



Hygiène Hospitalière

Fascicule N° 17

Textes réunis et classés par :

Med OuldKada

2016

Dans la Collection Gestion des Etablissements Publics de Santé

Guide de Gestion Hospitalière édité en France par EDILIVRE en 2015

Projet Règlement intérieur des CHU, EHS, EPH et EPSP

Dans la Collection Textes Réglementaires sur la Santé en Algérie

- Fascicule N°1 : Textes Fondamentaux et autres Textes Utiles
- Fascicule N°2 : Statuts et Organigrammes des Etablissements de Santé
- Fascicule N°3 : Gestion des Services de l'Economat au niveau des Etablissements Publics de Santé
- Fascicule N°4 : Gestion des Services Financiers au niveau des Etablissements Publics de Santé
- Fascicule N°5 : Gestion des Ressources Humaines au niveau des Etablissements Publics de Santé
- Fascicule N° 6 : Statuts des Personnels de Santé
- Fascicule N° 7 : Régime Indemnitaire servi aux Personnels de Santé
- Fascicule N° 8 : Personnels Hospitalo-universitaires
- Fascicule N° 9 : Formation Continue, Examens, Concours Activités Complémentaires et Service Civil
- Fascicule N°10 : Médecine du Travail
- Fascicule N°11 : Partenaires Sociaux, Retraite et Œuvres Sociales
- Fascicule N°12 : Médicaments& Pharmacie
- Fascicule N°13 : Urgences Médico-Chirurgicales, Orsec et Situation d'Urgence
- Fascicule N°14 : Bureau des Entrées
- Fascicule N°15 : Prévention
- Fascicule N°16 : Programmes Nationaux de Santé Publique
- Fascicule N° 17 : Hygiène Hospitalière
- Fascicule N°18 : Transfusion Sanguine
- Fascicule N°19 : Exercice à titre Privé

Remerciements

Je dédie ce travail à ma famille et à toutes les personnes qui ayant pu – à un moment ou un autre – contribuer à la réalisation de ce travail.

Aussi, ce travail est dédié à tous ceux qui veulent être de bon gestionnaire.

Je crois que ça sera la dernière mise à jour arrêtée au 31 décembre 2016, je souhaiterais qu'il y'aura d'autres volontaires pour continuer ce modeste travail qui à coup sûr apportera aide et éclaircissements et contribuera peut être à l'amélioration surtout de la gestion quotidienne de nos établissements de santé. Malgré les rêves non réalisés, malgré les déceptions je suis fier d'avoir appartenu à cette grande famille de la santé.



Table des Matières

	Page
Comité de lutte contre les infections nosocomiales	5
Prévention, lutte et éradication des infections liées à la pratique médicale	6
Protocole d'hygiène hospitalière dans les centres d'hémodialyses	9
Instruction technique sur la gestion des déchets hospitaliers	12
Loi relative à la gestion au contrôle et l'élimination des déchets	13
Modalités de gestion des déchets d'activités de soins	22
Gestion des déchets radioactifs	25
Amélioration de l'hygiène au niveau des établissements de santé	28
Hygiène et lutte contre les infections nosocomiales	29
Prévention des hépatites virales, HIV en pratique dentaire	30
Prévention des accidents d'exposition de au sang	36
Prévention des hépatites virales, en milieu de soins	38
Gestion de la filière d'élimination des déchets d'activités de soins	42
Modalités de traitement des déchets anatomiques	46
Gestion de la filière d'élimination des déchets d'activités de soins a risque infectieux	48
Renforcement des actions de lutte contre les infections associées aux soins	52
Renforcement des mesures d'hygiène en milieu de soins	57
Directives nationales sur l'hygiène de l'environnement dans les EPS et ES Privés	64

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POULATION

**ARRETE N°64/MSP DU 17/11/1998 PORTANT CREATION D'UN COMITE DE
LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES AU NIVEAU DES
ETABLISSEMENTS DE SANTE.**

Le Ministre de la Santé et de la Population,

Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 27 janvier 1997 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

Vu l'arrêté n° 12 du 28 Mars 1998 portant création du comité national d'hygiène hospitalière.

ARRETE :

Article 1 : Il est créé auprès de chaque établissement de santé CHU – SS – EHS-

Un comité ci-après dénommé le comité de lutte contre les infections nosocomiales.

Article 2 : Le comité est un organe consultatif est chargé :

-D'identifier, de surveiller les infections nosocomiales et d'en déterminer la prévalence.

-D'élaborer de proposer un programme de lutte contre les infections nosocomiales et un programme de formation.

-D'évaluer les résultats les actions entreprises et d'en faire rapport au chef de l'établissement.

Article 3 : Le comité est présidé par le chef de l'établissement comprend :

Le président du conseil scientifique ou le président du conseil médical

Le chef de service d'épidémiologie et de médecine préventive

Le responsable chargé de la pharmacie de l'établissement

Un praticien représentant le laboratoire d'analyses médicales

Un praticien représentant les spécialités médicales un praticien représentant les spécialités chirurgicales un praticien représentant les explorations un praticien représentant la chirurgie dentaire et son désignés par le conseil scientifique ou le conseil médical.

Un coordinateur des activités paramédicales désigné par le chef de l'établissement

Le responsable chargé des infrastructures et des équipements

L'ingénieur biomédical et de maintenance et l'architecte quand ils existent

Article 4 : Le comité peut faire appel en cas de besoin à toutes personnes susceptibles de l'assister dans ses tâches

Article 5 : Le comité se réunit obligatoirement une fois par mois

Article 6 : Messieurs les directeurs de la santé et de la population et les directeurs des établissements publics de santé sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution de cet arrêté qui sera publié au Bulletin officiel du ministère de la santé et de la population.

Le Ministre de la Santé et de la Population

SIGNE Y.GUIDOUM

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

LE MINISTRE

20OCT 2001

INSTRUCTION N°16 /MSP /MIN / CAB

DESTINATAIRES :

- Madame et Messieurs les Walis « pour information »
- Mesdames et Messieurs les Directeurs de Santé et de la population « pour application et diffusion »
- Mesdames et Messieurs les Praticiens et les gestionnaires de santé des secteurs publics et privés. « pour application »

OBJET : *Prévention, lutte et éradication des infections liées à la pratique médicale*

Au cours des vingt dernières années, pas moins d'une trentaine de maladies infectieuses dites émergentes ont été nouvellement identifiées, dont l'infection à VIH et l'hépatite C qui constituent une grande menace pour la santé publique. Pour la plupart de ces maladies, il n'existe ni traitement, ni vaccin, ni sérum. La victoire sur les maladies infectieuses est encore loin.

Les structures de santé, qu'elles soient publiques ou privées, constituent, par leur vocation de soins, un lieu de rencontre des malades et par là même un carrefour pour les germes. Ce sont des lieux où le risque infectieux est grand, et s'exerce non seulement sur les malades et les personnels, mais aussi sur les visiteurs occasionnels, voire sur toute la population. De ce fait, ces structures sont obligatoirement le lieu privilégié pour la prévention, la lutte et l'éradication des maladies transmissibles.

Selon les résultats de différentes enquêtes ponctuelles effectuées ces dernières années, la prévalence moyenne nationale des infections nosocomiales (c'est à dire des infections contractées à l'hôpital par des malades hospitalisés pour d'autres motifs). Se situerait autour de 20% avec des extrêmes allant de 10 à 30%. Alors que ces mêmes chiffres sont 4 à 5 fois plus bas dans d'autres pays et que la moyenne internationale n'est que de 5 à 15 %.

Les sites à haut risque sont représentés par les services de réanimation, d'oncologie, de chirurgie, d'hémodialyse, de maladies infectieuses, de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie. Les infections pariétales postopératoire, urinaires, pulmonaires, septicémiques, sont parmi les plus fréquentes.

L'analyse par raccordement des données épidémiologiques des secteurs publics et privés actuellement disponibles - est en faveur d'une prévalence très élevée des infections liées à la pratique médicale (ILPM), dans notre pays.

De par la surconsommation médicamenteuse et de soins, la prolongation de la durée de séjour hospitalier qu'elles entraînent ; ces infections, bien que facilement contrôlables, continuent d'aggraver la morbidité et la mortalité des pathologies existantes et grever considérablement le budget de santé.

La paupérisation de la population et la dégradation sociale - conséquences habituelles de toute transition économique - ont favorisé le laisser-aller et la mauvaise qualité des prestations et de la prise en charge de nos malades dans certaines de nos structures de santé, aussi bien publiques que privées.

Les progrès de la biotechnologie offrent chaque jour un matériel de plus en plus sophistiqué, et dont les techniques de désinfection et de stérilisation sont de moins en moins maîtrisées par les praticiens. Le temps de stérilisation d'un matériel médico-chirurgical

d'investigation ou de traitement est souvent sacrifié par négligence au détriment du malade et de la santé publique.

De nombreuses infections liées à la pratique médicale, aux conséquences imprévisibles et parfois même dramatiques, sont de plus en plus signalées à nos services. Ces infections peuvent survenir dans n'importe quel lieu de soins.

De tels accidents évitables de surcroît, sont inadmissibles et ne doivent plus jamais se reproduire. Tous les médecins, et en particulier les chefs de service médicaux et paramédicaux, ainsi que les gestionnaires de santé, sont tenus pour premiers responsables de cette situation. Ils doivent de toute urgence prendre les mesures nécessaires pour assurer, d'ici la fin de l'année, la mise en place et le fonctionnement des dispositifs de prévention de ces ILPM.

L'eau reste l'élément le plus important pour l'hygiène d'une manière générale et la lutte contre les infections en particulier. Selon l'OMS, le nombre de robinets par habitant est meilleur indicateur de santé que le nombre de lits d'hôpitaux par habitant. Or l'eau manque dans notre pays et même dans nos hôpitaux. A cet effet, il est du devoir et de la responsabilité de tout gestionnaire de santé d'assurer sa disponibilité permanente, par n'importe quel moyen (réservoirs, citernes, forages,) en qualité et sa quantité suffisantes, dans tous les lieux de soins. Les services de prévention devront assurer le contrôle qualitatif périodique de toute eau distribué à la population. Une large approche intersectorielle est nécessaire.

Il en est de même pour produits désinfectants et stérilisants (savon, eau javel stérilisants spécifiques à certains matériels d'investigation ou de traitement). Qui manquent souvent dans les structures de santé. Aucune excuse ne pourra à l'avenir justifier une telle carence. La promotion de l'utilisation du matériel à usage unique (gants, seringues jetables, aiguilles, lames, cathéters, sondes, champs, compresses....) est indispensable pour lutter efficacement contre l'infection.

Les règles élémentaires d'hygiène (lavage des mains, tenues de travail appropriées, propreté des locaux....) doivent être constamment rappelées à tous. Il est clair, qu'on ne peut parler d'hygiène hospitalière dans un environnement hostile aux règles les plus élémentaires d'hygiène générale. Le principe « le vert ou le dur » doit être de rigueur. Les terrains vagues, sources de nuisances publiques et de réservoirs de germes (insectes, rongeurs, oiseaux, reptiles...) doivent disparaître de nos structures de santé, pour céder place aux espaces verts, qui produiront de l'oxygène et diminueront la pollution atmosphérique.

Les déchets hospitaliers (DH), de leurs diversités (déchets ordinaires, infectieux, anatomiques, chimiques, pharmaceutiques, radioactifs, piquants et tranchants, à forte teneur en métaux lourds, sous-pression ...) constituent une grande menace pour la santé publique et l'environnement. Les déchets infectieux et anatomiques en particulier, sont de véritables bouillons de cultures et jouent un rôle déterminant dans la chaîne de transmission et la pérennité des maladies infectieuses.

La production en quantités de plus en plus importantes de DH est aggravée par l'absence, le plus souvent, ou pour les pannes fréquentes des incinérateurs. Selon des estimations, 124611 tonnes de DH sont annuellement produits en Algérie, dont 1600 tonnes pour la seule wilaya d'Alger. Une bonne gestion de ces déchets hospitaliers est fondamentale et indispensable. Une formation des personnels de santé dans ce domaine est nécessaire, car peu nombreuses sont les personnes qui maîtrisent les techniques de collecte, de transport et d'élimination de ces DH.

Un code couleur (pour les sachets de ramassages) ou un pictogramme doit distinguer les déchets à risques des déchets domestiques, et permettre un tri de tous les déchets dans notre pays. Les codes couleurs et les symboles suivants sont ceux commandés par l'OMS et mondialement utilisés.

Jaune pour les déchets infectieux

Brun pour les déchets dangereux et pharmaceutiques.

Noir pour les déchets domestiques.



Symbole international Pour les déchets infectieux



Symbole international pour
les déchets radioactifs

Ce code couleur et ces symboles doivent être connus de tous, y compris du grand public, d'où l'importance de la communication sociale.

Cette problématique aux multiples facettes et aux conséquences de plus en plus néfastes pour notre santé, notre environnement et notre développement impose, comme une nécessité absolue et une priorité, la prise de conscience de tous soignants, soignés, gestionnaires et citoyens, de ce danger réel. Cette prise de conscience est très importante, voire déterminante, pour la réussite de toute stratégie de prévention de ces infections liées à la pratique médicale.

C'est dans cette optique, et pour répondre à ce besoin pressant, qu'il est impératif de veiller à l'application et au suivi des dispositions réglementaires prévues par les instructions n° 64/MSP du 17/11/1998 portant création du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), n° 573/MSP/DP du 13/12/2000 relative à l'hygiène au niveau des centres d'hémodialyse, et n° 398 /MSP/CAB du 12/09/1995 relative à la gestion des déchets hospitaliers, ainsi que les recommandations du guide technique d'hygiène hospitalière de 1998.

Enfin le laisser-aller, la négligence, voire l'impéritie notoire, qui sont de plus en plus constatés chez certains producteurs de santé, et engagent la responsabilité civile et pénale de tout un chacun, nous interpellent tous. Ces comportements irresponsables sont inacceptables, et me commandent aujourd'hui de vous rappeler certaines dispositions légales, relatives à la pratique médicale et à la morale professionnelle stipulées par le code de la santé et le code de déontologie médicale.

Les citoyens ont droit à la protection de leur santé. L'état assure la protection à la lutte contre les maladies épidémiques et déontologiques (Article de la Constitution).

« Toute négligence et toute faute professionnelle commise par le médecin, le chirurgien-dentiste, le pharmacien et l'auxiliaire médical dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions et qui affecte l'intégrité physique ou la santé, cause une incapacité permanente, met en danger la vie ou provoque le décès d'une personne, est poursuivie conformément aux dispositions des articles 28 et 289 du code pénal ». Article 239 du code de la santé.

« Les infractions aux règles et aux normes de salubrité, d'hygiène et de prévention générale, entraînent, sous réserve des sanctions disciplinaires et administratives, des sanctions pénales, conformément à la législation en vigueur et notamment, aux articles 441 bis, 442 bis et 443 du code pénal » (Article 266 du code de santé).

« Le médecin et le chirurgien dentiste sont au service de l'individu et de la santé publique. Ils exercent leur mission dans le respect de la vie et de la personne humaine » (Article 6 du code de déontologie médicale)

Les Directeurs de la Santé et de la Population sont chargés de l'application, de la large diffusion à tous les praticiens et gestionnaires de santé et des écoles de formation paramédicale, ainsi que de l'affichage de la présente instruction dans tous les lieux de soins. Chaque Directeur de la Santé et de la Population devra établir et transmettre au Ministère de la Santé et de la Population (Direction de la Prévention) un rapport mensuel sur la situation de l'hygiène de la pratique médicale dans tous les lieux de soins, publics et privés, en signalant les difficultés et les contraintes rencontrées dans ce domaine.

J'attache une importance capitale et une attention toute particulière quant à l'application de la présente instruction.

LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DES SERVICES DE SANTE
N° 06 /MSP/ DSS

INSTRUCTION N° 06 DU 14 AVRIL 1997

Objet : ***PROTOCOLE D'HYGIENE HOSPITALIERE POUR LA PREVENTION DES MALADIES
VIRALES DANS LES CENTRES D'HEMODIALYSE.***
(Hépatite B, C et HIV)

Dest : MRS LES DG DES CHU (TOUS)
MRS LES DIRECTEURS DES EHS (TOUS)
MRS LES DSPS (TOUS)

A l'effet de renforcer la protection du patient et du personnel soignant de toute contamination par les maladies virales (dues à HBV, HCV et HIV) dans les centres d'Hémodialyse, j'ai l'honneur de vous communiquer en annexe un protocole d'hygiène hospitalière pour la prévention des maladies virales dans les centres d'hémodialyses.

Je vous demande de prendre toute disposition à l'effet- de faire respecter scrupuleusement les règles préventives contenues dans ce protocole.

J'attache beaucoup d'importance à la stricte application de cette instruction

LE DIRECTEUR DES SERVICES DE SANTE

Docteur A. CHAKOU

PROTOCOLE D'HYGIENE HOSPITALIERE POUR LA PREVENTION DES MALADIES VIRALES DANS LES CENTRES D'HEMODIALYSES (Hépatites B, C, V).

Les règles préventives suivantes doivent être impérativement respectées, dans le but de prévenir la transmission de maladies virales (dues à HBV, HCV, HIV), dans les centres d'hémodialyses et de protéger le personnel soignant et le patient de toute contamination. Ces mesures d'hygiène concernent :

1/ Les malades 2/ Le personnel soignant 3/ Les soins 4/ Les locaux.

1/ Mesures d'hygiène pour les malades :

1-1/ Entreprendre une vaccination contre l'hépatite B chez les malades mis sur programme d'hémodialyse (Voir annexe 1).

1-2/ Effectuer, si possible un prélèvement en vue d'examens sérologiques chez tout nouveau malade, et chez les anciens hémodialysés (sérologies HBV, HCV, HIV) (Voir annexe 2).

1-3/ Insister auprès du malade afin qu'il signale tout acte médical, chirurgical, transfusion sanguine, et hémodérivés, ou des soins dentaires qu'il a subi récemment.

1-4/ S'assurer de l'hygiène corporelle correcte du malade. Exiger au minimum la toilette des deux membres supérieurs, au savon blanc avant le branchement.

2/ Mesures d'hygiène pour le personnel soignant :

2-1/ La vaccination anti-HBV complète est obligatoire pour tous les personnels de l'unité d'hémodialyse.

2-2/ Des examens sérologiques (HBV, HIV) sont recommandés tous les trois mois à six mois.

2-3/ Le lavage des mains, au savon blanc ou avec un savon antiseptique, doit être obligatoire : avant et après chaque manipulation et surtout avant et après chaque branchement.

2-4/ Des petits pansements de protection sont recommandés au personnel pour toute excoriation ou lésion cutanée des mains en particulier.

2-5/ L'usage de gants est impératif pour le personnel :

Pour le branchement et le débranchement du malade.

Lors de toute manipulation en cours de séance de dialyse.

2-6/ Le port d'un masque de protection et de lunettes est recommandé lors du branchement, du débranchement ou de tout autre manipulation sanglante

3/ Mesures d'hygiène relative aux soins.

3-1/ Pour le branchement après lavage soigneux et lavage des mains de l'infirmier désinfection de la peau du malade à l'aide d'un antiseptique type alcool chirurgical 70° ou polyvidone iodée.

3-2/ L'utilisation seringue individuelle à usage unique est impérative pour l'injection d'héparine ou tout autre produit au cours de la séance.

3-3/ Il est formellement interdit de ré capuchonner les aiguilles utilisés.

3-4/ Il est recommandé de désinfecter à l'eau de javel à 12° les parois extérieures des tubes s'il y'a souillure lors d'un prélèvement.

4/ Hygiène du matériel :

4-1/ Les aiguilles utilisées souillées ainsi que le matériel coupant souillé doivent être collectés, au fur et à mesure dans un récipient (par exemple, un bidon de dialyse), rigide et profond, bien fermé, qui sera destiné à l'incinérateur.

4-2/ L'ensemble du circuit sanguin extra-corporel (dialyseur complet) doit être collecté, à la fin de la séance, dans un double sac, bien fermé, de même couleur que les autres sacs de déchets contaminés du service. Ils seront impérativement destinés à l'incinérateur.

4-3/ Lorsque la sérologie du malade est connue positive il convient de redoubler de vigilance en renforçant toutes les mesures d'hygiène sus-citées et éventuellement effectuer le branchement sur des postes réservés.

4-4/ La désinfection chimique du générateur de dialyse est impérative après chaque séance : utiliser pour cela de l'eau à 12° diluée au 1/10. (Voir annexe 3).

4-5/ Le matériel réutilisable du bloc opératoire et des salles du service tel haricot , bassin urinal, doit être soigneusement lavé avec un détergent puis rincé à l'eau et ensuite décontaminé à l'aide d'eau de javel à 12°. Une stérilisation devra obligatoirement intervenir par la suite pour le matériel chirurgical notamment.

4-6/ Les surfaces externes du générateur de dialyse doivent être nettoyées et désinfectées à l'eau de javel après chaque dialyse, sans oublier les touches de mise en route et de réglage.

5/ Hygiène de l'environnement du malade et des locaux d'hémodialyse :

5-1/ Les salles d'hémodialyse doivent être spacieuse (6metres carrés/malades pour éviter le surpeuplement) et bien ventilées.

5-2/ Le sol doit être nettoyé régulièrement et désinfecté à l'eau de javel une fois par jour.

5-3/ Les murs des salles d'hémodialyse doivent être faïencés pour permettre un nettoyage régulier et une désinfection à l'eau de javel. L'existence d'un lavabo dans chaque salle est fortement recommandée ainsi qu'une douche au niveau de l'unité.

5-4/ Les alèses, les draps, les montants de lits, doivent être nettoyés et désinfectés régulièrement à l'eau de javel à 12°.

IMPORTANT

En cas d'accident de piqûre du personnel : ou de projection de sang sur les muqueuses, conjonctives en particulier :

Laisser saigner puis rincer abondamment après lavage au savon et appliquer de l'alcool à 70° ou bien de l'eau de javel à 12° diluée au 1/10 : le temps de contact doit être d'au moins (5) minutes.

Chercher à connaître le caractère infectant du liquide responsable : une sérologie VHC et VIH du patient peut être prélevée après son accord (Voir annexe 2).

Informez le médecin du travail de l'hôpital.

ANNEXES

Procédure de vaccination contre l'hépatite B :

Annexe1 :

Injection d'une dose vaccinale par mois pendant 3 mois. Rappel un an plus tard. Ou bien une injection d'une dose par mois pendant 3 mois, rappel au sixième mois

Pour les patients dont l'état immunitaire est altéré, pratiquer quatre injections à un mois d'intervalle en doublant la quatrième dose.

Annexe 2 :

Tout malade à hémodialyser doit être considéré comme potentiellement contaminant.

Cependant des exigences éthiques imposent le consentement du malade pour les prélèvements systématiques souhaitables en vue de connaître son statut sérologique VIH. Si le consentement du malade est obtenu, des sérologies VIH et VHC sont recommandées tous les trois mois à six mois.

Annexe 3 :

Le contrôle de la concentration de la solution de javel est obligatoire au laboratoire de la structure de soins, il se fait selon une procédure simple, par le pharmacien.

De plus la solution doit être renouvelée tous les huit (8) jours maximum 2 semaines car son pouvoir désinfectant se perd avec le temps et sous l'effet d'une forte chaleur.

Annexe 4 :

Proscrire toute transfusion sanguine avec du sang non contrôlé sérologiquement.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

N° 398/MSP/MIN/SP

12 Septembre 1995

Monsieur le Ministre

A

Messieurs les D.S.P.S

OBJET/ : ***Instruction technique pour la gestion des déchets hospitaliers.***

L'étendue de la couverture sanitaire fait que des quantités importantes de déchets chimiques, toxiques, biologiques et anatomiques sont générées quotidiennement par les établissements hospitaliers et malheureusement éliminés dans des conditions ne garantissant pas les normes d'hygiène publique.

Il est grand temps de mettre un terme à cette situation souvent préjudiciable à la santé de la population et à la sécurité de l'environnement et ce, par une collecte rationnelle de déchets et leur incinération dans les établissements dotés d'incinérateurs et / ou stockage (produits toxiques) dans des conditions garantissant leur innocuité.

Aussi, la présente circulaire a pour objet de donner quelques recommandations, pour le stockage, le ramassage et l'élimination de ces déchets afin de protéger le personnel, et l'environnement des risques dus à ces déchets.

Les déchets hospitaliers peuvent être classés en cinq (5) catégories :

- Les déchets ménagers
- Les déchets encombrants
- Les déchets piquants, coupants
- Les déchets contaminés ou septiques
- Les déchets toxiques et dangereux.
- Les déchets ménagers : Ce sont les restes de repas, déchets de cuisine. Ceux-ci doivent être collectés, mis dans des sacs en plastique et évacués en décharge publique.
- Les déchets encombrants : ce sont tous les objets encombrants réformés. Les évacuer rapidement de l'hôpital.
- Les déchets piquants ou coupants : ce sont les aiguilles, les bistouris ; Ceux-ci doivent être collectés dans des récipients remplis partiellement de javel 12°.
- Les déchets contaminés ou septiques : ce sont les pièces anatomiques prélevées au bloc opératoire, les pansements souillés, les sacs à urines, les sondes, les circulaires de dialyses..... ; déchets de malades infectés, les milieux de laboratoire.
Ces déchets doivent être incinérés ou au moins autoclavés.
- Les déchets toxiques ou dangereux :
Les médicaments périmés : doivent être renvoyés à la pharmacie de l'hôpital qui se chargera de leur élimination.
Les déchets radio-actifs : doivent être pris en charge selon le circuit réglementaire spécial.
Je ne saurais trop insister sur l'importance à accorder à l'application rigoureuse des prescriptions de la présente instruction.
Je vous demande de prendre toutes les dispositions nécessaires à l'effet de les faire respecter et me tenir informé des difficultés que l'application de cette instruction pourrait soulever.

Le Ministre de la Santé et de la Population
SIGNE PR. Yahia GUIDOUM

Loi n° 01-19 du 27 Ramadhan 1422 correspondant au 12 décembre 2001 relative à la gestion, au contrôle et l'élimination des déchets

Le Président de la République,

Vu la Constitution, notamment ses articles 122 et 126 ;

Vu le décret présidentiel n° 98-158 du 19 Moharam 1419 correspondant au 16 Mai 1998 portant adhésion , avec réserve , de la République algérienne démocratique et populaire, à la convention de bale sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur éliminations;

Vu l'ordonnance n° 66-03 du 26 mars 1966 relative aux zones et aux sites touristiques ;

Vu l'ordonnance n° 66-154 du 8 juin 19660, modifiée et complétée, portant code de procédure civile ;

Vu l'ordonnance n° 66-155 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure pénale;

Vu l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal ;

Vu l'ordonnance n° 76-80 du 23 octobre 1976, modifiée et complétée, portant code maritime ;

Vu la loi n° 83-03 du 5 février 1983 relative à la protection de l'environnement ;

Vu la loi n° 83-17 du 16 juillet 1983, modifiée et complétée, portant code des eaux ;

Vu la loi n° 84-12 du 23 juillet 1984, modifiée et complétée, portant régime général des forêts ;

Vu la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984, modifiée et complétée, relative aux lois de finances ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 87-05 du 27 janvier 1987 relative à l'aménagement du territoire ;

Vu la loi n° 87-17 du 1er août 1987 relative à la protection phytosanitaire ;

Vu la loi n° 88-08 du 26 janvier 1988 relative aux activités de médecine vétérinaire et à la protection de la santé animale ;

Vu la loi n°89-02 du 7 février 1989 relative aux règles générales de protection du consommateur ;

Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990 relative à la commune ;

Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990 relative à la wilaya ;

Vu la loi n° 90-29 du 1^{er}décembre 1990 relative à l'aménagement et l'urbanisme ;

Vu la loi n° 98-04 du 20 Safar 1419 correspondant au 15 juillet 1998 relative à la protection du patrimoine culturel ;

Vu la loi n° 01-13 du 17 Joumada El Oula 1422 correspondant au 7 août 2001 portant orientation et organisation des transports ;

Après adoption par le parlement :

Promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

Chapitre I

OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

Article 1^{er}: La présente loi a pour objet de fixer les modalités de gestion de contrôle et de traitement des déchets ;

Article 2 : La gestion, le contrôle et l'élimination des déchets reposent sur les principes suivants :

- la prévention et la réduction de la production et de la nocivité des déchets à la source ;
- l'organisation du tri, de la collecte, du transport et du traitement des déchets ;
- la valorisation des déchets par leur réemploi, leur recyclage ou toute autre action visant à obtenir, à partir de ces déchets, des matériaux réutilisables ou de l'énergie ;
- le traitement écologiquement rationnel des déchets ;

- l'information et la sensibilisation des citoyens sur les risques présentés par les déchets et leur impact sur la santé et l'environnement, ainsi que les mesures prises pour prévoir ou composer ces risques

Article 3 : Au sens de la présente loi on entend par :

Déchets : Tout résidu d'un processus de production, de transformation ou d'utilisation, et plus généralement toute substance, ou produit et tout bien meuble dont le propriétaire ou le détenteur se défait, projette de se défaire, ou dont l'obligation de se défaire ou de l'éliminer.

Générateur de déchets : toute personne physique ou morale dont l'activité génère des déchets

Détenteur des déchets : toute personne physique ou morale qui tient des déchets

Gestion des déchets : toute opération relative à la collecte au tri au transport au stockage à la valorisation et à l'élimination des déchets y compris le contrôle de ces opérations

Collecte des déchets : le ramassage et/ou le regroupement des déchets en vue de leur transfert vers un lieu de traitement

Tri des déchets : toutes les opérations de séparation des déchets selon leur nature en vue de leur traitement

Traitement écologiquement rationnel des déchets : Toute mesure pratique permettant d'assurer que les déchets sont valorisés stockés et éliminés d'une manière garantissant la protection de la santé publique et/ou de l'environnement contre les effets nuisibles que peuvent avoir ces déchets.

Valorisation des déchets : toutes les opérations de réutilisation de recyclage ou de compostage des déchets

Élimination des déchets : toutes les opérations de traitement thermique physico-chimique et biologique de mise en décharge d'enfouissement d'immersion et de stockage des déchets ainsi que toutes autres opérations ne débouchant pas sur une possibilité de valorisation ou autre utilisation de déchet

Immersion des déchets : tout rejet de déchets dans le milieu aquatique

Enfouissement des déchets : tout stockage des déchets en sous-sol

Installation de traitement des déchets : toute installation de valorisation de stockage de transport et d'élimination des déchets

Mouvement des déchets : toute opération de transport de transit d'importation et d'exportation des déchets

Article 4 : les dispositions de la présente loi s'appliquent à tous les déchets au sens de l'article 3 ci-dessus à l'exception des déchets radioactifs des effluents gazeux des eaux usées des explosifs déclassés des épaves d'aéronefs et des épaves maritimes

Article 5 : les déchets au sens de la présente loi sont classifiés comme suit /

- Les déchets spéciaux y compris les déchets spéciaux dangereux.
- les déchets ménagers et assimilés
- les déchets inertes

La nomenclature des déchets y compris les déchets spéciaux dangereux est fixée par voie réglementaire

Chapitre II

OBLIGATIONS GÉNÉRALES

Article 6 : Tout générateur et / ou détenteur de déchets doit prendre les mesures nécessaires pour éviter autant que faire se peut la production de déchets notamment par/

- l'adoption et l'utilisation des techniques de production plus propres moins génératrices de déchets
- l'abstention de mettre sur le marché des produits générant des déchets non biodégradables
- l'abstention d'utilisation de matières susceptibles de créer des risques pour les personnes notamment pour la fabrication des emballages

Article 7 : Tout générateur et / ou détenteur de déchets est tenu d'assurer ou de faire assurer la valorisation des déchets engendrés par les matières qu'il importe ou écoule et les produits qu'il fabrique

Article 8 : Lorsque le générateur et/ou le détenteur de déchets est dans l'impossibilité d'éviter de générer et/ou de déchets est dans l'impossibilité d'éviter de générer et/ou valoriser ses déchets il est tenu d'assurer ou de faire assurer à ses frais l'élimination de ses déchets de façon écologiquement rationnelle conformément aux dispositions de la présente loi et de ses textes d'application.

Article 9 : La réutilisation d'emballages de produits chimiques pour contenir directement des produits alimentaires est interdite

Cette interdiction doit être obligatoirement indiqué sur les emballages de produits chimiques par des signaux apparents avertissant des risques qui menacent la santé des personnes du fait de la réalisation de ces emballages pour le stockage de produits alimentaires

Article 10 : L'utilisation de produits recyclés susceptibles de créer des risques pour les personnes dans la fabrication d'emballages destinés à contenir directement des produits alimentaires ou des objets destinés à être manipulés par les enfants est interdite
Les modalités d'application des dispositions du présent article sont fixées par voie réglementaire

Article 11 : La valorisation et / ou l'élimination des déchets doivent s'effectuer dans des conditions conformes aux normes de l'environnement et ce notamment sans mettre en danger la santé des personnes des animaux et sans constituer des risques pour les ressources en eau le sol ou l'air ni pour la faune et la flore/

- provoquer des inconvénients par le bruit ou les odeurs /
- porter atteinte aux paysages et aux sites présentant un intérêt particulier

TITRE II DECHETS SPECIAUX

Chapitre 1

Obligations des générateurs et détenteurs

Article 12 : Il est institué un plan national de gestion des déchets spéciaux

Article 13 : Le plan national de gestion des déchets spéciaux porte notamment sur:
L'inventaire des quantités de déchets spéciaux particulièrement ceux présentant un caractère dangereux produites annuellement sur le territoire national.

Le volume global des déchets en stock provisoire et en stock définitif en les classifiant par catégorie de déchets

Le choix des options concernant les modes de traitement pour les différentes catégories de déchets

L'emplacement des sites et des installations de traitement existants

Les besoins en capacité de traitement des déchets en tenant compte des capacités installées des priorités retenues pour la création de nouvelles installation ainsi que des moyens économiques et financiers nécessaires à leur mise en œuvre

Article 14 : Le plan national de gestion des déchets spéciaux est élaboré par le ministre chargé de l'environnement en coordination avec les ministères chargés de l'industrie de l'énergie de la santé de l'agriculture du transport du commerce des collectivités locales de l'aménagement du territoire des ressources en eau de l'urbanisme des finances et de la défense nationale et tout autre organisme ou établissement concernés

Les modalités et procédures d'élaboration de publication et de révision de ce plan sont définies par voie réglementaire

Article 15 : Les déchets spéciaux ne peuvent être traités que dans des installations autorisées par le ministre chargé de l'environnement conformément aux dispositions réglementaires en vigueur.

Article 16 : Les générateurs et/ou les détenteurs des déchets spéciaux sont tenus d'assurer ou de faire assurer à leur charge la gestion de leurs déchets

Ils peuvent à cet effet décider de s'associer dans des groupements agréés chargés de remplir les obligations qui leur incombent

Les modalités d'agrément de ces groupements sont fixées par voie réglementaire

Article 17 : Le mélange de déchets spéciaux dangereux avec d'autres déchets est interdit

Article 18 : Les déchets issus des activités de soins doivent obéir à une gestion spécifique leur élimination est à la charge des établissements qui les génèrent et doit être pratiquée de manière à éviter toute atteinte à la santé publique et/ou à l'environnement

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont fixées par voie réglementaire

Article 19 : Il est interdit à tout générateur et/ou détenteur de déchets spéciaux dangereux de les remettre ou de les faire remettre à/

Toute autre personne que l'exploitant d'une installation autorisée pour le traitement de cette catégorie de déchets

Toute exploitation d'une installation non-autorisée pour le traitement desdits déchets

Toute personne qui remet ou fait remettre des déchets spéciaux dangereux est responsable des dégâts et dommages induits par la violation des dispositions du présent article autant que la personne ayant accepté lesdits déchets

Article 20 : Le dépôt l'enfouissement et l'immersion des déchets spéciaux dangereux dans des lieux autres que les sites et les installations qui leur sont réservés sont interdits

Article 21 : Les générateurs et/ou les détenteurs des déchets spéciaux dangereux sont tenus de déclarer au ministre chargé de l'environnement les informations relatives à la nature la quantité et aux caractéristiques des déchets

Ils sont également tenus de fournir périodiquement les informations ayant trait au traitement de ces déchets ainsi qu'aux mesures pratiques prises et à prévoir pour éviter autant que faire se peut la production de ces déchets.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont définies par voie réglementaire.

Article 22 : En cas de non admission des déchets spéciaux dans une installation autorisée par le traitement de cette catégorie de déchets l'exploitant de ladite installation est tenu de notifier par écrit au détenteur des déchets les raisons ayant motivé son refus et d'en informer le ministre chargé de l'environnement

En cas de refus non fondé le ministre chargé de l'environnement prend une décision imposant l'exploitant de ladite installation le traitement de ces déchets aux frais du détenteur

La décision précise la nature et la quantité des déchets à traiter et la durée de la prestation imposée

Article 23 : Au cas où les déchets sont abandonnés déposés ou traités contrairement aux prescriptions de la présente loi et de ses textes d'application la juridiction compétente peut après mise en demeure du contrevenant ordonner d'assurer d'office l'élimination desdits déchets à la charge de celui-ci.

Chapitre 2

Mouvement des déchets

Article 24 : Le transport des déchets spéciaux dangereux est soumis à l'autorisation du ministre chargé de l'environnement après avis du ministre chargé des transports

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont définies par voie réglementaire

Article 25 : L'importation des déchets spéciaux dangereux est strictement interdite
Les modalités d'application des dispositions du présent article sont définies par voie réglementaire

Article 26 : L'exportation et le transit des déchets spéciaux dangereux sont prohibés vers les pays qui en interdisent l'importation et vers les pays qui n'ont pas interdit cette importation en l'absence de leurs accords spécifiques et écrits

Dans tous les cas les opérations mentionnées au présent article sont soumises à l'autorisation préalable du ministre chargé de l'environnement cette autorisation n'est attribuer que si les conditions suivantes sont remplies

- le respect des règles et des normes de conditionnement et d'étiquetage internationalement convenus
- la présentation d'un contrat d'assurances présentant toutes les garanties financières nécessaires.
- La présentation d'un document de mouvement signé par la personne chargée de l'opération de transport transfrontière
- La présentation d'un document de notification signé confirmant le consentement préalable de l'autorité compétente du pays d'importation
- l'autorisation de transit est assortie de l'apposition de scelles sur les conteneurs à l'entrée du territoire national

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont définies par voie réglementaire

Article 27 : Lorsque des déchets sont introduits sur le territoire national d'une manière illicite le ministre chargé de l'environnement enjointre à leur détenteur ou leur transporteur d'assurer retour vers le pays d'origine dans un délai fixé par le ministre

Si le contrevenant ne s'exécute pas le ministre chargé de l'environnement peut prendre toutes dispositions utiles pour assurer le retour de ces déchets à la charge du contrevenant

Article 28 : Lorsque des déchets sont exportés de manière contraire aux dispositions de la présente loi le ministre chargé de l'environnement doit enjointre au producteur ou aux personnes ayant contribué à l'exportation d'assurer leur retour sur le territoire national En cas d'inexécution il prend toutes dispositions utiles pour assurer ce retour à la charge des participants à l'opération

TITRE III DECHETS MENAGERS ET ASSIMILES Chapitre 1

Organe de gestion

Article 29 : Il est institué un schéma communal de gestion des déchets ménagers et assimilés.

Article 30 : Le schéma communal de gestion des déchets ménagers et assimilés porte notamment sur/

L'inventaire des quantités des déchets ménagers et assimilés et des déchets inertes produites sur le territoire de la commune ainsi que leur composition et leurs caractéristiques.

L'inventaire et l'emplacement des sites et installations de traitement existant sur le territoire de la commune

Les besoins en capacité de traitement des déchets notamment les installations répondant aux besoins communs de deux communes ou regroupement de communes en tenant compte des capacités installées

La priorité à tenir pour la réalisation de nouvelles installations

le choix des options concernant les systèmes de collecte de transport et de tri déchets en tenant compte des moyens économiques financières nécessaires à leur mise en œuvre

Article 31 : Le schéma communal de gestion des déchets ménagers et assimilés est élaboré sous l'autorité du président de l'assemblée populaire communale ce schéma qui doit couvrir l'ensemble du territoire de la commune doit être en accord avec le plan d'aménagement de wilaya (PAW) et approuvé par le wali territorialement compétent.

Les modalités et procédures d'élaboration de publication et de révision de ce schéma sont définies par voie réglementaire

Article 32 : La gestion des déchets ménagers et assimilés relève de la responsabilité de la commune conformément à la législation régissant les collectivités locales.

La commune organise sur son territoire un service public en vue satisfaire les besoins collectifs des habitants en matière de collecte de transport et le cas échéant de traitement des déchets ménagers et assimilés

Le regroupement de deux ou plusieurs communes peut décider de s'associer pour une partie ou la totalité de la gestion des déchets ménagers et assimilés.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire

Article 33 : La commune peut concéder selon un cahier des charges type ou partie de la gestion des déchets ménagers et assimilés ainsi que les déchets encombrants et les déchets spéciaux générés en petite quantité par les ménagers à des personnes physiques ou morales de droit public ou de droit privé conformément à la législation en vigueur régissant les collectivités locales.

Chapitre 2

Dispositions générales

Article 34 : Les services publics désignés à l'article 32 de la présente loi comprennent La mise en place d'un système de tri des déchets ménagers et assimilés en vue de leur valorisation ;

- l'organisation de la collecte séparée le transport et le traitement approprié des déchets spéciaux générés en petite quantité par les ménages des déchets encombrants des cadavres d'animaux et des produits du nettoyage des voies publiques des halles et marchés ;
- la mise en place d'un dispositif permanent d'information et de sensibilisation des habitants sur les effets nocifs des déchets sur la santé publique et/ou l'environnement et sur les mesures destinées à prévenir lesdits effets ;
- la mise en œuvre de mesures incitatives visant le développement et la promotion de système de tri des déchets ménagers et assimilés

Article 35 : Tout détenteur de déchets ménagers et assimilés est tenu d'utiliser le système de tri de collecte et de transport mis à sa disposition par les organes désignés à l'article 32 de la présente loi

Article 36 : La collecte le transport et le traitement des déchets ménagers et assimilés issus des activités industrielles commerciales artisanales de soins ou autres activités constituent des prestations du présent rémunérées

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

TITRE IV

DECHETS INERTES

Article 37 : La collecte le tri le transport et la mise en décharge des déchets inertes sont à la charge de leurs générateurs le dépôt le rejet et l'abandon des déchets inertes sont interdits sur tous site non désignés à cet effet et notamment sur la voie publique.

Article 38 : Dans le cadre de son plan d'aménagement et de développement et conformément au schéma de gestion approuvé la commune initie toute action et mesure visant l'implantation l'aménagement et la gestion des sites des décharges désignés pour recevoir les déchets inertes

Article 39 : Les déchets inertes non valorisables ne peuvent être déposés que dans des sites aménagés à cet effet

Article 40 : Les modalités d'application des dispositions du présent titre fixées par voie réglementaire

TITRE V

INSTALLATIONS DE TRAITEMENTS DES DECHETS

Chapitre 1

Aménagement et exploitation

Article 41 : Les conditions de choix de sites d'implantation d'aménagement de réalisation de modification de procès et d'extension des installations de traitement des déchets sont régies

par la réglementation relative aux études d'impact sur l'environnement et par les dispositions de la présente loi et de ses textes d'application.

Dans le cas où l'installation de traitement est à implanter sur un terrain en location ou en jouissance la demande tendant à l'obtention de la décision de prise en considération de l'étude d'impact sur l'environnement comporte obligatoirement une pièce attestant que le propriétaire du terrain connaît la nature des activités projetées.

Article 42 : Toute installation de traitement des déchets est soumise préalablement à sa mise en service à :

Une autorisation du ministre chargé de l'environnement pour les déchets spéciaux :

Une autorisation du wali territorialement compétent pour les déchets ménagers et assimilés :

Une autorisation du président de l'assemblée populaire communale territorialement compétent pour les déchets inertes.

En cas de fin d'exploitation ou de fermeture définitive d'une installation de traitement des déchets l'exploitant est tenu de réhabiliter le site en vue de le remettre dans son état initial ou dans l'état fixé par l'autorité compétente.

L'exploitant est tenu d'assurer la surveillance du site pendant une période fixée par la notification de fin d'exploitation afin d'éviter toute atteinte à la santé publique et / ou à l'environnement

Sans préjudice des poursuites pénales qui peuvent être exercées et lorsque l'exploitant refuse de procéder à la remise en état du site l'autorité administrative compétente effectue d'office et aux frais de l'exploitant les travaux nécessaires à la réhabilitation du site.

Article 44 : Les prescriptions techniques fixant les règles générales d'aménagement et exploitation des installations de traitement des déchets et les conditions d'admission des déchets au niveau de ces installations de traitement sont fixées par voie réglementaire.

Article 45 : La mise en activité des installations de traitement des déchets est conditionnée par la souscription d'une assurance couvrant tous les risques y compris les risques d'accidents de pollution.

Chapitre 2

Surveillance et contrôle

Article 46 : Outre les organes habilités en la matière par les lois et règlements en vigueur la surveillance et le contrôle des installations de traitement des déchets sont exercés conformément aux dispositions de loi n 83-03 du 5 février 1983 relative à la protection de l'environnement.

Article 47 : Les exploitants des installations de traitement de déchets sont tenus de fournir toutes les informations requises aux autorités de surveillance et de contrôle.

Article 48 : Lorsque l'exploitation d'une installation de traitement des déchets présente des dangers ou des inconvénients graves sur la santé publique et/ou l'environnement l'autorité administrative compétente ordonne à l'exploitant de prendre immédiatement les mesures nécessaires pour remédier à de telles situations.

Si l'intéressé n'obtempère pas ladite autorité prend d'office les mesures conservatoires nécessaires aux frais du responsable et/ou suspend tout ou partie de l'activité incriminée.

Article 49 : Pour l'exercice de la surveillance sus-mentionnée l'autorité désignée à l'article 46 ci-dessus peut en cas de besoin faire appel à une expertise pour effectuer les analyses nécessaires à l'évaluation des nuisances et de leurs impacts sur la santé publique et/ou l'environnement.

Titre VI

DISPOSITIONS FINANCIERES

Article 50 : Les coûts inhérents au transport et au traitement des déchets spéciaux et inertes sont à la charge de leurs générateurs et/ou de leurs détenteurs.

La gestion des sites des décharges de déchets inertes constitue selon les modalités de l'article 39 de la présente loi une ressource pour les communes.

Article 51 : Au sens de la présente loi la collecte le transport le stockage et l'élimination des déchets ou tous autres services se rapportant à la gestion des déchets ménagers et assimilés donnent lieu a la perception d'impôts de taxes et de redevances dont la nomenclature et le montant sont fixés par la législation en vigueur.

Article 52 : Outre les avantages prévus par la législation en vigueur des mesures incitatives sont octroyées par l'état pour encourager le développement des activités de collecte de tri de transport de valorisation et d'élimination des déchets selon des modalités qui sont fixées par la réglementation.

Titre VII

Dispositions pénales

Article 53 : Est chargée de la recherche et de la constatation des infractions aux dispositions de la présente loi la police chargée de la protection de l'environnement et ce conformément aux dispositions de la loi n 83-03 du 5 février 1983 relative a la protection de l'environnement

Article 54 : Les infractions aux dispositions de la présente loi sont constatées par des procès-verbaux conformément aux règles prévues par le code de procédure pénale

Article 55 : Toute personne physique qui jette, abandonne des déchets ménagers et assimilés ou refuse d'utiliser le système de collecte et de tri mis à sa disposition par les organes désignés à l'article 32 de la présente loi, est punie d'une amende de cinq cents (500) à cinq mille dinars (5000) dinars.

En cas de récidive, l'amende est portée au double.

Article 56 : Toute personne physique exerçant une activité industrielle, commerciale, artisanale ou tout autre activité, qui jette, abandonne des déchets ménagers et assimilés, ou refuse d'utiliser le système de collecte et de tri mis à sa disposition par les organes désignés à l'article 32 de la présente loi, est punie d'une amende de dix mille (10.000) à cinquante mille (50.000) dinars.

En cas de récidive, l'amende est portée au double.

Article 57 : Quiconque dépose, jette ou abandonne des déchets inertes sur tout site non désigné à cet effet et notamment sur la voie publique est puni d'une amende de cinquante mille (50.000) à cent mille (100.000) dinars.

En cas de récidive, l'amende est portée au double.

Article 58 : Toute infraction aux dispositions de l'article 21 de la présente loi est punie d'une amende de cinquante mille (50.000) à cent mille (100.000) dinars.

En cas de récidive, l'amende est portée au double.

Article 59 : Toute infraction aux dispositions de l'article 10 de la présente loi est punie d'une amende de cent mille (100.000) à deux cent mille (200.000) dinars.

En cas de récidive, l'amende est portée au double.

Article 60 : Toute infraction aux dispositions de l'article 9 de la présente loi est punie d'un emprisonnement de deux (2) mois à un (1) an et d'une amende de deux cent mille (200.000) à quatre cent mille (400.000) dinars ou de l'une de ces deux peines seulement.

En cas de récidive, les peines sont portées au double.

Article 61 : Toute infraction aux dispositions de l'article 17 de la présente loi est punie d'un emprisonnement de trois (3) mois à deux (2) ans et d'une amende de trois cent mille (300.000) à cinq cent mille (500.000) dinars ou de l'une de ces deux peines seulement.

En cas de récidive, les peines sont portées au double.

Article 62 : Quiconque remet ou fait remettre des déchets spéciaux dangereux en vue de leur traitement, à une personne exploitant une installation non autorisée pour le traitement de cette catégorie de déchets, est punie d'un emprisonnement de six (6) mois à deux (2) ans et d'une amende de quatre cent mille (400.000) à huit cent mille (800.000) dinars ou de l'une de ces deux peines seulement.

En cas de récidive, les peines sont portées au double.

Article 63 : Quiconque exploite une installation de traitement de déchets sans se conformer aux dispositions de la présente loi est punie d'un emprisonnement de huit (8) mois à trois (3)

ans et d'une amende de cinq cent mille (500.000) à neuf cent mille (900.000) dinars ou de l'une de ces deux peines seulement.

En cas de récidive, les peines sont portées au double.

Article 64 : Quiconque dépose, jette, enfouit, abandonne ou immerge des déchets spéciaux dangereux dans des lieux non réservés à cet effet, est punie d'un emprisonnement de un (1) an à trois (3) ans et d'une amende de six cent mille (600.000) à neuf cent mille (900.000) dinars ou de l'une de ces deux peines seulement.

En cas de récidive, les peines sont portées au double.

Article 65 : Toute infraction aux dispositions de l'article 43 de la présente loi est punie d'un emprisonnement de six (6) mois à dix huit (18) mois et d'une amende de sept cent mille (700.000) à un million (1.000.000) de dinars ou de l'une de ces deux peines seulement.

En cas de récidive, les peines sont portées au double.

Article 66 : Quiconque importe, exporte ou fait transiter des déchets spéciaux dangereux en infraction aux dispositions de la présente loi est punie d'un emprisonnement de cinq (5) ans à huit (8) ans et d'une amende d'un million (1.000.000) à cinq millions (5.000.000) de dinars ou de l'une de ces deux peines seulement.

En cas de récidive, les peines sont portées au double.

TITRE VIII

DISPOSITION PARTICULIERE

Article 67 : Il est créé un organisme public chargé de promouvoir les activités de collecte, de tri, de transport, de traitement, de valorisation et d'élimination des déchets.

Ses missions ainsi que les modalités de son organisation et de son fonctionnement sont fixées par voie réglementaire.

TITRE IX

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 68 : les communes de plus de 100.000 habitants disposent d'un délai de deux (2) ans, à compter de la date de la publication de la présente loi au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire, pour se conformer aux dispositions de l'article 29 de la présente loi.

Article 69 : Les exploitants des installations existantes de traitement des déchets spéciaux et des déchets ménagers et assimilés disposent d'un délai de cinq (5) ans, à compter de la date de la publication de la présente loi, pour se conformer aux dispositions de la présente loi.

Article 70 : Les exploitants des sites des déchets inertes, disposent d'un délai de trois (3) ans, à compter de la date de la publication de la présente loi, pour se conformer aux dispositions de la présente loi.

Article 71 : les détenteurs de stocks existants de déchets spéciaux et de déchets spéciaux dangereux disposent d'un délai de deux (2) ans, à compter de la date de la publication de la présente loi, pour se conformer aux dispositions de la présente loi.

Article 72 : La présente loi sera publiée au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 27 Ramadhan 1422 correspondant au 12 décembre 2001.

Abdelaziz BOUTEFLIKA

**Décret exécutif N° 03-478 du 15 Chaoual 1424 correspondant au 9 décembre 2003
définissant les modalités de gestion des déchets d'activités de soins**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de l'aménagement du territoire et de l'environnement

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa);

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé;

Vu la loi n° 88-08 du 26 janvier 1988 relative aux activités de médecine vétérinaire et à la protection de la santé animale;

Vu la loi n° 01-19 du 27 Ramadhan 1422 correspondant au 12 décembre 2001 relative à la gestion, au contrôle et à l'élimination des déchets, notamment son article 8;

Vu la loi n° 03-10 du 13 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative à la protection de l'environnement dans le cadre du développement durable;

Vu le décret n° 86-132 du 27 mai 1986 fixant les règles de protection des travailleurs contre les risques de rayonnements ionisants ainsi que celles relatives au contrôle de la détention et de l'utilisation des substances radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants;

Vu le décret présidentiel n° 03-208 du 7 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 5 mai 2003, modifié, portant nomination du Chef du Gouvernement;

Vu le décret présidentiel n° 03-215 du Rabie El Aouel 1424 correspondant au 9 mai 2003, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement;

Vu le décret exécutif n°90-05 du 19 janvier 1991 relatif aux prescriptions générales de protection applicables en matière d'hygiène et de sécurité en milieu de travail;

Vu le décret exécutif n°98-339 du 13 Rajab 1419 correspondant au 3 novembre 1998 définissant la réglementation applicable aux installations classées et fixant leur nomenclature.

Décète :

Article 1^{er} : En application des dispositions de l'article 18 de la loi n° 01-19 du 27 Ramadhan 1422 correspondant au 12 décembre 2001 susvisée, le présent décret a pour objet de définir les modalités de gestion des déchets d'activités de soins;

Article 2 : Pour la mise en œuvre du présent décret, sont qualifiés d'établissements de santé, l'ensemble des structures de soins quels que soient les régimes de droit qui leur sont applicables et comprenant les établissements hospitaliers spécialisés, les centres hospitalo-universitaires, les polycliniques, les cabinets médicaux, les cabinets de chirurgie dentaire ainsi que les laboratoires d'analyses.

**CHAPITRE 1
DES CATEGORIES DE DECHETS D'ACTIVITES
DE SOINS ET DES MODALITES DE LEUR PRE-COLLECTE**

Article 3 : Les déchets d'activités de soins sont classés en trois catégories :

- les déchets anatomiques;
- les déchets infectieux;
- les déchets toxiques;

Article 4 : Dès leur génération, les déchets d'activités de soins sont pré-collectés dans les sachets prévus à cet effet, selon les modalités fixées par les articles 6, 9 et 11 du présent décret;

Article 5 : Sont qualifiés de déchets anatomiques, tous les déchets anatomiques et biopsiques humains issus des blocs opératoires et des salles d'accouchements;

Article 6 : Les déchets anatomiques doivent être pré-collectés dans des sachets plastiques de couleur verte et à usage unique;

Section 2

Des déchets infectieux

Article 7 : Sont qualifiés de déchets infectieux, les déchets contenant de micro-organismes ou leurs toxines, susceptibles d'affecter la santé humaine.

Article 8 : Les déchets infectieux coupants, piquants ou tranchants doivent, avant leur pré-collecte dans les sachets prévus à cet effet, être mis dans des récipients rigides et résistants à la perforation, munis d'un système de fermeture, ne dégageant pas de chlore lors de l'incinération, et contenant un produit désinfectant adéquat;

Article 9 : Les déchets infectieux doivent être pré-collectés dans des sachets plastiques d'une épaisseur minimale de 0,1 mm à usage, de couleur jaune, résistants et solides et ne dégageant pas de chlore lors de l'incinération.

Section 3

Des déchets toxiques

Article 10 : Sont qualifiés de déchets toxiques, les déchets constitués par :

- les déchets résidus et produits périmés des produits pharmaceutiques, chimiques et de laboratoire;
- les déchets contenant de fortes concentrations en métaux lourds;
- les acides, les huiles usagées et les solvants.

Article 11 : Les déchets toxiques doivent être pré-collectés dans des sachets plastiques de couleur rouge à usage unique, résistants et solides, et ne dégageant pas de chlore lors de l'incinération.

Article 12 : Les déchets toxiques doivent être triés, emballés, et étiquetés dans les mêmes conditions que les déchets spéciaux de même nature, et ce, conformément à la réglementation en vigueur.

CHAPITRE 2

DES PRESCRIPTIONS RELATIVES AU TRAITEMENT ET A L'ELIMINATION DES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS

Section 1

Des prescriptions générales

Article 13 : Les déchets d'activités de soins doivent être triés à la source, de façon à ce qu'ils ne soient ni mélangés aux déchets ménagers et assimilés, ni mélangés entre eux.

Article 14 : Le compactage des déchets d'activités de soins est interdit.

Article 15 : Une fois pleins au deux tiers, les sachets de pré-collecte des déchets d'activités de soins, prévus les articles 6, 9 et 11 ci-dessus, doivent être aisément lisible. Une fois pleins, ils doivent être transférés dans le local de regroupement, en vue de leur enlèvement pour traitement.

Article 16 : Les conteneurs ayant servi à la collecte et au transport des déchets d'activités de soins sont obligatoirement soumis au nettoyage et à la décontamination après chaque utilisation.

Section 2

Des prescriptions relatives aux locaux de regroupement

Article 18 : Les déchets d'activités de soins ne doivent en aucun cas être déposés en dehors des locaux de regroupement.

Article 19 : Les locaux de regroupement doivent être réservés uniquement à l'entreposage des déchets d'activités de soins.

Ils doivent être ventilés, éclairés, à l'abri des intempéries et de la chaleur, dotés d'arrivée d'eau et d'évacuation des eaux usées, être nettoyés après chaque enlèvement et être désinfectés périodiquement.

Article 20 : Les locaux de regroupement doivent être fermés et gardés afin d'éviter l'accès de toute personne non autorisés .Une inscription mentionnant l'usage du local est apposée, de manière apparente, sur la porte.

Article 21 : La durée de stockage des déchets d'activités de soins dans les locaux de regroupement, avant leur enlèvement pour traitement, ne doit pas dépasser vingt quatre heures (24h) pour les établissements de santé possédant un incinérateur, et quarante huit heures (48h) pour les établissements de santé ne possédant pas d'incinérateur.

Section 3

Des prescriptions relatives au traitement des déchets d'activités de soins

Article 22 : Les modalités de traitement des déchets anatomiques sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'environnement, de la santé, et des affaires religieuses.

Article 23 : Les déchets toxiques sont traités dans les mêmes conditions que les déchets spéciaux de même nature, et ce, conformément à la réglementation en vigueur.

Article 24 : Les déchets d'activités de soins infectieux doivent être incinérés.

Article 25 : L'incinération des déchets d'activités de soins infectieux et effectuée à l'intérieur de l'établissement de santé si celui-ci possède un incinérateur, ou à l'extérieur de l'établissement de santé;

- dans une installation d'incinération relevant d'une entreprise spécialisée dans le traitement des déchets et dûment habilitée pour le traitement des déchets d'activités de soins.

Article 26 : L'installation de traitement des déchets infectieux est soumise à une autorisation conformément aux dispositions de l'article 42 de la loi n° 01-19 du 12 Ramadhan 1422 correspondant au 12 décembre 2001 susvisée.

Article 27 : Tout gestionnaire d'un établissement de santé qui confie les déchets d'activités de soins qu'il génère, en vue de leur traitement, doit le faire conformément aux dispositions de l'article 19 de la loi n° 01-19 du 12 Ramadhan 1422 correspondant au 12 décembre 2001, susvisée.

Les frais de traitement des déchets d'activités de soins sont à la charge de l'établissement de santé qui les génère.

Article 28 : Les déchets et résidus produits par les installations d'incinération doivent être éliminés conformément aux dispositions de loi n° 01-19 du 12 décembre Ramadhan 1422 correspondant au 12 décembre 2001, susvisée.

Article 29 : Lors de la manipulation des déchets d'activités de soins, le personnel chargé de la pré-collecte, de la collecte, du transport et du traitement, doit être muni de moyens de protection individuelle, résistants aux piqûres et coupures. Il doit être informé des risques encourus lors de la manipulation des déchets, et formé aux bonnes pratiques de manipulation de ceux-ci.

CHAPITRE 3

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 30 : La gestion des déchets radioactif résultat de l'utilisation des radionucléides pour le diagnostic et la radiothérapie est exclue du champ d'application du présent décret.

Article 31 : Les déchets anatomiques d'animaux issus des activités vétérinaires sont traités au même titre que les déchets infectieux.

Article 32 : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 15 Choual 1424 correspondant au 9 décembre 2003

Ahmed OUYAHIA

**Décret présidentiel n° 05-119 du 2 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 11 avril 2005
relatif à la gestion des déchets Radioactifs**

Le Président de la République,

Vu la Constitution, notamment ses articles 77-6° et 125 (alinéa 1^{er}) ;

Vu l'ordonnance n°66-154 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure civile ;

Vu l'ordonnance n°66-155 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure pénale ;

Vu l'ordonnance n°66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal ;

Vu l'ordonnance n°75-58 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code civil ;

Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n°88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail ;

Vu la loi n°90-03 du 6 février 1990, modifiée et complétée, relative à l'inspection du travail ;

Vu la loi n°90-08 du 7 avril 1990 relative à la commune ;

Vu la loi n°90-09 du 7 avril 1990 relative à la wilaya ;

Vu la loi n°90-11 du 21 avril 1990, modifiée et complétée, relative aux relations de travail ;

Vu l'ordonnance n°95-07 du 25 janvier 1995 relative aux assurances ;

Vu la loi n°03-10 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative à la protection de l'environnement dans le cadre du développement durable ;

Vu le décret n°85-231 du 25 août 1985 fixant les conditions et modalités d'organisation et de mise en œuvre des interventions et secours en cas de catastrophes ;

Vu le décret n°85-232 du 25 août 1985 relatif à la prévention des risques de catastrophes ;

Vu le décret présidentiel n°96-436 du 20 Rajab 1417 correspondant au 1er décembre 1996 portant création, organisation et fonctionnement du commissariat à l'énergie atomique ;

Vu le décret présidentiel n°99-86 du 29 Dhou El Hidja 1419 correspondant au 15 avril 1999 portant création de centres de recherche nucléaire ;

Vu le décret présidentiel n°05-117 du 2 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 11 avril 2005 relatif aux mesures de protection contre les rayonnements ionisants ;

Vu le décret exécutif n°90-78 du 27 février 1990 relatif aux études d'impact sur l'environnement ;

Vu le décret exécutif n°91-05 du 19 janvier 1991 relatif aux prescriptions générales de protection applicables en matière d'hygiène et de sécurité en milieu de travail ;

Décrète :

CHAPITRE I

OBJET ET DEFINITIONS

Article 1^{er} : Le présent décret a pour objet de définir les règles relatives à la gestion des déchets radioactifs solides, liquides et des effluents gazeux générés par toute activité mettant en œuvre des matières nucléaires ou des substances radioactives.

Article 2 : Sont exemptées de l'application des dispositions du présent décret les substances dont les activités massiques et totales se trouvent en deçà des limites fixées par la réglementation en vigueur. Les certificats d'exemption sont délivrés par le commissariat à l'énergie atomique et donnent droit à l'élimination par les voies conventionnelles, sans excéder les limites fixées par le décret prévu à l'alinéa ci-dessus, par jour et par infrastructure.

Toutefois, des dérogations peuvent être accordées par le commissariat à l'énergie atomique sur la base d'études d'impact radiologique démontrant l'innocuité des rejets considérés pour les travailleurs, le public et l'environnement.

Article 3 : Au sens du présent décret, on entend par :

— **Déchet radioactif :** matière contenant ou contaminée par des radioéléments à des concentrations ou activités supérieures aux limites d'exemption et pour laquelle aucune utilisation n'est prévue.

— **Limites d'exemption :** un ensemble de valeurs exprimées en termes de concentration ou d'activité au-dessous desquelles les déchets ne sont plus soumis au contrôle réglementaire.

— **Gestion des déchets radioactifs :** toutes les activités administratives et opérationnelles liées au tri, à la collecte, la manipulation, le pré-traitement, le traitement, le conditionnement, le transport, l'entreposage et le stockage des déchets radioactifs.

— **Installation nucléaire :** une installation avec ses infrastructures et équipements dans laquelle sont produites, traitées, utilisées, manipulées et entreposées des matières nucléaires.

— **Producteur :** un établissement qui génère des déchets hors cycle du combustible.

- **Cycle du combustible** : les processus liés à la génération d'énergie nucléaire, incluant l'extraction des matériaux fissiles du minerai, l'enrichissement, la fabrication, l'utilisation et l'entreposage du combustible nucléaire usé et le traitement et le stockage des déchets générés.
 - **Exploitant** : un établissement qui exploite toute installation en relation avec le cycle du combustible.
 - **Traitement** : les opérations qui permettent de changer les caractéristiques du déchet radioactif à des fins de sûreté et/ou d'économie.
- Les objectifs du traitement sont :
- la réduction du volume ;
 - l'extraction des radioéléments du déchet ;
 - le changement de la composition.
- **Conditionnement** : les opérations qui produisent un colis de déchet qui peut être facilement manipulé, transporté, entreposé et stocké. Le conditionnement implique la transformation du déchet en une forme solide plus stable.
 - **Colis de déchet** : le produit de l'opération de conditionnement qui est composé du déchet et de son conteneur avec ses différentes barrières internes de protection.
 - **Entreposage** : opération qui permet le stockage provisoire des déchets radioactifs dans l'attente de leur élimination ou traitement et/ou stockage.
 - **Stockage définitif** : opération qui a pour objectif de mettre les colis de déchets radioactifs dans un endroit protégé sans aucune intention de les retirer, du moins pas avant une longue période de temps.

CHAPITRE II

CONDITIONS DE GESTION DES DÉCHETS RADIOACTIFS

Section 1

Obligations

Article 4 : Tout producteur de déchets radioactifs doit veiller à la mise en place des conditions nécessaires à la protection de l'environnement, du public et des travailleurs lors des différentes opérations entrant dans le cadre de la gestion de ces déchets.

La gestion de ces déchets radioactifs s'effectue selon les normes, les modalités et les conditions déterminées par le commissariat à l'énergie atomique.

Article 5 : L'exploitant d'une installation doit assurer l'ensemble des opérations de gestion des déchets radioactifs, à l'exception du stockage définitif qui doit être pris en charge par le commissariat à l'énergie atomique ou un organisme désigné par ce dernier.

Article 6 : Tout producteur ou exploitant doit désigner un coordonnateur chargé de la gestion des déchets radioactifs à l'intérieur de l'installation et des relations avec tous les organismes et autorités concernés par la gestion des déchets radioactifs.

Article 7 : Le rejet dans l'environnement de matière radioactive sous quelque forme qu'elle soit est soumis à autorisation préalable du commissariat à l'énergie atomique, après étude d'impact radiologique, selon une procédure définie conjointement avec les services compétents du ministère chargé de l'environnement.

Toute autre matière ou produit radioactif devenu déchet radioactif doit être traité comme tel conformément aux dispositions du présent décret.

Article 8 : Les opérations de gestion des déchets radioactifs produits par les installations nucléaires sont subordonnées à l'obtention d'une autorisation délivrée par le commissariat à l'énergie atomique sur la base d'un cahier des charges.

Section 2

Mesures techniques

Article 9 : Dès leur production, les déchets radioactifs provenant des utilisations hors cycle du combustible doivent être caractérisés et triés conformément à la classification annexée au présent décret.

Article 10 : Le producteur doit présenter les déchets radioactifs pour la collecte conformément aux exigences de tri, aux critères radiologiques et de signalisation telles que définies par les dispositions du présent décret.

Article 11 : Les conteneurs destinés à recueillir les déchets radioactifs ainsi que les sacs servant au transport de ces déchets doivent être manutentionnés et signalés de façon indélébile, et de manière à informer de l'origine du déchet, du radioélément, de son activité, de la date de production, du débit d'équivalent de dose au contact ainsi que de tout risque associé chimique ou biologique. La signalisation doit faciliter l'identification des déchets même après leur évacuation vers un site de stockage.

Article 12 : Le producteur ou l'exploitant doit veiller à ce que les déchets radioactifs produits par son installation en attente de traitement ou d'évacuation, soient entreposés d'une manière appropriée dans des infrastructures répondant aux exigences de sûreté radiologique et de protection physique telles que définies par la réglementation en vigueur.

Durant l'entreposage, les déchets conditionnés doivent être séparés de ceux qui n'ont pas fait l'objet d'un traitement.

Article 13 : Tout utilisateur de sources radioactives scellées doit prendre les mesures nécessaires pour s'assurer qu'en phase finale d'utilisation, les sources usées soient retournées au fournisseur. Cette opération doit faire l'objet d'une disposition contractuelle liant l'acheteur et le fournisseur. En cas d'impossibilité, ou si des sources radioactives se trouvent en état d'abandon, le commissariat à l'énergie atomique prend les mesures protectrices nécessaires.

Toute importation de déchets radioactifs est interdite.

Section 3

Dispositions spécifiques aux déchets radioactifs solides et liquides

Article 14 : Les déchets radioactifs solides et liquides sont recueillis soigneusement dans des récipients appropriés assurant une protection suffisante, puis traités de manière à éviter tout risque de dispersion de la radioactivité sous quelque forme que ce soit.

L'évacuation des déchets radioactifs solides est interdite dans les eaux de surface, les égouts et les collecteurs.

Article 15 : Pendant toute la durée de l'entreposage et du traitement, les mesures indispensables doivent être prises pour éviter tout risque de dispersion de la radioactivité et pour prévenir toute fermentation incontrôlée des liquides radioactifs, le traitement doit être approprié à la nature, à la toxicité et à l'activité des radionucléides présents.

Les boues ou précipités radioactifs obtenus après séchage éventuel seront traités et conditionnés comme des déchets radioactifs solides.

L'activité totale des déchets radioactifs liquides et gazeux rejetés sera maintenue à un niveau aussi bas qu'il est raisonnablement possible de maintenir, tout en étant inférieure à la limite stipulée par l'autorisation citée à l'article 7 du présent décret.

Article 16 : Les déchets radioactifs liquides et solides qui ne peuvent être évacués sont disposés et conservés dans des récipients solides appropriés et entreposés dans des locaux conformes aux exigences de sécurité de sorte à éviter toute dispersion des substances radioactives.

Si ces déchets sont susceptibles de dégager un effluent radioactif gazeux, le local doit être ventilé de manière à assurer le respect des limites telles que définies par la réglementation en vigueur.

Section 4

Exigences de sûreté radiologique

Article 17 : Les locaux et les sites d'entreposage où sont entreposés les déchets radioactifs non conditionnés doivent satisfaire aux exigences prévues par la réglementation en vigueur.

Article 18 : Un programme d'assurance qualité doit être élaboré par le producteur de déchets, de manière à garantir le respect des mesures prises pour satisfaire aux exigences de sûreté.

Ce programme d'assurance qualité doit être approuvé par le commissariat à l'énergie atomique qui contrôle son application.

Le programme d'assurance qualité doit comporter la définition des qualifications du personnel, des procédures de travail, les moyens utilisés et la conservation des données.

Article 19 : Le producteur ou l'exploitant doit disposer d'un registre d'inventaire des déchets radioactifs tenu à jour et mis à la disposition des agents chargés du contrôle relevant des autorités compétentes en la matière.

Ce registre, coté et paraphé, doit contenir les informations retraçant :

— l'origine des déchets, le numéro du colis, leur nature physico-chimique, leur activité et la date d'entreposage ;

— la quantité des déchets radioactifs générés et entreposés ;

— les rejets gazeux autorisés dans l'atmosphère ;

— les rejets autorisés dans les voies et réseaux divers ou évacués à des fins de traitement ;

— les rejets autorisés dans les sites appropriés ;

— les volumes évacués sur les lieux de dépôts spéciaux ;

— tout incident survenu lors des opérations de gestion de ces déchets.

Article 20 : Outre le registre visé à l'article 19 ci-dessus, l'exploitant doit élaborer un rapport annuel, adressé au commissariat à l'énergie atomique, sur l'état des déchets radioactifs qu'il gère. Ce rapport

doit faire ressortir la nature des radioéléments, leur activité totale et spécifique, leur nature physico-chimique, les quantités entreposées et éventuellement rejetées ou évacuées.

Article 21: Toutes les données concernant les déchets radioactifs doivent être tenues en archives, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Article 22: Le producteur ou l'exploitant doit élaborer pour l'établissement dont il a la responsabilité un plan d'action et de secours d'urgence conformément à la réglementation en vigueur.

Article 23: Les corps de fonctionnaires de l'Etat habilités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de constater les infractions aux dispositions du présent décret.

Article 24: Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 2 Rabie El Aouel 1426 correspondant 11 avril 2005.

Abdelaziz BOUTEFLIKA.

ANNEXE

CLASSIFICATION DES DECHETS RADIOACTIFS JO N° 25 DU 13 AVRIL 2005

INSTRUCTION N° 11/MSP/MIN DU 10 SEPTEMBRE 2001

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population
Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires

Objet : Amélioration de l'hygiène au niveau des Etablissements de Santé.

Enjeu économique et social, l'état de l'hygiène, dans les structures et les services de soins, est un indicateur du niveau de qualité et de sécurité atteint, et révèle le degré de mobilisation des moyens humains et matériels engagés en vue de son amélioration et de la protection, rigoureuse et permanente, des usagers (malades, visiteurs...) et des personnels de santé.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle, visant à l'amélioration de l'hygiène en général, et à la prévention et la lutte contre les infections nosocomiales en particulier, la formation constitue un des éléments concourant à la promotion de la qualité de l'environnement hospitalier, à travers la réalisation d'opérations de sensibilisation, d'éducation et de perfectionnement entreprises et/ou à entreprendre en direction des personnels de santé concernés, à des degrés divers, dans ce domaine.

Une des catégories de personnels, qui doivent être ciblées en priorité par des actions de formation en hygiène hospitalière, est celle des agents de service chargés du nettoyage et de la désinfection des locaux et des espaces sanitaires et hospitaliers qui accueillent, en permanence, les professionnels de la santé, les malades et les visiteurs.

Les activités exercées par la femme de ménage, occupent une place de choix dans la chaîne des actions qui sont engagés, à la base, pour sauvegarder et assurer les conditions élémentaires d'hygiène au niveau de l'hôpital.

Son rôle, du point de vue du rapport- coût, est à la fois important et économique.

Les actes professionnels accomplis convenablement par la femme de ménage pour garantir un bon état d'hygiène des locaux, revêtent un caractère important, dans la mesure où ils exercent un impact positif, en matière de protection de la santé des individus, sur l'environnement dans lequel évoluent les malades, les usagers et les personnels de santé.

Par ailleurs, le coût économique des activités, effectuées par cet agent, est faible, parce qu'il ne requiert pas l'utilisation de matériels et de produits onéreux.

Les techniques de nettoyage et de désinfections, au niveau de l'hôpital obéissant à des normes, universellement appliquées, qui sont différentes de celles pratiquées communément au niveau des espaces domestiques et extra-hospitaliers.

Le souci de normaliser les techniques de nettoyage et de désinfection, à accomplir par les agents d'entretien ou femmes de ménages, nous commande de mettre en place un programme national de formation, au profit de cette catégorie de personnel, qui tiennent compte:

De la spécificité de ce poste de travail et du niveau des agents, pour dispenser un contenu de formation simple, homogène et standardisé, en vue d'atteindre les objectifs d'efficacité attendue.

Des pratiques et gestes techniques à inculper et vulgariser, conformément aux procédés appliqués dans le monde.

Des types d'équipements et de produits de nettoyage et de désinfection spécifiques à utiliser.

Ce programme de formation, qui doit être lancé dès le mois d'octobre 2001, doit être accompagné et appuyé par une campagne de sensibilisation à entreprendre par les responsables, à tous les niveaux, en vue de susciter l'intérêt et l'adhésion, des personnels concernés, à cette importante opération.

Cette action, initiée au niveau central, est destinée à être reproduite, fidèlement, au niveau local.

La formation peut faire l'objet de modifications éventuelles pour tenir compte de spécificités attachées à la vocation et/ou la spécialisation de certains services et/ou structures, sous-réserve de recueillir la validation du comité d'hygiène de l'établissement.

Il reste entendu que la réussite de ce programme de formation ne pourrait être garantie, sans l'implication directe des gestionnaires et des chefs de service, qui doivent veiller, scrupuleusement, à la mise en application des connaissances acquises sur le terrain, et mobiliser tous les moyens nécessaires et utiles, en vue d'améliorer sensiblement les conditions générales d'hygiène au niveau de leurs structures de santé.

Attachant un grand prix au succès de cette opération, j'invite les responsables concernés à émettre tous avis et suggestions, à adresser aux Directeurs de la Formation et de la Prévention, de nature à enrichir et compléter les mesures devant faciliter la mise en œuvre de la présente instruction.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

EXPEDITEUR :

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE
DIRECTION DES SERVICES DE SANTE

DESTINATAIRES :

Mesdames, Messieurs, LES D.S.P <<TOUS >>
Messieurs LES D.G DES C.H.U <<TOUS >>

Objet : Hygiène et lutte contre les infections nosocomiales.

R.E.F : Instruction N° 11/ MSP/ MIN DU 10 septembre 2001.

En application à l'instruction sus référenciée, relative à l'amélioration de l'hygiène au niveau des établissements de santé et de lutte contre les infections nosocomiales, je vous demande une mobilisation continue des moyens humains et matériels en vue d'une amélioration permanente du niveau de qualité et de la sécurité.

Aussi, la formation constitue un élément essentiel dans la promotion de la qualité de l'hygiène hospitalière par la normalisation des techniques de nettoyage et de désinfection. LES "S.E.M.E.P" ET "C.L.I.N" sont interpellés pour une étroite collaboration par la mise en place de programme locaux de formation en la matière.

En outre, il m'a été donné de constater, lors des différentes visites d'inspection que le personnel du bloc opératoire utilise le savon de Marseille découpé en morceaux. Je vous rappelle que cette manière de faire n'obéit à aucune règle d'hygiène et vous informe que seul, le savon liquide antiseptique avec distributeur automatique, est autorisé au niveau du bloc opératoire.

J'attache une importance particulière à la mise en œuvre de ces actions.
Je vous informe de la nécessité du contrôle et de l'évaluation permanente.

SIGNE : PROFESSEUR BEN ENADRI

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION ET DE LA
REFORME HOSPITALIERE
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

الوزير

Le ministre

Instruction ministérielle N° 19 du /11/2002 relative à la prévention des hépatites virale, du VIH et des accidents d'exposition au sang en pratique dentaire

Destinataires :

Mesdames et messieurs les directeurs de la santé et de la population

Messieurs les directeurs généraux des C.H.U

Messieurs les directeurs des E.H.S

Mesdames et messieurs les directeurs des secteurs sanitaires.

A l'instar de toutes les spécialités chirurgicales, la chirurgie-dentaire présente un risque élevé face aux infections professionnelles transmises par le sang.

Or, il est notoire que dans l'exercice quotidien dans un cabinet dentaire les mesures d'hygiène et d'asepsie ne sont pas rigoureuses que dans un bloc opératoire.

Aussi, il convient de souligner que la protection contre les infections au cabinet dentaire, dont les hépatites et l'infection à VIH, passe par le respect des précautions universelles tout en rappelant que ces précautions s'imposent au chirurgien-dentiste et à son assistant.

Elle vise à actualiser les connaissances et les recommandations de prévention de la transmission des agents infectieux véhiculés par le sang et rappelé aux établissements de santé l'importance de la mise en œuvre d'une stratégie de prévention efficace pour maîtriser les risques de transmission virale dans les unités de soins dentaires.

Cette stratégie qui doit s'intégrer dans une démarche d'amélioration des conditions de travail, doit tenir compte de l'impact des mesures préconisées sur la sécurité des praticiens, et repose sur :

la vaccination des chirurgiens-dentistes et auxiliaires dentaires contre l'hépatite B.

la nécessité de la maîtrise le risque de transmission de l'ensemble des agents infectieux par des précautions générales d'hygiène.

L'utilisation rationnelle d'un matériel adapté.

La mise en place d'un dispositif de prise en charge des accidents d'exposition au sang (A.E.S)

L'interprétation des données de la surveillance des A.E.S

L'information et la formation du personnel

L'évaluation des actions entreprises.

Les mesures jointes en annexe doivent être mises en place par les gestionnaires des établissements, les chefs de service et les chirurgiens-dentistes du secteur public et privé

**LE MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

A N N E X E

Les règles d'hygiène destinées à protéger le personnel contre le risque également infectieux véhiculés par le sang et la salive

A cet effet, des actions concrètes doivent être mises en œuvre sous la responsabilité du chef d'établissement, en concertation avec les comités de lutte contre les infections nosocomiales et les médecins du travail.

I – Maladies infectieuses les plus redoutables

-les hépatites B et C

Le risque de contamination connu pour le virus des hépatites B et C (VHB et VHC), qui peuvent évoluer vers une hépatite aiguë fulminante, une cirrhose ou un carcinome hépato-cellulaire, a été rappelé dans les années 80 avec l'épidémie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

-l'infection à VIH.

Bien que le risque de séroconversion après contamination accidentelle est évalué entre 0,2 et 0,3% contre 3 à 5% pour le VHC et 30% pour le VHB, la gravité de cette pathologie nous impose de la classer parmi les maladies infectieuses les plus redoutables.

II – Contamination, sources et voies de transmission

1- l'accident d'exposition au sang ou à la salive contaminée à l'occasion :

d'une effraction percutanée par du matériel souillé (aiguilles, instruments à main, instrument rotatifs....)

d'une blessure liée à la participation d'autrui, notamment lors du passage du matériel à l'assistant dentaire.

D'un contact cutanéomuqueux avec du sang ou de la salive contaminés en introduisant la main dans la bouche du patient alors que la peau du chirurgien-dentiste présente une lésion, même minime (gerçures, eczéma, coupure du bord de l'ongle...)

D'un contact avec une surface souillée (unit, scialytique, crachoir, fauteuil ...) alors que la peau du chirurgien-dentiste présente une lésion, même minime.

D'une inoculation transcutanée avec du sang infecté par piqûre d'aiguille.

2- la transmission aéroportée

la salive comporte un risque majeur pour cette spécialité à l'occasion de projections sur la face, notamment la bouche, les conjonctives oculaires ou autre porte d'entrée car l'hépatite B se transmet par la salive, et de faibles quantités de particules virales VIH peuvent être trouvés dans la salive de patients atteints de SIDA

3-Voies de transmission

-du patient au soignant

par contact direct de la main dans la bouche du patient sur peau blessée ou lésée ou par accident d'exposition au sang ou à la salive contaminés.

-de patient à patient

par l'intermédiaire des mains du soignant non ou mal lavés ou par des instruments contaminés.

-du soignant au malade

si le chirurgien-dentiste est contaminé (que son statut sérologique soit connu ou non)

III- Prévention, et gestion du risque

Outre les patients qui déclarent leur séropositivité, il faut considérer que tout malade est potentiellement contaminant et prendre systématiquement des précautions pour lutter contre ces maladies.

Cela comprend la vaccination contre l'hépatite B et toutes les mesures universelles d'hygiène et d'asepsie. Nous rappelons aux gestionnaires des établissements l'importance de la mise en œuvre d'un programme cohérent de prévention efficace de lutte contre les risques de transmission d'agents infectieux dans les unités de soins et l'application des directives concernant les mesures qui doivent être appliquées dans les cabinets dentaires.

Le protocole de prévention des infections doit être adapté au contexte dans lequel on travaille tout en répondant aux exigences les plus strictes en matière d'hygiène, de désinfection et de stérilisation en pratique dentaire.

En la matière, chaque responsable de structure sanitaire, chaque chirurgien-dentiste du secteur public ou libéral, a l'obligation de prendre ses responsabilités à cet égard.

III Mesures principales de protection contre les agents infectieux :

1- Prévention médicale

le vaccin anti VHB étant efficace et inoffensif, la vaccination contre l'hépatite B est rendue obligatoire par l'arrêté du 25 Avril 2000 relatif à la vaccination contre l'hépatite B, suivi de l'instruction ministérielle n°14 du 10 septembre 2002 relative à l'obligation de la vaccination contre l'hépatite virale B.

a charge pour les directeurs des établissements de soins publics ou privés de prendre leur dispositions et veiller à son application.

2-Prévention technique

Elle est basée sur le respect des mesures universelles en matière d'hygiène de désinfection et d'asepsie afin d'interrompe les voies de transmission de l'agent infectieux.

Ces mesures sont à mettre en œuvre pour tout patient et pour tout soin bucco-dentaire car chaque acte bucco-dentaire doit être considéré comme intervention à risque potentiel de transmission d'agents infectieux par le sang ou la salive.

Pour cela, il faut veiller aux points suivants :

* les instruments et matériels à utiliser qui entrèrent en contact avec les muqueuses du patient doivent subir une désinfection de haut niveau ou une stérilisation, toujours précédée d'un nettoyage approfondi.

* le soignant doit se protéger la face par le rapport d'un masque et des lunettes ou écran de protection (selon certaines études, les projections dans les yeux et le visage constituent 19 à 36% du total des contacts cutané-muqueux).

Le port du masque est indiqué pour protéger aussi le patient si le praticien est atteint d'une infection transmissible par les voies respiratoires (rhinite, grippe).

-le praticien porte un masque contre les éclaboussures dues à certains actes, ainsi que des contaminations bactériennes ou virales lors de soins à des patients présentant des infections buccales ou des voies respiratoires ou porteurs de maladies virales transmissibles par le sang.

Le masque doit bien recouvrir le nez et la bouche, être constitué en fibres synthétiques à haut pouvoir de filtration ($\geq 95\%$) et de préférence être hydrofuge.

Il sera chargé dès qu'il est souillé ou humide et enlevé et jeté immédiatement après usage .Un lavage des mains s'impose dès que le masque a été touché.

-le praticien porte des lunettes ou des visières suffisamment larges de manière à ce que les projections ne puissent atteindre l'œil dans les situations à risque (projection de particules avec risque de blessure ou de contamination, en particulier des conjonctives).

* le soignant doit porter des gants en latex ou en P.V.C pour toute manipulation dans la cavité buccale.

On utilisera une nouvelle paire de gants pour chaque patient. Les gants ne doivent pas être nécessairement stériles mais doivent répondre aux exigences suivantes :

Parfaite adaptation à la main, maintien de la sensibilité tactile, imperméabilité résistance aux produits chimiques et comptabilité avec certains produits

Si la qualité des gants n'est pas certifiée il est recommandé d'utiliser deux paires de gants pour tous les actes chirurgicaux ou sur un patient à sérologie positive (une étude a montré que le port de double paire de gants réduit le contact sanguin de 17% pour le premier gant 5% pour le second).

Après avoir enlevé les gants, le soignant doit se laver les mains.

* le personnel du cabinet dentaire doit porter une blouse ou un tablier.

Ceux-ci doivent être changés régulièrement et chaque fois qu'ils sont visiblement souillés .Ils doivent remplacer ou recouvrir largement les vêtements civils et avoir des manches courtes ou semi-longues qui facilitent le lavage des mains .Ils seront confectionnés dans des matériaux supportant facilement les lessives à des températures et temps qui garantissent la désinfection.

En pratique on choisit souvent une blouse ou veste en coton ou en mélange polyester-coton.

* Proscrire le recapuchonage des aiguilles et les jeter rapidement ainsi que tout autre objet coupant ou tranchant ne devant plus servir, dans un conteneur imperméable spécialement prévu à cet effet.

Ce conteneur peut être un récipient contenant de l'eau de javel à 12°

* proscrire le passage des instruments de la main à la main entre chirurgien-dentiste et assistant mais utiliser un champ ou un plateau sur lequel les objets sont déposés.

* les empreintes buccales, les prothèses et autres sont nettoyées et traitées au moyen d'un désinfectant avant d'être envoyées aux laboratoires de prothèse dentaire par exemple.

3 – Importance de l'anamnèse

le fait de bien établir une anamnèse constitue un élément important dans la protection des patients et des personnes qui dispensent les soins car certains éléments mis en lumière par l'anamnèse peuvent justifier d'autres méthodes de travail :

- un patient fortement immunodéprimé peut justifier l'emploi d'eau stérile .Il peut également être de recevoir ce patient en premier lieu dans la journée afin de diminuer le risque d'infection croisée.
- Un patient porteur d'un virus (VHB, VHC ou VIH) doit être reçu en fin de consultation afin de pouvoir ensuite accorder plus de soin au nettoyage et à la stérilisation.

4 - Hygiène des mains

en médecine dentaire, l'hygiène des mains est capitale, tant pour le confort et la sécurité du patient que pour la sécurité du praticien.

Les ongles des mains doivent être coupés courts.

Le port de bijoux aux mains et aux poignets peut être cause de blessures, offrir des niches aux microorganismes et présenter un obstacle au lavage des mains.

- lavage des mains

il est effectué avant et après chaque soin et chaque fois que les mains sont souillées .Le lavage et la désinfection des mains ne remplacent pas le port des gants et inversement.

* Produits de lavage et de désinfection

les distributeurs de solutions pour le traitement des mains sont indispensables :

il faut proscrire totalement les pains de savon.

- Désinfection des mains

la désinfection des mains a pour but une action bactéricide par effet chimique .On distingue différents types de désinfection des mains.

* la désinfection hygiénique des mains

Elle doit être effectuée dès qu'une contamination a eu lieu et peut être effectuée avant chaque soins .Elle doit détruire la flore transitoire.

L'alcool à 70° ou une solution antiseptique à base d'alcool à 70° est utilisé pour la désinfection hygiénique des mains.

Pour éviter un dessèchement de la peau des mains, on peut ajouter un lubrifiant dans l'alcool, par exemple du glycérol à 1% ou de l'huile de silicone (2 gouttes par litre).

* La désinfection chirurgicale des mains

la désinfection chirurgicale des mains est pratiquée avant tout acte chirurgical.

Elle doit permettre l'élimination de la flore transitoire, cette désinfection des mains freine simultanément le développement de la flore résidante .Outre l'effet bactéricide immédiat de cette désinfection, un effet prolongé de deux à six heures peut être obtenu.

- Séchage

Après le lavage des mains, le moyen de séchage doit être propre, individuel doux et présenté en distributeur. Les essuie-mains doivent être à usage unique : il faut proscrire les serviettes, à usage multiple, généralement en tissu, véritables milieux de culture.

Après désinfection chirurgicale, le séchage se fait soit au moyen de linges stériles, soit par friction à l'alcool.

IV - EQUIPEMENTS, LOCAUX ET ORGANISATION DU TRAVAIL

1 - nettoyage de la zone médicale

Après chaque patient le poste de travail doit être nettoyé et désinfecté : toutes les surfaces qui ont été touchées par les mains souillées du praticien ou de l'assistante ou sur lesquelles des instruments contaminés ont été déposés doivent être lavées et désinfectées.

- **L'unit**

Les instruments rattachés à l'unit, comme les seringues multifonctions, les moteurs, turbine, détartreur, bistouri électrique, etc. doivent être déconnectés, leurs caches et les embouts désinfectés (voire stérilisés)

On nettoiera également la surface de l'unit dont le revêtement doit être aussi lisse que possible et résistant aux produits utilisés au nettoyage et la désinfection.

- le crachoir

Cette partie de l'équipement est particulièrement contaminée, elle ne doit pas être touchée sans protection et doit être nettoyée et désinfectée après chaque patient.

- **les embouts**

Les embouts de la seringue à eau, à air ou multifonction et d'autres appareils qui entrent dans la bouche sont contaminés à chaque usage .Il faut donc veiller à les stériliser s'ils ne sont pas à usage unique. Il faut également nettoyer et désinfecter les poignées des tablettes, des tiroirs, du siège, du scialytique, de l'appareil RX ainsi que tous les interrupteurs et boutons de commandes que l'on a touchés durant le traitement.

On nettoiera également la tête à moins d'utiliser des housses prévues à cet effet.

Pour nettoyer tous ces éléments et les désinfecter, on utilise de préférence des linges à usage unique ou des serviettes en papier imprégnées d'une solution détergente (et de préférence désinfectante); toutes les surfaces sont essuyées minutieusement pour assurer l'enlèvement mécanique de toutes les souillures; ensuite on applique un désinfectant actif.

Signalons en outre que pour le téléphone, l'ordinateur et d'autres équipements non médicaux, en particulier lorsqu'ils se trouvent dans la zone médicale, en plus des détergents de ménage habituels, il faudra prescrire l'utilisation de désinfectants compatibles

Pour tous les produits et particulièrement pour les désinfectants, il faut éviter les mélanges improvisés, respecter les dilutions et les temps d'application conseillés.

2 – local de soin, organisation du travail.

Le local de soin doit être réservé exclusivement au travail au fauteuil. Il est donc déconseillé d'y installer d'autres postes de travail tel que le bureau du praticien. il faut qu'il puisse être entretenu et désinfecté de manière optimale.

- Commandes et poignées

Les boutons de commandes et poignées sont manipulés avec des mains souillées sans qu'on en soit bien conscient et peuvent donc intervenir sournoisement dans la contamination croisée. On limitera au strict nécessaire les contacts avec des poignées (scialytique, tablettes).

- Alimentation en air et en eau

Lorsque l'on arrête le moteur et le spray de refroidissement ; un phénomène de aspiration peut entraîner des germes présents dans la bouche du patient et contaminer non seulement la conduite dans l'instrument, mais également au-delà ; il faut penser, en début de journée et après chaque patient, à faire fonctionner à vide (hors de la bouche) pendant quelques secondes les moteurs (s) turbine (s) avec le spray et la seringue multifonctions.

- **Mobilier**

La disposition d'instruments dans les tiroirs près du postes de travail présente deux inconvénients importants : d'une part ces instruments seront rapidement contaminés par l'air ambiant, particulièrement contaminé dans cette zone, d'autre part, leur préhension sera fréquemment source de contamination .Mieux vaut utiliser au maximum des systèmes de plateaux préparés.

3 – Nettoyage et désinfection des instruments

Les résidus de sang ou les débris diminuent l'efficacité de la désinfection et de la stérilisation C'est la raison pour laquelle un bon nettoyage est important .Pour le nettoyage manuel, on utilise une brosse à récurer.

Pour la désinfection il existe différentes techniques : la désinfection thermique (autoclaveur) et la désinfection au moyen de produits chimiques.

Le désinfectant idéal doit offrir un large spectre (être également, virucide et fongicide). Il doit en outre être facile d'emploi, inodore, non toxique, biodégradable et ne doit pas endommager le matériel.

4 – Stérilisation des instruments

- Le stérilisateur à air chaud utilise la chaleur sèche pour détruire les micro-organismes A une température de 160° C le temps de contact nécessaire est 120 minutes. A 170° C, celui-ci est de 60 minutes et à 180° C de 30 minutes .il faut ajouter à ces temps de temps préchauffage et de refroidissement.

- l'autoclave, stérilise au moyen de vapeur d'eau saturée. A une température de 134° C et une suppression de 2 atmosphères (200 kPa), un temps de contact de 3 minutes suffit. A 121° C (100 kPa) 15 minutes sont nécessaires .Dans ce cas également, il y a lieu d'ajouter le temps de préchauffage, de refroidissement et de séchage.

les avantages de l'autoclave sont la rapidité et la sécurité du cycle de stérilisation.

- Dans le chemiclave la stérilisation est assurée par des vapeurs chimiques insaturées.

La vapeur est un mélange de formaldéhyde, d'acétone et d'alcool.

A une température de 132° C, le temps de contact nécessaire est de 20 minutes.

- le stérilisateur à billes est un récipient bien isolé, rempli de billes de verre et comprenant un élément chauffant incorporé .Il est notamment utilisé pour la stérilisation d'instruments endodontiques au fauteuil.

- le trempage dans des produits chimiques permet également de stériliser.

Cette technique est aussi appelée stérilisation chimique.

Le glutaraldéhyde à 2% peut être envisagé .Son utilisation est compliquée et prend beaucoup de temps. Il faut compter un temps de contact de 3 heures au minimum pour atteindre la stérilité.

La technique est très sensible au nettoyage préalable. Le produit est irritant et toxique et le rinçage est obligatoire au moyen d'eau distillée stérile.

Son utilisation doit être limitée.

5 – Traitement hygiénique des contre-angles, pièces à main et turbines.

Ces instruments sont souillés par de la salive, éventuellement du sang, voir même du pus, certainement sur la face extérieure, souvent aussi à l'intérieur de l'instrument.

Comme pour tout instrument, il est recommandé de nettoyer et stériliser les instruments rotatifs après chaque utilisation, suivant une procédure précise :

Faire fonctionner à vide l'instrument avec son spray durant une dizaine de secondes, pour rincer les tuyaux de fluides.

Laver la face externe, soit avec une brosse et un détergent, soit en autoclaveur.

Injecter le lubrifiant recommandé par le fabricant, suivant ses instructions.

Oter les traces d'huile et nettoyer les fibres optiques à l'alcool.

Emballer.

Stériliser, tant l'autoclave classique que le chemiclavepeuvent être utilisés.

Avant de réutiliser l'instrument, le faire fonctionner durant quelques secondes à vide, avec son spray.

Il existe des autoclaves destinés spécialement aux instruments rotatifs .Leur cycle de stérilisation est raccourci autant que faire se peut, ce qui permet de gagner du temps.

V – CONCLUSION

L'extrême vigilance qui doit s'exercer à l'égard de tout acte impliquant un risque de contamination par le sang ou la salive permettra au chirurgien-dentiste de se concentrer entièrement sur le traitement intra buccal garantissant outre la protection du patient, un travail minutieux et soigné.

**PROCEDURES D'HYGIENE ET D'ASEPSIE
DANS UN CABINET DENTAIRE**

Quoi	Quand	Comment
Lavage et désinfection des mains	Avant chaque soin. Avant la mise en place et après le retrait des gants	-Mouiller et savonner les mains -Frotter soigneusement en insistant sur les ongles -Rincer et bien sécher
Lavage et désinfection avec des gants en caoutchouc	Après chaque utilisation	-brosser avec une solution savonneuse -Rincer et mettre à sécher -Talquer l'intérieur avec du talc stérilisé à la chaleur sèche à 160° - 180°
Nettoyage et désinfection des plateaux et instruments manuels	Immédiatement après leur utilisation, avant la stérilisation	-Immerger dans une solution désinfectante et nettoyer manuellement à l'aide d'une brosse à récurer pour bien éliminer les résidus de sang ou autres débris, sécher. -Stériliser 160°-120 MINUTES 170°-60 MINUTES 180°-30 MINUTES -Autoclave : 121°-15 MINUTES 134°-03 MINUTES
Nettoyage et désinfection des instruments rotatifs	Après chaque patient ou au moins après une intervention à risque	-Faire fonctionner à vide l'instrument avec son spray durant une dizaine de sec. -Laver la face externe avec une brosse et un détergent sécher. -Avant de réutiliser l'instrument, le faire fonctionner durant quelques secondes à vide avec son spray.
Nettoyage et désinfection des systèmes d'aspiration	A la mi-journée, le soir et après toute intervention à risque	-Préparer 1/3 de litre de solution désinfectante et le faire aspirer par la pompe à salive
Nettoyage et désinfection du système d'alimentation en air et en eau	En début de journée et après chaque patient	-Faire fonctionner à vide pendant quelques secondes (hors de la bouche) le moteur turbine et la seringue multifonction. -Nettoyer la face externe avec une solution désinfectante
Nettoyage et désinfection du crachoir, unit et autres surfaces	Après chaque patient	-Nettoyer puis désinfecter à l'aide d'une solution aqueuse d'hypochlorite : eau de javel à 12° chlorométrique diluée à une concentration de 2 à 10%

Remarque : il existe différents désinfectants selon la propriété souhaitée : les alcools isopropyliques et éthyliques, les aldéhydes, les biguanides, l'ammonium quaternaire, les préparations à base de chlore, les phénols, les iodophores et les oxydants.
L'hypochlorite est corrosif et pour les petites surfaces, on peut utiliser de l'alcool éthylique à 70°.

Direction de la Prévention

INSTRUCTION N° 138 MSPRH/DP/DU 06/06/2005 RELATIVE A LA PREVENTION DES ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG (AES) EN MILIEU DE SOINS

Destinataires :

- Messieurs les Directeurs de la santé et de la population
- Messieurs les Directeurs Généraux des CHU
- Messieurs les Directeurs des EHS
- Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires

Référence : Instruction N° 19 du 19 Novembre 2002 relative à la prévention des Hépatites virales, du VIH et des AES en pratique dentaire.

Face à l'épidémie d'infection à VIH/SIDA et à la prévalence croissante des infections à VHB et VHC, il est impératif de rappeler les principales mesures de prévention des accidents liés à l'exposition au sang et de situer le rôle des responsables des structures de santé.

La mise en œuvre d'une stratégie de prévention efficace permettra de contrôler l'apparition de nouveaux cas en maîtrisant les risques de transmission virale dans les établissements de soins. Ces actions entrent dans le cadre des missions des responsables des structures de santé en charge d'assurer la bonne pratique des soins.

La prévention des AES s'intègre dans le cadre de l'amélioration de la qualité de soins aux patients et de l'amélioration des conditions de travail des personnels. La direction de l'établissement est tenue de fournir aux personnels des mesures de protection collectives (prévention de l'exposition) et, Lorsque l'exposition ne peut être évitée par des mesures de protection individuelle.

Risque de transmission Virale (VHB, VHC, HIV) selon le type d'accident

Virus	Risque de transmission : exposition percutanée : injection, hémodialyse.....
VHB (Virus de l'hépatite B)	2 à 40%
VHC (Virus de l'hépatite C)	2,1%
HIV (Virus de l'immuno-déficience humaine)	0,35%

La prévention des AES est axée sur le respect des précautions standard par :

- 1/ Le lavage et/ou la désinfection des mains par une solution hydro alcoolique après le retrait des gants, avant de mettre deux patients et entre deux activités.
- 2/ Le port de gant : les gants doivent être changés entre deux patients, entre deux activités.
- 3/ Le port de la blouse, de lunettes et masque si les soins ou manipulations exposent à un risque de projection ou d'aérolisation du sang ou tout autre produit d'origine humaine.
- 4/ Les bonnes pratiques de soins à savoir, l'utilisation strict de matériel à usage unique (extrême résistance de l'HBC à la chaleur d'où risque de contamination par un matériel mal stérilisé par une température inadéquate), le respect des protocoles de soins en stomatologie, gynécologie obstétrique, hémodialyse etc....) l'élimination immédiate après usage dans des conteneurs adaptés des aiguilles sans les recapuchonner et sans les désadapter à la main.

5/ Le nettoyage des surfaces souillées de sang puis la désinfection à l'eau de javel à 12° ou tout désinfectant approprié répondant aux normes (Dakin) (annexe 2).

6/ L'évacuation dans un emballage étanche et fermé du linge et matériel souillé par du sang ou tout autre produit d'origine humaine pouvant être infecté par le virus de l'hépatite B,C ou l'HIV.

La vaccination contre l'hépatite B complétée de l'évaluation de la couverture vaccinale est à élargir à toutes les catégories professionnelles affectées à un poste exposé ainsi qu'aux patients particulièrement exposés au risque comme les hémodialysés qui feront l'objet d'un suivi sérologique avant et durant le traitement.

Il est demandé de veiller au strict respect de l'application de la conduite à tenir en cas d'AES (jointe en annexe).

Les responsables des structures de santé sont chargés de la mise en œuvre de ces mesures et veilleront à la disponibilité du matériel et de produit conformes aux normes en quantité suffisante. Ils assureront en outre le contrôle et l'évaluation des mesures appliquées.

La Directrice de la Prévention

ANNEXES

ANNEXE 1 : Conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au Sang.

En cas d'exposition, piqûre, coupure ou égratignure du personnel ou de projection de sang sur les muqueuses, conjonctivites en particulier.

Laisser saigner, puis rincer abondamment après lavage au savon et appliquer de l'alcool à 70 % de l'eau de javel à 12° diluée au 1/10 ou du dakin.

Chercher à connaître le caractère infectant du liquide par la pratique des 3 sérologies HBV, HBC et HIV du patient contaminant.

Rechercher ces trois sérologies chez la personne contaminée.

Informers le médecin référent et/ou le médecin du travail de l'hôpital et déclarer l'AES qui devra être inscrit sur un registre du service où s'est produit l'AES destiné à cet effet pour faire foi en cas de séroconversion ultérieure. (Déclaration légale du médecin du travail).

Refaire chez la personne contaminée une sérologie du VIH à 3 mois et à 6 mois et une sérologie du VHC et Ag HBS à 6 mois (orientation vers un milieu spécialisé en gastro-hépatologie).

Vis à vis du VIH : une prophylaxie peut être proposée, surtout si la personne victime de l'AES le souhaite, en cas de piqûre ou de contact massif contaminant avec du sang de patient VIH positif connu. La posologie par AZT doit être débutée le plus vite possible, au mieux dans les deux heures suivant l'AES : la posologie est de 1200 mg/j pendant trois jours puis 1000 mg/j pendant 4 semaines.

ANNEXE 2 : Contrôle de la Concentration de la solution de l'eau de javel :

Le contrôle de la concentration de la solution d'eau de javel est obligatoire au laboratoire de la structure de soins. Il se fait selon une procédure simple par le pharmacien.

De plus, la solution doit être renouvelée tous les huit (8) jours car son pouvoir désinfectant se perd avec le temps et sous l'effet d'une forte chaleur.

ANNEXE 3 : Mesures spécifiques aux hémodialysés :

Tout malade à hémodialyser doit être considéré comme potentiellement contaminant. Aussi les mesures d'hygiène universelle doivent être scrupuleusement respectées.

Les tests Sérologiques du HIV, du HBV et du HCV doivent être pratiqués pour tout malade concerné par une séance d'hémodialyse.

Les malades séropositifs à l'une des affections virales doivent être pris en charge dans tous les cas. Aucune raison ne justifie leur exclusion de la dialyse.

Le respect strict des mesures d'hygiène constitue une sécurité suffisante.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTRE RE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Instruction ministérielle N° 002 MSPRH du 21 MARS 2006 relative à la prévention de la transmission du virus de l'hépatite virale B et C en milieu de soins

Destinataires;

Mesdames et Messieurs :

• Les Directeurs de la Santé et de la Population des Wilayas : pour application, suivi et communication aux:

Les Directeurs des Secteurs Sanitaires

Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés

Les Responsables des Etablissements de soins parapublics et privés

Les Directeurs généraux des Centres Hospitalo-universitaires

Le Directeur Général de l'Etablissement Hospitalo-Universitaire d'Oran

«pour exécution »

Le sang et les liquides biologiques sont des éléments importants dans la transmission des virus de l'Hépatite virale B (VHB) et de l'Hépatite virale C (VHC) en milieu de soins.

Le virus de l'hépatite B (VHB) est un virus particulièrement résistant aux conditions de l'environnement; il peut rester stable au moins 7 jours sur les surfaces inertes ce qui constitue une source de contamination importante. C'est un virus transmissible par le sang. L'incubation de la maladie est en moyenne de 8 à 12 semaines.

L'infection est le plus souvent modérée ou inapparente ; elle évolue volontiers vers la chronicité ; dans ce cas, le patient devient à son tour une source potentielle de contamination.

Bien que la vaccination ait réduit de façon significative l'incidence de l'infection à VHB, il y a lieu de signaler que le dialysé chronique est à haut risque d'infection du fait d'une exposition constante au sang, à l'équipement de dialyse, ainsi qu'à des transfusions; le patient peut être infecté par le VHB lors d'injection de médicaments ou de solutés contaminés par le sang d'un patient porteur du virus, notamment en cas de mésusage de dispositifs médicaux ou de flacons à usage multiple.

Le virus pénètre dans la circulation sanguine à l'occasion d'une ponction vasculaire, d'une injection ou d'un prélèvement. Les dispositifs médicaux, les surfaces inertes, le chariot de soins, ainsi que les mains du personnel soignant peuvent être contaminés à partir d'un sujet infecté. Le virus peut être transmis au patient réceptif par des voies multiples, telles que les mains du personnel soignant, les mains de patients infectés, les objets et dispositifs médicaux partagés. La fréquence des expositions au sang liées à des piqûres d'aiguilles est un facteur de risque majeur de contamination professionnelle par le VHB.

Bien que le vaccin contre l'hépatite virale B soit disponible et obligatoire, le risque de contamination existe pour certaines catégories non ou mal vaccinées. Environ 30 % des soignants non immunisés et exposés à une aiguille creuse souillée par du sang AgHBs+ et AgHBe+ seront contaminés.

Les modalités de contamination ont clairement mis en évidence les effets négatifs de l'acte de soin non sécurisé et de la transfusion de sang mal contrôlée.

Le virus de l'hépatite C (VHC) est un virus génétiquement hétérogène avec un taux de mutation élevé. La prévalence du VHC est plus élevée chez les patients dialysés que dans la population générale, L'incubation de la maladie est de 6 à 7 semaines, l'infection est inapparente dans plus de 60 % des cas.

À l'inverse de l'hépatite B, l'hépatite C prend souvent la forme d'une infection chronique (70 %). Seuls 20 % des patients éliminent spontanément le virus. Un patient peut être infecté par le VHC lors d'injection de médicaments ou de solutés contaminés par le sang d'un patient porteur du VHC, notamment en cas de mésusage de dispositifs médicaux ou de flacons à usage multiple.

Le VHC, virus relativement résistant et stable dans l'environnement, pénètre dans la circulation sanguine d'une personne à l'occasion d'une ponction, d'une injection, d'un prélèvement, d'un partage d'objets souillés (rasoirs, brosse à dents) entre patients positifs et négatifs, ou lors de la contamination des surfaces de l'environnement et des mains du personnel soignant.

La contamination dans une unité d'hémodialyse se fait lors de la contamination interne du générateur de dialyse par le sang d'un patient dialysé précédemment (capteurs de pression, circuit dialysat).

La transmission nosocomiale en dehors de l'unité de dialyse, est réalisée lors d'autres soins nécessités par le patient. Ce mode est également à prendre en compte. La transmissibilité du VHC en milieu de soins est relativement faible lors des expositions professionnelles par rapport au VHB. Le taux moyen de séroconversion après exposition percutanée au VHC, a pu être estimé à 2,1 % avec des taux variant entre 0 % et 6 %. La transmission nosocomiale des infections par les virus des hépatites B et C est établie. Le développement de soins en milieu extra hospitalier constitue aussi une autre cause de dissémination des virus des hépatites.

Il a été noté dans tous les audits hospitaliers qu'il n'y a aucune bonne pratique admise pour la qualité des soins, la sécurité des produits sanguins et dérivés ainsi que dans le traitement et l'élimination des déchets des activités de soins à risque infectieux (DASRI).

A cet effet, je vous demande d'appliquer strictement les mesures de prévention de la transmission nosocomiale des hépatites virales B et C. Ces manquements engagent la responsabilité des intervenants à tous les niveaux jusqu'au prestataire de l'acte. Ces mesures doivent permettre:

1/ L'application systématique et stricte des protocoles de l'hygiène des mains, de la décontamination et du bio nettoyage afin de sécuriser tous les actes invasifs dans le respect des bonnes pratiques universelles en matière de prévention et de sécurité du matériel de soins et de diagnostic.

2/ L'application des procédures validées de stérilisation et de désinfection des dispositifs médicaux.

3/ L'application et le respect des règles de la sécurité transfusionnelle avec en particulier, le dépistage des maladies transmissibles par le sang (VHB- VHC- HIV).

4/ La sécurité de tout acte dentaire en appliquant les bonnes pratiques universelles en matière de soins dentaires avec application stricte des protocoles de nettoyage, désinfection et stérilisation du matériel.

5/ L'élimination, après tri à la source, des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) conformément aux protocoles validés.

6/ La prévention des Accidents d'Exposition au Sang (AES) en respectant les protocoles de protection ce qui permet d'éviter la transmission des maladies virales sériques en particulier la transmission du VHB et du VHC. En plus de la vaccination contre l'Hépatite B, la méthode de base de la lutte contre les AES demeure le respect des précautions standard.

Ces mesures sont simples à mettre en œuvre: elles nécessitent des investissements financiers acceptables et diminuent de manière sensible la contamination par le VHB et le VHC.

Elles préviennent à priori le risque d'infection nosocomiale chez le patient et le risque de contamination professionnelle chez le soignant par le virus des hépatites B et C.

L'organisation et la planification des soins doivent intégrer, à chaque phase de prise en charge d'un patient les impératifs liés à la prévention du risque infectieux et au confort du patient, depuis son accueil, jusqu'à son départ de l'unité de soins. Ce sont les anomalies dans l'organisation des soins qui sont fréquemment identifiées, lors de l'analyse des circonstances de survenue de cas groupés d'infections par VHB et VHC il est cité à titre d'exemple le partage de matériel entre les patients, le non respect des procédures pour l'hygiène des mains, le port d'une même paire de gants non changée entre des contacts avec plusieurs patients, le bio nettoyage défectueux par non application de la technique des deux seaux, le manque d'entretien des locaux et des surfaces.

A cet effet, il vous est demandé d'appliquer rigoureusement les précautions d'hygiène contenues dans le référentiel donné en annexe

Un rapport trimestriel retraçant l'état d'avancement de l'application de la présente instruction est à transmettre aux services concernés de l'administration centrale (Direction de la Prévention).

Le 21 MARS 2006

وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات
عمار تو

ANNEXE

Précautions générales d'hygiène ou précautions "standard " à respecter lors de soins à tout patient

Gestes / situation	Commentaires
Lavage avec savon liquide et/ou désinfection des mains par lavage et/ou friction avec solution hydro alcoolique	A la prise de service, avant la mise de gants, après le retrait des gants, entre deux patients, entre deux activités. L'utilisation de savon en pain (à usage multiple) est proscrite de même que le séchage des mains avec essuie mains à usage multiple.
Port de gants	Les gants doivent être changés entre deux patients, deux activités. Les gants, stériles ou non, doivent être changés régulièrement Si risque de contact avec du sang, ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du patient, notamment à l'occasion de soins à risque de piqûre (hémoculture, pose et dépose de voie veineuse, chambre implantable, prélèvements sanguins) et lors de la manipulation de tubes de prélèvements biologiques, linge et matériel souillés..... OU- lors de soins, lorsque les mains du soignant comportent des lésions
Port de surblouses, lunettes, masques	Si les soins ou manipulations exposent à un risque de projection ou d'aérosolisation de sang, ou tout autre produit d'origine humaine (aspiration, endoscopie, actes opératoires, autopsie, manipulation de matériel et linge souillée.....)
Matériel souillé	Matériel piquant/ coupant/ tranchant à usage unique (Déchets d'activités de soins à risque infectieux DASRI): ne pas recapuchonner les aiguilles, ne pas les désadapter à la main, déposer immédiatement après usage sans manipulation ce matériel dans un conteneur adapté, situé au plus près du soins munis d'un support approprié et dont le niveau maximal de remplissage est vérifié. Matériel réutilisable: manipuler avec précautions ce matériel souillé par du sang ou tout autre produit d'origine humaine. Vérifier que le matériel a subi une procédure d'entretien (stérilisation ou désinfection) approprié avant d'être réutiliser
Surfaces souillées	Nettoyer d'abord puis désinfecter avec de l'eau de Javel fraîchement diluée (ou tout autre détergent- désinfectant approprié) les surfaces souillées par des projections ou aérosolisation de sang, ou tout autre produit d'origine humaine
Transport de prélèvements biologiques, linge et matériels souillés	Les prélèvements biologiques, le linge et les instruments souillés par du sang ou tout autre produit d'origine humaine doivent être identifiés et évacués du service dans un double emballage étanche, fermé.
Si contact avec du sang ou liquide biologique	Après piqûre, blessure: lavage et antiseptie au niveau de la plaie Après projection sur muqueuse (conjonctivite): rinçage abondant

**DIRECTION GENERALE DE LA PREVENTION
 ET DE LA PROMOTION DE LASANTE**

المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة

**INSTRUCTION N° 15 du 1 SEPTEMBRE 2016 RELATIVE AU
 RENFORCEMENT DU PROGRAMME DE PREVENTION ET
 DE LUTTE CONTRE LES HEPATITES VIRALES B ET C**

Destinataires	<p>Madame et Messieurs les Walis Monsieur l'Inspecteur Général</p> <p>Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux des institutions sous tutelle : INSP, IPA, PCH, ANS</p> <p>-Madame Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population :</p> <p>En communication à Mesdames et Messieurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers - Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés - Les Directeurs des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) - Les Directeurs des Etablissements Publics de Santé de Proximité -Les Directeurs des Etablissements de santé privés -Les Responsables de structures privées (Cabinets médicaux, Laboratoires d'analyses médicales, Etablissements de santé su jour) <p>-Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux de l'EHU d'Oran et des CHU</p>	<p><i>Pour Information</i> <i>Pour Information</i></p> <p><i>Pour exécution</i></p> <p><i>Pour exécution et suivi</i></p> <p><i>Pour exécution</i></p> <p><i>Pour exécution</i></p>
---------------	---	--

REFERENCES

Arrêté du 25 avril 2000 relatif à la vaccination contre l'hépatite virale B
 Instruction n°14 du 10 septembre 2002 relative à l'obligation de la vaccination contre l'hépatite virale B
 Instruction n°19 du 19 novembre 2002 relative à la prévention des hépatites virales, du VIH et des accidents d'exposition au sang en pratique dentaire
 Instruction n°02 du 21 mars 2006 relative à la prévention de la transmission du virus de l'hépatite virale B et C en milieu de soins

Instruction n°573 du 18 décembre 2006 relative à la prévention des maladies virales dans les centres d'hémodialyse
Arrêté du 25 avril 2000 relatif à la vaccination contre l'hépatite virale B
Instruction n°14 du 10 septembre 2002 relative à l'obligation de la vaccination contre l'hépatite virale B
Instruction n°19 du 19 novembre 2002 relative à la prévention des hépatites virales, du VIH et des accidents d'exposition au sang en pratique dentaire
Instruction n°02 du 21 mars 2006 relative à la prévention de la transmission du virus de l'hépatite virale B et C en milieu de soins
Instruction n°573 du 18 décembre 2006 relative à la prévention des maladies virales dans les centres d'hémodialyse
Instruction n°34 du 02 novembre 2010 relative à l'amélioration de la prise en charge des malades atteints d'hépatites virales chroniques B et C
Instruction interministérielle n° 09 du 23 novembre 2010 relative à la vaccination contre l'hépatite virale B en milieu universitaire
Instruction n°04 du 12 mai 2013 relative à la gestion de la filière d'élimination des déchets d'activités de soins
Instruction n°09 du 23 novembre 2013 relative au renforcement des actions de lutte contre les infections associées aux soins et à l'amélioration de la gestion de l'environnement hospitalier
Instruction n° 06 du 17 février 2016 relative à l'application des directives nationales concernant l'hygiène en milieux de soins
Note du n°22 du 24 juillet 2013 relative à la prévention de la transmission du virus de l'hépatite B de la mère à l'enfant

Par leur ampleur en terme de morbidité et de mortalité les hépatites virales en général et les hépatites virales B et C en particulier demeurent un problème mondial de santé publique, en effet selon l'OMS i) près de 500 millions de personnes ont une infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) ou de l'hépatite C (VHC), ii) près de 1 million de personnes meurent chaque année de causes liées à l'hépatite virale iii) 57 % des cas de cirrhose du foie et 78 % des cas de cancer hépatique primaire résultent d'une infection par le VHB ou le VHC.

Elles constituent une véritable préoccupation dans la mesure où elles apparaissent comme une épidémie silencieuse dès lors que la plupart des personnes contaminées par le VHB ou le VHC ignorent pendant longtemps leur infection, se trouvent, ainsi, exposées à un risque élevé de développer une maladie chronique grave du foie et peuvent transmettre sans le savoir l'infection à autrui.

Des mesures abordables, comme la vaccination, la sécurité des transfusions, la sécurité des injections, l'application des mesures universelles d'hygiène se sont avérées efficaces pour réduire la transmission des hépatites virales et l'efficacité des thérapies actuelles rendent compte de la nécessité de promouvoir davantage le dépistage.

Néanmoins, l'évaluation des activités et les récentes missions d'inspections, menées au niveau des différents établissements de santé publics et privés, ont mis en évidence des lacunes et des insuffisances en matière de prévention et de dépistage qu'il importe de corriger dans l'objectif général d'en réduire l'incidence et d'en diminuer la morbidité et la mortalité à travers le renforcement des actions de prévention primaire et de dépistage.

Dans ce contexte, la présente instruction vient rappeler et fixer les directives générales en matière de prévention et de dépistage des hépatites virales B et C qu'il importe à toutes les structures de santé publiques et privées et à tous les professionnels de la santé tout régime d'exercice confondu, chacun en ce qui le concerne de mettre en oeuvre de façon plus résolue et plus soutenue.

1. EN MATIERE DE PREVENTION PRIMAIRE DANS L'OBJECTIF DE REDUIRE LA TRANSMISSION DES VIRUS B ET C

La réduction de la transmission des virus B et C, objectif stratégique, s'articule autour des trois axes d'intervention pour lesquels toutes les dispositions doivent être prises au niveau de l'ensemble des structures de santé publiques et privées. Il s'agira dans ce cadre de :

1.1. RENFORCER LES ACTIONS D'INFORMATION, D'EDUCATION ET DE COMMUNICATION SUR LES HEPATITES B ET C ET LES MOYENS DE SE PROTEGER ET DE SE TRAITER EN DIFFUSANT DES MESSAGES ADAPTES EN FONCTION DES POPULATIONS CIBLES EXPOSEES AU RISQUE MAIS AUSSI EN DIRECTION DES PROFESSIONNELS DE SANTE.

En effet, malgré les actions de sensibilisation réalisées, force est de constater qu'il demeure un déficit d'information sur les facteurs de risque de transmission des virus B et C l'importance et la gravité des hépatites B et C, et sur les moyens de s'en prémunir.

A cet effet, les Services d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP) en relation avec les praticiens spécialisés dans le domaine sont tenus :

- d'établir, un plan de communication pour l'information et la sensibilisation aussi bien des professionnels de la santé que de la population,
- de développer ces actions, selon une planification adaptée basée sur la proximité et l'implication des différents acteurs notamment les medias, la société civile et les relais d'opinion,
- de fournir, à cet effet, une information scientifique et factuelle sur l'impact sanitaire des hépatites B et C et sur l'intérêt et l'efficacité de la vaccination et du dépistage.

Les résultats attendus visent à :

- accroître les connaissances non seulement des professionnels de la santé mais également de la population,
- permettre une véritable prise de conscience des risques encourus en cas d'exposition et par conséquent de l'intérêt d'appliquer les mesures de réduction des risques *et* de recourir à la vaccination,
- inciter les professionnels de santé à proposer systématiquement un dépistage chez la femme enceinte et en cas de détection d'une situation d'exposition au risque.

1.2. AMELIORER LA COUVERTURE VACCINALE CONTRE L'HEPATITE B CHEZ LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE ET CHEZ LES ADULTES EXPOSES AU RISQUE

- La vaccination demeure la principale mesure de prévention de l'hépatite B, elle permet de réduire le nombre de porteurs chroniques du virus de l'hépatite B (VHB) et les décès liés aux complications de cette infection: cirrhose et cancer du foie.
- Cependant, l'intérêt de vacciner contre l'hépatite B n'est pas correctement perçue chez certains professionnels de la santé et les résultats des études scientifiques montrant l'absence de lien entre la vaccination contre l'hépatite B et la sclérose en plaques n'ont pas été suffisamment diffusés et explicités.
- Les personnes concernées par cette vaccination obligatoire sont celles exerçant dans tout établissement ou organisme public ou privé de santé et qui sont en contact avec les patients, avec le sang et les autres produits biologiques soit directement soit indirectement lors de la manipulation et du transport des dispositifs médicaux, des prélèvements biologiques, et des déchets d'activités de soins.

A cet effet, je vous demande :

- en référence à l'instruction n °14 du 10 septembre 2002 relative à l'obligation de la vaccination contre l'hépatite virale B de veiller, sous la responsabilité des Directeurs d'établissements et en liaison avec les services de médecine de travail et les services d'épidémiologie et de médecine prévention, de prendre toutes mesures nécessaires visant à assurer :
- la vaccination de tous les personnels nouvellement recrutés à des postes les exposant au risque de contamination, sauf preuve d'une vaccination antérieure complète ;
- la vaccination complète et dans les meilleurs délais de tous les personnels en poste exposés au risque de contamination et qui ne sont pas encore valablement immunisés.
- en référence à l'instruction interministérielle n ° 09 du 23 novembre 2013 relative à la vaccination contre l'hépatite virale en milieu universitaire de veiller, en relation avec les recteurs des universités et les directeurs des oeuvres universitaires et les directeurs des établissements publics de santé de villes universitaires, à ce que l'ensemble des étudiants assujettis à l'obligation de cette vaccination soient correctement vaccinés.

1.3. INTENSIFIER, DANS LE CADRE DE LA SECURITE DES SOINS, LA MISE EN ŒUVRE DES MESURES DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION DES VIRUS B ET C LORS DES ACTES A RISQUE (PIQURE, EFFRACTION CUTANEE, CONTACT DES MUQUEUSES AVEC UN LIQUIDE OU DU MATERIEL CONTAMINE...), QUE CE SOIT LORS DES SOINS OU LORS D'ACTES NON MEDICAUX AVEC EFFRACTION CUTANEE (TATOUAGES, PERÇAGES, HIDJAMA...)

En milieu de soins, les situations à risque de transmission des virus de l'hépatite B et C relèvent le plus souvent de la non application des mesures universelles d'hygiène, du non respect des procédures de soins, de stérilisation et d'utilisation de matériels et dispositifs médicaux, et de celles liées à la filière d'élimination des déchets d'activités de soins.

Dans le but de diminuer les facteurs favorisant le développement des infections associées aux soins en général et les hépatites virales B et C en particulier, et en référence à l'instruction n°02 du 21 mars 2006 relative à la prévention de la transmission du virus de l'hépatite virale B et C en milieu de soins, à l'instruction n°09 du 23 novembre 2013 relative au renforcement des actions de lutte contre les infections associées aux soins et à l'instruction n°06 du 17 février 2016 relative aux directives nationales concernant l'hygiène, vous êtes chargés, à titre de rappel, à l'effet de veiller à la mise en œuvre effective des mesures d'hygiène de base qui constituent un ensemble de pratiques qu'il y a lieu de respecter systématiquement par tous les soignants dans tous les lieux de soins et pour tout patient quel que soit le statut infectieux :

- En matière de précautions « standard », il est impératif que soient bannies
- les mauvaises pratiques d'hygiène hospitalière telles que :
- le partage du matériel entre les patients,
- le non lavage des mains entre deux patients et le non respect du protocole de lavage des mains,
- le mélange des matériels propres et sales durant les soins, le non respect des protocoles de soins,
- En matière d'hygiène des mains, il est impératif de :
- généraliser la mise en place de points d'eau pour le lavage des mains et ce conformément aux recommandations de l'OMS,
- multiplier les postes de distribution de solution hydro alcoolique,

- veiller par l'information, la sensibilisation et la formation au respect par le personnel de soins du protocole du lavage des mains) qui doit être affiché au niveau de chaque poste de lavage et dans chaque unité et service de soins.
- En matière de désinfection et de stérilisation, compte tenu de la nécessité de sécuriser tous les actes invasifs dont les manquements engagent la responsabilité des intervenants à tous les niveaux jusqu'au prestataire de l'acte, vous êtes chargés, chacun en ce qui le concerne, de veiller scrupuleusement à :
- l'application stricte des protocoles de nettoyage, de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux dans le respect des bonnes pratiques universelles ;
- la proscription de l'utilisation des poupinels (chaleur sèche) et au recours au procédé de stérilisation recommandé qui est celui de la chaleur humide par autoclave.
- En matière d'élimination des déchets d'activités de soins, je vous rappelle la nécessité de veiller à assurer une disponibilité permanente et en quantité suffisante des nécessaires pour le tri et le conditionnement (conteneurs, sachets plastiques de couleur JAUNE, VERT, NOIRE et ROUGE conformes aux spécifications de l'instruction ministérielle n° 04 du 12 mai 2013 relative à la gestion de la filière d'élimination des déchets d'activités de soins).

1.4. AMELIORER LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIRUS DE L'HEPATITE VIRALE B PAR L'IMMUNISATION DE FAÇON ACTIVE ET PASSIVE LES NOUVEAU-NES DE MERES PORTEUSES DE L'AGHSB DANS LES 24 HEURES QUI SUIVENT LEUR NAISSANCE.

En l'absence d'application de cette mesure de prévention, la contamination par le VHB chez le nourrisson peut être à l'origine d'une hépatite fulminante mortelle dans 100% des cas, d'un portage chronique dans 90% des cas qui évolue vers la cirrhose et le cancer du foie à l'âge de 30.40 ans.

En référence à la note n°22 du 24 juillet 2013 relative à la prévention de la transmission du virus de l'hépatite B de la mère à l'enfant, je vous demande de veiller à ce que tout nouveau-né de mère porteuse du virus de l'hépatite virale B bénéficie d'une sérovaccination dès la naissance ou dans les 12 heures suivant la naissance selon les modalités suivantes :

- Immunoglobulines humaines anti-hépatite B à la posologie de 30U1/kg par voie intramusculaire (IM) associée obligatoirement au
- Vaccin contre l'hépatite virale B qui doit être administré en même temps mais dans un site différent.

2. EN MATIERE DE DEPISTAGE DANS L'OBJECTIF DE FAVORISER LES CONDITIONS D'UN RECOURS ACCRU AU DEPISTAGE DES FEMMES ENCEINTES ET DES PERSONNES EXPOSEES AU RISQUE

Le renforcement du dépistage devient un impératif dans la mesure où un diagnostic précoce permet d'éviter les problèmes de santé que pourra causer l'infection et de prévenir la transmission du virus.

Ce dépistage qui est gratuit dans toutes les structures publiques de santé devra s'articuler autour de deux axes stratégiques qui visent à •

2.1. PROMOUVOIR LE DEPISTAGE SYSTEMATIQUE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Dans ce cadre, toutes les opportunités de recours aux soins doivent être saisies pour promouvoir ce dépistage : examen prénuptial, examen prénatal, consultations diverses au cours de la grossesse, voire en urgence, lors de l'accouchement chez les mères non encore dépistées.

Il y a lieu, dans le cadre de l'objectif de l'élimination de la transmission mère-enfant basée sur le DEPISTAGE INTEGRE, d'associer *de* façon systématique la recherche du VIH lors de ce dépistage.

2.2. PROMOUVOIR LE DÉPISTAGE CHEZ LES POPULATIONS EXPOSÉES AU RISQUE

Dans ce cadre, le dépistage est recommandé lors toute opportunité de recours aux soins pour les personnes non vaccinées, exposées ou susceptibles de l'avoir été au risque d'infection :

- personnes vivant sous le même toit d'une personne présentant une infection à VHB ou à VHC ;
- partenaires sexuels d'une personne présentant une infection à VHB ou à VHC ;
- patients susceptibles de recevoir des transfusions massives et/ou itératives (hémophiles, thalassémiques, dialysés, insuffisants rénaux, candidats à une greffe d'organe, etc...) ;
- usagers de drogues par voie intraveineuse ou intra-nasale ; personnes qui séjournent ou qui ont séjourné en milieu carcéral ;
- personnes séropositives pour le VIH ou avec une IST en cours ou récente ;
- personnes, quel que soit leur âge, ayant des relations sexuelles non protégées avec des partenaires différents ;
- personnes ayant pratiquées des tatouages *avec* effraction cutanée ou du piercing ou ayant subi une HIDJAMA.

Il y a lieu de veiller à ce que :

- toute personne ainsi dépistée connaisse son résultat et reçoive systématiquement des conseils de prévention,
- toute personne présentant un marqueur de l'infection fasse l'objet de l'application des mesures suivantes :
- informer le patient des possibilités de soins et de traitement et de le conseiller ;
- orienter le patient vers le service hospitalier chargé d'assurer la prise en charge et le suivi.

Une importance particulière devra être accordée quant à l'application stricte des mesures édictées dans cette instruction qui doit faire l'objet d'une large diffusion.

Le Directeur Général

مدير عام
للوفاية و ترقية الصحة
الأستاذ س. مصباح

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

***INSTRUCTION N° 001 MSPRH/MIN DU 04 AOUT 2008 RELATIVE A LA GESTION DE LA
FILIERE D'ELIMINATION DES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS***

Destinataires :

- * Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population
(Exécution, suivi, notification et communication)
- * Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU et de l'EHU ; Exécution
- * Messieurs les Directeurs des EHS et de l'EH ; Exécution
- * Messieurs les Directeurs des EPH ; Exécution
- * Messieurs les Directeurs des EPSP. Exécution
- * Messieurs les directeurs des établissements parapublics et privés ; Exécution
- * Monsieur le Directeur général de l'Institut Pasteur d'Algérie ; Exécution
- * Monsieur le Directeur de l'Agence Nationale du Sang; Exécution
- * Monsieur le Directeur Général du Laboratoire National du Contrôle des Produits
Pharmaceutiques Exécution

- * Monsieur le Directeur Général de l'Institut National de la Santé Publique Information
- * Monsieur le Directeur Général de l'Ecole Nationale de Santé Publique Information
- * Monsieur le Directeur de l'Institut National Pédagogique de la Formation Paramédicale
Information
- * Mesdames et Messieurs les Directeurs des Ecoles de la Formation Paramédicale.
Information

Objet / *Organisation de la filière de l'élimination des Déchets d'Activités de Soins*

La gestion des déchets d'Activités de Soins (D.A.S) est un critère reconnu dans la démarche qualité des soins.

Ces déchets représentent non seulement une menace pour la santé mais sont aussi une source de nuisance et une cause d'infections nosocomiales du fait de leur caractère infectieux et toxique.

Les responsables de nos établissements, à tous les échelons, se désintéressent de ce problème. Aucune mesure concrète n'est prise pour sécuriser cette filière à risques.

Tout producteur de déchets est responsable de l'élimination des déchets qu'il produit. De part les inspections effectuées par mes services ont constaté une situation de « Non Gestion des Déchets Hospitaliers » et, les actions menées jusqu'à présent sont obsolètes, défaillantes, voir carrément absentes.

Outre, les Directeurs Centraux et spécialement ceux chargés de la prévention et des services de santé, les acteurs impliqués directement dans la problématique de déchets d'activités de soins sont :

Les Directeurs de la Santé et de la Population.

Les Directeurs Généraux des CHU et EHU

Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés et EH ;

Les Directeurs des EPH.

Les Directeurs des EPSP ;

Les Professeurs et les Médecins Chefs de Services et Chefs d'Unités ;

Les Professeurs et les Médecins Chefs de services d'épidémiologie et de médecine préventive (SEMEP) ;
Les Praticiens Inspecteurs ;
Les Médecins Coordinateurs
Les surveillants Médicaux Chefs de Services et Chefs d'Unités.

DEFINITION

Le terme Déchets d'Activités de Soins (D.A.S), connu aussi le nom de « Déchet Hospitalier » Désigne l'ensemble des déchets générés par le fonctionnement d'un établissement de soins tant au niveau des services d'hospitalisation et de soins qu'au niveau des services médico-techniques, des services techniques, des consultations et des différents laboratoires.

Parmi les D.A.S, les Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (D.A.S.R.I) sont définis comme étant les déchets potentiellement infectés issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif.

Sont également intégrés à cette définition, les déchets issus des activités d'enseignements, de recherche et de production industrielle dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire.

Les risques liés à la production de déchets sont divers pour le personnel de santé selon le secteur d'activité et le poste occupé .Cependant les risques avec exposition au sang (AES) par contact cutanéomuqueux, piqûre ou coupure, de même que le risque par inhalation de germes ou de particules contaminées (bio aérosol) ou par projection de sang ou liquides biologiques contaminés sont importants.

Contexte Réglementaire

Partant du principe fondamental qui stipule que le producteur de déchets est responsable de leur élimination, consacré par les textes législatifs et réglementaires en vigueur, je vous rappelle que les Déchets d'Activités de Soins, de par leur nature, sont à l'origine de nombreux risques à chaque étape de leur élimination, depuis leur production jusqu'au traitement final. L'élimination des déchets doit être conforme à la législation en vigueur. Elle doit être conduite de manière à ne pas compromettre la santé du personnel de santé, quel que soit son poste de travail et de ne pas polluer l'environnement.

Catégories des DAS produits par les structures de santé et couleur de filières

Les Déchets d'Activités de Soins (D.A.S) comprennent :

Les Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux (D.A.S.R.I) : filière jaune ;

Les Déchets et Pièces Anatomiques facilement identifiables : filière verte ;

Les Déchets à Risques Chimiques et Toxiques (D.R.C.T) : filière rouge ;

Les Déchets Radioactifs : filière blanche ;

Les Déchets Assimilables aux Ordures Ménagères (D.A.O.M) filière noire ;

Les D.A.S.R.I, objet de la présente instruction relèvent de l'une des catégories suivantes :

Objets, Matériels, Piquants, Coupants et tranchants (P.C.T)

Objets solides NON piquants, coupants ou tranchants souillés par du sang ou des liquides biologiques ;

Produits Sanguines à Usage Thérapeutique partiellement utilisés ou arrivés à péremption ;

Pièces et Déchets Anatomiques Humaines identifiables ;

Placentas ;

Les déchets générés par les laboratoires d'analyses de biologie médicale.

Sont également assimilés aux D.A.S.R.I, les déchets issus des établissements d'enseignement et de recherche médicale et vétérinaire.

Personnels Exposés :

Personnel médical, paramédical et agents de service
Patients hospitalisés ou vus en consultation,
Familles, accompagnateurs et visiteurs ;

En conséquences, je vous instruis d'organiser, dans les meilleurs délais, sous votre autorité, la filière d'élimination des déchets d'activités de soins :

En désignant une personne référent chargée de la filière déchets, de préférence un infirmier (IDE) formé en hygiène hospitalière.

- En organisant et en sécurisant la filière des déchets d'activité de soins qui doit répondre à 2 exigences (respect des réglementations avec traçabilité, Information et formation) ainsi qu'aux 5 étapes incontournables (Tri, conditionnement, entreposage, transport, destruction)

I – Le Tri et la collecte sur les lieux de production

L'obligation du tri dès la production doit garantir la sécurité des personnes en s'assurant que chaque déchet suit une filière spécifique. Les critères de la réussite sont la simplicité, la constance dans le temps et l'évaluation de l'efficacité.

Les DASRI doivent être séparés des autres déchets dès leur production et placés dans des emballages spécifiques. Si les DAS sont mélangés dans un même contenant à des déchets non dangereux, l'ensemble est considéré comme infectieux et éliminé en tant que DASRI. Le tri des DASRI, avec le choix de l'emballage approprié, se fait en fonction des propriétés physiques du déchet : perforant ; solide ; mou ; liquide.

II – Le Conditionnement des DASRI

La collecte doit se faire dans des emballages à usage unique avec marquage et identification du producteur des déchets, le matériel doit être normé, adapté et garantissant la sécurité des personnes.

Le matériel doit répondre à la norme NF X 30-500 pour les boîtes et mini collecteurs pour déchets piquants, coupants tranchants, à la norme NF X 30-501 pour les sacs devant recevoir des déchets mous, à la norme NF EN 12740 pour les cartons doublés de plastique réservés aux déchets solides et aux placentas et à la norme NF X 30-505 pour les fûts et jerricanes en plastique.

De façon générale, tous ces emballages doivent impérativement :

avoir une couleur Jaune

porter le symbole ONU « danger biologique »

être résistants et imperméables

avoir un repère horizontal indiquant la limite de remplissage

porter le nom du producteur

Tous les emballages contenant du DASRI ne doivent être déplacés que sur des supports dédiés, fixes ou mobiles selon les besoins. Ces supports doivent être nettoyables et doivent être désinfectés. Ces emballages ne doivent être manipulés qu'avec des gants étanches résistants aux manipulations.

III – L'entreposage :

Les établissements hospitaliers et les unités de soins doivent disposer de lieux d'entreposages intermédiaires au niveau des services ainsi que d'un site d'entreposage centralisé avant évacuation finale.

Les délais d'enlèvement varient en fonction des quantités et ne doivent en aucun cas, dépasser les 72 heures.

Il est strictement interdit de compacter et de composer les DASRI.

Les locaux d'entreposage doivent être signalés, correctement ventilés, éclairés et munis d'un poste de lavage des mains. Le sol et les parois doivent être munis d'un dispositif de fermeture.

Avant leur enlèvement, le grand emballage et les grands Récipients pour Vrac (GRV) pleins doivent être fermés hermétiquement et porter un système de traçabilité.

IV – Le Transport :

Il doit se faire dans des véhicules dédiés et réservés exclusivement au transport des DASRI nettoyés et désinfectés après chaque utilisation.

Si les DASRI empruntent une voie publique, leur conditionnement, étiquetage et transport sont soumis aux dispositions réglementaires concernant le transport des marchandises dangereuses par tout (dit arrêté ADR).

V – La destruction :

Considérant l'aggravation du risque d'une incinération défectueuse à l'intérieur des structures de santé, qui en résulte l'émission de gaz très toxiques, dangereux aussi bien pour le malade, pour le personnel de santé et l'environnement immédiat de l'hôpital, je vous demande, de procéder à l'élimination correcte, sans notion de nuisance ni pour les malades ni pour la population générale. Les DASRI et assimilés peuvent être ainsi désinfectés (par désinfection chimique ou thermique) à laquelle on associe une modification de l'apparence des DASRI. Les procédés utilisés in situ pour détruire les DASRI doivent recevoir un agrément.

Les personnes officiellement désignées pour organiser cette filière bénéficieront d'une formation adaptée à partir du premier semestre de l'année en cours.

J'attache une importance particulière quant à l'application de cette instruction et vous demande de me transmettre une première évaluation avant la fin du mois de Septembre, délai de rigueur.

وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات
الدكتور : السعيد بركات

MINISTERE DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE ET DE L'ENVIRONNEMENT
Arrêté interministériel du 30 RabieEthani 1432 correspondant au 4 avril 2011 fixant les modalités de traitement des déchets anatomiques.

Le ministre de l'aménagement du territoire et de l'environnement,
Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,
Le ministre des affaires religieuses et des wakfs,
Vu le décret présidentiel n°10-149 du 14 JoumadaEthania 1431 correspondant au 28 mai 2010 portant nomination des membres du Gouvernement ;
Vu le décret exécutif n°03-478 du 15 Chaoual 1424 correspondant au 9 décembre 2003 définissant les modalités de gestion des déchets d'activités de soins ;

Arrêtent :

Article 1^{er}: En application des dispositions de l'article 22 du décret exécutif n°03-478 du 15 Chaoual 1424 correspondant au 9 décembre 2003, susvisé, le présent arrêté a pour objet de fixer les modalités de traitement des déchets anatomiques.

Section 1

Champ d'application

Article 2 : Constituent des déchets anatomiques les organes, les membres, les fragments d'organe ou de membre, ainsi que tout élément biopsique et, de façon générale, tout tissu d'origine humaine, recueillis à l'occasion d'activités de soins.

Article 3 : Outre les établissements de santé au sens de l'article 2 du décret exécutif n°03-478 du 9 décembre 2003, susvisé, les dispositions du présent arrêté sont applicables à tous les générateurs ou détenteurs de déchets anatomiques, toute structure hospitalière et/ou tout centre d'enseignement ou de recherche manipulant des tissus humains.

Article 4 : Les générateurs et/ou les détenteurs de déchets anatomiques, tels que fixés par les dispositions de l'article 3 ci-dessus, ne pouvant procéder au traitement des déchets anatomiques qu'ils génèrent et/ou qu'ils détiennent selon les prescriptions fixées par le présent arrêté, sont tenus de passer une convention avec un établissement de santé disposant des moyens et infrastructures de traitement des déchets anatomiques requis.

Section 2

Des prescriptions techniques applicables aux déchets anatomiques

Article 5 : Outre la couleur verte et l'usage unique de sachets plastiques pour la pré-collecte des déchets anatomiques conformément aux dispositions de l'article 6 du décret exécutif n°03-478 du 9 décembre 2003, susvisé, et au titre du principe de précaution, les sachets utilisés pour la pré-collecte doivent être étanches.

Article 6 : Les déchets de pré-collecte sont collectés dans des emballages rigides fermés de façon hermétique et portant la mention « déchets anatomiques » en toutes lettres.

Article 7 : Chaque sachet de présélection doit faire l'objet d'une identification par un document collé au sachet et qui, tout en garantissant l'anonymat du patient prélevé, fait ressortir :

- l'identification du producteur ;
- la nature du déchet anatomique ;
- la date de génération du déchet anatomique ;
- la date de collecte en vue de l'entreposage ;
- la date de traitement éventuel et sa nature ;
- la date et le lieu d'enterrement.

Article 8 : Le traitement du déchet anatomique, prévu par les dispositions de l'article 7 ci-dessus, consiste en un processus de décontamination par adjonction de substances chimiques visant à assurer l'innocuité du déchet anatomique considéré.

Article 9 : Dès l'arrivée des déchets anatomiques au centre d'entreposage, les éléments figurant sur le document prévu à l'article 7 ci-dessus sont consignés dans un registre coté et paraphé tenu par le responsable du centre d'entreposage.

Article 10 : L'entreposage des déchets anatomiques est effectué par congélation et pour une période maximale de quatre (4) semaines.

Article 11 : Les enceintes de congélation utilisées pour l'entreposage des déchets anatomiques doivent être exclusivement réservées à cet usage et identifiées comme telles. Les locaux abritant les enceintes de congélation doivent être ventilés, éclairés, à l'abri des intempéries et de la chaleur, dotés d'arrivée d'eau et d'évacuation des eaux usées, être nettoyés et désinfectés après chaque enlèvement.

Article 12 : La manutention des emballages des déchets anatomiques est effectuée par le personnel affecté à cet effet. La manutention des emballages visés par le présent arrêté est réduite au minimum nécessaire, et elle doit être réalisée avec l'ensemble des moyens de protection requis à cet effet, de manière à éviter tout risque éventuel de contamination.

Article 13 : Les déchets anatomiques sont enterrés conformément à la réglementation en vigueur

Article 14 : Le présent arrêté sera publié au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 30 Rabie Ethani 1432 correspondant au 4 avril 2011.

Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière

Djamel OULD ABBES

Le ministre des affaires religieuses et des wakfs

Bouabdellah GHLAMALLAH

Le ministre de l'aménagement du territoire et de l'environnement

Cherif RAHMANI

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
 وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

***INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 04 DU 12 MAI 2013 RELATIVE
 A LA GESTION DE LA FILIERE D'ELIMINATION DES DECHETS
 D'ACTIVITES DE SOINS A RISQUE INFECTIEUX***

Destinataires	-Madame et Messieurs les Walis	Pour Information
	-Monsieur le Directeur Général de l'INSP	Pour Information
	-Monsieur le Directeur Général de l'EHU Oran	Pour exécution
	-Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU	Pour exécution
	-Madame et Messieurs les Directeurs de Santé et de la Population : En communication avec Mesdames et Messieurs	Pour exécution et suivi
	- Les Directeurs des EH - Les Directeurs des EPH - Les Directeurs des EPSP - Les Directeurs des EHS	Pour exécution
	-Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers privées (Etablissements de santé de jour, Cabinets médicaux, Laboratoires d'analyses médicales, Officines...) Les responsables des Etablissements parapublics de santé	

REFERENCES :

Loi n° 01-19 du 27 Ramadhan 1422 correspondant au 12 décembre 2001, relative à la gestion, au contrôle et à l'élimination des déchets.
 Décret exécutif n°03-478 du 9 décembre 2003 fixant les modalités de gestion des déchets d'activités de soins,
 Décret exécutif n°04-409 du 14 décembre 2004 fixant les modalités de transport des déchets spéciaux dangereux.
 Instruction n° 01 du 04 Aout 2008 relative à la gestion de la filière d'élimination des déchets d'activités de soins.
 Arrêté interministériel du 10 juin 2012 fixant les modalités de traitement des déchets anatomiques.

Les activités de soins génèrent une quantité de plus en plus croissante de déchets issus des activités de diagnostic, de suivi, de traitement préventif ou curatif, dans le domaine de la médecine humaine et vétérinaire qui exposent à divers risques (infectieux, chimique et

toxique, radioactif, mécanique) qu'il est nécessaire de gérer pour protéger les patients, le personnel de soins, les agents chargés de l'élimination des déchets, ainsi que l'environnement.

Aussi, la gestion rigoureuse de ces déchets d'activités de soins constitue en axe stratégique de la politique nationale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Or, les différentes inspections effectuées par mes services ont permis de relever des défaillances dans la filière de gestion de déchets d'activités de soins dans les structures de soins aussi bien publiques que privées qu'il importe de corriger.

A cet effet, la présente instruction vient **i)** modifier et compléter l'instruction n°01 du 04 Aout 2008 relative à la gestion de la filière d'élimination des déchets d'activités de soins, **ii)** préciser la définition des différents types de déchets d'activités de soins et **iii)** édicter les mesures qu'il convient d'appliquer rigoureusement dans chacune des différentes étapes de la filière de la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux.

DU RAPPEL DE LA DEFINITION DES DIFFERENTS TYPES DE DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS : la loi n° 01-19 du 12 décembre 2001 relative à la gestion, au contrôle et à l'élimination des déchets, les déchets d'activités de soins sont considérés comme des déchets spéciaux définis comme suit : « tous déchets issus des activités industrielles, agricoles, de soins et de services et toutes autres activités qui en raison de leur nature et de la composition des matières qu'ils contiennent ne peuvent être collectés, transportés et traités dans les mêmes conditions que les déchets ménagers assimilés et les déchets inertes ».

Les déchets d'activités de soins, aux termes de cette loi, sont définis comme étant : « tous déchets issus des activités de diagnostic, de suivi de traitement préventif ou curatif, dans le domaine de la médecine humaine et vétérinaire »

On distingue deux grandes catégories de déchets d'activités de soins :

Les déchets non dangereux assimilables à des ordures ménagères : ils sont constitués notamment d'emballages, cartons, papier essuie-mains, draps d'examen ou champs non souillés qui ne présentent pas de risques, ni infectieux, ni chimiques-toxiques, ni radioactifs.

Les déchets dangereux : ils sont dans le décret exécutif n° 2003-478 du 9 décembre 2003 relatif aux modalités de gestion des déchets d'activités de soins répartis en trois catégories :

Les déchets infectieux ou déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) « sont qualifiés de déchets infectieux, les déchets contenant des micro-organismes ou leurs toxines, susceptibles d'affecter la santé humaine »

Les déchets anatomiques : « sont qualifiés de déchets anatomiques, tous les déchets anatomiques et biopsiques humaines issus des blocs opératoires et des salles d'accouchement »

Les déchets toxiques ou déchets d'activités de soins à risque chimique et/ou toxique (DRCT) « sont qualifiés de déchets toxiques, les déchets constitués par : les déchets résidus et produits périmés des produits pharmaceutiques, chimiques et de laboratoire ; les déchets contenant de fortes concentrations en métaux lourds) les acides, les huiles usagées et les solvants »

Ainsi, sont considérées comme DASRI dans la présente instruction tout (e) :

Objet, matériel et matériaux : piquant, coupant ou tranchant,

Objet solide non piquant, coupant ou tranchant : souillé par du sang ou par un liquide biologique,

Produit sanguin à usage thérapeutique partiellement utilisé ou arrivé à préemption,

Pièce et déchet anatomique humain identifiable

Déchet généré par les laboratoires d'analyse de biologie

Déchets issus des établissements d'enseignement et de recherche de santé humaine ou vétérinaire.

En conséquence, je vous demande de veiller à ce que ces définitions soient portées à la connaissance de tous les professionnels de la santé de façon régulière, car leur connaissance conditionne la qualité du tri, étape essentielle d'une gestion de qualité de la filière d'élimination des déchets d'activités de soins, dès lors que le tri doit être effectué à la source et que la nature du déchet détermine le choix de la filière appropriée.

DE LA RESPONSABILITE DE LA GESTION DES DECHETS DES ACTIVITES DE SOINS DE RISQUES INFECTIEUX

La loi n° 01-19 du 12 décembre 2001 relative à la gestion, au contrôle et à l'élimination des déchets dans son article 8 stipule que « tout générateur (toute personne physique ou morale dont l'activité génère des déchets) et / ou tout détenteur (toute personne physique ou morale qui détient des déchets) est tenue d'assurer ou de faire assurer l'élimination de ses déchets de façon écologiquement rationnelle »

De ce qui précède, je vous rappelle que cette responsabilité incombe à :

Etablissement producteurs de déchets d'activités de soins : toutes les structures de santé quel que soit leur nature et leur régime d'exercice,

Toute personne physique qui exerce l'activité productrice de déchets d'activité de soins : personnel médical, personnel paramédical, personnel de laboratoire, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, professionnels hors santé lorsque leur activité est susceptible de produire des déchets à risques infectieux.

DE LA GESTION DE LA FILIERE DES DECHETS DES ACTIVITES DE SOINS A RISQUE INFECTUEUX

Partant du principe que la gestion de la filière des déchets d'activités de soins à risque infectieux doit obéir à une gestion spécifique et être pratiquée de manière à éviter toute atteinte à la santé et / ou à l'environnement, je vous instruis à l'effet de veiller au strict respect des mesures, ci-dessous édictées concernant chacune des étapes suivantes :

LE TRI ET LE CONDITIONNEMENT

Le tri des déchets doit être effectué à la source de telle sorte à distinguer les différents déchets qu'il importe à ce stade de conditionner de manière distincte dans des emballages appropriés il y a lieu de distinguer :

LES DIFFERENTS DASRI :

Les compresses, pansements, bandes, coton, mèches, drains, sondes, poches, tubulures, moyens de protection (gants, bavoirs, calots, masques, lunettes, surchaussures) verres ayant contenu du sang et / ou des liquides biologiques qui doivent être placés dans des sachets plastiques d'une épaisseur minimale de 0,1 mm, à usage unique, de couleur JAUNE prévus à cet effet, être mis, dès leur utilisation dans des conteneurs rigides et résistants à la perforation, munis d'un système de fermeture et ne dégageant pas de chlore lors de l'incinération.

LES DECHETS ET PIECES ANATOMIQUES :

Il s'agit des pièces anatomiques humaines identifiables qui doivent être placés dans les sachets de couleur VERTE à usage unique et qui devront suivre la filière d'élimination telle que définie par l'arrêté interministériel n° 35 du 04 juin 2012.

LES DECHETS A RISQUE CHIMIQUES ET TOXIQUES (D.R.C.T) :

Il s'agit des produits suivants : fixateurs et révélateurs radiographiques, films radiographiques argentiques, réactifs de laboratoires, dents avec plombage amalgames dentaires, médicaments et produits anti cancéreux (périmés, restes non utilisés) tensiomètres contenant du mercure, thermomètres contenant du mercure qui doivent être

placés dans des sachets plastiques, à usage unique, de couleur ROUGE résistants et solides et ne dégageant pas de chlore lors de l'incinération.

LES DECHETS ASSIMILABLES AUX ORDURES MENAGERES (D.A.O.M)

Il s'agit des produits suivants : emballage, cartons, papier essuie-mains, draps d'examen ou champs non souillés, bidons en plastique de désinfectant, des déchets de cuisine qui doivent être placés dans des sacs de plastique de couleur NOIRE.

Dans tous les cas, les PRECAUTIONS SUIVANTES doivent être prises :

Ne pas dépasser la limite de remplissage,

Ne jamais forcer l'introduction des déchets,

Ne pas compacter les déchets (risque d'accident d'exposition)

Ne pas mélanger les déchets des activités de soins entre eux et avec les déchets ménagers.

De ce qui précède, je vous instruis également à l'effet de veiller à assurer une disponibilité permanente et en quantité suffisante des moyens nécessaires pour le conditionnement des déchets lorsqu'ils permettent d'assurer la sécurité des personnes susceptibles d'être exposées et de prévenir les risques d'exposition au sang de l'ensemble des acteurs de la filière d'élimination des DARS.

L'ENTREPOSAGE ET LE STOCKAGE :

Le stockage des déchets devra se faire dans des locaux de regroupement qui devront répondre aux prescriptions suivantes :

Etre exclusivement réservés à l'entreposage des déchets des activités de soins, et ne recevoir que des déchets préalablement emballés.

Etre clairement identifiés : une inscription mentionnant l'usage du local est apposée de manière apparente sur la porte.

Etre fermés et gardés afin d'éviter l'accès de toute personne non autorisée,

Etre correctement ventilé et éclairé, et être à l'abri des intempéries et de la chaleur,

Etre dotés d'une arrivée d'eau et d'une évacuation des eaux et munis d'un poste de lavage des mains.

Etre munis de dispositifs appropriés pour prévenir la pénétration des animaux,

Etre nettoyés après chaque enlèvement et être désinfectés périodiquement.

La durée de stockage des déchets d'activités de soins dans les locaux de regroupement, avant leur enlèvement pour traitement, ne doit pas dépasser vingt-quatre heures (24h) pour les établissements de santé possédant un incinérateur et quarante-huit heures (48h) pour ceux qui n'en possèdent pas.

LE TRANSPORT

Le transport des déchets doit s'effectuer dans des conditions d'hygiène et de sécurité strictes afin d'éviter tout contact accidentel avec les déchets pour tout intervenant dans la filière d'élimination.

Le transport doit se faire dans des véhicules adaptés à la nature et aux caractéristiques de danger des déchets transportés par des transporteurs titulaires d'une autorisation de transport en cours de validité.

L'ELIMINATION

Les déchets d'activités de soins à risques infectieux peuvent être éliminés :

Soit par incinération

Soit par prétraitement par broyage et désinfection (banalisation) et les résidus issus de la banalisation sont alors considérés comme des déchets assimilables aux ordures ménagères (DAOM) et ils suivront la filière des déchets des ménages.

D'éviter tout risque résultant d'une incinération inappropriée des DARS à l'intérieur des structures de santé du fait des émissions de gaz toxiques et dangereux aussi bien pour les malades, les personnels de santé, le grand public et l'environnement, je vous demande de veiller au strict respect des directives suivantes :

L'installation de nouveaux incinérateurs in situ n'est plus autorisée.

Seuls les incinérateurs déjà installés in situ et qui sont conformes sont autorisés à continuer à fonctionner.

Les incinérateurs in situ qui ne sont pas conformes devront être réformés et les structures de santé concernées sont appelées à procéder à l'incinération de leur déchets d'activités de soins à l'extérieur :

Dans un incinérateur conforme desservant plusieurs établissements de santé ou

Dans une installation d'incinération relevant d'une entreprise spécialisée dans le traitement des déchets d'activités de soins dument habilitée.

L'installation de dispositifs de prétraitement in situ (banaliseurs) est soumise à autorisation, ces derniers devront être :

- homologués par les autorités compétentes et
- s'inscrire dans le cadre du schéma directeur d'élimination des déchets de la wilaya.

J'attache une importance particulière quant à l'application stricte.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
 وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

INSTRUCTION N° 02 DU 05 DECEMBRE 2013 RELATIVE
AU RENFORCEMENT DES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS ASSOCIEES AUX
SOINS ET A L'AMELIORATION DE LA GESTION DE L'ENVIRONNEMENT HOSPITALIER

Destinataires	-Madame et Messieurs les Walis	Pour Information
	-Monsieur le Directeur Général de l'INSP	Pour Information
	-Monsieur le Directeur Général de l'EHU Oran	Pour exécution
	-Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU	Pour exécution
	-Madame et Messieurs les Directeurs de Santé et de la Population : En communication avec Mesdames et Messieurs	Pour exécution et suivi
	- Les Directeurs des EH - Les Directeurs des EPH - Les Directeurs des EPSP - Les Directeurs des EHS -Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers privées (Etablissements de santé de jour, Cabinets médicaux, Laboratoires d'analyses médicales, Officines...) Les responsables des Etablissements parapublics de santé	Pour exécution

REFERENCES :

Loi n° 01-19 du 27 Ramadhan 1422 correspondant au 12 décembre 2001, relative à la gestion, au contrôle et à l'élimination des déchets.

Décret exécutif n°03-478 du 9 décembre 2003 fixant les modalités de gestion des déchets d'activités de soins,

Arrêté interministériel du 10 juin 2012 fixant les modalités de traitement des déchets anatomiques.

Arrêté n° 64 du 07 Novembre 1998 portant création d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales CLIN au niveau des établissements de santé

Instruction ministérielle n° 002 du 21 mars 2006 relative à la prévention de la transmission du virus de l'hépatite virale B et C en milieu de soins.

Décret exécutif n°04-409 du 14 décembre 2004 fixant les modalités de transport des déchets spéciaux dangereux.

Instruction n° 04/MIN du 12 mai 2013 relative à la gestion de la filière d'élimination des déchets d'activités de soins.

L'augmentation d'année en année du nombre d'hospitalisation, ajouté à la mobilité des patients et également celle des professionnels de santé facilitent la transmission des infections associées aux soins qui sont de plus en plus préoccupantes du fait qu'elles deviennent de plus en plus difficiles à traiter à cause du développement rapide des résistances des micro-organismes aux antibiotiques.

Les récentes missions d'inspections, menées au niveau des différents établissements de santé, ont mis en évidence des lacunes et des insuffisances en matière de prévention et de surveillance des infections associées aux soins d'une part et de gestion de l'environnement hospitalier d'autre part, qu'il importe de corriger dans le cadre d'une démarche de qualité et de sécurité non seulement des soins mais également des autres domaines d'activité des établissements de soins.

A cet effet, la présente instruction vient, dans le cadre de la réhabilitation du service public de santé, rappeler et fixer les directives générales qu'il incombe à chaque établissement de soins d'engager immédiatement à l'effet de renforcer les actions de lutte contre les infections associées aux soins et améliorer la gestion de l'environnement hospitalier.

CONCERNANT LE CADRE DE COORDINATION DE SUIVI ET D'EVALUATION

Je vous instruis, à l'effet, de procéder à la redynamisation du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel n°64 du 07 novembre 1998, qui devra être doté des moyens nécessaires à l'accomplissement de ses missions.

A cet effet, chaque chef d'établissement public de santé et sous sa responsabilité- devra réunir obligatoirement le CLIN, une fois par mois, à l'effet d'élaborer son programme d'action, veiller à sa mise en œuvre et en assurer le suivi permanent Il s'agira, dans ce cadre, de veiller à :

- assurer la surveillance et la prévention des infections associées aux soins par notamment la promotion et le respect des recommandations en matière i) de bonnes pratiques d'hygiène telles qu'édictées dans le guide national d'hygiène hospitalière, ii) de prescription rationnelle des antibiotiques,
- assurer la sécurité de l'environnement hospitalier et le risque infectieux provenant de l'eau, des aliments, de l'air, des surfaces et des déchets hospitaliers.
- développer au bénéfice de l'ensemble des professionnels de santé de l'établissement des actions d'information et de formation visant à lutter contre les comportements préjudiciables à la qualité et à la sécurité des soins.

CONCERNANT LES MESURES D'HYGIENE CE BASE

Dans le but de diminuer les facteurs favorisant le développement des infections associées aux soins, je vous instruis, à l'effet, de veiller à la mise en œuvre effective des mesures d'hygiène de base qui constituent un ensemble de pratiques qu'il y a lieu de respecter systématiquement par tous les soignants dans tous les lieux de soins pour tout patient quel que soit son statut infectieux connu ou présumé mais également pour les visiteurs.

2.1 En matière de précautions « standard »

Les impératifs liés à la prévention du risque infectieux chez les patients depuis leur accueil jusqu'à leur sortie nécessitent que soient bannies les mauvaises pratiques d'hygiène hospitalière telles que **i)** le partage du matériel entre les patients, **ii)** le non lavage des mains entre deux patients et le non-respect du protocole de lavage des mains **iii)** le mélange des matériels propres et sales durant les soins, **iv)** le non-respect des protocoles de soins- Aussi, dans l'objectif d'assurer une protection systématique du personnel et des patients vis à vis des risques infectieux liés au contact, avec le sang les liquides biologiques, tout produit d'origine humaine, la peau lésée et les muqueuses, je vous demande de veiller à l'application rigoureuse des précautions « standard » à l'ensemble des patients telles qu'édictées dans l'annexe de l'instruction ministérielle n° 002 du 21 mars 2006 relative à la prévention de la transmission du virus de l'hépatite virale B et C en milieu de soins.

Je vous demande également de veiller à l'application du protocole d'hygiène pour la prévention des maladies virales dans les centres d'hémodialyse telles qu'édictées dans l'instruction n° 573 du 18 décembre 2006.

2.2 En matière d'hygiène des mains

Je vous demande d'accorder un intérêt particulier à la promotion du lavage des mains qui a un rôle primordial dans la réduction des infections manuportées qui sont les plus fréquentes des infections associées aux soins. Aussi, je vous instruis, à l'effet de :

- poursuivre et de généraliser la mise en place de points d'eau pour le lavage des mains et ce conformément aux recommandations de l'OMS qui stipulent que le point d'eau est constitué : **i)** d'un lavabo aseptique (sans trop plein), **ii)** d'un distributeur de savon liquide doux à usage fréquent, **iii)** d'un distributeur d'essuie main à usage unique, **iv)** d'une poubelle non manuelle pour les déchets.
- Multiplier les postes de distribution de solution hydro-alcoolique.
- Veiller par l'information, la sensibilisation et la formation au respect par le de soins du protocole du lavage des mains, (objet de l'instruction n°1 du 09 aout 2004 relative à l'hygiène et à la lutte contre les infections nosocomiales) qui doit être affiché au niveau de chaque poste de lavage et dans chaque unité de service de soins.

2.3 En matière de désinfection et de stérilisation

Compte tenu de la nécessité de sécuriser tous les actes invasifs dont les manquements engagent la responsabilité des intervenants à tous les niveaux jusqu'au prestataire de l'acte, je vous demande de veiller scrupuleusement à l'application stricte des protocoles de nettoyage, de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux dans le respect des bonnes pratiques universelles.

Par ailleurs, je vous rappelle que le procédé de stérilisation recommandé est celui de la chaleur humide par autoclave et que l'utilisation des poupinels (chaleur sèche) est proscrite.

3. CONCERNANT LA GESTION DE L'ENVIRONNEMENT HOSPITALIER

En matière de gestion et d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux :

Compte tenu des risques encourus, je vous rappelle l'obligation de vous conformer à l'ensemble des prescriptions réglementaires, citées en référence, relatives à la gestion et à l'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux qui s'imposent à tous les établissements de soins en tant que responsable de la production de ces déchets,

En ce qui concerne le tri et le conditionnement de ces déchets d'activités de soins: je vous rappelle la nécessité de veiller à assurer une disponibilité permanente et en quantité suffisante des nécessaires pour le tri et le conditionnement (conteneurs, sachets plastiques de couleur JAUNE, VERT, NOIRE et ROUGE conformes aux spécifications de l'instruction ministérielle n° 04 du 12 mai 2013 relative à la gestion de la filière d'élimination des déchets d'activités de soins) dès lors qu'ils permettent d'assurer la sécurité des personnes susceptibles d'être exposées et de prévenir les risques d'exposition au sang de l'ensemble des acteurs de la filière d'élimination des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI).

En ce qui concerne l'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux

Je vous rappelle également la nécessité de veiller au strict respect des directives édictées dans l'instruction n°4 du 12 mai 2013 citée en référence qui stipulent que :

- l'installation de nouveaux incinérateurs in situ n'est plus autorisée,
- seuls les incinérateurs déjà installés in situ et qui sont conformes sont autorisés à continuer à fonctionner,
- les incinérateurs in situ qui ne sont pas conformes devront être réformés et les structures de santé concernées sont appelées à procéder à l'incinération de leur déchets d'activités de soins à l'extérieur :
 - dans un incinérateur conforme desservant plusieurs établissements de santé,ou

- dans une installation d'incinération relevant d'une entreprise spécialisée dans le traitement des déchets d'activités de soins dument habilitée.

L'installation de dispositifs de prétraitement in situ (banaliseurs) est soumise a autorisation, ces derniers devront être i) homologués par les autorités compétentes et s'inscrire dans le cadre du schéma directeur d'élimination des déchets de la wilaya.

3.2 En matière de contrôle de l'eau

Je vous rappelle que chaque établissement de soins doit disposer d'une eau de qualité, en quantité et en continu, afin d'assurer : i) une bonne hygiène environnementale ii) un lavage des mains efficace, et iii) une stérilisation fiable.

A cet effet, il y a lieu, notamment, de veiller à ce que le contrôle du taux de chlore résiduel des réservoirs d'eau des établissements de santé soit quotidien.

3.3 En matière de contrôle de l'hygiène de la restauration

Compte tenu des risques de contamination, de développement de micro-organismes pathogènes susceptibles d'entraîner un danger pour la santé aussi bien pour les patients que pour les professionnels de la santé lors des opérations de réception, d'entreposage, de manipulation des denrées alimentaires et lors de la préparation et de la distribution des repas, je vous rappelle la nécessité de veiller, en relation avec le CLIN et le service de la médecine du travail, à l'application stricte des mesures préventives relevant des bonnes pratiques d'hygiène au niveau des cuisines.

A cet effet,

le personnel de cuisine doit i) être soumis à une visite médicale à l'embauche et au moins une fois tous les six (06) mois, dans le cadre de la médecine du travail, ii) respecter un niveau élevé de propreté corporelle et d'hygiène des mains, iii) porter des vêtements de travail propres et adaptés (coiffe, blouse, tablier de protection), iv) ne pas être affecté à la manipulation des denrées alimentaires en cas d'infection cutanée, respiratoire ou intestinale jusqu'à guérison.

Les locaux relevant de la cuisine (y compris les vestiaires et les sanitaires doivent être i) de dimensions suffisantes pour que la confection des repas puisse s'exercer dans de bonnes conditions d'hygiène, ii) maintenus propres et en bon état d'entretien permanent selon un programme de nettoyage et de désinfection conformes aux bonnes pratiques d'hygiène.

Les ustensiles et matériaux susceptibles d'être en contact avec les denrées alimentaires doivent être maintenus propres de façon permanente, il y a lieu de « laver, désinfecter, rincer » le matériel, les ustensiles, les plans de travail, les sols, les lavabos et éviers» après chaque emploi, le lavage et le rinçage des ustensiles de cuisine devant utiliser la technique des trois (3) bacs.

Les plats préparés doivent obéir à des règles précises : i) les plats chauds doivent être conditionnés, dès la fin de la cuisson, dans un emballage fermé isotherme jusqu'à l'assiette du malade, ii) les plats froids doivent être stockés immédiatement après leur préparation au froid à 2 ou 3°C, transportés dans un emballage isotherme et consommés dans la même journée, iii) le plat témoin doit être conservé durant 72 heures.

3.4 En matière de lutte anti-vectorielle

Je vous rappelle que la maîtrise des différentes nuisances (cafards, blattes, poux, moustiques, mouches et fourmis, rongeurs, chats...), constituent un impératif d'hygiène générale pour les établissements de soins et ce d'autant que les malades comme le personnel peuvent eux-mêmes devenir des vecteurs d'ectoparasites.

Aussi, chaque responsable de structures de santé est tenu d'entreprendre toutes les actions visant à éliminer les réservoirs des différents vecteurs selon un programme préétabli en veillant notamment à :

- contre les rongeurs : **i)** supprimer les voies d'accès (protection des soupiriaux, gaines techniques, conduites d'eaux usées), **ii)** mettre en œuvre un plan de dératisation

systématique, iii) limiter le stockage de denrées alimentaires, iv) éliminer rapidement les détritrus.

- contre les blattes (cafards) et les mouches : **i)** procéder à une désinsectisation régulière des locaux **ii)** assurer un stockage protégé des denrées alimentaires, iii) éliminer rapidement les détritrus.
- contre les moustiques : **i)** éviter et/ou tarir tout point d'eau stagnante, **ii)** procéder à la pulvérisation d'insecticide conformément aux bonnes pratiques d'utilisation.

CONCERNANT LA FORMATION ET LA COMMUNICATION

La promotion de la culture de l'hygiène et la nécessité de mobiliser et de responsabiliser les personnels de santé, d'une part et l'instauration d'une confiance réciproque (professionnels de la santé - usagers de la santé) d'autre part, passent obligatoirement par :

Une large communication auprès aussi bien de ces personnels que des usagers de la santé. A cet effet, je vous demande :

en ce qui concerne les personnels de santé, d'assurer, en liaison avec le CLIN, une information régulière portant notamment sur i) les recommandations techniques de bonnes pratiques d'hygiène hospitalière et d'utilisation rationnelle des antibiotiques ii) les données de la surveillance des infections associées aux soins ;

En ce qui concerne les usagers de la santé d'assurer, en liaison avec le CLIN, une information, dès l'accueil, sur les règles générales d'hygiène en milieu hospitalier (livret, brochures, affichettes, affiches ...).

Une intensification des actions de formation qui constitue un axe majeur de la maîtrise du risque infectieux en milieu de soins. A cet effet, je vous demande de veiller à ce que tout professionnel de soins bénéficie, de façon régulière, d'une formation en adéquation avec ses activités et dont les thèmes, contenus et modalités seront définis par le CLIN.

J'attache une importance particulière quant à l'application stricte des mesures édictées dans cette instruction qui doit faire l'objet d'une large diffusion,

Le Ministre de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات

Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

DIRECTION GENERALE DE LA PREVENTION
ET DE LA PROMOTION DE LASANTE

المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة

**NOTE N° 41 DU 26 OCTOBRE 2014 PORTANT SUR LE RENFORCEMENT DES MESURES
D'HYGIENE EN MILIEU DE SOINS**

Destinataires	Mr le Directeur Général de l'institut National de Santé Publique Mr le Directeur Général de l'Institut Pasteur d'Algérie -Madame Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population : En communication à Mesdames et Messieurs : - Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers (EH) - Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS) - Les Directeurs des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) - Les Directeurs des Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP) -Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers privés -Monsieur le Directeur Général de l'EHU Oran - Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU	Pour Information Pour Information Pour exécution diffusion et suivi Pour exécution Pour exécution Pour exécution
---------------	---	---

REFERENCE :

- Arrêté n° 64 du 07 Novembre 1995 portant création d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales CLIN au niveau des établissements de santé
- Instruction ministérielle n° 04 du 12 mai 2013 relative à la gestion de la filière d'élimination des déchets d'activités de soins
 - Instruction ministérielle n°02 du 05 décembre 2014 relative au renforcement des actions de lutte contre les infections associées aux soins et à l'amélioration de la gestion de l'environnement hospitalier

Bien que notre pays soit encore indemne de la fièvre à virus EBOLA, son introduction constitue un risque élevé d'exposition pour les personnels en milieu de soins qu'il importe de ne pas négliger et qui impose l'application stricte, systématique et de façon permanente des mesures de précaution édictées dans la présente note par tous les soignants dans tous les lieux de soins, pour tout patient quel que soit son statut infectieux connu ou présumé mais également pour les visiteurs.

A cet effet, la présente note a pour objet de rappeler l'ensemble des mesures d'hygiène standards en milieu de soins, en direction du personnel de santé, tout type confondu qu'il y a

lieu d'appliquer scrupuleusement et de veiller à ce que les moyens nécessaires de protection et de désinfection soient disponibles de façon permanente et en quantité suffisante dans l'ensemble des structures de santé.

Ces procédures et protocoles sont fixés dans les annexes suivantes et concernent ce qui suit :

- L'hygiène des mains : **Annexe 1**
- L'hygiène respiratoire : **Annexe 2**
- Les règles d'isolement du patient : **Annexe 3**
- Le port et l'enlèvement de l'équipement de protection individuelle : **Annexe 4**
- La prévention des accidents causés par le matériel de soins coupants et piquants : **Annexe 5**

Je vous demande d'assurer chacun en ce qui le concerne une large diffusion auprès de l'ensemble des professionnels de santé publics et privés et vous prie de me tenir informé de toute éventuelle contrainte dans l'application de ces directives.

Le Directeur Général

مدير عام للوقاية وترقية الصحة
الأستاذ س. مصباح

**PRECAUTIONS STANDARDS EN MATIERE D'HYGIENE DES MAINS A RESPECTER
POUR TOUS LES PATIENTS**

1. PREALABLE AU LAVAGE DES MAINS

- Veiller à retirer bagues, alliances, bracelets, montres ...
- Veiller à ce que les ongles soient coupés court et sans vernis
- Interdire les faux ongles
 - Veiller à la disponibilité de l'eau courante, du savon liquide, du papier essuie-main, de la solution hydro-alcoolique, collecteurs à déchets

2. INDICATIONS DU LAVAGE DES MAINS

Le choix du type de lavage approprié dépend du niveau du risque infectieux

a. LE LAVAGE SIMPLE DEVRA ETRE PRATIQUE

- A la prise et à la fin du service,
- Au cours des gestes de la vie courante : repas, passage aux toilettes, après s'être mouché ou coiffé, ...
- Avant et après un soin de nursing ou d'hôtellerie,
- Lors de soins infirmiers non invasifs,
- Lorsque les mains sont visiblement sales et /ou souillées.

b. LE LAVAGE ANTISEPTIQUE DEVRA ETRE PRATIQUE

- Avant de mettre des gants et immédiatement après les avoir enlevés.
- Avant de réaliser un geste invasif (cathéter périphérique, sonde urinaire et autres dispositifs analogues).
- Avant manipulation des dispositifs intra vasculaires, drains pleuraux, et autres situations analogues.
- Avant tout contact avec un patient en isolement protecteur.
- APRES TOUT CONTACT AVEC DU SANG, DES LIQUIDES BIOLOGIQUES, DES SECRETIONS, DES EXCRETIONS, UNE PEAU LESEE ET DES OBJETS CONTAMINES, **MEME AVEC DES GANTS.**
- Après tout contact avec un patient en isolement septique (suspect ou confirmé) ou avec son environnement.
- Après un contact avec des objets au voisinage du patient.
- Entre deux patients, après tout geste potentiellement contaminant.

En cas de succession de gestes contaminants pour le même patient.

PRECAUTIONS STANDARDS POUR L'HYGIENE RESPIRATOIRE

1. A L'ENTREE, PLACER DES AFFICHES DEMANDANT AUX PERSONNES AYANT DES SYMPTOMES RESPIRATOIRES D'OBSERVER LES REGLES D'HYGIENE ET PRENDRE DES PRECAUTIONS LORSQU'ELLES TOUSSENT OU ETERNUEMENT

2. MESURES A RESPECTER PAR L'ENSEMBLE DU PERSONNEL DE SANTE, PAR LES PATIENTS ET PAR LES VISITEURS, EN CAS DE SYMPTOMES RESPIRATOIRES AIGUS :

- Se couvrir la bouche et le nez lors d'un effort de toux ou d'éternuement.
- Se laver les mains après un contact avec des sécrétions respiratoires.
- Eliminer les serviettes /mouchoirs dans des récipients qu'il ne faut pas toucher, puis se laver les mains.
 - En l'absence de serviettes/mouchoirs ou de masques, lever le bras pour se couvrir le nez et la bouche avec la partie intérieure du bras ou de l'avant bras.

3. MESURES A APPLIQUER PAR LE PERSONNEL DE SANTE DEVANT TOUTE PERSONNE PRESENTANT DES SYMPTOMES RESPIRATOIRES AIGUS FEBRILES:

- Faire porter le masque à trois plis, au patient (masque destiné au malade).
- Porter le masque FFP2 (masque destiné au personnel soignant).

Se placer à, au moins, 1 mètre du patient.

ANNEXE 3

PRECAUTIONS EN MATIERE D'ISOLEMENT A APPLIQUER RIGOREUSEMENT AVANT TOUT SOIN DIRECT AUX CAS SUSPECTS OU CONFIRMES DE FIEVRE EBOLA

Outre les mesures universelles d'hygiène, et conformément aux recommandations de l'OMS les précautions suivantes doivent être rigoureusement appliquées lors de TOUT SOIN direct aux patients suspects ou confirmés de fièvre Ebola

- 1.** INTERDIRE L'ACCES A LA ZONE DE SOINS PREALABLEMENT IDENTIFIEE ET DOTEES DE MOYENS DE PROTECTION NECESSAIRES, SEUL LE PERSONNEL DE SOIN DUMENT DESIGNÉ EST AUTORISÉ A PENETREER DANS CETTE ZONE.
- 2.** Consigner dans un registre toutes les personnes entrant dans la zone de soins.
- 3.** Interdire les visites.
- 4.** Avant d'entrer dans le secteur d'isolement, donner au personnel de soins dûment désigné, les instructions nécessaires sur l'utilisation appropriée de l'Équipement de Protection Individuelle (EPI) et des instructions concernant l'hygiène des mains
- 5.** Veiller à ce que chacun comprenne bien les instructions qui lui sont données et les applique strictement.

ANNEXE 4

MESURES A RESPECTER LORS DU PORT ET DE L'ENLEVEMENT DE L'EQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI)

- L'EPI doit-être fourni à l'extérieur de la chambre du patient
- Assigner une personne dûment formée pour :
 - Superviser le personnel soignant affecté pour le soin du patient
- Veiller au choix, et au respect des procédures pour le port, le retrait et l'élimination appropriés de l'EPI
- Surveiller l'accès à la chambre pour restreindre l'entrée aux personnels essentiels uniquement
 - Veiller à toujours mettre l'EPI complet avant d'être en contact avec un cas suspect, probable ou confirmé
 - Réunir tous les articles nécessaires à l'avance
- Prévoir l'endroit où jeter l'EPI

1- ETAPES RECOMMANDEES POUR ENFILER L'EPI

ETAPE 1	SE LAVER LES MAINS	Voir annexe 1
ETAPE 2	ENFILER U\ BLOUSE	-attacher fermement au niveau du cou et des poignets
ETAPE 3	METTRE UN MASQUE DE PROTECTION	-le placer sur le nez et sous le menton (le masque doit recouvrir le nez et la bouche) -resserrer les attaches, les boucles ou les courroies -mouler la pièce de métal sur la voûte du nez
ETAPE 4	METTRE DES LUNETTES DE PROTECTION	-l'écran facial doit être porté au dessus des sourcils
ETAPE 5	ENFILER 2 PAIRES DE GANTS	-en les portant par-dessus les poignets de la blouse -en prenant soin de ne pas les déchirer ou perforer

2- ETAPES RECOMMANDEES POUR ENLEVER L'EPI

ETAPE 1	RETIRER LES GANTS SELON LA TECHNIQUE QUI EVITE LA CONTAMINATION DE U PEAU AVEC LES GANTS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saisir le bord extérieur du gant près du poignet 2. Faire glisser le gant en le retournant à l'envers 3. Passer la main sous le 2^{ème} gant au niveau du poignet et le faire glisser 4. Tenir le gant par son coté interne pour le jeter immédiatement dans la poubelle
ETAPE 2	RETIRER LA BLOUSE DE FAÇON A EVITER LA CONTAMINATION DES VETEMENTS OU DE LA PEAU PAR LE COTE EXTERIEUR DE LA BLOUSE	<ol style="list-style-type: none"> 1- En commençant avec les attaches au niveau du cou, tirer le coté extérieur « contaminé » de la blouse vers l'avant et la retourner vers l'intérieur 2- Rouler les manches en boule 3- Jeter la blouse immédiatement de façon à réduire le déplacement d'air au minimum
ETAPE 3	SE LAVER LES MAINS	
ETAPE 4	RETIRER LES LUNETTES DE PROTECTION	<p>-Les branches des lunettes et le serre-tête des écrans faciaux sont considérés comme « propres » et ils peuvent être touchés avec les mains L'avant des lunettes à coques ou de l'écran facial est considéré comme contaminé</p> <p>-Retirer les lunettes de protection en manipulant uniquement les branches, les cotés ou l'arrière</p> <p>-Les jeter dans une poubelle ou dans un contenant approprié</p>
ETAPE 5	RETIRER LE MASQUE DE PROTECTION	<p>-Les attaches, les boucles latérales et les courroies sont considérées comme « propre » et peuvent être touchées avec les mains -L'avant du masque est considéré comme contaminé -</p> <p>Détacher les attaches du bas, puis celles du haut ou saisir les courroies ou les boucles latérales</p> <p>-Tirer le masque vers l'avant en se penchant vers l'avant afin de dégager le visage</p> <p>-Mettre immédiatement le masque dans une poubelle</p>
ETAPE 6	SE LAVER LES MAINS	

**PRECAUTIONS STANDARDS POUR PREVENIR LES ACCIDENTS CAUSES PAR LE
MATERIEL DE SOINS COUPANTS ET PIQUANTS**

- ❖ **LIMITER AUTANT QUE POSSIBLE L'UTILISATION D'AIGUILLES ET OBJETS TRANCHANTS**
- ❖ **LES TESTS DE LABORATOIRE DOIVENT ETRE REDUITS AU MINIMUM NECESSAIRES POUR LE DIAGNOSTIC ET LES SOINS MEDICAUX**

- Faire attention en manipulant, utilisant, nettoyant ou jetant des aiguilles, bistouris ou autres objets piquants ou coupants
- Eviter de plier, de casser ou de manipuler inutilement des aiguilles, bistouris ou autres objets piquants ou coupants
- Ne pas remettre le capuchon sur les aiguilles
- Disposer d'un container rigide à objets piquants/coupants à portée de mains en cas d'administration d'une injection
 - Eliminer les aiguilles et seringues jetables immédiatement après l'usage directement dans le collecteur sans les recouvrir et sans les passer à une autre personne
- Fermer et sceller le collecteur et procéder à son envoi à l'incinération selon les modalités d'élimination des déchets de soins à risques infectieux avant qu'il ne soit complètement plein

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME
HOSPITALIERE**

**DIRECTION GENERALE DE LA PREVENTION
ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE**

المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة

***INSTRUCTION N°06 DU 17 FEVRIER 2016 RELATIVE A L'APPLICATION DES
DIRECTIVES NATIONALES CONCERNANT L'HYGIENE DE L'ENVIRONNEMENT
DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS ET PRIVES***

Destinataires : Messieurs les walis Monsieur le Directeur Général de l'INSP Monsieur le Directeur Général de l'IPA Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population : En communication avec Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers (EH) Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS) Les Directeurs des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) Les Directeurs des Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP) Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Privés Les responsables des structures de santé privées (Etablissements de santé de jour, Cabinets médicaux, Laboratoires d'analyses	Pour information Pour information Pour information Pour exécution et suivi Pour exécution Pour exécution
---	---

Dans le cadre du renforcement la prévention et de la lutte contre les infections associées aux soins et dans l'objectif de normer, harmoniser, et généraliser les procédures visant à améliorer la gestion de l'environnement hospitalier des directives nationales relatives à l'hygiène de l'environnement dans les établissements de santé publics et privés ont été arrêtées et conçues sous la forme d'un manuel pour être strictement appliquées et mises à la disposition de tous les professionnels de la santé du secteur public et privé.

A ce titre, vous êtes instruits, à l'effet, de mettre tous les moyens humains et matériels pour permettre la stricte et rigoureuse **application** de ces directives nationales.

1. EN MATIERE DE COORDINATION, DE SUIVI ET D'EVALUATION

En référence à l'instruction ministérielle n°02 du 05 décembre 2013 vous êtes instruits, à titre de rappel, à l'effet, de procéder à la redynamisation du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel n°64 du 07 novembre 1998, et prendre toutes les mesures de nature à :

- assurer leur opérationnalité et la mise en œuvre des mesures préconisées conformément aux dispositions de la fiche n°1 relative au rôle et aux responsabilités ;
- assurer l'accomplissement des missions et tâches dévolues à chacun, en ce qui le concerne, conformément aux dispositions de la fiche 11⁰¹ relative au rôle et responsabilités;

2. EN MATIERE DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DES RESSOURCES HUMAINES :

La nécessité de responsabiliser les personnels de santé passent obligatoirement par leur mobilisation continue.

A cet effet, vous êtes chargés de veiller à :

- organiser des sessions de formation, basé sur ce référentiel national, au sein de chaque établissement de santé dont vous avez la charge en coordination étroite avec le directeur de l'établissement, en ciblant l'ensemble du personnel de santé (tous corps confondus) ;
- reconduire ces formations chaque fois que nécessaire et notamment en cas d'événement sanitaire à potentiel épidémique ;
- rendre disponible ces directives nationales au sein de chaque établissement de santé dont vous avez la charge et auprès de l'ensemble du personnel de santé public et privé.

3. EN MATIERE DE RENFORCEMENT DES ACTIONS D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION

La promotion de la culture de l'hygiène est indispensable dans l'ensemble de nos établissements de santé publics et privés, elle passe obligatoirement par l'intensification des actions d'information et de communication.

A cet effet, vous êtes chargés de :

- assurer une large information, auprès des personnels de santé, à travers l'affichage des fiches, annexes et schémas spécifiques du présent référentiel au niveau de chaque service et dans les endroits les plus appropriés ;
- cibler également les usagers de la santé, dès l'accueil, sur les règles d'hygiène générale en milieu de soins brochures, affichettes, affiches...)

3. EN MATIERE DE RENFORCEMENT DES MOYENS MATERIELS

La disponibilité des moyens matériels nécessaires à la mise en œuvre de ces directives nationales en tout lieu et à tout moment est essentielle pour diminuer les facteurs favorisant le développement des infections associées aux soins d'une part et assurer une prise en charge optimale et sécurisée des patients d'autre part. A cet effet, vous êtes chargés, de veiller à la mise à disposition de façon permanente et en quantité suffisante des moyens, produits et équipements nécessaires :

- au respect de l'hygiène des mains et de l'hygiène corporelle de tout le personnel de santé, tout corps confondus, et des patients, conformément aux fiches 4, 19, 22, 23, et 32 ;
 - au respect des protocoles et des bonnes pratiques universelles de bionettoyage, de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux conformément aux fiches 5, 6,7,8, 9,10,11,12,et13 ;
 - au respect des règles d'hygiène respiratoire conformément à la fiche 14 ;
 - à la mise à disposition d'une eau de qualité, en quantité et en continu avec un contrôle rigoureux et régulier conformément à la fiche 15 ;

- à la mise en œuvre des bonnes pratiques d'hygiène au niveau des cuisines et en matière de restauration conformément aux fiches 16, 17, 18, 20, et 21 ;
- au respect de l'hygiène et à l'entretien régulier et rigoureux des zones classées « hauts risques ou très hauts risques » et du matériel utilisé conformément aux fiches 2, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 ;
- à l'application stricte et organisée des prescriptions réglementaires relatives au tri, à la collecte, au transport et au traitement des déchets conformément à la fiche 33 ;
- à la lutte contre des différentes nuisances (insectes, rongeurs, chats...) par une lutte antivectorielle permanente conformément à la fiche 34.

Par ailleurs, je vous demande de :

- dépêcher votre représentant au niveau de la Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé/MSPRH, pour récupérer votre quota (support papier et CD),

prendre les dispositions nécessaires pour sa reproduction au niveau local et d'assurer une très large diffusion au niveau de l'ensemble des personnels et des établissements de santé publics et privés de ces directives nationales qui sont téléchargeables sur le site www.sante.gov.dz et www.sante.dz

Le Directeur Général

عامدير
للوفاية و ترقية الصحة
الأستاذ س, مصباح



Le présent fascicule fait partie de 19 fascicules regroupant les textes réglementaires relatifs à la gestion des établissements publics de santé ainsi que la réglementation relative à l'exercice privé que je souhaiterais mettre à la disposition du gestionnaire de l'établissement de santé, du professionnel, de l'étudiant, du chercheur et de toute personne intéressée par la réglementation relative au domaine de la gestion des établissements de santé, un outil de travail classé par rubrique incomplet peut être me diriez vous ? Mais qui peut constituer une aide précieuse pour toute décision à prendre, recherche à mener ou proposition d'amélioration à soumettre.

Certes, l'ensemble des textes ont fait l'objet d'une publication soit au *Journal officiel* ou par le ministère de la santé, mais leur trop grande dispersion rendait leur consultation malaisée.

Je souhaiterais que ce recueil soit mis à jour continuellement pour faciliter la gestion quotidienne de nos établissements et trouver les meilleures solutions aux problèmes de gestion afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge du malade.

Le lecteur me fera remarquer le manque de certains textes que malheureusement, je n'ai pas pu les trouver je lance un appel pour compléter ce présent travail.

Je souhaite aussi avoir vos avis, critiques et suggestions à l'adresse Email

ouldkadamed@gmail.com

ouldkadamed@yahoo.fr