pour chaque rubrique de 50%.
- Elle est dite « passable » pour un score supérieur ou égale à 40% avec un score minimal pour chaque rubrique de 30%.
- Elle est dite « faible » pour un score inférieur à 40%.

NB : Lorsque le score pour un niveau est atteint et que les scores minima des rubriques ne sont pas atteints, il est classé dans la catégorie immédiatement en dessous.

5. Analyse et présentation des résultats

Les résultats peuvent être générés en utilisant le logiciel Excel puis présentés sous forme de tableau ou figure. L'analyse des écarts de performance doit être contextuelle et peut nécessiter la recherche d'informations complémentaires. L'objectif est d'identifier les causes des écarts de performance en vue de proposer des actions non seulement pour combler les écarts (correctives) mais également pour prévenir la répétition du dysfonctionnement.

Il est possible de faire l'analyse et présenter les résultats par volet ou par domaine tout en prenant en compte l'interaction des différents volets.

Toute évaluation de la performance doit être assortie d'un rapport contenant des recommandations d'amélioration sur la base de laquelle les entités concernées élaboreront et mettront en œuvre un plan d'amélioration.

GRILLE D'EVALUATION DE LA PREVENTION ET DU CONTROLE DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS

Composantes	Critères	Appréciation			Méthode de recueil	Observations
		O	N	NA		
1. Management de la prévention et du contrôle des infections						
1.1. Mise en place des plans d'action PCI et de sécurité des patients	1.1.1. L'établissement de santé dispose d'un plan d'action validé de prévention et le contrôle des infections.				DD Vérifier que l'établissement de santé dispose d'un plan d'action validé de prévention et le contrôle des infections.	
	1.1.2. Le plan d'action comporte au moins les points suivants : – Organisation de la PCI – Organisation de la lutte contre la RAM – Organisation de la santé et sécurité au travail – Lignes directrices techniques de PCI – La formation en PCI – La surveillance des IAS et de la RAM – Evaluation de l'observance des pratiques PCI – L'appui des laboratoires de microbiologie – La sécurité environnementale – Les interactions entre les services internes et la communication avec le niveau central et autres concernés – Le suivi et l'évaluation du programme				DD Vérifier si le document de plan d'action comporte tous les éléments mentionnés	
	1.1.3. Le plan d'action est suivi et évalué				DD Preuves documentées du suivi et évaluation de l'année précédente)	
	1.2. Disponibilité	1.2.1. L'établissement de santé dispose des				DD

des documents normatifs	directives PCI				Vérifier dans au moins deux services différents. Les formats électroniques sont acceptés	
	1.2.2. L'établissement de santé dispose du Guide d'organisation et fonctionnement PCIAS				DD Vérifier dans au moins deux services différents. Les formats électroniques sont acceptés	
	1.2.3. L'établissement de santé dispose du Guide d'évaluation des performances				DD Vérifier dans au moins deux services différents. Les formats électroniques sont acceptés	
	1.2.4. L'établissement de santé dispose du Guide PCI				DD Vérifier dans au moins deux services différents. Les formats électroniques sont acceptés	
	1.2.5. L'établissement de santé dispose du Guide de surveillance et d'investigation des IAS				DD Vérifier dans au moins deux services différents. Les formats électroniques sont acceptés	
	1.2.6. L'établissement de santé dispose du Guide de la sécurité environnementale				DD Vérifier dans au moins deux services différents. Les formats électroniques sont acceptés	
	1.2.7. L'établissement de santé dispose du guide de bonnes pratiques de prescription des antibiotiques				DD Vérifier dans au moins deux services différents. Les formats électroniques sont acceptés	

	1.2.8. L'établissement de santé dispose du guide d'insertion du personnel nouvellement affecté et du stagiaire			DD Vérifier dans au moins deux services différents. Les formats électroniques sont acceptés	
	1.2.9. L'établissement de santé dispose du guide d'accueil et de gestion des stagiaires et accompagnants			DD Vérifier dans au moins deux services différents. Les formats électroniques sont acceptés	
1.3. Coordination des activités de PCI	1.3.1. L'établissement a reparti de manière formelle les rôles et responsabilités sur la PCI (décision/nomination, fiche de poste, énumération de tâches, ...)			DD Vérifier que les documents sont signés et diffusés	
	1.3.2. L'établissement de santé dispose d'une note de création : – Comité de prévention et contrôle des infections associées aux soins – Service d'hygiène et de la sécurité des patients			DD Vérifier que les documents sont signés et diffusés	
	1.3.3. Les questions en rapport avec la PCI sont discutées lors des rencontres statutaires des directions et services			DD Vérifiez qu'au moins 50% des PV ou rapport en parle	
	1.3.4. Le Comité de prévention et de contrôle des infections associées aux soins et/ou le Comité d'hygiène, de santé et sécurité au travail (CHSST) est fonctionnel			DD Vérifiez l'existence d'au moins un rapport trimestriel	
1.4. Communication et partenariat	1.4.1. L'établissement de santé dispose de procédures ou instruction en rapport avec la communication interne sur la PCI			DD Vérifier l'existence d'au moins une procédure ou d'une instruction en rapport avec la communication interne sur la PCI	

	1.4.2. Les supports de communication pour le changement de comportement en PCI				Observation Vérifier que les affiches ou instructions sont disponibles dans au moins trois services cliniques	
	1.4.3. L'établissement dispose d'un mécanisme de l'information, l'éducation et la communication avec le patient et son entourage sur les conditions de séjour				Observation Vérifier l'existence des appareils de sonorisation, affiches ou bandes passantes, de registre de sensibilisation dans trois services cliniques, à l'accueil, salle d'attente ou salles d'hospitalisation	
	1.4.4. L'établissement de santé dispose de partenariats ou collaboration en faveur de la prévention et contrôle des infections				DD Vérifier au moins un contrat de partenariat, ou une preuve documentée de collaboration avec une entité externe	
1.5. Mettre en place un système de sensibilisation et d'émulation sur la PCI	1.5.1. L'établissement organise au moins une fois par an une ou des journée(s) dédiée(s) à la PCI				DD Vérifier le rapport de la/les journée (s) de l'année précédente	
	1.5.2. L'établissement de santé dispose d'un système de reconnaissance des mérites en interne en matière de PCI				DD Vérifier la preuve de la reconnaissance de l'année précédente	
	1.5.3. L'établissement suit la consommation par service de la solution hydro alcoolique				DD Preuve documentée des outils de gestion des stocks renseignés	
1.6. Rendre disponible les	1.6.1. L'établissement suit la consommation mensuelle par service des :				DD Preuve documentée des	

ressources pour promouvoir la LCIAS	– Sachets poubelles ; – Boîtes de sécurité				outils de gestion des stocks renseignés	
	1.6.2. L'établissement quantifie les déchets solides collectés				DD Vérifier les preuves documentées des outils de quantification renseignés	
	1.6.3. L'estimation des besoins en sachets poubelles et boîtes à tranchant est faite : – sur la base de la consommation moyenne mensuelle de chaque type ; – tient compte des stocks de sécurité.				DD Vérifier que le calcul pour chaque type est sur la base de la consommation moyenne mensuelle et extrapole s'il y a des ruptures	
	1.6.4. Les acquisitions satisfont au moins les quantités estimées				DD Vérifier la concordance de la quantité estimée pour l'année précédente et la quantité commandée	
	1.6.5. Les services visités disposent de sachets poubelles aux couleurs requis pour le tri des déchets				Observation Vérifier la présence d'au moins de sachets poubelles noir et jaune, plus les boîtes de sécurité dans 3 services cliniques/sites de prestation	
	1.6.6. L'établissement de santé n'a pas connu de rupture en sachet poubelle et/ ou boîte de sécurité dans le semestre précédent				Entretien Vérifier au moins 2 services cliniques et le laboratoire qu'il n'y ait pas eu de rupture les 6 mois précédent	
	1.6.7. L'établissement dispose de solution hydro				Observation	

	alcoolique dans les services				Vérifier au moins 3 services cliniques (dont la chirurgie et la maternité) l'accessibilité de la SHA	
	1.6.8. L'établissement dispose d'une aire de lavage et de séchage pour les malades et accompagnants				Observation Vérifier l'existence – aire de lavage – aire de séchage	
	1.6.9. La liste des indicateurs de suivi de la PCI est renseignée à temps				DD – Indicateurs mensuels – Indicateurs trimestriels – Indicateurs semestriels – Indicateurs annuels	
1.7. Suivi, évaluation et recherche sur la PCI	1.7.1. Une évaluation au moins d'une pratique d'hygiène a été réalisée au moins une fois le semestre précédent				DD Vérifier le rapport d'évaluation (peut être intégré)	
	1.7.2. L'établissement a fait son auto évaluation de sa performance l'année précédente suivant ce présent guide assorti d'un plan d'amélioration				DD Vérifier avec le rapport d'évaluation et le plan d'amélioration	
	1.7.3. Plus de la moitié des écarts retrouvés pendant l'évaluation ont été comblés				DD Vérifier lors du récapitulatif des écarts de la présente l'évaluation	
	1.7.4. L'établissement a réalisé au moins une recherche action dans le domaine de la PCI l'année précédente				DD Document de recherche à dépouiller- vérifier jusqu'au plan de mise en	

					œuvre des recommandations de la recherche)	
	1.7.5. L'établissement (CHU et CHR, privé assimilé) dispose au moins un article publié dans le domaine de la PCI l'année précédente (pas d'obligation d'une revue scientifique)				DD Vérifier la preuve documentée de la publication (article, présentation orale, participation à une journée scientifique)	
1.8. Gestion du nouveau personnel	1.8.1. Il existe une procédure écrite d'insertion du personnel nouvellement affecté				DD Vérifier la procédure écrite	
	1.8.2. Le personnel nouvellement affecté a reçu l'information sur les missions, statuts et règlement intérieur de la structure				Entretien/DD Preuve documentée de l'orientation (signature de l'agent orienté) et faire la preuve sur au moins deux agents nouvellement arrivés	
	1.8.3. Le personnel nouvellement affecté a reçu l'information sur les risques hospitaliers et leurs gestions				Entretien/DD Preuve documentée de l'orientation (signature de l'agent orienté) et faire la preuve sur au moins deux agents nouvellement arrivés	
	1.8.4. Le personnel nouvellement affecté est orienté sur les précautions standards				Entretien/DD Preuve documentée de l'orientation au cours du premier mois de son arrivée (signature de l'agent orienté) et faire la preuve sur au moins deux agents nouvellement	

					arrivés	
1.8.5.	Le personnel nouvellement affecté est orienté sur le tri des déchets				Entretien/DD Preuve documentée de l'orientation au cours du premier mois de son arrivée (signature de l'agent orienté) et faire la preuve sur au moins deux agents nouvellement arrivés	
1.8.6.	L'établissement met en place un système de mentorat pour l'encadrement du nouveau personnel				DD/entretien Vérifier l'existence d'une procédure pour l'encadrement du nouveau personnel Echange avec le personnel	
1.8.7.	Le mentor suit et évalue les compétences du nouveau personnel en intégrant les précautions standards et le tri des déchets				DD/entretien Vérifier la fiche de suivi des compétences Echange avec le personnel	
1.8.8.	Il existe d'une procédure de gestion du stagiaire				DD Vérifier procédure écrite	
1.8.9.	Le mécanisme de gestion du stagiaire intègre l'information sur les missions, statuts et règlement intérieur de la structure				DD/Entretien Preuve documentée de l'orientation (signature de l'agent orienté) et faire la preuve sur au moins 5 stagiaires	
1.8.10.	Le mécanisme de gestion du stagiaire intègre l'information sur les risques et leurs gestions				Entretien/DD Preuve documentée de l'orientation au cours du premier mois de son arrivée (signature de l'agent orienté) et faire la	

					preuve sur au moins cinq stagiaires	
	1.8.11. Le mécanisme de gestion du stagiaire intègre l'information sur les précautions standards de PCIAS				Entretien/DD Preuve documentée de l'orientation au cours du premier mois de son arrivée (signature de l'agent orienté) et faire la preuve sur au moins cinq stagiaires	
	1.8.12. L'établissement met en place un système de tutorat pour l'encadrement des stagiaires				Entretien/DD Vérifier l'existence d'une procédure et faire la preuve sur au moins cinq stagiaires	
	1.8.13. Le tuteur suit et évalue les compétences du stagiaire en intégrant les précautions standards				Entretien/DD Vérifier la fiche de suivi des compétences et faire la preuve sur au moins cinq stagiaires	
1.9. Formation continue	1.9.1. L'établissement a organisé au moins une formation continue sur la PCI l'année précédant l'enquête				DD Vérifier la liste de présence et le rapport de la formation	
	1.9.2. La formation prend en compte au moins l'hygiène des mains				DD/Entretien Vérifier que les modules incluent l'hygiène des mains	
	1.9.3. Une supervision sur la PCI a été réalisée au moins une fois le semestre précédent (peut être pris en compte dans la supervision des services)				DD Vérifier le rapport de supervision	
	1.9.4. Le personnel soignant connaît les cinq indications de l'hygiène des mains				Entretien Au moins 8/10 personnels	

					soignant interrogés connaissent les 5 indications.	
	1.9.5. Le personnel rencontré connaît les règles de tri des déchets suivant les codes couleurs				Entretien Au moins 8/10 personnel interrogé connaît les principes de tri	
1.10. Application des principes de protection du personnel	1.10.1. Il existe un système de suivi de la santé des travailleurs				Entretien/observation/DD Existence d'un service pour la santé des travailleurs -Vérifier l'existence de dossier individuel -existence des procédures pour la PEC (AELB, accidents de travail, maladie professionnelle)	
	1.10.2. Le personnel nouvellement recruté ou affecté bénéficie d'un examen médical initial comportant entre autres : - les vaccinations reçues, - les antécédents d'exposition à des maladies transmissibles (par exemple la tuberculose, varicelle, zona)				DD Faire un échantillonnage aléatoire d'au moins trois dossiers du personnel de santé	
	1.10.3. Le personnel bénéficie de vaccination contre l'hépatite B, le tétanos et la méningite.				DD Faire un échantillonnage aléatoire des dossiers du personnel de santé	
	1.10.4. Le personnel bénéficie de la visite annuelle de santé				DD Faire un échantillonnage aléatoire des dossiers du personnel de santé (8/10 agents ont bénéficié d'une visite) :	

	1.10.5. Le personnel a un dossier de santé à jour				DD Faire un échantillonnage aléatoire des dossiers du personnel de santé (8/10 agents à jour) :	
	1.10.6. Il existe des procédures de prévention et de gestion des principales expositions				DD Vérifier au moins l'existence de procédures de gestion des AELB	
	1.10.7. Les intrants (eau de javel dilué ou dakin ; savon et eau) sont disponibles dans les salles de soins pour la conduite à tenir immédiate lors d'un accident d'exposition aux liquides biologiques – Eau de javel diluée ou dakin – Savon – Eau				Observation Vérifier la disponibilité de chaque intrant	
	1.10.8. Les affiches de conduites à tenir en cas d'exposition aux liquides biologiques sont disponibles dans les salles de soins				Observation Vérifier les affiches dans au moins 2 services cliniques	
	1.10.9. L'établissement suit et prend en charge les accidents d'expositions aux liquides biologiques				DD Vérifier le dossier des cas d'exposition (5 dossiers ou exhaustif si moins que 5)	
1.11. Disponibilité des infrastructures	1.11.1. Il existe dans l'établissement (CMA-CHU-CHR) d'un service d'accueil fonctionnel				Observation/entretien/DD Vérifier l'existence du local, du personnel et des procédures	
	1.11.2. Il existe dans l'établissement (CMA-CHU-CHR) pour accompagnants – Des aires de repos, – Une cuisine				Observation Vérifier l'existence des aires de repos, de cuisine,	

	1.11.3. Des postes d'eau sont aménagés pour les patients et accompagnants				Observation Vérifier l'existence des postes dans au moins 2 services d'hospitalisation	
	1.11.4. L'établissement de santé dispose de toilette fonctionnelle pour les accompagnants				Observation Vérifier l'existence de toilettes fonctionnelles	
	1.11.5. L'établissement de santé dispose de salle isolement pour les patients ou suspects de maladies contagieuses				Observation Vérifier l'existence d'un endroit/ salle/ espace prévoir pour le triage et isolement des malades contagieuses	
1.12. Organisation de l'accueil et communication avec les patients et accompagnants	1.12.1. L'établissement de santé a un livret d'accueil des patients et accompagnateurs				DD Vérifier l'existence du livret d'accueil dans au moins 3 services	
	1.12.2. L'établissement de santé dispose de procédure écrite d'organisation des accompagnants				DD Vérifier l'existence de la procédure dans au moins 3 services d'hospitalisation	
	1.12.3. La procédure intègre les mesures d'hygiène à observer pendant leur séjour				DD Vérifier l'intégration des mesures d'hygiène dans la procédure dans au moins 3 services d'hospitalisation	
	1.12.4. L'établissement de santé dispose de procédure de communication sur le risque infectieux et les précautions de prévention y compris les déplacements et l'entretien des salles				DD Vérifier l'existence de document de procédure	
	1.12.5. Au moins la moitié des patients et accompagnants interrogés affirment avoir été informés sur comment utiliser les toilettes				Entretien 5/10 dans au moins 3 services dans les hôpitaux	

					ou 2/4 dans chaque unité au niveau des CSPS	
	1.12.6. Au moins la moitié des patients et accompagnants interrogés affirment avoir été informés sur comment jeter les déchets				Entretien 5/10 dans au moins 3 services dans les hôpitaux ou 2/4 dans chaque unité au niveau des CSPS	
	1.12.7. Au moins la moitié des patients et accompagnants interrogés affirment avoir été informés sur quand et où faire l'hygiène des mains				Entretien 5/10 dans au moins 3 services dans les hôpitaux ou 2/4 dans chaque unité au niveau des CSPS unité au niveau des CSPS	
	1.12.8. La charte officielle des utilisateurs des services de santé est affichée et accessible aux patients et accompagnants				Observation Vérifier que la charte est affichée dans au moins trois services	
1.13. Organisation des sorties des malades	1.13.1. L'établissement de santé dispose de procédure de sortie des patients et accompagnants				DD Vérifier que la copie de la procédure existe	
	1.13.2. L'établissement de santé dispose de procédures spécifiques de la manipulation des corps sans vie				DD Vérifier que la copie de la procédure existe	
	1.13.3. Les patients et accompagnants en sortie sont sensibilisés aux mesures d'hygiène communautaire de base				DD/entretien Vérifier le document traceur et /ou échantillon de patients et accompagnants	
	1.13.4. Les accompagnants des corps sans vie sont informés des précautions de manipulation des corps				DD/entretien Vérifier le document traceur et /ou échantillon de patients et accompagnants	
	1.13.5. L'établissement dispose d'un local				Observation	

	aménagé pour les corps sans vie				Vérifier l'existence du local	
	1.13.6. L'endroit est nettoyé et désinfecté après chaque enlèvement de corps				DD/Observation Vérifier la preuve documentée du nettoyage et observer l'état de propreté	
	1.13.7. Des sacs d'ensevelissement sont disponibles pour les corps suspects d'infection à potentiel épidémique				Observation Vérifier l'existence des sacs	
	1.13.8. Le registre d'entrée et de sortie des corps est à jour				DD Vérifier le registre	
	1.13.9. Le morgueur est formé sur les précautions de manipulation des corps sans vie à risque infectieux				Entretien /DD Vérifier la preuve documentée de la formation (rapport, liste de présence, certificat)	
	1.13.10. Les morgueurs disposent de kits EPI et de désinfectants				Observation Vérifier le stock des kits EPI	
1.14. Mise en place de la gestion de risque	1.14.1. L'établissement dispose d'un document de gestion des risques en milieu de soins				DD Vérifier l'existence du document de gestion	
	1.14.2. Le risque infectieux est intégré dans le document de gestion du risque de l'établissement				DD Vérifier la prise en compte du risque infectieux	
	1.14.3. Le document de gestion de risque comprend : – L'identification des risques – L'analyse des risques – Le traitement des risques				DD Vérifier la prise en compte des trois composantes	
1.15. L'identification	1.15.1. L'établissement dispose d'un circuit de notification,- analyse,-traitement et de				DD/Entretien Vérifier le document	

des risques infectieux	retro-information des IAS à interne				décrivant le circuit Vérifier la connaissance du circuit par le personnel (échantillon aléatoire de 3 personnes)	
	1.15.2. L'établissement a recensé les événements redoutés pouvant fortement entrainer une IAS				DD Vérifier l'existence de la liste	
	1.15.3. L'établissement dispose des définitions de cas d'infection associée aux soins (définition de cas disponible dans chaque service clinique visité)				DD Vérifier la disponibilité de la définition des cas dans chaque service visité	
	1.15.4. L'établissement dispose des fiches de notification de toute infection susceptible d'être associée aux soins				DD Vérifier que l'établissement dispose d'au moins trois fiches dans chaque service clinique	
1.16. Analyse et traitement du risque infectieux	1.16.1. L'analyse des risques est faite par le CPCIAS/CHSST				DD Vérifier que dans le rapport d'analyse	
	1.16.2. L'analyse du risque prend en compte la classification des risques infectieux selon la fréquence et la gravité				DD Vérifier dans le rapport d'analyse	
	1.16.3. L'établissement définit des actions de prévention ou d'atténuation du risque infectieux cohérent avec l'analyse				DD Vérifier l'existence du plan	
	1.16.4. L'établissement dispose de protocole de prise en charge des infections associées aux soins (protocole disponible dans tous les services cliniques visités)				DD Vérifier l'existence du protocole	
	1.16.5. L'établissement diffuse les données de				DD	

	l'analyse et du traitement à l'ensemble du personnel (Rapport disponible dans tous les services visités)				Vérifier la diffusion du rapport d'analyse et du plan d'action dans les services cliniques visités	
1.17. Mise en place du dispositif de surveillance des infections associées aux soins	1.17.1. Le dispositif de surveillance des infections associées aux soins est connu par les acteurs				Au moins 8/10 personnels rencontrés dans les services de laboratoire et service d'hygiène	
	1.17.2. Le mécanisme de surveillance des infections associées aux soins intègre la surveillance microbiologique (structures en disposant)				DD Vérifier la prise en compte de la surveillance microbiologique (Dans les structures qui en disposent)	
	1.17.3. Des instructions d'alerte sont disponibles dans le laboratoire de microbiologie sur les cas suivant : – Les résultats faisant suspecter un cas grave d'IAS ou de cas groupés d'IAS, – L'identification de germes inhabituels ou menaçants – Toute autre situation correspondant aux critères du dispositif de signalement des IAS.				DD Vérifier l'existence des instructions dans le laboratoire	
	1.17.4. L'établissement met en place un mécanisme de suivi de l'évolution des bactéries multi résistantes aux antibiotiques				DD Vérifier l'existence d'un rapport sur l'évolution des bactéries multirésistant	
	1.17.5. L'établissement met en place un mécanisme de suivi de l'utilisation des antibiotiques				DD Vérifier l'existence d'un rapport sur l'utilisation des antibiotiques	

1.18. Investigations et enquête épidémiologique	1.18.1. L'établissement a organisé au moins deux investigations des IAS y compris les contrôles qualité environnementale l'année précédente				DD Rechercher une preuve documentée des deux investigations (les rapports d'investigation)	
	1.18.2. L'établissement a organisé au moins une enquête épidémiologique les cinq dernières années				DD Vérifier le rapport de l'enquête	
	1.18.3. L'établissement dispose d'un système de gestion des flambées de cas d'infections associées aux soins				DD Vérifier le document décrivant le mécanisme	
	1.18.4. Le mécanisme est connu par les acteurs (service d'hygiène, CHSST)				Entretien 8/10 du service d'hygiène et du CHSST connaissent le mécanisme	
2. Prévention et contrôle des infections lors des activités de soins						
2.1. Tenue professionnelle	2.1.1. La tenue professionnelle dédiée à l'activité pratiquée suivant le model et la couleur en fonction de la catégorie professionnelle et du secteur d'activité*				Observation 10/10 (tous les agents) agents portent des tenues professionnelles dédiées à l'activité pratiquée suivant le model et la couleur en fonction de la catégorie professionnelle et du secteur d'activité	
	2.1.2. Le personnel rencontré porte une tenue professionnelle propre				Observation 10/10 (tous les agents) du personnel rencontré porte une tenue professionnelle propre (Absence de tâches visibles, de déchirures)	
	2.1.3. Les prestataires s'habillent et se déshabillent avant d'entrer ou de quitter				Observation 8/10 des prestataires	

						s'habillent et se déshabillent avant d'entrer ou de quitter l'unité de soins	
						Observation Observer les vestiaires dans au moins 3 services cliniques	
2.2. Port équipements protection individuelle	des de					2.2.1. Les EPI sont utilisées suivant les indications et besoins par le personnel	
						Observation Observer 8/10 des agents de 3 des 4 services suivants : maternité, service de gestion des DBM, le traitement des DMR, la buanderie	
						2.2.2. Aucun prestataire ne porte des EPI y compris la blouse dans les services administratifs et ou de restauration	
						Observation Observer dans les services administratifs et au réfectoire	
						2.2.3. Aucun prestataire ne porte des EPI y compris la blouse dans la cour de l'établissement	
						Observation Observer le passage des prestataires dans la cour.	
						2.2.4. L'établissement dispose d'une procédure interne de gestion des équipements de protection qui précise : l'inventaire et suivi de stocks - la distribution des équipements propres, le rangement et le circuit de traitement des équipements utilisés.	
						DD Vérifier l'existence de la procédure interne de gestion des équipements de protection	
						2.2.5. Les EPI sont traités in situ à l'intérieur de l'établissement	
						DD/entretien Vérifier la procédure de traitement des EPI, interroger au 5 agents dans 3 services différents	

	2.2.6. Il existe des instructions sur l'interdiction aux prestataires d'emmener les EPI y compris la blouse chez eux				DD Vérifier la présence des instructions dans au moins 3 services	
2.3. Dispositions pour les précautions standards	2.3.1. Il existe des affiches ou d'instruction relative à l'hygiène des mains				DD Observer les affiches dans au moins 3 services cliniques et le Laboratoire	
	2.3.2. Les prestataires de soins ont les avant-bras dégagés (bijoux, les bracelets, montre et tenue)				Observation Observer qu'au moins 8/10 des prestataires de soins ont les avant-bras dégagés (bijoux, bracelets, montre et tenue)	
	2.3.3. Aucun des prestataires de soins ne porte au niveau des doigts des bijoux comme bague, alliance lors des soins				Observation Observer qu'aucun prestataire de soins rencontré ne porte bague, alliance,	
	2.3.4. Aucun des prestataires de soins n'a les ongles longs, du vernis, des faux-ongles, ou résine pendant les soins				Observation Observer qu'aucun prestataire de soins rencontré ne porte n'a les ongles longs, vernis, des faux-ongles, ou résine	
2.4. Indications de l'hygiène des mains	2.4.1. Les prestataires de soins pratiquent l'hygiène des mains avant un contact avec le patient				Observation Observer au moins 5 cas	
	2.4.2. Les prestataires de soins pratiquent l'hygiène des mains avant un geste aseptique				Observation Observer au moins 5 cas	
	2.4.3. Les prestataires de soins pratiquent l'hygiène des mains après un risque d'exposition à un produit biologique d'origine humaine,				Observation Observer au moins 5 cas	

	2.4.4. Les prestataires de soins pratiquent l'hygiène des mains après un contact avec le patient				Observation Observer au moins 5 cas	
	2.4.5. Les prestataires de soins pratiquent l'hygiène des mains après un contact avec l'environnement du patient.				Observation Observer au moins 5 cas	
2.5. Etapes du lavage des mains	2.5.1. Les prestataires respectent les étapes du lavage des mains				Observation Observer au moins 5 cas	
2.6. Utilisation de la désinfection par friction hydro alcoolique	2.6.1. La désinfection par friction avec un produit hydro-alcoolique est réalisée dans toutes les indications d'hygiène de mains				Observation Observer au moins 5 cas	
	2.6.2. La désinfection par friction hydro-alcoolique est réalisée en l'absence de souillure visible des mains				Observation Observer au moins 5 cas	
	2.6.3. La désinfection par friction hydro-alcoolique est réalisée en l'absence de mains visiblement humide				Observation Observer au moins 5 cas	
	2.6.4. La désinfection par friction hydro-alcoolique respecte le temps de friction d'au moins 30 secondes				Observation Observer au moins 5 cas	
2.7. Indications et précautions du port des gants	2.7.1. Pour les cas qui nécessitent le port des gants, il se fait après l'hygiène des mains				Observation Observer au moins 5 cas	
	2.7.2. Les prestataires – Portent les gants juste avant le geste. – Retirent les gants et les jettent immédiatement après la fin du geste.				Observation Observer au moins 5 cas	
	2.7.3. Les prestataires changent de gants : – Entre deux patients, – Pour un même patient lorsque l'on passe d'un site contaminé à un site propre.				Observation Observer au moins 5 cas	
2.8. Organisation des précautions	2.8.1. L'établissement dispose des procédures d'application des précautions				DD Vérifier l'existence des	

complémentaires	complémentaires				procédures écrites dans au moins 3 services cliniques	
	2.8.2. L'établissement met en place un système d'alerte à l'utilisation des précautions complémentaires				DD/entretien Vérifier l'existence de signalement (affiches) indiquant les instructions	
	2.8.3. Le système d'alerte à l'utilisation des précautions complémentaires est connu du personnel				Observation : Instructions écrites et affichées/ Entretien : 8/10 du personnel interrogé décrivent le système	
	2.8.4. L'établissement dispose d'un stock d'intrants à utiliser lors des précautions complémentaires				Observation Vérifier physiquement que le stock de sécurité des intrants est respecté	
2.9. Prise de précautions complémentaires en cas de symptômes respiratoires	2.9.1. L'établissement dispose d'instruction sur les mesures d'hygiène respiratoire à prendre dans les lieux stratégiques.				DD Vérifier l'existence des instructions écrites et/ou affiches dans 3 services cliniques	
	2.9.2. L'établissement fait porter un masque à toute personne (patient, visiteur, professionnel de santé, intervenant extérieur, aidant...) présentant des symptômes respiratoires de type toux ou expectoration supposés d'origine infectieuse.				DD Vérifier la disponibilité des masques aux points stratégique et les affiche/ ou instructions écrites de procédures Observer l'utilisation	
	2.9.3. Le personnel utilise un mouchoir à usage unique pour couvrir le nez et la bouche lors de toux, éternuement et le jeter immédiatement après usage.				Observation Vérifier la disponibilité des mouchoirs à usage unique aux points stratégiques et les affiches/ ou instructions écrites de procédures	

	2.9.4. Le personnel ne touche pas les muqueuses (yeux, nez, bouche) avec des mains contaminées.				Observation Observer 5 cas	
	2.9.5. L'établissement hospitalise les patients contaminés dans des chambres individuelles ou les regroupe dans un même secteur				Observation/DD Observer 5 cas et à défaut, vérifier l'existence la procédure écrite	
	2.9.6. Le personnel porte des masques de haute efficacité dans la chambre				Observation Observer 5 cas et à défaut, vérifier l'existence de la procédure écrite.	
2.10. Prise de précautions complémentaires en cas de tuberculose, varicelle ou de rougeole	2.10.1.L'établissement donne des instructions aux patients de rester dans sa chambre.				Entretien/DD Interroger 5 patients et à défaut, Vérifier l'existence des instructions écrites et affichées	
	2.10.2.L'établissement hospitalise le (s) patient (s) dans une chambre individuelle ou les regroupent dans un même secteur				Observation Observe l'effectivité	
	2.10.3.Le personnel porte des masques de haute efficacité dans la chambre				Observation Observe l'effectivité	
2.11. Prise de précautions complémentaires en cas de la méningite bactérienne, diphtérie, ou l'exposition au virus respiratoire syncytial	2.11.1.L'établissement donne des instructions aux patients pour restreindre la circulation du patient si nécessaire				Entretien/DD Interroger 5 patients et à défaut, Vérifier l'existence des instructions	
	2.11.2.Le patient porte un masque chirurgical pour sortir de la chambre.				Observation Observer l'effectivité	
	2.11.3.L'établissement hospitalise le (s) patient (s) dans une chambre individuelle ou les regroupent dans un même secteur si possible				Observation Observer l'effectivité	
	2.11.4.Le personnel : – Porte des gants en entrant dans la				Observation Observer 5 cas	

	chambre ; – porte la blouse pour tout contact avec le patient ou avec des surfaces ou de matériel contaminé ; – Lave les mains avant et après contact avec le patient, et en sortant de la chambre.					
2.12. Prise de précautions complémentaires en cas d'infections intestinales et de diarrhée qui ne peuvent être maîtrisées, ou de lésions cutanées dont l'évolution ne peut être stoppée.	2.12.1.L'établissement donne des instructions aux patients pour restreindre sa circulation.				Entretien/DD Interroger 5 patients et à défaut, Vérifier l'existence des instructions	
	2.12.2.L'établissement nettoie, désinfecte et stérilise convenablement l'environnement et le matériel.				DD/observation Observer le nettoyage ou à défaut Vérifier les documents de traçabilité du nettoyage	
	2.12.3.L'établissement hospitalise le patient dans une chambre individuelle et dans un secteur d'isolement				Observation/DD Observer ou à défaut Vérifier la procédure écrite et l'endroit désigné	
	2.12.4.Le personnel porte un masque, des gants, une blouse, une coiffe et une protection oculaire avant d'entrer dans la chambre				Observation Observer le personnel ou à défaut Vérifier les stocks et l'endroit désigné pour le port et l'enlèvement des EPI contaminés	
2.13. Prise de précautions complémentaires en cas de risque d'infection par un agent hautement virulent comme les	2.13.1.Le personnel lave les mains à l'entrée et à la sortie de la chambre				Observation Vérifier l'endroit et l'emplacement de point d'eau désigné	
	2.13.2.Le personnel incinère les excréta, liquides biologiques et sécrétions rhinopharyngées				Observation/DD Vérifier l'endroit et procédure écrite	

infections à virus Ebola et autres fièvres hémorragiques					d'incinération	
	2.13.3.Le personnel restreint son entrée dans la chambre et interdit celle des visiteurs.				Observation/DD Vérifier l'emplacement de la salle et des voies d'accès et procédure écrite	
2.14. Documents dans le service de chirurgie	2.14.1.Le service de chirurgie dispose du guide de la sécurité des patients au bloc opératoire				Observation Vérifier que le guide se trouve dans le service	
	2.14.2.Le service dispose des procédures PCI y compris les précautions standards et complémentaires				DD Vérifier l'existence des procédures PCI écrite au bloc.	
	2.14.3.Les rôles et responsabilités sont définis y compris ceux liés à la PCI				DD Vérifier l'existence des documents dont les rôles et responsabilités sont définis.	
	2.14.4.Le service détermine, suit et évalue des indicateurs de performances y compris les indicateurs PCI				DD Vérifier le rapport mensuel.	
	2.14.5.Le service de chirurgie dispose d'un document interne du fonctionnement du bloc opératoire qui précise : – Les conditions d'accès aux différentes zones du bloc opératoire – Les modalités de transport du matériel et de déplacements des patients et du personnel dans le bloc opératoire. – Toutes les mesures à prendre afin d'éviter la contamination du matériel propre ou stérile par le matériel sale ou non stérile. – Les techniques de nettoyage et de désinfection du bloc opératoire				DD Vérifier l'existence du document écrit au bloc	

	2.14.6. Le service de chirurgie dispose d'une procédure de remise en route des salles après interruption du renouvellement d'air				DD Vérifier la procédure écrite.	
2.15. Segmentation du bloc	2.15.1. Il existe une délimitation de zones d'asepsie différente et croissante,				Observation Vérifier l'endroit désigné	
	2.15.2. Il existe une zone de passage de l'extérieur du bloc à la zone commune du bloc opératoire bloc				Observation Vérifier l'endroit désigné	
	2.15.3. Il existe une zone de transit				Observation Vérifier l'endroit	
	2.15.4. La zone opératoire qui entoure le site opératoire				Observation Vérifier l'endroit	
	2.15.5. Il existe des vestiaires divisés en deux zones : – une « zone entrante » où l'on laisse ses vêtements extérieurs avant de revêtir les habits de bloc – une « zone sortante » où les mêmes habits sont déposés avant de reprendre les vêtements extérieurs.				Observation Vérifier l'endroit	
2.16. Le revêtement interne du bloc	2.16.1. Le revêtement est à base de plastique souple très résistant				Observation Vérifier la matière utilisée pour le revêtement	
	2.16.2. Le revêtement remonte suffisamment haut, voire jusqu'au plafond.				Observation Vérifier la hauteur du revêtement	
	2.16.3. Il n'y a pas de joint dans le revêtement de la salle d'intervention				Observation Vérifier l'intégrité du revêtement	
	2.16.4. La climatisation est centralisée dans la salle d'intervention				Observation Vérifier l'installation de la climatisation et sa fonctionnalité	

	2.16.5. Il n'y a pas de fenêtre dans la salle d'intervention				Observation Vérifier les fenêtres	
2.17. Entretien des locaux au bloc opératoire	2.17.1. L'établissement assure une formation aux procédures de bionettoyage, d'entretien des surfaces et du matériel de tout nouveau personnel affecté à cette tâche				DD Vérifier rapport de formation et la liste de présence	
	2.17.2. L'entretien et la maintenance des salles est tracé et suivi				DD Vérifier les documents d'entretien et de suivi	
	2.17.3. Des contrôles microbiologiques périodiques sont effectués sur l'environnement pour vérifier l'efficacité et la bonne application des procédures d'entretien				DD Vérifier les documents (rapports) de contrôle (au moins un contrôle par trimestre (CHU/CHR) par semestre CMA))	
	2.17.4. Des contrôles de processus de filtration, surpression, débit et renouvellement de l'air sont régulièrement réalisés et consignés ;				DD Vérifier les documents (rapports) de contrôle (au moins un contrôle par trimestre (CHU/CHR) par semestre CMA))	
	2.17.5. Le niveau de surpression est vérifié et tracé quotidiennement avant l'ouverture des salles				DD Vérifier les documents de contrôle du trimestre précédant	
2.18. Utilisation de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale	2.18.1. Le service utilise systématiquement la liste de contrôle (Checklist) pour la sécurité chirurgicale lors de toute intervention chirurgicale				DD Choix aléatoire de 5 interventions et dépouiller leur checklist	
	2.18.2. Les listes de contrôle renseignées font objet d'analyse périodique				DD Vérifier au moins un des rapports, d'analyse le semestre précédent	

2.19. Respect des mesures de prévention des infections en pré-per et post opératoire	2.19.1.La préparation préopératoire intègre la douche/toilette et l'hygiène bucco-dentaire				Observation/entretien/DD Vérifier au moins 5 cas	
	2.19.2.La dépilation au besoin du patient se fait en dehors du bloc				Observation/entretien/DD Vérifier au moins 5 cas	
	2.19.3.L'antibioprophylaxie est appliquée suivant les protocoles requis				Observation/entretien/DD Vérifier au moins 5 cas	
	2.19.4.L'équipe réalise une désinfection chirurgicale des mains				Observation Observer au moins 5 cas	
	2.19.5.L'équipe utilise des casaques à usage unique lors des interventions				Observation Observer au moins 5 cas	
	2.19.6.Le patient et son entourage ont été sensibilisés sur les symptômes d'alerte locaux et généraux ainsi que sur les mesures d'hygiène générale.				Entretien Interroger 5 patients et/ou son entourage	
	2.19.7.Les suppurations des plaies opératoires sont notifiées				Entretien/ DD Vérifier la notification dans les dossiers des 5 personnes connue d'avoir eu les suppurations de plaies post chirurgicales	
2.20. Organisation de la PCI dans les maternités	2.20.1.Le service dispose du guide de la sécurité des patients dans le service de maternité				DD Vérifier l'existence de guide dans le service de maternité	
	2.20.2.Le service dispose des procédures PCI y compris les précautions standards et complémentaires				DD Vérifier l'existence de document des procédures au service	
	2.20.3.Les rôles et responsabilités sont définis y compris ceux lié à la PCI				DD Vérifier l'existence de document dont des rôles et responsabilités sont définis y compris ceux lié à	

					la PCI	
	2.20.4. Le service détermine, suit et évalue des indicateurs de performance y compris les indicateurs PCI				DD Vérifier les rapports de suivi et évaluation des indicateurs de performance y compris les indicateurs PCI	
	2.20.5. La parturiente bénéficie d'une recherche d'infection : 2.20.6. Prise de température 2.20.7. Bandelettes urinaires notifiant les leucocytes et nitrites				DD Tirage au choix de dossiers de 5 parturientes	
	2.20.8. La toilette vulvo-périnéale précède la réalisation du premier toucher vaginal, à l'entrée de la parturiente				Observation/entretien Vérifier l'effectivité avec au moins 5 en salle de travail	
2.21. Accueil préparation l'accouchement	2.21.1. Le prestataire n'a pas utilisé de coton en vrac lors de la toilette				Observation/entretien Vérifier l'effectivité avec au moins 5 en salle de travail	
	2.21.2. Les précautions pour la rupture artificielle des membranes intègrent : – le port de masque à visière ou un masque + lunettes (risque de projection dans les yeux de l'opérateur) ; – la pratique d'une antisepsie vulvo-périnéale ; – l'utilisation des gants stériles – l'utilisation d'un amniotome à usage unique.				Observation Observer au moins un cas sinon Vérifier l'utilisation de l'amniotome à usage unique	
	2.21.3. Le geste d'épisiotomie se réalise avec des ciseaux stériles qui sont immédiatement décontaminés				Observation/entretien Observer au moins un cas ou à défaut discuter avec les prestataires	

2.22. Pendant l'accouchement	2.22.1.La section du cordon se fait à l'aide d'une paire de ciseaux stériles. NB : Se rassurer que le ciseau n'ait pas été utilisé lors de l'épisiotomie Se rassurer qu'une lame de bistouri n'a pas été utilisé				Observation/entretien Observer au moins un cas ou à défaut discuter avec les prestataires	
	2.22.2.Pour la prise en charge immédiat du nouveau-né le prestataire pratique : – L'hygiène des mains – Utilise des gants non stériles à usage unique. – Sèche efficacement l'enfant. – Aspirer les voies respiratoires de l'enfant si nécessaire – Décontamine la sonde				Observation/entretien Observer au moins un cas ou à défaut discuter avec les prestataires	
2.23. Communication des précautions d'hygiène à l'accouchée	2.23.1.Les accouchées ont bénéficié de conseils sur les précautions pour la toilette vulvo périnéale qui comprend : – La toilette vulvo-périnéale doit se réaliser en 3 temps : savonnage, rinçage, séchage soigneux du périnée. – Ne pas utiliser de pommade sur la suture périnéale				Entretien Interroger 5 <i>accouchées en suite de couches</i>	
	2.23.2.Les accouchées ont bénéficié de conseils sur les précautions pour la prévention des infections mammaires à l'accouchée qui comprend : – Effectuer la douche quotidienne ou un savonnage et un rinçage soigneux puis un séchage des seins. – La mère pratique avant la tétée un lavage simple ou une désinfection par friction des mains				Entretien Interroger 5 <i>accouchées en suite de couches</i>	

	– Après la tétée : rinçage et séchage soigneux des seins. – Ne pas utiliser d'alcool sur le mamelon car risque de lésion de la peau. – Ne pas utiliser d'éosine sur la peau qui n'est pas un antiseptique et qui occulte les lésions. – Ne pas utiliser d'antiseptiques ou de pommade aux œstrogènes ou aux corticoïdes car risque d'absorption du produit par le nouveau-né.					
	2.23.3. Les accouchées ont bénéficié de conseils sur les précautions pour la toilette du nouveau-né qui sont entre autres : – Savonner entièrement l'enfant et terminer par le siège. – Respecter un ordre logique de la toilette en commençant par le visage (yeux, oreilles puis reste du visage) – Ne jamais nettoyer le siège avant le visage : risque de contamination oculaire par les germes fécaux. – Faire la toilette génitale de la vulve vers l'anus pour prévenir le risque d'infection urinaire chez les petites filles. – Ne pas utiliser du coton en « vrac » pour la toilette, car souvent contaminé.				Observation/entretien Observer au moins un cas. Si non Interroger 5 accouchées en suites de couches	
	2.23.4. L'éosine aqueuse n'est pas utilisée pour le soin du cordon ; Absence de pansement du cordon				Observer au moins un cas. Si non interroger au moins 2 prestataires	
2.24. Organisation de la PCI dans les services et unités de	2.24.1. Le service dispose des procédures PCI y compris les précautions standards et complémentaires				DD Vérifier l'existence des procédures écrites dans le service de néonatalogie	

néonatalogie	2.24.2. Les rôles et responsabilités sont définis y compris ceux liés à la PCI				DD Vérifier l'existence de document sur les rôles et responsabilités dans le service de néonatalogie	
	2.24.3. Le service détermine, suit et évalue des indicateurs de performances y compris les indicateurs PCI				DD Vérifier de rapport de suivi évaluation des indicateurs de performance y compris les indicateurs PCI dans le service de néonatalogie	
	2.24.4. Le personnel de l'unité connaît les CAT lorsqu'il présente : – un herpès cutané : le soignant infecté ne doit pas avoir de contact avec les nouveau-nés, – un herpès labial : le risque est plus faible et il faut protéger la lésion (port de masque) et ne pas la toucher durant le travail.				Entretien Interroger/observer si le personnel connaît et suit les instructions concernant herpes	
	2.24.5. Le personnel applique l'hygiène des mains suivant les indications				Entretien/observation Interroger /observer 3 personnels s'il applique l'hygiène des mains suivant les indications	
	2.24.6. Pour la prise en charge des jumeaux, – Le prestataire réalise un lavage simple des mains avant de passer de l'un à l'autre. – Si l'un des deux nouveau-nés est infecté réaliser un lavage antiseptique ou une désinfection des mains avant de passer de l'un à l'autre				Entretien/observation Interroger/ observer 3 soignants sur le protocole d'hygiène des mains concernant les jumeaux	
	2.24.7. L'établissement de santé dispose d'une instruction affichée pour éviter la coexistence entre les linges des nouveau-nés				Observation/entretien Vérifier l'existence d'une instruction affichée et	

	infectés et non infectés au sein d'un même cycle				Interroger 3 personnels sur la connaissance de l'instruction	
	2.24.8. Les draps sont visiblement propres				Observation Observer si les draps sont visiblement propres	
	2.24.9. Les informations communiquées aux parents sont entre autres : – déclarer à l'équipe les maladies infectieuses dont ils sont affectés s'il y a risque de transmission aux nouveau-nés, – ne pas avoir de contacts avec les nouveau-nés autres que leur(s) enfant(s),				Entretien Interroger au moins 2 parents	
	2.24.10. Les visiteurs appliquent les précautions à l'entrée du service : – faire un lavage simple des mains (l'ablation des bijoux est souhaitable), – port d'une sur blouse à manches longues sur la tenue de ville				Observation/entretien Observer au moins deux visiteurs à défaut discuter avec les parents	
	2.24.11. Les jouets dans l'incubateur sont lavables et propre à l'enfant				Observation/entretien Observer/interroger les prestataires	
	2.24.12. Le circuit des jouets dans l'incubateur respecte le circuit : entrée propre côté tête et sortie sale côté pieds				Observation Observer le circuit des jouets 3 cas	
	2.24.13. Il existe un protocole de décontamination des incubateurs				DD Vérifier documents l'existence de protocole de décontamination des incubateurs	
	2.24.14. Il existe une preuve documentée de l'entretien journalier des réservoirs de l'incubateur				DD Vérifier l'existence de preuve documentée de	

					l'entretien journalier des réservoirs de l'incubateur	
	2.24.15. Les réservoirs des incubateurs sont renouvelés				Observation/DD Observer si les réservoirs des incubateurs semblent visiblement être renouvelés au moins une fois par semaine et vérifier les preuves documentées	
	2.24.16. L'intérieur comme l'extérieur des incubateurs sont visiblement propres				Observation Observer si l'intérieur comme l'extérieur des incubateurs sont visiblement propres et vérifier les preuves documentaires	
2.25. Précautions au laboratoire	2.25.1. Le service dispose des procédures PCIAS y compris les précautions standards et complémentaires				DD Vérifier l'existence des procédures PCIAS écrites	
	2.25.2. Les rôles et responsabilités sont définis y compris ceux liés à la PCIAS				DD Vérifier les documents où les rôles et responsabilités sont définis	
	2.25.3. Le service détermine, suit et évalue des indicateurs de performances y compris les indicateurs PCIAS				DD Vérifier la preuve documentée que le service détermine, suit et évalue des indicateurs de performances y compris les indicateurs PCI	
	2.25.4. Le service dispose de procédures et protocoles indiquant: – les conditions d'accès aux différentes zones				DD Vérifier l'existence des documents de procédures et protocoles dans le	

	– les mesures de biosécurité – l'entretien des locaux et matériel				service indiquant. : - les conditions d'accès aux différentes zones - les mesures de biosécurité - l'entretien des locaux et matériel	
	2.25.5. Il existe des instructions d'interdiction formelle de manger, boire, de garder de la nourriture ou des boissons à usage personnel, de mâcher ou de fumer dans le laboratoire				Observation Vérifier l'existence d'instructions documentée d'interdiction formelle de manger, boire, de garder de la nourriture ou des boissons à usage personnel, de mâcher ou de fumer dans le laboratoire	
	2.25.6. Il existe des instructions sur le port des EPI				Observation Vérifier l'existence d'instruction documentée du port des EPI	
	2.25.7. Il existe une preuve documentée de la réalisation d'un contrôle qualité de l'air au moins une fois dans l'année /semestre précédent (CMA/CHU-CHR)				DD Vérifier la preuve documentée (rapport) de la réalisation d'un contrôle qualité de l'air au moins une fois dans l'année /semestre précédent (CMA/CHU-CHR)	
	2.25.8. Le personnel porte des masques faciaux ou bavettes et lunettes lors de la manipulation				Observation Observer pendant au moins 5mn que le personnel porte des masques faciaux ou	

					bavettes et lunettes lors de la manipulation	
	2.25.9. Le personnel porte de nouveaux gants d'examen lorsqu'on manipule du sang, des liquides organiques et/ou autres échantillons contenant des microorganismes pathogènes.				Observation Observer que le personnel porte de nouveaux gants d'examen lorsqu'on manipule du sang, des liquides organiques et/ou autres échantillons contenant des microorganismes pathogènes	
	2.25.10. Il n'y a pas de la nourriture dans les réfrigérateurs utilisés pour les échantillons				Observation Vérifier l'absence de la nourriture dans les réfrigérateurs utilisés pour les échantillons	
	2.25.11. L'établissement dispose : – Les seringues autobloquantes – les vacutainers rétractables à usage unique – Les seringues rétractables automatiques ou manuelles				Observation Vérifier la disponibilité des - Les seringues autobloquantes - les vacutainers rétractables à usage unique - Les seringues rétractables automatiques ou manuelles	
	2.25.12. Le service dispose des intrants de conduite à tenir en cas d'accident de blessure par piqûre d'aiguille y compris les affiches sur la procédure y afférente				Observation Vérifier la disponibilité des intrants de conduite à tenir en cas d'accident de blessure par piqûre d'aiguille	

	2.25.13. Les bouts des tubes de prélèvement sanguin sont protégés				Observation Vérifier que les bouts des tubes de prélèvement sanguin sont protégés	
2.26. Précautions dans les banques de sang	2.26.1.L'unité ou le service abritant la banque de sang dispose de procédures et protocoles indiquant : – les conditions d'accès aux différentes zones – les mesures de biosécurité – conditions de transport et de conservation des PSL – l'entretien des locaux et matériel				DD Vérifier que les procédures et protocoles sont disponibles de la banque de sang au personnel	
	2.26.2.Il existe des instructions d'interdiction formelle de manger, boire, de garder de la nourriture ou des boissons à usage personnel, de mâcher ou de fumer dans les zones d'activités transfusionnelles				Observation Vérifier l'existence des affiches et procédures écrites d'interdiction formelle de manger, boire, de garder de la nourriture ou des boissons à usage personnel, de mâcher ou de fumer dans les zones d'activités transfusionnelle	
	2.26.3.Il existe des instructions sur le port des EPI				Observation Vérifier l'existence des affiches et procédures écrites	
	2.26.4.Les zones de qualification biologique des dons, de préparation et de distribution qui sont des zones à accès contrôlée et sont matérialisées comme tel				Observation Vérifier les affiches et procédure écrites	
	2.26.5.Toute personne rencontrée dans les zones d'accès contrôlée porte des EPI suivant la				Observation Observer que toute	

	procédure.				personne rencontrée dans les zones d'accès contrôlée porte des EPI suivant la procédure	
	2.26.6.Aucune personne rencontrée dans les zones d'activités transfusionnelles ne mange, boit, mâche ou fume				Observation Observer que dans les zones d'activités transfusionnelles personne ne mange ne boit, ne mange, ni fume	
	2.26.7.Les conteneurs utilisés pour le transport des PSL sont isothermes				Observer Vérifier les affiches et procédures écrites	
2.27. Application des principes de prescription rationnelle des antimicrobiens	2.27.1.Le comité thérapeutique existe et est fonctionnel (dans les hôpitaux)				DD/Entretien Vérifier documents : Dépouillez au moins deux PV l'année précédente	
	2.27.2.Les protocoles thérapeutiques (GDT pour les CSPS) existent				Observation/entretien Vérifier l'existence des protocoles thérapeutiques	
	2.27.3.L'établissement réalise une évaluation de l'adéquation des prescriptions médicamenteuses				DD Vérifier documents : dépouillez au moins deux rapports des semestres précédents	
	2.27.4.Le retour des analyses des prescriptions sont partagés avec les prescripteurs				DD/entretien Vérifier une preuve documentée du retour d'information des analyses des prescriptions aux prescripteurs	
2.28. Mise en place d'un mécanisme de surveillance de la	2.28.1.Il existe un mécanisme de surveillance de la résistance aux antimicrobiens.				DD Vérifier l'existence d'un mécanisme de surveillance	

résistance antimicrobiens	aux				antimicrobien y décrit : -Les procédures de notification, d'analyse et de prises de décisions thérapeutiques -Le circuit de l'information et de retro information	
	2.28.2.Le mécanisme est connu par les acteurs				Entretien Interroger 5 individus (2 de pharmacie et 3 prestataires)	
	2.28.3.Une situation sur l'incidence/ la prévalence et les caractéristiques géographiques de la résistance aux antimicrobiens et l'éventail des agents pathogènes concernés est réalisé au moins une fois par semestre				DD Vérifier les rapports des deux précédents semestres sur l'incidence/ la prévalence de résistance	
	2.28.4.Des décisions d'orientation thérapeutique sont prises après analyse de ces situations				DD Vérifier le document des réunions d'orientation thérapeutique ou rapport des actions	
	2.28.5.Les données de la surveillance et des décisions sont partagées avec les différents acteurs dans les services cliniques				DD/entretien Vérifier les preuves documentées y afférentes des données de la surveillance dans les services cliniques indiquant les lieux de diffusion Et confirmation d'au moins 3 personnels sur la diffusion des données et décisions	

	2.28.6. Une sensibilisation au problème de la résistance aux antimicrobiens est réalisée lors des réunions de services cliniques au moins une fois par semestre				DD Vérifier les preuves documentées y afférentes des sensibilisations au problème de la résistance lors des réunions de services cliniques mensuelle	
2.29. Gestion du linge et des buanderies	2.29.1. Il existe une buanderie fonctionnelle				Observation Vérifier la fonctionnalité de la 'une buanderie	
	2.29.2. L'établissement de santé utilise un chariot recouvert ou une armoire roulante pour le transport du linge				Observation Observer si pendant le transport le linge est recouvert	
	2.29.3. Les rôles et responsabilités de la gestion du linge sont décrits				DD Vérifier l'existence d'une description é des rôles et responsabilités de la gestion du linge	
	2.29.4. L'établissement de santé dispose de procédure de gestion du linge				DD Vérifier l'existence de procédure écrite de gestion du linge	
	2.29.5. L'établissement de santé dispose de procédures de nettoyage et de séchage des articles de buanderie des patients hospitalisés				DD Vérifier l'existence de procédure écrite de nettoyage et de séchage des articles de buanderie des patients hospitalisés	
	2.29.6. L'établissement de santé dispose d'une description du circuit du linge propre et sale				DD Vérifier l'existence d'une description écrite du circuit du linge propre et	

					sale	
	2.29.7. L'établissement de santé dispose des instructions interdisant au personnel d'emporter le vêtement de travail et des équipements de protection à domicile				Observation/DD Vérifier l'existence d'instruction écrite interdisant au personnel d'emporter le vêtement de travail et des équipements de protection à domicile	
	2.29.8. Le traitement du linge se fait in situ y compris les blouses du personnel				Observation/entretien Vérifier que le traitement du linge se fait in situ y compris les blouses du personnel	
	2.29.9. La collecte et le traitement du linge du personnel est séparée de celui utilisé par les patients				Observation Vérifier que la collecte et le traitement du linge du personnel est séparée de celui utilisé par les patients	
	2.29.10. Les articles de buanderie des patients hospitalisés sont lavés durant un cycle de nettoyage distinct des articles de buanderie environnementale, comme les chiffons et les franges de balai.				Observation Vérifier qu'on lave les articles de buanderie des patients hospitalisés durant un cycle de nettoyage distinct des articles de buanderie environnementale, comme les chiffons et les franges de balai.	
	2.29.11. Le linge du bloc opératoire est stérilisé après lavage				Observation/entretien Vérifier que le linge du bloc opératoire est stérilisé après lavage Interroger le SUS s'il reçoit le linge chirurgical de la	

					buanderie	
2.30. Organisation du traitement des dispositifs médicaux réutilisables	2.30.1.L'établissement dispose de matériel de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables (Autoclave)				Observation Vérifier que l'établissement dispose de matériel de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables	
	2.30.2.Les CHU/CHR et les structures privées assimilés utilisent des machines automatiques pour le nettoyage				Observation Vérifier que Les CHU/CHR et les structures privées assimilés utilisent des machines automatiques pour le nettoyage	
	2.30.3.L'organisation de la stérilisation est centralisée				Observation Vérifier que l'organisation de la stérilisation est centralisée	
	2.30.4.Le personnel en charge de la stérilisation a été formé à cet effet				Entretien /DD Vérifier que le personnel en charge de la stérilisation a été formé à cet effet. Certificats/ liste de présence	
	2.30.5.L'établissement de santé dispose de procédure de stérilisation				DD Vérifier l'existence de procédure de stérilisation	
2.31. Application des principes de nettoyage et de désinfection des dispositifs médicaux réutilisables	2.31.1.L'établissement de santé dispose d'une procédure de nettoyage précisant : – L'inspection du matériel nettoyé – Le remontage suivant les spécifications du fabricant – La lubrification si besoin – L'emballage				DD Vérifier l'existence d'une procédure de nettoyage qui précise les points énumérés	

	– Et les vérifications des pratiques					
	2.31.2. Le nettoyage doit toujours précéder la désinfection ou la stérilisation de tout dispositif médical réutilisable en prenant les précautions requises				Observation/entretien/DD Observer à défaut interroger les prestataires et Vérifier que la procédure décrit que Le nettoyage doit toujours précéder la désinfection ou la stérilisation de tout dispositif médical réutilisable en prenant les précautions requises	
	2.31.3. L'établissement dispose de procédures – De désinfection complète – De désinfection partielle				DD Vérifier que les procédures écrites dans l'endroit de nettoyage/désinfection des dispositifs médicaux réutilisables intégrant la désinfection complète et partielle	
	2.31.4. L'établissement stérilise après nettoyage, tout matériel invasif, qui pénètre des tissus stériles, y compris le système vasculaire comme les instruments chirurgicaux, de biopsie ;				Entretien/observation Vérification croisée entretien/observation	
	2.31.5. L'établissement stérilise ou désinfecte complètement après le nettoyage, tout matériel semi-invasif (<i>qui entre en contact avec de la peau non intacte ou des muqueuses mais sans les pénétrer comme le matériel respiratoire ou d'anesthésie</i>)				Entretien/observation Vérification croisée entretien/observation que l'établissement stérilisé ou désinfecte complètement après le nettoyage, tout matériel semi-invasif	
	2.31.6. L'établissement réalise une désinfection partielle après le nettoyage de tout matériel				Entretien/observation Vérification croisée	

	non invasif (<i>qui ne touche que la peau intacte et aucune muqueuse, ou qui n'entre pas en contact direct avec le client, le patient ou l'accompagnant comme les électrocardiographes, oxymètres, bassins de lit, urinoirs, ...</i>)				entretien/observation que l'établissement réalise une désinfection partielle après le nettoyage de tout matériel non invasif	
	2.31.7.L'établissement n'utilise que les produits homologués				Observation Vérifier que l'établissement n'utilise que les produits homologués	
	2.31.8.L'établissement utilise des stérilisateurs à vide partiel				Observation Vérifier que l'établissement utilise des stérilisateurs à vide partiel	
	2.31.9.Il existe de procédure de stérilisation prenant en compte : – Les contrôles physique, biologique et chimique pour vérifier l'efficacité des stérilisateurs et de la méthode de stérilisation selon les recommandations et spécification du fabricant – Les indicateurs de stérilisation				DD Vérifier l'existence de procédure de stérilisation prenant en compte : Les contrôles physique, biologique et chimique pour vérifier l'efficacité Les indicateurs de stérilisation	
2.32. Application des principes de stérilisation du matériel médical réutilisable	2.32.1.Les indicateurs de stérilisation utilisés sont : – Conformement aux directives du fabricant ; – Sont utilisés uniquement pour le type de stérilisateur et le cycle pour lesquels ils ont été conçus et validés.				Observation Observer l'effectivité	
	2.32.2.Les indicateurs de stérilisation utilisés sont interprétés seulement par du personnel compétent qui a reçu à cette fin une formation spéciale.				Entretien/DD Discuter avec les acteurs concernés	

	2.32.3. Les indicateurs de stérilisation : – Ne sont pas utilisés après leur date de péremption ; – Sont entreposés selon les directives du fabricant.				Observation Observer l'effectivité	
	2.32.4. L'établissement utilise la stérilisation à la vapeur comme méthode de décontamination du matériel thermorésistant				Observation Vérifier que l'établissement utilise la stérilisation à la vapeur comme méthode de décontamination du matériel thermorésistant	
	2.32.5. L'établissement n'utilise aucune de ces méthodes pour une stérilisation : – L'ébullition – L'utilisation de lumière ultraviolette – La stérilisation par billes de verre. – L'utilisation des fours à micro-ondes aux fins de stérilisation – L'utilisation du Chemiclave aux fins de stérilisation				Observation Vérifier que l'établissement n'utilise aucune de ces méthodes pour une stérilisation : L'ébullition L'utilisation de lumière ultraviolette La stérilisation par billes de verre. L'utilisation des fours à micro-ondes aux fins de stérilisation L'utilisation du Chemiclave aux fins de stérilisation	
2.33. Application des principes de transport entreposage et du matériel traité	2.33.1. Il existe un circuit du matériel stérile				Observation Vérifier l'existence d'un circuit du matériel stérile	
	2.33.2. L'établissement de santé dispose d'une procédure concernant l'entreposage et la manipulation du matériel médical propre et stérile afin de maintenir la stérilisation.				DD Vérifier l'existence d'une procédure concernant l'entreposage et la	

					manipulation du matériel médical propre et stérile afin de maintenir la stérilisation	
	2.33.3. Le matériel retraité est transporté de façon à éviter de le contaminer ou de l'endommager				Observation/entretien Observer/ Interroger pour vérifier que le matériel retraité est transporté de façon à éviter de le contaminer ou de l'endommager	
	2.33.4. Il existe une zone d'entreposage stérile qui doit être située à côté de la zone de stérilisation en lieu clos, séparé et à accès restreint.				Observation Vérifier l'existence d'une zone d'entreposage stérile qui doit être située à côté de la zone de stérilisation, en lieu clos, séparé et à accès restreint	
	2.33.5. L'emballage du matériel stérile est intègre (que l'emballage ne soit pas ouvert, mouillé ou sale)				Observation Observer un échantillon L'emballage du matériel stérile est intègre	
	2.33.6. Les contenants servant à l'entreposage du matériel nettoyé doivent être résistants à l'humidité et nettoyables				Observation Observer les contenants servant à l'entreposage du matériel stérile qui doivent être résistants à l'humidité et nettoyables (pas de carton)	
	2.33.7. Le matériel est entreposé dans un endroit propre, sec et sans poussière (sur des étagères fermées et pas à même le sol)				Observation Vérifier que le matériel est entreposé dans un endroit propre, sec et sans poussière	

	2.33.8. Le matériel qui ne sert pas au retraitement ne doit pas être entreposés dans les aires de retraitement stériles.				Observation Vérifier que le matériel qui ne sert pas au retraitement ne doit pas être entreposés dans les aires de retraitement stériles	
2.34. Application des principes d'utilisation du matériel traité et du matériel à usage unique	2.34.1. L'établissement de santé dispose d'une procédure concernant l'utilisation du matériel médical propre et stérile afin de maintenir la stérilisation. Elle intègre entre autres le fait que : – Au point d'utilisation, au moment d'ouvrir le matériel médical retraité, le responsable doit vérifier l'intégrité de l'emballage et du matériel, valider les résultats des contrôles chimiques, le cas échéant, et remonter le matériel si nécessaire. – Les responsables de cette inspection doivent recevoir une formation y relative				DD Vérifier l'existence d'une procédure concernant l'utilisation du matériel médical propre et stérile afin de maintenir la stérilisation	
	2.34.2. L'intégrité de l'emballage et du matériel ou la validité des résultats des contrôles chimiques est vérifiée avant l'utilisation ; le matériel non conforme est écarté				Observation/entretien Observer /interroger que l'intégrité de l'emballage et du matériel ou la validité des résultats des contrôles chimiques est vérifié avant l'utilisation et le matériel non conforme est écarté	
	2.34.3. Existence de procédure d'utilisation du matériel médical à usage unique				DD Vérifier l'existence de procédure d'utilisation du matériel médical à usage unique	

	2.34.4.Existence d’instruction empêchant que le matériel médical invasif ou semi-invasif identifié comme étant à usage unique ne soit ni retraité ni réutilisé.				Observation Vérifier l’existence d’instruction empêchant que le matériel médical invasif ou semi-invasif identifié comme étant à usage unique ne soit ni retraité ni réutilisé.	
	2.34.5.Le matériel médical invasif ou semi-invasif identifié comme étant à usage unique n’est ni retraité ni réutilisé				Entretien/observation Observer/interroger pour vérifier que le matériel médical invasif ou semi-invasif identifié comme étant à usage unique n’est ni retraité ni réutilisé	
	2.34.6.Les aiguilles sont à usage unique et ne sont pas retraitées				Entretien/observation Observer/interroger pour vérifier que les aiguilles sont à usage unique et ne sont pas retraitées	
3. Prévention et contrôle des infections associées aux soins au niveau de l’environnement						
3.1. Application des mesures de sécurité les bâtiments	3.1.1. Tout plan de construction ou de rénovation est approuvé par les équipes en charge de l’hygiène (service d’hygiène, CTHSS)				Entretien/ DD Interroger les acteurs et vérifier les documents de traçabilité	
	3.1.2. Cette approbation est faite après vérification de la satisfaction aux normes de prévention des infections avant la mise en œuvre qui sont : – la conception de la circulation des patients pour réduire au minimum l’exposition des patients à haut risque et faciliter le transport des patients en général				Entretien/ DD Interroger les acteurs et vérifier les documents de traçabilité	

	– une séparation spatiale appropriée des patients – le type de salles d'isolement et leur présence en nombre suffisant – un accès adéquat aux installations de lavage des mains – des matériaux (par exemple tapis, planchers) pouvant être correctement nettoyés – une ventilation appropriée pour les salles d'isolement et les secteurs de soins spéciaux (bloc opératoire, soins intensifs, néonatalogie...) – la prévention de l'exposition des patients aux spores de champignons lors de la rénovation des locaux – des systèmes d'eau potable appropriés de façon à limiter la présence de Legionella spp					
	3.1.3. Les matériaux utilisés pour couvrir les sols sont faciles à nettoyer et résister aux procédés de désinfection				Observation Vérifier que les matériaux utilisés pour couvrir les sols sont faciles à nettoyer et résister aux procédés de désinfection dans au moins 3 services cliniques visités	
	3.1.4. Les locaux cliniques y compris les murs ne sont pas carrelés				Observation Vérifier que les locaux cliniques y compris les murs ne sont pas carrelés dans 3 services	
	3.1.5. Les revêtements des murs doivent être lisses, lavables				Observation Vérifier que les revêtements des murs doivent être lisses, lavables dans 3 services	

	3.1.6. Les plafonds sont lisses et lavables dans toute zone hébergeant des Malades				Observation Vérifier que les plafonds sont lisses et lavables dans toute zone hébergeant des malades	
	3.1.7. Les brasseurs dans les salles sont propres				Observation Vérifier que les brasseurs dans les salles sont propres Echantillon de trois salles visitées	
	3.1.8. Existence de grille anti moustique aux portes et fenêtres des salles				Observation Vérifier l'existence de grille anti moustique aux portes et fenêtres des salles	
	3.1.9. Les lits des malades sont dotés de moustiquaires propres				Observation Vérifier l'existence de moustiquaire au niveau des lits	
	3.1.10. L'établissement n'utilise pas d'insecticide à effet rémanent ni à l'intérieur ni à l'extérieur des bâtiments				Observation/entretien Vérifier que l'établissement n'utilise pas d'insecticide à effet rémanent ni à l'intérieur ni à l'extérieur des bâtiments	
	3.1.11. L'établissement n'utilise pas d'herbicides				Observation/entretien Vérifier que l'établissement n'utilise pas d'herbicides	
3.2. Organisation des locaux	3.2.1. Les secteurs de soins sont stratifiés en fonction du risque d'acquisition d'une infection parmi la population de patients.				Observation/entretien/DD Vérifier que les secteurs de soins sont stratifiés en fonction du risque d'acquisition d'une	

					infection parmi la population de patients	
	3.2.2. Les patients infectés sont séparés des patients immunodéprimés				Observation/entretien/DD Vérifier que les patients infectés sont séparés des patients immunodéprimés	
3.3. Application des précautions générales lors des travaux	3.3.1. Il existe une description de circuit de circulation des matériaux et des personnes pour minimiser le risque de contamination				Observation/entretien/DD Vérifier l'existence d'une description de circuit de circulation des matériaux et des personnes pour minimiser le risque de contamination	
	3.3.2. Un protocole définissant les circulations des personnes, des matériaux et des gravats dans l'espace et dans le temps est écrit, validé et affiché dans la zone de travaux				DD Vérifier l'existence du protocole	
	3.3.3. La zone en travaux est isolée par un cloisonnement étanche				Observation Vérifier que la zone en travaux est isolée par un cloisonnement étanche	
	3.3.4. Les services adjacents aux travaux sont : – avertis – leurs portes et SAS d'entrée sont maintenus fermés				Entretien/observation/DD Vérifier l'effectivité	
	3.3.5. La fréquence de l'entretien dans les zones jouxtant les travaux est augmentée				Entretien/observation/DD Vérifier l'effectivité	
3.4. Application des précautions lors des travaux dans un service en fonctionnement	3.4.1. Les travaux réalisés dans une unité en fonctionnement sont de faible ampleur				Observation Vérifier que les travaux réalisés dans une unité en fonctionnement sont de faible ampleur	
	3.4.2. Avant le démarrage des travaux les				Entretien/observation/DD	

	conditions suivantes ont été respectés : – le risque est évalué (prise en compte des patients à risque en particulier immunodéprimés); – les responsables sont identifiés ; – les modalités d'intervention sont formellement planifiées (qui, quoi, où, quand, comment) et les protocoles validés.				Vérifier l'effectivité	
	3.4.3. Pendant les travaux l'empoussièrement est limité – des contrôles de la qualité de l'air sont effectués (si à proximité d'unités à risque) ; – les portes sont maintenues fermées – le nettoyage est renforcé (pluriquotidien) et tracé ;				Entretien/observation/DD Vérifier l'effectivité	
	3.4.4. Le signalement des dysfonctionnements (précautions insuffisantes ou non appliquées) est clairement organisé et la mise en place de mesures correctives rapide				Entretien/observation/DD Vérifier l'effectivité	
3.5. Applications des précautions de réouverture après les travaux	3.5.1. Le système de traitement de l'air a été vérifié : – grilles d'extractions nettoyées, – qualité de l'air conforme à celle attendue				DD Vérifier les preuves documentées que le système de traitement de l'air a été vérifié	
	3.5.2. la qualité microbiologique de l'eau est conforme aux valeurs attendues (flore aérobie revivifiable, absence de Pseudomonas aeruginosa, de légionelles...)				DD Vérifier les preuves documentées que la qualité microbiologique de l'eau est conforme aux valeurs attendues	
	3.5.3. S'il s'agit d'une unité à risque (néonatalogie, bloc opératoire, réanimation), les contrôles à				DD Vérifier preuves	

	la recherche d'Aspergillus ont été réalisés et les résultats sont conformes aux valeurs attendues				documentées que dans une unité à risque, les contrôles à la recherche d'Aspergillus ont été réalisés et les résultats sont conformes aux valeurs attendues	
	3.5.4. Une évaluation visuelle des locaux a été réalisée par le service d'hygiène				DD Vérifier de preuves documentées qu'une évaluation visuelle des locaux a été réalisée par le service d'hygiène	
3.6. Application des précautions de gestion de l'air	3.6.1. Les prises d'air à l'extérieur sont placées à distance des bouches d'évacuation ou des incinérateurs.				Observation Vérifier de preuves documentées que les prises d'air à l'extérieur sont placées à distance des bouches d'évacuation ou des incinérateurs	
	3.6.2. Il existe des procédures d'entretien des systèmes de ventilation				DD Vérifier l'existence de procédures d'entretien des systèmes de ventilation	
	3.6.3. L'entretien des systèmes de ventilation est tracé				DD Vérifier l'existence de traçabilité de l'entretien des systèmes de ventilation	
	3.6.4. Les filtres, les humidificateurs et les grilles du système de ventilation font l'objet d'une maintenance régulière et documentée				DD Vérifier les preuves documentées que les filtres, humidificateurs et grilles du système de	

					ventilation font l'objet d'une maintenance régulière et documentées.	
	3.6.5. Les tours aéroréfrigérantes et les humidificateurs sont régulièrement nettoyés et documentés				DD Vérifier que les tours aéroréfrigérantes et les humidificateurs sont régulièrement nettoyés et documentés	
	3.6.6. La salle d'intervention chirurgicale est maintenue en pression positive par rapport aux couloirs voisins				DD Vérifier les preuves documentées des contrôles que la salle d'intervention chirurgicale est maintenue en pression positive par rapport aux couloirs voisins	
	3.6.7. Les salles d'isolement pour infection à transmission aéroportée sont maintenues en pression négative				DD Vérifier les preuves documentées des contrôles que Les salles d'isolement pour infection à transmission aéroportée sont maintenues en pression négative	
	3.6.8. Dans les salles d'isolement, les entrées d'air sont situées en haut des murs ou au plafond et des bouches d'évacuation situées en bas des murs				Observation/DD Vérifier que dans les salles d'isolement, les entrées d'air sont situées en haut des murs ou au plafond et des bouches d'évacuation situées en bas des murs	
3.7. Application des	3.7.1. Il existe des procédures d'entretien des points d'eau				DD Vérifier l'existence de	

précautions de gestion de l'eau					procédures d'entretien des points d'eau	
	3.7.2. Une formation des professionnels sur les risques liés à l'eau est réalisée				DD Vérifier le rapport/ liste de présence qu'une formation des professionnels sur les risques liés à l'eau est réalisée	
	3.7.3. La traçabilité de l'application des procédures d'entretien des points d'eau (détartrage et désinfection) ainsi que la traçabilité des changements de filtres (pour les points d'eau filtrée) sont disponibles.				DD Vérifier que la traçabilité de l'application des procédures d'entretien des points d'eau (détartrage et désinfection) ainsi que la traçabilité des changements de filtres (pour les points d'eau filtrée) sont disponibles	
	3.7.4. L'eau est disponible en quantité suffisante en tout temps pour la boisson et les autres besoins				Entretien/observation Interroger au moins 5 agents de santé et 5 usagers	
	3.7.5. Les points d'eau ne sont pas trop éloignés afin d'inciter les utilisateurs à s'en servir aussi souvent que nécessaire. (Moins de 30m)				Observation Observer que les points d'eau ne sont pas trop éloignés afin d'inciter les utilisateurs à s'en servir aussi souvent que nécessaire. (moins de 30m)	
	3.7.6. L'eau de boisson est acheminée dans des conduites distinctes de celle qui sert à la distribution de l'eau destinée au lavage des				Observation/DD Vérifier que l'eau de boisson est acheminée	

	mains ou à d'autres usages, même si elles proviennent de la même source.				dans des conduites distinctes de celle qui sert à la distribution de l'eau destinée au lavage des mains ou à d'autres usages, même si elles proviennent de la même source.	
	3.7.7. L'eau est protégée de la contamination à l'intérieur de la structure pendant son stockage, sa distribution et son transport ;				Observation/DD Vérifier que l'eau est protégée de la contamination à l'intérieur de la structure pendant son stockage, sa distribution et son transport ;	
	3.7.8. Le respect des mesures d'hygiène de base par le personnel, les patients et les accompagnants, notamment en ce qui concerne le lavage des mains, n'est pas compromis par la pénurie d'eau.				Observation/entretien Observer/ interroger que le respect des mesures d'hygiène de base par le personnel, les patients et les accompagnants, notamment en ce qui concerne le lavage des mains, n'est pas compromis par la pénurie d'eau.	
3.8. Application des précautions de gestion des toilettes	3.8.1. Il existe des toilettes fonctionnelles pour le personnel				Observation/entretien Observer /interroger sur l'existence de toilettes fonctionnelles pour le personnel	
	3.8.2. Il existe des toilettes fonctionnelles pour les patients et accompagnants.				Observation/entretien Observer /interroger sur	

					l'existence de toilettes fonctionnelles pour les patients et accompagnants	
	3.8.3. Le nombre de toilettes suffisants : – une pour 20 utilisateurs dans les hôpitaux (ratio toilette /nombre de lit) ; – au moins 4 dans les services ambulatoires (une réservée au personnel et trois pour les patients)				Observation /DD Observer que le nombre de toilettes suffisants : -une pour 20 utilisateurs dans les hôpitaux (ratio toilette /nombre de lit) ; - au moins 4 dans les services ambulatoires (une réservée au personnel et trois pour les patients)	
	3.8.4. Les toilettes des femmes sont différentes de celles des hommes				Observation/entretien Observer/interroger que Les toilettes des femmes sont différentes de celles des hommes	
	3.8.5. Un point d'eau pour le lavage des mains est situé à proximité des toilettes.				Observation Observer qu'un point d'eau pour le lavage des mains est situé à proximité des toilettes.	
	3.8.6. L'établissement de santé dispose d'une procédure d'entretien des toilettes y définissant la périodicité de l'entretien et la mise à disposition des désinfectants nécessaires				DD Vérifier l'existence d'une procédure d'entretien des toilettes y définissant la périodicité de l'entretien et la mise à disposition des désinfectants nécessaires	
	3.8.7. Les toilettes sont propres				Observation Observer que les toilettes sont propres	

3.9. Application des précautions de gestion des eaux usées	3.9.1. Existence d'un système de raccordement à un système d'égout, qui est lui-même relié à une usine de traitement. Si tel n'est pas le cas, un système de rétention et d'épuration est installé sur place avant que les eaux usées ne soient rejetées.				Observation/entretien/DD Vérifier l'effectivité	
	3.9.2. Les boues récupérées dans la cuve des fosses septiques ne doivent pas être utilisées à des fins agricoles. Elles doivent être enterrées				Observation/entretien/DD Vérifier l'effectivité	
	3.9.3. Les eaux usées (eaux grises ou vannes) sont évacuées au moyen d'un système de canalisation classique, soit vers un égout extérieur soit vers un système d'épuration sur place				Observation/DD Vérifier que les eaux usées (eaux grises ou vannes) sont évacuées au moyen d'un système de canalisation classique, soit vers un égout extérieur soit vers un système d'épuration sur place	
	3.9.4. Tous les systèmes d'écoulement des eaux usées à ciel ouvert sont recouverts				Observation/entretien Vérifier que tous les systèmes d'écoulement des eaux usées à ciel ouvert sont recouverts	
3.10. Application de gestion de la cuisine	3.10.1. Il existe une procédure de gestion de la cuisine				DD Vérifier les procédures écrites de la gestion de la cuisine	
	3.10.2. Il existe une instruction obligeant le personnel de signaler toute infection : rhume, grippe, diarrhée, vomissements, infections de la gorge et de la peau...				Observation/entretien Vérifier que l'existence d'instruction	
	3.10.3. Il existe une instruction d'interdiction au personnel d'éviter de manipuler des aliments				Observation/entretien Vérifier que l'existence	

	en cas de maladie infectieuse (rhume, grippe, diarrhée, vomissements, infections de la gorge et de la peau)				d'instruction	
	3.10.4.Le personnel malade ne doit pas être pénalisé par le signalement de maladie				Entretien/DD Vérifier l'effectivité	
	3.10.5.Il existe un système de suivi de la santé des cuisiniers				Entretien/DD Vérifier les dossiers de sante (au moins RX et KAOP) Choix aléatoire de 3 cuisiniers	
	3.10.6.Le personnel travaillant dans la cuisine porte des vêtements de travail propre et ont les cheveux couverts				Observation Observer tous les cuisiniers.	
	3.10.7.Les personnes qui travaillent à la cuisine ont reçu une formation sur les normes de base en matière d'hygiène alimentaire.				Entretien/DD Vérifier certificat/ liste de présence	
3.11. Application des principes de gestion des locaux et ustensiles	3.11.1.Les locaux affectés à la préparation des aliments sont propres				Observation/entretien/DD Vérifier l'effectivité y compris le plan de nettoyage	
	3.11.2.L'accès à l'eau et au savon est continu				Observation/entretien Vérifier l'effectivité	
	3.11.3.Les ustensiles (planches à découper et couteaux) sont distincts pour la manipulation d'aliments crus ou cuit ; ou à défaut sont lavés et stérilisés avant et après chaque usage.				Observation/entretien Vérifier l'effectivité	
	3.11.4.La vaisselle est lavée immédiatement après chaque utilisation à l'eau chaude avec un détergent et séchée à l'air libre.				Observation/entretien Vérifier l'effectivité	
	3.11.5.Un torchon n'est pas utilisé pour sécher la vaisselle				Observation/entretien Vérifier l'effectivité	

3.12. Application des principes de manipulation des aliments	3.12.1.Les aliments sont entreposés dans des récipients afin d'éviter tout contact entre les aliments crus et les plats préparés.				Observation/entretien Vérifier l'effectivité	
	3.12.2.Les aliments cuits doivent être tenus au chaud (à plus de 60 °C) jusqu'au moment où ils sont servis ;				Observation/entretien Vérifier l'effectivité	
	3.12.3.Les aliments sont dans des récipients couverts pour les protéger des mouches et de la poussière.				Observation/entretien Vérifier l'effectivité	
	3.12.4.Les aliments cuits ou périssables ne sont pas conservés plus de deux heures à la température ambiante, ils sont préparés le jour même				Observation/entretien Vérifier l'effectivité	
	3.12.5.Les produits non périssables sont entreposés dans un espace fermé, sec, bien ventilé, à l'abri des rongeurs et des insectes.				Observation/entretien Vérifier l'effectivité	
	3.12.6.Les produits non périssables ne sont pas entreposés dans la même pièce que les pesticides, les désinfectants et autres produits chimiques toxiques.				Observation/entretien Vérifier l'effectivité	
	3.12.7.Les denrées sèches et les conserves en bocaux et en boîtes sont stockées dans des entrepôts secs et bien aérés				Observation/entretien Vérifier l'effectivité	
	3.12.8.Aucun produit périmé n'est retrouvé dans le stock				Observation Vérifier un échantillon de manière aléatoire	
3.13. Organisation et gestion de l'entretien ménager	3.13.1.L'établissement de santé dispose de procédures validées d'entretien des locaux suivant le niveau de risque infectieux prédéterminé précisant – Le matériel, – Les méthodes, – Les produits,				DD Vérifier les procédures écrites de l'entretien	

	– La fréquence					
	3.13.2. Il existe un mécanisme de suivi et d'évaluation des prestations d'entretien				DD/Entretien Vérifier la preuve/ documentation d'évaluation	
	3.13.3. Le personnel chargé de l'entretien des surfaces cliniques est qualifié (GFS) ;				DD/Entretien/observation Vérifier l'effectivité	
	3.13.4. L'entretien des surfaces cliniques fait objet de supervision				DD Vérifier les documents de supervision	
	3.13.5. Le personnel réalisant le nettoyage (y compris les surfaces non cliniques) a bénéficié d'une formation en entretien				DD/Entretien Vérifier l'effectivité	
	3.13.6. Les produits utilisés pour l'entretien sont homologués au niveau national Les produits utilisés pour l'entretien sont étiquetés et datés				DD/Entretien Vérifier l'effectivité	
	3.13.7. L'établissement planifie et réalise l'entretien à fond « grand nettoyage »				DD/Entretien Vérifier l'effectivité, rapport d'activité	
3.14. Application des principes de nettoyage	3.14.1. L'entretien des sols se fait avec un détergent et un désinfectant ou détergent-désinfectant				DD/Entretien Vérifier l'effectivité	
	3.14.2. Pour les sols souillés de liquides biologiques, un détergent désinfectant est utilisé pour le nettoyage (blocs opératoires, laboratoires...)				DD/Entretien Vérifier l'effectivité	
	3.14.3. Le matériel d'entretien est en bon état et propre				Observation /Entretien Vérifier l'effectivité	
	3.14.4. Le matériel utilisé dans les zones à haut risque infectieux reste strictement dans ces zones				Observation/Entretien Vérifier l'effectivité	
	3.14.5. Les méthodes d'entretien des sols sont soit - Le balayage humide,				DD/Entretien Vérifier que les méthodes	

	- Le lavage à plat (bandeaux de lavage) La mécanisation par autolaveuse				d'entretien des sols sont appropriées	
	3.14.6. Le balayage à sec n'est pas utilisé à l'intérieur des services				Observation/Entretien Vérifier l'effectivité	
	3.14.7. Pour le nettoyage des surfaces : – les chiffonnettes utilisées ne sont plus retrempées dans le bain de détergent-désinfectant ; – les éponges ne sont pas utilisées				Observation/Entretien Vérifier l'effectivité	
	3.14.8. L'entretien se réalise du haut vers le bas et du plus propre au plus sale				Observation/Entretien Vérifier l'effectivité	
	3.14.9. L'entretien des salles /chambre d'hospitalisation se fait au quotidien				Observation/Entretien Vérifier l'effectivité	
	3.14.10. Une impression de propreté et d'absence de poussière et de saleté des surfaces visitées				Observation Observer les surfaces dans 3 services	
	3.14.11. Aucune zone contaminée par du sang ou des liquides biologiques n'est observée				Observation Observer les surfaces dans 2 services et au laboratoire	
3.15. Application des principes de tri des déchets	3.15.1. Il existe une instruction sur le tri adéquat des déchets				Observation Vérifier l'existence des procédures écrites et des affiches à côté des poubelles	
	3.15.2. Il existe une procédure de collecte et traitement des déchets liquides				DD Vérifier l'existence des procédures écrites et des affiches à côté des réceptacles	
	3.15.3. Le tri se fait au lieu de production par le producteur				Observation Vérifier les poubelles	

	3.15.4.Les déchets infectieux, anatomiques et déchets issus des activités de soins (gants, compresses, cotons, pansements, champs opératoires...) sont dans les poubelles de couleur jaune				Observation Vérifier les poubelles	
	3.15.5.Les déchets piquants ou tranchants (aiguilles, lames de bistouri, mandrins...) sont dans les boîtes de sécurité de couleur jaune ;				Observation Vérifier les poubelles	
	3.15.6.Les bidons ne sont pas utilisés pour la collecte des piquants				Observation Vérifier l'absence des containers non- standard des piquants	
	3.15.7.Les déchets de laboratoires (boîte de pétri, pipettes...) et déchets spéciaux (médicaments périmés, restes de produits, métaux lourds, produits chimiques, déchets radioactifs...) sont dans des poubelles de couleur rouge				Observation Vérifier les poubelles	
	3.15.8.Les déchets assimilables aux ordures ménagères sont dans les poubelles de couleur noire.				Observation Vérifier que les ordures ménagères ne sont que dans des poubelles de couleur noire	
	3.15.9.Le tri est respecté sans mélange de déchets de nature différente				Observation Vérifier les poubelles	
	3.15.10. Les services évaluent régulièrement le respect du tri des déchets et font des recommandations				DD Vérifier les preuves documentées dans 3 services.	
3.16. Application des principes de collecte des déchets	3.16.1.La collecte des sacs poubelles se fait selon leur couleur, dans des récipients collecteurs respectant le tri réalisé				Observation/entretien Vérifier les preuves documentées.	
	3.16.2.Les récipients collecteurs sont :				Observation Vérifier l'effectivité	

	– étanches, – insonores, – munis d'un couvercle – s'opposant à l'accès des mouches, rongeurs et autres animaux					
	3.16.3. Les récipients collecteurs sont installés en quantité suffisante de manière à éviter leur surcharge et tout éparpillement				Observation Vérifier l'effectivité	
	3.16.4. Les récipients collecteurs sont identifiables grâce à un système de marquage apparent comme les pictogrammes				Observation Vérifier l'effectivité	
	3.16.5. L'établissement dispose d'un local de stockage – clos, – aéré, – à même de mettre lesdits déchets à l'abri des intempéries, des animaux et des insectes.				Observation Vérifier l'effectivité	
	3.16.6. Le local de stockage est régulièrement désinfecté				Observation/entretien/DD Vérifier l'effectivité	
	3.16.7. La durée de stockage des déchets contaminés n'excède pas quarante-huit (48) heures				Observation/entretien/DD Vérifier l'effectivité	
3.17. Application des principes de transport des déchets	3.17.1. L'établissement dispose d'un document décrivant le circuit de transport des déchets				DD Vérifier les preuves documentées	
	3.17.2. Le transport interne des déchets biomédicaux se fait dans des récipients de couleurs différentes en fonction de la nature du déchet				Observation/entretien/DD Vérifier l'effectivité	
	3.17.3. Le transport respecte le circuit de transport prédéfini				Observation/entretien/DD Vérifier l'effectivité	
	3.17.4. Le transport des déchets contaminés et des déchets assimilables aux ordures ménagères				Observation/entretien Vérifier l'effectivité	

	se font séparément					
	3.17.5. Le transport se fait dans les récipients facilement identifiables et sécurisés				Observation Vérifier l'effectivité	
3.18. Application des précautions de traitement et d'élimination des déchets	3.18.1. L'établissement dispose d'incinérateur fonctionnel ou d'un contrat d'externalisation du traitement et élimination des déchets				Observation/entretien/DD Vérifier l'effectivité	
	3.18.2. Le type d'incinérateur est adéquat en fonction du niveau de soins				Observation/entretien/DD Vérifier l'effectivité	
	3.18.3. L'établissement dispose d'un plan de maintenance préventive des incinérateurs à jour				Observation/entretien/DD Vérifier l'effectivité	
	3.18.4. L'établissement réalise la maintenance préventive des incinérateurs				Entretien/DD Vérifier les rapports / Fiches de maintenance préventive	
	3.18.5. Les déchets contaminés sont obligatoirement incinérés ou désinfectés				Observation/entretien/DD Vérifier l'effectivité	
	3.18.6. Les déchets contaminés ne sont pas brûlés à l'air libre				Observation/entretien Vérifier l'effectivité	
	3.18.7. Les déchets contaminés ne sont pas enfouis sans traitement préalable				Observation/entretien Vérifier l'effectivité	
	3.18.8. Si des récipients à usage unique sont utilisés, ils sont également incinérés (sachets poubelles, boîtes de sécurités,)				Observation/entretien Vérifier l'effectivité	
	3.18.9. Tous les récipients utilisés pour la collecte et le transport sont nettoyés et décontaminés après vidange				Observation/entretien Vérifier l'effectivité	
	3.18.10. Les déchets désinfectés, les cendres et les imbrûlés sont récupérés dans des fosses aménagées à cet effet				Observation/entretien/DD Vérifier l'effectivité	
	3.18.11. Les déchets liquides infectieux collectés dans des récipients, sont désinfectés au préalable avant tout rejet				Observation/entretien/DD Vérifier l'effectivité	

	dans les ouvrages d'assainissement.					
	3.18.12. Les déchets spéciaux tels que médicaments périmés, restes de produits, métaux lourds, produits chimiques, déchets radioactifs sont traités conformément à la réglementation en vigueur en la matière ; à défaut, ils sont enfouis				Observation/entretien/DD Vérifier l'effectivité	
	3.18.13. Les déchets assimilables aux ordures ménagères sont éliminés à la décharge municipale				Observation/entretien/DD Vérifier l'effectivité	
	3.18.14. Les espaces extérieurs des bâtiments sont nettoyés et les déchets ramassés				Observation Observer l'environnement extérieur	