

## QUICK-AUDITS PCO (préparation cutanée de l'opéré)

### Module 2 – DETERSION et ANTISEPSIE

#### GUIDE DE REMPLISSAGE à destination de l'auditeur



**Rappel** : cet outil est utilisable pour la détersion (nettoyage cutané), l'antiseptie (désinfection cutanée) ou les deux thèmes simultanément, au choix des équipes en charge de l'évaluation.

Acronymes : ATS = antiseptique ; ES = établissements de santé ; PCO = préparation cutanée de l'opéré

### Objectifs de l'évaluation :

- ❖ **Objectif principal** : identifier ce qui a été effectué par les professionnels de santé en termes de **détersion** et **d'antiseptie** avant intervention chirurgicale via une **observation des pratiques au bloc opératoire**.
- ❖ **Objectif secondaire** : l'outil permet également de réaliser une évaluation de la **traçabilité de la PCO réalisée au bloc** dans le dossier patient (optionnel)

**Le but final est de valoriser ce qui a été fait en termes de respect des recommandations et d'identifier des points à améliorer** (référentiel : guides SF2H 2013/2016 [1,2])

### Champ de l'audit :

- ❖ **PATIENTS** : **adultes** (> 15 ans) avec acte chirurgical **programmé** (hors urgence) en chirurgie conventionnelle ou ambulatoire.
- ❖ **ACTES CHIRURGICAUX** : ceux comportant des incisions **sur peau saine** (hors muqueuses et peau lésée).

En cas d'actes **multisites**, un seul site est à évaluer :

- si plusieurs incisions cutanées sont prévues (ex : avec prise de greffon), seul le site cutané *principal* sera évalué,
- si des incisions sont prévues sur peau saine et sur peau lésée et/ou muqueuses (ex : gynécologie, digestif...), seule la préparation de la peau saine sera évaluée.

- ❖ **SPECIALITES CHIRURGICALES**

- **Chirurgies EXCLUES** : infantile, traumatologique et urgences chirurgicales (quelles que soient les spécialités)
- **Spécialités EXCLUES** : ophtalmologie (OPH), maxillo-faciale, stomatologie (actes chirurgicaux sur muqueuses)

**Méthode** : Une grille est à compléter par patient.

- ❖ **Organisation**

L'**observation** est la principale méthode préconisée. Pour certains items en nombre limité, des précisions pourront être néanmoins demandées oralement aux professionnels du bloc (ex : nature de la souillure, justification de la détersion).

Dans cet audit, la prise en charge préopératoire du patient est évaluée **depuis son arrivée au bloc opératoire jusqu'à la fin de l'antiseptie ou le début de l'incision en salle d'opération**. L'auditeur peut ensuite observer la prise en charge préopératoire d'autres patients sur le temps prévu pour l'évaluation (cf. schéma en fin de document). D'après les retours de test, l'observation **dure en général 15 min** mais peut aller jusqu'à 30 min dans certaines spécialités chirurgicales du fait du délai de préparation du patient (ex : orthopédie).

Même si les patients ont été prévenus par le bloc en amont de l'audit, l'évaluateur recueillera **l'accord de chaque patient** avant de débiter l'observation.

#### ❖ Nombre d'interventions chirurgicales à observer

L'objectif d'au moins 30 évaluations **est souvent utilisé** du point de vue de la représentativité et pour le calcul statistique des pourcentages (situation idéale).

- Ce seuil est applicable dans la cadre d'un **état des lieux multi-spécialités** visant à obtenir un résultat pour l'établissement (observations à répartir dans les différentes spécialités envisagées en proportion de leur activité sur l'ensemble de l'activité chirurgicale).

- La situation est un peu différente **à l'échelle d'une seule spécialité**, comme par exemple lors d'une **réévaluation ciblée** de l'antisepsie et/ou de la déterision. Il est proposé dans ce cas de procéder par étape en commençant par **au moins 10 observations**, et en faisant varier autant que possible les périodes, les blocs, les équipes et les actes.

- Si les résultats mettent en évidence des anomalies, procéder aux améliorations nécessaires ;
- Si les résultats semblent satisfaisants, programmer des observations supplémentaires pour vérifier que ces résultats ne sont pas liés à l'échantillon initial.

*Remarque : lors de l'observation des pratiques, les premières évaluations ne sont pas toujours le reflet des pratiques habituelles (effet Hawthorne). Il est conseillé d'utiliser ces grilles comme test de mise en œuvre pour l'auditeur (audit à blanc), sans forcément les inclure en termes de saisie des données dans l'application.*



Par la suite, seuls les items nécessitant des précisions sont décrits

**BANDEAU 1 → à remplir par l'auditeur**

**Auditeur** : au choix, nom ou initiales ou catégorie professionnelle, pré-remplissage possible (gestion de l'audit)

**Date d'évaluation** : date à laquelle l'observation est réalisée (format JJ/MM/AA)

**Lieu de l'évaluation** : nom du bloc ou de la salle d'opération où l'observation est réalisée (gestion de l'audit)

**N° de grille** : pré-numérotation possible (gestion de l'audit)

**BANDEAUX 2 et 3 → à remplir avec l'équipe soignante du bloc**

**Mode d'hospitalisation** : ambulatoire ou conventionnel

- **ambulatoire** : admission dans un secteur de chirurgie ambulatoire ou en mode ambulatoire dans un secteur conventionnel le jour de l'acte avec un **départ prévu** le jour-même.

- **conventionnel** : tout autre mode de prise en charge.

**Acte chirurgical (principal)** : intitulé de l'acte à préciser en toutes lettres - si plusieurs actes sont réalisés au cours de l'intervention, n'indiquer que le principal

**Code acte** : voir avec le coordonnateur de l'audit si cette donnée est à renseigner et le type de code (CCAM). L'intérêt est de croiser les résultats de prévention et de surveillance sur les actes concernés (concerne les ES réalisant la surveillance Spicmi).

**Spécialité chirurgicale correspondant à l'acte** : spécialité correspondant à l'acte chirurgical et à la spécialisation de l'équipe chirurgicale, à préciser en toutes lettres.

**Date d'intervention** : date prévue pour l'intervention chirurgicale du patient (format JJ/MM/AA)

**Heure de l'intervention** : heure d'entrée du patient en salle d'opération

**Date d'admission** : format JJ/MM/AA

**Remarque** : ne pas oublier de renseigner les dates d'admission et d'intervention (utiles pour l'analyse).

**Méthode** : préciser la méthode choisie pour le bloc évalué

**Evaluateur** : l'auditeur externe est généralement un membre de l'équipe de prévention du risque infectieux mais la contribution de qualitatifs ou gestionnaires de risque n'est pas exclue. Une connaissance du fonctionnement du bloc opératoire est indispensable.

**I – Q-A n° 3 : Déterision/nettoyage cutané**

**1-Présence de souillures** : nature à préciser avec l'aide du professionnel réalisant la déterision. Cette information permettra d'établir une liste des souillures prises en compte par les ES (pas de référence nationale à ce stade).

**2a-Justification donnée par l'équipe** : une seule réponse à cocher.

La réponse « en lien avec dernière douche réalisée à domicile et/ou au savon doux » est un positionnement constaté dans certains établissements (situation intermédiaire entre la déterision systématique et la déterision uniquement liée à la présence de souillures).

**Important** : si la déterision a été réalisée, la raison principale doit être cochée (1 seule réponse). La réponse « à cause de la souillure uniquement » ne peut être cochée 1- que s'il y avait présence de souillure et 2-qu'il n'y avait pas d'autres justifications (ni déterision systématique, ni lien avec la dernière douche, ni une autre raison).

**Produits, matériel et mode opératoire**

**2c-Type de savon liquide utilisé** : le nom commercial du produit n'est demandé que pour le savon ATS.

- Mono ou unidose : petit récipient destiné à une utilisation unique (1 seul patient/patient unique)

- Multidose : conditionnement plus important permettant plusieurs utilisations pour plusieurs patients

**2d-Mode de rinçage de la peau** : l'eau et le chlorure de sodium servent non seulement à l'étape de rinçage de la peau (retrait du savon et des souillures par essuyage) mais également à l'étape précédente (nettoyage) pour faire mousser le savon.

**Remarque** : l'eau filtrée correspond généralement à l'eau issue des auges chirurgicales dont les robinets sont équipés de filtres antimicrobiens.

Conditionnement : monodose/multidose/autre : **idem ci-dessus**. La réponse « autre » est prévue pour des situations particulières hors conditionnements classiques (utilisation de cupules par exemple).

**2e-Type de matériel utilisé** : la réponse « autre » est prévue pour des carrés de soins ou des compresses abdominales par exemple (liste non exhaustive).

**2f-Séchage adapté** : un séchage manuel est requis, plutôt par tamponnement (pour une meilleure tolérance de la peau) mais un essuyage est également possible. La peau doit être totalement sèche pour ne pas compromettre l'étape suivante très importante de l'antisepsie (destruction des micro-organismes résiduels).

## II – Q-A n° 4 : Antisepsie/désinfection cutanée

**Principe du remplissage de la grille** : le nombre d'applications de produit antiseptique (1 ou 2) pouvant varier d'un ES et d'un bloc à l'autre, d'un acte et d'un professionnel à l'autre..., un recueil « sur mesure »/ « à la carte » est proposé pour tenir compte des demandes des ES.

- application unique : seule la 1<sup>ère</sup> colonne est à remplir ;

- double application : les 2 colonnes seront à remplir successivement (application 1 puis application 2).

**2-Heure de réalisation / 7-Heure d'incision** : ces deux horaires sont à recueillir si le coordonnateur de l'audit souhaite mesurer le délai entre l'antisepsie et le début de l'intervention (facultatif). Cela implique de mener l'observation jusqu'à l'incision. Les informations suivantes seront disponibles dans le rapport :

- application unique : délai entre l'antisepsie et l'incision

- double application : délai entre les deux applications et délai entre la 2<sup>ème</sup> application et l'incision.

### 4-Nom du produit et % / Type de solution / Colore la peau

- C'est le nom *commercial* du produit ATS qui est attendu.

- Pour identifier le plus précisément possible le produit (important pour la saisie informatique) il est demandé, au-delà du nom, de renseigner le % exact (concentration en principe actif), le type de solution (alcoolique/aqueuse) et l'effet colorant\*. Il existe en effet plusieurs produits dans une même gamme et certains sont plus adaptés que d'autres pour une utilisation au bloc opératoire.

\*Attention, il n'est pas demandé si le produit utilisé est *coloré* mais s'il *colore* la peau (à observer). Il y a des produits colorés qui ne sont en effet pas colorants.

### Mode d'application

**5a-Application large du produit** : c'est-à-dire au-delà de la pose du drapage opératoire (vérifiable après réalisation du drapage)

**5b-Technique d'application** : différentes techniques sont utilisées, elles varient selon les produits et les consignes des fabricants. La réponse « autre » pourra être employée pour la technique dite de l'étoile, ou en cas de technique non identifiable lors des observations (cf. diaporama de formation des auditeurs).

**5d-Méthode d'application** : 3 situations sont décrites en termes d'utilisation de supports selon les observations déjà réalisées.

1-La méthode de type « no touch » où la main est éloignée de la zone à opérer grâce à un applicateur avec une éponge en mousse ou un porte-tampon ou une pince munie d'une compresse ou un tampon, selon les produits et choix des ES.

2-Une méthode sans ces dispositifs avec une application directe à la main via une compresse ou un tampon.

3-Une méthode avec versement direct du produit depuis le flacon sur la peau sans utiliser de support pour l'application. Même si des compresses ou tampons sont utilisés par la suite pour l'étalement du produit, cette pratique de versement doit être identifiée car à risque vis-à-vis de coulures et macérations. A cocher dans « autre ».

**5e-Type de gants** : le recueil du port ou non de gants et du type de gants permettra de vérifier le caractère adapté des pratiques par croisement avec la méthode d'application adoptée.

### Mode de séchage

**6a-Séchage spontané** : séchage naturel, c'est-à-dire sans intervention des opérateurs pour forcer le séchage (ex : tamponnement avec une compresse ou aération manuelle)

**6b-Séchage complet** : attente du séchage de la peau avant le collage des champs (champs collés sur une peau totalement sèche)

Remarque : le tamponnement répond à la définition du séchage complet mais pas à celui de spontané.

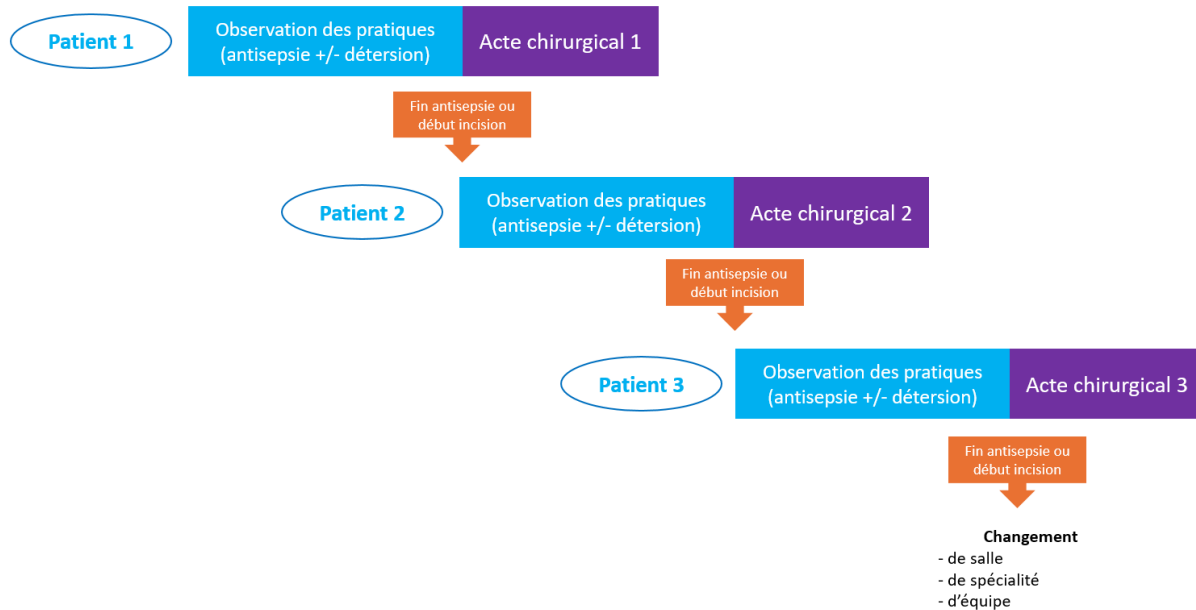
### III – Traçabilité de la préparation cutanée

Cet item correspond uniquement à la PCO *réalisée au bloc opératoire* (antiseptie +/- détertion si réalisée), qui sont les thèmes évalués dans ce module.

**Remarque :** l'évaluation de cette information nécessite une consultation documentaire après réalisation de la PCO. Le moment d'évaluation doit tenir compte du délai potentiel entre réalisation de la PCO et traçabilité.

Elle est proposée de façon optionnelle (voir avec le coordonnateur de l'audit s'il en souhaite le recueil). La case « non évaluée » devra être cochée le cas échéant.

#### Schéma de mise en œuvre des quick-audits PCO – Module Détertion/Antiseptie



#### Références

- [1] Société française d'hygiène hospitalière (SF2H). Gestion préopératoire du risque infectieux – Mise à jour de la conférence de consensus 2004. Octobre 2013. Accessible à : [https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2013/10/SF2H\\_recommandations\\_gestion-preoperatoire-du-risque-infectieux\\_2013.pdf](https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2013/10/SF2H_recommandations_gestion-preoperatoire-du-risque-infectieux_2013.pdf)
- [2] Société française d'hygiène hospitalière (SF2H). Antiseptie de la peau saine avant un geste invasif chez l'adulte. Mai 2016. Accessible à : <https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2016/05/Recos-Antiseptie-SF2H-2016.pdf>

#### Elaboration de l'outil

D. Verjat-Trannoy et J. Auraix, pilotes du volet Spicmi Prévention et animatrices du GT Prévention (CPias IDF)  
 Membres du GT Prévention : A. Vagneur, I. Raclot, N. Osinski, L. Font, F. Moreau-Baumer, N. Ourdjini, C. Didon  
 Partie informatique : I. Arnaud (CPias IDF)

#### Etablissements ayant contribué aux tests de l'outil en conditions réelles (auditeurs/coordonateurs)

Clinique Jules Verne, Nantes (V. Salaün)  
 Hôpital Saint-Louis, Paris (N. Osinski)  
 GH de la Pitié-Salpêtrière, Paris (C. Tamames, V. Goldstein, D. Rebière, G. Cuttaree)  
 CH de Roubaix (L. Alglave/C. Laurans)