

## Observation des pratiques préopératoires au bloc de chirurgie

### Audit « PREOP » : Préparation cutanée de l'opéré

#### Aide à l'interprétation des résultats et à l'identification des axes d'amélioration (plan d'actions)

**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<sup>ère</sup> 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 qu'un protocole PCO est bien présent dans l'ES, issu d'une concertation multidisciplinaire (EOH/EPRI, équipe médico-chirurgicale, infectiologues, pharmaciens), validé, s'appuyant sur des référentiels, diffusé, accessible, connu 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/EPRI.
- **Collaboration** : ne pas hésiter à associer à la démarche d'amélioration les différents experts locaux spécialisés et concernés (référents 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** : EOH : équipe opérationnelle d'hygiène ; EPRI : équipe de prévention du risque infectieux ; 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) : <https://www.cpias-ile-de-france.fr/spicmi/prevention/rapport-enquete-pco-dcf-avril2021.pdf>
- Audit Preop - Document d'aide au remplissage : <https://www.cpias-ile-de-france.fr/spicmi/prevention/audit-preop/AuditPreop-guide-auditeur.pdf>
- Audit Preop - Diaporama de formation des auditeurs : <https://www.cpias-ile-de-france.fr/spicmi/prevention/audit-preop/audit-preop-diaporama-auditeurs.pdf>
- Audit Preop - Foire aux questions (FAQ) : <https://www.cpias-ile-de-france.fr/spicmi/prevention/audit-preop/audit-preop-faq-V2.pdf>
- Audit Preop - Fichier d'exportation : onglet du fichier Excel de saisie intitulé « Base ES » et contenant l'ensemble des données saisies (transmis sur demande)
- Les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson : <https://www.espacesoignant.com/infirmier/ue-4.1-soins-confort-et-de-bien-etre/14-besoins-fondamentaux-de-virginia-henderson>

**Référentiels cités dans ce document**

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

« SF2H 2016 » : Recommandations pour la pratique clinique – Antiseptie 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 ; 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'examens en externe

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p><b><u>Durées préopératoires</u></b> <b>≥ 48h</b></p> <p><i>Cf. Rapport - Tableau 2 (case en orange)</i></p>	<p><b>Colonisation des patients par des micro-organismes hospitaliers</b></p> <p>Une colonisation à MO hospitaliers, notamment ceux résistants aux ATB, pose plusieurs problèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adaptation de certaines mesures de prévention (ex : molécule différente pour l'ATBP pour les interventions concernées)</li> <li>- infections plus difficiles à traiter (choix limité d'ATB)</li> </ul>	<p><i>Urgences différées</i></p>	<p><i>Normalement hors champ de cet audit</i></p>
		<p>Admission précoce en vue de réaliser différents <b>examens préopératoires</b></p>	<p>S'assurer que la priorité est donnée à la réalisation d'examens en externe et à une limitation des examens redondants (doublons)</p>
		<p><b>Défaut de matériel</b> ou problème de stérilisation obligeant à reporter l'intervention</p>	<p>Améliorer la gestion du matériel (anticipation des dysfonctionnements)</p>
		<p><b>Déprogrammation de l'intervention</b></p>	<p>Analyser les déprogrammations et en identifier les causes (patient, organisation, professionnels, technique, matériel, logistique...)</p>
<p><b>Abréviations</b> : 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><b><u>Douche (ou toilette complète) non systématique (≠ 100%)</u></b></p> <p><i>Cf. Rapport – 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><b>Diminution de l'efficacité de l'antisepsie</b></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 (&lt; 10<sup>5</sup>). La douche y contribue pour partie.</p>	<p><b>Au niveau du patient</b> (quel que soit le lieu de réalisation de la douche)</p> <p><b>Information</b> insuffisante ou non adaptée du patient en amont de l'intervention (consultation chirurgicale, appel préopératoire)</p> <p>Degré <b>d'autonomie</b> du patient non évalué en consultation</p> <p><b>Au niveau des locaux</b> (quel que soit le</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Revoir /vérifier : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les messages délivrés par l'équipe chirurgicale +/- prescription</li> <li>- le contenu des documents laissés au patient (pédagogie/images...) –</li> </ul> </li> <li>❖ Associer les RU à l'élaboration des documents destinés au patient</li> <li>❖ S'assurer de la compréhension du patient (teach-back/faire-dire)</li> </ul> <p><b><i>Cf. Enquête FIPP et guide d'élaboration et de contrôle des supports d'information proposés par Spicmi</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Adapter les documents à différents profils de patient (barrière de la langue, pédagogie, ...)</li> <li>❖ 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)</li> </ul> <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>Prévoir des alternatives (ex : gants de toilette pré-</p>

		<p>lieu de réalisation de la douche) -Problèmes techniques (coupure d'eau, eau chaude...) ou architecturaux (accessibilité) -Absence de douche dans le service ou à domicile</p>	<p>imprégnés...) en cas de problème de mise en œuvre</p>
		<p><b><u>Douche qui aurait dû être réalisée en ES</u></b> <b>Au niveau du service d'hospitalisation :</b> -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><b>Au niveau du bloc :</b> absence d'interrogatoire patient et/ou de vérification de la traçabilité dans le DP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Protocole existant, à jour, connu des professionnels, à mettre à jour le cas échéant</li> <li>❖ Organisation à revoir</li> <li>❖ Resensibilisation des professionnels voire formation puis évaluation</li> <li>❖ CAT en cas de douche non réalisée</li> <li>❖ Revoir l'utilisation adéquate et active de la checklist (1<sup>er</sup> temps avant induction, point 4)</li> </ul>
		<p><b><u>Douche qui aurait dû être réalisée à domicile</u></b> -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"> <li>❖ Information et pédagogie (consultation /documents) Cf. détail 1<sup>ère</sup> ligne du tableau page précédente</li> <li>❖ 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)</li> <li>❖ CAT en cas de douche non réalisée</li> <li>❖ Prévoir la possibilité d'une douche à l'admission du patient si pas réalisée (UCA ou service de chirurgie/d'accueil) – organisation /protocole</li> </ul>
<p><b>Abréviations :</b> ATS : antiseptique ; CAT : conduite à tenir ; DP : dossier patient ; ES : établissement de santé ; MO : micro-organismes ; PCO : préparation cutanée de l'opéré ;</p>			

RU : représentant des usagers ; UCA : unité de chirurgie ambulatoire

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p><b><u>Douche éloignée de l'intervention</u></b></p> <p><i>Cf. Rapport – Point 1 Figure 5 : Dernière douche réalisée la veille (couleur orange)</i></p>	<p><b>Recolonisation de la peau dès la fin de la douche et augmentant avec le temps</b></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><b><u>Au niveau de l'organisation/programmation</u></b></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"> <li>❖ 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</li> <li>❖ Formaliser le parcours patient</li> </ul>
		<p><b><u>Au niveau du patient</u></b></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"> <li>❖ Revoir /vérifier :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- les messages délivrés par l'équipe chirurgicale +/- prescription</li> <li>- le contenu des documents laissés au patient (pédagogie/images...)</li> </ul> </li> <li>❖ S'assurer de la compréhension du patient (teach-back/faire-dire)</li> <li>❖ Adapter les documents à différents profils de patient (barrière de la langue, pédagogie, ...)</li> <li>❖ Envisager une implication du patient (rappel de nécessité de douche aux professionnels si pas le cas)</li> <li>❖ Associer les RU à l'élaboration des documents destinés au patient</li> </ul>
<p><b>Abréviations :</b> 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><b><u>Dépilation réalisée sans justification (« sans motif déclaré »)</u></b></p> <p><i>Cf. Rapport - Point 2 Figure 8 (part en 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><b>Majoration du risque infectieux +/- altération barrière cutanée du site opératoire</b></p>	<p><b><u>Au niveau du protocole</u></b></p> <p>-<b>Protocole ES</b> qui n'a pas intégré les dernières recommandations (choix récent/non mise à jour)</p> <p>-<b>Protocole ES</b> intégrant les dernières recommandations mais existence d'un <b>protocole service</b> différent du protocole ES (choix de service)</p> <p>-<b>Protocole</b> indiquant une dépilation systématique ou ne décrivant pas des indications ciblées pour la dépilation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Réactualisation en fonction des dernières recommandations (SF2H 2013)</li> <li>❖ 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/l'EPRI avec recherche de consensus au niveau de différentes commissions (CLIN, Conseil de bloc...)</li> </ul>
		<p><b><u>Au niveau des professionnels</u></b></p> <p>-Pas de consensus</p> <p>-Décision prise par certains chirurgiens (critères individuels) - Prescription médicale</p> <p>-Maintenance des habitudes/confort</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Proposition d'une démarche progressive (ex : 1<sup>ère</sup> étape = réduction de la zone dépilée)</li> <li>❖ Associer les chirurgiens à une réflexion locale sur les critères de dépilation</li> <li>❖ Prescription (éventuellement protocolisée)</li> <li>❖ Revoir les freins à l'arrêt de la dépilation systématique (cf. résultats enquête PCO-DCF*)</li> <li>❖ Apporter des arguments pour justifier l'effort de changement : <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Bénéfice du changement</b> : 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</li> <li>-<b>Inconvénients du maintien de la dépilation</b> : prise de risque infectieux/médico-légal</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Abréviations</b> : CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales ; EOH : équipe opérationnelle d'hygiène ; EPRI : équipe de prévention du risque infectieux ; ES : établissement ; ISO : infection du site opératoire ;</p>			

PCO : préparation cutanée de l'opéré

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p><b>Dépilation réalisée sur initiative du patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- réalisée alors que non prescrite</li> <li>- par rasage</li> <li>- par autre méthode que la tonte (référence)</li> <li>-</li> </ul> <p><i>cf. Rapport – Point 2 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><b>Majoration du risque infectieux +/- altération barrière cutanée du site opératoire</b></p>	<p><b>Au niveau des patients</b></p> <p>Initiative du patient par manque d'information ou habitude (sportifs, esthétique...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Revoir /vérifier : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les messages délivrés par l'équipe chirurgicale</li> <li>- le contenu des documents laissés au patient (pédagogie/images...)</li> </ul> </li> <li>❖ S'assurer de la compréhension du risque par le patient (teach-back/faire-dire) lors de la consultation</li> <li>❖ Adapter les documents à différents profils de patient (barrière de la langue, pédagogie, ...)</li> </ul>
<p><b>Dépilation réalisée au bloc</b></p> <p><i>Cf. Rapport – Point 2 Figure 9 (3<sup>ème</sup> 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><b>Acte producteur de particules, contre-indiqué en salle d'intervention (=ZEM)</b></p>	<p><b>Professionnels</b></p> <p>Manque de vérification du site opératoire en amont (observation)</p> <p>Habitudes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 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</li> </ul> <p><b><i>Cf. Fiche Mémo Patient PCO proposée par Spicmi</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 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 (ex : zone opératoire à forte pilosité)</li> <li>❖ Revoir s'il s'agit d'interventions particulières pour lesquelles la dépilation est réalisée par le chirurgien (ex : neurochirurgie)</li> </ul>



<p><b>Dépilation réalisée par rasage mécanique</b> (hors initiative patient)</p> <p><i>Cf. Rapport – Point 2 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><b>Méthode proscrite car la plus à risque du point de vue infectieux</b> du fait de la création de (micro) coupures/microlésions de la peau.</p>	<p><b>Matériels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rasoirs et lames toujours à disposition des professionnels</li> <li>- Rasoirs à UU plus accessibles que les tondeuses (manche réutilisable, support de recharge électrique) (accessibilité)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Arrêt</b> des commandes même si le matériel est toujours référencé</li> <li>❖ <b>Supprimer</b> le référencement de ce matériel au bloc opératoire et vérifier régulièrement l'absence de ces matériels dans les réserves</li> <li>❖ <b>Resensibiliser</b> les professionnels au risque d'utiliser un matériel de rasage</li> <li>❖ <b>Prévoir</b> un nombre suffisant de tondeuses en fonction du secteur concerné, choisir des matériels ergonomiques (pivotant, ...) ; un nombre suffisant de lames à UU pour tondeuse</li> <li>❖ <b>Prendre appui</b> sur les commissions locales en charge du matériel/choix/achat</li> </ul>
		<p><b>Protocole</b></p> <p>Protocole non conforme aux recommandations en vigueur Méthode de dépilation non précisée dans le protocole</p>	<p><b>Réviser</b> le protocole en tenant compte des méthodes préconisées à mettre en œuvre quand la dépilation est justifiée</p>
<p><b>Abréviations</b> : UU : usage unique ; ZEM : zone à environnement maîtrisé</p>			

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p><b>Dépilation chimique</b> (crème dépilatoire) (hors initiative patient)</p> <p><i>Cf. Rapport – Point 2 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><b>Altération de l'état cutané du patient obligeant à :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un respect des préconisations du fabricant (mode opératoire)</li> <li>- un test préalable à la recherche d'une réaction cutanée qui serait un obstacle à l'intervention.</li> <li>- une évaluation bénéfique/risque de l'intervention programmée si dépilation chimique réalisée</li> </ul> <p><b>Argumentaire :</b> La tonte est plus adaptée que la crème dépilatoire car :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- réalisée par des professionnels de santé,</li> <li>- plus facile à mettre en œuvre : pas de test préalable nécessaire,</li> <li>- permet une meilleure mise en œuvre en ciblant de façon optimale la zone opératoire concernée (qui doit être réduite au minimum).</li> </ul>	<p><b>Organisation</b> En ambulatoire et parfois en hospitalisation, cette méthode permet d'alléger les procédures hospitalières préopératoires. En effet, elle est souvent utilisée à domicile par le patient en amont de son hospitalisation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 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*.</li> </ul> <p><i>*La tonte est la méthode de référence en service mais pas toujours une solution optimale à domicile (cf. coût d'acquisition, risque d'altérations cutanées si mal utilisée, entretien nécessaire avant utilisation pour la zone opératoire, etc...).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 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).</li> </ul>

#### 4- PCO – DETERSION/NETTOYAGE CUTANE

Référentiels : SF2H 2013, SF2H 2016

##### Argumentaire :

Objectif du nettoyage cutané/de la déterSION :

- avoir une peau propre (élimination des souillures), de façon à garantir l'efficacité de l'antisepsie 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><b><u>Pas de nettoyage cutané ou déterSION quand souillure visible</u></b> (critique)</p> <p><i>Cf. Rapport – Point 3 Tableau 4 (case en rouge)</i></p>	<p><b>Inefficacité de l'ATS</b></p> <p><b>Argumentaire :</b></p> <p>Souillures :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- obstacle physique à l'application d'un ATS (« on ne désinfecte que ce qui est propre ») : empêche l'accès aux zones de peau concernées</li> <li>- inefficacité de l'ATS : perte d'efficacité en présence de substances organiques (inhibition de l'activité antimicrobienne).</li> <li>- potentiellement contaminées (réservoir à MO)</li> <li>- si peau humide = obstacle à l'application de l'ATS (peau sèche = prérequis).</li> </ul>	<p><b><u>Au niveau des professionnels</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de définition officielle/nationale de la souillure (problème d'exhaustivité, d'évaluation des risques associés)</li> <li>- Souillures non identifiées dans le protocole local (problème d'identification, de définition, de place de la sueur...)</li> <li>- 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)</li> <li>- Absence de formation/sensibilisation à la maîtrise du risque infectieux et aux critères d'efficacité des ATS</li> <li>- Absence de protocole</li> <li>- Protocole insuffisamment précis (critères de nettoyage/déterSION)</li> <li>- Méconnaissance du protocole</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Revoir le protocole :</b> CAT notamment en cas de quantité importante de sueur, nettoyage peut s'avérer nécessaire pour éviter dilution de l'ATS +/- interférence</li> <li>❖ Prévoir localement une <b>liste</b> 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*)</li> <li>❖ <b>Former le personnel</b></li> </ul>
<p><b>Abréviations :</b> ATS : antiseptique ; CAT : conduite à tenir ; MO : micro-organismes</p>			

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p><b><u>Nettoyage cutané/détersion maintenu systématiquement</u></b> (alors que nettoyage/détersion non retenu en routine au sein du protocole ES)</p> <p><i>Cf. Rapport – Point 3 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 - le mode d'hospitalisation (ambulatoire ou conventionnel) - le lieu de réalisation de la douche (ES ou à domicile)</i></p>	<p><b>Pas de risque infectieux à proprement parler à maintenir la détersion/le nettoyage cutané</b></p> <p><b>Mais possible écart entre pratiques et protocole local</b></p>	<p><b>Protocole mis à jour</b> mais pratiques réalisées contrairement aux recommandations locales</p> <p>Ce peut être en lien avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-la réalisation d'une douche à domicile le jour-même +/- maîtrisée (cf. ambulatoire +/- conventionnel J0) (choix d'ES)</li> <li>-le passage à une seule douche préopératoire avec du savon doux</li> <li>-une dépilation réalisée au bloc (non attendue) <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Cf. fichier d'exportation</li> </ul> </li> </ul> <p>Demande du/des chirurgiens</p> <p>Scepticisme vis-à-vis des recommandations (efficacité du savon doux/savon ATS, prérequis à l'antisepsie...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Réflexion d'équipe sur les pratiques</li> <li>❖ Identification des freins des EMC pour l'arrêt de la détersion (cf. résultats enquête Spicmi PCO-DCF*)</li> </ul>
<p><b>Abréviations</b> : ATS : antiseptique ; DCF : désinfection chirurgicale des mains par friction ; EMC : équipe médico-chirurgicale ; ES : établissement ; PCO : préparation cutanée de l'opéré</p>			
<p><b>Précision</b> : J0 : mode d'hospitalisation conventionnel avec admission le jour de l'intervention</p>			

## 5- PCO - ANTISEPSIE/DESINFECTION CUTANEE 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

Dans ce paragraphe, le terme « **support** » fait référence aux compresses et tampons utilisés avec une pince, un porte-tampon ou aux systèmes avec applicateur  
Générateurs électro-chirurgicaux : associés aux bistouris électriques

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p><b>Antiseptie non réalisée</b> (exceptionnel en principe)</p> <p>Cf. Rapport - Point 4 au-dessus de la figure 12</p>	<p><b>Majoration du risque d'ISO</b></p>	<p><i>Urgence vitale absolue</i></p> <p>Non réalisée et non contrôlée</p>	<p><i>Hors champs de l'audit</i></p> <p>Revoir utilisation de la check-list bloc opératoire</p>
<p><b>ATS alcoolique insuffisamment utilisé</b></p> <p>Cf. Rapport - Point 4 Résultat principal</p>	<p><b>Diminution de l'efficacité de l'ATS sur les MO ciblés</b></p> <p><b>Argumentaire :</b></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 du produit</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 de l'acte chirurgical (grille/fichier d'exportation).</p>
		<p><b>Au niveau des professionnels</b></p> <p>Crainte de brûlures (hors risque infectieux)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Formation des professionnels (internes...) : revoir bonnes pratiques d'application de l'ATS (problèmes : sans support/orthopédie ou quantité importante déposée/thoracique).</li> <li>❖ Revoir les supports écrits/protocoles</li> <li>❖ 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).</li> <li>❖ 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</li> <li>❖ Evaluer connaissance des professionnels concernant les générateurs chirurgicaux (gestion des risques, service biomédical)</li> </ul>

		Habitude d'utiliser un ATS aqueux	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Resensibiliser les professionnels aux avantages des produits alcooliques et inconvénients des formes aqueuses</li> <li>❖ Accompagner l'effort du changement et rassurer sur les inquiétudes/ lever les freins et obstacles (cf. résultats enquête PCO-DCF*).</li> </ul> <p><i>Cf. diaporama « Points de vigilance ATS » proposé par Spicmi</i></p>
<p><b>Utilisation de produits hors gammes CHX ou PVPi</b> (sur peau saine)</p> <p><i>Cf. fichier d'exportation (« autres produits »)</i></p>	<p><b>Antiseptie d'efficacité partielle/non optimale</b></p> <p><b>Argumentaire</b> : problème des produits</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- non indiqués pour la PCO</li> <li>- ne correspondant pas aux recommandations de la SF2H</li> <li>- sans AMM médicament (produits commercialisés il y a longtemps)</li> <li>- d'efficacité insuffisante (ATS mineurs, aqueux, à faible concentration en principes actifs)</li> </ul>	Produits non adaptés à l'antiseptie/désinfection mais disponibles au bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Revoir avec la pharmacie et les commissions locales concernées (respect du bon usage des produits pharmaceutiques) via le Comedims CLIN/CME/comité qualité « bloc »</li> <li>❖ Revoir la <b>dotation</b> du bloc pour limiter la présence d'ATS non adaptés aux activités</li> <li>❖ <b>Resensibiliser</b> les professionnels aux ATS et leurs indications (ex : voie haute/voie basse : 2 types d'ATS différents)</li> <li>❖ 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)</li> </ul>
<p><b>Abréviations</b> : 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 : povidone iodée</p>			

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p><b><u>Application de l'ATS non large</u></b></p> <p><i>Cf. Rapport - Figure 14</i></p>	<p><b>Introduction de MO de la peau du patient au niveau de la plaie opératoire.</b></p> <p><b>Argumentaire :</b> 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"> <li>❖ Revoir si ce point est bien précisé dans le protocole</li> <li>❖ Resensibiliser l'ensemble des professionnels aux bonnes pratiques d'application et de séchage de l'ATS.</li> <li>❖ Revoir les fiches spécifiques à chaque intervention en veillant à ce que ce point soit précisé.</li> <li>❖ Délimitation possible de la zone opératoire par le chirurgien (marquage) ou schéma indicatif dans la procédure.</li> <li>❖ Revoir formation des internes et encadrement/vérification par l'ibode</li> </ul>
<p><b><u>Application de l'ATS sans support*</u></b></p> <p><i>Cf. Rapport - Figure 14</i></p> <p><i>*ni compresse, ni tampon sur pince stérile, ni applicateur (cf. diaporama de formation des auditeurs, diapo 24)</i></p>	<p><b>Brûlures et efficacité insuffisante de l'ATS</b></p> <p><b>Argumentaire :</b> 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'<b>effet mécanique</b> 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 <b>brûlures</b>.</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"> <li>❖ Revoir si ce point est bien précisé dans le protocole</li> <li>❖ 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.</li> <li>❖ 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.</li> <li>❖ 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 – question n° 3)</li> <li>❖ S'assurer de la gestion des stocks de supports</li> </ul>
<p><b>Abréviations :</b> ATS : antiseptique ; FAQ : foire aux questions ; MO : micro-organismes</p>			

Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p><b><u>Application ne débutant pas par la ligne d'incision</u></b></p> <p><i>Cf. Rapport -Figure 14</i></p>	<p><b>Introduction de MO au niveau de la plaie</b></p> <p><b>Argumentaire :</b> 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><b><u>Au niveau des professionnels</u></b> Méconnaissance du principe de base</p> <p><b><u>Au niveau du produit utilisé</u></b> Voir s'il s'agit d'un produit ayant une procédure d'application spécifique (une seule éponge, plusieurs aller-retour, quadrillage).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Rappeler ce qui est attendu : <ul style="list-style-type: none"> <li>- premier tampon : appliquer l'antiseptique sur la ligne d'incision</li> <li>- tampons suivants : appliquer l'ATS sur les zones autour de la ligne d'incision</li> </ul> </li> <li>❖ 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'antisepsie par l'extrémité des membres. (cf. FAQ question n° 3)</li> </ul>
<p><b>Abréviations :</b> ATS : antiseptique ; FAQ : foire aux questions ; MO : micro-organismes</p>			



Constat/résultat	Risque identifié	Causes possibles des résultats	Propositions d'actions
<p><b>Séchage :</b></p> <p><i>Cf. Rapport - Figure 14</i></p> <p><b><u>non spontané, non naturel</u></b></p> <p><b><u>non complet</u></b> (incision sur peau encore humide)</p>	<p><b>Efficacité antimicrobienne de l'ATS partielle par rapport à l'attendu</b></p> <p><b>Argumentaire :</b></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 à l'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 actif dans un contexte de recherche d'un meilleur collage des champs</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Revoir les modalités d'application de l'ATS (quantité déposée, tampon pas trop imprégné...)</li> <li>❖ Changer d'ATS et opter pour un produit alcoolique</li> </ul> <p><b><i>Cf. diaporama « Points de vigilance AS » proposé par Spicmi</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Revoir si le séchage forcé concerne l'ensemble de la zone opératoire ou seulement l'emplacement des bandes collantes du champ/drapage opératoire.</li> <li>❖ Revoir les différentes trouses de drapage opératoire (propriétés adhésives).</li> </ul>
<p><b>Abréviations :</b> ATS : antiseptique</p>			