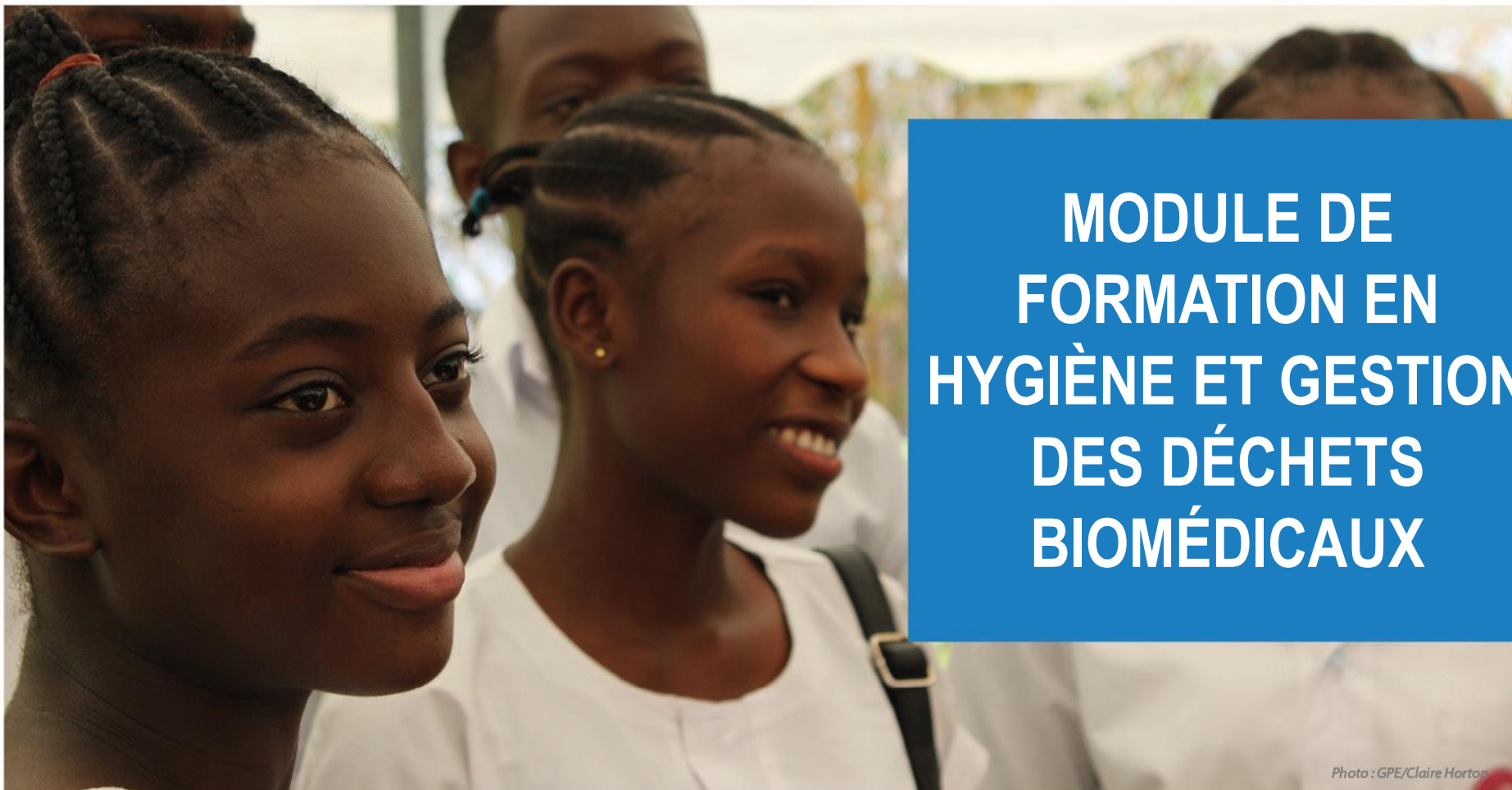




» ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ À KINSHASA



MODULE DE FORMATION EN HYGIÈNE ET GESTION DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX

Photo : GPE/Claire Horton



Centre de coopération internationale
en santé et développement (CCISD)

UNITÉ DE SANTÉ INTERNATIONALE
École de santé publique



Affaires mondiales
Canada

Global Affairs
Canada

OBJECTIF GÉNÉRAL DE LA FORMATION

- Renforcer les capacités des prestataires de soins et des technicien.ne.s de surfaces (hygiénistes) du CS en hygiène et gestion des déchets biomédicaux (GDBM) en vue de réduire le risque infectieux, lutter contre les infections associées aux soins tout en relevant le niveau de respect des normes environnementales.

PROGRAMME DE LA FORMATION

1. PRÉSENTATIONS (facilitateurs, participants et Projet ASSK);
2. PRÉTEST;
3. ÉVALUATION INITIALE (visite de la structure de soins avec les participants + prise des photos) et analyse de la situation avec l'outil d'évaluation des normes environnementales ;
4. FORMATION (THÉORIQUE ET PRATIQUE);
5. ÉLABORATION DU PLAN DE GDBM;
6. CONSTITUTION DU COMITÉ D'HYGIÈNE ET SALUBRITÉ;
7. POST-TEST.

PLAN DE PRÉSENTATION

- I. DÉFINITION DES CONCEPTS, CATÉGORISATION ET IMPACT ENVIRONNEMENTAL DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX
- II. LÉGISLATION ET ORGANISATION ADMINISTRATIVE
- III. CIRCUIT DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX ET PROTECTION DU PERSONNEL
- IV. INTRODUCTION AU PAQUET EAU, HYGIÈNE ET ASSAINISSEMENT DANS LE CS (WASH)
- V. ELABORATION DES PLANS (GDBM, RESTITUTION ET MAINTENANCE)

PLACE DE TECHNICIEN.NE DE SURFACES DANS LE CS.

I. DÉFINITION DES CONCEPTS CLÉS, CATÉGORISATION ET IMPACT ENVIRONNEMENTAL DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX

SOMMAIRE

1. Définition des concepts clés;
2. Catégorisation des «déchets biomédicaux »;
3. Risques et impacts des déchets biomédicaux sur la santé et l'environnement.

1.1 Définition des concepts clés

a. HYGIÈNE

- Du grec «hygieinon» = santé;
- Hygie = déesse de la santé;
- **Dictionnaire Robert : Hygiène** =ensemble des **principes** et des **pratiques** tendant à préserver et à améliorer la santé.
- **Dictionnaire des termes techniques de médecine : hygiène**= Partie de la médecine qui **traite des milieux où l'homme est appelé à vivre**, et de la manière de les modifier dans le sens plus favorable à son développement.



1.1 Définition des concepts clés (suite)

- Une notion apparaît de plus en plus précise, c'est celle de **l'environnement** dans lequel l'homme évolue.
- L'homme **influence** et **est influencé** par son environnement.



1.1 Définition des concepts clés (suite)

b. PROPRETÉ ET SALETÉ

La **propreté** est l'absence de saleté, incluant poussière, tache et mauvaise odeur.

- La **propreté macroscopique ou visuelle** (absence de salissures visibles à l'œil nu),
- La **propreté microscopique** : absence des microbes grâce à la désinfection ou de la stérilisation.



1.1 Définition des concepts clés (suite)

b. PROPRETÉ ET SALETÉ (suite)

- La saleté est le contraire de la propreté. C'est la présence de la saleté, incluant la poussière, les taches et la mauvaise odeur.



1.1 Définition des concepts clés (suite)

c. DÉCHETS BIOMÉDICAUX

Ce sont des déchets issus des activités des soins, présentant un danger physique ou de contamination biologique ou chimique pour l'homme et/ou l'environnement.

(Selon le Code de l'hygiène de la RDC, avril 2015)



1.2 Catégorisation des DBM dangereux

- Les déchets biomédicaux comprennent tous les déchets produits lors d'activités de soins ou de diagnostic.
- **75 à 90% de ces déchets sont comparables aux déchets domestiques ou déchets urbains (DAOM: déchets assimilés aux ordures ménagères)** et ne représentent pas de danger particulier.
- Ces déchets peuvent suivre la même filière de recyclage, ramassage et de traitement que les déchets domestiques.

1.2 Catégorisation des DBM dangereux (suite)

- **10 à 25 %** sont appelés **déchets biomédicaux dangereux ou déchets spéciaux (DASRI: déchets d'activités de soins à risque infectieux)**.
- Ces déchets représentent des risques pour la santé.
- Ils peuvent être divisés **en cinq catégories** ainsi que les sous-groupes suivant les risques qu'ils représentent.



1.2 Catégorisation des DBM dangereux (suite)

1.2.1 Déchets piquants et tranchants (OPCT)

1.2.2 Déchets à risque d'infection

1.2.3 Déchets de médicaments et apparentés

1.2.4 Réservoirs sous pression

1.2.5 Déchets radioactifs

1.2 Catégorisation des DBM dangereux (suite)

1.2.1 Déchets piquants et tranchants (OPCT)

Ce sont des déchets présentant **un danger de blessure**.



1.2 Catégorisation des DBM dangereux (suite)

1.2.2 Déchets à risque d'infection

- a) Présentant un danger de contamination
 - Déchets contenant du sang, des sécrétions ou des excréctions présentant un danger de contamination
- b) Anatomiques
 - Parties du corps, tissus présentant un danger de contamination.
- c) Infectieux
 - Déchets contenant d'importantes quantités de matériel ou substances présentant un risque de propagation d'agents infectieux (milieu de cultures, déchets de patients infectieux à l'isolement ex : choléra, Ebola...)

Déchets contaminés



Déchets anatomiques



1.2 Catégorisation des DBM dangereux (suite)

1.2.3 Déchets de médicaments et apparentés

- a) Déchets de médicaments
 - Déchets de médicaments, médicaments périmés et récipients ayant contenu des médicaments.
- b) Déchets cytotoxiques
 - Cytotoxiques périmés, restes de cytotoxiques, matériel contaminé par des cytotoxiques.
- c) Déchets contenant des métaux lourds
 - Piles, déchets de mercure (thermomètre ou tensiomètre cassés, ampoules fluorescentes ou fluo-compactes).
- d) Déchets chimiques
 - Déchets contenant des substances chimiques : restes de solvants de laboratoire, désinfectants, bains de développement et de fixation photographique.

1.2 Catégorisation des DBM dangereux (suite)

1.2.4 Réservoirs sous pression

Ce sont des bonbonnes de gaz, bombes aérosol (antiasthmatique, insecticide, parfum...)

1.3 RISQUES ET IMPACTS DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX SUR LA SANTÉ ET L'ENVIRONNEMENT

A. Personnes potentiellement exposées

- Le CS génère des déchets biomédicaux (solides, liquides et/ou gazeux) présentant des risques qu'il faudrait bien gérer.
- **Qui est potentiellement exposé? (tout le monde)**
 - a) À l'intérieur du CS
 - b) À l'extérieur du CS



B. RISQUES LIÉS AUX DÉCHETS BIOMÉDICAUX DANGEREUX

PROBLÈMES DE GESTION DES DÉCHETS PIQUANTS / TRANCHANTS



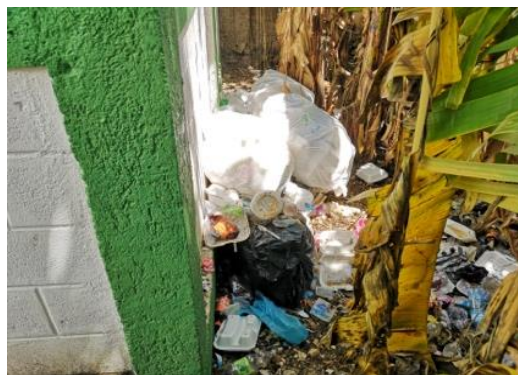
CONTENANTS INADAPTÉS, MAL IDENTIFIÉS ET SALES



ABSENCE OU DÉFAILLANCE DU TRI À LA SOURCE



MAUVAISES CONDITIONS D'ENTREPOSAGE



CONDITIONS D'ÉLIMINATION INADAPTÉES



MAUVAIS ÉTAT DES FOURS ARTISANAUX ET DES INCINÉRATEURS



B. Risques liés aux déchets biomédicaux dangereux (suite)

À ces catégories doit encore être ajouté le risque de pollution et de contamination de l'environnement (incinération, lampes à pétrole ...)



B.1. Les risques traumatique et infectieux

Les déchets liés aux soins de santé constituent un réservoir de micro-organismes potentiellement dangereux, susceptibles d'infecter les malades hospitalisés, le personnel et le grand public.

Les voies d'exposition sont multiples : **par blessure (coupure, piqûre), par contact cutané ou contact avec les muqueuses, par inhalation ou par ingestion.**

B.1. Les risques traumatiques et infectieux (suite)

TYPE D'INFECTION	AGENT CAUSAL	VECTEUR DE TRANSMISSION
Infections gastro-entériques	Entérobactéries (Salmonella, Vibrio cholerae, Shigella, etc.)	Fèces, vomissures
Infections respiratoires	Mycobacterium tuberculosis, Streptococcus pneumoniae, SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère), virus de la rougeole	Sécrétions inhalées, salive
Infections oculaires	Virus de l'herpès	Sécrétions des yeux
Méningite	Neisseria meningitidis	Liquide céphalo-rachidien

B.1. Les risques traumatiques et infectieux (suite)

TYPE D'INFECTION	AGENT CAUSAL	VECTEUR DE TRANSMISSION
Sida	Virus de l'immunodéficience humaine	Sang, sécrétions sexuelles, autres liquides biologiques
Fièvres hémorragiques	Virus Lassa, Ebola, Marburg, Junin	Sang et sécrétions
Hépatite virale A	Virus de l'hépatite A	Fèces
Hépatites virales B et C	Virus de l'hépatite B et C	Sang et autres liquides biologiques

B.1. Les risques traumatique et infectieux (suite)

En 2000, l'OMS estimait que, dans le monde, les accidents avec déchets **piquants/tranchants** ont causé:

- **66.000 cas d'infection par le virus de l'hépatite B;**
- 16.000 cas d'infection par celui de l'hépatite C ;
- Et 200 à 5000 cas d'infection par le VIH chez le personnel des structures de soins.

B.2 Risques chimiques

- Le mercure est très toxique. Il n'existe pas de seuil en dessous duquel il ne se produirait aucun effet indésirable.
- Le mercure peut provoquer des intoxications mortelles en cas d'inhalation.
- Il est également nocif en cas d'absorption transcutanée et a des effets néfastes sur la grossesse. **(OMS interdit l'utilisation des dispositifs médicaux contenant du Mercure).**

**Penser à me protéger
contre ce risque!**



RÉSUMÉ 1

- **Hygiène:** ensemble de principes et pratiques pour améliorer la santé;
- **Propreté:** absence de saleté, poussière, tache et mauvaise odeur;
- **Saleté:** présence de salissure, poussière, tache et mauvaise odeur;
- **Déchet** : **tout bien abandonné** ou que son détenteur destine à l'abandon.
- **Déchets biomédicaux** sont des déchets issus des activités des soins, présentant un danger physique ou de contamination biologique ou chimique pour l'homme et/ou l'environnement.
- Il y a **5 catégories** des DBM dangereux et **5 types de risque**;
- Tout le monde est potentiellement exposé exposées à l'intérieur comme à l'extérieur du CS;

Les déchets : c'est l'affaire de tous !



ASSK

» ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ À KINSHASA

Appui à :



Financé par :



Affaires mondiales
Canada

Global Affairs
Canada

Cofinancé et réalisé par :



Centre de coopération internationale
en santé et développement (CCISD)

UNITÉ DE SANTÉ INTERNATIONALE
École de santé publique



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

II. LÉGISLATION DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX ET ORGANISATION ADMINISTRATIVE

2.1 LÉGISLATION DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX



A. Accords internationaux

- **Initiatives OMS et PNUE sur le Mercure et décision VIII/33 de la Conférence des Parties à la Convention de Bâle sur les déchets de mercure**

L'OMS propose d'accompagner les pays dans la mise en œuvre de la stratégie qui prévoit, sur le long terme, **l'interdiction des dispositifs contenant du Mercure.**

B. Principes internationaux

a) Principe du pollueur payeur

- Tout producteur de déchets est responsable légalement et financièrement de l'élimination de ses déchets en toute sécurité pour les personnes et l'environnement (même si certaines tâches sont sous-traitées).

b) Principe de précaution

- Quand le risque est incertain, il doit être considéré comme significatif, et des mesures de protection doivent être prises en conséquence.

B. Principes internationaux (suite)

c) Principe de proximité

- Le traitement et l'élimination des déchets dangereux doivent se faire le plus près possible de leur lieu de production.



C. Législation nationale

- La législation nationale constitue une base sur laquelle on doit se fonder pour améliorer les pratiques de traitement des déchets dans un pays.
- Le Ministère de la santé a élaboré plusieurs documents:
 - **Le Code de l'hygiène de la RDC (2015);**
 - **La loi n°15/026 du 31 décembre 2015 relative à l'eau;**
 - **Les Normes et directives relatives aux services de base liées à l'EHA dans les FOSA en RDC (2019).**

RÉSUMÉ 2.1

- **Trois principes** (pollueur payeur, de précaution et de proximité);
- L'interdiction des dispositifs contenant du **Mercure** par l'OMS;
- Le Ministère de la santé et le gouvernorat de la ville de Kinshasa ont élaborés plusieurs documents;
- Chaque le 5 juin (journée mondiale de l'environnement);

2.2 ORGANISATION ADMINISTRATIVE: COMITÉ D'HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

A. INTRODUCTION

- Une gestion appropriée des déchets biomédicaux au CS repose sur une bonne organisation administrative, un financement adéquat et la participation active d'un personnel informé et formé.
- Ces conditions sont nécessaires pour appliquer les mesures d'une manière constante tout au long de la filière des déchets (**de la production à l'élimination finale**).

A. INTRODUCTION (suite)

- Trop souvent, la gestion des déchets est reléguée au rang de tâche subalterne.
- Il s'agit au contraire de la valoriser et de responsabiliser tous les acteurs du CS.
- Un **comité d'hygiène et salubrité** et doit donc être constitué d'abord sous la responsabilité de l'**infirmier ou infirmière titulaire** du centre de santé mais la présidence peut être assurée par tout prestataire dévoué.

A. INTRODUCTION (suite)

Normes du CS assaini basées sur les lignes directrices de l'OMS

- Norme 1 : Le CS dispose d'un comité d'hygiène sanitaire formé et fonctionnel
- Norme 2 : Le CS dispose d'eau potable de façon permanente en quantité et qualité dans toutes les unités
- Norme 3 : Le CS dispose d'un accès à des latrines hygiéniques, fonctionnelles avec dispositif de lave-mains et douches en nombre suffisant.

A. INTRODUCTION (suite)

- Norme 4 : Le CS gère correctement les déchets issus des activités des soins
- Norme 5 : Au moins 80% du personnel se lavent correctement les mains aux moments critiques
- Norme 6 : Au moins 70% du personnel qui ont des connaissances sur la prévention et contrôle des infections nosocomiales
- Norme 7: Le CS est nettoyé au moins une fois par jour avec l'eau et détergent

B. NORMES SUR LA MISE EN PLACE D'UN CHS

- Chaque FOSA doit avoir un CHS fonctionnel avec un mandat de 2 ans renouvelables;
- Le CHS doit être une équipe hétérogène, peu nombreuse (3 à 7 personnes suivant l'importance du programme et la taille de la FOSA);
- Le CHS doit être une équipe permanente (disponible);
- Chaque FOSA doit avoir une boîte à suggestion.

C. Directives sur le comité d'hygiène et de salubrité (CHS)

But et Composition

- Le CHS est l'organe de décision et de coordination des activités d'hygiène et salubrité au sein d'une FOSA, il rend compte au CODESA au niveau primaire (CS);
- Le but principal d'un CHS est d'améliorer les conditions de l'EHA (WaSH) dans une FOSA en vue de protéger les acteurs, les usagers du CS ainsi que les communautés environnantes contre le risque nosocomial et créer un environnement propre et sûr pouvant encourager la communauté à fréquenter une FOSA.

C. Directives sur le comité de salubrité et d'hygiène (CHS)

But et Composition (suite)

Rapporter les données mensuelles des activités EHA (Wash) de la FOSA à la réunion de CODESA.

Le CHS doit comprendre les ressources suivantes:

- Membres représentant les différents services du CS: infirmier titulaire, le/la chargé(e) de maternité, de salle de soins, le personnel d'entretien, etc.,
- Ainsi qu'un ou deux représentants de la population (membres du CODESA).

C. Directives sur le comité d'hygiène et de salubrité (CHS)

Le CHS se compose de:

1. Le Président (responsable de la structure)
2. Le vice-président (responsable local de l'assainissement et hygiène);
3. Le financier du CS;
4. Le responsable de la qualité des soins et de nursing;
5. Le responsable de la pharmacie ;
6. Le responsable du laboratoire ;
7. Le représentant de la communauté.

C.1. CAHIER DE CHARGE DU PRESIDENT DU CHS

- Responsabilité générale de s'assurer que les déchets du CS sont gérés dans le respect de législation nationale;
- Mise en place du groupe de travail chargé de la rédaction du plan de gestion des déchets;
- Désignation d'un responsable local des déchets;
- Désignation des responsabilités;
- Allocation des ressources financières et humaines;
- Mise en œuvre du plan de gestion des déchets;
- Audits, mise à jour et amélioration continue du système de gestion des déchets.

C.2. Cahier des charges du RLAH

- Le RLAH (responsable local de l'assainissement et hygiène) est la personne chargée de gérer le plan de gestion des déchets au quotidien.
- Cette personne assure la pérennité du système à long terme.
- Elle doit donc avoir des contacts directs avec tous les membres du CHS et avec tous les collaborateurs du CS.

C.2. Cahier des charges du RLAH (suite)

Il assure :

- Contrôle quotidien de la collecte, du stockage et du transport des déchets.
- Contrôle de l'état des stocks de boîte de sécurité, de sacs et d'EPI (équipements de protection individuelle), ainsi que des moyens de transport.
- Transmission des commandes à l'administrateur.
- Supervision des personnes responsables de la collecte et du transport des déchets,

C.2. Cahier des charges du RLAH (suite)

- Contrôle des mesures en cas d'accident (affichage, connaissances du personnel).
- Contrôle des mesures de protection.
- Investigations sur les incidents/accidents impliquant des déchets.
- Établissement de rapports (quantités de déchets produits, incidents).
- Maintenance des installations de stockage et de traitement.

C.3 Cahier des charges du financier de la FOSA ou du PréCore

- Mise à disposition permanente des stocks de consommables (sacs, réceptacles, EPI, etc.);
- Étude et évaluation des coûts;
- Apporter le conseil sur la politique des achats en matière de minimisation/substitution (équipement sans Mercure, pas de lampes à pétrole ou à piles, etc.);
- Contrôle des mesures de protection;
- Supervision en l'absence du RLAH.

C.4 Cahier des charges du responsable de la qualité des soins

- Formation du personnel de soins en matière de gestion des déchets (une attention particulière sera donnée aux nouveaux collaborateurs);
- Contrôle des procédures de tri, de collecte, de stockage et de transport dans les unités de soins;
- Contrôle des mesures de protection;
- Surveillance de l'hygiène et contrôle de l'infection.

C.5 Cahier des charges du chargé de la pharmacie

- Responsabilité des stocks de médicaments et de la minimisation des périmés;
- Gestion des déchets contenant du Mercure **(éviter l'achat du matériel contenant du Mercure).**

C.6 Cahier des charges du chef de laboratoire

- Responsabilité du stock de produits chimiques et de la **minimisation des déchets chimiques**;
- Gestion des déchets chimiques.

C.7 Cahier des charges du représentant de la communauté

Il est chargé de:

- l'approvisionnement en eau et qualité de l'eau (traitement);
- la gestion des eaux usées des latrines et douches;
- la gestion de l'environnement externe de la FOSA; désherbage, embellissement (pelouse, fleur, gestion de la peinture, clôture,...) gestion des aires de cuisine, de lessive, de vaisselle, les poubelles extérieures, le trou à ordures, la fosse à cendre, l'incinérateur, la lumière extérieure et/ou la gestion du groupe électrogène.

D. ORGANISATION DU CHS

1. Les responsabilités et tâches de chacun doivent être notifiées par écrit par le responsable du CS;
2. Le CHS élabore un agenda annuel des réunions mensuelles;
3. Le CHS se réunit une fois le mois et traite 3 à 4 points;
4. Chaque réunion est sanctionnée par un compte-rendu et une liste de présence en annexe;
5. Le CHS dispose d'une armoire dans laquelle tous les documents sont gardés;
6. Le CHS réalise mensuellement l'exécution du plan de gestion des déchets biomédicaux (PGDBM).

D. ORGANISATION DU CHS

1. Le CHS ne doit pas avoir une caisse à part (10%), il doit se conformer à toutes les procédures administrative et financière en vigueur au sein de la FOSA y compris les instructions pour l'organisation des élections;
2. Chaque FOSA doit mettre en place un mécanisme de rétro-information pouvant donner les possibilités aux personnes qui ne sont pas capables de lire ou d'écrire d'exprimer leurs opinions (satisfaction);
3. La boîte de suggestions à l'entrée de l'établissement, avec des cartes en couleurs « **Rouge= pas satisfait**, **Jaune= moyen**, **Vert= satisfait** ».

RÉSUMÉ 7.2

- Le CHS met ensemble tous les agents autour de responsable du CS (IT) pour traiter les problèmes d'HGDBM du CS;
- Chaque membre dispose d'un cahier des charges;
- Le CHS dispose d'une liste des membres (catégorie et fonction);
- Le CHS élabore un programme des réunions mensuelles;
- Le CHS suit de près le plan de GDBM du CS (l'exécution du budget).

ASSK

» ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ À KINSHASA

Appui à :



Financé par :



Affaires mondiales
Canada

Global Affairs
Canada

Cofinancé et réalisé par :



Centre de coopération internationale
en santé et développement (CCISD)

UNITÉ DE SANTÉ INTERNATIONALE
École de santé publique



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

ASSK

» ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ À KINSHASA

Appui à :



Financé par :



Affaires mondiales
Canada

Global Affairs
Canada

Cofinancé et réalisé par :



Centre de coopération internationale
en santé et développement (CCISD)

UNITÉ DE SANTÉ INTERNATIONALE
École de santé publique



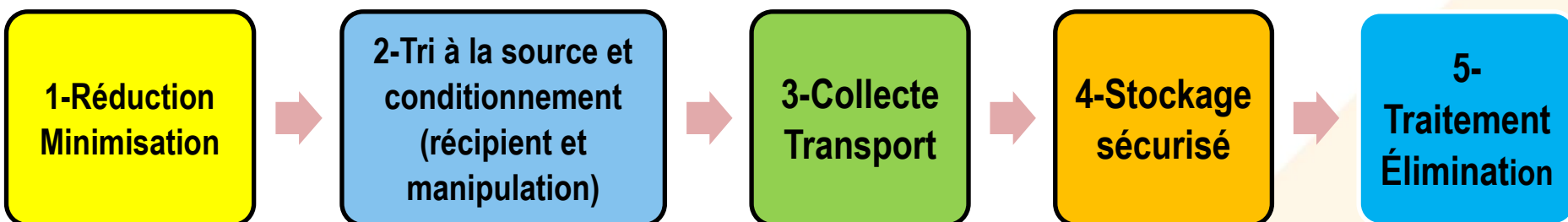
Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

III. CIRCUIT DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX ET PROTECTION DU PERSONNEL

3.1 CIRCUIT DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX

Étapes du circuit des déchets et déchets biomédicaux

5 étapes clés de la gestion des déchets issus des soins



A. MINIMISATION, RECYCLAGE

Le meilleur déchet est celui qui n'est pas produit.

La réduction de la production de déchets est favorisée par les pratiques suivantes :

- Réduction de la quantité de déchets à la source;
- Politique des achats orientée vers la minimisation des risques (pas de mercure, pas de pétrole, pas de piles...);
- Recyclage des produits;
- Gestion des stocks ;
- Tri à la source.

A.1. Réduction de la quantité de déchets à la source

- Choix des produits générant **moins de déchets**;
- Choix de fournisseurs qui reprennent les contenants pour remplissage (exemple: boisson en bouteille, produits de désinfection...).
- Prévention du gaspillage : par exemple, dans les activités de soins ou de nettoyage...
- Traitement per-os au lieu de voie parentérale si l'efficacité est équivalente ;
- Choix de matériel réutilisable.

A.2. Politique des achats orientée vers la minimisation des risques

- Achat de matériel **sans Polychlorure de Vinyle (PVC)**: choisir du PET (Polytéréphtalate d'éthylène), PE ou PP;
- Achat d'appareils **sans Mercure**: thermomètres, tensiomètres etc.
- **Bannir les lampes à pétrole**;
- Achat des lampes solaires;
- Si possible, achat des nouveaux systèmes d'injection et de prélèvement sécurisés (avec retrait automatique de l'aiguille).

Pour reconnaître le PVC : il coule au fond de l'eau (plus dense que l'eau), et il donne une flamme verte quand on le brûle. Le PE et le PP flottent.



Lampes à pétrole sont cancérogènes



Lampes solaires sont plus économiques à long terme



EFFETS NÉFASTES DES LAMPES À PÉTROLE

- Chaque année, les lampes à pétrole sont responsables de brûlures qui touchent 1,5 millions de personnes rien qu'en Inde.
- Elles sont aussi à l'origine des incendies.
- La Banque Mondiale a estimé que l'inhalation des fumées de pétrole avait le même impact sur la santé que la consommation de **40 cigarettes par jour** (cancers des poumons ...);



EFFETS NÉFASTES DES LAMPES À PÉTROLE (suite)

- Elles représentent 3% des émissions **mondiales du monoxyde de carbone (CO)** et jouent un rôle considérable dans le réchauffement planétaire;
- Elles sont aussi un gouffre financier pour les utilisateurs concernés, puisqu'en moyenne 30% des revenus, déjà maigres, sont consacrés à **l'achat du pétrole**.



A.3. Recyclage des produits

- Recyclage des piles, du papier, du verre, des métaux, du plastique;
- Compostage des déchets verts (déchets de cuisine et de jardin);
- Recyclage de l'argent des bains de développement photographique;
- Récupération énergétique.

A.4. Gestion des stocks

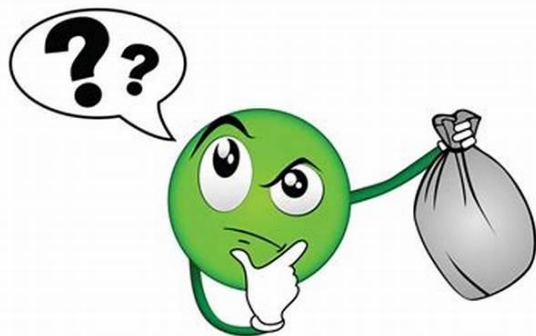
- Gestion des stocks de produits chimiques et des médicaments visant à éviter les périmés ou inutilisés : gestion des stocks « **first expire – first out** » (**premier à être expiré, premier sorti**);
- Contrôle des **dates de péremption** avant tout achat;
- **Retourner aux donateurs** les produits proches de péremption.

A.5. Tri à la source

- Le tri des déchets est la meilleure manière de diminuer le volume des déchets dangereux qui nécessitent des traitements particuliers;

Ex : un sac de papier avec une aiguille à l'intérieur, devient un sac de déchet dangereux.

B. TRI, RECIPIENTS ET MANIPULATION



B.1. Principes du tri

- Le tri consiste en une identification claire des différentes catégories de déchets et des moyens de séparation.
- En d'autres termes, trier les déchets au point de production et savoir différencier les poubelles par des signes distinctifs (couleur, marque, étiquetage...).

B.1. Principe du tri (suite)

- Le tri des déchets doit toujours être la responsabilité de celui qui les produit.
- Il doit se faire le plus près possible du lieu où le déchet a été produit.

Exemple : L'infirmier déposera les piquants/tranchants dans le réceptacle à aiguilles se trouvant le plus près possible du lieu d'utilisation, ce qui permettra d'éviter toute manipulation de l'aiguille usagée. Idéalement, il amènera le réceptacle jusqu'au lit du patient.

NE JAMAIS RÉCAPUCHONNER L'AIGUILLE, LA POSER IMMÉDIATEMENT DANS UN RECEPTACLE



**Au besoin emmener la boîte
de sécurité au lit du malade**

B.1. Principe du tri (suite)

- **Ne pas corriger les erreurs** : si du matériel non dangereux a été placé dans une poubelle pour déchets présentant un risque de contamination, considérer le déchet comme dangereux (principe de précaution);
- **Le tri doit être maintenu tout au long de la filière** (dans les zones de stockage et lors du transport).

B.1. Principe du tri (suite)

- Le tri est une étape sensible de la gestion des déchets.
- Il détermine la proportion de **75 à 90% (déchets ménagers)** et **10 à 25% (déchets dangereux)**. Sinon, c'est le contraire des chiffres.
- Il concerne tous les collaborateurs.
- Formation, information régulière et contrôles fréquents sont essentiels pour garantir la pérennité du système mis en place.


B.2. Comment trier




La façon la plus simple d'identifier les différentes catégories de déchets et d'encourager le tri est de séparer les déchets dans des poubelles ou des sacs en plastique **de différentes couleurs** (respectant le chromocodage) et/ou marqués d'un symbole (étiquetage).



B.3. Recommandations pour le codage couleur (chromocodage)– symbole

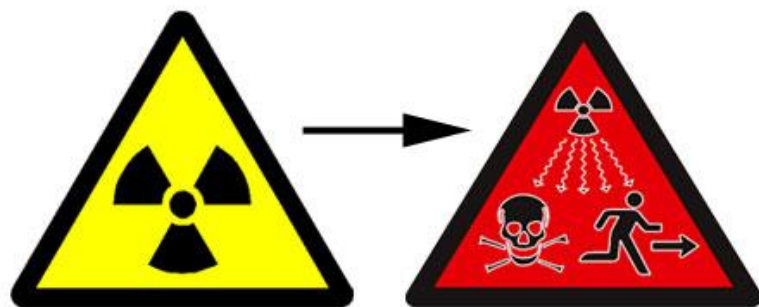
Les recommandations selon l’OMS sont les suivantes :

CATÉGORIE DE DÉCHET	CODAGE COULEUR – SYMBOLE	TYPE DE CONTENANT
0. déchets domestiques	Noir	Poubelle, sacs plastiques
1. déchets piquants et tranchants	Jaune et 	Réceptacle à piquants/ tranchants

CATÉGORIE DE DÉCHET	CODAGE COULEUR – SYMBOLE	TYPE DE CONTENANT
<p>2a. déchets présentant un danger de contamination</p> <p>2b. déchets anatomiques</p>	<p>Jaune</p> 	<p>Poubelle, sacs plastiques</p>
<p>2c. déchets infectieux</p>	<p>Jaune, marqué « hautement infectieux » et</p> 	<p>Poubelle, sacs plastiques</p>
<p>3. déchets chimiques ou pharmaceutiques</p>	<p>Brun avec symbole approprié (Étiquetage des produits chimiques). Ex.</p> 	<p>Poubelle, sacs plastiques</p>

CODES DE SÉCURITÉ

- Pictogramme de toxicité / de biodanger / ancien et nouveau symbole de radiation



B.4. SYSTÈME DE TRI À TROIS CONTENANTS

Premier pas efficace, facile à mettre en œuvre, et qui permet de réduire drastiquement les risques les plus importants :

- **UNE BOÎTE DE SÉCURITÉ** pour les piquants/tranchants;
- **UNE POUBELLE JAUNE** pour déchets potentiellement infectieux ;
- **UNE POUBELLE NOIRE** pour déchets domestiques.

LA BOÎTE DE SÉCURITÉ

- Seringues, aiguilles,
- Lames de bistouris,
- Aiguilles de transfuseurs,
- Épicrânien
- Trocarts, etc.

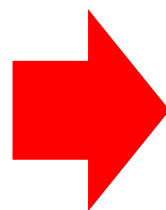
**déchets piquants/tranchants
dans la boîte de sécurité**



Catégorisation des DBM dangereux

Déchets piquants et tranchants: **infectieux**

Présentant **un danger de blessure**:
seringues avec aiguilles, scalpels, flacons de vaccins brisés, cathéters , etc.



Tri à la source : dépôt immédiat dans une boîte de biosécurité, (jaune ou blanche) avec le signe de **Biohazard / Biodanger**.

Ne jamais recapuchonner ou enlever l'aiguille !



Catégorisation des DBM dangereux (suite)

Déchets piquants et tranchants: infectieux

- **Collecte** : immédiate dès que remplissage au 3/4 (voir trait)
- **Élimination** : entreposage sécurisé et brûlés dans un incinérateur





SITES D'IMPLANTATION DES RECEPTACLES A PIQUANTS/TRANCHANTS

N°	SITE D'IMPLANTATION
1	Sites de vaccination
2	Salle des soins
3	Salle d'accouchement/ salle d'opération
4	Laboratoire
5	Chariot des soins (emporter au lit du malade)

LA POUBELLE JAUNE

- Les déchets biomédicaux souillés par le sang ou autres liquides biologiques (sondes, matériel de laboratoire, pansements, compresses, gants, bandes, sparadraps, tampons d'ouate, trousse de perfusion, trousse de transfusion, etc.)



Déchets contaminés dans la poubelle jaune avec étiquetage

CARACTÉRISTIQUES DES POUBELLES

Les contenants à déchets doivent être:

- **Homogènes** : même modèle par catégorie de déchets;
- **Marquée** du code-couleur réglementaire;
- Uniquement disposées dans les **salles sous surveillance**;
- D'une **taille adaptée** aux besoins et aux lieux (20 à 35 l en général);
- **Résistantes**, imperméables et munies d'un couvercle;
- **Facile à ouvrir** et à manipuler, même pleines;
- Être munies d'un **sac-poubelle** ;
- Toujours maintenues **propres** !

SITE D'IMPLANTATION DES **POUBELLES JAUNES**

N°	SITE D'IMPLANTATION
1	Salle de consultation
2	Salle des soins
3	Salle d'accouchement/salle d'opération
4	Laboratoire
5	Toilettes

POUBELLE À DÉCHETS MÉNAGERS

- Papiers, emballages, habits, carton, restes de nourriture ...



Ils sont conditionnés dans une poubelle distincte de couleur noire (sac noir).

POUBELLE À DÉCHETS MÉNAGERS (suite)

- Les déchets domestiques, dans les sacs noirs, suivront la même filière que les **déchets municipaux (zone urbaine)**. Les sacs seront mis dans des poubelles rigides.
- Dans certains contextes, si l'on ne dispose pas de sacs en plastique, les poubelles seront lavés et désinfectés après avoir été vidés (**solution à 0,5% de chlore actif**).

REMARQUES

- Un stock de sachets et de boîtes de sécurité doit être à disposition, en suffisance, partout où des déchets sont produits.
- Cette responsabilité incombe au responsable local des déchets et à l'administrateur gestionnaire.
- Pour des raisons environnementales, les **déchets anatomiques** ne pourront pas toujours être collectés dans des sacs en plastique (**dans une poubelle jaune et directement jetés dans la fosse à placentas**).
- Les déchets doivent être traités selon les normes du pays.



REMARQUES (suite)

- Les déchets chimiques et pharmaceutiques seront triés et collectés séparément. Les sous-catégories incluent :
 - Les déchets de mercure,
 - les ampoules,
 - les piles,
 - les substances chimiques de laboratoire,
 - Les pesticides,
 - les médicaments.



Manipulation des sacs:

- Les sacs poubelles et les boîtes de sécurité doivent être fermés lorsqu'ils sont remplis aux deux tiers. Ceci est la responsabilité du personnel infirmiers.
- Le port des **gants durs ou robustes** est capital.
- Ne jamais tasser les sacs, ni les vider; les manipuler toujours par le haut (jamais contre soi).



Photo 7.4:
Manipulation d'un sac
de déchets

C. COLLECTE

- Respecter le principe de séparation des déchets par type depuis la production jusqu'à la destruction et l'élimination finale ;
- Collecter quotidiennement les différents types de déchets **au moins une fois par jour**;
- Ils ne doivent pas s'accumuler à l'endroit où ils sont produits (**site de stockage sécurisé**).



D. TRANSPORT DES DÉCHETS

- Affecter un préposé (technicien ou technicienne de surfaces ou gardien) à la collecte, au transport, à la destruction et à l'élimination des déchets et rendre disponible l'équipement de protection requis
- Le transporteur doit avoir une tenue adéquate, des bottes et des gants appropriés (gants robustes).



Ne confondez pas la tenue :



La composition des EPI de la personne en charge de la collecte

- Combinaison résistante et imperméable
- Gants imperméables et résistants aux coupures / piqûres
- Caches nez / masque à filtres pour l'opérateur de l'incinérateur
- Lunettes de sécurité en plastique résistantes
- Chaussures de sécurité ou bottes résistantes et imperméables

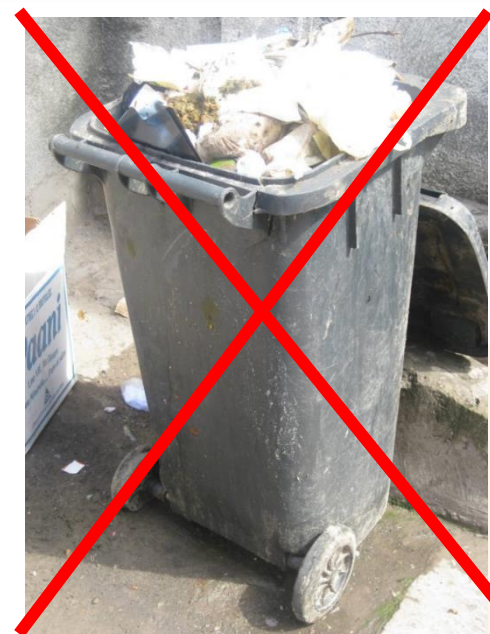
D. TRANSPORT DES DÉCHETS (suite)

- Transporter régulièrement les déchets vers le lieu de stockage et/ou au site de destruction (quotidien pour les déchets organiques).
- Eviter que les déchets ne se répandent sur le sol, lors du transport vers le site de stockage et/ou de destruction.

NB : Ne jamais transvaser les déchets après le conditionnement.

E. STOCKAGE

- Aménager un lieu couvert pour le **stockage transitoire des déchets** de manière à ce qu'ils n'exposent pas les prestataires de soins, la communauté et l'environnement à un danger.
- Disposer de **grandes poubelles couvertes**, pour le stockage de différents types de déchets jusqu'à leur destruction (24H maximum pour les déchets à risque infectieux)



F. TRAITEMENT ET ELIMINATION FINALE

- Le traitement est fonction du type de déchets et de la disponibilité des technologies respectueuses de l'environnement tenant compte du rapport qualité / coût.
- Les techniques les plus utilisées sont :
 - L'incinération (déchets infectieux, piquant/tranchants);
 - Fosse à placenta **(jamais y jeter des gants);**
 - Enfouissement (fosse à ordure/ à cendres);
 - Décharge contrôlée hors site ;
 - Evacuation de déchets liquides dans les eaux usées.

F. TRAITEMENT ET ELIMINATION FINALE (SUITE)

- Les installations de destruction et d'élimination des déchets doivent être éloignées des zones résidentielles et des points d'eau.
- Détruire le matériel souillé tranchant ou piquant (seringues, aiguilles, lames de bistouris, aiguilles de trousse de transfusion, d'épicrânienne, de trousse de perfusion, trocarts, etc.) **à l'incinérateur.**

F. TRAITEMENT ET ELIMINATION FINALE (suite)

- Détruire les **déchets biomédicaux souillés par le sang ou autres liquides biologiques** (sonde, matériel de laboratoire, pansements, compresse, sparadrap, tampon d'ouate, bandes (bandages), trousse de perfusion ou de transfusion, gants, doigtiers, tenues souillées... **dans l'incinérateur**
- Pour les **autres déchets (ménager, domestiques tels que les feuilles sèches ou du papier)**, les confier à la municipalité ou les enfouir (biodégradable).

Quoi faire des réceptacles remplis?

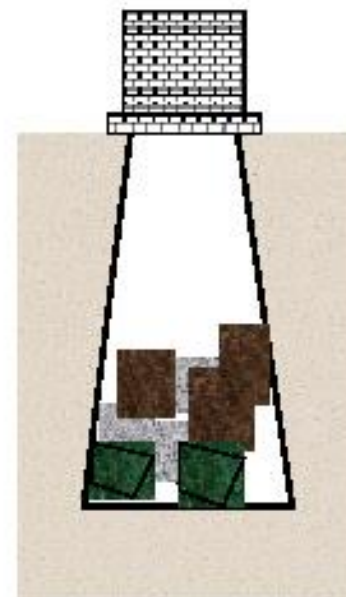
Incinération des boîtes de sécurité remplies
(méthode la meilleure)



Incinération des réceptacles dans un fût



Enfouissement des boîtes de sécurité dans le sol
(méthode la moins sûre)





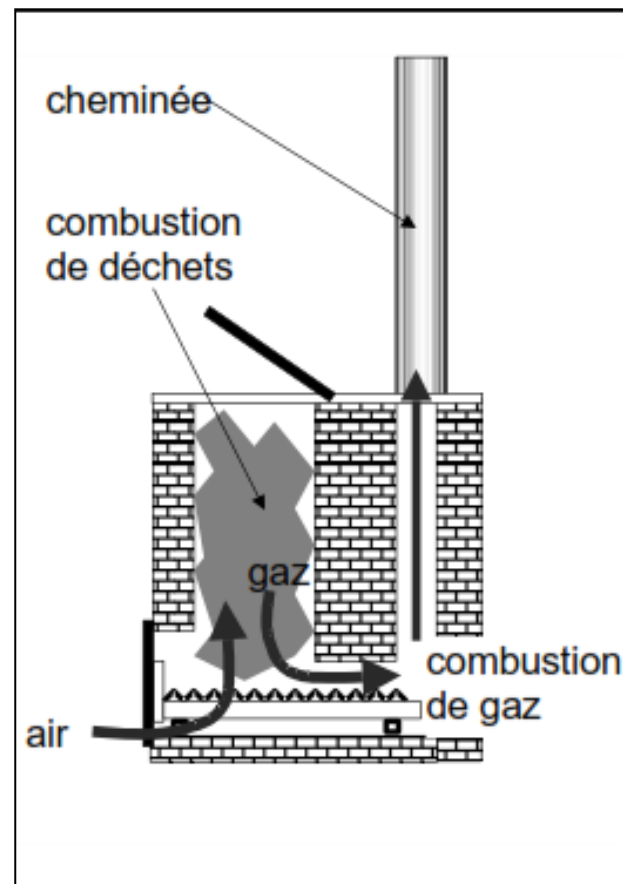
INCINÉRATEUR À UNE CHAMBRE DE COMBUSTION



BRÛLEUR OU FOUR ARTISANAL À UNE CHAMBRE DE COMBUSTION



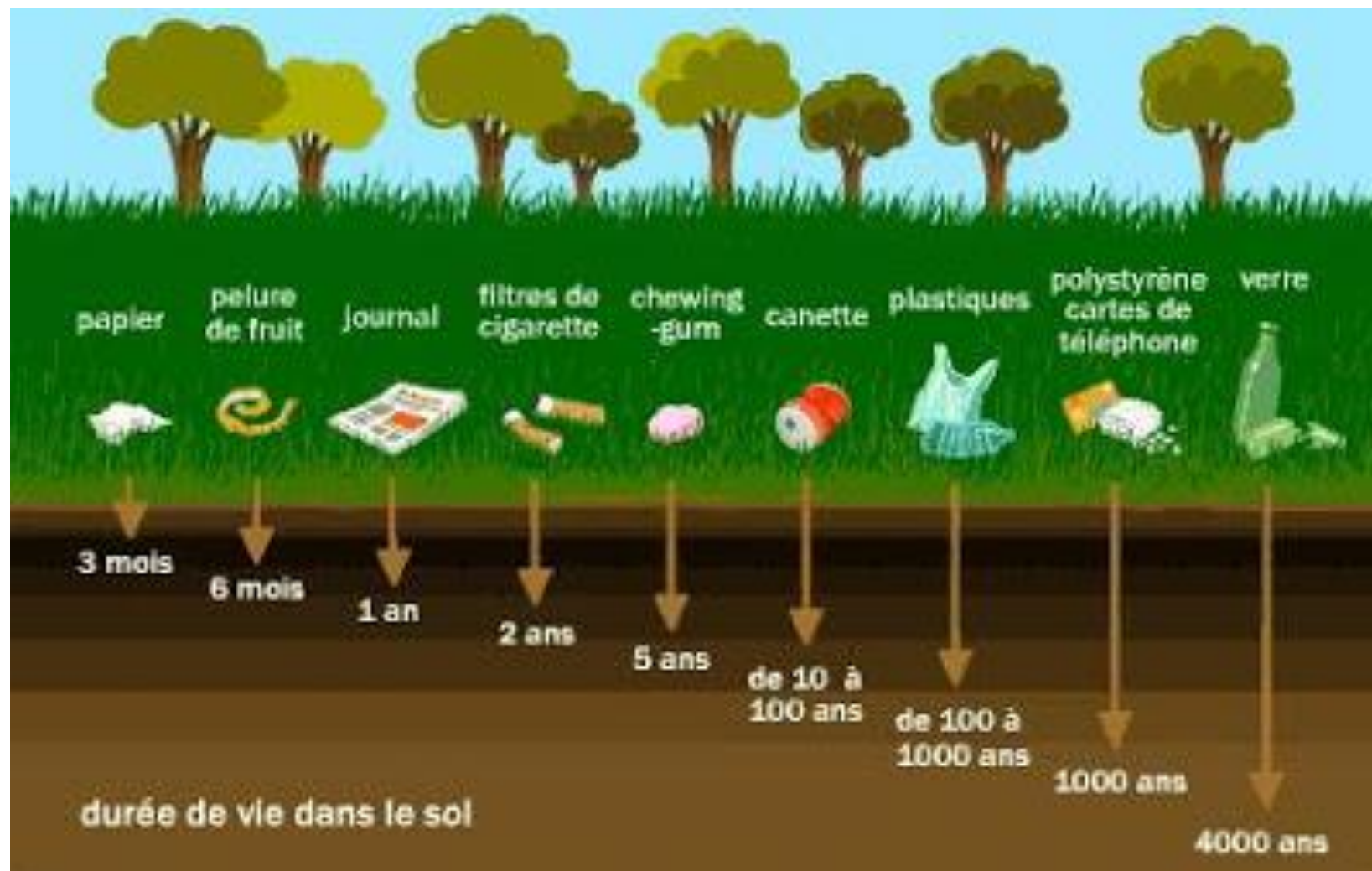
INCINERATEUR À 2 CHAMBRES DE COMBUSTION



F. TRAITEMENT ET ELIMINATION FINALE (SUITE)

- Détruire les déchets chimiques séparément (Mercure, médicaments et réactifs avariés, périmés, produits radioactifs, les emballages en verre) suivant les normes en la matière (**ou par enfouissement**).
- Désinfecter d'abord les liquides (liquides mortuaires, liquides biologiques, les eaux usées...) avant de les éliminer (utiliser du javel pur).
- Jeter les déchets anatomiques (placentas, etc.) dans la fosse à digestion.

Par l'enfouissement, voilà le devenir des déchets solides dans sol.



La saleté appelle la saleté mais, la propreté fait appel au respect!





USAGE DE POUBELLE (EUGÈNE)

- **Eugène Poubelle** : nom propre du préfet d'une école à Paris qui imposa l'usage de récipients fermés destinés à recevoir les ordures ménagères.
- Caractéristiques d'une **poubelle**:
 1. Être **propre (lavée régulièrement)**;
 2. Avoir un **couvercle**;
 3. Disposer d'un **sac poubelle**;
 4. Être **sans trou** pour les déchets liquides.



RÉSUMÉ 3.1

- Hormis la **minimisation (des risques)** et le **recyclage**, les déchets passent par: a) TRI ET CONDITIONNEMENT (récipient, manipulation); b) COLLECTE; c) TRANSPORT; d) STOCKAGE et e) TRAITEMENT ET ÉLIMINATION.
- Le tri des déchets à la source est facilité par le chromocodage des poubelles (**jaune, noire et brune**) + **boîtes de sécurité** pour aiguilles-seringues;
- Fosse à placentas: **réservée uniquement aux déchets anatomiques (placentas...)** et **jamais pour les gants solides.**

ASSK

» ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ À KINSHASA

Appui à :



Financé par :



Affaires mondiales
Canada

Global Affairs
Canada

Cofinancé et réalisé par :



**Centre de coopération internationale
en santé et développement (CCISD)**

UNITÉ DE SANTÉ INTERNATIONALE
École de santé publique



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

3.2 MESURES DE PROTECTION DU PERSONNEL

PLAN DE PRÉSENTATION

A. INTRODUCTION

B. ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI)

C. GESTION DES ACCIDENTS

D. MESURES D'HYGIÈNE CORPORELLE

E. VACCINATION



A. INTRODUCTION

- La manipulation des DBM, tout au long de la filière, comporte des risques pour la santé du personnel.
- Les mesures de prévention servent ainsi à **minimiser** et **réduire les risques d'accidents**, d'exposition aux produits potentiellement dangereux ou leurs conséquences.



A. INTRODUCTION (suite)

Les mesures de prévention sont de deux catégories:

1. Les mesures de protection primaires:

- Elimination du danger à la source : éviter l'achat des produits toxiques, **élimination du Mercure...**
- Prévention collective et technique: receptacle à aiguilles, ventilation
- Prévention organisationnelle: tri, emballages, code couleur, étiquetage ...
- Prévention personnelle : EPI, vaccination, hygiène des mains.

Masques chirurgicaux



Nez+ Bouche

Masque N95



Nez+Bouche

Ecran facial



Yeux+Nez+Bouche

Lunettes



Yeux

Blouse



Corps

Tablier



Corps

Gants



Mains

Bonnet



Tête+Cheveux

Mesures de prévention sont de deux catégories (suite)

2. Les mesures de prévention secondaires :

- Mesures à prendre en cas d'accident d'exposition au sang (AES);
- Mesures à prendre en cas de déversement des produits dangereux.

B. ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI)

- L'EPI est une barrière physique contre la contamination.
- Il en existe plusieurs sortes :
 - ✓ La liste standard des EPI : gants, bottes, visière, lunettes, masque, appareil respiratoire, surblouse ou tablier, coiffe (charlotte, cagoule) etc.
- Le port des EPI est obligatoire et leur choix depend de l'activité exercée.

a) Pour l'opérateur ou préposée à l'incinérateur

- Un masque à gaz à cartouches renouvelables (à renouveler chaque mois idéalement ou selon les indications du fabricant et dépendamment de la fréquence d'incinération); sinon FFP2 ou 3.
- Lunettes de protection, gants durs ou robustes ou thermorésistants, bottes, tenue vestimentaire à manches longues.



b) Pour le ou la TS

- Tenue vestimentaire à manches courtes;
- Gants de ménage (pas de gants de soins);
- Bottes ou sabots;

Selon le risque: masque chirurgical, coiffe, lunettes, toile imperméable,



3. ÉPI (suite)

c) Pour le soignant

- Tenue vestimentaire à manches courtes (infirmier.ère), manches longues (technicien.ne de labo et médecins);
- Sabots

Selon le risque: masque chirurgical, coiffe, gants, lunettes, toile imperméable,



Politique vestimentaire



d) Pour la sage-femme ou accoucheuse

- Tenue vestimentaire à manches courtes;
- Gants de soins;
- Bottes, masque chirurgical, toile imperméable, lunettes ou visière, coiffe

Risque de projection de liquides biologiques ou chimiques



- Blouse de la salle d'opération

- Risque de projection de liquides biologiques ou chimiques

e) Pour le chargé de la collecte des DBM

- Tenue vestimentaire à manches longues;
- Gants de robustes (pas de gants de soins);
- Bottes;

Selon le risque: masque chirurgical, coiffe, lunettes, toile imperméable,



f) Pour le chargé de l'entretien extérieur

- Tenue vestimentaire à manches courtes;
- Gants de désherbage (pas de gants de soins);
- Bottes, lunettes

Selon le risque: masque chirurgical, coiffe, lunettes ou visière, toile imperméable.



Lunettes de protection
Visière de protection



TYPE D'ACTIVITÉ:

- Risques d'inhalation de la poussière (enlèvement des cendres, nettoyage au balai du local de stockage des déchets...)
- Risques de contamination à la TBC



PROTECTION RESPIRATOIRE:

- Masque poussière FFP1, FFP2, FFP3;
- Masque chirurgical.



TYPE D'ACTIVITÉ:

- Manipulation des DBM;
- Accouchement.

SE PROTÉGER LE CORPS:

- Tablier
- Combinaison



PROTECTION RESPIRATOIRE

TYPE D'ACTIVITÉ:

- Manipulation des DBM;

SE PROTÉGER LES MAINS:

- Gants jetables ou à usage unique (personnel de soin et de laboratoire)
- Gants de ménage (personnel de nettoyage)
- Gants de protection robustes (transport et traitement des DBM)



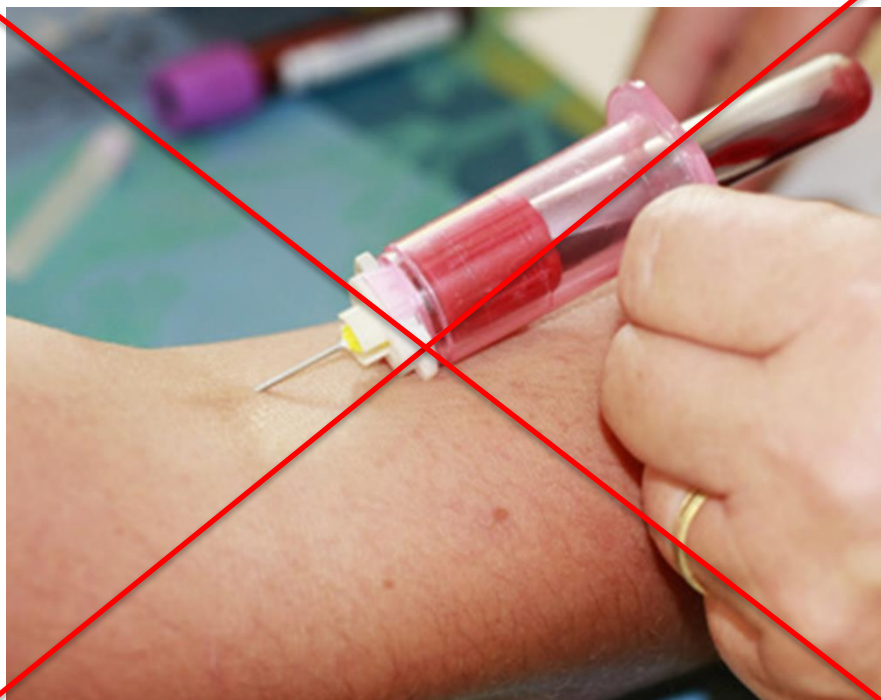
ÉVALUATION DU RISQUE

SCENARIO	HYGIÈNE DES MAINS	GANTS	BLOUSE	MASQUE MEDICAL	PROTECTION OCCULAIRE
Toujours avant et après le contact avec le patient, et après un environnement contaminé	X				
Si le contact est direct avec le sang et les fluides corporels, sécrétions, excréments, le mucus, les membranes, la peau non intacte.	X	X			
Si le risque des éclaboussures sur le corps du prestataire de soins est présent	X	X	X		
Si le risque des éclaboussures sur le corps et face est présent	X	X	X	X	X

C. GESTION DES ACCIDENTS



Tube vacutenaire pour les prélèvements de labo



C.1 LES ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG (AES) ET AUTRES LIQUIDES BIOLOGIQUES

L'usage des EPI a pour objectifs:

- de prévenir les AES et autres liquides biologiques,
- de les réduire lors de la manipulation des DBM,
- et aussi de diminuer les risques de contamination en cas d'accident.

La gestion des AES devrait contenir les éléments (voir affiche).



C.2. Mesures et procédures d'urgence en cas de déversement de **matériel biologique infectieux**

1. Retirer et remplacer blouses et habits visiblement souillés.
2. Avertir les collaborateurs et sécuriser la zone contaminée.
3. Revêtir les EPI appropriés.
4. Recouvrir la zone contaminée de papier absorbant imbibé de désinfectant.

C.3. Mesures et procédures d'urgence en cas de **déversement de produits chimiques**

1. Alerter les personnes dans le périmètre immédiat.
2. Revêtir les EPI adéquats.
3. Eviter de respirer les vapeurs.
4. Couper toute source de flamme et de chaleur si la matière déversée est inflammable.
5. Ouvrir les fenêtres et aérer, mais fermer les portes de la pièce infectée.

C.4. Mesures et procédures d'urgence en cas de déversement de **Mercur**e

1. Délimiter la zone à décontaminer et en interdire l'accès.
2. Porter des gants à usage unique pour récupérer **LA TOTALITÉ** du mercure répandu **SANS LE DISPERSER**
3. Prendre une éponge à mercure, une pipette en verre ou en plastique ou encore 2 feuilles de papier pour ramasser les gouttelettes. **Ne pas utiliser de brosse ni d'aspirateur.**

C.4. Mesures et procédures d'urgence en cas de déversement de **Mercure** (suite)

4. Placer le mercure et le matériel de récupération dans une poubelle à refermer hermétiquement, **étiqueter comme déchet spécial de Mercure** et l'amener à la pharmacie.
5. À l'aide d'un faisceau lumineux (lampe de poche par exemple), vérifier que toutes les gouttelettes ont bien été récupérées.

C.5. Mesures et procédures d'urgence en cas de **contamination humaine**

1. Projection de produits chimiques sur la peau et les yeux

- Rincer abondamment les parties exposées avec de l'eau pendant 15 minutes sans frotter, sans utiliser de neutralisant ou tout autre produit détergent;
- En cas de projection aux yeux, rincer à l'eau courante 10 à 30 minutes puis consulter en urgence un ophtalmologue;
- En cas de brûlure chimique, retirer avec précaution les vêtements contaminés avec des gants;
- Consulter un médecin en urgence.

C.5. Mesures et procédures d'urgence en cas de **contamination humaine**

2. Ingestion de produits chimiques

- Rincer abondamment la cavité buccale à l'eau
- Ne pas faire vomir ni donner à boire
- Consulter un médecin

3. Inhalation de gaz toxiques

- Sortir aussitôt de la zone contaminée
- Consulter un médecin en urgence même s'il n'y a pas de symptômes.

C.6. Prise en charge de la victime par une **personne compétente**

- Evaluation de l'accident;
- Tests;
- Kit PEP (VIH, TBC, VHB);
- Suivi;
- Informations et prise en charge psychologique;
- Enregistrement des incidents/accidents, investigations et actions correctrices.

D. MESURES D'HYGIÈNE CORPORELLE

L'hygiène corporelle

- Importante pour réduire les risques d'infections et briser la chaîne de l'infection lors de la manipulation des DBM, l'hygiène corporelle de base peut se résumer en milieu hospitalier, outre la propreté en général, à **l'hygiène des mains**.
- Elle a plusieurs sortes: hygiène vestimentaire, hygiène buccale et des narines, hygiène des cheveux et des poils, hygiène intime, bain ou douche etc.

E. VACCINATION

- La vaccination est un aspect très important mais souvent négligé dans notre milieu.
- Elle permet au personnel de soin et aux autres auxiliaires de se protéger contre les risques de contracter certaines maladies: **l'hépatite A, l'hépatite B et le tétanos.**

RÉSUMÉ 3.2

- Les mesures de prévention aident à **minimiser** et **réduire les risques d'accidents**, d'exposition aux produits potentiellement dangereux ou leurs conséquences.
- Le port des EPI est non négociable. **Bien casser les ampoules.**
- Éviter l'utilisation du matériel contenant **le Mercure** ;
- Bien gérer les accidents de piqûre (ne pas faire saigner et hygiène des mains), de projection dans les muqueuses (bien rincer). Consulter le médecin et déclarer tout accident.
- Veiller sur l'hygiène corporelle (vestimentaire, des mains etc.)
- **Se faire vacciner contre l'hépatite A, l'hépatite B et le tétanos.**

ASSK

» ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ À KINSHASA

Appui à :



Financé par :



Affaires mondiales
Canada

Global Affairs
Canada

Cofinancé et réalisé par :



Centre de coopération internationale
en santé et développement (CCISD)

UNITÉ DE SANTÉ INTERNATIONALE
École de santé publique



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

IV. INTRODUCTION AU PAQUET EAU, HYGIÈNE ET ASSAINISSEMENT DANS LE CS (WASH)

PLAN DE PRÉSENTATION

4.1 INTRODUCTION;

4.2 APPROVISIONNEMENT EN EAU;

4.3 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DE L'INFECTION (HYGIÈNE DES MAINS ET ENTRETIEN DES LOCAUX);

4.4 GESTION DES EAUX USÉES ET EXCRÉTA;

4.5 LUTTE CONTRE LES VECTEURS;

4.6 PROMOTION DE L'HYGIÈNE;

4.1 INTRODUCTION

4.1 INTRODUCTION

Le paquet WaSH au CS comprend les éléments suivants:

1. GESTION DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX;
2. PRÉVENTION ET CONTRÔLE DE L'INFECTION;
3. APPROVISIONNEMENT EN EAU;
4. GESTION DES EAUX USÉES ET EXCRÉTA;
5. LUTTE CONTRE LES VECTEURS;
6. PROMOTION DE L'HYGIÈNE.

4.2 APPROVISIONNEMENT EN EAU

SOMMAIRE

- A. SOURCES D'APPROVISIONNEMENT EN EAU
- B. IMPORTANCE ET USAGES AU CS
- C. QUANTIFICATION
- D. QUALITÉ DE L'EAU
- E. CONCLUSION



A. SOURCES D'APPROVISIONNEMENT EN EAU

Plusieurs sources :

- Branchement domestique à un réseau d'adduction d'eau dans l'habitation du ménage, sur sa parcelle ou dans sa cour et les robinets publics ou ;
- Bornes fontaines, puits tubés ou forages (à protéger par une clôture);
- Puits protégés, sources aménagées;
- Eau de pluie.



B. IMPORTANCE ET USAGES

- Les services EHA (Eau, Hygiène, Assainissement) sont essentiels pour la prévention et le contrôle contre l'infection, elles-mêmes essentielles pour la sécurité des soignants, des patients et de leurs visiteurs;
- Plusieurs usages : nettoyage et entretien, stérilisation, toilettes, boisson, cuisson etc.

C. QUANTIFICATION DE L'EAU

Patients ambulatoires	5 litres par consultation
Patients hospitalisés	40 à 60 litres par patient par jour
Salle d'opération ou service de maternité	100 litres par intervention
Centre de supplémentation alimentaire en produits secs	0,5 à 5 litres par consultation (selon l'attente)
Centre de supplémentation alimentaire en produits frais	15 litres par consultation
Centre d'alimentaire thérapeutique pour des patients hospitalisés	30 litres par patient par jour
Centre de traitement du choléra	60 litres par patient par jour
Centre d'isolement pour les patients atteints d'infections respiratoires aiguës	100 litres par patient par jour
Centre d'isolement pour les patients atteints de fièvre hémorragique virale	300 à 400 litres par patient par jour

D. QUALITÉ DE L'EAU

- Qualité physique : **Limpide, incolore, inodore et insipide**
- Qualité biologique : **absence de micro-organismes** (moins de 1 E. coli total par 100 mL d'eau).
- Qualité chimique : absence des métaux lourds, traces des pesticides ou autres substances toxiques.

NB: Pour une eau désinfectée au Chlore: présence de chlore résiduel (0,2 à 0,5 mg/L).

Désinfection de l'eau de boisson

- 1 comprimé de NaDCC dosé à 1,67g dans 200 litres d'eau;
- 1 comprimé de Aquatab dans 20 litres d'eau (toujours laisser agir avant la consommation).
- 1 cuillerée à soupe rasée dans 20 litres (0,05% pour le lavage des mains et les linges);
- 10 cuillerées à soupe rasées dans 20 litres (0,5% pour le bionettoyage des locaux hospitaliers et sanitaires).



Qualité des réservoirs

Matière de fabrication

Matière inoxydable et les parois intérieures doivent être en matériau inerte vis-à-vis de l'eau (ex : plastique)

Étanchéité

Sans fuite

Entretien

Nettoyage 2 fois par an

E. CONCLUSION

- PAS DE CS SANS EAU
- EHA (WASH) GARANTIT LA QUALITÉ DES SOINS

Chaque le **22 mars**: Journée mondiale de l'eau.



RÉSUMÉ 4.2

- Le CS doit disposer de l'eau en quantité et en qualité (**entretien du réservoir un fois par trimestre**) à tous les points de prestations de soins et toilettes/douches;
- Patient **hospitalisé** a besoin de **40 à 60 litres** par patient par jour;
- Service de **maternité** a besoin de **100 litres** par accouchement;
- L'entretien des locaux n'est possible sans eau au CS;
- La gestion de l'eau stockée doit être efficace;
- Pas de CS sans eau et EHA (WaSH) garantit la qualité des soins;
- **Chaque le 22 mars: Journée mondiale de l'eau.**

ASSK

» ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ À KINSHASA

Appui à :



Financé par :



Affaires mondiales
Canada

Global Affairs
Canada

Cofinancé et réalisé par :



Centre de coopération internationale
en santé et développement (CCISD)

UNITÉ DE SANTÉ INTERNATIONALE
École de santé publique



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

4.3 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DE L'INFECTION (PCI): HYGIÈNE DES MAINS

HYGIÈNE DES MAINS

En effet, la plupart des infections nosocomiales étant manuportées, un lavage minutieux des mains avec une quantité suffisante d'eau et du savon élimine 90% des micro-organismes qui s'y trouvent.

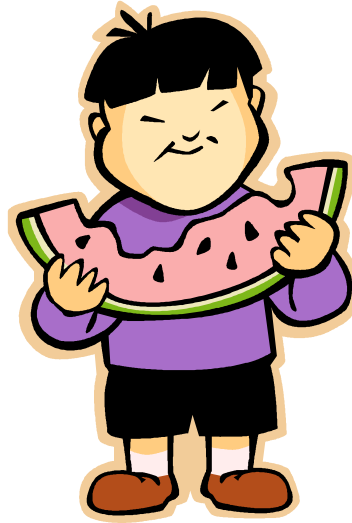


Quand faut-il se laver ou se désinfecter les mains?

INDICATIONS:

- A la prise et à la fin du service;
- Avant et après le contact direct avec chaque patient;
- Après tout contact avec les déchets biomédicaux;
- Avant et après avoir utilisé des gants;
- Après avoir retiré son masque et autres EPI;
- Avant et/ou après certains gestes de la vie courante; (manger, aller aux toilettes, se moucher, tousser...).

INDICATIONS

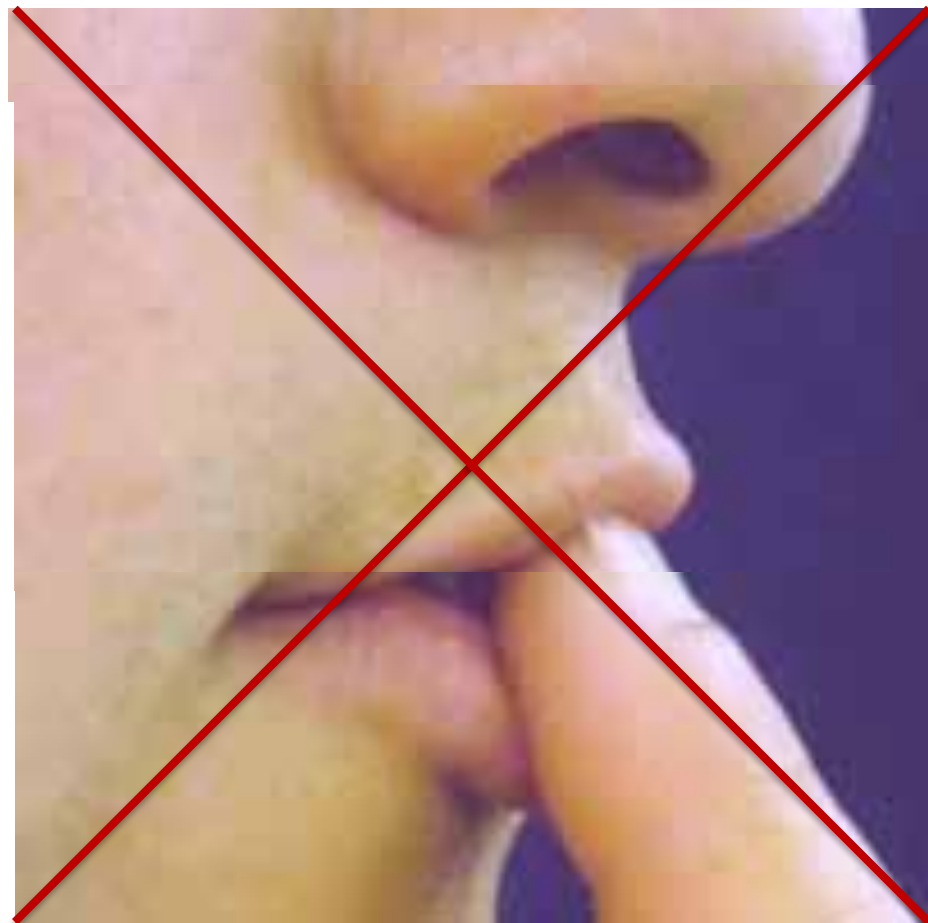


INDICATIONS DE L'HYGIÈNE DES MAINS SELON L'OMS

1. AVANT LE CONTACT PATIENT
2. AVANT LE GESTE ASEPTIQUE
3. APRÈS LE RISQUE D'EXPOSITION À UN LIQUIDE BIOLOGIQUE
4. APRÈS LE CONTACT PATIENT
5. APRÈS LE CONTACT AVEC L'ENVIRONNEMENT DU PATIENT.



ÉVITER CES GESTES!!!



Avec quoi faut-il réaliser le lavage des mains?

De l'eau, du savon liquide, au robinet ou en utilisant un lave-main adapté.

Robinet pas adéquat



Pas de savon en bloc au centre de santé



Toujours utiliser du savon liquide

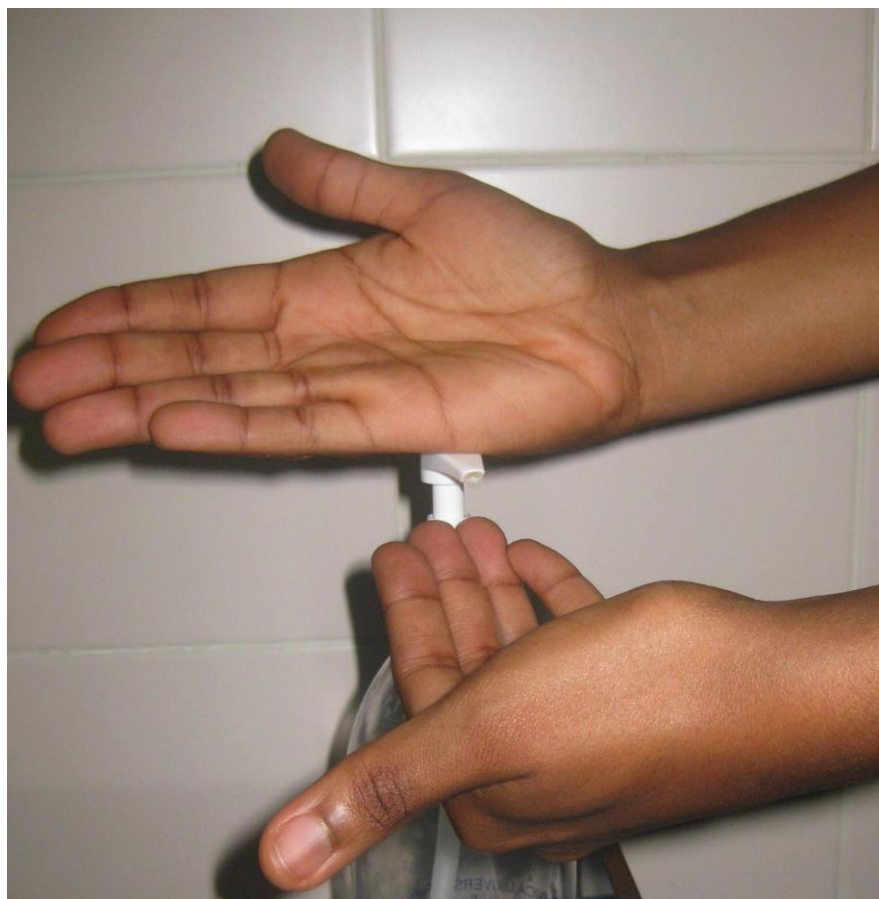


COMMENT FAUT-IL SE LAVER LES MAINS?

REALISER LES 7 ETAPES



Prendre une dose de savon et frotter en réalisant les 7 étapes



1. Frotter les mains paume contre paume



2. Frotter dos (main droite) contre paume (main opposée) et vice versa



3. Frotter les espaces interdigitaux, doigts entrelacés



4. Frotter dos des doigts dans la paume opposée et vice versa



5. Frotter en rotant le pouce droit enchâssé dans la paume gauche et vice versa



6. Frotter en rotation les bouts des doigts joints sur la paume gauche et vice versa



7. Frotter les poignets des deux côtés



Rincer abondamment et sécher les mains avec une serviette à usage unique



Fermer robinet **avec le coude** ou avec **la dernière serviette utilisée** si le robinet n'est pas adapté



Jeter la serviette dans la poubelle **sans contaminer la main**



DERNIER RECOURS : Sécher les mains par tamponnement avec une **serviette à usage individuel**



Eviter un séchoir électrique à l'hôpital



HYGIENE DES MAIN PAR FRICTION A LA SOLUTION HYDRO-ALCOOLIQUE (SHA)



Elle permet d'éviter le multiple lavage des mains au savon et de renforcer l'hygiène des mains.

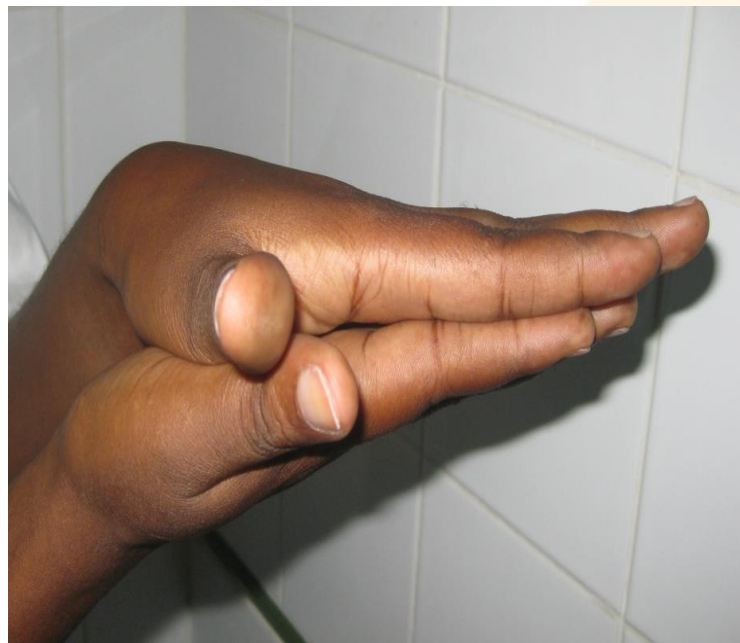
La SHA permet de tuer 99,9% des microbes mais elle n'enlève pas la saleté.

Déposer 1,5 à 3 ml de SHA sur la paume de la main



Ne pas désinfecter des mains visiblement sales ou les mains mouillés.

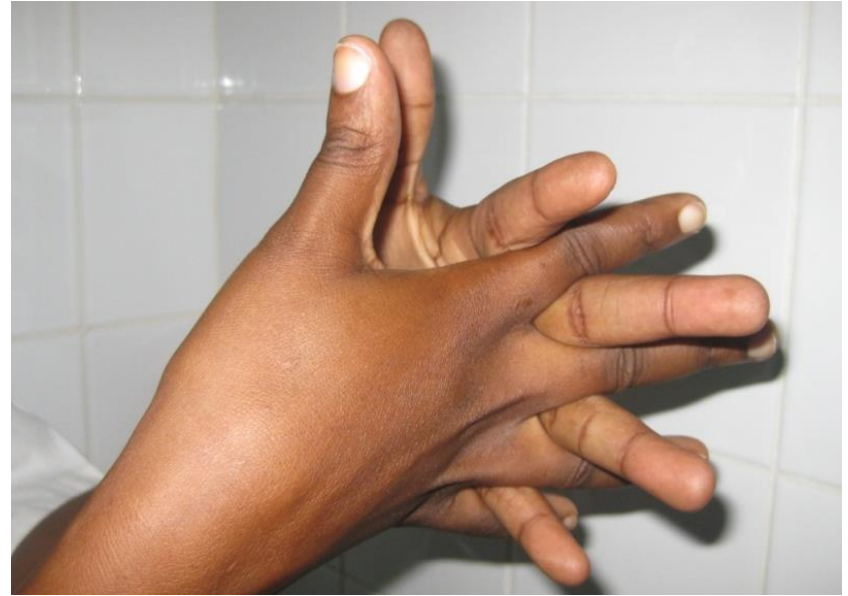
1. Frotter la paume droite contre la paume gauche



2. Paume de la main gauche sur le dos de la main droite et vice versa



3. Doigts entrelacés (Friction des espaces interdigitaux)



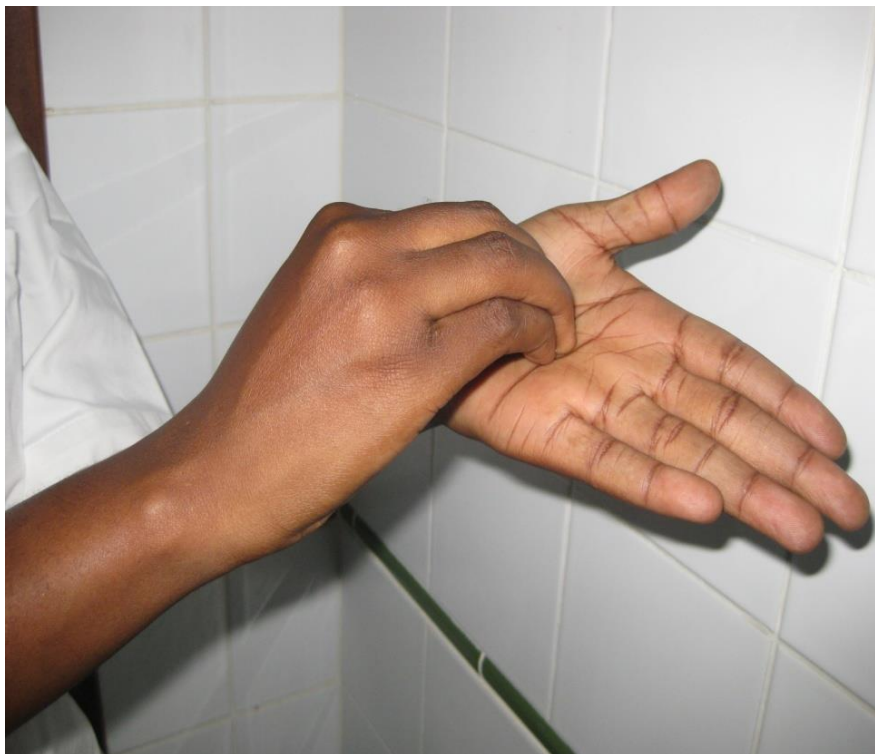
4. Dos des doigts contre paume opposée avec les doigts emboîtés



5. Friction en rotation du pouce droit enchâssé dans la paume gauche et vice versa



6. Friction en rotation avec les bouts des doigts joints sur la paume



7. Friction du poignet droit puis gauche par des mouvements de rotation



Jusqu'au séchage complet.

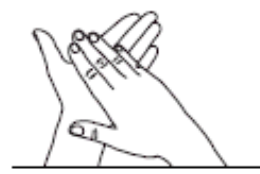






NETTOYAGE DES GANTS EN 7 ETAPES AUSSI



HYGIÈNE DES MAINS



La friction est réalisée en 7 points et renouvelée autant de fois que possible dans la durée impartie. Cette durée est d'un minimum 20 secondes et à définir en fonction du produit.

	
<p>1 Poigne sur poigne Désinfection des paumes</p>	<p>2 Poigne sur dos Désinfection des doigts et des espaces interdigitaux</p>
	
<p>3 Doigts entrelacés Désinfection des espaces interdigitaux et des doigts</p>	<p>4 Poigne /doigts Désinfection des doigts</p>
	
<p>5 Pouce Désinfection des pouces</p>	<p>6 Ongles Désinfection des ongles</p>
	
<p>7 Poignets</p>	



DUREE DU NETTOYAGE DES MAINS

PAR LAVAGE

- **Lavage simple ou de routine: 30 sec avec un savon doux**
- **Lavage hygiénique ou antiseptique: 30 sec à 1 min avec un savon antiseptique (Bétadine rouge).**
- **Lavage chirurgical ou désinfection chirurgicale des mains par lavage: 5 minutes un savon antiseptique (de plus en plus abandonné).**

PAR FRICTION

- **Friction simple des mains: 15 à 20 secondes**
- **Désinfection chirurgicale des mains par friction: lavage simple suivi d'une double friction de 3 à 5 minutes (plus efficace et d'actualité).**

PAS PENDANT 5 SECONDES SVP!

« Des mains propres sont des mains sûres!



RÉSUMÉ 3.2 (suite)

- **L'hygiène des mains** (**lavage des mains et friction des mains**) est un geste simple mais qui **sauve des vies** (prévention des infections associées aux soins).
- Respecter les **5 indications** de l'OMS et les **7 étapes** de friction;
- Éviter le pain de savon et sécher avec une serviette individuelle;
- La solution hydro-alcoolique doit être appliquée sur les **mains** visiblement **propres**, **ni mouillées** et **ni souillées**: c'est une alternative du lavage des mains en cas d'absence d'eau ;
- Garder le **lave-mains propre** (eau, seau, bassine propre);
- Sensibiliser (**hygiène des mains 5 mai** et **lavage des mains 15 octobre**)

ASSK

» ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ À KINSHASA

Appui à :



Financé par :



Affaires mondiales
Canada

Global Affairs
Canada

Cofinancé et réalisé par :



Centre de coopération internationale
en santé et développement (CCISD)

UNITÉ DE SANTÉ INTERNATIONALE
École de santé publique



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

4.3 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DE L'INFECTION (PCI): ENTRETIEN DES LOCAUX

SOMMAIRE

- A. Introduction;
- B. Méthodes classiques d'entretien;
- C. Classification des locaux selon le risque infectieux;
- D. Fréquence de l'entretien
- E. Bionettoyage des sanitaires
- F. Conclusion

A. INTRODUCTION

- Outre le port des EPI, l'hygiène des mains, la gestion des linges, le traitement des dispositifs médicaux etc., l'**entretien des locaux** fait aussi partie de la prévention et contrôle d'infection (PCI);
- L'entretien des locaux du CS exige le respect des méthodes pour obtenir les résultats voulus;
- En dépit de plusieurs locaux dans un CS, le (la) TS doit adapter toutes les méthodes selon telle ou telle autre situation;
- Ces méthodes sont à pratiquer avec moins détails car, elles sont universelles.

B. MÉTHODES CLASSIQUES D'ENTRETIEN

Ces méthodes comprennent:

- Des principes;
- Des produits;
- Du matériel;
- Des techniques ;
- Des protocoles.



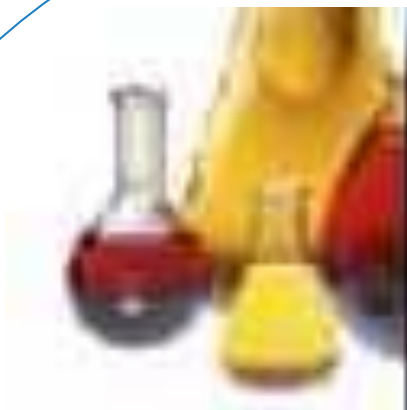
B.1 PRINCIPES DE L'ENTRETIEN DES LOCAUX

a) **Nettoyage**

- Opération d'entretien et de maintenance des locaux et des équipements dont l'objectif principal est d'assurer un **aspect agréable** (notion de confort) et un **niveau de propreté** (notion d'hygiène).
- Opération d'élimination macroscopique des salissures en utilisant un produit **détergent (savon)**.
- La qualité d'un bon nettoyage dépend de 4 facteurs qui sont regroupés dans un cercle appelé **cercle de Sinner**.

Chimie des produits

Ex : Savon, détergent, vim, esprit de sel



Temps de contact avec le support

Ex : 5 à 15 min pour le Javel



+ la t° est haute mieux ça agit

Température de l'eau



Action mécanique

Frotter



B.1 PRINCIPES DE L'ENTRETIEN DES LOCAUX (suite)

b) Nettoyage – désinfection

- Opération réalisée
 - Soit : Nettoyage-désinfection en 1 opération (détergent-désinfectant).
 - soit : Nettoyage et désinfection en 2 opérations (détergent puis désinfectant) mais, c'est un travail fastidieux.

En dehors de la maintenance!

Dilution des produits de nettoyage et de désinfection

- Diluer selon les indications du fabricant :

Exemples :

- 10 bouchons de Soumamousse ou de savon Klin dans 5 litres d'eau pour tout nettoyage;
- Utiliser l'eau de Javel pour désinfecter les toilettes (0,5%).
- **Ne pas mélanger les différents produits : sinon il y a la libération des GAZ TOXIQUES**

B.1 PRINCIPES DE L'ENTRETIEN DES LOCAUX (suite)

c) Bionettoyage

- Défini comme un procédé destiné à réduire la contamination biologique des surfaces obtenu par la combinaison (3 temps):
 - ✓ *D'un nettoyage;*
 - ✓ *D'une évacuation de la salissure et des produits utilisés*
 - ✓ *De l'application d'un désinfectant*
- *Le terme bionettoyage est souvent employé en pratique pour désigner les opérations de nettoyage désinfection.*

B.2 AUTRES PRINCIPES DE L'ENTRETIEN DES LOCAUX

Les principes suivants s'appliquent quelles que soient les techniques d'entretien utilisées.

Elles restent valables dans toutes les zones:

- Porter une tenue vestimentaire propre et adaptée;
- Le port des gants de ménage assure la protection du personnel lors de la plupart des actions d'entretien (gants individuels, lavés chaque jour et désinfectés);
- Pratiquer une hygiène des mains en début et en fin des opérations de nettoyage et chaque fois les gants enlevés;

B.2 AUTRES PRINCIPES DE L'ENTRETIEN DES LOCAUX (suite)

Les germes qui sont sur le sol ne doivent pas être remis en suspension (sédimentés). Ainsi,

- Pratiquer uniquement le balayage humide;
- Le nettoyage réduit près de 80% des germes et la désinfection , jusqu'à près de 99 % des germes grâce à l'action mécanique (frotter).
- Une serpillière pour un local, usage de plusieurs lavettes à usage unique ou multiple (à nettoyer et désinfecter);

B.2 AUTRES PRINCIPES DE L'ENTRETIEN DES LOCAUX (suite)

- Changer la solution (eau+produit) dès qu'elle est sale;
- Jamais ramener l'eau usée de local X vers le local Y.
- Nettoyer et désinfecter le balai à frange (Faubert ou espagnol) d'un local à l'autre. Sinon, changer les franges!



B.2 AUTRES PRINCIPES DE L'ENTRETIEN DES LOCAUX (suite)

- Il est recommandé de toujours respecter un ordre logique dans le déroulement des opérations de nettoyage:
 - Toujours aérer le local à nettoyer ;
 - Commencer par les locaux les moins contaminés vers les plus contaminés;
 - Aller du plus propre vers le plus sale/de haut en bas;
 - Toujours nettoyer avant de désinfecter.



Les faïences sont lavées et désinfectées régulièrement



Jamais toucher la poignée de porte avec les gants (risque potentiel de contamination) sauf en cas de son entretien



La position accroupie est importante pour protéger son dos.



Le tabouret est utile pour faciliter la main à atteindre le plus niveau des faïences.

C. CLASSIFICATION DES LOCAUX SELON LE RISQUE INFECTIEUX

- Le ménage des établissements de soins doit prendre en compte la diversité des locaux.
- Les activités pratiquées, le type de patient ou le type d'acte médical effectué influencent les exigences du nettoyage-désinfection.
- Un exemple de classification des zones à risque en milieu hospitalier est proposé ci-après:

C. CLASSIFICATION DES LOCAUX... (suite)

Zone 1 Risques minimes	Zone 2 Risques moyens	Zone 3 Risques sévères	Zone 4 Très hauts risques
<p>Halls (grandes salles) Bureaux Services administratifs et techniques</p>	<p>Maternité, Laboratoire Stérilisation centrale (zone de lavage) Sanitaires, Pharmacie, Salle d'hospitalisation</p>	<p>Soins intensifs Réanimation, Urgences, Pédiatrie, Salle d'accouchement</p>	<p>Néonatalogie Salle d'opération Service de greffe Service de brûlés</p>
<p>Nettoyage quotidien</p>	<p>Nettoyage- désinfection quotidiens</p>	<p>Nettoyage-désinfection quotidiens voire pluriquotidien</p>	<p>Nettoyage- désinfection pluriquotidien et étape de désinfection</p>

E. BIONETTOYAGE DES SANITAIRES





Mettre le Vim sur le lavabo



Frotter de l'extérieur à l'intérieur.

Frotter du haut (chasse-eau, réservoir...) en bas







Frotter le couvercle, la lunette...

Nettoyer-désinfecter le goupillon et le support du goupillon.





Mettre le Vim sur l'éponge



Frotter les contours



Frotter l'intérieur

2005



Frotter l'intérieur

DÉSINFECTER LES TOILETTES AVEC DU JAVEL PUR PUIS FAIRE SÉCHER

Ne pas nettoyer à fond la cuve des toilettes avec le goupillon sans gants



Le goupillon (brosse) est utilisé les selles qui collent sur la cuve

F. TRAITEMENT DU MATÉRIEL DE SOINS

- Le matériel de soins ou les dispositifs médicaux du CS doivent être propres (nettoyés), désinfectés et/ou stérilisés.
- Ainsi, les pinces, ciseaux et autres instruments doivent être **immédiatement trempés dans l'eau savonneuse** après leur utilisation pour éviter la formation du **biofilm bactérien**.
- Les stériliser ainsi que les compresses si possible avec la **chaleur humide (marmite à pression ou autoclave)** à la place du poupinel.

On ne stérilise bien que ce qui est propre !

F. TRAITEMENT DU MATÉRIEL DE SOINS (suite)

L'utilisation des antiseptiques comme l'alcool est à éviter sur le matériel de soins.

Ex.: Laver le chariot avec de l'eau et du savon.

Puis le désinfecter avec l'eau de Javel. Ou utiliser le produit détergent-désinfectant comme Soumamousse pour le thermomètre.



F. CONCLUSION

- L'entretien des locaux contribue à l'hygiène du CS;
- Le nettoyage des locaux se fait chaque jour et il commence de haut en bas (voir les principes et la pratique);
- Planifier les activités du nettoyage à fond du CS (une fois la semaine ou par mois dans le cadre de « **salongo spécial** »).
- Rendez votre CS un milieu promoteur de la santé.

RÉSUMÉ 4.3

- L'entretien des locaux doit se faire chaque jour par le personnel formé et motivé;
- Il concerne le plafond, les vitres, les faïences (ou mur avec peinture à huile), fenêtre et porte, le lit et matelas, les meubles, les poubelles, la douche et les toilettes;
- L'entretien des locaux tient compte de 4 zones selon les risques;
- Il faudrait disposer des produits (savon) mais aussi le désinfectant (eau de Javel) pour la salle d'accouchement et les toilettes;
- Ne pas toucher la poignée de porte avec les gants sinon pour la nettoyer et désinfecter.

ASSK

» ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ À KINSHASA

Appui à :



Financé par :



Affaires mondiales
Canada

Global Affairs
Canada

Cofinancé et réalisé par :



Centre de coopération internationale
en santé et développement (CCISD)

UNITÉ DE SANTÉ INTERNATIONALE
École de santé publique



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

4.4 GESTION DES EAUX USÉES ET EXCRÉTA

SOMMAIRE

A. GESTION DES EAUX USÉES



B. GESTION DES EXCRÉTA



A. GESTION DES EAUX USÉES

Outre les déchets biomédicaux solides, un CS génère aussi des eaux usées provenant de plusieurs services ou locaux, à savoir :

- Eaux-vannes: urine et matières fécales;
- Eau de nettoyage des locaux;
- Eau de buanderie (nettoyage des linges);
- Eau de lavage des malades infectieux (choléra, Maladie à Virus Ébola);

Ces eaux usées font partie de déchets biomédicaux liquides dangereux.

A. GESTION DES EAUX USÉES (suite)

Dès la conception de la construction d'un CS, le mécanisme d'une bonne gestion des eaux usées doit être prévu, à savoir :

- **Déversoirs;**
- **Puits perdants** (pour les eaux des douches, de l'entretien des locaux, des produits chimiques du laboratoire, de la salle d'accouchement...);
- **Fosses septiques** (pour les excréta);
- **Prétraitement des eaux usées des malades infectieux** avant leur déversement dans les cours d'eau;



A. GESTION DES EAUX USÉES (suite)

- Une FOSA doit éliminer les eaux usées de façon sécurisée (pour la protection de l'homme et de l'environnement);
- En aucun cas, les eaux usées produites par une FOSA ne peuvent être déchargées directement dans un cours d'eau ou dans la nature sans avoir subi un traitement au préalable ;



A. GESTION DES EAUX USÉES (suite)

- Les douches doivent être carrelées et propres à tout moment, sans déchets, sans odeurs, sans eaux stagnantes, ni insectes ;
- Les douches doivent être éclairées suffisamment le jour comme la nuit;
- Les eaux usées doivent être correctement drainer vers le système d'égout ou de puits perdant.



B. GESTION DES EXCRÉTA

SOMMAIRE

- B.1 Introduction;
- B.2 Raisons d'utilisation de toilettes et douches;
- B.3 Sortes de toilettes (selon le fonctionnement);
- B.4 Utilisation de toilettes (ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire);
- B.5 Conclusion.

B.1 INTRODUCTION

- Les excréta sont des substances rejetées hors de l'organisme, consistant principalement en déchets de la nutrition et du métabolisme (**fèces, urines, sueur, matière sébacée, gaz carbonique, etc.**).
- L'accès aux «**toilettes**» propres et hygiéniques pose problème en RDC.
- La gestion des excréta constitue un réel problème dans le centre de santé.

B.1 INTRODUCTION (suite)





B.1 INTRODUCTION (suite)

- Toilettes, WC, cabinets ou latrines \neq toilette (soins corporels d'hygiène);
- L'accès aux toilettes est plus qu'indispensable;
- L'accès aux toilettes est un des droits fondamentaux de l'être humain.



B.1 INTRODUCTION (suite)

NORME 3 DU CS ASSAINI

- Le CS dispose d'un accès à des latrines **hygiéniques (sans odeur, sans mouche, propres)**, fonctionnelles avec dispositif de lave-mains et douches en nombre suffisant.
- Le CS doit disposer d'un accès à des toilettes améliorées en son sein qui soient fonctionnelles, avec au moins un bloc de **toilettes spécifiques pour les femmes/filles**, une pour le staff et une pour les personnes à mobilité réduite.

B.1 INTRODUCTION (suite)

- Pour de raison d'intimité,
- Il est recommandé de distinguer les toilettes pour les 2 sexes

(les hommes d'un côté et des femmes de l'autre).





B.2 RAISONS D'UTILISATION DE TOILETTES

- Pour de raison d'hygiène;
- Pour le grand besoin (défécation);
- Pour le petit besoin (uriner);
- Pour se changer (bandes hygiéniques);
- Pour se moucher...
- Pour de besoin d'intimité et de respect...



NB: Il n'est pas conseillé de fumer dans les toilettes.

B.3 RAISONS D'UTILISATION DE LA DOUCHE

- Pour **se doucher uniquement**.
- Veiller à laisser la douche propre après l'utilisation (laver la mousse restant sur le mur ou les faïences).



NB: **Interdit d'uriner ou de déféquer dans la douche.**

Ces principes sont-ils respectés dans votre CS?



DEFENSE D'URINER



B.4 SORTES DE TOILETTES

Toilettes classiques



B.4 SORTES DE TOILETTES (suite)

Toilettes turques

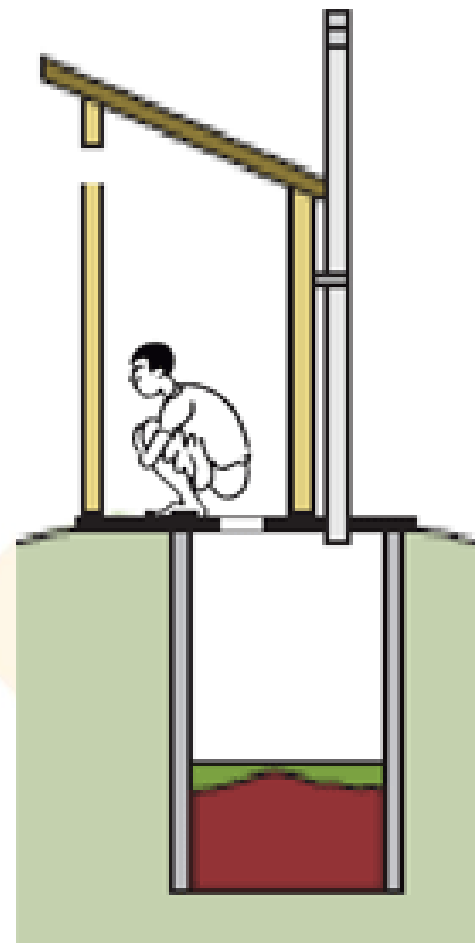


Avec support



B.4 SORTES DE TOILETTES (suite)

- **Toilettes modèle VIP (à ventilation améliorée)**



B.4 SORTES DE TOILETTES (suite)

- **Toilettes modèle** San Plat



Sa spécificité est qu'elles disposent d'un couvercle.

Ce modèle est plus utilisé dans le **Programme Ecoles et Villages assainis**

(Ministère de Santé publique de la RDCongo avec l'appui de l'Unicef.

B.4 SORTES DE TOILETTES (suite)

- **Toilettes enfant (mini toilettes)** : des toilettes dont la hauteur et le diamètre de la lunette sont adaptés aux petits qui apprennent la propreté ;



B.4 SORTES DE TOILETTES (suite)

- **Toilettes pour handicapé**: la hauteur est adaptée aux personnes à mobilité réduite, leur évitant les efforts inutiles.
- Ces toilettes doivent également être suffisamment spacieuses pour manœuvrer un fauteuil roulant.



Au moins une douche doit être accessible aux personnes à mobilité réduite (norme sur les douches).

Toilettes pour les personnes à mobilité réduite (avec handicap physique, malvoyant, femme enceinte...)



B.5 UTILISATION DES TOILETTES

1. **Pour déféquer**, rabattre la lunette pour s'asseoir et garder le couvercle (H ou F);
2. **Pour uriner**, rabattre la lunette et garder le couvercle (F), garder les deux **sans** rabattre (H)



B.5 UTILISATION DES TOILETTES (suite)



Faire ses besoins par l'orifice du bac WC ou la cuvette du monobloc



Utiliser uniquement du papier hygiénique



Uriner sans salir (sans goutte d'urine sur le sol)



Jeter le papier hygiénique dans les toilettes



**Ne pas oublier de se
laver les mains au
savon!**

Tirer ou pousser le bouton de la chasse



~~CE QU'IL NE
FAUT PAS
FAIRE~~

Monter sur la cuvette, abandonner la matière fécale ailleurs que dans le trou



Déféquer dans la douche; salir le sol et les murs



Utiliser et jeter les feuilles d'arbre par l'orifice du WC ou de la cuvette



Déféquer n'importe où et utiliser n'importe quoi pour s'essuyer



Ne jamais jeter le papier hygiénique dans la poubelle



Jeter le papier dur et linges dans la poubelle



NB: La poubelle jaune est réservée aux bandes hygiéniques, linges (compresses) ou autres déchets durs.

B.6 CONCLUSION

- Les toilettes sont des lieux d'aisance là où le roi se rend seul et à pied...
- Ainsi, la propreté et la bonne utilisation sont exigées (savoir-vivre dans les toilettes);
- **Le 19 novembre** (journée mondiale consacrée aux toilettes).
- **Le 5 juin** (journée mondiale de l'environnement).
- Toujours informer (sensibiliser les prestataires et les autres acteurs sur l'utilisation des toilettes).

RÉSUMÉ 4.4

- Les eaux usées du CS doivent être bien gérées (puits, fosse...);
- Utiliser correctement les toilettes et la douche s'apprend (sensibilisation du personnel, des RECO, des brigadiers etc.);
- Une **bonne utilisation** facilite la tâche de TS;
- Éviter d'uriner et de déféquer dans la douche (la fermer souvent) et **éviter de déféquer par terre**;
- Garder les portes de douches fermées pendant la journée;
- Le **19 novembre** (journée mondiale consacrée aux toilettes).
- Le **5 juin** (journée mondiale de l'environnement).
- **Nettoyer c'est bien** mais **ne pas salir, c'est mieux!**

ASSK

» ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ À KINSHASA

Appui à :



Financé par :



Affaires mondiales
Canada

Global Affairs
Canada

Cofinancé et réalisé par :



Centre de coopération internationale
en santé et développement (CCISD)

UNITÉ DE SANTÉ INTERNATIONALE
École de santé publique



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

4.5 LUTTE CONTRE LES VECTEURS

A. INTRODUCTION

- **Un vecteur**: Tout être vivant capable de transmettre de façon active (en étant lui-même infecté) ou passive un agent infectieux (bactérie, virus, parasite).
- La **lutte antivectorielle** est un élément essentiel de la prévention et de lutte contre des maladies aussi importantes que le **paludisme**, la filariose, la leishmaniose, la bilharziose ou schistosomiase, la dengue et la trypanosomiase.



A. INTRODUCTION (suite)

Cette lutte antivectorielle passe généralement par **4 D** par:

- 1. Désinsectisation** (destruction d'insectes susceptibles de transmettre des germes pathogènes) ou pulvérisation intradomiciliaire (PID).
- 2. Dératisation:** destruction des rats (et des autres rongeurs) qui se trouvent dans un local.;



A. INTRODUCTION (suite)

Cette lutte antivectorielle passe généralement par **4 D** par:

3. Désinfection: destruction des micro-organismes d'un lieu, d'un objet, de la partie externe du corps humain moyennant l'usage de désinfectant.



4. Décontamination: action tendant à éliminer ou à réduire les agents et les effets d'une contamination quelconque.



B. NORMES DE LUTTE ANTIVECTORIELLE

Dans le cadre de la lutte contre les vecteurs, chaque structure de soins doit disposer de :

- Une MIILD pour chaque lit d'hospitalisation et ceux des salles de garde. Les moustiquaires seront régulièrement lavées tous les six mois.



B. NORMES DE LUTTE ANTIVECTORIELLE

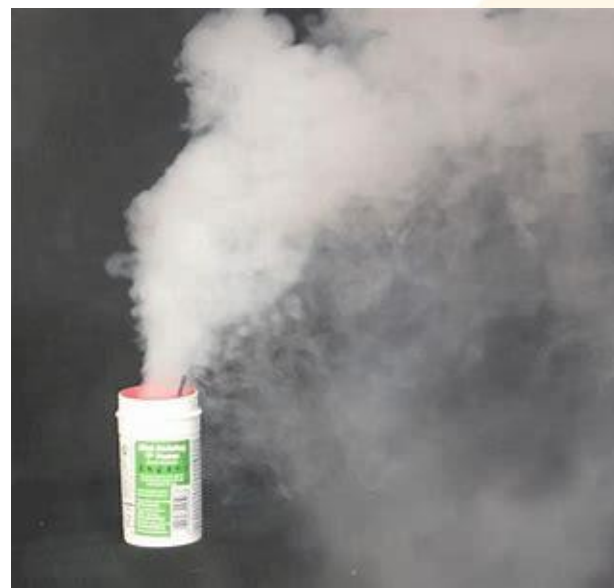
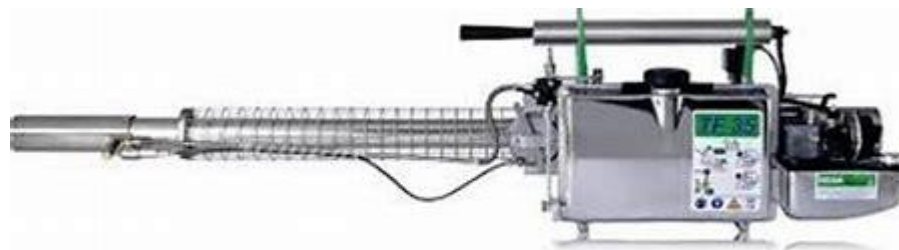
Dans le cadre de la lutte contre les vecteurs, chaque structure de soins doit disposer de :

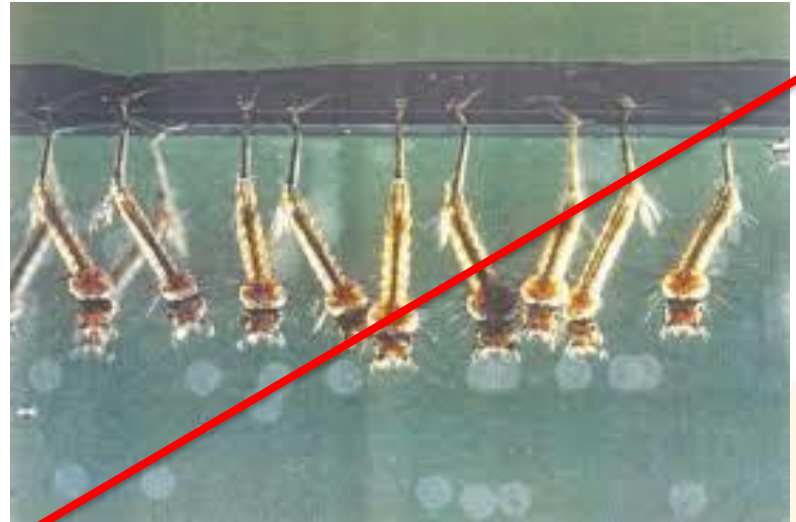
- Le grillage antimoustique aux portes et fenêtres de la FOSA;
- Pulvérisateur et fumigateur ;
- Insecticides et raticides homologués par le service compétent et un personnel formé à la lutte antivectorielle;

Pulvérisateur



Fumigateur





B. NORMES DE LUTTE ANTIVECTORIELLE (suite)

Dans le cadre de la lutte contre les vecteurs, chaque structure de soins doit disposer de :

- Équipements et produits répondant aux normes de qualité requise.
- En plus, il est important de mener les actions suivantes :
 - ✓ Organisation des journées de salubrité en plus de l'entretien quotidien de la structure de soins ;
 - ✓ Assurer les activités d'assainissement du milieu hospitalier (élimination des gîtes larvaires, le désherbage etc.).

C. DIRECTIVES DE LA LUTTE ANTI VECTORIELLE

- En milieu des soins, aucun gîte larvaire comme les puisards défectueux, les vieux pneus, les flacons vides de médicament ou autres, les tas d'ordures, le trou de rats ne sera admis à l'intérieur et aux abords immédiats des structures de soins ;
- Le drainage des eaux stagnantes, le ramassage des déchets et le désherbage régulier de l'environnement immédiat doivent être assurés pour éviter la prolifération.

Désherbage régulier de l'environnement



Ramassage des déchets



RÉSUMÉ 4.4

- La lutte antivectorielle passe généralement par **4 D (désinsectisation, dératisation, désinfection et décontamination)**;
- L'usage de la MILD pour chaque lit d'hospitalisation;
- Le grillage antimoustique aux portes et fenêtres de la structure de santé;
- Usage du pulvérisateur et fumigateur ;
- Insecticides et raticides homologués;
- **Éviter tout encombrement dans la structure de soins.**

ASSK

» ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ À KINSHASA

Appui à :



Financé par :



Affaires mondiales
Canada

Global Affairs
Canada

Cofinancé et réalisé par :



Centre de coopération internationale
en santé et développement (CCISD)

UNITÉ DE SANTÉ INTERNATIONALE
École de santé publique



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

4.6 PROMOTION DE L'HYGIÈNE

A. INTRODUCTION

- Sous le nom de promotion de l'hygiène sont regroupées **toutes les activités ayant pour objectif l'amélioration de la santé des personnes grâce à l'amélioration des pratiques d'hygiène dans la vie quotidienne.**
- C'est une science qui traite de la promotion et de préservation de la santé.
- Il s'agit de prévenir les infections par la propreté.

A. INTRODUCTION (suite)

- La promotion de l'hygiène est une nouvelle façon d'encourager les pratiques visant à prévenir les maladies et améliorer la santé grâce à l'adoption généralisée de bonnes pratiques d'hygiène.
- Cela commence par, et est construit sur ce que les gens savent et veulent.

A. INTRODUCTION (suite)

- Des **messages clés simples, positifs et attrayants** sont conçus pour les canaux de communication.
- Des objectifs de comportement mesurables sont définis et des objectifs de gestion, de suivi et d'évaluation complètent le programme de promotion de l'hygiène.

BOYE NDE!



B. IMPORTANCE DE LA PROMOTION DE L'HYGIÈNE

- La promotion de l'hygiène a un impact constaté sur la réduction des maladies.
- Elle favorise alors des comportements sains sur la base des avantages que les gens perçoivent.

C. FACTEURS LIÉS À LA PROMOTION DE L'HYGIÈNE

L'hygiène dépend des habitudes, liées principalement à 5 facteurs :

- 1. Croyances et tabous** : Les programmes doivent s'adapter à la culture et aux spécificités des communautés.
- 2. Connaissances** : de nombreuses communautés ne connaissent ni les relations pouvant exister entre l'environnement et les maladies, ni les voies de transmission des maladies, ni les mesures pour éviter ces maladies.

C. FACTEURS LIÉS À LA PROMOTION DE L'HYGIÈNE (suite)

L'hygiène dépend des habitudes, liées principalement à 5 facteurs :

3. Comportements et habitudes :

- ✓ Certaines habitudes ont un impact négatif sur la santé mais sont difficiles à modifier, notamment si elles sont liées à des croyances.
- ✓ Ces habitudes inadaptées sont parfois dues à un manque de connaissance, mais plus souvent elles proviennent d'un manque de volonté de changement.
- ✓ Le lavage des mains en est un exemple (ils ne le font pas).

C. FACTEURS LIÉS À LA PROMOTION DE L'HYGIÈNE (suite)

L'hygiène dépend des habitudes, liées principalement à 5 facteurs :

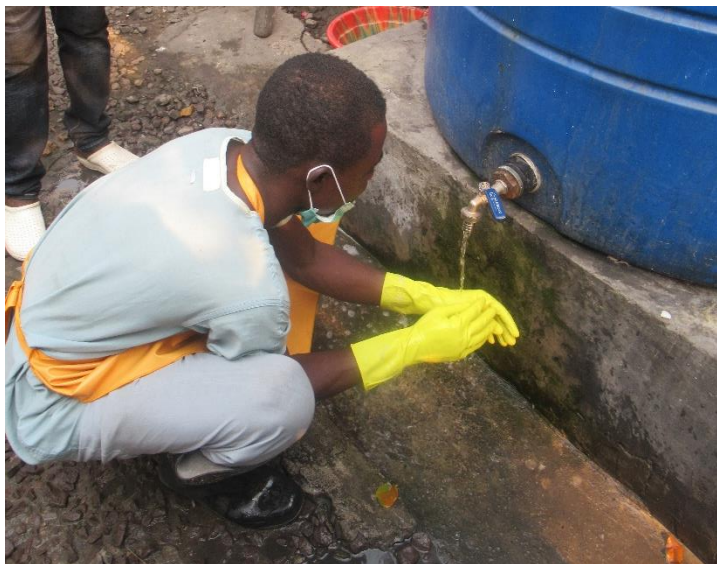
4. Perception du risque :

- ✓ Durant une épidémie, les gens sont plus sensibles à l'importance de l'hygiène et les habitudes protectrices sont plus faciles à introduire.
- ✓ Dans les situations normales, même si le manque d'hygiène a une influence importante sur la santé, les personnes sont habituées à cette situation et les comportements sont plus difficiles à modifier.

C. FACTEURS LIÉS À LA PROMOTION DE L'HYGIÈNE (suite)

L'hygiène dépend des habitudes, liées principalement à 5 facteurs :

5. Disponibilité des aménagements : l'eau potable et les aménagements sanitaires sont nécessaires pour faciliter et permettre l'adoption des habitudes de base de l'hygiène.



D. COMPOSANTES DES PROGRAMMES DE PROMOTION

- **L'éducation** et la **communication** sont des composantes importantes des programmes de promotion de l'hygiène.
- Tout le monde a le droit de connaître la relation existant entre l'eau, l'assainissement, l'hygiène et sa propre santé ainsi que celle de sa famille.
- Cependant, l'éducation seule n'aboutit pas nécessairement à des pratiques améliorées.

D. COMPOSANTES DES PROGRAMMES DE PROMOTION (suite)

- L'éducation pour la santé est le processus par lequel les personnes ou les groupes de personnes **apprennent les facteurs favorisants de la promotion, l'entretien ou la restauration de la santé** (niveau de revenu, statut social, éducation et alphabétisme, sexe, culture etc.).
- Elle vise à **informer et former** la population sur les risques à propos de leur santé liée à la conduite de certains comportements, en leur permettant de développer des compétences de responsabilités.

D. COMPOSANTES DES PROGRAMMES DE PROMOTION (suite)

- Le CS doit impliquer non seulement **le (la) TS** au maintien de l'hygiène mais **surtout les femmes de la communauté** (véritables utilisatrices des services du CS).
- Sans oublier, **la mise sur pied d'un comité d'hygiène et salubrité**, un cadre idéal pour traiter les problèmes d'hygiène du CS.



E. PROCESSUS DE LA PROMOTION DE L'HYGIÈNE

- La promotion du changement de comportement est un processus graduel qui implique de :
 - ✓ *Travailler étroitement avec les communautés;*
 - ✓ *Étudier les croyances existantes;*
 - ✓ *Définir des stratégies de motivation;*
 - ✓ *Construire une communication et des outils appropriés;*
 - ✓ *Finalemment encourager des étapes pratiques sur la voie des pratiques positives.*

E. PROCESSUS DE LA PROMOTION DE L'HYGIÈNE (suite)

- Le changement des comportements est non seulement nécessaire au niveau **communautaire**, mais également parmi les **décideurs** (exemple: Kin Bopeto).



RÉSUMÉ 4.5

- La promotion de l'hygiène regroupe **toutes les activités ayant pour objectif l'amélioration de la santé des personnes grâce à l'amélioration des pratiques d'hygiène dans la vie quotidienne.**
- Il s'agit de prévenir les infections par la propreté;
- **L'éducation** et la **communication** sont des composantes importantes des programmes de promotion de l'hygiène;
- Le changement des comportements est non seulement nécessaire au niveau **communautaire**, mais également parmi les **décideurs.**

ASSK

» ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ À KINSHASA

Appui à :



Financé par :



Affaires mondiales
Canada

Global Affairs
Canada

Cofinancé et réalisé par :



Centre de coopération internationale
en santé et développement (CCISD)

UNITÉ DE SANTÉ INTERNATIONALE
École de santé publique



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

V. ÉLABORATION DU PLAN DE GESTION DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX

- **Quelle est la situation actuelle** de votre CS sur l'hygiène et la gestion des déchets biomédicaux?
- **Combien** dépense votre CS chaque mois voire par an pour le maintenir propre et gérer correctement les déchets biomédicaux? (votre budget mensuel ou annuel? Quel pourcentage des recettes?)
- Y a-t-il un dispositif de **suivi-évaluation** de la consommation de ce budget?
- **Quel document** est-il disponible dans lequel ce budget est détaillé?

SOMMAIRE

1. Elaboration du plan de gestion des déchets
2. Estimation des coûts
3. Mise en œuvre du plan de gestion des déchets

A. INTRODUCTION

- Une gestion appropriée des déchets biomédicaux repose sur une bonne organisation [***planification, coordination, contrôle***], un financement adéquat et la participation active d'un personnel informé et formé.

A. INTRODUCTION (SUITE)

- Le plan de gestion des déchets biomédicaux permet de planifier avec précision toutes les activités et procédures qui permettront d'assurer une bonne gestion des déchets biomédicaux.
- Il comporte également une estimation des coûts nécessaires à la réalisation de ces activités.

B. DIFFERENTES ETAPES D'ELABORATION D'UN PLAN DE GDBM

1. L'évaluation initiale;
2. L'élaboration du plan proprement dit;
3. L'estimation du coût;
4. La mise en œuvre du plan;
5. L'évaluation du plan.

B.1. EVALUATION INITIALE

C'est la 1^{ère} étape dans l'élaboration d'un plan de gestion des déchets.

Il s'agit d'une description de la situation de départ, d'un état des lieux consistant à rassembler les informations:

- Sur la politique et les législations nationales en matière de déchets;
- Sur les pratiques locales de gestion des déchets (dans notre institution);
- Sur le personnel impliqué dans la gestion de déchets.

B.1. EVALUATION INITIALE (SUITE)

- La description de la situation initiale et des ressources peut se faire à l'aide d'un canevas spécifique.
- L'évaluation de la quantité de déchets produits par l'hôpital/centre de santé peut se faire à l'aide d'un formulaire préétabli prenant en compte la catégorie des déchets par service.

B.2. CANEVAS DE QUANTIFICATION

N°	Catégories/quantités en Kg/J	Pharm	Mater.	Soins	Labo	Zone publ.	Zone adm.	Salle d'accou	Total Kg/j
	Déchets domestiques								
	Déchets de cuisine								
1	Déchets piquants et tranchants								
2a	Déchets présentant un danger de contamination								
2b	Déchets anatomiques								
2c	Déchets infectieux								
3a	Déchets de médicaments								
3c	Déchets contenant des métaux lourds								
3d	Déchets chimiques								
4	Réservoirs sous pression								
Total Kg/J									
Total Kg/J/patient									

B.3. ELABORATION DU PLAN DE GESTION DES DBM

A partir des informations récoltées (quantification des déchets, liste de contrôle de la situation présente), il est plus aisé d'élaborer le plan de gestion des déchets via des stratégies d'intervention en suivant le circuit de gestion des déchets:

- Minimisation de la production des déchets;
- Tri, collecte, stockage et transport des déchets;
- Traitement et élimination des déchets;

Ainsi que les **mesures de protection** et **la formation du personnel.**

B.4. ESTIMATION DES COÛTS

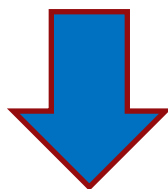
- Les coûts de gestion des déchets biomédicaux varient selon le contexte, la quantité de déchets générés et le choix des méthodes de traitement.
- Les éléments suivants doivent être pris en considération dans l'estimation des coûts:
 - Les coûts d'investissement;
 - Les coûts de fonctionnement.

B.5. MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE GDBM

- Elle est de la responsabilité du responsable de la structure.
- Elle comprend les étapes suivantes:
 - Acceptation et signature du PGDBM;
 - Allocation des ressources;
 - Désignation des responsabilités;
 - Organisation de la formation;
 - Réalisation des activités.

B.6 EVALUATION DU PLAN

Audit et suivis réguliers des indicateurs



Amélioration continue du plan de gestion des déchets biomédicaux. (voir tableau audit)

RÉSUMÉ 7.2

- Le CS doit disposer d'un plan de GDBM;
- Son élaboration passe par **l'évaluation initiale** (collecte des données), **l'élaboration du plan proprement dit** (document écrit), **l'estimation du coût** (budget annuel), **la mise en œuvre** (exécution et suivi du PGDBM) et **l'évaluation du plan** (niveau d'exécution du PGDBM).
- Chaque fin de l'année, le CHS évalue son PGDBM et élaborera un autre PGDBM pour l'année suivante (budget compris).


LE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS, **C'EST MAINTENANT!**



**JE NE PEUX JAMAIS CHANGER
NOTRE CS SI JE NE CHANGE PAS
MOI-MÊME MA FAÇON DE VIVRE!**


**ON NE CHANGE PAS UNE HABITUDE
EN LA JETANT PAR LA FENÊTRE, IL
FAUT LA FAIRE DESCENDRE PAR
LES ESCALIERS **MARCHE PAR
MARCHE!****

Références



La gestion sécurisée
des déchets médicaux
(Déchets d'activités de soins)

Résumé



Organisation
mondiale de la Santé



MANUEL
DE GESTION
DES DÉCHETS
MÉDICAUX



CICR

RÉFÉRENCE

ASSK

» ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ À KINSHASA

Appui à :



Financé par :



Affaires mondiales
Canada

Global Affairs
Canada

Cofinancé et réalisé par :



Centre de coopération internationale
en santé et développement (CCISD)

UNITÉ DE SANTÉ INTERNATIONALE
École de santé publique



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal



» ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ À KINSHASA



PLACE DE TECHNICIEN (NE) DE SURFACES DANS UN CENTRE DE SANTÉ

Cécile MALEKO

Photo : GPE/Claire Horton



Centre de coopération internationale
en santé et développement (CCISD)

UNITÉ DE SANTÉ INTERNATIONALE
École de santé publique



Affaires mondiales
Canada

Global Affairs
Canada

SOMMAIRE

- Objectifs de ce module;
- Contexte;
- Obligations du travailleur et de l'employeur;
- Description générale de la fonction;
- Rôle du(de la) technicien (ne) de surface (TS);
- Qualités et compétences requises de la fonction;
- Intérêt de la présence d'un (e) TS dans un CS
- Exigences et Risques du métier;
- Facteurs de valorisation de la fonction de TS.

1. OBJECTIFS DE CE MODULE

- Apporter la bonne information sur les **droits** et les **devoirs** des uns vis-à-vis des autres;
- Stimuler un changement des comportements.



Étapes menant au changement du comportement



Quelle différence établissez-vous entre un **droit** et un **devoir** (exemples)?

DROITS ET DEVOIRS ?

DROITS

- De travailler
- De voter
- De circuler
- De s'exprimer
- De se réunir
- De culte
- D'être payé
- etc.



DEVOIRS

- De respecter la loi
- De payer l'impôt
- De se défendre
- De respecter l'environnement
- De respecter les autres
- etc.



2. CONTEXTE

- La santé, droits sexuels et reproductifs (SDSR) ne sont pas simplement une question de santé, elles touchent également les droits de la personne et l'égalité entre les genres.
- Il est aussi important de comprendre la SDSR dans le contexte général de vie des gens, ici évoqué, les prestataires des soins et les autres (TS, Surveillant, ambulancier etc.)



2. CONTEXTE (suite)

- Le technicien ou la technicienne de surface est le garant de la propreté des surfaces.
- Constat fait : faible considération de la fonction de TS dans les structures de soins.



3. OBLIGATIONS DU TRAVAILLEUR ET DE L'EMPLOYEUR

- L'employeur doit fournir au travailleur l'emploi convenu et ce, dans les conditions, au temps et au lieu convenus;
- Il doit diriger le travailleur et veiller à ce que le travail s'accomplisse dans des conditions convenables, tant au point de vue de la sécurité que de la santé et la dignité du travailleur.

Selon le Code du travail Congolais de 2002 (Article 55).

3. OBLIGATIONS DU TRAVAILLEUR (suite)

De même pour le travailleur, aux Articles 50 et 51:

- Le travailleur a l'obligation d'exécuter personnellement son travail, dans les conditions, au temps et au lieu convenus.
- Le travailleur doit s'abstenir de tout ce qui pourrait nuire soit à sa propre sécurité soit à celle de ses compagnons ou des tiers.

4. DESCRIPTION GÉNÉRALE DE LA FONCTION

Définition de TS ?

Un terme **valorisant** pour désigner un(e) employé(e) qui fait le **ménage** c-à-d un agent d'entretien et maintenance ou agent de propreté et d'hygiène chargé du nettoyage des locaux autres que des logements individuels.



5. RÔLE DE TECHNICIEN (NE) DE SURFACES

Et de manière générale, son rôle est de **nettoyer des espaces, un ou plusieurs locaux** en utilisant les moyens requis.



5. RÔLE DE TECHNICIEN (NE) DE SURFACES (suite)

Il a donc pour tâches de:

- Entretenir habituellement un local classique;
- Vider les poubelles;
- Entretenir les sanitaires;
- Utiliser le matériel et les machines adéquats à la tâche;
- Utiliser des produits correspondants à la tâche, etc.



5. RÔLE DE TECHNICIEN (NE) DE SURFACES (suite)

- Vérifier l'outillage, savoir détecter un dysfonctionnement et/ou une panne;
- Avoir conscience des dangers potentiels et signaler un problème directement au responsable;
- Entretenir et ranger le petit/gros matériel.



5. RÔLE DE TECHNICIEN (NE) DE SURFACES (suite)

- Ranger le matériel et les produits en respectant le plan de rangement de la structure.
- Un kit est habituellement utilisé.
- Vérifier s'il ne manque pas de matériel ni de produit et si besoin s'assurer de l'approvisionnement de celui-ci.



6. QUALITÉS PERSONNELLES REQUISES

- Organisation et rigueur;
- Bonne condition physique et énergie;
- Esprit d'initiative et discrétion;
- Bonne présentation et hygiène corporelle impeccable;
- Langage soigné et poli;
- Ponctualité et flexibilité au niveau des horaires.



7. COMPÉTENCES REQUISES

- Adaptation aux exigences du métier;
- Intégration dans une équipe;
- Observation et analyse en vue d'organiser le travail selon les besoins.



7. COMPÉTENCES REQUISES (suite)

- Intégration des critères de qualité et des consignes établies par la structure;
- Respect des consignes et des règles de discrétion imposées par le milieu médical;
- Respect des formalités administratives.



8. EXIGENCES ET RISQUES DU MÉTIER

- Le TS ou la TS intervient hors des horaires de travail normaux, en soirée ou le week-end.
- Il s'agit d'un métier nécessitant une certaine force physique. Ceux-ci peuvent provoquer des troubles musculosquelettiques et une fatigue chronique.



8. EXIGENCES ET RISQUES DU MÉTIER (suite)

- Son activité implique la manipulation des produits chimiques (nocifs, irritants, corrosifs, inflammables) et tranchants entraînant des risques en termes de sécurité et de santé.
- Par conséquent, la connaissance et le strict respect des consignes de sécurité et d'hygiène en vigueur est nécessaire.



9. INTÉRÊT DE PRÉSENCE D'UN(E) TS DANS UNE ÉQUIPE

Il est démontré que:

- Les enjeux sanitaires liés aux épidémies d'origine environnementale s'accroissent depuis les dernières années;
- Chaque année, environ 3 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent de maladies liées à l'environnement;
- Les maladies diarrhéiques tuent près de 1,5 million d'enfants par an.

9. INTÉRÊT DE PRÉSENCE DE TS DANS UNE ÉQUIPE (suite)

- Dans 80 % à 90 % des cas, ces maladies sont liées aux conditions environnementales, en particulier à la contamination de l'eau et au manque d'assainissement.
- La mauvaise gestion des DBM favorise la contamination des sols, des ressources en eau, de la chaîne alimentaire ainsi que la pollution de l'air par des bactéries, virus et substances particulièrement dangereux.



9. INTÉRÊT DE PRÉSENCE DE TS DANS UNE ÉQUIPE (suite)

Et en l'absence des TS capables d'appliquer des normes d'hygiène et d'assainissement dans les CS, il y a augmentation des risques de contamination du milieu naturel et d'infections nosocomiales, tant pour le personnel de santé que pour les malades, les visiteurs et même le voisinage.



9. INTÉRÊT DE PRÉSENCE DE TS DANS UNE ÉQUIPE (suite)

C'est ce (cette) TS qui effectue des opérations de nettoyage et de désinfection des locaux, des installations contribuant ainsi à la diminution de tous ces risques



9. INTÉRÊT DE PRÉSENCE DE TS DANS UNE ÉQUIPE (suite)

La propreté dans un CS attire plus de clients.



9. INTÉRÊT DE PRÉSENCE DE TS DANS UNE ÉQUIPE (suite)

Nous pouvons donc, aisément, dire qu'il y a un grand intérêt d'avoir un(e) Technicien(ne) de surface dans un CS et que nous sommes appelés à **valoriser** ce métier.



10. FACTEURS DE VALORISATION DE LA FONCTION DE TS

- Dans le cadre du développement durable, nous sommes appelés à nous appuyer sur le principe d'équité et de solidarité qui implique la prise en compte de toutes les relations de genre,
- Il convient donc, pour valoriser cette fonction de:
 - ✓ S'assurer du respect de la division du travail;
 - ✓ Former les TS sur les normes, les consignes de sécurité et d'hygiène.

10. FACTEURS DE VALORISATION DE TS (suite)

- Faire des TS des alliés de la guérison ou du rétablissement des malades en passant par:
 - ✓ *Les encouragements ou les félicitations;*
 - ✓ *Les breveter après une formation;*
 - ✓ *Les doter des matériels, tenues et équipements adéquats;*
- La redynamisation du comité d'hygiène;

10. FACTEURS DE VALORISATION DE TS (suite)

- L'apport dans la mesure du possible des réponses ou solutions, à leurs problèmes et dans un bref délai, etc.
- L'évaluation de santé préalable obligatoire;
- La vaccination obligatoire (tétanos, hépatite B etc.);
- En cas d'exposition à des risques chimiques et infectieux, assurer la prise en charge.

10. FACTEURS DE VALORISATION DE TS (suite)

- Si une TS est enceinte, 3 situations sont possibles:
 - ✓ *Aménagement de la fonction ou changement de poste de travail;*
 - ✓ *Écartement si l'aménagement du poste n'est pas possible* (par exemple : manutention de charge trop importante, exposition à des risques chimiques);
 - ✓ *Écartement au 6^{ème} mois de grossesse jusqu'au retour de congé.*



10. FACTEURS DE VALORISATION DE TS (suite)

À son tour, le (la) technicien(ne) de surfaces qui veut se voir être valorisé(e) est invité(e) à développer du ***respect vis-à-vis de certaines obligations*** :

- ✓ Le (la) TS est tenu(e) faire son travail dans le respect du plan de travail, en assurant la qualité du service attendu;
- ✓ Travailler de façon autonome;
- ✓ Prévoir et planifier sa charge de travail;
- ✓ Se donner des méthodes de travail efficace;
- ✓ Rechercher et assurer la qualité du travail c-à-d travailler avec logique et rigueur.

10. FACTEURS DE VALORISATION DE TS (suite)

- S'adapter à l'alternance entre le travail individuel et le travail en équipe, c-à-d interruptions fréquentes de son travail, des usagers mécontents.
- En ce moment, Il faut savoir :
 - ✓ Gérer son stress et ses émotions;
 - ✓ Communiquer de façon appropriée : non violente, maîtriser sa communication non verbale;
 - ✓ Et véhiculer une image positive.

RÉSUMÉ

- Le technicien ou la technicienne de surface est le garant de la propreté des surfaces.
- TS est un terme **valorisant** pour désigner un(e) employé(e) qui fait le **ménage**;
- Faire des TS des alliés de la guérison ou du rétablissement des malades en passant par: ***encouragements ou les félicitations, lui doter des matériels, tenues et équipements adéquats***;
- Nous sommes appelés à **valoriser** ce métier des TS.

ASSK

» ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ À KINSHASA

Appui à :



Financé par :



Affaires mondiales
Canada

Global Affairs
Canada

Cofinancé et réalisé par :



Centre de coopération internationale
en santé et développement (CCISD)

UNITÉ DE SANTÉ INTERNATIONALE
École de santé publique



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

ÉQUIPE DE TRAVAIL

- Assir NDEANIGN, nutritionniste (hygiène alimentaire-eau), DPS/Kinshasa;
- Cécile MALEKO, infirmière (égalité de genre), projet ASSK;
- Charles BASILUBO, médecin (prévention et contrôle de l'infection), D9;
- Désiré NSOBANI LUKELO, infirmier hygiéniste, projet ASSK;
- Gilles BOLEKU, médecin (renforcement des capacités), projet ASSK;
- Isabelle LIMBWE ISAANGU M., MD. MPH, Chef de bureau de l'hygiène et salubrité publique;
- Jeanne KAYEMBE, environnementaliste (hygiène), DPS/Kinshasa;
- Jean LUNGIMBA, médecin (inspection hygiène), DPS/Kinshasa;
- Mabus MUTUBULU, médecin (santé publique), projet ASSK;
- Patrick LUYEYE, médecin (renforcement des capacités), projet ASSK;
- Pierre TAYELE, médecin (santé publique), projet ASSK;