

Traitement du matériel urgent pour les blocs opératoires

Expérience de la stérilisation centrale des Hôpitaux Universitaires de Genève

par Hervé NEY – Responsable de la stérilisation centrale – Hôpitaux Universitaires de Genève

Le retraitement, en moyenne, de 150 plateaux opératoires et 250 sachets quotidiennement, pour les spécialités de chirurgies de gynécologie-obstétrique, ophtalmologie, ORL-Neurochirurgie, ainsi que la chirurgie ambulatoire, l'urologie et toutes les disciplines pédiatriques, nécessite la mise en place d'une organisation particulière.

L'affectation des ressources du « fournisseur » de prestations que nous sommes, doit se faire en fonction des besoins des « clients » des blocs opératoires, et sauf à disposer d'un stock stérile très conséquent, et coûteux en immobilisation à mon sens, les services de stérilisation centrale doivent travailler après et en fonction de l'activité des blocs opératoires.

Ces constats ont conduit à la mise en place d'une organisation de travail 24h/24h, du lundi au samedi matin, une présence le samedi et un piquet en dehors de ces heures d'ouverture du service.

Pour autant, nous devons faire face à une situation nouvelle: l'Urgence.

Définie comme *ce qui ne doit pas être différé* ou encore *ce qui doit être fait, décidé, sans délais*, la notion d'urgence renvoie à la subjectivité de la notion de temps.

En effet, il s'agit de différencier ce qui est *important*, c'est à dire *ce qui a une valeur, un intérêt, un rôle considérable*, de ce qui est *prioritaire, qui doit passer avant les autres en raison de son importance*.

Boeri et son équipe précise que *la capacité à agir ne dépend pas exclusivement de la capacité à comprendre le système sur lequel*

on agit. Elle dépend également de la capacité à se connecter aux problèmes des acteurs du système et à communiquer avec eux de façon positive.

Les problématiques sont donc les suivantes:

- Pouvoir retraiter les dispositifs médicaux dans les délais les plus courts après demande urgente du bloc opératoire.
- Respecter les Bonnes Pratiques de Retraitement.
- Rendre crédible à la stérilisation centrale la demande du client.

Deux aphorismes illustrent ces propos:

Michel Crozier nous invite à *professionnaliser les hommes au lieu de sophistiquer structures et procédures.*

Ulrich Beck indique que *les risques, même s'ils apparaissent recouverts d'un habillage de chiffres et de formules, restent par définition liés à un point de vue.*

Que pouvait on constater lors d'une demande urgente?

- Les délais de prise en charge de 4 heures à 6 heures.
- Une information du caractère « urgent » diluée à la stérilisation centrale.
- Une forte sectorisation des assistants techniques en stérilisation peu propice à la diffusion de l'information.
- La question du « ce n'est pas moi, c'est l'autre », soit le transfert de responsabilité.
- Une insuffisance de matériel au bloc par rapport à la planification opératoire.

- Les imprévus lors de l'intervention (plombs ou filtres de containers oubliés, emballage primaire non tissé coincé dans container, emballages percés vus juste avant intervention).

Les conséquences étaient les suivantes:

- Certaines interventions opératoires retardées.
- Des prestations non conformes de la stérilisation centrale par rapport aux engagements contractuels du contrat de prestation formalisé entre chaque bloc opératoire et la stérilisation centrale, contrat tripartite cosigné par le responsable chirurgical, le responsable infirmier et le responsable de la stérilisation centrale.
- De nombreux dérangements occasionnés: appels téléphoniques multiples, situations de stress, tensions entre collaborateurs.
- La difficulté, pour la stérilisation centrale, d'argumenter en faveur d'une planification opératoire optimisée, puisque ne pouvant répondre, dans les délais, à l'exception d'urgence.
- La culture de « la faute » vis à vis du patient dont l'intervention est retardée, et le rejet des responsabilités vers l'Autre: qui sanctionner?

Suite aux observations de madame Céline Bréhier, responsable adjointe de la stérilisation centrale, nous sommes convenus de mettre en place une organisation dédiée,

reposant sur trois principes: principe de simplicité, principe d'autonomie et principe «culturel».

Le principe de simplicité: une organisation simple, accessible et facilement assimilable par tous, reposant sur les points suivants:

- Dès qu'une urgence est signalée, l'heure d'appel du bloc ainsi que l'heure d'arrivée des instruments à la stérilisation centrale sont notées.
- La pré-désinfection au bloc devient facultative, les délais de prise en charge étant raccourcis.
- Le nettoyage et la désinfection manuelle sont préférés, pour raccourcir les délais.
- Le conditionnement est réalisé par les agents présents dans la zone «conditionnement», plus fréquemment, l'assistante technique qui a nettoyé les instruments assure le conditionnement aussi, en respectant les contraintes vestimentaires relatives.
- Dès que la charge d'autoclave est préparée, l'agent «conducteur d'autoclave» informe le bloc sur les délais prévus de livraison.
- Enfin, la livraison est effectuée par le conducteur d'autoclave, après libération de la charge.

Le principe d'autonomie: Chaque technicien a la liberté et la responsabilité d'agir

- Le technicien affecté au lavage est le garant du résultat, il maîtrise l'information au cours du processus: avertir conditionnement ou faire lui-même, informer le conducteur d'autoclave ou faire lui-même.
- Le technicien «conducteur d'autoclave» est le garant de l'information au bloc opératoire.
- L'identification «à l'acte» de chacun des acteurs, de l'infirmière spécialisée répondante de l'urgence au bloc opératoire, aux assistants techniques de la stérilisation centrale: réduire le nombre d'intermédiaires pour augmenter l'efficacité et que chacun aille «jusqu'au bout» de son acte dans le processus.

Le principe «culturel»: il s'agit de sensibiliser les assistants techniques en stérilisation à une nouvelle philosophie, pour passer d'une production «de masse», à une prestation spécialisée, dédiée.

- L'équipe est informée des «petits succès», du respect des délais, de la satisfaction du client.
- La prise en compte «collective» de la problématique est professée.
- Aucune question ne reste sans réponse, les urgences sont justifiées auprès de l'équipe.

Les deux tableaux suivants permettent de rendre compte respectivement du nombre d'urgences de mars à octobre 2006, et des délais de prise en charge.

A ce jour, les délais de retraitement d'une urgence varient de 2h15 à 3h00

Un dernier point mérite d'être abordé concernant cette problématique. La communication est le levier de changement des pratiques. En effet, il ne s'agit pas uniquement de transmettre une information, mais de s'assu-

rer que le récepteur l'a comprise, que le feedback est possible. Faire preuve d'empathie, reformuler au besoin, accepter le consensus permettent de sortir du cadre de référence de chacun, d'éviter les jeux de pouvoir de l'un sur l'autre, d'optimiser la chaîne de création de la valeur entre l'utilisation des dispositifs médicaux au bloc, et son retraitement en stérilisation centrale.

Ce «faire ensemble» est indispensable avec nos partenaires des blocs opératoires pour maîtriser les délais et répondre à leurs besoins, expliciter les bonnes pratiques, et notamment certains délais incompressibles, justifier de ce que nous ne pouvons pas faire en toutes circonstances, identifier les responsabilités de chacun et s'assurer que Tous les Acteurs sont Responsables de la tenue des délais, pour le bénéfice du patient.

Remerciements à Cathy, infirmière spécialisée de salle d'opération, pour son éclairage du point de vue du «client». ■

Tableau 1 Nombre urgence blocs 2006 partiel.

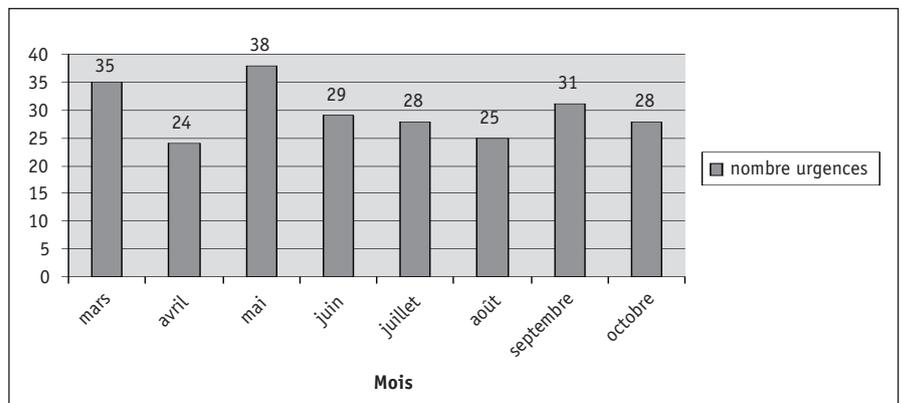


Tableau 2 Nombre d'urgences.

