

PATIENT TRACEUR ET MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX AU BLOC OPERATOIRE

JOURNÉE RÉGIONALE DU RÉSEAU DES CORRESPONDANTS EN HYGIÈNE



Maylis Larrègle, pharmacien hygiéniste
Clinique des Landes – Saint Pierre du Mont

LE PATIENT TRACEUR



La méthode du patient traceur est une **méthode d'amélioration de la qualité des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.**

- analyse de **manière rétrospective**
 - la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient tout au long de son parcours dans l'établissement,
 - les **interfaces et la collaboration interprofessionnelles** et interdisciplinaires afin d'identifier et mettre en œuvre des actions d'amélioration
- prend en compte **l'expérience patient**

LE PATIENT TRACEUR



3 étapes

1. **Choix et reconstitution du dossier** : motif d'hospitalisation, date d'entrée, consultation d'anesthésie etc ...
2. **Rencontre du patient** (après lui avoir demandé son consentement , expliqué l'objectif): le patient raconte son parcours, son ressenti
3. **Rencontre de l'équipe** qui a pris en charge le patient

1 grille de questions

Identification du patient	IDENTIFICATION DU PATIENT À TOUTES LES ÉTAPES DE LA PRISE EN CHARGE	À son arrivée, une vérification de l'identité (identité du patient, bracelet d'identification, etc.) a-t-elle été réalisée en lien avec les documents administratifs du patient (exemple : étiquettes, etc.) ? Lors de l'administration ou de la réalisation d'un acte, la vérification de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et l'identité du patient concerné par la prescription est-elle tracée ? Chaque pièce du dossier comporte-t-elle l'identification du patient (nom, prénom, date de naissance ou numéro d'identification, la date ou l'identité du professionnel qui a recueilli ou produit l'information ?	P/E	15a
Urgences vitales	PARCOURS DU PATIENT	Si le patient était concerné, le matériel était-il disponible et opérationnel ? Dans tous les cas : - le matériel est-il disponible et opérationnel actuellement ? - les numéros d'appels sont-ils disponibles dans tous les secteurs ? - les professionnels ont-ils été formés à la prise en charge des urgences vitales ?	E	18b
Bloc opératoire	MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE-PARCOURS	Les éléments suivants sont-ils réalisés et tracés dans le dossier du patient ? - les informations médicales issues de la consultation externe ou lors du passage aux urgences (identification d'une fiche de liaison, fiche de suivi, etc.), les risques spécifiques à ce patient ; - la fiche de liaison secteur/BO : modalités de préparation du patient dans le service (respect du jeûne, douche et préparation cutanée, préparations spécifiques) et délivrance du traitement per os (prémédication), etc. ; - l'information sur le bénéfice-risque chirurgical et anesthésique et le consentement éclairé ; - le dossier d'anesthésie complet : consultation, visite préanesthésique (prémédication), suivi (antibioprophylaxie per opératoire), phase postopératoire avec des prescriptions médicamenteuses conformes aux bonnes pratiques ; - la surveillance en salle de réveil, les événements indésirables (si applicable), les conditions de sortie de salle de réveil ; - les évaluations régulières de la douleur et les traitements antalgiques ;	E	26a

NOTRE DEMARCHE



– Premiers patients traceurs au bloc op en 2017



Choix des patients représentatifs de notre activité:

- Patient opéré d'une hernie inguinale, Dr Maboul
- Patient opéré d'une arthroscopie de l'épaule, Dr Mamour

PATIENT TRACEUR – Dr MAMOUR – Arthroscopie épaule

POURQUOI CE PATIENT

Patient hyper anxieux à l'idée de l'anesthésie

Pathologie simple

Présentation de la méthodologie patient traceurs aux professionnels

PARCOURS DU PATIENT

Ambulatoire

MODE DE SORTIE : à domicile

PERSONNES RENCONTREES

Patient

Soignants (IDE BO et service ambu)

Praticiens (chirurgiens et anesthésistes)

OUTILS MOBILISES

Grille audit patient traceur HAS ambulatoire

Dossier patient

AMBULATOIRE

SYNTHESE

Le patient présente son parcours de manière simple et construite

ACCUEIL : livret d'accueil non remis, informations douleur non plus

DROITS : les professionnels se présentent, intimité, dignité et confidentialité respectées

INFORMATION : appel de la veille clair et précis (rassuré)

Personne de confiance, à prévenir et directives anticipées comprises et définies

Information tarification par les praticiens réalisée

PARCOURS : pesée à la consultation anesthésie mais pas de pesée à l'entrée

RISQUE INFECTIEUX :

Douche non contrôlée non refaite.

Préparation cutanée réalisée dans le service – tracée dans le dossier

Antibioprophylaxie réalisé 80 min avant l'intervention en service non tracée dans le dossier

DOULEUR information donnée au sein du cabinet orthopédie, mais pas au sein de l'établissement

SOINS : RAS

IDENTITOVIGILANCE : bracelet en place et conforme. Patient non gêné par la pose et la présence de ce bracelet et satisfait de ces vérifications

BRANCARDAGE : RAS

HOTELLERIE

- **COLLATION** : non encore reçue
- **MENAGE** : parfait
- **CONFORT** : très bien

CONFORT : patient reposé et satisfait de son environnement

SECURITE DES BIENS ET DES PERSONNES : confiant et satisfait

CONTINUITE ET COORDINATION : l'IDE au cabinet permet d'anticiper les questions et la préparation de la sortie

ACTIONS D'AMELIORATION

A METTRE EN ŒUVRE

INFORMATION : remettre le livret d'accueil au patient et l'ensemble des éléments informatifs (douleur, préparation de la sortie)

PARCOURS : pesée des patients systématique

RISQUE INFECTIEUX :

Contrôle visuel de la douche à domicile (état cutané du patient) à mettre en œuvre et à tracer dans le dossier.

Préparation cutanée de l'opéré à mettre en œuvre au sein du bloc opératoire au plus près de l'intervention dans l'heure qui précède l'intervention.

Antibioprophylaxie 30 min avant l'intervention tracée dans le dossier

NOTRE DEMARCHE



- **Compte qualité décembre 2017 incluant les conclusions des patients traceurs**
- **Mise en place d'audits au 1° trimestre 2018**
 - Ø **de dossiers concernant l'antibioprophylaxie et les délais de réalisation**
 - Ø **d'observation des pratiques concernant la préparation cutanée de l'opéré**
- **Visite de certification V2014 juin 2018**

Des conclusions ... aux actions ... antibioprophylaxie et préparation de l'opéré

- ⌘ L'antibioprophylaxie ne respecte pas les règles de délais entre injection et incision (70 min environ / reco SFAR 30 min environ*)



- ⌘ La préparation cutanée est réalisée en chambre dans un délai aléatoire avant l'arrivée au bloc !!!

- ⊘ Restitution au CLIN & en CME
- ⊘ Révision des protocoles
- ⊘ Mise en œuvre d'actions immédiates auprès des praticiens (rappels, informations)

* SFAR, antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle , mise à jour juillet 2018

Le suivi des actions



– De nouveaux patients traceurs sont organisés au 2^o trimestre 2018, mettant en évidence cette fois



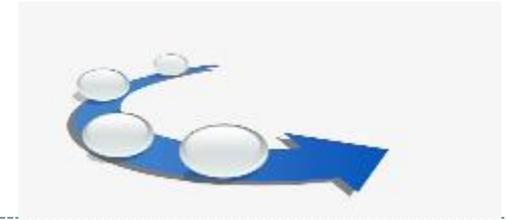
une mise en conformité totale de la réalisation de l'antibioprophylaxie en termes de délais entre injection et incision



une persistance des pratiques de déterSION en service en lieu et place du bloc opératoire :

- | pas de modification des organisations de travail
- | nombre FEI important (délai > 2h, dépilation, zone badigeonnée...)
- | temps d'attente trop long au BO

Les nouvelles actions



- 19 Septembre 2018: intervention du CPIAS sur une visite de risques
- Audit sur le délai entre la préparation cutanée et l'incision : 90 min en moyenne
- Octobre 2018: validation des nouveaux protocoles, CLIN exceptionnel
- 02/01/2019 : préparation cutanée (hors dépilation) en salle d'intervention dans le BO

Et maintenant



- Nouveau patient traceur début 2019, incluant la rencontre avec les équipes ayant réalisé la PEC patient
 - ü Conformité antibioprophylaxie
 - ü Conformité de la préparation cutanée réalisée au BO mais
 - ...
- ∅ Constat de difficultés dans la mise en œuvre de la déterision en salle (ressources humaines, augmentation des temps d'occupation des salle, traçabilité incomplète ...)
- ∅ Confusion des messages (communication récente sur la douche? La déterision? Etc...)

Les apports du patient traceur

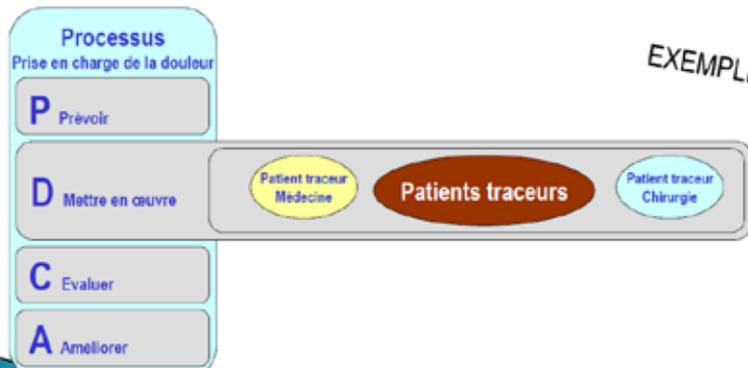


- Tient compte du vécu du patient, souvent plus « positif » que les éléments du dossier
- Méthodologie qui implique l'ensemble des professionnels qui ont pris en charge le patient
- Replace le patient au « cœur » des préoccupations
- Rapide
- Méthode complémentaire, s'inscrit dans le PDCA

Les apports du patient traceur

Les processus sont alimentés par les données recueillies au cours des patients traceurs

EXEMPLE



Qualité et sécurité des soins
= Amélioration continue

Processus de
certification



Assurance
Qualité

Illustration de la roue de
DEMING (PDCA)

Merci



SOFCOT 2018

Congrès de la Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique - SOFCOT

12-15 Novembre 2018 - Paris

PREPARATION CUTANEE DES OPERES ET DU CHAMP OPERATOIRE

S.JOLIVET, J.-C. LUCET

Cette conférence d'enseignement reprend les dernières recommandations pour les préventions des ISO, en France, datant de 2013 pour la gestion préopératoire du risque infectieux, et de 2016 pour l'antisepsie de la peau saine avant un geste invasif, mais aussi de l'OMS (2016).

En France, les ISO sont la troisième cause d'infections associées aux soins en France (14% des infections nosocomiales). Le taux d'ISO après PTG est de l'ordre de 2% (2015).

Ces ISO sont liées principalement à des bactéries de la flore cutanée (*S. Aureus* ; *S. à coagulase négative* ; *corynebacterium*) et le but de la préparation cutanée de l'opéré (dépilation / détergence / protection cutanée par champs adhésifs ou pellicule bactériolysante) est de réduire les bactéries présentes au niveau de la flore cutanée et donc le risque d'ISO.

- **Faut-il et comment réaliser une dépilation ?** Cette dernière faciliterait l'accès au site opératoire, la préparation de la peau, la fermeture et l'adhésion du pansement. En se basant sur une méta analyse de 2011 par le groupe cochrane comparant l'absence de dépilation à 3 modes

