

QUICK-AUDITS PCO (préparation cutanée de l'opéré)**Module 1 – DOUCHE* et DEPILATION****GUIDE DE REMPLISSAGE à destination de l'auditeur**

Rappel : cet outil est utilisable pour la douche préopératoire, la dépilation ou les deux thèmes simultanément, au choix des équipes en charge de l'évaluation.

*Le terme « Douche » est employé au titre de douche « préopératoire » dont l'alternative peut être une toilette complète au lavabo.

Acronymes : PCO = préparation cutanée de l'opéré ES = établissement de santé

Objectifs de l'évaluation :

- ❖ **Objectif principal** : identifier ce qui a été effectué en termes de **douche préopératoire** et éventuellement **de dépilation** via **une interview** du patient.
- ❖ **Objectifs secondaires** : le quick-audit permet de réaliser également, toujours via le patient :
 - un bilan des **informations reçues par le patient** au sujet de la douche et de la dépilation, en amont de l'intervention, à croiser lors de l'analyse avec ce qui a réellement été fait par le patient ;
 - un bilan des **vérifications menées par le personnel d'accueil** (question au patient sur la réalisation de la PCO +/- contrôle visuel de la zone cutanée à opérer) (cf. doc Spicmi sur l'accompagnement des professionnels à la démarche de contrôle visuel) ;
 - la **traçabilité de la PCO** pour chaque étape.

Le but final est de valoriser ce qui est 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 ou déjà réalisé** (hors contexte d'urgence), en état de communiquer avec l'auditeur, que la PCO ait été réalisée par le patient ou un professionnel, à domicile ou dans le service, en ambulatoire ou dans le cadre d'une hospitalisation.

ACTES CHIRURGICAUX : ceux comportant des incisions **sur peau saine** (hors muqueuses et peau lésée).

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 d'interview est à compléter par patient.

- ❖ **Lieu d'interview** : dans tout service d'accueil des patients destinés à être opérés (chirurgie, médecine, autres secteurs) ou au bloc opératoire (uniquement en préopératoire).
- ❖ **Moment d'interview** :
 - en **phase préopératoire** (intervention programmée) ou en **phase post-opératoire** (patient déjà opéré).
 - choix du moment optimal de l'interview fixé **en commun accord** avec le service concerné.

Des critères de choix concernant le lieu et le moment sont proposés **dans le schéma situé en fin de document**.

❖ Sélection et communication avec les patients

- La liste des patients « interrogeables » et leur numéro de chambre sera choisi avec les équipes le jour de l'évaluation. Par « interrogeable », on entend des patients en état de répondre à l'interview, que ce soit en terme cognitif, d'anxiété (en préopératoire), de récupération (en post-opératoire) ou de langue.

Remarque : il peut être intéressant de recueillir, pour un service donné, le nombre total de patients présents et le nombre de patients qui ont pu être interviewés.

- Même si les patients ont été prévenus par le service en amont de l'enquête, l'évaluateur recueillera **l'accord de chaque patient** avant de débiter l'interview.

- Le **thème** de l'enquête et les **objectifs** lui seront indiqués (amélioration de l'organisation et des pratiques, de l'information des patients) ainsi que le caractère **anonyme** des données recueillies.

- La grille sera remplie en quelques minutes au fur et à mesure de l'échange avec le patient.

- Durée de l'interview d'après les tests réalisés : **5 à 15 min par patient**.

- Le patient sera systématiquement remercié pour sa participation et sa contribution à cette enquête nationale.

❖ Nombre de patients à interviewer

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

- Ce seuil est applicable dans la cadre d'un **état des lieux multiservices** visant à obtenir un résultat pour l'établissement (interviews à répartir dans les différents services envisagés).
- Ce seuil est plus difficilement applicable **à l'échelle d'un seul service**, comme par exemple lors d'une **réévaluation ciblée** de la douche et/ou de la dépilation. Il est donc proposé dans ce cas de procéder par étape en commençant par 5 interviews :
 - Si les résultats mettent en évidence des anomalies, procéder aux améliorations nécessaires ;
 - Si les résultats semblent satisfaisants, c'est peut-être lié à l'échantillonnage réduit. Dans ce cas, programmer au moins 5 interviews supplémentaires en veillant à varier la période, le profil de patients, les professionnels du service (selon la taille de l'équipe).



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 le patient est interviewé (format JJ/MM/AA)

Lieu d'évaluation : nom du secteur où le patient est interviewé = lieu d'accueil évalué (gestion de l'audit)

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

Discipline : correspondant à celle du lieu de l'évaluation (1 seule case à cocher)

BANDEAU 2 et 3 – à remplir avec l'équipe soignante du service d'accueil ou du bloc

Mode d'hospitalisation : ambulatoire ou conventionnel

- **ambulatoire** : admission dans un secteur de chirurgie ambulatoire (UCA) ou en 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 (JO ou hors JO).

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.

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 interviewé (format JJ/MM/AA)

Date d'admission (format JJ/MM/AA)

PCO tracée dans le dossier patient : à prendre au sens large (tout document papier ou informatique destiné à la traçabilité de la PCO)

Remarque : en cas d'évaluation préopératoire en service d'accueil, l'évaluation devra être menée au plus près du départ au bloc pour pouvoir renseigner cet item de façon fiable (cf. schéma en fin de document).

Contrôle visuel de la PCO : la réponse « réalisé mais non tracé » correspond aux cas où il n'y a pas de manière générale de traçabilité spécifique prévue pour le contrôle visuel ou bien une absence de traçabilité du contrôle visuel pour le patient évalué.

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

Moment de l'interview : cf. critères de choix dans le schéma en fin de document

Evaluateur : l'auditeur externe est généralement un membre de l'équipe de prévention du risque infectieux mais la contribution de qualitiens ou gestionnaires de risque est également possible. Une connaissance du secteur de la chirurgie est nécessaire.

I – Information du patient**Remarque 1 :**

- les tests ont montré que commencer par cette partie relative à l'information était une bonne entrée en matière pour l'échange avec le patient.

- pour s'assurer d'une réponse fiable du patient (Q1 et 2), il est conseillé de faire appel à sa mémoire en évoquant avec lui les différents moments d'échange avec l'équipe soignante (consultation, rappel, admission).

Remarque 2 : une colonne est dédiée à la douche, une autre à la dépilation : à remplir en même temps si l'établissement souhaite évaluer les deux thèmes.

3- si oui, comment :

-si le patient n'a pas de souvenir du document remis, il est possible de lui montrer à quoi il ressemble en théorie ;

-la réponse « autre » peut correspondre à un panneau affiché dans le service (chambre ou salle de bain du patient).

II – Q-A n° 1 : Douche préopératoire ou toilette complète

Attention : en dehors de la 1^{ère} question, les informations ne concernent que **la dernière douche** prise par le patient.

6-savon utilisé pour la dernière douche : le nom du savon, si le patient s'en rappelle, n'est à renseigner que si un savon antiseptique (ATS) a été utilisé (en principe associé à une prescription médicale).

7-si savon liquide : quel conditionnement ? cette question ne concerne que les savons liquides. La monodose est un récipient de petit format destiné à une seule douche. La réponse « autre » est à utiliser en cas de flacon déjà entamé.

8-méthode utilisée pour la dernière douche ?

- Il s'agit de distinguer deux situations : soit le patient a procédé à sa douche habituelle (« même méthode que d'habitude ») soit il a intégré des changements dans le mode opératoire, quels qu'ils soient (avant, pendant et/ou après la douche), témoignant de la prise en compte d'un certain nombre d'informations reçues.

- Attention, si seul le savon a changé, ceci n'est pas suffisant pour conclure à un changement de « méthode ». Le type de savon est déjà renseigné au niveau de la question 6.

Cas où le patient demanderait des exemples de changement : possible de citer l'ordre des étapes et/ou le renforcement au niveau des zones de pli par exemple.

III – Q-A n° 2 : Dépilation à domicile/hors établissement de santé

« hors établissement de santé » : il se peut que la dépilation n'ait pas été réalisée strictement à domicile mais en institut (ex : esthéticienne) ou en cabinet médical (ex : dermatologue). Cette situation est néanmoins classée avec le domicile, car il est souhaité une distinction avec ce qui a été fait en établissement de santé (service ou bloc opératoire).

Zone du corps à opérer : demander au patient la partie du corps concernée et si la peau comportait des poils à ce niveau.

1-Cette zone a-t-elle été dépilée ? la question ne concerne que la zone à opérer, c'est-à-dire correspondant au lieu de l'incision et de pose du pansement. La dépilation d'une zone à proximité de la zone à opérer (cas des dépilations « larges ») n'est pas concernée (ex : aisselle pour une incision prévue sur le bras).

Le terme « retrait des poils » peut être utilisé en alternative au terme « dépilation » qui n'est pas toujours connu des patients d'après les tests réalisés en conditions réelles.

2-Lieu(x) où a été réalisée la dépilation : dans certains cas, les patients ont été soumis à plusieurs dépilations (ex : retouches en service après dépilation à domicile), donc plusieurs cases peuvent être cochées. La question doit être posée en chaque lieu potentiel.

Dépilation à domicile/hors établissement de santé

1-Moment de réalisation : il n'est pas demandé la date mais le nombre de jours avant (0,1,2...). Pour le jour-même, utiliser « 0 ». En pratique, il est plus facile pour le patient de préciser le jour (lundi, mardi...). A l'auditeur de calculer le nombre de jours correspondant.

2-Circonstances : concernant « l'initiative du patient », deux situations sont distinguées.

- « Par habitude » signifie que la dépilation a été réalisée indépendamment de l'intervention, de façon routinière.

- « Dans le contexte de la chirurgie » signifie que la dépilation a été faite parce qu'il y avait une intervention chirurgicale programmée, en pensant éventuellement bien faire (le service ou le chirurgien n'ayant pas fait spécialement de demande, sinon cocher la case « à la demande du service »).

3-Méthode utilisée : tonte (recommandée), dépilation chimique (crème dépilatoire), rasage mécanique (non recommandé) ou autre méthode à renseigner. Pour certaines méthodes (tonte, dépilation chimique), des précisions sont demandées au patient. Concernant la « crème dépilatoire », il faut distinguer plusieurs cas :

- « oui » pour une première utilisation avec un test réalisé au préalable

- « non » pour une première utilisation sans test préalable

- test « non nécessaire » pour une utilisation ponctuelle récente ou de routine faisant office de test avant chirurgie (pas utile de procéder à un nouveau test).

« Autre méthode » : tout type de méthode, utilisée en général plutôt à domicile, en institut ou en cabinet médical (épilateur ou rasoir électrique, cire, etc) (cf. Guide Spicmi d'aide au choix de la méthode de dépilation à domicile)

4-Méthode de dépilation conseillée par le service : la réponse « non » peut correspondre à une initiative personnelle du patient ou un conseil par un autre service pour une intervention chirurgicale précédente

5-Dépilation suivie d'une douche : cet item sert à vérifier que les étapes ont été effectuées dans le bon ordre (douche réalisée *après* la dépilation, pour éliminer les poils restants et les éventuelles traces de produit chimique, et pas l'inverse).

Dépilation dans le service

1-Moment de réalisation : *idem ci-dessus*

3-Méthode utilisée :

- Des précisions sont demandées au patient uniquement pour la dépilation chimique car, même si elles font l'objet d'un prêt au patient, les tondeuses sont gérées par l'établissement de santé (nettoyage, changement de lame) sans que le patient en soit au courant.

- Concernant la crème dépilatoire : *idem ci-dessus*

4a-Circonstances : « l'initiative du patient » n'est pas détaillée autant qu'à domicile (non jugé nécessaire).

4b-Méthode de dépilation utilisée conseillée par le service : *idem ci-dessus*

5-Dépilation suivie d'une douche : *idem ci-dessus*

IV – Vérification de la préparation cutanée avant l'intervention

Deux moments de vérification ont été distingués :

- Le premier concerne la **mise en œuvre de la préparation cutanée** (moyens) : patient **questionné** à ce sujet par un professionnel avant l'intervention (douche +/- dépilation si nécessaire).

- Le deuxième concerne **l'état de la peau du patient au niveau de la zone opérée** (résultat) : **contrôle visuel** par un professionnel avant l'intervention. Il ne s'agit pas seulement d'une question de propreté : l'absence de lésions est vérifiée ainsi que l'absence de pilosité si nécessaire (« état cutané » au sens large).

Remarque 1 : *le contrôle visuel est considéré comme effectué une fois la préparation cutanée prévue réalisée.*

Remarque 2 : *en cas d'évaluation préopératoire, pour pouvoir renseigner cet item de façon fiable, l'évaluation devra être menée au plus près du départ au bloc (cf. schéma en fin de document).*

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

[2] Société française d'hygiène hospitalière (SF2H). Antisepsie 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-Antisepsie-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)

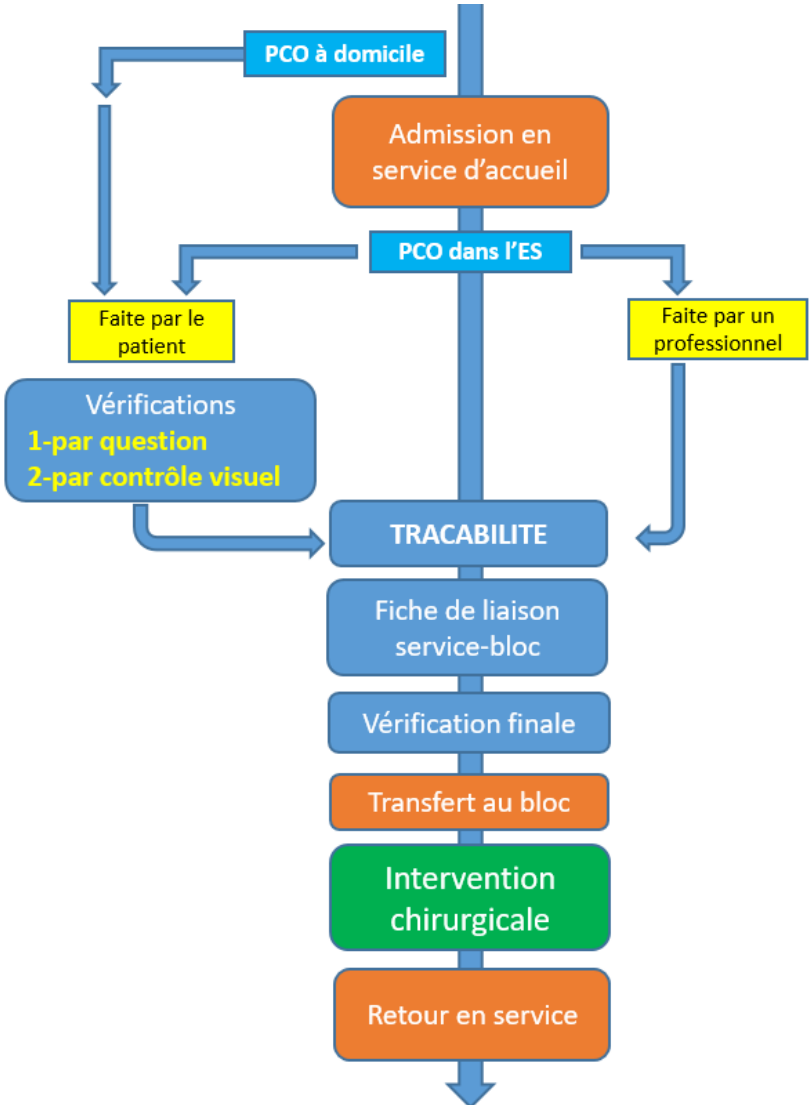
Hôpital d'Argenteuil (Z. Sari/B. Le Fahler, F. Lemann-Fleurisson et A. Debonne)

GH de la Pitié-Salpêtrière, Paris (C. Tamames, V. Goldstein, D. Rebière, G.Cuttaree)

Hôpital Saint-Louis, Paris (N. Osinski)

CH de Roubaix (L. Alglave/C. Laurans)

Schéma comparatif des moments et lieux possibles d'interview (avantages et inconvénients différents)



Interview du patient en phase préopératoire

Éléments à prendre en compte

- 1- Informations recueillies proches de la réalisation de la PCO donc précises/fiables
- 2- Selon le moment de l'interview, risque de non-disponibilité de certaines données (ex : PCO dans l'ES, vérifications, traçabilité...)
- faire l'interview au plus près du transfert au bloc
- 3- Risque d'anxiété du patient avant intervention (si consignes non réalisées ou pas correctement, en particulier par le patient)

Lieux d'évaluation : dans tout service d'accueil ou à l'arrivée au bloc opératoire (idem Audit Preop)

Interview du patient en phase post-opératoire

Éléments à prendre en compte

- 1- Moins de stress pour le patient (après l'intervention)
- 2- Choix plus large du moment d'interview pour les patients hospitalisés (jour-même ou 24/48h après l'intervention)
- 3- Risque de manque de précisions (oubli du patient de ce qui a été fait)
- 4- Moment d'échange moins facile à trouver pour patient ambulatoire (retour à domicile le jour-même, peu disponible)

Lieux d'évaluation : dans tout service d'accueil