

# Visite de risques au bloc opératoire



*Visite de risques au bloc opératoire*

**PROTOCOLE DE VISITE**



CCLIN Sud-Ouest 2015

# La visite de risques

## *Qu'est-ce que c'est ?*

- **Méthode conçue pour aider à cerner une activité dans son ensemble et appréhender tous les risques :**
  - processus
  - technique
  - environnement
  - facteur humain
  - organisation...
- **Développée initialement pour le traitement des endoscopes, puis pour le BO, l'hygiène des mains, l'hémodialyse, les IVT**



# Enjeux de la visite de risque

## Pour les structures et unités de soins

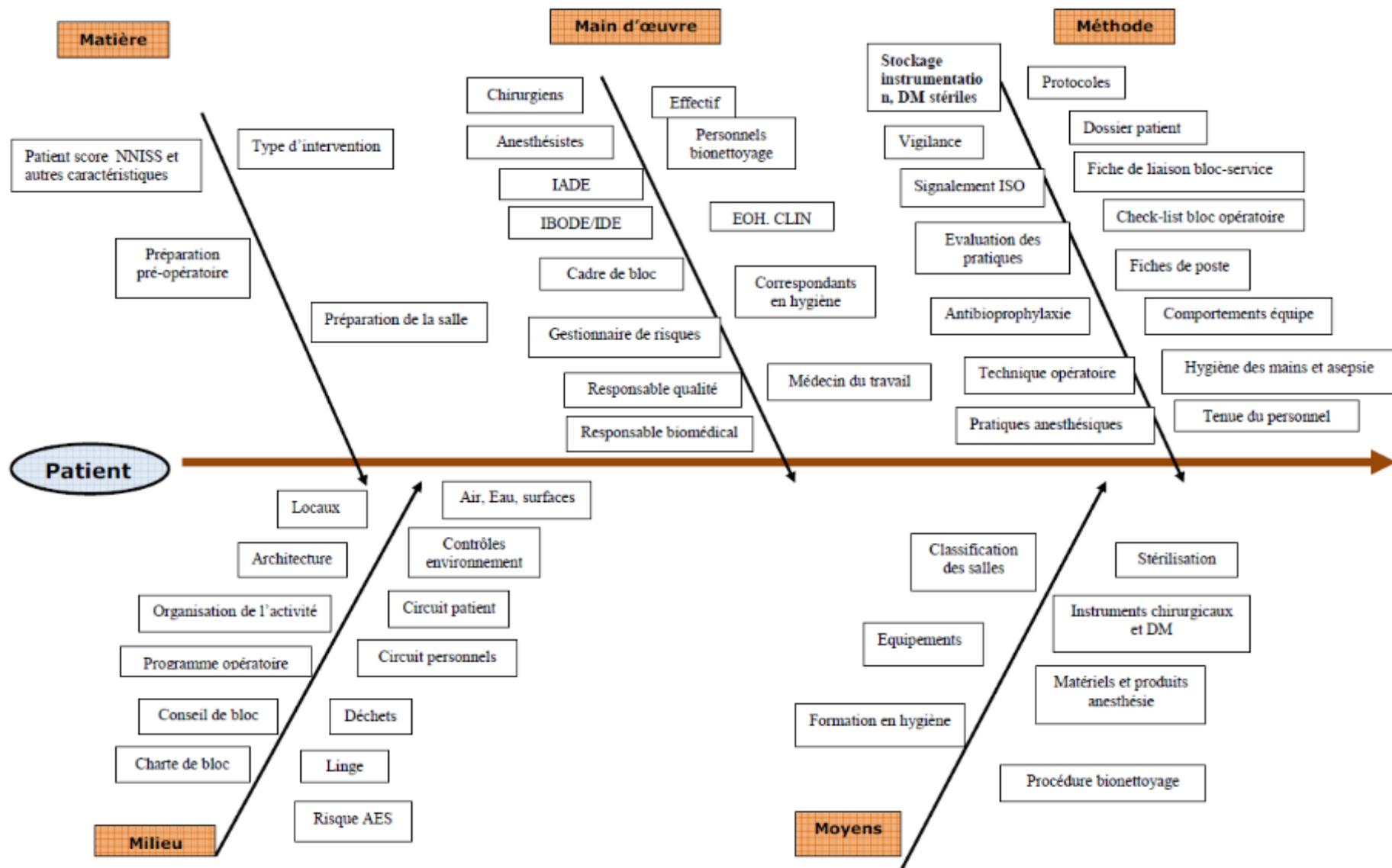
- Développer une démarche d'évaluation des risques en procédant à l'analyse des pratiques et de l'organisation par différentes méthodes (observation, entretien, visite) permettant l'engagement effectif des professionnels
- Renforcer la communication interprofessionnelle
- Sensibiliser, impliquer les professionnels dans la démarche qualité / sécurité des soins et améliorer la culture de sécurité

# Pourquoi la visite de risques au BO ?

- ❖ **Complexité de l'activité**
- ❖ **Multiplicité des procédures et des acteurs**
- ❖ **Aspect multifactoriel du risque infectieux**
- ❖ **Facteurs potentiels des risques infectieux identifiés**
  - ❖ Diagramme d'Ishikawa (analyse par les 5M)

## Objectifs

- ❖ **Evaluer les risques de défaillance dans l'organisation et les pratiques professionnelles**
- ❖ **Promouvoir la culture de sécurité**



# Méthodologie

## ❖ **Champ d'investigation :**

- **Tous les blocs opératoires et toutes les spécialités chirurgicales quels que soient le mode :**
  - d'hospitalisation : conventionnelle ou ambulatoire
  - de chirurgie : programmée ou urgence
- **Une seule spécialité chirurgicale à la fois !**

## ❖ **Visite de risques :** organisée *a priori* sur demande de l'ES

## ❖ **Calendrier de la visite :** défini en concertation avec les responsables du BO, le(s) chirurgien(s), le référent local et le CPias

## ❖ **Durée de la visite :** 2 jours

# Méthodologie

## ❖ Établissement s'engage à :

- **assurer** des conditions favorables à la réalisation de la visite
- **informer** la direction des soins et tous les professionnels concernés
- **rendre disponible** le référent local
- **réaliser** le recensement documentaire et les observations des pratiques
- **transmettre** le rapport de visite aux professionnels concernés
- **assurer** la mise en œuvre des mesures et leur suivi

## ❖ CPias s'engage à :

- **garantir** l'application de la méthodologie
- **garantir** une expertise relative à la réglementation et aux bonnes pratiques
- **restituer** oralement une synthèse des données recueillies
- **rédigier** un rapport adressé au directeur de l'ES

# Méthodologie

## ❖ Plusieurs étapes :

- **Pour l'EOH**

- Planification de la visite
- Recensement documentaire
- Observations de l'organisation, des moyens et des pratiques

- **Pour le CPias**

- Patient traceur
- Entretiens avec les professionnels de santé
- Observations de l'organisation, des moyens et des pratiques

# Organisation de la visite

## 1. Groupe de pilotage constitué de :

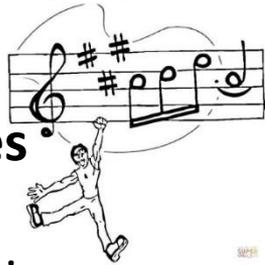
- **2** membres CPias : binôme PH et Cadre
- **1** membre EOH : référent local et interlocuteur du CPias

## 2. Réunion de préparation :

- Le CPias, le référent local et les professionnels concernés
- Préciser l'organisation de la visite et les missions de chacun
- Établir le calendrier des différentes étapes
- Répondre aux interrogations des professionnels

# Phase décisive pour une adhésion de la direction et des professionnels

- ❖ **Travail de concert avec l'EOH et la Qualité/Gestion des risques**
- ❖ **Importance de la chronologie de la visite**
  - En priorité visite et entretiens des professionnels du bloc opératoire
  - En secondaire, visite et entretiens des autres professionnels
- ❖ **Adaptation du CPias aux organisations du jour mais impérativement**
  - Explication aux équipes des objectifs de la visite
  - Visite à deux sur différents secteurs du bloc si besoin
  - Présence en salle d'opération et SSPI
  - Réalisation du circuit des professionnels, des patients et des matériels
- ❖ **Anonymat garanti**
  - Secret professionnel lors des entretiens



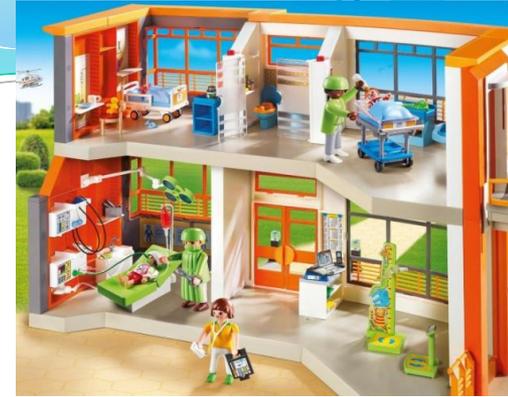
### 3. Recensement documentaire : 3 items à renseigner (EOH)

**Thèmes :** architecture, organisation, protocoles de soins, DM & équipements, traitement et contrôle de l'air & de l'eau, contrôle des surfaces, circuits, bionettoyage, risques infectieux professionnels, gestion des risques et de la qualité, gestion des ancillaires et matériel de prêt

	Document existant	Document validé	Date de validation
	OUI = 1	NON = 2	NA = 3
<b>3. PROTOCOLES DE SOINS</b>			
Tenue vestimentaire des professionnels	__	__	__
Hygiène des mains à l'entrée du bloc	__	__	__
Hygiène des mains avant intervention chirurgicale	__	__	__
Préparation cutanée de l'opéré	__	__	__

	Document existant	Document validé	Date de validation
	OUI = 1	NON = 2	
<b>5. TRAITEMENT ET CONTRÔLE DE L'AIR</b>			
Surveillance de la centrale de traitement d'air (maintenance, traçabilité)	__	__	__
Traçabilité de la surpression de salles d'intervention	__	__	__
Modalités de surveillance et de perte de charge des filtres	__	__	__
Conduite à tenir en cas de dysfonctionnement	__	__	__
Surveillance de l'aérobiocontamination (modalités, calendrier)	__	__	__
Surveillance du comptage particulaire (modalités, calendrier)	__	__	__
Résultats des derniers contrôles	__	__	__

# Phase de construction mentale de la visite



## ❖ Lecture critique de l'ensemble des documents

- En référence aux recommandations sur chaque domaine
- Création d'un document martyr
  - Sur les points à confirmer ou infirmer (architecture, organisation, prise en charge du patient, communication, culture de sécurité)
    - Ex : sas de transfert patient ? Nb anesthésiste en salle ? Préparation médicamenteuse ? Nb de personnes en salle ? Hygiène des mains ? Entretien des locaux ? Enchaînement ? Portes fermées ? Traitement d'air ? Ambiance ?
  - Sur les entretiens professionnels supplémentaires
    - Afin de répondre à des interrogations d'ordre politique, générale...

# 4. Observations (EOH)

## 1. Organisation et moyens : 1 grille / BO

<b>Nombre total de salles d'intervention</b>	
Salles en ISO 7 (préciser le numéro des salles)	__
Salles en ISO 5 (préciser le numéro des salles)	__
<b>Les salles annexes sont en ISO 8 :</b>	<b>OUI = 1 NON = 2</b>
arsenal(aux) stérile(s)	__
salle(s) de préparation, de pré-anesthésie ou d'induction	__
SSPI	__
circulations	__

- **Locaux : architecture et équipements**
- **Circuits des professionnels et tenue professionnelle**
- **Circuit du patient**
- **Stockage des DM**
- **Traitement de l'air des salles**

## 2. Observations des pratiques : ½ journée minimum

INTERVENTION CHIRURGICALE OBSERVÉE	
Type d'intervention (thésaurus surveillance ISO)	__
Mode d'hospitalisation : 1 = conventionnelle 2 = ambulatoire	__
Mode de chirurgie : 1 = programmée 2 = urgence	__
Classe ISO de la salle d'intervention : 1 = ISO 5 2 = ISO 7	__
	OUI = 1 NON = 2
Salle d'intervention est-elle en surpression ?	__
Etat de la salle d'intervention :	__
Absence de dégradations sur les sols, murs, paillasse, portes...	__
Absence de dégradations sur les équipements (table opératoire, dispositifs médicaux, chariots...)	__

1 grille / intervention

- **préparation cutanée**
- **hygiène des mains de l'équipe chirurgicale**
- **tenue et comportements en salle**
- **précautions standard et gestion des DM pendant l'intervention**
- **pratiques et gestion des DM en anesthésie**
- **gestion de l'instrumentation chirurgicale**
- **gestion déchets**
- **bionettoyage entre deux interventions et fin de programme**

### 3. Observations en SSPI : 1 grille

Temps d'observation  
30 à 45 min

- ❖ PS
- ❖ Gestion des DM
- ❖ Entretien du poste

PRÉCAUTIONS STANDARD	OUI = 1	NON = 2	NA = 3	NO = 4
Le zéro bijou est respecté		__		
Le port de la tenue est conforme (pyjama, sabots)		__		
Une friction hydro-alcoolique des mains est réalisée avant toute :		__		
▪ préparation médicamenteuse		__		
▪ manipulation de la ligne veineuse		__		
▪ injection ou prélèvement		__		
▪ aspiration buccale ou trachéale		__		
Une friction hydro-alcoolique des mains est réalisée entre deux patients		__		
Les OPCT sont déposés immédiatement dans un collecteur spécifique		__		
Le port de gants est respecté dans les situations à risque de contact avec du sang ou des liquides biologiques		__		
Les gants sont éliminés dès la fin du soin		__		
Le port de masque est respecté dans les situations à risque de projections ou d'aérosolisation		__		
Le masque est éliminé dès la fin du soin		__		

GESTION DES DISPOSITIFS MEDICAUX	OUI = 1	NON = 2	NA = 3	NO = 4
Une sonde aspiration stérile est utilisée pour chaque aspiration		__		
Le matériel (masque ou lunettes à oxygène, kit aérosolthérapie...) est à patient unique		__		
<i>Entre chaque patient</i>		__		
▪ Les dispositifs médicaux font l'objet d'un essuyage humide avec un détergent-désinfectant ( <i>scope, seringue électrique...</i> )		__		
▪ Les équipements font l'objet d'un essuyage humide avec un détergent-désinfectant ( <i>plans de travail, lit, adaptable, support de transfert...</i> )		__		

# Phase d'identification des écarts et souvent début de démarche d'amélioration

## ❖ Par l'établissement

- Importance de choisir un patient traceur
  - soit par activité prédominante
  - soit par la problématique du moment
- ***Tableau de synthèse à remplir***



### SYNTHESE DES OBSERVATIONS EN BLOC OPERATOIRE

Chapitres	Défenses	Vulnérabilités

# Patient traceur

- ❖ **ES sélectionne 3 à 5 dossiers** répondant à 3 critères :
  - Patients opérés dans la spécialité concernée
  - Patients toujours hospitalisés lors de la visite
  - Patients dont la sortie est proche
- ❖ **CPias sélectionne un dossier :**
  - Parcours patient, prise en charge complexe, intervention de différents professionnels
- ❖ **Analyse du dossier centrée sur le parcours du patient** (1 grille)
  - recherche d'éléments de traçabilité ou non-traçabilité :
    - Information du patient, préparation, antibioprophylaxie, check-list, fiche de surveillance anesthésique et de suivi des soins post-opératoires
    - Sortie patient : information, lettre de sortie, fiche de liaison de soins
- ❖ **Entretien avec patient**
  - Cadre de santé sollicite le patient dont le dossier a été sélectionné et recueille son consentement
  - Entretien à partir d'une grille :
    - Perception du patient sur sa prise en charge
    - Éléments factuels : information préopératoire (préparation), postopératoire (suivi des soins), en vue de la sortie

# Entretiens avec les professionnels de santé (CPias)

## ❖ **Entretien individuel** : 1 grille / catégorie professionnelle

- chirurgien
- médecin anesthésiste / IADE
- IBODE / IDE
- agent d'entretien
- cadre de santé du bloc opératoire
- cadre de santé du service de chirurgie
- responsable technique (air, eau)
- coordonnateur de la gestion des risques : *analyse d'un EI*

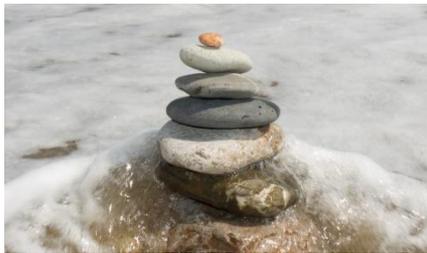
## ❖ **Entretiens complémentaires en fonction des problématiques rencontrées**

- ❖ médecin du service de santé au travail, agent en charge du bionettoyage
- ❖ pharmacien responsable des DM, responsable biomédical
- ❖ tout autre agent impliqué dans la prise en charge du patient

# Entretiens avec les professionnels de santé

- ❖ **Organisation et pratiques**
  - ❖ **Circuits des professionnels et patients**
  - ❖ **Tenue des professionnels**
  - ❖ **Préparation du patient**
  - ❖ **Gestion des dispositifs médicaux**
  - ❖ **Bionettoyage**
  - ❖ **Gestion des risques :**
    - surveillance ISO, MCJ, dépistage foyers infectieux, antibioprophylaxie
    - outils d'aide à l'observance, évaluation des pratiques
    - contrôles d'environnement
    - signalements EI : organisation et outils
    - RMM, REX, analyse des causes, analyse de scénarios
  - ❖ **Communication**
-

# Phase d'identification des non-conformités et réponse aux questions issues de la lecture de la documentation



versus



## ❖ Visite du BO en priorité, le matin, pendant l'activité

- Accompagnement par le responsable de bloc le plus souvent ou les professionnels de la qualité... des personnes connues par les professionnels de bloc
- Conformité des membres du CPias aux règles d'habillement et circulation du bloc
- Fin et début d'intervention, enchaînement, personnel, matériel... la vraie vie du bloc... avec les contretemps, les ré-organisations...
- Prise du pouls du bloc, ambiance



# Écarts le plus souvent identifiés

## ❖ Communication

- Au bloc opératoire
  - Fatigabilité induite par une charge de travail en augmentation à effectif constant, une organisation à adapter
  - =>l'évolution des techniques et des matériaux va plus vite que les ré organisations
- Entre le bloc et le service
  - Prescription post opératoire immédiate, sortie anticipée
- Patient traceur
  - Peu d'implication dans « sa » propre surveillance (patient acteur)

## ❖ Culture de sécurité

- Absence de praticien hygiéniste (très vrai en clinique privée)
- Audits de pratiques restreints
- Peu ou pas de signalement d'IAS grave malgré un système interne de fiche d'évènements indésirables
- Peu de participation au réseau de surveillance nationale
- BO « système clos » « portes fermées » à EOH / QGDR

# Restitution à chaud de la visite (J2)

- ❖ Planifiée à la fin de la visite
- ❖ Tous les professionnels concernés sont invités
- ❖ Synthèse des principaux points forts et points faibles
- ❖ Selon une grille établie et en fonction des priorités pour le CPias
  - Des points à rectifier « immédiatement » pouvant entraîner un risque pour le patient
  - De la documentation à mettre à jour
  - Des observations sur les organisations, la complexité du bloc opératoire, l'architecture, les moyens humains et matériels, les pratiques
  - Des attentes des soignants et de l'ambiance générale
  - De l'adéquation avec les constats de l'établissement lors des observations

	Points forts	Vulnérabilités
Préparation pré op en service	Douche et dépilation conforme sur le protocole	- Pb de traçabilité dans le dossier HM (heure) - communication non faite entre Service et bloc (HM bloc à venir) - dépilation réalisé par le patient à la demande du chirurgien (information donnée au patient?)
Préparation du champ opératoire	Conforme, antiseptiques alcooliques, <u>deterision</u> maintenue	

⇒ Phase de mise au point et d'accord collectif sur le constat extérieur réalisé :  
« brutal » « découverte » « bonne surprise »

# Phase de base de travail de suivi et de l'amélioration de la gestion des risques au sein du bloc opératoire

## ❖ Rapport de la visite rédigé par le CPias :

- Rapport provisoire à amender par l'établissement et définitif
- Propositions d'amélioration
- Constats établis et axes d'amélioration hiérarchisés selon gravité potentielle de défaillances identifiées

Chapitres	Défenses / Éléments favorables	Vulnérabilités / Éléments défavorables	Actions / Recommandations
Circuit et tenue professionnelle	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vestiaire réservé</li><li>- Tenue professionnelle conforme bonne observance de la tenue en bloc</li><li>- implication de l'encadrement dans la consigne zéro bijou</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Existence de calot réutilisable, entretenu par les professionnels et non par la structure</li><li>- Port de bijoux observé une fois sur les mains (alliance) et poignets (montre)</li><li>- Port et gestion du masque parfois non conformes, port en mentonnière souvent manipulé, non porté en salle en l'absence du patient</li><li>- Présence de drap tissé en salle sur table d'opération</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Les calots réutilisables doivent être soit interdits soit entretenus par la structure</li><li>- Le port du masque au sein du BO est obligatoire dans la salle d'intervention que le malade soit présent ou non les consignes de bonne gestion sont à rappeler à tous les professionnels</li></ul>

- Base de travail pour l'établissement

## ❖ Rapport adressé au directeur d'établissement

# Nouvelles recommandations

## Recommandations de Pratiques Professionnelles



## Tenue vestimentaire au bloc opératoire

Guidelines for the clothing in the operating theatre

2021

RPP Commune SFAR-SF2H  
Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)  
Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H)

Avec la validation de l'Association Française de Chirurgie (AFC) et du Collectif  
EcoResponsabilité En Santé (CERES)

