

PROGRAMME NATIONAL SPICMI

AUDIT PREOP 2022

Chirurgie peau saine - Hors urgences

- Préparation cutanée de l'opéré
- Antibioprophylaxie préopératoire

Rapport d'analyse multicentrique

- Septembre 2023 -

Coordination de l'audit, analyse des résultats et rédaction du rapport

Coordination de l'audit : Delphine VERJAT-TRANNOY (CPias Ile-de-France, pilote Spicmi Prévention)

Conception de l'application informatique Excel®, gestion des données et réalisation des analyses :

Isabelle ARNAUD (CPias IDF, équipe Spicmi)

Rédaction du rapport : Delphine VERJAT-TRANNOY, aide à la mise en forme : Karin Lebascle

Analyse des données et élaboration du rapport

Remerciements aux membres du **Groupe de travail Spicmi Prévention** pour leurs conseils :

Rita ALAWWA (CH de Roubaix)

Juliette AURAIX (CPias IDF, équipe Spicmi)

Christine DIDON (Bloc obstétrique, Hôpital Necker, Paris, APHP)

Laetitia FONT-DUBARRY (EOH, CH de Saintes)

Françoise MOREAU-BAUMER (Chirurgie ORL, Hôpital Bichat, Paris, APHP)

Nathalie OSINSKI (EOH, Hôpital Saint-Louis, Paris, APHP)

Najet OURDJINI (EOH, Institut Gustave Roussy, Villejuif)

Isabelle RACLOT (Bloc, Institut de Cancérologie de Lorraine, Vandoeuvre-lès-Nancy)

Anne VAGNEUR (Ecole Ibo, CHU de Rennes)

Membres du Comité scientifique Spicmi

Serge AHO-GLELE (CPias Bourgogne-Franche-Comté, CHRU de Dijon)
Isabelle ARNAUD (CPias Ile-de-France, Paris)
Pascal ASTAGNEAU (CPias Ile-de-France, Paris)
Juliette AURAIX (CPias Ile-de-France, Paris)
Patrice BAILLET (Association française de chirurgie digestive)
Linda BANAEI (Haute autorité de santé, Saint-Denis)
Thomas BAUER (Société française de chirurgie orthopédique et thoracique, Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt, APHP)
Anne BERGER-CARBONNE (Santé publique France, Saint-Maurice)
Gabriel BIRGAND (CPias Pays de la Loire, Nantes)
Franck BRUYERE (Association française d'urologie, CHRU de Tours)
Niki CHRISTOU (Association française de chirurgie digestive, CHRU de Limoges)
Chantal CATEAU (Association Le Lien)
Isabelle COCHEREAU (Société française d'ophtalmologie, Fondation Rothschild, Paris)
Côme DANIAU (Santé publique France, Saint-Maurice)
Christophe DECOENE (Réseau Santé Qualité Risques, CHRU Lille)
Arnaud FLORENTIN (CHRU de Nancy)
Leslie GRAMMATICO-GUYON (CHRU de Tours)
Karin LEBASCLE (CPias Ile-de-France, Paris)
Marc LEONE (Sfar, Hôpital Nord, Marseille, APHM)
Sandra MALAVAUD (CHRU de Toulouse)
Bertrand MARCHEIX (Société française de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, CHRU de Toulouse)
Laetitia MAY (Haute autorité de santé, Saint-Denis)
Véronique MERLE (CHRU de Rouen)
Michèle NION-HUANG (Santé publique France, Saint-Maurice)
Béatrice NKOUMAZOK (CPias Ile-de-France, Paris)
Nathalie OSINSKI (Hôpital Saint-Louis, Paris, APHP)
Emmanuel PIEDNOIR (CPias Bretagne, Rennes)
Jérémy PICARD (CHRU de Brest)
Claude VAISLIC (HP Parly II, Le Chesnay)
Maxime VALLEE (Association française d'urologie, CHRU de Poitiers)
Delphine VERJAT-TRANNOY (CPias Ile-de-France, Paris)
Vincent VILLEFRANQUE (Collège national des gynécologues et obstétriciens français, CH Simone Veil, Eaubonne)
Corinne VONS (Association française de chirurgie ambulatoire, Hôpital Avicenne, Bobigny, APHP)
Emmanuelle VUILLET (Unaibode, CHU de Besançon)

Etablissements de santé ayant participé à l'audit 2022

Nous souhaitons remercier tous les établissements de santé ayant participé à l'audit national 2022

Les établissements de santé (ES) sont classés ci-dessous par région et par ville, avec, entre parenthèses, le nombre d'évaluations réalisées par *observation*, seules données prises en compte pour l'analyse multicentrique, en accord avec la méthodologie proposée.

Les années successives de participation depuis 2020, en plus de 2022, figurent en exposant de chaque établissement concerné.

(*) signifie qu'une autre méthode que l'observation directe a été utilisée.

AUVERGNE-RHONES-ALPES (N = 6 ES dont 3 nouveaux, 226 observations)

AURILLAC - CMC TRONQUIERES (30)²⁰²⁰
BOURG-EN-BRESSE - CH DE FLEYRIAT (30)
CLERMONT-FERRAND - POLE SANTE REPUBLIQUE (10)²⁰²⁰⁻²⁰²¹
LA TRONCHE - HOPITAL NORD - CHU38 (70)²⁰²⁰⁻²⁰²¹
ROANNE - CLINIQUE DU RENAISSON (29)
SAINT-FLOUR - CH DE SAINT-FLOUR (57)

BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE (N = 5 ES dont 3 nouveaux, 184 observations)

NEVERS - POLYCLINIQUE DU VAL DE LOIRE (40)
SEMUR-EN-AUXOIS - CH ROBERT MORLEVAT (30)
SENS - CH SENS (66)²⁰²¹
SENS - CLINIQUE PAUL PICQUET (23)²⁰²⁰
TREVENANS – HNFC- SITE TREVENANS (25)

BRETAGNE (N = 4 ES dont 1 nouveau, 85 observations)

BREST - HOPITAL INSTRUCTION DES ARMEES (9)²⁰²¹
LANDERNEAU - CH FERDINAND GRALL LANDERNEAU (14)²⁰²⁰
RENNES - CLINIQUE MUTUALISTE DE LA SAGESSE (32)
RENNES - POLYCLINIQUE SAINT-LAURENT (30)²⁰²¹

CENTRE-VAL-DE-LOIRE (N = 3 ES, tous nouveaux, 92 observations)

CHAMBRAY-LES-TOURS - CHRU TROUSSEAU - CHAMBRAY (32)
SAINT-CYR-SUR-LOIRE - NCT+ SITE ALLIANCE (29)
SAINT-DOULCHARD - HOPITAL PRIVE GUILLAUME DE VARYE (31)

GRAND-EST (N = 6 ES dont 4 nouveaux, 147 observations)

ARS-LAQUENEXY - HOPITAL DE MERCY - CHR METZ THIONVILLE (28)²⁰²¹
BEZANNES - POLYCLINIQUE DE BEZANNES (7)
LUNEVILLE - CH DE LUNEVILLE (24)
NANCY - CHRU DE NANCY (40)
TOUL – CH SAINT-CHARLES (18)
VANDOEUVRE-LES-NANCY – INSTITUT DE CANCEROLOGIE DE LORRAINE (30)²⁰²⁰

HAUTS-DE-FRANCE (N = 12 ES dont 8 nouveaux, 245 observations)

CAMBRAI - GCS GHICL CLINIQUE STE MARIE (33) ²⁰²¹
COUDEKERQUE-BRANCHE - CLINIQUE DE FLANDRE (46) ²⁰²⁰
CREIL - CH GHPSO CREIL (13)
DECHY - CH DOUAI DECHY (30) ²⁰²⁰⁻²⁰²¹
DENAIN - CH DENAIN (30)
LENS - CH LENS (7)
MAUBEUGE - CH SAMBRE AVESNOIS MAUBEUGE (*)
ROUBAIX - HOPITAL VICTOR PROVO (20)
SAINT-MARTIN-BOULOGNE - CENTRE MCO COTE D'OPALE (12)
SENLIS - CH GHPSO SENLIS (5)
SOISSONS - CLINIQUE SAINT-CHRISTOPHE-COURLANCY (19)
VILLENEUVE-D'ASCQ - HP DE VILLENEUVE D'ASCQ (30) ²⁰²⁰

ILE-DE-FRANCE (N = 15 ES dont 8 nouveaux, 223 observations)

BRY-SUR-MARNE - HOPITAL SAINT-CAMILLE (31)
CHAMPIGNY-SUR-MARNE - HOPITAL PRIVE PAUL D EGINE (*) ²⁰²⁰
DOMONT - CLINIQUE AMBULATOIRE DE DOMONT (30)
LE PLESSIS-ROBINSON - HOPITAL MARIE LANNELONGUE (*) ²⁰²⁰
LEVALLOIS-PERRET - INSTITUT HOSPITALIER - SITE KLEBER (40) ²⁰²⁰⁻²⁰²¹
LONGJUMEAU - CH DES DEUX VALLEES SITE LONGJUMEAU (*)
MELUN - POLYCLINIQUE SAINT JEAN L'ERMITAGE CSJE (*) ²⁰²⁰
MONTFERMEIL - GHI LE RAINCY-MONTFERMEIL (20) ²⁰²⁰
NEUILLY-SUR-SEINE - CH RIVES DE SEINE - SITE NEUILLY S/SEINE (15)
PARIS 05EME - CLCC INSTITUT CURIE (30)
PARIS 11EME - CLINIQUE DU MONT LOUIS (11)
SAINT-CLOUD - CH DES QUATRE VILLES SITE ST CLOUD (*) ²⁰²⁰
SAINT-MANDE - HIA BEGIN (24)
SAINT-MAUR-DES-FOSSES - CLINIQUE GASTON METIVET (22)
SAINT-MAURICE - LES HOPITAUX DE SAINT MAURICE (*) ²⁰²¹

MARTINIQUE (N = 1 nouvel ES)

FORT-DE-FRANCE - CLINIQUE SAINT-PAUL (26)

NORMANDIE (N = 3 ES dont 1 nouveau, 53 observations)

FLERS - CH JACQUES MONOD - FLERS (14)
GISORS - CH GISORS (30) ²⁰²¹
SAINT-AUBIN-SUR-SCIE - CLINIQUE MEGIVAL (9) ²⁰²¹

NOUVELLE-AQUITAINE (N = 8 ES dont 3 nouveaux, 155 observations)

AGEN - CLINIQUE ESQUIROL-SAINT-HILAIRE (14)
BORDEAUX - CLINIQUE SAINT-AUGUSTIN (16)
COGNAC - CLINIQUE DE COGNAC (*)²⁰²⁰
LIMOGES - CLINIQUE FRANCOIS CHENIEUX (25)²⁰²¹
PERIGUEUX - POLYCLINIQUE FRANCHEVILLE (30)²⁰²⁰⁻²⁰²¹
POITIERS - CHU LA MILETRIE (23)²⁰²¹
SAINT-JEAN-DE-LUZ - POLYCLINIQUE COTE BASQUE SUD (17)²⁰²⁰⁻²⁰²¹
VILLENEUVE-SUR-LOT - CH DE VILLENEUVE (30)

OCCITANIE (N = 10 ES dont 8 nouveaux, 192 observations)

AUCH - CH AUCH (21)
BEZIERS - POLYCLINIQUE CHAMPEAU (*)
CABESTANY – POLYCLINIQUE MEDIPOLE ST ROCH (18)²⁰²¹
COLOMBIERS - CLINIQUE DU DR JEAN CAUSSE (*)
CORNEBARRIEU - CLINIQUE DES CEDRES (47)
FOIX – CHIVA - SITE FOIX (13)
MONTAUBAN - CH DE MONTAUBAN (26)
PERPIGNAN - CLINIQUE MUTUALISTE CATALANE (13)²⁰²¹
PERPIGNAN - CLINIQUE ST PIERRE (26)
SETE - HOPITAL SAINT-CLAIR HBT SETE (28)

PAYS-DE-LA-LOIRE (N = 4 ES, tous nouveaux, 81 observations)

CHATEAU-GONTIER - CH DU HAUT ANJOU (30)
NANTES - CLINIQUE JULES VERNE (12)
NANTES – CLINIQUE JULES VERNE - POLE HOSPITALIER MUTUALISTE (7)
SAINT-HERBLAIN - SANTE ATLANTIQUE (32)²⁰²¹

PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR (N = 14 ES, dont 10 nouveaux, 227 observations)

AIX-EN-PROVENCE - CHI - SITE D'AIX EN PROVENCE (27)
DRAGUIGNAN - POLYCLINIQUE NOTRE DAME (10)
FREJUS - CHI DE FREJUS SAINT-RAPHAEL (11)
GAP - CHI DES ALPES DU SUD- SITE DE GAP (18)
MARSEILLE 05EME - HOPITAL DE LA CONCEPTION (APHM) (22)
MARSEILLE 05EME - HOPITAL LA TIMONE ADULTES (APHM) (18)
MARSEILLE 09EME - HOPITAUX SUD SAINTE-MARGUERITE (APHM) (10)
MARSEILLE 09EME - INSTITUT PAOLI CALMETTES (13)²⁰²⁰
NICE - CHU DE NICE HOPITAL DE L'ARCHET (8)
NICE - CHU DE NICE HOPITAL PASTEUR (27)
NICE - CLINIQUE SAINT-GEORGE (20)²⁰²¹
NICE - POLYCLINIQUE SANTA-MARIA (11)²⁰²¹
OLLIOULES - POLYCLINIQUE MUTUALISTE MALARTIC (12)²⁰²¹
SALON-DE-PROVENCE - CH SALON DE PROVENCE (20)

Bilan de la participation 2022 :

- Les résultats multicentriques 2022 correspondent à une participation de deux types d'ES : de nouveaux ES réalisant leur première évaluation (63%) et des ES en réévaluation de leurs pratiques après une première évaluation en 2020 ou 2021 (37%).
- Les nouveaux établissements sont originaires de l'ensemble des régions participantes (N = 13 régions).

Acronymes et abréviations

ALR	Anesthésie loco-régionale
AMM	Autorisation de mise sur le marché
Amoxiclav	Amoxicilline + acide clavulanique
ANSM	Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé
APHM	Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
APHP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ATB	Antibiotique(s)
ATBP	Antibioprophylaxie
ATBR	Antibiorésistance
ATBT	Antibiothérapie
ATS	Antiseptique(s)
C3G	Céphalosporines de 3 ^{ème} génération
C(M)C	Centre (médico)-chirurgical
CH(G)	Centre hospitalier (général)
CH(R)U	Centre hospitalier (régional) universitaire
CHX	Chlorhexidine
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
Cnil	Commission nationale informatique et libertés
CPIas	Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins
DCF	Désinfection chirurgicale des mains
EMC	Equipe médico-chirurgicale
EOH	Equipe opérationnelle d'hygiène
ES	Etablissement de santé
Espic	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
FAQ	Foire aux questions
GH(I/M)	Groupe hospitalier (intercommunal/mutualiste)
GREPHH	Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière
HAS	Haute Autorité de Santé
HIA	Hôpital d'instruction des armées
HP	Hôpital privé
IBO/IBODE	Infirmier(e) de bloc opératoire/diplômé(e) d'état
Icpic	International conference on prevention and infection control
IDF	Ile-de-France
IMC	Indice de masse corporelle
ISO	Infection du site opératoire
LCR	Liquide céphalo-rachidien
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
NR	Non renseigné
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORL	Otho-rhino-laryngologie
PCI	Prévention et contrôle des infections
PCO	Préparation cutanée de l'opéré
PVI	Povidone iodée
Raisin	Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
RFE	Recommandations formalisées d'experts
RPC	Recommandations pour la pratique clinique
SF2H	Société française d'hygiène hospitalière
Sfar	Société française d'anesthésie-réanimation
SPF	Santé publique France
Spicmi	Surveillance et prévention du risque infectieux lié aux actes de chirurgie et de médecine interventionnelle
SSPI	Salle de soins post-interventionnelle

Liste des tableaux

N°	Intitulé du tableau	Page
1	Moment d'admission du patient par rapport à l'intervention	16
2	Répartition des patients inclus selon leur poids et leur IMC	16
Préparation cutanée de l'opéré		
3	Supports pédagogiques en préparation ou en projet pour la chirurgie	31
Antibioprophylaxie préopératoire		
4	Codes « acte » attribués par Spicmi aux interventions sur peau saine et hors urgences de la classification des RFE de la Sfar	35
5	Supports pédagogiques en préparation ou en projet pour la chirurgie	42
6	Attendus au niveau de l'actualisation des RFE (SFAR)	43

Liste des figures

N°	Intitulé des figures	Page
1	Statut des 81 ES participants en 2022	14
2	Catégories des 81 ES participants en 2022	14
3	Evolution de la participation de 2020 à 2022	14
4	Répartition des patients selon le mode d'hospitalisation	15
Préparation cutanée de l'opéré		
5	Etapes de la PCO évaluées et données recueillies	18
6	Répartition du nombre d'interventions évaluées sur la PCO selon les spécialités	19
Antibioprophylaxie préopératoire		
7	Plan d'analyse général proposé pour l'ATBP	34
8	Nombre d'interventions évaluables sur le thème de l'antibioprophylaxie	34
9	Répartition du nombre d'interventions évaluées sur l'ATBP selon les spécialités	36

Sommaire général

	Page
I- Contexte/objectifs	11
II- Méthode d'audit	12
III- Résultats de participation	14
IV- Résultats de l'audit	17
IV-1 La préparation cutanée de l'opéré (PCO)	18
Synthèse / poster PCO	20
IV-1-1-Traitement des pilosités	22
IV-1-2-Douche préopératoire	24
IV-1-3-Détersion/nettoyage cutané avant antiseptie	25
IV-1-4-Antiseptie/désinfection cutanée	27
Etat d'avancement de l'appropriation des recommandations	29
Actions nationales mises en œuvre et perspectives pour la PCO	30
Références PCO	32
IV-2 L'antibioprophylaxie préopératoire (ATBP)	33
Synthèse / poster ATBP	37
Résultats détaillés	39
Actions nationales mises en œuvre et perspectives pour l'ATBP	41
Références ATBP	44
V- Conclusion générale	45
Annexe : Grille d'audit	46

Les parties du rapport dédiées à la PCO et à l'ATBP sont éditables séparément :

- Rapport PCO : pages 18 à 32
- Rapport ATBP : pages 33 à 44

I- Contexte/objectifs

Un nouveau programme national a été mis en place en 2019 pour la prévention du risque infectieux en chirurgie et médecine interventionnelle (programme Spicmi). Concernant la chirurgie dans un premier temps, il s'intéresse principalement à la prévention du risque d'infection du site opératoire (ISO). Parmi les différentes thématiques d'intérêt sur ce sujet figurent la **préparation cutanée de l'opéré (PCO)** et l'**antibioprophylaxie (ATBP)**. Elles font toutes deux l'objet de recommandations nationales émises par des sociétés savantes, la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) [1,2] d'une part et la Société française d'anesthésie-réanimation (Sfar) d'autre part [3].



Dans les suites d'une enquête Spicmi menée en 2019-2020 auprès des équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) sur l'intégration des recommandations PCO aux protocoles locaux et les éventuels freins associés [4], une démarche **d'audit des pratiques par observation** a été proposée en février 2020 (1^{ère} campagne), en janvier 2021 (2^{ème} campagne) et en janvier 2023 (3^{ème} campagne) aux ES concernés par une activité chirurgicale [5].

L'objectif de ces campagnes d'évaluation était de faire un état des lieux des pratiques actuelles et réelles, en comparaison avec les référentiels ci-dessus de 2013, 2016 et 2018, sachant que :

- le dernier audit national par observation d'interventions tout-venant sur le thème de la préparation cutanée de l'opéré datait de plus de 10 ans (GREPHH/POP 2007) [6],
- les dernières données nationales recueillies sur dossier dans le cadre des modules *optionnels* du programme de surveillance Iso-Raisin sur l'ATBP et la PCO (spécialités et interventions chirurgicales ciblées) dataient de 2017 [7].

Les référents Spicmi désignés par les ES ont donc été invités à programmer entre janvier et fin décembre 2022 des évaluations au bloc opératoire dans les différentes spécialités concernées par une préparation d'intervention sur peau saine, hors urgences (cf. champ de l'audit). Un guide méthodologique, une grille de recueil commune aux thèmes évalués (PCO/ATBP) et différents documents d'aide à la mise en œuvre de l'audit ont été mis à disposition des ES volontaires sur le site internet du CPIAS IDF, au niveau de la page dédiée à Spicmi :

<http://www.cpias-ile-de-france.fr/surveillance/spicmi.php#prev>

II- Méthode d'audit

L'audit PREOP portait sur les thèmes suivants : la **préparation cutanée de l'opéré (PCO)** et **l'antibioprophylaxie (ATBP)** (dans sa partie préopératoire, c'est-à-dire la 1^{ère} injection).

Il concernait des interventions **hors urgences** avec incision de la **peau saine** pratiquées sur des **patients adultes** :

- une liste des spécialités chirurgicales concernées était fournie,
- toutes les interventions pouvaient être évaluées si l'incision était effectuée sur peau saine,
- il était conseillé, lors de la 1^{ère} évaluation, de varier les spécialités et les interventions ainsi que les équipes médico-chirurgicales (état des lieux).

Recueil des données

Chaque auditeur était invité à repérer à l'avance les interventions concernées par l'audit. Sa présence au bloc faisait suite à un accord avec les responsables du bloc. Chaque évaluation débutait à l'arrivée d'un patient au bloc et se terminait au moment de l'incision.

L'observation était la méthode principale de recueil. Des précisions pouvaient être demandées aux patients et à l'équipe médico-chirurgicale (EMC) le cas échéant et avec leur accord. Les patients devaient avoir été prévenus par avance de la présence de l'auditeur et des objectifs de l'audit (cf. Cnil/lettre d'information fournie).

Une grille était remplie pour chaque patient sur les différents thèmes proposés :

- **PCO** : douche, traitement des pilosités, déterSION/nettoyage cutané, antisepsie/désinfection cutanée
 - **ATBP** : administration ou non d'antibiotiques (ATB), molécules, doses, délai par rapport à l'incision.
- Un codage de l'intervention spécifique à Spicmi permettait une vérification automatique du respect de l'indication. [8]

Saisie et analyse locales des données

Une application informatique sous format Excel[®] était fournie aux ES participants pour saisir les données recueillies et éditer un rapport automatisé local. Ce document permettait une restitution des résultats aux EMC concernées. Un guide d'aide à l'interprétation des résultats et à l'identification des axes d'amélioration a été mis à disposition des EOH pour l'étape du plan d'actions [9].

Transmission et analyse multicentrique des données

L'application informatique fournie permettait l'exportation des données saisies sous 2 formats :

- 1 fichier complet à conserver par l'ES pour des analyses complémentaires si souhaitées,
- 1 fichier modifié* à transmettre au CPIAS en cas de souhait de contribution à l'analyse nationale (*retrait des données susceptibles de permettre une identification des patients en respect du RGPD).

Les données reçues au niveau national ont été compilées sous forme d'une base de données après vérification de leur cohérence. Les données issues d'une méthode autre que l'observation ont été identifiées puis exclues de l'analyse multicentrique. Deux types de rapport nationaux ont été préparés à l'aide du logiciel Excel[®] :

- un rapport pour les ES participants, au même format que le rapport local automatisé pour comparaison de leurs résultats aux résultats multicentriques,
- un rapport complet, détaillé et commenté à diffusion plus large (ici présent).

Références utilisées pour les parties « Contexte/objectifs » et « Méthode »

[1] SF2H - Gestion Préopératoire du risque infectieux - Conférence de consensus, mars 2004 et mise à jour de la conférence de consensus, octobre 2013. 166 pages.

<https://www.sf2h.net/publications/gestion-preoperatoire-risque-infectieux-mise-a-jour-de-conference-de-consensus>

[2] SF2H - Antiseptie de la peau saine avant un geste invasif chez l'adulte – Recommandations pour la pratique clinique, mai 2016. 92 pages. <https://www.sf2h.net/publications/antiseptie-de-peau-saine-geste-invasif-chez-ladulte>

[3] Sfar - Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes), 2018. 33 pages. <https://sfar.org/wp-content/uploads/2018/07/Antibioprophylaxie-RFE-mise-a-jour-2018.pdf>

[4] Spicmi - Enquête PCO-DCF 2019-2020, avril 2021. 64 pages. <https://www.cpias-ile-de-france.fr/surveillance/spicmi/prevention/rapport-enquete-pco-dcf-avril2021.pdf>

[5] Spicmi - Audit Preop – Guide méthodologique, octobre 2020. 21 pages. <http://www.cpias-ile-de-france.fr/surveillance/spicmi/prevention/audit-preop/AuditPreop-guide-methodo.pdf>

[6] Grephh - Audit Pop (Préparation cutanée de l'opéré) 2007. <https://www.preventioninfection.fr/document/audit-preparation-cutanee-de-lopere-resultats-nationaux-2008>

[7] SPF - Réseau Iso-Raisin - Surveillance des infections du site opératoire dans les établissements de santé. Résultats 2017, février 2019. 220 pages. <https://www.cpias-ile-de-france.fr/surveillance/iso/RappRAISIN2017.pdf>

[8] Spicmi – Guide de classification de l'antibioprophylaxie, 14 pages. <https://www.cpias-ile-de-france.fr/surveillance/spicmi/prevention/audit-preop/AuditPreop-guide-classification-atb.pdf>

[9] Spicmi - Plan d'actions Audit Preop, mai 2021. 21 pages. <https://www.cpias-ile-de-france.fr/surveillance/spicmi/prevention/audit-preop/AuditPreop-aide-plan-daction.pdf>

Evolution du rapport 2023 (résultats 2022) par rapport aux versions précédentes

- La présentation a été simplifiée : deux pages par thématique, une pour les résultats, une pour les commentaires.
- Pour retrouver des résultats plus détaillées, les informations transmises par la SF2H à Spicmi concernant la PCO, des éléments approfondis de discussion, etc... se reporter aux rapports précédents (résultats 2020 publiés en 2021 et résultats 2021 publiés en 2022).

III- Résultats de participation

➔ Caractéristiques des ETABLISSEMENTS participants :

Un total de 91 ES a utilisé l’outil d’audit PREOP proposé en 2022 et transmis ses données à Spicmi. Après vérification, les données de **81 ES** ont été retenues en lien avec le respect de la méthodologie par observation (données homogènes).

Les ES étaient situés dans 13 régions, dont 12 métropolitaines et 1 ultramarine.

Figure 1 : Statut des 81 ES participants en 2022

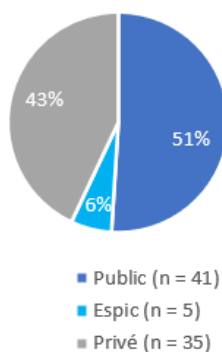
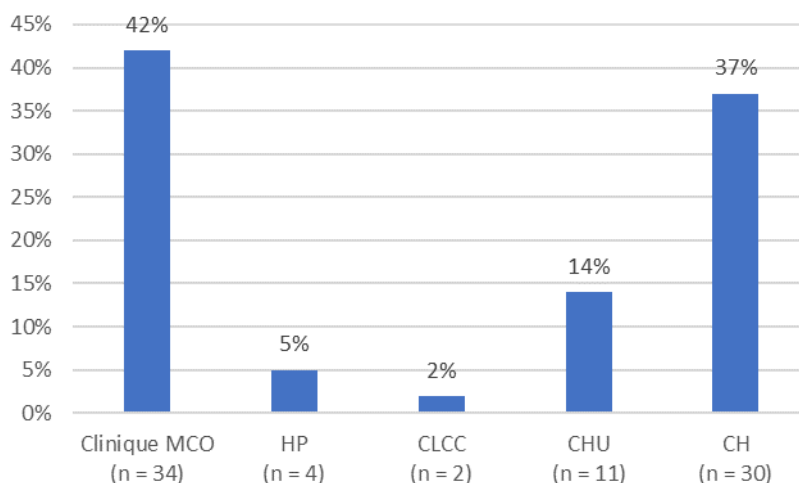
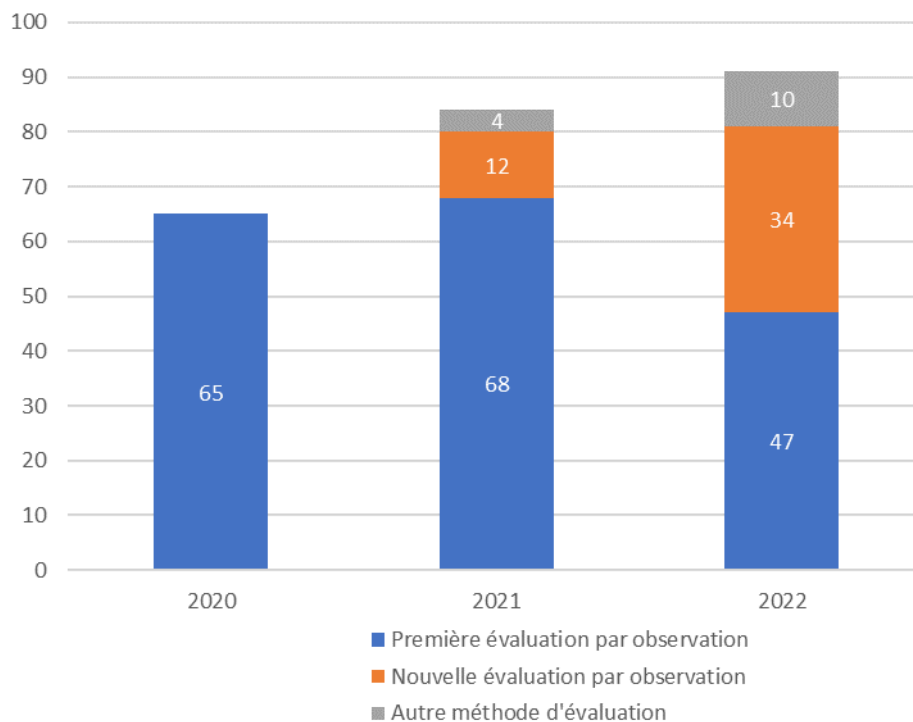


Figure 2 : Catégories des 81 ES participants en 2022
% d'établissements



Les structures à financement public (public + Espic) représentaient 57% des participants.

Figure 3 : Evolution de la participation de 2020 à 2022



➔ Le nombre de participants annuel a augmenté depuis le début des campagnes d’audit passant de 65 à 91 (+40%) entre 2020 et 2022.

➔ Une participation de nouveaux ES (« 1^{ère} évaluation ») est constatée chaque année (en bleu).

- ➔ Le nombre d'ES réalisant une nouvelle évaluation après le 1^{er} état des lieux augmente chaque année (en orange), que ce soit en complément (nouvelles spécialités, nouveaux actes...) ou après des mesures correctives (cf. enquête d'impact).

Ceci montre une adhésion à l'outil proposé et un engagement des ES participants dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins.

- ➔ La proportion d'ES utilisant une autre méthode d'évaluation que l'observation augmente parallèlement (5% → 11%) (auto-évaluation ou étude rétrospective sur dossier ou méthode mixte) : cette tendance va faire l'objet d'une réflexion au sein du groupe de travail. Jusqu'à maintenant, seules les données recueillies par observation étaient analysées pour une question d'homogénéité. Remarque : la méthode rétrospective sur dossier permet une analyse sur un plus grand nombre de données mais ne permet pas de recueillir l'ensemble des données proposées (absence de traçabilité de certaines pratiques, en particulier concernant l'antisepsie).

➔ Caractéristiques des INTERVENTIONS évaluées :

L'exploitation des données reçues a permis l'analyse de **1936 interventions chirurgicales**.

Les interventions ont été évaluées dans les différentes **spécialités chirurgicales** proposées. La répartition par spécialité figure dans les chapitres spécifiques (PCO/ATBP).

➔ Caractéristiques des PATIENTS inclus

- Plusieurs modes d'hospitalisation ont été constatés : ambulatoire ou conventionnel, avec pour ce dernier une admission en J0 ou non.
- L'hospitalisation conventionnelle avant intervention (J0 ou hors J0) était le mode le plus fréquent (1098 patients ; 57%).

TERMINOLOGIE :

Il existe deux modalités d'hospitalisation conventionnelle (avec hospitalisation post-opératoire programmée) :

- J0 = mode d'hospitalisation incluant une admission le jour de l'intervention
- Hors J0 = mode d'hospitalisation incluant une admission au plus tard la veille de l'intervention.

Figure 4 : Répartition des patients selon le mode d'hospitalisation (N = 1936 interventions renseignées)

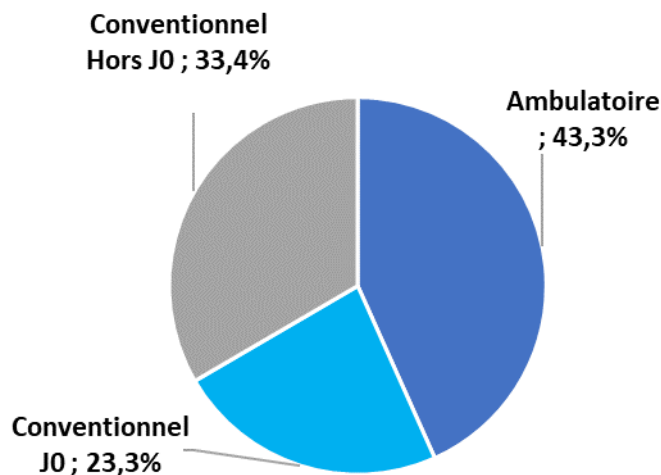


Tableau 1 : Moment d'admission du patient par rapport à l'intervention (N = 1098 patients admis en hospitalisation conventionnelle)

Moment d'admission	Plusieurs jours avant l'intervention (≥ J-2)	La veille de l'intervention (J-1)	Le jour de l'intervention (J0)
Nombre de patients	78 (7%)	568 (52%)	452 (41%)

Une majorité des patients opérés ont été admis le jour-même ou la veille de l'intervention (93%).

Tableau 2 : Répartition des patients inclus selon leur poids et leur IMC (N = 1925 patients renseignés sur le poids et la taille)

Indice de masse corporelle	Poids ≤ 100 kg	Poids > 100 kg	Total
IMC ≤ 35 kg/m ²	1642 (85%)	70 (4%)	1712
IMC > 35 kg/m ² (obésité sévère/OMS)	62 (3%)	151 (8%)	213
Total	1704	221	1925

Les patients en obésité sévère et de poids supérieur à 100 kg, concernés par une adaptation posologique, représentaient 8% de la population évaluée (151/1925). Onze pour cent de la population incluse étaient des patients de plus de 100 kg (221/1925).



IV- Résultats de l'audit



IV-1 La préparation cutanée de l'opéré (PCO)

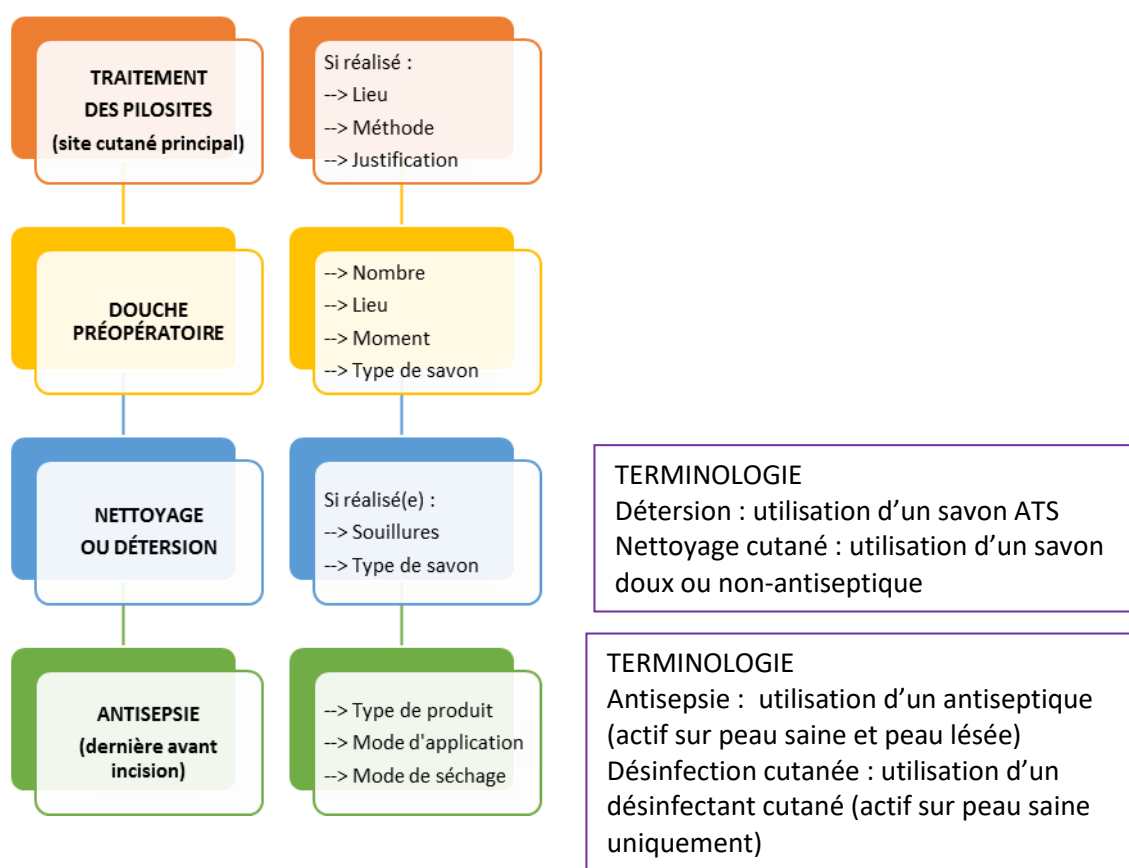
Lors de cet audit, la préparation cutanée de l'opéré (PCO) a été évaluée pour des interventions :

- **SUR PEAU SAINÉ**
- **HORS SITUATION D'URGENCE**

L'évaluation a porté sur 4 critères principaux en référence aux recommandations de la SF2H* :

- 1-Le traitement des pilosités
- 2-La douche préopératoire
- 3-Le nettoyage cutané/la détersion
- 4-La dernière antisepsie/désinfection cutanée avant incision

Figure 5 : Etapes de la PCO évaluées et données recueillies



*Rappel des principales recommandations de la SF2H relatives à la PCO [1,2] :

- La PCO doit comprendre au moins une douche préopératoire réalisée au plus près de l'intervention (type de savon au choix) et l'antisepsie (nombre d'applications et molécule au choix, chlorhexidine ou povidone iodée, forme alcoolique à privilégier).
- La dépilation est à éviter sauf si elle est « utile ». Si elle est réalisée, le rasage mécanique est proscrit et la tonte recommandée.
- L'étape de nettoyage cutané/de détersion avant l'antisepsie n'est pas jugée nécessaire sauf en cas de souillures visibles (type de savon au choix).

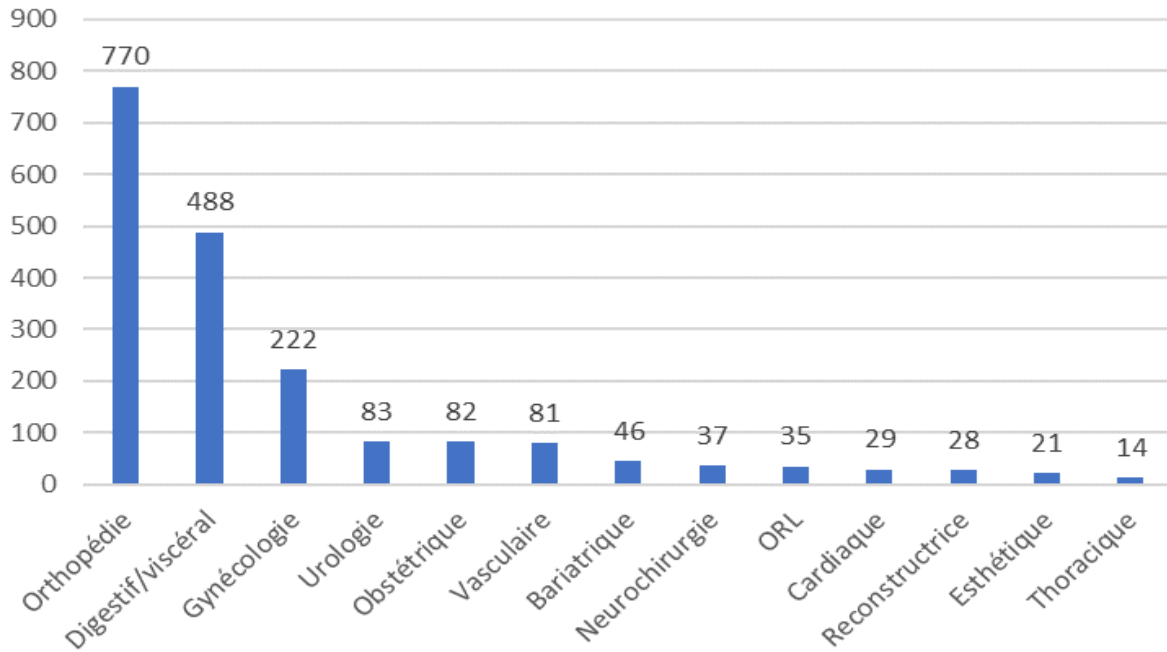
[1] SF2H - Gestion Préopératoire du risque infectieux - Conférence de consensus, mars 2004 et mise à jour de la conférence de consensus, octobre 2013. 166 pages.

[2] SF2H - Antisepsie de la peau saine avant un geste invasif chez l'adulte – Recommandations pour la pratique clinique, mai 2016. 92 pages

Comment étaient réparties les interventions en termes de spécialités chirurgicales ?

Figure 6 : Répartition du nombre d'interventions évaluées sur la PCO selon les spécialités (N = 1936)

Nombre d'interventions



Spécialités chirurgicales


CONCLUSION :

En 2022, les 3 spécialités les plus évaluées en termes de PCO (> 100 interventions) étaient les chirurgies orthopédiques (40%), digestives/viscérales (25%), gynécologiques/obstétriques (304 interventions, 16%), représentant un total de 81% de l'ensemble des interventions (1562/1936).

SYNTHESE DES RESULTATS DE L'EVALUATION de la PREPARATION CUTANEE DE L'OPERE (PCO) – INTERVENTIONS PEAU SAIN – HORS URGENCES

N = 1936 interventions chirurgicales évaluées – N = 81 ES - Référentiels : SF2H 2013/2016

Douche



Objectif Spicmi = 100%

Patients ayant pris **AU MOINS UNE DOUCHE PREOPERATOIRE** (ou toilette complète) avant l'intervention

99,5%

Vigilance Spicmi : 3% des douches préopératoires ont été réalisées la veille de l'intervention, donc pas au plus près de l'acte chirurgical


Nettoyage/déterSION


Objectif Spicmi = 100%

SI SOUILLURES VISIBLES (N = 96 actes) : Nettoyage cutané/déterSION **réalisé(e)**

92%

Traitement des pilosités (peau glabre exclue)


Progression encore attendue


Sites cutanés opérés **SANS DEPILATION PREALABLE**

25%

Quand **DEPILATION** réalisée

Vigilance Spicmi : 10% des dépilations avaient pour motif une zone opératoire à forte pilosité


TONTE dans l'établissement


97%

RASAGE MECANIQUE en établissement

2%

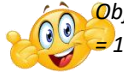
RASAGE MECANIQUE à domicile


Objectif Spicmi = 0%

27%


Vigilance Spicmi : les rasages réalisés à domicile interpellent sur les informations données aux patients et intégrées dans la pratique

Antiseptie (la dernière avant incision)


Objectif Spicmi = 100%


ANTISEPTISIE réalisée

99,9%




avec un **antiseptique ALCOOLIQUE**

92%


Objectif Spicmi = 100%

par application **LARGE** avec un **SUPPORT** et débutant par la ligne d'incision

88%


Objectif Spicmi = 100%

avec un **SECHAGE** spontané et complet

74%

Vigilance Spicmi : le respect du mode opératoire est primordial pour atteindre les objectifs de destruction de la flore cutanée résiduelle avant incision

—— Résultat satisfaisant
 - - - Améliorations à poursuivre
 - - - - - A revoir (objectif non atteint)
 - - - A revoir rapidement




Précisions sur la synthèse PCO

Un objectif « Spicmi » a été défini pour certaines mesures dans un but d'aide à l'interprétation des résultats :

- « 0% » pour le rasage mécanique qui est proscrit par la SF2H (recommandation de niveau E = fortement non recommandé »).
- Une « progression encore attendue » pour le traitement des pilosités. La SF2H oriente en effet les opérateurs vers un arrêt autant que possible de la dépilation.
- « 100% » pour des mesures recommandées (de niveau A ou B) sans obstacle majeur à leur réalisation et sans alternatives connues.

Il n'a en revanche pas été défini d'objectif pour certaines mesures du fait de l'existence d'alternatives ou de situations particulières. C'est le cas pour :

- la tonte : c'est la méthode de référence selon la SF2H (à privilégier), mais d'autres méthodes de dépilation sont en théorie possibles puisque non proscrites contrairement au rasage mécanique ;
- l'utilisation d'un antiseptique (ATS) alcoolique : il s'agit du type de produit à privilégier selon la SF2H pour la peau saine. Les antiseptiques aqueux sont à éviter mais ils ne sont pas proscrits au sens strict.

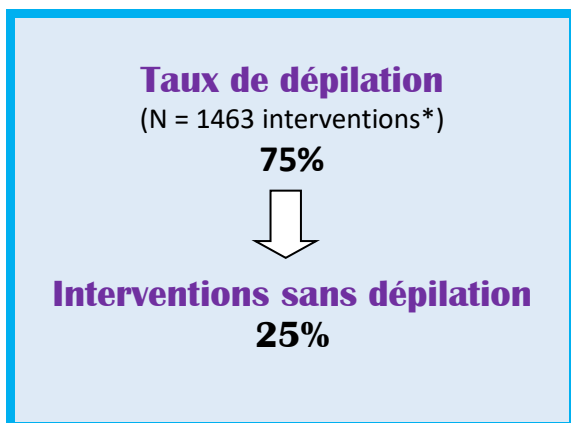
	Mesures associées à un objectif	Mesures non associées à un objectif
	Résultat proche de l'objectif	Résultat très positif
	Résultat encore éloigné de l'objectif	Résultat qui pose question
	Résultat très éloigné de l'objectif	

Niveaux de recommandations SF2H

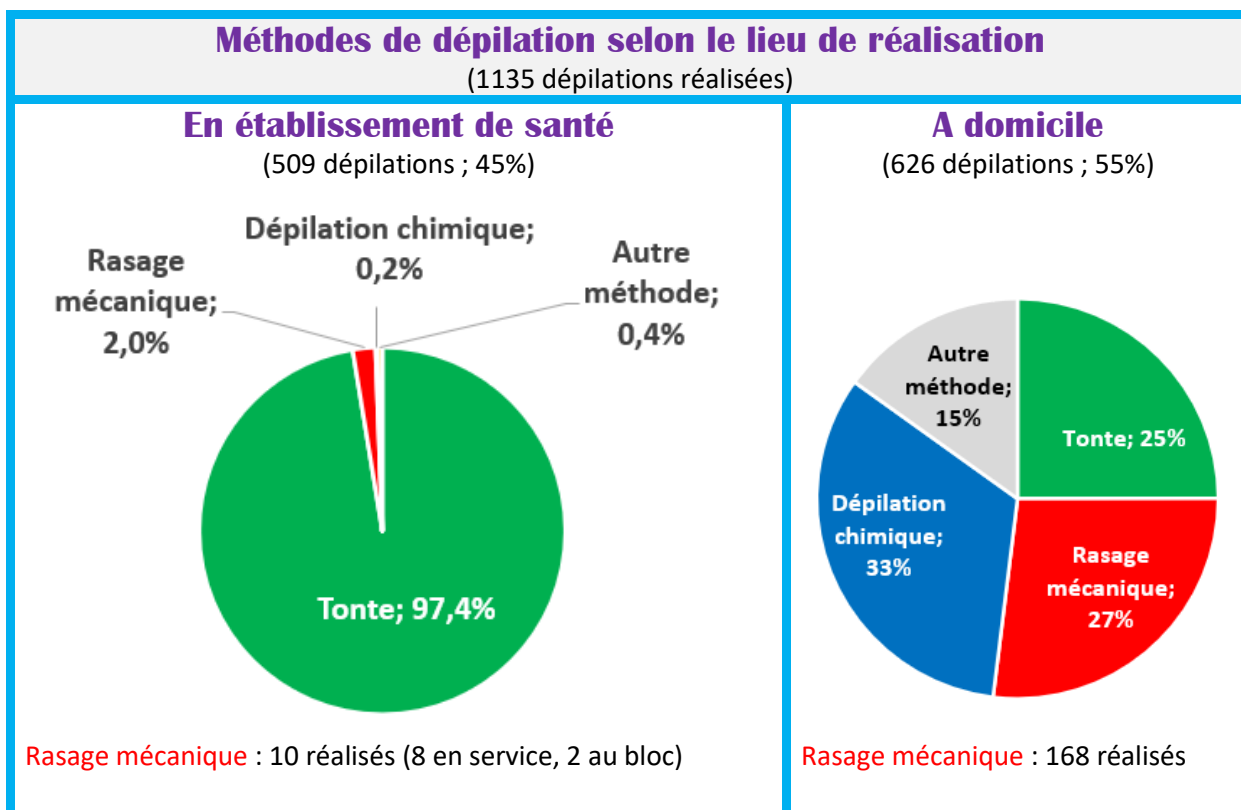
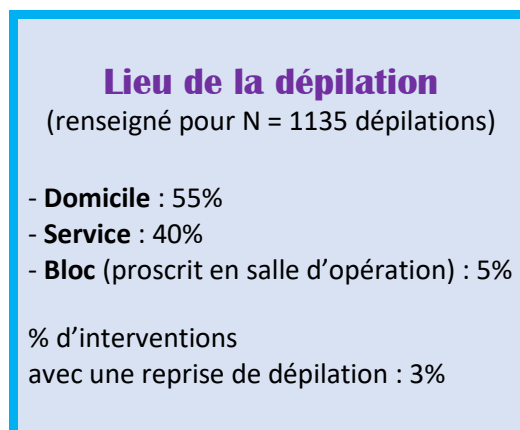
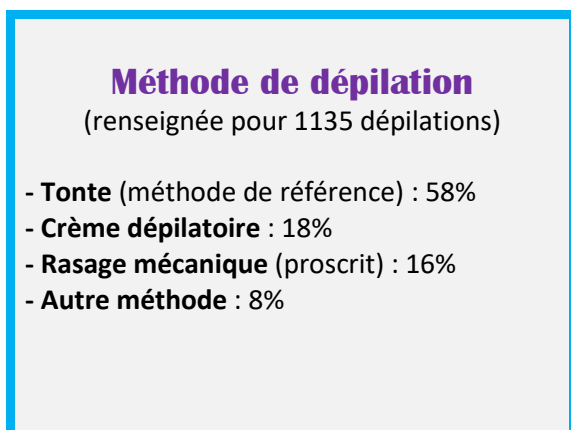
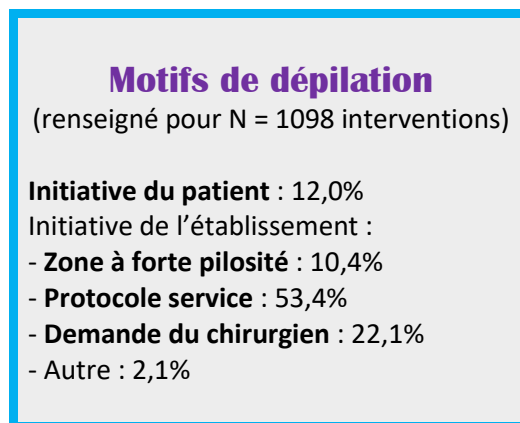
- A- Il est fortement recommandé de faire...
- B- Il est recommandé de faire...
- C- Il est possible de faire ou de ne pas faire...
- D- Il est recommandé de ne pas faire...
- E- Il est fortement recommandé de ne pas faire...

IV-1-1 TRAITEMENT DES PILOSITES (site cutané principal)

Résultats 2022 – 81 établissements de santé



*473 non concernées (peau glabre)



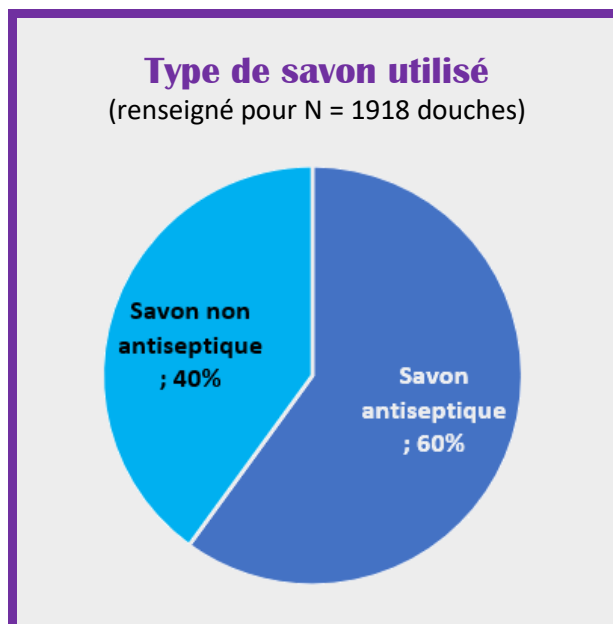
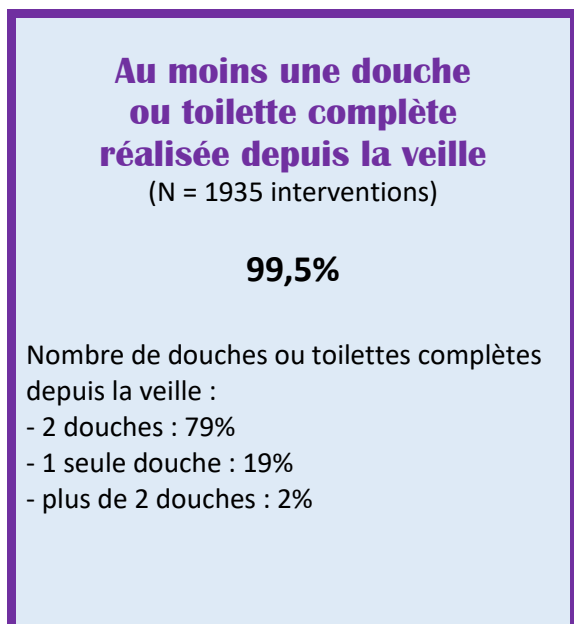
Commentaires sur les résultats du traitement des pilosités dans l'échantillon d'ES de 2022







- **Le taux de dépilation était élevé** : une partie non négligeable était liée à une initiative des patients mais la majorité relevait d'une décision des équipes médico-chirurgicales.
- **Plus de la moitié des dépilations étaient réalisées à domicile** (55%), sans doute en lien avec le développement de la chirurgie ambulatoire.
- Les méthodes de dépilation utilisées à domicile par les patients étaient très variées, **le rasage mécanique étant encore très présent**, beaucoup plus que pour les dépilations réalisées en ES.
 - Une vérification des informations fournies aux patients s'impose : cf. outils enquête-flash info patient, iso-check et enquêtes auprès des professionnels sur le traitement des pilosités (partie information patient)
- **L'existence d'une zone opératoire à forte pilosité**, qui peut constituer une contrainte technique (drapage, pansement, suture), **ne représentait que 10%** des justifications. Les autres motifs constituaient la majorité des raisons qui expliquent le maintien de la dépilation. Ils peuvent certainement faire l'objet d'améliorations.
- **La dépilation restait indiquée dans de nombreux protocoles de service** (motif principal de dépilation), contrairement aux protocoles d'ES qui intègrent largement le principe de réduire les dépilations.
 - Cf. résultats enquête SPICMI « PCO-DCF » de 2019-2020 – article en préparation
- **La dépilation était souvent une demande propre au chirurgien.**
 - Les freins à une diminution de la dépilation sont en cours d'identification : cf. enquête chirurgien sur le traitement des pilosités. Les enquêtes sont faites en collaboration avec les Sociétés savantes de chirurgie. Un bilan des études scientifiques soutenant ce principe est en préparation.
- **En tant que méthode de référence, la tonte était majoritairement utilisée**, en particulier en ES. Son utilisation à domicile pose néanmoins des questions de faisabilité et de sécurité.
- **La moitié des dépilations à domicile était réalisée à l'aide d'autres méthodes** que la tonte (recommandée) et le rasage (proscrit), sans positionnement actuel au niveau des recommandations.
 - Dans l'attente d'un positionnement national : cf. récapitulatif des avantages/inconvénients et précautions à prendre pour les différentes méthodes.
- Quelques **reprises de dépilation** ont été constatées, majoritairement après une 1^{ère} dépilation à domicile (26 cas sur 34, 3/4 des cas).
 - La dépilation à domicile pose de nombreux problèmes : réalisation alors que peut-être pas nécessaire, méthodes +/- adaptées (cf. rasage et autres méthodes), avec parfois nécessité de reprise en ES (réalisation non optimale en termes de technique ou délai/repousse ?).
- Un certain nombre de **dépilations ont été réalisées au bloc** (1^{ère} dépilation dans la majorité des cas ; 8 reprises/retouches de dépilation sur 57), en salle d'opération (proscrit) ou en dehors.
 - Lieu exact au bloc à vérifier (grille d'audit 2024)

IV-1-2 DOUCHE PREOPERATOIRE (ou toilette complète)

Le savon à utiliser pour la douche est au choix des ES. La dernière douche est censée être faite au plus près de l'intervention.

Résultats 2022 – 81 établissements de santé



Moment et lieu de réalisation de la « dernière » douche (renseigné pour N = 1905 douches)		
	Chirurgie CONVENTIONNELLE hors J0 (N = 620 douches)	Chirurgie AMBULATOIRE et J0 (N = 1285 douches)
La veille (3% globalement)	 0,8%  2,4%	 2,4%
Le jour-même (97% globalement)	 96,8%	 85,2%  12,4% *

Commentaires sur les résultats de la douche préopératoire dans l'échantillon d'ES de 2022

- Une douche préopératoire (ou son alternative la toilette complète) a été réalisée pour quasi 100% des interventions et en majorité le jour-même (plus de 80% en ambulatoire/JO et plus de 90% en conventionnel) sans que l'on en sache plus sur le délai avant intervention. En revanche, quel que soit le mode d'hospitalisation, il y avait 3% de dernières douches prises la veille, donc pas au plus près de l'acte chirurgical.
- La plupart des patients ont bénéficié d'au moins 2 douches préopératoires depuis la veille.
- Bien que les recommandations actuelles rendent possible l'emploi d'un savon non-antiseptique, le savon le plus utilisé était le savon antiseptique.

IV-1-3 DETERSION / NETTOYAGE CUTANE AVANT ANTISEPSIE

Le principe actuel des recommandations est de faire une évaluation de la propreté cutanée (présence/absence de souillures visibles) pour décider d'une étape de nettoyage cutané (savon doux) ou de déterision (savon ATS) avant l'étape d'ATS proprement dite. Ceci suppose de repérer les souillures visibles. Le type de savon à utiliser est dans tous les cas au choix des ES (savon doux possible).

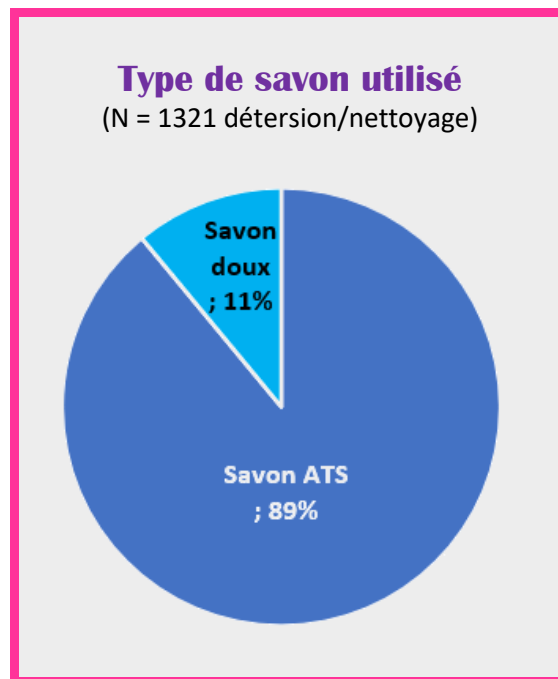
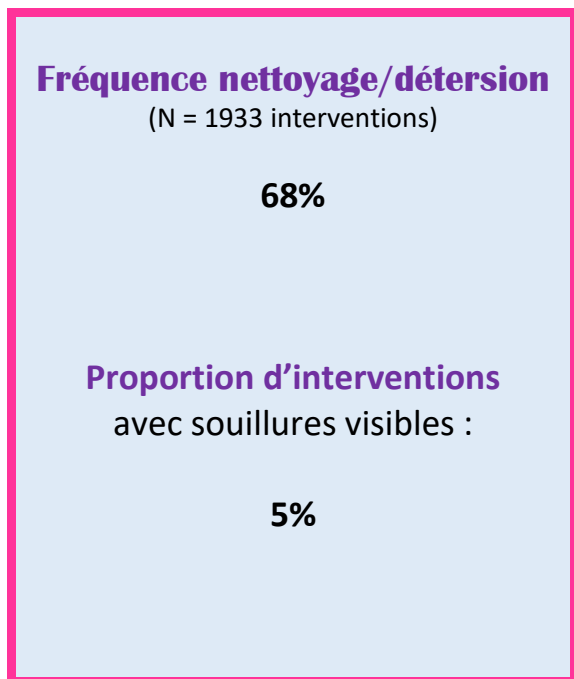
- En cas de souillures visibles : déterision/nettoyage impératif.
- En l'absence de souillures visibles : déterision/nettoyage au choix (possible de ne pas faire)

Résultats : cf. page suivante

Commentaires sur les résultats de la déterision/nettoyage dans l'échantillon d'ES de 2022

- Le nombre d'interventions avec souillures visibles était peu élevé, en lien avec le champ de l'audit (interventions sur peau saine, programmées, hors urgence).
- Dans ce cas, un nettoyage cutané ou une déterision sont impératifs : le respect de cette recommandation était proche de 100% mais pas tout à fait (91%). Il n'est pas possible de savoir s'il s'inscrivait dans une démarche ciblée (nettoyage/déterision si souillures) ou une démarche systématique (nettoyage/déterision qu'il y ait souillure ou non).
- Les recommandations rendent possible l'arrêt du nettoyage/déterision en l'absence de souillures : cette opportunité n'a été suivie que pour 1/3 des interventions.
- Globalement, le savon ATS était encore très utilisé à cette étape de la préparation cutanée même s'il semble avoir été remplacé progressivement par du savon doux (en moindre proportion néanmoins que pour la douche préopératoire).

Résultats 2022 – 81 établissements de santé

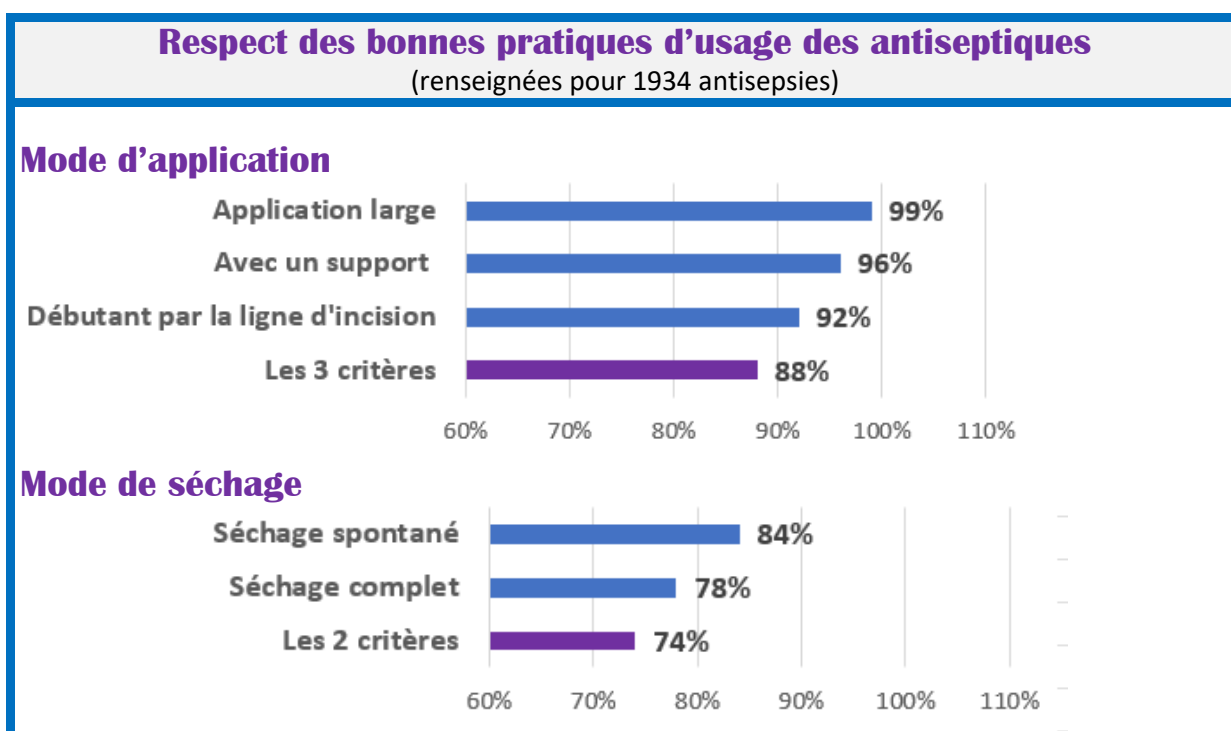
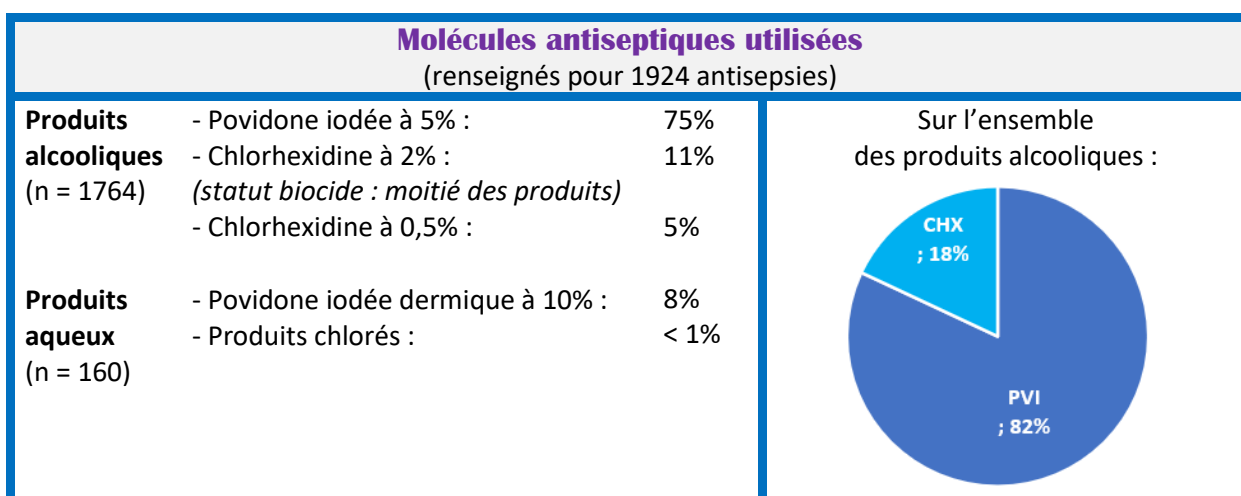
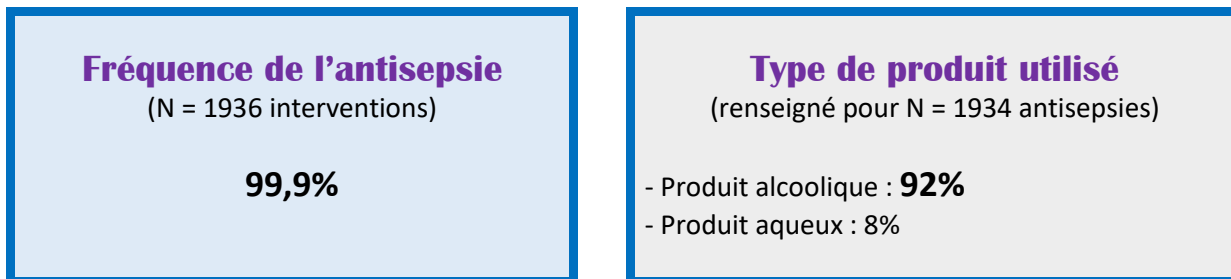


Selon la présence ou non de souillures visibles														
	En PRESENCE de souillures visibles (N = 96 interventions)	En L'ABSENCE de souillures visibles (N = 1837 interventions)												
Fréquence de nettoyage/déterSION	92%	67%												
Type de savon utilisé	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Type de savon</th> <th>Proportion</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Savon doux</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>Savon ATS</td> <td>80%</td> </tr> </tbody> </table> <p>(N = 88 nettoyage/déterSION)</p>	Type de savon	Proportion	Savon doux	20%	Savon ATS	80%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Type de savon</th> <th>Proportion</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Savon doux</td> <td>11%</td> </tr> <tr> <td>Savon ATS</td> <td>89%</td> </tr> </tbody> </table> <p>(N = 1233 nettoyage/déterSION)</p>	Type de savon	Proportion	Savon doux	11%	Savon ATS	89%
Type de savon	Proportion													
Savon doux	20%													
Savon ATS	80%													
Type de savon	Proportion													
Savon doux	11%													
Savon ATS	89%													

IV-1-4 ANTISEPSIE / DESINFECTION CUTANEE

Le principe actuel des recommandations est d'utiliser un **antiseptique alcoolique** pour les interventions **sur peau saine**, avec au choix : chlorhexidine à 0,5 ou 2% ou povidone iodée à 5%.

Résultats 2022 – 81 établissements de santé



Commentaires sur les résultats de l'antisepsie dans l'échantillon d'ES de 2022

- La réalisation de l'antisepsie chirurgicale concernait quasiment 100% des interventions (99,9%) avec une utilisation généralisée des ATS alcooliques parmi lesquels figurait majoritairement la povidone iodée.
- Le produit aqueux le plus utilisé était la povidone iodée dermique à 10% qui n'est pas justifiée a priori sur peau saine. Elle représentait cependant moins de 10% des interventions.
- Les produits employés étaient pour la plupart des médicaments (95%).
 - o Cf document Spicmi sur les produits utilisables au bloc opératoire
- Concernant les bonnes pratiques : globalement, le mode d'application était mieux respecté que le mode de séchage. Les points à revoir en termes d'application sont relatifs à la non-utilisation d'un tampon ou d'une compresse (versement direct) et le fait de ne pas démarrer par la ligne d'incision (d'application variable selon les produits). Le séchage devrait être spontané et complet pour garantir l'efficacité attendue du produit : il ne l'était que dans 3/4 des cas. L'ensemble des 5 critères était respecté dans 66,4%.
 - o Cf. diaporama vigilance ATS Spicmi (document pédagogique)
- Dans le cadre des nouvelles recommandations (SF2H 2013, 2016), certaines étapes de la préparation cutanée peuvent être levées ou simplifiées et les savons ATS remplacés par du savon doux. L'étape d'antisepsie, dernière barrière antimicrobienne se doit d'être parfaite pour la prévention des infections.

Etat d'avancement de l'appropriation des recommandations

TRAITEMENT DES PILOSITES :

Les recommandations en vigueur préconisent d'éviter autant que possible la dépilation, de privilégier la tonte et de ne pas utiliser le rasage mécanique.

Dans l'échantillon d'ES évalué en 2022 : 25% des interventions ont été réalisées sans dépilation

Tout lieu de dépilation confondu :

- 84% des dépilations ont été effectuées par d'autres méthodes que le rasage mécanique
- 58% des dépilations ont été effectuées par tonte

DOUCHE PREOPERATOIRE :

Les recommandations en vigueur rendent **possibles** la réalisation d'une seule douche et l'utilisation d'un savon non antiseptique.

Dans l'échantillon d'ES évalué en 2022 :

- 19% des interventions étaient associées à une seule douche préopératoire
- 40% des interventions étaient associées à une dernière douche faite avec un savon non-ATS

DETERSION/NETTOYAGE CUTANE :

Les recommandations en vigueur rendent **possibles** en routine l'arrêt du nettoyage cutané/de la déterision systématique (sauf en cas de souillures visibles) et l'utilisation d'un savon doux pour le nettoyage cutané avant antiseptie.

Dans l'échantillon d'ES évalué en 2022 :

- en **présence** de souillures visibles : 92% des interventions ont été réalisées avec un nettoyage cutané ou une déterision
- en **absence** de souillures visibles : 33% des interventions ont été réalisées sans nettoyage cutané ou déterision
- en cas de nettoyage cutané/de déterision, un **savon doux** a été utilisé dans 11% des cas

ANTISEPSIE/DESINFECTION CUTANEE :

Les recommandations en vigueur demandent de privilégier l'utilisation d'un ATS alcoolique (PVI ou CHX).

Dans l'échantillon d'ES évalué en 2022, un ATS alcoolique était utilisé dans 92% des interventions lors de l'antiseptie/la désinfection cutanée finale.

Actions nationales mises en œuvre et perspectives pour la PCO

Dans la suite de ces audits, nous invitons les équipes concernées à consulter :

- l'outil Spicmi **d'aide à la mise en place d'un plan d'actions** qui liste les causes possibles des situations rencontrées et fournit des éléments de réflexion sur les actions à mener.
- l'enquête PCO/DCF qui décrit et quantifie **les freins relatifs à chaque étape de la PCO**.

Grâce aux trois premières campagnes d'audit (2020, 2021, 2022), plusieurs actions ont été menées dans le cadre de la mission nationale :

- ➔ Un envoi des résultats multicentriques de l'année a été fait à chaque ES participant, pour comparaison, avec **une nouveauté pour les résultats 2022 : mise à disposition d'un poster pour chaque ES incluant les résultats multicentriques de l'année**.
- ➔ Des webinaires nationaux ont été organisés chaque année :
 - un général sur les 2 volets Spicmi (surveillance + prévention)
 - un spécifique aux ES participants à l'Audit Preop (partage des résultats, retours d'expérience, recueil des besoins). **Pour les résultats 2022, le webinaire spécifique audit Preop a été proposé de façon plus large, à tous les référents spicmi et les ES via les CPIas.**
- ➔ Les résultats 2020 et/ou 2021 ont été présentés à différents professionnels des blocs opératoires :
 - Infirmiers Ibode : présentation en 2021 des résultats PCO et ATBP à une journée régionale de l'Unaibode (JREP IDF).
 - Chirurgiens urologiques : communications orales au congrès de l'Association française d'urologie (AFU) en 2022 par Franck Bruyère (PCO/ATBP).
- ➔ Les différents résultats de l'audit national Preop ont été présentés au congrès de la SF2H :
 - poster sur la PCO en 2022
 - communication orale sur l'ATBP en 2023
- ➔ Les réponses aux questions envoyées au Comité scientifique de la SF2H sur la PCO, figurent au niveau de la discussion PCO du rapport audit Preop paru en 2022.
- ➔ **Un ensemble d'outils sur le traitement des pilosités va être proposé aux établissements de façon à accompagner la réduction de la dépilation et l'arrêt d'utilisation du rasoir mécanique.** Cela suppose des actions de sensibilisation des professionnels et une amélioration de l'information des patients.
- ➔ Des supports pédagogiques vont être prochainement diffusés. En particulier, une vidéo sur la douche préopératoire réalisée à domicile est en cours de préparation avec l'équipe Matis.
- ➔ Une version 2 de la grille d'audit **sous forme de plusieurs quick-audits** est en cours de préparation pour les années à venir, tenant compte de ces premiers résultats et des commentaires des experts/collègues hygiénistes.

Tableau 3 : Supports pédagogiques en préparation ou en projet pour la chirurgie

THEMES	CONTENU DES SUPPORTS	FORMAT DE DIFFUSION
En lien avec l'audit Preop et l'enquête PCO-DCF		
Douche et traitement des pilosités	Conditions d'information des patients	Projet d'enquête-flash EOH
	Informations orales reçues en consultation	Projet d'enquête-flash patients
Douche	Réalisation d'une douche	Projet de vidéo
Traitement des pilosités	Liste des méthodes avec avantages et inconvénients	Document récapitulatif avec argumentaire
	Synthèse des publications et résultats sur le sujet	Tableau récapitulatif
	Avis sur le traitement des pilosités : positionnement personnel et collectif, organisation, informations patient, avis sur les recommandations	Enquête chirurgien Enquête infirmiers
Antiseptie	Liste des ATS utilisables au bloc opératoire	Document récapitulatif avec argumentaire
	Points de vigilance : mode d'application et mode de séchage des ATS	Diaporama avec argumentaire + projet de vidéo
Douche Déterision Antiseptie	Place du nettoyage et de l'antiseptie au sein de la PCO	Diaporama avec argumentaire + projet de vidéo

Références PCO

Drees – Les établissements de santé - La spécialisation en chirurgie, Edition 2019, janvier 2021. Pages 70-73. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/13-14_0.pdf

SF2H - Gestion Préopératoire du risque infectieux - Conférence de consensus, mars 2004 et mise à jour de la conférence de consensus, octobre 2013. 166 pages.

<https://www.sf2h.net/publications/gestion-preoperatoire-risque-infectieux-mise-a-jour-de-conference-de-consensus>

HAS – Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire », version 2018, octobre 2018. 2 pages.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1518984/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire

Spicmi - Enquête PCO-DCF 2019-2020, avril 2021. 64 pages. <http://www.cpias-ile-de-france.fr/surveillance/spicmi/prevention/rapport-enquete-pco-dcf-avril2021.pdf>

Spicmi - Plan d'actions Audit Preop, mai 2021. 21 pages. <http://www.cpias-ile-de-france.fr/surveillance/spicmi/prevention/audit-preop/AuditPreop-aide-plan-daction.pdf>

SF2H - Antisepsie de la peau saine avant un geste invasif chez l'adulte – Recommandations pour la pratique clinique, mai 2016. 92 pages. <https://www.sf2h.net/publications/antisepsie-de-peau-saine-geste-invasif-chez-ladulte>

SF2H - Gestion Préopératoire du risque infectieux - Conférence de consensus, mars 2004. 12 pages.

<https://www.sf2h.net/publications/gestion-pre-operatoire-risque-infectieux>

Grephh - Audit Pop (Préparation cutanée de l'opéré) 2007 – Résultats nationaux, décembre 2008. 89 pages. <https://www.preventioninfection.fr/document/audit-preparation-cutanee-de-lopere-resultats-nationaux-2008>

ANSM - Cas d'inflammation et de brûlures après utilisation d'un bistouri électrique - Rappel des mises en garde et précautions d'emploi, 2 février 2018. 1 page. <https://ansm.sante.fr/informations-de-securite/cas-dinflammation-et-de-brulures-apres-utilisation-dun-bistouri-electrique-rappel-des-mises-en-garde-et-precautions-demploi>

IV-2 L'ANTIBIOPROPHYLAXIE PREOPERATOIRE (ATBP)

Lors de cet audit, l'antibioprophylaxie (ATBP) a été évaluée sur le même principe que la PCO (grille commune) et donc pour des interventions :

- **SUR PEAU SAIN**
- **HORS SITUATION D'URGENCE**

L'évaluation a porté sur 4 critères principaux en référence aux recommandations de la Sfar* :

- 1-Respect des indications et du moment d'administration en phase préopératoire
- 2-Molécules/doses utilisées
- 3-Adaptation de la dose aux patients de plus de 100 kg avec obésité sévère
- 4-Délai d'administration avant incision

Pour l'analyse du respect des indications (point 1) :

- ➔ Chaque intervention correspondant aux critères d'inclusion était codée postérieurement à l'observation par l'ES lui-même selon le guide de classification de l'ATBP fourni par Spicmi en référence aux RFE 2018 de la Sfar (cf. tableau 4).
- ➔ Le code pouvait prendre les valeurs suivantes :
 - Code identifié dans le guide Spicmi (DG1, VS2, BR3...) pour des interventions nécessitant une ATBP d'après les RFE de la Sfar (cf. tableau 4)
 - Code « 000 » pour des interventions ne nécessitant pas d'ATBP d'après les RFE de la Sfar ou sans positionnement de la Sfar
 - Vide (non renseigné)
- ➔ L'administration de l'ATB **avant incision** pouvait être renseignée sous trois modalités possibles :
 - Oui (réalisée avant incision)
 - Non (non réalisée avant incision)
 - Non (non réalisée en raison d'une antibiothérapie (ATBT) en cours)

L'analyse informatique nécessitait de renseigner le code « acte » et l'administration d'ATB :

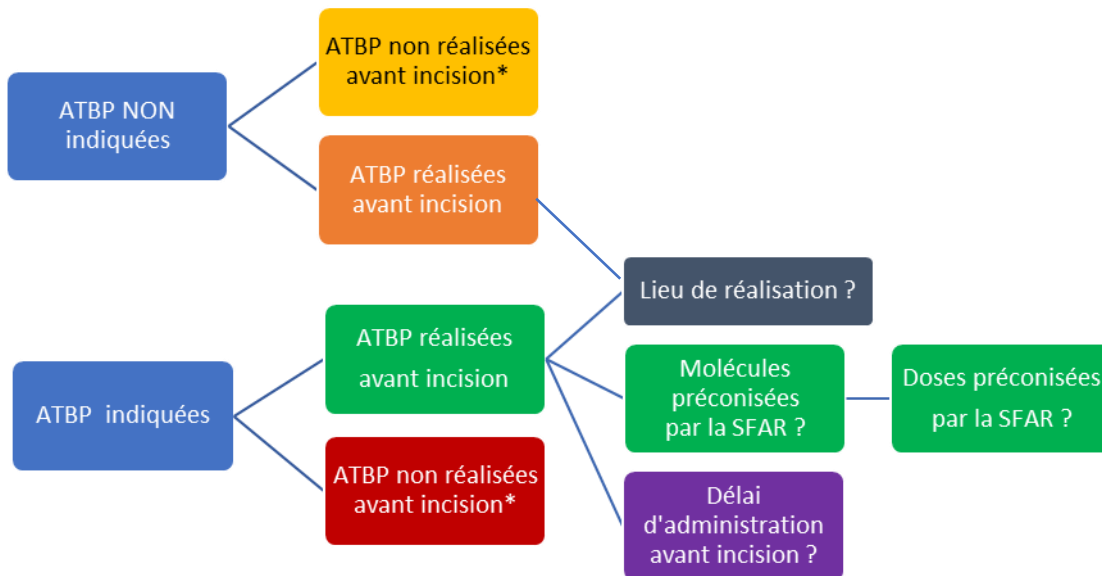
- Interventions avec administration de l'ATB renseignée : 99,9% (NR = 2)
- Interventions avec code renseigné : 99,8% (NR =4)
- Interventions avec ATBP et code acte renseignés : 99,7%

***Rappel des principales recommandations de la Sfar en phase préopératoire [1] :**

- Une ATBP doit être réalisée quand elle est indiquée pour un type d'interventions donné
- L'ATBP doit être réalisée avant incision
- Chaque ATBP requise est associée à une molécule ATB ou à une association ou éventuellement à une liste au choix, qui doit être respectée dans la mesure du possible
- La posologie dépend de la molécule utilisée et doit être adaptée au profil du patient pour certaines molécules, à l'intervention pour d'autres
- Le délai entre l'administration de l'ATBP et l'incision doit se situer autour de 30 min (pour la vancomycine en particulier, il s'agit du délai entre la fin d'administration et l'incision)

[1] Sfar - Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes), 2018

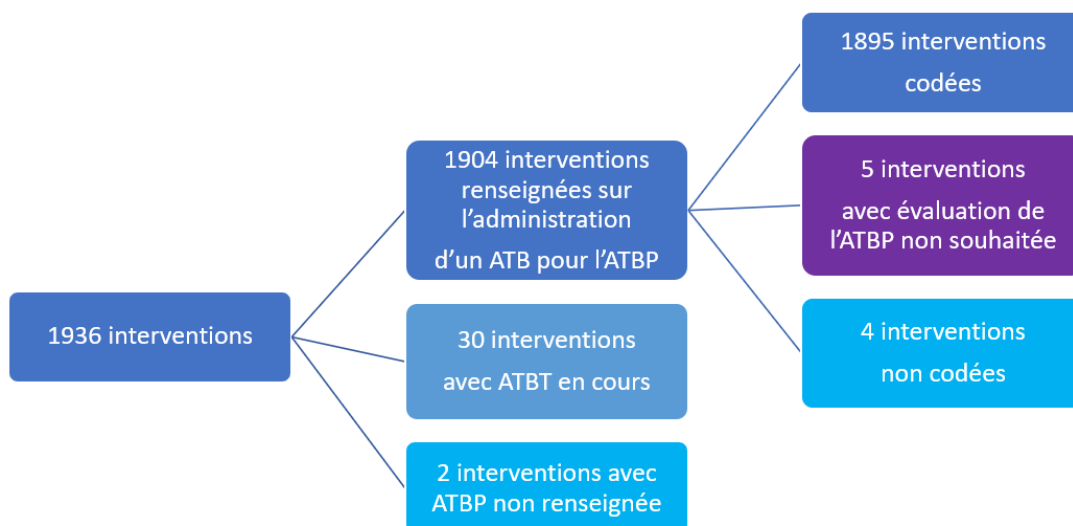
Figure 7 : Plan d'analyse général proposé pour l'ATBP



TERMINOLOGIE : *« ATBP non réalisées avant incision » correspond dans la grille de recueil à « ATBP avant incision = non », ce qui recouvre les ATBP non réalisées et les ATBP réalisées après incision, sans distinction possible (arrêt de l'observation au moment de l'incision)

Sur l'ensemble des étapes préopératoires observées, combien ont été analysées sur l'ATBP ?

Figure 8 : Nombre d'interventions évaluables sur le thème de l'antibioprophylaxie



CONCLUSION : Après exclusion des antibiothérapies en cours (n = 30 interventions), des ATBP non renseignées (n = 2 interventions), des évaluations de l'ATBP non souhaitées (n = 5 interventions) et des interventions non codées (n = 4), 98% des interventions ont pu être analysées sur le plan de l'ATBP (1895/1936).

A titre informatif : 1434 patients (76% des 1895 interventions) ont reçu une ATBP, qu'elle soit indiquée ou non. Le respect de l'indication est évalué dans les pages suivantes.

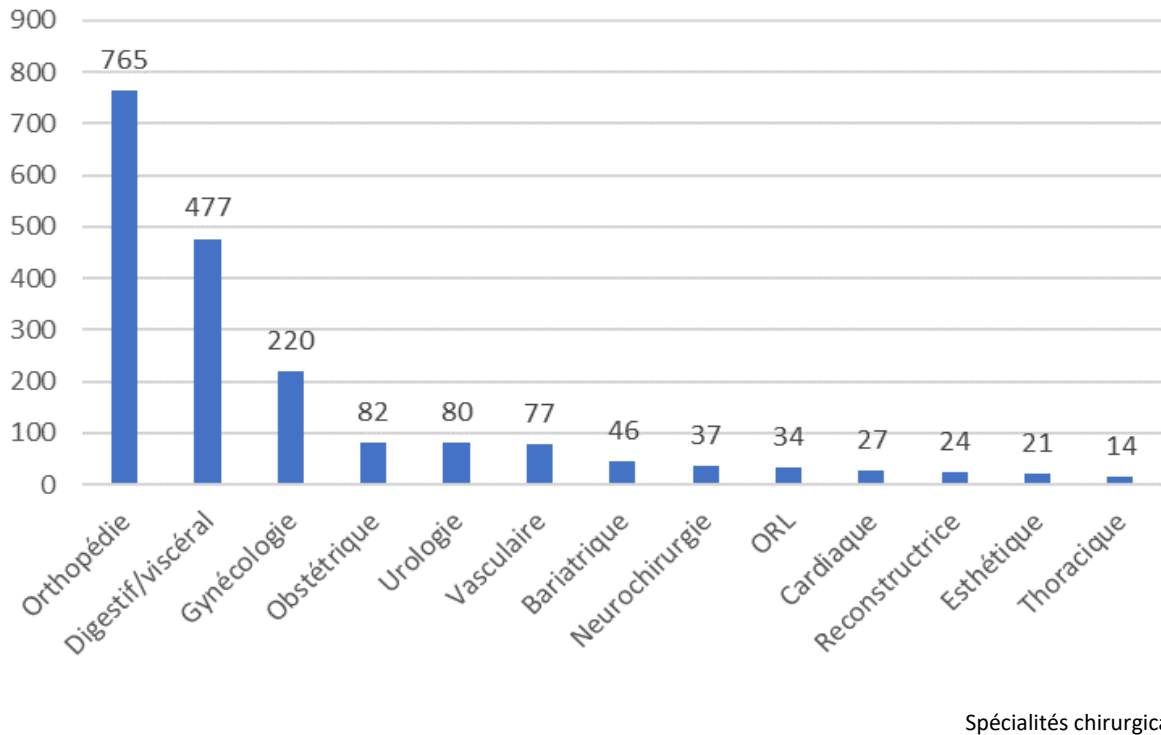
Tableau 4 : Codes « acte » attribués par Spicmi aux interventions sur peau saine et hors urgences de la classification des RFE de la Sfar (pour plus de précisions : cf. Guide de classification de l'ATBP/Spicmi)

Neurochirurgie	NR1	Dérivation interne du liquide céphalo-rachidien
	NR2	Craniotomie
	NR3	Neurochirurgie par voies trans-sphénoïdale et trans- labyrinthe
	NR4	Chirurgie du rachis avec mise en place de matériel prothétique
Chirurgie cardiaque	CD1	Chirurgie cardiaque
	CD2	Mise en place d'un stimulateur cardiaque
	CD3	Geste endocavitaire
Chirurgie vasculaire	VS1	Chirurgie de l'aorte, des artères des membres inférieurs, des troncs supra-aortiques - Endoprothèse artérielle - Chirurgie carotidienne avec patch
	VS2	Dilatation avec ou sans stent
	VS3	Amputation de membre
Chirurgie orthopédique	OT1	Prothèse articulaire quelle que soit l'articulation (membre supérieur, membre inférieur)
	OT2	Mise en place de matériel quel qu'il soit (résorbable ou non, ciment, greffe osseuse...) et quelle que soit la technique (percutanée, vidéoscopie...) - Chirurgie articulaire par arthrotomie
	OT3	Chirurgie du rachis avec mise en place de matériel prothétique
Chirurgie thoracique	TR1	Exérèse pulmonaire (y compris chirurgie vidéo-assistée)
	TR2	Chirurgie du médiastin - Chirurgie du pneumothorax - Décortication Résection pariétale isolée
Chirurgie ORL (otorhino-laryngologique)	ORL1	Chirurgie cervico-faciale avec ouverture bucco-pharyngée
Chirurgie digestive et viscérale	DG1	Chirurgie œsophagienne (sans plastie colique) - Chirurgie gastro-duodénale - Chirurgie pancréatique - Chirurgie hépatique
	DG2	Chirurgie des voies biliaires (les patients porteurs de prothèse des voies biliaires sont exclus des recommandations)
	DG3	Hernie avec mise en place d'une plaque prothétique
	DG4	Chirurgie de l'intestin grêle (y compris anastomose bilio-digestive) Chirurgie colorectale (y compris plastie colique)
	DG5	Cure d'événtration
	DG6	Prolapsus (avec ou sans mise en place de matériel)
Chirurgie urologique	UR1	Adénomectomie
	UR2	Cystectomie (Bricker, remplacement vésical)
	UR3	Sphincter artificiel
	UR4	Soutènement urétral (trans-obturator tape, tension-free vaginal tape)
	UR5	Prothèse pénienne ou testiculaire
	UR6	Cure de prolapsus
Chirurgie gynécologique Obstétrique	GYN1	Hystérectomie (voie haute) - Coeliochirurgie
	GYN2	Césarienne
	GYN3	Mastectomie - Reconstruction et/ou plastie mammaire
	GYN4	Prolapsus uniquement en cas de mise en place de matériel prothétique : promontofixation, mise en place d'implant ou de bandelette
Chirurgie bariatrique Chirurgie de l'obésité	BR1	Mise en place d'un anneau gastrique
	BR2	Réalisation d'un court-circuit gastrique ou d'une « sleeve » gastrectomie
	BR3	Chirurgie de réduction du tablier abdominal, abdominoplastie (dermolipectomie)
Chirurgie esthétique Chirurgie reconstructrice	PL1	Chirurgie plastique et reconstructive : classe 1 d'Altemeier avec implant
	PL2	Chirurgie plastique et reconstructive : classe 2 d'Altemeier

Comment étaient réparties les interventions en termes de spécialités chirurgicales ?

Figure 9 : Répartition du nombre d'interventions évaluées sur l'ATBP selon les spécialités (N = 1904)

Nombre d'interventions

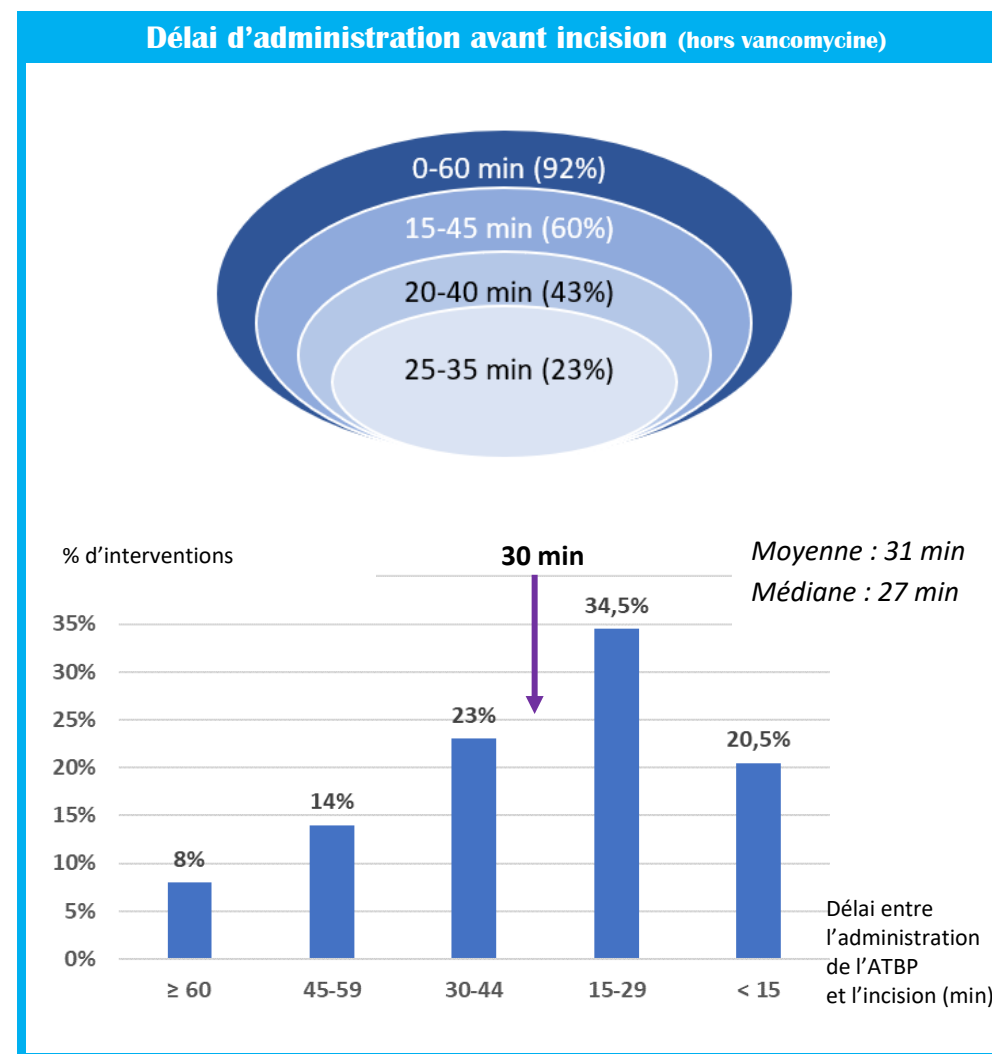
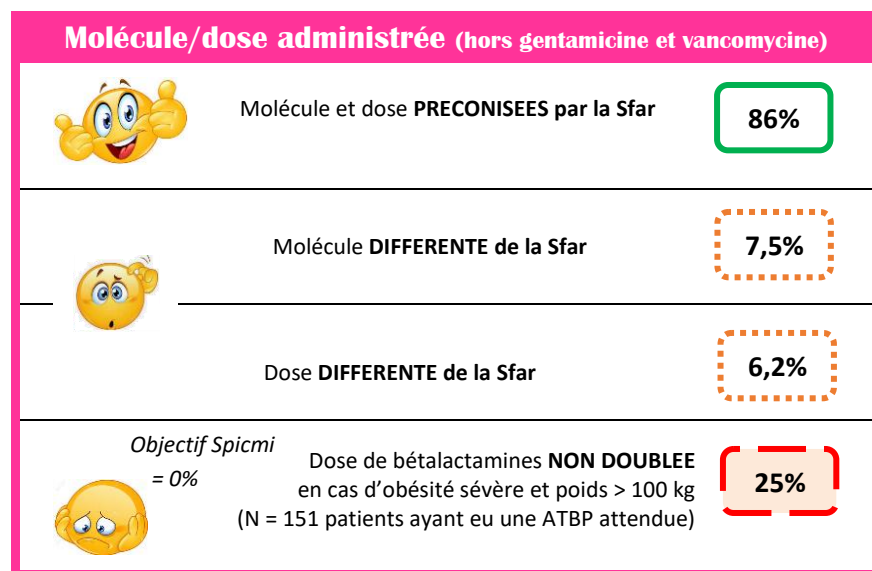
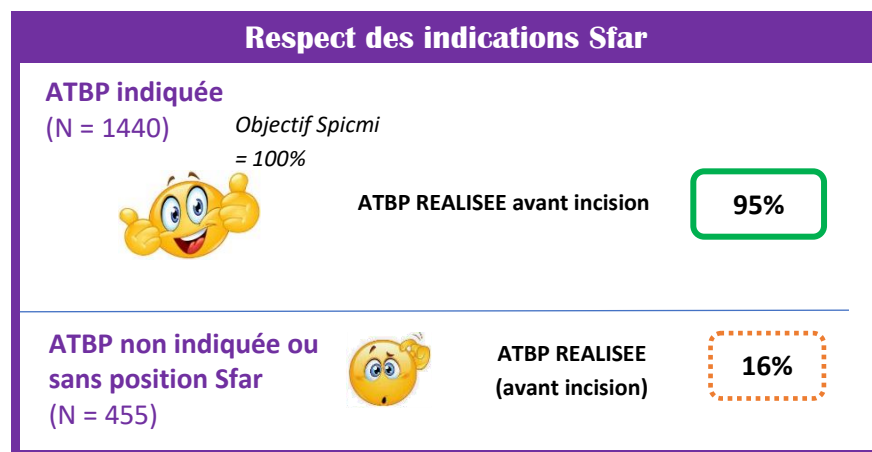


CONCLUSION :

Les 3 spécialités les plus évaluées en termes d'ATBP (> 100 interventions) étaient les chirurgies orthopédique (40%), digestive/viscérale (25%), gynécologie/obstétrique (302 interventions ; 16%), représentant un total de 81% de l'ensemble des interventions (1544/1904).

SYNTHESE DES RESULTATS DE L'EVALUATION de l'ANTIIBIOPROPHYLAXIE (ATBP) – INTERVENTIONS PEAU SAINE – HORS URGENCES

N = 1895 interventions chirurgicales évaluées – N = 81 ES - Référentiel : RFE Sfar 2018



Résultat satisfaisant
 A revoir en fonction du contexte et des choix locaux
 A revoir rapidement




Précisions sur la synthèse ATBP

Un objectif « Spicmi » a été défini pour certaines mesures dans un but d'aide à l'interprétation des résultats :

- « 0% » pour le non-doublement de la dose des bêtalactamines en cas d'obésité sévère et poids supérieur à 100 kg ;
- « 100% » pour des mesures recommandées sans obstacle majeur et connu à leur réalisation.

Il n'a en revanche pas été défini d'objectif pour certaines mesures du fait de l'existence de situations particulières ou de recommandations laissant une marge de manœuvre aux prescripteurs. C'est le cas pour :

- l'ATBP réalisée sans indication : potentiellement à risque d'un point de vue de l'antibiorésistance (ATBR) mais parfois nécessaire pour certains patients après évaluation bénéfice/risque ;
- l'utilisation de molécules ATB différentes de celles recommandées par la Sfar, en lien avec des choix validés localement ou une indisponibilité de certaines molécules, etc.
- le délai d'administration de l'ATBP avant incision décrit comme devant se situer autour de 30 min avant l'incision sans que soit définies des limites non acceptables (inférieure et supérieure).

	Mesures associées à un objectif	Mesures non associées à un objectif
	Résultat proche de l'objectif	Résultat très positif
	Résultat encore éloigné de l'objectif	Résultat qui pose question
	Résultat très éloigné de l'objectif	

ANTIBIOPROPHYLAXIE PREOPERATOIRE (1^{ère} injection avant l'acte chirurgical)

Les RFE de la SFAR (2018) précisent les actes concernés par une ATBP, les molécules et doses associées utilisables en fonction de la chirurgie et du type d'intervention, le moment d'administration (avant incision) et le délai approximatif avant l'intervention (environ 30 min).

Résultats 2022 – 81 établissements de santé

Lieu d'administration de l'ATB

(N = 1434 ATBP réalisées)

- Salle d'opération : 78,2%
- SSPI : 14,2%
- Salles de préparation, induction ou ALR : 7,6%
- Service d'accueil : 1,5%

Respect

de l'indication et du moment
(renseigné pour N = 1440 interventions)

95%

des interventions nécessitant une ATBP
ont eu une ATBP avant incision

Classes Altemeier

Classes 1 et 2 : 98% des interventions évaluées

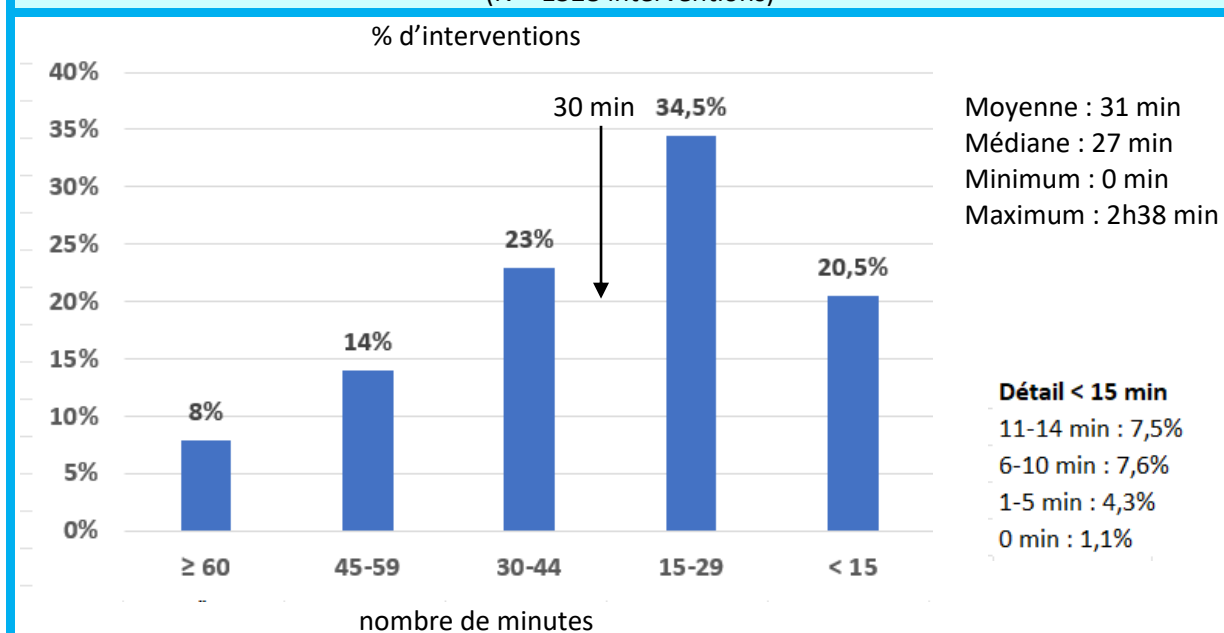
Adéquation des molécules et doses administrées

(hors gentamycine et vancomycine à posologie poids-dépendante)

	Molécules et doses CONFORMES	Molécules CONFORMES mais doses différentes	Molécules différentes Doses non évaluables
Tout patient (N = 1330)	86,3%	6,2%	7,5%
Patients IMC > 35 et poids > 100 kg (N = 151)	56,2%	25,4% (non-doublement des bétalactamines)	18,4%

Délai entre l'administration de l'ATBP et l'incision

(N = 1328 interventions)



Commentaires sur les résultats de l'antibioprophylaxie dans l'échantillon d'ES de 2022

- La majorité des ATBP respectaient les recommandations en matière d'indication et de moment d'administration (avant incision).
- Les molécules et doses correspondaient le plus souvent aux préconisations nationales mais il a été observé un manque d'adaptation posologique dans certains cas et en particulier pour le doublement attendu de la posologie des bêtalactamines chez les patients en obésité sévère et de plus de 100 kg.
- Les délais d'administration se répartissaient assez équitablement autour des 30 minutes (médiane à 27) mais avec des extrêmes plus ou moins acceptables comme des injections au moment de l'incision (0 min, quid de la check-list ?) ou plus de 2h avant l'intervention (hors vancomycine).
- La plupart des injections ont été réalisées en salle d'opération, ce qui explique sans doute pour partie les délais courts entre l'administration et l'incision.
- L'administration des ATB pour l'ATBP des patients obèses nécessite d'être revue globalement, avec des écarts aux préconisations concernant :
 - o le choix de la molécule (1 molécule sur 5),
 - o les doses administrées (1 molécule sur 4).

Focus sur la céfazoline : c'est une molécule indiquée dans de très nombreuses situations au sein des RFE de la Sfar.

➔ La tendance à une généralisation d'utilisation a été observée dans les audits réalisés.

Quand le trio céfazoline/céfuroxime/céfamandole était recommandé, la céfazoline était la molécule administrée dans la très grande majorité des cas (89%).

➔ Son utilisation large était plus ou moins appropriée.

Au niveau des résultats constatés, quand la molécule utilisée était différente de ce qui est recommandé, il s'agissait dans 1/3 des cas de la céfazoline alors qu'une activité sur les anaérobies était dans certains cas attendue.

Actions nationales mises en œuvre et perspectives pour l'ATBP

Dans la suite de ces audits, nous invitons les équipes concernées à consulter l'outil Spicmi **d'aide à la mise en place d'un plan d'actions** qui liste les causes possibles de ces situations et fournit des éléments de réflexion sur les actions à mener.

Grâce à ces trois premières campagnes d'audit (2020, 2021, 2022), plusieurs actions ont été menées dans le cadre de la mission nationale.

- ➔ Un envoi des résultats multicentriques de l'année a été fait à chaque ES participant, pour comparaison, avec **une nouveauté pour les résultats 2022 : mise à disposition d'un poster pour chaque ES incluant les résultats multicentriques de l'année.**
- ➔ Des webinaires nationaux ont été organisés chaque année :
 - un général sur les 2 volets Spicmi (surveillance + prévention)
 - un spécifique aux ES participants à l'Audit Preop (partage des résultats, retours d'expérience, recueil des besoins). **Pour les résultats 2022, le webinar spécifique audit Preop a été proposé de façon plus large, à tous les référents Spicmi et les ES via les CPIas.**
- ➔ Les résultats généraux ont été présentés à la SFAR. Une liste de suggestions leur a été envoyée dans le cadre de la préparation d'une nouvelle version des RFE à paraître en 2023. **La mission Spicmi sera relectrice de cette nouvelle version.**
- ➔ Les résultats 2020 et/ou 2021 ont été présentés à différents professionnels des blocs opératoires :
 - Infirmiers Ibode : présentation en 2021 des résultats PCO et ATBP à une journée régionale de l'Unaibode (JREP IDF).
 - Chirurgiens urologiques : communications orales au congrès de l'Association française d'urologie (AFU) en 2022 par Franck Bruyère (PCO/ATBP).
- ➔ Des supports pédagogiques vont être diffusés, tenant compte des évolutions du référentiel SFAR 2023 (cf. tableau 5).
- ➔ **Un projet de nouvelle évaluation de l'ATBP intégrant les administrations per et post-opératoires d'ATB et possiblement élargi au champ de la médecine interventionnelle est en cours de réflexion. Plusieurs pistes envisagées dont une enquête de prévalence sur dossier.**

Tableau 5 : Supports pédagogiques et outils en préparation ou en projet pour la chirurgie

THEMES	CONTENU DES SUPPORTS	FORMAT DE DIFFUSION
Molécules ATB	Tableau récapitulatif des molécules attendues selon les indications	1 document sur 2 pages Aide à l'analyse des données de l'audit Preop (ATBP)
Doses ATB	Rappel des règles d'adaptation posologiques en ATBP : patients, molécules, spécialités concernées	1 diapo
Indication Molécules Doses Moment Délai	Analyse des causes à effectuer concernant : -la non-réalisation de l'ATBP quand indiquée -le non-respect des doses indiquées -l'administration post-incision -le non-respect des adaptations posologiques -délais très courts ou très longs entre administration et incision	Outil d'analyse approfondie des causes

Tableau 6 : Attendus au niveau de l'actualisation des RFE (SFAR)

Indications	<p>Compléter la liste des indications ou non-indications de l'ATBP par spécialité pour pouvoir compléter le guide de codage de l'ATBP</p> <p>Identifier les éventuelles situations où une ATBP peut être administrée malgré un traitement ATB en cours, en lien avec une différence de spectre ou une clinique particulière</p>
Moment d'administration	Préciser la place de l'ATBP post-incision
Molécules	<p>Préciser les alternatives possibles en termes de molécules utilisables ou non quand les molécules de 1^{ère} ou 2^{ème} intention (allergies) ne sont pas disponibles</p> <p>Rappeler l'importance du respect des associations d'ATB, et à l'inverse le risque lié au rajout d'ATB quand un seul est préconisé</p>
Doses	<p>Préciser ce qui est admissible en termes d'arrondissement des doses pour les molécules dont la posologie est à calculer en fonction du poids des patients (vancomycine et gentamicine)</p> <p>Rappeler les doses à prescrire pour chaque molécule (double de la dose thérapeutique) et les risques liés aux sous-dosages (ex : inefficacité, ATBR) et surdosages (ex : effets secondaires)</p> <p>Renforcer le message sur les adaptations posologiques nécessaires : molécules, profils des patients et spécialités concernés</p> <p>Préciser les doses maximales des molécules d'ATB utilisées en ATBP (vancomycine, gentamicine)</p>
Délai d'administration avant incision	<p>Essayer de définir les limites de l'administration de l'ATBP dans le sens de ce qui n'est pas acceptable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en dessous de quel délai l'imprégnation des tissus ciblés par l'ATB est insuffisante (0, 1, 5 min...15 min ?) - au-delà de quel délai la concentration tissulaire en ATB n'est plus suffisante (45, 60, 120 min ?) <p>En cas d'ATBP reposant sur une association d'ATB, préciser si cette administration doit être réalisée simultanément ou avec un écart de temps et quel délai prendre alors en compte avant incision (1^{ère} ou 2^{ème} molécule)</p> <p>Préciser si, comme pour la vancomycine, toutes les molécules administrées en perfusion doivent avoir un délai avant incision calculé par rapport à la fin de la perfusion</p> <p>Précision sur le moment d'injection de l'ATB par rapport à l'induction</p>
Gestion du risque d'antibiorésistance	Renforcer la communication sur les risques liés à l'ATBR en ATBP

Question à poser à l'HAS :

Revoir le moment du contrôle de l'ATBP dans la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » : effectué juste avant incision (temps n°2), le délai d'administration avant incision risque d'être forcément très court si l'ATBP n'avait pas été effectuée.

Références ATBP

Drees – Les établissements de santé - La spécialisation en chirurgie, Edition 2019, janvier 2021. Pages 70-73. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/13-14_0.pdf

Sfar - Antibio prophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes), 2018. 33 pages. <https://sfar.org/wp-content/uploads/2018/07/Antibio prophylaxie-RFE-mise-a-jour-2018.pdf>

SPF - Antibiotiques et résistance bactérienne : une menace mondiale, des conséquences individuelles, novembre 2019. 24 pages. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/resistance-aux-antibiotiques/documents/rapport-synthese/antibiotiques-et-resistance-bacterienne-une-menace-mondiale-des-consequences-individuelles>

OMS - Global guidelines for the prevention of surgical site infection, 2018. 184 pages. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/277399>

Icpic - <https://conference.icpic.com/>

SPF - Réseau Iso-Raisin - Surveillance des infections du site opératoire dans les établissements de santé. Résultats 2017, février 2019. 220 pages. <http://www.cpias-ile-de-france.fr/surveillance/iso/RappRAISIN2017.pdf>

Spicmi - Plan d'actions Audit Preop, mai 2021. 21 pages. <http://www.cpias-ile-de-france.fr/surveillance/spicmi/prevention/audit-preop/AuditPreop-aide-plan-daction.pdf>

Spicmi – Guide de classification de l'antibio prophylaxie Audit Preop, décembre 2020. 14 pages. <http://www.cpias-ile-de-france.fr/surveillance/spicmi/prevention/audit-preop/AuditPreop-guide-classification-atb.pdf>

HAS – Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire », version 2018, octobre 2018. 2 pages. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1518984/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire

V- CONCLUSION GENERALE

La troisième campagne de l'audit national par observation réalisée en 2022 a permis à de nouveaux établissements de santé de s'engager dans une évaluation des pratiques préopératoires (180 ES au total à ce jour). Les autres participants ayant commencé leurs audits plus tôt en sont à élargir leur champ d'évaluation (plus de spécialités impliquées) ou à réaliser des réévaluations après mesures correctives.

Les tendances générales observées lors des deux premières campagnes sont confirmées dans ce 3^{ème} échantillon d'ES, malgré une composition différente en termes d'ES par rapport aux autres années (comme chaque année). Une analyse par ES, dans les ES ayant mis en place des actions et réévaluer les pratiques, serait utile pour estimer les progrès obtenus. L'enquête d'impact menée au printemps 2023 montre que l'audit a contribué à des actions correctives locales dans de nombreux ES. En complément, la diffusion par la mission Spicmi de supports de promotion spécifiques aux difficultés rencontrées aidera peut-être certains ES à sensibiliser davantage les professionnels de chirurgie et des blocs opératoires.

Les résultats convergents de ces 3 campagnes, les réponses de la SF2H à un certain nombre de questions relatives à la PCO et l'actualisation des RFE sur l'ATBP prévue en 2023 (Sfar) vont être prises en compte dans une nouvelle version de l'audit Preop en préparation, qui sera vraisemblablement proposée à l'avenir sous forme de quick-audits, plus adaptés pour les réévaluations.

Annexe : Grille d'évaluation des pratiques par observation de l'audit Preop (PCO+ATBP)

Auditeur : /_____/ N° de grille : /___/ ES : /_____/ Bloc : /_____/ Salle : /_____/ Date : /___/___/___/

Outil « PREOP » : Observation des pratiques préopératoires au bloc de chirurgie (de l'arrivée du patient au bloc jusqu'à l'incision)

Chirurgie programmée : Mode d'hospitalisation : ambulatoire conventionnelle Poids (kg) : /___/___/ Taille (m) : /___./___/ Date admission : /___/___/___/

Acte chirurgical (principal) : /_____/ Code acte* : /___/ Spécialité** : /_____/ Classe Altemeier : /___/ (1 à 4)

Thème	Question	Réponse	Modes de recueil / précisions		
Douche préopératoire	1-Au moins une douche/toilette complète réalisée ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	1 ^{ère} intention : Question au patient	2 ^{ème} intention : Question à l'Ibode	3 ^{ème} intention : Document traçabilité
	Si oui : Lieu(x) et moment(s) de réalisation ? <i>(plusieurs lieux et moments possibles)</i>	<input type="checkbox"/> à domicile → <input type="checkbox"/> la veille <input type="checkbox"/> le jour-même <input type="checkbox"/> dans l'ES → <input type="checkbox"/> la veille <input type="checkbox"/> le jour-même			
	Savon utilisé pour la dernière douche/toilette	<input type="checkbox"/> savon antiseptique <input type="checkbox"/> savon non antiseptique			
Dépilation SITE CUTANE PRINCIPAL uniquement	2- Site opératoire dépilé ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> zone de peau à inciser glabre	Question au patient	Question à l'Ibode	Document traçabilité
	Si oui : a-Lieu(x) et méthode de dépilation <i>(plusieurs lieux possibles)</i>	<input type="checkbox"/> à domicile → méthode : /_____/ <input type="checkbox"/> en service → méthode : /_____/ <input type="checkbox"/> au bloc → méthode : /_____/			
	b-Justification de la dépilation (motif principal) ?	/_____/ Code motif* : /___/			
Antibio Prophylaxie PREMIERE injection uniquement	3- Administration d'un ATB pour l'ATBP AVANT INCISION ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non car antibiothérapie déjà en cours	Observation	Question au personnel d'anesthésie	Document traçabilité
	Si oui : a-Lieu d'administration ?	<input type="checkbox"/> au bloc → lieu : /_____/ <input type="checkbox"/> en service			
	b-Molécule(s) et dose(s) administrée(s) <i>(privilégier la DCI)</i>	Molécule A : /_____/ dose molécule A : /___/ <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> mg Molécule B : /_____/ dose molécule B : /___/ <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> mg			
	c-Heure exacte de FIN d'administration ?	/___/h /___/ min	Horloge/pendule/scope		
Nettoyage PEAU saine	4- Nettoyage/détersion du site opératoire réalisé ?	<input type="checkbox"/> oui (savon doux) <input type="checkbox"/> oui (savon ATS) <input type="checkbox"/> non	Observation		
	5- Présence de souillures visibles ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	« Souillures » : cf. guide auditeur		
Antiseptie PEAU saine DERNIERE application uniquement	6-Antiseptie/désinfection du site opératoire réalisée ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Observation		
	Si oui : a-Nom du produit appliqué? <i>(nom commercial)</i>	/_____/ /___/ % Préciser le type de solution : <input type="checkbox"/> alcoolique <input type="checkbox"/> aqueuse			
	b-Application large du produit ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	c-Application avec un support ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	« Application » : cf. guide auditeur		
	d-Application débutant par la ligne d'incision ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	e-Heure exacte de FIN d'application du produit ?	/___/h /___/ min	Horloge/pendule/scope		
	f-Séchage spontané du produit ?	<input type="checkbox"/> oui (sans intervention extérieure) <input type="checkbox"/> non			
g-Séchage complet du produit ?	<input type="checkbox"/> oui (attente du séchage) <input type="checkbox"/> non	« Séchage » : cf. guide auditeur			
INCISION	7-Heure exacte de l'incision ?	/___/h /___/ min	Horloge/pendule/scope		

Répias/Spicmi/CPias IDF/Audit PREOP/Février 2022 *à coder ultérieurement en vue de la saisie informatique **spécialité chirurgicale correspondant à l'acte