

REPUBLIQUE DE GUINÉE  
Travail-Justice-Solidarité



MINISTRE DE LA SANTÉ

**POLITIQUE NATIONALE DE LA PREVENTION ET  
DE CONTROLE DES INFECTIONS (PCI) EN  
GUINEE**

**Août 2016**

## **PREFACE**

Au cours de l'année 2014, contre toute attente une épidémie de la maladie à virus Ebola est survenue dans notre pays entraînant des conséquences néfastes sur tous les domaines de la vie économique et sociale. Parmi les personnes affectées, le personnel de la santé a payé un lourd tribut en tant qu'agent d'avant-garde de la lutte contre cette maladie. Les audits qui ont été fait autour des différents cas de décès du personnel ont permis de constater que les causes d'infection se situaient au niveau d'un certain nombre de facteurs organisationnels, humains et matériels.

Sur le plan organisationnel : la programmation des activités n'était pas faite de manière à limiter le nombre de points de soins dans les établissements de soins. Les comités d'hygiène et de sécurité mis en place étaient peu opérationnels.

Sur le plan humain : le personnel de santé avait peu de connaissances sur le système de triage et de sécurité biologique face à la maladie.

Sur le plan matériel : les structures ne disposaient pas d'équipements de protection en quantité suffisante pour pratiquer les actes médicaux avec les normes requises.

Face à cette situation et dans le but de renforcer la capacité de résiliences et de réponse de notre système de santé, le Ministre de la Santé a jugé essentiel d'élaborer un document de politique dans le domaine de la prévention et du contrôle de l'infection en tant que composante de la politique nationale de la qualité, de la prévention des risques et de la sécurité en mieux de soins. Il constitue la matérialisation de l'engagement du Gouvernement à tout mettre en œuvre pour bâtir un dispositif de sécurité au travail dans tous les établissements publics et privés du pays.

Le présent document de politique comprend cinq (5) parties :

1. Une analyse de la situation de la prévention et du contrôle de l'infection;
2. Les fondements et principes directeurs de la PCI;
3. Les orientations stratégiques;
4. Le cadre de la mise en œuvre;
5. Le mécanisme de suivi et d'évaluation de la politique nationale.

Sur la base du document de politique, il est élaboré le programme national de la PCI qui sert de cadre de référence et d'orientation pour l'ensemble des acteurs du système de santé, dans la réalisation de leurs activités en matière de Prévention et de Contrôle de l'Infection. Celle-ci étant un projet commun, j'invite chacun dans la chaîne de la prise en charge des usagers des structures de soins, à s'en inspirer comme outil de travail pour une bonne santé de toute la population guinéenne.

Le Ministre de la Santé

**DR ABDOURAHMANE DIALLO**

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>I</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE I. ANALYSE DE LA SITUATION.....</b>	<b>3</b>
<b>1. CONTEXTE NATIONAL .....</b>	<b>3</b>
<b>2. ETAT DES LIEUX DE LA PREVENTION ET LE CONTROLE DE L'INFECTION</b>	<b>8</b>
<b>2.1. Points forts .....</b>	<b>8</b>
<b>2.2. Points faibles.....</b>	<b>9</b>
<b>CHAPITRE II. FONDEMENTS, PRINCIPES DIRECTEURS ET VALEURS .....</b>	<b>11</b>
<b>1. FONDEMENTS.....</b>	<b>11</b>
<b>2. PRINCIPES DIRECTEURS .....</b>	<b>11</b>
<b>3. VALEURS.....</b>	<b>11</b>
<b>4. REFORMES .....</b>	<b>12</b>
<b>CHAPITRE III. ORIENTATION STRATEGIQUE.....</b>	<b>13</b>
<b>1. VISION.....</b>	<b>13</b>
<b>2. OBJECTIFS : .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 OBJECTIF GENERAL .....</b>	<b>13</b>
<b>3. AXES STRATEGIQUES.....</b>	<b>13</b>
<b>CHAPITRE IV. CADRE DE MISE EN ŒUVRE .....</b>	<b>15</b>
<b>CHAPITRE V. MECANISMES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE PCI.....</b>	<b>17</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>18</b>

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

AFD: Agence Française pour le Développement  
AGBF : Agence Guinéenne pour le Bien-être Familial  
AGRETO : Association Guinéenne pour la Réinsertion des Toxicomanes  
ALIMA: The Alliance for International Medical Action-Alliance pour l'action médicale internationale  
BAD: Banque Africaine de Développement  
BID: Banque Islamique pour le Développement  
CDC: Centers for Disease Control and Prevention- Centre de Préventions et Contrôle des Maladies Infectieuses  
CEDEAO : Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest  
CMC : Centres Médical Communal  
CSU : Centre de Santé Urbain  
CSU : Couverture Sanitaire Universelle  
DHIS : Information Sanitaire du District de Santé  
DPS : Direction Préfectorale de la Santé  
DRS : Direction Régionale de la Santé  
GAVI : Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination  
GIZ: Agence de coopération Allemande pour le développement  
HHA: Harmonization for Health in Africa- Harmonisation pour la Santé en Afrique  
IAS : Infections Associées aux Soins  
IHP: International Humanitarian Partnership  
JICA : Japan International Cooperation Agency-Agence Japonaise de Coopération Internationale  
MAE: Ministère des Affaires Etrangères Français  
MS: Ministère de la Santé  
MSF: Médecins Sans Frontières  
MUSKOKA : Projet sur la réduction de la mortalité infantile et maternelle au sommet du G8 à Muskoka (Canada)  
MVE: Maladie à Virus Ebola  
OAS : Organisation Ouest-Africaine de la Santé  
OMS: Organisation Mondiale pour la Santé  
ONG: Organisation Non-Gouvernementale  
ONUSIDA: Programme commun des Nations Unis sur le VIH/SIDA  
PCG: Pharmacie Centrale de Guinée  
PCI: Prévention et Contrôle des Infections  
PEC/PCI: Prise en Charge/Prévention et Contrôle des Infections  
PMI : President's Malaria Initiative-initiative du gouvernement américain visant à réduire les décès dus au paludisme dans la moitié dans les pays cibles en Afrique sub-saharienne.  
PNUD: Programme des Nations Unis pour le Développement  
SIDA: Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis  
SNIS : Système National d'Informations Sanitaire

SRAS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère

UA: Union Africaine

UE: Union Européenne

UNFPA: United Nations Population Funds-Fonds des Nations Unies pour la population

UNHCR : Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

UNICEF: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

USAID: Agence des États-Unis pour le développement international

USI: Unité de Soins Intensifs

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine.

## **INTRODUCTION**

Une infection est dite associée aux soins si 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 celle-ci. Lorsque l'état infectieux, au début de la prise en charge, n'est pas connu précisément, un délai d'au moins 48 heures ou un délai supérieur à la période d'incubation est couramment accepté pour définir une infection nosocomiale (IN) ou infection associée aux soins (IAS). Toutefois, il est recommandé d'apprécier, dans chaque cas, la plausibilité de l'association entre la prise en charge et l'infection.

Pour les infections du site opératoire, on considère habituellement comme associées aux soins, les infections survenant dans les 30 jours suivant l'intervention ou, s'il y a mise en place d'un implant, d'une prothèse ou d'un matériel prothétique dans l'année qui suit l'intervention. Toutefois, et quel que soit le délai de survenue, il est recommandé d'apprécier, dans chaque cas, la plausibilité de l'association entre l'intervention et l'infection, notamment en prenant en compte le type de germe en cause.

Les infections associées aux soins (IAS) touchent des centaines de millions de patients dans le monde chaque année. Ces infections sont à l'origine de pathologies graves, de prolongements de la durée du séjour dans les établissements de soins, d'invalidités à long terme, de coûts personnels importants pour les patients et leurs familles, de charges financières supplémentaires élevées pour les systèmes de santé, et pire encore, de la perte tragique de la vie. Les IAS sont un problème, transversal, largement méconnu ou sous-estimé, qu'aucun établissement de soins ou aucun pays ne peut prétendre avoir résolu.

Dans les pays développés, les IAS concernent 5 à 15% des patients hospitalisés et peuvent affecter 9 à 37% des patients admis en unités de soins intensifs (USI). Des études récentes conduites en Europe ont rapporté des taux de prévalence hospitalière de patients ayant contracté des IAS de 4,6% à 9,5%.

Dans les pays en développement, les difficultés habituelles de diagnostic des IAS, tels que la pénurie et le manque de fiabilité des données de laboratoire, l'accès limité à des équipements de diagnostic comme la radiologie, et la tenue inadéquate des dossiers médicaux sont autant d'obstacles qui compliquent l'évaluation des conséquences des IAS. De ce fait, peu de données sur les IAS dans ces pays sont disponibles dans la littérature. Des études de prévalence réalisées sur une journée dans des hôpitaux en Albanie, au Maroc, en Tunisie et dans la République Unie de Tanzanie ont montré que les taux de prévalence des IAS étaient compris entre 14.8% et 19.1%.

En Guinée, les conséquences réelles des infections associées aux soins n'ont pas précisément été mesurées, mais on estime qu'elles représentent 10 à 25 % des admissions des hôpitaux du secteur public.

Les personnels soignants peuvent également contracter une infection lors des activités de soins aux patients. La transmission dans la prise en charge de plusieurs maladies comme le syndrome

respiratoire aigu sévère (SRAS), la maladie à Virus Ebola (MVE), la maladie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B et l'hépatite bactérienne et la tuberculose, au personnel soignant, est bien connue. Avec l'émergence de nouveaux agents pathogènes et la résistance aux antibiotiques, les infections associées aux soins sont en train de devenir de plus en plus problématiques. Face à cette situation, le Ministère de la Santé a entrepris de nombreuses démarches positives, mais la mise en œuvre des pratiques/mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) est confrontée à de nombreuses difficultés telles que le manque d'infrastructures cohérentes, le manque d'un programme spécifique de PCI, le manque d'eau potable, l'assurance de la pérennité d'équipement de protection individuelle, ainsi qu'un déficit en matière de ressources humaines.

Pour apporter des solutions à ces différents problèmes, le Ministère de la Santé a décidé d'élaborer le présent document de politique.

## **CHAPITRE I. ANALYSE DE LA SITUATION**

### **1. CONTEXTE NATIONAL**

#### **1.1. Données Physiques**

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale. Sa superficie totale est de 245 857 km<sup>2</sup>. Sur le plan géographique, La Guinée est divisée en quatre régions naturelles qui sont : la basse Guinée, la moyenne Guinée, la haute Guinée et la Guinée forestière.

La basse Guinée est une région de plaines côtières qui couvre 18% du territoire national et qui se caractérise sur le plan climatique par de fortes précipitations qui varient entre 3000 et 4000 mm par an.

La moyenne Guinée est une région de massifs montagneux qui couvre 22% du territoire national, avec des niveaux de précipitations annuelles qui varient entre 1500 et 2000 mm.

La haute Guinée est une région de plateaux et de savanes arborées qui couvre 40% de la superficie du pays et où le niveau des précipitations varie entre 1000 et 1500 mm par an.

La Guinée forestière est un ensemble de massifs montagneux qui couvre 20% du territoire national, avec une pluviométrie qui varie entre 2000 et 3000 mm.

#### **1.2. Organisation administrative**

Au plan administratif, la Guinée est divisée en sept régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines dont 5 à Conakry et 302 communes rurales de développement. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers (urbains) et 1615 districts (ruraux).

#### **1.3. Situation démographique**

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2014 la population guinéenne est de 10.628.972 habitants avec une densité d'environ 43 habitants au km<sup>2</sup>. Sur la base du taux d'accroissement naturel, la population guinéenne sera de 14 423 741 habitants en 2024. Les femmes représentent près de 52% de la population. La majorité de la population est jeune (44% sont âgés de moins de 15 ans) et vit en milieu rural (70%) presque exclusivement de l'agriculture et de l'élevage.

#### **1.4. Situation socioéconomique**

La situation socioéconomique de la Guinée en 2012 est marquée par la persistance de la pauvreté. En effet, les données de l'ELEP 2012 (Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté) indiquent que 55,2 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. L'avènement de la MVE a accentué d'avantage cette situation.

Le financement des secteurs sociaux prioritaires par le Budget national a continué de baisser depuis plusieurs années. La part de la santé a représenté 2,4% du budget total en moyenne sur la période 2010-2012, ce qui a fortement affecté la qualité et l'offre de soins de santé.

### **1.5. Situation socio-sanitaire**

L'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP) 2012 indique que 55,2% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Le Taux Brut de Scolarisation au primaire (TBS) est en hausse passant de 78,3% en 2009/2010 à 80% en 2010/11 et 81% en 2012. Selon l'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP) de 2008, le taux d'alphabétisation est de 34,5% pour l'ensemble du pays, 49,9% et 21,5% respectivement pour les hommes et les femmes. La faible couverture en eau potable (75% en général et 65% en milieu rural), en installations sanitaires salubres (56% en général et 29% en milieu rural).

### **1.6. Morbidité et Mortalité**

Au niveau des structures primaires publiques et privées, les principales causes de consultations sont le paludisme, les maladies diarrhéiques aiguës, les parasitoses intestinales, les infections respiratoires aiguës, les maladies sexuellement transmissibles, les états de malnutrition, les affections bucco-dentaires et les traumatismes divers.

Les principales causes de mortalité sont : le paludisme grave, les infections respiratoires basses, les anémies chez les enfants, les maladies cardiovasculaires, les affections hépatiques, les tumeurs et les complications liées à l'accouchement chez les adultes. A ces causes s'ajoutent, en augmentation progressive, le Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA), le diabète sucré et l'hypertension artérielle.

### **1.7. Organisation sanitaire**

Pour contribuer à la résolution des problèmes de santé des populations, le système de santé est organisé à trois niveaux : central, intermédiaire (régional) et périphérique (préfectoral), auxquels vient s'ajouter le niveau communautaire.

*Le niveau central* est chargé des fonctions de la régulation du secteur, de l'orientation des actions, de la coordination, de l'allocation des ressources. Il est composé d'un Cabinet, d'un Secrétariat Général, de six Directions Nationales, et de onze Services d'Appui. Il existe aussi des établissements autonomes et une entreprise à caractère industriel et commercial sous tutelle du Ministère de la santé (MS), la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG).

*Le niveau régional* est composé d'une Direction Régionale de la Santé (DRS) qui comporte quatre sections : une section prévention et lutte contre la maladie, une inspection régionale de la pharmacie et des laboratoires, une section administrative et financière et une section hygiène. A ce niveau existe aussi une antenne de la PCG.

**Le niveau Préfectoral** (District sanitaire) est constitué des Directions Préfectorales de la Santé (DPS), chevilles ouvrières du système, et comprend une section prévention et lutte contre la maladie, une section de la pharmacie et des laboratoires, une section planification et formation, une section administrative et financière et une section hygiène.

**Le niveau communautaire** est représenté par les Comités de Santé et d'Hygiène. Ils comprennent un président, membre du conseil communal, un vice-président, un trésorier, un représentant de l'organisation communautaire des femmes et un représentant de la jeunesse, et le Chef du centre de santé, membre de droit.

### **1.8. Offre de soins**

Dans le domaine de l'offre de soins globale du pays, il existe 1383 structures publiques toutes catégories confondues, réparties comme suit : 925 postes de santé, 410 centres de santé, cinq centres de santé améliorés, 33 centres médicaux communaux et hôpitaux préfectoraux, sept hôpitaux régionaux et trois hôpitaux nationaux.

Sur le nombre total d'infrastructures publiques, 51% se trouvent dans un état physique et de fonctionnalité non appropriés par rapport aux standards définis (258 postes de santé, 201 Centres de santé, 12 hôpitaux préfectoraux, cinq centres de santé communaux, quatre hôpitaux régionaux et deux hôpitaux nationaux).

Le secteur privé médical est composé actuellement de 19 cliniques, deux hôpitaux d'entreprise, 219 cabinets de consultation, 11 cabinets dentaires et 16 cabinets de sage-femme. Le secteur informel se développe rapidement et de façon incontrôlée. Bien qu'il contribue à rendre disponibles les services de santé, on ignore le nombre et les tarifs appliqués et, surtout, le type et la qualité des services offerts. Il met en péril la viabilité des structures officielles.

Le secteur de la médecine traditionnelle est un secteur relativement organisé. L'effectif total des tradithérapeutes est mal connu alors que majorité des malades commencent ou terminent leurs soins en médecine traditionnelle. Ceci montre l'importance accordée à la médecine traditionnelle par la population et le poids des croyances sur le choix de leurs options thérapeutiques.

Le secteur pharmaceutique et biomédical est composé de 230 officines, 40 points de vente et 10 laboratoires.

### **1.9. Ressources Humaines**

L'effectif total des personnels de santé (public et privé) était en fin 2014, de 11.529 travailleurs, dont 84% de professionnels et 16% de non professionnels. De cet effectif, 33% sont dans les structures de soins publiques du niveau primaire (Postes de santé, centres de santé, centres de santé améliorés), 23%, dans les structures de soins secondaires (centres médicaux de commune (CMC), hôpitaux préfectoraux et régionaux) et 19% dans les établissements de soins tertiaires (hôpitaux

nationaux) publics.

Les infirmiers brevetés (47%), les infirmiers diplômés d'Etat (16%), les sages-femmes (6%), les techniciens de laboratoire (2%) et les médecins (14%) représentent, ensemble, 85% du total.

Ces effectifs correspondent à 0,855 professionnel de la santé pour 1000 habitants et, si l'on ne prend en compte que les médecins, les infirmiers diplômés d'Etat et les sages-femmes, conformément aux orientations de l'Organisation mondiale pour la santé (OMS), ce ratio tombe à 0,359 pour 1000 habitants. Cet effectif insuffisant est mal reparti.

### **1.10. Partenariat en santé**

En matière de partenariat, en plus de l'International Humanitarian Partnership (IHP)+, de Harmonization for Health in Africa (HHA) et du programme de dialogue politique en santé, les principaux partenaires du secteur sont :

Les Agences du système des Nations Unies : Organisation Mondiale pour la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), United Nations Population Funds (UNFPA), Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), Haut-Commissariat des Nations-Unies pour les réfugiés (UNHCR),

Les initiatives de coopération multilatérale (Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), Fonds MUSKOKA),

La coopération multilatérale : Union Européenne (UE), Banque Mondiale, Banque Africaine pour le développement (BAD), Banque Islamique pour le développement (BID),

Les coopérations bilatérales : Ministère des Affaires Étrangères Français (MAEF), Agence Française pour le développement (AFD), Agence de coopération Allemande pour le développement (GIZ), Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) y compris initiative Obama (PMI), Chine, Japon (JICA), Cuba, et le Centre de Préventions et Contrôle des Maladies Infectieuses/Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Les Organisation non-gouvernementales (ONG) internationales: Médecins sans frontières (MSF), Croix Rouge (CR) Plan Guinée, Alliance for International Medical Action (ALIMA), Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics-programme Johns Hopkins pour l'éducation internationale en gynécologie et d'obstétrique (Jhpiégo), Expertise France) , .... et nationales : Association Guinéenne pour le Bien-être Familial (AGBF), Fraternité Médicale Guinée, Association Guinéenne pour la Réinsertion des Toxicomanes (AGRETO).

Les Communautés économiques : Union Africaine (UA), Organisation Ouest-Africaine de la santé (OAS), Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO).

## **2. ETAT DES LIEUX DE LA PREVENTION ET LE CONTROLE DE L'INFECTION**

La prévention et le contrôle de l'infection passe par un certain nombre d'éléments indispensable, notamment :

- L'existence d'un cadre organisationnel définissant : les directives et procédures opérationnelles standard de PCI au niveau technique et recommandations sur les bonnes pratiques ;
- La mise en place de structures internes de gestion de l'hygiène et des risques dans les établissements de soins,
- La création d'un cadre permettant d'assurer la disponibilité permanente de l'eau et de la gestion des déchets biomédicaux ;
- L'existence de ressources humaines suffisantes et le renforcement de leurs compétences en matière de prévention des risques dans tous les établissements de soins ;
- L'assurance de la disponibilité continue des Intrants pour la PCI y compris les équipements Individuels et collectifs de Protections ;
- La mise en place d'un système d'enregistrement de suivi des infections associées aux soins en lien avec la recherche ;
- La mise en place d'un système d'assurance qualité pour la PCI.

L'analyse de ces différents points permet de faire les constats suivants :

### **2.1. Points forts**

Sur le plan règlementaire, il existe des textes comme :

- La Stratégie Nationale de Gestion des Déchets Biomédicaux en Guinée (Novembre 2011) ;
- Le document de politique nationale d'assurance qualité, de sécurité des patients et de gestion des risques dans les établissements de santé (Août 2013);
- Le Plan quinquennal d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques (Décembre 2013) ;
- La Directive ministérielle N° 1416 de mise en place un comité d'hygiène et de sécurité (CHS) dans les établissements de santé (Juillet 2014) ;
- La mise à jour des curricula de formation en PCI pour la faculté de Médecine Pharmacie et Odontostomatologie et les écoles de santé (2015)
- Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024 (Juin 2015) ;
- Le Cadre de référence du programme de prévention et de contrôle des infections pour les établissements de santé (Juin 2015) ;
- Les Normes et Procédures de Prévention et Contrôle des Infections pour les Etablissements de Santé (Juin 2015) ;
- La volonté du gouvernement et des PTF à résoudre les problématiques de PCI dans les structures de soins en termes de formation, d'intrants PCI, de construction des unités de triage, d'évaluation des structures de soins ;
- L'expérience acquise au cours de la lutte contre Ebola a accéléré les efforts visant à renforcer la PCI dans le système de santé ;
- La volonté des agents de s'approprier des règles de la PCI.

Sur le plan organisationnel, on note :

- La construction de structures de triage dans certains établissements à forte utilisation ;
- La construction de Centres de Traitement des Maladies à potentiel épidémique dans tous les hôpitaux du pays ;
- L'installation d'unités de production de solution hydro-alcoolique dans les hôpitaux régionaux et nationaux ;
- La formation en PCI ;
- La nomination des points focaux PCI dans les structures ;
- Les directives N°1416/DPSC/DPLM/014 ; Ref/1048/DNEHS/2014 ; N°915/MS/ CAB/2015 pour l'observation des règles de PCI et du fonctionnement des unités de triage.

## **2.2. Points faibles**

En dépit des efforts en cours, la gestion des infections associées aux soins est confrontée à une faible performance en PCI qui trouve son explication dans plusieurs facteurs :

- Le non-respect de la réglementation existante sur la prévention et le contrôle de l'infection ;
- Le Manque d'orientations sur le processus de mise en œuvre des activités de Prise en Charge PEC/PCI ;
- La Faiblesse dans le suivi des directives du Ministère de la Santé guinéen sur la PEC/PCI ;
- La gestion défectueuse des déchets biomédicaux dans les établissements de soins ;
- La faible disponibilité des équipements individuels et collectifs de protection du personnel et des usagers ;
- L'Insuffisance de financement régulier des activités de prévention et de contrôle de l'infection ;
- L'inexistence d'un système de surveillance statistique et microbiologique des événements dans les structures de soins ;
- La faiblesse de mécanisme de renforcement des compétences des agents de santé en PCI en termes d'organisation et de formation ;
- L'absence d'outils et de supports techniques harmonisés pour les agents de santé en vue de l'observation de la PCI dans les établissements de soins ;
- La faiblesse des directives nationales et internationales pour une observation de la PCI dans les structures de soins ;
- L'Absence des ressources humaines et/ou d'objectif de carrière dédiée uniquement à la PCI dans les structures de soins ;
- La faiblesse de la surveillance des infections associées aux soins dans les structures de santé ;
- La faiblesse de la capacité des laboratoires de microbiologie pour une identification fiable des agents pathogènes et d'antibiogramme fiable ;
- L'Absence de protocole d'utilisation des antibiotiques dans les structures de soins pour minimiser les résistances aux antibiotiques ;

- L'Absence de plan opérationnel décentralisé de la PCI dans les structures de soins ;
- La faiblesse de la recherche dans le cadre de la PCI et d'utilisation des résultats de la recherche pour les prises de décision ;
- L'Absence d'un dispositif institutionnel pour la PCI et d'équipes spécialisées en cas d'infections associées aux soins détectées dans les structures de soins et/ou chez les agents de santé ;
- La faiblesse des activités de suivi, de supervision et d'évaluation dans le cadre de la PCI ;
- La faiblesse de l'institutionnalisation des activités de triage ;
- La quasi-absence d'outils harmonisés intégrés de suivi, de supervision, d'évaluation des activités de la PCI ;
- L'absence de coordination des activités de la PCI ;
- La faiblesse des indicateurs de la PCI dans le SNIS et le monitoring;
- La faiblesse de renforcement de la santé et de la sécurité des travailleurs de la santé.
- Le non respect des mesures relatives à l'environnement physique (Exemple : aération, circuit des malades ....) ;
- La faible implication des autorités à tous les niveaux ;
- La quasi inexistance des buanderies ;
- L'insuffisance d'équipements adéquats pour la stérilisation du matériel réutilisable;
- L'absence d'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière dans les structures de soins.

## **CHAPITRE II. FONDEMENTS, PRINCIPES DIRECTEURS ET VALEURS**

Les fondements, principes directeurs et les valeurs en matière de politique PCI sont ceux de la politique nationale de santé.

### **1. FONDEMENTS**

La Constitution reconnaît la santé comme un droit fondamental, droit préalable à la jouissance des autres droits fondamentaux. La Politique nationale de santé repose sur les engagements du gouvernement vis-à-vis de la communauté internationale de par son adhésion à des instruments juridiques en matière de santé tels que la Déclaration universelle des droits de l'Homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples, la Convention relative aux droits de l'enfant, la Convention relative à la lutte contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la plateforme de Beijing, la Déclaration du millénaire pour le développement, la Déclaration des Chefs d'Etat de l'UA sur «la santé, base du développement» et sur le SIDA, la Déclaration de Paris et de Rome sur l'efficacité de l'aide publique au développement, la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique, la Déclaration du forum mondial de Bamako sur la recherche et le développement, la déclaration d'Alger sur la recherche en santé, la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique, l'initiative du Secrétaire Général des Nations Unies sur la redevabilité en matière de santé de la mère et de l'enfant (2010), l'IHP+, la Déclaration de Tunis sur le Financement de la santé et Couverture Sanitaire Universelle,...

### **2. PRINCIPES DIRECTEURS**

La mise en œuvre de la vision du secteur sera sous tendue par la recherche constante de l'efficacité, de l'efficience et de la redevabilité à travers les principes directeurs suivants : Approche des Soins de Santé Primaires, intégration et qualité des soins et services de santé, décentralisation et déconcentration, multisectorialité et coordination intra et intersectorielle, contractualisation et partenariats, pérennité ou durabilité, appropriation, alignement, harmonisation.

La politique de prévention et de contrôle de l'infection est une composante de la politique nationale d'assurance qualité, de sécurité des patients et de prévention des risques.

### **3. VALEURS**

Les valeurs essentielles suivantes seront promues :

- Le respect des droits universels de la personne ;
- L'équité d'accès aux soins de qualité, sans barrière géographique, économique, de genre et socioculturelle sur la base d'une complémentarité des secteurs public, privé, associatif et communautaire ;
- La solidarité : les réformes du système de santé devront s'appuyer sur des mécanismes plus solidaires pour garantir l'accès aux soins de toutes les populations y compris les plus démunies ;

- Une plus grande participation et responsabilisation pour une meilleure implication des populations, des professionnels de santé et des partenaires dans la prise en charge de leurs problèmes de santé ;
- Un système de santé orienté vers la satisfaction des besoins des communautés et appuyé par une collaboration étroite de tous ;
- Le respect de l'éthique et de la déontologie professionnelle.

#### **4. REFORMES**

La Guinée a adopté en 1988 l'Approche des Soins de santé Primaires comme fondement de sa politique nationale de santé. Cette approche va se poursuivre avec les réformes de Revitalisation des Soins de santé Primaires et de Renforcement du système de santé. Ces réformes sont entre autres : La réforme de Couverture Sanitaire Universelle (CSU) avec une réforme de financement de la santé. Cette réforme principale CSU s'accompagne de trois autres grandes réformes qui sont:

- La réforme des prestations de soins et services de santé intégrés et centrés sur la personne avec une réforme de santé communautaire et une réforme hospitalière ;
- La réforme des politiques publiques avec une promotion de la santé dans les politiques sectorielles, le renforcement de la multisectorialité et une participation citoyenne dans les secteurs de développement à hauteur de 1 à 2% de leur budget consacré à la santé publique ;
- Les réformes du leadership et de la gouvernance sanitaire avec des réformes et mesures sur la décentralisation et la déconcentration, l'organisation et la gestion sanitaire, la coordination du secteur santé, la législation et la régulation sanitaires, la participation citoyenne, l'harmonisation des normes et standards sanitaires ainsi que les procédures de gestion des ressources, d'audit, d'inspection, de contrôle de gestion, de supervision intégrée, de monitoring et d'évaluation.

Ces réformes seront suivies d'autres réformes spécifiques en fonction des besoins prioritaires liés aux exigences de l'environnement sanitaire en perpétuel mouvement aux niveaux national, régional et mondial.

## **CHAPITRE III. ORIENTATION STRATEGIQUE**

### **1. VISION**

La vision en matière de PCI est de construire un système de soins où aucun agent de santé ou sujet utilisant une structure de santé ne sera atteint d'une infection associée aux soins.

### **2. OBJECTIFS :**

#### **2.1 OBJECTIF GENERAL**

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations par le biais de la prévention de l'infection et du contrôle de l'infection en milieu de soins.

#### **2.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES :**

- Renforcer les compétences des agents de santé pour prévenir et détecter les risques ;
- Renforcer la surveillance des risques infectieux ;
- Définir un cadre de gouvernance qui favorise la Prévention et le contrôle de l'infection ;
- Renforcer la capacité matérielle des structures en matière de Prévention et de contrôle de l'infection.

### **3. AXES STRATEGIQUES**

#### **3.1. Axes 1. Renforcement des compétences en PCI**

Le Ministère continuera et intensifiera les actions de formation dans le domaine de la prévention du VIH/SIDA en les étendant aux autres maladies dans les établissements de soins publics et privés du pays. Pour ce faire il sera nécessaire de mettre en œuvre les stratégies suivantes :

- La formation du personnel des établissements par des équipes du niveau central composées d'experts nationaux et des partenaires techniques qui auront en charge de doter les structures déconcentrées régionales et préfectorales en capacités de formation.
- Le renforcement des compétences des structures de soins par la formation et la mise à disposition de spécialistes en hygiène sanitaire.
- L'institutionnalisation de la formation en PCI en tant que partie complémentaire des modules en cours portant sur l'hygiène hospitalière.

#### **3.2. Axe 2. Renforcement de la surveillance des risques infectieux**

Les ressources permettant d'améliorer la capacité des autorités sanitaires à surveiller et détecter les maladies infectieuses doivent être développées et disponibles. Dans le cadre de la PCI, il s'agit de :

- La mise en place de protocoles de surveillance
- La mise en place d'un système pour la collecte et l'analyse des données

- Le Soutien aux laboratoires de microbiologie
- La mise en place des programmes de contrôle antibiotique dans les structures de soins
- La promotion de la recherche

### **3.3. Axe 3. La mise en place d'une nouvelle gouvernance**

Le Ministère fera en sorte que la PCI ne soit pas une activité marginale, mais une activité aussi importante que les soins et intégrée dans l'organisation globale de chaque structure de soins. A cet effet, seront développées les stratégiesci-dessous :

- La création d'une structure de suivi de la PCI au niveau du Ministère qui serapartie intégrante d'une Direction Nationale et qui sera en lien avec les structures régionales, préfectorales, hospitalières et sanitaires de premier niveau.
- La dynamisation des structures existantes, en particulier les comités d'hygiène et de sécurité sanitaire.
- Le renforcement de la collecte, du suivi, de l'analyse et de la recherche sur les risques infectieux dans les établissements de soins.

### **3.4. Axe 4. L'amélioration des conditions de sécurité au travail**

Cet axe vise à créer les conditions d'accueil permettant aux agents de santé de travailler dans un environnement sécurisé et aux malades d'être dans des conditions d'accueil et d'hébergement sûrs. Les stratégies qui seront développées dans ce cadre sont :

- Le triage des personnes comme moyen de prévention et d'alerte sur les maladies à potentiel épidémique ;
- La mise en place d'un système de gestion prompte sur la disponibilité des items stratégiques dans le domaine de la PCI ;
- L'amélioration de la gestion des déchets biomédicaux et de la disponibilité en eau.

## **CHAPITRE IV. CADRE DE MISE EN ŒUVRE**

La mise en œuvre de la Politique nationale de PCI se fera à travers l'élaboration de plans stratégiques quinquennaux et des plans de travail annuels qui seront partie intégrante du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Elle connaîtra la participation de tous les acteurs en santé ; Etat, les partenaires techniques et financiers, le secteur privé, la société civile et les autres secteurs.

L'état définira les orientations stratégiques et la régulation des activités dans le cadre de la PCI.

Les partenaires en santé s'harmoniseront et s'aligneront sur le Programme National (PN) de PCI avec leurs appuis techniques et financiers dans le cadre du PN.

Le secteur privé sera actif pour compléter l'offre de soins dans un cadre national du partenariat public-privé.

La société civile, ainsi que les organisations communautaires joueront un rôle de participation citoyenne complémentaire au secteur public dans un cadre national de contractualisation de l'action sanitaire au niveau communautaire et dans les instances décentralisées de coordination du secteur santé.

Les autres secteurs de développement contribueront de façon significative à la mise en œuvre de la réforme des politiques publiques pour influencer les déterminants de la santé et en inscrivant dans leur politique et leurs programmes nationaux un volet santé à concurrence de 1 à 2% de leur budget sectoriel, garantissant ainsi la santé dans toutes les politiques sectorielles.

Les parlementaires veilleront à la promotion et à l'amélioration de l'environnement juridique en santé et surtout garantiront l'atteinte progressive de l'objectif de 15% au moins du budget de l'Etat accordé à la santé (Déclaration d'Abuja).

Au niveau central sera développé un Cadre institutionnel avec un point focal et une section PCI à la DNEH

- Le comité consultatif national du programme de PCI
- Section PCI (L'unité nationale PCI)

Au niveau déconcentré, les ressources pour la mise en œuvre (voir programme)

- Le responsable PCI régionale
- Le responsable préfectoral de la PCI
- Le Comité hygiène hospitalière
- Le responsable hospitalier de la PCI

- Le responsable de la PCI au niveau des CMC, CS, CSA, CSU, PS, Etablissements privés, associatifs et confessionnels, Etablissements sanitaires de l'armée et de la santé scolaire.

## **CHAPITRE V. MECANISMES DE SUIVI ET D’EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE PCI**

Pour suivre la mise en œuvre de la politique nationale PCI, il sera mis en place un comité national de suivi et évaluation et un observatoire national de la PCI

Un comité national de suivi évaluation sera mis en place pour le suivi des indicateurs de progrès et d’évaluation de la performance de la PCI et des réformes sanitaires.

Un Observatoire National de la PCI sera créé sous forme d’une plateforme nationale virtuelle de base de données statistique.

Un système de collecte et d’analyse des données sur la PCI sera mis en place, intégré au Système National d’Informations Sanitaire (SNIS) qui constituera la base de données de l’information sanitaire pour le suivi et l’évaluation de la mise en œuvre du programme de la PCI. Le SNIS sera automatisé avec la mise à l’échelle de la plateforme d’Information Sanitaire du District de santé (DHIS 2).

Les établissements de soins seront évalués en fonction de l’application des directives de la PCI

Comme extrant de la gestion par le SNIS et des réunions de la plateforme, il sera produit des rapports périodiques sur l’état de la PCI.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère d'Etat chargé de l'Economie et des Finances. Secrétariat Permanent de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SP-SRP). Document de stratégie de réduction de la pauvreté DSRP III (2013-2015). Guinée, Conakry, Mars 2013. Consulté le 21 janvier 2016. Disponible sur : <https://www.imf.org/external/french/pubs/ft/scr/2013/cr13191f.pdf>
2. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. La prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec. Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006. Disponible sur : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-209-06.pdf>
3. Ministère de la Santé Publique. Cadre de référence du programme de prévention et de contrôle des infections pour les établissements de santé. Guinée, Conakry, Juin 2015
4. Ministère de la Santé Publique. Plan de relance et de Résilience du système de santé 2015-2017, Guinée, Conakry 2015.
5. Ministère de la Santé Publique. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024, Guinée, Conakry, juin 2015.
6. Ministère de la Santé Publique. Politique Nationale d'Assurance Qualité, de Sécurité des Patients et de Gestion des Risques dans les Établissements de Santé ; Guinée, Conakry, Août 2013.
7. Ministère de la Santé Publique. Programme quinquennal d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques ; Guinée, Décembre 2013
8. Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports. Définition des infections associées aux soins. Direction générale de la santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins : Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS). France, Mai 2007. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_vcourte.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_vcourte.pdf)
9. Ministère de la Santé. Plan stratégique de prévention et de contrôle des infections associées aux soins. Mali, Bamako, Novembre 2011.
10. Ministère de la Santé. Politique Nationale de Santé. Guinée, novembre 2014.
11. Ministère du Plan, Institut National de la Statistique. Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté ELEP-2012, Rapport Final. Guinée, Conakry, Décembre, 2012. Consulté le 1 janvier 2016. Disponible sur : [www. file:///C:/Users/User/Downloads/rapport-final-evaluation-pauvrete-2012.pdf](http://www.file:///C:/Users/User/Downloads/rapport-final-evaluation-pauvrete-2012.pdf)
12. Ministry of Health. National Infection Prevention and Control Policy For Health Care Services in Kenya, Second Edition. Nairobi, Kenya: Government of Kenya, June 2015
13. OMS. Guide for developing national patient safety policy and strategic plan. Patient Safety Unit/Health Systems and Services Cluster, WHO African Region. Patient Safety Unit /Health Systems and Services Cluster, WHO African Region. World Health Organization Regional Office for Africa Brazzaville. December 2014
14. OMS. Principaux volets des programmes de lutte contre l'infection. Rapport de la deuxième réunion du réseau informel de lutte contre l'infection dans le cadre des soins de santé Genève (Suisse) 26-27 juin 2008.

15. OMS. Résumé des Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins. Premier Défi Mondial pour la Sécurité des Patients Un Soin propre est un Soin plus sûr. Organisation mondiale de la Santé 2010, WHO/IER/PSP/2009.07, Imprimé par le Service de production des documents de l'OMS, Genève (Suisse). Disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70469/1/WHO\\_IER\\_PSP\\_2009.07\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70469/1/WHO_IER_PSP_2009.07_fre.pdf). consulté le 20/01/2016.
16. Santé Publique Ontario. Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario dans tous les établissements de soins de santé, 3e édition. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Septembre 2008, Révision : janvier 2011, Deuxième révision : mai 2012. Disponible sur : [https://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/BP\\_IPAC\\_in\\_Ontario\\_2012\\_FR.pdf](https://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/BP_IPAC_in_Ontario_2012_FR.pdf). Consulté le 10-08-2014.