

FORMATIONS BLOC OPERATOIRE

Discussions du bloc opératoire... Toutes les phrases à ne pas dire*

Attendez, si ce truc-là c'est la rate,
alors quel est ce que j'ai coupé tout à l'heure ?

Il y a déjà eu des enfants de toutes façons...

Quand j'ai posé lui
j'ai les doigts qui tremblent...

L'externe, c'est ton premier bloc ?
alors viens toucher son cœur !
c'est la tradition !

De toutes façons
au point où on en est...

On avait bien 20 compresses ?

Aéchoson !



Oupé...

L'externe si tu tombes encore
dans les pommes
tu ramènes un gâteau !

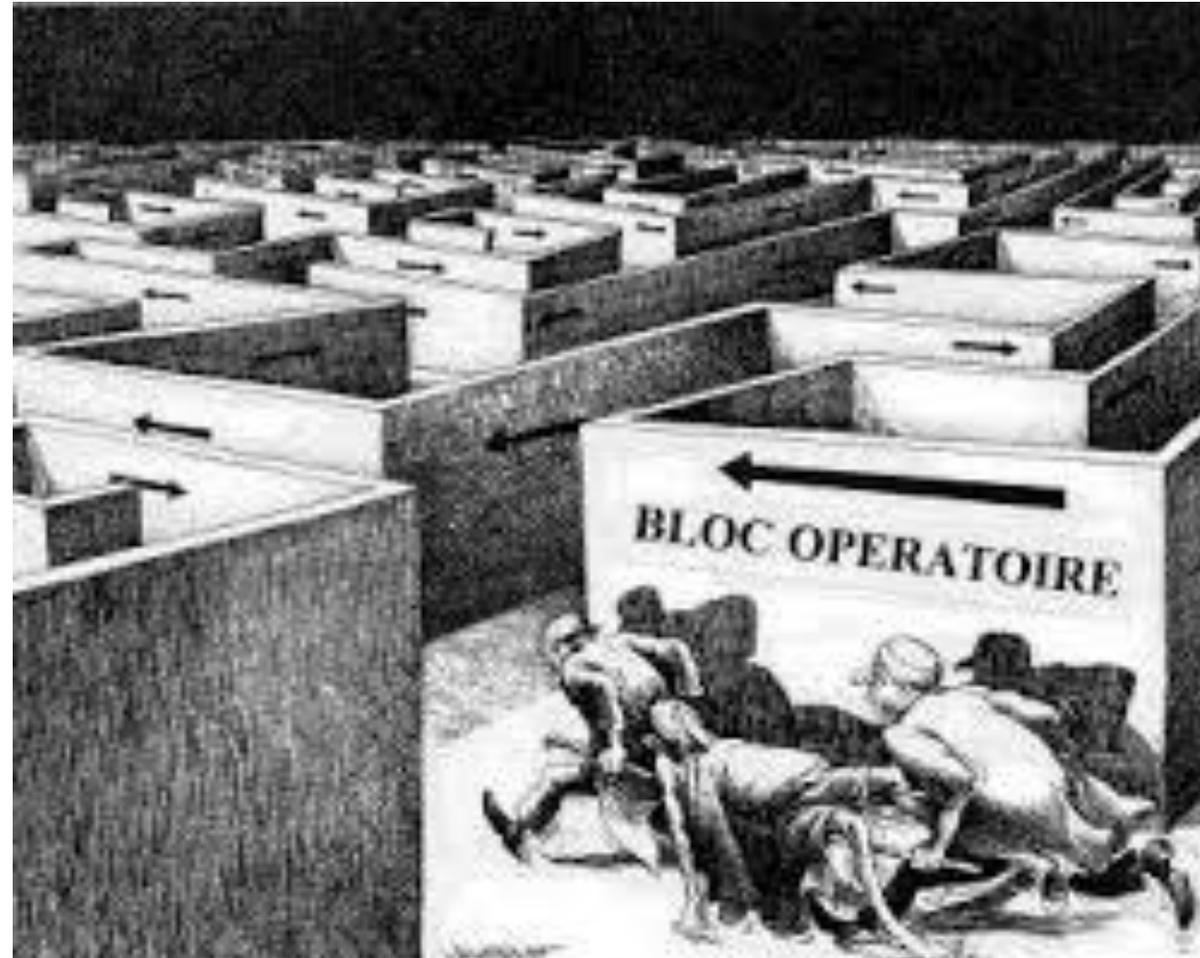
Qui veut s'entraîner à faire
un toucher rectal ?

C'est vraiment dégueu...
L'externe tu peux prendre une photo ?

Regarde c'est mochant,
quand on appuie là,
ça fait plier sa jambe...

* quand le patient est réveillé !

GESTION DES RISQUES AU BLOC OPERATOIRE



GESTION DES RISQUES AU BLOC OPERATOIRE

Introduction

Historique

Cadre législatif

Les différentes vigilances au bloc opératoire

Cartographies des risques au bloc opératoire

Risques humains

Risques environnementaux

Risques techniques

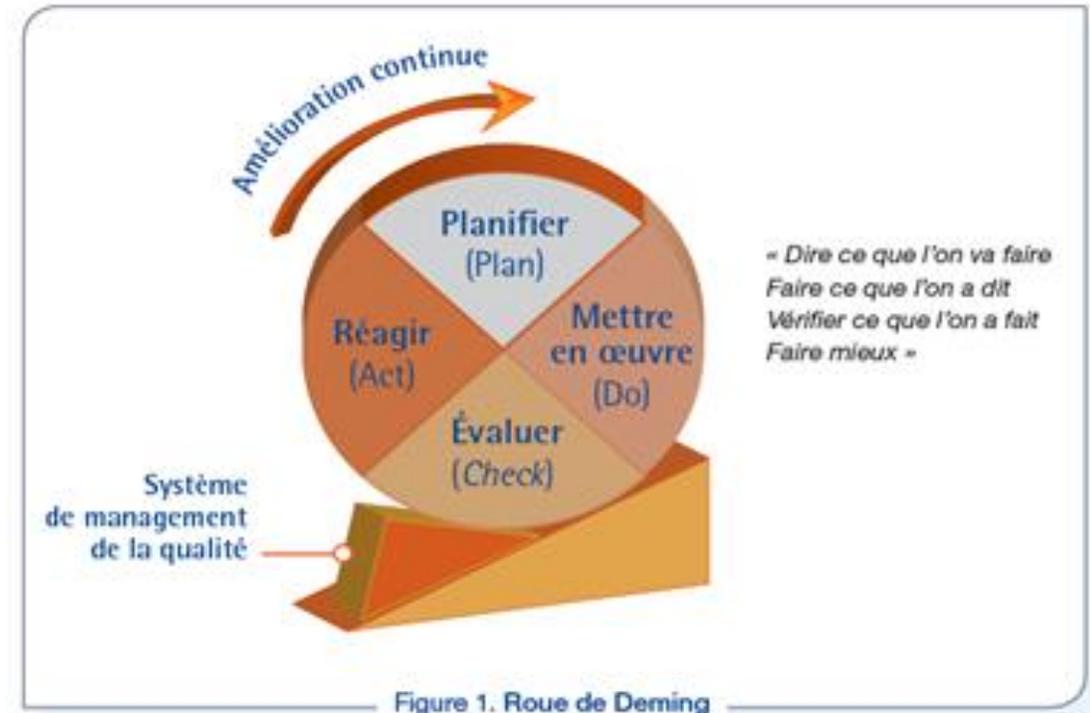
Risques liés à l'utilisation de produits chimiques

Risques toxiques

Risques biologiques

La prévention des risques

Quelques exemples de dysfonctionnements



INTRODUCTION

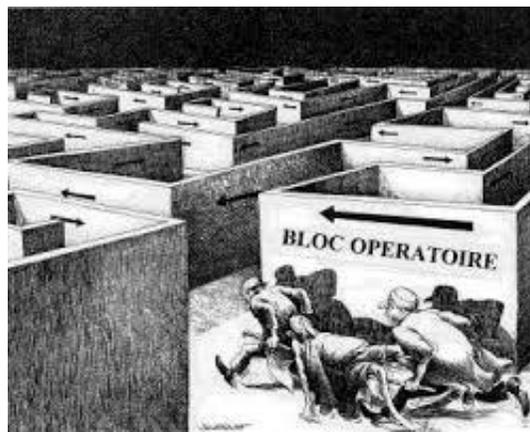
La prise en charge du patient au bloc opératoire doit lui assurer une entière sécurité des soins, de son entrée jusqu'à sa sortie.

Les différents transferts et installations, sont autant d'agressions qui font courir des risques au patient.

L'environnement d'un bloc opératoire et les différentes techniques employées nécessitent de nombreux dispositifs médicaux qui entraînent des risques potentiels pour les patients comme pour les utilisateurs.

Conduire une démarche qualité et de prévention des risques constitue le cœur du métier au bloc opératoire

Néanmoins, il reste des efforts notables à faire compte tenu de la persistance des erreurs de patient ou de côté, des oublis de matériel, ...



INTRODUCTION

Quelques chiffres

1 erreur pour 50 000 interventions

Secteurs opératoires : 50 % pour l'ensemble des sinistres

Infections du site opératoire (ISO) : 20 % des sinistres

Les sinistres étaient totalement évitables

Complication per-opératoire due à une erreur humaine	40%
Problème de traitement (mauvais, insuffisant, tardif)	19%
Oubli de compresse ou d'instrument	9%
Défaut de communication entre professionnels ou avec le patient (absence de consentement)	9%
Problème de diagnostic : mauvais, manquant ou tardif	7%
Issue non attendue ou résultat insuffisant	7%
Erreur de côté, de site, de patient ou de procédure	3%
	3%
Défaut de surveillance post-opératoire	1%
Dysfonctionnement technique	1%
Evènement lié au médicament	1%

HISTORIQUE

La gestion des risques est très ancienne. Elle aurait pris naissance lors de la destruction de Lisbonne par un incendie consécutif à un très violent tremblement de terre, le 1^{er} novembre 1755. Les autorités développèrent alors les recherches pour connaître et maîtriser les phénomènes naturels et en particulier les indices avant-coureurs du séisme

La gestion des risques dans le domaine de la santé s'est développée aux États-Unis dans les années 1950, pour réduire le risque de mise en cause de la responsabilité des professionnels et, par conséquent, les actions en dommages et intérêts ainsi que le coût des assurances pour négligence médicale.

Dans les années 80, cette approche a évolué dans les pays anglo-saxons vers un effort de réduction et de prévention des risques, indépendamment de leur probabilité de conduire à un contentieux. La gestion des risques s'attache alors de plus en plus à identifier et traiter les causes de risques.

CADRE LÉGISLATIF



La gestion des risques se développe dans un contexte riche en textes législatifs :

- Loi du 31 décembre 1991 : prévention des risques professionnels.
- Loi du 29 juillet 1994 dite loi de bioéthique (révisée le 6 août 2004) précisant le concept de sécurité sanitaire : « *la meilleure sécurité possible au regard des connaissances médicales avérées* », « *la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre* ».
- Ordonnances du 24 avril 1996 : qualité et sécurité.
- **Loi du 1^{er} juillet 1998** relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité des produits destinés à l'homme.
- Décret du 5 novembre 2001 portant sur la création d'un document unique.
- Loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale : titre IV : “*Prévention des risques liés à certaines activités diagnostiques et thérapeutiques*”.
- Art L. 1141-1 : prescription, formation et qualification, règles définies, bonnes pratiques.
- Art L. 1421-1 : police sanitaire (Drass).
- **Loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : régime légal d'indemnisation des risques sanitaires non fautifs, obligation d'assurance de la responsabilité médicale.
- Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
- Loi du 9 août 2004 sur la santé publique : mise en place d'un comité de santé publique.

De ce contexte législatif découle la création de nombreuses agences dont la majorité est issue de la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité des produits destinés à l'homme.

CADRE LÉGISLATIF



Les politiques de sécurité des soins et de gestion des risques (GDR) ont été définies par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) de 2009 qui en précise les différents niveaux : nationaux, régionaux et locaux

Quatre axes ont été retenus dans ce Plan National pour la Sécurité des Patients

- Axe 1. Information du patient, co-auteur de sa sécurité
- Axe 2. Améliorer la déclaration et la prise en compte des évènements indésirables (EI) associés aux soins
- Axe 3. La formation, culture sécurité et appui aux acteurs de santé.
- Axe 4. L'innovation et la recherche

POLITIQUE D'ETABLISSEMENT

Cette politique nationale et régionale doit être appliquée au niveau de chaque établissement selon le type d'activité qui est gérée (article L.6111-2) sous la responsabilité conjointe du directeur et du président de commission médicale d'établissement (CME)

Ces derniers doivent déterminer les différentes personnes chargées de la mise en œuvre de cette politique (au niveau de l'établissement, du pôle et des services).

L'établissement organise le système des vigilances réglementaires et nomme les comités correspondants.

Depuis 2010, l'établissement doit également organiser de façon spécifique un système de déclaration des EIG qui sera transmis aux ARS

POLITIQUE AU NIVEAU DU BLOC

La politique locale au niveau du bloc opératoire doit s'appuyer sur la politique de sécurité de l'établissement et lui être complémentaire. C'est le niveau le plus important car le personnel a la connaissance des problèmes et du fonctionnement du bloc opératoire

Les outils de la sécurité et de la gestion des risques au bloc opératoire s'appuient sur quatre piliers qui sont

- l'identification des problèmes et leur déclaration

- l'analyse des faits avec identification des causes racines

- la proposition de mesures correctrices applicables

- l'évaluation de ces mesures à court et moyen termes

POLITIQUE AU NIVEAU DU BLOC: Les Différents outils disponibles

Les déclarations des EI: C'est un système généraliste, rétrospectif et passif, qui s'intéresse à tout type d'EI (parfois insignifiant).

Les déclarations des vigilances: matériovigilance, hémovigilance, infectiovigilance, biovigilance, pharmacovigilance, réactovigilance

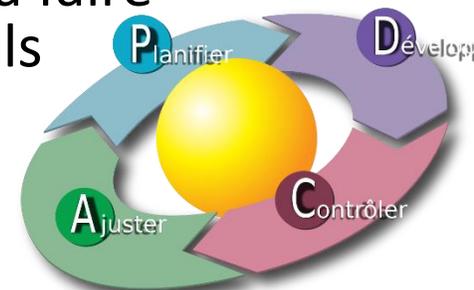
Les déclarations des EIG (événements indésirables graves): les EIG sont des événements ayant une gravité clinique objective

Les enquêtes sur un jour donné: Permet d'obtenir des données épidémiologiques

Les études à priori : C'est principalement la cartographie des risques

Les études à postériori: Ce sont des études de cas suite à une EIG (CREX , RMM, ...)

La méthode HACCP (*Hazard Analysis and Critical Control Point*) : elle consiste à faire une étude des dangers, à déterminer les points critiques et à en fixer des seuils





POLITIQUE AU NIVEAU DU BLOC: Les Différents outils disponibles

L'étude du patient traceur : Permet le suivi d'un patient d'un bout à l'autre de la chaîne de soins (avant, pendant et après son passage au bloc opératoire)

Les audits : Compagent la conformité par rapport à un texte de référence

Les enquêtes cas témoins: Ce sont des études rétrospectives comparant des patients

Les études prospectives randomisées sont des études *a priori* prospectives, longues, difficiles, demandant souvent la participation de plusieurs établissements

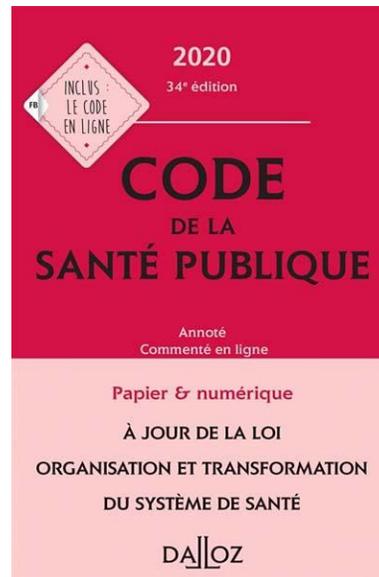
Enquêtes type "culture sécurité" : Il s'agit d'enquêtes d'opinion

Les visites "risque" : Elles sont effectuées soit spontanément soit après un EI. Elles peuvent être réalisées en interne ou être effectuées par une personne extérieure (ARS, agence sanitaire, Assurance,...).

POLITIQUE AU NIVEAU DU BLOC: Les Différents outils disponibles

Toutes ces méthodes et outils ne s'utilisent pas de façon conjointe, mais sont à choisir en fonction de l'objectif à atteindre, et sont souvent complémentaires

Rappel: Article du CSP L. 1413-14 précise que tout professionnel ayant constaté un évènement indésirable grave lié aux soins (...) doit en faire la déclaration



GESTION DES RISQUES ET CERTIFICATION

- Depuis 1996 tous les établissements doivent s'inscrire dans la procédure de certification
- Au travers de la certification l'HAS évalue l'organisation de la qualité avec des critères spécifiques pour le bloc opératoire
- La prochaine certification la V2020 (5e itération de la certification) s'appliquera aux établissements de santé à partir de 2020. Cette nouvelle démarche poursuit plusieurs objectifs :
 - évoluer d'une culture de moyens à une culture de résultats pour l'évaluation de la prise en charge du patient ;
 - renforcer la pertinence des soins (apporter le bon soin au bon moment pour le bon patient dans un parcours de soin adapté) ;
 - développer l'engagement et l'implication du patient.



GESTION DES RISQUES ET CERTIFICATION

L'évaluation de la qualité des soins délivrés au patient se fera notamment à partir d'indicateurs de pratiques cliniques et de nouveaux indicateurs de résultats cliniques.

- Le recours à la méthode du « patient traceur » sera également démultiplié. A cet effet, la HAS prévoit l'introduction de nouvelles grilles d'entretien plus complètes, constituées de points critiques génériques, valables pour tous les patients, et de points spécifiques en lien avec la situation et la pathologie du patient.
- Cette nouvelle version doit également permettre d'évaluer les processus à risques habituellement investigués selon une nouvelle méthode dite « traceur système ». Celle-ci s'attache en premier lieu à observer la mise en œuvre du processus sur le terrain et ne remonte à l'évaluation de l'organisation de ces processus que si nécessaire.



GESTION DES RISQUES ET CERTIFICATION

La nouvelle version V 2020 de la certification met davantage l'accent sur les attentes des patients en matière de qualité des soins en proposant des évaluations ciblées sur certains points critiques de la prise en charge bien identifiée pour des secteurs spécifiques comme par exemple le bloc opératoire



Dispositif de certification V2020

Référentiel de certification

LES DÉMARCHES POUR LE TRAITEMENT DES EI

La démarche peut être traitée de 2 façons selon la nature et l'origine

La démarche **préventive** ou « à priori » permettant de mettre en place des mesures susceptibles d'empêcher ou de limiter la survenue des EI

La démarche **Réactive** ou **correctrice** ou « à postériori » axée principalement sur l'analyse rétrospective des EI et le traitements des causes identifiées



LA DÉMARCHE « À PRIORI »

La ckeck list

réalisée en 3 phases (avant induction, avant intervention et après intervention)

Outil international et obligatoire depuis 2010

Traçabilité obligatoire

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE Temps de pause avant anesthésie	AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE Temps de pause avant incision (appelé aussi time-out)	APRÈS INTERVENTION Pause avant sortie de salle d'opération
<p>1 L'identité du patient est correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non¹</p> <p>• L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non² <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>1 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE/IDE</p> <p>• identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non¹</p> <p>• intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non¹</p> <p>• site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non¹</p> <p>• installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non¹</p> <p>• documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non¹ <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>1 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :</p> <p>• de l'intervention enregistrée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non¹</p> <p>• du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non¹ <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>• de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non¹ <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>• si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non¹ <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><small>Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cocher N/A</small></p>
<p>2 L'intervention et le site opératoire sont confirmés :</p> <p>• idéalement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non¹</p> <p>• la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non¹</p>	<p>2 Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (time-out)</p> <p>• sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérabilité, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non¹</p> <p>• sur le plan anesthésique (Acte sans prise en charge anesthésique (risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non¹ <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>2 Les prescriptions et la surveillance post-opératoires (y compris les seuils d'alerte spécifiques) sont faites conjointement par l'équipe chirurgicale et anesthésique et adaptées à l'âge, au poids et à la taille du patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non¹</p>
<p>3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non¹</p>	<p>3 L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non¹ <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non¹ <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Décision concertée et notifiée en cas de réponse dans une case marquée d'un *</p>
<p>4 La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non¹ <input type="checkbox"/> N/A</p>		
<p>5 L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient</p> <p>• pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non¹</p> <p>• pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non¹ <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><small>Acte sans prise en charge anesthésique</small></p>		
<p>6 Le patient présente-t-il un :</p> <p>• risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui¹</p> <p>• risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui¹ <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>• risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui¹</p>		
	<p>→ DÉCISION FINALE</p> <p><input type="checkbox"/> GO = OK pour incision</p> <p><input type="checkbox"/> NO GO = Pas d'incision !</p> <p>Si No Go : conséquence sur l'intervention ? <input type="checkbox"/> Retard <input type="checkbox"/> Annulation</p>	
		<p>ATTENTION SI ENFANT !</p> <p>► Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.</p> <p>► Autorisation d'opérer signée.</p> <p>► Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille.</p> <p>► Prévention de l'hypothermie.</p> <p>► Seuil d'alerte en post-op défini.</p>
		<p>SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT</p> <p>Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe</p> <p>Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordonnateur CL</p>

LA DÉMARCHE « À PRIORI »

Mise en condition de sécurité de la salle d'opération (MECSS)

procédure de gestion des risques technologiques et infectieux au bloc

vérifier , contrôler, identifier , signaler et mettre en œuvre les actions correctrices

c'est une procédure réalisée en amont de chaque intervention

Traçabilité obligatoire

même si pas obligatoire elle est fortement recommandée

Version 2 - 26/05/2009

FICHE D'OUVERTURE ET DE MISE EN CONDITION DE SECURITE DE LA SALLE

Date :	Salle :	
IBODE responsable :	Signature :	
Ouverture de la porte	Oui / OK	Non → Correction
Eclairage de la salle		
- Intégrité des néons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Intégrité des prises électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Alarme défaut d'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement de l'air		
- Surveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vérification des bouches de soufflage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vérification des bouches de reprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Environnement		
- Propreté de la salle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Propreté des surfaces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Propreté du mobilier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eclairage opératoire		
- Mise sous tension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Intégrité des ampoules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Propreté des coupelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vérification du flux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vérification de la focalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vérification de l'intensité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vérification de l'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Table opératoire		
- Propreté du plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vérification du plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Homologie / descente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



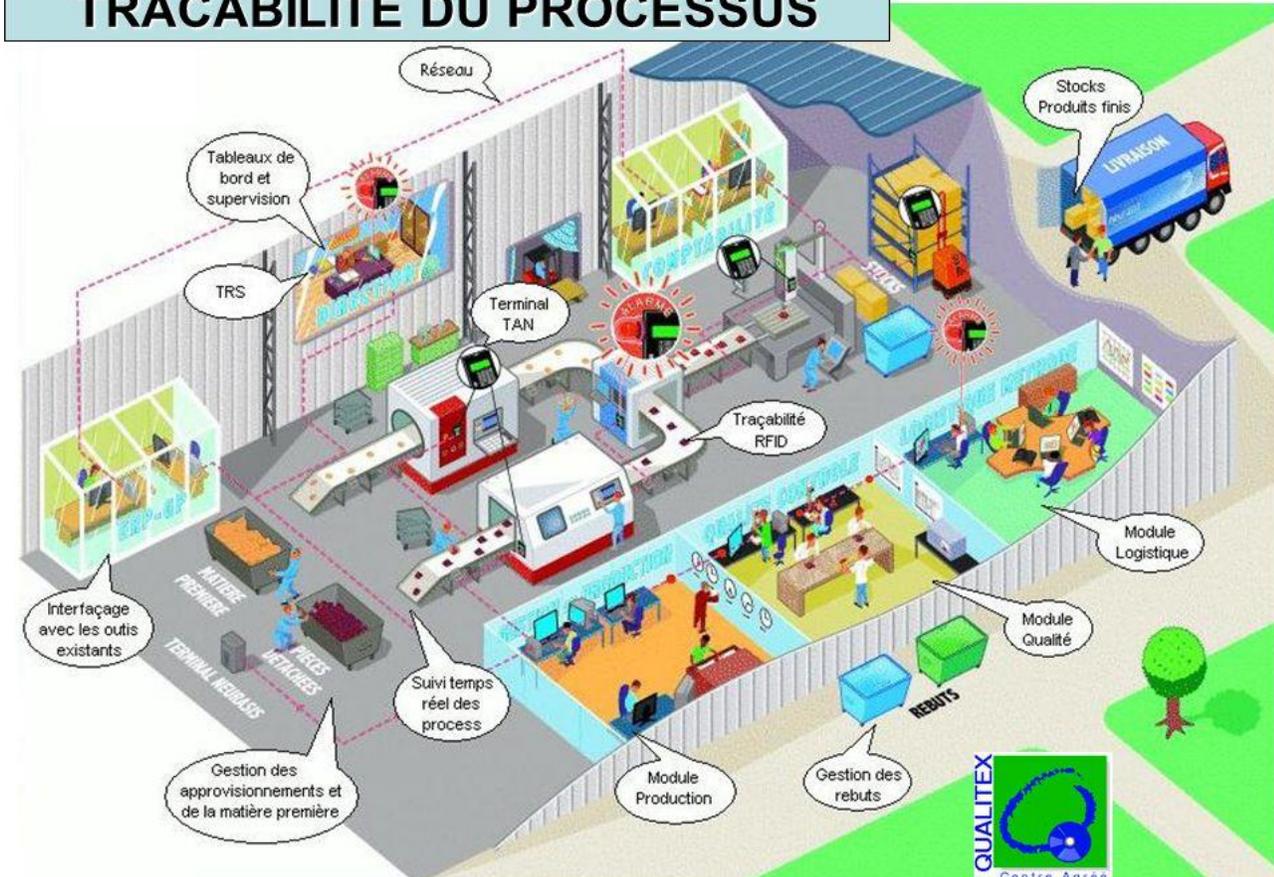
LA DÉMARCHE « À PRIORI »

La traçabilité des dispositifs médicaux

obligation réglementaire

4 types de traçabilité: sanitaire ; bon usage du médicament ;
information patient ; certification)

TRACABILITE DU PROCESSUS

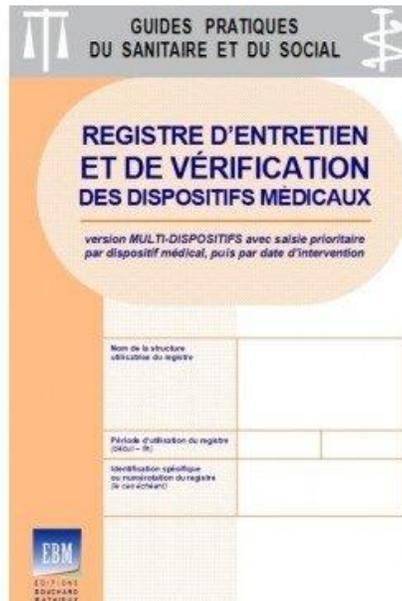


LA DÉMARCHE « À PRIORI »

Maintenance préventive des dispositifs médicaux

obligatoire depuis 2001 mais précisé en 2006 pour la mise en place des contrôles qualité

carnet sanitaire permet la traçabilité de l'ensemble des informations



LA DÉMARCHE « À PRIORI »

La cartographie des risques

évaluation prospective de la gestion des risques

comporte plusieurs étapes avec des échelles de fréquence et une classification de la gravité des risques

un code couleur permet d'identifier les priorités

cartographie réévaluée régulièrement

V. ANALYSER LES RISQUES comment ?

Échelle de fréquence de 1 à 4

Très fréquent ou quotidien ou une fois par jour et plus dans l'établissement	
Fréquent ou souvent ou une fois par semaine ou mois	
Peu fréquent ou occasionnel ou une fois par mois ou trimestre	
Très peu fréquent ou exceptionnel	

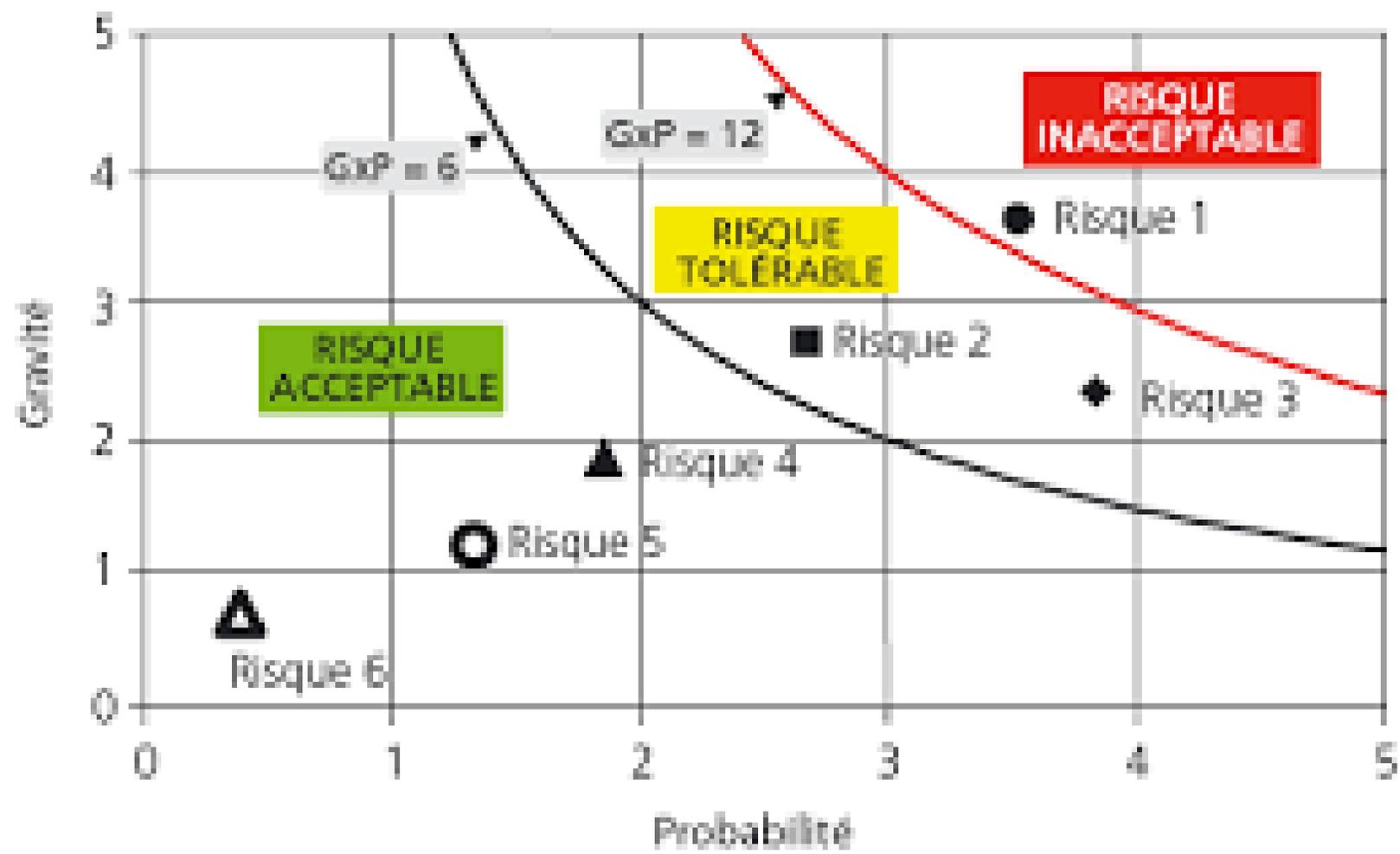
37

Analyse des risques

Échelle de gravité **de 1 à 4**

Très grave ou avec dommage majeur ou décès	
Dommage important ou avec menace du pronostic vital ou incapacité permanente	
Dommage peu grave ou modéré ou avec hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation	
Dommage bénin ou mineur ou blessure ou dommage physique ou moral	

38



LA DÉMARCHE « À POSTERIORI »

Les méthodes « a postériori » permettent une recherche des causes après des incidents ou des accidents.

Deux méthodes sont particulièrement connues
les CREX et les RMM



LA DÉMARCHE « À POSTERIORI »

Les vigilances sanitaires

Elles permettent les signalements et ainsi peuvent générer des alertes afin de prévenir d'un risque lié à l'utilisation d'un DM

5 agences sont impliquées dans la surveillance et l'alerte sanitaire



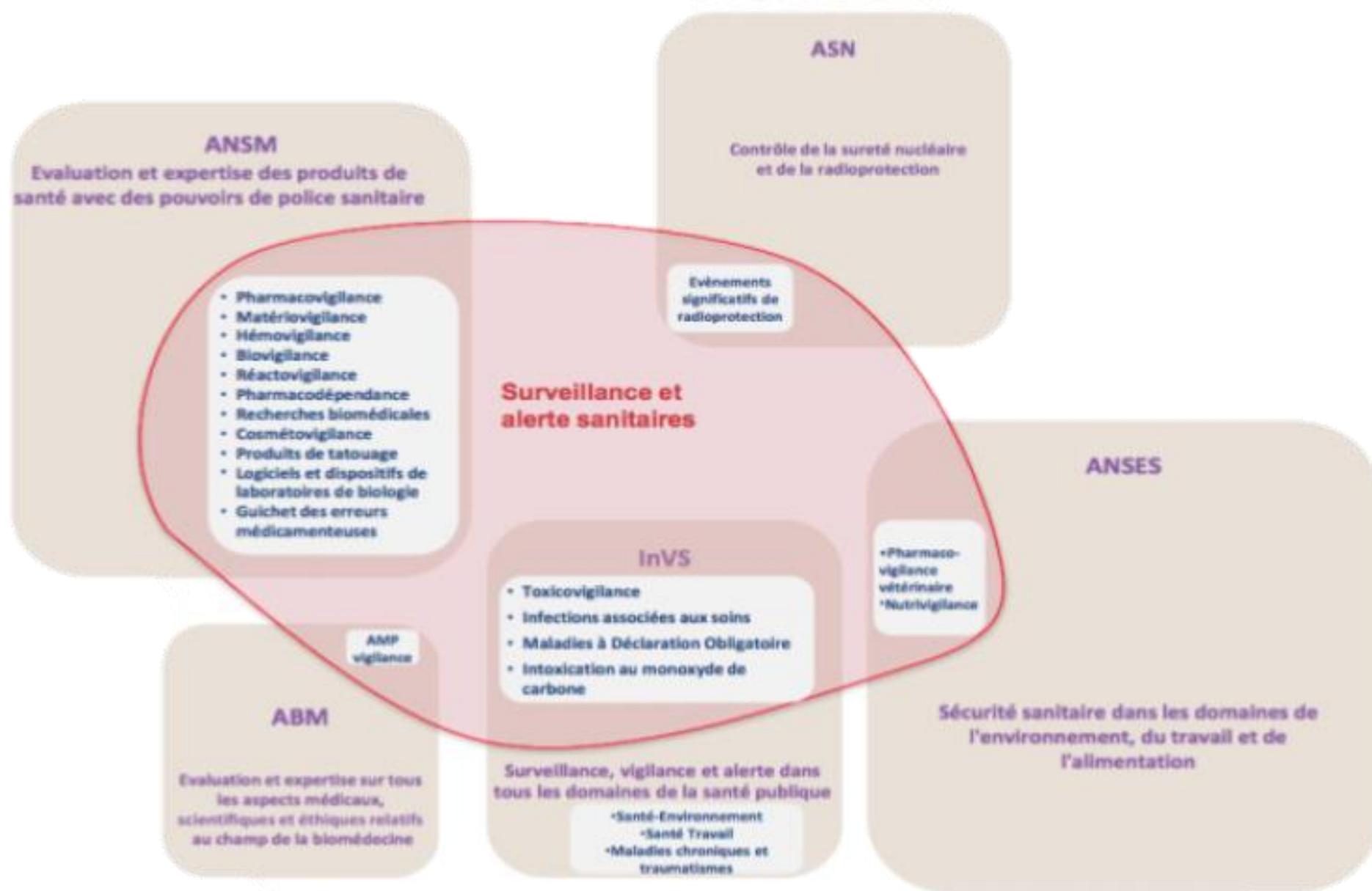
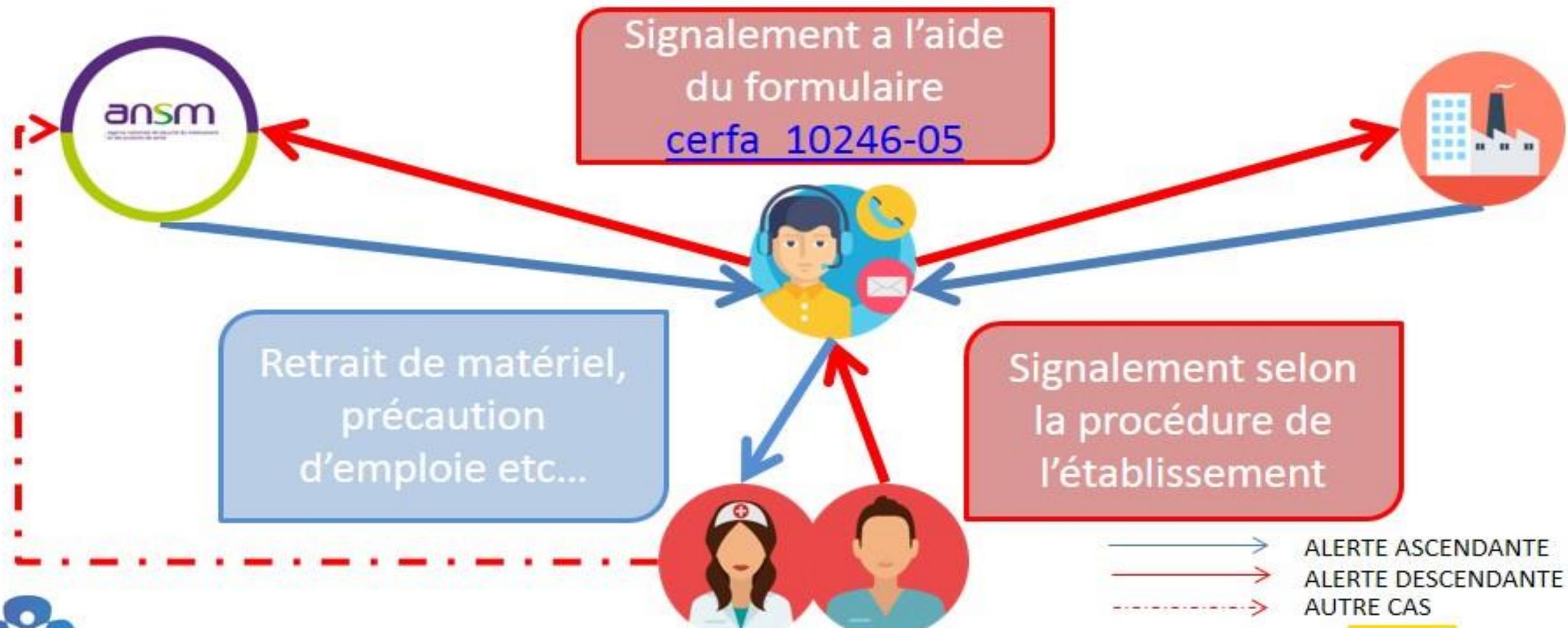


Illustration du morcellement des périmètres de surveillance sanitaire des opérateurs

La déclaration de matériovigilance



GESTION DES RISQUES AU BLOC OPERATOIRE

L'environnement d'un bloc opératoire et les différentes techniques employées nécessitent l'utilisation de nombreux dispositifs médicaux mais aussi des fluides qui entraînent des risques potentiels autant pour les patients que pour les utilisateurs.

La prévention des risques commence donc par la reconnaissance de ces risques par le personnel soignant.



RISQUES ELECTRIQUES



Nécessité d'assurer la continuité de l'alimentation électrique au sein des établissements de santé

Obligation

De disposer d'une ou deux installations autonomes de remplacement en interne

Absence de coupure pour certains DM critiques (prises de courant ondulé) par ailleurs certains DM ont des batteries autonomes

Le bloc électrogène doit faire l'objet d'un exercice mensuel ou hebdomadaire
Les batteries des DM doivent être maintenues par le Bio annuellement



RISQUES ELECTRIQUES

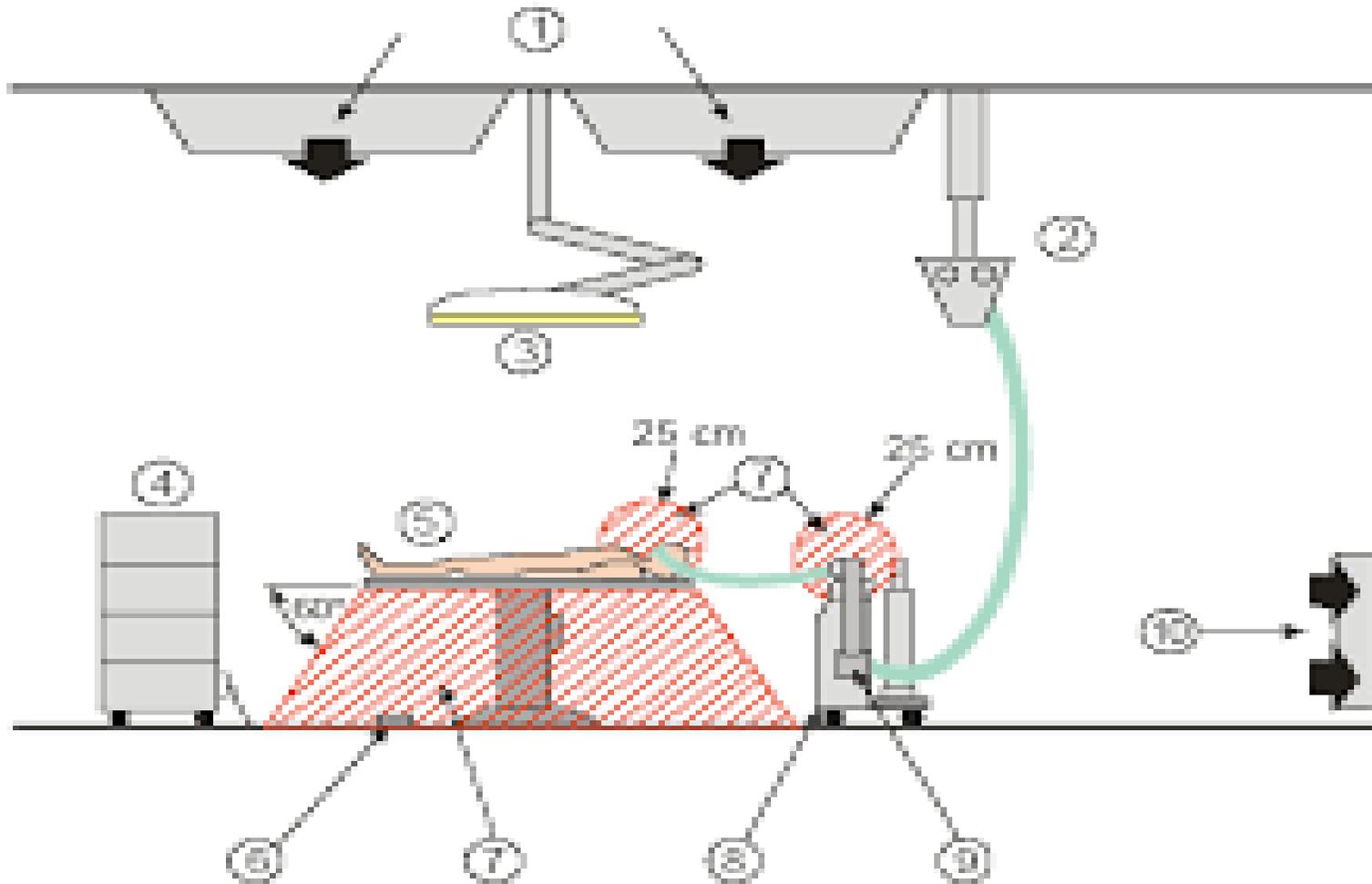
Afin de protéger le patient des mesures de protections contre les chocs électriques sont à respecter

- coupure en cas de surintensité

- protection par isolation ou barrière de TBT

- au moins 1 transformateur par salle de bloc avec alarme sonore et visible

Principales règles à respecter



- 1) Soufflerie
- 2) Bras articulée
- 3) Éclairage opératoire
- 4) Appareil électro médical
- 5) Table d'opération ou support du patient
- 6) Pédale
- 7) Zone de risque
- 8) Appareil d'anesthésie
- 9) Système d'extraction des gaz d'anesthésie
- 10) Extraction

RISQUES D'EXPLOSION

Les matériels sont choisis pour la prévention des risques d'explosion

Revêtement des sols ayant une résistance (sol antistatique)

Absence de prise de courant dans les zones à risques (environnement immédiat du patient)

Définition des zones à risques



RISQUES CONTRE LES PERTURBATIONS ÉLECTROMAGNÉTIQUES

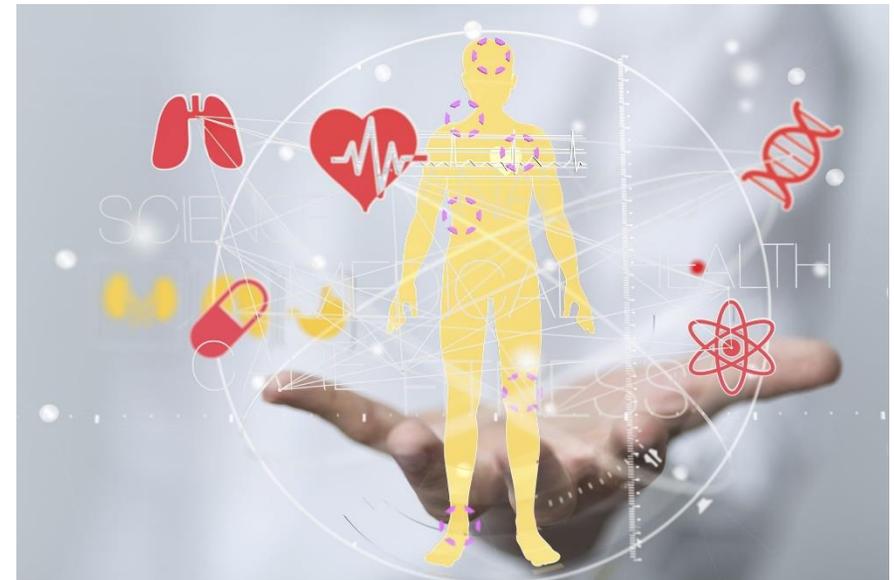
Limitation des perturbations par :

L'éloignement du matériel du patient (interdiction des rallonges , prises multiples)

Le blindage des parois , sol, plafond

La mise en œuvre de filtres

Câbles de ce locaux avec écran mis à la terre



RISQUES LIES AUX FLUIDES

Normes et réglementation

normes selon la salle d'intervention (salle polyvalente , chirurgie cardiaque, salle d'endoscopie , ou encore la SSPI)

les bras utilisés doivent être sécurisés avec des vannes de sectionnement à proximité et doit être doublé par des prises murales fixes

il est interdit d'encaster les prises de gaz médicaux et les entrées doivent être munies de clapets anti retour

Enfin des prises SEGA d'évacuation des gaz d'anesthésie doit permettre de diminuer les concentrations de protoxyde d'azote et des Halogénés



RISQUES LIES AUX FLUIDES



Classification des gaz

Les gaz à usage médical peuvent être classés en trois catégories :

1 - Les médicaments (gaz médicaux). l'oxygène médical (O₂) dont la dénomination sera prochainement changée en oxygène médicinal ; le protoxyde d'azote médicinal (N₂O) ou Hémioxyde d'azote ; le mélange protoxyde d'azote oxygène médicinal 50 / 50 ; le monoxyde d'azote médicinal.

Seuls les deux premiers sont utilisables en réseau de canalisations en France.

2 - Les dispositifs médicaux (gaz médicaux) le dioxyde de carbone médical (CO₂) ; l'azote moteur (N₂).

3 - Les produits sans statut : il s'agit de deux fabrications sur site :

L'air médical, son statut n'est pas définitivement tranché. Il pourrait être considéré comme un médicament ou comme un dispositif médical du fait de son utilisation pour des applications médicales mixtes : air pour inhalation dans les respirateurs et air moteur pour entraînement des instruments chirurgicaux, et du fait de sa fabrication en continu par une centrale de compression

L'air médical est encore appelé air respirable dans la norme NF EN 737-3, et air médicinal depuis le 1/01/2002 à la Pharmacopée européenne (fabrication uniquement à partir d'air comprimé).

L'aspiration médicale ou vide est un fluide médical au sens de la norme NF EN 737-3. Il est toujours fabriqué sur place par des pompes d'aspiration médicales. Les centrales d'aspiration ont le statut de dispositif médical.

RISQUES LIES AUX FLUIDES



Ces gaz médicaux sont sous la responsabilité du pharmacien

Chaque prise doit être identifiée par un code couleur et une empreinte spécifique

La maintenance de la centrale et des réseaux sont surveillés et entretenus par du personnel qualifié

Une commission es fluides peut exister dans les établissements afin de contrôler les installations , vérifier la réception des travaux , et veiller aux règlements existants

Dans les petits établissements c'est le pharmacien qui organise cette commission

Il est indispensable d'assurer la continuité dans la distribution des gaz. Il convient de pouvoir disposer en cas de coupure d'avoir des bouteilles à proximité ou des armoires de secours pour permettre une réaction rapide et adaptée en cas de problème

En parallèle le personnel doit être informé sur les dangers de l'oxygène et du protoxyde d'azote

RISQUES TOXICOLOGIQUES ET CHIMIQUES

De nombreux produits sont utilisés dans les blocs opératoire et ont ou peuvent avoir des effets nocifs à plus ou moins long terme (détergents , médicaments, ...)

L'intoxication peut se faire soit par inhalation, soit par contact cutané ou muqueux

Les précautions doivent être prises avec

une tenue adaptée

des conteneurs adaptés

des gants sans latex

des lunettes de protection

ect...



RISQUES CONTRE L'INCENDIE

Concernant le bloc les ventilations doivent être indépendantes du reste de l'établissement

Les systèmes de sécurité doivent comprendre

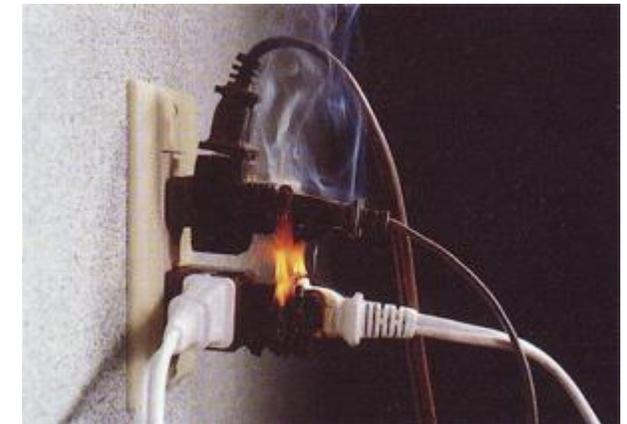
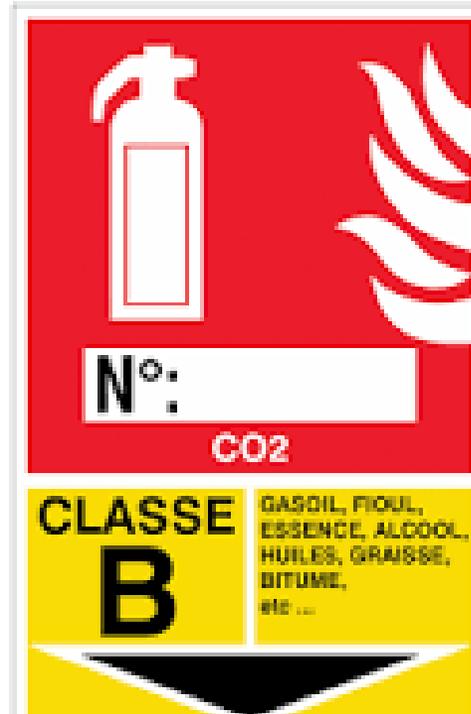
- une centralisation des contrôle et de la signalisation

- une détection automatique d'incendie

- un répartiteur d'alarme

- des moyens d'extinction et notamment des extincteurs à CO2 pour protéger les installations électrique

La formation du personnel fait partie aussi de l'organisation avec une conduite à tenir en cas de départ de feu au bloc



RISQUES PROFESSIONNELS

Au sein du bloc le personnel est soumis à des risques liés aux gestes quotidiens et à l'environnement



RISQUES BIOLOGIQUES: accident d'exposition virale

7 à 30 % des interventions sont émaillées d'AES

39 à 44 % des chirurgiens déclarent avoir eu un accident percutané dans le mois précédent (et 71 à 87.5 % un contact cutané-muqueux)

Les équipes chirurgicales sont donc très exposées et la connaissance et la gestion des AES est indispensable

Il n'y a pas de chirurgies plus à risque que d'autres

Par contre la fréquence des sero-conversions au bloc sont moindres que dans les services de soins notamment par l'utilisation systématique des EPI et surtout les 2 paires de gants



RISQUES BIOLOGIQUES: accident d'exposition virale

Les mesures de prévention

Protection immunologique :

la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire pour le personnel soignant. Elle doit être complète, contrôlée dans son efficacité et documentée.

Protection mécanique :

le matériel barrière permet d'assurer une protection du soignant vers le soigné et inversement.

le port d'une double paire de gants diminue par trois le taux de perforation des gants en fin d'intervention. Elle a de plus un effet d'essuyage diminuant le volume de sang exposant.

le matériel non tissé, notamment renforcé, assure une barrière d'une efficacité incomparable par rapport au matériel tissé qui devrait être abandonné pour les casques et les champs opératoires.

25% des AES intéressent la face et le cou incitant au port de bavettes renforcées et de protections oculaires : lunettes de protection ou masques avec visière.

Protection ergonomique :

l'utilisation d'aiguilles à bout mousse lors de la fermeture pariétale divise le taux de piqûre par 2 et par 5 dans des études prospectives comparées indépendantes.

la présence d'un collecteur stérile dans le champ opératoire élimine le risque de piqûre ou coupure par des objets traînants piquants ou tranchants.

l'utilisation d'agrafeuses ou la diminution des abords pariétaux (chirurgie mini-invasive, ou coelioscopie) diminue l'utilisation d'aiguilles

RISQUES BIOLOGIQUES: accident d'exposition virale

Conduite à tenir en cas d'AEV au bloc opératoire

Des mesures simples et connues de tous

EN CAS DE PIQURE, BLESSURE :

Ne pas faire saigner

Nettoyage immédiat de la zone cutanée lésée à l'eau et au savon puis rinçage

Antisepsie avec dérivé chloré (Dakin ou eau de Javel à 2,6% de chlore actif dilué au 1/5) ou polyvidone iodée en solution dermique ou à défaut, alcool à 70° (au moins 5 min)

EN CAS DE CONTACT DIRECT DU LIQUIDE BIOLOGIQUE SUR PEAU LÉSÉE :

Mêmes protocoles de nettoyage et d'antisepsie de la zone atteinte que précédemment

EN CAS DE PROJECTION SUR MUQUEUSES ET YEUX :

Rincer abondamment à l'eau ou au sérum physiologique (au moins 5 minutes)

RISQUES BIOLOGIQUES: accident d'exposition virale

Conduite à tenir en cas d'AEV au bloc opératoire

avis médical indispensable pour évaluer le risque (avec recherche du statut sérologique de la personne source) et débiter au plus vite un traitement prophylactique

mise en place d'un [suivi médical et sérologique](#) si nécessaire

La déclaration doit être faite dans les 24 heures comme accident de travail

Vous devez avoir à disposition sur votre site votre propre procédure



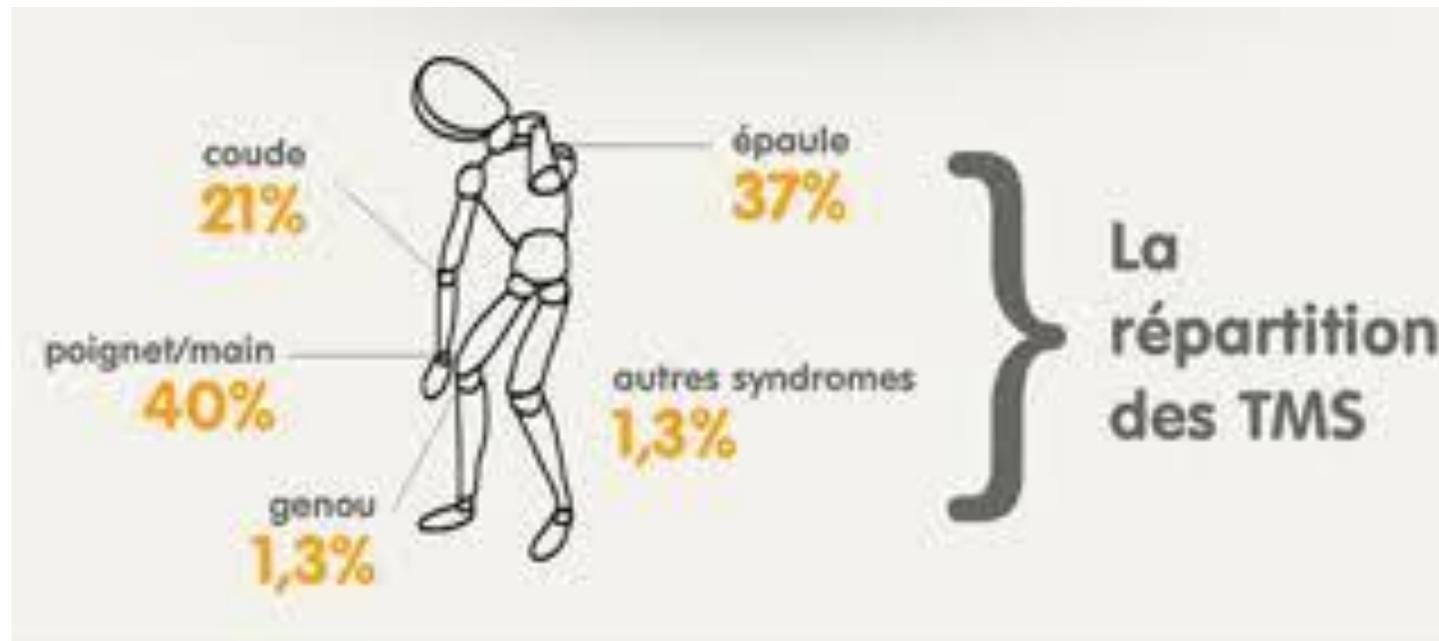
RISQUES LIES AUX RAYONNEMENTS

Voir formation de Théodore Seiler



RISQUES DE TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

Directement liés aux conditions de travail, les TMS se traduisent par des douleurs pouvant devenir invalidantes et conduire à des incapacités de travail. Ils concernent directement les muscles, les tendons et les nerfs et représentent la maladie professionnelle la plus répandue en France



RISQUES DE TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

Vis-à-vis des postures

utiliser une estrade pour être à la bonne hauteur

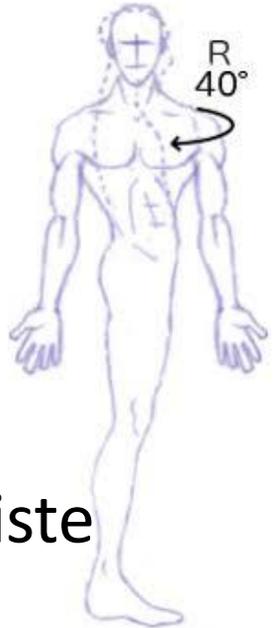
positionner les bacs à déchets face à soi

éviter les mouvements de rotation du tronc

plier les genoux pour ramasser les compresses par terre

organiser sa salle pour une meilleure ergonomie

alterner les différentes fonctions de circulant, AO ou instrumentiste dans la journée



RISQUES DE TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

Lors de la manipulation des patients

ne pas travailler seul

utiliser une planche pour les transferts

connaitre les principes de manutention des charges lourdes



RISQUES DE TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

Lors de l'utilisation du matériel

prendre des guéridons ou chariots pour transporter du matériel

pousser un chariot plutôt que de le tirer

ré évaluer les contenu des boites pour en légitimer le contenu

diviser les plateaux trop lourds

signaler le matériel défectueux



RISQUES DE TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

Lors de l'organisation des rangements

- placer les charges lourdes à hauteur du buste

- éviter les stockages au raz du sol

- repenser les espaces de rangement

- faciliter le visuel dans les tiroirs

RISQUES PSYCHOSOCIAUX

On les définit par l'atteinte à l'intégrité physique et mentale sous forme de stress, harcèlement, épuisement ou violence au travail

Toutes ces formes entraîne un processus de déséquilibre et peut conduire à des réponses émotionnelles douloureuses et provoquer des changements dans ses comportements



RISQUES PSYCHOSOCIAUX

La prévention se passe à 3 niveaux

niveau primaire en agissant à la source pour éviter ou limiter les risques (processus d'organisation du bloc en équipe; bientraitance et reconnaissance ; régulation de l'intensité de la charge de travail, l'autonomie , la précision des missions, les discussions en équipe, l'ergonomie de travail)

niveau secondaire en détectant et corrigeant les situations à risques (repérer les personnes à risques et les évènements personnels ou familiaux)

niveau tertiaire en réparant la situation et en réhabilitant les personnes (processus de retour au travail , suivi médico administratif , réhabilitation à l'ancien poste ou à un nouveau poste)



QUELQUES CAS CLINIQUE RECENTS (2019)
Sources SHAM

Cas clinique n°1 – Bloc opératoire

Les faits : Patient porteur d'une tumeur du rein gauche, opéré du rein droit

L'analyse : RMM : 14 dysfonctionnements retenus, dont : lettre du MT erronée, observation clinique non signée, pas de mot d'arrivée ni de suivi dans le dossier, pas de discussion du dossier en RCP, pas de récupération de l'examen TDM, dossier de soins mal rempli, checklist imparfaitement remplie, patient non accompagné durant les consultations.

Procédure amiable : RC incontestable Néphrectomie partielle rein Gauche, pas d'insuffisance rénale

Cas clinique n°2 – Bloc opératoire

Les faits : Patiente hospitalisée pour ré-intervention de son pied rhumatoïde gauche. Opérée du pied droit.

L'analyse : Arrivée en retard du chirurgien au bloc opératoire. Patiente déjà endormie sous AG, c'est le pied droit qui est préparé. Le chirurgien constate l'absence de cicatrice de la 1ère intervention, mais réalise tout de même l'intervention.

Procédure amiable : RC incontestable Intervention pied gauche

Cas clinique n°3 – Bloc opératoire

Les faits : Patiente porteuse d'une arthrose des deux mains hospitalisée pour intervention de la main gauche. Opérée de la main droite. Ré-intervention, suites chirurgicales simples.

L'analyse : ALR et préparation réalisées à droite. Erreur identifiée par le chirurgien, qui « avec l'accord de la patiente », opère la main droite.

Procédure judiciaire : Le TGI a condamné le praticien attendu que le chirurgien a commis une erreur dans son programme opératoire, n'a pas visité sa patiente la veille, et reste le chef d'équipe au bloc. De même, l'accord verbal de la patiente d'opérer sa main droite ne constitue pas un consentement. La responsabilité de la clinique ne peut être engagée

Cas clinique n°4 – Anatomopathologie

Les faits : Patient opéré d'une prostatectomie totale. L'examen d'anatomo-pathologie de la pièce opératoire met en évidence une prostate saine

L'analyse : Inversion d'étiquettes à l'occasion des biopsies réalisées

Procédure amiable : RC non contestable Séquelles simples, nécessitant de la rééducation

Cas clinique n°5 – Homonymie

Les faits : Patiente enceinte hospitalisée pour biopsie du trophoblaste
...subira une IVG

L'analyse : Homonymie : sa cousine est hospitalisée dans le même
service pour IVG

Le jugement du tribunal administratif : RC retenue Evaluation du
préjudice difficile / le diagnostic prénatal a confirmé une maladie grave
qui aurait nécessairement conduit à une IVG

CONCLUSION

La prévention des risques commence par la reconnaissance des risques par les professionnels.

Les dysfonctionnements, les défaillances techniques, les évènements indésirables présentent des risques pour la continuité des soins et la sécurité du patient et **les IDE de bloc restent les vrais relais terrain pour remonter les infos**

L'étude des risques et de leurs effets permet de mettre en place des mesures préventives ou curatives. Il est indispensable de développer une organisation et des mesures évitant la possibilité de survenue d'un risque.

Cependant après un évènement indésirable, une analyse de l'efficacité des mesures préventives et l'efficacité des mesures curatives s'impose.

Au sein du bloc opératoire et en secteurs associés, les IDE, gèrent les risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire, organisent et coordonnent les soins infirmiers en salle d'intervention, **tracent les activités** au bloc opératoire, participent à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures

CONCLUSION

Les IDE ont un rôle fondamental dans cette démarche de gestion et prévention des risques et c'est le socle de ce métier avec des impondérables comme

- La Check list HAS (allergie, côté...)
- Le Comptage compresses , aiguilles etc...
- La Vérification de la salle avant l'intervention / chariots : préparation de la salle, vérification du matériel avant installation du patient
- Les Déclarations des EI

Mais aussi la traçabilité

- En sortie de bloc : sur la fiche de liaison bloc / sspi (présence de redons, consignes de surveillance)
- En SSPI la traçabilité de la surveillance (diurèse, redons...) avant remontée dans le service
- Sur la check list (traça des DM, comptage)

L'identité-vigilance est aussi une des priorités

- Règles de base mais bien vérifier la présence du bracelet avant installation / concordance avec dossier / patient
- On appelle pas le patient par son intervention mais bien préciser son nom lors de l'appel vers le service pour la descente au bloc
- Remettre un bracelet si besoin en salle de réveil avant transfert du patient dans le service

La bientraitance et le respect de la dignité du patient ainsi que la confidentialité doivent aussi faire partie de cette gestion des risques

Le travail en équipe et la communication avec tous les membres du bloc restent essentiel à la sécurité du patient

CONCLUSION

Tout cela confère à l'IDE de bloc la place de maillon incontournable dans la gestion des risques mais également dans l'application de toutes les actions relatives à la déclaration des EI , aux traçabilités et aux vigilances pour faire évoluer les process

DES QUESTIONS ?

Merci pour votre attention !



michel.leclercq@elsan.care