

Introduction

Un évènement indésirable (EI) a été déclaré par le bloc opératoire : une rupture de stérilisation s'est produite suite à la chute d'un porte-filtre d'un container. Sa conséquence a été l'utilisation dégradée d'instruments de chirurgie non stériles par le chirurgien lors d'un acte invasif. L'objectif de ce travail est de déterminer les causes probables ayant conduit à cet EI et de mettre en place des mesures correctives visant à prévenir la récurrence de cette non-conformité.

Matériel et Méthodes

Analyse d'un EI a posteriori

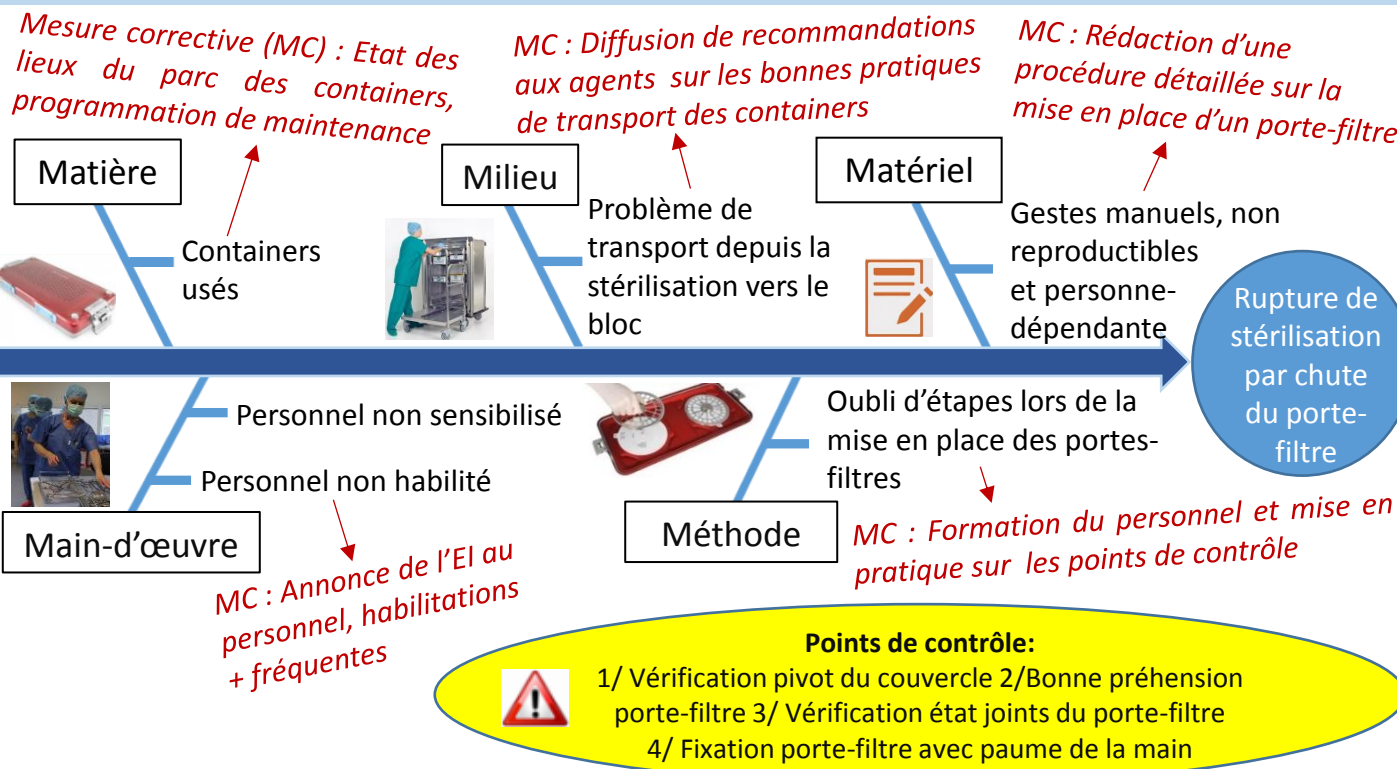
- ❖ Découverte de la chute du porte-filtre à l'ouverture de la boîte
- ❖ Boîte en exemplaire unique
- ❖ Incision cutanée déjà réalisée
- ❖ Evaluation bénéfique/risque en peropératoire

Focus sur le container et porte filtre

Utilisation de la méthode des 5M

- ❖ Détermination de la cause de la chute du porte-filtre
- ❖ Mise en place de mesures correctives

Résultats



Résultats formation mise en place du porte-filtre

Nombre d'oublis de points de contrôle	0 oubli	1 oubli	> 1 oubli
Nombre de participants concernés (sur 26)	20	3	3

=> **23% d'échec** malgré biais des résultats (courbe d'apprentissage des participants au fur et à mesure de l'évaluation)

Discussion - Conclusion

