

**CHARTRE
de
FONCTIONNEMENT
des
PLATEAUX INTERVENTIONNELS**

**Centre de Lutte contre le Cancer Léon Bérard
2026**

Table des matières

I.	<i>Préambule</i>	5
II.	<i>Présentation de la structure</i>	6
III.	<i>Les différentes instances de pilotage.....</i>	7
A.	Le conseil de bloc opératoire.....	7
B.	La commission de bloc opératoire	8
C.	La régulation	9
D.	L'Assemblée Générale du plateau technique	10
IV.	<i>Gouvernance du plateau technique</i>	10
A.	Le directeur du bloc opératoire.....	10
B.	Le cadre de secteur des plateaux techniques opératoires et interventionnels	10
C.	Les chefs de bloc opératoire.....	11
V.	<i>Principes de fonctionnement du plateau technique.....</i>	12
A.	Règles générales.....	12
1.	Les missions du plateau technique	12
2.	La sécurité des patients	13
3.	Le respect des règles d'hygiène et prévention des infections	14
4.	La tenue vestimentaire et hygiène	15
5.	Règles de fonctionnement collectif	15
6.	Les horaires de fonctionnement du plateau technique (Horaires du plateau technique en annexe)	16
7.	La planification des vacations opératoires	17
8.	La programmation	17
9.	Règles de déprogrammation/reprogrammation	18
10.	La prise en charge des urgences.....	19
11.	Organisation du temps de repas	19
12.	Organisation des fins de vacations	19
13.	Salle de Surveillance Post-Interventionnelle.....	20

B. La prise en charge du patient au bloc opératoire	20
C. Ressources Humaines.....	20
1. Personnel non médical.....	20
2. Personnel médical.....	21
D. La gestion médico-administrative du bloc opératoire.....	22
1. Compte rendu opératoire	22
2. Le codage des activités.....	22
3. Les indicateurs d'activité et de performance.....	22
4. La gestion des dispositifs médicaux	22
5. Procédure Achats.....	23
6. Gestion des flux des personnels, des patients, des visiteurs, des matériels.....	23
7. Le bio nettoyage.....	24
8. Maintenance.....	24
9. Les dysfonctionnements et vigilance	24
10. La dynamique Qualité	24
VI. Les interfaces du bloc.....	26
A. Le service de soins continus	26
B. Le département de Bio-Pathologie	26
1. Horaires d'ouverture	27
2. Prévision de l'activité ; prescription.....	27
3. Règles générales	27
4. Conditions d'acheminement pendant les heures d'ouverture du bloc.....	27
5. Conditions d'acheminement des pièces opératoires en dehors des heures d'ouverture du bloc	28
6. Conditions de non-conformité.....	28
7. Demande d'examen avec impératif de réponse per-opératoire	28
8. Autres demandes particulières	28
9. Condition particulière d'infectiosité	28
10. Fonctionnement	29
C. Le département de radiothérapie.....	29
D. Le service de stérilisation	29
E. Le pool des équipiers	29

F. Le service de réanimation	30
VII. Conclusion	30
VIII. Annexes.....	31
A. Annexe 1 : Plans du bloc.....	31
Erreur ! Signet non défini.	
B. Annexe 2 : Composition du Conseil de Bloc	34
Conseil de Bloc élargi.....	34
Conseil de Bloc restreint	35
C. Annexe 3 : Composition de la Commission de bloc.....	36
D. Annexe 4 : Composition du Copil DM/DMS	37
E. Annexe 5 : Horaires du plateau technique	38
F. Annexe 6 : Achats	40
G. Annexe 7 : Vacations du plateau technique.....	41
H. Annexe 8 : Organigramme du plateau technique	43

I. Préambule

La charte de fonctionnement des plateaux interventionnels est avant tout un outil de management. Elle couvre l'ensemble des problématiques d'organisation du plateau technique et formalise les règles de fonctionnement communes à l'ensemble des professionnels du plateau. La charte détermine également les règles de sécurité de prise en charge des patients et rappelle celles relatives aux personnels. Elle décrit les instances de pilotage.

La charte répond à la circulaire DH/FH/2000_264 du 19 mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé

Les enjeux de cette charte :

- ✓ Générer un outil de travail incontournable et optimiser son utilisation.
- ✓ Associer tous les acteurs du plateau technique et instaurer des règles communes.
- ✓ Définir les règles de management, d'hygiène, de prévention des infections nosocomiales, de sécurité de la prise en charge des patients, de sécurité des personnels.
- ✓ Définir les modalités pratiques de fonctionnement du plateau technique (planification, programmation, régulation).
- ✓ Communiquer et partager autour de ces règles au sein de la communauté du plateau technique.
- ✓ Identifier les différentes instances de pilotage.
- ✓ Identifier les différentes interfaces du bloc.
- ✓ Améliorer la gestion médico-administrative.
- ✓ S'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'évaluation et la mise à jour de son contenu en fonction des modifications réglementaires et de l'activité.

Le plateau technique est un secteur très spécifique caractérisé comme « secteur à risques ».

La place du facteur humain y joue un rôle fondamental, il est donc nécessaire de s'inscrire dans une culture d'organisation garante à la fois :

- ✓ *de la sécurité des patients et des acteurs,*
- ✓ *de l'efficience des processus mis en œuvre,*
- ✓ *et de la qualité du climat relationnel entre tous les intervenants au bloc opératoire.*

Cette charte est révisée une fois par an en AG de bloc, approuvée par la Commission Médicale d'Etablissement (CME), et validée par la Direction Générale. Elle s'impose à tous les acteurs du plateau technique, quel que soit leurs statuts et leurs qualifications.

Elle est diffusée par mail à l'ensemble des acteurs du plateau technique et aux différents services en interface avec le plateau technique.

II. Présentation de la structure

Le plateau interventionnel se structure en 3 secteurs (*plans en annexe*) :

1. Le Bloc 1 (bloc CLB)

Situé au-dessus de l'accueil 1, au 1er étage, il se compose de :

- ✓ 2 salles de radiologie interventionnelle (RI) ;
- ✓ 2 salles d'unité d'accès vasculaire (UAV) ;
- ✓ 3 salles d'endoscopie : 1 salle pour les locales, 1 salle dédiée activité interventionnelle et 1 salle diagnostique ;
- ✓ 1 salle de Surveillance Post-interventionnelle : SSPI bloc CLB.
- ✓ 1 salle de traitement des endoscopes.

2. Le Bloc 2 (bloc Curiethérapie)

Situé au-dessous de l'accueil 2, au 1^{er} sous-sol, dédié à l'activité de curiethérapie. Il se compose de :

- ✓ 2 salles de curiethérapie ;
- ✓ 1 salle de SSPI.

3. Le bloc 3 (bloc CSA)

Situé au-dessus de l'accueil 3 au 1er étage avec comme activité la chirurgie et une partie de l'endoscopie. Il se compose de :

- ✓ 10 salles d'interventions ;
- ✓ 1 salle pour les actes sous AL ;
- ✓ 1 salle de SSPI : SSPI bloc CSA.

III. Les différentes instances de pilotage

A. Le conseil de bloc opératoire

Il s'agit de l'instance décisionnelle du plateau technique.

Pour répondre à l'ensemble de ses missions et à sa place décisionnelle dans l'organisation du plateau technique, le Conseil de bloc intègre l'ensemble des acteurs représentant les utilisateurs directs ou indirects du plateau technique et la direction de l'établissement (Composition en annexe).

Un conseil de bloc restreint se réunit 2 fois par trimestre pour la gestion des affaires courantes.

Un Conseil de bloc élargi se réunit 1 fois par trimestre avec l'ensemble des représentants des différents acteurs du plateau technique. L'ordre du jour est donné par le directeur du bloc opératoire, mais tous les acteurs du plateau technique peuvent proposer des sujets qu'ils souhaitent voir aborder lors de ce conseil.

Le compte rendu est adressé à l'ensemble des utilisateurs du plateau technique et il est affiché dans la salle de repos du bloc CSA.

Les missions du conseil de bloc portent sur :

- ✓ La rédaction et la révision de la charte de fonctionnement et d'organisation du plateau technique (Charte de bloc) ;
- ✓ La veille sur l'application et le respect de cette charte de fonctionnement ;
- ✓ La production et l'analyse des indicateurs d'activité et de performance du bloc opératoire ;
- ✓ La révision annuelle et la redistribution des besoins en vacations opératoires ;
- ✓ La maîtrise des dépenses au bloc opératoire ;
- ✓ Le plan d'investissement pluriannuel des plateaux médico-techniques ;
- ✓ La gestion des risques et la résolution des dysfonctionnements en lien avec la réflexion issue du CREX et de la RMM plateau technique ;
- ✓ La mise en place des protocoles d'hygiène et la validation des protocoles thérapeutiques spécifiques au plateau technique ;
- ✓ La proposition d'actions de formation continue médicale et paramédicale en lien avec l'évolution des nouvelles techniques, le projet de service ; l'adaptation des compétences et les objectifs de développement de l'établissement.

B. La commission de bloc opératoire

Sa composition est validée par le Conseil de bloc (*composition en annexe*)

Elle est constituée par :

- ✓ Un chirurgien désigné par le département de chirurgie ou son remplaçant,
- ✓ Un médecin anesthésiste-réanimateur (MAR), désigné par le département d'anesthésie réanimation, ou son remplaçant,
- ✓ Le cadre de secteur des plateaux techniques opératoires et interventionnels,
- ✓ Les managers/chefs de bloc,
- ✓ La Régulation du bloc opératoire,
- ✓ Le cadre du service Ambulatoire
- ✓ L'assistante des plateaux techniques.

Sont invités permanents :

- ✓ Un représentant du département de radiologie,
- ✓ Un représentant du département de radiothérapie,
- ✓ Un représentant de l'unité d'endoscopie,
- ✓ Le cadre de secteur des unités de chirurgie.

La commission de bloc a pour missions :

- ✓ La validation définitive du programme opératoire de la semaine S+1.
- ✓ L'ordonnancement des interventions proposées par les praticiens et leur répartition dans les salles d'opérations pour permettre d'optimiser les plages opératoires tout en tenant compte des différentes contraintes : ressources humaines et matérielles (notamment DMI), respect des conditions de sécurité, d'hygiène et de qualité des soins, particularités de prise en charge des patients, etc.

Son fonctionnement :

- ✓ Elle se réunit tous les jeudis matin à 8h pour l'organisation de la semaine suivante ;
- ✓ Une salle partiellement remplie ou laissée vacante par un opérateur, pourra être réaffectée à un autre opérateur, par la commission de bloc ;
- ✓ **Toute demande de rajout faite après la commission de bloc doit être signalé à la régulation et/ou au chef de bloc** (contact direct ou par téléphone au 2963) avec un mail au groupe « régulation bloc opératoire » avant inscription au programme opératoire ;
- ✓ L'arbitrage de conflits éventuels et la résolution des dysfonctionnements. En cas de litige, elle fait appel au directeur du bloc opératoire et au cadre de secteur des plateaux techniques.

Le programme opératoire validé par la commission est alors mis à jour sur l'outil informatique de programmation accessible à tous avec les modifications en temps réel.

c. La régulation

La régulation permet d'avoir une vision globale et transversale pour coordonner tous les acteurs du bloc opératoire. La régulation du bloc consiste à assurer le fonctionnement optimal du programme opératoire du jour, malgré les aléas de la journée (retard pris lors d'une intervention, urgences à rajouter, modifications du programme...).

✓ Bloc 1 CLB :

Une régulation est assurée en Radiologie Interventionnelle 3 jours par semaine (Mardi, jeudi et vendredi) de 8h30 à 16h45.

Chaque unité « s'autorégule » en lien avec le chef de bloc et l'anesthésiste présent. Un point systématique est réalisé en début d'après-midi avec la régulation centrale afin de s'assurer de la disponibilité des ressources humaines nécessaires en cas de prévision de dépassement d'horaires.

Un staff de radiologie interventionnelle est organisé une fois par semaine le mardi.

Un staff d'endoscopie est organisé une fois par semaine le mercredi.

✓ Bloc 2 :

L'activité de curiethérapie est régulée en interne (staff tous les mercredis) et validée lors de la commission de bloc.

✓ Bloc 3 CSA :

Une régulation est assurée au bloc opératoire du lundi au vendredi de 7h30 à 16h. La régulation est joignable au **2963**.

Cette régulation est appuyée par le chef de bloc et le médecin anesthésiste en charge des urgences. Ils ont une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des acteurs du bloc opératoire.

En cas de litiges nécessitant un arbitrage sont contactés soit le cadre de secteur des plateaux techniques, le Directeur de bloc et le coordonnateur du département de chirurgie.

Les actions de la régulation sont :

- ✓ La validation de toute modification de programme postérieure à la validation par la commission de bloc ;
- ✓ La gestion au quotidien de toute discordance entre le programme validé et la réalité du programme ;
- ✓ La répartition des personnels paramédicaux en fonction des interventions en cours, des impératifs horaires, de la disponibilité réelle du personnel ;
- ✓ La sollicitation et l'information du personnel médical pour une prise en charge non programmée d'un patient ou d'une modification du programme opératoire en cours (changement de salles, report, dysfonctionnement de matériel) ;
- ✓ La mise à jour de l'ordonnancement des interventions en cours et la répartition par salle sur le logiciel du bloc ;
- ✓ L'organisation du remplacement des équipes pour la prise des repas.

D. L'Assemblée Générale du plateau technique

Disposant d'un avis consultatif, cette assemblée vise à recueillir les avis des représentants des différents intervenants du plateau technique sur le fonctionnement de celui-ci.

Elle se réunit au moins une fois par an avec l'ensemble des utilisateurs, les représentants des services support et les représentants de la direction.

Lors de cette assemblée sont présentés :

- ✓ Les indicateurs d'activité ;
- ✓ La mise à jour de la charte de fonctionnement du plateau technique ;
- ✓ Les modifications éventuelles du planning opératoire.

IV. Gouvernance du plateau technique

L'organigramme est donné en annexe.

A. Le directeur du bloc opératoire

Le directeur de bloc est un praticien désigné par le Directeur de l'établissement. Il est sous l'autorité directe du Directeur des Affaires Médicales.

Ses missions sont :

- L'organisation fonctionnelle du plateau technique.
- L'animation du Conseil du plateau technique,
- L'arbitrage d'éventuels conflits en lien avec les cadres du plateau technique,
- La production des indicateurs et du bilan annuel.

En son absence les arbitrages pourront être réalisés par le responsable du département de chirurgie et/ou d'anesthésie.

B. Le cadre de secteur des plateaux techniques opératoires et interventionnels

Le cadre de secteur des plateaux techniques participe à la définition, à la mise en œuvre, au contrôle et à l'évaluation des modalités du fonctionnement général du plateau technique dans le respect des règles professionnelles et déontologiques en vigueur.

Il contribue notamment :

- ✓ à la définition, à la mise en œuvre et au contrôle des procédures d'entrées, de déplacement et de sortie :
 - *Des patients ;*
 - *Du personnel ;*
 - *Des matériels ;*
 - *Des fournitures, instruments et linges ;*
 - *Des déchets*
- ✓ à assurer la sécurité des patients, du personnel et la qualité des soins ;
- ✓ à l'hygiène hospitalière et à la lutte contre les infections nosocomiales ;
- ✓ aux fonctions de « vigilance » (matéiovigilance, pharmacovigilance, hémovigilance, infectiovigilance, etc.) en appui des vigilants désignés ;
- ✓ à la construction et validation des documents et supports au dossier médical ;
- ✓ au pilotage de l'encadrement managérial du plateau technique ;
- ✓ à l'évaluation de l'activité du plateau technique ;
- ✓ à la démarche d'amélioration continue de la qualité ;
- ✓ au pilotage du plateau technique dans une double dynamique d'excellence et de performance ;
- ✓ à assurer la qualité des conditions de travail sur l'ensemble du plateau technique ;
- ✓ à garantir la maîtrise des coûts.

Il agit sur délégation directe du directeur d'établissement, de la direction des soins et du conseil de bloc, auquel il peut faire appel pour l'arbitrage des conflits.

C. Les chefs de bloc opératoire

Les chefs de bloc assurent et coordonnent la gestion journalière de l'activité opératoire. C'est sur eux que repose quotidiennement le bon déroulement de l'activité opératoire prévue et des urgences.

Les chefs de bloc sont joignables :

- au 4848 pour le bloc 1,
- au 4856 pour le bloc 2,
- au 2963 pour le Bloc 3,
- au 6452 pour la manager de l'anesthésie (IADE).

Ils sont membres de droit du Conseil et de la Commission de bloc opératoire.

Ils veillent à l'application des règles définies dans la charte de fonctionnement.

Ils agissent sur délégation directe du cadre de secteur des plateaux techniques opératoires et interventionnels.

Ils ont autorité fonctionnelle sur tous les acteurs du plateau technique dans sa fonction de régulation et autorité hiérarchique sur les acteurs paramédicaux. Ils sont appuyés au quotidien par le directeur de bloc, le cadre de secteur des plateaux techniques et les coordonnateurs des départements d'anesthésie et de chirurgie qui pourront intervenir en cas de litiges.

Ils assurent en outre :

- La présence du personnel paramédical en adéquation avec l'activité du bloc opératoire ;
- A l'acquisition, à la mise en service, à la maintenance et au contrôle des matériels et dispositifs médicaux ;
- L'organisation des présences et permanences des personnels paramédicaux salariés de l'établissement ;
- La préparation, la validation, la modification et la communication des plannings d'ouverture habituelle du plateau technique ;
- Travaillent en collaboration avec la Direction du bloc opératoire ;
- La gestion quotidienne des programmations de vacations opératoires en lien avec les effectifs disponibles
- Participent aux instances du plateau technique ;
- La démarche d'amélioration continue de la qualité ;
- Supervisent les infrastructures du bloc opératoire ;
- Participent à la mise en place de projet sur le plateau technique ;
- Assurent la veille réglementaire."

V. Principes de fonctionnement du plateau technique

A. Règles générales

1. Les missions du plateau technique

- ✓ La préparation médicale immédiate du patient aux actes anesthésiques, opératoires et interventionnels ainsi que leur réalisation ;
- ✓ La préparation et la réalisation des interventions conformément aux règles de sécurité et d'hygiène en vigueur ;
- ✓ La préparation et la distribution des produits, médicaments et dispositifs médicaux nécessaires à la réalisation des actes chirurgicaux ;
- ✓ La gestion du matériel prothétique conformément à la réglementation en vigueur ;
- ✓ La gestion de l'ensemble du matériel nécessaire à la réalisation des actes chirurgicaux, anesthésiques et interventionnels ;

- ✓ La surveillance post-interventionnelle immédiate.

2. La sécurité des patients

Sécurité et co-responsabilité

Le patient opéré est sous la responsabilité conjointe des intervenants (Praticiens, cadres de l'unité, infirmières, brancardiers, etc.), dans le cadre de leur fonction, de son entrée à sa sortie du bloc opératoire et en particulier lors des différents transferts ou de son installation sur la table opératoire.

Chacun des intervenants se doit d'alerter l'équipe opératoire toutes les fois où la sécurité de son patient lui semble menacée.

La prise en charge du patient opéré est l'aboutissement préalable d'une réflexion partagée entre opérateur et anesthésiste.

Le patient ne peut quitter la salle de surveillance post-interventionnelle que lorsque les prescriptions anesthésiques et chirurgicales auront été écrites, datées et signées. La sortie du patient de SSPI est validée par l'anesthésiste réanimateur qui l'a pris en charge.

Sécurité opératoire et interventionnelle

L'acte opératoire se doit d'être rigoureux, en termes d'organisation.

Le processus global comprend l'application des protocoles définis par la charte de fonctionnement, ses annexes et notamment les protocoles :

- ✓ d'ouverture de salle (bloc et SSPI),
- ✓ de programmation (de sa chronologie considérant les différentes classes de sévérité et l'intégration des urgences...),
- ✓ check-list HAS : obligatoire pour toute intervention réglée ou urgente sur le plateau technique. Il s'agit d'un outil standardisé de sécurité des soins conçu pour améliorer le travail en équipe, notamment la communication. Elle permet de réduire le risque d'événements indésirables associés aux soins.
- ✓ opératoire (durée, équipe, matériel, fiches interventionnelles...),
- ✓ d'application des règles de radioprotection,
- ✓ Traçabilité du matériel et des dispositifs médicaux implantables (DMI). La carte de DMI est intégrée au dossier et remise au patient en même temps que le compte-rendu opératoire.

Sécurité anesthésique

Elle relève des textes légaux et réglementaires ainsi que du respect des recommandations de la S.F.A.R. sur :

- ✓ les consultations pré-anesthésiques,

- ✓ les visites pré-anesthésiques,
- ✓ la vérification des salles,
- ✓ la traçabilité des actes,
- ✓ l'équipement des salles,
- ✓ le passage en salle de surveillance post interventionnelle.

3. Le respect des règles d'hygiène et prévention des infections

Au niveau des salles :

Le respect des règles d'hygiène est sous la responsabilité directe de l'infirmière panseuse ou infirmière circulante qui veille notamment :

- ✓ A la qualité du bio-nettoyage des salles selon les protocoles établis et validés par le CLIN.
- ✓ Au respect des séquences opératoires du plus propre au moins propre sauf nécessité de l'urgence.
- ✓ Au respect des règles de circulation en salle : fermeture des portes pendant les interventions, limitation des sorties de salle.

Au niveau des intervenants :

- ✓ Dépose de la tenue de ville dans le vestiaire
- ✓ Respect des règles vestimentaires, plus particulièrement en salle d'opération.
- ✓ Les tenues de Bloc Opératoire sont à l'usage exclusif du Bloc Opératoire,
- ✓ Les vestiaires sont à l'usage exclusif des praticiens, des paramédicaux, des brancardiers et ASL du service.

Au niveau des patients :

- ✓ Isolement de la chevelure par une coiffe englobant la totalité des cheveux.
- ✓ Vérification de la qualité de la toilette ou de la douche préopératoire, et de la préparation cutanée du champ opératoire.
- ✓ Vérification, plus globalement du respect des procédures de prise en charge des patients au bloc opératoire :
 - *Suppression de la totalité des bijoux ou piercing, de tout appareil dentaire et prothèses auditives ;*
 - *Vidange pré-opératoire de la vessie.*
 - *Absence de maquillage, absence de vernis à ongle, absence de sous-vêtement. Les sous-vêtements peuvent être tolérés lorsque le patient bénéficie d'une petite intervention ne nécessitant pas l'utilisation de bistouri électrique.*

4. La tenue vestimentaire et hygiène

- ✓ Le port de la tenue civile est strictement interdit dans l'enceinte du bloc.
- ✓ Une hygiène des mains est faite systématiquement avant de pénétrer dans l'enceinte du bloc et les ongles sont courts et brossés.
- ✓ La tenue réglementaire de bloc est obligatoire et changée quotidiennement ou à chaque sortie du bloc. Les sur-chaussures sont à proscrire. Les calots/casaques sont à usage unique. Les chaussures de bloc (sabots, ...) sont lavées tous les jours.
- ✓ Le port de bijoux, montre ou vernis n'est pas autorisé.
- ✓ Le port du masque chirurgical est obligatoire en salle d'intervention. La barbe doit être complètement couverte.
- ✓ L'habillage chirurgical (casaque, gants stériles, lunettes de protection) est revêtu par les opérateurs et instrumentistes après désinfection chirurgicale des mains.
- ✓ Pas de déjeuner au sein du plateau technique.

5. Règles de fonctionnement collectif

« La courtoisie et les règles de respect mutuel doivent être observées par tous. »

- ✓ Confidentialité et secret professionnel sont à mettre en œuvre par tout un chacun.
- ✓ L'utilisation d'un langage familier est à proscrire notamment en présence des patients non anesthésiés. L'attention des professionnels est attirée sur la présence de patients non endormis en salle d'intervention et en SSPI.
- ✓ L'attention et l'écoute aux patients ainsi que le respect de leur pudeur relèvent du rôle de tous les acteurs du plateau technique.
- ✓ Les portes des salles d'intervention doivent être maintenues fermées le plus souvent possible.
- ✓ Au sein des salles d'intervention, le personnel limite les mouvements, respecte le huis clos opératoire. La dénomination anticipée, précise et homogène des interventions au sein d'une discipline, permet de limiter les allers et venues du personnel.
- ✓ L'attention au travail de différentes catégories professionnelles est demandée à chacun.
- ✓ Le respect des horaires définis dans la présente charte concerne l'ensemble des acteurs.
- ✓ La vigilance de chacun pour détecter et signaler toute situation à risque potentiel et/ou un événement indésirable doit être observée par tous et pourra faire l'objet d'une déclaration d'événement indésirable dans BlueMedi.

La salle de détente du personnel fait partie intégrante du bloc opératoire. A ce titre, les entrées et sorties y sont réglementées et la tenue civile y est strictement interdite. Une attention particulière doit être portée aux règles d'hygiène en entrant et sortant de cette salle. Chacun(e) est invité(e) à respecter la propreté et la bonne tenue de ce lieu de convivialité. Les repas sont interdits dans cette salle.

6. Les horaires de fonctionnement du plateau technique (Horaires du plateau technique en annexe)

- a) *Activité de jour*
- b) *Le temps d'intervention ou Temps de vacation offert (TVO)*

Le temps d'intervention ou Temps de vacation offert (TVO) correspond au temps compris entre l'heure d'entrée en salle d'intervention du 1er patient et l'heure de sortie de salle du dernier patient.

Il est défini ainsi : **De 8h à 16h du lundi au jeudi,**
De 8h à 15h le vendredi.

La SSPI du bloc 3 est ouverte : **De 7h30 à 18h30 du lundi au jeudi**
De 7h30 à 17h30 le vendredi.

La SSPI du bloc 1 est ouverte : **De 7h30 à 17h du lundi au jeudi**
De 7h30 à 16 h le vendredi.

Le respect des horaires définis dans la présente charte concerne l'ensemble des acteurs.

Un système d'horaires T2 et TBIS permet de gérer les interventions longues au-delà de 16h et permet d'assurer les éventuels débordements.

- c) *Activité de permanence des soins*

Le bloc opératoire assure la permanence des soins 24H/24 et 365 jours par an.

Une équipe comprenant 1 IADE, 1 IBODE, 1 médecin anesthésiste, et 1 interne de chirurgie est d'astreinte tous les jours pour assurer les urgences chirurgicales ; plusieurs lignes d'astreintes de chirurgie existent par spécialité (viscéral, séno-gynécologie, plastique, orthopédie, ORL et thoracique) :

- ✓ Le personnel infirmier est d'astreinte de 16 heures à 7h30 et le Week-end du vendredi 15h au lundi 7h30.
- ✓ Le personnel médical est d'astreinte de 18h00 à 8h30.

Cette équipe est joignable en permanence selon les modalités décrites sur la liste de garde ou d'astreinte.

7. La planification des vacations opératoires

Les vacations opératoires sont attribuées à chaque discipline chirurgicale ou interventionnelle en fonction de leur activité constatée, sur la base d'une ouverture prévisionnelle de salle à l'année. Cette planification, faite par le conseil de bloc est validée lors de l'assemblée générale. Elle est révisée au moins une fois par an. Sa révision peut être aussi provoquée par l'arrivée de nouveaux praticiens ou de nouvelles spécialités.

Les salles sont attribuées aux praticiens lors de la planification des vacations sans que cette attribution entraîne un droit de "propriété".

Les périodes de fermeture d'une ou plusieurs vacations opératoires décidées par le conseil de bloc sont annoncées avec un délai de 4 mois pour les vacances scolaires.

8. La programmation

Chaque opérateur préinscrit son patient au moment de la consultation via l'outil informatique développé par le CLB. Il tient compte des impératifs liés au patient et des plages qui lui sont allouées. Il peut déléguer à son assistante cette inscription mais il en reste le responsable.

L'opérateur préinscrit son programme dans la vacation qui lui est attribuée, en prenant en compte :

- ✓ des impératifs de délais nécessaires à la prise en charge médicale des patients,
- ✓ du temps de vacation opératoire alloué en connaissance de ses temps moyens d'intervention, d'installation, d'induction anesthésique, de pansements et de réfection de la salle entre chaque patient : 15 mn pour la chirurgie et la radiologie (si geste >30mn), 5 mn pour l'endoscopie, UAV et la radiologie (si geste <30mn).
- ✓ de la nécessité de matériels spécifiques et de leur réservation si nécessaire,
- ✓ peut proposer un ordre de passage,
- ✓ le mode d'hospitalisation (Ambulatoire, hospitalisation en JO ou la veille) est renseigné.

L'opérateur doit renseigner obligatoirement :

- ✓ L'intitulé de l'intervention selon le thésaurus proposé,
- ✓ Le côté de l'intervention si nécessaire,
- ✓ Les matériels spécifiques nécessaires,
- ✓ La ou les positions opératoires,
- ✓ La durée prévisionnelle de l'acte,
- ✓ Le risque PRION. L'outil de prescription de l'acte est rendu bloquant pour cette information.

Lors de la consultation d'anesthésie (CPA) réalisée au moins 2 jours avant l'intervention chirurgicale ou lors de la visite pré-anesthésique (VPA) la veille ou le matin, le mode d'hospitalisation peut être modifié ou l'intervention décalée selon les comorbidités ou selon la gestion des traitements habituels du patient. L'anesthésiste prévient alors les différents intervenants du parcours du patient : opérateur, secrétariats ou commission de bloc.

La commission de bloc opératoire se réunit une fois par semaine, le jeudi, afin de valider le programme opératoire de la semaine suivante. Elle contrôle le temps d'occupation des salles et la durée prévisionnelle.

En cas de dépassement d'horaire prévisionnel, la commission de bloc informe l'opérateur du dépassement probable afin de reporter ou de réorganiser son programme opératoire.

La commission de bloc organise l'attribution des salles et l'ordre des interventions en tenant compte :

- ✓ des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation ;
- ✓ de la disponibilité du matériel ;
- ✓ du type de prise en charge (conventionnelle ou ambulatoire) ;
- ✓ des possibilités d'accueil en SSPI.

De manière générale, les actes en ambulatoire sont réalisés en début de programme.

L'ordre de passage, une fois fixé, est disponible et consultable via Intranet par les services d'hospitalisation au plus tard la veille de l'intervention avant 12h.

Le temps entre deux interventions est un temps nécessaire et incompressible : il est réservé à la sortie du patient, la tenue à jour de la traçabilité, la remise en condition de la salle d'intervention pour le patient suivant. Les IBODE et les IADE en sont garants.

Les procédures de sécurité garantissant l'identité du patient, la nature de l'intervention, le coté de l'intervention en cas d'intervention unilatérale sont réalisées au moment de la check-list (préconisations HAS).

Toute demande de programmation effectuée après la validation du programme par la commission doit être validée par la régulation (ou le chef de bloc opératoire si absence de régulation ou arbitrage) avant son inscription au programme. La prescription informatique de l'intervention est mise en attente de validation par la régulation avant inscription définitive.

9. Règles de déprogrammation/reprogrammation

Toute annulation d'intervention sur un programme doit être communiquée aux intervenants prenant en charge le patient. Le médecin (opérateur ou MAR) responsable de l'annulation :

- ✓ prévient l'opérateur et/ou l'anesthésiste ;
- ✓ prévient le cadre du service d'hospitalisation concerné ;
- ✓ S'assure de l'arrêt de la programmation (informatique) ;
- ✓ Fait un mail à la « commission de bloc » ;
- ✓ Renseigne le dossier du patient avec les motifs de l'annulation ;
- ✓ La reprogrammation est organisée par l'opérateur en lien avec la régulation concernée.

10. La prise en charge des urgences

Durant la période d'ouverture des salles, l'urgence vitale absolue nécessitant une prise en charge chirurgicale immédiate sera organisée par l'opérateur ou l'anesthésiste directement avec la régulation du bloc opératoire : libération d'une salle avec arrêt du programme de la première salle libre ou ouverture d'une salle si possible et si nécessaire.

Le numéro d'appel urgence vitale est le 2000 pour l'ensemble du CLB.

Un renfort médical pour le bloc 3 est immédiatement disponible au 7555.

Pour les autres urgences, la régulation organise la prise en charge de ces interventions dans le programme ou sur l'astreinte. Après 18h, le chirurgien contacte l'anesthésiste de garde pour organiser la prise en charge et fait appeler le personnel d'astreinte.

11. Organisation du temps de repas

Le temps de repas des personnels médicaux et non médicaux est organisé :

- ✓ L'équipe anesthésique n'est pas dans la même temporalité que l'équipe chirurgicale. L'organisation du temps de repas profite de l'alternance d'activité de l'équipe chirurgicale et anesthésique.
- ✓ Les personnels non médicaux se relayent afin que tous puissent se restaurer pendant le temps d'ouverture du self. Le remplacement des infirmiers de bloc est organisé avec le chef de bloc ou son remplaçant et la régulation aidés par la présence de l'IDE d'extérieur.
- ✓ Durant ce temps de repas certaines interventions pourront ne pas être instrumentées.

12. Organisation des fins de vacations

Afin d'éviter les débordements et les fins précoces, la régulation doit être prévenue de tout retard pris ou de toute cause de modification dans le déroulement du programme.

Au besoin, il peut répartir entre les salles les patients de fin de programme afin de distribuer harmonieusement les charges de travail entre les salles et les équipes.

La régulation avec l'anesthésiste d'astreinte peut récuser un patient si l'activité opératoire en cours l'impose pour des raisons de sécurité en particulier. Un point organisationnel est réalisé quotidiennement aux alentours de 15h, afin d'optimiser le fonctionnement de la fin du programme opératoire.

L'organisation prévoit des horaires adaptés pour la gestion des dépassements et des interventions longues.

13. Salles de Surveillance Post-Interventionnelle

Les 2 SSPI sont sous la responsabilité du département d'anesthésie-réanimation.

Le weekend et les jours fériés, le réveil du patient opéré en urgence est assuré par l'infirmier anesthésiste d'astreinte.

La sortie du patient de SSPI est conditionnée par la signature du médecin MAR qui vérifie que les prescriptions post opératoires sont conformes.

Le suivi de l'opéré en Salle de Soins Post Interventionnelle (SSPI) est réalisé sous la surveillance conjointe de l'opérateur, de l'anesthésiste-réanimateur de l'entité concernée et de l'IDE de SSPI.

B. La prise en charge du patient au bloc opératoire

La prise en charge du patient est définie dans la procédure DBO-UC-PR-0005 disponible sur BlueMedi.

C. Ressources Humaines

1. Personnel non médical

Description :

Une équipe d'IADE, IBODE, IDE, BRANCARDIER est polyvalente sur le bloc opératoire CSA. L'équipe IADE intervient sur l'ensemble du plateau technique + pédiatrie (KT, Scanner, IRM, radiothérapie)

Une équipe infirmière, ASD et ASH est dédiée à l'activité d'endoscopie.

Une équipe de Manipulateurs en Electro-Radiologie (MER) est dédiée à l'activité de radiologie interventionnelle. Une équipe de MER est dédiée à l'activité de curiethérapie.

Une équipe d'infirmiers formée (ayant délégation) est dédiée à l'activité « voies veineuses centrales ».

Continuité du service :

Une suppléance du chef du bloc opératoire, est prévue lorsque ce dernier est indisponible (absent du bloc ou congés). Ainsi lorsque le chef du bloc opératoire s'absente du service, il organise la continuité des soins soit en gardant son téléphone professionnel, soit en le confiant à la régulation, à la référente IBODE ou à une IDE de bloc.

Les téléphones mobiles professionnels de l'IADE et de l'IBODE d'astreinte sont joignables 24 h sur 24.

En journée, l'équipe des brancardiers est constamment joignable y compris pendant les temps de repas (7737, 7772, 7938 pour le bloc opératoire et 7622 pour la RI).

Les absences :

Sur les périodes de vacances scolaires, le nombre de vacations ouvertes diminue (un tableau fixe le taux d'ouverture sur chaque période de vacances scolaires). Le personnel exprime ses souhaits en termes de congés, qui sont validés en fonction des possibilités du service.

Les congés d'été sont validés au plus tard au 15 mars de l'année en cours.

2. Personnel médical

Le corps médical comprend :

- ✓ Les opérateurs (chirurgiens, endoscopistes, endoscopistes interventionnels, radiothérapeutes pour la curiethérapie et radiologues interventionnels) ;
- ✓ Les anesthésistes.
- ✓ Ils sont sous la responsabilité hiérarchique des chefs de département dont ils dépendent.

L'anesthésie :

Les anesthésistes interviennent sur l'ensemble du plateau technique.

Le tableau de répartition des praticiens anesthésistes-réanimateurs (cartographie d'organisation médicale) est rédigé et affiché au plus tard le vendredi de la semaine précédente suite à la commission de bloc du jeudi dans le bureau du cadre de bloc.

Les opérateurs :

Les opérateurs assurent leur programme opératoire en incluant les urgences de leur spécialité. La délégation des actes à l'interne se fait sous la responsabilité directe du senior qui a programmé le patient. Les étudiants en médecine sont sous la responsabilité des médecins.

Absences :

La déclaration de l'indisponibilité des opérateurs et des anesthésistes du bloc opératoire est effectuée via le système informatique du Centre Léon Bérard (CLB). Le délai de prévenance est :

- ✓ De **4 Mois** pour les congés ou absences sur les vacances scolaires,
- ✓ De **15 jours** pour une absence isolée.

Les redistributions de bloc se font dans la mesure du possible à l'intérieur de la même spécialité. Dans le cas contraire, elles sont proposées à l'ensemble des opérateurs.

Toute redistribution de vacation doit être, au préalable, validée par le chef de bloc. En l'absence de possibilité de redistribution, la vacation est fermée.

D. La gestion médico-administrative du bloc opératoire

1. Compte rendu opératoire

Chaque acte opératoire fait l'objet d'un compte rendu opératoire (CRO).

2. Le codage des activités

Les praticiens, chirurgiens et anesthésistes codent directement ou transmettent l'information aux IDE, pour que l'acte soit codé en temps réel sur l'outil informatique.

3. Les indicateurs d'activité et de performance

Un contrôleur de gestion est en charge de collecter les données du plateau technique, de les analyser, pour que ces données soient présentées à chaque conseil de bloc pour la période écoulée et annuellement en AG du bloc.

Le Centre Léon Bérard participe aux Benchmarkings proposés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes et par UNICANCER.

4. La gestion des dispositifs médicaux

Une partie des commandes (quotidiennes) des DMS est gérée par le logisticien, sous la responsabilité du cadre de secteur, au niveau de La Centrale d'Approvisionnement en Matériel Stérile (CAMS). Le logisticien est aussi en charge de la commande hôtelière au niveau du magasin.

Le préparateur en pharmacie présent au bloc 3 commande le reste des DMS gérés par la pharmacie sous le contrôle de la Régulation, de façon hebdomadaire. L'ensemble des commandes se fait sur le logiciel MIPIH.

Le signalement des besoins de réapprovisionnement est de la responsabilité de tous.

Une carte de DMI est intégrée au dossier et remise au patient en même temps que le compte-rendu opératoire.

Copil DM-DMS : L'objectif de ce groupe est d'optimiser le circuit matériel (DM usage unique ou DM stérilisable), de centraliser les demandes d'essais ou de changements de référence, en lien avec les départements de chirurgie et d'anesthésie. Les propositions faites sont validées en conseil de bloc. (*Composition en annexe*).

5. Procédure Achats

La procédure de renouvellement de matériel, d'achats et investissements a été redéfinie et permet de définir 3 circuits (*voir Annexes*) :

- ✓ Circuit exploitation (fonctionnement courant du plateau technique) :
 - Contrôle des consommables : avec l'aide du Copil DM/DMS, en cohérence avec l'augmentation d'activité.
 - Renouvellement des instruments, gestion des imprévus (montants unitaires < 4000 euros), concerne la chirurgie, l'endoscopie et l'anesthésie. Gestion en autonomie par la Cadre de bloc. Le montant global de l'enveloppe est revu annuellement.
- ✓ Circuit Investissement (fonctionnement courant du plateau technique) : achat et renouvellement des équipements du bloc pour un montant > 4000 euros et < à 75000 euros. Concerne le matériel chirurgical, en lien avec le département de chirurgie et la direction médicale. Une fiche recueille annuellement les besoins des opérateurs et est centralisée au niveau du département de chirurgie. Une synthèse est faite avec le service des achats et la Direction des Affaires Financières afin de valider les demandes de matériel à inscrire au PGFP pour l'année N+1.
Le matériel d'anesthésie et d'endoscopie rentrant dans ce cadre est géré directement dans chaque département respectif.
- ✓ Circuit nouvelles activités et gros investissements (>75000 euros) : discussions et décisions entre département, direction et achats. Le Conseil de bloc intervient à titre consultatif.

6. Gestion des flux des personnels, des patients, des visiteurs, des matériels

La gestion des zones et flux de circulation au bloc opératoire vise à prévenir le risque infectieux et optimiser l'organisation de travail. Des procédures sont disponibles sur BlueMedi (MO-1613 ; MO-463).

Les flux des patients, du personnel et du matériel sont organisés de sorte que :

- ✓ Les entrées et sorties soient séparées ;
- ✓ Les circuits propres et sales ne se croisent pas ;
- ✓ Le concept d'asepsie progressive soit respecté ;
- ✓ Les entrées et sorties en salle d'intervention soient limitées ainsi que le nombre de personnes en salle ;
- ✓ Les portes des salles d'opération doivent être maintenues fermées le plus souvent possible ;
- ✓ L'enchaînement des patients dans chaque salle d'opération se fait, salle par salle, l'équipe de chaque salle d'opération est chargée d'appeler les patients via le logiciel « PTA » ce qui permet un enchaînement ad hoc des interventions.

7. Le bio nettoyage

Il est réalisé par l'équipe paramédicale et les brancardiers, pendant les horaires d'ouverture et par une équipe spécifique de bio nettoyage en fin de journée, l'équipe ASH du Bion.

Des procédures de bio nettoyage sont disponibles sur BlueMedi (MO-601 ; MO-602 ; MO-603 ; MO-172).

8. Maintenance

Un calendrier de maintenance corrective et préventive est tenu à jour pour l'ensemble des équipements médico-chirurgicaux et de l'infrastructure. Il est mis en œuvre par l'ingénieur biomédical et le service technique selon le domaine concerné.

Toute demande de maintenance ou d'intervention technique (qui concerne les locaux) doit s'effectuer via le logiciel informatique, ce qui permet d'avoir une traçabilité des interventions demandées et effectuées.

9. Les dysfonctionnements et vigilance

Tout incident ou évènement indésirable conduit à la réalisation d'une fiche d'incident. Un évènement indésirable grave (EIG) doit être déclaré immédiatement. La déclaration d'incident se fait via BlueMedi. Certaines de ces fiches sont reprises en CREX plateau technique et peuvent faire l'objet d'une analyse suivant le modèle ALARM.

Tout incident avec un dispositif médical fait l'objet d'une déclaration auprès du correspondant local de Matériorvigilance.

Tout patient venant au bloc opératoire doit être marqué pour être admis en salle d'intervention. Tout défaut de marquage est signalé.

10. La dynamique Qualité

La gestion des risques participe à la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Elle vise en priorité la suppression des dysfonctionnements susceptibles de causer des dommages aux patients par une analyse à priori et à postériori des risques.

La qualité de l'ordonnancement du programme opératoire dans le cadre de la prévention du risque infectieux au sein des blocs opératoires et interventionnels communs pluridisciplinaires et/ou de spécialités est un objectif majeur.

A l'évidence toutes les mesures, prises en amont du bloc opératoire qui permettent de prévenir, réduire, et surveiller les multiples causes du risque infectieux sont indispensables.

Les domaines à étudier sont essentiellement représentés par :

- ✓ Les facteurs humains (interactions patients et personnels)
- ✓ L'organisation du travail (gestion des personnels et des équipements)
- ✓ Les pratiques professionnelles et leur évaluation
- ✓ Le contrôle des facteurs de risque
- ✓ L'évaluation des résultats obtenus

L'évaluation des actions entreprises :

La démarche qualité au bloc opératoire s'appuie sur la maîtrise des processus et sur une démarche collective.

Cette mise en œuvre des actions poursuit plusieurs objectifs :

1. Rechercher, identifier les situations à risques, les changements organisationnels à opérer. La cartographie des risques est l'outil de base utilisé pour permettre l'identification de ces situations à risques et la mise en place des plans d'action puis d'en assurer leurs suivis.
2. Signaler, enregistrer et analyser les incidents et accidents survenus aux patients lors de sa prise en charge au bloc opératoire. Ces signalements sont réalisés par l'outil informatique BlueMedi. Une cotation collective de la criticité et la priorisation des actions correctives est ensuite réalisée. Ces déclarations sont ensuite orientées vers le CREX concerné (Plateau technique, Endoscopie, UAV, Radiologie Interventionnelle, Curiethérapie), ou si besoin RMM Anesthésie/chirurgie.
3. Modéliser et contrôler les procédures de prise en charge des patients.
4. Tracer les actions avec identification des personnels, des procédés et des dispositifs utilisés pour les soins.
5. Élaborer, valider et mettre en place les protocoles, les fiches techniques, les mises à jour des informations, la connaissance des nouvelles réglementations.
6. Développer l'acquisition des compétences, et des qualifications par le financement de la formation initiale et continue du personnel médical et non médical. Participer aux formations internes pour l'amélioration de la gestion des risques.
7. Réaliser des audits sur le respect de l'application des pratiques et des comportements des personnels avant la mise en œuvre des actions correctives.
8. Développer l'Évaluation des Pratiques Professionnelles.
9. Elaborer et évaluer le Plan d'actions annuel.

L'application du présent règlement intérieur ainsi que sa bonne adaptation aux actes pratiqués sont périodiquement vérifiées par l'établissement dans le cadre général de sa démarche d'évaluation des modalités d'organisation des soins prévue à l'article L.710-4 du Code de la Santé Publique.

Le respect des règles qui y sont édictées fera l'objet donc d'un processus d'auto évaluation périodique.

L'ensemble du personnel exerçant en bloc opératoire a une obligation de signalement des éventuelles dérives comportementales ou de fonctionnement qu'il serait amené à constater ou dont il aurait eu connaissance. Il se doit donc d'en référer à son supérieur hiérarchique le plus rapidement possible et parallèlement et simultanément au service qualité par le biais des Fiches de Signalement d'Événement Indésirable.

Chaque intervenant devra veiller et s'efforcer à présenter les constats de façon factuelle et à s'inscrire dans une dynamique positive d'amélioration continue de la qualité dans un seul objectif celui de l'intérêt du patient.

VI. Les interfaces du bloc

A. Le service de soins continus

Le médecin anesthésiste en charge du service de soins continus organise les entrées des patients venant du bloc opératoire et les sorties des patients vers les unités d'hospitalisation, en concertation avec le cadre de l'unité et le chirurgien responsable du patient.

Il fait un point organisationnel avec la salle de SSPI chaque matin. Sont pris en compte :

- ✓ L'état général du patient,
- ✓ La lourdeur de l'acte opératoire,
- ✓ Les suites opératoires,
- ✓ La charge de travail dans les unités de soins.

L'impossibilité d'accueil d'un patient en service de soins continus fait l'objet d'une discussion entre le médecin responsable et l'anesthésiste en charge du patient de la possibilité d'être orienté en service d'hospitalisation traditionnel.

En cas de nécessité absolue de soins continus, l'intervention peut être reportée ou le patient transféré dans une structure extérieure.

B. Le département de Bio-Pathologie

Le diagnostic anatomopathologique est un élément clé de la prise en charge d'un patient dans un Centre de Lutte contre le Cancer.

L'ensemble des techniques nécessaires à ce diagnostic, les études immunohistochimiques et de biologie moléculaire, la conservation des tumeurs (tumorotheque) nécessite une coordination parfaite entre le bloc et le service de biopathologie.

Les éléments de cette coordination font l'objet de discussions régulières et mises à jour en fonction de l'évolution de ces 2 unités.

La nécessité quotidienne des examens « extemporanés » rend nécessaire également un besoin d'acheminement immédiat des pièces opératoires et une communication facilitée entre les 2 unités.

Un ou plusieurs représentants du service de Biopathologie sont donc présents pour l'assemblée générale du bloc.

La procédure d'acheminement des pièces opératoires est rappelée ci-dessous.

1. Horaires d'ouverture

Le département de Biopathologie est en mesure d'accueillir les prélèvements à l'état frais en provenance du bloc opératoire de 8h00 à 17h30 du lundi au vendredi sauf les jours fériés.

2. Prévision de l'activité ; prescription

Pour le département, le planning opératoire est un des outils essentiels de planification de l'activité.

Le département est autorisé à consulter les plannings opératoires. Le bloc s'engage à prévenir le département de toute annulation ou report d'intervention du jour.

Les indications d'examen extemporané apparaissent sur le planning opératoire.

Les fiches de prescription doivent être complétées intégralement et le plus précisément possible par le service prescripteur.

3. Règles générales

L'acheminement des pièces opératoires est sous la responsabilité du bloc opératoire et effectué par le personnel du pool toutes les heures et sur demande en cas d'urgence. Les délais d'acheminement sont compatibles avec les règles de bonnes pratiques : Fiche BlueMedi A-2590D : Conditionnement et acheminement des prélèvements liés au département Biopathologie.

Chaque prélèvement identifié est accompagné d'un bordereau d'envoi correctement complété. En cas d'anomalie, cet événement entraînera la rédaction d'une fiche d'incident.

Le bordereau d'envoi n'est pas en contact avec les prélèvements.

4. Conditions d'acheminement pendant les heures d'ouverture du bloc

Toutes les pièces opératoires sont conditionnées et fermées dans un poudrier adapté en salle d'intervention.

Les prélèvements sont déposés à l'accueil du département Cheney B r+1 avec obligation d'émargement du personnel du pool.

Le département met à la disposition du bloc les flacons de fixateurs et les conditionnements adaptés au transport des pièces opératoires.

5. Conditions d'acheminement des pièces opératoires en dehors des heures d'ouverture du bloc

En dehors des heures d'ouverture, les pièces doivent être fixées par du formol tamponné à 10% et ensuite acheminées au département pendant les heures d'ouverture.

6. Conditions de non-conformité

Le département s'engage à documenter les cas de non-conformité et de les signaler lors du CREX Biopathologie.

Seront considérés comme non-conformes les prélèvements pour lesquels il y aura par exemple :

- Absence d'identifiant sur les prélèvements
- Absence de bordereau d'envoi.
- Incohérence entre les données (identification patient, latéralité, nature de prélèvement...) portées sur le bon d'envoi et celles portées sur les emballages des pièces...

Le prélèvement n'est accepté que lorsque la non-conformité est levée ou si le pathologiste responsable décide de déroger à la non-conformité.

7. Demande d'examen avec impératif de réponse per-opératoire

Les demandes de diagnostic rendu en situation per opératoire (extemporané, examen des berges, radio, etc...) sont précisées sur le bon d'envoi et transmises oralement au technicien d'anatomie pathologie chargé de la macroscopie.

L'infirmière circulante prévient le pool des brancardiers pour un acheminement immédiat au département.

Les règles de conditionnement sont les mêmes qu'en situation standard.

Sauf mention contraire clairement indiquée sur le bon d'envoi, les réponses seront transmises par téléphone (N° de salle inscrit sur le bordereau). L'outil informatique du bloc opératoire permet également une communication audio et vidéo.

Conformément aux RBPACP, le pathologiste est habilité à refuser de pratiquer un examen extemporané risquant de compromettre le diagnostic définitif et reste maître du choix de la technique à utiliser pour répondre à la question posée en fonction du contexte. Cependant le pathologiste s'engage à motiver sa position dans un dialogue professionnel direct avec le demandeur.

8. Autres demandes particulières

Toute autre demande particulière (photo, macro...) est précisée en clair sur le bordereau d'envoi.

Le département de Biopathologie s'engage à prévenir le bloc opératoire s'il n'est pas en mesure de répondre à ces demandes (en cas d'appareils en panne par exemple).

Il s'engage à documenter tout refus.

9. Condition particulière d'infectiosité

Le département de Biopathologie s'engage à considérer chaque prélèvement comme potentiellement contaminant. Cependant tout caractère infectieux connu qui pourrait

l'exposer particulièrement, comme BK, HIV, Hépatite B ou C... sera clairement notifié sur le bon d'envoi.

La prise en charge de prélèvements infectés (ou potentiellement infectés) par des ATNC (MCJ..) n'est pas possible par le département de Biopathologie.

10. Fonctionnement

Le cadre médico-technique du département est membre invité de l'Assemblée générale du bloc.

Un représentant du bloc opératoire est associé aux réunions du département de Biopathologie lorsque sont abordés des points concernant les relations inter services ou certaines méthodologies de prise en charge.

Le département est associé à toute décision pouvant entraîner une modification majeure des volumes d'activité ou des conditions de prise en charge.

C. Le département de radiothérapie

Les séances de radiothérapie chez les enfants, réalisées sous anesthésie générale font l'objet de prise en charge en ambulatoire.

L'organisation fonctionnelle pour les actes réalisés sous AG est similaire à celle du bloc opératoire et obéit aux mêmes règles de sécurité et de fonctionnement. Une procédure concernant la prise en charge des enfants avec ou sans AG est disponible sur BlueMedi (MO-856).

D. Le service de stérilisation

Retraite l'instrumentation réutilisable conformément aux Bonnes Pratiques de Pharmacies Hospitalières, après pré-désinfection immédiate relevant de la responsabilité du personnel du bloc opératoire et définie dans la procédure MO-1310.

Le matériel est ensuite transporté à l'unité de stérilisation, responsable de la conformité des opérations de nettoyage, conditionnement/étiquetage, stérilisation, libération de charge et contrôle, transport et stockage au bloc jusqu'à utilisation.

E. Le pool des équipiers

De 7h-18h50 le pool d'équipiers du centre Léon Bérard :

- ✓ Assure le transport des patients des services vers les plateaux techniques et des plateaux techniques vers les services
- ✓ Gère l'acheminement du lit du patient opéré vers la salle de réveil (patient debout) ; ainsi que l'acheminement des différents prélèvements (anapath et biologiques) vers les services concernés.
- ✓ Est en charge du transport des armoires de stérilisation, de la stérilisation vers les plateaux techniques (instrumentation stérile) et des plateaux techniques vers le service de stérilisation (instrumentation souillée/décontaminée)
- ✓ Il assure le réapprovisionnement en urgence des gaz médicaux (O2, CO2...)
- ✓ Tous ces transports sont commandés via le logiciel PTAH à partir de la salle d'intervention (pour une grande partie). Les équipiers se voient attribuer leurs courses en fonction de leur disponibilité et de leur proximité géographique sur leur smartphone.

F. Le service de réanimation

Une convention de collaboration en matière de prise en charge en réanimation est signée avec les HCL et avec l'hôpital Saint Joseph Saint Luc. Lorsque la prise en charge est prévue le lit est « réservé » à l'avance. La confirmation est faite le matin de l'intervention.

Lorsque la prise en charge en réanimation n'est pas prévue, l'anesthésiste responsable du patient organise le transfert du patient vers les services avec lesquels une convention a été signée prioritairement ou vers un autre établissement de la région en l'absence de place.

Les mutations imprévues en réanimation feront l'objet d'une fiche d'incident et d'une analyse en RMM.

VII. Conclusion

Cette charte de fonctionnement est diffusée à tous les acteurs des différents blocs du plateau technique. Validée par les différentes instances du plateau technique et par la Direction, elle est exécutoire et opposable. Elle reste consultable sur BlueMedi, à portée de connaissance de tous.

L'évaluation du respect de l'application de cette charte est réalisée régulièrement à partir d'indicateurs choisis par le conseil de bloc opératoire.

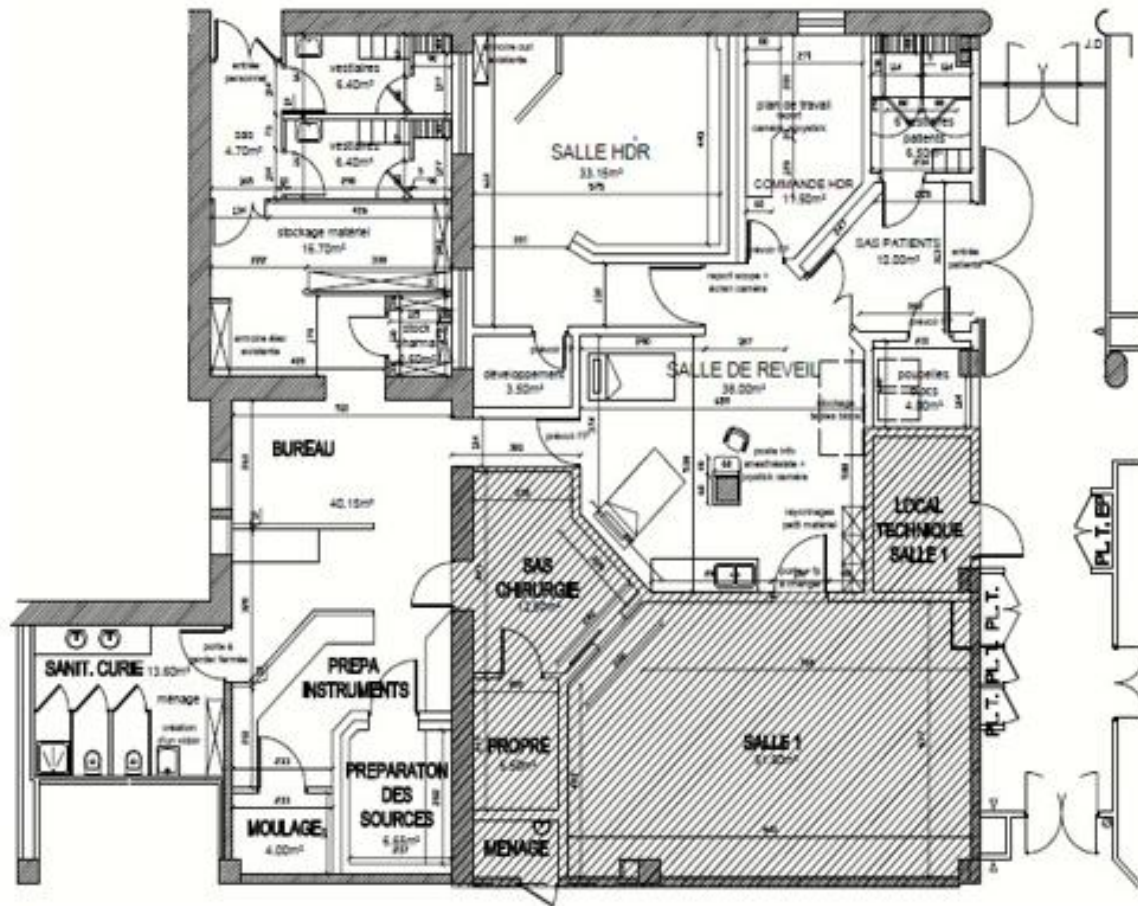
VIII. Annexes

A. Annexe 1 : Plans du bloc

Bloc 1



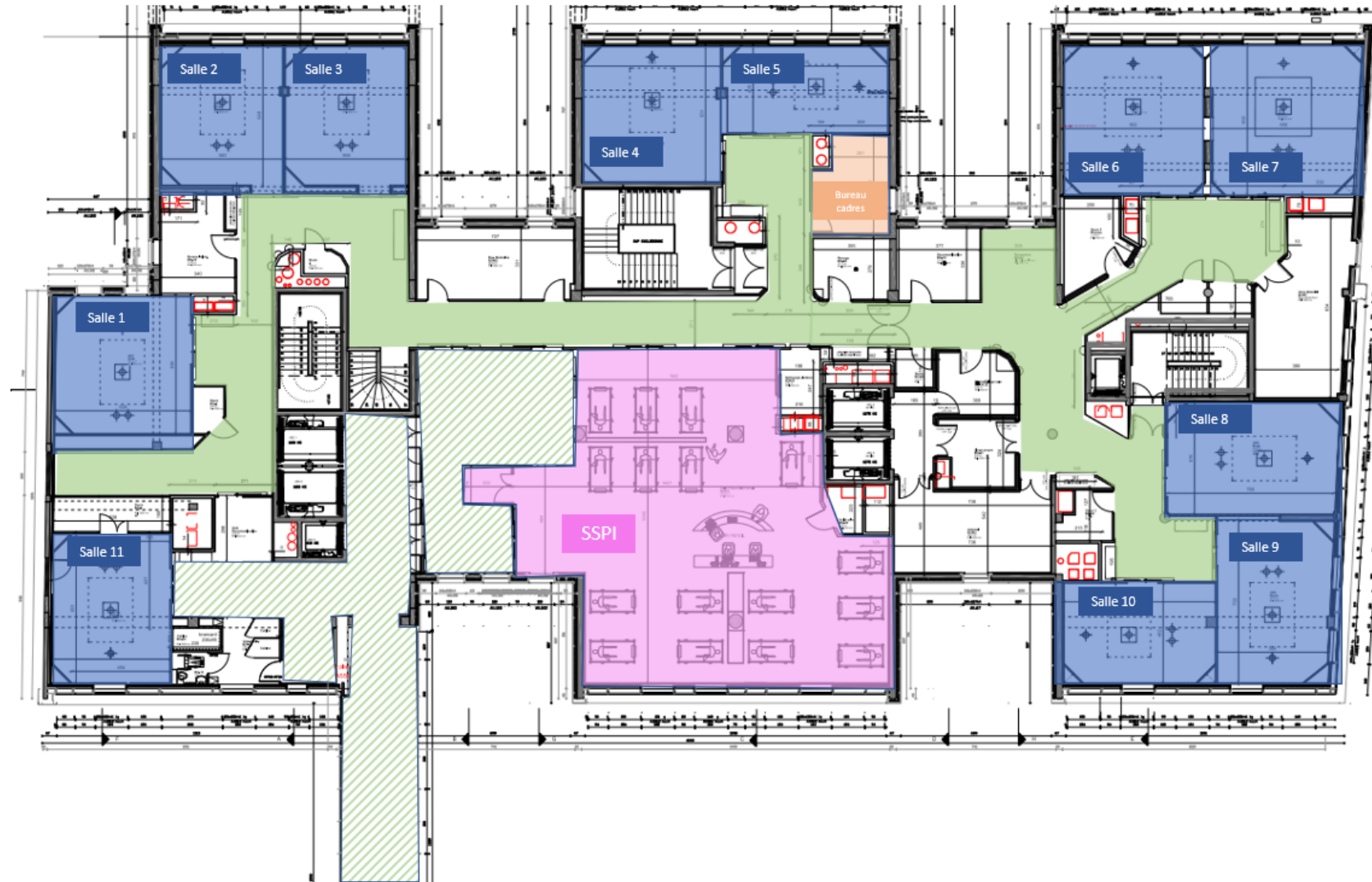
Bloc 2



Bloc 2: (bloc Curiothérapie)

- ✓ 2 salles de curiethérapie
- ✓ 1 SSPI

Bloc 3



B. Annexe 2 : Composition du Conseil de Bloc

Conseil de Bloc élargi

Fonction	Nom
Directeur de bloc	Dr P. PEYRAT
Cadre de secteur des plateaux techniques opératoires et interventionnels	Mr J. KAMPOWSKI
Manager des IADE	Mme N. DRIFFORT
Chef de bloc opératoire Bloc 1 + SSPI	Mr B. FIGARI
Chef de bloc opératoire Bloc 3	Mme G. SYLVESTRE BARON
Responsable du département de Chirurgie	Dr P.MEEUS
Régulation bloc opératoire	Mr K. ALCALI/ Mme G. SYLVESTRE BARON
Assistante de direction des plateaux techniques	Mme A. CHAPUS
Médecin Représentant de la Radiologie Interventionnelle	Dr A. BOUHAMAMA
Cadre représentant de la RI	Mr M. JOSEPH
Cadre MER Curiethérapie	Mme C. MERCIER
Finances et Direction	Mme S. MOUNIER (Suppl. : Mme L. PETIT)
Direction des achats	Mme V. ABONDANCE (Suppl. : Mr P.A. BARBIER)
Contrôleur de gestion	Mme V. THISEAU
Responsable de l'ACA/JO	Dr N. CHOPIN
Responsable du département d'anesthésie	Dr S. DE LAMER (Suppl. : Dr JL. SOUBIROU)
Médecin Représentant du bloc de curiethérapie	Dr. A.A. SERRE
Médecin Représentant du bloc d'endoscopie	Pr T. PONCHON (Suppl. : Dr A. CATTEY-JAVOUHEY)
Médecin Représentant du bloc 1	Dr M. BAUDUCEL
Pharmacienne responsable de la stérilisation	Mme D. BAYLOT-CHAVRIER
Cadre de la stérilisation	Mme B. DE MAGALHAES
Cadre de secteur du plateau de chirurgie	Mme S.CHANOINAT
Pharmacienne Représentant de la pharmacie	Mme C. SANSOT
Représentant du service d'hygiène	Dr C. DEBRAINE
Représentant du service de bio pathologie	Mme A. FORESTIER

Conseil de Bloc restreint

Fonction	Nom
Directeur de bloc	Dr P. PEYRAT
Cadre de secteur des plateaux techniques opératoires et interventionnels	Mr J. KAMPOWSKI
Manager des IADE	Mme N. DRIFFORT
Chef de bloc opératoire Bloc 1	Mr B. FIGARI
Chef de bloc opératoire Bloc 3	Mme G. SYLVESTRE BARON
Assistante de direction des plateaux techniques	Mme A. CHAPUS
Médecin Représentant du bloc 1	Dr M. BAUDUCEL
Responsable du département d'anesthésie	Dr S. DE LAMER

C. Annexe 3 : Composition de la Commission de bloc

Fonction	Nom
Un médecin anesthésiste réanimateur	Dr G. BOUROCHE / Dr J.L. SOUBIROU / Dr C. RIFFARD/ Dr V. PERES-BACHELOT/ Dr S. DE LAMER/ Dr M. PODEUR
Un chirurgien	Dr P. PEYRAT/ Dr S. KLINGLER
Cadre de secteur des plateaux techniques opératoires et interventionnels	Mr J. KAMPOWSKI
Manager des IADE	Mme N. DRIFFORT
Chef de bloc opératoire Bloc 1	Mr B. FIGARI
Chef de bloc opératoire Bloc 3	Mme G. SYLVESTRE BARON
Régulation bloc opératoire	Mr K. ALCALI / Mme G. SYLVESTRE BARON
Assistante de direction des plateaux techniques	Mme A. CHAPUS
Directeur de bloc	Dr P. PEYRAT
Cadre ACA	Mme C. FREULET

D. Annexe 4 : Composition du Copil DM/DMS

Fonction	Nom
Un chirurgien (Pilote)	Pr A. DUPRE
Un pharmacien DMS	Mme C. SANSOT
Une préparatrice en pharmacie	Mme B. BLANOT
Pharmacien Stérilisation	Mme D. BAYLOT-CHAVRIER
Responsable du service de stérilisation	Mme B. DE MAGALHAES
IADE responsable matériel	Mr S. PIGALE
IDE Bloc référente DMS/DM	Mme G. SYLVESTRE BARON + Mr K. ALCALI
Cadre de secteur des plateaux techniques opératoires et interventionnels	Mr J. KAMPOWSKI

E. Annexe 5 : Horaires du plateau technique

Temps ouverture (période de présence du personnel sur le plateau technique) : **7h à 21h**

Temps mise à disposition (TMD) : temps ouverture de la salle

- 7h30 à 16h30 (30 mn de remise en état de la salle faite par le Bion) du lundi au jeudi
- 7h30 à 15h30 (30 mn de remise en état de la salle faite par le Bion) le vendredi

Temps de vacation offert (TVO) : de l'entrée du patient en salle à la sortie du dernier patient

- Lundi au jeudi : **8h à 16h**
- Vendredi : **8h à 15h.**

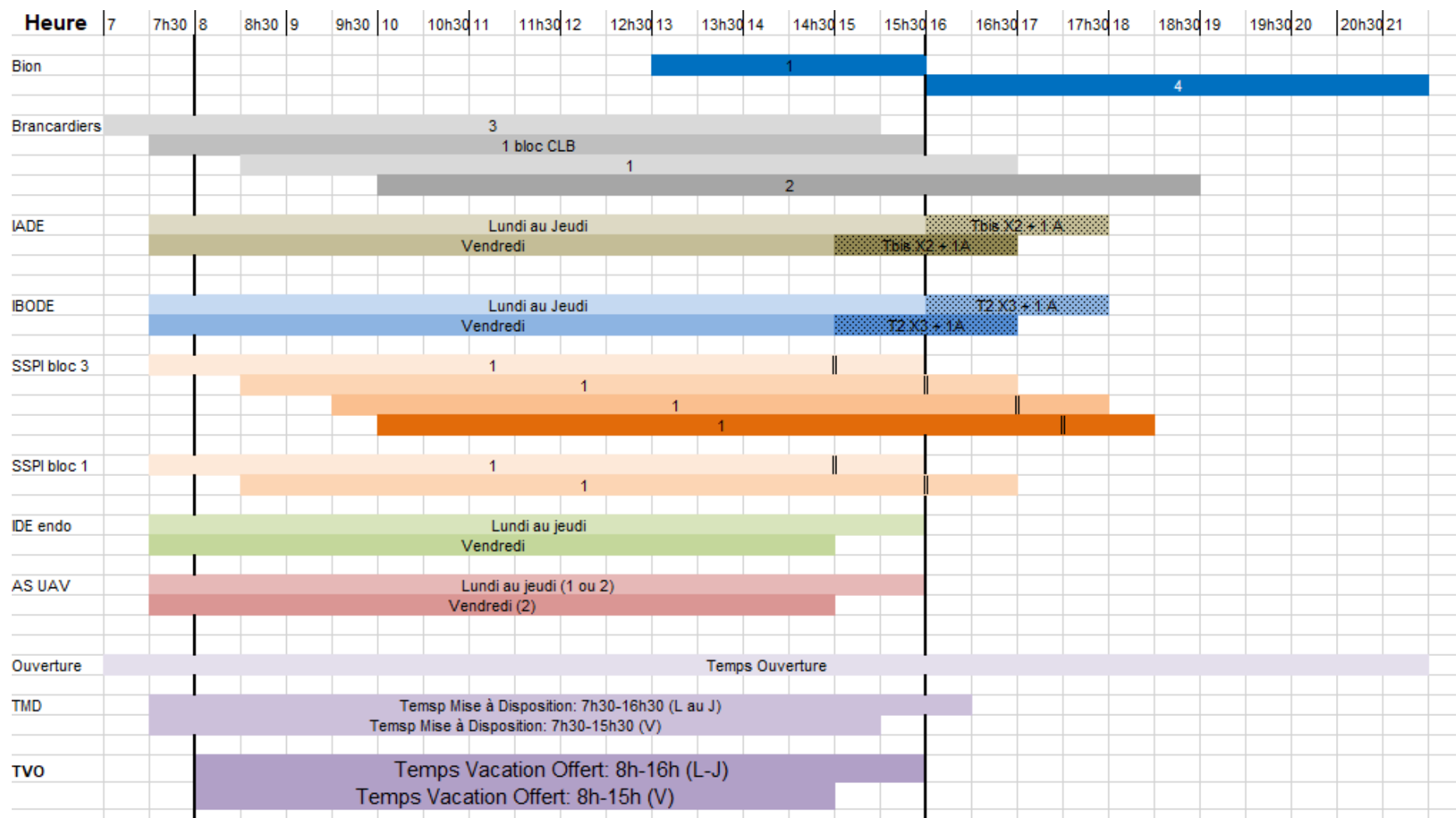
Temps réel d'occupation de salle (TROS) :

- De l'entrée du patient à sa sortie + **15 mn** (si geste >30mn)
- De l'entrée du patient à sa sortie + **5mn** pour l'endoscopie, UAV et RI (si geste <30mn)

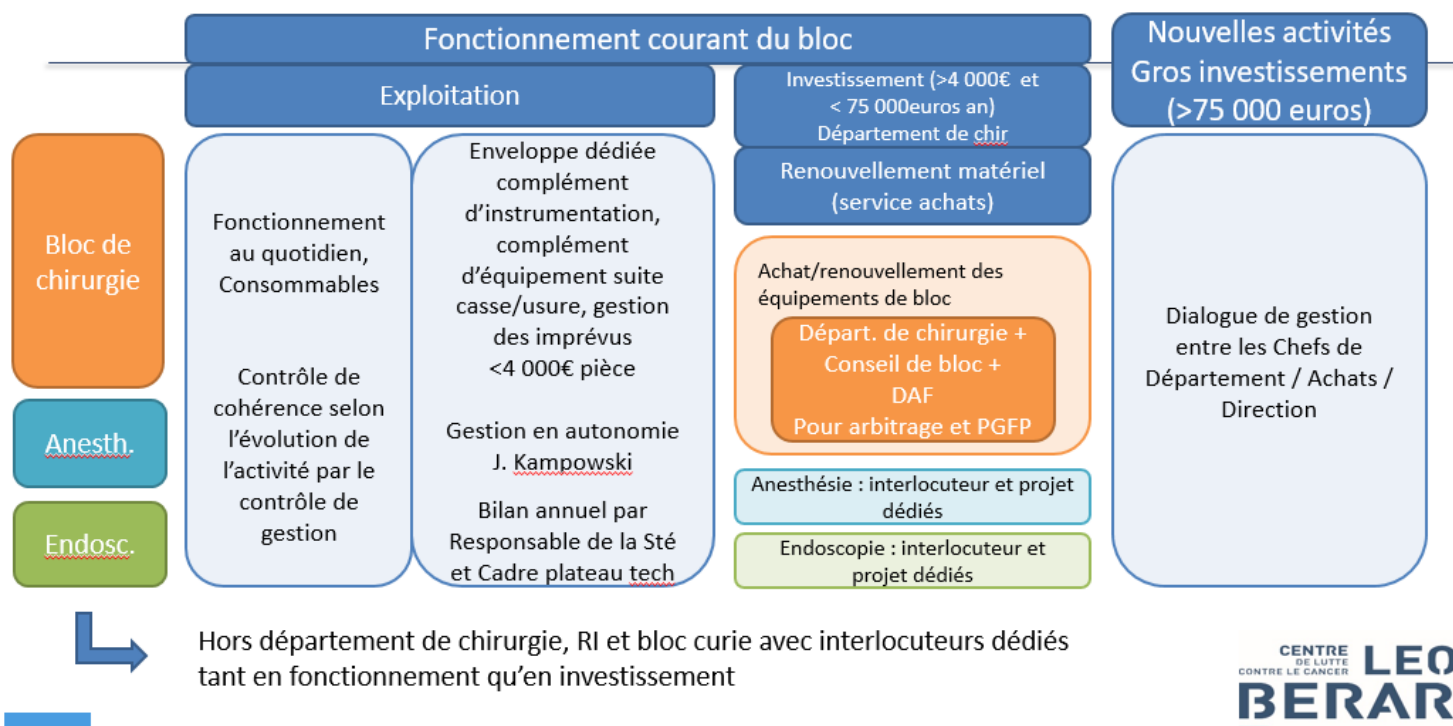
Temps débordement : Activité réglée réalisée au-delà du temps de vacation offert.

Fermeture précoce : fin d'activité de la salle + de 1 h avant sa fermeture (avant 15h du L au J et avant 14h le V).

Permanence des soins à partir de 18h.



F. Annexe 6 : Achats



G. Annexe 7 : Vacations du plateau technique

BLOC 3 (CSA)											
Jours	SALLE 1	SALLE 2	SALLE 3	SALLE 4	SALLE 5	SALLE 6	SALLE 7	SALLE 8	SALLE 9	SALLE 10	SALLE 11
lundi	Dr Vaucher/Perez (Plastie)		Pr Dupré (Digestif)	Dr Podeur (ORL)	Dr Roux (ORL)	Dr De Crignis (Digestif)	Dr Dammacco (Séno/ Gynéco)	Dr Peyrat (Digestif)	Dr Chopin (Séno/ Gynéco)		
mardi	Dr Rossi (Séno/ Gynéco)	Dr Klingler (Séno/ Gynéco)	Dr Tabutin (Thoracique)	Dr Meeus (Digestif)	Plastique 1/2 Dr Ferraioli 1/4 Ortho 1/4	Dr Excoffier (ORL)	Dr Mouton (Digestif)	Dr Chopin (Séno/ Gynéco)	Dr Osdoit (Séno/ Gynéco)		Plasticiens AL 1/2
mercredi	Anesthésistes (KTPed)	Dr Lafouasse (Thoracique)	Dr Vaucher/Perez (Plastie)	Dr Podeur 1/2 (impaire) Dr Excoffier 1/2 (paire)	Dr Zrounba (ORL)	Pr Gouin (impaire) Dr Vaz (paire) (Ortho)	Dr De Crignis (Digestif)	Dr Peyrat (Digestif)	Dr Heinemann (Séno/ Gynéco)	Dr Faure (Séno/ Gynéco)	Dermato AL 1/2
jeudi	Dr Klingler (Séno/ Gynéco)	Dr Vaucher/Perez (Plastie)	Dr Tabutin (Thoracique)	Dr Roux (ORL)	Dr Excoffier (ORL)	Pr Gouin (Impaire) Dr Vaz (paire) (Ortho)	Dr Mouton (Digestif)	Dr Meeus (Digestif)	Dr Faure (Séno/ Gynéco)	Dr Dammacco (Séno/ Gynéco)	
vendredi	Anesthésistes (KTPed) Dr Barusta (2 ^e vendredi du mois 1 mois / 2)	Assistant Thoracique	Dr Rossi (Séno/ Gynéco)	Dr Vaucher/Perez (Plastie)	Assistant ORL (paire) Stomato (impaire)	Dr Heinemann (Séno/ Gynéco)	Dr Meeus (Digestif)	Pr Dupré (Digestif)	Dr Osdoit (Séno/Gynéco)	Assistante Séno (Séno/ Gynéco)	ORL AL Dr Barusta AL (2 ^e vendredi du mois 1 mois / 2)

✓ Bloc 1 CLB et Bloc 2 Curiethérapie :

BLOC 1									BLOC 2	
ENDOSCOPIE				UAV			RI		BLOC 2	
Endo Interventionnelle	Endo Diagnostique	Endo AL		SALLE UAV1	SALLE UAV 2		scanner	Zeego		
AG 8h-16h Dr Coupier	AG 8h-12h Dr Cattey 12h-16h Dr Funk	AL 8h-12h Dr Dufrêne 12h-16h Assistant pneumo		UAV	UAV		AG		AG 8h-16h Dr Serre	HDR sous AL 9h30-12h30 Dr Serre
AG 8h-16h Dr Daire	AG 8h-16h Dr Daire			UAV	UAV		AG	AG		
AG 8h-16h Dr Ponchon	AG 8h-12h Dr Daire 12h-16h Dr Dufrêne			UAV			AL	AL	Dr Baylot Douleur (KT intrathé Matin)	HDR sous AL 9h30-12h30 Dr Serre
AG 8h-16h Dr Coupier	AG 8h-12h Dr Avrillon 12h-16h Dr Ponchon	AL 8h-12h Dr Cattey 12h-16h Dr Daire		UAV			AG	AG		IRM si Besoin
AG 8h-15h Dr Daire	AG 8h-15h Dr Schoch	AL 8h-15h Dr Avrillon/ Dr Decroisette		UAV	UAV		AL	AL		HDR sous AL 8h30-14h30 Dr Serre

H. Annexe 8 : Organigramme du plateau technique

