



RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL
Un Peuple - Un But - Une Foi

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE
DIRECTION GÉNÉRALE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ



Direction de la Qualité, de la Sécurité et de l'Hygiène hospitalières

GUIDE POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS



PRÉFACE

La sécurité des patients est une priorité pour la santé au niveau mondial et un élément essentiel pour renforcer les systèmes de soins et progresser vers la couverture sanitaire universelle. Aussi, la soixante-douzième assemblée mondiale de la santé a adopté en mai 2019 la résolution WHA72.6 intitulée « Action mondiale pour la sécurité des patients » afin d'inciter les pays à mettre en œuvre des stratégies efficaces pour prévenir, réduire les risques, les erreurs et les préjudices causés aux patients dans le parcours de soins.

La sécurité du patient est une démarche qui vise à éviter à un soigné toute atteinte liée aux soins qui lui sont prodigués. Elle est étroitement liée à la notion de qualité des soins telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en matière de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction quant aux procédures, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins ». Les professionnels de santé doivent évaluer pour chaque acte le rapport bénéfice/risque afin de garantir au patient la plus grande sécurité possible au cours de son parcours de soins.

Au Sénégal, la qualité et la sécurité des soins et des services font partie des priorités nationales ; ce qui s'est traduit par la mise en place en 2004 d'un Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales (PRONALIN) et en 2008 d'un Programme National Qualité (PNQ). Ces deux programmes ont été intégrés en 2019 dans la Direction de la Qualité, de la Sécurité et de l'Hygiène hospitalières (DQSHH) pour tenir compte des nouveaux enjeux sur le plan international et améliorer de manière durable la qualité de l'offre de soins au Sénégal. Au regard des incidents survenus au cours de ces dernières années dans le secteur de la santé, il devient indispensable d'accompagner les structures sanitaires pour la mise en place de la démarche qualité et la capacitation, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, des professionnels de santé afin qu'ils s'adaptent aux exigences normatives et réglementaires. C'est dans cette optique que le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) a jugé nécessaire d'élaborer un guide d'orientation sur la sécurité des patients pour le renforcement des compétences des professionnels de la santé dans ce domaine.

J'exhorte l'ensemble des professionnels de santé à faire de ce guide un document de référence pour minimiser les risques et réduire les erreurs et préjudices qui peuvent survenir aux cours du parcours de soins du patient et ceci dans un cadre global d'amélioration de la qualité de l'offre de soins.

Je remercie l'ensemble des acteurs qui ont pris part à cet important travail ainsi que tous les partenaires pour leur appui technique et financier constant.

Docteur **Ibrahima SY**,
Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique



REMERCIEMENTS

Ce guide est un fruit des efforts et sacrifices consentis par les acteurs du système de santé et le processus d'élaboration a suivi une démarche participative et inclusive.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) adresse ses remerciements à tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce document en particulier :

- **Dr Fatou Mbaye SYLLA**, DGES/MSAS
- **Dr Mame Awa NDOYE**, DQSHH/MSAS
- **Mme Adja Bineta Aly NDIAYE**, DQSHH/MSAS
- **Dr Mamadou Moustapha NGOM**, CLIN Pikine
- **Dr Ndeye Amy BA**, DQSHH/MSAS
- **Mr Lamine SECK**, DQSHH/MSAS
- **Mr Ibrahima SOW**, DQSHH/MSAS
- **Mme Oumou Khairy FAYE**, DQSHH/MSAS
- **Mr Ousemane GUEYE**, DQSHH/MSAS
- **Mr Lakhira DIAKHATE**, DQSHH/MSAS
- **Dr Ndeye Ndella Ndiaye KONATE**, DQSHH/MSAS
- **Dr Mamadou SARR**, CT1/MSAS
- **Mr Doudou DIOUF**, DEPrS/MSAS
- **Dr Aissatou WANE**, DGES/MSAS
- **Dr Arame KANE**, CAP/MSAS
- **Dr Mame Diarra SENE**, DL/MSAS
- **Mme Lena NDAW**, SNEIPS/MSAS
- **Mme Maty THIAM**, ARP/MSAS
- **Dr Elisabeth Diouf KAMPAL**, Ordre des dentistes
- **Dr Khady GAYE**, CHSCT DS /Nord

- **Dr Mame Fatou BA**, CHSCT DS/Ouest
- **Mr Pape Omar THIAW**, CLIN EPS Saint Jean de Dieu
- **Mme Rahmatoulaye FALL**, QHSE/CNTS
- **Mme Aissatou Thiam NDONG**, QHSE/Hôpital Fann
- **Mme Bigue BA MBODJ**, ANSFES
- **Mme Victorine DIANDY**, ANIDES
- **Mme Boury THIAM**, ANIDES
- **Dr Cheikh Ahmadou Bamba SOW**, ARP/MSAS
- **OMS**
- **JICA**

SOMMAIRE

PRÉFACE.....	03
REMERCIEMENT.....	04
SIGLES ET ACRONYMES	08
INTRODUCTION.....	10
I. CADRE INSTITUTIONNEL	11
II. DÉFINITIONS DE CONCEPTS.....	13
III. MODULE 1 : VEILLE SANITAIRE	16
Session 1 : Généralités sur les veilles sanitaires.....	17
Session 2 : L'identitovigilance	18
Session 3 : L'hémovigilance	21
Session 4 : La pharmacovigilance.....	22
Session 5 : Toxicovigilance	24
Session 6 : Matéiovigilance	25
IV. MODULE 2 : PARCOURS DU PATIENT	26
Session 1 : L'accueil du patient	27
Session 2 : Respect de la confidentialité.....	29
Session 3 : La prise en charge du patient.....	30
V. MODULE 3 : PRÉVENTION DES RISQUES	32
Session 1 : Précautions standards.....	33
Session 2 : Précautions complémentaires.....	40
Session 3 : Autres risques.....	43
VI. MODULE 4 : COMMUNICATION	46
Session 1 : Généralités sur la communication	47
Session 2 : Communication Interpersonnelle.....	48
Section 3 : Autres types de communications	50
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE	53
ANNEXES.....	54



SIGLES ET ACRONYMES

AES	Accident avec Exposition au Sang
ANIIDES	Association nationale des Infirmiers et Infirmières diplômés d'Etat du Sénégal
ANSFES	Association nationale des sages-femmes d'Etat du Sénégal
APR	Appareil de Protection Respiratoire
ARP	Agence Sénégalaise de Réglementation Pharmaceutique
CAP	Centre Antipoison
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CNTS	Centre National de Transfusion sanguine
DAOM	Déchets Assimilables aux Ordures Ménagères
DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
DEPRS	Direction des établissements Privés de Santé
DEPS	Direction des Etablissements Publics de Santé
DGAS	Direction Générale de l'Action sociale
DGES	Direction Générale des Etablissements de Santé
DGSP	Direction Générale de la Santé Publique
DL	Direction des Laboratoires
DM	Dispositifs Médicaux
DQSHH	Direction de la Qualité, de la Sécurité et de l'Hygiène hospitalières
FHA	Friction Hydro alcoolique
IAS	Infections Associées aux Soins
ITT	Infections Transmissibles par la Transfusion
JICA	Agence Japonaise de Coopération Internationale
MSAS	Ministère de la Santé et de l'action sociale

MTAPS	Programme des Médicaments, Technologies et Services Pharmaceutiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCI	Prévention et Contrôle de l'Infection
PNDSS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNQ	Programme National Qualité
PRONALIN	Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales
PS	Précautions Standards
PSL	Produits Sanguins Labiles
QHSE	Qualité, Hygiène, Sécurité et Environnement
SF2H	Société Française d'Hygiène Hospitalière
SNEIPS	Service National de l'Éducation et de l'Information pour la Santé
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International

INTRODUCTION

Le secteur de la santé a beaucoup évolué au cours des vingt dernières années. Les innovations technologiques ainsi que notre connaissance des maladies ont contribué à allonger l'espérance de vie au XXI siècle. Cependant, l'un des plus grands défis aujourd'hui n'est pas de rester au fait des procédures cliniques ou des équipements de haute technologie, mais plutôt d'améliorer la sécurité des soins dispensés dans les structures de santé.

Des événements indésirables peuvent survenir lors des soins. Des dommages non intentionnels, mais graves, affectent des patients dans le cadre de la pratique clinique habituelle ou consécutive à une décision thérapeutique. De nombreux pays ont déjà reconnu l'importance de la sécurité des patients et ont élaboré des méthodes et approches pour amener les professionnels de santé à promouvoir la culture de la qualité et de la sécurité des soins. Il devient alors indispensable de renforcer leurs compétences pour qu'ils s'adaptent à la complexité croissante du système et aux exigences normatives et réglementaires.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la sécurité des patients constitue un défi majeur pour tous les systèmes de santé. En effet, le Sénégal à travers le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028 a inscrit la sécurité des patients comme une priorité.

Au regard des incidents survenus dans le secteur de la santé au cours de ces dernières années, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale a jugé nécessaire de renforcer les compétences des professionnels de la santé dans le domaine de la sécurité des patients en mettant à leur disposition ce guide d'orientation.

I- CADRE INSTITUTIONNEL

Au Sénégal, le système de santé est de type pyramidal. Le ministère en charge de la santé s'est inscrit dans la dynamique d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cela s'est traduit par la mise en place de deux (02) programmes en l'occurrence le Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales (PRONALIN) en 2004 et le Programme National Qualité (PNQ) en 2008 qui sont actuellement intégrés dans la Direction de la Qualité, de la Sécurité et de l'Hygiène hospitalières (DQSHH) rattachée à la Direction Générale des Établissements de Santé (DGES).

La DQSHH a pour mission de promouvoir la qualité, la sécurité des soins et des services et l'hygiène au niveau des établissements de santé en relation avec les services techniques et administratifs du département.

A ce titre, elle est chargée notamment :

- d'élaborer la Politique nationale qualité ;
- d'accompagner les établissements dans la mise en place de la démarche qualité ;
- d'élaborer la Politique de prévention et contrôle de l'infection (PCI);
- de coordonner les interventions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- de veiller à la mise en place des dispositifs de vigilances sanitaires ;
- d'accompagner les établissements de santé dans un processus d'accréditation, de certification.

La DQSHH comprend trois (03) divisions :

1. La division de la Qualité ;
2. La division de la Sécurité et de la Gestion des Risques ;
3. La division de l'Hygiène hospitalière.

La division de la Sécurité et gestion des risques a pour missions de :

- Mettre en œuvre des stratégies pour assurer la sécurité des patients et des professionnels au sein des établissements de Santé ;
- Mettre en place des projets d'amélioration de la sécurité des soins dans les établissements de santé ;
- Appuyer la mise en place d'un système de gestion des risques en milieu de soin.

Pour réussir ses missions de sécurité et gestion des risques , la DQSHH travaille avec les autres départements du Ministère de la Santé et de l'Action sociale à savoir : le Centre Anti Poison, le Centre National de Transfusion Sanguine, l'Agence sénégalaise de Réglementation Pharmaceutique et la Direction des Laboratoires.

	MISSIONS
Le Centre Anti Poison (CAP)	• Participer à l'enseignement, la formation du personnel de santé et à la recherche en toxicologie clinique ; • Assurer la prévention et la surveillance des intoxications.
Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS)	• Collecter, traiter et distribuer le sang et ses dérivés sur toute l'étendue du territoire national ; • Superviser et centraliser l'ensemble des données techniques et administratives des banques de sang placées sous sa tutelle; • Appuyer la politique gouvernementale en matière de transfusion sanguine ; • Veiller à la mise en œuvre du programme d'assurance qualité et de sécurité en matière de transfusion sanguine ; • Assurer la prise en charge des donneurs, de certaines maladies du sang nécessitant une hémothérapie ; • Développer la formation et la recherche en transfusion sanguine.
l'Agence sénégalaise de Réglementation pharmaceutique (ARP)	• Mettre en œuvre les fonctions réglementaires dans le cadre de la politique pharmaceutique nationale ; • Contrôler le secteur pharmaceutique et de veiller aux respects des lois et règlements dans les domaines relevant de sa compétence ; • Suivre la politique et des programmes dans le domaine de la pharmacie, du médicament et des autres produits de santé ; • Élaborer les projets de texte ; • Veiller à l'application des dispositions législatives et réglementaires régissant les domaines suivants : la pharmacie, le médicament et les autres produits de santé, notamment les vaccins, les établissements pharmaceutiques, les laboratoires d'analyse de biologie médicale, les laboratoires d'essais et d'étalonnage, les essais cliniques.
La Direction des Laboratoires (DL)	• Elle a pour mission l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de la politique et des programmes dans le domaine des laboratoires. • A ce titre, elle est chargée de : • Elaborer et veiller à l'application des textes législatifs et réglementaires relatifs aux laboratoires d'analyses médicales publics et privés, aux réactifs et autres produits de laboratoire; • Appuyer et accompagner les laboratoires pour la mise en œuvre de la Démarche qualité ; • Encadrer et améliorer les activités des laboratoires de biologie médicale.

II- DÉFINITIONS DE CONCEPTS¹

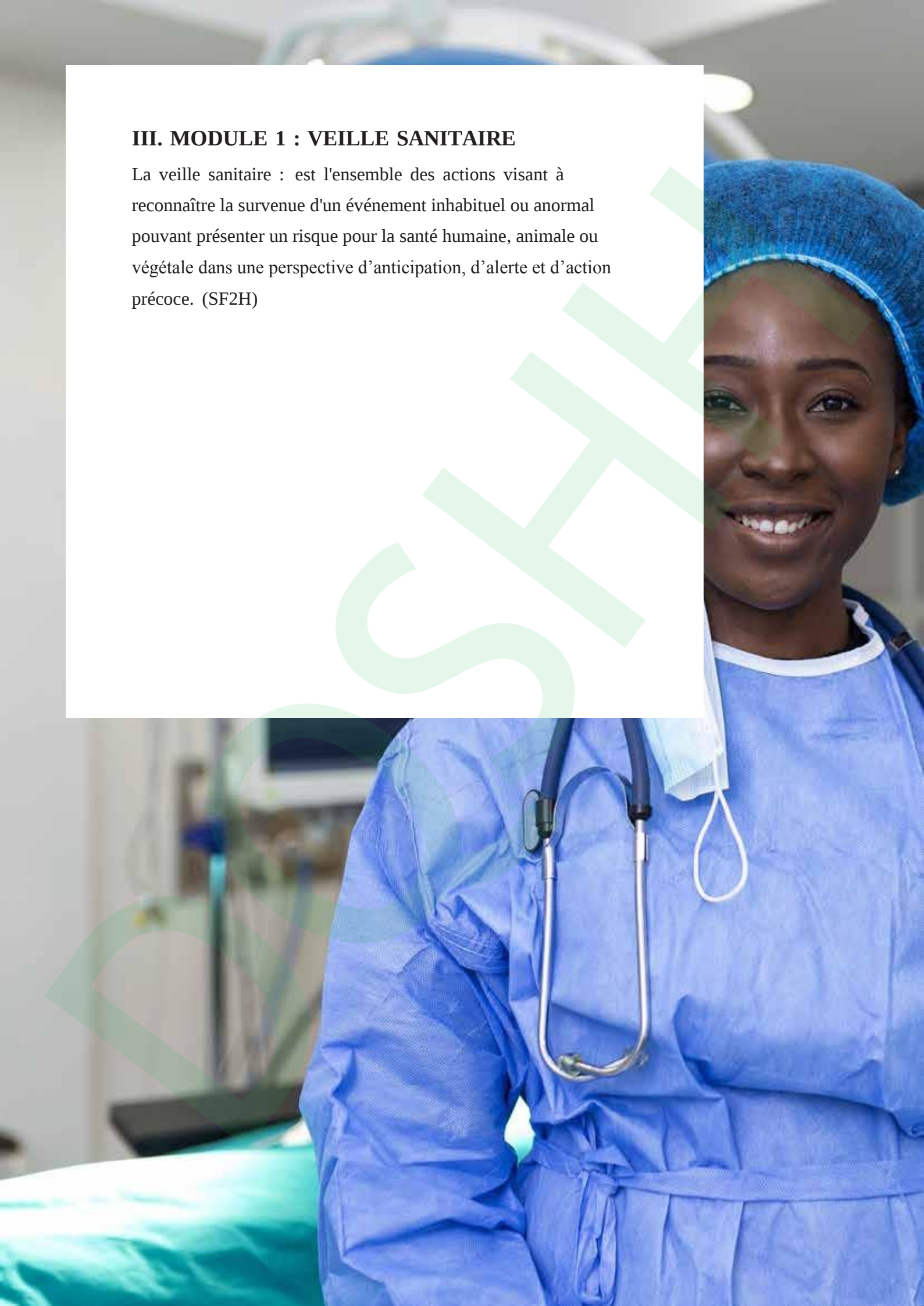
Patient	Une personne qui reçoit des soins.
Sécurité des patients	Réduire le risque de dommage évitable associé aux soins au minimum tolérable.
Risque	C'est la probabilité de survenue d'un événement indésirable et la gravité de ses effets.
Danger	Toute source potentielle de dommage de préjudice ou d'effet nocif à l'égard d'une chose ou d'une personne.
Prévention	Consiste à identifier et évaluer les dangers potentiels afin de minimiser ou d'éliminer leurs impacts négatifs.
Incapacité	Tout type de détérioration physique ou fonctionnelle restreignant l'activité ou limitant la vie en société qui résulte d'un dommage associé à des soins présents ou passés.
Maladie	Altération de l'état de santé se manifestant par un ensemble de signes et de symptômes perceptibles directement ou non, correspondant à des troubles généraux ou localisés, fonctionnels ou lésionnels, dus à des causes internes ou externes et comportant une évolution.
Erreur	Défaillance dans le déroulement d'une action planifiée ou dans la planification d'une action.
Dommage au patient	Atteinte physique ou fonctionnelle du corps, et/ou tout effet délétère qui en découle. Le dommage inclut la maladie, une blessure, de la douleur, une incapacité et le décès.
Infection associée aux soins	Elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. Les IAS concernent les patients, malades ou non, mais également les professionnels de santé et les visiteurs).
Événement indésirable grave	Tout événement ou circonstance associé aux soins qui a entraîné un dommage pour un ou plusieurs patients.
Facteur de risque	Circonstance, agent ou action qui peut causer un dommage.
Soins de santé	Prestations dont bénéficient les individus pour promouvoir, maintenir, surveiller ou restaurer la santé.

¹ Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients : édition multi professionnelle

Climat de sécurité	La culture sécurité d'une entreprise englobe les attitudes, les comportements et les valeurs des membres de l'entreprise concernant les aspects liés à la sécurité et à la santé au travail.
L'identitovigilance	L'ensemble des mesures mise en œuvre pour fiabiliser l'identification du patient afin de sécuriser ses données.
Cartographie des risques	Se définit comme la démarche d'identification, d'évaluation, de hiérarchisation et de gestion des risques inhérents aux activités d'une organisation.

III. MODULE 1 : VEILLE SANITAIRE

La veille sanitaire : est l'ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un événement inhabituel ou anormal pouvant présenter un risque pour la santé humaine, animale ou végétale dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce. (SF2H)



SESSION 1 : GÉNÉRALITÉS SUR LES VEILLES SANITAIRES

Les veilles sanitaires sont des systèmes de surveillance et de suivi de santé publique qui ont pour objectifs d'optimiser l'observation du système épidémiologique et la veille sur les risques sanitaires, de développer et de garantir l'efficacité des actions de prévention et de promotion de la santé, d'assurer de façon optimale la préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires. Il existe quatre (04) étapes importantes pour assurer l'efficacité d'une stratégie de veille :

1. Cerner et identifier la veille ;
2. Collecter et traiter les données ;
3. Communiquer et diffuser les résultats ;
4. Surveiller la stratégie.

Face à la recrudescence des crises sanitaires, il est impératif de passer de veille sanitaire à vigilance sanitaire. Cette dernière peut être définie comme processus continu élaboré en réponse aux grandes crises de santé publique. La vigilance dans un contexte plus large a un rôle plus étendu car elle s'applique à tous les domaines de la santé publique. Les principales vigilances sanitaires sont la pharmacovigilance, la matériovigilance, l'hémovigilance, l'identitovigilance, la biovigilance, la réactovigilance, l'infectiovigilance, toxicovigilance, etc....

Le système englobant l'hémovigilance, la biovigilance, la pharmacovigilance et d'autres programmes de vigilance peut varier en fonction du système de santé publique d'un pays.

Les vigilances sanitaires sont organisées autour de processus de recueil, d'analyse et de diffusion standardisée de données relatives à des événements indésirables permettant ainsi une veille sanitaire continue. Les objectifs de ces vigilances sont d'alerter, de gérer et de prévenir les risques.

Ce présent document traite des vigilances suivantes : l'identitovigilance, l'hémovigilance, la pharmacovigilance, la toxicovigilance et de matériovigilance.

SESSION 2 : L'IDENTITOVIGILANCE

L'identitovigilance est l'ensemble des mesures mise en œuvre pour fiabiliser l'identification du patient afin de sécuriser ses données.

Le patient, sa famille ou sa personne de confiance, sont les premiers concernés par l'identitovigilance. La structure de santé doit veiller à ce qu'il n'y ait qu'un seul dossier médical par patient, complet et assorti d'un identifiant unique.

La bonne identification du patient est un facteur clé de la sécurité de son parcours de soins. Elle constitue le premier acte d'un processus qui se prolonge tout au long de sa prise en charge par les différents professionnels de santé, quelles que soient la spécialité et les modalités de prise en charge. La vérification de l'identité fait intégralement partie de l'acte de soin ; elle est réalisée sous la responsabilité du professionnel de santé assurant la prise en charge.



La responsabilité des acteurs de santé et des dirigeants de structures pourrait être mise en cause s'il s'avérait que le défaut de mise en œuvre des bonnes pratiques d'identification était à l'origine d'un dommage ou de la mise en danger du patient.

Tous les acteurs doivent contribuer aux actions d'amélioration de l'identitovigilance qui reposent sur des exigences afin d'éviter des erreurs aux conséquences graves pour le patient. Cela consiste à

1. Élaborer la procédure pour l'identitovigilance;
2. Former le personnel concerné sur la procédure;
3. Diffuser la procédure;
4. Faire respecter la procédure.

Les différentes étapes de la procédure d'identitovigilance sont les suivantes :

– Enregistrement de l'identité du patient

- Saluer
- Vérifier s'il s'agit du patient ou d'un proche (accompagnant)
- Demander la pièce d'identité du patient
- Demander le nom de naissance, le prénom et le nom usuel du patient en cas d'absence de justificatif d'identité
- Vérifier si c'est la première venue ou non
- Demander la date de naissance et l'adresse habituelle du patient

– La confirmation de l'identité du patient

- TRAITS STRICTS D'IDENTITÉ DU PATIENT (Nom de naissance, (parfois premier prénom), Date de naissance, Sexe, Lieu de naissance, Téléphone)

- TRAITS ÉTENDUS D'IDENTITÉ DU PATIENT (Adresse temporaire, Adresse habituelle, Numéro de téléphone portable, Adresse mail)
- TRAITS COMPLEMENTAIRES DU PATIENT (Nom et Prénom du Proche/accompagnant du patient, Numéro de téléphone du Proche/accompagnant du patient)

– Le questionnement du patient

La confirmation de l'identité est un élément clé de fiabilisation de l'identité. Une identité confirmée rend définitive la saisie des traits stricts d'identité du patient :

- Nom de naissance
- Premier
- Date de naissance
- Sexe
- Lieu de naissance

NB : La confirmation de l'identité n'est possible que si le patient présente une des pièces d'identité suivantes :

- Carte nationale d'identité
- Passeport
- Extrait de naissance
- Permis de conduire numérisé
- Carte professionnelle
- Carte de séjour pour les étrangers
- Carte d'égalité des chances ou équivalent.

NB : Des sanctions sont prévues en cas de violation du secret médical/professionnel et d'utilisation de données personnelles à d'autres fins.

QUELQUES EXEMPLES :

- Maternité : exemple de l'identification des bébés

Concernant l'identitovigilance dans les maternités il existe, dix règles d'or à respecter :

1. Poser systématiquement un bracelet d'identification à tous les patients, sauf en consultation externe ;
2. Faire vérifier l'identité par la patiente et/ou son entourage lors de la pose du bracelet ;
3. Contrôler la concordance patiente prescription/acte, avant chaque acte ;
4. Identifier le nouveau-né dès sa naissance par le bracelet d'identification avec le prénom et nom de sa maman ;
5. Signaler toute erreur et s'appuyer sur les retours d'expérience ;
6. Signaler immédiatement toute erreur d'identité ;
7. Soutenir et analyser les retours d'expérience ;
8. Respecter la confidentialité et l'intimité ;
9. Respecter les procédures en vigueur ;
10. Diffuser et mettre en œuvre les procédures fixées par la Commission Centrale d'identitovigilance et reprises dans le guide de procédures d'identitovigilance.

- Service imagerie :

Les traits permettant d'identifier un patient dans un service d'imagerie quel que soit sa nature sont :

- Nom et prénom ;
- Date et lieu de naissance ;
- Sexe ;
- Région à examiner ;
- Diagnostic ;
- Prescripteur.

NB : Ne pas oublier d'inscrire sur le cliché ou sur le film le nom, prénom, l'âge et le sexe. Les erreurs d'identification du patient ou du site à irradier en imagerie surexposent le patient aux rayonnements ionisants.

- Bloc opératoire

Dans les blocs opératoires, il est important de faire une dernière identification sur la table d'intervention pour s'assurer de l'identité correcte du patient. Les risques encourus en cas d'identification imparfaite sont nombreux.

L'identification erronée peut aussi être source : de retard de prise en charge, d'erreur diagnostique, d'erreur thérapeutique, d'échange d'informations erronées entre professionnels (imagerie, examens de biologie), d'enregistrement de données de santé dans le dossier d'un autre patient (collision), de création de plusieurs dossiers pour un même patient (doublons), d'erreur de facturation...



Faire une double vérification par la check-list

SESSION 3 : L'HÉMOVIGILANCE

L'hémovigilance représente l'ensemble des procédures de surveillance couvrant la totalité de la chaîne transfusionnelle, depuis la collecte, le transport, le dépistage des Infections Transmissibles par la Transfusion (ITT), le fractionnement en produits sanguins labiles (PSL), la conservation, la distribution, la transfusion jusqu'au suivi des receveurs.

Il s'agit de la détection, de la notification, de l'investigation, de l'analyse et du suivi des manifestations indésirables liées au don de sang, mais aussi des mesures prises pour prévenir la survenue ou la récurrence de telles manifestations.

L'objectif de l'hémovigilance est l'amélioration constante de la qualité de la chaîne transfusionnelle à travers des mesures correctives et préventives visant à améliorer la sécurité du donneur et du receveur, à améliorer l'adéquation de la transfusion et la gestion de l'utilisation du sang. En tant que tel, l'hémovigilance doit être intégrée dans chaque étape de la chaîne transfusionnelle.

Les transfusions non sécurisées ou inutiles exposent les patients à des risques de réactions transfusionnelles indésirables ou à la transmission d'infection.

Les systèmes d'hémovigilance améliorent la sécurité des donneurs et des receveurs car ils permettent :

- D'identifier les tendances des événements et réactions indésirables ;
- De déterminer les causes sous-jacentes ;
- De sensibiliser et de fournir des données probantes en vue de l'élaboration et de la révision des politiques visant à améliorer les pratiques transfusionnelles ;
- D'agir en tant que système d'alerte rapide des risques transfusionnels;
- De recueillir et de conserver les données reliant le donneur au don, le don aux produits sanguins labiles dérivés (PSL) et les produits aux receveurs.

Elle permet entre autres de :

- Faire la surveillance, le suivi épidémiologique et l'évaluation des incidents graves ou inattendus chez les donneurs (Hémovigilance donneur) ;
- Faire la surveillance et l'évaluation des incidents graves chez les receveurs (Hémovigilance receveur) ;

NB : Pour les documents ayant trait à l'hémovigilance donneur et receveur se référer aux

- Questionnaire pré don (cf annexe 1)
- Fiche de notification des réactions transfusionnelles (cf annexe 2)
- Loi transfusionnel promulguée (cf annexe 3)

SESSION 4 : LA PHARMACOVIGILANCE

La pharmacovigilance est la science et les activités relatives à la détection, à l'évaluation, à la compréhension et à la prévention des effets indésirables ou de tout autre problème lié aux médicaments. Le champ d'application de la pharmacovigilance a connu une croissance remarquable ces dernières années, elle intervient dans les cas suivants :

- Effets ou événements indésirables ;
- Erreurs médicamenteuses ;
- Automédication ;
- Médicaments contrefaits ou de qualité inférieure ;
- Inefficacité des médicaments ;
- Mauvaise utilisation et/ou abus des médicaments ;
- Interaction médicamenteuse.

Elle constitue une garantie qui s'exerce tout au long de la vie d'un médicament. Tout personnel de santé habilité doit déclarer immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou produit mentionné. La pharmacovigilance est la surveillance, l'évaluation, la prévention et la gestion du risque d'effets indésirables résultant de l'utilisation des médicaments, que ce risque soit potentiel ou avéré. Elle s'exerce en permanence, avant et après la commercialisation des médicaments, et constitue un élément essentiel du contrôle de la sécurité de ces derniers.

Elle comprend :

- Le recueil basé sur la notification spontanée des effets indésirables par les professionnels de santé et les industriels avec l'appui du réseau des quatorze (14) directions régionales de la santé qui constituent les centres régionaux de pharmacovigilance ;
- L'enregistrement et l'évaluation de ces notifications ;
- La mise en place d'enquêtes ou d'études pour analyser les risques ;
- La participation à l'élaboration et au suivi des plans de gestion des risques ;
- L'appréciation du profil de sécurité d'emploi du médicament en fonction des données recueillies ;
- La prise de mesures correctives (précautions ou restriction d'emploi, contre-indications, voire correctrice retrait du produit) ;
- La communication et la diffusion de toute information relative à la sécurité d'emploi du médicament vers les professionnels de santé et le public.



La pharmacovigilance peut se résumer à :

- Recueillir des données ;
- Enregistrer et évaluer des notifications ;
- Faire des études et enquêtes.

SESSION 5 : TOXICOVIGILANCE

La toxicovigilance désigne les dispositifs techniques et humains de suivi des effets toxiques chez l'homme d'un xénobiotique (produit, substance, mélange de produits ou pollution), aux fins de mener des actions d'alerte, de prévention, de formation et d'information.

Un toxique est une substance, qui après pénétration dans l'organisme vivant, à une dose relativement élevée, en une ou plusieurs fois très rapprochées ou par petites doses longtemps répétées, produit une action délétère (altération ou suppression d'un ou de plusieurs organes, mort). cf annexe 5.

Il se distingue de la toxine qui est une substance toxique synthétisée par un organisme vivant (bactérie, champignon vénéneux, insecte ou serpent venimeux, etc.), auquel elle confère un pouvoir pathogène ou dangereux.

La toxicologie vise donc à mesurer et quantifier les relations entre une dose et un effet. La toxicologie est depuis longtemps reconnue comme étant la science des poisons. Elle étudie les effets nocifs des substances chimiques sur les organismes vivants.

Les différents types d'intoxication reconnus sont :

- Intoxication par voie orale;
- Intoxication par inhalation;
- Intoxication par voie cutanée (morsure de serpent, abeilles...)



SESSION 6 : MATÉRIOVIGILANCE

La matériovigilance s'exerce sur les dispositifs médicaux après leur mise sur le marché qu'ils soient marqués CE ou non, en dehors de ceux faisant l'objet d'investigations cliniques. La matériovigilance a pour objectif d'éviter que ne se produisent des incidents et risques d'incidents graves mettant en cause des dispositifs médicaux ; ceci en prenant les mesures préventives et/ou correctives adéquates.

Est considéré comme incident ou risque d'incident grave tout incident ou risque d'incident mettant en cause un dispositif médical ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la mort ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers (décès, menace du pronostic vital, incapacité permanente ou importante, hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation, nécessité d'intervention médicale ou chirurgicale, malformation congénitale...).

Tout incident ou risque d'incident grave doit être signalé sans délai à la direction des infrastructures de l'équipement et de la maintenance (DIEM).

En effet, l'amélioration continue de la qualité est devenue une préoccupation majeure dans tous les secteurs d'activité en particulier dans le secteur de la santé. Toutefois les instruments de mesure n'ont de signification que si les valeurs qu'ils indiquent sont exactes. Aussi, la fonction métrologique est l'un des instruments centraux de la démarche qualité.

- La métrologie

La métrologie est la science de la mesure associée à l'évaluation de son incertitude. Elle peut se définir comme étant les principes et les méthodes permettant de garantir et maintenir la confiance envers les mesures résultant des processus de mesure. La métrologie participe à l'évaluation des risques et à leur réduction, à la prévention d'accident ou de mauvais de diagnostic. Elle permet de fiabiliser le matériel de soins (micropipette, calibrage, réactif, contrôle qualité, etc...) afin de procurer des résultats fiables et en toute sécurité.



Tout incident ou risque d'incident grave doit être signaler ou notifié à la DIEM du MSHP

IV. MODULE 2 : PARCOURS DU PATIENT

On entend par parcours du patient l'ensemble des étapes vécues par un patient dans la prise en charge de sa maladie : du pré-diagnostic jusqu'aux soins palliatifs.

En termes de sécurité des patients, il faut s'intéresser en premier lieu aux moyens de prévenir les préjudices subis par les patients au cours de la prise en charge.

Afin de garantir une offre de soins de qualité, il convient d'accorder la priorité à la sécurité de chaque patient. Le personnel mis à la disposition des structures de santé doit être qualifié, compétent et en nombre suffisant pour dispenser à tout moment des services et des soins de qualité aux patients.

Il faut noter que l'accueil, le respect de la confidentialité et la prise en charge du patient sont essentiels dans le parcours de soins.



SESSION 1 : L'ACCUEIL DU PATIENT

L'accueil du patient ou de son entourage est le premier soin. Sa qualité influence la relation future. Il est le lien qui lui permet de s'exprimer tout au long du séjour et favorise un climat de confiance. Le temps de l'accueil est un moment privilégié d'écoute et d'informations pour le patient et son entourage, favorisant une relation de confiance fondamentale durant son séjour.

De plus, la qualité de cet accueil est un gage de satisfaction et d'adhésion au traitement. L'environnement joue un rôle important dans la qualité de l'accueil.

Pourquoi dit-on qu'un bon accueil est le premier soin essentiel ?

Accueillir un patient est un soin à part entière qui s'inscrit dans une : « démarche de prendre soin »

Le premier contact du patient avec un environnement souvent angoissant est la première image qu'il gardera de son passage dans la structure et du prestataire qui l'a reçu.

L'admission à l'hôpital n'est jamais un moment facile car tout passage dans une structure de santé s'accompagne souvent d'inquiétude.

Le rôle de l'accueil est avant tout d'offrir au patient un espace d'écoute où il se sent en sécurité grâce à des informations précises qui l'aident à maîtriser ce nouvel environnement. Bien accueillir les patients est à la fois un acte de professionnalisme et d'humanité qui demande empathie et respect.

C'est pendant les trois premières secondes, voire minutes que se crée un climat favorable ou défavorable à une relation de confiance. C'est pourquoi, il est fondamental d'accorder une attention toute particulière à la qualité de l'accueil. Gagner la confiance du patient favorise une meilleure adhésion aux soins, ce qui a un impact positif sur sa guérison. Ainsi, sept (07) valeurs sont indispensables pour réussir cette mission :

1. Le respect ;
2. La bienveillance ;
3. La discrétion ;
4. La disponibilité ;
5. Le professionnalisme ;
6. La compétence ;
7. La collaboration.

Ces valeurs font l'objet d'une charte (charte du malade) que les patients et leur famille peuvent découvrir partout dans la structure sanitaire.

L'accueil se déroule en trois (03) phases :

- Étape 1 : Établir le contact visuel ;
- Étape 2 : Saluer, se présenter et identifier le visiteur ;
- Étape 3 : Personnaliser la relation : le client apprécie d'être connu et reconnu.

Les principes de l'accueil nécessaires lors du premier contact sont :

- **L'écoute** : c'est la capacité pour la personne qui communique de montrer à son interlocuteur qu'il l'écoute avec intérêt et que son avis aussi compte. Elle est aussi primordiale pour réussir un bon accueil et instaurer un climat de confiance. Elle permet également de faire un récapitulatif des besoins et préoccupations du patient. Elle facilite beaucoup la communication interpersonnelle, la perception et l'engagement du patient.
- **L'empathie** : c'est la capacité pour le communicant de s'identifier à son auditoire dans ce qu'il peut ressentir afin de mieux cerner leur problème et de trouver des solutions inclusives et accessibles. Elle est d'une importance capitale dans la relation d'aide car elle permet de comprendre les sentiments de l'autre.
- **La communication assertive** : c'est un processus important pour convaincre un individu ou plusieurs individus et même des organisations, de prendre un problème particulier au sérieux, par la sensibilisation, le marketing et la mobilisation. Elle permet au communicant de partager des informations sans être sur la défensive tout en respectant ses propres droits sans empiéter sur ceux de ses interlocuteurs. Le communicant prend ainsi toutes les dispositions pour ne pas blesser le patient dans sa communication afin de le faire adhérer sans contrainte ni heurts. Pour le malade, un bon accueil permet de passer de l'état de patient à celui de client, d'être rassuré, de s'exprimer mieux sur son état, de participer à l'autogestion de son état, ce qui facilite sa guérison.

- **Quelle est la différence entre un client et un patient ?**

Le consommateur (client) dispose de son libre arbitre et fait le choix de l'acte de consommation alors que le patient ne fait pas le choix d'être malade.



SESSION 2 : RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ

La confidentialité est un enjeu majeur qui intéresse les cadres dirigeants des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Elle a pour objectif essentiel de protéger des informations à caractère personnel concernant l'identité de l'utilisateur, sa pathologie, ses problématiques personnelle et familiale, son accompagnement, dans le souci du respect de l'individu. Elle concourt à préserver ses intérêts dans le respect de sa volonté. Ceci concerne tous les professionnels des établissements de santé dans leurs relations au quotidien avec les patients .

Cette notion s'étend à l'ensemble des prestataires ayant accès aux informations individuelles concernant le patient qui doivent l'intégrer comme secret professionnel (dossier médical).

Mais le respect de la confidentialité n'est pas uniquement l'affaire des professionnels. Il est de la responsabilité de l'établissement et de son manager , de tout mettre en oeuvre afin que la confidentialité soit protégée : aménagement des locaux aux normes, règles de circulation des dossiers, information des patients sur leurs droits (charte du malade).

En effet, la confidentialité concernant le patient se rattache au respect de la vie privée et de l'intimité. Sensibiliser le personnel au respect de la confidentialité passe aussi par la formation des nouveaux recrutés, stagiaires et remplaçants . Il convient également de développer un véritable projet de formation des personnels administratifs car susceptibles d'être en rapport avec le public ou la famille.

Les actions qui peuvent être mises en œuvre par les établissements pour améliorer la confidentialité :

- Maîtrise des flux des personnes au sein de l'établissement ;
- Définition de circuits strictement réservés aux patients hospitalisés pour la discrétion ;
- Construction de cloisons de confidentialité ou mise en place de paravents

SESSION 3 : LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale et régulière de son état de santé. Celle-ci diffère d'un patient à un autre.

La prise en charge de la douleur occupe une place importante dans la démarche de soins ; c'est une priorité de santé publique.

Il existe plusieurs types de prise en charge que sont :

- L'hospitalisation ;
- L'hôpital de jour, ou ambulatoire ;
- La mise en observation.

Les étapes de la prise en charge sont les suivantes :

- S'enquérir et vérifier l'identité du patient ;
- Informer le patient du déroulement de son séjour tout en lui permettant le plus possible d'être acteur de son parcours de soins ;
- Vérifier la bonne compréhension de toutes les informations en utilisant la reformulation ou d'autres moyens pour mettre en place des soins adaptés et personnalisés (certains patients verbalisent leurs appréhensions et leurs interrogations) ;
- Planifier les soins;
- Informer le patient du déroulement chronologique des différentes étapes de prise en charge et donner une explication claire sur les différents examens et/ou soins ;
- Informer le cas échéant de l'existence des différents intervenants : psychologue, assistant social, toute personne susceptible d'apporter un support ;
- Être attentif au comportement du patient.

- **La mise en place d'un comité contre la douleur**

La douleur doit être systématiquement évaluée et « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Il existe trois types de douleur :

- La douleur aiguë de courte durée, telle que la douleur post-opératoire, la douleur post-traumatique ou la douleur provoquée par certains actes de soins ;
- La douleur chronique rebelle comme les lombalgies et les céphalées chroniques, celle liée au cancer ou les douleurs neuropathiques en général ;
- Les douleurs d'origine psychologique. Il ne faut pas confondre les douleurs psychologiques (pour lesquelles les causes sont psychiques) et les douleurs aggravées ou entretenues par une situation psychique défaillante ou fragilisée.

NB : Ne pas utiliser ce que l'on sait pour faire du mal d'après le serment d'Hippocrate. Ce principe englobe non seulement le mal lui-même mais aussi les risques de faire du mal.

- **Prise en charge des personnes en situation d'handicap**

Le parcours des personnes en situation de handicap dans une structure de soins ressemble parfois à celui du combattant. Les structures sanitaires devraient être conçues et mieux organisées pour répondre aux besoins spécifiques de ces patients car il existe de nombreux obstacles parfois difficiles à surmonter qui peuvent entraver considérablement l'accès aux soins :

- accessibilité des lieux ;
- difficultés de communication (sourd-muet);
- place insuffisante des aidants;
- manque de coordination entre professionnels de santé;
- absence d'interlocuteur dédié

Pour une prise en charge optimale des handicapés dans les structures de santé, il va falloir :

- Solliciter le référent handicap du patient pour un accueil et un suivi personnalisé
- Se renseigner sur les besoins spécifiques du patient handicapé
- Prévoir un espace d'attente approprié et réduire le délai de prise en charge
- Evaluer les aptitudes du patient handicapé
- Adapter l'information sanitaire à la situation du handicap (braille, langue des signes...)
- Veiller à l'accessibilité des structures sanitaires
- Favoriser et formaliser la place de l'aidant
- Assurer la qualité et la continuité du parcours de santé
- Mettre en place des procédures de gestion des personnes en situation d'handicap.
- Renseigner sur les mesures de protection sociale en matière de prise en charge sanitaire du patient handicapé (CMU, CEC, IPM).



- Pour les handicapés moteur, des rampes sont indispensables pour leur déplacement
- La souffrance de femmes parturientes et les conditions d'accouchement souvent compliqués méritent une attention particulière

V. MODULE 3 : PRÉVENTION DES RISQUES

Les structures de santé doivent mettre en place une politique de prévention et de gestion des risques (management des risques) pour la sécurité des patients dont les exigences sont croissantes dans ce domaine. Le management des risques se présente en plusieurs étapes :

- Repérer les dangers et ou situations dangereuses
- Identifier les types de risques
 - **Mécaniques** : écrasements, heurts, projections, coupures...
 - **Physiques** : intempéries, vibrations, niveau sonore, qualité de l'air, incendies...
 - **Chimiques** : explosions, produits cancérogènes, produits irritants...
 - **Biologiques** : produits infectieux ou allergisants...
 - **Radiologiques** : radiations, rayonnements électromagnétiques...
 - **Psychologiques** : agressions verbales, voire physiques, stress, surcharge mentale, burn out
- Évaluer et hiérarchiser les risques
- Définir un plan d'action face aux risques non acceptables
- Gérer les risques résiduels.

Cependant, il est important de rappeler que dans les structures sanitaires, les types de risques peuvent concerner aussi bien les patients, les usagers que les prestataires de soins d'où la nécessité de mettre en place de mesures préventives holistiques.

Les précautions standards constituent les mesures simples à mettre en place dans toute la structure.

SESSION 1 : PRÉCAUTIONS STANDARDS

Elles constituent les mesures à mettre en place pour prévenir les infections au cours des soins. En effet, les structures de santé reçoivent quotidiennement un grand nombre de personnes pour y recevoir des soins. Ces personnes peuvent être plus vulnérables aux infections ou encore, être elles-mêmes colonisées ou présenter une infection causée par un agent pathogène transmissible : au Sénégal, six (06) domaines ont été choisis comme étant prioritaires.

1. Hygiène des mains :

Les infections associées aux soins sont fréquentes et constituent un problème majeur de santé publique. Elles sont fréquemment les résultats de soins non-sécurisés. Ces infections constituent une menace sérieuse dont l'impact économique pour les patients et les systèmes de santé dans le monde entier est significatif.

Au-delà des conséquences physiques et morales subies par les patients et leurs familles, les infections associées aux soins (IAS) ont des conséquences graves. Elles entraînent une prolongation de séjour d'hospitalisation, des frais excédentaires, des résistances élevées des micro-organismes aux antibiotiques, des taux de morbi-mortalité élevés.

Elles découlent très souvent de soins non-sécurisés.

L'hygiène des mains appropriée au cours des soins est l'une des méthodes les plus simples et efficaces pour réduire les infections associées aux soins. Elle consiste au traitement des mains par un produit (savon, gel ou solution) ayant une activité détergente et/ou antimicrobienne, ciblé sur les salissures et les microorganismes de la flore cutanée. (SF2H).

Selon l'OMS, l'hygiène des mains, socle des pratiques de base, est un indicateur qualité mettant en évidence la sécurité des systèmes de soins.

- **Pourquoi faut-il réaliser l'hygiène des mains ?**
 - Pour rompre la chaîne de la transmission des maladies infectieuses
 - Pour se protéger et protéger les autres.

Les cinq indications à l'hygiène des mains sont :

1. Avant le contact avec le patient ;
2. Avant le geste aseptique ;
3. Après le risque d'exposition à un risque biologique ;
4. Après le contact patient ;
5. Après le contact avec l'environnement du patient.



Figure 1 : Les cinq (05) indications à l'hygiène des mains

Au préalable à l'hygiène des mains :

- Les ongles doivent être courts et sans vernis ni faux ongles ;
- Pas de bijoux aux mains ni aux poignets ;
- Tenue à manches courtes ;
- Technique de l'hygiène des mains (selon l'OMS) à afficher au niveau des points d'eau.

2. Bionettoyage et entretien des locaux :

Le bio nettoyage est défini comme un procédé destiné à réduire la contamination biologique des surfaces. Il a deux objectifs :

- Réduire significativement la présence de micro-organismes sur les surfaces (virus, bactéries, champignons) ;
- Éliminer les risques de contracter des maladies ou de développer des infections.

Il résulte de l'utilisation :

- D'un produit détergent et d'un désinfectant
- Un détergent/désinfectant qui associe en une seule opération nettoyage et désinfection.



Les zones à risque dans une structure de soins		
Zone 1 Risque faible	Il s'agit de zones où le risque infectieux est relativement faible	Absence de Personnes soignées
Zone 2 Risque moyen	Il s'agit de zones où le risque infectieux est peu influent	Présence de personnes soignées non infectées et non fragiles
Zone 3 Risque élevé	Il s'agit de zones où le risque infectieux a une importance évidente	Présence de personnes soignées infectées ou fragiles
Zone 4 Risque très élevé	Il s'agit de zones stériles ou la circulation est strictement réglementée	Présence de personnes soignées très vulnérables

Procédure de bio nettoyage

La procédure de bio nettoyage est la suivante :

- a. **Le dépoussiérage suivi du balayage humide** - Élimination des salissures non adhérentes
- b. **Nettoyage** - Élimination des salissures adhérentes
- c. **Rinçage** - Évacuation des salissures et des produits utilisés
- d. **Application d'un désinfectant** - Destruction des microbes.

NB : Le bio nettoyage s'applique toujours du haut vers le bas, de la zone propre vers la zone sale.

3. Traitement du matériel de soins réutilisable :

Au cours des soins le matériel médico-chirurgical contaminé par les germes du patient et/ou de l'environnement doit subir différents traitements avant sa remise en circuit. Le traitement du matériel de soins réutilisable joue aussi un rôle important pour freiner la transmission des infections.

Ce traitement répond à une classification du matériel à trois (03) niveaux :

a. Matériel critique : de type invasif

Il est préconisé d'utiliser du matériel à usage unique, ou à défaut un matériel réutilisable qui sera stérilisé.

Exemples : Canaux d'intubation, pinces, bistouri

b. Matériel semi-critique

Regroupe les instruments qui entrent en contact avec les muqueuses et les sécrétions (usage unique ou stérilisé si réutilisable).

Exemples : abaisse langue, sonde urinaire, bassins, urinoir....

c. Matériel non critique

Tout ce qui ne touche pas le patient ou simplement la peau saine.

NB : Il est important d'essuyer les instruments immédiatement après usage, et de démonter au maximum les instruments (pour que le produit puisse agir au maximum sur l'ensemble de la surface des instruments).

Exemples : thermomètre, tensiomètre

Le processus technique de traitement du matériel de soins réutilisable est :

- La décontamination
- Le nettoyage
- La désinfection
- La stérilisation
- Le stockage.

4. Accidents d'exposition au sang (AES)

Un accident exposant au sang (AES) est défini comme tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang et comportant soit une effraction cutanée (piqûre ou coupure) soit une projection sur une muqueuse (œil, bouche) ou sur une peau lésée.

Sont assimilés à des AES les accidents survenus dans les mêmes circonstances avec d'autres liquides biologiques tels que sécrétions génitales, les liquides biologiques (cérébro-rachidien (Liquide céphalo rachidien), synovial, pleural, péritonéal, péricardique, amniotique...). Ils doivent être considérés comme potentiellement contaminants même s'ils ne sont pas visiblement souillés de sang comme un AES.

Les facteurs de risque de contamination identifiés sont :

- Les mauvaises pratiques;
- L'environnement de travail inadéquat;
- Utilisation de produits dangereux;
- Surcharge de travail ;
- Le stress.

Actions à mettre en place pour la prévention et la prise en charge en charge d'un AES :

- La nomination d'un médecin référent AES , connu par tout le personnel;
- Le respect des protocoles de prise en charge des AES;
- La disponibilité du kit d'AES.



Qu'est-ce qu'un kit AES ?

Le kit d'urgence AES est à utiliser immédiatement par le soignant en cas d'exposition et de risque de contamination par le sang de la victime. Il est composé des produits de premiers soins pour nettoyer la plaie (savon), faire l'antisepsie de la plaie (alcool ou dakin).

La surveillance des accidents avec exposition au sang (AES) fait partie des priorités nationales dans le domaine de la lutte contre le risque infectieux.

5. Gestion des déchets biomédicaux

Les déchets liés aux soins de santé constituent un réservoir de micro-organismes susceptibles d'infecter les patients hospitalisés, le personnel de santé et le grand public. Les autres risques infectieux potentiels sont notamment le rejet dans l'environnement des établissements de soins de micro-organismes pharmaco résistants.

Plusieurs types de déchets sont produits dans les structures de santé notamment :

- **Les DAOM** (déchets assimilés aux ordures ménagères) : qui sont les déchets hôteliers, d'hébergement, de restauration et administratifs ;
- **Les DASRI** (déchets d'activité de soins à risque infectieux) : les Objets Piquants Coupants et Tranchants (OPCT), les déchets mous, les liquides, les pièces anatomiques) ;
- **Les Déchets Spéciaux** : déchets radioactifs, chimiques.

Le processus de gestion des déchets biomédicaux est constitué de plusieurs étapes :

1. Le tri à la source;
2. Le conditionnement avec l'utilisation des codes couleurs et des boites de sécurité;
3. La collecte;
4. Le transport;
5. Le stockage;
6. Le traitement et l'élimination finale y compris la surveillance des sites d'élimination.

6. Usage rationnel des antibiotiques

Les antimicrobiens sont des substances naturelles ou synthétiques capables de tuer les microorganismes ou d'empêcher leur croissance. Les antibiotiques sont des antimicrobiens utilisés pour traiter les infections causées par des bactéries et sont parmi les médicaments les plus couramment utilisés en médecine.

La résistance aux antibiotiques représente une grave menace pour la santé humaine et animale, le développement et la sécurité. Sans antibiotiques efficaces, notre capacité à lutter contre les maladies infectieuses pourrait diminuer considérablement. Les infections graves pourraient devenir impossibles à traiter, les maladies plus longues et plus graves, les traitements plus chers et toxiques et le risque de décès pourrait augmenter.

L'usage rationnel des antibiotiques est une des priorités nationales au Sénégal ; cela s'est traduit par la mise en place par arrêté d'un comité national pour l'antibiothérapie qui a eu à élaborer un guide national pour le bon usage des antibiotiques.

L'objectif de ce guide est de formuler des recommandations qui appliquées vont permettre de freiner l'émergence des micro-organismes résistants aux antibiotiques, à savoir :

- Limiter l'antibiothérapie aux infections dont l'origine bactérienne est documentée ou probable et pour lesquelles d'autres mesures ne suffisent pas;
- Respecter les posologies, les rythmes et voies d'administration ainsi que la durée de traitement de nature à assurer des concentrations appropriées au site de l'infection;
- Procéder à une réévaluation du choix initial entre quarante-huit (48) et soixante-douze (72) heures pour la poursuite du traitement;
- La prescription d'un antibiotique doit se faire en prenant en compte la sensibilité, le coût, la diffusion et la tolérance;
- Préférer pour les antibiotiques à activité comparable ceux dont l'impact sur la flore commensale est le plus faible ; le moins toxique et le moins cher (procéder à une désescalade thérapeutique par rapport au choix probabiliste);
- Justifier le bien-fondé de la prolongation du traitement à 10 jours :
- Eviter, sauf cas spéciaux, d'associer antibiotiques et anti-inflammatoires (l'inflammation participe à une meilleure diffusion de l'antibiotique dans les tissus) ;
- Réserver certaines molécules à un usage strictement hospitalier (relatives aux associations d'antibiotiques).

Le recours aux associations d'antibiotiques peut avoir pour but d'éviter l'émergence de bactéries résistantes dans le foyer infectieux mais aussi d'élargir le spectre d'action ou d'accroître l'effet bactéricide. Il peut cependant contribuer à augmenter la pression de sélection sur la flore commensale. En conséquence, les prescriptions d'associations ayant pour but l'obtention d'une bactéricide accrue (effet synergique) ou l'élargissement du spectre antibactérien (traitement d'urgence d'infections sévères et microbiologiquement non documentées) doivent être strictement limitées à des situations bien définies.

En dehors des infections à mycobactéries, les principales situations à risque élevé d'émergence de bactéries résistantes concernent des couples bactéries-antibiotiques précis :

- *Pseudomonas aeruginosa* et bêtalactamines ou fluoroquinolones,
- *Enterobacter*, *Serratia*, *Citrobacter freundii*, *Providencia*, *Morganella* et bêtalactamines,
- *Staphylococcus aureus* et rifampicine, acide fusidique, fosfomycine ou fluoroquinolones.

Bien que l'efficacité des associations d'antibiotiques pour prévenir l'émergence de bactéries résistantes dans ces situations soit mal documentée, des arguments tirés d'études *in vitro* et de modèles animaux rendent légitime le recours à des associations dans de telles situations, au moins pendant les premiers jours du traitement. Le bien-fondé du maintien d'une association doit être réévalué, en particulier après identification bactérienne.

SESSION 2 : PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES

Elles désignent les mesures d'hygiène à réaliser en complément des précautions standards afin de prévenir la transmission de certains micro organismes pathogènes. Ces précautions sont avant tout des mesures techniques en particulier lors des soins. Elles sont parfois nécessaires en complément des précautions standards pour certains pathogènes. Ces mesures sont basées sur le ou les modes de transmission des micro-organismes. Elles sont nécessaires pour les infections transmises selon les modes suivants :

- **Transmission par « Air »** : c'est l'air de la pièce occupée par le patient qui est contaminant. La taille des particules émises est inférieure à cinq (05) microns. La sédimentation des particules est très lente et peut aller jusqu'à neuf heures (09h) de temps ;
Exemples : Tuberculose
- **Transmission par « Contact direct ou indirect »** : elles préviennent les transmissions d'agents infectieux par contact avec le patient colonisé ou infecté, son environnement, avec le matériel souillé ;
Exemples : Gale, Varicelle, Zona
- **Transmission par « Gouttelettes »** : ce sont des gouttelettes de salive, des sécrétions des voies aériennes supérieures émises lors de la toux, éternuement et de la parole qui sont contaminantes. La taille des particules émises est supérieure ou égale à cinq (05) microns. La distance de dissémination est d'un à deux mètres. La sédimentation se fait par dépôt sur les surfaces ;
Exemples : Grippe, Coqueluche, infections à BMR.

NB : Les précautions standards s'appliquent systématiquement en complément des précautions complémentaires.

Respecter tout particulièrement les mesures d'hygiène respiratoire : en particulier, faire porter un masque à toute personne (résident, malade, visiteur, professionnel, intervenant extérieur...) présentant des symptômes de type toux/expectoration.



C'est le micro-organisme que l'on veut isoler et non le patient.

Un patient = Une situation = Une prescription

Stratégies d'isolement On isole la bactérie et non la personne		
Colonisation d'un site anatomique sans effraction et sans signes cliniques d'infections	Présence d'une BMR au niveau d'un site anatomique colonisé ou infecté, correctement isolé de l'environnement	Infection contagieuse ou transmissible, à BMR ou pas, avec impossibilité d'isoler correctement le site anatomique
Risque de dissémination bas	Risque de dissémination bas moyen	Risque de dissémination élevé
• Règles d'hygiène de base accentuées • Le patient peut quitter sa chambre	• Isolement du site anatomique (pansement clos) • -Règles d'hygiène de base accentuées • Le patient peut quitter sa chambre	• Mesure géographique, le patient ne peut pas quitter sa chambre • Précautions complémentaires de type contact et /ou gouttelette ou air • Signalisation

DIFFÉRENTES MESURES DES PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES

- Précautions complémentaires « AIR »

	A faire
Pour un patient hospitalisé dans une chambre individuelle les précautions	• La porte doit être fermée • La ventilation mécanique avec au minimum six (06) renouvellements horaires de l'air, sans recyclage. • En l'absence de ventilation mécanique, aération biquotidienne de la chambre (au moins quinze (15) minutes à chaque fois) par ouverture des fenêtres, porte fermée • Interventions dans la chambre regroupées pour limiter les ouvertures de la porte • Les sorties du patient de sa chambre sont limitées au strict minimum • Limiter les déplacements aux plateaux techniques et si consultation , ne pas le faire séjourner en salle d'attente et diminuer le temps de prise en charge par le port de masque

Pour le soignant	• Port d'un appareil de protection respiratoire (APR) FFP2 adapté à son visage • Vérifier son bon ajustement en réalisant un fit check à chaque utilisation • Retirer l'APR après être sorti de la chambre, une fois la porte fermée • L'éliminer dans les déchets assimilés aux ordures ménagères (DAOM)
Pour le patient	• Port de masque chirurgical : dès l'entrée à la structure, notamment aux urgences, en consultation , systématiquement, s'il doit quitter sa chambre • Un APR doit être porté également par toute autre personne entrant dans la chambre (visiteur, agent de nettoyage, personnel technique)

- Précautions complémentaires « GOUTTELETTES »

	A faire
Pour le patient hospitalisé dans une chambre individuelle de préférence ou secteur géographique dédiée	• Les sorties du patient hors de sa chambre sont limitées au strict nécessaire • Port de masque
Pour le soignant	• Port de masque chirurgical dès l'entrée dans la chambre • Retirer le masque après être sorti de la chambre • L'éliminer dans les déchets assimilés aux ordures ménagères (DAOM) • Réaliser ensuite une friction hydro alcoolique (FHA)
Pour le patient	• port de masque chirurgical • Dès l'entrée dans la structure de soins, notamment aux urgences • En consultation

- Précautions complémentaires « CONTACT »

Pour le patient hospitalisé en chambre individuelle ou regroupant des personnes infectée

- Ne pas confiner le patient systématiquement dans sa chambre
- Réaliser une friction hydro alcoolique dans toutes les indications à l'hygiène des mains.

NB : Faire précéder la FHA d'un lavage des mains au savon en cas de contact accidentel avec un liquide biologique et systématiquement si le patient est atteint de gale ou d'infection à Clostridium difficile.

SESSION 3 : AUTRES RISQUES

Il existe de nombreux autres risques pouvant survenir au cours de la prise en charge des patients : les risques liés à l'incendie, à l'inondation, à l'explosion, etc...

1. LES RISQUES LIÉS À L'INCENDIE

Les causes principales d'incendie : feu électrique, erreur humaine et incendie en cuisine etc... L'intoxication par la fumée, et les flammes est la première cause de décès: les fumées toxiques et les gaz chauds qui se dégagent peuvent tuer en quelques minutes.

L'évaluation des risques d'incendie et d'explosion consiste de manière générique à :

- Identifier les conditions favorables à leur occurrence;
- Déterminer les effets induits (thermiques, mécaniques, suies, etc.) et les conséquences associées (dysfonctionnement d'équipements importants pour la sûreté et rejets;
- Analyser l'adéquation des moyens de prévention, de détection et de mitigation mis en œuvre pour limiter les conséquences potentielles pour la sûreté.

• Comment faire la prévention d'un incendie dans une structure sanitaire ?

La prévention passe par :

- La maintenance régulière des installations électriques ;
- La mise en place de dispositifs sécurité-incendie;
 - Dispositifs d'extinction (Limiter la propagation du feu par des extincteurs)
 - Dispositifs d'alerte incendie
 - Dispositifs d'évacuation
 - Dispositif de protection
- La formation du personnel à l'utilisation des dispositifs;
- La sensibilisation des patients et des usagers;
- La tenue à jour du registre de maintenance;
- La tenue à jour du registre de sécurité - incendie;
- L'accès facile pour l'évacuation du public (issue de secours, blocs autonomes d'éclairage...);
- L'accès facile pour l'intervention des services d'urgences.

2. RISQUE LIÉS À UNE INONDATION

Les pluies occasionnent de nombreux dégâts sur l'ensemble du pays. Dans beaucoup de régions notamment à Dakar, certaines structures sanitaires sont victimes d'inondations dues essentiellement à un défaut d'assainissement. Aussi, le personnel de santé peut avoir des contraintes pour exécuter les tâches et cela peu impacter les prestations de soins. L'accès aux services de soins peut être difficile pour le patient avec des risques de glissades et de chutes.

3. LES RISQUES TRAUMATIQUES

Les risques de chute ne sont pas à négliger car ils peuvent causer beaucoup de tort aux usagers : patient, prestataires, accompagnants.

Quelles sont les causes des chutes ?

- Les surfaces humides ou graisseuses;
- Les déversements accidentels de liquides;
- Les tapis et couvre-planchers décollés ou mal fixés;
- Les revêtements de sol qui ont des degrés d'adhérence différents d'un endroit à l'autre;
- Le manque d'éclairage.

La prévention des risques de chutes dans les structures de santé passe par :

- Dégagement au mieux des allées;
- Respect de la procédure de nettoyage des sols
- Bon éclairage de toute la structure

4. RISQUE D'EXPLOSION

Pour prévenir le risque d'explosion, la priorité est d'empêcher la formation d'atmosphère explosive. A défaut, il faut éliminer les sources d'inflammation et mettre en oeuvre des mesures permettant d'atténuer les effets potentiels d'une explosion. Certains entreposages de médicaments et produits chimiques dangereux dans certains services peuvent en être la cause et impacter la sécurité des patients (labo, pharmacie)

Exemples : Service de laboratoire (non respect des règles de stockage des réactifs), Utilisation inappropriée de bonbonne de gaz dans les salles d'hospitalisation, salle de garde.

DOSTH

VI. MODULE 4 : COMMUNICATION



SESSION 1 : GÉNÉRALITÉS SUR LA COMMUNICATION

La communication entre patient et soignant est un levier majeur qui permet d'assurer la qualité des soins. D'après la Haute Autorité de Santé, le défaut de communication est l'une des causes majeures d'évènements indésirables associés aux soins. Il est donc clair pour les deux parties qu'une bonne communication est à privilégier pour garantir la qualité des soins et la sécurité des patients et donc leur guérison.

Les patients, les familles et les communautés participent ensemble à la santé. C'est pourquoi la communication est un élément primordial pour créer un cadre d'échange entre ces différents acteurs. Communiquer : « c'est être en relation, c'est mettre en commun ».

En effet, elle constitue une approche qui favorise et facilite les changements dans les connaissances, attitudes, normes, croyances et comportements des individus. Elle fait référence à une série d'activités et de stratégies favorisant des habitudes et des comportements sains.

La communication est ainsi un processus interactif et participatif à double voie. Elle permet d'échanger des données, des informations, des idées, des connaissances, des opinions et des décisions et favorise des changements durables de comportements ou l'adoption de comportements nouveaux en vue d'améliorer une situation donnée et dans ce cas précis la sécurité des patients.

Elle permet d'atteindre les patients par le biais de messages ciblés en exploitant de multiples canaux de communication et diverses approches dont la communication interpersonnelle.

Elle doit être intégrée dans le curriculum de formation des soignants (faculté de médecine, institut de formation des paracliniques).

SESSION 2 : COMMUNICATION INTERPERSONNELLE

La communication interpersonnelle ou communication de proximité, se définit par l'échange de messages et de codes entre deux individus. La notion de distance constitue un vecteur très important de la communication, car elle permet d'identifier quel genre de communication les interlocuteurs s'octroient. Les relations interpersonnelles, domaine relatif aux relations humaines, ont lieu lorsqu'au moins deux personnes sont en interaction.

L'objectif de la communication interpersonnelle est de véhiculer l'information entre les personnes afin que le message soit bien perçu et compris. Elle va permettre d'établir des relations, des échanges d'informations entre les individus en toute confiance. Elle se base sur plusieurs stratégies pour sensibiliser une personne.

Il s'agit de : l'entretien individuel ; le counseling ; la causerie

A. L'ENTRETIEN INDIVIDUEL

C'est une concertation en face à face pendant laquelle le prestataire encourage le patient à partager librement ses problèmes et ses besoins dans le cadre de sa prise en charge. Elle permet de passer en revue les problèmes, de transmettre l'information choisie et de répondre à des questions précises. Durant cette communication, le prestataire prend le soin de recueillir le consentement éclairé du patient avant la réalisation de certains actes .

Le consentement éclairé : l'information du malade et son consentement éclairé sont à la base de la relation de soins. Le patient a droit à une information intelligible, claire et loyale sur son état de santé. Ce droit à l'information incombe à tout professionnel de santé, dans son domaine de compétences. L'information porte sur son état de santé, la nature, l'utilité, l'urgence des actes et des traitements médicaux ainsi que sur les conséquences et les risques qu'ils peuvent comporter, mais aussi sur les frais engagés.

Seules l'urgence et l'impossibilité d'informer peuvent le dispenser. Lorsque la personne n'est pas en état d'exprimer sa volonté, la personne de confiance, ou la famille ou, à défaut, un de ses proches doit être consulté préalablement.



Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché auprès de la tutelle.

B. LE COUNSELING

Le counseling ou « relation d'aide » en français est un concept d'origine anglo-saxonne qui décrit ce qui se passe lors de l'aide et du soutien à une personne en situation difficile. La première caractéristique est d'apporter une aide, une facilitation, une médiation à un groupe ou une personne dans son contexte propre. Elle est fréquemment utilisée en santé pour aider les patients à comprendre une situation donnée et à prendre les décisions adéquates. Dans le cadre de la sécurité des patients, il est important de prendre en compte cette stratégie de communication interpersonnelle.

C. LA CAUSERIE

Les causeries permettent de créer un réel moment d'échanges et de partage entre chaque collaborateur, pendant lequel chacun peut s'exprimer.

La causerie éducative n'est donc pas un enseignement didactique, mais plutôt un échange entre l'animateur et les participants (animateur/participants, participants/participants). C'est une technique d'animation d'un petit groupe en vue d'apporter des messages précis à celui-ci.

Elle comporte quatre (04) étapes qui sont :

1. La préparation ;
2. L'exécution ;
3. L'évaluation ;
4. La clôture.

Une causerie est une conférence informelle d'un interprète, faite sur un ton familier et qui est souvent accompagnée d'une démonstration, d'une animation ou même d'un diaporama. Elle peut être un bon moyen d'occuper les patients au niveau des salles d'attentes lors de leur passage dans les structures sanitaires.

Exemple :

Un prestataire qui reçoit un patient en consultation, l'accent doit être mis sur :

- **Le visuelle** (apparence, expression du visage, attitude, geste) 55%;
- **Le volet auditif** (style d'élocution, volume de la voix, inflexion) 38% ;
- **Le verbal** (contenu du discours) 7%.

Une causerie est une conférence informelle d'un interprète, faite sur un ton familier et qui est souvent accompagnée d'une démonstration, d'une animation ou même d'un diaporama. Elle peut être un bon moyen d'occuper les patients au niveau des salles d'attentes lors de leur passage dans les structures sanitaires.

SESSION 3 : AUTRES TYPES DE COMMUNICATIONS

Il existe d'autres types de communication à savoir :

- **La communication événementielle** : est une technique de communication reposant sur la création et ou l'organisation d'évènement : congrès, foires, etc.
- **Communication de groupe** : un émetteur s'adresse à plusieurs récepteurs ciblés.
- **Communication de masse** : un émetteur s'adresse au plus grand nombre de récepteurs.
- **Communication institutionnelle** : regroupe un ensemble d'actions orientées uniquement vers la promotion de l'image et des valeurs d'une entreprise ou d'une structure auprès de ses différents clients, en interne comme à l'externe : collaborateurs, actionnaires, partenaires, etc.).

C'est une communication rassurante . Elle est encore appelée communication corporate et s'intéresse à la promotion des soins et services de qualité.

La communication est généralement placée sous la responsabilité d'un manager ou d'un directeur le remplacer par le chargé de la communication de la structure. Elle permet à une institution de mieux s'intégrer dans son environnement et d'améliorer la perception de son rôle par ses différentes cibles.



Quel que soit la stratégie de communication utilisée, il est important pour le prestataire de créer une atmosphère chaleureuse, et d'avoir un sourire sur son visage afin que le patient ait envie de parler.

CONCLUSION

L'engagement en faveur de la sécurité des patients dans le monde n'a cessé de croître depuis la fin des années 1990 car à l'échelle mondiale, quatre (04) patients sur dix (10) subissent des préjudices dans les structures de soins de santé primaires ou de soins ambulatoires. Les erreurs les plus importantes sont liées au diagnostic, aux prescriptions et à l'utilisation irrationnelle de médicaments (OMS). La proportion de préjudices évitables peut atteindre 80%. Aujourd'hui plus que jamais, la sécurité des patients doit être au coeur de tout système de santé qui s'engage dans une démarche d'amélioration continue pour une qualité de l'offre de soins.

BIBLIOGRAPHIE

- Guide sur la sécurité des patients de l'OMS
- OMS Sécurité des patients
- Rapport Sécurité des patients 2019 A72 du 27 Mars 2019
- Guide pédagogique de l'OMS sur la sécurité des patients
- Guide pour la mise en place d'un système national d'hémovigilance de l'OMS
- Guide de formation sur la vaccination contre la Covid-19 à l'intention du niveau opérationnel
- Guide sur le paludisme
- Guide National de pharmaco vigilance
- Guide de métrologie à l'usage des laboratoires d'analyse de biologie
- Manuel d'évaluation de la Sécurité des patients.
- Respect de la confidentialité dans les établissements de santé

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE SUR PRÉ DON DE SANG

	QUESTIONNAIRE PRE-DON	COL-EN01-04
--	-----------------------	-------------

Prénom(s) : Nom : Sexe :
 Né(e) le/...../..... à Profession :
 Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Autre Adresse :
 Email : Téléphone :

Avez-vous déjà reçu du sang ?		Oui ☐	Non ☐
Si oui, dans quel pays ?			
Ne concerne que les femmes			
Avez-vous accouché dans les 6 derniers mois ?		Oui ☐	Non ☐
Etes-vous enceinte ?		Oui ☐	Non ☐
Etes-vous en période de règles ?		Oui ☐	Non ☐
Etat général et antécédents médico-chirurgicaux			
Vous sentez vous en bonne santé ?		Oui ☐	Non ☐
Avez-vous déjà été opéré ?		Oui ☐	Non ☐
Cochez parmi les affections suivantes, celle (s) que vous avez eue (s) ou que vous avez actuellement			
☐ Troubles cardiaques	☐ Epilepsie	☐ Infarctus	☐ Allergie
☐ Paludisme	☐ Jaunisse	☐ Tuberculose	☐ Grippe
☐ Cancer	☐ Troubles de la coagulation	☐ Drépanocytose	☐ Diabète
☐ Eruption cutanée	☐ Autres :		
Dans les 4 derniers mois			
Avez-vous été malade ?		Oui ☐	Non ☐
Avez-vous consulté un médecin ?		Oui ☐	Non ☐
Avez-vous pris ou prenez-vous des médicaments, même une aspirine ?		Oui ☐	Non ☐
Si OUI : précisez lesquels :			
Avez-vous fait un tatouage ?		Oui ☐	Non ☐
Etes-vous allé chez le dentiste ?		Oui ☐	Non ☐
Avez-vous subi un examen endoscopique ?		Oui ☐	Non ☐
Avez-vous eu une maladie sexuellement transmissible ou un traitement pour cela		Oui ☐	Non ☐
Avez-vous eu une relation sexuelle avec un (e) nouveau (elle) partenaire ?		Oui ☐	Non ☐
Un proche a-t-il été atteint d'une maladie infectieuse (Jaunisse, Hépatite, Sida, Eruption cutanée...) ?		Oui ☐	Non ☐
Risques liés au voyage			
Dans les trois dernières années, avez-vous séjourné en dehors du Sénégal ?		Oui ☐	Non ☐
Dans quel (s) pays :			
Tolérance au don			
Après le don, avez-vous une activité physique, sportive ?		Oui ☐	Non ☐
Votre dernier Don, s'est-il bien déroulé ?		Oui ☐	Non ☐
Consentement			
Je consens au don, pour le dépistage (VIH, VHB, VHC et Syphilis) et pour la notification des résultats anormaux		Oui ☐	Non ☐
Taux Hb :	TA :	Poids :	
Observation :	Le/...../20.....	Médecin :	
Durée :	Volume :	Préleveur :	
Evènement indésirable :			

Le Donneur

ANNEXE 2 : FICHE DE NOTIFICATION DE RÉACTIONS TRANSFUSIONNELLES

	CENTRE NATIONAL DE TRANSFUSION SANGUINE	Réf : PO05-EN02-01
	ENREGISTREMENT	Date : 13/07/2020
		Page 1 sur 2
FICHE DE NOTIFICATION DE REACTIONS TRANSFUSIONNELLES		

N°.....

IMPORTANT : Dans tous les cas de réaction transfusionnelle, arrêter immédiatement la transfusion et renvoyer au CNTS :

- 1 - Le produit sanguin labile (PSL) incriminé
- 2 - Un échantillon de sang du receveur
- 3 - Cette fiche dûment remplie

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

Nom et Prénoms : Sexe : ☐ M ☐ F
 Age : Service : Salle/Lit :
 Diagnostic : Groupe Sanguin :
 Motifs de transfusion : Clinique Biologique

2. PSL INCRIMINE

Numéro de la poche :

Date du prélèvement : / /

Type de PSL

- ☐ Sang Total
☐ Concentré de Globules Rouges
☐ Plasma Frais Congelé
☐ Concentrés Plaquettaires Standards

3. DESCRIPTION DE LA REACTION TRANSFUSIONNELLE

3.1 Manifestations cliniques			
☐ Température °C		☐ Fièvre	
☐ Pression artérielle mmHg		☐ Frisson	
☐ Fréquence cardiaque puls/mn		☐ Hypotension	
☐ Bronchospasme		☐ Nausées	
☐ Céphalée		☐ Prurit	
☐ Choc		☐ Signe d'OAP	
☐ Diarrhée		☐ Toux	
☐ Douleurs lombaires		☐ Urticaire	
☐ Douleurs thoraciques		☐ Urticaires	
☐ Dyspnée		☐ Vomissements	
☐ Erythème		☐ Autres (préciser)	
3.2 Signes biologiques			
☐ Hémoglobine g/dl		☐ Augmentation de la ferritine > 1000 ng/ml	
☐ Test de Coombs positif	☐ Oui ☐ Non	☐ Apparition d'allo-anticorps	
☐ Bilirubine mg/l		☐ Découverte d'un marqueur viral	
☐ Hémoglobinurie		☐ Autres manifestations biologiques	

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple - Un But - Une Foi

Loi n° 2020-26

relative à la transfusion
sanguine et aux médicaments
dérivés du sang

L'Assemblée nationale a adopté en sa séance du vendredi 26 juin 2020,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Chapitre premier. – Dispositions générales

Article premier. – La présente loi définit le cadre institutionnel et le régime juridique de la pratique transfusionnelle et de l'approvisionnement en médicaments dérivés du sang.

Article 2. – Au sens de la présente loi, on entend par :

- **acte transfusionnel** : processus réalisé au niveau des services de soins, passant de l'étape de la prescription, à celle de l'administration et de la traçabilité du produit sanguin transfusé ;
- **analyses immuno-hématologiques** : examens médicaux destinés à identifier les différents antigènes et anticorps correspondant aux groupes sanguins ;
- **donneur régulier** : donneur ayant donné une ou plusieurs fois son sang dans les trois dernières années ;
- **hémovigilance** : ensemble des procédures de surveillance et d'évaluation des incidents ainsi que des effets indésirables survenant chez les donneurs ou les receveurs de produits sanguins labiles ;
- **machine à cytophérèse** : appareil utilisé pour le prélèvement d'un seul type de composant du sang et restituant les autres dans la circulation sanguine ;
- **médicaments dérivés du sang** : substances thérapeutiques fabriquées à partir du sang humain par des procédés industriels ;
- **produits sanguins** : produit issu du sang d'un donneur et destiné à être transfusé à un patient ;
- **produits sanguins labiles** : produit issu du sang d'un donneur et dont l'utilisation n'est possible que pendant une brève période de conservation ;

ANNEXE 4 : PROCÉDURE D'IDENTITOVIGILANCE

DQSHH	PROCEDURE	Indexation : ???? Version:???
	Identification des patients	Page:??

	NOM	FONCTION	DATE ET VISA
REDACTEUR			
VERIFICATEUR			
APPROBATEUR			

DATE D'APPLICATION	
DATE DE FIN DE VALIDITE	

SOMMAIRE :	
I- OBJET	2
IV. REFERENCES ET DOCUMENTS ASSOCIES	2
V. DEFINITIONS ET ABREVIATIONS.....	3
VI. DESCRIPTION DE LA PROCEDURE	3
VII. LISTE DE DISTRIBUTION	5
VIII. HISTORIQUE DES MODIFICATIONS	5

DQSHH	PROCEDURE	Indexation : ????
	Identification des patients	Version: ??? Page: ??

I- OBJET

Cette procédure fait le point sur les moyens de maîtriser et contrôler l'identité des patients, c'est ce qu'on appelle l'identitovigilance.

II. DOMAINE D'APPLICATION

Cette procédure s'adresse en priorité aux agents habilités à enregistrer et à modifier des identités dans les services et fonctions suivants :

- Services d'accueil d'hôpital ;
- Admissions ;
- Consultations externes ;
- Consultations à domicile ;
- Urgences ;
- Maternité ;
- Services de réanimation et soins intensifs ;
- Services cliniques et médicotéchniques ;
- Blocs opératoires.
- Les secrétaires qui prennent les rendez-vous, accueillent et enregistrent les patients ;
- Les manipulateurs qui réalisent les actes ;
- Les médecins radiologues ;
- Le responsable informatique ;
- Le responsable des archives ;
- Le service de comptabilité ;
- Le responsable qualité.

III. RESPONSABILITES ET AUTORITES

Le service qualité de la structure de santé a la responsabilité de suivre les mises à jour de la procédure, de l'archivage et de la destruction. Elle doit veiller à l'application de cette procédure. Le responsable du service doit régulièrement contrôler la mise en application de la procédure à travers des audits internes.

IV. REFERENCES ET DOCUMENTS ASSOCIES

- Quelques recommandations pour la mise en œuvre de l'identitovigilance dans les établissements de santé, Groupe de travail de la CCREVI de Midi-Pyrénées, juillet 2009
- Charte régionale d'identitovigilance, ARS Île-de-France, version janvier 2014
- Règlement intérieur de l'AP-HP • Mémento de l'administrateur de garde : DAJ (novembre 2017)
- Comment-maîtriser-l'identification-des-patients-Santopta
- Guideidentitovigilance_octobre2019

DQSHH	PROCEDURE	Indexation : ????
	Identification des patients	Version:???
		Page:??

V. DEFINITIONS ET ABREVIATIONS

1. Définitions

Identitovigilance : L'identitovigilance est un système de surveillance et de prévention des erreurs et risques liés à l'identification des patients.

Identité : L'identité du patient est la représentation d'une personne physique du monde réel dans le système d'information, électronique ou papier. L'identité est souvent composée d'un identifiant (= un numéro, souvent appelé IPP : Identifiant Permanent du Patient) et d'un profil de traits.

Identifiant : C'est le numéro unique qui est attribué de façon définitive au patient dès son premier contact avec l'établissement de santé.

Traits : Ce sont les caractéristiques du patient, constituant de son identité.

On distingue :

- **Les traits stricts** : nom de famille, nom marital, prénom, sexe, date de naissance, ...
Le plus connu est le système NPDS : Nom, Prénom, Date de naissance, Sexe.
- **Les traits étendus** : adresse, lieu de naissance, numéro de téléphone, ... Ils sont utilisés pour compléter l'identité du patient. Ce sont des données administratives, plus ou moins neutres au regard de la confidentialité des données individuelles qui permettent de sélectionner le patient dans une liste.
- **Les traits complémentaires** : comme par exemple le groupe sanguin ou la pathologie. Ils sont utilisés pour fournir des informations médicales, administratives ou autres. Cette dernière catégorie est confidentielle. Elle ne sera utilisée que par des professionnels habilités en cas de doute persistant.

2. Abréviations

Par Exemple :

DGES : Direction Générale des Etablissements de Santé

DQSHH : Direction de la Qualité de la Sécurité et de l'Hygiène hospitalières

DQ : Division Qualité

TDR : Termes de références

VI. DESCRIPTION DE LA PROCEDURE

L'identitovigilance est un système de surveillance et de prévention des erreurs et risques liés à l'identification des patients. Son objectif est de fiabiliser l'identification du patient et des

DQSHH	PROCEDURE	Indexation : ????
	Identification des patients	Version:???? Page:??

documents le concernant pour contribuer à la qualité de sa prise en charge. L'identitovigilance n'est pas une vigilance sanitaire réglementaire. C'est d'abord :

La définition des bonnes pratiques ;

La déclaration des dysfonctionnements ;

L'analyse systémique des erreurs ;

La mise en place d'actions correctives et/ou préventives.

- **LE QUESTIONNEMENT DU PATIENT**

- Saluer ;
- Vérifier s'il s'agit du patient ou d'un proche ;
- Demander la pièce d'identité du patient ;
- Demander le nom de naissance, le prénom et le nom usuel du patient en cas d'absence de justificatif d'identité ;
- Première venue ou non ;
- Compléter l'information en demandant la date de naissance et l'adresse habituelle du patient.

- **L'ENREGISTREMENT DE L'IDENTITÉ**

- **TRAITS STRICTS D'IDENTITÉ DU PATIENT :**

- Nom de naissance
- Premier prénom
- Date de naissance
- Sexe
- Lieu de naissance

- **TRAITS ÉTENDUS D'IDENTITÉ DU PATIENT :**

- Nom usuel : si le nom usuel est identique au nom de naissance, cocher « synchroniser » (à côté du nom usuel) ;
- Liste des prénoms suivant le premier prénom ;
- Adresse habituelle ;
- Adresse temporaire ;
- Numéro de téléphone portable et adresse mail.

- **TRAITS COMPLÉMENTAIRES DU PATIENT :**

DQSHH	PROCEDURE	Indexation : ???? Version:???
	Identification des patients	Page:??

- Proche du patient : saisir le nom, le prénom du proche à prévenir ainsi que son numéro de téléphone

- **LA CONFIRMATION DE L'IDENTITÉ**

La confirmation de l'identité est un élément clé de fiabilisation de l'identité. Une identité confirmée rend définitive la saisie des traits stricts d'identité du patient :

- Nom de naissance
- Premier prénom
- Date de naissance
- Sexe
- Lieu de naissance

La confirmation de l'identité n'est possible que si le patient présente une des pièces suivantes :

- Carte nationale d'identité ;
- Passeport ;
- Extrait de naissance ;
- Permis de conduire numérisé ;
- Carte d'égalité des chances ;
- Carte de séjour, etc...

VII. LISTE DE DISTRIBUTION

- DGES
- DQSHH
- Chef division Qualité
- Chef bureau Gestion des risques
- Chef bureau gestion des déchets biomédicaux
- Chef bureau suivi-évaluation

VIII. HISTORIQUE DES MODIFICATIONS

Date d'application	Version	Modifications
---------------------------	----------------	----------------------

DQSHH	PROCEDURE	Indexation : ????
		Version:???
	Identification des patients	Page:??

Cf. date d'application	01	Première version
------------------------	----	------------------

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple - Un But - Une Foi

MINISTRE DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION

**DECRET PORTANT APPLICATION DE LA LOI N° 2009 - 11 du 23
janvier 2009 RELATIVE AUX LABORATOIRES D'ANALYSES DE BIOLOGIE
MEDICALE**

RAPPORT DE PRESENTATION

Le présent décret est pris en application de la loi relative aux laboratoires d'analyses de biologie médicale.

Il fixe les conditions d'autorisation et de dispense des laboratoires d'analyses pour une personne physique et pour une personne morale.

Il fixe également les dispositions concernant :

- les comptes-rendus d'analyses de biologie médicale ;
- la plaque professionnelle du laboratoire ainsi que les horaires de fonctionnement ;
- les transmissions de prélèvement aux fins d'analyses ne relevant pas de la capacité dudit laboratoire ;
- les normes de personnels ;
- les conditions de remplacement en cas d'absence ;
- l'élimination des déchets biomédicaux ;
- les contrôles de qualité des analyses ;
- les sanctions administratives et disciplinaires ;
- les conditions d'autorisation des succursales pour une personne morale.

Telle est l'économie du présent projet de décret.

Le Ministre de la Santé
et de la Prévention



*Principes directeurs concernant
les systèmes de gestion de la sécurité
et de la santé au travail
ILO-OSH 2001*

Au début du XXI^e siècle, les répercussions économiques et humaines de conditions de travail peu sûres et malsaines sont encore importantes. Ces principes directeurs demandent la mise en place de politiques cohérentes pour protéger les travailleurs face aux risques professionnels tout en améliorant la productivité. Ils fournissent des outils et approches pratiques pour aider les organisations, institutions nationales compétentes, employeurs, travailleurs et autres partenaires dans l'établissement, la mise en œuvre et l'amélioration des systèmes de gestion de la sécurité et de la santé au travail, en vue de réduire les lésions, dégradations de la santé, maladies, incidents et décès liés au travail.

Ces principes directeurs peuvent être appliqués à deux échelles : à l'échelle nationale et à celle de l'organisation. À l'échelle nationale, ils permettent la mise en place d'un cadre national pour les systèmes de gestion de la sécurité et de la santé au travail soutenu de préférence par la législation et la réglementation nationales. Ils fournissent également des informations précieuses pour la mise au point de mécanismes volontaires tendant à renforcer le respect des réglementations et normes qui permettent, à leur tour, une amélioration continue de la sécurité et de la santé au travail.

À l'échelle de l'organisation, les principes directeurs encouragent l'intégration des éléments du système de gestion de la sécurité et de la santé au travail comme composant important de la politique et des mécanismes de gestion. Les organisations, les employeurs, les propriétaires, le personnel de direction, les travailleurs et leurs représentants sont invités à appliquer des principes et méthodes appropriés de gestion de la sécurité et de la santé au travail afin d'améliorer les résultats en la matière.

Les employeurs et institutions nationales compétentes ont l'obligation et le devoir d'organiser la sécurité et la santé au travail. L'application de ces directives leur offre un moyen efficace de s'en acquitter.



Prix: 20 francs suisses

*Principes directeurs
concernant
les systèmes
de gestion
de la sécurité
et de la santé
au travail*

ILO-OSH 2001



BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL - GENÈVE

REPUBLIQUE DU SENEGAL

.....
Un Peuple-Un But-Une Foi

Loi n° 2020-26

relative à la transfusion
sanguine et aux médicaments
dérivés du sang

L'Assemblée nationale a adopté en sa séance du vendredi 26 juin 2020,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Chapitre premier. – Dispositions générales

Article premier. – La présente loi définit le cadre institutionnel et le régime juridique de la pratique transfusionnelle et de l'approvisionnement en médicaments dérivés du sang.

Article 2. – Au sens de la présente loi, on entend par :

- **acte transfusionnel** : processus réalisé au niveau des services de soins, passant de l'étape de la prescription, à celle de l'administration et de la traçabilité du produit sanguin transfusé ;
- **analyses immuno-hématologiques** : examens médicaux destinés à identifier les différents antigènes et anticorps correspondant aux groupes sanguins ;
- **donneur régulier** : donneur ayant donné une ou plusieurs fois son sang dans les trois dernières années ;
- **hémovigilance** : ensemble des procédures de surveillance et d'évaluation des incidents ainsi que des effets indésirables survenant chez les donneurs ou les receveurs de produits sanguins labiles ;
- **machine à cytophérèse** : appareil utilisé pour le prélèvement d'un seul type de composant du sang et restituant les autres dans la circulation sanguine ;
- **médicaments dérivés du sang** : substances thérapeutiques fabriquées à partir du sang humain par des procédés industriels ;
- **produits sanguins** : produit issu du sang d'un donneur et destiné à être transfusé à un patient ;
- **produits sanguins labiles** : produit issu du sang d'un donneur et dont l'utilisation n'est possible que pendant une brève période de conservation ;

- **qualification biologique** : réalisation des tests de laboratoire destinés à s'assurer de l'absence de tout agent infectieux transmissible par le sang ;
- **saignée** : procédure thérapeutique consistant à réduire la quantité de sang chez les patients souffrant de polyglobulie ;
- **transfusion autologue** : procédure consistant à administrer du sang prélevé chez un patient dans sa propre circulation sanguine ;
- **transfusion sanguine** : procédure consistant à administrer par injection intraveineuse un produit sanguin dans l'organisme d'un patient ;
- **urgence thérapeutique** : situation nécessitant le recours à un traitement d'urgence.

Chapitre II.- Les organes

Article 3- Les structures de transfusion sanguine sont :

- le Centre national de Transfusion sanguine (CNTS) ;
- les Centres régionaux de Transfusion sanguine (CRTS) ;
- les Postes de Transfusion sanguine (PTS) et Dépôts de sang (DS).

Le service de santé des armées est autorisé à exploiter des structures de transfusion, conformément aux conditions de pratiques définies dans la présente loi.

Article 4.- Le Centre national de Transfusion sanguine (CNTS) a pour mission de mettre en œuvre la politique nationale de transfusion sanguine.

A ce titre, il est notamment chargé :

- d'assurer le recrutement des donneurs de sang, les prélèvements, la qualification biologique, la conservation et la distribution du sang dans tout le pays à travers ses différents démembrements ;
- de gérer l'approvisionnement des structures transfusionnelles en équipements et réactifs au niveau national ;
- de veiller à la coordination des systèmes de management de la qualité et d'hémovigilance au niveau national ;
- de procéder à la collecte et à l'analyse des données nationales en transfusion sanguine ;
- d'assurer la formation et la recherche en transfusion sanguine ;
- de contribuer au développement d'activités de diagnostic et de prise en charge des maladies du sang.

Article 5.- Les Centres régionaux de transfusion sanguine (CRTS) sont créés dans les capitales régionales, à proximité des hôpitaux et sont sous l'autorité du Centre national de transfusion sanguine (CNTS).

Ils ont pour missions de mener des activités de recrutement des donneurs de sang, de prélèvements, de qualification biologique, de conservation, de distribution et de coordination des activités d'hémovigilance au niveau régional.

Article 6.- Les postes de transfusion sanguine (PTS) peuvent être créés dans les établissements publics de santé sur demande du Directeur de l'EPS concerné et après avis du Directeur du Centre national de transfusion sanguine (CNTS).

Ils sont sous l'autorité technique des Centres régionaux de transfusion sanguine (CRTS) et sous la tutelle administrative et financière du centre hospitalier qui les abrite. Leurs missions sont limitées au recrutement des donneurs, à la conservation, à la distribution, aux analyses immuno-hématologiques chez les receveurs et à la coordination des actions d'hémovigilance. Ces postes de transfusion peuvent, cependant, mener des activités de qualification biologique des dons de sang en cas de nécessité.

Article 7.- Les dépôts de sang peuvent être créés dans les structures sanitaires où le besoin se justifie avec comme objectif la conservation et la distribution de sang provenant du CNTS, des CRTS ou des PTS qui en assurent la tutelle technique. Ces dépôts peuvent également assurer les analyses immuno-hématologiques chez les receveurs et la coordination des actions d'hémovigilance dans leurs structures.

Les modalités de fonctionnement des Centres régionaux de transfusion sanguine (CRTS), des postes de transfusion sanguine (PTS) et des dépôts de sang (DS) seront précisées par décret

Chapitre III.- Modalités de prélèvement du don de sang

Article 8.- Le donneur est une personne, d'âge compris entre dix-huit (18) et soixante (60) ans, qui donne son sang volontairement et sans rémunération de quelque nature que ce soit. Le don de sang est autorisé jusqu'à 65 ans pour les donneurs réguliers. La périodicité à respecter entre deux (2) dons de sang doit être au moins égale à trois (3) mois chez l'homme et à quatre (4) mois chez la femme.

Aucune contrainte physique, morale ou financière ne doit s'exercer sur le donneur de sang.

Le prélèvement sur des mineurs de plus de 17 ans, peut être effectué en cas d'urgence thérapeutique ou lorsqu'il n'a pu être trouvé de donneur majeur immunologiquement compatible, à la condition que la personne investie de l'autorité parentale ne s'y oppose par écrit.

Dans tous les cas, le poids minimal doit être au moins de 50 kilogrammes.

Article 9.- Tout prélèvement doit être précédé d'un examen médical pour s'assurer que l'état de santé de la personne permet de le supporter et pour identifier chez le candidat au don de sang, des facteurs de risque par rapport à la transmission d'agents infectieux.

Le donneur de sang a l'obligation de fournir toute information qui puisse contribuer à la décision d'autoriser ou non le prélèvement.

Article 10.- L'anonymat entre le donneur et le receveur doit être respecté. Il ne peut être dérogé à ce principe qu'en cas de nécessité thérapeutique.

Article 11.- Des prélèvements spécifiques de globules rouges, de plaquettes ou de plasma peuvent être réalisés par machine à cytophérèse, selon des conditions fixées par décret.

Article 12.- Le sang prélevé par saignée chez des patients dans un but thérapeutique ne peut être utilisé pour une transfusion sanguine.

Article 13.- Le prélèvement de sang peut être effectué chez un patient en vue d'une transfusion autologue, selon des modalités fixées par décret.

Chapitre IV.- Examens de laboratoires, de la préparation, de la conservation, de la distribution et de l'utilisation des produits sanguins

Article 14.- Le sang, objet du don doit faire l'objet d'analyses biologiques pour le dépistage d'agents infectieux. Toute personne candidate au don doit être informée des analyses biologiques effectuées sur le sang qui lui est prélevé. Les résultats issus de ces analyses sont portés à sa connaissance avec toute la confidentialité requise.

Article 15.- Les prélèvements, la préparation, les examens de laboratoire, la conservation et la distribution du sang ainsi que la gestion des déchets biomédicaux doivent être exclusivement effectués sous la responsabilité d'un médecin ou d'un pharmacien qualifié en transfusion sanguine.

Les exigences techniques de ces activités sont précisées par décret.

La délivrance de produits sanguins ne peut être effectuée que sur présentation d'une ordonnance médicale.

Article 16.- Les conditions de conservation des différents produits sanguins depuis la structure qui délivre le sang jusqu'au lit du malade sont fixées par décret.

Article 17.- L'acte transfusionnel est sous la responsabilité du médecin prescripteur qui doit en assurer la surveillance. Il doit s'assurer de la compatibilité du groupe sanguin du sang transfusé avec celui du receveur juste avant la transfusion de sang. L'acte transfusionnel ne peut être réalisé que dans un milieu de soins.

Article 18.- L'hémovigilance a pour objet la surveillance, le recueil et l'évaluation des effets indésirables survenant chez les donneurs ou les receveurs de produits sanguins labiles afin d'enquêter sur les causes et les conséquences de tels effets et de prévenir leur apparition ou leur récurrence. Les règles de fonctionnement de l'hémovigilance sont fixées par décret.

Article 19.- L'importation et l'exportation de médicaments dérivés du sang sont soumises aux dispositions de la réglementation en vigueur relative aux médicaments. A défaut de préparation industrielle au Sénégal, le Centre national de Transfusion sanguine peut conclure des contrats de sous-traitance du plasma dont il dispose avec des établissements de fractionnement en vue de la préparation de médicaments dérivés du sang.

Chapitre V.- Dispositions pénales

Article 20.- Est punie d'un emprisonnement d'un (1) à trois (3) mois et d'une amende de cent mille (100. 000) à quatre cent mille (400. 000) francs CFA ou l'une de ces deux peines seulement, toute personne faisant le commerce de son propre sang.

Article 21.- Est puni d'un emprisonnement de trois (3) mois à un (1) an et d'une amende de cinq cent mille (500 .000) à un million (1. 000. 000) de francs CFA, ou l'une de ces deux peines seulement, toute personne qui vend le sang d'autrui.

Article 22.- Est punie d'un emprisonnement d'un (1) à trois (3) ans et d'une amende de cinq cent mille (500. 000) à cinq millions (5. 000 .000) de francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement, toute personne qui prélève du sang en violation des articles 8 et 9 de la présente loi.

La confiscation du matériel ayant servi à cette activité ou l'ayant permis sera prononcée.

Article 23.- Est puni d'un 'emprisonnement d'un (1) à trois (3) ans et d'une amende de cinq cent mille (500. 000) francs à cinq millions (5. 000 .000) de francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement, toute personne qui crée ou exploite une structure

qui collecte ou prépare des produits sanguins, en violation de l'article 3 de la présente loi.

La confiscation du matériel ayant servi à cette activité ou l'ayant permis sera prononcée.

Article 24.- Est punie d'un emprisonnement d'un (1) à trois (3) ans et d'une amende de cinq cent mille (500.000) à cinq millions (5.000 000) de francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement, toute personne qui, de manière frauduleuse, importe, exporte ou facilite le commerce de produits sanguins d'origine humaine.

Article 25.- Est punie d'un emprisonnement d'un (1) à trois (3) ans et d'une amende de cinq cent mille (500.000) à deux millions (2.000.000) de francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement, toute personne qui passe outre les décisions de suspension, de retrait d'agrément technique ou de fermeture de son établissement.

Article 26.- Les infractions prévues par la présente loi seront considérées comme étant, au point de vue de la récidive, un même délit.

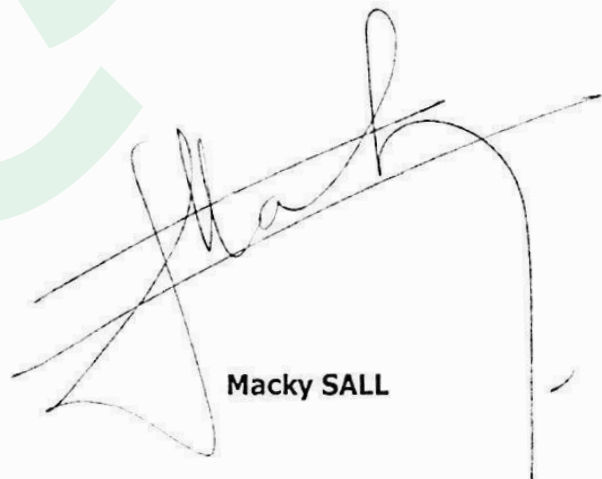
Dans les cas prévus aux articles 20, 21, 22, 23, 24 et 25, lorsqu'il y a récidive, l'emprisonnement est obligatoirement prononcé et ne pourra assorti du bénéfice du sursis.

Chapitre VI. - Dispositions finales

Article 27.- Les modalités d'exécution de la présente loi sont fixées par décret.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Dakar, le **03 juillet 2020**



Macky SALL

