Réseau
Santé
Louvain

En collaboration avec la PAQS

Echanges d'expériences pratiques

Rencontre autour de la gestion du programme du bloc opératoire

le 26 mars 2018

Rapport rédigé par Frédéric Ficart, Christophe Michel et Marc Nickmilder

Présents

Aharon Hava, Clinique Saint Jean, Bruxelles
Bailliu Nathalie, CHR Mons-Hainaut
Biever Jos, CH Luxembourg
Cenens Martine, Clinique Saint Jean, Bruxelles
Collard Vanessa, Clinique Saint Pierre, Ottignies
Coltura Mario, Clinique Saint Jean, Bruxelles
Conart Fabienne, Clinique Notre Dame de Grâce, Gosselies
Cornez Maëliss, CHU UCL Namur
Cuypers Dany, CH Jolimont
Delaere Martine, Sint-Matia, Halle
Dubois Audrey, Clinique Saint Josef, Saint-Vith
Dujeu Valérie, Clinique Notre Dame de Grâce, Gosselies
Ficart Frédéric, Grand Hôpital de Charleroi
François Clémence, Clinique Saint Pierre, Ottignies
Gahilde Patricia, CH Wapi
Georges Elodie, CH Jolimont
Guffens Marie-Amandine, CHU UCL Namur
Hanard Françoise, CHR Mons-Hainaut
Hens Carine, Cliniques universitaires Saint Luc, Bruxelles
Hotterbeex Aline, excusée Unessa
Huyge Guido, Grand Hôpital de Charleroi
Impundu Chérita, Clinique Saint Pierre, Ottignies
Izzi Aurore, CH Jolimont
Lecocq Marie-Christine, CHU UCL Namur
Legaye Murielle, CHC
Lovato Anne-Laure, CHU UCL Namur
Maréchal Anne, CHC
Michel Christophe, Unessa
Mouillard Joachim, CH Luxembourg
Ndongo Madeleine, Clinique Notre-Dame de Grâce, Gosselies
Nickmilder Marc, RSL
Nicolay Benoît, CHU UCL Namur
Oger Olivier, CHC
Olagny Jean-Michel, CHA Vivalia, Libramont

Petit Anne-Dominique, CUB-Hôpital Erasme, Bruxelles
Sabben Caroline, CH Wapi
Schoevaerts Dominique, Cliniques universitaires Saint Luc, Bruxelles
Thomez Marie-Hélène, CHA Vivalia, Libramont
Vandenbulcke Katia, Clinique Saint Jean, Bruxelles
Vandenheule Chantal, Clinique Saint Jean, Bruxelles
Van Innis Ana Luisia, Paqs
Vanwynsberghe Luc, CH Wapi
Vera Nathalie, Cliniques universitaires- Saint Luc, Bruxelles
Vercruysse Jonathan, CH Jolimont
Voglaire Boris, Clinique Saint Jean, Bruxelles
Ykman Olivier, Cliniques universitaires Saint Luc, Bruxelles

1. **Un programme de gestion de l'activité du bloc opératoire (Aexis), une nécessité actuelle ! - Guido Huyge (ICUS du bloc opératoire - site IMTR) - *Grand Hôpital de Charleroi*– Voir présentation en annexe.**

Le logiciel AEXIS utilisé au GHdC comme dans plusieurs autres institutions présente comme avantages la gestion et la traçabilité du matériel, il offre une vue d'ensemble et en temps réel du programme, et permet de gérer les périmés. Encoder le matériel en même temps que l'identification du patient permet de limiter les retranscriptions et limite le nombre des erreurs. Le logiciel peut néanmoins laisser le BO très démuni en cas de panne informatique et s'avérer très lent en fonction du nombre de clients branchés sur l'application. Des mises à jour fréquentes sont aussi nécessaires et de manière générale son utilisation requiert de la rigueur et l'implication de chacun. Au GHdC, un ETP endosse la fonction de référent pour implémenter les données, former les utilisateurs…

Le programme n'est pas poussé au maximum de ses possibilités, notamment en ce qui concerne la gestion des ressources humaines, la réallocation des salles…

Discussion

La plupart des institutions disposent d'une application équivalente. Les rares qui n'en bénéficient toujours pas planchent sur une implantation (CSPO – Clinique St-Joseph de St-Vith et CH Jolimont). Les membres du RSL sont prêts à échanger leur expérience en la matière. Les CU St-Luc sont occupées à développer un logiciel global qui va leur permettre de s'affranchir d'une multitude de logiciels satellites et conduire à plus de cohérence en évitant de dissocier des aspects complémentaires de la prise en charge, mieux organiser les flux, réaliser la traçabilité…

Pour se prémunir des conséquences des pannes informatiques, la CNDG procède à une impression préalable sous format papier du programme de la semaine S+1, ce qui permet de sauvegarder une base de travail et d'y apporter le cas échéant les modifications manuellement ainsi que d'y insérer les urgences. A la réflexion, les urgences ne constituent pas un problème majeur puisque leur gestion se fait à J0 et que par définition, elles ne sont pas prévisibles. Plusieurs institutions (CHWAPI, CHU UCL Namur et Cliniques St-Luc) disposent d'une salle dédiée aux urgences. Comme les cas gynécologiques représentent une majorité d'entre elles, certaines institutions ont opté pour une salle dans le bloc d'accouchement. Le CHC comme le CHU UCL Namur disposent de plage d'urgences dédicacées à des disciplines spécifiques mais leur nombre est restreint.

La notion d'urgence est aussi très relative. Le CHU UCL Namur (Omnipro) prévoit 10 % d'urgences à intégrer dans le programme quitte à arrêter une salle pour les urgences vitales. Il conserve aussi une plage spécifique entre 18 H 00 et 20 H 00 pour les « semi-urgences » et dispose aussi d'une salle dans le bloc d'accouchement, ce qui ne plaît nécessairement pas aux anesthésistes.

Le côté chronophage de la gestion et la maintenance du programme semblent aussi le prix à payer pour bénéficier des avantages du dispositif. Des charges de travail située entre 0,5 et 1,5 ETP sont dans la norme mais la nature des profils varient entre institutions : les cadres du bloc (CHL Luxembourg), les infirmiers chefs (CHU UCL Namur), le coordinateur médical et l'infirmier en chef (CHWAPI), les médecins encodent également à la Clinique St-Jean…

L'attribution des ressources humaines en particulier les infirmières aux salles, et par conséquent aux chirurgiens, obéit à des règles internes diverses. Des pools sectoriels sont assez fréquents pour les instrumentistes (CHL Luxembourg, CHA Vivalia de Libramont, …) et l'organisation en pôles comme aux CU St-Luc y contribue quelquefois.

Dans un petit bloc comme à Lobbes, le personnel n'a pas vraiment le choix d'être polyvalent mais les fins de programme sont difficiles à gérer. Néanmoins, certaines affinités s'établissent par rapport à la discipline. Au CHU UCL Namur, le personnel est aussi polyvalent mais on n'exclut pas une certaine spécialisation car les disciplines opératoires évoluent rapidement et exigent quelquefois des profils plus pointus. A ce titre, les exigences des chirurgiens existent mais ne sont pas encouragées.

Au CHC, le problème se pose principalement en termes de garde car leur organisation cantonne les infirmières dans certaines disciplines. Après 16 h 00, les circulantes travaillent un peu partout contrairement aux instrumentistes qui sont sectorisées. Mais ce modèle a ses limites en raison du turnover du personnel et du temps nécessaire pour acquérir un niveau de compétence (évalué entre 6 mois et un an) pour assurer un WE seul sachant aussi que les métiers hospitaliers ne sont pas les plus attractifs sur le plan salarial et en raison de la variété et de la charge de travail. L'autre limite est la disponibilité des ressources en cas de maladies ou d'écartements et où pour assurer la nuit, on déforce fréquemment la journée. A ce titre, l'idée que le logiciel peut tout gérer est fausse.

2. La qualité et la sécurité du quartier opératoire – Fabienne CONNART (ICUS du bloc opératoire) - *Hôpital Notre Dame de Grâce à Gosselies* – Voir présentation en annexe

L'avantage du système utilisé à la CNDG (Aexis) est le suivi en temps réel des phases opératoires et du personnel chargé de ces différentes plages grâce à l'utilisation de code à barres et de douchette de lecture. Cet avantage pour les gestionnaires s'accompagne d'une meilleure sécurité du patient et d'une humanisation durant cette phase de soins, le personnel n'étant plus contraint de quitter le patient des yeux pour effectuer l'encodage sur un PC.

Le système demande une certaine discipline pour éviter les dérives comme l'encodage à posteriori qui fausse le timing des phases ou l'encodage à l'avance c.à.d en absence des intervenants.

La CNDG utilise aussi une check-liste opératoire (CL) informatisée via un module du logiciel. Le gain de temps, la possibilité d'analyser le processus et d'extraire des statistiques est cette fois contrebalancée par plusieurs inconvénients comme l'encodage aléatoire car laissé au bon vouloir des intervenants, l'encodage à posteriori vu que le système n'est pas bloquant.

Discussion

La CL est également informatisée aux Cliniques St-Luc depuis 5 ans et est réalisée à 100 % mais sans respecter l'esprit qu'elle sous-tend.

Plusieurs institutions souhaitent la rendre bloquante mais il faut pouvoir le faire accepter. Pour favoriser cette option, le CH Mouscron a choisi paradoxalement de rester sur le mode papier car les intervenants doivent signer la CL en fin d'intervention. Cette disposition fonctionne dans la mesure où elle est acceptée institutionnellement mais signer une CL n'est pas obligatoire. A la clinique St-Jean, seule une partie de la CL est bloquante dans la mesure où on ne pose pas le patient sur la table tant que les trois corps de métier n'ont pas signé.

Finalement, le problème de la CL demeure depuis des années en Belgique et ne réside pas dans la forme (papier – informatisée) ou de dispositions particulières (bloquantes ou non) mais dans la culture et la responsabilité des différents métiers. Les infirmières sont systématiquement les plus compliantes suivies des anesthésistes et loin derrière les chirurgiens, raison pour laquelle la dernière phase, le check-out, pose le plus de soucis dans les hôpitaux.

Quelques dispositions permettent d'améliorer la situation, du moins épisodiquement mais le succès reste loin d'être acquis sans une vigilance interne soutenue. Elles peuvent être classifiées comme suit :

Leardeship

- Les infirmières, les plus compliantes, doivent endosser le rôle de leader dans la réalisation de la check-liste mais elles n'osent pas toujours le faire surtout lorsqu'elles sont débutantes. Toutefois, on ne peut nier une certaine lassitude de ce département de se voir investir des tâches qui rebutent les autres professions alors que les responsabilités sont partagées.

- Les directions médicales devraient endosser ce rôle, ce qu'elles font au cas par cas, mais leur tâche n'est pas évidente surtout lorsque ces directions ne sont pas composées de chirurgien(s).

- Les jeunes assistants médecins qui ont connu une expérience aux Pays-Bas ou dans des pays anglo-saxons constituent également de précieux alliés car baignés dans ces cultures, ils semblent apparemment peu enclins à changer de pratiques suivant l'expérience des hôpitaux universitaires (Erasme et St-Luc). Toutefois, l'application de la CL reste encore personne dépendante au lieu d'être une dynamique de groupe et les BO, des endroits où les égos sont plus développés qu'ailleurs. Dans ces conditions, le risque de manquement provient de la pratique routinière dans un environnement délétère (où les pratiques convenues ne sont pas appliquées systématiquement). Tout espoir n'est pourtant pas perdu, en particulier dans un CHU qui a pour devoir de faire évoluer la culture de sécurité.

Retour d'expérience

- La diffusion des statistiques relatives aux CL tendent à influencer la compliance des récalcitrants mais pas nécessairement de renforcer l'esprit dans lequel la CL est réalisée et qui est le seul garant des objectifs sécuritaires de ce document. Les logiciels permettent de décliner les statistiques à l'envi, à défaut, les institutions procèdent par audit. Les statistiques autorisent certaines observations mais sont aussi sujettes à de nombreux biais.

- Le CHC s'est inspiré des techniques utilisées dans l'aéronautique (Crew Resource Management – simulation) pour sensibiliser ses professionnels et changer leur approche de la culture sécurité. Malgré des efforts conséquents sur le plan organisationnel et financier (prix de plusieurs centaines d'euros par heure), la compliance qui a connu un bon avant commence déjà à s'éroder. L'institution envisage une nouvelle campagne de sensibilisation dans la perspective d'un prochain audit d'accréditation (ACI). Ici aussi, le personnel se partage entre leaders et ceux qui jouent dans un registre plus mineur.

3. La gestion quotidienne d'un bloc opératoire sans logiciel de gestion de bloc - Jonathan Vercruysse et Aurore Izzi - *Centre hospitalier de Jolimont* (voir présentation en annexe)

L'entité jolimontoise fonctionne actuellement sans programme de gestion de bloc. Le système adopté consiste en une grille constituée 1,5 mois avant le début du mois et envoyée par courrier aux directions, chirurgiens et secrétariats.
Les inscriptions au BO se font par formulaire papier ou par le DPI mais un contrôle et un recopiage s'impose d'où un risque d'erreur. Le pré-opératoire anesthésie se fait également par le DPI mais la solution est fastidieuse et manque de fonctionnalités (absence d'alerte pour les examens). La veille des programmes opératoires, la secrétaire doit encore descendre dans les étages pour vérifier la concordance entre les sources. Pour les autres aspects habituellement gérés par un programme, l'institution a conçu un tableau qui reprend les informations utiles au BO (matériel, ressources humaines, allergie…) mais le risque d'erreur subsiste en raison du recopiage.
La gestion des urgences est prévue par le règlement d'ordre intérieur mais ces dispositions ne sont pratiquement pas respectées.

L'analyse du processus et l'inventaire des manquements ont permis de dresser un cahier des charges pour l'informatisation de la gestion du bloc. Ce programme sera structuré pour répondre aux 5 axes suivants :

- Planification des plages opératoires
- La programmation des interventions
- La supervision du BO
- La traçabilité des interventions
- Le pilotage opérationnel et stratégique

Il comprendra en outre la CL, une feuille de compte de compresses, des fiches de matériel pour chaque intervention.

Sous la pression de l'accréditation, l'implémentation devrait démarrer prochainement. A noter que son absence actuelle n'a pas empêché l'institution de décrocher l'accréditation « Or » d'ACI en 2017, mais que l'implémentation future était une exigence de l'organisme.

4. Patient debout et salle préopératoire, un projet devenu réalité au CHC de Liège - Murielle Legaye (Infirmière chef d'Unité UAPO et HJC) et sa collègue Anne Maréchal, collaboratrices du Docteur Van Erck – *Centre Hospitalier Chrétien de Liège – Site Saint-Joseph* (voir présentation en annexe)

Sur le site St-Joseph du CHC, les patients programmés au BO entraient la veille ou le jour-même de l'intervention sur base de critères déterminés et un grand nombre d'entre eux patientaient dans les chambres des services de chirurgie durant des périodes variables mais qui pouvaient atteindre 4

heures dans le pire des cas. Outre l'attente, ces conditions ne permettaient pas un accueil personnalisé ni une préparation adéquate pour le BO et par conséquent un manque d'efficience de la prise en charge. Par ailleurs, la durée de séjour était supérieure à la moyenne nationale. L'organisation et la disponibilité du brancardage augmentaient les conséquences néfastes de cette situation.

En vue de résoudre ces problèmes particulièrement en termes de durée de séjour, de prise en charge et de délais d'attente, l'institution a mis en place une Unité d'Accueil Pré-Opératoire (UAPO) destinée aux patients admis à J0 avec séjour hospitalier dans la foulée et ce, quelle que soit la spécialité chirurgicale.

Dès son admission, le patient est dirigé vers l'UAPO où il est pris en charge par un binôme infirmier durant tout le processus jusqu'à son transfert dans l'unité d'hospitalisation ou l'USI. L'UAPO fonctionne de 6 H 30 à 14 H 00 avec dernière intervention programmée à 14 H 00. Elle se situe au même étage que le BO et sa particularité est que le patient est accompagné jusqu'au bloc à pied la majorité du temps, raison pour laquelle les cas lourds sont exclus. L'UAPO dispose d'un brancardage dédié et d'un support administratif.

La réalisation de l'objectif a nécessité de revoir le processus et d'adapter l'infrastructure en prévoyant les éléments suivants :

- Un salon de détente
- Une salle de préparation
- Un local de stockage
- Une borne Assurcard sur place
- La gestion des bagages
- La gestion des différentes composantes du turnover : lits, matériel, narcoses, informations…
- Intégration de l'accueil dans l'HJ

Les conditions de réussite sont :

- Une gestion efficace des lits
- Une préhospitalisation efficace et organisée pour régler les questions administratives et les problèmes en amont
- Assurer une information correcte à chaque étape

Au terme de deux ans de fonctionnement, et malgré quelques ajustements, la plupart des objectifs sont rencontrés et la satisfaction des patients en termes de qualité d'accueil, de temps d'attente, de sentiment de sécurité, de qualité d'informations pour les patients et leurs proches est supérieure ou égale à 87 % (94 % pour la qualité de l'accueil).

Le projet est appelé à s'exporter sur le nouveau site « Mont-Legia » à partir de 2019 et probablement à s'appliquer à tous les patients programmés du bloc.

5. Portefeuille d'actualités - Christophe Michel (Conseiller en prévention à l'UNESSA)

Le portefeuille d'actualité a été volontairement zappé, vu la riche consistance des exposés ainsi que de la densité des séances de questions-réponses. Le fait de devoir quitter la salle assez rapidement et de faire trois bordées pour la visite, qui a remporté un beau succès, ont déterminé ce choix.

6. Visite de l'Hospiday et du QO des Cliniques Universitaires Saint-Luc

a. Tableau blanc et stand up meeting

La méthodologie de résolution de problèmes par la méthode de stand up meeting et des tableaux blancs est progressivement enseignée aux cadres infirmiers dans toute l'institution. La méthodologie permet aux membres du personnel de trouver et d'expérimenter les solutions aux dysfonctionnements qu'ils rencontrent plutôt que d'amorcer des solutions d'évitement.

Dans une première phase, le personnel est invité à signaler les dysfonctionnements au moyen d'une fiche standard. Les fiches sont ensuite parcourues puis sélectionnées en termes de priorité lors de réunions régulières et à horaire fixe (stand up meeting) devant un tableau blanc (voir photo). Les fiches retenues sont volontairement réduites de manière à ne gérer qu'un maximum de trois problématiques. Les solutions sont échangées et un consensus est décidé sur le mode de résolution du problème. Ce dernier sera testé et évalué d'une réunion à l'autre au moyen d'un code couleur. Lorsque la solution donne satisfaction, elle est adoptée et la fiche retirée du circuit.

La méthode permet une co-construction et une adoption plus facile des solutions. Il entretient également la dynamique qualité et sécurité du patient dans les équipes. Elle se concentre principalement sur les petits dysfonctionnements, les situations plus lourdes étant traitées par d'autres moyens.

b. Management cockpit

Le quartier opératoire représente une activité de base aux Cliniques Saint-Luc et a un réel impact sur sa réputation. L'optimisation du quartier opératoire était par conséquent un objectif stratégique qui s'est traduit par un projet d'amélioration particulièrement long et complexe.

Une des particularités du quartier actuel est le management cockpit qui permet une gestion centralisée de la vingtaine de salles au moyen d'écran de contrôle et de procédures très strictes. La cellule de coordination gérée par l'infirmier chef de coordination doit s'assurer que le programme tourne et que toutes les fonctions de support : magasinier pour l'arsenal – aides-soignantes et techniciennes de surface sur lesquelles elle a autorité dans ce cadre, se trouvent au bon endroit et au bon moment, notamment pour le nettoyage des salles entre deux interventions, l'approvisionnement en boîtes d'instruments lorsque les infirmières ne peuvent le faire, aider à l'installation des patients,…

Toutes ces profils sont versés dans un pool commun et peuvent être joints via un GSM attitré. La liste des forces en présence est mise à jour quotidiennement et affichée dans le cockpit. Le programme du jour s'y retrouve aussi tout comme les urgences, les informations sur les travaux et infos du jour. Enfin un arbre décisionnel couvre les questions les plus courantes qui peuvent arriver au cockpit et les solutions à apporter.

La surpervision par camera permet d'anticiper les besoins. Au quotidien, un nombre limité de personnes ont accès au cockpit. Il s'agit principalement du préposé de la cellule de coordination et le superviseur anesthésiste de garde pour gérer les urgences et les priorités médicales du jour.

Le recours à des caméras est conditionné à des clauses de confidentialité strictes. Des dispositions matérielles ou procédurales garantissent ces clauses et ont été approuvées par les différents comités et conseils de l'institution. Les images ne sont pas enregistrées. L'écran reprenant les images des différentes salles est recouvert d'un filtre particulier (genre de support de photo de radio). Cela entraine que l'écran n'est vu que par la personne qui est bien placée devant et évite ainsi toute indiscrétion d'un visiteur inattendu dans le cockpit. C'est une surface plane sur laquelle on a orienté, tous dans le même sens, des cristaux qui laissent passer la lumière dans une seule direction (ils sont appelés dichroïques) Ce qui est spectaculaire, c'est la disparition quasi totale du reflet pour un certain angle (incidence de Brewster : 53° pour l'eau, 57° pour le verre).

Une optimisation des stocks par un système kanban et d'arsenal, la mise en place d'une nouvelle gouvernance et l'adoption de nouvelles procédures de nettoyage complètent le tableau des mesures. En terme d'efficacité, elles ont permis de réduire la proportion de chirurgie entravée par des problèmes liés à la préparation du matériel de 110 %, de réduire le temps passé au téléphone pour chercher de l'aide d'un facteur 5 à 10, le temps inter-opératoire d'un facteur 10 et enfin, d'éliminer les appels par interphonie pour une aide quelconque.

c. Hospiday

Grâce au progrès de la technique, un grand nombre d'interventions peuvent aujourd'hui s'effectuer avec des anesthésies de courte durée. Ceci permet au patient de quitter l'hôpital en toute sécurité quelques heures après son intervention. L'Hospiday concerne un grand nombre de spécialités aussi bien pour les enfants que les adultes. Depuis 2011, l'Hospiday dispose de son propre quartier opératoire composé de 4 salles de dernière génération répondant à des critères technologiques, ergonomiques et hygiéniques très stricts. Elles sont toutes conçues sur le même schéma : couleur

neutre, équipements mobiles ou fixés au plafond, système vidéochirurgie intégré, scialytiques avec lampe led, flux laminaires situés au-dessus de la zone opératoire…

Le parcours et le confort du patient ont aussi été pris en compte en exploitant au mieux l'espace disponible de l'unité située au deuxième étage en sous-sol.

Les patients entrent via une salle d'accueil avec espace e jeu pour les enfants. Après les dernières formalités administratives, ils passent dans une zone où ils pourront s'apprêter et patienter avant le bloc dans des lits brancards réglables. Après l'intervention, les patients sont surveillés dans une salle de réveil constituée de box fermés à mi-hauteur d'homme sur les côtés et aux pieds. Le personnel soignant conserve ainsi un contact visuel avec le patient tout en garantissant une certaine intimité.

IL est question de proposer aux enfants de petites voitures électriques pour se rendre jusqu'à la salle d'opération. L'aspect ludique de la chose est sensé détendre les bambins. (Voir article en annexe)