

EVALUATION DES PRATIQUES EN PCI A L'HOPITAL DE SETTHATHIRATH A VIENTIANE LAOS



AOI - Guillemette Clapeau - François Courtel - Décembre 2022

Principales recommandations de l'évaluation

1 Propreté et rangements

- Révision des méthodes de nettoyage des sols et des contrats avec les sociétés privées, contrôle de la formation du personnel et de l'atteinte des résultats
- Opération à mettre en place : vider toutes les salles, trier ce qui est utilisé avec ce qui ne l'est pas, tout nettoyer et replacer les équipements en définissant des zones très claires (administration, soins, rangement, vestiaire, stockage, déchets, ...)
- Amélioration de la formation du personnel de l'hôpital sur les méthodes de nettoyage des surfaces et les produits à utiliser. Rédaction, affichage et signature de protocoles dans toutes les zones de l'hôpital.
- Formation et appui à l'équipe PCI, la direction et les chefs de départements concernant la propreté et le rangement

2 Produits

- Une étude doit être réalisée pour connaître la composition de tous les produits utilisés couramment à Setthathirath et les principaux hôpitaux de Vientiane
- Une attention doit être portée sur l'utilisation des produits en lisant les notices d'utilisation : exemple : le Stéranios 2%® utilisé par le CSSD 1 ou la réanimation est une solution de glutaraldéhyde prête à l'emploi et ne peut donc être diluée.
- Un programme de formation doit être mis en place au niveau des formateurs nationaux en PCI et des comités PCI des hôpitaux. Tout le personnel de l'hôpital de Setthathirath devra être formé et de nouveaux protocoles d'utilisation des produits devront être rédigés, affichés et signés.

3 Le linge et la lingerie

- Revoir l'architecture et peut-être l'emplacement de la lingerie en définissant les zones sales et propres pour respecter la marche en avant (sale vers propre). La proximité de la stérilisation est recommandée
- Former le personnel en lingerie et dans les départements (produits, protocoles, ...)
- Définir les différents linges à utiliser, les couleurs et dimensions du linge et ne pas les modifier
- Modifier l'équipement de l'hôpital concernant les chariots ou paniers et définir un code couleur des chariots ou paniers de stockage et de transport pour différencier le propre du sale
- Définir tous les protocoles, les écrire et les afficher

4 Le traitement de l'instrumentation et les stérilisations

- La détertion par immersion des instruments est la seule opération à effectuer par les unités de soins qui acheminent ensuite le matériel à la stérilisation.

- La meilleure solution serait de **mettre en place une nouvelle stérilisation centrale** (pour tous les départements de l'hôpital).
- **Cette stérilisation devra avoir un personnel formé et des zones clairement définies** (zones de repos du personnel, vestiaires, sas, lavage, lingerie, conditionnement, stérilisation, stockage et distribution).

5 Le traitement des sols et surfaces

- Les sols doivent être nettoyés tous les jours et dès que nécessaire (renversement, sang, ...).
- Tout désinfectant seul est proscrit en première intention. Il doit être précédé d'un balayage humide au moyen d'un balai avec une lingette humide, d'un nettoyage avec un détergent, d'un rinçage, d'un passage avec un désinfectant. Ces opérations successives sont longues et remplacées par un nettoyage unique avec un produit dit « deux en un » c'est-à-dire un détergent désinfectant de surface.
- Pour les surfaces autour du soin un nettoyage avec un détergent désinfectant différent est à utiliser entre chaque patient contenant détergent et alcool par exemple.

6 Le lavage des mains

- Utiliser des savons liquides pour le lavage des mains et surtout pas des poudres ou des savons en pain. Savon et serviettes doivent être présents autour d'un lavabo propre
- Les gels hydroalcooliques sont à fixer au mur proche des chambres ou des soins quand un point d'eau est absent

7 Les médicaments

- Les médicaments doivent être stockés séparément comme les dispositifs médicaux stériles séparés des non stériles.
- La date de péremption est à surveiller et le rangement doit respecter la méthode FIFO (first in first out)
- Quand on effectue le découpage des blisters de médicaments, le nom, le dosage et la date de péremption sont à apposer sur une étiquette.

8 Les dispositifs médicaux thermosensibles

- Ils sont après lavage, soit désinfectés (désinfection de haut niveau) soit stérilisés dans un stérilisateur basse température.
- L'utilisation du stérilisateur à l'oxyde d'éthylène est à remettre en cause en étudiant les coûts et le rapport bénéfice/risque.
- Les tuyaux des respirateurs du fait de leur longueur sont difficiles à nettoyer et l'usage unique est hautement recommandé. S'ils sont désinfectés, le rinçage doit se faire à l'eau stérile et leur stockage est effectué dans des armoires propres, ventilées et ils sont pendus pour éliminer l'eau de rinçage.

9 Le comité PCI

- Tout en s'intéressant à la résistance des antibiotiques et à l'épidémiologie, un travail primordial est à effectuer pour **améliorer l'hygiène** dans les unités de soins et dans l'hôpital en général.
- Des responsables et des contrôleurs devront être nommés par la direction pour mettre en place les procédures et contrôler ce qui est fait dans les unités.

PLAN

- 1 Introduction
- 2 Abréviations
- 3 Méthode
- 4 Résultats, recommandations
- 5 Conclusion

Annexes :

- Emploi du temps

Abréviations

AOI : Aide Odontologique Internationale

CSSD : Stérilisation Centrale (en anglais)

FIFO : First In First Out

ICU : Salle de réanimation (en anglais)

OE : Oxyde d'éthylène

PCI : Prévention en Contrôle des Infections

UV : Ultra Violet

1 . INTRODUCTION

A partir de 2018, l'AOI a commencé à échanger avec l'hôpital de Setthathirath sur la sujet de la prévention et le contrôle des infections. Tous les programmes réalisés dans le domaine au Laos indiquaient que c'était l'hôpital de référence qui devait servir de modèle pour les bonnes pratiques. Malheureusement l'impression que l'AOI percevait lors de visites informelles des locaux donnait une impression différente et suggérait qu'il y avait des points qui posaient encore problème. Ces échanges ont mis en valeur la nécessité de mieux évaluer les pratiques en PCI et d'accompagner l'équipe de l'hôpital qui n'avait jamais bénéficié d'une mission externe d'évaluateurs en PCI.

Les discussions ont été poursuivies en 2019 afin d'organiser conjointement une évaluation des précaution standard de PCI mais l'apparition de la pandémie de Covid-19 a modifié les plans et les échanges ont été suspendus jusqu'à ce que l'AOI puisse pleinement reprendre ses activités au Laos mi-2022.

Les termes de référence ont guidé l'évaluation des pratiques PCI dans différents départements de l'hôpital de Setthathirath. L'audit a permis d'engager une réflexion sur les changements possibles et les conseils techniques au sein de l'hôpital pour améliorer les pratiques de PCI et plus généralement la qualité des soins dispensés. L'équipe hospitalière a obtenu une image globale des pratiques PCI dans les services qui ont été visités et évalués.

Objectifs de l'évaluation

L'objectif général était d'évaluer la situation de la PCI à l'hôpital de Setthathirath, les activités et ressources en PCI existantes.

Ceci afin d'identifier les forces et faiblesses, puis proposer des actions correctrices. Il peut être considéré comme un diagnostic pour détecter les problèmes ou lacunes qui nécessitent une amélioration et identifier les items afin de répondre aux normes et exigences nationales en termes de PCI.

Les objectifs spécifiques :

- Evaluer les pratiques de PCI (points forts / points faibles) dans le service d'obstétrique et de gynécologie, le service de médecine tropicale et des maladies infectieuses, le service des soins intensifs, les 2 salles de stérilisation, la lingerie et le système gestion des déchets sanitaires ;
- Renforcer les capacités de personnels de santé points focaux PCI au sein des services impliqués dans la mise en place de l'audit ;
- Sensibiliser sur l'environnement et l'organisation de la PCI au sein de l'hôpital ;
- Générer une réflexion interne sur le plan PCI au sein de l'équipe dirigeante de l'hôpital Setthathirath.

2 . METHODE

Une mission de sept jours a eu lieu en novembre 2022 afin de réaliser cette évaluation.

- Durée de l'évaluation : 4 jours
- Équipe AOI et équipe PCI et cadre de l'hôpital
- Unités de soins auditées :
 - Unité de maladies infectieuses et tropicales (bâtiment B4)
 - La stérilisation CSSD 1 contigüe au bloc opératoire
 - La stérilisation CSSD2
 - Buanderie et lingerie
 - Réanimation (bâtiment ICU)
 - Gynécologie et maternité

Une approche participative basée sur l'observation des pratiques et des échanges avec le personnel a été utilisée :

- Visite des services concernés, observation des pratiques, questions au personnel sur le fonctionnement des équipements, les protocoles en PCI, les circuits (instruments, linge, personnel).
- Réunions et discussions avec le comité PCI, les responsables des départements, la direction (directeur, vice-directeurs)

3 . RESULTATS

Les principaux points positifs :

Le personnel et la direction de l'hôpital sont motivés pour améliorer la PCI.

Le comité PCI vient d'être réorganisé et est très demandeur d'appui et de formations complémentaires. Il y a une volonté de changement des pratiques au sein de l'hôpital. Certaines zones de l'hôpital sont bien organisées, propres (zone de vestiaire et salle de surveillance en réanimation, bâtiment 4, bloc opératoire).

Certains bâtiments sont agréables et spacieux pour les patients et le personnel.

Les postes de lavages des mains sont disponibles dans la plupart des salles.

Les principaux points négatifs :

3.1 La propreté et les rangements

La propreté et l'organisation des rangements est déficiente dans la plupart des services qui ont été visités lors de l'évaluation, elles doivent être complètement revues par le personnel et la direction.

- Les sols sont sales dans certaines parties de l'hôpital
- Comme les surfaces : Murs, plafonds, tables ou paillasse de soins, placards, rangements
- Les zones de rangements ne sont pas définies, trop de matériel non utilisé est conservé dans les salles, beaucoup d'armoires ne sont pas adaptées à l'équipement médical et tout est mélangé sans séparation des zones (administration, non stérile, stérile, propre, sale)
- Il y a un manque de procédures écrites et affichées

Recommandations :

- Révision des méthodes de nettoyage des sols et des contrats avec les sociétés privées, contrôle de la formation du personnel et de l'atteinte des résultats
- Amélioration de la formation du personnel de l'hôpital sur les méthodes de nettoyage des surfaces et les produits à utiliser
- Opération à mettre en place : vider toutes les salles, trier ce qui est utilisé avec ce qui ne l'est pas, tout nettoyer et replacer les équipements en définissant des zones très claires (administration, soins, rangement, vestiaire, stockage, déchets, ...)
- Formation et appui à l'équipe PCI, la direction et les chefs de départements concernant la propreté et le rangement
- Définition de la fréquence du nettoyage, des rangements et des modalités de contrôle
- Rédaction, affichage et signature de protocoles dans toutes les zones de l'hôpital

3.2 Les produits utilisés au sein de l'hôpital

Il y a beaucoup de confusion autour des produits utilisés au sein de l'hôpital.

Les détergents ne sont pas assez utilisés, alors que le personnel utilise trop de produits désinfectants.

Il y a un grand manque de connaissances concernant les produits : Définitions, compositions, utilisation, dilutions, étiquetage (absence ou non correspondance entre l'étiquette du produit utilisé et le produit à l'intérieur du flacon).

Il y a une confusion au niveau des guides nationaux en PCI sur l'utilisation des produits, les cadres et formateurs semblent avoir du mal à prendre les bonnes décisions au niveau des hôpitaux.

Les dates de péremption sont souvent dépassées.

Recommandations :

- Une étude doit être réalisée pour connaître la composition de tous les produits utilisés couramment à Setthathirath et les principaux hôpitaux de Vientiane
- Une attention doit être portée sur l'utilisation des produits en lisant les notices d'utilisation : exemple : le Stéranios 2%® utilisé par le CSSD 1 ou la réanimation est une solution de glutaraldéhyde **prête à l'emploi et ne peut donc être diluée.**
- Un programme de formation doit être mis en place au niveau des formateurs nationaux en PCI et des comités PCI des hôpitaux.
- Les guides nationaux devront éventuellement être révisés ou clarifiés
- Tout le personnel de l'hôpital de Setthathirath devra être formé et de nouveaux protocoles d'utilisation des produits devront être rédigés, affichés et signés.

3.3 Le linge et la lingerie

L'utilisation du linge et son nettoyage est globalement déficient pour tous les départements visités lors de l'évaluation.

Dans les départements :

Trop de tissus sont réutilisés (pas d'usage unique), certains champs de conditionnement sont sales, il n'y a pas de changement entre les patients (taies d'oreiller, draps, ...), rideaux sales et insuffisamment lavés, confusion des couleurs.

Dans la lingerie :

Toute la zone de lingerie est inadaptée et ne permet pas d'assurer de bonnes pratiques en PCI :

- Architecture déficiente et espaces trop restreints,
- Surfaces difficiles à nettoyer, les machines et filtres ne sont pas nettoyés correctement

- Circuits inexistantes et nombreuses confusions (entre le sale et le propre, les codes couleur du linge, les températures, les volumes de détergent, pliage sur le sol de tissus propres, pas de zone de vestiaire)
- Protocoles et équipement inadaptés (utilisation de l'eau de javel avant lavage, pas de gants à manches longues, ...)

Recommandations :

- Revoir l'architecture et peut-être l'emplacement de la lingerie en définissant les zones sales et propres pour respecter la marche en avant (sale vers propre). La proximité de la stérilisation est recommandée
- Organiser les circuits du linge avec la lingerie
- Former le personnel de la lingerie sur les produits à utiliser
- Former le personnel en lingerie et dans les départements (en particulier visant à éviter l'utilisation multiple de tissus)
- Définir les différents linges à utiliser : Serviettes pour le séchage après lavage des mains (usage unique), serviettes pour le séchage des instruments (plus grande), lingettes pour le nettoyage des surfaces planes, linge pour les lits, linge pour les tables de soins (à changer entre chaque patient), linge pour le conditionnement des packs avant stérilisation
- Définir les couleurs et dimensions du linge et ne pas les modifier
- Modifier l'équipement de l'hôpital concernant les chariots ou paniers et définir un code couleur des chariots ou paniers de stockage et de transport pour différencier le propre du sale
- Définir tous les protocoles, les écrire et les afficher

3.4 Le traitement de l'instrumentation et les stérilisations (1 et 2)

L'hôpital comporte deux zones de stérilisation, qui ne réalisent qu'une partie du traitement de l'instrumentation. Il n'y a pas de stérilisation centrale pour tout l'hôpital.

Plusieurs départements réalisent le lavage des instruments avant de les envoyer en stérilisation (dont la maternité).

- **Sas d'entrée en stérilisation et vestiaires :** Il n'y a pas de SAS d'entrée en CSSD 1 et 2, pas de zone de vestiaire comportant une zone de lavage des mains appropriée, les zones de repos du personnel sont situées en salles de conditionnement
- **Zones de lavage :** Pas de protocoles adaptés, trempage des instruments dans un détergent non systématique, confusion des produits (trop de produits désinfectants), matériel pour laver non approprié (éponges métalliques, pas de brosses plastiques), les volumes de solutions de trempage sont imprécis. En CSSD 1 il n'y a pas de séparation entre la zone de lavage et le conditionnement (la porte est toujours ouverte).
- **Zones de rinçage :** absence de zone bien identifiée et questions concernant la qualité de l'eau
- **Zones de séchage :** En CSSD1 il n'y a pas de zone définie pour le séchage et elle est réalisée en zone de conditionnement, les linges utilisés pour le séchage ne sont pas suffisamment renouvelés et non spécifiques

- **Zones de conditionnement** : En CSSD1 la zone de conditionnement est étroite et cumule plusieurs tâches (séchage, repassage, conditionnement, chargement de l'autoclave et déchargement), la marche en avant n'est pas respectée, l'utilisation de sachets vapeur et OE (oxyde d'éthylène) peut porter à confusion.
les cotons sur découpés sur le sol en CSSD2, il n'y a pas de séparation entre conditionnement et stérilisation, absence de classeurs de composition de sets
- **Les circuits de linge** : Ils sont très confus et source de risques et de perte de temps.
- **Stérilisation** : Les autoclaves utilisés sont simple porte. Les deux seuls autoclaves fonctionnels sont en CSSD1. Le test de pénétration à la vapeur n'est pas effectué (Bowie Dick), les indicateurs de classe 4 sont mal placés et non lus, la qualité de l'eau est à contrôler.
Un stérilisateur basse température à l'OE est placé en SSD2 utilisé deux fois/an.
- **Zones de distribution** : Le mode de stockage des sets n'est pas approprié, trop d'entassement, de mélange entre le stérile et non stérile et d'armoires inadaptées.

Présence d'un stérilisateur basse température au gaz (oxyde d'éthylène) à en CSSD2. Cet appareil est très peu utilisé (4 fois par an) et comporte certains points d'attention : l'oxyde d'éthylène est un gaz dangereux (toxique, inflammable, cancérigène) et le matériel stérilisé devrait suivre une désorption et un contrôle de l'OE résiduel avant d'être distribué (ce qui n'est pas réalisé).

Les points faibles sont nombreux dans deux zones CSSD 1 et 2 sont mal organisées et les salles sont difficilement modifiables afin de résoudre les principaux points faibles.

Recommandations :

La détertion par immersion des instruments est **la seule opération** à effectuer par les unités de soins qui acheminent ensuite le matériel à la stérilisation.

La meilleure solution serait de mettre en place une **nouvelle stérilisation centrale** (pour tous les départements de l'hôpital).

Cette stérilisation devra avoir un personnel formé et des **zones clairement définies** (zones de repos du personnel, vestiaires, sas, lavage, lingerie, conditionnement, stérilisation, stockage et distribution).

En zone de lavage du matériel : un habillage spécifique (pyjama, tablier et gants), un circuit du sale vers le propre, un équipement approprié (machines à laver à double porte si possible), une zone de réception et tri des matériels, une zone de lavage séchage (machines à laver ou lavage manuel avec des bacs), transfert du matériel propre par un sas et stockage en zone de conditionnement (sauf si laveurs double porte).

En proximité de cette nouvelle stérilisation centrale, **une zone de lavage du linge** devra être réalisée avec une taille suffisante, un circuit sale vers le propre, un habillage spécifique, des zones spécifiques (réception et tri du linge sale, zone de lavage, zone de séchage avec une bonne maintenance des machines, table de repassage, table de pliage, zone de stockage et rangement du linge par taille et couleur).

Le transfert du linge est réalisé par un sas entre la zone de stockage du linge et la zone de conditionnement.

En zone de conditionnement : un habillement spécifique (pyjama de couleur différente à la lingerie et la zone de lavage et charlotte), des zones de rangement du matériel, des grandes tables de conditionnement, un classeur de composition des sets sur chaque table, autoclaves simple ou double porte de préférence, et conditionnement avec indicateurs de passage de classe 1

En zone de stérilisation : placement de trois indicateurs de classe 5 conditionnés chacun dans un sachet papier/plastique dans les endroits stratégiques de l'enceinte de l'autoclave (intègre temps, température, pression), chargement de l'autoclave en respectant le passage de la vapeur d'eau saturée, déchargement des autoclaves et contrôles avant rangement des sets stérilisés

Contrôle des indicateurs de stérilisation :

- ✓ Bowie Dick le matin
- ✓ Contrôle du virage des indicateurs de classe 5
- ✓ Contrôle des conditionnements (soudure des sachets, adhésif)
- ✓ Table pour le refroidissement des sets stérilisés

Prévoir une zone de distribution :

- ✓ Distribution aux unités de soins
 - Matériel stérile
 - Linge propre
 - Linge stérile
- ✓ Sur chariot venant des unités de soins ou autres moyens en fonction du volume à transporter

3.5 Le traitement des sols et surfaces

Dans l'ensemble les sols et les surfaces ne sont pas assez entretenus.

Aucun protocole n'est affiché définissant clairement les zones, les produits à utiliser, la fréquence de nettoyage à appliquer.

Recommandations :

Les sols doivent être nettoyés tous les jours et dès que nécessaire (renversement, sang,).

Tout désinfectant seul est proscrit en première intention. Il doit être précédé :

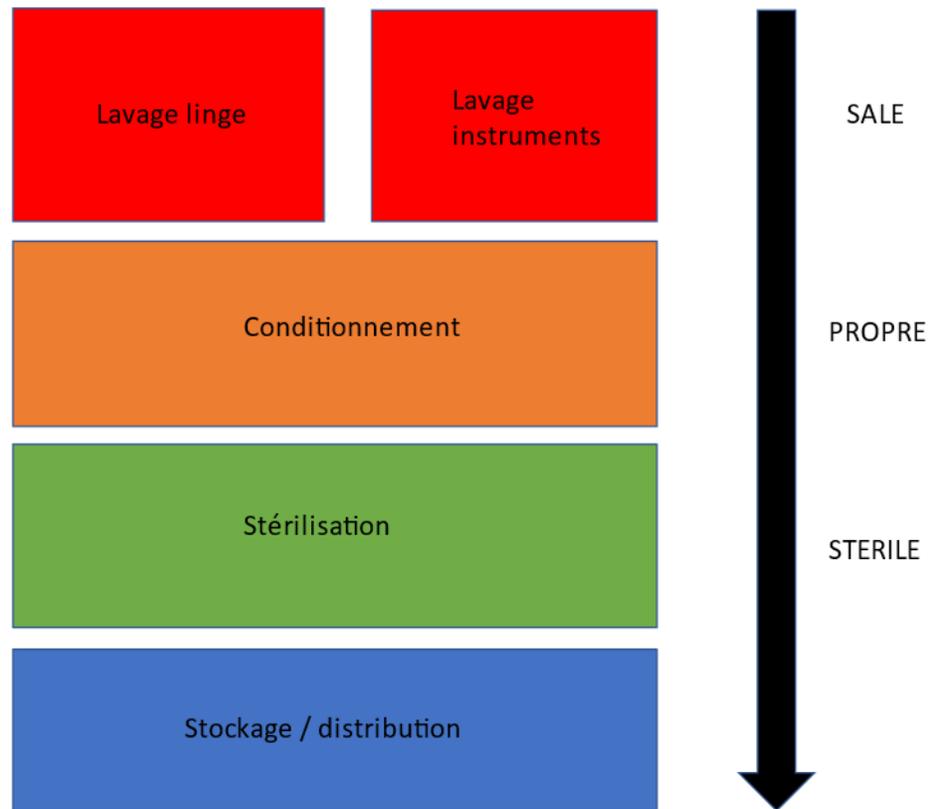
- D'un balayage humide au moyen d'un balai avec une lingette humide
- D'un nettoyage avec un détergent
- D'un rinçage
- D'un passage avec un désinfectant

Ces opérations successives sont longues et remplacées par un nettoyage unique avec un produit dit « deux en un » c'est-à-dire un détergent désinfectant de surface. Mais cela n'évite pas le nettoyage au détergent seul pour rendre les sols et surfaces nettes, brillantes, sans traces et tâches.

- Le Dettol® est un produit qui peut être utilisé pour les sols et surfaces comme détergent désinfectant pour les sols et surfaces (murs, plafonds) et un savon comme détergent.
- Pour les surfaces autour du soin un nettoyage avec un détergent désinfectant différent est à utiliser entre chaque patient contenant détergent et alcool par exemple.

Le nettoyage doit aller du sale vers le propre et du haut vers le bas.

Le circuit du linge et des dispositifs médicaux en stérilisation doit respecter le schéma suivant :



3.6 Le lavage des mains

Le lavage des mains est une étape très importante dans la lutte contre les infections. Des lavabos sont présents dans chaque unité de soins mais le savon liquide et les serviettes pour l'essuyage des mains sont souvent absents. Des solutions hydroalcooliques ou gels sont placés près des lavabos pouvant entraîner une confusion. Ces derniers sont à placer à l'entrée des chambres des patients.

Recommandations :

- Utiliser des savons liquides pour le lavage des mains et surtout pas des poudres ou des savons en pain.
- Savon et serviettes doivent être présents autour d'un lavabo propre
- Les gels hydroalcooliques sont à fixer au mur proche des chambres ou des soins quand un point d'eau est absent

3.7 Le traitement par les UV

Dans le bâtiment B4 une rampe UV est présente au plafond.

En réanimation une armoire de stockage est équipée d'une lampe UV pour le stockage du matériel qui ne peut être stérilisé.

Recommandations :

Les UV ont été très employés mais leur efficacité est très faible et coûteuse. Ce dispositif est une fausse protection contre les germes présents.

Pour la réanimation le stockage des tuyaux de réanimation dans une armoire UV n'est pas utile.

3.8 Les médicaments

En dehors de certaines unités, les médicaments sont rangés sans étiquetage précis et sans respecter les dates de péremption. Les médicaments sont rangés avec des dispositifs médicaux stériles non stériles et plus...

Pour les médicaments à conserver au froid, ceux-ci sont stockés dans des réfrigérateurs alimentaires.

Un relevé journalier de la température n'est pas effectué. Les réfrigérateurs utilisés ne sont pas médicaux avec un enregistrement de la température en continu.

Les blisters des médicaments sont coupés et la date de péremption est inconnue.

Recommandations :

Les médicaments doivent être stockés séparément comme les dispositifs médicaux stériles séparés des non stériles.

La date de péremption est à surveiller et le rangement doit respecter la méthode FIFO (first in first out)

Les médicaments injectables doivent être séparés des autres médicaments

Pour les médicaments à conserver au froid, ceux-ci doivent être stockés dans des réfrigérateurs médicaux ayant un relevé continu de la température entre 2°C et 8°C. A défaut un relevé quotidien est à effectuer et noter.

Les médicaments injectables ne peuvent être préparés à l'avance que si la stabilité est connue et le permet.

Quand on effectue le découpage des blisters de médicaments, le nom, le dosage et la date de péremption sont à apposer sur une étiquette.

3.9 Cas particulier des dispositifs médicaux thermosensibles

Le stérilisateur basse température situé au CSSD 2 est à l'oxyde d'éthylène mais il est très peu utilisé et les conditions d'utilisation mettent le personnel en danger et la concentration résiduelle de 2 ppm sur le dispositif médical n'est pas contrôlée.

Les tuyaux des respirateurs qui ne sont pas lavés et qui sont désinfectés avec le Stéranios 2% dilué puis placés dans l'armoire UV.

Recommandations :

Les dispositifs thermosensibles qui ne peuvent passer à l'autoclave doivent être traités différemment. Ils sont après lavage, soit désinfectés (désinfection de haut niveau) soit stérilisés dans un stérilisateur basse température.

L'utilisation du stérilisateur à l'oxyde d'éthylène est à remettre en cause en étudiant les coûts et le rapport bénéfice/risque.

Les tuyaux des respirateurs du fait de leur longueur sont difficiles à nettoyer et l'usage unique est hautement recommandé. S'ils sont désinfectés, le rinçage doit se faire à l'eau stérile et leur stockage est effectué dans des armoires propres, ventilées et ils sont pendus pour éliminer l'eau de rinçage.

3.10 Le tri des déchets

Le tri des déchets n'est pas toujours respecté dans les unités de soins.

Un hangar dédié à l'élimination des déchets est construit et les déchets de soins passent dans un stérilisateur. Ensuite ils sont placés dans des bennes et évacués.

Recommandations :

Le tri des déchets dans les unités de soins est primordial. Leur séparation doit respecter la séparation entre :

- Déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI)
- Déchets sans risque infectieux
- Objets piquants coupants tranchants (OPCT)
- Linge sale
- Dispositifs médicaux sales

3.11 Le comité PCI

Le comité PCI est présent à l'hôpital de Setthathirath et dynamique. Une directrice-adjointe est nouvellement arrivée et responsable de la PCI. Cela démontre l'implication de la Direction générale.

Recommandations :

Tout en s'intéressant à la résistance des antibiotiques et à l'épidémiologie, un travail primordial est à effectuer pour **améliorer l'hygiène** dans les unités de soins et dans l'hôpital en général.

Des responsables et des contrôleurs devront être nommés par la direction pour mettre en place les procédures et contrôler ce qui est fait dans les unités.

4 . CONCLUSION

Malgré une volonté de mettre en place des mesures de PCI, certaines pratiques ne sont pas appropriées et sont sources de risques d'infection pour les patients et le personnel. L'hôpital de Setthathirath devra mettre en place de nombreux changements concernant les circuits du personnel et des instruments, la propreté et les rangements, la réorganisation d'une nouvelle zone de stérilisation et lingerie, l'utilisation rationnelle des produits, le traitement des dispositifs médicaux thermosensibles, les médicaments, le traitement des sols et surfaces.

Un effort important devra être porté concernant la formation du personnel et la mise en place de protocoles compris par tout le personnel.

L'hôpital a les structures et le personnel en place pour mettre en place les principales recommandations de cette évaluation, cependant un investissement important concernant la réorganisation de la stérilisation et de la lingerie devra être programmé en termes de financement et de formation.

ANNEXES

Emploi du temps de la mission

Monday 14/11	8.30-9.30	AOI team meeting and preparation of the week	Phengdy, Dr Keo, Manithong, Somvang, Guillemette, Francois, Lola	Discussion and presentation of AOI team
	10.00-12.00	Preparation of the week with Settha team	AOI team+Settha team +director	preparation of IPC assessment and sharing of building plans, discussion about planning revision,... +meet with Director?
	Lunch with team			
	13.00-17.00	Quick Visit of the buildings and departments, discussion with Settha team	Equipe AOI + Equipe Settha	Discuss about planning to ensure it's feasible in the time allocated to each dept/building... discuss about methodology: plan to have a 1h discussion with Settha team after visits of building
Tuesday 15/11	08.00-12.00	Visit/discussions of Tropical medicine and infectious disease building	Phengdy, Dr Keo, Manithong, Somvang, Guillemette, Francois, Lola	B4
	Lunch			
Tuesday 15/11	13.00-16.30	Visit/discussions of 2 CSSD and laundry		B4
	Lunch			
Wednesday 16/11	09.00-12.00	Meeting/discussion with IPC committee	Dr Keo, Manithong, Somvang, Guillemette, Francois, Lola	B1 observation dof HCW management system in the hospital if time
	Lunch			
Wednesday 16/11	13.00-16.30	Visit/discussions of ICU		B2 et circulation des patients entre urgences et soins intensifs
	Lunch			
Thursday 17/11	9.00-12.00	Visit/discussions of OBGYN and Gyneco dept (with maternity)	Dr Keo, Somvang, Guillemette, Francois, Lola	B1
	Lunch			
Thursday 17/11	13.00-16.30	visit/discussions of OBGYN and Gyneco dept (with maternity)		B1
	Lunch			
Friday 18/11	9.00 - 12.00	Visit/discussions of Surgery dept	Dr Keo, Somvang, Guillemette, Francois, Lola	B1
	Lunch			
Friday 18/11	13.00-16.30	Visit/discussions of Surgery dept and patient toilets		14.00: Lola rdv avec Alie Bonnet et Isabelle Barreau: Ambassade de France
	Lunch			
Monday 21/09	8.00-12.00	Visit/discussions , observation and data collection of potential missing information to prepare restitution meeting	Phengdy, Dr Keo, Manithong, Somvang, Guillemette, Francois, Lola	Possibility to organise meeting with Settha team to ask questions and discuss and potentially find solutions together
	Lunch			
	13.00-16.30	Visit/discussions and observation of HCW management system in the hospital		if not done on Friday 18/11-and discussion with Settha team...
Tuesday 22/11	8.00-12.00	Restitution and discussions	Phengdy, Dr Keo, Manithong, Somvang, Guillemette, Francois, Lola	Sharing of observations and recommendations and priority steps to engage and enhance IPC system in the hospital
	Lunch with Settha team			