

# Journée annuelle des EOH

# Actualité Spicmi Volet prévention

*20 juin 2024*

**Juliette Auraix – Cadre hygiéniste**  
D. Verjat-Trannoy – Praticien hygiéniste

# Spicmi – volet prévention

- Spicmi: Surveillance et prévention du risque infectieux en chirurgie et médecine interventionnelle
- Actions de prévention menées sur les 2 secteurs:
  - Chirurgie (conventionnelle, ambulatoire)
  - Médecine interventionnelle (radiologie, neuroradiologie, cardiologie interventionnelle...)

The screenshot displays the website for the Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins Île-de-France (CPIas). The main navigation bar includes: Qui sommes-nous ?, Signalement Alertes, Surveillance Évaluation, Documentation / Promotion Animation et communication, Formation Recherche, and Mission Spicmi. The 'Prévention' section is highlighted with a yellow hand icon. It contains the following sub-sections:

- Présentation**: Objectifs, Inscription, Calendrier 2024, L'équipe, Accès direct à la plateforme.
- Webinaires**: 2024, Années antérieures.
- Surveillance**: 2024 (Protocole & Co), Années antérieures (Protocoles, Résultats).
- Promotion des bonnes pratiques**: Supports, Dr Delphine Verjat-Trannoy, Juliette Auraix.

The 'Mission Spicmi' menu is also highlighted with a green hand icon, showing a list of items: Café gourmand, c'est parti!, recrute!, PS / PC, pp - info patients (Spicmi), and s régionaux.

# Enquête en radiologie interventionnelle

## ■ 1<sup>ère</sup> partie: cartographie des actes et des lieux

- Depuis novembre 2023
- Point au 17 juin 2024 :
  - ✓ Une trentaine d'ES (10 régions)

### Enquêtes en cours en 2024

#### Enquête Radiologie interventionnelle : Cartographie des actes et des lieux (1ère partie)

- **Objectifs** : identifier les lieux où sont réalisés les actes de radiologie interventionnelle (secteur, type de salle)
- **Public concerné** : tout établissement de santé public ou privé français ayant une activité de radiologie interventionnelle
- **Actes exclus** : neuroradiologie et cardiologie/rythmologie interventionnelles (enquête spécifique à venir)
- **Période d'enquête** : novembre 2023 - 28 juin 2024
- **Fichier de saisie** : fichier excel  
A retourner rempli à [spicmi.contact@aphp.fr](mailto:spicmi.contact@aphp.fr)
- **Aide au remplissage / organisation** : [tutoriel vidéo](#) (6 min) – [synthèse](#) (1 page PDF)

## • 2 questionnaires : « acte » et « salle »

- ✓ Acte : mode opératoire et PRI associée
- ✓ Salle : architecture, équipements, environnement

# Démarches d'évaluation des pratiques en Chirurgie

## Audit « PREOP »

toujours disponible pour vos évaluations par observation des pratiques au bloc opératoire

215 ES participants depuis 2020 (primo-évaluations et réévaluations)

Thèmes initiaux : PCO + ATBP préopératoire (1ère injection)

## Version 2024 : PCO uniquement

Nouveau référentiel ATBP/SFAR/SPILF (outil spécifique et indépendant pour 2025)

Auditeur : /\_\_\_\_\_/ N° de grille : /\_\_\_\_/ ES : /\_\_\_\_\_/ Bloc : /\_\_\_\_\_/ Salle : /\_\_\_\_\_/ Date : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

**Outil « PREOP » version 2024 : Observation des pratiques de PCO au bloc de chirurgie (de l'arrivée du patient jusqu'à l'incision)**

Chirurgie programmée : Mode d'hospitalisation :  ambulatoire  conventionnelle Date d'admission du patient (jj/mm/aa) : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Acte chirurgical (principal) : /\_\_\_\_\_/ Spécialité\* : /\_\_\_\_\_/ Altemeier : /\_\_\_\_/ (1 à 4)

Thème	Question	Réponse	Modes de recueil / précisions		
Douche Toilette préopératoire	1-Nb de douches/toilettes complètes depuis la veille ?	<input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> plus de 2	1 <sup>ère</sup> intention : Question au patient	2 <sup>ème</sup> intention : Question à l'ibode	3 <sup>ème</sup> intention : Document traçabilité
	Si au moins 1 douche réalisée :	a-A domicile ? (si oui, préciser le moment) <input type="checkbox"/> OUI → <input type="checkbox"/> la veille <input type="checkbox"/> le jour-même <input type="checkbox"/> NON			
	b-Dans l'établissement ? (idem)	<input type="checkbox"/> OUI → <input type="checkbox"/> la veille <input type="checkbox"/> le jour-même <input type="checkbox"/> NON			
	c-Type de savon utilisé pour la dernière douche/toilette ?	<input type="checkbox"/> savon antiseptique <input type="checkbox"/> savon doux <input type="checkbox"/> savon personnel			
Traitement des pilosités  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
	a-Lieu et méthode de dépilation utilisée ? (plusieurs lieux possibles)	Lieu Méthode			
	Si oui :	<input type="checkbox"/> à domicile - - - - - → /_____/			
	b-Justification de la dépilation (motif principal) ?	<input type="checkbox"/> en service - - - - - → /_____/			
		<input type="checkbox"/> au bloc - - - - - → /_____/			
		/_____/ Code motif* : /____/	Au bloc : observation		
			Question à l'ibode/au chirurgien		
Déterision Nettoyage cutané PEAU saine	3- Nettoyage/déterision du site opératoire réalisé ?	<input type="checkbox"/> OUI (savon doux) <input type="checkbox"/> OUI (savon ATS) <input type="checkbox"/> NON	Observation		
	4- Présence de souillures visibles ?	<input type="checkbox"/> OUI → type de souillure : /_____/ <input type="checkbox"/> NON	« Souillures » : cf. guide auditeur		
Antiseptie Désinfection cutanée PEAU saine	5-Nombre d'applications du produit ?	<input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> plus de 2	Observation		
	Pour la DERNIERE APPLICATION uniquement :				
	a-Nom du produit appliqué ? (nom commercial)	/_____/_____/____/ %	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	« Application » : cf. guide auditeur		
	c-Application avec un support ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
	d-Application débutant par la ligne d'incision ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
	e-Séchage spontané du produit ?	<input type="checkbox"/> OUI (sans intervention extérieure) <input type="checkbox"/> NON	« Séchage » : cf. guide auditeur		
f-Attente du séchage complet du produit ?	<input type="checkbox"/> OUI (peau sèche avant pose du drapage) <input type="checkbox"/> NON				
g-Heure du début de la dernière application	/_____/h /_____/min	Horloge/pendule/scope			

Répias/Spicmi/CPIas IDF/Audit PREOP/Janvier 2024 \*spécialité chirurgicale correspondant à l'acte PCO = préparation cutanée de l'opéré

# Démarches d'évaluation des pratiques en Chirurgie

## ■ Quick audits PREOP

- Si réévaluation/évaluation plus ciblée : 4 quick-audits



- ✓ 1- Douche préopératoire
- ✓ 2- Dépilation



- ✓ interview des patients

**4 thèmes**

**2 méthodes  
d'audit**

**2 lieux**

- ✓ Sur les lieux d'accueil (avant ou après intervention)

- ✓ 3- Déterision
- ✓ 4- Antisepsie



- ✓ observation au bloc

- ✓ Au bloc opératoire

# Quick audit PCO : douche et dépilation

Audit « PREOP2 » : PREPARATION CUTANEE DE L'OPERE (PCO) avant intervention chirurgicale

Module DOUCHE et DEPILATION (Chirurgie programmée/Peau saine/Hors urgence) Version non définitive

Auditeur : / / / Date d'évaluation : / / / Lieu d'évaluation : / / / Grille N° : / / /  
 Discipline :  chir. hospitalisation  chir. ambulatoire  médecine  bloc opératoire  autre : / / /

- Description
- Service
  - Patient
  - Conditions d'audit

Conseil des données avec le professionnel du service  
 Mode d'hospitalisation :  ambulatoire  conventionnel  
 Code acte (optionnel) : / / /  
 Correspondant à l'acte : / / /  
 Heure de l'intervention : / / / Date d'admission : / / /  
 La préparation cutanée du patient tracée par écrit :  oui  non  non évalué

Méthode : INTERVIEW du patient :  préopératoire  post-opératoire  
 Evalueur :  auditeur externe (EOH/EPRI/DO/GDR)  membre du service/bloc (auto-évaluation)

Grille constituée de 4 parties (I, II, III, IV) : ne pas oublier de remplir la partie IV (« Vérification de la préparation cutanée »)

## I- INFORMATION DU PATIENT

Patient informé	Sur LA DOUCHE PREOPERATOIRE	Sur LA DEPILATION
1- Le patient a-t-il reçu des informations ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne se souvient plus	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne se souvient plus
2- À quel(s) moment(s) ? (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> en consultation préopératoire <input type="checkbox"/> lors du rappel quelques jours avant <input type="checkbox"/> au moment de l'admission <input type="checkbox"/> autre : / / /	<input type="checkbox"/> en consultation préopératoire <input type="checkbox"/> lors du rappel quelques jours avant <input type="checkbox"/> au moment de l'admission <input type="checkbox"/> autre : / / /
3- Comment ? (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> document <input type="checkbox"/> vidéo <input type="checkbox"/> oralement par un professionnel <input type="checkbox"/> autre : / / /	<input type="checkbox"/> document <input type="checkbox"/> vidéo <input type="checkbox"/> oralement par un professionnel <input type="checkbox"/> autre : / / /

Commentaires :

## II- Quick-audit n°1 – DOUCHE PREOPERATOIRE ou TOILETTE COMPLETE

4- Quelle fréquence de douche ou toilette complète (si au moins 1 douche a été prise) ? (1 seule réponse)	<input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> plus de 2
5- Horaire dernière douche* ? (1 seule réponse)	<input type="checkbox"/> la veille <input type="checkbox"/> jour-même <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> dans le service
6- Savon utilisé pour la dernière douche* ? (1 seule réponse)	Heure : / / / <input type="checkbox"/> savon personnel liquide <input type="checkbox"/> savon personnel en pain <input type="checkbox"/> savon doux (fourni par le service) <input type="checkbox"/> savon ATS (nom du produit) : / / /
7- Si savon liquide : quel conditionnement ?	<input type="checkbox"/> monodose <input type="checkbox"/> flacon neuf <input type="checkbox"/> autre : / / /
8- Méthode utilisée pour la dernière douche* ? (la question ne concerne pas le savon)	<input type="checkbox"/> même méthode que d'habitude <input type="checkbox"/> méthode différente de d'habitude
9- Shampoing réalisé lors de la dernière douche ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

\*douche ou toilette complète

Quick audit 1  
Douche préopératoire

BONUS  
Information des  
patients sur PCO

Cf. webinaire du 26-05-24

Audit « PREOP2 » : PREPARATION CUTANEE DE L'OPERE (PCO) avant intervention chirurgicale

Module DOUCHE et DEPILATION (Chirurgie programmée/Peau saine/Hors urgence) Version non définitive

## III- Quick-audit n°2 – DEPILATION

Zone du corps à opérer : / / / →  avec poils  sans poil  
 1- Cette zone a-t-elle été dépilée (dépilation = retrait des poils) :  oui  non  
 2- Lieu(x) où a été réalisée la dépilation :  
 A domicile/hors ES :  oui  non Dans le service :  oui  non Au bloc opératoire :  oui  non  ne sait pas  
 Si pas de dépilation, remplissez directement la partie « vérification de la préparation cutanée » en fin de document

### DEPILATION (retrait des poils) à DOMICILE/HORS ETABLISSEMENT

1- Moment de réalisation ? / / / jours avant l'intervention (0 si même jour)  
 2- Circonstances de réalisation ?  à la demande du service  
 (1 seule réponse)  initiative du patient par habitude  
 initiative du patient dans le contexte de la chirurgie  
 3- Par quelle méthode ?  tondeuse → tondeuse nettoyée avant usage ?  oui  non  
 (1 seule réponse)  crème dépilatoire → test cutané réalisé ?  oui  non  pas nécessaire (déjà utilisée)  
 rasoir mécanique\*  
 autre méthode (préciser) : / / /  
 4- Cette méthode vous a-t-elle été conseillée par le service ?  oui  non  ne sait pas/ne se souvient pas  
 5- Dépilation suivie d'une douche\*\* ?  oui  non

### DEPILATION (retrait des poils) dans le SERVICE

1- Moment de réalisation de la dépilation ? / / / jours avant l'intervention (0 si même jour)  
 2- Cette dépilation a été réalisée :  par un professionnel de santé  par le patient lui-même  
 2a- Si réalisée par le patient : circonstances ?  à la demande du service  à l'initiative du patient  
 3- Par quelle méthode ?  tondeuse  
 (1 seule réponse)  crème dépilatoire → test cutané réalisé ?  oui  non  pas nécessaire (déjà utilisée)  
 rasoir mécanique\*  
 autre méthode (préciser) : / / /  
 4- Cette méthode vous a-t-elle été conseillée par le service ?  oui  non  ne sait pas/ne se souvient pas  
 5- Dépilation suivie d'une douche\*\* ?  oui  non

\*méthode non recommandée/proscrite \*\*douche ou toilette complète

## IV- VERIFICATION DE LA PREPARATION CUTANEE à l'admission

1- Patient questionné avant l'intervention par un professionnel sur la réalisation de la douche et/ou de la dépilation ?  oui  non  
 2- Zone à opérer observée par un professionnel à l'admission ? (vérification de l'état cutané : propreté, absence de poils si nécessaire, absence de lésions)  oui  non

Quick audit 2  
Dépilation

BONUS  
Vérification PCO

# Quick audit PCO : déterSION et antisePSie

Audit « PREOP2 » : PREPARATION CUTANEE DE L'OPERE (PCO) avant intervention chirurgicale

Module DETERSION et ANTISEPSIE (Chirurgie programmée/Peau saine/Hors urgence) Version non définitive

Auditeur : / / / Date d'évaluation : / / / / Lieu de l'évaluation : / / / Grille N° : / / /

d'hospitalisation :  ambulatoire  conventionnelle  
Code acte (optionnel) : / / /

acte : / / /

heure de l'intervention : / / / Date d'admission : / / / /

Evaluation sur dossier (ce choix exclut les items avec données non tracées)

Evaluateur :  auditeur externe (EOH/EPRI/DQ/GDR)  membre du service/bloc (auto-évaluation)

## Description

- Service
- Patient
- Conditions d'audit

Grille constituée de 3 parties (I, II, III) : ne pas oublier de remplir la partie III (« Tracabilité dossier patient »)

## I- Quick-audit n°3 - DETERSION/NETTOYAGE CUTANE

Champ de l'audit = interventions programmées sur PEAU SAINE chez l'adulte, hors situation d'urgence

Si intervention mixte (peau saine ET muqueuse, n'évaluer que la partie « peau saine »)

Présence de souillures au niveau du site à inciser ?  oui  non

Nettoyage/nettoyage cutané réalisé ?  oui  non

Si déterSION/nettoyage cutané réalisé : merci de renseigner les items ci-dessous

2a Justification donnée par l'équipe ?  présence de souillures : nature : / / /  
(1 seule réponse : raison principale)  déterSION réalisée en routine  
 en lien avec dernière douche réalisée à domicile et/ou au savon doux  
 autre raison : / / / /

2b Réalisée par quelle catégorie professionnelle ?  Ibode/IDE  chirurgien/interne  aide-soignante  autre

2c Type de savon liquide utilisé ?  doux  antiseptique : / / / / (nom)  
Conditionnement ?  monodose  multidose

Lavage et rinçage de la peau :

2d Solution utilisée ?  eau stérile ou NaCl\* 0,9% stérile  eau filtrée  eau du réseau  
Conditionnement ?  monodose  multidose  autre

2e Type de matériel utilisé ?  compresses  gants de toilette à UU  autre\*\*  
Matériel stérile ?  oui  non

2f Séchage par tamponnement ?  oui  non

\*NaCl = chlorure de sodium (à 0,9% → sérum physiologique) \*\*exemple : carrés de soin, compresses abdominales...

## Quick audit 3 DéterSION

Audit « PREOP2 » : PREPARATION CUTANEE DE L'OPERE (PCO) avant intervention chirurgicale

## II- Quick-audit n°4 - ANTISEPSIE/DESINFECTION CUTANEE (PEAU SAINE, chez l'adulte, hors urgences)

Rappel 1 : Champ de l'audit = interventions sur PEAU SAINE (hors muqueuses) chez l'adulte, hors situation d'urgence

Si intervention mixte (peau saine et muqueuse, n'évaluer que la partie « peau saine »)

Rappel 2 : le nombre d'applications successives du produit antiseptique (1 ou 2) relève d'un choix local. Plusieurs paramètres (AMM produit, position du fabricant, niveau de risque infectieux de l'acte...)

## Quick audit 4 AntisePSie

1- L'antisePSie/la désinfection cutanée a été réalisée ?  oui, en application unique (remplir la colonne 1)  oui, en 2 applications (remplir les colonnes 1 et 2)  non

Si antisePSie/désinfection cutanée réalisée : merci de renseigner les items ci-dessous

	Evaluation application n° 1	Evaluation application n° 2
2-Heure de réalisation (facultatif)	/ / /h/ / /	/ / /h/ / /
3-Catégorie professionnelle ? Habillage ?	<input type="checkbox"/> médicale <input type="checkbox"/> paramédicale <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> stérile <input type="checkbox"/> non stérile	<input type="checkbox"/> médicale <input type="checkbox"/> paramédicale <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> stérile <input type="checkbox"/> non stérile
4-Nom du produit et % ? Type de solution ? Couleur la peau ?	/ / / / / % <input type="checkbox"/> alcoolique <input type="checkbox"/> aqueuse <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	/ / / / / % <input type="checkbox"/> alcoolique <input type="checkbox"/> aqueuse <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
5-Mode d'application du produit		
5a Application large de l'ATS ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
5b Technique d'application ?	<input type="checkbox"/> escargot <input type="checkbox"/> quadrillage <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> escargot <input type="checkbox"/> quadrillage <input type="checkbox"/> autre
5c Débutant par la ligne d'incision ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
5d Méthode d'application ?	<input type="checkbox"/> pince/compresse ou porte-tampon ou applicateur* <input type="checkbox"/> compresse/tampon sans pince <input type="checkbox"/> autre**	<input type="checkbox"/> pince/compresse ou porte-tampon ou applicateur* <input type="checkbox"/> compresse/tampon sans pince <input type="checkbox"/> autre**
5e Type de gants portés lors de l'application ?	<input type="checkbox"/> gants stériles <input type="checkbox"/> gants non stériles <input type="checkbox"/> sans gant	<input type="checkbox"/> gants stériles <input type="checkbox"/> gants non stériles <input type="checkbox"/> sans gant
6-Mode de séchage du produit		
6a Spontané ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
6b Complet ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
7-Heure d'incision (facultatif)	/ / /h/ / / <input type="checkbox"/> non évaluée	

5d (méthode d'application) :

\* toutes ces méthodes correspondent à une approche sans contact ou « no touch » : applicateur avec éponge en mousse, porte-tampon ou pince munie d'une compresse ou d'un tampon

\*\*autre : versement direct du produit sur la peau sans utiliser de support pour l'application

6a (séchage spontané) : naturel, sans intervention extérieure

6b (séchage complet) : attente du séchage de la peau avant collage des champs

## III- TRACABILITE DOSSIER PATIENT

La préparation cutanée réalisée au bloc a été tracée ?  oui  non  tracabilité non évaluée

## BONUS Tracabilité PCO

# Supports de promotions de bonnes pratiques

- Informations patient sur le PCO
  - Savoir quelles informations sont données aux patients
  - Savoir par quels moyens elles sont données
  - Vérifier si les informations sont conformes aux bonnes pratiques

# Supports de promotions de bonnes pratiques

## ENQUETE FIPP : Flash Info Patient PCO (depuis avril 2024)

- Objectifs:
  - ✓ Prendre connaissance de ce qui est fait dans les services
  - ✓ Comparer avec ce qui est prévu au niveau de l'ES (organisation et supports utilisés)
- Modalités: 2 questionnaires en ligne
  - ✓ 1 questionnaire support établissement
  - ✓ 1 questionnaire support service

### Enquête Fipp : Flash Info Patient PCO

- **Objectif** : vérifier la qualité de l'information des patients sur la PCO via l'évaluation de l'organisation et des supports d'information
- **Établissements concernés** : tout établissement de santé public, Espic ou privé ayant une activité de chirurgie
- **Services concernés** : tout service accueillant les patients en amont de l'opération (consultation, chirurgie, médecine, maternité, réanimation, etc.)
- **Période d'enquête** : de mai à septembre 2024
- **Méthode** : enquête menée en 2 temps
  - 1er temps : au niveau de l'établissement (information prévue/théorique, supports proposés)
  - 2ème temps : auprès des services concernés (information réellement mise en œuvre, supports utilisés)
- **Questionnaires** : en ligne (à remplir autant de fois que de supports évalués)
  - questionnaire n° 1 pour l'évaluation au niveau de l'établissement (+ version papier)
  - questionnaire n° 2 pour l'évaluation au niveau des services (+ version papier)
- **Guide de l'enquêteur** : fichier pdf (3 pages)
- **Le petit plus** : Tutoriel vidéo pour l'organisation de l'enquête et le remplissage des questionnaires (5 minutes)

Pour aller plus loin :

- Contexte de l'enquête : consulter les [résultats de l'audit PREOP](#) (rapports/partie douche et traitement des pilosités)
- Vérifier le contenu et le format des supports « service » avec l'outil [Spicmi Iso-check](#)
- Mettre en place un support d'information national : voir la [Fiche Mémo Patient PCO](#) proposée par [Spicmi](#)

 <https://www.cpias-ile-de-france.fr/spicmi>

# Supports de promotions de bonnes pratiques

- Besoin d'un support d'information standardisé mais adaptable ?
  - Fiche Mémo Patient PCO (2 p.)

Étiquette patient

**FICHE MÉMO sur LA PRÉPARATION DE L'OPÉRÉ : consignes avant intervention à destination du patient**

Acte chirurgical : \_\_\_\_\_ Date de votre intervention : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**DÉPILATION préopératoire (= retrait des poils) : si demandée au patient**

Faut-il dépiler la zone à opérer ?	Zone du corps ?	Comment ?	Précautions à prendre
<input type="checkbox"/> Non, pas besoin de dépiler	<b>SI OUI</b> Voir schéma au verso	<input type="checkbox"/> avec une tondeuse électrique →	Avant usage : <b>nettoyer</b> le sabot et <b>changer ou nettoyer</b> la lame
<input type="checkbox"/> Oui, à faire à domicile Moment de dépilation : _____ (date ou nombre de jours avant)		<input type="checkbox"/> avec une crème dépilatoire →	Réaliser un <b>test de tolérance</b> (en dehors de la zone à opérer) Moment du test : _____
<input type="checkbox"/> Oui, sera fait dans le service		<input type="checkbox"/> avec une autre méthode : _____ →	<b>Pas de rasoir mécanique</b>

(en accord avec le patient)

---

**DOUCHE préopératoire = étape contribuant à la prévention des complications infectieuses**

**AVANT la douche**

**Bijoux :**  retrait des bijoux  retrait des piercings

**Soins bucco-dentaires :**  brossage des dents  bain de bouche antiseptique – Produit : \_\_\_\_\_

**Ongles :**  ongles coupés et brossés  retrait du vernis  retrait des faux-ongles A réaliser pour les :  mains  pieds

Où et quand dois-je prendre ma douche* ?	Quoi et comment ?	Avec quel savon ?	Précautions à prendre
<input type="checkbox"/> à domicile la veille <input type="checkbox"/> dans le service la veille	<input type="checkbox"/> corps <input type="checkbox"/> cheveux/shampooing	<input type="checkbox"/> savon personnel <input type="checkbox"/> savon doux <input type="checkbox"/> savon antiseptique	<b>Savon personnel :</b> savon liquide, flacon neuf
<input type="checkbox"/> à domicile le jour de l'intervention <input type="checkbox"/> dans le service le jour de l'intervention	Douche « préopératoire » = <b>technique particulière à respecter</b> Voir schéma des étapes au verso	Nom du produit à utiliser : _____ <small>(en fonction des allergies du patient)</small>	<b>Si gant de toilette utilisé :</b> propre (changé avant la douche/toilette)

\*si douche difficile ou impossible : aide à la douche ou toilette complète au lavabo

à acheter  fourni par le service

---

**APRES la douche**  se sécher avec une nouvelle serviette  ne pas appliquer de crème, déodorant, parfum ou maquillage sur la peau

vêtements propres après chaque douche (y compris tenue de nuit, sous-vêtements...)  draps à changer si douche prise la veille de l'intervention

Répias/Spicmi/CPias IDF/Fiche Mémo Patient PCO

Les professionnels ont coché les cases correspondant à ce que vous avez à faire

## FICHE MÉMO sur LA PRÉPARATION DE L'OPÉRÉ : consignes avant intervention à destination du patient

DÉPILATION (si dépilation demandée)	DOUCHE PREOPERATOIRE	EFFETS PERSONNELS
<p style="text-align: center;"><b>Zone(s) concernée(s) à entourer</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> </div> <p style="text-align: center;">Face                      Dos</p>	<p style="text-align: center;"><b>1 à 4 : étapes à respecter</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>1-Tête et cou</b> (en premier)</p> <p><b>2-Buste-bras-mains</b></p> <p><b>4-Zone génitale puis anale</b> (en dernier)</p> <p><b>3-Jambes-pieds</b></p> </div> <div style="width: 45%; color: red;"> <p><b>Zones à ne pas oublier</b></p> <p>Derrière les oreilles</p> <p>Sous le pli des seins</p> <p>Sous les bras (aisselle)</p> <p>Au niveau du nombril</p> <p>Entre les doigts des mains</p> <p>Au niveau des parties intimes</p> <p>Entre les doigts de pieds (orteils)</p> </div> </div>	<p><b>Au plus tard avant votre départ pour le bloc :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Remplacer vos lentilles de contact par des lunettes de vue </p> <p><b>Pour faciliter la communication</b> avec les professionnels du bloc, vous pouvez garder :</p> <p><input type="checkbox"/> vos lunettes de vue </p> <p><input type="checkbox"/> vos prothèses auditives </p> <p><input type="checkbox"/> vos prothèses dentaires (ex : dentiers) </p> <p>Autre information : _____</p> <hr/> <p style="text-align: right;"><b>Contact en cas de question :</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 100px;" type="text"/> </div>
<b>A votre arrivée, l'état de votre peau sera vérifié avec un professionnel de santé</b>		<b>Pensez à apporter ce document le jour de l'intervention</b>

# Supports de promotions de bonnes pratiques

- Besoin de créer un support d'information ? ou de vérifier l'existant ?
  - Iso-check : format et contenu (11 p.)

Répias CPIas Programme Promotion des bonnes Chirurgie Février  
IDF Spicmi Prévention pratiques pratiques 2024

**Répias**  
SPICMI  
**CPIas**  
le de France

**Préparation cutanée de l'opéré (PCO)**  
Traitement des pilosités et douche/toilette préopératoire  
Contenu et format des supports d'information remis aux patients

**Contexte** : au cours des enquêtes et audits réalisés dans le cadre du programme Spicmi, certains résultats nous ont interpellé concernant la **qualité de l'information donnée au patient sur la PCO**.  
Cet outil est proposé dans le cadre d'une **démarche multimodale** comprenant également une **enquête (FIPP)** et une **fiche nationale standardisée d'information des patients** (Fiche Mémo Patient PCO).  
Chaque établissement choisira, en fonction de ses besoins, son mode de participation à cette démarche.

**Objectifs du document**  
Ce document peut servir aux différentes équipes en charge, directement ou indirectement, de l'information des patients (équipes médico-chirurgicales, EOH/EPRI, qualité/gestion des risques...) dans deux cas :  
- contrôle d'un support d'information existant (liste des éléments à vérifier avec cases à cocher)  
- aide à la création d'un support d'information des patients (liste des critères à prendre en compte)

**Démarche d'évaluation d'un support existant** : type de support évalué et lieu de l'évaluation  
 support de l'établissement  
 support d'un service :  
Nom du service : / \_\_\_\_\_ / Discipline : / \_\_\_\_\_ / Spécialité : / \_\_\_\_\_ /

**I-Validation institutionnelle du support**

Le support est validé par :  
 l'équipe d'hygiène et de prévention du risque infectieux (EOH, EPRI)  
 la direction qualité  
 l'équipe de gestion des risques  
 les équipes médico-chirurgicales  
 les représentants des usagers  
 le service de communication  
 autre

**II-Critères de FORME du support d'information**

Le support d'information existe sous <b>format papier</b> (flyer, plaquette, livret d'accueil, passeport ambulatoire...)*	<input type="checkbox"/>
Le support d'information existe en <b>plusieurs langues</b> (au moins une autre que le français)	<input type="checkbox"/>
Si oui, langues : <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> espagnol <input type="checkbox"/> arabe <input type="checkbox"/> chinois <input type="checkbox"/> russe <input type="checkbox"/> autre	
Le support d'information privilégie les schémas, les images, les pictogrammes...	<input type="checkbox"/>
Le vocabulaire et la formulation ont été choisis pour une compréhension optimale des patients (solicitation du représentant local des usagers/RU)	<input type="checkbox"/>

\* un format vidéo, un lien ou un QR code transmis au patient peuvent compléter le format papier

Répias/Spicmi/CPIas IDF/PCO - Contenu et format des supports d'information patient - Février 2024 p. 1/5

## III-Critères de FOND du support d'information au patient

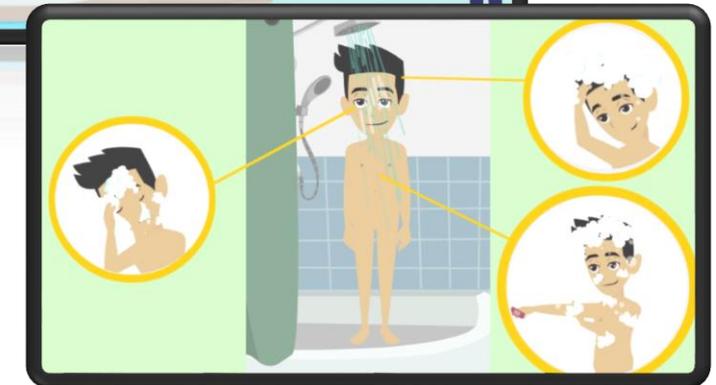
### Traitement des pilosités en vue d'une intervention

	Messages/informations attendu(e)s au niveau des documents	Présence dans le document ?	Précisions concernant le message
	La dépilation de la zone opératoire n'est pas à faire systématiquement avant une intervention Le cas échéant, ce sera précisé au moment des consultations ou via une prescription médicale	<input type="checkbox"/>	Préciser au patient de <b>ne pas prendre d'initiative à ce sujet</b> (dépilation de la zone opératoire pas toujours utile et parfois à risque selon la méthode utilisée et le moment par rapport à l'intervention (microcoupures/rasage, allergies/crème)
<b>EN CAS DE DEPILATION NECESSAIRE :</b>			
Où	Le lieu de dépilation est précisé	<input type="checkbox"/>	Dans le service ou à domicile
Où	Un schéma de la zone opératoire concernée est fourni au patient	<input type="checkbox"/>	Rappeler l'importance de limiter la surface de dépilation au strict nécessaire
Quand	Le moment de dépilation est précisé par rapport à l'intervention	<input type="checkbox"/>	Préciser le délai en jours avant intervention (pour un bon état cutané, pour la cicatrisation, par rapport au temps de repousse)
Quand	Le moment de dépilation est précisé par rapport à la douche	<input type="checkbox"/>	Rappeler que la dépilation est à réaliser en amont de la dernière douche préopératoire (poils = souillures indésirables)
Comment	La méthode conseillée est précisée Les méthodes de dépilation possibles et à éviter sont précisées selon le lieu de réalisation (dans le service, à domicile)	<input type="checkbox"/>	Au niveau du choix de la méthode, une concertation avec le patient est possible au moment de la consultation. Méthodes à proscrire (ex : rasoir mécanique) + précautions à prendre (ex : test dépilation chimique, moment du test ; nettoyage de la tondeuse/changement ou nettoyage de la lame...)

# Supports de promotions de bonnes pratiques

- Besoin d'une vidéo sur les étapes de la douche préopératoire ?

A venir





## ■ Quand?

- 1 webinaire par mois
- les mardis de 14h à 15h



## ■ Dates à venir

- 17 septembre
- 15 octobre
- 19 novembre
- 17 décembre

- Diaporama et replay disponibles sur la page Spicmi

## ■ Nos différents webinaires



- Les webinaires d'actualité (Spicmi News)

- Les webinaires thématiques (ex : « Piercings et chirurgie »)

Programme SPICMI

Piercings et chirurgie

Webinaire du mardi 2 avril 2024

Débatre VIKALY HANNON, animatrice

Evénement organisé par le Programme

Pour toute question : [spicmi@spicmi.fr](mailto:spicmi@spicmi.fr)

Source des images : Freepik.com

Répias  
SPICMI

CPias  
Ile de France



- Nouveau type de webinaire :



« L'hygiéniste au bloc opératoire »

Episode 1-

Architecture et surveillance de l'environnement au BO



# Besoin de recevoir des informations/actualités ?

- Pour être informé des nouveautés, de l'actualité et des webinaires sur la CHIRURGIE et/ou la MEDECINE INTERVENTIONNELLE
  - Inscrivez-vous sur la plateforme Spicmi : <https://spicmi.fr/inscription>
  - 1 référent par établissement (**pas de charte d'engagement nécessaire**)
- Votre établissement est déjà inscrit ?
  - envoyez votre demande personnelle par mail à [spicmi.contact@aphp.fr](mailto:spicmi.contact@aphp.fr)  
« *Je souhaite être destinataire des messages d'information diffusés par Spicmi* »



Inscription au programme Spicmi  
(Surveillance/Prévention)  
Complétez le formulaire ci-dessous.

**RéPIAS** Réseau de Prévention des Infections Associées aux Soins  
**SPICMI**

**INFORMATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT**

Nom de l'établissement

Recherche via le nom, la ville, le CP ou le finesse géographique

Si votre établissement ne se trouve pas dans la liste, veuillez contacter le CPIas Ile-de-France (spicmi.contact@aphp.fr).

**COORDONNÉES DU RÉFÉRENT DU PROGRAMME**

Un seul référent par établissement doit être choisi pour l'ensemble du programme SPICMI.

Si le référent est référent de plusieurs établissements, veuillez contacter le CPIas Ile-de-France (spicmi.contact@aphp.fr).

Nom du référent

Nom

Prénom du référent

Prénom

Adresse email

Email

Numéro de téléphone

10 chiffres (ex : 0145256276)

INSCRIRE L'ÉTABLISSEMENT