



**Université Pierre et Marie Curie PARIS VI**

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION**

**DU DIPLOME UNIVERSITAIRE**

**« Assurance Qualité et G.B.E.A. »**

Auto Evaluation :

La sécurité du personnel au Laboratoire d'Anatomie Pathologique  
Du Centre Hospitalier Sainte-Anne

**Madame Anne-Marie GONGUET**

Année 2007-2008

**Madame Françoise ROUSSILLE**

Responsable du bureau de coordination  
de la prévention des risques

INSERM

### ***Note au lecteur***

*« Les mémoires des stagiaires du Diplôme Universitaire »*

*« Assurance Qualité et Guide de bonne pratique des analyses de biologie médicale » sont des travaux réalisés pendant l'année de formation.*

*Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.*

*Les travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication en tout, ou partie, sans l'accord de l'auteur et du responsable du DU concerné. »*

***Merci***

Au Professeur Catherine DAUMAS-DUPORT  
Pour m'avoir autorisée à suivre le Diplôme Universitaire  
«Assurance Qualité et G.B.E.A.».

A Madame Françoise ROUSSILLE  
Pour sa disponibilité et ses conseils.

Au Docteur Pascale VARLET  
Pour son aide et son soutien tout au long de cette année de formation.

A Madame Dominique MARILLER  
Et à toute l'équipe du laboratoire d'anatomie pathologique  
Pour leur participation active et leur compréhension car sans elles, l'avancement et la  
réalisation de ce mémoire n'aurait pas pu avoir lieu.

A Véronique VRIGNEAU  
Qui a une grande part dans la réalisation de ce document.

A mon mari et mes filles  
Pour leur patience tout au long de cette année.

## SOMMAIRE

<b>ABREVIATIONS ET SIGLES .....</b>	<b>4</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
A. POURQUOI UNE DEMARCHE QUALITE ? .....	7
B. OBJECTIF DE L'ENSEIGNEMENT DU GBEA .....	8
1. <i>Objectif de la formation</i> .....	8
2. <i>Objectif personnel</i> .....	8
<b>I. CADRE ET ACTIVITES.....</b>	<b>10</b>
A. LE CENTRE HOSPITALIER SAINTE-ANNE .....	10
B. LE LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	11
1. <i>Les locaux</i> .....	11
2. <i>Le personnel</i> .....	13
3. <i>Les activités</i> .....	13
<b>II. PROJETS ET OBJECTIFS DE TRAVAIL.....</b>	<b>14</b>
A. DEMARCHE QUALITE : PRINCIPE DE LA ROUE DE DEMING .....	14
1. <i>Le cycle PDCA ou Roue de Deming</i> .....	14
B. AUTO-EVALUATION SUR LA SECURITE DU PERSONNEL EN REFERENCE DES TEXTES .....	16
1. <i>L'Arrêté du 16 Juillet 2007</i> .....	16
2. <i>Recommandations de Bonnes Pratiques en Anatomie et Cytologie Pathologiques</i> .....	17
<b>III. METHODOLOGIE.....</b>	<b>18</b>
A. IDENTIFIER LES SOURCES DE DANGER.....	18
B. LES PRINCIPAUX RISQUES EN LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	20
1. <i>Le risque biologique</i> : .....	20
2. <i>Le risque chimique</i> .....	21
3. <i>Le risque incendie</i> .....	22
4. <i>Le risque lié aux déchets</i> .....	23
5. <i>La mise en place d'actions de prévention dans le laboratoire d'anatomie pathologique</i> .....	24
C. LES DIFFERENTES ETAPES .....	25
1. <i>Etat des lieux</i> .....	25
<b>IV. ANALYSE DE L'AUTO-EVALUATION.....</b>	<b>28</b>
A. EXPLOITATION DES RESULTATS .....	28
1. <i>Le risque biologique</i> .....	28
2. <i>Le risque chimique</i> .....	28
3. <i>Le risque incendie</i> .....	29
4. <i>Les règles générales d'hygiène et de sécurité</i> .....	29
5. <i>Le risque lié aux déchets</i> .....	30
6. <i>Les locaux</i> .....	30
B. PLAN D'ACTION .....	31
1. <i>Les actions correctives ayant abouties</i> : .....	31
2. <i>Les actions correctives en cours</i> : .....	32
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>34</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>35</b>

## **ABREVIATIONS ET SIGLES**

AES	Accident d'Exposition au Sang
AFAQAP	Association Française d'Assurance Qualité en Anatomie, Pathologique
AQ	Assurance Qualité
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ATC	Agents Transmissibles Conventionnels
ATNC	Agents Transmissibles Non Conventionnels
CAS	Chemical Abstracts Service
CHSA	Centre Hospitalier Sainte Anne
CHSCT	Comité d'Hygiène et Sécurité et des Conditions de Travail
CIRC	Centre International de Recherche contre le Cancer
CMR	Cancérigène, Mutagène ou toxique pour la Reproduction
CRB	Centre de Ressources Biologiques
DAOM	Déchets Assimilables aux Ordures Ménagères
DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux et Assimilés
DIB	Déchets Industriels Banals
DID	Déchets Industriels Dangereux
EPI	Equipement de Protection Individuelle
GBEA	Guide de Bonne Exécution des Analyses médicales
GHA	Gel Hydro-Alcoolique
HAS	Haute Autorité de Santé
INRS	Institut National de Recherche et Santé
LCR	Liquide Céphalo-Rachidien
MCJ	Maladie de Creutzfeldt Jacob
MO	Mode opératoire
PRO	Procédure
PSM	Poste de Sécurité Microbiologique
RBPACP	Recommandations des Bonnes Pratiques en Anatomie Cytologie Pathologiques
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## GLOSSAIRE

### - **Accréditation**

Procédure externe à un établissement de santé dont le but est d'obtenir une appréciation indépendante de la qualité de cet établissement ou le cas échéant d'un ou plusieurs services en activité de cet établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activité de l'établissement (Ordonnance du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée).

### - **Action corrective**

Action entreprise pour éliminer les causes d'une non-conformité, d'un défaut ou de tout autre événement indésirable existant, pour empêcher leur renouvellement (Iso 8402).

### - **Action préventive**

Action entreprise pour éliminer les causes d'une non-conformité, d'un défaut ou tout autre événement indésirable existant, pour empêcher leur renouvellement (Iso 8402).

### - **Amélioration continue de la qualité**

Démarche visant à intégrer la qualité dans les modes de gestion de l'entreprise.

### - **Assurance de la qualité**

Ensemble des activités préalables et systématiques mises en œuvre dans le cadre du système qualité et démontrées en tant que besoin pour donner la confiance appropriée en ce qu'une entité satisfera aux exigences pour la qualité.

### - **Auditeur qualité**

« Personne qualifiée pour effectuer des audits qualité » (Iso 8402).

### - **Audit**

« Organisme soumis à l'audit » (Iso 8402). Il peut s'agir d'une personne, d'une unité, d'une partie d'établissement ou d'un établissement dans son ensemble.

### - **Conformité**

Satisfaction aux exigences spécifiées (Iso 8402).

### - **Défaut**

Non satisfaction à une exigence ou à une attente raisonnable liée à une utilisation prévue, y compris celle qui a trait à la sécurité (Iso 8402).

### - **Démarche qualité**

Ensemble des méthodes, techniques et actions managériales que mène l'établissement de santé pour gérer la qualité de ses prestations dans le but de satisfaire ses clients, d'assurer sa pérennité et de se développer.

### - **Indicateur**

Donnée constatant une situation et permettant de la caractériser ou de l'interpréter. Il peut s'agir d'une variable qualitative (observée) ou quantitative (prélevée, mesurée, calculée).

### - **Maîtrise de la qualité**

Le but de la maîtrise de la qualité est d'obtenir la conformité du produit ou service réalisé.

### - **Mode opératoire**

Document définissant la manière dont une opération doit être effectuée et les moyens nécessaires pour réaliser l'opération.

### - **Non-conformité**

Non satisfaction aux exigences spécifiées. La définition s'applique à l'écart ou l'absence, par rapport aux exigences spécifiées, d'une ou plusieurs caractéristiques constitutives de la qualité (NF-X50-120).

**- Norme**

Dans le cadre de la réglementation, la norme représente des exigences à respecter. Elles sont définies dans des textes (lois, décrets, arrêtés).

Dans le cadre de l'évaluation en santé, la norme peut être utilisée dans deux sens différents :

- ce qui est souhaitable par rapport à la survenue d'un événement de santé,
- ce qui constitue la valeur la plus fréquemment retrouvée dans les observations.

**- Prévention**

Principe essentiel de la qualité qui vise à anticiper un problème ou un écart en mettant en œuvre les moyens nécessaires à son occurrence. Le principe de prévention est basé sur la nécessité de bien faire du premier coup.

**- Procédure**

« La procédure est une manière spécifiée d'accomplir une activité » (Iso 8402).

**- Processus**

«Enchaînement d'activités ayant pour objet de transformer une entité (matières premières, informations, patients, produits semi-finis) en produits ou services intermédiaires ou finis» (AFNOR).

**- Qualité**

« Ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites » (Iso 8402).

**- Référentiel**

Constitue un ensemble d'éléments écrits sur lequel il convient de s'appuyer pour conduire une activité d'évaluation dans le cadre d'une démarche qualité.

**- Risque**

Estimation de la probabilité d'occurrence d'un danger.

**- Sécurité**

Etat dans lequel le risque de dommages corporels matériels est limité à un risque acceptable » (Iso 8402).

**- Système qualité**

« Ensemble de l'organisation, des procédures, des processus et des moyens nécessaires pour mettre en œuvre le management de la qualité » (Iso 8402).

**- Traçabilité**

Aptitude à retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'une entité au moyen d'identifications enregistrées (Iso 8402).

## INTRODUCTION

### *A. Pourquoi une démarche qualité ?*

Le budget de la médecine est en constante augmentation et les ressources sont finies et non infinies. D'où la nécessité d'une « évaluation de la qualité des soins » comme corollaire indispensable de toute maîtrise des dépenses de santé.

En 1980, Jacques Barrot demande une réflexion sur l'équilibre entre qualité et coût des soins.

La Loi hospitalière du 31 juillet 1991 affirme la nécessité de développer l'évaluation des pratiques « sans en valider la mise en œuvre par une procédure d'accréditation » et de procéder à l'analyse des activités des établissements de Santé.

Les 3 Ordonnances du 24 avril 1996 :

- Ordonnance 96-344 sur les mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale ;
- Ordonnance 96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins ;
- Ordonnance 96-346 réforme de l'hospitalisation publique et privée (création de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé ANAES).

Avec la promulgation des Ordonnances Juppé, les structures de soins doivent prouver leurs performances. C'est l'apparition du management de la qualité dans le milieu sanitaire.

Les laboratoires d'analyses sont depuis longtemps entrés dans cette démarche avec le Guide de Bonnes Exécutions des Analyses (GBEA) en 1994, Recommandation des Bonnes Pratiques en Anatomie et Cytologie Pathologiques (RBPACP) en 1998.

La démarche qualité est présente dans tous les secteurs d'activité : industrie, banque, service du déménagement...

Dans le domaine de la Santé, la démarche qualité a trois objectifs principaux :

- Améliorer la qualité des soins ;
- Accompagner et promouvoir le développement des nouvelles techniques ;
- Limiter les dépenses de santé.

Les laboratoires d'Anatomie et Cytologie Pathologiques (ACP) sont des structures médico-techniques de service des soins et des patients.

La mise en place du système d'« Assurance Qualité» doit fédérer l'ensemble du personnel du laboratoire.

La politique et les objectifs « Assurance Qualité » doivent être connus de tout le personnel du laboratoire.

## ***B. Objectif de l'enseignement du GBEA***

### **1. Objectif de la formation**

Ce Diplôme Universitaire (DU) s'adresse à toute personne ayant un rôle à jouer dans l'Assurance Qualité au sein d'un laboratoire médical ou d'une entreprise en relation avec les laboratoires.

Il permet d'acquérir les principes fondamentaux de l'Assurance Qualité et de s'approprier les méthodologies correspondantes.

La formation se décline en modules théoriques et pratiques.

- Les modules théoriques permettent d'acquérir une culture qualité sur l'historique, la terminologie, les grands principes du domaine de l'Assurance Qualité ;
- Les modules pratiques concrétisent par des exemples de mise en situation, l'utilisation de la théorie sur le terrain.

L'élaboration du mémoire sur un sujet précis permet de faire réfléchir sur les méthodes applicables quotidiennement au sein du laboratoire, dans le domaine de l'Assurance Qualité avec ses difficultés et ses limites. Il a pour but de faire appliquer les connaissances acquises et de faire une investigation critique de la situation.

### **2. Objectif personnel**

Avoir des responsabilités au niveau de l'Assurance Qualité au sein d'un laboratoire d'anatomie pathologique exige certaines connaissances et la maîtrise des outils de la qualité.

Afin de satisfaire à ces exigences, demander une formation sur l'Assurance Qualité devenait une évidence. Cette formation devait permettre de :

- Prendre connaissance et acquérir la culture et l'historique de la démarche qualité ;
- Approfondir le vocabulaire de l'Assurance Qualité ;

- Connaître les grands principes de l'Assurance Qualité, entre autres la Roue de Deming, l'Arête de Ishikawa ...
- Acquérir une méthodologie en utilisant les différents outils ;
- Se familiariser avec les actions qui peuvent entrer dans le cadre de l'Assurance Qualité : procédures, enquêtes de satisfaction, auto-évaluation, indicateurs, traçabilité...
- Comprendre que l'Assurance Qualité n'est pas une fin en soi mais une démarche sans cesse en mouvement permettant d'améliorer le système de l'Assurance Qualité en augmentant le niveau des exigences.

La réalisation d'un mémoire demande un investissement actif dans le service, une implication et un soutien de la hiérarchie.

**Le sujet du mémoire retenu est :**

**« Auto-évaluation : la sécurité du personnel au laboratoire d'anatomie pathologique au regard de l'Arrêté du 16 juillet 2007 (Art 1<sup>er</sup> b) et des Recommandations des Bonnes Pratiques en Anatomie et Cytologie Pathologiques (RBPACP). »**

**RBPACP:** Document élaboré par l'Association Française d'Assurance Qualité en Anatomie et Cytologie Pathologiques (AFAQAP), publié en 1998. Il rassemble les recommandations permettant un exercice optimal de la discipline. Ce document évolue en fonction des progrès techniques, des connaissances médicales et de l'environnement social et législatif.

Avant d'aborder les solutions envisageables pour mener une politique de prévention, une analyse des textes réglementaires et des mesures édictées en matière d'hygiène et de sécurité s'appliquant au laboratoire d'anatomie pathologique est nécessaire ainsi qu'une identification des risques par rapport aux différentes activités du laboratoire d'anatomie pathologique.

## **I. CADRE ET ACTIVITES**

### ***A. Le Centre Hospitalier Sainte-Anne***

Le Centre Hospitalier Sainte-Anne (CHSA) est édifié sur un site qui connaît depuis plusieurs siècles, une vocation hospitalière.

Dès le XIII<sup>ème</sup> siècle, on trouve « la Maison de Santé », de Anne de Provence, épouse de Saint-Louis, qui devait accueillir les malades et les pauvres.

Au XV<sup>ème</sup> siècle est édifié le Sanitat Saint-Marcel dit « la Santé » destiné à héberger les malades contagieux, les pestiférés, par exemple.

Vers 1650, en cet emplacement, Anne d'Autriche fait procéder à la construction d'un hôpital, auquel elle donne le nom de Sainte-Anne. Cette ferme, « La ferme Sainte-Anne » connût pendant plusieurs années une importante activité du fait du travail et des initiatives des malades.

En 1863, Napoléon III décide la création d'un hôpital psychiatrique à Paris sur l'emplacement de la ferme Sainte-Anne. Il est désigné sous le nom « d'asile clinique » car il est destiné à être un lieu de traitement, de recherche et d'enseignement des maladies mentales. Le Préfet de la Seine, le Baron Haussmann, est chargé de cette opération.

L'essentiel des bâtiments inaugurés en 1867 subsiste aujourd'hui et constitue le patrimoine architectural, classé du CHSA. Ces bâtiments sont disséminés dans un parc de verdure.

Pendant de nombreuses années, Sainte-Anne va remplir son rôle de protection du malade mental et de son traitement avec les faibles moyens thérapeutiques de l'époque.

Au fil du temps, ont été ainsi créés, des consultations externes gratuites, le centre de prophylaxie mental, un laboratoire d'électro-encéphalographie.

En 1952, une avancée spectaculaire de la psychiatrie s'est faite avec les travaux sur l'application des premiers neuroleptiques des Professeurs Jean Delay et Pierre Deniker. En même temps, la neurochirurgie se développe avec une méthode novatrice : la neurochirurgie stéréotaxique. C'est au Professeur Talairach que l'on doit cette découverte. Les applications sont multiples en neurochirurgie et en épileptologie (stéréoelectroencéphalographie notamment).

En 1970, le service de neuroradiologie se développe avec différents appareils : tomographe, scanner, imagerie à résonance magnétique.

En 1990, la neurologie devient un service spécialisé dans la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC).

Sur le plan médical, l'enseignement est dispensé par deux services universitaires héritiers de la clinique, le Service Hospitalo Universitaire (SHU) et la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (CMME) mais aussi dans les services de psychiatrie du secteur.

En 2008, environ trois milles personnes travaillent au Centre Hospitalier Sainte-Anne.

Celui-ci constitue un modèle d'évolution croisée de disciplines médicales différentes qui va connaître un nouvel essor avec la création du futur « Institut de la psychiatrie et des Neurosciences ».

Par ailleurs, la recherche y est présente au centre Paul Brocca avec cinq unités, le laboratoire d'Anatomopathologie fait, d'ailleurs, partie d'une de ces unités, l'Unité Inserm 894.

## ***B. Le laboratoire d'Anatomie Pathologique***

Pour répondre aux directives ministérielles, le CHSA a regroupé les différents secteurs d'activités en plusieurs pôles.

Le pôle médico-technique est l'un d'eux, et comprend :

- le laboratoire central (laboratoire d'analyses biologiques) ;
- la pharmacie ;
- le laboratoire d'anatomie pathologique. (Cf. Annexes I : Plan de situation).

### **1. Les locaux**

Les locaux sont situés sur trois niveaux dans un bâtiment isolé, éloigné du Centre R.Garcin qui réunit différentes disciplines de médecine somatique:

#### **- Rez-de-chaussée bas :**

- salle d'enseignement ;
- laboratoire de microscopie électronique ;
- salle de conférence ;
- bureau de médecin ;

- laboratoire technique de neurofoetopathologie ;
- laboratoire photos ;
- salle de macroscopie suivie d'une salle d'inclusion ;
- salle de réserve (blocs, lames) ;
- salle de réserve des prélèvements fixés ;
- salle de réserve (blocs, lames, dossiers) ;
- salle des congélateurs ;
- sanitaires.

**- Rez-de-chaussée haut :**

- bureau de cadre supérieur ;
- deux bureaux de médecins ;
- deux bureaux de secrétaires ;
- salle de lecture : microscopes multi têtes ;
- salle de macroscopie, réception et enregistrement des prélèvements ;
- petit entrepôt des déchets non contaminés tri sélectif ;
- laboratoire d'inclusion et technique des liquides ;
- laboratoire de techniques : coupe, coloration ;
- laboratoire d'immunohistochimie (IHC) ;
- local de détente ;
- sanitaires.

**- 1<sup>er</sup> étage.**

- deux bureaux de médecins ;
- petit bureau du cadre administratif de pôle ;
- vestiaires ;
- lingerie ;
- laboratoire de confinement L2 : Unité Inserm 894, dirigé par le Professeur Hervé Chneiweiss.

## **2. Le personnel**

En juin 2008, le personnel se compose de :

- un professeur, chef de service ;
- quatre médecins ;
- un cadre médico-technique supérieur ;
- sept techniciennes ;
- trois secrétaires médicales ;
- deux agents hospitaliers qualifiés.

## **3. Les activités**

Le laboratoire d'anatomie pathologique se situe dans un bâtiment isolé à coté de la rue Broussais. Il est éloigné du Centre Raymond Garcin qui réunit les différentes disciplines de médecine somatique : neurologie avec une unité neurovasculaire, neurochirurgie, neuroradiologie, neurophysiologie, l'anesthésie réanimation, les consultations spécialisées, la stomatologie et la médecine physique et de réadaptation.

L'activité du laboratoire porte essentiellement sur la neuropathologie et se décompose ainsi :

1. Une activité concernant les prélèvements des services neurochirurgie, de neurologie et de consultations spécialisées (dermatologie et stomatologie) du CHSA et les prélèvements de neurochirurgie de l'hôpital Necker (Hôpital Enfants Malades). Les prélèvements sont alors accompagnés d'une fiche de renseignements permettant de signaler tous risques possibles concernant le patient, sans enfreindre les règles de confidentialité.
2. Une activité de neurofoetopathologie (cerveaux de fœtus, enfants et adultes) de provenances diverses : Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul, Hôpital Necker...
3. Une activité de recherche associée à l'Unité Inserm 894.
4. Bientôt, une activité avec la création d'un Centre de Ressource Biologique (CRB) en partenariat avec le laboratoire central.

Le service est à l'origine de la description d'une nouvelle maladie Tumeur neuro-épithéliale dysembryoplasique dans la classification OMS et d'une nouvelle catégorie de tumeurs : les Tumeurs GlioNeuronaux Malignes (TGNM).

Depuis 1999, la démarche qualité est une préoccupation du laboratoire. L'ensemble du personnel s'est mobilisé dans la démarche « Assurance Qualité » en participant à l'écriture des procédures (PRO), des modes opératoires (MO), à la création de fiches d'enregistrement (FE)... propres à chaque secteur d'activités (rédaction d'environ 100 PRO et MO).

En 2004, le laboratoire a été inspecté par les experts-visiteurs de l'ANAES, pour l'accréditation du CHSA ou « V1 ».

En juin 2008, le CHSA a été inspecté par les experts-visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour la certification ou « V2 ».

## **II. Projets et objectifs de travail**

### ***A. Démarche qualité : Principe de la Roue de Deming***

#### **1. Le cycle PDCA ou Roue de Deming**

Le principe de l'amélioration continue de la qualité a été décrit en 1951 par William Ewdards Deming sous le terme de cycle Plan, Do, Check, Act (PDCA) ou roue de la qualité.

Le stade de l'amélioration consiste à construire un système qualité basé sur l'enchaînement et le bouclage de quatre phases :

- a) *PLAN* : planifier : c'est prévoir avant de faire ;
- b) *DO* : rédiger : c'est faire ce qui a été prévu ;
- c) *CHECK* : mesurer, vérifier, contrôler : c'est vérifier que ce qui a été fait est conforme à ce qui a été planifié ;
- d) *ACT* : réagir et améliorer : c'est corriger les écarts, traiter les non conformités et les améliorer.

Il est d'ailleurs repris par l'ANAES qui l'édicte comme principe fondamental de la qualité en santé.

L'objectif du PDCA est d'améliorer les performances (d'un établissement, d'un service, d'une équipe) avec le temps par étapes, en s'appuyant sur le savoir-faire des professionnels de santé et en optimisant les processus et les modes d'organisation.

### **Niveau 1**

Maintenir la qualité en ayant des règles de travail (procédures) écrites pour mettre en œuvre et contrôler un processus. A ce stade, c'est l'anticipation, la planification et le traitement des écarts qui permettent d'assurer un niveau minimum et homogène de la qualité.

### **Niveau 2**

Faire progresser les performances en appliquant le principe de l'amélioration continue qui permet d'identifier, d'analyser et de résoudre un problème : c'est le PDCA.

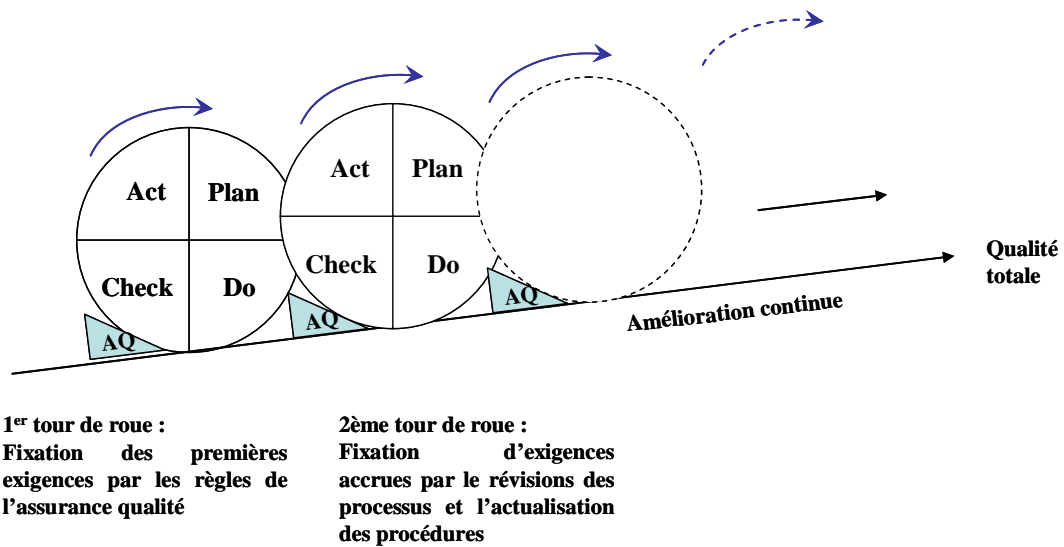
Le premier tour de roue permet d'asseoir le système qualité.

Les règles de l'Assurance Qualité constituent le code de la roue.

Les tours de roue suivants:

- Améliorent le système de management de la qualité,
- Augmentent le niveau des exigences,
- Permettent de progresser vers la qualité totale.

### La dynamique de la roue de Deming



Le PDCA s'appuie sur des acteurs du progrès :

- Le personnel, qui doit être impliqué et engagé ;
- Les processus, qui doivent être maîtrisés et optimisés ;
- Le management, qui doit être cohérent et dont l'importance est fondamentale.

## ***B. Auto-évaluation sur la sécurité du personnel en référence des textes.***

### **1. L'Arrêté du 16 Juillet 2007**

**L'Arrêté du 16 juillet 2007** fixant les mesures techniques de prévention, notamment de confinement, à mettre en œuvre dans les laboratoires de recherche, d'enseignement, d'analyses, d'anatomie et cytologie pathologiques, les salles d'autopsie et les établissements industriels et agricoles où les travailleurs sont susceptibles d'être exposés à des agents biologiques pathogènes, paru au Journal Officiel de la République Française le 4 août 2007.

« *Annexe I : Mesures techniques générales de prévention et de confinement minimum à mettre en œuvre dans tous les établissements mentionnés à l'article 1er du présent arrêté.*

*Annexe III : Mesures techniques spécifiques de prévention et de confinement minimum à mettre en œuvre dans les laboratoires d'anatomie et cytologie pathologiques où les travailleurs sont susceptibles d'être exposés à des agents biologiques pathogènes des groupes 2 ou 3. »*

## **2. Recommandations de Bonnes Pratiques en Anatomie et Cytologie Pathologiques.**

Ce document a été préparé par l'Association Française d'Assurance Qualité en Anatomie et Cytologie Pathologiques (AFAQAP).

Commission n°4 : Organisation et fonctionnement des structures d'Anatomie et cytologie pathologiques (ACP), publié en avril 1998.

*« 3. Organisation générale d'une structure d'ACP*

### *3-1. Le personnel*

*Le responsable de la structure d'ACP doit :*

- s'assurer que les mesures concernant la santé, la sécurité des personnels et la protection de l'environnement sont appliquées conformément aux textes en vigueur et le cas échéant, en coordination avec le médecin du travail et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ;*
- s'assurer que l'interdiction de fumer, de manger et boire dans les locaux techniques est respectée. »*

La manipulation de produits biologiques d'origine humaine ou de produits chimiques a de tous temps constitué une source de danger pour le personnel de laboratoire et pour l'environnement. Ce risque est souvent méconnu ou sous estimé.

La mise en place de mesures de prévention adaptées et de règles de bonnes pratiques, vise à limiter ces risques. Encore faut-il que ces règles et mesures soient bien connues et parfaitement intégrées et respectées de tous et économiquement acceptables.

L'auto-évaluation en s'appuyant sur l'Arrêté du 16 Juillet 2007 et sur les RBPACP a pour but d'évaluer la connaissance, le respect des règles et des mesures au sein du laboratoire d'anatomie pathologique.

L'analyse des résultats a pour objectif de mettre en place les actions correctives dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité : rédaction de procédures, information complémentaire du personnel en collaboration avec le médecin du travail et la cellule hygiène du CHSA, application des bonnes pratiques, demande d'équipements spécifiques auprès du service biomédical...

Le principe de la Roue de Deming peut être mis en application dans le domaine de la sécurité et la gestion des risques par rapport à l'Assurance Qualité.

### **III. Méthodologie**

#### ***A. Identifier les sources de danger***

La source de danger est définie comme : « *source ou situation pouvant nuire par blessure ou atteinte à la santé, dommage à la propriété et à l'environnement du lieu de travail ou une combinaison de ces éléments* ».

Dans les laboratoires d'anatomie les sources de danger sont nombreuses : biologiques, chimiques, incendie...et les voies de contamination diverses.

Les différentes voies de contamination possibles sont :

- *Voie aérienne et conjonctivale* : par production d'aérosols lors d'opérations de débouchage, de centrifugation, d'homogénéisation, de pipetage, en portant les doigts contaminés au visage...
- *Voie orale* : par non respect des règles d'hygiène et sécurité : pipetage à la bouche, alimentation, boisson sur les lieux de travail...
- *Voie cutanée ou percutanée* : par piqûre, coupures avec bistouris ou lame de microtome, avec la verrerie ébréchée ou cassée ou lors de projections ou de contacts muqueux ou avec la peau lésée...

Sécuriser les activités, c'est parvenir à maîtriser les risques aux différentes étapes du traitement des prélèvements. Chaque secteur d'activité du laboratoire doit mettre en place sa propre démarche de prévention, en raison de sa spécialisation, son importance et du type d'échantillons analysés.

Le laboratoire d'anatomie pathologique doit identifier les risques et la prévention à chaque poste de travail.

Il va de soi que l'identification, l'évaluation et la prévention des risques sont à intégrer dans la démarche « Assurance Qualité » et en respecter les règles (Roue de Deming).

L'efficacité de la prévention sera évaluée par un inventaire périodique des risques résiduels, voire de nouveaux risques à prendre en compte lors de la mise en place de nouvelles techniques ou de l'amélioration des connaissances et les stratégies de prévention régulièrement réadaptées à l'évolution de ces données.

Les quatre étapes de la Roue de Deming appliquées au domaine de la prévention des risques deviennent alors :

1. *PLAN* : identifier, évaluer le niveau de risque, définir les mesures destinées à diminuer voire à éradiquer certains risques ;
2. *DO* : mettre en place des mesures établies ;
3. *CHECK* : vérifier l'efficacité des mesures. L'auto-évaluation effectuée au sein du laboratoire se situe dans cette étape. Elle permettra de faire un état des lieux en faisant référence à l'Arrêté du 16 Juillet 2007 et aux RBPACP ;
4. *ACT* : mettre en place des actions correctives.

Un tableau récapitulatif des divers risques rencontrés à chaque poste de travail va permettre de les identifier et de les résumer. Cette liste n'est pas exhaustive.

(Cf. Annexe III : Tableau : identification des risques au sein du laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques).

L'évaluation des risques professionnels est une démarche obligatoire depuis 1991.

Il s'agit d'identifier et de classer les risques pour mettre en place les actions de prévention. Elle a été l'objet d'adaptation avec la mise en place d'une démarche formalisée transcrite dans un «document unique» (Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001).

Ce document est tenu à disposition du Comité d'Hygiène et Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), du médecin du travail et de l'inspection du travail.

Lors de la dernière réunion du Comité Médical d'Établissement (CME), il a été demandé par la médecine du travail un contrôle de l'atmosphère au sein du laboratoire d'anatomie pathologique et de la menuiserie.

## ***B. Les principaux risques en laboratoire d'anatomie pathologique.***

### **1. Le risque biologique :**

La manipulation d'échantillons biologiques d'origine humaine est susceptible d'entraîner une exposition à des micro-organismes pouvant provoquer une infection, une allergie. Ces agents biologiques sont classés en quatre groupes de risques :

- *Risque 1* : non pathogène pour l'homme ;
- *Risque 2 à 4* : pouvoir pathogène croissant selon son potentiel de dispersion dans la population et qu'il existe ou non une prophylaxie ou une thérapeutique.

Dans le laboratoire d'anatomie du CHSA, il est essentiellement lié à la manipulation de prélèvements, provenant du cerveau, de nerf, de muscle, de l'hypophyse, de liquide céphalo-rachidien potentiellement contaminés par des agents infectieux, virus, bactéries, parasites, prions.

Les prions (Agents Transmissibles Non Conventionnels ou ATNC) ont fait l'objet de directives ministérielles lors de la Circulaire DGS du 30 Juillet 2006 «*Précautions à observer dans les services D'ACP [...] vis à vis du risque de transmission des ATC et ATNC*».

Obligation de faire les manipulations avec un maximum de précautions, de confinement, sous Poste de Sécurité Microbiologique (PSM) en fonction du matériel manipulé, fixé ou non fixé.

Au sein du laboratoire, chaque prélèvement est accompagné d'une fiche de renseignements permettant d'identifier le risque prion, en l'occurrence le risque sur la Maladie de Creutzfeldt Jacob (MCJ).

- *Risque 1* : malade sans risque ;
- *Risque 2* : malade ayant séjourné en Angleterre ou subi une intervention chirurgicale au niveau du système nerveux central avant 1995;
- *Risque 3* : malade suspecté de MCJ ;
- *Risque 4* : malade atteint de MCJ et envoyé systématiquement dans un centre autorisé à recevoir ces patients.

Plusieurs voies de contamination sont possibles et sont également valables pour le risque chimique (Cf. p 17/18).

La manipulation des échantillons biologiques au sein du laboratoire peut conduire à un accident dit AES (Accident d'Exposition au Sang). Il se définit comme un évènement survenant par contact avec du sang ou un liquide biologique, à l'occasion d'une effraction cutanée (piqûre, coupure) ou d'une projection sur muqueuse ou peau lésée.

La prévention du risque biologique repose sur :

- Un laboratoire de confinement adapté au niveau de risques (confinement L2 ou L3 avec ventilation, Arrêté du 16 Juillet 2007) ;
- L'utilisation de PSM ;
- Le port des EPI (Equipement de Protection Individuelle) ;
- Les bonnes pratiques en laboratoire.

## 2. Le risque chimique

Le laboratoire d'anatomie pathologique utilise des produits toxiques et/ou inflammables en grande quantité pour assurer son activité diagnostique.

L'inventaire des réactifs permet de constituer la liste obligatoire des produits manipulés.

L'étiquetage des réactifs et la fiche de sécurité (FDS) assurent l'identification, l'évaluation du risque, la connaissance des conditions d'utilisation, de stockage et d'élimination.

L'étiquette renseigne par :

- Une lettre permettant de classer le produit en différentes catégories : **T** (très Toxique), **O** (Comburant), **E** (Explosif)...
- Un numéro d'identification du produit : **Chemical Abstracts Service (N°CAS)** ;
- Des phrases de risque : **R** ;
- Des phrases de sécurité : **S**.

Ces dernières années, plusieurs éléments ont conduit à une réflexion active sur le risque chimique, notamment celui lié à l'utilisation du formol.

En 2002, l'obligation d'élaborer et de tenir à jour un « *document unique* » de sécurité par l'employeur afin d'évaluer les risques professionnels a permis de mettre en évidence les postes exposés aux vapeurs de formol.

En 2004, le formol est classé « cancérigène catégorie I » par le Centre International de Recherche contre le Cancer (CIRC).

En 2006, le changement du cadre réglementaire avec les publications de la circulaire du 24 mai et l'Arrêté du 13 juillet modifiant la liste des substances cancérigènes a classé le formol en catégorie 3 mais soumis aux règles de prévention de *Cancérigènes, Mutagènes ou toxiques pour la Reproduction* (CMR) de catégorie 1 et 2.

- Valeur Limite d'Exposition (VLE) : 1ppm (1,2mg/m<sup>3</sup>) ;
- Valeur Moyenne d'Exposition (VME) : 0,5ppm (0,6mg/m).

La prévention du risque chimique repose sur :

- La connaissance des propriétés du réactif par les utilisateurs ;
- Le port des EPI (gants, masque, blouse...).

### 3. Le risque incendie

Plusieurs facteurs liés à l'activité du laboratoire d'anatomie pathologique font que celui-ci est particulièrement exposé aux risques incendie et/ou explosion. Ces facteurs sont :

- installations électriques défectueuses ou inappropriées, appareillages ou matériels de laboratoire non-conformes ;
- substances inflammables (solvants, gaz, paraffine...) ;
- réactions chimiques incontrôlées comme la formation de peroxyde d'éther ;
- existence de points chauds (flammes, étuves...) ;
- produits de synthèse instables à température.

Les normes NF61901 et NF60100 classent les feux en catégories auxquelles correspondent des types d'extincteurs particuliers. *Les extincteurs à eau*, sont utilisés sur les feux dits secs, feux de matériels solides, *les extincteurs à dioxyde de carbone* (CO<sup>2</sup>), sur les feux de liquides, mais aussi sur l'électronique et le matériel informatique.

La prévention passe par :

- une connaissance des consignes de sécurité en cas d'incendie ;
- une vérification périodique des installations électriques et de gaz ;
- une lutte contre le désordre, l'imprudence, la négligence ;
- un stockage minimum de produits inflammables.

#### 4. Le risque lié aux déchets.

Selon la Loi N°75-633 du 15 Juillet est considéré comme déchet « *tout résidu d'un processus de production, de transformation ou d'utilisation, toute substance, matériau ou produit ou plus généralement tout meuble abandonné ou que son détenteur destine à l'abandon* ».

Les RBCPA (paragraphe 3-6) précise que les déchets générés par l'activité de prélèvements et par l'exécution des analyses du laboratoire d'anatomie pathologique doivent être séparés en déchets à risques et déchets assimilables à des ordures ménagères.

« *Les déchets à risques sont séparés en trois groupes :*

- *déchets à risques infectieux ;*
- *produits toxiques ou chimiques ;*
- *produits radioactifs. »*

##### 1. Les déchets d'activité à risque infectieux

Le Décret n°97-1048 du 16 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activité à risque infectieux (DASRI) et assimilés, des pièces anatomiques, fait obligation au producteur de déchets de les éliminer conformément à la réglementation, de respecter les règles de tri, d'emballage, d'étiquetage, d'entreposage et de destructions, sous peine de sanctions (principe du « pollueur –payeur »).

- Les déchets potentiellement contaminés : les prélèvements biologiques (LCR), les pièces anatomiques, les papiers contaminés, les gants, les masques... Certains d'entre eux étant piquants ou coupants, (les pipettes, les bistouris, les lames de microtome...).
- Les déchets mixtes renfermant des constituants appartenant à des familles différentes : les cônes, les effluents d'automates, les tubes, les pots, les couvercles de cassettes...

##### 2. Les déchets chimiques sont considérés comme des déchets industriels dangereux (DID).

##### 3. Les déchets assimilables à des ordures ménagères (DAOM) :

Ils regroupent les déchets de bureau, les papiers non contaminés, les cartons d'emballage, les bouteilles plastiques. Chaque catégorie ayant sa propre filière, l'élimination comporte plusieurs étapes :

- Le tri (avec par exemple, conditionnement dans des containers plastiques étanches, traitements éventuels sur place neutralisation, décontamination...)

- le transport et le traitement spécifique par une société prestataire de services liée contractuellement ;
- les bordereaux de suivi doivent être conservés pour la traçabilité des quantités éliminées et des modalités de l'élimination.

## **5. La mise en place d'actions de prévention dans le laboratoire d'anatomie pathologique**

La prévention est une démarche qui vise à maîtriser les risques, lorsque cela est possible, à les réduire et à les gérer.

Les moyens de prévention sont de deux ordres :

- La protection collective qui porte sur l'aménagement des locaux et la présence d'installations adaptées aux risques.
- La protection individuelle qui impose au personnel le port d'équipements de protection individuelle, le savoir faire ou les bonnes pratiques, la connaissances des dangers ou les risques en fonction des différentes activités, ainsi que la surveillance médicale.

La mise en place des bonnes pratiques d'hygiène et de sécurité s'inscrit dans le cadre de la démarche qualité comme l'indique clairement le GBEA (titre II, paragraphe 1.) et les RBPACP (titre 3, paragraphe 3.1 « *s'assurer que l'interdiction de fumer, manger et boire dans les locaux techniques est respectée* ». Ainsi que dans le Décret du 16 juillet 2007 l'Annexe I paragraphe 3 « *Règles d'hygiène [...] Interdiction de pipeter à la bouche et de procéder à un examen olfactif des cultures* ».

Toutefois, les textes officiels ne proposent à ce jour aux laboratoires d'anatomie pathologique, aucune démarche pratique pour les guider dans la mise en application de règles d'hygiène et de sécurité.

La réalisation du questionnaire d'auto-évaluation m'a permis d'apprécier la démarche qualité et l'intérêt qu'elle représente pour l'hygiène et la sécurité.

Le projet s'est articulé en deux points principaux :

1. L'état des lieux par le questionnaire de l'auto-évaluation pour mesurer l'écart entre l'existant et les exigences ou recommandations formulées par les textes pris en référence (Arrêté du 16 juillet 2007 et les RBPACP) ;
2. Les actions correctives.

### ***C. Les différentes étapes***

#### **1. Etat des lieux**

L'état des lieux repose sur :

- a) Un recensement de l'équipement et du matériel du laboratoire d'anatomopathologique ;
- b) Un questionnaire s'adressant aux techniciens, aux agents de service et aux secrétaires du laboratoire afin d'évaluer « les bonnes pratiques » et leurs connaissances en matière d'hygiène et de sécurité.

#### **a) Recensement du matériel et des équipements au sein du laboratoire.**

*Equipement de sécurité incendie* : alarmes visuelles, extincteurs à CO<sup>2</sup> et à eau, couvertures anti-feu, douches de sécurité...

*Equipements du laboratoire* :

- Deux tables de macroscopie à ventilation basse ;
- Trois automates de traitement des tissus : deux Tissue Tek VIP (Vacuum Infiltration Processor) et un Shandon Elxcelsior de THERMO à gestion automatique de la rotation des réactifs ;
- Deux appareils à inclusion : Tissue Tek TECS (Tissue Embedding Console Système) ;
- Une centrifugeuse à nacelles étanches ;
- Deux cryostats, quatre microtomes, un polycutt ;

- Neuf armoires ventilées pour les différentes classes de produits chimiques et les réserves des prélèvements.

*Matériel d'entretien* : chariots de ménage, machine à laver la verrerie, aspirateur.

## **b) Les réunions qualité**

La reprise des réunions qualité environ toutes les six semaines a été mise en place depuis le 15 novembre 2007, ces réunions qualité n'ayant plus eu lieu depuis deux ans. Elle a été l'occasion de faire la présentation du projet de mon mémoire « faire une auto-évaluation sur la sécurité du personnel au sein du laboratoire d'anatomie pathologique ».

L'auto-évaluation a pour but de mesurer les écarts entre l'existant et les référentiels et en aucun cas un moyen de surveiller, juger et sanctionner le personnel. Cela m'a permis d'expliquer l'intérêt de l'auto-évaluation.

### Réunion du 08 janvier :

Présentation du rôle de l'auditeur et choix des audités.

*Un auditeur* doit être intéressé par la démarche qualité. Il doit rester neutre, non directif et posséder une aptitude à recueillir les informations, sans déformer ni juger les réponses des audités. Ils seront au nombre de deux.

*Les audités.* Leur choix a été dicté par le médecin référent qualité dans le service. Douze personnes ont été retenues : les sept techniciennes, les deux agents hospitaliers et les trois secrétaires.

## **c) Réalisation du questionnaire**

Après concertation avec le tuteur *Françoise Roussille*, le médecin référent qualité *Pascale Varlet* et le cadre de santé *Dominique Mariller*, le choix de questions articulées autour de six axes : risque biologique, risque chimique, risque incendie, règles générales d'hygiène et de sécurité, risque lié aux déchets et locaux a été retenu.

En m'appuyant sur la réglementation (Arrêté du 16 juillet 2007 et RBPACP), j'ai effectué une recherche documentaire sur les différents thèmes par consultations sur Internet des sites (INRS, CRAM, INSERM, CNRS, LEGIFRANCE...) ainsi que les ouvrages cités dans la bibliographie.

Ce questionnaire se compose de soixante deux questions fermées : sept sur le risque biologique, quatorze sur le risque chimique, huit sur le risque incendie, quinze sur les règles générales d'hygiène et de sécurité, onze sur le risque lié aux déchets et sept sur les locaux.

#### Réunion de mi-février

Présentation du questionnaire et test de celui-ci par une technicienne, la compréhension des questions n'a posé aucun problème.

Explication sur le déroulement de l'auto-évaluation.

### **d) Déroulement de l'auto-évaluation**

Chaque auditeur s'est isolé avec l'audité pendant une trentaine de minutes pour répondre au questionnaire.

L'auto-évaluation s'est déroulée sur une quinzaine de jours. L'ensemble du personnel s'est montré participatif et bienveillant.

En annexe se trouvent les différentes questions par thème avec les résultats des réponses sous forme graphique en pourcentage. Chaque thème a un abrégé et chaque question un numéro. (Cf. Annexe II : Auto-évaluation Questionnaire et Résultats)

Risque biologique :	<b>RB1 à RB7</b>	Hygiène et sécurité :	<b>HYG1 à HYG15</b>
Risque chimique :	<b>RC1 à RC14</b>	Risque lié aux déchets :	<b>D1 à D11</b>
Risque incendie :	<b>RI1 à RI8</b>	Locaux :	<b>L1 à L7</b>

Quatre réponses étaient possibles, et sont représentées en couleur sur le graphique :

**OUI** en Bleu   **NON** en Rouge   **PLUS ou MOINS** en Vert   **NON AVENU** en Gris

Toutes les questions ne concernent pas directement les personnes interrogées comme celles sur le risque biologique et le risque chimique.

## IV. ANALYSE DE L'AUTO-EVALUATION

### A. *Exploitation des résultats*

Les résultats du questionnaire ont été comptabilisés et transformés en graphique sous forme de pourcentage. Des points forts et des points à améliorer sont apparus après l'analyse.

Les cinq thèmes ont été successivement étudiés par le médecin référent qualité et moi-même. Pour chaque thème, en premier, sont cités les points forts, en second les points à améliorer. Le choix de la priorité s'est décidé en fonction de l'analyse des réponses.

#### 1. Le risque biologique

##### Points forts :

- Connaissance du danger biologique lors de manipulation des échantillons ;
- Existence d'une zone de sécurité « Danger biologique » ;
- Hotte PSM de type II lors de la manipulation des LCR, des examens extemporanés sur prélèvement non fixés, contrôlée annuellement ;
- Respect du triple emballage pour le transport des échantillons.

##### Points à améliorer

- Zone de sécurité à transformer en confinement de type L2-L3 ;
- Rappel des différents sigles et pictogrammes ;
- Information sur les voies de contamination ;
- Entretien de la paillasse à chaque poste de travail en fin de tâche ;
- Ecrire une procédure avec une fiche de traçabilité.

#### 2. Le risque chimique

##### Points forts :

- Inventaire des produits chimiques utilisés ;
- Classeur des FDS de chaque produit manipulé ;
- Rangement des produits en armoire ventilée selon les règles de stockage en vigueur.

Points à améliorer :

- Acquisition d'une sorbonne pour la manipulation des produits chimiques ;
- Remettre systématiquement le symbole des produits initiaux sur les réactifs préparés ;
- Ecrire des procédures de sécurité en cas d'accident ou d'incident lors de la manipulation des produits chimiques.

### **3. Le risque incendie**

Points forts

- Bonne connaissance des consignes de sécurité lors d'un départ de feu ;
- Formation régulière, une fois tous les deux ans faite par le service sécurité du CHSA ;
- Connaissance de l'utilisation des deux types d'extincteurs.
- Points à améliorer
- Elaborer un plan d'évacuation ;
- Effectuer des exercices d'évacuation ;
- Supprimer l'arrivée de gaz non indispensable.

### **4. Les règles générales d'hygiène et de sécurité**

Points forts :

- Bonne connaissance et respect des règles de bonnes pratiques en laboratoire ;
- Existence d'une centrifugeuse à nacelle étanche ;
- Connaissance de la procédure à tenir en cas de AES.

Points à améliorer :

- Respect de l'interdiction de pipeter à la bouche ;
- Rédiger une procédure concernant l'hygiène et la sécurité ;
- Demander un entretien annuel au niveau de la centrifugeuse auprès du service biomédical ;
- Revoir les procédures et les modes opératoires écrits en donnant des directives nouvelles sur le port des EPI ;
- Ecrire des procédures sur l'entretien, le nettoyage et la vérification des différents appareils et prévoir une fiche d'enregistrement de traçabilité.

## **5. Le risque lié aux déchets**

### Points forts

- Connaissance et respect des règles de tri ;
- Implication de l'ensemble du personnel.

### Points à améliorer

- Une meilleure information sur la réglementation et sur le circuit suivi par les déchets au sein de l'hôpital.

## **6. Les locaux**

### Points forts.

- Existence d'un plan de laboratoire ;
- Distinction entre « zone propre » et « zone sale ».

### Points à améliorer

- Rappeler la différence entre les deux zones et le circuit à respecter ;
- Elaboration de procédures sur le nettoyage du matériel ;
- Création d'un planning d'entretien ;
- Traçabilité des actions de nettoyage.

### Réunion du 21 mars 2008

Cette réunion qualité a permis de restituer les résultats de l'auto-évaluation et de remercier le personnel du laboratoire pour son implication et sa participation constructive. Les points forts ont été soulignés, les axes d'amélioration ont été définis avec l'ensemble du personnel.

Une liste a été établie avec des thèmes prioritaires. Le risque biologique, le risque chimique et l'hygiène et sécurité.

## **B. Plan d'action**

### **1. Les actions correctives ayant abouties :**

- 1) Rappel de l'interdiction de pipeter à la bouche et du risque encouru, depuis les résultats de l'auto-évaluation du 21 mars 2008, plus aucune personne ne déroge à cette interdiction.
- 2) Arrêter et supprimer l'arrivée de gaz en salle d'inclusion. Après multiples démarches et insistance auprès des services techniques, ce problème est résolu: plus de gaz dans la salle d'inclusion depuis début juin 2008. Une plaque électrique doit être commandée pour le chauffage des préparations des produits chimiques, si nécessaire.
- 3) Le report des symboles des produits chimiques entrant dans la composition de réactifs se fait systématiquement lors de leur préparation par la technicienne. Cette décision a été prise et est effective depuis la restitution des résultats le 21 mars 2008.
- 4) Ecrire une procédure sur l'hygiène et une sur la sécurité. Ces deux procédures ont été écrites en juin 2008 mais ne sont pas encore validées par la cellule qualité du CHSA (Cf. Annexes IV « Procédure Générale de Sécurité » et V « Procédure Générale d'Hygiène »).
- 5) La nécessité d'acquérir des rinces-œil est apparue. La commande de cinq rinces-œil a été faite en juin 2008, un par pièce technique. Une recherche a donc été effectuée ainsi qu'une comparaison : rapidité d'acquisition, facilité de mise en place et coût.
- 6) Mise en place de la solution « *Gel Hydro-Alcoolique* » pour le lavage des mains avec l'intervention du cadre de la cellule d'hygiène en mai 2008.
- 7) Acquisition de chaussures de travail, en se rapportant au le texte de l'Arrêté du 16 juillet 2007 « [...] *Port de vêtement de protection et de chaussures différents de vêtements de ville et réservés aux salles dédiées aux activités techniques* ». La commande a été réalisée en mai 2008, le choix de sabots identiques pour l'ensemble du personnel avec couleur personnalisée a été retenue. Dès réception, le port des chaussures de travail a été effectif du chef de service à l'agent hospitalier.

## 2. Les actions correctives en cours :

- 1) Réitérer la demande d'achat d'une sorbonne lors du plan d'équipement du laboratoire au service biomédical en s'appuyant sur le texte de l'Arrêté du 16 juillet 2007 « [...] *Présence d'un système de captage des vapeurs de produits chimiques dangereux (sorbonne...) muni de filtres efficaces avant rejet à l'extérieur* ». Cette demande existe au niveau du plan d'équipement depuis 2005. S'il le faut, l'appui du médecin du travail sera sollicité.
- 2) La cellule d'hygiène doit venir faire une information sur le nettoyage des paillasses, l'utilisation des gants, l'entretien des locaux. Ces trois présentations sont programmées à partir du mois d'octobre 2008.
- 3) Les procédures sur l'entretien des locaux et le planning, le nettoyage des paillasses et les fiches de traçabilité correspondantes seront programmées après son intervention.
- 4) Une demande de ventilation mécanique adaptée des pièces techniques a été réclamée pour une mise en conformité avec l'Arrêté du 16 juillet 2007, Annexe I « [...] *5.Ventilation des salles dédiées aux activités techniques assurée par un dispositif de ventilation mécanique, conformément à l'article R232-5-6 du code du travail* », auprès du service biomédical responsable de l'achat de matériel et des travaux. Lors de la parution de la version consolidée du 28 mars 2008 de ce même arrêté, une version a été envoyée surlignée au cadre du laboratoire par le directeur technique.
- 5) Certaines de ces mesures sont dépendantes de la « Direction des Systèmes d'Informations et des Plateaux Techniques » et de la « Direction de l'Ingénierie des Travaux et du Patrimoine » du CHSA. Elles nécessitent l'accord des différentes instances d'un centre hospitalier.

En avril et mai 2008, le médecin du travail a fait un exposé sur les produits chimiques, la connaissance des FDS, l'interprétation des symboles sur les étiquettes et la signification des sigles rencontrés au laboratoire, dans le cadre de la prévention et de la gestion des risques.

## **CONCLUSION**

Cette année de formation m'a donné la possibilité d'acquérir un certain nombre de connaissances sur la Démarche de l'« Assurance Qualité », connaissances théoriques comme les termes, les grands principes, la gestion de la réglementation...

Elle m'a également aidé à gérer et analyser le système documentaire. Le thème abordé fut l'hygiène, la sécurité et la prévention des risques en rapport avec le sujet de mémoire.

La réalisation du mémoire m'a permis d'animer des réunions qualité avec l'aide du médecin référent Qualité.

Les actions menées en matière d'hygiène et sécurité, intégrées à la démarche de l'assurance de qualité, ont conduit à sensibiliser et à informer l'ensemble du personnel sur les risques générés dans un laboratoire, risques souvent sous estimés ou ignorés par négligence ou par routine.

L'auto-évaluation a montré l'existence de points forts et de points à améliorer dans le domaine de la sécurité du personnel au sein du laboratoire.

Suite à l'interprétation des résultats, des actions correctives ont été envisagées, certaines ont été finalisés, d'autres sont en cours de réalisations et d'autres encore ne sont qu'ébauchées ou soulevées car le laboratoire n'est pas le seul intervenant pour agir.

Un des points prioritaires à améliorer est la traçabilité, en effet la nécessité de suivre les actes exécutés dans le laboratoire est devenu une évidence pour attester du respect des règles « des bonnes pratiques ».

Un point positif est le travail effectué en collaboration avec la cellule hygiène et le médecin du travail dans le domaine de la prévention des risques. Cette collaboration a bien commencé, elle ne s'arrêtera pas avec la fin du mémoire, les différents acteurs voulant la continuer avec des projets déjà programmés, pour le dernier trimestre 2008.

- L'auto-évaluation faite sur la sécurité du personnel a montré l'importance de la prévention et a participé à la sensibilisation non seulement des personnels du laboratoire mais aussi des cadres et responsables administratifs.

L'analyse des résultats leur a permis de réaliser que la protection du personnel, de l'environnement des manipulations participaient à la démarche de « l'Assurance Qualité ».

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages

- Lecllet H. et Vilcot C La qualité en santé. 150 questions pour agir. AFNOR 1999.  
Lecllet H. et Vilcot C. Construire le système qualité d'un établissement de santé. AFNOR.  
Vilcot C. et Lecllet H. Indicateurs qualité en santé. AFNOR.  
Durieux P. Guide des principaux termes, Evaluation, Qualité, Sécurité. Médecine-Sciences. Flammarion.  
Vandeville P. et Gambier C. Conduire un audit qualité. Méthodologie et techniques. AFNOR 1999.  
Huchet A. La démarche qualité dans un laboratoire .Mise en place du GBEA. Doin.1998.

### Articles

- « Prévention des risques infectieux dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale. » Hygiènes. Volume XV -N°6. Décembre 2007.
- Thiveaud D. « Comment prévenir le risque prion. » Le cahier d'hygiène. N°89 Mars-avril, 2008.
- Touche S. Leprince A. Abiteboul D. « Maîtrise des risques infectieux en laboratoires de microbiologie. » Hygiènes, volume X, n°2, pp118-131, 2002.
- « Hygiène et sécurité au laboratoire : exemples d'actions menées dans le cadre d'une démarche d'assurance qualité. » Annales de biologie clinique. Volume 57, numéro 5, 619-26, Septembre-octobre 1999. Culture-Qualité.
- Mathieu V. Taar J.P. Zerah S. Vassault A. « Laboratoires : risques pour le personnel et son environnement. » Biotribune. Novembre 2004 N°12.
- Triolet J. Petit J.M. Gautret de la Moricière G. Le Quang X Protois.J.C. « Le stockage des produits chimiques au laboratoire. » Gazetelabo. n°43 Décembre 1999.
- Falcy M. « Evaluation des dangers des produits chimiques : l'exemple de l'aldéhyde formique » INRS.
- Chabert O. « Prévention des risques professionnels liés à l'exposition au formol. » Groupe hospitalier HEGP-Broussais (AP-HP Paris).
- Blanchier L. Potiron M. « Les déchets hospitaliers » (CHU de Poitiers).
- Contesso G. Nezelof C. Guinebretière J.M. « Anatomie et cytologie pathologiques en cancérologie : hier, aujourd'hui et demain. » Bulletin du cancer. Volume 87, Numéro 1,41-7, janvier 2000, Synthèses.
- « Gestion des effluents à risques. » OptionBio. Lundi10 mars 2008, n°396.

### Documents sur Internet

- Centre Hospitalier du pays d'Aix. Procédure d'assurance qualité : la prévention des risques. Service d'Anatomie et de cytologie pathologiques. Décembre 2007.  
Base documentaire Ledamed. Fiche 2A : Hygiène et sécurité. Décembre 2007.  
Conseil régional Languedoc Roussillon. Santé et sécurité : Risque chimique. juin 2008  
Inserm. La prévention à l'Inserm. Septembre 2002.

### Documents consultés

- Conception des laboratoires d'analyses biologiques. ED 999. Institut National de Recherche et de Sécurité. (IRNS) 2007
- David C. « Déchets infectieux, Elimination des DASRI et assimilés. Prévention et réglementation. » ED 918. IRNS 2006.
- « Manipulation dans les laboratoires de chimie. Risque et prévention. » ED 953. INRS 2005.
- « Le stockage des produits chimiques au laboratoire. » ND2105. INRS, 1999.
- « Les agents biologiques. » ED117. INRS 2004.
- « Gants de protection pour les métiers de la santé. » ED118. INRS 2004.
- « Des gants contre les risques chimiques. » ED112. INRS 2003.
- « Les équipements de protection individuelle des yeux et du visage. » ED798. INRS 1999.
- « Appareils de protection respiratoire et métiers de la santé. » ED105. INRS 2003.
- « Hygiène et sécurité au CNRS. » Secrétariat général. Inspection générale d'hygiène et de sécurité. Octobre 2001
- « La fiche de données de sécurité. » ED954. INRS 2005.

## **ANNEXES**

**ANNEXE I : Plan de situation du Centre Hospitalier Saint-Anne**



- > Centre Raymond Garcin > 2bis, rue d'Alésia > IRM  
 > EchoDoppler TSA  
 > Radiologie  
 > Consultations Cardiologie
- > EEG neuro-physio > 2bis, rue d'Alésia
- > Laboratoire Central > rue Vincent Van Gogh
- > Pharmacie > rue M. Ravel
- > CPOA / Urgences psychiatriques > allée P. Verlaïne
- > SHU > 7, rue Cabanis
- > CMME > 100, rue de la Santé
- > Addictologie > entrée angle rue Broussais-rue d'Alésia, pavillon Pierre Janet
- > Admission, Caisse, Direction des finances > allée Paul Verlaïne
- > Centre de vie > allée Paul Verlaïne  
 - Cafétéria, Relais H, Coiffure, Esthétique, Maison des usagers, Bibliothèque pour tous
- > Garages > allée Paul Verlaïne  
 - Transports ambulanciers, transports logistiques
- > Amphithéâtres  
 Amphith. Raymond Garcin : Centre R. Garcin, sous-sol - 2bis, rue d'Alésia  
 Amphith. CMME : CMME - 100, rue de la Santé  
 Amphith. Morel : pavillon Morel - allée Paul Verlaïne  
 Amphith. Deniker : SHU - 7, rue Cabanis

- Accès :**
- > RER B > station Denfert-Rochereau
  - > M°6 > station Glacière
  - > Bus > 88, 62 > rue René Coty  
 > 62, 21 > rue de la Glacière - rue de Tolbiac  
 > 21 > rue Daviel ou rue de la Glacière / boulevard Auguste Blanqui  
 > 216, 38, 68, 88 > place Denfert-Rochereau
- Accueil :**
- > 1, rue Cabanis > entrée principale piétons
  - > 17, rue Broussais > entrée principale véhicules, Poste de sécurité
- Autres entrées :**
- > 2bis, rue d'Alésia > Centre Raymond Garcin
  - > 100, rue de la Santé > entrée CMME
  - > 23, rue Broussais > entrée Consultation Addictologie (Pav. Pierre Janet)

Photos aériennes : P. Mouchel - 10/2007. Plan sur site : Institut pour le travail et l'éducation.

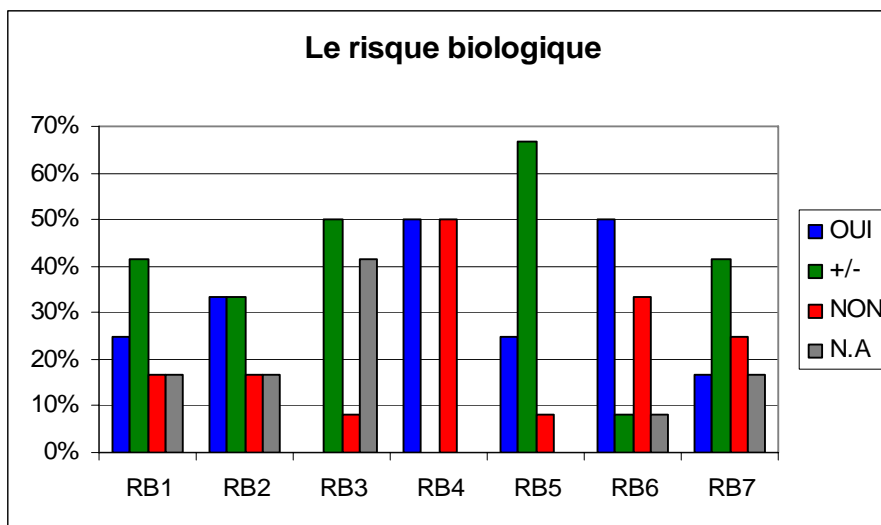
## ANNEXE II : Auto Evaluation Questionnaire et Résultats

### LE RISQUE BIOLOGIQUE

Réf.	N°	Questions	Oui	+/-	Non	NA	Référentiel
RB	1	Si vous manipulez des agents pathogènes nécessitant des zones de sécurité, avez-vous mis en place ces zones ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
RB	2	Les conditions de conservation des échantillons sont-elles conformes aux règles de bonne sécurité et d'hygiène ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
RB	3	La manipulation de produits biologiques se fait-elle sous poste de sécurité microbiologique (PSM) certifié NF ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
RB	4	Connaissez-vous le symbole du danger biologique ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
RB	5	Pouvez-vous citer les principales voies de contamination (orale, aérienne, conjonctivale, cutanée et percutanée) ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
RB	6	Le contenu destiné à recevoir l'échantillon biologique (tube, pot) vous semble-t-il conçu pour éviter tout risque de contamination ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
RB	7	Nettoyez-vous la paillasse en fin de technique ?					RBPACP

RBPACP : Recommandations de Bonnes Pratiques en Anatomie et Cytologie Pathologiques  
 NA : non avvenu

CODES	OUI	+/-	NON	N.A
RB1	25%	42%	17%	17%
RB2	33%	33%	17%	17%
RB3	0%	50%	8%	42%
RB4	50%	0%	50%	0%
RB5	25%	67%	8%	0%
RB6	50%	8%	33%	8%
RB7	17%	42%	25%	17%



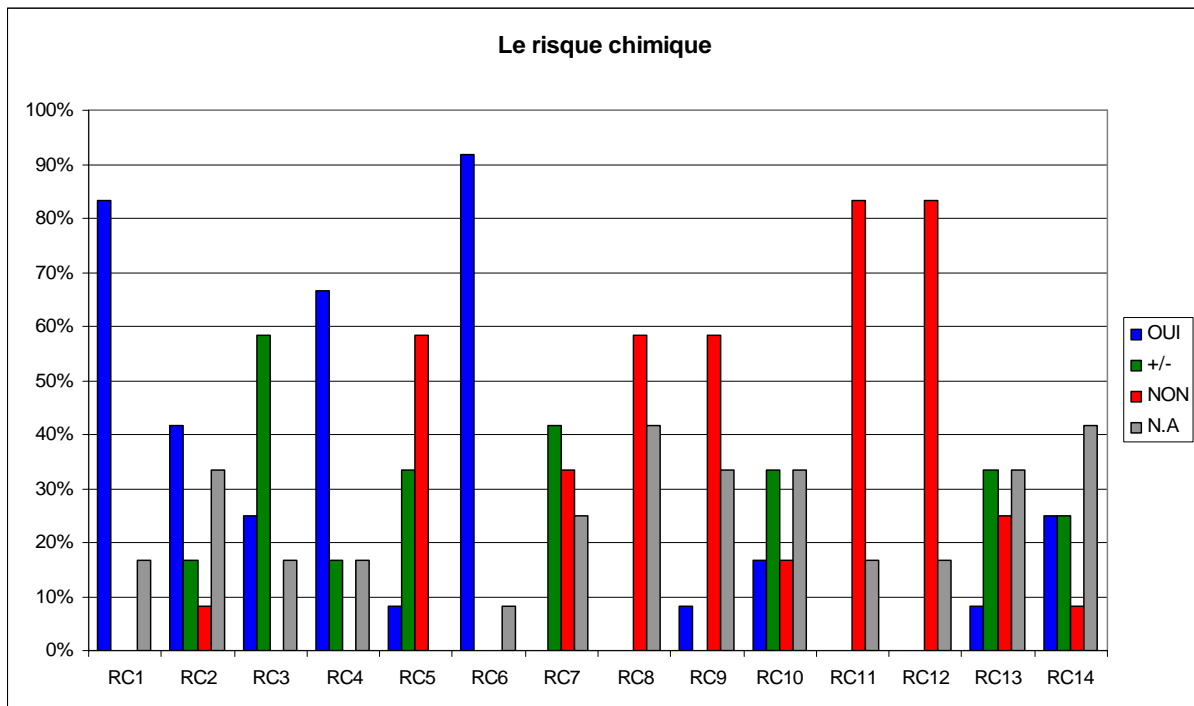
## LE RISQUE CHIMIQUE (1)

Réf.	N°	Questions	Oui	+/-	Non	NA	Référentiel
RC	1	Existe-t-il une liste des produits chimiques utilisés au laboratoire ?					RBPACP
RC	2	Les fiches de données de sécurité (FDS) de chacun de ces produits sont-elles disponibles ?					RBPACP
RC	3	Le personnel connaît-il la signification des symboles d'étiquetage des produits chimiques ?					RBPACP
RC	4	Les indications de danger sont-elles indiquées sur les produits chimiques ?					RBPACP
RC	5	Le personnel a-t-il été informé et formé sur les différents risques des produits dangereux ?					RBPACP
RC	6	Le laboratoire possède-t-il des armoires de sécurité pour les produits toxiques et inflammables ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
RC	7	Si les produits chimiques utilisés dégagent des vapeurs, des poussières ou des fumées avez-vous mis en place des extractions ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
RC	8	La manipulation des produits chimiques dangereux se pratique t-elle sous sorbonne conforme à la norme ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
RC	9	Si vous possédez des hottes ou des sorbonnes, font-elles l'objet d'entretien annuel ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
RC	10	Quand les produits toxiques entrent dans la composition de réactifs, ceux-ci portent-ils le symbole correspondant aux risques ?					RBPACP
RC	11	Existe-t-il des protocoles écrits de la conduite à tenir en cas d'accident impliquant les produits utilisés ? (projection d'acide ou inhalation massive de toxiques)					RBPACP
RC	12	Existe-t-il des protocoles écrits de la conduite à tenir en cas d'accident impliquant les produits les plus utilisés (formol, toluène, produit explosif et inflammable) ?					RBPACP
RC	13	Elimine-t-on systématiquement tout réactif périmé ?					RBPACP
RC	14	Lors du stockage des inflammables, respectent-on la quantité et les conditions réglementaires de conservation ?					RBPACP

RBPACP : Recommandations de Bonnes Pratiques en Anatomie et Cytologie Pathologiques  
 NA : non avenu

## LE RISQUE CHIMIQUE (2)

CODES	OUI	+/-	NON	N.A
RC1	83%	0%	0%	17%
RC2	42%	17%	8%	33%
RC3	25%	58%	0%	17%
RC4	67%	17%	0%	17%
RC5	8%	33%	58%	0%
RC6	92%	0%	0%	8%
RC7	0%	42%	33%	25%
RC8	0%	0%	58%	42%
RC9	8%	0%	58%	33%
RC10	17%	33%	17%	33%
RC11	0%	0%	83%	17%
RC12	0%	0%	83%	17%
RC13	8%	33%	25%	33%
RC14	25%	25%	8%	42%

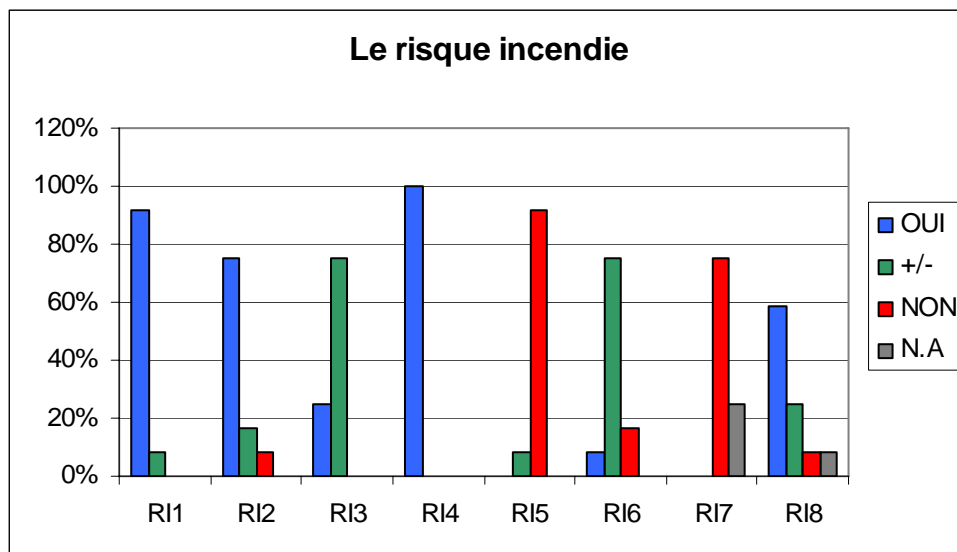


### LE RISQUE INCENDIE

Réf.	N°	Questions	Oui	+/-	Non	NA	Référentiel
RI	1	Le personnel est-il formé aux risques incendie ?					Code travail R232/12 / 2 à 7
RI	2	Le matériel de lutte contre l'incendie est-il adapté, suffisant, facilement accessible et vérifié ?					Code travail R232/12 / 17 à 22
RI	3	Connaissez-vous la conduite à tenir en cas d'incendie ?					Code travail R232/12 / 2 à 7
RI	4	Y a-t-il des sources d'inflammation d'origine électrique, mécanique, thermique, chimique ?					Code travail R232/12 / 2 à 7
RI	5	Le plan d'évacuation est-il défini, testé et affiché ?					Code travail R232/12 / 2 à 7
RI	6	Connaissez-vous la différence d'utilisation entre un extincteur à CO2 et un extincteur à eau pulvérisée ?					Code travail R232/12 / 17 à 22
RI	7	Les installations de gaz sont-elles vérifiées ?					Arrêté 1988 - 12-20
RI	8	Les installations électriques sont-elles régulièrement vérifiées ?					Arrêté 1988 - 12-20

RBPACP : Recommandations de Bonnes Pratiques en Anatomie et Cytologie Pathologiques  
 NA : non avenu

CODES	OUI	+/-	NON	N.A
R11	92%	8%	0%	0%
R12	75%	17%	8%	0%
R13	25%	75%	0%	0%
R14	100%	0%	0%	0%
R15	0%	8%	92%	0%
R16	8%	75%	17%	0%
R17	0%	0%	75%	25%
R18	58%	25%	8%	8%



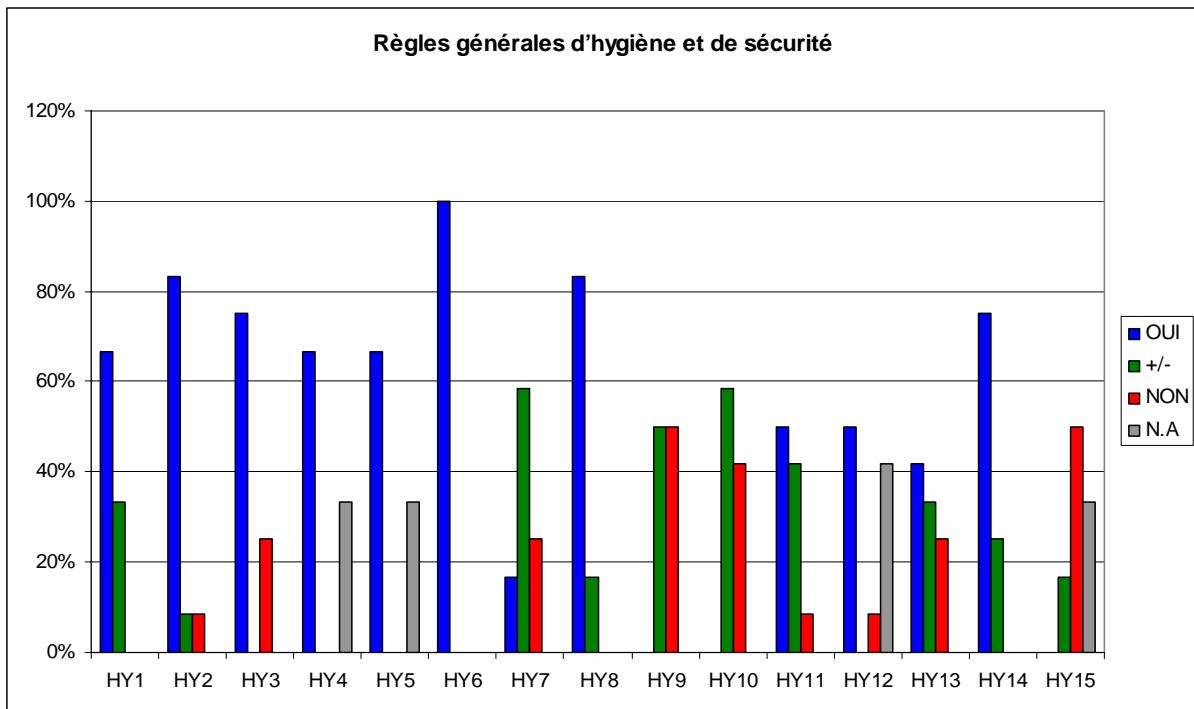
## REGLES GENERALES D'HYGIENE ET DE SECURITE (1)

Réf.	N°	Questions	Oui	+/-	Non	NA	Référentiel
HY	1	Existe-t-il des documents concernant l'hygiène et la sécurité du personnel ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
HY	2	Existe-t-il une procédure concernant les actions à tenir en cas d'accident d'exposition au sang (AES) ?					RBPACP
HY	3	La conduite à tenir en cas d'AES fait-elle l'objet d'un affichage ?					RBPACP
HY	4	Les centrifugeuses possèdent-elles des nacelles étanches ?					Arrêté du 16/07/07
HY	5	Les centrifugeuses font-elles l'objet d'un entretien annuel ?					Arrêté du 16/07/07
HY	6	Au laboratoire, le port des blouses est-il obligatoire pour le personnel technique ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
HY	7	Au laboratoire, le port des blouses est-il obligatoire pour le reste du personnel et les intervenants extérieurs ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
HY	8	Le personnel est-il doté en équipement de protection individuelle (EPI) ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
HY	9	Des procédures concernant l'utilisation des gants, gants anti coupures, masques, lunettes de protection, surblouses sont-elles rédigées ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
HY	10	Les consignes de sécurité des postes de travail précisent-elles le port des EPI ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
HY	11	Le changement de blouse aussi souvent que nécessaire est-il effectué ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
HY	12	L'interdiction de pipeter à la bouche est-elle respectée ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
HY	13	L'interdiction de boire, manger dans les locaux techniques et en dehors de la salle de repos est-elle respectée ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
HY	14	Le lavage des mains est-il systématique après toute manipulation technique ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
HY	15	Les appareils sont-ils régulièrement et efficacement inspectés, nettoyés et vérifiés selon une procédure ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07

RBPACP : Recommandations de Bonnes Pratiques en Anatomie et Cytologie Pathologiques  
NA : non avenu

## REGLES GENERALES D'HYGIENE ET DE SECURITE (2)

<b>CODES</b>	<b>OUI</b>	<b>+/-</b>	<b>NON</b>	<b>N.A</b>
HY1	67%	33%	0%	0%
HY2	83%	8%	8%	0%
HY3	75%	0%	25%	0%
HY4	67%	0%	0%	33%
HY5	67%	0%	0%	33%
HY6	100%	0%	0%	0%
HY7	17%	58%	25%	0%
HY8	83%	17%	0%	0%
HY9	0%	50%	50%	0%
HY10	0%	58%	42%	0%
HY11	50%	42%	8%	0%
HY12	50%	0%	8%	42%
HY13	42%	33%	25%	0%
HY14	75%	25%	0%	0%
HY15	0%	17%	50%	33%



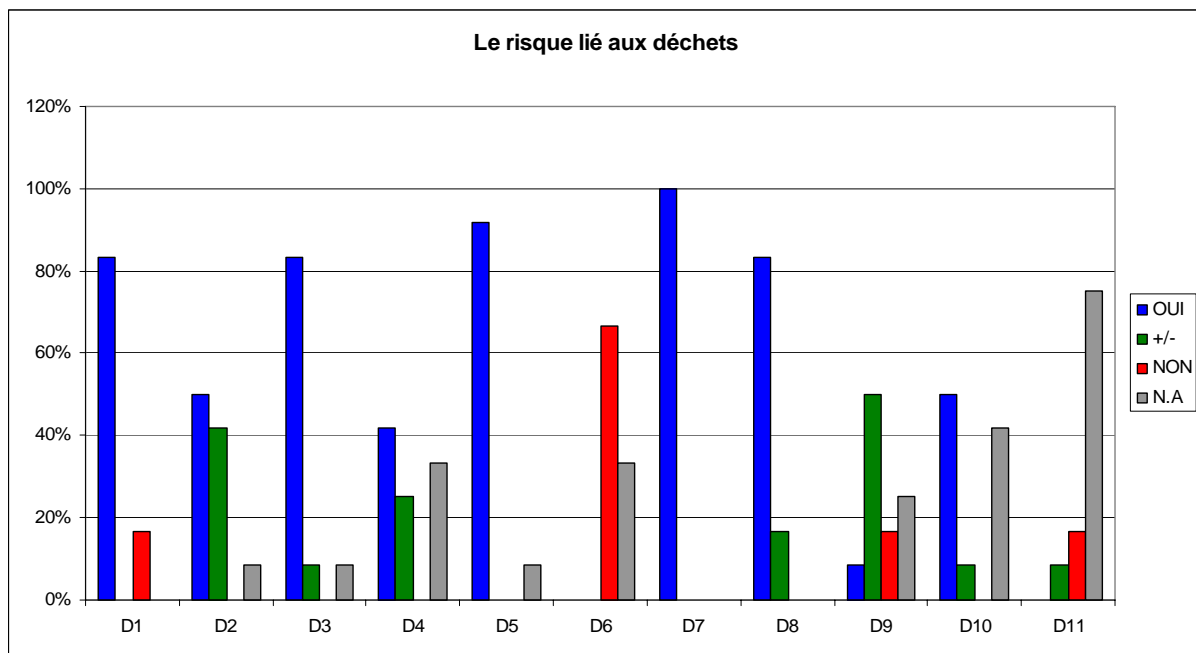
### LE RISQUE LIE AUX DECHETS (1)

<b>Réf.</b>	<b>N°</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>+/-</b>	<b>Non</b>	<b>NA</b>	<b>Référentiel</b>
D	1	Existe-t-il une procédure de tri et d'élimination des déchets ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
D	2	Toutes les précautions sont-elles prises pour éviter la contamination lors de la manipulation, la conservation et l'élimination des déchets ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
D	3	Tout matériel issu du patient est-il considéré comme potentiellement infectieux ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
D	4	L'élimination des déchets est-elle conforme à la réglementation en rigueur ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
D	5	Les prélèvements, aiguilles, matériaux coupants et dispositifs souillés sont-ils disposés dans des containers spéciaux pour être traités comme des déchets infectieux ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
D	6	Le laboratoire dispose t-il de procédure de neutralisation et/ou de décontamination des effluents d'automate ?					RBPACP
D	7	Les déchets sont-ils séparés en déchets à risque et déchets professionnels assimilables à des ordures ménagères ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
D	8	Les déchets à risque sont-ils séparés en déchets potentiellement contaminés, déchets anatomiques, déchets piquants ou coupants ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
D	9	Les déchets à risque sont-ils séparés en produits toxiques et chimiques ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
D	10	Pour chacun de ces groupes de déchets, une filière d'élimination a-t-elle été mise en place avec des procédures de conditionnement, de stockage, de transport et de traitement spécifique ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
D	11	Les bordereaux de suivi sont-ils conservés pour justifier des quantités de déchets traités ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07

RBPACP : Recommandations de Bonnes Pratiques en Anatomie et Cytologie Pathologiques  
NA : non avenu

## LE RISQUE LIE AUX DECHETS (2)

CODES	OUI	+/-	NON	N.A
D1	83%	0%	17%	0%
D2	50%	42%	0%	8%
D3	83%	8%	0%	8%
D4	42%	25%	0%	33%
D5	92%	0%	0%	8%
D6	0%	0%	67%	33%
D7	100%	0%	0%	0%
D8	83%	17%	0%	0%
D9	8%	50%	17%	25%
D10	50%	8%	0%	42%
D11	0%	8%	17%	75%

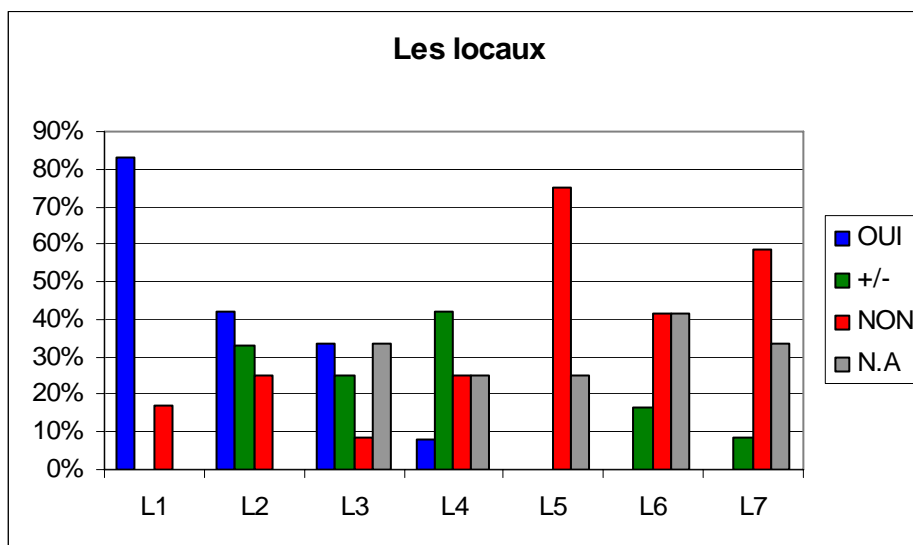


## LOCAUX

Réf.	N°	Questions	Oui	+/-	Non	NA	Référentiel
L	1	Existe-t-il un plan du laboratoire ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
L	2	Connaissez-vous les zones « propres » et les zones « sales » du laboratoire ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
L	3	Existe-t-il des documents de nettoyage des locaux précisant les produits utilisés et leur mode d'emploi ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
L	4	Existe-t-il une procédure concernant le nettoyage du matériel ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
L	5	Existe-t-il un planning d'entretien ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
L	6	La durée d'action des désinfectants et décontaminants est-elle précisée dans des procédures concernant l'entretien ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07
L	7	Avez-vous un document pour enregistrer la traçabilité des actions de nettoyage ?					RBPACP – Arrêté 16/07/07

RBPACP : Recommandations de Bonnes Pratiques en Anatomie et Cytologie Pathologiques  
 NA : non avenu

CODES	OUI	+/-	NON	N.A
L1	83%	0%	17%	0%
L2	42%	33%	25%	0%
L3	33%	25%	8%	33%
L4	8%	42%	25%	25%
L5	0%	0%	75%	25%
L6	0%	17%	42%	42%
L7	0%	8%	58%	33%



**ANNEXE III : TABLEAU : IDENTIFICATION DES RISQUES  
 AU SEIN DU LABORATOIRE D'ANATOMIE ET  
 CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES**

ACTIVITES	RISQUES	MESURES DE PREVENTION EXISTANTES	MESURES DE PREVENTION A ENVISAGER
<b>Réception</b> des prélèvements <b>non fixés</b>	<b>Biologiques</b> VIH, VHB, VHC, MCJ...	Port de blouse, port de gants, Transport des échantillons : dans triple emballage, flacon hermétique Lavage des mains après toute manipulations	Ventilation mécanique adaptée du laboratoire (Arrêté du 16 juillet 2007).
<b>Réception</b> des prélèvements <b>fixés</b>	<b>Chimiques :</b> Formol  <b>Biologiques :</b> VIH, VHB, VHC, MCJ...	Port de blouse, port de gants, Transport des échantillons : dans triple emballage, flacon hermétique	Ventilation mécanique adaptée du laboratoire (Arrêté du 16 juillet 2007). Balisage des produits CMR.
<b>Enregistrement</b> des prélèvements	<b>Chimiques :</b> Formol  <b>Biologiques</b> VIH, VHB, VHC, MCJ...	Port de blouse, port de gants Lavage des mains après toute manipulations Espace spécifique, Film plastique sur clavier ordinateur	Ventilation mécanique adaptée du laboratoire (Arrêté du 16 juillet 2007).
<b>Macroscopie</b> des prélèvements <b>non fixés</b>	<b>Biologiques :</b> VIH, VHB, VHC, MCJ...  coupure	Port de blouse, Port de gants, Sous hotte PSM au bloc opératoire, sur table macroscopie ventilation basse au laboratoire, Bistouris à usage unique, Nettoyage de la table et paillasse en fin de technique*, Protocole AES*	Confinement de type L2 Ventilation mécanique adaptée du laboratoire (Arrêté du 16 juillet 2007).
<b>Macroscopie</b> des prélèvements <b>fixés</b>	<b>Chimiques :</b> Formol, A.Formique, Réactif décalcifiant <b>Biologiques</b> VIH, VHB, VHC, MCJ...  coupure	Port de blouse, port de gants, Sur table macroscopie ventilation basse au laboratoire, Bistouris à usage unique, Nettoyage de la table et paillasse en fin de technique*, Protocole AES*,	Confinement de type L2 Ventilation mécanique adaptée du laboratoire (Arrêté du 16 juillet 2007). Balisage des produits CMR.


<b>Réserves</b> des prélèvements <b>fixés</b>	<b>Chimiques :</b> Formol, A. Formique,	Stockage dans armoire ventilée	Ventilation adaptée du laboratoire (Arrêté du 16 juillet 2007) Balisage produit CMR.
<b>Elimination</b> des déchets	<b>Biologiques :</b> VIH, VHB, VHC, MCJ... coupure <b>Chimiques :</b> Formol, A. Formique Blessure	Selon réglementation Filière DASRI* Filière produite chimique * Protocole AES*	Boite NF Bordereau BSDD Balisage des produits CMR.
<b>Cytologie</b> LCR, Liquide de kyste, ascite, urines...	<b>Biologiques :</b> VIH, VHB, VHC, MCJ...	Zone signalée par pictogramme, Port de surblouse, Masque à visière, gants, Manipulation sous hotte PSM*	Confinement de type L2 Ventilation adaptée du laboratoire (Arrêté du 16 juillet 2007).
<b>Centrifugation</b> des liquides	<b>Biologiques :</b> VIH, VHB, VHC, MCJ...	Utilisation de centrifugeuse à nacelles étanches Nettoyage régulier de la centrifugeuse*	Confinement de type L2 Ventilation mécanique adaptée du laboratoire (Arrêté du 16 juillet 2007). Maintenance et contrôle annuel de la centrifugeuse.
<b>Coloration</b> des liquides et <b>Montage</b> des lames	<b>Chimiques ;</b> Réactifs May Grunvald Giemsa Merkoglass	Manipulation sous hotte PSM Port de gants, de surblouse, Masque à visière.	Confinement de type L2 Ventilation mécanique adaptée du laboratoire (Arrêté du 16 juillet 2007).
<b>Lecture</b> des lames de cytologie	<b>Biologiques :</b> VIH, VHB, VHC, MCJ...	Microscope spécifique Lecture des lames sur place	
<b>Rangement</b> des lames MCJ1, MCJ2	<b>Biologiques :</b> MCJ...	Stockage des lames après passage à l'eau de javel* dans les tiroirs spéciaux	
<b>Rangement</b> des lames MCJ 3	<b>Biologiques :</b> MCJ...	Stockage des lames après passage à l'eau de javel* dans un meuble spécifique MCJ* Identification des lames par la couleur orange*	

<b>Lames de réserves non fixées</b>	<b>Biologiques :</b> VIH, VHB, VHC, MCJ...	Elimination selon la filière DASRI dès la lecture effectuée	
<b>Inclusion :</b> Prélèvements pièces opératoires	<b>Chimiques :</b> Toluène, solvants, paraffine	VIP : Appareil avec filtre à charbon, maintenance annuelle, stockage minimum des produits chimiques dans armoire ventilée Port de gants Lavage des mains en fin de manipulation	Achat d'un automate fermé de type Excelsior Climatisation Maintenance et centrale des appareils
<b>Inclusion :</b> Prélèvements de faetoneuropathologie	<b>Chimiques :</b> Toluène, solvants, paraffine Pièce sans ouverture	Excelsior Appareil fermé Effectuant une rotation automatique des produits, maintenance annuelle	Ventilation mécanique adaptée du laboratoire (Arrêté du 16 juillet 2007). Climatisation Maintenance et centrale des appareils
<b>Déchets anatomiques et chimiques</b>	<b>Biologiques Chimiques</b>	Elimination selon les filières réglementaires*	
<b>Coupe</b> Microtome tissu inclus en paraffine	<b>Biologiques :</b> MCJ...	Port de gants, Utilisation de lames à usage unique, Blocage manivelle du microtome, Lavage des mains en fin de technique Protocole AES*, Entretien des bains maries*	Ventilation mécanique adaptée du laboratoire (Arrêté du 16 juillet 2007).
<b>Coloration</b> des lames « Coloration standard »	<b>Chimiques :</b> A chlorhydrique, Toluène Hémalun, Phloxine	Port de Gants, Lunettes, Blouse Manipulation sur paillasse ventilée à aspiration basse, Lavage des mains en fin de technique.	Sorbonne Ventilation mécanique adaptée du laboratoire (Arrêté du 16 juillet 2007). Automate à coloration. Automate à montage de lamelles. Balisage des produits CMR
<b>Coloration</b> des lames « Coloration spéciales »	<b>Chimiques :</b> Toluène, Ether, Acétone, Schiff, Nitrate argent, A périodique, A chromique, A acétique, Rouge congo, Rouge nucléaire, Luxol, Bleu alcian, Permanganate de potassium...	Port de blouse, Gants, Lunettes Manipulation sur paillasse ventilée à aspiration basse, Liste des produits chimiques, FDS pour la plupart des produits, Stockage des produits selon l'étiquetage, Lavage des mains en fin de technique.	Sorbonne Ventilation mécanique adaptée du laboratoire (Arrêté du 16 juillet 2007). Automate à coloration. Automate à montage de lamelles Balisage des produits CMR.

<b>Pesée des produits</b>	<b>Chimiques :</b> Nitrate argent, A périodique, A chromique, Rouge congo, Rouge nucléaire, Bleu alcian, Permanganate de potassium Sulfate de zinc...	Port de masque, Lunettes, Gants Liste des produits chimiques, FDS pour la plupart des produits, Stockage des produits selon l'étiquetage, Lavage des mains en fin de technique	Ventilation adaptée du laboratoire (Arrêté du 16 juillet 2007). Achat de produits pré pesés ou préparés. Balisage des produits CMR Maintenance et centrale des appareils
<b>Elimination des déchets chimiques</b>	<b>Chimiques</b>	Tri selon la réglementation et procédures*	Balisage des produits CMR.
<b>Immunologie</b>	<b>Biologiques</b> VHB; VIH, VHC, MCJ... <b>Chimiques :</b> Toluène, DAB, Anti Corps d'immunologie, Produits chimiques automate Ventana...	Port de blouse, Gants, Lunettes Manipulation sur paillasse ventilée à aspiration basse, Liste des produits chimiques, FDS pour la plupart des produits Stockage des produits selon l'étiquetage Automate Ventana, Lavage des mains en fin de technique Elimination spécifique de la DAB	Ventilation adaptée du laboratoire (Arrêté du 16 juillet 2007). Achat de produits pré pesés ou préparés Automate à montage de lamelles. Balisage des produits CMR Maintenance et centrale des appareils
<b>Toute technique</b>	Incendie	Extincteurs à eau et CO <sup>2</sup> , Douche, Couverture anti-feu, Protocole incendie affiché*, sortie de secours signalée, Formation du personnel sécurité incendie.	Plan d'évacuation à écrire.

\* Protocoles écrits pour chaque processus.

**ANNEXE IV : Procédures Générales de Sécurité**

	MODE OPERATOIRE	<b>SPI-ANAP-PRO</b> Secteur : 0/59
	<b>PROCEDURE GENERALE DE SECURITE</b>	Version 1 Date de diffusion :

Date de création :		Date de mise à jour :	
Date de validation :			
Groupe de travail			
<b>Rédaction</b> Anne Marie GONGUET	<b>Validation</b> Dr Pascale VARLET Praticien Hospitalier	Pr Catherine DAUMAS- DUPORT Chef de service	<b>Vérification (MP)</b> Virginie MONNOT Ingénieur Qualité

<b>Personnel concerné</b>	<b>Lieux de diffusion</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Personnel médical et paramédical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laboratoire d'Anatomie Pathologique</li> </ul>

## 1. Objet et domaine d'application

Ce document a pour objectif d'apporter les informations relatives à la sécurité dans le laboratoire d'Anatomie Cytologie Pathologiques et d'inciter chacun à respecter ces mesures. Cette procédure concerne l'ensemble du personnel du laboratoire .

## 2. Mots clés

Sécurité, Bonnes Pratiques, Accident, Incident, Incendie.

## 3. Document de référence

- Décret 95-680 du 9 mai 1985 modifiant le décret 82-453 du 28 mai 1982 qui précise les règles applicables en matières d'hygiène et de sécurité (*Titre III du livre II ,du code du travail*).
- Arrêté du 2 novembre 1994 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale (GBEA) *chapitre II Règles de fonctionnement*.
- Arrêté du 16 juillet 2007 fixant les mesures techniques de prévention, notamment de confinement, à mettre en œuvre dans les laboratoires d'anatomie et cytologie pathologiques.....
- Recommandations des Bonnes Pratiques en Anatomie et Cytologie Pathologiques (RBPACP).
- Arrêté du 13 juillet 2006 relatif au risque lié au formol

## 4. Description du mode opératoire


4-1 Respecter les consignes générales de Bonnes Pratiques de laboratoire énoncées dans la procédure  
HYG-ANAP-PRO

### 4-2 Le risque chimique

La première des précautions est de lire les étiquettes (pictogramme, phrases de risque) ainsi que la fiche de sécurité (FDS ) et de veiller au bon étiquetage de tous les flacons.

- *Acides et bases*

Il est recommandé de manipuler les acides et les bases en solution concentrée avec des gants et des lunettes de protection. Les lunettes de protection ne sont pas nécessaires si la manipulation est effectuée sous une hotte.

	MODE OPERATOIRE	<b>SPI-ANAP-PRO</b>
	<b>PROCEDURE GENERALE DE SECURITE</b>	Secteur : Version 1 Date de diffusion :

- **Produits génotoxiques**

Le port de gants est obligatoire.

Certains produits peuvent avoir une action toxique et/ou cancérigène (ou mutagène). Il faut absolument éviter d'inhaler le produit lorsqu'il est en poudre, surtout s'il est très pulvérulent : il faut donc, à ce moment là, porter un masque.

La vaisselle doit être décontaminée par le manipulateur, une série de rinçage à l'eau est suffisant.

***Il est strictement interdit de manipuler les produits toxiques et/ou cancérigènes sous PSM.***

- **Formol**

Le formol exerce une activité nécrosante directe sur la peau et les muqueuses, directement liée à son action de fixateur. Ce produit est connu pour provoquer des affections respiratoires et cutanées, toxiques et allergisantes (*la cigarette augmente son pouvoir allergisant*). Par ailleurs il est suspecté de favoriser l'apparition de cancer. Sa nocivité s'exerce déjà en dessous du seuil de perception olfactive.

***Ne jamais mélanger eau de javel et formol car risque d'explosion.***

- **Azote Liquide**

L'azote liquide est un produit dont la température est de -196°C. Il entraîne des brûlures par le froid qui peuvent être extrêmement graves surtout si l'azote atteint la cornée. Il y a aussi risque d'asphyxie en cas de dégagement massif.

Le port de gants de protection contre le froid et surtout de lunettes sont fortement recommandés.

**Attention !** lorsqu'un élément qui se trouve à température ambiante est plongé dans le container contenant de l'azote liquide des projections peuvent se produire.

- **Solvants**

Il est rappelé que l'on classe en

1. Liquide particulièrement inflammable : Oxyde d'éthyle (éther)
2. Liquides inflammables de première catégorie : Acétone, Ethanol, Isopropanol, Méthanol ...

L'action des solvants sur l'organisme humain est très variable, mais ils sont souvent neurotoxiques, hépatotoxiques, néphrotoxiques, et dans certains cas en plus cancérigènes. ***Leur manipulation doit se faire sous hotte aspirante.***

***Aucun solvant ne doit être stocké dans un réfrigérateur, ni un congélateur, le risque d'explosion est en effet important.***

***Ne jamais manipuler un solvant sous hotte à flux laminaire vertical ou PSM.***


Les rejets des produits chimiques doivent se faire dans des bonbonnes qui seront identifier selon la nature des produits et conforme à la réglementation.

Ne pas tenter de faire des mélanges inconnus qui peuvent être incompatibles, surtout lors de la collecte des déchets.

#### **4-3 Conduite à tenir en cas d'accident de personne :**

En cas d'accident grave et/ou si la personne ne peut ou ne doit être déplacée appeler :

- Les pompiers : **N°d'urgence 18.**
- Poste de sécurité : **CHSA N°8063.**
- Ligne Incendie : **N° 24.**
- URGENCE VITALE : **N°48 48.**
- Centre anti- poison : **N°01 40 05 45 45 ou 01 40 05 48 48.**

	MODE OPERATOIRE	<b>SPI-ANAP-PRO</b>
	<b>PROCEDURE GENERALE DE SECURITE</b>	Secteur : Version 1 Date de diffusion :

Lors de l'appel téléphonique préciser exactement la nature de l'accident, le lieu, et vérifier que l'interlocuteur a bien compris le message. Ne jamais raccrocher en premier.  
Déclarer tout accident immédiatement .Procédure **OPC-SOIN-PRO 03**.

### *Accident essentiellement chimique*

- Pour les *brûlures* de type *chimique ou thermique* arroser abondamment la zone atteinte avec de l'eau froide, surtout les brûlures thermiques (pour les brûlures avec de l'azote utiliser de l'eau tiède) pendant un temps suffisamment long **15 minutes minimum**.
- Si les **yeux** sont atteints les rincer à l'eau courante puis avec un rince-œil pendant **15 minutes minimum**. Si des lentilles de contact sont portées, elles doivent être ôtées par le porteur ou une personne compétente. Ne pas insister si elles adhèrent.
- Enlever les *vêtements imbibés* de produits chimiques sans les passer par la tête (utiliser des ciseaux au besoin).
- . Si les brûlures atteignent une grande zone du corps se rincer sous la douche de sécurité.
- **Dans tous les cas consulter un médecin ou un ophtalmologue dans les 24 heures suivants l'accident.**

### *Accident d'exposition au sang ou autre liquide biologique.*

*Pour toute blessure, coupure, piqûre, éraflure*, appliquer les mesures d'urgence suivantes :  
Nettoyage abondant à l'eau courante

- Désinfection cutanée avec Bétadine Solution dermique jaune, Eau de javel au 1/10<sup>ème</sup> ou Alcool à 70°pendant 5 minutes au moins.

### *Pour projection sur muqueuses et yeux :*

- Rincer abondamment à l'eau et/ou au sérum physiologique pendant au moins 5 minutes.  
Dans tous les cas, identifier la provenance du matériel éventuellement contaminant.  
Suivre la procédure conduite à tenir lors d'un accident AES –**SPI-AES-PRO 01**.

### *4-5 Mesure a prendre en cas d'incident (Environnement)*

- *Déversement d'acides ou bases, solvants .*

En cas de déversement d'un produit acide ou basique, ou solvant absorber avec des papiers ou un absorbant spécifique. Avant toute intervention se protéger, port des EPI, et ventiler les lieux.

- *Récipient cassé, contenu répandu à risque biologique.*


Définir précisément l'aire de contamination (baliser la pièce contaminée et empêcher son accès) d'un linge ou papier imbibé de désinfectant pendant 10 minutes puis jeter.

Se protéger, port des EPI. Nettoyer l'aire contaminée avec un désinfectant en réalisant des cercles concentriques allant du moins contaminé au plus contaminé, de l'extérieur vers l'intérieur. Les éléments contaminés seront jetés dans la poubelle adéquate.

- *Bris de tubes dans une centrifugeuse (risque d'aérosols)*

Arrêt de la centrifugeuse qui doit rester fermée 30 minutes.

Placer un panneau danger pour en interdire l'ouverture et l'utilisation ,enlever les débris de verre ou de plastique,les godets,les dispositifs de suspension et le rotor avec des gants épais  
Désinfecter, rincer.

	MODE OPERATOIRE	<b>SPI-ANAP-PRO</b>
	<b>PROCEDURE GENERALE DE SECURITE</b>	Secteur : Version 1 Date de diffusion :

#### *4-4 Conduite à tenir en cas d'incendie*

- ***Feu sur une personne***

Empêcher celle-ci de courir, la plaquer au sol et étouffer les flammes avec une couverture ou l'équivalent, ne pas oublier de se protéger les mains et autres parties du corps, ne pas utiliser un extincteur.

- ***Prévention pour éviter les incendies***

Si usage d'allumettes bien vérifier qu'elles sont éteintes avant de les jeter à la poubelle. Eviter les mélanges pouvant provoquer une réaction exothermique, ne pas manipuler de solvant près d'une flamme. Ne pas entreposer de flacon de verre contenant un liquide près d'une fenêtre (risque d'effet loupe ou d'explosion). Ne pas utiliser de bombes aérosols dans une pièce fermée, un risque d'explosion et/ou incendie est possible.

- ***Alerte incendie***

Alerter le poste central de sécurité N°24 en précisant le lieu, la nature du foyer.

Attaquer le feu avec l'extincteur approprié au risque :

extincteur à **CO2** (alcools, solvants, essences, feu d'origine électrique, et de gaz),

extincteur à **eau** (bois, papier, carton).

*Ne jamais projeter de l'eau* sur un liquide enflammé, au risque de provoquer des éclaboussures.

Attaquer toujours un feu à la base des flammes.

Eviter les courants d'air, ne pas ouvrir les fenêtres dans une pièce en flamme, ne pas ouvrir une porte d'où s'échappe de la fumée.

Se rappeler la fumée monte toujours, par conséquent **l'air au sol est toujours plus respirable.**

## **5. Responsabilités**

L'application de ce mode opératoire est sous la responsabilité du chef de service et du cadre supérieur de santé du Laboratoire d'Anatomie Pathologie.

## **6. Enregistrement / Archivage**

Le présent mode opératoire est archivé dans les classeurs qualité du Laboratoire d'Anatomie Pathologique.


Son original est conservé au pôle qualité.

Il est également disponible sur informatique en suivant le chemin d'accès suivant :

Poste de travail → ana-path sur « Sr2500 » (S) → Système documentaire qualité.

*Pour tout commentaire (cohérence, compréhension, ...) de ce document, vous pouvez vous adresser au rédacteur ou au pôle qualité par e.mail ([polequalite@cbsa.broca.inserm.fr](mailto:polequalite@cbsa.broca.inserm.fr)) ou au poste 80.44*

**ANNEXE V : Procédures Générales d'Hygiène**

	<b>MODE OPERATOIRE</b>	<b>SPI-ANAP-PRO</b>
	<b>PROCEDURE GENERALE D'HYGIENE</b>	Secteur : Version 1 Date de diffusion :

<b>Date de création :</b>		<b>Date de mise à jour :</b>	
<b>Date de validation :</b>			
<b>Groupe de travail</b>			
<b>Rédaction</b>	<b>Validation</b>		<b>Vérification (MP)</b>
Anne Marie GONGUET	Dr Pascale VARLET Praticien Hospitalier	Pr Catherine DAUMAS- DUPORT Chef de service	Virginie MONNOT Ingénieur Qualité

<b>Personnel concerné</b>	<b>Lieux de diffusion</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Personnel médical et paramédical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laboratoire d'Anatomie Pathologique</li> </ul>

## 1. Objet et domaine d'application

Ce document a pour objectif d'apporter les informations relatives à l'hygiène dans le laboratoire d'anatomie cytogénétique pathologiques et d'inciter chacun à respecter ses mesures.

Cette procédure concerne l'ensemble du personnel du laboratoire.

## 2. Mots clés

Hygiène, Bonnes Pratiques.

## 3. Document de référence


- 1985 Décret 95-680 du 9 mai modifiant le décret 82-453 du 28 mai 1982 qui précise les règles applicables en matière d'hygiène et de sécurité (Titre III du livre II, du code du travail).
- Arrêté du 2 novembre 1994 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale (GBEA).
- Circulaire DGS/SDC/DHOS/E2/DRT/CT1/CT2 n°2004-382 du 30 juillet 2004 relative aux précautions à observer dans les services d'anatomie et cytogénétique pathologiques...vis à vis du risque de transmission des agents transmissibles conventionnels (ATC) et non conventionnels (ATNC).
- Arrêté du 16 juillet 2007 fixant les mesures techniques de prévention, notamment de confinement, à mettre en œuvre dans les laboratoires d'anatomie et cytogénétique pathologiques...où les travailleurs sont susceptibles d'être exposés à des agents biologiques pathogènes.
- Recommandations des Bonnes Pratiques en Anatomie et Cytologie Pathologiques (RBPACP).

## 4. Description du mode opératoire

### 4-1 Mesures d'ordre général

#### 4-1-1 Interdictions formelles

- De fumer, de boire, de manger dans l'ensemble des locaux techniques.
- De stocker de la nourriture ou de la boisson en dehors d'une pièce de détente.
- De pipeter à la bouche.
- De jeter à l'évier des produits toxiques et dangereux pour l'environnement.
- De recapuchonner les bistouris à usage unique.

	MODE OPERATOIRE	<b>SPI-ANAP-PRO</b>
	<b>PROCEDURE GENERALE D'HYGIENE</b>	Secteur : Version 1 Date de diffusion :

#### ***4-1-2-Obligations formelles***

- Le port de blouse en textile est obligatoire dans les locaux techniques, elle doit être fermée et couvrir les vêtements personnels.
- En cas de souillure biologique la blouse doit être changée.
- Le port de gants jetables est obligatoire pour les gestes techniques au cours desquels un contact avec un liquide biologique est possible.
- Ne pas toucher avec les mains gantées la poignée d'une porte, un crayon, le téléphone, les cahiers, le clavier d'ordinateur, les robinets ...
- Les cheveux longs sont attachés.
- Ni montre, ni bijoux à découvert.
- Le port de lunettes et/ou de masque est obligatoire pour certaines techniques à risques de projection (cyto-centrifugation).
- Certaines manipulations doivent se faire sous hotte PSM.

#### ***4-1-3-Hygiène des mains***

La main est le principal maillon de la chaîne de contamination. Le lavage des mains obéit à certaines règles, il peut s'agir d'un lavage hygiénique ou d'un lavage antiseptique .

##### **Quand :**

##### ***Lavage hygiénique :***

- Avant et après la prise de service.
- Avant chaque geste propre.
- Après chaque geste sale.
- Avant et après tous les gestes de la vie quotidienne.

##### **Comment :**

##### ***Lavage hygiénique des mains :***

- Bien mouiller les mains et les avants bras si possible.
- Prendre une dose de savon en actionnant la pompe du distributeur.
- Frotter les mains et les avants bras, les espaces interdigitaux (au moins 30 secondes), vérifier les ongles, ne pas broser.
- Rincer abondamment pour éliminer le savon.
- Sécher soigneusement mains et avants bras avec un essuie mains à usage unique.
- Fermer le robinet avec l'essuie mains, jeter ensuite ce dernier dans la poubelle.

##### **Quand :**


***Lavage antiseptique*** Après toute manipulation contaminante.

##### **Comment :**

***Lavage antiseptique :*** Lavage avec le gel hydro alcoolique.

#### ***4-2 Mesures liées à la manipulation de spécimens biologiques***

- Port de gants lors de la manipulation de tubes ou pots contenant des échantillons biologiques
- La feuille de demande et les prélèvements sont obligatoirement séparés.
- En cas de souillure d'un contenant, nettoyer le et désinfecter le avec du papier essuie tout imprégné d'eau de javel 1,2° chlorométrique .
- En cas de bris de tubes tous les éléments sont à désinfecter dans l'eau de javel 1,2° chlorométrique pendant 15mn.

	MODE OPERATOIRE	<b>SPI-ANAP-PRO</b>
	<b>PROCEDURE GENERALE D'HYGIENE</b>	Secteur : Version 1 Date de diffusion :

- Elimination des déchets biologiques selon la procédure GFL-DECHET-MO 03.

## 5. Responsabilités

L'application de ce mode opératoire est sous la responsabilité du chef de service et du cadre supérieur de santé du Laboratoire d'Anatomie Pathologie.

## 6. Enregistrement / Archivage

Le présent mode opératoire est archivé dans les classeurs qualité du Laboratoire d'Anatomie Pathologique. Son original est conservé au pôle qualité.

Il est également disponible sur informatique en suivant le chemin d'accès suivant :

Poste de travail → ana-path sur « Sr2500 » (S) → Système documentaire qualité.

*Pour tout commentaire (cohérence, compréhension, ...) de ce document,  
vous pouvez vous adresser au rédacteur ou au pôle qualité  
par e.mail ([polequalite@chsa.broca.inserm.fr](mailto:polequalite@chsa.broca.inserm.fr)) ou au poste 80.44*