

Observation des pratiques préopératoires au bloc de chirurgie

Audit « PREOP » : Préparation cutanée de l'opéré et Antibio prophylaxie

Aide à l'interprétation des résultats et à l'identification des axes d'amélioration

Préambule : l'évaluation ayant été réalisée pour des interventions **programmées**, les pistes de travail sont limitées à ce type de prise en charge (hors urgences, traumatologie...).

Objectif principal : récapituler les **principales** pistes d'amélioration identifiées à partir des résultats du rapport automatisé (rappelés en 1^{ère} colonne des tableaux suivants). Ce document présente un nombre important de suggestions mais n'est pas forcément exhaustif. L'établissement a toute latitude pour l'identification de pistes complémentaires en fonction des conditions locales de fonctionnement.

Objectifs associés : au-delà de la prévention du risque d'ISO, qui est le but ultime de toutes les mesures de prévention, l'objectif de ce document est également de décrire les risques spécifiques associés à chaque thème de l'audit, les causes possibles de leur survenue, de façon à introduire de la manière la plus pédagogique possible les mesures à mettre en œuvre. **Ce document vise à guider chaque ES dans l'élaboration de son propre plan d'actions local. Dans un fichier Excel fourni en parallèle** (trame de plan d'action), l'ES est invité à reporter les résultats de son rapport nécessitant une amélioration en y ajoutant **les actions et leur priorité (criticité), les personnes en charge des modifications et le calendrier des actions.**

Prérequis aux actions d'amélioration

- **Equipe médico-chirurgicale** (anesthésistes, chirurgiens, lade, lbode, cadres...) : à impliquer dès le début du projet d'évaluation pour une mise en œuvre du plan d'actions.
- **Protocoles locaux** : vérifier avant toute démarche d'amélioration que les protocoles PCO et ATBP sont bien présents dans l'ES, issus d'une concertation multidisciplinaire (EOH, chirurgiens, anesthésistes, infectiologues, pharmaciens), validés, s'appuyant sur des référentiels, diffusés, accessibles, connus des professionnels concernés.
- **Parcours patient** : vérifier que celui-ci a bien été formalisé (ambulatoire, RAAC, ...).
- **Conseil de bloc** : s'assurer de la présence d'un représentant de l'EOH.
- **Collaboration** : ne pas hésiter à associer à la démarche d'amélioration les différents experts locaux spécialisés et concernés (référénts hygiène et ATB, gestionnaire de risque, service biomédical, pharmacie, service qualité...) et les commissions associées.

Le plan d'actions issu de l'audit est discuté en **conseil de bloc, en groupe multidisciplinaire et multi-professionnel (médical/paramédical)**

Abréviations : ATB : antibiotique ; ATBP : antibioprophylaxie ; EOH : équipe opérationnelle d'hygiène ; ES : établissement de santé ; ISO : Infection du site opératoire ; PCO : préparation cutanée de l'opéré ; RAAC : réhabilitation améliorée après chirurgie

Actions suggérées :

- Réflexion sur la mise en place d'une consultation infirmière pour l'information des patients sur la phase préopératoire – cf. résultats de l'enquête PCO-DCF 2019-2020*
- Réévaluations à intervalles réguliers, sur l'ensemble des points ou ciblées sur les points critiques, après mise en place des mesures correctives
- Suivi de l'écologie bactérienne et surveillance des taux d'infections

Liens utiles (référéncés dans le texte par un astérisque*) :

- Rapport enquête Spicmi « PCO-DCF » 2019-2020 (Préparation cutanée de l'opéré – Désinfection chirurgicale des mains par friction) : <http://www.cpias-ile-de-france.fr/surveillance/spicmi/prevention/rapport-enquete-pco-dcf-avril2021.pdf>
- Audit Preop - Document d'aide au remplissage : <http://www.cpias-ile-de-france.fr/surveillance/spicmi/prevention/audit-preop/AuditPreop-grille-auditeur.pdf>
- Audit Preop - Diaporama de formation des auditeurs : <http://www.cpias-ile-de-france.fr/surveillance/spicmi/prevention/audit-preop/audit-preop-diaporama-auditeurs.pdf>
- Audit Preop - Foire aux questions (FAQ) : <http://www.cpias-ile-de-france.fr/surveillance/spicmi/prevention/audit-preop/audit-preop-faq.pdf>
- Audit Preop - Fichier d'exportation : fichier Excel fourni avec le fichier de saisie et rempli automatiquement
- Les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson : <https://applisoins.fr/a/soins-infirmiers-les-14-besoins-fondamentaux-de-virginia-henderson/>

Référentiels cités dans ce document

« SFAR 2018 » : Recommandations formalisées d'expert - Antibio prophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes) – 2018

« HAS 2018 » : Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » - version 2018

« SF2H 2016 » : Recommandations pour la pratique clinique – Antisepsie de la peau saine avant un geste invasif chez l'adulte - Mai 2016

« SF2H 2013 » : Mise à jour de la conférence de consensus – Gestion préopératoire du risque infectieux – Octobre 2013

« SF2H 2004 » : Conférence de consensus – Gestion préopératoire du risque infectieux – Mars 2004

« CTIN 1999 » : 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales - 1999

Abréviations : FAQ : foire aux questions ; HAS : Haute autorité de santé ; PCO : préparation cutanée de l'opéré ; SFAR : Société française d'anesthésie et de réanimation ; SF2H : Société française d'hygiène hospitalière

1- MODE D'HOSPITALISATION

Référentiel : CTIN 1999/100 recommandations/R63

Le ministère de la Santé invite à limiter la durée d'hospitalisation préopératoire et à privilégier la réalisation d'examen en externe

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p><u>Durées préopératoires</u> ≥ 48h</p> <p><i>Cf. rapport - tableau 2 (case en orange)</i></p>	<p>Colonisation des patients par des micro-organismes hospitaliers</p> <p>Une colonisation à MO hospitaliers résistants aux ATB pose plusieurs problèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptation de certaines mesures de prévention (ex : molécule différente pour l'ATBP pour les interventions concernées) - Infections plus difficiles à traiter (choix limité d'ATB) 	<p><i>Urgences différées</i></p>	<p><i>Normalement hors champ de cet audit</i></p>
		<p>Admission précoce en vue de réaliser différents examens préopératoires</p>	<p>S'assurer que la priorité est donnée à la réalisation d'examen en externe et à une limitation des examens redondants (doublons)</p>
		<p>Défaut de matériel ou problème de stérilisation obligeant à reporter l'intervention</p>	<p>Améliorer la gestion du matériel (anticipation des dysfonctionnements)</p>
		<p>Déprogrammation de l'intervention</p>	<p>Analyser les déprogrammations et en identifier les causes (patient, organisation, professionnels, technique, matériel, logistique...)</p>
<p>Abréviations : ATB : antibiotique(s) ; ATBP : antibioprophylaxie ; CTIN : Comité technique des infections nosocomiales ; MO : micro-organismes</p>			

2- PCO – DOUCHE PREOPERATOIRE

Référentiel : SF2H 2013

Argumentaire général/commun :

Douche : première étape de la PCO avec pour objectif de :

- permettre une **entrée au bloc** de patients propres (corps entier), principe appliqué à tout ce qui rentre en salle d'opération
- **faciliter la préparation cutanée** ultérieure réalisée au bloc opératoire (élimination préalable des souillures, réduction de la flore cutanée)

En éliminant les souillures du corps et les MO associés, on cherche à limiter les réservoirs cutanés de MO.

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p><u>Douche (ou toilette complète) non systématique (≠ 100%)</u></p> <p><i>Cf. rapport</i> <i>Point 1– résultat principal</i></p> <p><i>Identifier les douches manquantes (au moins une douche = non) dans le fichier d'exportation</i></p> <p><i>Suggestion : voir si lien avec le mode d'hospitalisation (ambulatoire ou conventionnel)</i></p>	<p>Diminution de l'efficacité de l'antiseptie</p> <p>L'élimination des souillures permet de garantir l'accès du produit ATS à l'épiderme à désinfecter et l'absence d'interférence dans son activité</p> <p>L'activité antibactérienne du produit ATS étant limitée à 5 log, il faut s'assurer de l'absence d'une quantité trop importante de MO sur la peau (< 10⁵). La douche y contribue pour partie.</p>	<p>Au niveau du patient (quel que soit le lieu de réalisation de la douche)</p> <p>Information insuffisante ou non adaptée du patient en amont de l'intervention (consultation chirurgicale, appel préopératoire)</p> <p>Degré d'autonomie du patient non évalué en consultation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Revoir /vérifier : <ul style="list-style-type: none"> - les messages délivrés par l'équipe chirurgicale +/- prescription - le contenu des documents laissés au patient (pédagogie/images...) ❖ S'assurer de la compréhension du patient (teach-back/faire-dire) ❖ Adapter les documents à différents profils de patient (barrière de la langue, pédagogie, ...) ❖ Envisager une implication du patient (demande au patient de rappeler aux professionnels la nécessité de réaliser une douche si n'a pas été le cas) ❖ Associer les RU à l'élaboration des documents destinés au patient <p>Accompagnement des patients à prévoir si problème d'autonomie – revoir évaluation des besoins fondamentaux du patient en consultation (cf. les 14 besoins fondamentaux Virginia Henderson)</p>
		<p>Au niveau des locaux (quel que soit le lieu de réalisation de la douche)</p> <p>-Problèmes techniques (coupure d'eau, eau chaude...) ou architecturaux (accessibilité)</p> <p>-Absence de douche dans le service</p>	<p>Prévoir des alternatives (gants de toilette pré-imprégnés...) en cas de problème de mise en œuvre</p>

		<p><u>Douche qui aurait dû être réalisée en ES</u> Au niveau du service d'hospitalisation : -absence de protocole -défaut de soin par oubli ou par méconnaissance du protocole de service (vacataires, nouveaux arrivants), -problématique d'organisation (surcharge de travail/sous-effectifs...) -changement dans l'ordonnancement du bloc opératoire -non vérifiée avant départ au bloc (préparation, traçabilité)</p> <p>Au niveau du bloc : absence d'interrogatoire patient et/ou de vérification de la traçabilité dans le DP</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Protocole existant, à jour, connu des professionnels, à mettre à jour le cas échéant ❖ Organisation à revoir ❖ Resensibilisation des professionnels voire formation puis évaluation ❖ CAT en cas de douche non réalisée ❖ Revoir l'utilisation adéquate et active de la check-list (1^{er} temps avant induction, point 4)
		<p><u>Douche qui aurait dû être réalisée à domicile</u> -oubli du patient ou absence de la consigne lors de l'appel préopératoire -manque de formation/éducation à l'hygiène -problème d'accès à l'eau, au savon (précarité) -non perception du risque infectieux -absence d'interrogatoire du patient à son arrivée</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Information et pédagogie (consultation /documents) Cf. détail 1^{ère} ligne ❖ Anticiper les difficultés de réalisation de la douche : à identifier lors de la consultation chirurgicale (et/ou infirmière si elle existe) et organiser une douche réalisée à l'hôpital (conventionnel ou ambulatoire) ❖ CAT en cas de douche non réalisée ❖ Prévoir la possibilité d'une douche à l'admission du patient si pas réalisée (UCA ou service de chirurgie) – organisation /protocole

Abréviations : ATS : antiseptique ; CAT : conduite à tenir ; DP : dossier patient ; ES : établissement de santé ; MO : micro-organismes ; PCO : préparation cutanée de l'opéré ; RU : représentant des usagers ; UCA : unité de chirurgie ambulatoire

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p><u>Douche éloignée de l'intervention</u></p> <p><i>Cf. rapport - figure 5</i> <i>Dernière douche réalisée la veille (couleur orange)</i></p>	<p>Recolonisation de la peau dès la fin de la douche et augmentant avec le temps</p> <p>Le délai occasionne un risque de nouvelles souillures et/ou de multiplication des MO sur la peau et donc de ne pas être dans les conditions initiales optimales.</p>	<p><u>Au niveau de l'organisation/programmation</u></p> <p>-défaut d'organisation du parcours patient -changement du programme opératoire ou de l'ordre de passage des patients</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Prévoir un délai maximum qui rende nécessaire la planification d'une nouvelle douche et l'organisation associée (selon analyse de risque local) – à intégrer au protocole PCO ❖ Formaliser le parcours patient
		<p><u>Au niveau du patient</u></p> <p>Information insuffisante ou non adaptée du patient en amont de l'intervention (consultation chirurgicale, appel préopératoire)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Revoir /vérifier : <ul style="list-style-type: none"> - les messages délivrés par l'équipe chirurgicale +/- prescription - le contenu des documents laissés au patient (pédagogie/images...) ❖ S'assurer de la compréhension du patient (teach-back/faire-dire) ❖ Adapter les documents à différents profils de patient (barrière de la langue, pédagogie, ...) ❖ Envisager une implication du patient (rappel de nécessité de douche aux professionnels si pas le cas) ❖ Associer les RU à l'élaboration des documents destinés au patient
<p>Abréviations : MO : micro-organismes ; PCO : préparation cutanée de l'opéré ; RU : représentant des usagers</p>			

3- PCO-TRAITEMENT DES PILOSITES

Référentiel : SF2H 2013/2004

La SF2H considère comme à risque infectieux la réalisation d'une dépilation, mais admet qu'elle peut être utile dans certains cas (bénéfice > risque)

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p><u>Dépilation réalisée sans justification (« sans motif déclaré »)</u></p> <p><i>Cf. rapport Point 2 - figure 8 (orange)</i></p> <p><i>Identifier les dépilations sans motif dans le fichier d'exportation</i></p> <p><i>Suggestion : voir si lien avec le mode d'hospitalisation (ambulatoire ou conventionnel)</i></p>	<p>Majoration du risque infectieux +/- altération barrière cutanée du site opératoire</p>	<p><u>Au niveau du protocole</u></p> <p>-Protocole ES qui n'a pas intégré les dernières recommandations (choix récent/non mise à jour)</p> <p>-Protocole ES intégrant les dernières recommandations mais existence d'un protocole service différent du protocole ES (choix de service)</p> <p>-Protocole indiquant une dépilation systématique ou ne décrivant pas des indications ciblées pour la dépilation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Réactualisation en fonction des dernières recommandations (SF2H 2013) ❖ Travail en commun avec les chirurgiens pour cibler les situations réellement concernées par une dépilation (zones à forte pilosité, distinction poil/duvet, ...) – Echange à organiser par l'EOH avec recherche de consensus au niveau de différentes commissions (CLIN, Conseil de bloc...)
		<p><u>Au niveau des professionnels</u></p> <p>-Pas de consensus</p> <p>-Décision prise par certains chirurgiens (critères individuels) - Prescription médicale</p> <p>-Maintien des habitudes/confort</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Proposition d'une démarche progressive (ex : 1^{ère} étape = réduction de la zone dépilée) ❖ Associer les chirurgiens à une réflexion locale sur les critères de dépilation ❖ Prescription (éventuellement protocolisée) ❖ Revoir les freins à l'arrêt de la dépilation systématique (cf. résultats enquête PCO-DCF*) ❖ Apporter des arguments pour justifier l'effort de changement : <ul style="list-style-type: none"> -Bénéfice du changement : gain de temps pour le personnel en charge pour d'autres actions, prévention du risque d'ISO, réduction de la quantité d'informations aux patients, gain financier en termes de consommables -Inconvénients du maintien de la dépilation : prise de risque infectieux/médico-légal
<p>Abréviations : CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales ; EOH : équipe opérationnelle d'hygiène ; ES : établissement ; ISO : infection du site opératoire ; PCO : préparation cutanée de l'opéré</p>			

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p>Dépilation réalisée sur initiative du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - réalisée alors que non prescrite - par rasage - par dépilation chimique <p><i>cf. rapport – Tableau 3</i></p> <p><i>Identifier les dépilations réalisées à l'initiative du patient (motif n° 1) dans le fichier d'exportation</i></p>	<p>Majoration du risque infectieux</p> <p>+/- altération barrière cutanée du site opératoire</p>	<p>Au niveau des patients</p> <p>Initiative patient par manque d'information ou habitude (sportifs, esthétique...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Revoir /vérifier : <ul style="list-style-type: none"> - les messages délivrés par l'équipe chirurgicale - le contenu des documents laissés au patient (pédagogie/images...) ❖ S'assurer de la compréhension du risque par le patient (teach-back/faire-dire) lors de la consultation ❖ Adapter les documents à différents profils de patient (barrière de la langue, pédagogie, ...)
<p>Dépilation réalisée au bloc</p> <p><i>Cf. rapport - figure 9 (3^{ème} bâton)</i></p> <p><i>Identifier les dépilations réalisées au bloc ainsi que le motif dans le fichier d'exportation</i></p> <p><i>Suggestion : voir si lien avec le mode d'hospitalisation (ambulatoire ou conventionnel)</i></p>	<p>Acte producteur de particules, contre-indiqué en salle d'intervention (=ZEM)</p>	<p>Professionnels</p> <p>Manque de vérification du site opératoire en amont (observation)</p> <p>Habitudes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Anticiper la réalisation de la dépilation en cas de zone à forte pilosité : à identifier lors de la consultation chirurgicale (et/ou infirmière si elle existe) et organiser les modalités de dépilation (quand, comment, où, par qui ?) de façon à éviter une réalisation en salle d'intervention ❖ Prévoir la possibilité d'une dépilation en zone d'accueil (en ambulatoire) ou en service de chirurgie (conventionnelle) en cas de patient nécessitant une dépilation (zone opératoire à forte pilosité) ❖ Revoir s'il s'agit d'interventions particulières pour lesquelles la dépilation est réalisée par le chirurgien (ex : neurochirurgie)
<p>Dépilation réalisée par rasage mécanique (hors initiative patient)</p>	<p>Méthode proscrite car la plus à risque du point de vue infectieux du fait de la</p>	<p>Matériels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rasoirs et lames toujours à disposition des professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Arrêt des commandes même si le matériel est toujours référencé

<p><i>Cf. rapport - figure 9 (couleur rouge)</i></p> <p><i>Dans le fichier d'exportation, repérer les cas où le motif de dépilation est différent de « initiative patient »</i></p>	<p>création de (micro) coupures/microlésions de la peau.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rasoirs à UU plus accessibles que les tondeuses (manche réutilisable, support de recharge électrique) (accessibilité) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Supprimer le référencement de ce matériel au bloc opératoire et vérifier régulièrement l'absence de ces matériels dans les réserves ❖ Resensibiliser les professionnels au risque d'utiliser un matériel de rasage ❖ Prévoir un nombre suffisant de tondeuses en fonction du secteur concerné, choisir des matériels ergonomiques (pivotant, ...) ; un nombre suffisant de lames à UU pour tondeuse ❖ Prendre appui sur les commissions locales en charge du matériel/choix/achat
		<p>Protocole Protocole non conforme aux recommandations en vigueur Méthode de dépilation non précisée dans le protocole</p>	<p>Réviser le protocole en tenant compte des méthodes préconisées à mettre en œuvre quand la dépilation est justifiée</p>
<p>Abréviations : UU : usage unique ; ZEM : zone à environnement maîtrisé</p>			

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p>Dépilation chimique (crème dépilatoire) (hors initiative patient)</p> <p><i>Cf. rapport - figure 9 (couleur bleue)</i></p> <p><i>Dans le fichier d'exportation, repérer les cas où le motif de dépilation est différent de « initiative patient »</i></p>	<p>Altération de l'état cutané du patient obligeant à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un respect des préconisations du fabricant (mode opératoire) - un test préalable à la recherche d'une réaction cutanée qui serait un obstacle à l'intervention. - une évaluation bénéfice/risque de l'intervention programmée si dépilation chimique réalisée <p>Argumentaire : La tonte est plus adaptée que la crème dépilatoire car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réalisée par des professionnels de santé, - plus facile à mettre en œuvre : pas de test préalable nécessaire, - permet une meilleure mise en œuvre en ciblant de façon optimale la zone opératoire concernée (qui doit être réduite au minimum). 	<p>Organisation En ambulatoire et parfois en hospitalisation, cette méthode permet d'alléger les procédures hospitalières préopératoires. En effet, elle est utilisée à domicile par le patient en amont de son hospitalisation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Revoir les indications de la dépilation chimique par rapport à la tonte. En effet, elle ne fait pas l'objet d'un positionnement de la SF2H (« aucune recommandation ») comme celui de la tonte qui est à privilégier. ❖ En cas d'utilisation de cette méthode, vérifier l'aptitude du patient à la réaliser ainsi que la transmission des informations nécessaires à sa bonne mise en œuvre (en particulier un timing tenant compte de la réalisation du test cutané).

4- PCO – DETERSION/NETTOYAGE

Référentiels : SF2H 2013, SF2H 2016

Argumentaire :

Objectif du nettoyage/de la déterision :

- avoir une peau propre (élimination des souillures), de façon à garantir l'efficacité de l'antiseptie ultérieure (activité antimicrobienne) au niveau de la zone opératoire
- réduire la flore transitoire

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p><u>Pas de nettoyage ou déterision quand souillure visible</u> (critique)</p> <p><i>Cf. rapport - tableau 4 (case en rouge)</i></p>	<p>Inefficacité de l'ATS</p> <p>Argumentaire :</p> <p>Souillures :</p> <ul style="list-style-type: none"> - obstacle physique à l'application d'un ATS (« on ne désinfecte que ce qui est propre ») : empêche l'accès aux zones de peau concernées - inefficacité de l'ATS : perte d'efficacité en présence de substances organiques (inhibition de l'activité antimicrobienne). - potentiellement contaminées (niche à MO) - humidité = obstacle à l'application de l'ATS (peau sèche = prérequis). 	<p><u>Au niveau des professionnels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de définition officielle/nationale de la souillure (problème d'exhaustivité, d'évaluation des risques associés) - Souillures non identifiées dans le protocole local (problème d'identification, définition, place de la sueur....) - Difficultés individuelles à identifier ce qu'est une souillure (cf. nombre de cas où souillures non renseignées dans rapport d'audit ou le fichier d'exportation) - Absence de formation/sensibilisation à la maîtrise du risque infectieux et aux critères d'efficacité des ATS - Absence de protocole - Protocole insuffisamment précis (critères de nettoyage/déterision) - Méconnaissance du protocole 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Revoir le protocole : CAT notamment en cas de quantité importante de sueur, nettoyage peut s'avérer nécessaire pour éviter dilution de l'ATS +/- interférence ❖ Prévoir localement une liste de ce qui peut être considéré comme souillures. Des exemples ont été cités dans des documents associés à l'audit Preop (aide au remplissage* et diaporama de formation des auditeurs*) ❖ Former le personnel

Abréviations : ATS : antiseptique ; CAT : conduite à tenir ; MO : micro-organismes

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p><u>Nettoyage maintenu systématiquement</u> (alors que nettoyage/déterSION non retenu en routine au sein du protocole ES)</p> <p><i>Cf. rapport - tableau 4 Colonne « avec nettoyage ou détersion »</i></p> <p><i>Identifier ce résultat dans le fichier d'exportation</i></p> <p><i>Suggestion : voir si lien avec</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - le mode d'hospitalisation (ambulatoire ou conventionnel) -le lieu de réalisation de la douche (ES ou à domicile) 	<p>Pas de risque infectieux à proprement parler</p> <p>Mais possible écart entre pratiques et protocole local</p>	<p>Protocole mis à jour mais pratiques réalisées contrairement aux recommandations locales</p> <p>Ce peut être en lien avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> -la réalisation d'une douche à domicile le jour-même +/- maîtrisée (cf. ambulatoire +/- conventionnel/J0) (choix d'ES) -le maintien d'une seule douche préopératoire avec du savon doux (changement progressif) -une dépilation réalisée au bloc (non attendu) <ul style="list-style-type: none"> ➔ Cf. fichier d'exportation <p>Demande du/des chirurgiens</p> <p>Scepticisme vis-à-vis des recommandations (efficacité du savon ATS/savon doux, prérequis à l'antisepsie...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Réflexion d'équipe sur les pratiques ❖ Identification des freins des EMC pour l'arrêt de la détersion (cf. résultats enquête Spicmi PCO-DCF*)
<p>Abréviations : ATS : antiseptique ; DCF : désinfection chirurgicale des mains par friction ; EMC : équipe médico-chirurgicale ; ES : établissement ; PCO : préparation cutanée de l'opéré</p>			
<p>Précision : J0 : mode d'hospitalisation conventionnel avec admission le jour de l'intervention</p>			

5- PCO - ANTISEPSIE/DESINFECTION DE LA ZONE D'INCISION

Référentiels : SF2H 2013, SF2H 2016, HAS 2018

Argumentaire : l'objectif principal est d'éviter l'introduction de MO dans la plaie opératoire

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p>Antiseptie non réalisée (exceptionnel en principe)</p> <p><i>Cf. rapport Point 4 au-dessus du résultat principal</i></p>	<p>Majoration du risque d'ISO</p>	<p><i>Urgence vitale absolue</i></p>	<p><i>Hors champs de l'audit</i></p>
<p>ATS alcoolique insuffisamment utilisé</p> <p><i>Cf. rapport Point 4 - résultat principal</i></p>	<p>Diminution de l'efficacité de l'ATS sur les MO ciblés</p> <p>Argumentaire :</p> <p><u>Produits aqueux : inconvénients</u> sur peau saine -action et évaporation sont moins rapides : la tendance peut être de vouloir accélérer le séchage et donc risque de ne pas respecter le délai d'action nécessaire avec pour conséquence une inefficacité du produit. - risque plus élevé de contamination</p> <p><u>Produits alcooliques : avantages</u> -délai d'action et d'évaporation rapides (gain en temps et efficacité), -synergie d'action (effet cumulé de l'alcool et de l'antiseptique)</p>	<p>Zone opératoire proche d'une muqueuse, indication pour une solution ATS aqueuse</p>	<p>Vérifier qu'il ne s'agit pas d'une zone opératoire proche d'une muqueuse (tolérance d'utilisation d'un ATS aqueux) – cf. intitulé acte chirurgical (grille/fichier d'exportation).</p>
		<p>Au niveau des professionnels</p> <p>Crainte de brûlures (hors risque infectieux)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Formation des professionnels (internes...) : revoir bonnes pratiques d'application de l'ATS (problèmes : sans support/orthopédie ou quantité importante déposée/thoracique). ❖ Revoir les supports écrits/protocoles ❖ Rappeler que l'efficacité de l'ATS n'est pas liée à la quantité appliquée mais à la couverture uniforme, au respect du délai de contact et au mode d'application (support/action mécanique). ❖ Au moment du drapage, impératif de s'assurer de l'absence de coulure, de produit dans les plis cutanés et de flaques sur/sous les champs à risque en cas d'utilisation de générateurs chirurgicaux ❖ Evaluer connaissance des professionnels concernant les générateurs chirurgicaux (cf. GDR, Biomed)

		Habitude d'utiliser un ATS aqueux	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Resensibiliser les professionnels aux avantages des produits alcooliques et inconvénients des formes aqueuses ❖ Accompagner l'effort du changement et rassurer sur les inquiétudes/ lever les freins et obstacles (cf. résultats enquête PCO-DCF*).
<p>Utilisation de produits hors gammes CHX ou PVPi (sur peau saine)</p> <p><i>Cf. fichier d'exportation (« autres produits »)</i></p>	<p>Antiseptie d'efficacité partielle/non optimale</p> <p>Argumentaire : problème des produits</p> <ul style="list-style-type: none"> - non indiqués pour la PCO - ne correspondant pas aux recommandations de la SF2H - sans AMM médicament (ancien produit) - d'efficacité insuffisante (ATS mineurs, aqueux à faible concentration en principes actifs) 	Produits non adaptés à l'antiseptie/désinfection disponibles au bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Revoir avec la pharmacie et les commissions locales concernées (respect du bon usage des produits pharmaceutiques) via le Comedims CLIN/CME/comité qualité « bloc » ❖ Revoir la dotation du bloc pour limiter la présence d'ATS non adaptés aux activités ❖ Resensibiliser les professionnels aux ATS et leurs indications (ex : voie haute/voie basse : 2 types d'ATS différents) ❖ Présenter aux équipes les produits disponibles et à utiliser dans l'ES. Prévoir une fiche ES imagée des produits disponibles ou un guide du bon usage des ATS avant acte invasif (livret régulièrement actualisé en partenariat avec la Pharmacie)
<p>Abréviations : AMM : autorisation de mise sur le marché ; ATS : antiseptique ; CHX : chlorhexidine ; CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales ; CME : commission médicale d'établissement ; ES : établissement de santé ; GDR : gestionnaire de risque ; HAS : Haute autorité de santé ; MO : micro-organismes ; PCO : préparation cutanée de l'opéré ; PVPi : polyvidone iodée</p>			

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p><u>Application de l'ATS non large</u></p> <p><i>Cf. rapport - figure 13</i></p>	<p>Introduction de MO de la peau du patient au niveau de la plaie opératoire.</p> <p>Argumentaire : Une zone assez large de peau autour de la plaie est susceptible d'être en contact avec des dispositifs médicaux stériles (compresses, champs, écarteurs, ...) et les instruments ou les gants des opérateurs, ce qui rend impératif de la désinfecter pour éviter toute rupture d'asepsie.</p>	<p>Défaut d'évaluation de l'étendue de la zone opératoire concernée (mise en place du drapage).</p> <p>Défaut d'anticipation de la mise en place d'un drainage ou des pansements.</p> <p>Méconnaissance de la technique de drapage et d'installation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Revoir si ce point est bien précisé dans le protocole ❖ Resensibiliser l'ensemble des professionnels aux bonnes pratiques d'application et de séchage de l'ATS. ❖ Revoir les fiches spécifiques à chaque intervention en veillant à ce que ce point soit précisé. ❖ Délimitation possible de la zone opératoire par le chirurgien (marquage) ou schéma indicatif dans la procédure. ❖ Revoir formation des internes et encadrement/vérification par l'Ibode
<p><u>Application de l'ATS sans support*</u></p> <p><i>Cf. rapport - figure 13</i></p> <p><i>*ni compresse, ni tampon sur pince stérile, ni applicateur (cf. diaporama de formation des auditeurs, diapo 31)</i></p>	<p>Brûlures et efficacité insuffisante de l'ATS</p> <p>Argumentaire : Une antiseptie efficace correspond en principe à une action chimique et mécanique. En versant le produit directement du flacon sur la peau du patient, il n'y a pas l'effet mécanique attendu. De plus, le liquide peut prendre des directions non maîtrisées ne couvrant pas toute la zone opératoire et pouvant être à l'origine de flaques de produit entraînant un risque de brûlures.</p>	<p>Pour des grandes surfaces de peau, cette pratique est adoptée par certaines équipes pour un gain de temps, avec l'impression de réaliser une bonne antiseptie via une quantité importante de produit.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Revoir si ce point est bien précisé dans le protocole ❖ Rappeler aux professionnels qu'une application correcte de l'antiseptique n'est pas liée à la quantité de produit mais à la qualité du geste : couvrir toute la zone, avec une action mécanique (contribuant à l'efficacité) sans excès pour tenir compte des autres risques qu'infectieux, et avec une durée de contact suffisante. ❖ Souligner qu'une grande quantité versée sur la peau met plus de temps à sécher (même avec un produit alcoolique) et que l'on est censé attendre son séchage avant incision. ❖ Mettre en garde vis-à-vis des jerseys chirurgicaux stériles, posés sur peau encore humide du fait de la grande quantité d'antiseptique, sans attente du séchage (cf. FAQ – Q n° 3) ❖ S'assurer de la gestion des stocks de supports
<p>Abréviations : ATS : antiseptique ; FAQ : foire aux questions ; MO : micro-organismes</p>			

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p><u>Application ne débutant pas par la ligne d'incision</u></p> <p><i>Cf. rapport - figure 13</i></p>	<p>Introduction de MO au niveau de la plaie</p> <p>Argumentaire : Commencer par la périphérie entraîne mécaniquement un déplacement des MO vers la ligne d'incision, zone la plus critique du point de vue infectieux.</p> <p>Débuter par la ligne d'incision permet de limiter l'apport de MO des zones adjacentes et de garantir un temps de contact optimal avec l'ATS.</p>	<p><u>Au niveau des professionnels</u> Méconnaissance du principe de base</p> <p><u>Au niveau du produit utilisé</u> Voir s'il s'agit du produit ayant une procédure d'application spécifique (une seule éponge, plusieurs aller-retour, friction).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rappeler ce qui est attendu : <ul style="list-style-type: none"> - premier tampon : appliquer l'antiseptique sur la ligne d'incision - tampons suivants : appliquer l'ATS sur les zones autour de la ligne d'incision ❖ Mise en garde lors de la chirurgie des membres supérieurs ou inférieurs (orthopédie/vasculaire) où la pose de jerseys chirurgicaux stériles fait parfois commencer l'antiseptie par l'extrémité des membres. (cf. FAQ Q n° 3)
<p>Abréviations : ATS : antiseptique ; FAQ : foire aux questions ; MO : micro-organismes</p>			

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p>Séchage :</p> <p><i>Cf. rapport - figure 13</i></p> <p><u>non spontané, non naturel</u></p> <p><u>non complet</u> (incision sur peau encore humide)</p>	<p>Efficacité antimicrobienne de l'ATS partielle par rapport à l'attendu</p> <p>Argumentaire :</p> <p>Le fait d'accélérer le séchage par ventilation ou tamponnement peut conduire à une durée insuffisante de contact avec l'ATS.</p> <p>Le fait d'inciser avant le séchage de l'ATS est responsable d'une durée insuffisante de contact avec l'ATS.</p>	<p>-Méconnaissance des conditions d'efficacité des ATS</p> <p>-Recherche d'un gain de temps</p> <p>-Maintien de l'habitude prise avec un ATS aqueux, appliquée même avec un ATS alcoolique</p> <p>Séchage jugé trop long du fait :</p> <p>-d'une application en trop grande quantité de l'ATS</p> <p>-de l'utilisation d'un produit aqueux long à sécher</p> <p>Séchage dans un contexte de recherche d'un meilleur collage des champs</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Revoir les modalités d'application de l'ATS (quantité déposée, tampon pas trop imprégné,..) ❖ Changer d'ATS et opter pour un produit alcoolique ❖ Revoir si le séchage forcé concerne l'ensemble de la zone opératoire ou seulement l'emplacement des bandes collantes du champ/drapage opératoire. ❖ Revoir les différentes trousse de drapage opératoire (propriétés adhésives).
<p>Abréviations : ATS : antiseptique</p>			

6- ANTIBIOPROPHYLAXIE

Référentiel : SFAR 2018

L'ATBP diminue d'environ 50% le risque d'infection du site opératoire. La SFAR a identifié et actualisé en 2018 la liste des interventions nécessitant de façon incontournable une ATBP pour limiter le risque d'ISO (en particulier pour les interventions de classe 1 et 2 d'Altemeier).

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p><u>Non-réalisation d'une ATBP indiquée par la SFAR</u></p> <p><i>Cf. rapport - Tableau 6 (case en rouge)</i></p>	<p>Infection du patient et risque médico-légal pour l'ES/les professionnels.</p> <p>Argumentaire : Le but de l'ATBP est d'obtenir, avant l'incision, une certaine quantité d'agent antimicrobien au sein de la zone opérée pour détruire les MO introduits malencontreusement lors de l'intervention (flore du patient ou flore environnementale ou contamination via le matériel, les opérateurs, en principe limités au maximum).</p>	<p>Oubli au moment de sa réalisation</p> <p>Non-utilisation optimale de la check-list</p> <p>Absence de prescription réalisée lors de la consultation d'anesthésie Absence de protocole local ou d'actualisation du protocole (RFE 2018)</p> <p>Prescription non présente dans le DP</p> <p>Non-connaissance des recommandations et du protocole local par les personnels intérimaires</p> <p>Scepticisme/désaccord vis-à-vis des recommandations</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Revoir l'utilisation adéquate et active de la check-list ❖ Protocole ATBP à revoir par rapport aux recommandations en vigueur (mise à jour 2018) – réflexion multidisciplinaire (anesthésistes, infectiologues, pharmaciens, hygiénistes) ❖ Resensibiliser les anesthésistes au bon usage des ATB et à leur prescription (collaboration EOH, pharmacie et comités spécialisés ad hoc). ❖ Revoir la possibilité d'intégrer ces paramètres dans le DPI ❖ Revoir la bonne tenue du DP ❖ Revoir les modalités de prise de connaissance du protocole local par les intérimaires en vacation (organisation, accès, aux documents ...)
<p>Abréviations : ATB : antibiotique(s) ; ATBP : antibioprophylaxie ; DP (I) : dossier patient (informatisé) ; EOH : équipe opérationnelle d'hygiène ; ES : établissement de santé ; ISO : infection du site opératoire ; RFE : recommandations formalisées d'experts ; MO : micro-organisme ; SFAR : société française d'anesthésie-réanimation</p>			

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p>Réalisation d'une ATBP non indiquée par la SFAR</p> <p><i>Cf. rapport - Tableau 6 (case en orange)</i></p> <p><i>Résultat en case blanche : identifier dans les grilles papier les cas de réalisation d'une ATBP après incision (heure d'administration > heure d'incision)</i></p>	<p>Développement de l'antibiorésistance</p> <p>Argumentaire : L'administration d'un ATB hors indication SFAR relève d'une démarche « empirique » (ATB avec AMM pour une ATBP ? critères de choix de la molécule et de la dose ?) et potentiellement associé à un risque d'ATBR +/- écart au bon usage. Même en cas d'administration de courte durée, une sélection de MO résistants est possible.</p>	<p>Elle peut relever d'un choix local pour un nombre limité de situations (profil patient, type d'interventions), les RFE de la SFAR n'étant pas toujours suffisamment précises pour certaines indications.</p> <p>Motivée par crainte d'un risque d'ISO même si non identifié par la SFAR (protection vis-à-vis du risque médico-légal) – méconnaissance des risques réels.</p> <p>Par anticipation de l'évolution d'une intervention vers un acte nécessitant une ATBP (justifié ; non pris en compte actuellement par la SFAR)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Vérifier que les ATBP du protocole local s'écartant du référentiel national suite à une réflexion interne (hors recommandations SFAR) sont justifiées par écrit. ❖ Réévaluer avec les professionnels les risques réels d'ISO en lien avec les RFE, la littérature et conditions d'exercice local. ❖ Anticipation à spécifier dans protocole ES
<p>ATB administré pour des interventions de classe Altemeier 3 ou 4</p> <p><i>Cf. rapport</i> <i>Résultats sous la figure 14</i></p>	<p>Inefficacité des molécules à visée préventive pour une chirurgie de classe 3 ou 4</p> <p>Argumentaire : En classe 3 et 4, la présence d'une contamination ou d'une infection oblige à prévoir une ATBT en amont de l'intervention, démarche différente de l'ATBP. Empirique si réalisée juste avant intervention en l'absence de réalisation d'un antibiogramme, l'ATBT est rectifiée dès que possible. Elle a une durée potentiellement plus longue que l'ATBP.</p>	<p>-Pour la classe 3, voir s'il s'agit éventuellement d'une intervention en chirurgie colorectale car certaines interventions peuvent bénéficier d'une ATBP (cf. RFE SFAR).</p> <p>-Choix erroné de molécule : utilisation d'une molécule à visée prophylactique à la place d'une molécule curative</p> <p>-Administration d'une molécule utilisable dans les deux indications (ATBP et ATBT) (ex : Augmentin, mais dose différente en principe).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identifier une éventuelle erreur au niveau de la classification de l'intervention sur la grille d'audit (en amont de la saisie en principe). ❖ Revoir les molécules utilisées en fonction de l'indication : ATBT ou ATBP ❖ Analyse des causes locales
<p>Abréviations : AMM : autorisation de mise sur le marché ; ATB : antibiotique(s) ; ATBP : antibioprophylaxie ; ATBR : antibiorésistance ; ATBT : antibiothérapie ; EMC : équipe médico-chirurgicale ; ES : établissement de santé ; ISO : infection du site opératoire ; MO : micro-organismes ; RFE : recommandations formalisées d'experts ; SFAR : société française d'anesthésie-réanimation</p>			

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p><u>Molécule différente de la SFAR</u></p> <p><i>Cf. rapport Point 2 - Résultat principal, résultats en dessous et fichier d'exportation</i></p>	<p>Inefficacité sur les MO ciblés par la SFAR</p> <p>Argumentaire : La liste des molécules préconisées en ATBP par la SFAR est issue d'une réflexion basée sur une revue de la littérature et d'un retour d'expérience des experts rédacteurs (RFE). Ces molécules sont le meilleur compromis trouvé à un temps donné pour chaque type d'intervention. Utiliser une molécule différente de celles préconisées par la SFAR correspond à une démarche « empirique » donc non dénuée de risques, en termes d'efficacité et potentiellement d'ATBR (cf. « réalisation d'une ATBP non indiquée par la SFAR »)</p>	<p>Non actualisation du protocole vis-à-vis du référentiel SFAR de 2018.</p> <p>Force des habitudes</p> <p>Utiliser des molécules différentes peut être lié à la prise en compte de l'écologie locale par spécialité ou des caractéristiques de certains patients</p> <p>Rappel : les RFE de la SFAR prévoient des molécules de substitution en cas de patients allergiques aux molécules de 1^{ère} intention.</p>	<p>Protocole à actualiser</p> <p>Vérifier qu'il ne s'agit pas de l'administration en préopératoire d'un ATB dans le cadre d'une antibiothérapie, qui aurait dû être cochée « non car antibiothérapie déjà en cours » au niveau de la grille d'évaluation (question 3). Vérifier si besoin la classe Altemeier de l'intervention (cf. grille).</p> <p>Vérifier que cette démarche, qui s'écarte du référentiel national, est justifiée par écrit, notamment par anticipation de problématiques médico-légales.</p> <p>Rendre accessible et s'assurer de la prise de connaissance du protocole par les vacataires.</p>
<p><u>Dose différente de la SFAR pour une molécule donnée ou non adaptée à l'obésité et au poids du patient</u></p> <p><i>Cf. rapport Point 3- résultat principal et tableau 7 + fichier d'exportation</i></p> <p><i>Pour la gentamicine et la vancomycine (posologie poids-dépendante) : cf. fichier d'exportation</i></p>	<p>Inefficacité de l'ATBP</p> <p>Plusieurs cas peuvent se présenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> -dose non doublée par rapport à la dose thérapeutique, -dose non quadruplée chez le patient en obésité sévère et de poids de plus de 100 kg (bétalactamines) - dose non augmentée pour la Clindamycine (900/1200 mg) pour certaines interventions de chirurgie bariatrique 	<ul style="list-style-type: none"> -Dose non précisée dans le protocole -Dose non connue des professionnels/intérimaires -Erreur/confusion de molécules lors de la prescription -Erreur dans le calcul de la dose (posologie par kg) lors de l'administration 	<p>Revoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ si le protocole prévoit, pour un acte chirurgical donné, la ou les molécules et la posologie précise associée, les doses prévues en cas de patient ayant un IMC > 35 kg/m² et un poids de plus de 100 kg ❖ quelle valeur de poids et taille ou de l'IMC est prise en compte lors de l'administration ❖ mode et moment de recueil ou mesure du poids (consultation, jour de l'intervention...) ❖ si le formulaire prévoit le recueil du poids et de l'IMC avec une alerte sur 100 kg et 35 kg/m² ❖ la présence et l'utilisation de balances en consultation anesthésique
<p>Abréviations : ATB : antibiotique(s) ; ATBP : antibioprophylaxie ; ATBR : antibiorésistance ; IMC : indice de masse corporelle ; MO : micro-organismes ; RFE : recommandations formalisées d'experts ; SFAR : société française d'anesthésie-réanimation</p>			

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p><u>Délai d'administration de l'ATB éloigné de 30 minutes</u></p> <p><i>Cf. rapport - tableau 8 et figure 16</i></p> <p><i>Suggestion : voir si lien avec</i></p> <p><i>- le mode d'hospitalisation (ambulatoire ou conventionnel)</i></p> <p><i>- le lieu de d'administration de l'ATBP</i></p>	<p>Efficacité partielle, sub-optimale en lien avec délai très court ou très long</p> <p>Argumentaire :</p> <p><u>Délai très court</u> : produit pas encore totalement diffusé au niveau des tissus-cibles</p> <p><u>Délai très long</u> : produit qui est déjà en partie éliminé</p> <p>Maitrise possible du timing :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'organisation s'appuie en principe sur des indicateurs de fonctionnement (parcours patient) - emplacement des produits 	<p>Articulation non optimale avec l'anesthésie (respect des 5-10 min indiquées par la SFAR ?) Défaut d'évaluation du parcours patient</p> <p>Le délai peut dépendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de l'heure d'arrivée du patient - de la nécessité de poser un CVP (de préférence au bloc/anesthésiste) <p><u>Délai très court</u> entre administration/incision : réalisé en salle d'opération.</p> <p>Si oubli : récupération en théorie possible via check-list</p> <p>Non anticipation d'une perfusion de longue durée (ex : vancomycine)</p> <p><u>Délai très long</u> entre administration/incision :</p> <ul style="list-style-type: none"> - installation très longue - durée de l'intervention précédente - matériel non disponible - attente de l'EMC (consultations, plusieurs tâches autre que vacations, sous-effectif ...) <p>Problèmes supplémentaires : refroidissement du patient, augmentation de la durée de l'anesthésie générale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Protocole/fiches techniques précisant les modalités d'administration des ATB, diffusés aux anesthésistes/lade, voire à l'ensemble de l'EMC. ❖ Revoir l'utilisation adéquate et active de la check-list ❖ Revoir : <ul style="list-style-type: none"> - l'organisation du parcours patient - la question du lieu d'administration - l'emplacement des produits d'anesthésie ❖ Réfléchir à l'articulation avec l'anesthésie, ce qui permet de détecter des problèmes d'allergie et de s'assurer d'un temps minimum de diffusion de l'ATB avant incision. ❖ Revoir les molécules concernées par ce délai/cas particulier de la vancomycine (perfusion longue de 2h) ou d'autres molécules administrées en perfusion.
<p>Abréviations : ATB : antibiotique(s) ; CVP : cathéter veineux périphérique ; EMC : équipe médico-chirurgicale ; SFAR : Société française d'anesthésie et de réanimation</p>			