

# Cartographie des risques au bloc opératoire

## Le risque infectieux

**Anne-Marie Rogues**

**Hygiène Hospitalière  
Bordeaux**



- Un peu de théorie ...sur la cartographie, c'est quoi ?
- Pourquoi une cartographie du risque infectieux au bloc opératoire ?
- En pratique, comment la mettre en œuvre ?

# La cartographie des risques : c'est quoi ?

---

## ❖ Définition

- « Représentation d'un phénomène par une carte »
- ....Le concept de cartographie des risques se conçoit comme l'identification et la description de manière **objective** et **structurée** des risques existants (*Larousse*)

## ➤ Outil d'analyse *a priori* des risques

- Mode de **représentation** et de **hiérarchisation** des risques d'une organisation qui fait **un état des lieux** global des vulnérabilités

*De Mareschal G. La cartographie des Risques. AFNOR, 2003*

- *Outil d'aide à la décision pour les grandes entreprises*

# La cartographie des risques : c'est quoi ?

---

## ➤ Méthode peu utilisée par les professionnels de santé

### ❖ Absente des recommandations

- ANAES. Principes méthodologiques de la gestion des risques. 2003
- DHOS. Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques en établissement de santé. 2004

### ❖ Difficile à utiliser

- Longue et délicate car fondée sur une analyse des processus
  - Analyse préliminaire des risques (APR) par exemple

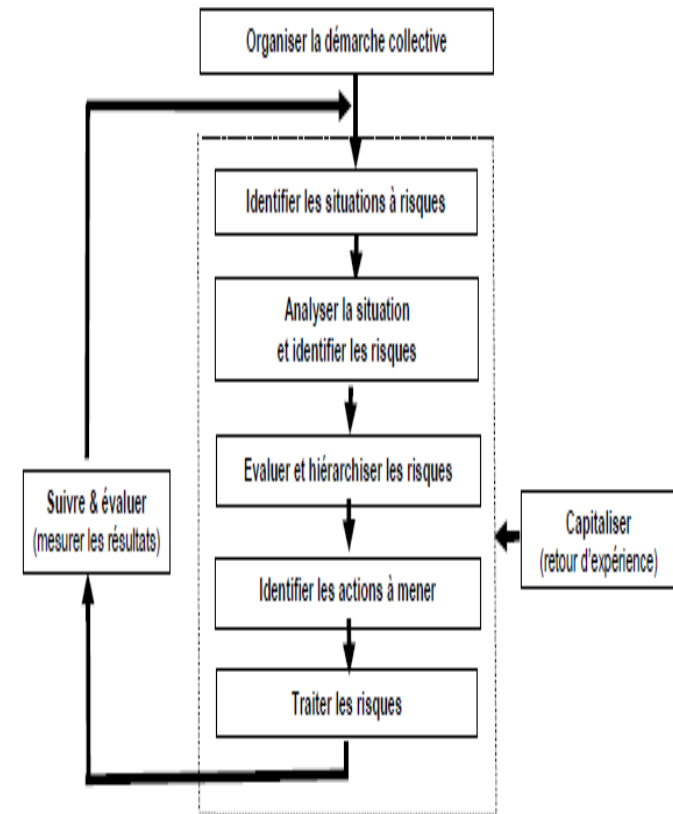
### ❖ Difficilement exhaustive

- Quels risques choisir ? Quelle représentation adopter ?  
*Moulaire M. Risques&Qualité.2007*

# La cartographie des risques : c'est quoi ?

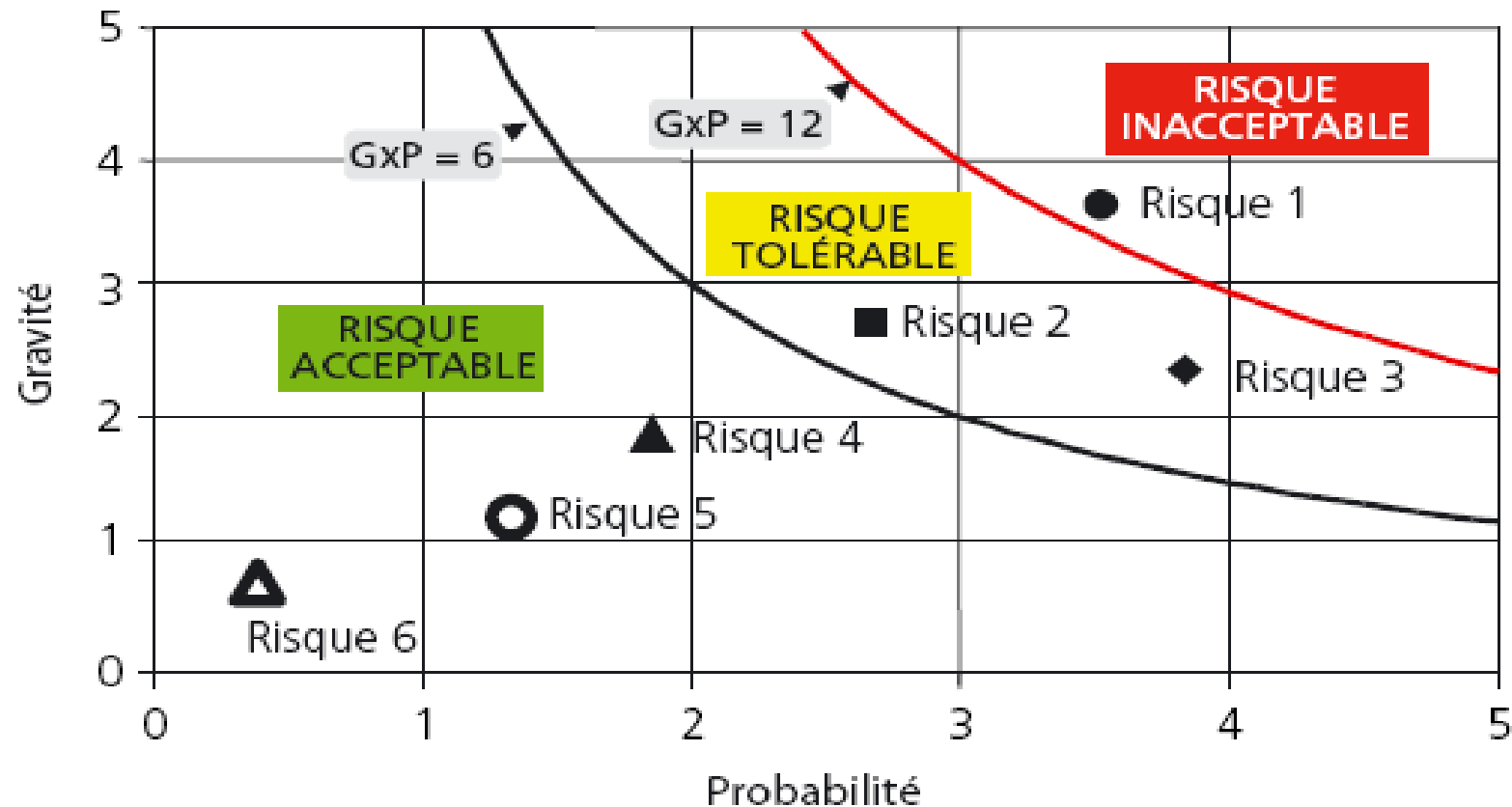
## ➤ Les étapes

- 1- Décrire le processus de prise en charge
- 2- Identifier les situations à risques
  - par typologie des risques
- 3- Evaluer et hiérarchiser
- 4- Identifier les actions à mener
- 5- Représenter graphiquement les risques et leur évaluation (outil de communication)
- 6- Suivre et évaluer les actions d'amélioration



Vision d'ensemble pour choix stratégique  
Suivi de l'efficacité des stratégies mises en place

# Exemple de représentation graphique



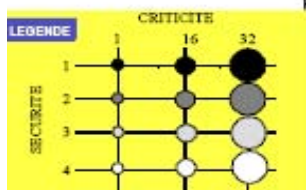
*Desroches A, Leroy A, Quaranta JF, Vallée F.  
Dictionnaire d'analyse et de gestion des risques. Lavoisier, 2006*



# Risques professionnels

- Hosp. Bellande
- Hosp. Boisvignal
- Bloc. op.
- Urgences Réa
- Consult. Ext.
- Radio.
- Labos.
- Pharmacie
- Magasins transp.
- Blanchisserie
- Ateliers, sécu.
- Cuisines
- Serv. intérieur
- Administr. secret.

Hosp. Bellande	○	●	○	○	●	●	●	●	●	●	●
Hosp. Boisvignal	○	●	○	○	●	●	●	●	●	●	●
Bloc. op.	○	○	●	○	●	○	○	○	○	○	○
Urgences Réa	○	○	●	●	●	○	●	●	●	●	●
Consult. Ext.	●	●	●	●	●	●	●	●	○	●	●
Radio.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Labos.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Pharmacie	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Magasins transp.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Blanchisserie	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Ateliers, sécu.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Cuisines	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Serv. intérieur	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Administr. secret.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○



Incendie-  
expl.    Risque  
élec.    Rayon-  
nement    Risques  
bio.    Risques  
chimi.    Risques  
phys.    Gestes-  
postures    Nuisances    Déplace-  
ments    Risques  
psycho.    Autres

La taille des bulles est proportionnelle à la criticité du risque.  
La bulle est d'autant plus sombre que le risque est peu maîtrisé.

# Pourquoi une cartographie du risque infectieux au bloc opératoire ?

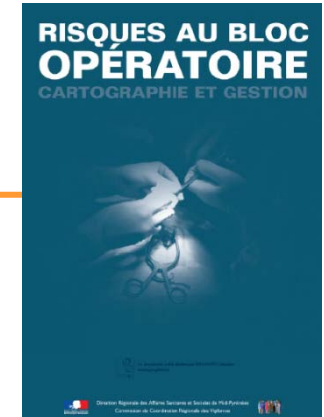
---

## ➤ Une incitation forte

- ❖ Manuel de certification des établissements de santé – HAS
  - Chapitre 1 : Management de la qualité et de la sécurité des soins
    - Critère 8d : **Evaluation *a priori***
      - « L'établissement évalue les risques *a priori* dans les secteurs d'activité. Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie »
    - Critère 8g : **PEP Maîtrise du risque infectieux**
  - Chapitre 2 : Prises en charge spécifiques
    - Critère 26a : **Organisation du bloc opératoire**
  
- ❖ Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 – Circulaire DHOS-DGS du 26/09/2009
  - Réduction au niveau national de 25% du taux d'incidence des ISO

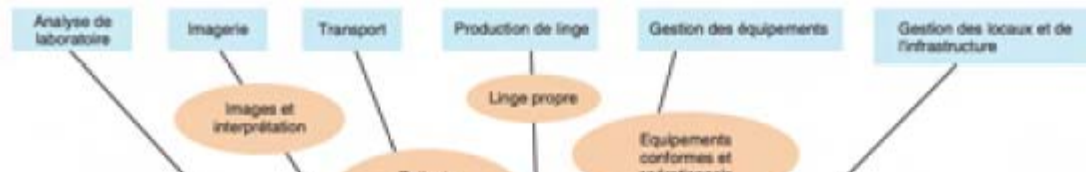


# Pourquoi une cartographie du risque infectieux au bloc opératoire ?

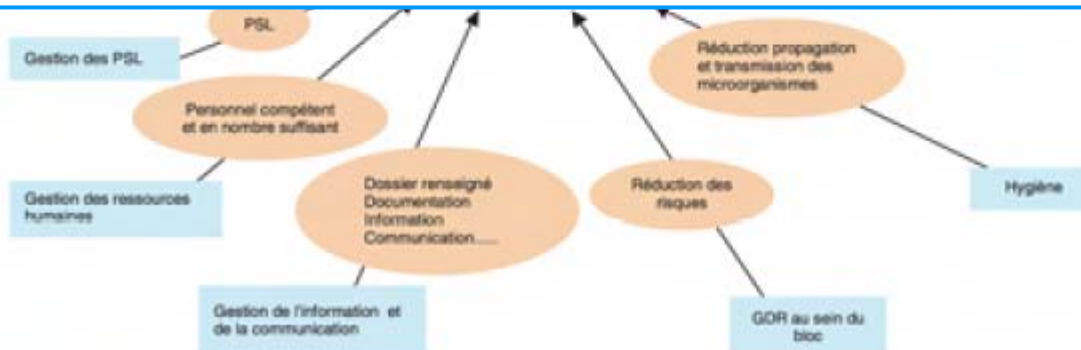


## ➤ Un contexte particulier

### ❖ Organisation complexe++, nombreux intervenants



- Processus opératoire apparemment bien réglé et routinier...
- Rareté des événements graves peut entraîner une fausse perception de sécurité



# Pourquoi une cartographie du risque infectieux au bloc opératoire ?

## ➤ Un constat en hygiène

### ❖ Nombreuses actions ciblées

- avec impact sur ISO

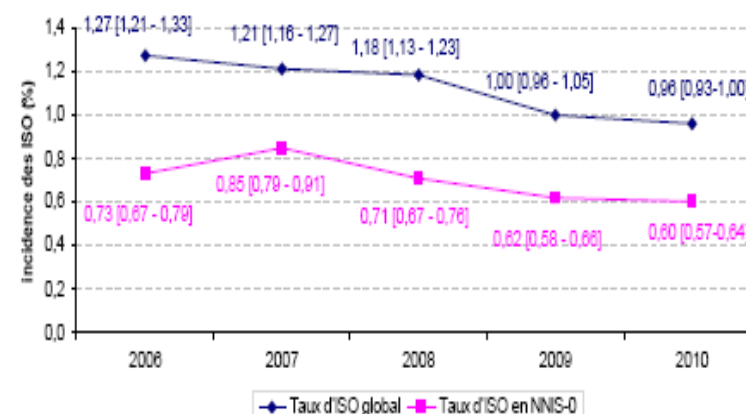
- mais persistance d'une part évitable!

### ❖ Importance du temps opératoire dans la physiopathologie de l'ISO et son caractère multifactoriel

## ➤ **Besoin d'une approche globale du risque infectieux résiduel**

- identifier des situations où il est encore possible d'agir
- hiérarchiser les actions à conduire dans ce processus complexe

Figure 8 : Incidence globale des ISO ou en NNIS-0 : évolution 2006 et 2010.



Source RAISIN-InVS

# Cartographie du risque infectieux au bloc opératoire : en pratique

## Physiques et techniques

- Electrique
- Mécanique
- Thermique
- Eau
- Pneumatique (air, fluide)
- Chimique
- Radiations

## Informatiques

- Système informatique

## Managements

- Organisation des ressources humaines
- Organisation des ressources matérielles
- Programmation
- Organisation de l'information
- Facteur humain et management

## Biologiques

- Microbiologiques
- Biochimiques
- Produits de santé



RISQUES AU BLOC OPERATOIRE :  
CARTOGRAPHIE ET GESTION

## Approche Préliminaire des Risques

*Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi-Pyrénées  
Commission de Coordination Régionale des Vigilances*



Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi-Pyrénées  
Commission de Coordination Régionale des Vigilances

# Cartographie du risque infectieux au bloc opératoire : en pratique



**1° étape : Description du processus de prise en charge** du patient au bloc opératoire = succession de phases et sous-phases déjà identifiées  
*Chaque étape est productrice d'une valeur ajoutée*

# Cartographie du risque infectieux au bloc opératoire : en pratique

---



## ➤ 2° étape : Identifier les situations dangereuses

### ▪ Pour chaque sous-phase du processus

**Recenser toutes les situations** ou éléments dont la non-conformité représente un danger (absence, erreur, non disponibilité, non adapté, non respect...)

» en essayant de « croiser » avec les divers facteurs de risque connus

### ▪ Collecte de type « brainstorming »

Au cours de cette étape de la prise en charge au bloc opératoire, le patient peut-il rencontrer une situation dangereuse qui l'expose à une complication infectieuse ?

Si oui ? Laquelle ? Causes? Conséquences ?

# Cartographie du risque infectieux au bloc opératoire : en pratique

---

## Exemples de situations dangereuses recensées

Phase	Situations à risque	Causes	Effets/Conséquences
<b>Transfert du patient</b>	Non utilisation du plateau de transfert ou brancard Transfert avec le lit	Pas de plateau ou brancard réservé au bloc	Aérobiocontamination
<b>Préparation du matériel d'anesthésie</b>	Faute d'asepsie lors de la vérification	Pas d'hygiène des mains	Transmission croisée
<b>Induction Antibioprophylaxie</b>	Réalisée avec retard Pas de réinjection	Pas de prescription	ISO
<b>Vérification du matériel chirurgical</b>	Stérilité des boîtes	Scellés cassés	Retard de l'intervention
<b>Préparation cutanée</b>	Séchage de l'ats par l'interne	Equipe pressée	Moindre efficacité de la préparation cutanée
<b>Intervention</b>	Nombre de personne en salle élevé	Enseignement	Aérobiocontamination

# Cartographie du risque infectieux au bloc opératoire : en pratique



- 3° étape : Evaluer chaque situation dangereuse identifiée comme à risque de complication infectieuse.....

Situations à risque	Causes	Effets/Conséquences	V	G	C	Barrières existantes	Actions d'amélioration

- ❖ Identifier pour chaque situation : les barrières existantes (prévention, atténuation), actions d'amélioration
- ❖ Estimer : fréquence et gravité pour calculer la criticité (acceptabilité du risque)

# Les outils de la cartographie : les échelles

## VRAISSEMBLANCE

V1	Extrêmement improbable	1 fois tous les 5 ans
V2	Très peu probable	au moins 1 fois par an
V3	Peu probable	au moins 1 fois par mois
V4	Probable	au moins 1 fois par semaine
V5	Très probable à certain	au moins 1 fois par jour

## GRAVITE

Classe	Intitulé	Incidence	Conséquences
G1	Mineure	Perturbation modérée sans effet sur le patient	Retard simple sans désorganisation notable de la programmation
			Non conformité du dossier à la réglementation,
G2	Significative	Dégradation du service	Retard modéré avec désorganisation de la programmation
			Accident iatrogène
G3	Grave	Echec du service	Retard conséquent de l'intervention et insatisfaction du patient
			Report d'intervention,
			Prolongation de la durée de réveil, Retard de sortie de la SPPI
			Dégradation de la prise en charge du patient
G4	Critique	Perte de chance	Accident iatrogène avec hospitalisation en réanimation
			Reprise chirurgicale
			Handicap réversible (invalidité temporaire, infection, etc)
G5	Catastrophique	Irréversibilité	Plainte du patient
			Invalidité permanente
			Décès



# Les outils de la cartographie : matrice de criticité



RISQUES AU BLOC OPERATOIRE :  
CARTOGRAPHIE ET GESTION

		Echelle de gravité				
		G1	G2	G3	G4	G5
Echelle de vraisemblance	V5	C2	C3	C3	C3	C3
	V4	C1	C2	C3	C3	C3
	V3	C1	C2	C2	C3	C3
	V2	C1	C1	C2	C2	C3
	V1	C1	C1	C1	C1	C2



Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi-Pyrénées  
Commission de Coordination Régionale des Vigilances



Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi-Pyrénées  
Commission de Coordination Régionale des Vigilances

Classes de criticité	Niveau de risque	Actions
C1	Acceptable en l'état	Aucune action n'est nécessaire
C2	Tolérable sous contrôle	On doit organiser un suivi en terme de gestion du risque
C3	Inacceptable	On doit refuser cette situation et prendre des mesures de réduction des risques ou refuser l'activité

**But : Evaluer l'acceptabilité du risque**

# Cartographie du risque infectieux au bloc opératoire : en pratique

Phase d'accueil Situation à risque	Causes	TTs existants	Conséquence	G	V	C
Transfert du patient en salle sur son lit d'hospitalisation	Non utilisation du plateau de transfert ou brancard	Plateau ou brancard réservé au bloc	Aérobiocontamination	4	3	3

Actions de maitrise	Gestion du risque résiduel
Utiliser systématiquement les systèmes de transfert nettoyés et désinfectés entre chaque patient	Evaluation régulière du respect de la procédure



RISQUES AU BLOC OPERATOIRE :  
CARTOGRAPHIE ET GESTION

# Cartographie du risque infectieux au bloc opératoire : en pratique

Phase anesthésique Situation à risque	Causes	TTs existants	Conséquence	G	V	C
Transmission de MO liée à l'utilisation de DM invasifs, utilisation de flacons multidoses	Hygiène des mains, masque ou ... geste technique inadaptés,...	Respect des règles de bonnes pratiques en hygiène	Infection	5	2	3

Actions de maîtrise	Gestion du risque résiduel
Elaborer des protocoles, former les personnels, utiliser des monodoses	Evaluation des pratiques



RISQUES AU BLOC OPERATOIRE :  
CARTOGRAPHIE ET GESTION

# Cartographie du risque infectieux au bloc opératoire : en pratique

Accueil/contrôle Situation à risque	Causes	TTs existants	Conséquence	G	V	C
Pas de préparation du patient	Non respect de la programmation Mauvaise application des recommandations	-Programmation effective connue et respectée -Information, schémas validés et connus	Retard Infection	4	3	3

Actions de maitrise	Gestion du risque résiduel
Améliorer la communication entre service d'hospitalisation et bloc opératoire Élaborer des protocoles communs	Analyse des incidents, présentation au conseil de bloc des procédures en place



RISQUES AU BLOC OPERATOIRE :  
CARTOGRAPHIE ET GESTION

# Cartographie du risque infectieux au bloc opératoire : en pratique

Phase opératoire Situation à risque	Causes	TTs existants	Conséquence	G	V	C
Mise en place des champs	Matériel inadapté Erreur de manipulation	-Champs conformes aux normes -Respects de bonnes pratiques	Mauvaise délimitation du champ Contamination du foyer opératoire	5	2	3

Actions de maîtrise	Gestion du risque résiduel
Mettre à disposition des champ adaptés Exiger une tenue professionnelle conforme Former les personnels à la mise en place et au contrôle du champ Exiger la présence du chirurgien lors de la pose	Réflexion multidisciplinaire sur le matériel à utiliser si introduction d'une nouvelle technique opératoire Protocolisation



RISQUES AU BLOC OPERATOIRE :  
CARTOGRAPHIE ET GESTION

# Cartographie du risque infectieux au bloc opératoire : en pratique

Phase SSPI Situation à risque	Causes	TTs existants	Conséquence	G	V	C
Geste invasif	Sondage urinaire, cathétérisme, ... Pansement..	Respect des bonnes pratiques	Infection	5	3	3

Actions de maîtrise	Gestion du risque résiduel
Elaborer des protocoles  Former les professionnels à pratiquer des gestes aseptiques	Evaluation des pratiques professionnelles



RISQUES AU BLOC OPERATOIRE :  
CARTOGRAPHIE ET GESTION

# Cartographie du risque infectieux au bloc opératoire : en pratique

Situation à risque Phase remise en état	Causes	TTs existants	Conséquence	G	V	C
Technique de bio-nettoyage non maîtrisée	Personnel nouveau, non formé	Protocoles	Accidents du travail, AES, Transmissions croisées	4	3	3

Actions de maîtrise	Gestion du risque résiduel
<p>Elaborer, mettre à jour, diffuser les procédures</p> <p>Former régulièrement les personnels en place et nouveaux arrivants</p>	<p>Evaluer les pratiques professionnelles</p> <p>Déclarer et analyser les incidents et accidents</p>



RISQUES AU BLOC OPERATOIRE :  
CARTOGRAPHIE ET GESTION

# Cartographie du risque infectieux au bloc opératoire : en pratique



RISQUES AU BLOC OPÉRATOIRE : CARTOGRAPHIE ET GESTION



- 4° étape : Hiérarchiser/prioriser les actions proposées selon leur criticité et efforts à fournir
- 5° étape : Contractualiser avec encadrement, conseil de bloc...actions et modalités de suivi

N°	Fonction ou SIs ou Phase	Situation dangereuse ou facteur de risque	Causes	Traitements déjà existants dont moyens de détection ou d'alerte	Evènement redouté et Conséquences	Q	R	C	Actions de maîtrise des risques et Identification de l'autorité de décision de leur application	E	V	C	Gestion du risque résiduel
Bio_1	A2	transfert du patient en salle sur son lit d'hospitalisation	non utilisation du plateau de transfert ou du brancard		majoration de l'aérobiocontamination	4	3	3	utiliser systématiquement des systèmes de transfert nettoyés et désinfectés (bas niveau) entre chaque patient et dont l'usage est réservé au bloc(chef de bloc,CLIN)	3	4	2	Evaluer régulièrement le respect de la procédure(Chef de bloc)
Bio_2	B1	utilisation deDM	Présence latex.....	DM sans latex identification des sujets à risque au décours de la CPA	allergie,effet secondaires	4	1	1					
Bio_3	B2+B3+B4	utilisation de DM de suppléance respiratoire	pannes de matériel(obsolescence,défaut de maintenance,défaut de contrôle)	prévention, check list, maintenance réforme, matériel de suppléance, procédures dégradées	hypoxie anoxie,	5	1	2	Mettre en assurance qualité la maintenance et faire des audits système réguliers sur la maintenance (direction de la qualité) mettre à la réforme et remplacer le matériel défectueux, mettre à disposition du matériel de suppléance (chef de bloc, services techniques,direction des achats ) former le personnel aux techniques de ventilation manuelle et aux procédures dégradées (Chef de bloc, service d'anesthésie et service formation)	2	5	1	Evaluer les pratiques professionnelles(professionnels),contrôler régulièrement les connaissances sur la ventilation manuelle et former tous les acteurs (professionnels, service formation)
Bio_4			mésusage du matériel (hétérogénéité du parc,pas de formatio initiale,pas de configuration type par service)	formation, éactualisation, notice disponible	hypoxie anoxie,	5	3	3	mettre en place des configurations types, un parc relativement homogène par bloc, mettre en place une formation systématique des nouveaux arrivants, mettre en place une formation de tous à chaque introduction de matériel nouveau par le fabricant et enregistrer ces formations(Chef de bloc, services techniques,service des achats,service formation)	3	5	1	analyser les déclarations d'évènements indésirables et croiser les analyses avec différents items: taux de maintenance, taux de personnels formés, taux de remplacement du matériel....(professionnels avec cellule de gestion des risques)
Bio_5			mauvaise appréciation clinique (défaut de formation anxiété,trop de paramètres à surveiller,relai avec transmission insuffisante)	formation initiale, continue, EFP	hypoxie anoxie,	5	2	3	réaliser et enregistrer correctement les CPA et VPA surveiller étroitement l'état clinique du patient, évaluer les pratiques professionnelles, mettre en place des formations complémentaires régulières,(service d'anesthésie)	2	5	1	analyser les défauts d'appréciation lors des incidents ou accidents et faire la part de ce qui relève des DM et de ce qui relève de la technicité des gestes : sensibiliser les équipes à interpréter les signes mesurés et à adapter les décisions à l'état clinique du patient (professionnels)
Bio_6			manipulation erronée (ergonomie mal adaptée,fatigue, négligence)	Dispositions réglementaires	hypoxie anoxie,	5	3	3	Respecter le repos compensateur, détecter précocement les symptômes d'épuisement professionnel (vitalité médicales), organiser un suivi (service d'anesthésie,DRH)	2	5	1	adapter constamment l'activité aux effectifs (adéquation) et inversement, gérer correctement les ressources humaines(Chef de bloc,conseil de bloc,DRH)
Bio_7	B2+B3+B4	micro organismes, utilisation de DM invasif, utilisation de flacons multi-doses, cupules	hygiène mains,masque manquant ou inadapté,gantage inadéquat,gestes techniques inadaptés/ produits techniques) catheter, sondes,DM à UU non stériles, antibioprophyllaxie non réalisée.....	respect Bonnes pratiques hygiène en anesthésie (SFAR), mise en place d'un système/alerte en liaison avec l'ECHH	infection, contamination	5	2	3	élaborer des protocoles et fiches techniques, mettre à disposition de s matériels et produits adaptés, former le personnel (formation/action) contrôler le respect des procédures de lavage des mains, le respect de la tenue vestimentaire, du port du masque correctement positionné, mettre en oeuvre les précautions d'asepsie pour tous les gestes techniques, contrôler systématiquement le matériel utilisé,mettre à disposition des présentations de produits adaptés (monodose), respecter les prescriptions d'antibioprophyllaxie( Chef de bloc, professionnels conseil de bloc)	2	5	1	Evaluer les pratiques professionnelles(professionnels) Analyser les causes en RMM de chirurgie(professionnels,conseil de bloc) Mettre en place des procédures de Conduites à tenir médicales en cas d'infection(professionnels,conseil de bloc)



# Cartographie du risque infectieux au bloc opératoire : en pratique



RISQUES AU BLOC OPERATOIRE : CARTOGRAPHIE ET GESTION



87	ARRIVEE		ANESTHESIE REA				ACTE OPERATOIRE						SSPI				REMISE EN ETAT DE LA SALLE					
	A		B				C						D				E					
	A1	A2	B1	B2	B3	B4	C1	C2	C3	C4	C5	C6	D1	D2	D3	D4	E1	E2	E3	E4	E5	
Pr2																						
Evénement redouté	accueil ,contrôle de l'identité, du dossier et de la préparation	transfert sur le plateau mobile de la table d'opération ou sur le brancard et acheminement vers la salle d'opération	installation du patient pour l'anesthésie et mise en route du matériel de surveillance	induction de l'anesthésie	entretien de l'anesthésie	arrêt de l'anesthésie	positionnement opératoire	préparation cutanée	drapage(pose des champs)	installation instrumentation et branchement du matériel	intervention chirurgicale	remise en décubitus dorsal	transfert SSPI	accueil et installation SSPI	surveillance SSPI	validation et sortie SSPI	évacuation matériel et déchets	prédesinfection des instruments	bionettoyage salle	préparation intervention suivante	contrôle de la salle et des appareils	
électrocution, sursensions,soustensions ,perturbations électromagnétiques	2		1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1							
chutes,blessures,compressions,écrasements,projections,		1	2	2			1		2	2	1	2	1									
choc,explosion,incendie,froid, chaleur, brûlures,			1	1	1	2	2	2	2	1	1			2	1							
rupture,fuite,surpression, souspression,contamination des points d'eau														1	1			1	1		1	
rupture,fuite,surpression, souspression, explosion				1	1					1	1											
pollution,corrosion,compatibilité	1			1						1				1				1			1	
ionisation,laser											1											
Panne, logiciel bogue	1			1						1					1						1	
infection	2	1	2		1		2	1	1	2	1	2	2	2	1	2		1		2	2	
anoxie, hypoxie	2		2		1		2	2	2	2	2	2	2	2	2							
toxicité,effets secondaires (allergie,autres)			1	1	1	1	2	1	2		2			2	2		2	2	2			

# Cartographie du risque infectieux au bloc opératoire : illustration

---

- Etude et hiérarchisation du risque infectieux nosocomial selon la criticité : nouvelle approche

Blondel P, Brunel C. *Risque et qualité en milieu de soins* 2004

- ❖ 31 situations dangereuses
- ❖ donnant lieu à 39 actions validées par le conseil de bloc
  - Information(10) : rappel de procédures
  - Formation(8)
  - Élaboration ou réactualisation de document (11)
  - Audit de pratiques(2) : préparation cutanée, entretien des locaux
  - Organisation (8) : profil de postes ASH

  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Amélioration des pratiques et sécurité des soins

La sécurité des patients

Mettre en œuvre la gestion des risques  
associés aux soins en établissement de santé  
Des concepts à la pratique

# Cartographie du risque infectieux au bloc opératoire : illustration

- Etude et hiérarchisation du risque infectieux nosocomial selon la criticité : nouvelle approche

Blondel P, Brunel C. *Risque et qualité en milieu de soins 2004.*

La matrice de criticité (complétée à partir de l'illustration proposée)						
Vraisemblance estimée	5	5	10 SAR 1, SAR 5	15 SAR 3, SAR 9	20	25
	4	SAR 6	SAR 2		SAR 10	20
	3			9 SAR 8		15
	2	SAR 4	4 SAR 7			
	1	1				5
		1	2	3	4	5
	Gravité estimée					
	Risques à traiter en priorité. Situations à risques non acceptables en l'état, nécessitant des actions d'analyse et de traitement pour réduire le risque au moins jusqu'à un risque à surveiller					
	Risques à surveiller. Situations à risques acceptables en l'état à condition que des actions soient menées pour mieux les identifier et les surveiller					
	Risques non critiques. Situations à risques acceptables en l'état, correspond à un risque faible					

Exemple de Situations à risques (SAR) identifiées pour l'étape transfert du patient

SAR 4 patient non préparé lors de la venue de l'AS

SAR 5 transfert des patients en lit et brancard

# Cartographie du risque infectieux au bloc opératoire : les avantages

---

- Véritable mise à plat du risque infectieux résiduel
  - ❖ pertinence de l'identification des situations dangereuses et cohérence des actions à prioriser garantie par l'expertise de l'EOHH
- Implication des divers professionnels
  - ❖ sensibilisation aux situations à risque
  - ❖ mais aussi action pédagogique
- Evaluation objective et harmonisée, commune à divers blocs dans un même établissement
  - ❖ facilitant une synthèse pour orienter la direction

# Cartographie du risque infectieux au bloc opératoire : les limites

---

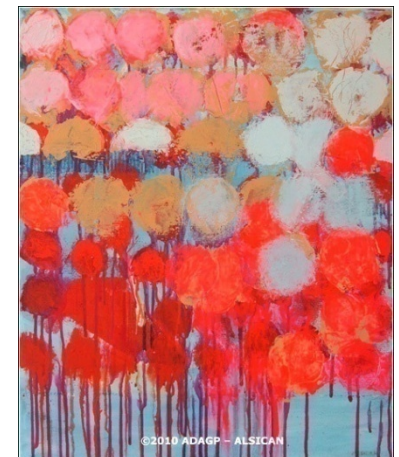
- Pour la pertinence de l'évaluation : avoir une bonne connaissance
  - ❖ organisation et facteurs de risque d'infection
  - ❖ conséquences des situations à risque
- Ne pas être trop macros et passer à coter d'un risque majeur
  - ❖ réflexion systématique quant aux barrières de sécurité successives à mettre en œuvre
  - ❖ mais ne pas compliquer ni faire durer la démarche
- Tentation d'intégrer d'autres risques
  - ❖ mais complexification et pose le problème de la hiérarchisation des différents plans d'actions ....

# En conclusion, la cartographie du risque infectieux au bloc opératoire

---

La représentation graphique ?...

- Une démarche méthodique multi professionnelle *a priori*
  - ❖ *Adaptée à l'organisation complexe du bloc opératoire*
  - ❖ *Peut être « simplifiée »*
  - ❖ *Facilite le développement d'une culture de qualité et sécurité*
  - ❖ *Bon levier d'engagement des professionnels et de l'encadrement*
- Qui peut aider à réduire le risque infectieux au bloc opératoire



# Eléments de lecture

- SOFGRES Atelier Recommandations pour une cartographie des risques – Lyon, Nov 2011
- JIQHS Atelier Cartographie des risques SHAM SOFGRES 2011 G.
- Matussière F, Sfez M, Vidal-Treccan G. Cartographie des risques : combiner approches *a posteriori* et *a priori*. *Risques & Qualité* 2008 n°4
- Moulaire M. La cartographie des risques, un outil de management des risques en établissement de santé. *Risques & Qualité* 2006 n°3
- Atelier –action resCLIN Champagne-Ardenne

