

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE  
FES



Année 2013

Thèse N° 093/13

# LA SECURITE DES PATIENTS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HASSAN II ETAT DE LIEU

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16/05/2013

PAR

Mlle. DAMACHI ISHI ECHAKA

Née le 16 Janvier 1986 à Roma

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Qualité - Soins - Sécurité - Procédures

JURY

M. BENJELLOUN MOHA MED CHAKIB.....	PRESIDENT
Professeur de Pneumo-phtisiologie	
M. NEJJARI CHAKIB.....	RAPPORTEUR
Professeur d'Epidémiologie clinique	
M. EL MRINI ABDELMAJID.....	} JUGES
Professeur de Traumatologie-orthopédie	
Mme. EL RHAZI KARIMA.....	
Professeur agrégé de Médecine communautaire	

# SOMMAIRE

Première partie : Revue de la littérature.....	5
I. Généralités.....	6
II. Définition de la sécurité sanitaire.....	8
III. La sécurité et activités des soins.....	9
A. Identification des patients.....	10
B. L'amélioration efficace de la communication :.....	11
C. L'amélioration de la sécurité des médicaments.....	11
D. L'amélioration de la sécurité chirurgicale;.....	13
E. La réduction du risque des infections associées aux soins.....	14
F. La réduction des risques résultant de chutes.....	15
IV. Autres domaines de la sécurité sanitaire.....	17
A. La sécurité des personnes et des locaux.....	17
B. la sécurité alimentaire.....	17
C. La gestion des fluides.....	18
V. La sécurité sanitaire dans le cadre de la démarche qualité.....	21
VI. Responsabilité et moyens de la sécurité sanitaire.....	22
VII. La sécurité sanitaire à l'échelle internationale.....	25
VIII. Les Normes JCI (Joint Commission International).....	27
Deuxième partie : Notre Travail.....	28
I. Introduction.....	29
II. Objectif.....	30
III. Méthode.....	30
1. Type d'étude.....	30
2. Enquêteurs.....	30
3. Lieux d'étude.....	30
4. Recueil des données.....	31
5. Analyse statistique.....	31

IV.	Résultats .....	33
1.	Identification des patients .....	33
2.	Amélioration de la communication efficace .....	38
3.	Amélioration de la sécurité des produits pharmaceutiques.....	40
4.	Site et procédures en chirurgie .....	41
5.	Prévention du risque résultant des chutes.....	55
V.	Discussion.....	57
VI.	Conclusion .....	65
VII.	Résumé .....	66
VIII.	Références bibliographiques .....	70
IX.	ANNEXES.....	73

## TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1-Un processus de collaboration est mis en place pour élaborer une politique d'identification du patient (Critère1) .....	33
Tableau 2-Les patients sont identifiés avant d'administrer des médicaments, du sang ou des produits sanguins (Critère3) .....	35
Tableau 3-Les patients sont identifiés avant la prise de sang et d'autres échantillons pour les essais cliniques (Critère 4).....	36
Tableau 4- Les patients sont identifiés avant chaque geste médical, infirmier, d'appui au soin ou déplacement (Critère 5).....	37
Tableau 5-Amélioration de la communication entre le personnel (critère 1) .....	38
Tableau 6-Critères 1 et 2 relatifs aux procédures en chirurgie .....	41
Tableau 7-Critères 3 ,4 et 5 relatifs aux procédures en chirurgie .....	42
Tableau 8-Critère 4bis relatif aux procédures du bloc opératoire .....	43
Tableau 9-Le critère 6 concernant l'usage du matériel chirurgical .....	44
Tableau 10-Critère 7 relatif aux procédures en chirurgie .....	45
Tableau 11-Critère 8 relatif aux procédures en chirurgie .....	46
Tableau 12-Le matériel adéquat et nécessaire à l'anesthésie est disponible dans chaque salle opératoire (critère 11) .....	49
Tableau 13-L'anesthésiste est chargé de l'évaluation de l'état du patient et du matériel pendant l'acte opératoire. Cette évaluation doit être documentée (Critère 12).....	50
Tableau 14-Critères 13 à 20 concernant la sécurité au bloc opératoire.....	52
Tableau 15-Critère 21 concernant la sécurité au bloc opératoire.....	53
Tableau 16-Critères 22 et 23 relatifs à la sécurité au bloc opératoire .....	54
Tableau 17-Critères 24, 25, 26 et 27 relatifs à la sécurité au bloc opératoire.....	55
Tableau 18-Critères 1 à 4 relatifs à la prévention du risque des chutes .....	56

Figure 1-Les politiques et / ou procédures d'identification utilisent deux identifiants des patients, non compris l'utilisation du numéro de la chambre du patient ou le lit (Critère2)	34
Figure 2-Amélioration de la communication entre le personnel (critère 1) (suite) ..	39
Figure 3-L'organisation développe une politique de collaboration et / ou une procédure qui empêche la localisation des concentrés électrolytes dans des zones où une mauvaise administration aux patients peut se produire (critère1)	40
Figure 4-Critère 9 relatif aux activités d'anesthésie	47
Figure 5-Critère 10 relatif aux visites et consultations pré anesthésiques	48

**PREMIERE PARTIE :**  
**REVUE DE LA LITTERATURE**

## I. GENERALITES

La sécurité des patients est un principe fondamental des soins et une composante essentielle de la gestion de la qualité. Elle est définie comme « l'absence de préjudice accidentel à une personne recevant des soins » [1]. La sécurité des patients, constitue une préoccupation majeure pour les responsables du domaine de la santé qui tiennent partout actuellement à adopter les recommandations relatives à ce domaine qui incluant également la prévention et le contrôle des infections associées aux soins (IAS).

En 1917, les membres de « l'American College of Surgeons » (société savante des chirurgiens américains), soucieux de la compétence de leurs collègues et de la sécurité des soins prodigués par les hôpitaux, définirent des « critères minima de qualité » [2] ces critères sont les premiers dans l'histoire de la médecine moderne, cette démarche permettait à la population d'identifier à la fois les professionnels de santé et les établissements offrant des soins « de qualité » [2].

En France, c'est à partir de 1996 que la procédure d'appréciation externe et régulière de la qualité d'un établissement via des organismes spécialisés a été rendue obligatoire [2]. Cette démarche, répondant au nom d'accréditation se déroulait en deux temps, les professionnels de l'hôpital dresseront ensemble un bilan du fonctionnement de la structure « d'auto-évaluation », ensuite ils s'interrogeront sur les améliorations nécessaires qui devront être réalisées, notamment au travers de l'avis des patients et de la confrontation avec le référentiel établi par l'ANAES (l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) « Le Manuel d'Accréditation » [2]. Actuellement cette accréditation se fait sous la tutelle de la Haute autorité de la santé (HAS).

L'accréditation est ainsi la reconnaissance officielle de l'efficacité de l'organisation de la structure et de sa capacité à entretenir et à garantir une

dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins [2], la sécurité de patient constitue l'un des objets soumis à la démarche qualité et à l'accréditation.

Au Maroc, comme à l'instar des autres pays en développement, le domaine de la sécurité du patient n'est pas encore généralisé dans toutes les structures prodiguant les soins, il reste beaucoup de travail et d'efforts à faire. Néanmoins il s'agit d'un sujet d'actualité et d'intérêt à la fois pour les décideurs et les établissements de soins. Depuis la biennie 2004-2005, le Ministère de la Santé, en collaboration avec l'OMS, s'est engagé dans la mise en place d'un système d'accréditation des établissements hospitaliers.

La sécurité sanitaire concerne tous les établissements de santé, publics ou privées bien évidemment et tous les services dans un l'hôpital donné. D'actualité, la sécurité sanitaire intervient aujourd'hui dans le processus d'accréditation qui a pour rôle de contrôler la qualité et la sécurité des soins fournis aux patients. Touchant plusieurs domaines bien distincts, la sécurité sanitaire est régie par des textes réglementaires. Ces derniers permettent de fixer des règles communes. Il s'agit de définir qui est concerné, quelles sont les implications du service biomédical dans le processus de maîtrise de la sécurité sanitaire et quels sont les moyens techniques, financiers et humains qui doivent être mis en place.



## II. DEFINITION DE LA SECURITE SANITAIRE

La sécurité sanitaire est un ensemble de moyens et de procédures destinés à prévenir et/ou contrôler les risques susceptibles d'altérer la santé physique et/ou psychique de tout individu lors de son interaction avec une structure de santé pour le diagnostic, le traitement et le suivi [3 ; 4 ; 5].

Il convient de la définir dans chaque secteur d'activité des établissements de santé et d'indiquer pour chaque sujet les références réglementaires s'y rapportant afin de mettre en place des plans d'action préventifs ou correctifs.

Le renforcement de la sécurité sanitaire doit viser à renforcer les capacités d'expertise, de coordination des vigilances, d'intervention et de contrôle.

Différents acteurs sont concernés par la sécurité sanitaire dans les établissements de santé :

1. Les hôpitaux publics et les cliniques privées qui doivent appliquer les procédures et contrôler la qualité relative à ce domaine. L'accréditation permet dans ce cas, d'assurer la qualité et la sécurité des soins offerts aux patients;

2. Le ministère de la santé qui établit les textes réglementaires et dispose d'un pouvoir général de police sanitaire. [3 ; 4 ; 5]

### III. LA SECURITE ET ACTIVITES DES SOINS

La sécurité des patients est un principe fondamental des soins et une composante essentielle de la gestion de la qualité. Or, il arrive que des interventions médicales ou chirurgicales au niveau des structures de santé qui sont censées profiter aux patients, leur nuisent et ce en raison de la complexité des procédures, des technologies et d'interactions humaines.

La sécurité des patients est à l'agenda politique de l'Organisation Mondiale de la Santé. Des études menées par un certain nombre de pays occidentaux ont révélé qu'entre 4% à 16% des patients admis dans les hôpitaux sont victimes d'événements indésirables (dits aussi incidents critiques) liés aux soins qu'ils reçoivent [6]. Plus de 70% de ces incidents conduisent à des incapacités temporelles ou permanentes, sans compter leurs conséquences financières pour les patients mais aussi pour l'hôpital. [6].

La situation dans les pays en développement n'est guère meilleure et augmente la probabilité de survenue de ces événements indésirables dans ces pays: Vétusté des infrastructures et des équipements ; Conditions d'approvisionnement et qualité peu fiables des médicaments; Lutte insuffisante sinon absente contre les infections nosocomiales, Personnel très peu informé et habilité; Sous financement global des systèmes de santé [6].

C'est dans cette optique que l'Organisation Mondiale de la Santé a adopté lors de sa 55ème assemblée mondiale la résolution WHA55.18 [6] qui invite les pays membres à établir un système de contrôle et d'amélioration de la sécurité des patients.

Pour promouvoir la sécurité des patients dans ses établissements sanitaires, deux volets sont à développer: Système de contrôle de la sécurité et la Lutte contre les infections nosocomiales.

La Commission Mixte Internationale (JCI) a été créée en 1998 en tant que communauté internationale (Etats-Unis), elle a comme mission d' « améliorer la sécurité et la qualité des soins aux patients du monde entier ». La JCI a développé des normes et des programmes d'accréditation pour : les hôpitaux, les soins ambulatoires, Les laboratoires cliniques, ainsi que les centres de soins primaires. Les normes élaborées par le JCI recouvrent six domaines détaillés en ce qui suit.

## **A. Identification des patients**

Dans le secteur de la santé, la recherche de la qualité des soins prodigués au patient et donc des processus qui y sont liés est plus que jamais un impératif absolu. Parmi les bonnes pratiques qui permettent d'atteindre ces objectifs, celles relatives à l'identification des patients sont les premières à mettre en œuvre.

La qualité des soins dépend de la sécurité de l'identification du patient, l'un des thèmes les plus structurants du système d'information des établissements de santé, et l'un des plus porteurs dans sa contribution à l'évolution du système de soins. La définition de cette infrastructure est un préalable indispensable à l'informatisation des unités de soins, notamment pour assurer la continuité de la prise en charge des patients et pour la coopération entre les professionnels de santé.

L'identification fiable du patient est certainement le thème relatif à la sécurité du patient qui suscite le plus d'intérêt et qui produit le plus d'interrogations parmi les professionnels quant à son application à l'intérieur des établissements ou dans les réseaux de soins [7]. Pour répondre à cette attente, l'ensemble des systèmes d'information qui composent le système de santé (établissements de santé, médecine libérale, réseaux de soins, etc..) doivent disposer d'une série de procédures qui leur permette de considérer chaque patient, l'identifié différemment

dans les organisations comme une personne unique. Ainsi il sera possible de relier toutes les données relatives à cette personne même si elles sont dispersées dans le temps et dans l'espace. Politiques et / ou procédures sont élaborées conjointement pour améliorer les processus d'identification en particulier, les processus utilisés pour identifier un patient lors de l'administration de médicaments, du sang ou des produits sanguins; prises de sang ou d'autres spécimens d'essais cliniques; ou de fournir d'autres traitements ou interventions [8]. Les politiques et / ou procédures nécessitent au moins deux façons d'identifier un patient, tels que le nom du patient, le numéro d'identification, la date de naissance, ou d'autres moyens.

## **B. L'amélioration efficace de la communication**

La sécurité du patient passe par une meilleure communication des professionnels de santé entre eux et avec leurs patients. La cause de nombreux événements indésirables est rarement liée au manque de connaissance des professionnels mais le plus souvent aux défauts d'organisation, aux manques de vérification, de coordination, et de communication. Ils sont liés à un manque de culture commune de sécurité. Une communication efficace, qui est exacte, complète, claire et comprise permet d'améliorer la sécurité des patients. La communication peut être électronique, verbale ou écrite [8].

## **C. L'amélioration de la sécurité des médicaments**

Lorsque les médicaments font partie du plan de traitement du patient, une gestion appropriée est essentielle pour assurer la sécurité des patients. Après les actes invasifs et les infections liées aux soins, les médicaments sont la troisième cause d'événements indésirables graves (EIG). Parmi les EIG, certains sont liés au produit : problèmes d'étiquetage ou de conditionnement notamment. D'autres sont

liés aux pratiques ou à l'organisation des médicaments : erreurs lors de la prescription ou l'administration par exemple. Le plus souvent, différents facteurs s'intriquent pour conduire à l'événement indésirable.

Les médicaments de niveau d'alerte élevé sont impliqués dans un pourcentage élevé d'erreurs [8]. Une erreur fréquemment citée est l'administration involontaire d'électrolytes concentrés. Des autres erreurs peuvent se produire lorsque le personnel n'est pas correctement orienté à l'unité de soins aux patients, lorsque les infirmières contractuels sont utilisés et mal orientés, ou en cas d'urgence. Les moyens les plus efficaces pour réduire ou éliminer ces occurrences est de développer un procédé de gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé qui comprend enlevant les électrolytes concentrés à partir de l'unité de soins à la pharmacie [8].

Certains médicaments sont des narcotiques pour lesquels une surveillance très étroite doit être exercée. Certains sont essentiels à la survie de certains patients, mais potentiellement dangereux pour d'autres patients. Certains ne doivent jamais être administrés en combinaison avec d'autres médicaments. Certains peuvent causer des réactions allergiques. A ne pas oublier la très grande variété des modes d'administration des médicaments : comprimés, vaporisateurs nasaux, gouttes ophtalmiques, timbres transdermiques, perfusions intraveineuses, injections et plus encore. Une grande diligence et une attention méticuleuse aux détails sont nécessaires. En fait des études ont démontré que plus de 50 étapes étaient nécessaires entre le moment où un médecin décidait de rédiger une ordonnance et le moment où le patient obtenait un bienfait thérapeutique du médicament [9]. En voici les principales étapes:

- L'ordonnance est rédigée par le médecin.

- L'ordonnance est interprétée et transcrite par une infirmière et un pharmacien.
- Le médicament est préparé et distribué.
- Le médicament est administré au patient.
- La surveillance clinique est effectuée pour assurer la sécurité du patient et l'effet thérapeutique optimal du médicament.
- Les effets secondaires et / ou les réactions inattendues au médicament sont documentées et déclarées.

Comme un risque élevé d'erreur existe dans un processus comportant un si grande complexité, la gestion sécuritaire des médicaments nécessite une collaboration étroite entre plusieurs départements et prestataires de soins de santé, y compris les médecins, les infirmières, les pharmaciens et les assistants-technique en pharmacie

#### D. L'amélioration de la sécurité chirurgicale

Parmi les nombreuses erreurs chirurgicales possibles on peut noter un mauvais site d'opération, une procédure erronée, une mauvaise chirurgie ambulatoire. Tels phénomènes sont alarmants dans les organisations de soins de santé. Ces erreurs sont le résultat d'une communication inefficace ou inadéquate entre les membres de l'équipe chirurgicale, le manque d'implication du patient dans le site de marquage, et l'absence de procédures de vérification du site opératoire. En outre, l'évaluation insuffisante des patients, examen des dossiers médicaux inadéquats, une culture qui ne supporte pas la communication ouverte entre les membres de l'équipe chirurgicale, les problèmes liés à l'écriture illisible, et l'utilisation d'abréviations sont souvent des facteurs contributifs.

Les pratiques fondées sur des preuves sont décrites dans le protocole Universel de la Commission mixte des états unis pour prévenir le mauvais site, mauvaise procédure, la chirurgie mauvaise personne [8]. Les processus essentiels trouvés dans le protocole universel sont :

- Processus de vérification préopératoire :

L'objectif est d'assurer que tous les documents pertinents sont disponibles avant le début de la procédure et qu'ils ont été examinés et sont compatibles les uns avec les autres et avec les attentes du patient et la compréhension de l'équipe chirurgicale. Les informations manquantes ou divergences doivent être réglées avant de commencer la procédure.

- Marquage du site opératoire :

L'objectif est d'identifier sans ambiguïté le site prévu de l'incision ou de l'insertion.

- "Time out" immédiatement avant de commencer la procédure :

L'objectif de cette procédure "Time out" est de procéder à une vérification finale de l'identité du patient, de la procédure et du site avant le commencement de la procédure chirurgicale. Réalisée à l'endroit où la procédure sera faite et implique l'équipe opérationnelle entière.

## E. La réduction du risque des infections associées aux soins

Les infections associées aux soins sont des infections acquises à l'hôpital par un patient alors qu'il était admis indemne. Cela inclut les infections se déclarant après la sortie de l'hôpital ainsi que celles déclarées par le personnel hospitalier au moment du séjour.

Afin de prévenir ces infections, des précautions particulières sont à prendre dans l'enceinte de l'hôpital. Chaque corps de métier possède un rôle important dans

la lutte contre ces maladies. Pour limiter le risque de transmission, il est indispensable de se laver les mains rigoureusement et de porter des gants en observant les bonnes pratiques de stérilisation et de désinfection. Le personnel hospitalier doit observer des règles d'hygiène strictes (ongles courts, cheveux attachés, ...) et porte une blouse facile à laver voire des tenues stériles à usage unique selon les services et les risques de transmission de maladies nosocomiales. De plus, un nettoyage de routine quotidien élimine toute poussière et ainsi 90% des micro-organismes [10]. La prévention contre les infections liées aux soins doit être renforcée dans les zones à risque de l'hôpital tel que les blocs opératoires ou les salles d'accouchement.

#### F. La réduction des risques résultant de chutes

La chute est parmi les types d'événements indésirables les plus incidents à l'hôpital, elle est liée à la vulnérabilité, au manque de tonus et d'équilibre des patients malades. La plupart des chutes entraînent des blessures mineures, mais peuvent aussi être la source de blessures plus graves, telles des fractures. Elles peuvent être dévastatrices et avoir des conséquences à long terme. Même si aucune blessure ne survient, les patients ayant chuté peuvent être plus craintifs et moins confiants. Cela peut retarder leur rétablissement et leur retour à la maison et peut ainsi influencer négativement leur qualité de vie.

Les chutes peuvent être regroupées en trois catégories en fonction de leur degré de sévérité [9].

- Les chutes qui n'entraînent pas de blessure pour le patient
- Les chutes qui entraînent des blessures mineures ou des blessures sans conséquences permanentes : dans cette catégorie, les chutes pouvant



entraîner une petite coupure ou bosse, mais rien d'assez sérieux pour prolonger le séjour d'une personne à l'hôpital

- Les chutes qui entraînent des blessures graves : Dans ces cas, la blessure est suffisamment sérieuse pour prolonger la durée de séjour à l'hôpital, par exemple, en raison d'un besoin accru de soins infirmiers ou même d'une chirurgie. Ces blessures peuvent parfois causer des problèmes de santé permanents.

La prévention des chutes devient un élément essentiel pour la sécurité des patients, de l'admission jusqu'à la planification de la sortie. De plus, des mesures de sécurité peuvent être mises en place pour minimiser les risques de chute pour tous les patients; par exemple, s'assurer que les planchers soient propres et secs, que toutes les cloches d'appel soient à portée des patients, que le passage menant à la salle de bain soit libre et sans marche et que des barres de soutien soient mises dans les salles de bain.

## IV. AUTRES DOMAINES DE LA SECURITE SANITAIRE

### A. La sécurité des personnes et des locaux

Le chef d'établissement de santé (publics et privés) doit prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et la protection de la santé des personnels.

La violence est le terme couramment employé pour décrire un climat d'insécurité, fait de multiples incidents et plus rarement d'évènements graves. Comme bon nombre d'autres lieux publics, l'hôpital y est désormais confronté. L'objectif est de réduire le sentiment d'impuissance et de banalisation des situations de violence que peuvent développer les victimes, mais aussi réhabiliter l'établissement de santé en tant que lieu privilégié d'accueil, d'écoute et de soins. En effet, les usagers revendiquent à juste titre, leur droit à des soins de qualité, dans un environnement rassurant et confortable, des informations claires et loyales, ainsi que la disponibilité des équipes de soins. Des solutions sont indispensables, tant pour la qualité de l'accueil et les soins des patients que pour les conditions de travail et la motivation des personnels

### B. la sécurité alimentaire

La santé passe aussi par l'alimentation. Un volet important de la sécurité sanitaire est donc la sécurité alimentaire. Le concept de sécurité alimentaire fait référence à la disponibilité ainsi qu'à l'accès à la nourriture en quantité et en qualité suffisantes.

La sécurité alimentaire comporte quatre dimensions [11]:

- disponibilité (production intérieure, capacité d'importation, de stockage et aide alimentaire),
- accès (dépend du pouvoir d'achat et de l'infrastructure disponible),

- stabilité (des infrastructures mais aussi stabilité climatique et politique) et
- qualité et sécurité sanitaire (salubrité / hygiène, non toxicité, accès à l'eau potable).

La sécurité alimentaire dépasse la notion d'autosuffisance alimentaire et celle de seule sécurité sanitaire des aliments, qui a trait à l'hygiène et à l'innocuité des aliments, ainsi qu'au maintien de leur salubrité.

### C. La gestion des fluides

Parmi les médicaments ou dispositifs médicaux à l'hôpital, les gaz médicaux occupent une place à part [12] : large panel d'indications – oxygénothérapie, anesthésie, dilatation abdominale..., nombreux et divers intervenants dans leur gestion. Des bouteilles de gaz médicaux se retrouvent ainsi dans la quasi-totalité des services de soins et des laboratoires hospitaliers, d'où de multiples problèmes : échanges de bouteilles entre services, médicaments... Le conditionnement spécifique en bouteilles des gaz médicaux et leurs statuts pharmaceutiques sont méconnus des utilisateurs et nécessitent une logistique adaptée avec du personnel formé. La gestion des bouteilles est ainsi complexe et exige une traçabilité qui doit permettre à l'hôpital comme au fournisseur de suivre chaque étape du circuit (fabrication, livraison, réception, distribution/ retour services, reprise fournisseur). L'importance de cette traçabilité a été rappelée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) suite aux différents incidents survenus avec des bouteilles d'oxygène, notamment la nécessité de retrouver les bouteilles au plus vite en cas de rappel de lot. [12]

## D. Le gestion des déchets hospitaliers

Ces déchets sont produits principalement par les établissements de santé. De manière courante, ces déchets sont regroupés en deux catégories : les déchets courants, assimilés aux déchets ménagers et qui ne présentent pas de risques particuliers d'une part, et les déchets à risques infectieux d'autre part, qui font l'objet de recommandations particulières eu égard à leur caractère dangereux [13]. Les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) sont des déchets potentiellement contaminés par des agents biologiques pathogènes. Leur manipulation n'est pas sans risque d'incidents pour l'ensemble des intervenants de la chaîne de traitement, depuis les salariés qui les produisent en passant par le personnel de collecte, de transport et de traitement. Ces déchets nécessitent donc des emballages qui préviennent la propagation de ces agents pathogènes. Leur conditionnement et leur transport sont soumis aux dispositions de l'arrêté relatif au transport des marchandises dangereuses par la route. Quant à leur traitement, il peut relever de deux méthodes différentes, soit par incinération directe, soit par prétraitement (désinfection) avant incinération ou enfouissement dans des centres de stockage de déchets ultimes [13]. Ces déchets dangereux sont constitués de [13]:

- déchets infectieux : stocks d'agents infectieux, déchets contaminés par le sang, déchets de malades infectieux, échantillons diagnostiques, animaux de laboratoire infectés, matériel, appareils contaminés ;
- déchets anatomiques ;
- objets pointus et tranchants (seringues, scalpels jetables, lames...) ;
- produits chimiques et pharmaceutiques ;
- Déchets génotoxiques : très dangereux (cancérogènes, tératogènes, mutagènes), notamment utilisés dans le traitement du cancer ;

- produits radioactifs : issus de matériel de diagnostic radioactif ou de radiothérapie ;
- déchets à forte teneur en métaux lourds (thermomètres cassés par exemple).

Toutes les personnes exposées aux déchets de soins médicaux dangereux courent potentiellement le risque d'être blessées ou infectées. Ce groupe comprend [14] :

- Le corps médical: Médecins, infirmiers et infirmières, le personnel sanitaire et de maintenance des hôpitaux ;
- Les patients internes ou externes recevant des traitements dans les établissements sanitaires aussi bien que leurs visiteurs ;
- Les travailleurs des services de soutien liés aux établissements sanitaires tels que: les services de buanderie, les services de manipulation des déchets et de transport ;
- Les travailleurs des installations d'élimination des déchets, y compris les ramasseurs d'ordures;
- Le grand public, et plus spécifiquement, les enfants jouant avec des objets qu'ils peuvent trouver dans les déchets à l'extérieur des établissements sanitaires, lorsque ceux-ci leur sont directement accessibles.

L'appui aux gouvernements dans la mise en œuvre de processus adéquats pour minimiser les risques généraux liés au traitement des déchets de soins médicaux, est primordial. Les options de gestion et de traitement des déchets doivent d'abord protéger les personnels de la santé et les populations et minimiser les impacts indirects sur l'environnement de l'exposition aux déchets de soins médicaux.

## V. LA SECURITE SANITAIRE DANS LE CADRE DE LA DEMARCHE QUALITE

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé, effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé. L'organisme accréditeur établit avec les professionnels de santé, des référentiels pour apprécier les structures, les procédures et les résultats en terme de gain de santé et de satisfaction du patient [3 ; 15 ; 16]. La maîtrise de la sécurité sanitaire est un requis indispensable pour débiter une démarche d'amélioration continue de la qualité.

D'après les manuels d'accréditation, l'un des objectifs de la démarche est l'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins. En effet, la sécurité est comprise dans la qualité des soins et représente une des attentes majeures de l'utilisateur. La prévention des risques repose sur le respect de la réglementation en matière de sécurité, le respect des bonnes pratiques et la mise en place d'un système de détection des risques, d'analyse du niveau de gravité et de détermination d'actions de prévention.

L'OMS, la Banque mondiale et les banques de développement reconnaissent et approuvent l'accréditation. L'International Society for Quality in Health Care (ISQua) accrédite les organismes d'accréditation [17].

L'accréditation cherche à accomplir les objectifs suivants [17]:

- Optimisation de la qualité et de minimiser les risques de sécurité
- Améliorer les processus de soins aux patients et les résultats
- Améliorer la sécurité des patients

- Renforcer la confiance des patients, des professionnels et des contribuables au sujet de l'organisation
- Améliorer la gestion des services de santé
- Améliorer le recrutement, la rétention et la satisfaction
- Fournir une éducation sur les pratiques de meilleurs pratiques

## VI. RESPONSABILITE ET MOYENS DE LA SECURITE SANITAIRE

Les acteurs de la prévention des risques peuvent se situer à plusieurs niveaux

[3]:

- Sécurité à la conception ;
- Sécurité à la réalisation ou à l'installation ;
- Sécurité à l'utilisation ;
- Sécurité lors du contrôle ou de la maintenance ;
- Sécurité lors de l'élimination des produits

Afin de déterminer le degré d'implication de chaque fonction de l'hôpital par rapport à chaque domaine de la sécurité sanitaire, une matrice avec une pondération en fonction du degré d'implication a été réalisée. Un service ou un organisme sera fortement impliquée dans un domaine de sécurité sanitaire s'il assume la responsabilité et qu'il possède les compétences pour la maîtriser. Voici ci dessous, les résultats d'une étude qui révèlent un certain nombre de points par rapport à la fonction biomédicale [3].

Tableau indiquant les implications de chaque acteur de l'hôpital en fonction de  
chaque item de la sécurité sanitaire (modèle en France) [3]

	SECURITE DES SOINS	SECURITE DES PERSONNES	SECURITE ALIMENTAIRE	FLUIDES	GESTION DES DECHETS
Fonction Biomédicale et Fonction Travaux	XX	XX	O	X	X
Utilisateurs (personnel hospitalier)	XX	XX	O	O	XX
AFFSAPS (matériorvigilance)	XX	X	O	XX	XX
Organismes externes (si sous-traitance)	O	XX	XX	O	XX
Service restauration	O	XX	XX	O	XX
Fournisseur dispositifs médicaux	X	XX	O	XX	X
Service Qualité (si existe)	XX	XX	XX	XX	XX

Légende :

XX	est très concerné
X	est peu concerné
O	n'est pas concerné



Tout d'abord, certains domaines de la sécurité sanitaire devraient être maîtrisés par plusieurs services de l'hôpital. C'est le cas, par exemple, de la sécurité des personnes et de la gestion des déchets. Au contraire, la sécurité alimentaire concernera principalement le service restauration, principal à posséder les compétences requises.

Par ailleurs, le service qualité doit avoir un regard sur tous les domaines de la sécurité sanitaire. Ce résultat semble logique puisque cette cellule qualité doit assurer la bonne coordination et organisation entre tous les services. Par conséquent, il doit être capable d'intervenir dans tous les domaines.

En ce qui concerne la fonction biomédicale, on remarque qu'elle assure la maîtrise de la sécurité des soins et de la sécurité des personnes. Ceci confirme bien qu'un des enjeux du biomédical consiste à améliorer la qualité et la sécurité des soins offerts aux usagers par la sûreté de fonctionnement des dispositifs médicaux. De plus, elle devrait avoir un regard sur les déchets qu'elle produit.

## VII. LA SECURITE SANITAIRE A L'ECHELLE INTERNATIONALE

Une norme internationale est en cours d'élaboration sur la gestion des risques des dispositifs médicaux que devront appliquer les industriels pour l'obtention du marquage CE. En matière de sécurité sanitaire et de gestion des risques, les Etats Unis restent de loin les leaders depuis 25 ans avec la Joint Commission On Accreditation and Health care Organization. Le Comité Européen de Normalisation a élaboré en 1997 la norme EN 1441 pour l'analyse des risques au niveau des dispositifs médicaux destinés aux industriels [3 ; 16 ; 18 ; 19 ; 20].

Il existe déjà des démarches de prévention des risques dans d'autres pays, notamment aux Etats Unis. La Joint Commission On Accreditation and Health care Organization (JCAHO) tente de promouvoir la notion de « sécurité du patient » dans le domaine sanitaire. En effet, cette organisation regroupe des représentants des différents acteurs concernés par l'hôpital et se charge de l'accréditation des hôpitaux à partir de standards et référentiels [3 ; 16 ; 18 ; 19 ; 20]. Cette démarche est basée sur l'amélioration continue de la qualité, une participation de l'ensemble des acteurs, un souci d'indépendance de l'organisme accréditeur et une obligation d'information au public.

La JCAHO concentre ses efforts sur la réglementation concernant la prévention des incidents et la sûreté des patients. De ce fait, cette organisation s'investit dans des groupes de travail portant sur la prévention des risques.

Le référentiel de la JCAHO exige des structures de santé le maintien d'un processus d'identification, de signalement et d'analyse des incidents ou risques d'incidents. Le JCAHO propose également un livret afin de partager les expériences et les incidents survenus dans les hôpitaux. Cette initiative a pour objectif d'éviter des incidents similaires dans d'autres structures. Par ailleurs, la création d'un Office

de Surveillance de la Qualité (Office of Quality Monitoring) permet d'enregistrer les plaintes émises par les usagers au regard des structures sanitaires.

Depuis le 1er janvier 1989, l'accréditation aux Etats Unis inclut des critères sur la gestion des risques, encourageant la gestion intégrée des risques dans le cadre d'une démarche qualité. On peut noter un exemple de question posée lors des visites d'expertise aux établissements de santé: « Comment expliquez-vous au patient les risques, les avantages et les complications éventuelles que comporte chacune des techniques proposées ? »[3 ; 16 ; 18 ; 19; 20].

Les Partenariats Africains pour la Sécurité des Patients (APPS) [21] représentent un programme de la Sécurité des Patients de l'OMS se basant sur des partenariats durables entre des hôpitaux de la Région OMS Afrique et des hôpitaux d'autres régions. L'engagement pour la sécurité des patients est une condition préalable pour les soins de santé dans la Région Afrique selon APPS et permet de catalyser une série d'actions qui vont renforcer les systèmes de santé, permettre de construire les capacités locales et aider à réduire les erreurs médicales et nuisances aux malades. Le programme agit comme un canal pour l'amélioration de la sécurité des patients et s'étendra dans les pays.

La principale réalisation d'APPS est la mise en place fructueuse de partenariats pour la sécurité des patients entre huit hôpitaux Anglais et des hôpitaux en Ethiopie, au Ghana, au Malawi, au Mozambique, Rwanda, Tanzanie, Uganda et Zambie, tout comme entre les Hôpitaux Universitaires de Genève et des hôpitaux au Cameroun, Mali et Sénégal. APPS travaille également avec des partenariats entre trois hôpitaux en France et le Burundi, la Côte d'Ivoire et le Niger. L'APPS a développé une gamme de ressources techniques et des partenariats qui peuvent être utilisés pour l'action en matière de sécurité des patients en Afrique. Le programme a également conduit une série d'analyses sur les problèmes en rapport avec la sécurité

des patients dans la Région Afrique. En dépit de l'état récent du programme, le plaidoyer sur la sécurité des patients a conduit au développement de politiques nationales pour la sécurité des patients dans les pays Africains. L'action pour soutenir l'infrastructure à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales s'est déroulée dans tous les hôpitaux originaux de la 'première vague' de partenariat en Afrique

## VIII. LES NORMES JCI (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL)

Les normes relatives à la sécurité du patient (International Patient Safety Goals, mises à jour le 9 Février 2012) [8] sont décrite globalement comme suit :

- L'identification correcte des patients ;
- L'amélioration efficace de la communication ;
- L'amélioration de la sécurité des médicaments;
- L'amélioration de la sécurité chirurgicale;
- La réduction du risque des infections associées aux soins\*;
- La réduction des risques résultant de chutes.

# DEUXIEME PARTIE : NOTRE TRAVAIL

## I. INTRODUCTION

La procédure d'accréditation constitue un temps particulier d'appréciation au sein d'un processus continu d'amélioration de la qualité. L'auto-évaluation est l'étape essentielle de la procédure d'accréditation, à l'occasion de laquelle l'ensemble des professionnels de l'établissement de santé effectue sa propre évaluation de la qualité, en regard des référentiels. Ce diagnostic doit être conduit de manière objective. Ce souci d'objectivité et de mesure est indispensable pour la préparation de la visite d'accréditation de l'établissement de santé. Les experts-visiteurs s'appuient en effet sur les résultats de l'auto-évaluation pour apprécier avec l'établissement le niveau et la dynamique d'amélioration continue de la qualité.

L'accréditation a comme objectif d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, apprécier la dynamique des démarches d'évaluation et d'amélioration mises en œuvre, impliquer les professionnels dans toute la procédure, valoriser les actions d'évaluation et d'amélioration, renforcer la confiance du public par la communication des résultats et enfin formuler des recommandations explicites aux établissements

La Commission Mixte Internationale (JCI) a été créée en 1998 en tant que communauté internationale (Etats-Unis), elle a comme mission d' « améliorer la sécurité et la qualité des soins aux patients du monde entier ». La JCI a développé des normes et des programmes d'accréditation.

## II. OBJECTIF

Ce travail a pour objectif évaluer la sécurité des patients à l'hôpital des spécialités du CHU Hassan II de Fès selon les normes JCI relatives à la sécurité du patient.

## III. METHODE

### 1. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive des états des lieux des procédures et des pratiques en cours à l'hôpital universitaire Hassan II portant sur la sécurité des patients, cette enquête était réalisée le 16 et 17 Mai 2012.

### 2. Enquêteurs

Les enquêteurs sont appelés à effectuer un état des lieux aux services concernés en se référant aux critères contenus dans les grilles de l'auto-évaluation. A cet effet, un total de 08 enquêteurs répartis en deux équipes constituées chacune de 02 médecins et 02 infirmiers ont été recrutés et formés pour la réalisation de cette enquête. L'enquêteur ne devait pas passer dans son propre service d'activité.

### 3. Lieux d'étude

Un total de 11 services hospitaliers ont été inclus dans l'enquête et répartis comme suit :

- Deux blocs opératoires : Bloc op A3 et Bloc op gynéco-obstétrique,
- Trois services de chirurgie : Urologie, Chirurgie infantile et gynécologie
- Le service des urgences adulte,
- Services de Radiothérapie et Oncologie médicale,

- Services de médecine interne et de pédiatrie,
- Service de réanimation polyvalente.

#### 4. Recueil des données

Des grilles d'observation ont été élaborées en se basant sur le référentiel de l'organisme accréditeur (JCI) ainsi que sur le référentiel d'accréditation hospitalière du Ministère de la Santé version 2010.

Une grille est constituée de plusieurs objectifs qui peuvent comporter plusieurs critères et sous-critères que l'équipe enquêtrice a pour mission de vérifier dans les services enquêtés en utilisant comme source d'information l'observation directe ou l'entretien avec un personnel du dit service. L'ensemble est constitué de manière à ce que les six standards suivants soient vérifiés dans chaque service (Voir annexe):

- L'identification correcte des patients ;
- L'amélioration efficace de la communication ;
- L'amélioration de la sécurité des médicaments;
- L'amélioration de la sécurité chirurgicale;
- La réduction du risque des infections associées aux soins\*;
- La réduction des risques résultant de chutes.

#### 5. Analyse statistique

Une analyse descriptive a été faite sur les données recueillies. Les variables qualitatives ont été décrites par des pourcentages.

Chaque sous-critère constitue une variable binaire « présent-absent » et exprimé donc en pourcentage qui est le Taux de conformité pour un sous-critère donné.



Deux types de sous-critères ont été identifiés en fonction de l'unité statistique concernée par la mesure :

- Les sous-critères vérifiés auprès des patients : ils seront mesurés sur un échantillon de patients pour assurer la représentativité (en général tous les patients du service le jour de l'enquête seront inclus) et représenté sous forme de taux de conformité aux normes (nombre de fois où le sous-critère est respecté ou présent divisé par le nombre total des observations faites). Ensuite un score est constitué pour chaque critère global dans un service donné, le score est calculé par la moyenne arithmétique de tous les sous-critères qui composent ce critère global. Enfin les moyennes des scores de tous les services pour un critère donné étaient calculées pour exprimer le score total de l'hôpital.
- Les sous-critères vérifiés une seule fois dans un service donné (sous-critères structurels), ils seront soit présents soit absents dans un service donné. La moyenne arithmétique des scores dans tous les services était calculée pour donner un score final de l'établissement concernant un critère donné.

\*Cet aspect fait l'objet d'une enquête à part mené par le CLIN.

## IV. RESULTATS

### 1. Identification des patients

Les structures d'admission déterminées et le format d'identification décrit est conforme à 100% aux normes préétablies. Cependant, la procédure concernant le contrôle continu du processus d'identification est à 0% de conformité. Voir tableau 1.

Tableau 1 - Un processus de collaboration est mis en place pour élaborer une politique d'identification du patient (Critère 1)

Les critères organisationnels	Taux conformité global (%)
Structures d'admission déterminées	100
Procédures d'identification mis en place et validées	60
Personnel concerné par l'identification définit	90
Format d'identification décrit	100
Confidentialité des informations respectée	63
Tous les acteurs concernés par l'identification sont formés et sensibilisés	82
Le processus d'identification est continuellement contrôlé	00
Les données du contrôle sont utilisées pour améliorer le processus d'identification	—*
Un processus de collaboration est mis en place pour élaborer une politique d'identification du patient (Critère global)	77

\*Absence de contrôle

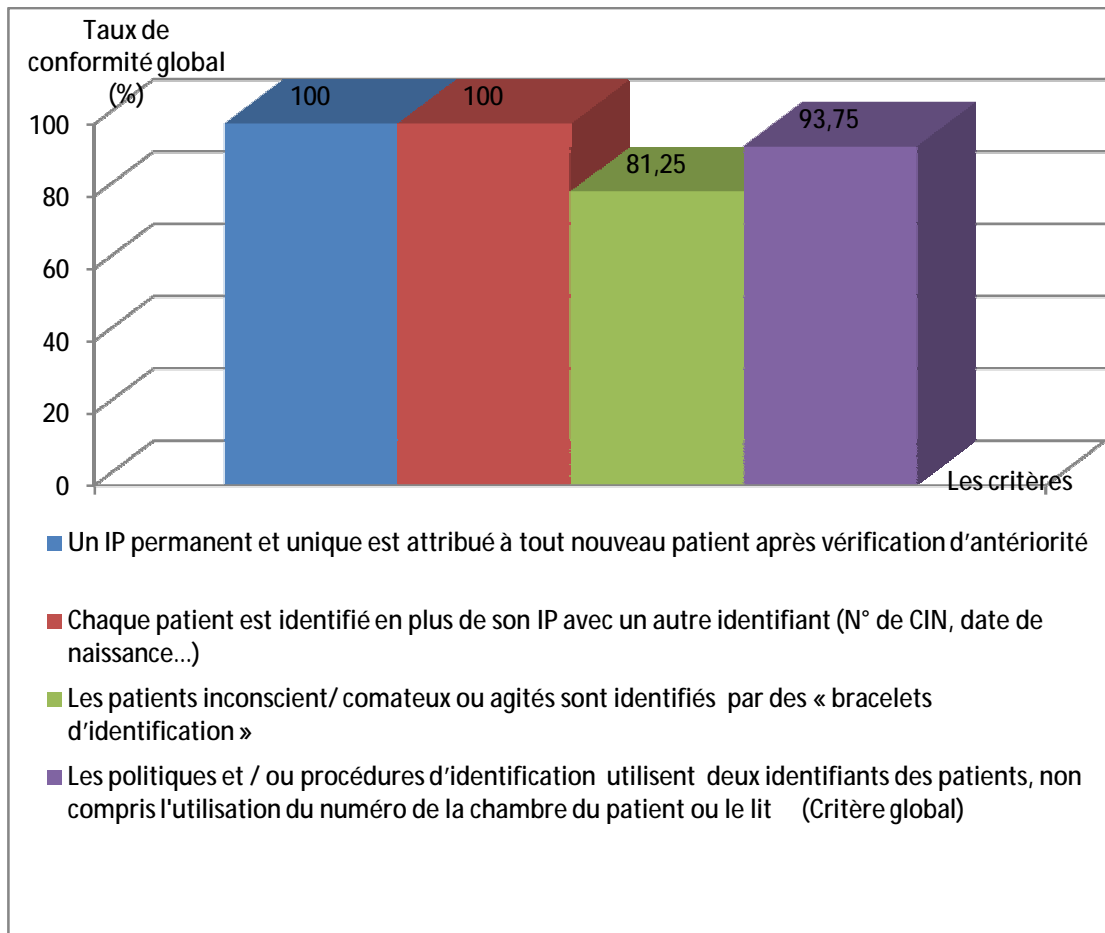


Figure 1 - Les politiques et / ou procédures d'identification utilisent deux identifiants des patients, non compris l'utilisation du numéro de la chambre du patient ou le lit (Critère2)

Selon notre étude chaque patient possède un IP permanent et unique après vérification d'antériorité et identifié aussi en plus de son IP avec un autre identifiant. Cependant, seulement 80% des patients inconscient/comateux ou agité sont identifié par des « bracelets d'identification ».

Concernant la vérification de l'identité lors de l'administration des médicaments, des produits sanguins ou lors de la transfusion, le taux de conformité varie entre 38,64% et 40,75% dans les meilleurs des cas.

Tableau 2- Les patients sont identifiés avant d'administrer des médicaments, du sang ou des produits sanguins (Critère3)

Les critères	Taux de conformité global (%)
La concordance d'identité entre le patient et l'ordonnance est vérifiée systématiquement avant chaque administration de médicament	38,64
La concordance d'identité entre le patient et les pochettes de sang ou les pochettes de produits sanguins est vérifiée systématiquement avant chaque transfusion	42,86
Les patients sont identifiés avant d'administrer des médicaments, du sang ou des produits sanguins (Critère global)	40,75*

\*Ce taux est représenté par une simple moyenne arithmétique des sous-critères qui le composent

Selon le critère global concernant la vérification de l'identité lors des prélèvements rentrants dans le cadre des essais cliniques, 38% des patients sont été sujets à l'identification avant la prise de sang et d'autres échantillons.

Tableau 3-Les patients sont identifiés avant la prise de sang et d'autres échantillons pour les essais cliniques (Critère 4)

Les critères	Taux de conformité global (%)
La concordance d'identité entre le patient et les consignes est vérifiée systématiquement avant chaque prise de sang	38
La concordance d'identité entre le patient et le document de référence est vérifiée systématiquement avant chaque prélèvement d'échantillon pour les essais cliniques	-----*
Les patients sont identifiés avant la prise de sang et d'autres échantillons pour les essais cliniques (Critère global)	38

\*Absence d'essais cliniques actuellement à l'hôpital.

Nous avons constaté que 78,18% des nos patients sont identifiés avant chaque geste médical et 56,26% sont identifiés avant des soins infirmier. Par ailleurs, La concordance d'identité entre le patient et son dossier est vérifiée systématiquement avant chaque geste d'appui au soin dans seulement 21% des situations.

Tableau 4- Les patients sont identifiés avant chaque geste médical, infirmier, d'appui au soin ou déplacement (Critère 5)

Les critères	Taux de conformité global (%)
La concordance d'identité entre le patient et son dossier est vérifiée systématiquement avant chaque soin médical	78,18
La concordance d'identité entre le patient et son dossier est vérifiée systématiquement avant chaque soin infirmier.	56,36
La concordance d'identité entre le patient et son dossier est vérifiée systématiquement avant chaque geste d'appui au soin (kinésithérapie, radio, ....)	21,05
La concordance d'identité entre le patient et le document de référence est vérifiée systématiquement avant chaque déplacement	75,75
Les patients sont identifiés avant chaque geste médical, infirmier, d'appui au soin ou déplacement (critère global)	57,8*

\*Ce taux est représenté par une simple moyenne arithmétique des sous-critères qui le composent

## 2. Amélioration de la communication efficace

Concernant la communication entre les personnels, notre étude à montre que dans 60% des cas les consignes médecin/médecin sont écrites lisiblement et signées. Cependant, la procédure pour la transmission/récupération des résultats soit par communication verbale ou téléphonique n'existe que dans 10% des cas. D'autre part, il n'existe aucune procédure concernant la communication interpersonnelle.

Tableau 5-Amélioration de la communication entre le personnel (critère 1)

Les critères organisationnels	Taux de conformité global (%)
Un processus de collaboration est mis en place pour déterminer des politiques et/ ou des procédures de communication verbales ou téléphoniques	00
Une procédure pour les communications verbales existe	00
Une procédure pour les communications téléphoniques existe	00
Une procédure pour la transmission/ récupération des résultats soit par communication verbale ou téléphonique existe	10
Les consignes médecin/médecin sont écrites lisiblement et signées	60
Les consignes Infirmier/infirmier sont écrites lisiblement et signées	56
Amélioration de la communication entre le personnel (critère global)	19,25

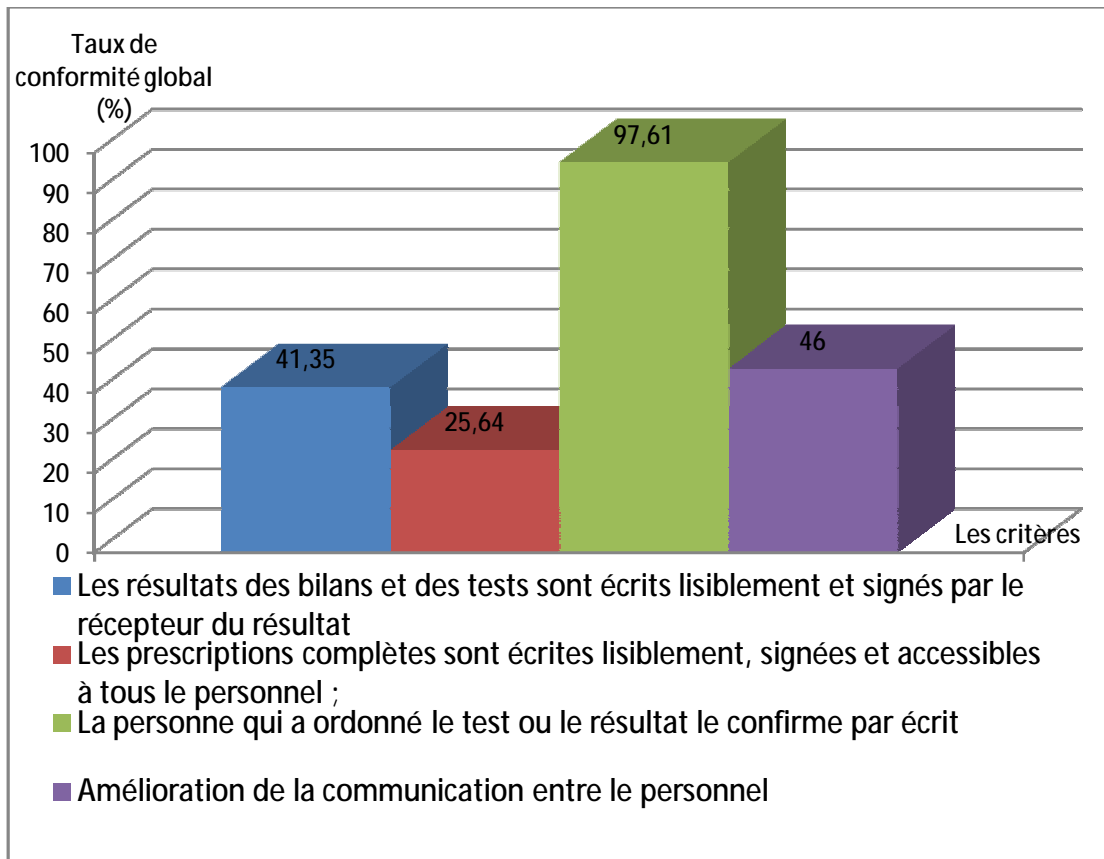


Figure 2- Amélioration de la communication entre le personnel (critère 1) (suite)

Concernant la diffusion et la communication de la réception des résultats des bilans et des tests 41,35% de ces résultats sont écrits lisiblement et signés par le récepteur, et la personne qui a ordonné le test ou le résultat le confirme par écrit dans 97,61% de cas.



### 3. Amélioration de la sécurité des produits pharmaceutiques

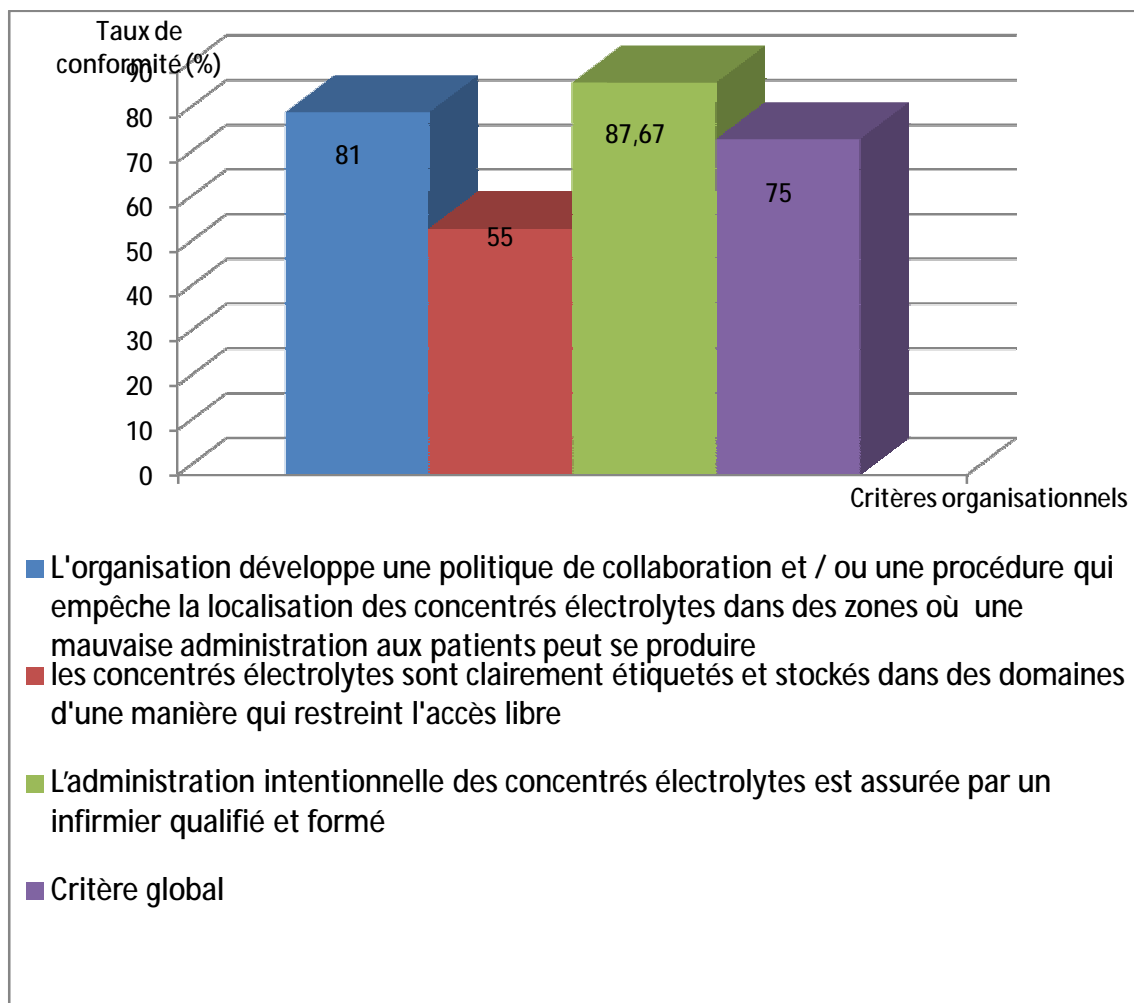


Figure 3-L'organisation développe une politique de collaboration et / ou une procédure qui empêche la localisation des concentrés électrolytes dans des zones où une mauvaise administration aux patients peut se produire (critère1)

Les concentrés électrolytes sont clairement étiquetés et stockés dans des domaines d'une manière qui restreint l'accès libre dans seulement 55% des cas et l'administration intentionnelle des concentrés électrolytes est assurée par un infirmier qualifié et formé dans 87,67% selon notre étude.

#### 4. Site et procédures en chirurgie

Les processus collaboratif pour élaborer des politiques et/ou des procédures standards assurant correctement le site, les patients, et les procédures entre autre celles effectuées en dehors du bloc opératoire ne sont pas conformes aux normes préétablies. Dans les listes des personnels qui interviennent dans la prise en charge des patients les coordonnées ne sont mentionnées que dans 33% et les horaires des champs de travail dans 67%.

Tableau 6-Critères 1 et 2 relatifs aux procédures en chirurgie

Critères organisationnels	Taux de conformité (%)
Un processus collaboratif existe pour élaborer des politiques et/ou procédures standards assurant correctement le site, les patients, et les procédures entre autre celles effectuées en dehors du bloc opératoire (Critère1)	00
<i><u>Une liste de tout le personnel qui intervient dans la prise en charge du patient est disponible, elle comprend (Critère 2) :</u></i>	
Les coordonnées pour contacter la personne ainsi que son poste	33
Un horaire qui regroupe des champs de travail du personnel ainsi que les moyens d'en joindre les membres à distance	67

Une proportion de 67% des patients qui arrivent dans les services de chirurgie sont vérifiés par une liste de vérification d'admission en salle d'opération. Alors qu'il n'existe aucun processus pour vérifier que tous les documents nécessaires sont disponibles, corrects, et fonctionnels. Par ailleurs il n'existe aucun manuel contenant des politiques et des procédures qui régissent l'activité au bloc opératoire.

Tableau 7-Critères 3 ,4 et 5 relatifs aux procédures en chirurgie

Critères organisationnels	Taux de conformité (%)
L'organisation utilise un processus pour vérifier que tous les documents et équipements nécessaires sont disponibles, corrects et fonctionnels (critère3)	0
Il y a une liste de vérification d'admission en salle d'opération pour tous les patients qui arrivent dans le service. (critère 4)	67
<i><u>Il y a un manuel des politiques et procédures qui décrit (critère 5) :</u></i>	
Les questions relatives à la gestion du bloc opératoire.	0
Les questions cliniques du bloc opératoire	0
Chaque opération a ses protocoles chirurgicaux et anesthésiques.	0
Les politiques et procédures sont régulièrement révisées.	0

Le type d'intervention chirurgicale est confirmé par le personnel et le patient dans seulement 52,94% des cas, le statut des allergies potentielles dans 87,50% selon notre étude. A noter que dans 100% des cas les résultats des examens et des tests en laboratoire sont vérifiés et figurent dans le dossier médical, et la zone de l'intervention chirurgicale est préparée conformément aux procédures et protocoles

(rasage, etc.) dans 50% comme le montre le tableau 11. Cependant, l'identification des patients à l'aide d'un bracelet ainsi que le formulaire de consentement signé sont totalement absents.

Tableau 8-Critère 4bis relatif aux procédures du bloc opératoire

Les critères	Taux de conformité global (%)
Le bracelet d'identification du patient existe	00,00
Le nom et les détails du personnel doivent être confirmés.	00,00
L'organisation utilise une marque reconnue pour l'identification du site opératoire et implique le patient dans le processus de marquage	76,66
Le type d'intervention chirurgicale confirmé (par le personnel et le patient).	52,94
Le formulaire de consentement signé par le chirurgien et le patient	00,00
Le statut des allergies potentielles est confirmé.	87,50
Les bijoux et les vernis à ongle sont ôtés	100,00
Les résultats des examens et des tests en laboratoire sont vérifiés et figurent dans le dossier médical.	100,00
Les alliances sont recouvertes (si elles sont portées).	100,00
Les lentilles de contact sont ôtées.	----- *
Les dentiers et autre prothèses sont ôtés.	100,00
L'état « Rien dans la bouche » est confirmé.	100,00
La zone de l'intervention chirurgicale est préparée conformément aux procédures et protocoles (rasage, etc.).	50,00
Une section doit être complétée par le personnel du service/ unité de soins avant son transfert au bloc et une autre section qui sera complétée par le personnel du bloc opératoire. (Critère global)	63,9*

\*Ce taux est représenté par une simple moyenne arithmétique des sous-critères qui le composent

L'énumération de matériel utilisé durant l'intervention chirurgicale dans une liste au début et la fin d'intervention est totalement non pratiquée.

Tableau 9-Le critère 6 concernant l'usage du matériel chirurgical

Les critères	Taux de conformité global (%)
Le matériel est énuméré dans cette liste au début et la fin de l'intervention	00
La liste figure dans le dossier médical.	00
La liste est signée par deux opérants	00
Le matériel (éponges, aiguilles et instruments) utilisé durant l'intervention est énuméré dans une liste au début et la fin de l'intervention.	00

Concernant les critères relatif aux procédures en chirurgie, nous avons retenue que la programmation des interventions chirurgicales en tenant compte des priorités et des cas urgents étaient a conforme à 100%. Le nettoyage des salles opératoires entre les interventions étaient fait dans 33% des cas alors que la documentation regardant la sécurité du patient et du personnel au bloc était à 0% de conformité ou totalement absente (voir tableau 13).

Tableau 10-Critère 7 relatif aux procédures en chirurgie

Critères organisationnels	Taux de conformité (%)
L'admission au bloc opératoire, en salle d'opération et le transfert du bloc après l'intervention	00
La programmation des interventions chirurgicales en tenant compte des priorités et des cas urgents	100
Les protocoles chirurgicaux et anesthésiques pour chaque acte opératoire	00
Le nettoyage des salles opératoires entre les interventions	33
Les techniques d'asepsie	00
La sécurité du patient (risque anesthésique, brulures, choc, chutes...)	00
La sécurité du personnel (surtout vis-à-vis de la fluoroscopie, de l'emploi de laser, du gaz et vapeur anesthésique, blessure par objets tranchants, maladies transmissibles) ;	00
L'usage des sédatifs/ les traitements contre la douleur	00
Les mesures de précautions standards/universelles	0
Les politiques et procédures sont régulièrement révisées	0
Critères global	13 ,33

Selon notre étude on a constaté que le contenu en matériaux du chariot pour la réanimation des patients au bloc est conforme à 54,76% seulement vu qu'il ne contient pas de piles rechargeable pour laryngoscope et que ce contenu n'est pas vérifié quotidiennement.

Tableau 11-Critère 8 relatif aux procédures en chirurgie

Critères organisationnels	Taux de conformité (%)
Un défibrillateur (au moins un par service)	100
Un moniteur cardiaque	67
Des médicaments d'urgence	100
Matériel d'accès vasculaire	100
Un appareil de la surveillance de la transmission neuromusculaire	00
Un aspirateur mobile	33
Des tuyaux et des sondes d'aspiration de toutes les tailles.	100
Des ballons de ventilation de toutes les tailles	33
Des sondes d'intubation de toutes les tailles	67
Un plan dur	67
Un laryngoscope avec plusieurs lames	67
Des piles de recharge et des ampoules pour le laryngoscope	00
Un système de réchauffement des liquides de perfusion et de transfusion rapide	33
Un membre du personnel vérifie quotidiennement le contenu du chariot. Cette opération quotidienne est enregistrée par écrit.	00
Critère global (Existence d'un chariot contenant les objets ci-dessus)	54,76

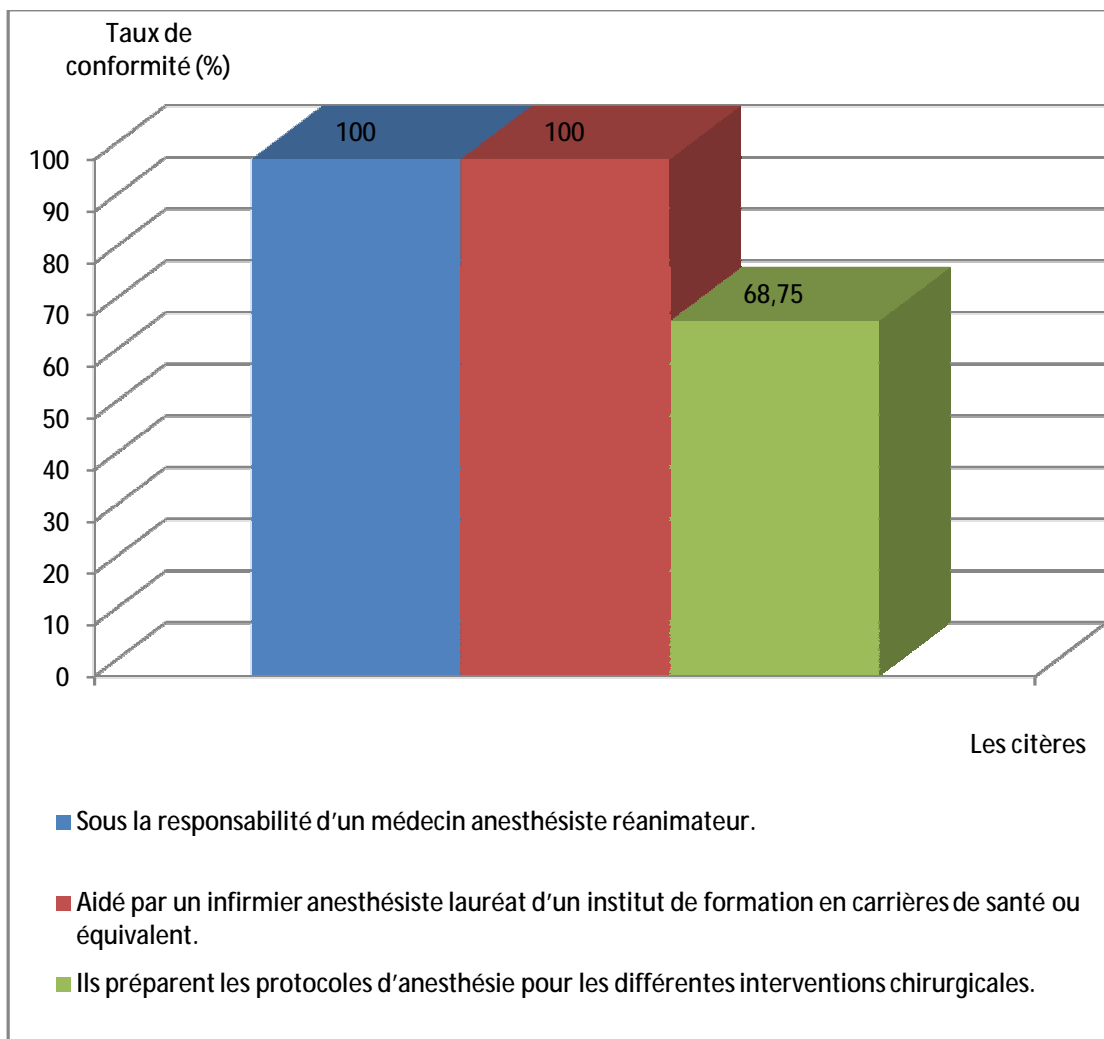


Figure 4-Critère 9 relatif aux activités d'anesthésie

Dans le graphique 15, on voit que l'anesthésie des malades est 100% sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur et aidé par un infirmier anesthésiste. Cependant, la préparation des protocoles d'anesthésie n'est faite à l'avance que dans 68,75% des cas.



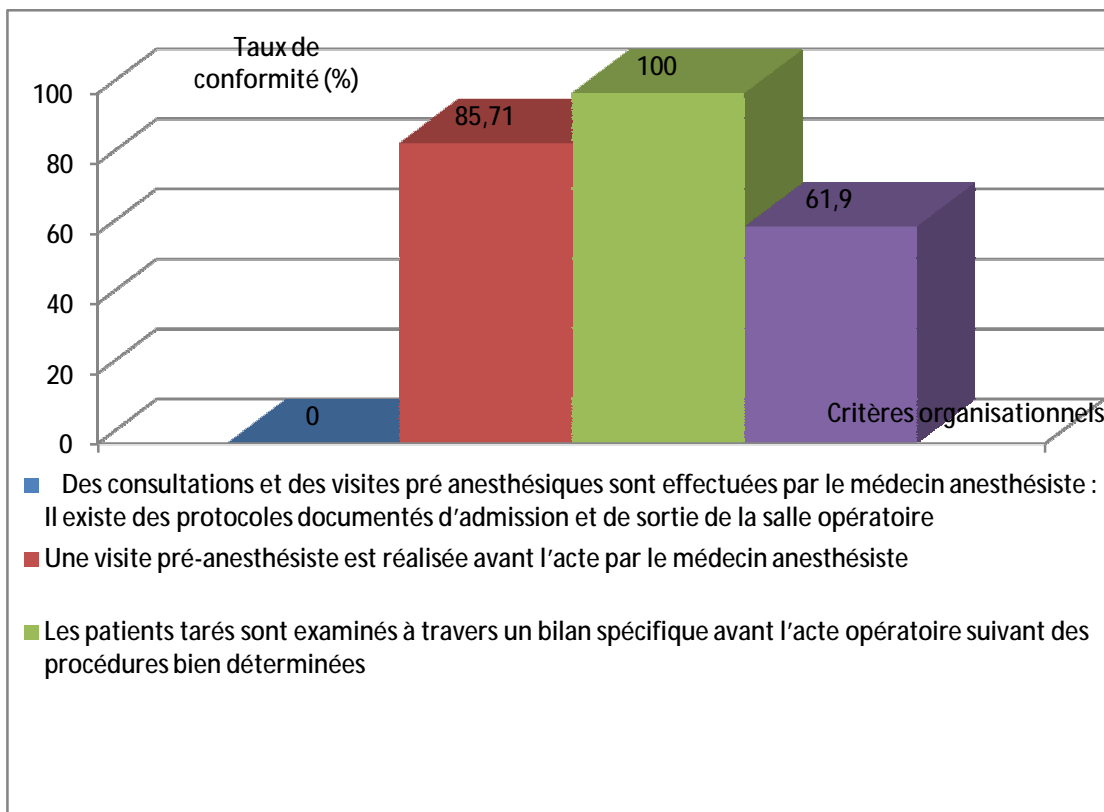


Figure 5-Critère 10 relatif aux visites et consultations pré anesthésiques

Notre étude montre qu'une visite pré-anesthésiste est réalisée avant l'acte par le médecin anesthésiste dans 85,71% des cas et 100% des patients tarés sont examinés à travers un bilan spécifique avant l'acte opératoire suivant des procédures bien déterminées. Malheureusement, les protocoles documentés relatifs aux visites de pré-anesthésie sont totalement absents.

On a noté que la majorité des matériaux adéquats et nécessaires à l'anesthésie sont disponibles dans chaque salle et ceci dans 100% des cas sauf la bouteille d'oxygène de réserve, quatre tailles différentes de masques et le kit de trachéotomie d'urgence qui sont disponibles dans seulement 33% des cas, quand au chariot de réanimation, le kit pour intubation difficile et le système d'évacuation des gaz d'anesthésie, ces derniers disponible et opérationnel dans 67% des cas.

Tableau 12-Le matériel adéquat et nécessaire à l'anesthésie est disponible dans chaque salle opératoire (critère 11)

Critères organisationnels	Taux de conformité (%)
Deux prises d'oxygène	100
Deux prises vides	100
Une prise d'air comprimé	100
Une bouteille d'oxygène de réserve	33
<i><u>Un matériel de surveillance multiparamétrique groupé ou séparé composé de :</u></i>	
Un cardioscope (ECG)	100
Un oxymétrie de pouls	100
Un appareil de mesure de la TA	100
Un analyseur des gaz	100
Un capnographe	100
Des sondes d'intubation de toutes tailles, conduits respiratoires et tubes de ventilation doivent être disponibles	100
Un aspirateur mobile à deux bouches avec des sondes d'aspiration de différentes tailles	100
Un chariot de réanimation	67
Un kit pour intubation difficile	67
Quatre tailles différentes de masques	33
Un kit de trachéotomie d'urgence	33
Un système d'évacuation des gaz d'anesthésie est disponible et opérationnel	67
Critère global	76,5

Le tableau 18 montres que l'évaluation de l'état du patient lors de l'acte opératoire est continue pendant qu'il est inconscient dans 54,54% des cas, cette évaluation est documentée par de formulaires conçus à cet effet, signés par l'anesthésiste et conservés dans le dossier du patient dans 43.75%.

Tableau 13-L'anesthésiste est chargé de l'évaluation de l'état du patient et du matériel pendant l'acte opératoire. Cette évaluation doit être documentée (Critère 12)

Les critères	Taux de conformité global (%)
L'évaluation continue de l'oxygénation, la ventilation, la circulation et la température du patient pendant qu'il est inconscient.	54,54
Les paramètres susmentionnés doivent être documentés par le biais de formulaires conçus à cet effet, signés par l'anesthésiste.	43,75
Ces formulaires doivent être conservés dans le dossier du patient.	43,75
Des preuves documentées sont disponible, attestant la présence de l'anesthésiste dans la salle d'opération jusqu'à ce que le patient quitte la salle vers la salle de réveil.	50,00
Des preuves sur la prise en charge post-anesthésique documentées sont disponibles.	00,00
La surveillance de base doit être assurée et documentée en salle de réveil comprenant un accès facile à un défibrillateur	37,50
Les activités anesthésiques sont documentées dans le dossier du patient sur un dossier anesthésique spécifique	00,00
L'anesthésiste est chargé de l'évaluation de l'état du patient et du matériel pendant l'acte opératoire. Cette évaluation doit être documentée (critère global)	32,8*

\*Ce taux est représenté par une simple moyenne arithmétique des sous-critères qui le composent

Concernant la sécurité au bloc opératoire, un registre de la salle d'opération est maintenu dans 67% des cas, et les différents professionnels assurent une continuité de la prise en charge du patient pré, per et postopératoire à travers des fiches de transmission écrites dans 33% des cas. Les systèmes de ventilation, de transport ainsi qu'une unité mobile de radiologie sont présents à 100% ainsi que les services de laboratoires, de pharmacie et de collecte et de distribution des produits sanguins pendant les horaires réguliers du travail du bloc. Cependant, Il n'existe pas de normes écrites pour la préparation et/ou la maintenance des salles d'opération ainsi qu'un manuel de politiques et de procédures décrivant l'administration de l'anesthésie et les problèmes de gestion relatifs au service doit être disponible

Tableau 14-Critères 13 à 20 concernant la sécurité au bloc opératoire

Critères organisationnels	Taux de conformité (%)
Il y a un système de ventilation/ climatisation qui assure le changement d'air dans les salles d'opération.	100
Il existe des normes écrites pour la préparation et/ou la maintenance des salles d'opération.	00
Un système de transport pour le bloc opératoire avec le personnel nécessaire est disponible.	100
L'établissement assure la disponibilité d'une unité de radiologie mobile, des services de laboratoire, de pharmacie et de collecte et de distribution des produits sanguins pendant les horaires réguliers de travail au bloc.	100
Les différents professionnels assurent une continuité de la prise en charge du patient pré, per et postopératoire à travers des fiches de transmission écrites	33
Un registre de la salle d'opération est maintenu, il contient au moins l'identification du patient, du chirurgien, de l'anesthésiste, la date et l'heure de l'intervention ainsi que le compte rendu opératoire.	67
L'établissement utilise une check-list de vérification et de délai d'attente juste avant de commencer une intervention chirurgicale	33
Un manuel de politiques et de procédures décrivant l'administration de l'anesthésie et les problèmes de gestion relatifs au service doit être disponible	00

Notre étude a constaté qu'un membre du personnel infirmier ayant au moins 5ans d'expérience dans la gestion du bloc opératoire est désigné infirmier chef du bloc opératoire dans 67% des cas et il est charge de la supervision du travail du personnel infirmier, l'établissement des horaires de service et répartition des salles d'opération et la détermination des besoins en matériel chirurgical dans 100%.

Tableau 15-Critère 21 concernant la sécurité au bloc opératoire

Critères organisationnels	Taux de conformité (%)
Un membre du personnel infirmier ayant au moins cinq ans d'expérience dans la gestion du bloc opératoire est désigné infirmier chef du bloc opératoire	67
<i>Il est chargé de :</i>	
La supervision du travail du personnel infirmier	100
L'établissement des horaires de service et répartition des salles d'opération	100
La détermination des besoins en matériel chirurgical, d'instruments, médicaments, matériels jetables, antiseptiques et diverses fournitures	100
L'agencement du cabinet à instruments et des boites à instruments	100
La réception et l'envoi de ces matériels pour nettoyage et stérilisation	100
L'élimination des détritrus et déchets solides à l'extérieur de l'aire chirurgicale	67
Le respect des normes d'asepsie, tant dans les salles d'opération que dans les secteurs adjacents, même en ce qui concerne les médecins	100
Critère global	91,66

Les procédés d'admission et de préparation préopératoire sont les mêmes pour les patients soumis à une opération chirurgicale de jour ainsi que les patients admis à l'établissement pour plusieurs jours et sont conformes à 100%. Concernant la chirurgie de jour, procédure d'admission et de sortie est à 0% de conformité ainsi que les informations concernant les soins et le suivi. Cependant les critères d'admission et de sortie est à 50% de conformité.

Tableau 16-Critères 22 et 23 relatifs à la sécurité au bloc opératoire

Critères organisationnels	Taux de conformité (%)
<i><u>Les politiques et procédures de la chirurgie du jour comprennent, à titre énumératif et non pas exhaustif (critère 22):</u></i>	
La procédure d'admission et de sortie	00
Les critères d'admission et de sortie	50
Les informations concernant les soins et le suivi	00
Critère global	16,66
<i><u>Pour les patients qui subissent une chirurgie de jour (qui passent moins de 24h à l'établissement) (critère 23) :</u></i>	
L'établissement dispose d'une unité séparé pour les patients subissant une chirurgie bénigne	33
Les dossiers patients dans le cas d'une chirurgie de jour doivent être complets, de même que pour les autres types de chirurgie.	77,77
Les patients soumis à une opération chirurgicale d'un jour doivent passer par les mêmes procédés d'admission et de préparation préopératoire que les patients admis à l'établissement pour plusieurs jours.	100,00
Critère global	70,25*

\*Ce taux est représenté par une simple moyenne arithmétique des sous-critères qui le composent

En fin de notre étude, on a constaté qu'il n'existe pas des procédures détaillées propre à l'anesthésie et que le chef de service d'anesthésie n'assiste pas aux réunions du comité du bloc opératoire et ne dispose pas des procès verbaux des réunions (critères 24 à 27) voir tableau22.

Tableau 17-Critères 24, 25, 26 et 27 relatifs à la sécurité au bloc opératoire

Critères organisationnels	Taux de conformité (%)
Le chef de service d'anesthésie assiste aux réunions du comité du bloc opératoire et dispose des procès verbaux des réunions (critère 24)	00
Il existe des politiques et des procédures détaillées propre à l'anesthésie Locorégionale (critère 25)	00
Le chef de service d'anesthésie établit un plan annuel exposant le programme de formation continue de personnel (critère 26)	00
Il existe des preuves écrites que le personnel d'anesthésie subit régulièrement des séances de formation continue en rapport avec le rôle et les responsabilités de chacun dans le service. (critère 27)	00

## 5. Prévention du risque résultant des chutes

Concernant les chutes, les risques des chutes des patients évalués a l'admission et réévalués en cas de changement du statut du patient est a 0% de conformité. Les propositions des interventions pour prévenir la récurrence des chutes et leurs complications ont été faites dans 64%. Concernant les moyens de sécurité



qui permettent d'assurer la sécurité pour un malade présentant un risque de chute, ils sont disponibles dans 70% des cas. Globalement l'ensemble des critères relatifs au risque de chute ne sont conformes qu'à 40%.

Tableau 18-Critères 1 à 4 relatifs à la prévention du risque des chutes

Critères organisationnels	Taux de conformité
un processus de collaboration existe pour développer des procédures visant à réduire le risque de blessures secondaires aux chutes (critère 1)	00
Les risques résultant des chutes des patients sont évalués à l'admission et réévalués en cas de changement de statut du patient (critère 2):	00
Les pathologies responsables de la chute sont déterminées	00
Les principales situations à risque de chute grave sont déterminées	09
Les conséquences de la chute sont déterminées	45
Critère global	14,4
Des interventions susceptibles de prévenir la récurrence des chutes et leurs complications sont proposées (critère 3)	64
Il existe des moyens de sécurité qui permettent d'assurer la sécurité pour un malade présentant un risque de chute (critère 4):	70
Les salles de bain sont dotées de barres de sécurité	00
Les escaliers sont dotés de barres de sécurité	00
Des déambulateurs permettant d'aider des personnes rencontrant des difficultés à se mouvoir sont disponibles	57
Critère global	40,9

## V. DISCUSSION

Dans ce travail, nous avons procédé à une évaluation de l'hôpital universitaire Hasan II de Fès selon les normes JCI (joint commission international) relatives à la sécurité du patient. Ceci dans la perspective d'instaurer ces mêmes normes pour se préparer à une éventuelle accréditation. Cette initiative s'inscrit dans une démarche qualité dans laquelle notre hôpital est entrain de s'engager. Cette évaluation était basée sur le référentiel de l'organisme accréditeur (JCI) ainsi que sur le référentiel d'accréditation hospitalière du Ministère de la Santé marocain.

Cette autoévaluation de la sécurité du patient concerne six domaines bien individualisés à savoir, l'identification correcte des patients, la communication interpersonnelle, la sécurité des produits pharmaceutiques, la sécurité au bloc opératoire, les risques résultants des chutes et la prévention des infections liées aux soins. Ce dernier domaine a fait l'objet d'une enquête indépendante et ne sera pas abordé ici.

Cette étude a mis le point sur plusieurs défaillances ou infirmités mais aussi elle a objectivé des aspects bien positifs, nous allons les discuter dans ce qui suit point par point. Concernant l'identification des patients, les structures d'admission (les services d'hospitalisation) des patients sont bien déterminées dans 100% des cas, mais les procédures concernant l'identification des patients ne sont présentes que dans 60% des cas. À noter que la confidentialité des informations concernant les patients n'est pas toujours respectée (les mots de passe sont divulgués dans 37% des cas). Il n'existe pas un processus permettant le contrôle continu d'identification c.à.d. un contrôle en continu du système d'information hospitalier par les surveillants par exemple, pour chercher des anomalies d'identification comme les doublons. Pour chaque patient à l'entrée est attribué un IP permanent et unique, en plus de cet IP, le patient est identifié par un autre identifiant comme le

numéro de CIN, et la date de naissance. Mais, seulement 81,25% des patients comateux, agitée ou inconscient ont des bracelets d'identification.

L'identité entre le patient et son ordonnance est vérifiée systématiquement avant chaque administration de médicaments dans seulement 38,64% des cas et avant chaque transfusion dans 42,86% des cas. Ceci est inadmissible car il peut être une source d'erreurs très graves pour le patient. Par ailleurs, 78,18% des soins médicaux sont administrés aux patients après avoir vérifié l'identité entre le patient et son dossier, quant aux soins infirmier, cette vérification est faite à 56,36% c.à.d. dans environ la moitié des cas, quand nous avons interrogé les infirmiers, ils affirment qu'ils se rappellent parfaitement des malades cependant ceci n'exclut pas le risque d'erreur.

Pour améliorer la communication entre les personnels, aucun processus de collaboration n'est mis en place pour déterminer les procédures de communication verbales ou téléphoniques, mais il existe dans 10% des cas des procédures permettant la transmission et la récupération des résultats soit par téléphone ou verbale. Concernant les consignes entre les médecins, elles sont écrites lisiblement et signées dans 60% des cas. Alors que la passation écrite des consignes entre les infirmiers n'est faite que dans 56% des cas. Ceci peut être expliqué par la peur de responsabilisation du personnel soignant, cependant cette responsabilisation est obligatoire car c'est un outil efficace d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Par ailleurs, seulement 41,35% des résultats des bilans et des tests sont écrits et signés par le récepteur du résultat, quant aux prescriptions ils sont écrits lisiblement, signés et accessible a tous les personnels dans seulement 25,64% cas. Nous avons également constaté que presque tous les tests ou les résultats sont confirmés par écrit dans le dossier médical (97,61% cas). Globalement on constate qu'il existe beaucoup de problèmes et d'insuffisances concernant la

communication interpersonnelle, cette communication est majoritairement de nature orale et non écrite, c'est une culture qu'il faut instaurer à l'aide de formation et de procédures.

Concernant le domaine de la sécurité des produits pharmaceutiques, tout d'abord, Les concentrées électrolytes ne sont bien stockés et étiquetés avec restriction a l'accès libre que dans 55% des cas. Ces électrolytes sont administrés par un infirmier qualifié dans 87,67% des cas. Par ailleurs, dans 81% des cas les services ont développé une procédure qui empêche la localisation des concentres électrolytes dans des zones permettant une mauvaise utilisation. Globalement ce domaine de la sécurité des produits pharmaceutiques dans notre hôpital est conforme à 75%. Par conséquent, d'avantage d'efforts sont nécessaires dans ce domaine.

L'autre domaine aussi très important qui a été exploré par cette étude concerne les procédures en chirurgie et précisément au bloc opératoire. On constate qu'il y a un manque totale de certaines procédures au bloc opératoire permettant la garantie de la sécurité des patients, à savoir ; l'absence de collaboration pour élaborer des politiques des procédures visant le bloc opératoire, le manque de processus de vérification de documents et équipements, l'absence de manuels contenant des procédures relatifs aux protocoles chirurgical et anesthésique, l'absence totale d'identification des patients par des bracelets ainsi que la confirmation de l'identité du personnel au bloc. Par ailleurs, nous avons aussi noté l'absence des consentements signés par le chirurgien et le patient. Ces procédures sont très essentielles pour assurer une bonne qualité de soins donnés aux patients.

D'autres procédures relatives au bloc opératoire ont été conformes aux normes JCI à des pourcentages divers avec un taux de conformité variant du médiocre à l'acceptable. Ces procédures sont explicités comme suit ; Une liste

contenant les coordonnées du personnel soignant existe dans 33% des cas, une liste de vérification d'admission en salle d'opération existe dans 67% des cas, le marquage de site opératoire était fait dans 76,66%, la zone d'intervention chirurgicale est préparée conformément aux procédures dans 50% des cas, les bijoux, vernis à ongle, les alliances, les dentiers et autres prothèses étaient toujours ôtés et l'état « Rien dans la bouche » était confirmé dans 100% des cas, de la même manière les résultats et tests de laboratoire sont vérifiés et figurent dans le dossier médical dans 100% des cas.

La programmation des interventions chirurgicales était toujours faite et ceci en tenant compte des priorités et des cas urgents. Mais les procédures écrites concernant les techniques d'asepsie, les traitements contre la douleur, mesures et précautions standard, le nettoyage des salles d'opération entre les interventions n'existent que dans 13% des cas. On conclut que tous ces procédures sont habituellement faites mais sans documentation.

Concernant le matériel (éponges, aiguilles et instruments) utilisé durant l'intervention, aucun de ces matériaux n'est énuméré dans une liste au début et la fin de l'intervention. Par ailleurs, Il existe un chariot qui contient les matériaux nécessaires pour l'intervention chirurgicale au bloc opératoire, mais on constate que l'appareil de surveillance de la transmission neuromusculaire, les piles de recharge et les ampoules pour le laryngoscope ne figurent pas dans ce chariot, ceci ne paraît avoir qu'une importance secondaire mais le poids de ces erreurs vis-à-vis de la sécurité du patient d'une part et du processus d'accréditation d'une autre part est non négligeable. Toujours concernant le contenu du chariot au bloc opératoire, nous avons constaté l'existence des sondes d'intubation, des plans durs, des laryngoscopes et de « plusieurs lames » dans 67% des cas, un aspirateur mobile, des ballons de ventilation de toutes tailles, et des systèmes de réchauffement des

liquides de perfusion et de transfusion rapide dans seulement 33% des cas. Malheureusement, l'enquête a montré que personne ne vérifié le contenu du chariot quotidiennement. Encore une fois, cette étude d'auto-évaluation met en évidence une gestion non standardisée et non planifiée à l'avance de certains aspects de la pratique au bloc opératoire.

Les activités d'anesthésie constituent une partie intégrée du travail au bloc opératoire. Ces activités sont à 100% sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste réanimateur qui est aidé par un infirmier anesthésiste. Ils préparent les protocoles d'anesthésie pour les différentes interventions chirurgicales en avance dans 68,75% des cas. Le médecin anesthésiste effectue les consultations et les visites pré anesthésique avant l'acte opératoire dans 85,71% des cas. Néanmoins, les protocoles documentés concernant l'admission et la sortie de la salle d'opération n'existent pas. La majorité du matériel adéquat et nécessaire à l'anesthésie est disponible dans chaque salle opératoire, cependant, certains équipements manquaient lors de notre visite, notamment, le chariot de réanimation, les kits d'intubation difficile et les systèmes d'évacuation des gaz d'anesthésie opérationnelles lesquels ne sont disponibles que dans 67% des cas, une bouteille d'oxygène de réserve, « quatre tailles différentes des masques », et un kit de trachéotomie d'urgence n'étaient présents que dans seulement 33% des cas.

Au cours d'une intervention, l'évaluation de l'état du patient et du matériel par l'anesthésiste n'est documentée que dans 32,8% des cas.

Les politiques et procédures de la chirurgie de jour sont documentés dans 16% des cas alors qu'il n'y a pas un planning fait par le chef de service de réanimation concernant la formation continue des personnels anesthésistes. Ce dernier critère manquant est également important pour l'accréditation de l'hôpital.

On constate que la plupart des problèmes rencontrés au bloc opératoire concerne le manque de documentation. Il n'existe pas un processus de documentation pour montrer que toutes ces procédures sont réalisées.

Pour les risques résultants des chutes, les procédures et manuel écrit dans chaque service relatif aux risques de chute n'existent pas. Par ailleurs les critères concernant l'existence de moyen de sécurité dans les services sont conformes dans 40% des cas.

Diverses études (ENEIS [L'Enquête National sur les Evénements Indésirables lies aux Soins] 2004 et 2009 pour la France) montrent le caractère fréquent, parfois grave, souvent évitable, des événements indésirables associés aux soins survenant en établissements de santé. Ces études concordent pour montrer que la cause de ces événements indésirables est rarement liée au manque de compétence technique des professionnels. Ils sont le plus souvent secondaires à des défauts d'organisation, de coordination, de vérification ou de communication, ce qui résume globalement le fait d'une insuffisance ou d'un manque de culture commune de sécurité [22 ; 23].

La mise en place d'une véritable gestion des risques dans les établissements de santé vise à organiser de façon collective, cohérente et pérenne une démarche de réduction des risques associés aux soins. Ceci sur la base d'une politique institutionnelle et d'un programme d'actions évolutif selon les risques spécifiques de l'établissement et les priorités retenues.

Les enjeux de cette problématique de santé publique sont nombreux [22] :

- enjeux humains (les patients et les familles tout d'abord en termes de conséquences émotionnelles et physiques, mais aussi les professionnels de santé concernés par la survenue d'un évènement indésirable),

- enjeux stratégiques (réputation de l'établissement, maintien d'une activité à risques dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins),
- enjeux techniques et organisationnels, financiers [22 ; 24] juridiques et assuranciers.

Le risque en établissement de santé est encore trop souvent abordé de façon cloisonnée. Si certains risques cliniques sont fortement pris en compte (risque transfusionnel, risque infectieux), d'autres peuvent l'être insuffisamment malgré leur importance (gestion de l'identité, risque médicamenteux, iatrogénie associée aux actes techniques, etc.).

Trois grandes catégories de risques peuvent être identifiées [22] :

- la première directement associée aux soins (organisation et coordination des soins, actes médicaux, hygiène, utilisation d'un produit de santé, gestion de l'information, etc.) ;
- la seconde liée aux activités dites de soutien sans lesquelles les soins ne pourraient être correctement mis en œuvre (effectif de personnel et gestion des compétences, équipements et leur maintenance, achats et logistique, système d'information, etc.) ;
- la troisième liée à la vie hospitalière et à l'environnement (sécurité des personnes et des biens, risque de chutes etc.).



## RECOMMANDATIONS

- Avoir des procédures qui sont claires, bien détaillées et disponibles à tout le personnel dans un service donné.
- Engager un personnel responsable de la qualité (qualiticiens) dans chaque service hospitalier.
- Revoir les structures des services hospitaliers et instaurer les mesures qui peuvent minimiser les risques des chutes.
- Mettre des bracelets d'identification pour tous les patients comateux, agités et inconscients et inciter le marquage de la région chirurgicale.
- Instaurer un processus d'identification continue des patients et qui est régulièrement mis à jour (par un surveillant par exemple).
- Encourager la vérification des patients par l'infirmier avant l'administration des médicaments.
- Instaurer et encourager des procédures de communication claire entre des médecins et les infirmiers.
- Encourager la vérification et confirmation du personnel du bloc.
- Imposer la signature de consentement par le chirurgien et le patient.
- Enumérer le matériel avant et après chaque intervention chirurgicale.
- Instaurer les protocoles documentés d'admission et de sortie de la salle d'opération concernant la visite pré-anesthésique.
- Proposer un dossier d'anesthésie spécifique en parallèle avec le dossier médical de service.
- Encourager une norme écrite pour la préparation et/ou la maintenance des salles d'opération.
- Mettre un programme écrit par le chef de service d'anesthésie pour la formation continue des personnels d'anesthésie.

## VI. CONCLUSION

Cette enquête d'auto-évaluation de l'hôpital universitaire Hassan II a porté sur cinq aspects de la sécurité du patient à savoir : L'identification correcte des patients ; l'amélioration efficace de la communication ; l'amélioration de la sécurité des médicaments; l'amélioration de la sécurité chirurgicale et la réduction des risques résultant de chutes.

Concernant le premier aspect « identification des patients » les critères avaient un taux de conformité moyen allant de 40 à 94%. Tandis que le deuxième aspect qui concerne la communication entre le personnel était conforme à 46%. Le troisième aspect « sécurité des produits pharmaceutique » était conforme à 75% aux standards d'évaluation.

L'aspect « amélioration de la sécurité chirurgicale » est composé de 27 critères parmi lesquels un total de dix critères était totalement non conforme aux normes tandis que seulement deux critères était à 100% conformes. Pour les quinze critères restant le taux de conformité variaient entre 13 et 91%.

Concernant le cinquième aspect « prévention du risque résultant des chutes » les taux de conformité des quatre critères qui le composent est comme suit : 0%, 14%, 41% et 64%.

Cette étude a permis de mettre au clair les mesures qui doivent être entreprises dans les étapes suivantes de ce processus d'accréditation de l'hôpital. Il est clair que l'instauration de ces mesures nécessite au préalable des discussions entre tous les acteurs de l'hôpital ; la direction, les chefs de services, les surveillants et représentants des infirmiers, et les qualitatifs. Le défi majeur pour ce projet ambitieux est le changement des mentalités et des cultures plutôt que l'aspect financier. Sa réussite pourra être un modèle à suivre à l'échelle nationale voir dans la région toute entière.

## VII. RESUME

La sécurité des patients est un principe fondamental des soins et une composante essentielle de la gestion de la qualité. Cette sécurité des patients, constitue une préoccupation pour les responsables sanitaires, adoptant ainsi des recommandations en matière de sécurité des patients dont le référentiel JCI (Joint Commission International).

Le présent travail s'inscrit dans le cadre d'un projet global d'accréditation du CHU Hassan II, à travers une étude d'auto-évaluation au niveau des services impliqué dans ce processus d'accréditation, l'objectif principal est d'évaluer la sécurité du patient. L'étude s'appuie sur une fiche de recueil des données pour chaque patient et structure inclus dans l'étude. Cette enquête d'auto-évaluation de l'hôpital universitaire Hassan II a porté sur cinq aspects de la sécurité du patient à savoir : l'identification correcte des patients ; l'amélioration efficace de la communication ; l'amélioration de la sécurité des médicaments; l'amélioration de la sécurité chirurgicale et la réduction des risques résultant de chutes.

Concernant le premier aspect « identification des patients » les critères avaient un taux de conformité moyen allant de 40 à 94%. Tandis que le deuxième aspect qui concerne la communication entre le personnel était conforme à 46%. Le troisième aspect « sécurité des produits pharmaceutique » était conforme à 75% aux standards d'évaluation. L'aspect « amélioration de la sécurité chirurgicale » est composé de 27 critères parmi lesquels un total de dix critères était totalement non conforme aux normes tandis que seulement deux critères étaient à 100% conformes. Pour les quinze critères restant le taux de conformité variaient entre 13 et 91%. Concernant le cinquième aspect « prévention du risque résultant des chutes » les taux de conformité des quatre critères qui le composent est comme suit : 0%, 14%, 41% et 64%.

Cette étude a montré qu'il existe beaucoup d'insuffisance principalement en matière de procédures écrites.

## ABSTRACT

Patient safety is a fundamental principle of health care and an essential component of quality management. Patient safety remains a concern for health officials who are adopting recommendations on patient safety using JCI (Joint Commission International) as the reference.

This work is a part of a global project of accreditation of the university teaching hospital Hassan II, through a self assessment survey of the departments involved in this process; the main objective is to assess patient safety. The study was built on a record collection gathered from each patient and structures included in the study. This self-assessment survey of the Hassan II University Hospital focused on five aspects of patient safety including: The correct identification of patients, improving effective communication, improving drug safety ,improving surgical safety and the reduction of risk resulting from falls amongst patients.

Concerning the identification of patients, the criteria had an average compliance rate of 40 to 94%. While the second aspect that concerns communication between health personnel was consistent at 46%. The third aspect of the study «pharmaceutical products safety» was consistent with 75% in the evaluation standards. With respect to "improving surgical safety" ,27 criteria was composed in which a total of ten criteria was not fully compliant while only two criteria was 100% compliant, the remaining five criteria had a compliance rate ranging from 13 to 91%. The fifth aspect of our study "risk prevention from falls amongst patients' comprised of four criteria with compliance rates as follows: 0%, 14%, 41% and 64%.

This study principally shows an inadequate documentation of written procedures.

## ملخص

تعد سلامة المرضى منا لمبادئ الأساسية للرعاية الصحية وكذا عنصرا مهما في تدبير جودة هذه الرعاية.

فسلامة المرضى تشكل مصدر إهتمام المسؤولين في الميدان الصحي وذلك عبر مجموعة من التوصيات تهم سلامة المرضى بما في ذلك اللجنة الدولية المشتركة. هذا البحث يندرج ضمن مشروع عام تم إعتماده من طرف المستشفى الجامعي الحسن الثاني، وذلك من خلال تقييم ذاتي للخدمات والهدف الرئيسي هو تقييم سلامة المريض. هذه الدراسة تعتمد على إستمارات لجمع المعلومات خصوصا التي تهم كل مريض وكلبنية تدخل في هذا المشروع.

هذا التقييم الذاتي للمستشفى الجامعي الحسن الثاني يركز على خمس جوانب تهم سلامة المرضى، وهي كالتالي :

التعريف الصحيح للمرضى، تحسين فعال على مستوى التواصل، تحسين أمنية الأدوية، تحسين السلامة الجراحية والتقليل من المخاطر الناجمة عن السقوط. فيما يخص الجانب الأول "تعريف المرضى" فإن معيار التناسق يتراوح بين 40% و94% أما الجانب الثاني والذي يهم التواصل بين الموظفين فقد واصلنا إلى 46% منا لتنسيق.

الجانب الثالث والمتمثل في سلامة الأدوية فقد ناهزنا 75% من معايير التقييم، أما الجانب المتعلق بتحسين السلامة الجراحية فيتكون من 27 معيارا، من بينها 10 في المجمل لمتناسب والمعايير المتفقع ليها، بينما معيارين فقط ناهزنا نسبته مطابقتهما 100% أما 15 معيارا الباقي نفقدت وحتنسه التتابعين 91% و13% فيما يخص الجانب الخامس "الوقاية من مخاطر السقوط" فتتكون من 4 معايير تتراوح نسبالتها سقفيها بين:

0%، 14%، 41%، 64%.

هذه الدراسة أبانت عن ناقص كبير وخاصة في الاجراءات المكتوبة.

## VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Mesure de la sécurité des patients dans les établissements de santé : État des lieux et perspectives. n° 89 – mai 2009
2. La qualité et la sécurité des soins au service des patients. Alain MAINAR. (page consulté le 12/01/2013), [en ligne]. [http://www.fondation foch.org/IMG/pdf/N8/secu\\_soins.pdf](http://www.fondation foch.org/IMG/pdf/N8/secu_soins.pdf)
3. sécurité sanitaire : rôle implication du biomédical NICOLAS PIPART et MICHEL POUJET
4. Dossier sur la sécurité sanitaire du Ministère de la santé. (page consulté le 17/01/2013), [en ligne].  
[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/secu\\_sanit/index.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/secu_sanit/index.htm)
5. Proposition de loi relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme. (page consulté le 17/01/2013), [en ligne].  
<http://www.senat.fr/leg/98-TA153.html>
6. Sécurité du soin et assurance qualité, Direction des Hôpitaux et Soins Ambulatoire(DHSA) (page consulté le 20/01/2013), [en ligne]. <http://www.dhsa.ma>
7. Synthèse de l'étude [10], Identification du patient. Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier(GMSIH)
8. Joint Commission International, International Patient Safety Goals updated February 2012
9. Hôpital général juif, Indicateurs de qualité. (page consulté le 05/03/2013), [en ligne]  
<http://www.jgh.ca/fr/qualiteContexte>
10. Guide de l'OMS : prévention des infections nosocomiales (2008)
11. Sécurité alimentaire, Wikipedia
12. SECURITE Gestion et traçabilité des fluides médicaux.
13. Les déchets et la sante, observations inattendue... et capricieuse de la sante. (page consulté le 07/03/2013), [en ligne]  
[http://www.orsnpdc.org/observation/228815\\_1dechetsa.pdf](http://www.orsnpdc.org/observation/228815_1dechetsa.pdf)

14. Principes fondamentaux de la gestion des déchets de soins médicaux ; Les risques associés aux déchets de soins médicaux. (page consulté le 07/03/2013), [en ligne] [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/medicalwaste/en/manuel1.pdf](http://www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/en/manuel1.pdf)
15. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, février 1999. Manuel d'accréditation des établissements de santé. A.N.A.E.S. (page consulté le 23/03/2013), [en ligne] [http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nZIPFile/LILF-46KJNS/\\$File/Manuel.zip](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nZIPFile/LILF-46KJNS/$File/Manuel.zip)
16. LAUMAIN Pascal, NGUYEN Caroline, 1998. La gestion du risque technologique biomédical à l'hôpital. DESS Technologies Biomédicales Hospitalières UTC. (page consulté le 23/03/2013), [en ligne] [http://www.utc.fr/~farges/DESS\\_TBH/97-98/Projets/RISK/risk.htm](http://www.utc.fr/~farges/DESS_TBH/97-98/Projets/RISK/risk.htm)
17. Joint Commission International : An Overview. Karen H. Timmons President and Chief Executive Officer Joint Commission International Association of Companies Health Insurance Funds 13 March 2009 Prague, Czech Republic
18. BREACK Patrick, 1997. Hygiène et qualité hospitalières. HERMANN éditeurs des sciences et des arts.
19. JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATION. Dossier sur la gestion des risques. (page consulté le 01/04/2013), [en ligne] [http://www.jcaho.org/ptsafety\\_frm.html](http://www.jcaho.org/ptsafety_frm.html)
20. Hygiène Hospitalière et normes des hôpitaux en Belgique, législation Belge. (page consulté le 01/04/2013), [en ligne] <http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/hosp/cours/HH12.html>
21. Partenariats Africains pour la Sécurité des Patients (APPS), Fiche d'Information. (page consulté le 10/04/2013), [en ligne] [appsprogramme@who.int](mailto:appsprogramme@who.int), [www.who.int/patientsafety/implementation/apps](http://www.who.int/patientsafety/implementation/apps)
22. La sécurité des patients-Haute Autorité de Santé (page consulté le 16/04/2013), [en ligne] [http://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat\\_guide\\_gdr\\_03\\_04\\_12.pdf](http://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf)



23. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (*Institute of Medicine*). *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press; 2000.
24. Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Nestrigue C, Or Z. Surcoût des évènements indésirables associés aux soins à l'hôpital. Premières estimations à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients. *Questions d'économie de la santé* 2011;(171):1-8.

## IX. ANNEXES

## **Grilles d'observation pour la réalisation de l'état des lieux concernant la sécurité du patient**

## Objectif n°1 : Identifier les patients correctement **IPSG1**

Critères	Existence		Conformité		Source d'information	Observation
	Oui	Non	Oui	Non		
<u>Critère n°1</u> : Un processus de collaboration est mis en place pour élaborer une politique d'identification du patient (IPSG1/1)						
1. Structures d'admission déterminées						
2. Procédures d'identification mis en place et validées (quand et comment sont identifiés les patients)						
3. Personnel concerné par l'identification définit						
4. Format d'identification décrit						
5. Confidentialité des informations respectée						
6. Tous les acteurs concernés par l'identification sont formés et sensibilisés						
7. Le processus d'identification est continuellement contrôlé						
8. Les données du contrôle sont utilisées pour améliorer le processus d'identification						

**Objectif n° 2 : Améliorer la communication efficace IPSG2**

Critères	Existence		Conformité		Source d'information	Observation
	Oui	Non	Oui	Non		
<b>Critère n°1 : Amélioration de la communication entre le personnel</b>						
1. Un processus de collaboration est mis en place pour déterminer des politiques et/ ou des procédures de communication verbales ou téléphoniques <b>IPSG2/1</b>						
2. Une procédure pour les communications verbales existe <b>IPSG2/1</b>						
3. Une procédure pour les communications téléphoniques existe <b>IPSG2/1</b>						
4. Une procédure pour la transmission/ récupération des résultats soit par communication verbale ou téléphonique existe <b>IPSG2/3</b>						
5. Les consignes sont écrites lisiblement et signées ;						

**Objectif n° 3 : Améliorer la sécurité des produits pharmaceutiques IPSG3**

Critères	Existence		conformité		Source d'information	Observations
	Oui	Non	Oui	Non		
<b>Critère n° 1</b> : L'organisation développe une politique de collaboration et / ou une procédure qui empêche la localisation des concentrés électrolytes dans des zones où une mauvaise administration aux patients peut se produire						
1. les concentrés électrolytes sont clairement étiquetés et stockés dans des domaines d'une manière qui restreint l'accès libre <b>IPSG3/3</b>						

**Objectif 4 : S'assurer correctement du site, des procédures et du patient en chirurgie IPSG4**

Critère	Existence		Conformité		Source de l'information	Observation
	Oui	Non	Oui	Non		
<b>Critère n°1</b> : Un processus collaboratif existe pour élaborer des politiques et/ou procédures standards assurant correctement le site, les patients, et les procédures entre autre celles effectuées en dehors du bloc opératoire <b>IPSG4 /1</b>						
<b>Critère n°2</b> : Une liste de tout le personnel qui intervient dans la prise en charge du patient est disponible, elle comprend :						
1. Les coordonnées pour contacter la personne ainsi que son poste						
2. Un horaire qui regroupe des champs de travail du personnel ainsi que les moyens d'en joindre les membres à distance						

Critère	Existence		Conformité		Source de l'information	Observation
	Oui	Non	Oui	Non		
<u>Critère n° 3</u> : L'organisation utilise un processus pour vérifier que tous les documents et équipements nécessaires sont disponibles, corrects et fonctionnels <b>ISPG4/3</b>						
<u>Critères n° 4</u> : Il y a une liste de vérification d'admission en salle d'opération pour tous les patients qui arrivent dans le service.						

Critère	Existence		Conformité		Source de l'information	Observation
	Oui	Non	Oui	Non		
<u>Critères n°5</u> : Il y a un manuel des politiques et procédures qui décrit : <b>ISPG4/1</b>						
1. Les questions relatives à la gestion du bloc opératoire.						
2. Les questions cliniques du bloc opératoire						
3. Chaque opération a ses protocoles chirurgicaux et anesthésiques.						
4. Les politiques et procédures sont régulièrement révisées.						



Critère	Existence		Conformité		Source de l'information	Observation
	Oui	Non	Oui	Non		
<b>Critères n° 7 : Les politiques et procédures sont disponibles et contiennent les éléments suivants ISPG4/1</b>						
1. L'admission au bloc opératoire, en salle d'opération et le transfert du bloc après l'intervention						
2. La programmation des interventions chirurgicales en tenant compte des priorités et des cas urgents						
3. Les protocoles chirurgicaux et anesthésiques pour chaque acte opératoire						
4. Le nettoyage des salles opératoires entre les interventions						
5. Les techniques d'asepsie						
6. La sécurité du patient (risque anesthésique, brûlures, choc, chutes...)						
7. La sécurité du personnel (surtout vis-à-vis de la fluoroscopie, de l'emploi de laser, du gaz et vapeur anesthésique, blessure par objets tranchants, maladies transmissibles) ;						
8. L'usage des sédatifs/ les traitements contre la douleur						
9. Les mesures de précautions standards/universelles						
10. Les politiques et procédures sont régulièrement révisées						

Critère	Existence		Conformité		Source de l'information		Observation	
	Oui	Non	Oui	Non				
<b>Critères n° 8 : Le service du bloc opératoire doit posséder un chariot d'urgence contenant les objets suivants ISPG4/4</b>								
1. Un défibrillateur (au moins un par service)								
2. Un moniteur cardiaque								
3. Des médicaments d'urgence								
4. Matériel d'accès vasculaire								
5. Un appareil de la surveillance de la transmission neuromusculaire								
6. Un aspirateur mobile								
7. Des tuyaux et des sondes d'aspiration de toutes les tailles.								
8. Des ballons de ventilation de toutes les tailles								
9. Des sondes d'intubation de toutes les tailles								
10. Un plan dur								
11. Un laryngoscope avec plusieurs lames								
12. Des piles de recharge et des ampoules pour le laryngoscope								
13. Un système de réchauffement des liquides de perfusion et de transfusion rapide								
14. Un membre du personnel vérifie quotidiennement le contenu du chariot. Cette opération quotidienne est enregistrée par écrit.								

Critère	Existence		Conformité		Source de l'information	Observation
	Oui	Non	Oui	Non		
<u>Critères n°10</u> : Des consultations et des visites pré anesthésiques sont effectuées par le médecin anesthésiste ISPG4/4						
1. Il existe des protocoles documentés d'admission et de sortie de la salle opératoire						

Critère	Existence		Conformité		Source de l'information	Observation
	Oui	Non	Oui	Non		
<b>Critères n° 11 : Le matériel adéquat et nécessaire à l'anesthésie est disponible dans chaque salle opératoire notamment : ISPG4/4</b>						
1. Deux prises d'oxygène						
2. Deux prises vides						
3. Une prise d'air comprimé						
4. Une bouteille d'oxygène de réserve						
5. Un matériel de surveillance multiparamétrique groupé ou séparé composé de :						
ü Un cardioscope (ECG)						
ü Un oxymétrie de pouls						
ü Un appareil de mesure de la TA						
ü Un analyseur des gaz						
ü Un capnographe						
6. Des sondes d'intubation de toutes tailles, conduits respiratoires et tubes de ventilation doivent être disponibles						
7. Un aspirateur mobile à deux bouches avec des sondes d'aspiration de différentes tailles						
8. Un chariot de réanimation						
9. Un kit pour intubation difficile						
10. Quatre tailles différentes de masques						
11. Un kit de trachéotomie d'urgence						
12. Un système d'évacuation des gaz d'anesthésie est disponible et opérationnel						

Critère	Existence		Conformité		Source de l'information	Observation
	Oui	Non	Oui	Non		
<u>Critères n° 13</u> : Il y a un système de ventilation/ climatisation qui assure le changement d'air dans les salles d'opération. <b>ISPG4/1</b>						
<u>Critères n° 14</u> : Il existe des normes écrites pour la préparation et/ou la maintenance des salles d'opération. <b>ISPG4/1</b>						
<u>Critères n° 15</u> : Un système de transport pour le bloc opératoire avec le personnel nécessaire est disponible. <b>ISPG4/1</b>						
<u>Critères n° 16</u> : L'établissement assure la disponibilité d'une unité de radiologie mobile, des services de laboratoire, de pharmacie et de collecte et de distribution des produits sanguins pendant les horaires réguliers de travail au bloc.						

<p><u>Critères n° 17</u> : Les différents professionnels assurent une continuité de la prise en charge du patient pré, per et postopératoire à travers des fiches de transmission écrites</p>						
<p><u>Critères n° 18</u> : Un registre de la salle d'opération est maintenu, il contient au moins l'identification du patient, du chirurgien, de l'anesthésiste, la date et l'heure de l'intervention ainsi que le compte rendu opératoire. <b>ISPG4/1</b></p>						
<p><u>Critères n° 19</u> : L'établissement utilise une check-list de vérification et de délai d'attente juste avant de commencer une intervention chirurgicale <b>ISPG4/4</b></p>						
<p><u>Critères n° 20</u> : Un manuel de politiques et de procédures décrivant l'administration de l'anesthésie et les problèmes de gestion relatifs au service doit être disponible</p>						

Critère	Existence		Conformité		Source de l'information	Observation
	Oui	Non	Oui	Non		
Critères n° infirmier au moins cinq ans d'expérience et <u>21</u> : Un membre du personnel						
Un membre du personnel infirmier ayant au moins cinq ans d'expérience dans la gestion du bloc opératoire est désigné infirmier chef du bloc opératoire. Il est chargé de : <b>ISPG4/1</b>						
1. La supervision du travail du personnel infirmier						
2. L'établissement des horaires de service et répartition des salles d'opération						
3. La détermination des besoins en matériel chirurgical, d'instruments, médicaments, matériels jetables, antiseptiques et diverses fournitures						
4. L'agencement du cabinet à instruments et des boîtes à instruments						
5. La réception et l'envoi de ces matériels pour nettoyage et stérilisation						
6. L'élimination des débris et déchets solides à l'extérieur de l'aire chirurgicale						
7. Le respect des normes d'asepsie, tant dans les salles d'opération que dans les secteurs adjacents, même en ce qui concerne les médecins						

Critère	Existence		Conformité		Source de l'information	Observation
	Oui	Non	Oui	Non		
<b>Critère n° 22</b> : Les politiques et procédures de la chirurgie du jour comprennent, à titre énumératif et non pas exhaustif : <b>ISPG4/1</b>						
1. La procédure d'admission et de sortie						
2. Les critères d'admission et de sortie						
3. Les informations concernant les soins et le suivi						
<b>Critère n° 23</b> : Pour les patients qui subissent une chirurgie de jour (qui passent moins de 24h à l'établissement) : <b>ISPG4/1</b>						
1. L'établissement dispose d'une unité séparé pour les patients subissant une chirurgie bénigne.						



Critère	Existence		Conformité		Source de l'information	Observation
	Oui	Non	Oui	Non		
<u>Critères n° 24</u> : Le chef de service d'anesthésie assiste aux réunions du comité du bloc opératoire et dispose des procès verbaux des réunions						
<u>Critères n° 25</u> : Il existe des politiques et des procédures détaillées propre à l'anesthésie locorégionale						
<u>Critères n° 26</u> : Le chef de service d'anesthésie établit un plan annuel exposant le programme de formation continue de personnel						
<u>Critères n° 27</u> : Il existe des preuves écrites que le personnel d'anesthésie subit régulièrement des séances de formation continue en rapport avec le rôle et les responsabilités de chacun dans le service.						

### Objectif n° 6 : Prévenir le risque résultant des chutes

Critères	Existence		Conformité		Source d'information	Observations
	Oui	Non	Oui	non		
<u>Critère n° 1</u> : un processus de collaboration existe pour développer des procédures visant à réduire le risque de blessures secondaires aux chutes <b>ISPG6/1</b>						
<u>Critères n°2</u> : Les risques résultant des chutes des patients sont évalués à l'admission et réévalués en cas de changement du statut du patient : <b>ISPG6/2</b>						
1. Les pathologies responsables de la chute sont déterminées						
2. Les principales situations à risque de chute grave sont déterminées						
3. Les conséquences de la chute sont déterminées						
<u>Critères n°3</u> : Des interventions susceptibles de prévenir la récidivité des chutes et leurs complications sont proposées <b>ISPG6/3</b>						
<u>Critères n° 4</u> : Il existe des moyens de sécurité qui permettent d'assurer la sécurité pour un malade présentant un risque de chute : <b>ISPG6/3</b>						
1. Les salles de bain sont dotées de barres de sécurité						
2. Les escaliers sont dotés de barres de sécurité						
3. Des déambulateurs permettant d'aider des personnes rencontrant des difficultés à se mouvoir sont disponibles						

## **Grilles d'observation pour la réalisation de l'état des lieux concernant la sécurité du patient**

**Date de l'enquête :**.....

**Enquêteurs :**.....

**Service enquêté :**.....

## Objectif n°1 : Identifier les patients correctement **IPSG1**

Critères	Nbre totale observations faites	Nbre des observations non valides	Source d'information	Observation
<u>Critère n°1</u> : Un processus de collaboration est mis en place pour élaborer une politique d'identification du patient ( <b>IPSG1/1</b> )				
<b>1.</b> Périmètre de l'identification déterminé				
<u>Critères n°2</u> : Les politiques et / ou procédures d'identification utilisent deux identifiants des patients, non compris l'utilisation du numéro de la chambre du patient ou le lit. ( <b>IPSG1/2</b> )				
<b>1.</b> Un IP permanent et unique est attribué à tout nouveau patient après vérification d'antériorité				
<b>2.</b> Chaque patient est identifié en plus de son IP avec un autre identifiant (N° de CIN, date de naissance...)				
<b>3.</b> Les patients inconscient/ comateux ou agités sont identifiés par des « bracelets d'identification »				
<u>Critère n°3</u> : Les patients sont identifiés avant d'administrer des médicaments, du sang ou des produits sanguins ( <b>IPSG 1/3</b> )				
<b>1.</b> La concordance d'identité entre le patient et l'ordonnance est vérifiée systématiquement avant chaque administration de médicament				
<b>2.</b> La concordance d'identité entre le patient et les pochettes de sang ou les pochettes de produits sanguins est vérifiée systématiquement avant chaque transfusion				

Critère n°4 : Les patients sont identifiés avant la prise de sang et d'autres échantillons pour les essais cliniques. (IPSG 1/4)				
1. La concordance d'identité entre le patient et les consignes est vérifiée systématiquement avant chaque prise de sang				
2. La concordance d'identité entre le patient et le document de référence est vérifiée systématiquement avant chaque prélèvement d'échantillon pour les essais cliniques				
Critère n° 5 : Les patients sont identifiés avant chaque geste médical, infirmier, d'appui au soin ou déplacement (IPSG 1/5)				
1. La concordance d'identité entre le patient et son dossier est vérifiée systématiquement avant chaque soin médical				
2. La concordance d'identité entre le patient et son dossier est vérifié systématiquement avant chaque soin infirmier.				
3. La concordance d'identité entre le patient et son dossier est vérifiéea& systématiquement avant chaque geste d'appui au soin (kinésithérapie, radio, ....)				
4. La concordance d'identité entre le patient et le document de référence est vérifié systématiquement avant chaque déplacement				

**Objectif n° 2 : Améliorer la communication efficace IPSG2**

Critères	Nbre totale observations faites	Nbre des observations non valides	Source d'information	Observation
<u>Critère n°1</u> : Amélioration de la communication entre le personnel				
1. Les résultats des bilans et des tests sont écrits lisiblement et signés par le récepteur du résultat <b>IPSG2/2</b>				
2. Les prescriptions complètes sont écrites lisiblement, signées et accessibles à tous le personnel ;				
3. La personne qui a ordonné le test ou le résultat le confirme par écrit <b>ISPG2/4</b>				

**Objectif n° 3 : Améliorer la sécurité des produits pharmaceutiques IPSG3**

Critères	Nbre totale observations faites	Nbre des observations non valides	Source d'information	Observation
<u>Critère n° 1</u> : L'organisation développe une politique de collaboration et / ou une procédure qui empêche la localisation des concentrés électrolytes dans des zones où une mauvaise administration aux patients peut se produire				
1. L'administration intentionnelle des concentrés électrolytes est assurée par un infirmier qualifié et formé <b>IPSG3/1</b>				



**Objectif 4 : S'assurer correctement du site, des procédures et du patient en chirurgie IPSG4**

Critère	Nbre totale observations faites	Nbre des observations non valides	Source d'information	Observation
<p><u>Critères n° 4bis :</u></p> <p>Une section doit être complétée par le personnel du service/ unité de soins avant son transfert au bloc et une autre section qui sera complétée par le personnel du bloc opératoire.</p>				
1. Le bracelet d'identification du patient existe <b>IPSG4/1</b>				
2. Le nom et les détails du personnel doivent être confirmés. <b>IPSG4/1</b>				
3. L'organisation utilise une marque reconnue pour l'identification du site opératoire et implique le patient dans le processus de marquage <b>IPSG4/2</b>				
4. Le type d'intervention chirurgicale confirmé (par le personnel et le patient). <b>IPSG4/3</b>				
5. Le formulaire de consentement signé par le chirurgien et le patient <b>IPSG4/3</b>				
6. Le statut des allergies potentielles est confirmé.				
7. Les bijoux et les vernis à ongle sont ôtés				

8. Les résultats des examens et des tests en laboratoire sont vérifiés et figurent dans le dossier médical.				
9. Les bijoux et le vernis à ongle sont ôtés.				
10. Les alliances sont recouvertes (si elles sont portées).				
11. Les lentilles de contact sont ôtées.				
12. Les dentiers et autre prothèses sont ôtés.				
13. L'état « Rien dans la bouche » est confirmé.				
14. La zone de l'intervention chirurgicale est préparée conformément aux procédures et protocoles (rasage, etc.).				

<b>Critère</b>	<b>Nbre totale observations faites</b>	<b>Nbre des observations non valides</b>	<b>Source d'information</b>	<b>Observation</b>
<b>Critères n° 6 : Le matériel (éponges, aiguilles et instruments) utilisé durant l'intervention est énuméré dans une liste au début et la fin de l'intervention.</b>				
<b>ISPG4/4</b>				
1. Le matériel est énuméré dans cette liste au début et la fin de l'intervention				
2. La liste figure dans le dossier médical.				
3. La liste est signée par deux opérants				

Critère	Nbre totale observations faites	Nbre des observations non valides	Source d'information	Observation
<b>Critères n° 9 : Les activités d'anesthésie sont : ISPG4/4</b>				
1. Sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste réanimateur.				
2. Aidé par un infirmier anesthésiste lauréat d'un institut de formation en carrières de santé ou équivalent.				
3. Ils préparent les protocoles d'anesthésie pour les différentes interventions chirurgicales.				
<b>Critères n°10 : Des consultations et des visites pré anesthésiques sont effectuées par le médecin anesthésiste ISPG4/4</b>				
1. Une visite pré-anesthésiste est réalisée avant l'acte par le médecin anesthésiste				
2. Les patients tarés sont examinés à travers un bilan spécifique avant l'acte opératoire suivant des procédures bien déterminées				

Critère	Nbre totale observations faites	Nbre des observations non valides	Sources d'information	Observation
<p><u>Critères n° 12</u> : L'anesthésiste est chargé de l'évaluation de l'état du patient et du matériel pendant l'acte opératoire. Cette évaluation doit être documentée <b>ISPG4/4</b></p>				
<p><b>1.</b> L'évaluation continue de l'oxygénation, la ventilation, la circulation et la température du patient pendant qu'il est inconscient.</p>				
<p><b>2.</b> Les paramètres susmentionnés doivent être documentés par le biais de formulaires conçus à cet effet, signés par l'anesthésiste.</p>				
<p><b>3.</b> Ces formulaires doivent être conservés dans le dossier du patient.</p>				
<p><b>4.</b> Des preuves documentées sont disponibles, attestant la présence de l'anesthésiste dans la salle d'opération jusqu'à ce que le patient quitte la salle vers la salle de réveil.</p>				
<p><b>5.</b> Des preuves sur la prise en charge post-anesthésique documentées sont disponibles.</p>				
<p><b>6.</b> La surveillance de base doit être assurée et documentée en salle de réveil comprenant un accès facile à un défibrillateur</p>				
<p><b>7.</b> Les activités anesthésiques sont documentées dans le dossier du patient sur un dossier anesthésique spécifique</p>				

Critère n° 23 : Pour les patients qui subissent une chirurgie de jour (qui passent moins de 24h à l'établissement) : **ISPG4/1**

<b>1.</b> Les dossiers patients dans le cas d'une chirurgie de jour doivent être complets, de même que pour les autres types de chirurgie.				
<b>2.</b> Les patients soumis à une opération chirurgicale d'un jour doivent passer par les mêmes procédés d'admission et de préparation préopératoire que les patients admis à l'établissement pour plusieurs jours.				
<b>3.</b> L'établissement dispose d'une unité séparé pour les patients subissant une chirurgie bénigne.				