



Analyse des risques péri opératoires

Matyjaszczyk Sylvie, Cadre Supérieur de Santé

Coordinatrice de la Gestion des Risques

Contexte

- **Centre hospitalier de 342 lits : 120 EHPAD et 222 MCO**
 - 62 lits de chirurgie (53 HC et 9 places en ambulatoire)

- 2007, 2008 et 2010 : **comparaison /performance des blocs opératoires** entre établissements publics, privés et PSPH
 - Démarche initiée et conduite par la MeaH, accompagnée par l'ARS
 - se comparer aux établissements du bassin grenoblois
 - objectiver les dysfonctionnements, identifier les marges de progression et engager le changement

- 2008 : **Programme de réorganisation du bloc opératoire** engagé avec plusieurs axes d'amélioration
 - Planification (vacations opératoires), supervision (management), programmation (optimisation des moyens...) et un **axe fort /sécurité des soins**

Méthodologie

- o **Objectif** : conduire une analyse des risques *a priori* péri opératoires en identifiant les barrières de défense actuelles et celles à mettre en place pour renforcer la sécurité du processus de prise en charge du patient à opérer

- o **Chefs de projet** : Coordonnateur médical du Bloc et Directrice des soins
 - **Pilote du groupe de travail** : Cadre supérieur du pôle Méd/Chir/Anest
 - **Calendrier** :
 - présentation aux instances en sept/oct. 2009
 - constitution des groupes nov/déc. 2009
 - réunions de janvier à juin 2010

Méthodologie

○ Pour faciliter le travail d'analyse, **le processus de prise en charge du patient a été fractionné en 4 phases**

- Phase de transfert service/bloc - accueil du patient au BO - retour en service
- Phase d'anesthésie : pré - per opératoire - réveil
- Phase de l'acte opératoire
- Phase de remise en condition de la salle

○ **Groupe de travail constitué** de 28 professionnels répartis en 4 sous groupes correspondant aux phases identifiées

- Médecins anesthésistes, Chirurgiens, Infirmières de bloc opératoire, Infirmières de chirurgie, Infirmières anesthésistes, Cadres de santé, Aides soignants, ASH/ Brancardiers, Ambulanciers

- **Pour chaque phase du processus, les professionnels ont :**
 - identifié les situations à risque
 - mis en évidence les causes et les conséquences de ces risques
 - coté la gravité et la vraisemblance de ces situations
 - réfléchi aux barrières de défense existantes et leur efficacité
 - proposé de nouvelles actions de maîtrise du risque et l'autorité de décision pour la mise en application

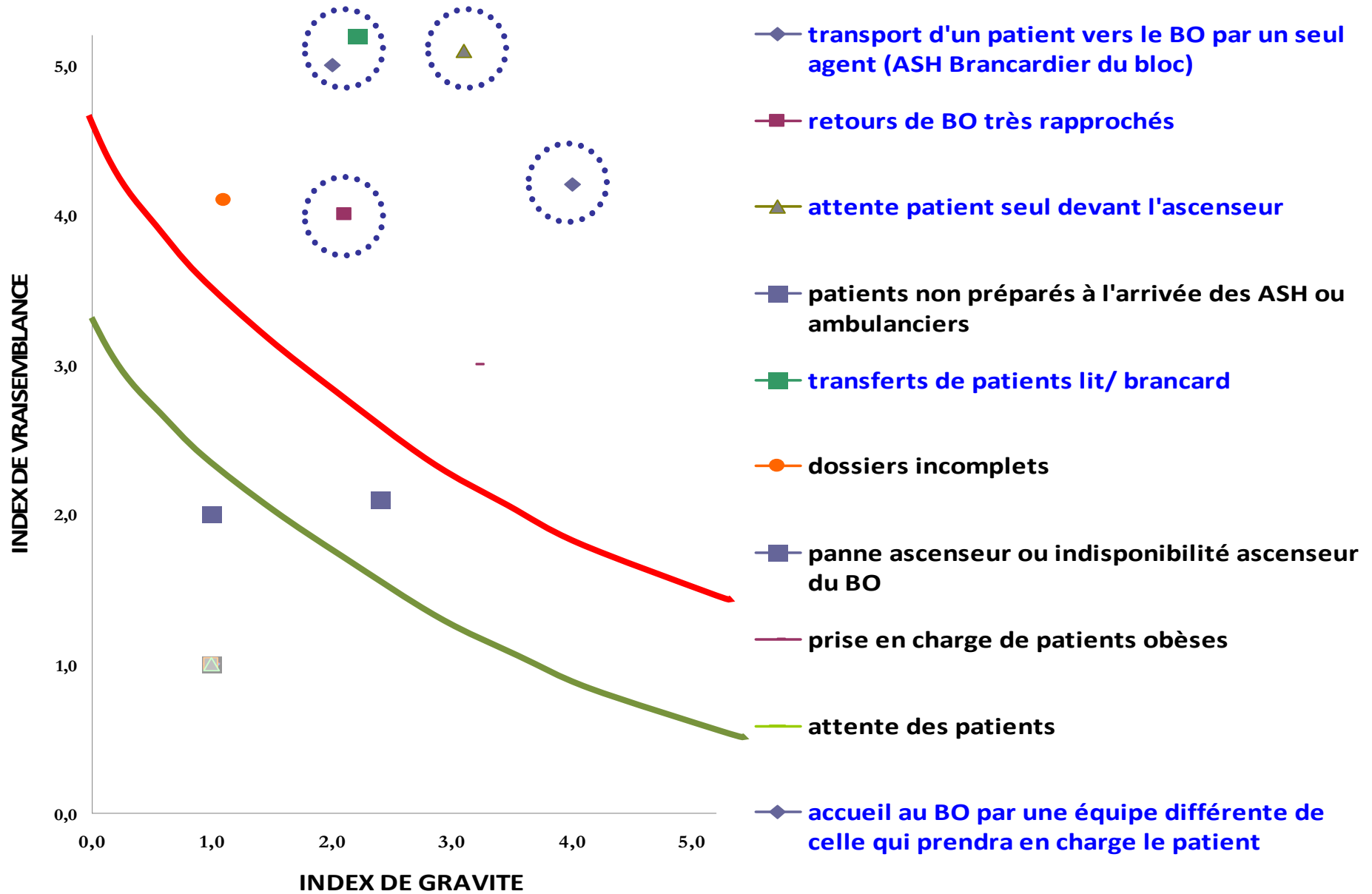
- les EI survenus en 2009 et 2010 ont également été repris

- **Temps dédié : 9 réunions de 2 heures**

Echelles de gravité et de vraisemblance

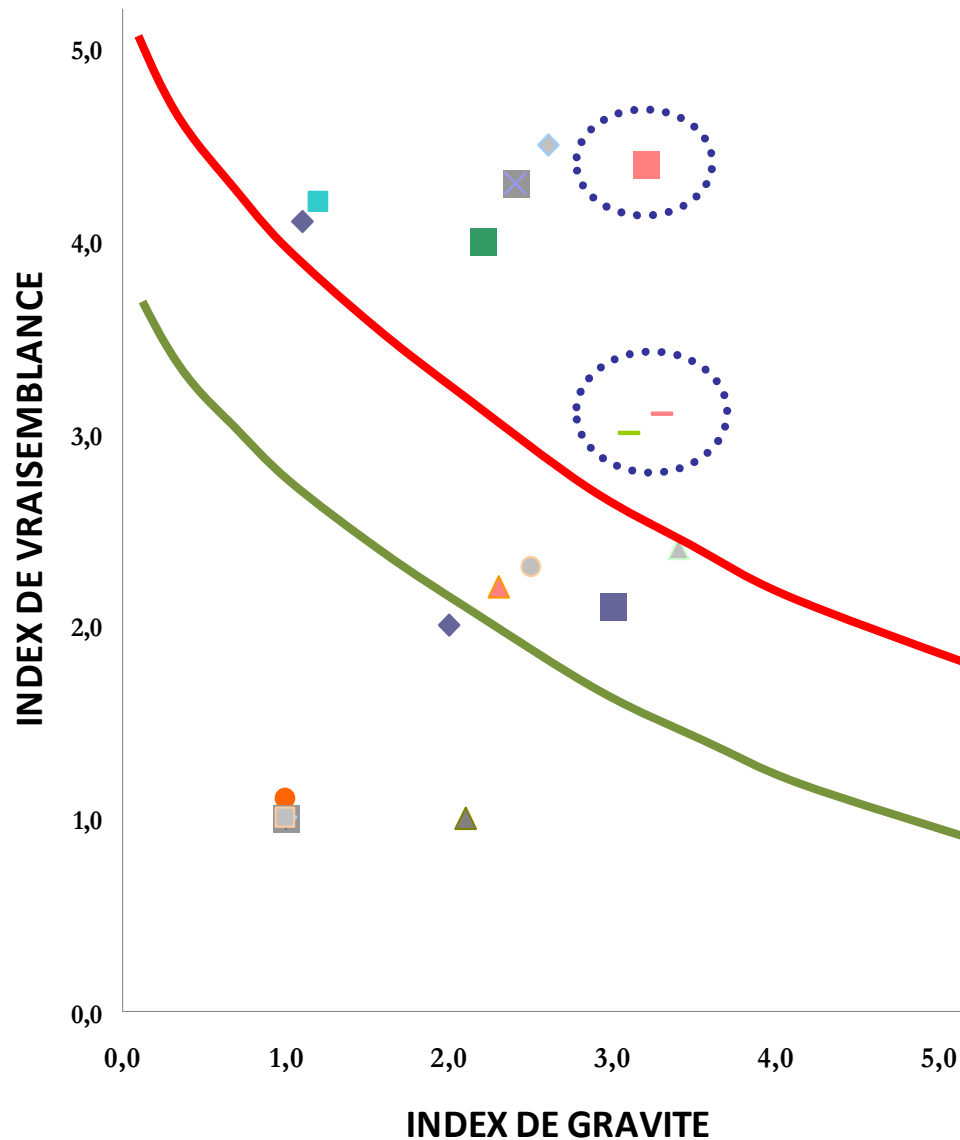
Classe Gravité	Descriptif	Classe de vraisemblance	Intitulé
G5	Décès Invalidité	V5	Très probable à certain
G4	Ré-intervention Handicap réversible	V4	Probable
G3	Report, prolongation anormale de la durée d'hospitalisation	V3	Peu probable
G2	Retard avec désorganisation de la PEC	V2	Très peu probable
G1	Retard simple	V1	Extrêmement improbable

RESULTATS PHASE TRANSFERT - ACCUEIL BO - RETOUR



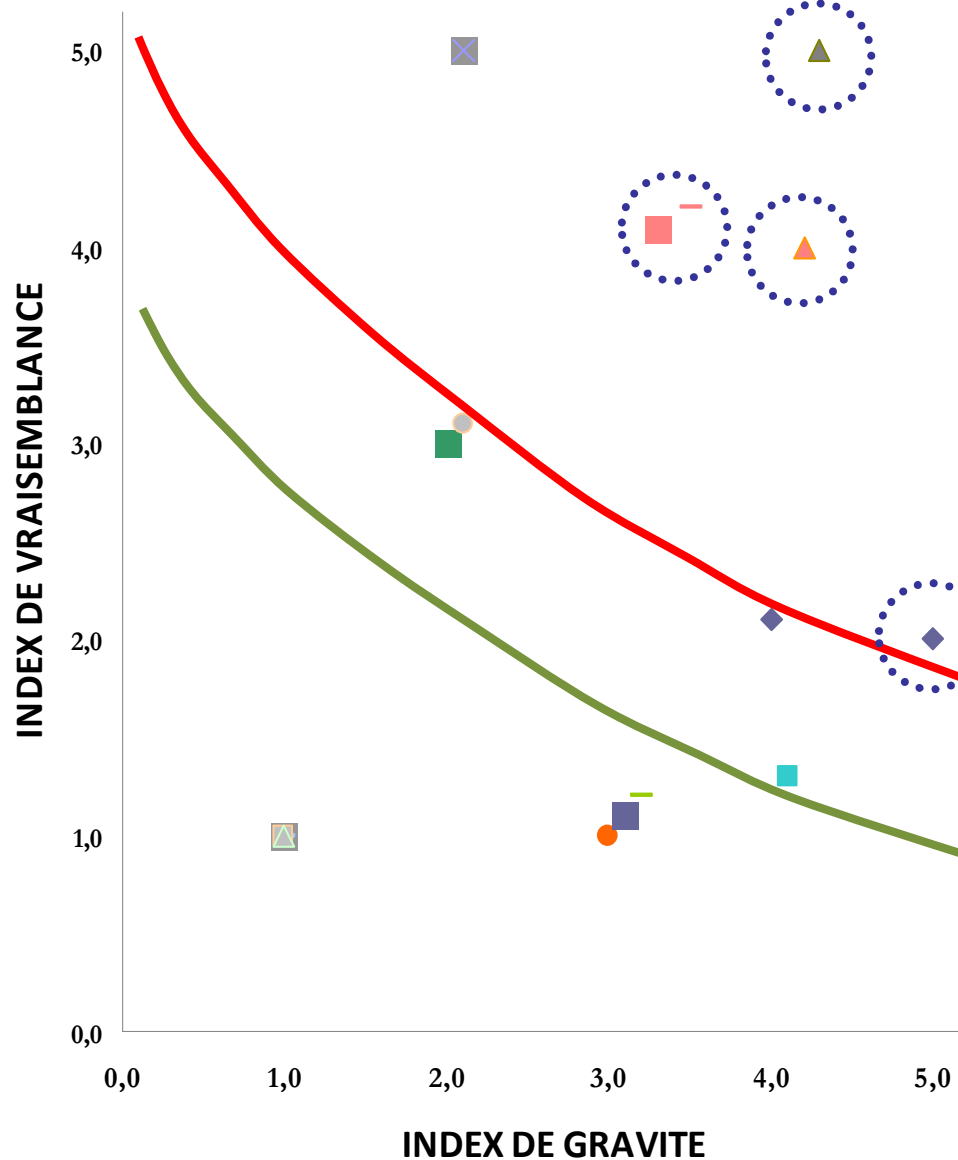
RESULTATS

PHASE ANESTHESIE



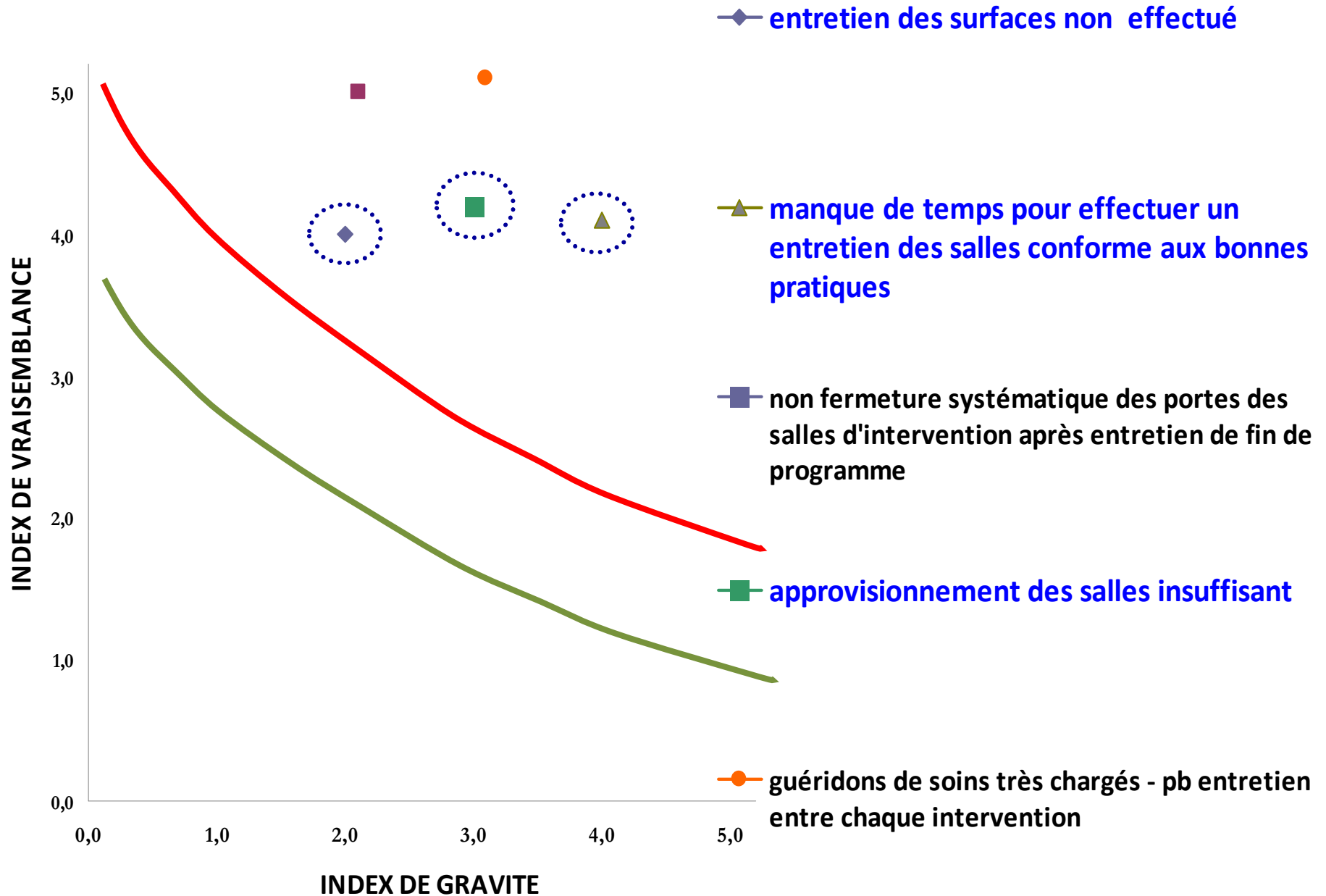
- ◆ appui bras mal positionné
- ▲ pb de gaz médicaux ou de DM (panne respirateur) avant démarrage intervention
- attente patient sans surveillance
- utilisation flacon de ventoline / pour plusieurs patients
- ignorance d'un risque lié au patient
- non uniformisation des chariots d'anesthésie
- ◆ absence d'équipe d'anesthésie / actes réalisés sous anesthésie locale
- prise en charge du réveil inadaptée (bruits)
- ▲ indication d'anesthésie qui change au dernier moment
- embolisation SSPI (pas de place pour accueil patient en sortie de salle) + embolisation couloir et transfert
- induction sans opérateur dans le BO
- pb d'intubation difficile non prévisible
- gestion d'un ACR en SSPI quand elle est encombrée par des lits
- ◆ anxiété majorée en SSPI quand attente importante / intervention
- ▲ non connaissance ou non identification d'un portage de SARM chez un patient

RESULTATS PHASE ACTE OPERATOIRE



- ◆ liées à l'installation du patient sur la table
- ▲ utilisation de l'ampli de brillance par des personnels peu formés
- changement d'installation ou de table alors que le patient est endormi
- liées à l'utilisation du bistouri électrique
- liées à la coelioscopie
- liées à l'arthroscopie
- ◆ compte de compresses imparfait
- liées à l'utilisation de petits instruments
- ▲ procédures opératoires non respectées
- liées aux allées et venues en salle
- préparation matériel non conforme
- patient descendu trop tôt
- prise en charge en urgence

RESULTATS
PHASE DE REMISE EN ETAT DE LA SALLE



Plan d'actions

- o **31 situations à risque** retenues par le groupe de travail en juin 2010

- o **39 actions engagées** - validées en Conseil de Bloc
 - **Type d'actions**
 - information (10) ex : **rappel des procédures de soins, règles de régulation**
 - formation (8) ex : **radioprotection, manutention des patients**
 - élaboration ou réactualisation de documents (11) ex : **accueil des nouveaux agents au BO, uniformisation des chariots d'anesthésie**
 - audits de pratiques (2) ex : **préparation cutanée de l'opéré, entretien des locaux**
 - organisation (8) ex : **permanence des soins, réorganisation des postes ASHQ**

- o A ce jour : **16 actions finalisées** – 11 en cours et 12 à venir

Quelques indicateurs de suivi

- Résultats des audits conduits en hygiène hospitalière
- Résultats de la surveillance de l'environnement (prélèvement de surface, qualité de l'eau)
- Résultats d'EPP : prise en charge des césariennes en urgence
- Nombre de fiches incident au bloc opératoire
- Nombre d'infections de site opératoire
- Suivi des formations

Conclusion et perspectives

- **Apports de la démarche :**
 - Implication et participation active des professionnels
 - Renforcement de la sensibilisation / situations à risque – développement de la culture de sécurité
 - Meilleure connaissance et acceptation des contraintes des uns et des autres

- **Projet :** mise en place d'un Comité de Retour Expérience à l'automne 2011 au BO

Référence : Commission de coordination régionale des vigilances. Risques au bloc opératoire. Cartographie et gestion. DRASS Midi-Pyrénées. 2007