|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MINISTÈRE DE LA SANTÉ** |  | **BURKINA FASO** |
|  |
|  | **Unité - Progrès - Justice** |  |

|  |
| --- |
| **PROPOSITION D’ORGANISATION TYPE DU BLOC OPERATOIRE AU BURKINA FASO** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**MAI 2021**

Table des matières

[FONCTIONNEMENT DE L’UNITÉ DU BLOC OPÉRATOIRE 3](#_Toc74146458)

[Fonctionnement de l’unité du bloc opératoire 3](#_Toc74146459)

[**Le coordonnateur de bloc opératoire** 3](#_Toc74146460)

[*Surveillant de l’unité du bloc opératoire* 4](#_Toc74146461)

[**LE CONSEIL DE BLOC** 5](#_Toc74146462)

[**AG BLOC OPERATOIRE** 7](#_Toc74146463)

[**EQUIPE DE PROGRAMMATION** 7](#_Toc74146464)

[CHARTE DE FONCTIONNEMENT DU BLOC OPÉRATOIRE 8](#_Toc74146465)

[**ORGANISATION DES ACTIVITÉS DU BLOC OPÉRATOIRE** 10](#_Toc74146466)

[**PLANIFICATION** 10](#_Toc74146467)

[**PROGRAMMATION** 10](#_Toc74146468)

[***Validation du programme opératoire*** 11](#_Toc74146469)

[**SUPERVISION** 11](#_Toc74146470)

[**UTILISATION DES PROTOCOLES ET CHECKLISTS** 12](#_Toc74146471)

[**L’INFORMATION SANITAIRE** 12](#_Toc74146472)

[**TRACABILITE DES ACTES AU BLOC OPERATOIRE** 13](#_Toc74146473)

[**INDICATEURS DE SUIVI DE LA PERFORMANCE AU BLOC** 14](#_Toc74146474)

# FONCTIONNEMENT DE L’UNITÉ DU BLOC OPÉRATOIRE

## **Fonctionnement de l’unité du bloc opératoire**

La complexité du fonctionnement d’un bloc opératoire et la multiplicité des intervenants nécessitent une structure de coordination et des personnels qualifiés afin d’orchestrer l’ensemble des activités qui se déroulent au sein de cette structure.

Leur rôle est de planifier, programmer et réguler ces activités, ce qui nécessite une compétence et une autorité reconnues par tous les acteurs du bloc opératoire. On distingue en particulier le coordonnateur de bloc, le surveillant d’unité du bloc et le conseil de bloc, la cellule de programmation, l’assemblée générale du bloc, les deux premiers étant les acteurs essentiels au bon fonctionnement du bloc opératoire.

## **Le coordonnateur de bloc opératoire**

Il peut être chirurgien ou anesthésiste. Il est élu par le conseil de bloc. Il veille à harmoniser l’ensemble des actes qui sont pratiqués sur le plateau technique, en privilégiant la meilleure entente possible et une parfaite coordination entre les différents acteurs du bloc opératoire.

En collaboration avec le surveillant de l’unité du bloc, il s’attache tout particulièrement à optimiser le fonctionnement du bloc opératoire : occupation des salles, gestion des flux.

Il préside aux réunions de programmation opératoire et bien entendu aux réunions de conseil du bloc et à l’assemblée générale du bloc opératoire.

Il assure les missions suivantes :

* Encadrement de l’ensemble du personnel non médical
* Coordination et contrôle de l’ensemble des activités de soins au niveau bloc opératoire.
* Validation du programme hebdomadaire proposé par la cellule de programmation ;
* Co-animation du Conseil du Bloc avec son Président et, à ce titre, présente les dysfonctionnements mis à la discussion du Conseil de Bloc et participe à la mise en œuvre du plan d’action issu des Conseils de Bloc.
* Participation aux Revues de Morbi‐Mortalité (RMM). Il participe également aux plans d’action de cette RMM et encourage le recueil des événements indésirables qui permettent d’animer ces RMM.
* Organisation de la maintenance des dispositifs médicaux du Bloc Opératoire en collaboration avec la direction des services généraux et l’encadrement du service de stérilisation.
* Organisation du suivi, de la réparation ou du remplacement des dispositifs médicaux défectueux, ou détériorés.
* Mise en place d’une politique de formation et de suivi de l’ensemble des agents exerçant au bloc opératoire ;
* Organisation de la vérification des conformités des salles avec les services de maintenance et coordination des travaux réalisés dans le bloc opératoire
* Contrôle du respect des procédures de sécurité et de la charte ;
* Organisation de la prise en charge des étudiants paramédicaux en lien avec les SUS et les centres de formation, dans un souci de promotion du bloc opératoire.
* Participation aux recrutements des personnels paramédicaux du bloc opératoire.

En cas d’absence ou d’indisponibilité, le coordonnateur de bloc peut déléguer toute ou partie de ses prérogatives aux SUS

Le coordonnateur du bloc analyse rétrospectivement la prise en charge des urgences effectuées en période de permanence des soins, avec une attention particulière sur celle des urgences multiples. Il en fait un rapport mensuel au bureau du Conseil de Bloc.

## **Surveillant du bloc opératoire**

Ce rôle revient la plupart du temps à un attaché de santé en chirurgie ou en anesthésie, dont les capacités managériales sont affirmées, afin de pouvoir organiser les équipes d’attaché de santé en chirurgie, d’attaché de santé en anesthésie, d’aides-soignants, de garçons et filles de salle, tout en travaillant avec l’ensemble des chirurgiens et des médecins anesthésistes.

Il est nommé par la direction de l’établissement. Il travaille en étroite collaboration avec le coordonnateur du bloc, son rôle étant d’encadrer l’ensemble des personnels paramédicaux de l’équipe et de faire appliquer les règles de fonctionnement de la charte du bloc opératoire.

Il travaille également en étroite collaboration avec la direction de l’établissement et la direction des soins infirmiers et obstétricaux, étant responsable de la qualité et de la coordination des soins pratiqués sur l’ensemble du plateau technique.

Son pouvoir décisionnel et son rôle d’arbitre sont majeurs et doivent être reconnus et respectés de tous, ce qui nécessite encore une fois une parfaite collaboration avec le coordonnateur du bloc opératoire.

## **LE CONSEIL DE BLOC**

A pour rôle d’élaborer les règles de fonctionnement du bloc opératoire relatives à l’organisation du plateau technique dans un but d’optimisation des ressources et des moyens au service des activités de recours qui y sont réalisées, à la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, aux conditions de travail des personnels

***Nomination et composition***

Le Président du Conseil de Bloc est élu par les membres du Conseil de Bloc. Il s’agit d’un praticien utilisateur régulier du bloc opératoire. Il est élu pour un mandat de 03 ans renouvelable une fois par le conseil de bloc à la majorité simple. Le quorum est fixé au 2/3 des membres de droit

**Composition du Conseil du Bloc**

* Le responsable de la formation sanitaire
* Le responsable financier de la structure
* les chefs de département / chefs de service de chaque spécialité chirurgicale
* le chef de département/ chef de service de la pharmacie
* Le responsable de la stérilisation
* les CUS des départements chirurgicaux
* Les SUS des blocs opératoires
* Les SUS des services de post opéré
* Le responsable qualité de la structure
* Le président du CPCIAS
* Les SUS des services utilisateurs du bloc opératoire,
* Le responsable de la buanderie,
* Un représentant des GFS,

Le Conseil de Bloc peut faire appel à un expert ou toute autre personne ressource en fonction des sujets inscrits à l'ordre du jour.

* Le conseil de bloc est piloté par un bureau composé de :
* Le chef de département / chef de service de l’anesthésie-réanimation
* Le chef de département / chef de service de la chirurgie
* Le chef de département / chef de service de la gynécologie-obstétrique
* Le chef de département / chef de service de la pharmacie hospitalière

La mission principale de ce conseil est de faciliter l’organisation harmonieuse du bloc opératoire.

Les actions de ce conseil se déclinent comme suit :

* La programmation du tableau opératoire, en tenant compte des moyens en personnel, des règles de sécurité anesthésique, du type d’intervention (risque septique et âge des patients) et des caractéristiques des patients, en liaison avec les services de consultations, le service de chirurgie ambulatoire, le service de réanimation et les secteurs d’hospitalisation ;
* la résolution des dysfonctionnements au sein de la structure, en utilisant si possible des supports telles que des fiches de signalement d’événements indésirables ;
* la mise en place de protocoles d’hygiène et la validation de protocoles thérapeutiques spécifiques au bloc opératoire ;
* la rédaction d’une charte de fonctionnement et d’organisation interne du bloc opératoire, et son adaptation et mise à jour régulière ;
* la proposition d’actions de formation continue médicale et paramédicale, en lien avec l’évolution des techniques, l’adaptation des compétences et les objectifs de développement de l’établissement.

Au total, le rôle exercé par ce conseil lui confère une place privilégiée au sein de la politique de l’établissement.

Le conseil de bloc doit se réunir au moins une fois par mois sur convocation de son président et doit en particulier établir le planning d’occupation des salles d’intervention par période hebdomadaire.

Chaque trimestre, le conseil établit un rapport d’activités du bloc opératoire et le transmet à la Commission médicale d’établissement.

Les décisions sont prises à la majorité simple des membres de droit présents. En cas d’égalité des suffrages, la voix du Président du Conseil de Bloc est prépondérante.

Le quorum est fixé au 2/3 des membres de droit.

Deux rapporteurs désignés à chaque séance sont chargés de rédiger le compte rendu de la réunion qui sera validé par le président du conseil de bloc et transmis à tous les acteurs du bloc opératoire au plus tard deux semaines après la tenue de la rencontre.

Le président du conseil de bloc peut, en cas de nécessité, convoquer une réunion extraordinaire

## **AG DU BLOC OPERATOIRE**

Elle est composée de tous les acteurs du bloc opératoire.

L’assemblée générale ordinaire du bloc opératoire est convoquée chaque semestre. Une assemblée générale extraordinaire peut-être convoquée en cas de besoin. Un rapport est rédigé et transmis au responsable de l’hôpital dans un délai maximum de deux semaines après la tenue de l’AG.

## **EQUIPE DE PROGRAMMATION**

Est constituée d’un chirurgien de chaque spécialité et d’un anesthésiste- réanimateur.

Les membres sont désignés dans chaque service par le chef de service.

Le programme opératoire est validé par les participants à la réunion de programmation, dans l’intérêt du patient, dans le respect des obligations réglementaires, des indications.

La programmation est quotidienne sur la base d’un programme prévisionnel hebdomadaire.

Chaque discipline s’organise pour proposer un programme opératoire cohérent à la cellule de programmation.

Chaque vendredi, le programme opératoire de la semaine suivante de chaque service est transmis avant 9h00 à la cellule de programmation qui sera chargé de compiler tous les programmes opératoires.

La présence d’un chirurgien et d’un anesthésiste de la discipline est obligatoire.

Le programme opératoire est validé par les participants, dans l’intérêt du patient, dans le respect des obligations réglementaires, des indications médicales particulières.

Un programme est considéré comme étant valide si l’ensemble du personnel nécessaire pour chaque opération est planifié et disponible, et le matériel est disponible notamment celui dont l’utilisation est mutualisée.

Lors de l’élaboration du programme opératoire, le chef de bloc s’assure de la présence en quantité suffisante des plateaux d’instrumentation ainsi que de l’ensemble des dispositifs médicaux nécessaires à la réalisation en sécurité des interventions

## **CHARTE DE FONCTIONNEMENT DU BLOC OPÉRATOIRE**

Pièce maîtresse de l’organisation du bloc opératoire, elle vise à assurer la qualité et la sécurité des gestes pratiqués sur le plateau technique, en garantissant le respect des normes en vigueur et l’instauration de règles communes à l’ensemble des utilisateurs.

Tout nouveau personnel doit en prendre connaissance lors de son arrivée et s’engager à la respecter en y apposant son paraphe. Dans son contenu doivent figurer :

* la description du plateau technique,
* le mode de fonctionnement des principaux sites et le principe d’utilisation des salles,
* la programmation opératoire,
* la définition des circuits,
* la gestion des ressources humaines et matérielles,
* la coordination des équipes ;
* les règles d’hygiène et les protocoles à respecter, la lutte contre les infections associées aux soins et en particulier contre les infections du site opératoire devant être une préoccupation incessante ;
* les modalités d’intégration des urgences, la prise en charge des dysfonctionnements et des éventuels conflits, les arbitrages, les manquements aux règles et les sanctions qui peuvent en découler sont également abordés.

L’adoption des règles de fonctionnement du bloc opératoire suppose donc des modalités clairement préétablies, l’existence d’une discussion avec tous les acteurs (lors des assemblées générales en particulier), la définition d’objectifs intangibles de sécurité envers les patients et les personnels, le soutien sans faille de la direction de l’établissement et la réévaluation constante de ces règles.

Valeurs partagées de la charte (cf version imprimable en papier)

# **ORGANISATION DES ACTIVITÉS DU BLOC OPÉRATOIRE**

L’organisation des activités au sein du bloc opératoire repose en fait sur plusieurs temps et non sur la seule programmation des actes opératoires. On distingue ainsi :

* la planification,
* la programmation,
* la supervision,

## **PLANIFICATION**

Il s’agit d’allouer un certain temps à des chirurgiens ou à une spécialité afin de leur permettre de réaliser les actes chirurgicaux nécessaires chez les patients dont ils ont la charge.

Dans la logique actuelle d’optimisation maximale des ressources humaines autant que matérielles, il s’agit d’une démarche essentielle pour que le surveillant d’unité du bloc puisse prévoir le temps suffisant mais aussi les personnels et les moyens nécessaires à la réalisation d’une intervention chirurgicale.

## **PROGRAMMATION**

La programmation opératoire proprement dite va comporter plusieurs temps entre la consultation chirurgicale, la prise de décision opératoire, la consultation préanesthésique, la validation du programme opératoire et sa mise en œuvre.

*Proposition d’intervention* : elle fait suite à une ou plusieurs consultations chirurgicales et est prononcée par le chirurgien qui pratique l’intervention ou du moins qui est responsable de cette intervention. Cette proposition constitue l’élément indispensable à la réalisation du programme opératoire après l’obligatoire visite préanesthésique.

*Consultation préanesthésique* : elle va reprendre les principaux éléments spécifiés par le chirurgien demandeur. L’acceptation de la proposition d’intervention va permettre de passer au temps suivant, à savoir la validation du programme opératoire.

En cas de refus, celui-ci doit être rapidement connu afin de pouvoir disposer du créneau opératoire ainsi libéré. Ce refus est bien sûr notifié et explicité au chirurgien. Il peut parfois s’agir d’un refus temporaire afin d’obtenir un délai supplémentaire destiné à la réalisation d’examens complémentaires ou à une préparation médicale.

Ce délai doit être précisé afin de pouvoir reformuler une nouvelle proposition d’intervention

À la suite de sa consultation, l’anesthésiste précise le type d’anesthésie et la technique qui vont être employés, les complications prévisibles (difficultés d’intubation…) et les éventuels matériels à prévoir (récupération per opératoire du sang, matériel de monitorage…).

D’éventuelles indications pouvant influées sur l’ordonnancement du programme opératoire et sur les heures d’appel des patients sont également précisées : patient diabétique, patient nécessitant une préparation longue et difficile en salle d’induction.

À terme, l’association proposition d’intervention chirurgicale formulée par le chirurgien et visite préanesthésique réalisée par l’anesthésiste représente les éléments essentiels à la validation du programme opératoire réglé.

## ***Validation du programme opératoire***

Le coordonnateur du bloc opératoire se charge de cette validation, d’après les données qui lui ont été fournies par les propositions d’intervention et en fonction des réponses des anesthésistes à l’issue de la visite préanesthésique.

Tous les renseignements nécessaires à la réalisation des actes chirurgicaux doivent être remplis, ces actes devant bien sûr apparaître dans les créneaux alloués au chirurgien ou à la spécialité et leur durée ne devant pas excéder le temps imparti à la vacation.

Dans le cas contraire, la proposition d’intervention peut être refusée. Il faut par ailleurs tenir compte d’éventuelles interventions non programmées telles que des urgences différées, ce qui nécessite la prévision de créneaux disponibles. Les seules urgences vraies peuvent venir modifier cette programmation.

## **SUPERVISION**

Elle est assurée soit par le chef de service et/ou le coordonnateur d’unité soit par un personnel du service désigné à cet effet. C’est l’étape ultime de la réalisation effective de tout programme établi.

Elle a pour but de déceler toutes les difficultés (absence, annulation, rajout, report, modification…) à la réalisation d’un programme et d’y parer à temps.

# **UTILISATION DES PROTOCOLES ET CHECKLISTS**

Afin de réduire les risques d’erreurs et d’uniformiser une prise en charge efficace et efficiente pour les patients, il est recommandé de rédiger des protocoles et/ou des check-lists dans les différentes unités du service (annexe). Ces documents doivent être mis en place systématiquement pour tous les actes dans le service sous la supervision des responsables du service.

Ils doivent être testés et appliqués dans le service et chaque personne concernée par leur utilisation doit être au préalable, formée à cet effet.

# **L’INFORMATION SANITAIRE**

En absence d’un service des entrées dans l’établissement, un bureau de l’unité de consultation externe du service de chirurgie doit servir à enregistrer tous les patients admis dans le service.

Les patients enregistrés sur le réseau informatique doivent être dotés d’un numéro d’enregistrement (avec un code barre ou un QR code) qui permettra de suivre leur dossier (physique et informatique) dans tout l’établissement ou dans le service au cours de leur séjour de même que lors de leurs futurs séjours.

Toutes les unités étant reliées par un réseau informatique, le dossier (clinique et para clinique) de tout patient enregistré doit être accessible à tous les postes après introduction du code d’accès du praticien et du numéro d’enregistrement du patient.

# **TRACABILITE DES ACTES AU BLOC OPERATOIRE**

***La Check-list***

Il est obligatoire avant chaque intervention, il est réalisé par les deux équipes : anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens. Cette checklist est prédéfinie en conseil du bloc, conformément à la circulaire du SG relative à son utilisation ….

***La feuille d’intervention***

La feuille d’intervention est remplie par le chirurgien titulaire à la fin de l’intervention. Elle décrit les gestes effectués, les difficultés rencontrées.

***La feuille de suivi de l’activité opératoire***

***Le dossier d’anesthésie***

Remplie par l’équipe d’anesthésie sous la responsabilité du senior présent

**Le registre du bloc**

Remplie par l’équipe chirurgicale. On y trouve :

* Les nom et prénom des membres de l’équipe chirurgicale, de l’équipe d’anesthésie et des instrumentistes
* Le type d’intervention réalisé
* Les indications de l’intervention
* La description de l’intervention par temps opératoires
* La description macroscopique de la pièce opératoire

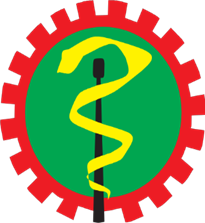
# **INDICATEURS DE SUIVI DE LA PERFORMANCE AU BLOC**

**Proposition d’indicateurs**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicateurs** | **Mode de calcul** | **Observations** |
| Taux de report des interventions programmées |  |  |
| Taux ajournement des interventions |  |  |
| Délai de prise en charge chirurgicale aux urgences chirurgicales |  |  |
| Taux de complications |  |  |
| Taux d’occupation des salles | Nbre malades opérés / Nbre salles disponibles |  |
| Respect des horaires de programmes opératoires |  |  |
|  |  |  |
| Taux d’incidents per-opératoires |  |  |
| Taux de mortalité per et post-opératoires |  |  |
| Taux d’utilisation de la checklist au bloc |  |  |

**ANNEXE : CHARTE DES VALEURS PARTAGEES DU BLOC OPERATOIRE**

**Logo de l’hôpital**



**CHARTE DU BLOC OPERATOIRE**

La présente charte vise à définir les conditions optimales de fonctionnement du bloc opératoire pour une meilleure prise en charge des patients conformément à la charte de qualité des services publics de santé.

Nous, acteurs du bloc opératoire, nous nous engageons à :

1. **N**ous investir sans réserve et à dispenser des soins de qualité au profit des patients admis au bloc opératoire selon notre déontologie ;
2. **M**ettre en œuvre les conditions humaines et techniques optimales, permettant de dispenser aux patients des soins de qualité dans le respect de leur dignité et de leur intégrité ;
3. **N**ous acquitter correctement et efficacement de nos obligations et à faire preuve de rigueur, de discipline, d’impartialité, de redevabilité, de réserve, et de courtoisie dans l’accomplissement de nos fonctions ;
4. **N**ous abstenir de tout acte contraire à l’éthique, tels que le détournement de deniers publics, la corruption, le racket, la discrimination, le harcèlement et l’incivisme ;
5. **R**especter les droits de l’utilisateur des services du bloc opératoire, à l’information et au consentement ;
6. **A**ssurer la prise en charge des urgences relevant de nos compétences
7. **G**arantir pour tout patient dont l’état de santé nécessite une intervention le jour même, une prise en charge immédiate, et si le pronostic vital n’est pas en jeu, assurer sa programmation avec le coordonnateur du bloc opératoire et l’équipe soignante ;
8. **G**arantir à tout patient utilisant les services du bloc opératoire, des prestations et soins de santé de jour comme de nuit, selon ses besoins de santé ;
9. **R**especter la programmation et observer une diligence dans la prise en charge des patients ;
10. **R**econnaitre l’autorité du coordonnateur du bloc opératoire dans sa mission d’organisation des équipes dans toutes les unités du bloc opératoire ;
11. **U**tiliser systématiquement la check-list sécurité du patient au bloc opératoire pour tout client devant subir une intervention chirurgicale ;
12. **R**especter impérativement les règles d’hygiène et la prévention et contrôle des infections associées aux soins au bloc opératoire ;
13. **S**ignaler immédiatement au coordonnateur du bloc opératoire tout dysfonctionnement du matériel ;
14. **D**éclarer tout incident et accident susceptible de mettre en jeu la sécurité des patients.

**Date**: ……………………………………….