



*Visite de risques au bloc opératoire*

**PROTOCOLE DE VISITE**



**CCLIN Sud-Ouest 2015**

## COORDINATION

<b>GALY Elisabeth</b>	Cadre Supérieur de Santé Hygiéniste	ARLIN Midi-Pyrénées	Toulouse
-----------------------	-------------------------------------	---------------------	----------

## GROUPE DE TRAVAIL

<b>DELANNOY Véronique</b>	Cadre de Santé Hygiéniste	ARLIN Aquitaine	Bordeaux
<b>DUTRECH Rachel</b>	Cadre de Santé Hygiéniste	ARLIN Aquitaine	Bordeaux
<b>LEGER Chantal</b>	Cadre de Santé Hygiéniste	ARLIN Poitou-Charentes	Poitiers
<b>MARIE Serge</b>	Cadre Supérieur de Santé Hygiéniste	ARLIN Limousin	Limoges
<b>VERGNES Hervé</b>	Cadre de Santé Hygiéniste	ARLIN Midi-Pyrénées	Toulouse
<b>ZARO-GONI Daniel</b>	Cadre Supérieur de Santé Coordonnateur	CCLIN Sud-Ouest	Bordeaux

## PERSONNES CONSULTEES POUR AVIS

<b>BOUSSEAU Anne</b>	Praticien Hygiéniste	CHU	Poitiers
<b>CASTEL Olivier</b>	MCU - Praticien Hospitalier	CHU	Poitiers
<b>NAVARRÉ Josyane</b>	Infirmière IBODE Hygiéniste	CH	Saint-Gaudens
<b>PABAN Christiane</b>	Cadre Formateur Ecole IADE	CHU Purpan	Toulouse

## ETABLISSEMENTS TESTEURS ET /OU RELECTEURS

<b>CH de Lavour</b>	AMBROGI Vanina	Praticien Hygiéniste
	AMIEL Myriam	Infirmière Hygiéniste
<b>CH de Saint Junien</b>	GABRIEL Laure	Infirmière Hygiéniste
<b>CH de Cayenne</b>	SIMON Anne-Marie	Gestionnaire de risques
<b>CMC de Kourou</b>	JANTOT Sylvie	Infirmière Hygiéniste
<b>Clinique Mutualiste, Pessac</b>	QUESNEL Catherine	Praticien Hygiéniste
	LIBERT Anne	Infirmière Hygiéniste



**Le protocole « Visite de risques au bloc opératoire » a été présenté au Comité Directeur du CCLIN Sud-Ouest le 10 octobre 2014.**

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>4</b>
<b>OBJECTIFS</b> .....	<b>5</b>
1 .Objectifs .....	5
2. Objectifs spécifiques.....	5
<b>METHODE</b> .....	<b>5</b>
1. Etablissements concernés .....	6
2. Champ d'investigation .....	6
3. Modalités de la visite.....	6
4. Calendrier et durée de la visite .....	7
<b>ORGANISATION DE LA VISITE DE RISQUES</b> .....	<b>7</b>
1. Personnes concernées .....	8
2. Réunion de préparation .....	8
3. Recensement documentaire .....	8
4. Fiche culture de sécurité.....	9
5. Observations de l'organisation, des moyens et des pratiques.....	9
6. Patient traceur .....	10
7. Entretiens des professionnels de santé .....	10
8. Réunion de restitution .....	11
9. Rapport de visite .....	12
10. Planning des étapes de la visite de risques.....	13
<b>ANNEXES</b> .....	<b>14</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>24</b>

## INTRODUCTION

L'amélioration de la prévention des infections associées aux actes invasifs constitue un axe important du programme de prévention des infections nosocomiales 2009-2013.

Dans ce contexte, il est demandé aux établissements de santé de développer une culture de qualité et de sécurité des soins en utilisant des outils de gestion des risques adaptés aux différentes activités de soins.

La prévention des infections de site opératoire fait partie des actions prioritaires à mettre en œuvre dans tout établissement exerçant une activité chirurgicale.

La complexité de cette activité, liée à l'aspect multifactoriel du risque infectieux et à la multiplicité des procédures et des acteurs, a conduit au choix d'une méthode d'évaluation inspirée de la visite de risques.

La visite de risques, méthode issue des milieux industriels et assurantiels a été transposée au secteur de la santé par le Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA). C'est une méthode d'analyse des risques **a priori** qui permet de repérer et d'évaluer les risques immédiats et des risques latents.

Il s'agit d'une approche par comparaison à des référentiels qui combine plusieurs modes de recueil d'information (visite sur site, analyse de documents, observations des pratiques, entretiens individuels) et intégrant la méthode du « patient traceur ».

Elle favorise la communication entre professionnels, la recherche de solutions pragmatiques susceptibles de mise en œuvre rapide et le développement de la culture de sécurité tel qu'il est décrit dans le programme national pour la sécurité des patients 2013-2017.

## OBJECTIFS

### 1. Objectifs

- Evaluer les défenses et les risques de défaillances dans l'organisation de l'activité de bloc opératoire et les pratiques professionnelles afin de proposer des mesures permettant la sécurisation de l'activité.
- Promouvoir et partager la culture de sécurité au sein de l'établissement.

### 2. Objectifs spécifiques

- Répertorier et analyser les sources d'information existantes.
- Evaluer le niveau de conformité des pratiques liées à la prise en charge du patient opéré par rapport aux recommandations de bonnes pratiques en matière de prévention du risque infectieux.
- Identifier des non-conformités de manière à activer des barrières avant la survenue d'un évènement indésirable grave.
- Repérer le rôle et le niveau d'implication de chaque acteur dans la gestion des risques liés à l'activité chirurgicale.

## METHODE

La visite de risques est réalisée à la demande de l'établissement de santé.

La demande est faite auprès de l'ARLIN de sa région par l'intermédiaire d'un courrier du directeur de l'établissement, du CLIN ou de la structure équivalente.

La visite de risques doit être organisée **a priori**, en amont de tout évènement indésirable.

La visite de risque intègre la méthode du patient traceur qui selon l'HAS est définie comme :  
« L'évaluation au travers de l'expérience de soins d'un patient des modalités de sa prise en charge, des processus et des organisations qui s'y rattachent ».

« Le déploiement de cette méthode dans l'établissement contribue au développement d'une culture qualité et sécurité des équipes ».

Les facteurs potentiels de risque infectieux au bloc opératoire ont été identifiés en utilisant le diagramme d'Ishikawa. Cet outil permet de déterminer les causes possibles d'un problème en les classant selon la méthode des 5 M : matière, main d'œuvre, méthode, moyens et milieu (cf annexe fiche1).

## 1. Etablissements concernés

Tout établissement de santé où se pratique une activité chirurgicale.

## 2. Champ d'investigation

Tous les blocs opératoires et toutes les spécialités chirurgicales quels que soient le mode d'hospitalisation (conventionnelle ou ambulatoire) et le mode de chirurgie (programmée ou urgence).

L'activité endoscopique est exclue du champ d'investigation de la visite.

## 3. Modalités de la visite de risques

Un groupe de pilotage est mis en place. Il est constitué de :

- deux membres du CCLIN / ARLIN (binôme praticien hospitalier et cadre de santé dont un référent) qui seront en charge de la réalisation de l'étude.
- au moins un membre de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) désigné localement. Il sera le référent au sein de l'établissement et l'interlocuteur de l'ARLIN.
- le gestionnaire de risques

L'ARLIN répond à la demande de l'établissement en prenant contact (téléphone, visioconférence, réunion sur site) avec le référent local. Le référent ARLIN informe de la méthodologie et des objectifs. Il s'assure de la participation des professionnels concernés par la visite de risques.

La visite comprend plusieurs étapes :

- un recensement documentaire
- un recueil des observations de pratiques
- une sélection de « profil type » de patients caractéristique de l'activité du bloc opératoire concerné
- une observation du bloc opératoire et de ses locaux annexes
- un entretien individuel auprès des professionnels
- un entretien individuel auprès d'un patient
- une restitution orale de l'analyse de l'organisation et des pratiques
- l'envoi d'un rapport de visite.

Le protocole de visite est adressé au directeur de l'établissement en charge de le transmettre au référent local.

### **L'établissement, par l'intermédiaire du référent local, s'engage à :**

- s'assurer des conditions favorables à la réalisation de l'étude
- informer la direction des soins
- informer tous les professionnels concernés par la démarche
- associer le gestionnaire des risques
- réaliser le pré-requis : recenser les documents existants et réaliser les observations de pratiques

- adresser au référent de l'ARLIN les documents demandés un mois avant la date programmée de la visite
- proposer un « profil type » de patients caractéristique de l'activité du bloc opératoire concerné par la visite
- sélectionner et mettre à disposition 3 à 5 dossiers actifs de patients opérés dans le bloc opératoire
- proposer au référent de l'ARLIN un planning des entretiens élaboré par le référent local huit jours avant la date programmée de la visite
- mettre à disposition l'ensemble des documents recensés
- mettre à disposition une salle de réunion pour toute la durée de la visite
- rendre disponibles, pendant toute la durée de l'étude, le référent local et le(s) membre(s) de l'EOH concernés
- transmettre aux professionnels concernés le rapport établi par l'ARLIN
- assurer la mise en œuvre des mesures nécessaires et d'un suivi dans le cadre de la démarche qualité

#### **L'ARLIN s'engage à :**

- être garant de l'application de la méthodologie
- garantir une expertise relative à la réglementation et aux bonnes pratiques en matière de gestion du risque infectieux au bloc opératoire
- restituer oralement les données lors d'une réunion de fin de visite
- rédiger un rapport final, sur la qualité de la prise en charge du patient opéré, adressé au directeur de l'établissement.

#### **4. Calendrier et durée de la visite**

Le calendrier de la visite est défini en concertation avec les responsables du bloc opératoire, le(s) chirurgien(s), le référent local et l'ARLIN.

La durée de la visite (deux journées) est liée au volume du champ à investiguer.

### **ORGANISATION DE LA VISITE DE RISQUES**

Le référent local assure la mise en place de la visite et sa coordination en collaboration avec le groupe de pilotage.

En fonction des spécialités et suivant son importance et/ou son organisation (nombre de secteurs, importance de l'activité...) l'établissement constitue un groupe local de professionnels plus important.

Le nom, la fonction et le service d'activité des membres du groupe sont communiqués par l'établissement au référent de l'ARLIN dès que la date de la visite est fixée. Le référent local et le(s) membre(s) concerné(s) de l'EOH participent aux différentes étapes de l'étude.

## 1. Personnes concernées

Au sein du bloc opératoire, les professionnels sont identifiés et pourront être sollicités pour participer :

- chef de pôle médical
- chirurgien(s)
- cadre supérieur de santé
- cadre(s) de santé
- médecin(s) anesthésiste(s)
- IADE(s)
- IBODE(s) et infirmier(s)
- gestionnaire des risques
- responsable biomédical
- responsable technique (traitement de l'air, eau)
- professionnel(s) en charge du bionettoyage
- médecin du service de santé au travail
- pharmacien responsable des dispositifs médicaux stériles
- tout autre professionnel qu'il serait nécessaire de rencontrer...

## 2. Réunion de préparation

Une réunion de préparation est programmée sur site avec l'équipe locale et le référent de l'ARLIN deux mois avant la date de la visite.

Toutes les personnes concernées par la visite de risques sont invitées à y participer.

Le but est de préciser les objectifs et le déroulement de la visite, les missions de chacun (cf rétro-planning) et d'établir le calendrier des différentes étapes de la visite.

Lors de cette réunion le référent ARLIN remettra au référent local les documents nécessaires à la réalisation du pré-requis. A savoir :

- le questionnaire « recensement documentaire »
- la fiche « culture de sécurité »
- les grilles d'observations

La réunion doit favoriser un climat de confiance en répondant à l'ensemble des interrogations des professionnels et en rappelant que cette méthode sert à étudier un processus et non à évaluer des personnes.

## 3. Recensement documentaire

Le recensement documentaire sera établi à partir d'un questionnaire relatif aux documents disponibles dans l'établissement et nécessaires à la compréhension de la gestion du risque infectieux lié à l'activité chirurgicale.

Pour chaque document deux items devront être renseignés : l'existence du document, et sa date de validation.



L'EOH renvoie à l'ARLIN, au minimum un mois avant la date de la visite le recensement documentaire.

Les documents existants dans l'établissement devront être tenus à disposition de l'équipe de l'ARLIN. Certains pourront être demandés au moment de la visite pour consultation.

#### 4. Fiche « culture de sécurité »

La fiche comprend quatre items à renseigner : la surveillance des infections de site opératoire, les outils d'évaluation des pratiques professionnelles, la gestion des événements indésirables, la formation.

L'EOH renvoie à l'ARLIN, au minimum un mois avant la date de la visite la fiche.

#### 5. Observations de l'organisation, des moyens et des pratiques

L'EOH a en charge l'ensemble des observations. Les grilles d'observations seront remises par l'ARLIN au référent local le jour de la réunion de préparation.

L'analyse des observations sera faite par l'EOH. Pour chacun des chapitres une synthèse des défenses et des vulnérabilités constatées devra être rédigée à partir des tableaux mis à disposition.

Le résultat des observations doit parvenir à l'ARLIN au minimum un mois avant la date de la visite.

Si des observations ou autre évaluation ont été réalisées au bloc opératoire dans les deux dernières années, leurs résultats pourront être pris en compte.

##### 5.1 Observations en bloc opératoire

Les observations sont réalisées selon le programme opératoire prévu sur une demi-journée opératoire au minimum. Il semble pertinent de réaliser au moins trois observations.

Deux grilles d'observations sont à renseigner :

- **observations de l'organisation et des moyens** : une grille par bloc opératoire
- **observations des pratiques** : une grille par intervention chirurgicale auditée

L'observateur suivra une seule intervention chirurgicale à la fois pour l'activité prédominante du bloc opératoire (profil type du patient traceur).

##### 5.2 Observations en SPPI

Des observations de pratiques seront menées par l'EOH sur une durée de 30 à 45 minutes. La planification de ces observations se fera en fonction de l'activité.

Le recueil des données se fera à partir d'une grille spécifique (une seule grille sera renseignée).

## 6. Patient traceur

### 6.1 Dossier patient traceur

L'équipe locale sélectionne 3 à 5 dossiers actifs répondant aux quatre critères suivants :

- patients opérés dans le bloc opératoire concerné par la visite
- patients toujours hospitalisés lors de la visite
- patients dont la sortie est proche
- patients ayant la capacité de s'entretenir avec l'auditeur au moment de l'entretien

L'équipe ARLIN sélectionne un dossier parmi ceux proposés par l'équipe locale soit par :

- tirage au sort
- critères : parcours du patient, prise en charge complexe, interventions de différents professionnels...

Le dossier complet du patient sélectionné sera mis à disposition de l'équipe ARLIN durant toute la durée de la visite.

L'analyse du dossier est centrée sur le parcours du patient selon les étapes principales de la prise en charge : admission et accueil, intervention chirurgicale et suivi du patient, éléments de la préparation de la sortie ou du transfert.

Les relations fonctionnelles entre les différents acteurs de la prise en charge sont également étudiées.

L'analyse est réalisée à partir d'une grille préétablie en recherchant les éléments de traçabilité ou de non-traçabilité.

### 6.2 Entretien auprès du patient

Le cadre de santé du service est chargé de solliciter le patient dont le dossier a été sélectionné. Le cas échéant les proches du patient peuvent également être rencontrés.

Le cadre de santé informe des objectifs de l'entretien et recueille le consentement du patient. L'entretien est planifié en accord avec le patient et/ou ses proches.

L'entretien individuel de type semi-directif sera mené par un membre de l'ARLIN, à partir d'une grille spécifique. Le questionnement porte sur la perception du patient sur sa prise en charge et sur des éléments factuels notamment en matière d'information.

## 7. Entretiens des professionnels de santé

L'objectif est de mesurer la culture de sécurité des professionnels à partir d'un entretien individuel combinant l'utilisation d'une grille de recueil et des échanges.

L'équipe de l'ARLIN est en charge des entretiens.

Le référent local planifie, en concertation avec chaque professionnel concerné la date, l'heure et le lieu de l'entretien.

Le planning des entretiens sera remis au référent de l'ARLIN dès le début de la visite.

Un entretien individuel sera mené systématiquement auprès du :

- chirurgien(s)
- cadre(s) de santé du bloc opératoire
- cadre de santé du service de chirurgie
- médecin(s) anesthésiste(s)
- IADE(s)
- IBODE(s) et/ou infirmier(s)
- gestionnaire de risques

L'entretien mené auprès du gestionnaire de risques ciblera l'analyse de la gestion d'un évènement indésirable survenu récemment au sein du bloc opératoire.

Pour cela, l'équipe locale aura préalablement sélectionné trois évènements indésirables, un seul sera retenu pour l'entretien.

En fonction des résultats obtenus lors des observations et des problématiques rencontrées, des entretiens complémentaires pourront être menés auprès du :

- responsable technique (traitement de l'air, eau)
- médecin du service de santé au travail
- pharmacien responsable des dispositifs médicaux stériles
- responsable biomédical
- professionnel(s) en charge du bionettoyage

Les entretiens individuels de type semi-directifs sont menés par un membre de l'ARLIN, à partir d'une grille spécifique établie pour chaque catégorie professionnelle.

Le référent ARLIN communiquera au référent local, quinze jours minimum avant la visite, la liste des professionnels pour lesquels il sollicite un entretien.

L'équipe de l'ARLIN pourra rencontrer toute autre personne dont la fonction est stratégique dans la prise en charge du patient.

## **8. Réunion de restitution**

La réunion est planifiée (heure et lieu) à la fin de la visite. Tous les professionnels concernés ont été informés par le référent local et sont invités à y participer.

La restitution orale, animée par le référent de l'ARLIN, a pour but de :

- communiquer aux professionnels les principaux éléments relevés lors de la visite : points forts, points faibles, pratiques non conformes
- déterminer des axes d'amélioration.

Elle doit favoriser les échanges avec les professionnels sur leur perception du risque et les mesures correctives à mettre en œuvre.

## 9. Rapport de visite

Le rapport de visite est adressé à la direction de l'établissement dans un délai de six semaines. La direction s'engage à le transmettre au référent projet local, aux responsables du bloc opératoire et à l'ensemble des professionnels concernés.

Les constats établis et les axes d'amélioration proposés sont hiérarchisés sur la base de la gravité potentielle des défaillances identifiées.

A partir du rapport, l'établissement peut élaborer un plan d'actions en collaboration avec les responsables du bloc opératoire, l'équipe opérationnelle d'hygiène et les personnes ressources de l'établissement.

Il doit comporter un échéancier qui combine les actions à conduire à :

- court terme (dans le mois à venir) pour les dysfonctionnements graves
- moyen terme (dans les six mois) pour les dysfonctionnements non graves mais fréquents
- long terme (plus de six mois) pour les dysfonctionnements non graves nécessitant par exemple l'acquisition d'équipements, des modifications architecturales ou techniques...

Le plan d'actions doit servir de base au travail de suivi et d'amélioration de la gestion des risques au sein du bloc opératoire.

## 10. Planning des étapes de la visite de risques

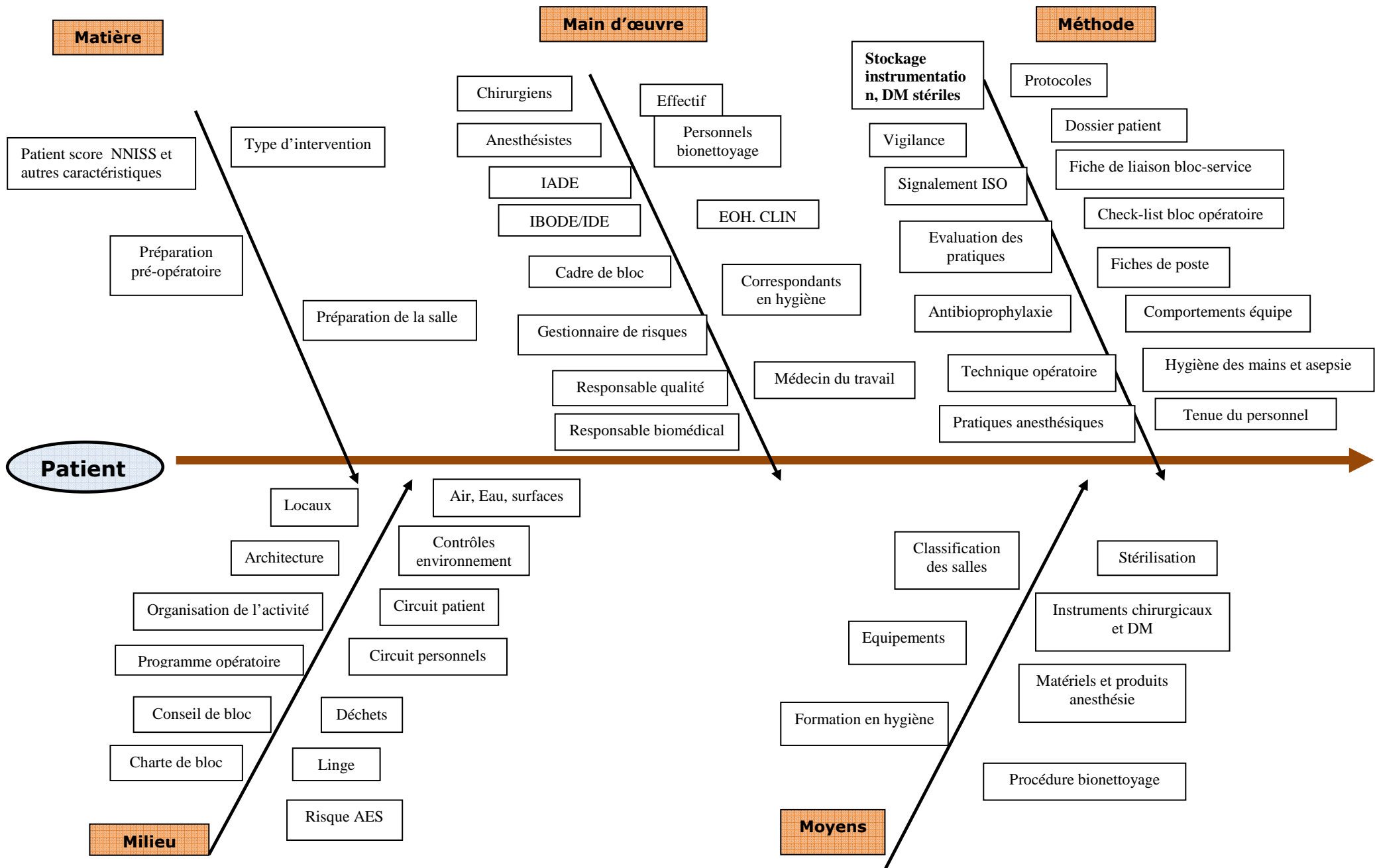
	<b>ETABLISSEMENT</b>	<b>ARLIN</b>
	Demande de la visite de risques au bloc opératoire	Envoi du protocole de la visite
<b>J - 2 Mois</b>	Création du groupe de pilotage Choix de la date de la visite	
	Réunion de préparation	
		Remise des documents : recensement documentaire + grilles d'observation des pratiques
<b>J - 1 Mois</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Renseigne les documents : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ recensement documentaire</li> <li>▪ fiche « culture de sécurité »</li> <li>▪ fiche « organisation »</li> </ul> </li> <li>2. Réalise les observations des pratiques (8 chapitres)</li> <li>3. Renvoie les résultats à l'ARLIN</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analyse des documents : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ recensement documentaire</li> <li>▪ fiche « culture de sécurité »</li> <li>▪ fiche « organisation »</li> <li>▪ résultats des observations</li> </ul> </li> </ol>
<b>J - 15 Jours</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sélectionne trois évènements indésirables survenus au bloc opératoire</li> </ul>	Communique liste des professionnels sollicités pour un entretien
<b>J - 1 Jour</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sélectionne les dossiers patients</li> <li>▪ Valide le planning des entretiens des professionnels de santé et du patient</li> </ul>	
<b>J - 0</b>	<b>Visite de risques</b>	
	Visite du bloc opératoire et locaux annexes	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sélection et analyse du dossier patient</li> <li>▪ Entretiens avec les professionnels</li> <li>▪ Entretien avec le patient</li> </ul>
	Réunion de restitution	
<b>J + 1<sup>1/2</sup> Mois</b>		Envoi du rapport de visite

Une fiche technique a été élaborée pour chacune des étapes de la visite (cf annexes). Elle précise les objectifs, les interlocuteurs, le lieu, les modalités de réalisation, et la durée à prévoir.

Ces fiches ont pour but d'aider les référents projet dans l'organisation et le suivi de la visite de risques.

## ANNEXES

- Fiche n° 1 :** Diagramme Ishikawa
- Fiche n° 2 :** La réunion de préparation
- Fiche n° 3 :** Exemple de planification de la visite
- Fiche n° 4 :** Le recensement documentaire
- Fiche n° 5 :** La fiche culture de sécurité
- Fiche n° 6 :** Les observations de l'organisation, des moyens et des pratiques
- Fiche n° 7 :** Les entretiens avec les professionnels de santé
- Fiche n° 8 :** Le patient traceur
- Fiche n° 9 :** La réunion de restitution



## LA REUNION DE PREPARATION

### Objectifs

- Présenter les objectifs et la méthodologie de la visite
- Présenter les documents concernant le pré-requis
- Présenter les différentes personnes concernées par la visite
- Définir le calendrier des étapes de la visite
- Répondre à l'ensemble des interrogations de l'équipe locale
- Créer un climat de confiance réciproque

### Qui ?

- Le groupe de pilotage
- Les professionnels concernés par la visite
- Le responsable médical du bloc
- Le cadre de santé du bloc opératoire

### Où ?

- Dans une salle de réunion de l'établissement

### Quand ?

- Deux mois avant la visite

### Comment ?

- Le référent projet local de la visite a reçu préalablement de l'ARLIN des éléments concernant cette démarche. Il prépare cette réunion afin d'expliquer clairement, au sein de l'établissement, les objectifs et le déroulement de la visite.

Il doit insister sur le fait que la visite sert à étudier un processus et non à évaluer des personnes.

De cette présentation découle l'atmosphère de la visite qui doit conserver son caractère constructif. Il est important d'écouter, de se tenir à distance des conflits qui pourraient s'exprimer, de rester centré sur le processus de la visite.

**Durée :** 1 heure à 1 heure 30



**EXEMPLE DE PLANIFICATION DE LA VISITE\***

<b>Jours</b>	<b>Horaires*</b>	<b>Activités</b>
<b>J1</b>	<b>9 h–11h</b>	Visite du bloc opératoire et des locaux annexes
	<b>11h–13h</b>	Entretiens avec les professionnels de santé
	<b>14h–16h</b>	Entretiens avec les professionnels de santé
	<b>16h - 17h</b>	Saisie des entretiens Temps de synthèse ARLIN / EOH
<b>J2</b>	<b>8h–12h</b>	Analyse du dossier patient Entretien avec le patient et/ou son entourage
	<b>13h30–14h30</b>	Entretiens avec les professionnels de santé
	<b>14h30–15h30</b>	Temps de synthèse ARLIN / EOH
	<b>15h30– 17h</b>	Réunion de restitution

\* A titre indicatif

**LE RECENSEMENT DOCUMENTAIRE****Objectifs**

- Recenser les documents et protocoles relatifs à la prévention du risque infectieux
- Faire le point sur les barrières mises en place
- Prendre connaissance des vulnérabilités

**Qui ?**

- Le groupe de pilotage local recense les documents
- Les membres de l'ARLIN analysent le recensement documentaire

**Où ?**

- Dans une salle de réunion de l'établissement

**Quand ?**

- Un mois avant la date de la visite pour le groupe de pilotage local
- Entre la réunion de préparation et la date de la visite pour l'ARLIN
- Lors de la visite pour l'ARLIN

**Comment ?**

- Le référent local adresse au référent de l'ARLIN, un mois avant la date de la visite, le recensement documentaire concernant les documents disponibles dans l'établissement.
- Les documents existants dans l'établissement devront être tenus à disposition de l'équipe de l'ARLIN. Certains pourront être demandés au moment de la visite pour consultation.
- L'utilisation des documents remis s'exerce dans le respect de la confidentialité

**Durée :** 1 heure

**LA FICHE CULTURE DE SECURITE****Objectifs**

- Recenser les actions mise en place pour la gestion du risque infectieux
- Faire le point sur les barrières mises en place
- Prendre connaissance des vulnérabilités

**Qui ?**

- Le groupe de pilotage local
- Les membres de l'ARLIN analysent la fiche

**Où ?**

- Dans une salle de réunion de l'établissement

**Quand ?**

- Un mois avant la date de la visite pour le groupe de pilotage local
- Entre la réunion de préparation et la date de la visite pour l'ARLIN
- Lors de la visite pour l'ARLIN

**Comment ?**

- Le référent local adresse au référent de l'ARLIN, un mois avant la date de la visite, la fiche.
- Certains documents pourront être demandés au moment de la visite pour consultation.
- L'utilisation des documents remis s'exerce dans le respect de la confidentialité

**Durée :** 1 heure

**LES OBSERVATIONS DE L'ORGANISATION,  
DES MOYENS ET DES PRATIQUES****Objectifs**

- Repérer les contraintes architecturales, organisationnelles et ergonomiques
- Observer l'organisation mise en place
- Observer les pratiques

**Qui ?**

- Référent projet local, membres de l'EOH

**Où ?**

- Salle de préparation et/ou induction, salle d'intervention, SSPI

**Quand ?**

- Un mois avant la date de la visite
- Pendant la période prévue selon le programme opératoire
- Sur toutes les étapes de la prise en charge du patient (transfert et préparation du patient, anesthésie, intervention chirurgicale, prise en charge en SPPI)
- Lors des procédures de bionettoyage

**Comment ?**

- Revêtir une tenue de bloc opératoire
- Se présenter auprès des équipes
- Chaque observateur suivra une seule intervention chirurgicale à la fois
- Les observations sont faites selon la méthode de l'audit clinique.
- Remplir une grille d'observations pour :
  - l'organisation et les moyens (une grille par bloc opératoire)
  - les pratiques professionnelles :
    - une grille pour chaque intervention chirurgicale auditée
    - une grille pour la SSPI

**Durée :** Une à deux demi-journées

## LES ENTRETIENS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE

### Objectifs

- Apprécier les risques perçus et les problèmes déjà identifiés
- Prendre connaissance des barrières mises en place
- Ecouter et prendre en considération les idées d'amélioration
- Pointer d'éventuelles méconnaissances

### Qui ?

- Un membre de l'équipe ARLIN rencontre un ou plusieurs représentants de chaque catégorie professionnelle concernée :
  - chirurgien(s)
  - cadre(s) de santé
  - médecin(s) anesthésiste(s)
  - IADE(s)
  - IBODE(s) et/ou infirmier(s)

### Où ?

- Dans un bureau ou une pièce réservée

### Quand ?

- Chaque entretien est programmé selon les disponibilités des professionnels

### Comment ?

- Au cours d'un entretien individuel semi-directif à l'aide d'une grille
- Chaque grille d'entretien est spécifique à une catégorie professionnelle.

**Durée :** 30 minutes environ

**LE PATIENT TRACEUR****Objectifs**

- Evaluer la qualité de la prise en charge du patient sur l'information pré et postopératoire, la préparation cutané et le suivi postopératoire
- Croiser les informations recueillies avec les éléments du dossier

**1. ANALYSE DU DOSSIER****Qui ?**

- L'équipe ARLIN analyse le dossier

**Où ?**

- Dans un bureau ou pièce réservée du service de chirurgie

**Quand ?**

- Avant l'entretien avec le patient sur un temps dédié

**Comment ?**

- A l'aide d'une grille de recueil

**Durée :** 15 minutes

**2. ENTRETIEN DU PATIENT****Qui ?**

- Un membre de l'ARLIN réalise l'entretien

**Où ?**

- Dans la chambre du patient ou une pièce réservée du service de chirurgie

**Quand ?**

- Sur un temps planifié avec le cadre du service, selon la disponibilité du patient

**Comment ?**

- A l'aide d'une grille spécifique

**Durée :** 15 minutes

**LA REUNION DE RESTITUTION****Objectifs**

- Rendre compte des principaux constats
- Hiérarchiser les axes d'amélioration
- Valoriser les barrières mises en place pour gérer le risque infectieux
- Pointer d'éventuelles méconnaissances et expliquer les bonnes pratiques
- Apprécier les difficultés rencontrées par les professionnels et prendre en compte les idées d'amélioration

**Qui ?**

- Le groupe de pilotage
- La direction, la DSSI
- Le(s) responsable(s) du bloc opératoire
- Les professionnels concernés par la visite

**Où ?**

- Dans une salle de réunion de l'établissement

**Quand ?**

- A la fin de la visite sur un horaire programmé

**Comment ?**

- Exposer les points positifs et les axes d'amélioration
- Pointer les dangers identifiés (pratiques non conformes et méconnaissances), en évitant d'être directifs : écouter, reformuler, s'abstenir de culpabiliser.  
La discussion doit être constructive.

**Durée :** 60 à 90 minutes

## BIBLIOGRAPHIE

- La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. HAS. Mars 2012
- Le patient traceur en établissement de santé. Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Guide méthodologique. Version expérimentale. HAS. Octobre 2013
- La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique. HAS. Décembre 2010
- Pour une politique globale et intégrée de sécurité des patients. Principes et préconisations. HCSP. Novembre 2011
- Risques au bloc opératoire. Cartographie et gestion. DRASS Midi-Pyrénées. Commission de Coordination Régionale des Vigilances (CCREVI). Janvier 2007
- « Sécurité du patient au bloc opératoire » Check-list. HAS. 2011
- Recommandations pour l'hygiène des mains. SFHH. Juin 2009
- « Surveiller et prévenir les infections associées aux soins ». SFHH, HCSP. Septembre 2010
- Circulaire DGS/DH 98-249 du 20/04/1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.
- Recommandations pour une tenue vestimentaire des personnels soignants adaptée à la maîtrise du risque infectieux. CCLIN Sud-Ouest. 2008
- « Prévention de la transmission croisée : précautions contact ». Consensus formalisé d'experts. SFHH. Avril 2009
- « Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : Air ou Gouttelettes ». Recommandations pour la pratique clinique. SFHH. Mars 2013
- « Gestion préopératoire du risque infectieux ». Mise à jour de la conférence de consensus. SF2H. Octobre 2013
- « Hygiène au bloc opératoire ». De la pratique à l'évaluation. Unaibode 3<sup>e</sup> édition. Masson
- Guide de bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 1998
- Fiches d'actualisation : désinfection des dispositifs médicaux en anesthésie et en réanimation. 2003
- Désinfection des dispositifs médicaux en anesthésie réanimation. Ministère de la Santé, de la Famille et des personnes Handicapées. CTIN. Septembre 2003
- Recommandations concernant l'hygiène en anesthésie. SFAR. 1997
- « La qualité de l'air au bloc opératoire ». Recommandations d'experts. SFHH. 2004
- « Salles propres et environnement maîtrisés apparentés ». Norme NF S90-351. AFNOR. Avril 2013
- « Traitement de l'air en milieu hospitalier ». Guide Uniclimate
- « Surveillance microbiologique de l'environnement dans les établissements de santé : air, eau et surface ». Ministère de la Santé, de la Famille et des personnes Handicapées. CTIN. 2002
- Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques ». Recommandations pour la pratique clinique. SFHH. 2005



- « Préparation et administration des médicaments dans les unités de soins ». Bonnes pratiques d'hygiène. CCLIN Sud-Ouest. 2007
- « Le bon usage des antiseptiques pour la réduction du risque infectieux chez l'adulte ». CCLIN Sud-Ouest. 2013
- « Déchets d'activité de soins à risques. Comment les éliminer ? ». Guide technique. Ministère de la Santé et des Sports. 2009
- Recommandations pour l'entretien des blocs opératoires. CCLIN Sud-Ouest. 2006