



## Observation des pratiques préopératoires au bloc de chirurgie

### Préparation cutanée de l'opéré et Antibio prophylaxie

#### Audit « PREOP »

#### Guide méthodologique



→ Vous faites déjà des observations avec un outil local :

**poursuivez mais avec un outil harmonisé national !**

→ Vous faisiez des évaluations PCO/ATBP avec les modules « optionnels » de la surveillance nationale Iso-Raisin :

**continuez avec un outil national dont les thèmes principaux sont la PCO et l'ATBP !**

→ Pour différentes raisons, vous entrez rarement dans les blocs :

**profitez de l'occasion que donne le programme national !**

→ Vous faites habituellement une évaluation rétrospective sur dossiers :

**saisissez l'opportunité de comparer vos résultats avec une observation des pratiques réelles !**

## Groupe de travail « Prévention » - composition 2022

**Rita ALAWWA** (Cadre de santé hygiéniste, Iade, CPIas Hauts-de-France, Lille)  
**Sylvie CHASSY** (Infirmière hygiéniste, CPIas Auvergne-Rhône-Alpes, HCL, Lyon)  
**Caroline DANIEL** (Cadre de bloc polyvalent, Ibode, Hôpital Avicenne, Bobigny)  
**Jeanne DESCAMPS** (Cadre formateur Ecole Ibo, CHU de Rennes)  
**Christine DIDON** (Cadre de bloc, Ibode, maternité-obstétrique, Hôpital Necker, Paris)  
**Laetitia FONT-DUBARRY** (Ibode et hygiéniste, chirurgie orthopédique, Clinique Pasteur, Royan)  
**Françoise MOREAU-BAUMER** (Ibode, chirurgie ORL, Hôpital Bichat, Paris)  
**Nathalie OSINSKI** (Cadre supérieur de santé hygiéniste, Ibode, Hôpital Saint-Louis, Paris)  
**Najet OURDJINI** (Infirmière hygiéniste, Iade, Institut Gustave Roussy, Villejuif)  
**Anne VAGNEUR** (Cadre formateur Ecole Ibo, CHU de Rennes)

### Pilote du groupe :

**Dr Delphine VERJAT-TRANNOY** (PH en hygiène, pharmacien, CPIas Ile-de-France)

Nous tenons à remercier l'ensemble des collègues du groupe de travail pour leur investissement et leur dynamisme. Leur contribution active est indispensable à l'élaboration des outils. Dans sa phase initiale, ce groupe a pu compter sur les contributions mémorables de Valentine Emler (Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris), Régine Pierre (CH du Haut-Bugey, Oyonnax) et Denis Thillard (CHU de Rouen).

## Groupe de professionnels médicaux et paramédicaux relecteurs/testeurs de la grille

**Dr Magali BAUER –GRANDPIERRE** (PH en hygiène, CH de Cholet)  
**Dr Emilie BENABID** (PH en hygiène, CH René Dubos, Cergy Pontoise et GH Carnelle Portes de l'Oise, Beaumont sur Oise)  
**Dr Claude BERNET** (PH en hygiène, CPIas Auvergne-Rhône-Alpes, HCL, Lyon)  
**Dr Isabelle CATTANEO** (PH en hygiène, Hôpital Saint-Camille, Bry sur Marne)  
**Dr Christophe DECOENE** (Anesthésiste-Réanimateur, CHRU de Lille, Réseau Santé Qualité Risques)  
**Dr Valérie GORIN** (PH en hygiène, CHR d'Orléans)  
**Vanessa GUILLET** (Cadre de santé hygiéniste, blocs opératoires, CHU de Nantes)  
**Bruno HACQUIN** (Cadre de santé hygiéniste, Hôpital Henri Mondor, APHP, Créteil)  
**Liliane HENRY** (Cadre de santé hygiéniste, Ibode, CPIAS Normandie, CHU de Caen)  
**Dr Françoise KARNYCHEFF** (PH en hygiène, Hôpital Foch, Suresnes)  
**Patricia MARTINET** (Ibode, Hôpital Henri mondor, APHP, Créteil)  
**Dr Stéphane MAUGER** (Chirurgien, chef de service, chirurgie orthopédique et traumatologique, CH de Soissons)  
**Audrey MAURAND** (Assistante spécialiste des hôpitaux, EOH-CEPI, Hôpital Henri Mondor, APHP, Créteil)  
**Laurence PERNICENI** (Cadre de santé hygiéniste, Hôpital Saint-Joseph, Paris)  
**Dr Franck PICOT** (PH en hygiène, responsable de l'équipe d'hygiène, CH de Brive-la-Gaillarde)  
**Dr Romain PIMPIE** (PH en hygiène, président de Clin, Clinique Les Rosiers, Ramsay GDS, Dijon)  
**Dr Amélie RENAUD** (PH en hygiène, CH de Douai)  
**Catherine RETIF** (Cadre de santé hygiéniste, Clinique Saint-Louis, Poissy saint Germain)  
**Marie-José ROS-RODRIGUEZ** (Ibode et hygiéniste, Groupe hospitalier Mutualiste – Les portes du Sud, Vénissieux)  
**Dr Barbara VIDAL** (PH en hygiène, médecin infectiologue, Hôpital Saint-Joseph, Paris)

## Représentants des usagers

France Assos Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Nous tenons à remercier l'ensemble des collègues (ES, CPIas, RU) qui ont accepté de relire ou tester les différents documents de l'outil. Leur contribution a permis une amélioration significative de la grille et des documents associés.

## Comité scientifique du programme « Spicmi » - Composition 2022

### Représentants des sociétés savantes et associations professionnelles

**Dr Patrice BAILLET** (Chirurgien viscéral et digestif, Clinique du Parisis, Corneilles en Parisis, Association française de chirurgie/AFC)

**Pr Thomas BAUER** (Chirurgien en orthopédie et traumatologie, chef de service, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne, Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique/Sofcot)

**Pr Franck BRUYERE** (Chirurgien en urologie, chef de service, CHU de Tours, Association française d'urologie/AFU)

**Dr Niki CHRISTOU** (Chirurgien général, CHU de Limoges, Association française de chirurgie/AFC)

**Pr Isabelle COCHEREAU** (Chirurgien en ophtalmologie, chef de service, Fondation Adolphe de Rothschild, Paris, Société française d'ophtalmologie/SFO)

**Pr Marc LEONE** (Anesthésiste-réanimateur, Hôpitaux de Marseille, Société française d'anesthésie-réanimation/SFAR)

**Pr Bertrand MARCHEIX** (Chirurgien cardio-vasculaire et thoracique, CHU de Toulouse, Société française de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire/SFCTCV)

**Dr Maxime VALLEE** (Chirurgien en urologie, CHU de Poitiers, Association française d'urologie/AFU)

**Dr Vincent VILLEFRANQUE** (Gynécologue-obstétricien, Hôpital Simone Veil, Eaubonne, Collège national des gynécologues et obstétriciens français/CNGOF)

**Pr Corinne VONS** (Chirurgien viscéral et digestif, chef de service, Hôpital Avicenne, Bobigny, Association française de chirurgie digestive/AFCA)

**Evelyne VUILLET** (Ibode, CHU de Besançon, Union nationale des associations des Ibode/Unaibode)

### Représentants institutionnels

**Dr Anne BERGER-CARBONNE** (SPF, Direction des maladies infectieuses, Saint Maurice)

**Vincent CLUZAUD** (France Assos Santé, Paris)

**Côme DANIAU** (SPF, Direction des maladies infectieuses, Saint Maurice)

**Dr Laetitia MAY** (HAS, Direction de la qualité et la sécurité des soins, Saint-Denis) (suppléante : L. BANAEI)

**Michèle NION-HUANG** (SPF, Direction des maladies infectieuses, Saint Maurice)

### Experts médicaux et paramédicaux du secteur de la chirurgie

**Dr Serge AHO** (PH en hygiène, médecin de santé publique, CPias Bourgogne-Franche-Comté, CHU de Dijon)

**Dr Gabriel BIRGAND** (PH en hygiène, pharmacien, directeur du CPias Pays de la Loire, Nantes)

**Sylvie CHASSY** (Infirmière hygiéniste, CPias Auvergne-Rhône-Alpes, Saint-Genis Laval)

**Christophe DECOENNE** (Anesthésiste-réanimateur, gestion des risques, réseau Santé et qualité, CHRU de Lille)

**Dr Arnaud FLORENTIN** (MCU-PH, médecin de santé publique, responsable de l'équipe d'hygiène, CHRU de Nancy)

**Dr Leslie GRAMMATICO-GUILLON** (MCU-PH, médecin de santé publique, EpiDcliC, CHU de Tours)

**Dr Sandra MALAVALD** (PH en épidémiologie et hygiène, médecin de santé publique, CHU de Toulouse)

**Pr Véronique MERLE** (PU-PH en épidémiologie, médecin de santé publique, CHU de Rouen)

**Nathalie OSINSKI** (Cadre supérieur de santé en hygiène, Ibode, CHU Pitié-Salpêtrière, APHP, Paris)

**Dr Emmanuel PIEDNOIR** (PH en hygiène, pharmacien et infectiologue, directeur du CPias Bretagne, Rennes)

**Dr Claude VAISLIC** (Chirurgien Cardiovasculaire et Thoracique, Hôpital privé Parly II, Le Chesnay)

## Test en conditions réelles avec l'école des infirmiers spécialisés de l'APHP

En accord avec l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'APHP (Sandra FOURNIER, Valérie SOUYRI), que nous remercions, une promotion de 80 élèves Ibo de 2<sup>ème</sup> année de l'Institut de formation des infirmiers de bloc opératoire de l'APHP a testé la grille d'audit en septembre 2019 sous la responsabilité de leurs cadres formateurs : Delphine FRONTICE, Anne LEBRET et Romuald RYCKELYNCK (N = 205 interventions évaluées) (cf. liste des étudiants ci-dessous).

**Les établissements d'accueil** des élèves ont été les suivants : Hôpital Avicenne, Hôpital Bichat, Hôpital Cochin, Hôpital Européen Georges Pompidou, Hôpital Henri Mondor, Hôpital du Kremlin-Bicêtre, Hôpital Lariboisière, Hôpital Paul Brousse, Hôpital Saint-Louis, Hôpital Tenon.

<b>Baderot</b> Mickael	<b>Lechaux</b> Géraldine
<b>Barillet</b> Sandrine	<b>Louis</b> Christelle
<b>Baron</b> Nelly	<b>Louis Sydney</b> Sindy
<b>Bastin</b> Amandine	<b>Mabed</b> Malika
<b>Bodart</b> Charline	<b>Maouchi</b> Noura
<b>Borg</b> Elodie	<b>Marais</b> Mathilde
<b>Buttin</b> Louise	<b>Martin</b> Marilyne
<b>Carnet</b> Anne-Sophie	<b>Martin Magana</b> Ana
<b>Catana</b> Florina	<b>Martinot</b> Audrey
<b>Cebolla</b> Raquel	<b>Martins Parreira</b> André
<b>Cembali</b> Virginie	<b>Matignon</b> Rachelle
<b>Ceyrat</b> Aurélie	<b>Melin</b> Claire
<b>Chabot</b> Roselyne	<b>Menu</b> Ingrid
<b>Chapeliere</b> Felix	<b>Monsoh</b> Brice
<b>Chapelle</b> Alexia	<b>Moreau</b> Maud
<b>Chevreau</b> Murielle	<b>Morpain</b> Sabine
<b>Chobeau</b> Florence	<b>Mouchez</b> Jean
<b>Cisse</b> Kadidja	<b>Naw</b> Esther
<b>Coppet</b> Claudia	<b>Ouayat</b> Aziza
<b>Corbel</b> Angélique	<b>Outazgui</b> Ouardia
<b>Cordier</b> Daphnée	<b>Parens</b> Camille
<b>Cossy</b> Camille	<b>Peperoni</b> Marco
<b>Debray</b> Vanessa	<b>Perrin</b> Mathieu
<b>Delhay</b> Séverine	<b>Praj</b> Catherine
<b>Destouche</b> Catherine	<b>Quintana</b> Aldana
<b>Do Quang</b> Vu Han	<b>Ribourg</b> Angélique
<b>Doublet</b> Adeline	<b>Robert</b> Katia
<b>Doucet</b> Bérénice	<b>Roger</b> Virginie
<b>Dumesnil Dubuisson</b> Alice	<b>Souptez</b> Frédérique
<b>Dupuis</b> Hélène	<b>Stauder</b> Pascale
<b>Eta Bayeni</b> Denia	<b>Stephan</b> Sybille
<b>Fauvel</b> Sophie	<b>Thomas</b> Carine
<b>Foulon</b> Maeva	<b>Tinéo</b> Anne
<b>Gadoux</b> Betty	<b>Trezel</b> Stéphanie
<b>Gara</b> Marie-Josie	<b>Triana</b> Emmanuelle
<b>Gehin</b> Stéphanie	<b>Valentin</b> Floriane
<b>Gibert</b> Tifanie	<b>Verleye</b> Aurore
<b>Guierre</b> Coralie	<b>Vermeersch</b> Virginie
<b>Jamet</b> Nicolas	<b>Zeghadi</b> Leila
<b>Laine</b> Sidonie	<b>Ziedi</b> Rim

Nous tenons à remercier l'ensemble des équipes d'hygiène et les équipes de bloc qui ont accepté d'accueillir et d'encadrer un groupe d'étudiants Ibo ainsi que l'Institut de formation pour ce partenariat.

## ACRONYMES et ABREVIATIONS

AFC	Association française de chirurgie
AFCA	Association française de chirurgie digestive
AFU	Association française d'urologie
ATB	Antibiotique
ATBP	Antibioprophylaxie
ATBT	Antibiothérapie
ATS	Antiseptique
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CME	Commission médicale d'établissement
DCF	Désinfection chirurgicale par friction
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EOH	Equipe opérationnelle d'hygiène
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
ES	Etablissement de santé
FAQ	Foire aux questions
GREPHH	Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière
HAS	Haute autorité de santé
IA(DE)	Infirmier(e) anesthésiste (diplômé(e) d'état)
IBO(DE)	Infirmier(e) de bloc opératoire (diplômé(e) d'état)
IMC	Indice de masse corporelle
ISO	Infection du site opératoire
MO	Micro-organismes
PCO	Préparation cutanée de l'opéré
PNSP	Programme national de sécurité des patients
POP	Préparation de l'opéré
PREOP	Préopératoire
SF2H	Société française d'hygiène hospitalière
SFAR	Société française d'anesthésie-réanimation
SFO	Société française d'ophtalmologie
SOFOT	Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique
SPF	Santé publique France
SPICMI	Surveillance et prévention du risque infectieux lié aux actes de chirurgie et de médecine interventionnelle
UNAIBODE	Union nationale des associations des Ibode

## SOMMAIRE

I	Introduction – Contexte – Explications .....	p. 6
II	Objectifs .....	p. 7
III	Principe .....	p. 7
IV	Avantages .....	p. 8
V	Limites .....	p. 9
VI	Champ d'application .....	p. 10
VII	Méthode/organisation .....	p. 11
VIII	Période, durée et fréquence de l'évaluation .....	p. 15
	PCO : quelques repères .....	p. 17
	ATBP : quelques repères .....	p. 18
IX	Analyse des données – rapport automatisé – posters ...	p. 19
X	Restitution des données .....	p. 21
XI	Plan d'actions .....	p. 21
	Références .....	p. 21

## INTRODUCTION – CONTEXTE - EXPLICATIONS

Cet outil a été élaboré dans le cadre d'une réorganisation complète du réseau des CPias, de ses missions et des outils associés et constitue le 1<sup>er</sup> outil de la partie « Prévention » du programme Spicmi. Souhaitant conserver un minimum de continuité avec le système précédent Iso-Raisin, ce 1<sup>er</sup> outil d'évaluation porte sur les thèmes de **la préparation cutanée de l'opéré (PCO)** et de **l'antibioprophylaxie (ATBP)**, deux des mesures principales et incontournables de la prévention des infections du site opératoire (ISO).

**La préparation cutanée de l'opéré** concerne l'ensemble des interventions chirurgicales et fait l'objet de plusieurs guides nationaux de recommandations édités par la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H). Le dernier audit national sur ce sujet date de 2007 : l'audit « POP » avait été réalisé sur proposition des Cclin à l'aide d'un outil du Grephh sur la base de précédentes recommandations (SF2H 2004). **L'antibioprophylaxie**, quant à elle, ne concerne pas l'ensemble des interventions chirurgicales et fait l'objet d'un guide de recommandations de la Société française d'anesthésie-réanimation récemment actualisé (SFAR 2018). Elle a été évaluée en 2017 lors de l'enquête nationale de prévalence.

**Ces deux thèmes de la prévention des ISO** étaient depuis 2014 intégrés dans la surveillance nationale Iso-Raisin avec des résultats nécessitant, y compris dans le dernier rapport diffusé (données 2017), des améliorations à prévoir :

- PCO : conformité globale de 52,6% à 98,0% selon les spécialités chirurgicales (référentiel SF2H 2013),
- ATBP : de 67,4% à 100,0% pour le respect de l'indication et de 8,3% à 61,0% pour la conformité aux recommandations selon les spécialités (référentiel SFAR 2010).

Ces deux thèmes ont donc été rassemblés dans un même outil de façon à optimiser le déplacement des équipes d'hygiène au bloc opératoire et respecter une approche de type « **parcours patient** » qui a servi à son élaboration. L'observation proposée, **limitée à la phase préopératoire**, consiste donc à recueillir des informations **depuis l'arrivée du patient au bloc jusqu'à l'incision du site opératoire**. L'antibioprophylaxie est par conséquent évaluée **uniquement sur sa partie initiale (1<sup>ère</sup> injection)** qui doit être correctement effectuée avant même de s'intéresser à la réalisation des réinjections. Les réinjections se prêtant mal à une évaluation par observation, une analyse locale de la traçabilité est conseillée en complément. D'autres outils du programme porteront sur les phases per et post-opératoires de la prise en charge.

Au sein de la grille d'évaluation, les différents thèmes relatifs à la prévention du risque infectieux sont pris en compte en lien avec les recommandations existantes. Pour cette première version de l'outil qui vise à réaliser un **état des lieux des pratiques**, certaines informations supplémentaires sont recueillies pour information. Une nouvelle version sera probablement proposée ultérieurement tenant compte des résultats de la 1<sup>ère</sup> année d'utilisation de l'outil (2020).

La préparation cutanée a reposé pendant des années sur un ensemble de barrières successives qui constituait une démarche de gestion des risques selon le modèle de Reason. Dans les dernières recommandations, un certain nombre d'allègements ont été proposés sur les étapes préalables à l'antisepsie : une seule douche suffisante avec un savon non forcément antiseptique, pas de dépilation ni de shampoing systématiques, pas de nettoyage nécessaire en dehors de la présence de souillures visibles. L'antisepsie a plutôt été renforcée avec une forte incitation à utiliser des produits alcooliques. Dans ce contexte, en cas de prise en compte locale de ces allègements, l'antisepsie devient la barrière principale et ultime de la préparation cutanée et c'est ce qui explique qu'une attention particulière est portée aux conditions de sa réalisation au sein de l'évaluation proposée.

Le mode de recueil initial visé est l'observation des pratiques. Toutefois, comme dans l'audit POP de 2007, il est parfois nécessaire de récupérer sur place l'information à la source, donc auprès du patient ou de l'équipe médico-chirurgicale, voire au niveau des documents de traçabilité (en dernière intention).

## I- OBJECTIFS

L'objectif du **groupe de travail** était de mettre à disposition des équipes d'hygiène un nouvel outil **d'évaluation de la prévention du risque d'ISO en chirurgie**, visant à remplacer, pour une continuité avec l'ancien système, les modules optionnels de la surveillance Iso-Raisin sur les deux thématiques incontournables que sont la **préparation cutanée de l'opéré et l'antibioprophylaxie**.

Cet outil devait être configuré de manière à faciliter la mise en œuvre, par les équipes d'hygiène, de plusieurs évaluations sur ces thématiques dans les 5 premières années du programme Spicmi, ce qui suppose de disposer d'un outil simple à utiliser.

Cet outil a donc pour objectif de permettre aux EOH d'entrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins type EPP, avec un état des lieux initial, l'identification d'axes d'amélioration et la programmation de réévaluations une fois les actions correctives mises en places.

A un niveau national, cet audit vise à identifier l'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations en vigueur (cf. ci-dessous), en complément de l'enquête PCO-DCF organisée en début d'année 2020 qui a identifié les freins potentiels à cette mise en œuvre.

### **Recommandations en vigueur utilisées comme référentiel d'évaluation :**

*SFAR – Antibiotoprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes) – 2018*

*SF2H – Antisepsie de la peau saine avant un geste invasif chez l'adulte – Recommandations pour la pratique clinique – Mai 2016*

*SF2H – Gestion préopératoire du risque infectieux – Mise à jour – Octobre 2013*

*SF2H – Conférence de consensus Gestion préopératoire du risque infectieux – Mars 2004*

## II- PRINCIPE

Remarque : contrairement aux modules optionnels Iso-Raisin, cette évaluation est réalisée de façon **indépendante** de la surveillance des ISO mais à terme, l'engagement dans le programme Spicmi impliquera de faire converger les deux approches (surveillance et prévention en parallèle).

### **Pour faciliter la mise en œuvre de l'évaluation et du plan d'actions :**

- une grille unique a été élaborée, intégrant les deux thèmes suscités, ce qui permet de recueillir les différentes informations en une fois pour un même patient.
- la grille contient une liste limitée d'items, volontairement restreinte à une page recto.
- une aide au recueil des informations figure directement sur la partie droite de la grille.
- le guide d'aide au remplissage destiné à l'auditeur est un document de 2 pages recto-verso, qui présente les informations importantes à connaître pour mener à bien l'évaluation (à lire avant sa mise en œuvre).
- une synthèse des conditions de mise en œuvre est fournie pour la coordination de l'audit (1 page).
- une foire aux questions évolutive (FAQ) est mise à disposition.
- une aide au plan d'action est également fournie.
- un diaporama de formation des auditeurs présente toutes les informations à connaître pour mener à bien l'évaluation, thème par thème. Les pièges à éviter et des précisions sont apportées quand nécessaire.
- un guide de classification de l'antibioprophylaxie permet une analyse des données relatives à l'ATBP.

Tous les outils figurent sur le site du CPias IDF : <http://www.cpias-ile-de-france.fr/surveillance/spicmi.php#prev>

La grille d'évaluation est à remplir au cours d'une **observation des pratiques** au bloc. Chaque grille correspond à la **prise en charge préopératoire chronologique d'un patient, depuis son arrivée au bloc jusqu'à l'incision en**

**salle d'opération.** Au cours d'une même matinée, plusieurs prises en charge de patients peuvent être évaluées dans le même bloc ou d'autres blocs (cf. programme opératoire).

Le recueil des données est **principalement** par observation, sauf pour quelques items (ex : douche/ dépilation faite à domicile ou dans le service en amont) qui nécessitent soit d'interroger sur place le patient soit les membres de l'équipe médico-chirurgicale (Ibode, chirurgien, anesthésiste, lade...) ou à défaut de consulter les documents de traçabilité présents.

Les données recueillies sont saisies dans une application informatique dédiée permettant l'édition locale d'outils de restitution des résultats (cf. manuel informatique). Une fois analysés sur l'ensemble des établissements de santé participants, les résultats globaux anonymisés seront mis à disposition des établissements sur la plateforme Spicmi.

### Pourquoi une évaluation par observation ?

1-L'analyse des dossiers patient (données tracées) est très pratique pour une évaluation continue annuelle : il est néanmoins important d'adopter de temps à autres une autre méthode d'évaluation comme l'observation pour confronter les données tracées aux pratiques réelles.

2-Les retours d'expérience issus des visites liées au signalement des ISO montrent que même si certaines pratiques sont actuellement tracées, elles peuvent ne pas être réalisées de façon correcte, ce que seule l'observation est en mesure de détecter.

*Exemple : lors de l'antisepsie, seule une observation permet de vérifier qu'il y a une large application de l'ATS avec une action mécanique, qu'il n'y a pas d'accélération artificielle du séchage (ex : tamponnement), que l'antisepsie débute par la ligne d'incision, etc...*

3-Outre qu'il s'agit de la méthode d'évaluation de référence, l'observation est préconisée car elle est beaucoup plus précise que l'évaluation sur dossiers. Elle permet d'entrevoir les conditions environnementales et d'organisation entourant les pratiques, ce qui peut aider à comprendre et interpréter les résultats, et contribuer à une future analyse des causes.

4-Cette évaluation par observation vient en complément de l'enquête « PCO-DCF », réalisée fin 2019-début 2020 au sein du programme Spicmi, auprès de tous les ES français réalisant de la chirurgie et visant à recueillir l'avis des EOH sur l'application des recommandations (nature des éventuelles difficultés).

## III- AVANTAGES

Au niveau local, régional et national, cet outil va permettre de :

- Réaliser un état des lieux des pratiques relatives à la préparation cutanée de l'opéré et l'antibioprofylaxie dans la prise en charge préopératoire des patients opérés, non pas sur des interventions ciblées mais sur un panel large d'interventions ;
- Comparer les pratiques avec les recommandations les plus récentes : les RFE de la SFAR pour l'antibioprofylaxie (2018) et les RPC de la SF2H sur l'antisepsie lors des actes invasifs sur peau saine chez l'adulte (2016).
- Identifier les pratiques adaptées pour les valoriser et les pratiques inadéquates pour les faire évoluer ;
- Elaborer un plan d'actions pour une amélioration continue de la qualité des soins et programmer des réévaluations pour suivre la progression des pratiques (EPP)
- Sensibiliser les professionnels de santé à l'importance des mesures de prévention évaluées via la réalisation d'un audit sur ce thème.

Les résultats nationaux de cet état des lieux permettront de préparer et mettre à disposition des équipes d'hygiène des outils de promotion, de sensibilisation, et de rappel des bonnes pratiques, voire de formation, adaptés aux problématiques actuelles et résiduelles identifiées.

Cette évaluation repose sur l'implication des professionnels et des patients pour l'obtention de certains renseignements. Elle répond ainsi aux exigences du Programme national de sécurité des patients (PNSP) et se présente plutôt comme un travail collaboratif, susceptible de faire adhérer les équipes médico-chirurgicales au projet.

#### IV- LIMITES

**Il ne s'agit pas d'un audit approfondi** de la prévention des ISO au bloc opératoire mais d'un audit ciblé. En tant qu'audit approfondi, sa mise en œuvre aurait été beaucoup plus chronophage car il aurait nécessité de nombreux autres critères et plusieurs grilles (cf. Audit complet endoscopie du Grephh).

Les limites d'une telle évaluation sont celles liées à l'observation :

- effet Hawthorne (modifications des pratiques sous l'effet de l'observation) : même s'il existe dans tout audit par observation, cet effet est toutefois plus limité au bloc du fait de la concentration extrême des professionnels sur leurs tâches et du travail en équipe.
- caractère chronophage : lors des tests, le remplissage d'une grille a pris en général au moins 15 min, cela pouvant aller jusqu'à 1h selon les spécialités. Des temps plus longs sont en effet parfois rencontrés du fait du délai important lié à l'installation des patients.

Remarque : le recours à des **sources complémentaires d'information** (questions au patient ou à l'équipe médico-chirurgicale) n'a pas pour but de comparer les informations obtenues selon les sources mais d'assurer un recueil le plus précis possible en s'appuyant sur les personnes les mieux placées pour répondre (cf. tableau 1).

#### Ce que cet outil n'évalue pas :

- **la préparation des muqueuses** (non prévue dans la grille en l'absence de recommandations nationales) ;
- les étapes de la préparation cutanée **spécifiques à certaines interventions** : shampoing pour la chirurgie de la tête et du cou (SF2H 2013/D5), retrait du vernis sur les ongles pour les interventions concernant les mains ou les pieds (SF2H 2013/D6).
- **l'utilisation de tissus imprégnés** pour la douche (SF2H 2013/D7), pour l'antisepsie (A3, A4), de champs adhésifs imprégnés (CA2), de pellicules bactério-isolantes (Pbi1), sachant qu'il n'y a pas de positionnement affiché de la société savante dans les recommandations (« aucune recommandation »).
- **les éventuelles 1<sup>ères</sup> injections réalisées après incision (réalisation, horaire)** : ces pratiques ne sont en effet pas prévues par les recommandations (bonne pratique = avant incision).
- **les réinjections peropératoires d'antibiotiques** : une observation de ces pratiques nécessiterait de suivre l'ensemble de l'intervention or il est prévu de stopper l'évaluation à l'incision. Même s'il s'agit d'étapes importantes de l'antibioprophylaxie, l'évaluation des réinjections peropératoires par observation serait trop chronophage. Dans cet objectif, une évaluation locale des informations tracées est plus adaptée (analyse rétrospective sur dossiers).
- **le portage de *Staphylococcus aureus*** puisque ce dépistage et la décolonisation associée ne concernent, d'après les recommandations, qu'une seule spécialité, la chirurgie cardiaque (SF2H 2013/R1).
- **la conformité au protocole local**. Dans le cadre des audits nationaux, les pratiques sont en effet comparées aux recommandations nationales. La comparaison avec les protocoles locaux peut se faire dans un 2<sup>ème</sup> temps en cas de différence avec les référentiels nationaux.

## V- CHAMP D'APPLICATION

### Etablissements

Concernés	Non concernés
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Public, privé, Espic</li> <li>- Réalisant des interventions chirurgicales</li> <li>- Ayant un protocole sur la préparation cutanée</li> <li>- Ayant un protocole sur l'antibioprophylaxie</li> </ul>	Sans secteur chirurgical N'ayant pas de protocole : <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur la préparation cutanée</li> <li>- sur l'antibioprophylaxie</li> </ul>

### Services/secteurs

Concernés	Non concernés
Blocs opératoires de chirurgie	Secteurs interventionnels (pas à ce stade du programme)

### Patients

A inclure	A ne pas inclure
Patients adultes, tout âge, tout sexe	Enfants ( $\leq 15$ ans) (antiseptie spécifique, absence de recommandations pour l'ATBP)
Tout mode d'hospitalisation : conventionnel ou ambulatoire Tout moment d'admission : le jour-même (ambulatoire, conventionnel J0) ou 24h et plus	-

### Interventions chirurgicales

A inclure	A ne pas inclure
Interventions <b>programmées</b>	Interventions réalisées en urgence ( <i>pratiques potentiellement non représentatives</i> )
Interventions comportant des incisions sur <b>peau</b> OU sur <b>peau</b> et muqueuses (mixtes*)	Intervention ne comportant que des incisions sur muqueuses ou peau lésée ( <i>absence de recommandations nationales</i> ) Interventions par voie basse (muqueuses, voies naturelles) et par voie endoscopique seule
Les interventions à durée potentiellement longue de phase préopératoire (ex : chirurgie cardiaque) ne sont pas forcément exclues (choix de l'ES, selon le caractère chronophage de l'évaluation)	
Interventions de tout type de classe Altemeier (1, 2, 3 ou 4)**	-
Interventions avec ou sans antibioprophylaxie indiquée **	-

\*dans ce cas, seule la préparation cutanée de la peau sera évaluée

\*\* toutes les interventions sont évaluées sur le plan de la préparation cutanée

## Spécialités chirurgicales

Concernées	Non concernées
Chirurgie thoracique	<p><b>Chirurgie infantile/pédiatrique</b> (antiseptie spécifique, absence de recommandations pour l'ATBP)</p> <p><b>Chirurgie traumatologique</b> (muqueuses, peau lésée, urgences)</p> <p><b>Urgences chirurgicales (urgences)</b></p> <p><b>Chirurgie ophtalmologique (muqueuses)</b></p> <p><b>Chirurgie maxillo-faciale (muqueuses)</b></p> <p><b>Chirurgie stomatologique (muqueuses)</b></p>
Chirurgie cardiaque	
Chirurgie vasculaire	
Chirurgie orthopédique	
Chirurgie bariatrique	
Neurochirurgie	
Chirurgie digestive/viscérale (exception : chirurgie proctologique)	
Chirurgie gynécologique/sénologique (exception : chirurgie gynécologique par voie basse)	
Chirurgie reconstructrice/réparatrice	
Chirurgie esthétique	
Chirurgie urologique (exception : chirurgie urologique par voie basse)	
Chirurgie ORL	
Obstétrique	

Remarque : la faisabilité de l'évaluation a fait l'objet d'un **test en conditions réelles** dans toutes ces spécialités

## VI- METHODE/ORGANISATION

Les établissements ont plusieurs mois pour réaliser l'évaluation et la saisie des données.

**Attention :** veiller à ne pas réaliser d'évaluation sur une période de changement d'année (fin d'année/début d'année suivante) pour des raisons informatiques (saisie et analyse configurées pour une année donnée).

L'évaluation proposée est un **audit** principalement **observationnel** s'intéressant au parcours préopératoire du patient opéré.

La **grille unique d'évaluation** fournie comporte le recueil de données de plusieurs types :

- données sur les pratiques de soins classées en 6 thématiques : douche, dépilation, antibioprophylaxie, nettoyage, antiseptie, incision ;
- données sur les modalités de prise en charge (mode d'hospitalisation) ;
- données à caractère personnel en nombre très limité (taille et poids du patient).

### Prérequis à la conduite de l'audit

Cette évaluation s'inscrit dans un programme plus large de prévention et de surveillance des ISO auquel tous les ES français sont invités à participer. Les prérequis à cette démarche sont les suivants :

- Validation du principe de l'audit en CME/CLIN et en conseil de bloc ;
- Proposition du projet d'évaluation aux différents blocs concernés (cf. liste des spécialités chirurgicales) ;
- Obtention de l'accord des cadres et responsables des blocs. Les prévenir qu'il s'agit principalement d'observations mais que des questions aux patients ou à l'équipe sont possibles (cf. lettre d'information-

type du patient et information préalable des équipes pour des conditions optimales de mise en œuvre de l'audit). Informer les représentants des usagers de l'établissement (audit, implication des patients) ;

- S'assurer que le principe de l'audit sera présenté aux équipes médico-chirurgicales concernées, dans l'idéal par l'organisateur de l'audit.

### Quelles spécialités évaluer ?

Le choix des spécialités est laissé à l'appréciation des établissements, toutefois, s'agissant de la 1<sup>ère</sup> année d'année d'utilisation de l'outil avec un objectif d'état des lieux, il est conseillé de mener l'évaluation dans une majorité, voire si possible l'ensemble des spécialités.

### Qui fait l'évaluation ?

Cette évaluation est généralement conduite par l'équipe d'hygiène. Il est souhaitable, dans la mesure du possible, de monter une **équipe projet** multidisciplinaire intégrant par exemple des représentants de bloc, le gestionnaire de risque ou le responsable qualité... Cette équipe définit les secteurs à évaluer, les modalités pratiques d'évaluation, le choix et le suivi des auditeurs, l'organisation de la restitution, la mise au point du plan d'action, le calendrier des réévaluations.

Peuvent être associées à l'évaluation des personnes formées à l'audit et ayant une bonne connaissance du fonctionnement des blocs opératoires. En pratique, il peut s'agir de professionnels de bloc dans le cadre d'audits croisés (éviter autant que possible un audit interne) : référents en hygiène, cadres de bloc, Ibo ou Iade, étudiants Ibo ou Ia.

Un des tests préalables à la mise à disposition de cet outil a été mené par des élèves Ibo de 2<sup>ème</sup> année formés à l'audit et aux conditions précises de sa mise en œuvre (cf. diaporama auditeur). Ce test a montré la faisabilité de l'outil sur plus de 200 observations et un taux de remplissage excellent de la grille. La réalisation de l'évaluation avec l'aide d'un étudiant Ibo en stage d'hygiène (stage obligatoire) peut être une solution pour les équipes d'hygiène de faible effectif ou non spécialisées.

Pour la partie de l'évaluation consacrée à l'**antibioprophylaxie**, le recueil des données ne demande pas d'expertise particulière dans ce domaine, en revanche le **codage des actes chirurgicaux**, nécessaire pour l'analyse automatique de l'antibioprophylaxie doit être confié à des experts médicaux ou paramédicaux (coordonnateur de l'audit +/- hygiéniste spécialisé ou membre d'une équipe médico-chirurgicale).

### Conduite de l'audit

Le bloc opératoire est une zone à haut risque infectieux et à environnement maîtrisée (ZEM) nécessitant une régulation des entrées et sorties qui s'applique à l'ensemble du personnel, membre de l'équipe médico-chirurgicale et tout intervenant extérieur. C'est pourquoi un audit au bloc ne peut se faire que de façon programmée en totale coopération avec les responsables des blocs. La concentration des équipes à leur tâche est nécessaire à la qualité et à la sécurité des soins : la conduite d'une évaluation au bloc doit interférer le moins possible avec son fonctionnement.

#### Une semaine avant l'évaluation :

- Présentation de l'auditeur au cadre du bloc, mise au point des dispositions précises en termes d'heure et lieu de RV, d'accès au bloc et au vestiaire, d'habillement.
- Identification des interventions à inclure (cf. champ d'application) par consultation du programme opératoire et/ou échange avec le/la cadre du bloc. Rappel : incision peau saine ou mixte/patient adulte.

### La veille de l'évaluation :

- Vérification des interventions identifiées pour prendre en compte un éventuel changement de dernière minute dans le programme opératoire.
- Vérification de l'information des patients et des équipes.
- Pré-remplissage possible des grilles de recueil pour certaines informations (date et secteur).

### Le jour de l'évaluation :

- Le moment de l'observation est laissé à l'appréciation des ES mais d'après les tests réalisés, **une matinée au bloc** semble le plus propice à des évaluations. Pour pouvoir observer la phase préopératoire de plusieurs interventions, il est utile de se caler sur la première opération qui peut débuter assez tôt. Prévoir de venir un peu en avance (cf. habillage, échange avec le/la cadre).
- L'évaluation est arrêtée au moment du début de l'incision de la 1<sup>ère</sup> intervention observée. L'audit se poursuit auprès d'un nouveau patient accueilli ou en attente d'intervention et observe sa prise en charge jusqu'à l'incision dans une autre salle d'opération. Cette démarche est poursuivie ainsi jusqu'en fin de matinée.

Il est conseillé de ne quitter le bloc qu'après un dernier échange avec le/la cadre.

Cf. diaporama de l'auditeur pour le déroulement de l'évaluation étape par étape (diapos 11 et 12).

### Combien d'observations par spécialité ?

Passer une matinée dans les blocs permet, d'après les tests réalisés, de remplir jusqu'à 5 grilles d'évaluation (grand maximum 8), sachant que cela peut varier selon les spécialités chirurgicales et la durée de la phase préopératoire de certaines interventions. Compter, **en moyenne**, 30 minutes par observation (15 min à 1h).

En pratique (cf. Foire aux questions/FAQ) :

- déterminer le nombre maximal d'observations possibles à l'échelle de l'ES (ressources humaines pour l'audit : EOH +/- personnel hors EOH ; cf. « qui fait l'évaluation ») : 10, 20, 30, 40, 50 observations ou plus
- programmer les observations dans les différents secteurs en tenant compte du nombre d'actes par spécialité (ex : si 33% de l'activité liée à une spécialité, alors prévoir 1/3 des observations dans cette spécialité).
- dans un secteur donné, varier les équipes et les actes chirurgicaux. Un même acte peut être évalué mais en variant les équipes. Il est inutile d'évaluer une même équipe plus de 3 fois.

### Recueil des informations : précisions

Une aide au remplissage figure à plusieurs niveaux :

- ➔ sur la **grille** directement pour les items d'évaluation (partie droite du document)
- ➔ dans le **guide de l'auditeur** et le **diaporama de formation des auditeurs** pour l'ensemble des items (bandeau, évaluation proprement dite)

L'observation est la méthode principale de recueil mais il y a des alternatives proposées pour trois des cinq thèmes, à mettre en œuvre si possible dans l'ordre de priorité suivant (cf. tableau 1).

Quand une question est posée au patient ou aux professionnels, c'est que l'observation n'est pas possible pour certains items et que ces personnes sont les mieux placées pour répondre.

**Tableau 1 : Modalités de recueil des informations**

	<b>1<sup>ERE</sup> INTENTION</b>	<b>2<sup>EME</sup> INTENTION</b>	<b>3<sup>EME</sup> INTENTION</b>
<b>Douche</b>	<b>Question au patient</b> (douche à domicile ? douche dans l'ES ? Quand ?)	<b>Question à l'Ibode</b> <i>si patient ne peut répondre ou ne se souvient plus</i>	<b>Consultation documents traçabilité</b> <i>si personnel non disponible ou ne sait pas</i>
<b>Dépilation</b>	<b>Question au patient</b> (dépilation à domicile ? dans l'ES ? quelle méthode ?)	<b>Question à l'Ibode</b> <i>si patient ne peut répondre ou ne se souvient plus</i>	<b>Consultation documents traçabilité</b> <i>si personnel non disponible ou ne sait pas</i>
	<b>Observation</b> (si dépilation faite au bloc) <b>Question à l'Ibode ou au chirurgien</b> <i>pour la justification</i>	-	-
<b>Antibioprophylaxie</b>	<b>Observation</b>	<b>Question au personnel d'anesthésie</b> <i>si besoin de précisions</i>	<b>Consultation documents traçabilité</b> <i>si personnel non disponible</i>

Remarques :

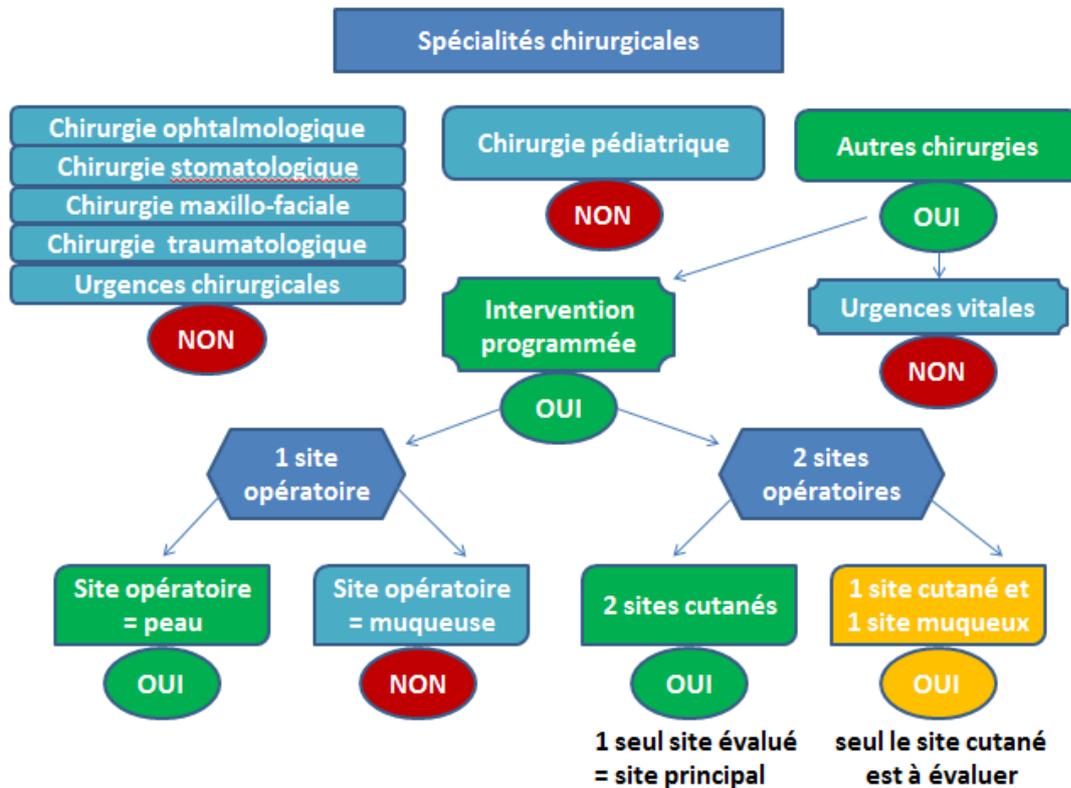
- le but n'est pas de vérifier si ce qui est tracé est exact par rapport à ce que disent les soignants ou le patient et vice et versa.
- le fait d'interroger les professionnels et les patients sur quelques points uniquement marque un intérêt respectivement pour leurs pratiques et leur prise en charge et les implique dans la démarche.

**Conduite à tenir dans le cas d'une intervention incluant plusieurs zones opératoires :**

- 2 sites cutanés : n'évaluer que le site principal (sachant que les pratiques devraient en théorie être les mêmes),
- 1 site cutané et 1 site muqueux : ne remplir la grille que pour la préparation du site cutané.

Le schéma ci-dessous résume les différentes situations rencontrées (cf. figure 1).

**Figure 1 : Critères de sélection des interventions à évaluer en fonction du nombre et type de sites opératoires**



NB : **l'exclusion des muqueuses** du champ de l'audit implique de renoncer à l'évaluation de certaines spécialités chirurgicales (ex : ophtalmologie), de certaines interventions sur muqueuses (ex : chirurgies gynécologique et digestive) et des interventions par voie endoscopique seule (ex : chirurgies urologique ou ORL).

## VII- PERIODE, DUREE et FREQUENCE de L'EVALUATION

### Au niveau national :

La 1<sup>ère</sup> année est configurée comme un état des lieux possible sur toute l'année 2020, entre début février 2020 (mise à disposition de la grille d'évaluation) et fin décembre 2020.

Les années suivantes, la grille ainsi que l'application informatique associée seront disponibles chaque année :

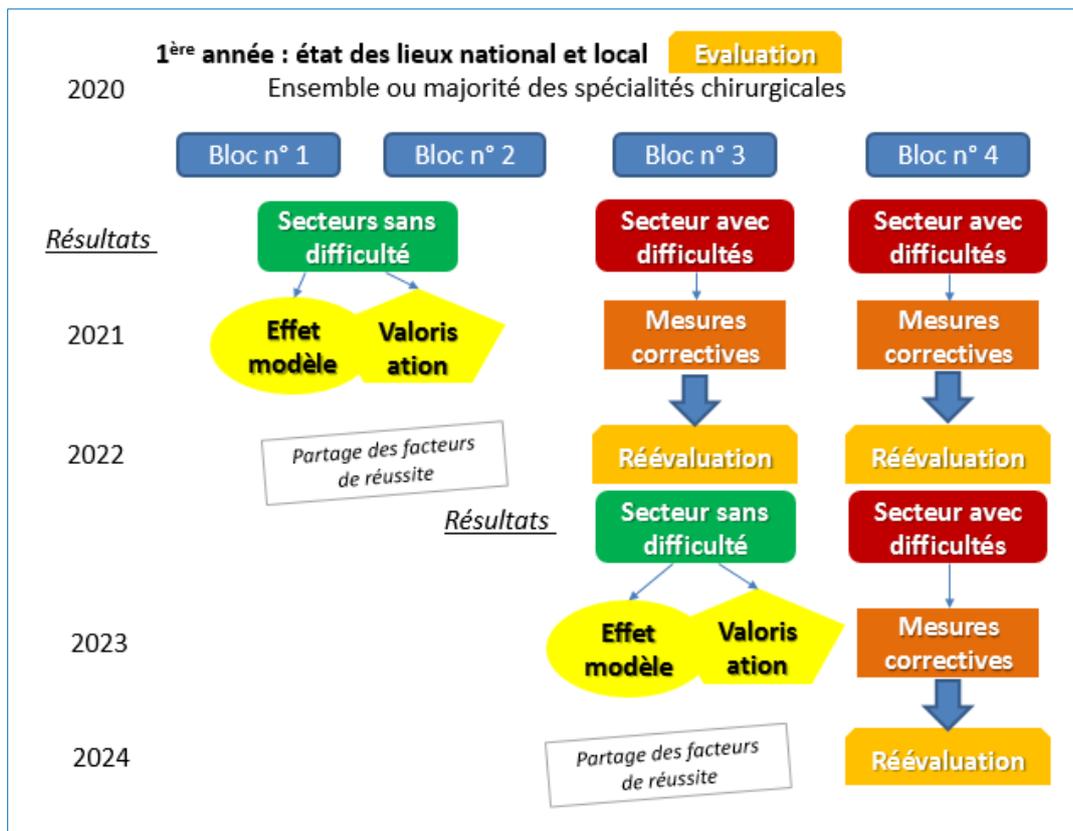
- soit pour que les ES débutent une évaluation, si non possible avant ;
- soit pour que les ES procèdent à une réévaluation (sur des secteurs ciblés ou l'ensemble des secteurs selon les résultats obtenus lors de l'état des lieux initial) (cf. figure 2).

### Au niveau local :

La 1<sup>ère</sup> évaluation est programmée dans l'année sur une durée de 4 à 8 semaines selon les objectifs et les ressources. Le moment de réévaluation est choisi par l'ES mais il est conseillé, dans le cadre de la participation au programme, de procéder à une réévaluation tous les 2 ans (une année pour l'évaluation, une année pour la mise en place d'actions correctives), si possible dans la même période que l'évaluation initiale. Les secteurs à réévaluer sont identifiés par les ES en fonction des actions qui ont pu être mises en œuvre.

La figure 2 propose une stratégie d'amélioration de type PCDA (plan, do, check, act). Les services ayant de bons résultats seront mis en avant et leur fonctionnement servira de modèle aux services en difficultés. Différents scores seront proposés au niveau du rapport pour un suivi des progrès réalisés (démarche EPP).

**Figure 2 : Stratégie d'amélioration des pratiques de PCO et/ou ATBP**



## PREPARATION CUTANEE DE L'OPERE (PCO) : quelques repères

Cette évaluation constitue l'objectif principal de l'audit du fait :

- de son application systématique, quelle que soit le type d'intervention chirurgicale
- du nombre de paramètres étudiés (n = 4/5)
- d'une observation possible directement tout au moins pour le nettoyage et l'antiseptie.

**La douche préopératoire**, qui fait partie de la PCO au sens large, est réalisée au niveau des services ou à domicile. Le lieu et le moment sont recueillis pour s'assurer qu'elle est réalisée au plus près de l'intervention.

**La dépilation**, quand elle est justifiée puisque plus requise en systématique, est faite soit à domicile (initiative du patient), soit en service suivie d'une douche.

**Le nettoyage (savon doux) ou la déterision (savon ATS) du site opératoire** et la présence de souillures visibles sont évalués de façon indépendante car cette pratique est conservée dans certaines ES en systématique ou pour des indications autres que les souillures visibles. Un croisement de ces données est prévu lors de l'analyse (nettoyage/déterision/souillure).

Un focus est proposé sur **l'antiseptie** qui est devenue la barrière principale **vis-à-vis des micro-organismes cutanés**. D'après les recommandations en vigueur (SF2H), il est en effet possible de considérer les autres étapes antérieures de la PCO comme visant principalement l'élimination des souillures (comme en atteste l'utilisation possible de savon doux) (cf. tableau 2).

**Tableau 2 : Stratégie de prévention du risque infectieux lors de la PCO selon les recommandations SF2H (2013/2016)**

	Fréquence / Moment	Produit	Action contre les souillures	Action contre les micro-organismes
<b>Barrière de sécurité n° 1 = Nettoyage (1<sup>er</sup> niveau)</b>			Objectif principal	Objectif secondaire
Douche préopératoire (nettoyage corporel)	<b>Systématique</b> « <i>le plus proche de l'intervention</i> »	Savon non ATS possible suivi d'un rinçage	++ (élimination*)	+ (élimination*)
<b>Barrière de sécurité n° 2 = Nettoyage (2<sup>ème</sup> niveau) plus ciblé/localisé</b>			Objectif principal	Objectif secondaire
Nettoyage au bloc (site opératoire)	<b>Optionnel</b> : en cas de souillures visibles Avant l'antiseptie	Si réalisé : savon doux possible suivi d'un rinçage	++ (élimination*)	+ (élimination*)
<b>Barrière de sécurité n° 3 = Antiseptie</b>				Objectif principal
Antiseptie au bloc (site opératoire)	<b>Systématique</b> Juste avant l'incision	Antiseptique	-	+++ (destruction finale des MO résiduels)

\*par effet détergent

ATS = antiseptique

MO = micro-organismes

## ANTIBIOPROPHYLAXIE (ATBP) : quelques repères

Cette évaluation est proposée en complément de la PCO pour profiter du déplacement au bloc des auditeurs pour la PCO. Se situant, comme la PCO, dans la phase préopératoire, c'est une occasion d'observer comment cette ATBP est réalisée au-delà des études sur dossiers généralement mises en œuvre. Sa position en 3<sup>ème</sup> question de la grille ne préjuge pas de ce qui sera observé réellement : elle peut s'intercaler de différentes façons au sein des étapes de PCO, selon les blocs et leur organisation, selon le produit administré, selon le profil du patient.

L'observation des pratiques peut être complétée si besoin par une question à l'équipe d'anesthésie. La consultation de documents de traçabilité est l'option de derniers recours.

L'administration d'un ATB pour l'ATBP ne concerne pas l'ensemble des interventions mais celles correspondant à une classe Altemeier 1 ou 2. Les interventions de classe 3 et 4 sont évaluées car elles sont concernées par la PCO, les indications pour une ATBP étant extrêmement rares.

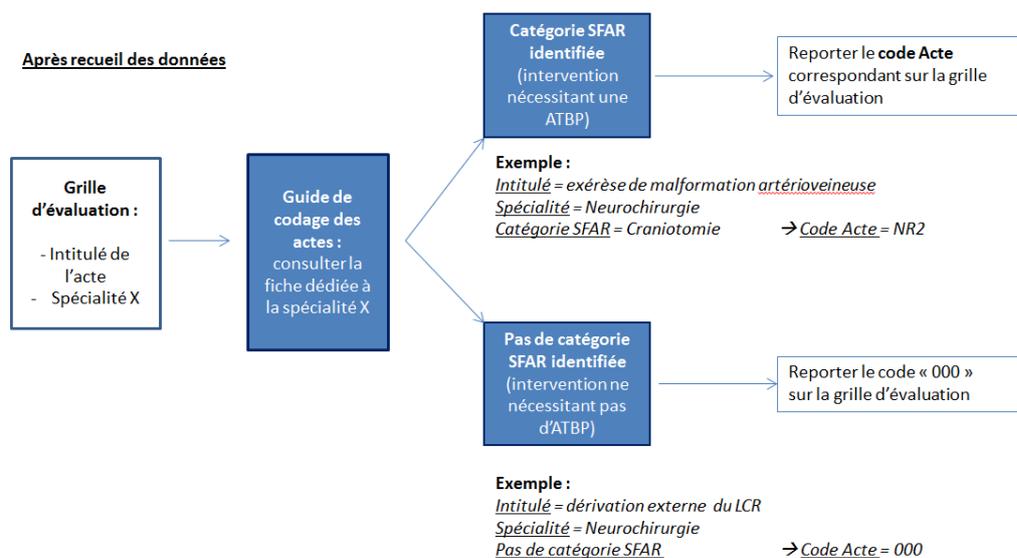
Interventions chirurgicales	Evaluations proposées	
	PCO	ATBP
Altemeier 1 et 2	x	x
Altemeier 3 et 4	x	En principe non concerné

**Le choix a été fait de ne pas demander à l'auditeur de préciser directement si l'antibioprophylaxie était indiquée ou non.** Cette comparaison, qui demande une connaissance approfondie de l'ATBP et des recommandations, est gérée informatiquement grâce à un codage des interventions (cf. guide de classification de l'ATBP). Le codage des actes chirurgicaux permet également de comparer ce qui a été localement administré et ce qui est attendu dans les recommandations nationales SFAR, pour un acte donné (molécule/dose).

Ce codage :

- est à réaliser postérieurement au recueil des données par des spécialistes qui devront déterminer à quelle catégorie des recommandations de la SFAR correspond chaque acte chirurgical évalué (si celui-ci nécessite une ATBP),
- est obligatoire pour les ES souhaitant analyser l'ATBP. Le schéma suivant résume la démarche à suivre.

**Figure 3 : Modalités de codage des interventions chirurgicales pour l'analyse de l'ATBP**



Par ailleurs, pour éviter d'avoir à classer les molécules ATB après recueil des informations selon le contexte (ATBP ou ATBT), il est demandé d'identifier d'emblée tout ATB qui serait administré dans un cadre thérapeutique (cf. réponse = « non car ATBT déjà en cours »).

Le relevé de la taille et du poids du patient permet une analyse fine du caractère adapté du dosage de l'ATB aux patients en obésité sévère et de poids de plus de 100 kg (cf. partie « Analyse des données »).

## VIII- ANALYSE DES DONNEES - Rapport automatisé

La PCO et l'ATBP sont des étapes majeures du parcours préopératoire du patient. Le recueil de leurs caractéristiques est commun (grille d'évaluation) mais leur analyse est séparée au sein du rapport automatisé des ES. Ceci peut permettre une communication ciblée vers l'équipe chirurgicale (PCO) et l'équipe d'anesthésie (ATBP). Il est toutefois intéressant de diffuser l'ensemble des résultats à toute l'équipe médico-chirurgicale.

Un rapport est prévu pour l'ensemble de l'établissement (dans le cas de réalisation d'un état des lieux avec un échantillon représentatif tenant compte de l'activité).

Dans la version web en ligne de l'outil informatique (cf. e-plateforme), le recueil de la spécialité correspondant à l'acte permettra des analyses stratifiées par spécialité, sous réserve d'un nombre suffisant d'observations.

Le poids et la taille du patient sont recueillis en vue d'un calcul automatique de l'IMC. Cette valeur sera utilisée pour la vérification de l'adaptation de la posologie en cas de patients en obésité sévère et de poids de plus de 100 kg (cf. ATBP). Le code « acte » et la classe Altemeier sont également utilisés lors de l'analyse de l'ATBP.

Un fichier Excel contenant les données saisies sera accessible pour des analyses plus fines faites par chaque ES : résultats selon le type de prise en charge (conventionnelle ou ambulatoire) par exemple. Ce fichier pourra être utile à des croisements de données au niveau de la PCO en particulier (ex : lien entre douche au savon doux et maintien d'une détersion).

### Préparation cutanée de l'opéré (PCO) : contenu du rapport

**Douche :** Même si a priori, il y a de fortes chances qu'au moins une douche ait été réalisée comme le recommandent notre société savante, la question de réalisation d'au moins une douche a été posée. L'intérêt est plutôt de savoir combien de douches préopératoires ont été prises (état des lieux) et si la dernière douche a été réalisée au plus proche de l'intervention. C'est pourquoi le lieu et le moment de réalisation sont analysés, en lien avec le mode d'hospitalisation (ambulatoire ou conventionnel). La fréquence de passage à un savon non antiseptique est également mesurée pour cette dernière douche (état des lieux).

- *% de réalisation d'au moins une douche préopératoire (ou toilette complète)*
- *Nombre de douches réalisées*
- *Moment et lieu de la dernière douche selon le moment d'hospitalisation*
- *Type de savon utilisé*

**Dépilation :** sur ce thème, le respect de la non-dépilation est le principal paramètre étudié. La justification de la dépilation quand celle-ci est réalisée est un paramètre supplémentaire. La méthode de dépilation est à renseigner pour pouvoir détecter le maintien d'un éventuel rasage mécanique (proscrit). La méthode dépend du lieu de réalisation et prend en compte les dépilations réalisées à domicile.

- *% d'intervention sans dépilation*
- *Justification des dépilations réalisées*
- *Méthodes de dépilation, en fonction des lieux de réalisation*

**Nettoyage :** Dans le rapport, un croisement est fait entre « nettoyage/détersion » et « souillures visibles » pour pouvoir vérifier qu'en cas de souillures visibles, cette étape a bien été réalisée. Cette mesure permet aussi de prendre connaissance de la fréquence des cas et des situations où un nettoyage/détersion est réalisé en l'absence de souillure visible.

- *Réalisation d'un nettoyage/détersion en présence de souillures visibles*
- *Réalisation d'un nettoyage/détersion en l'absence de souillure visible*
- *Méthode : nettoyage ou détersion*

**Antisepsie :** La question est posée même si cette étape de la PCO est incontournable.

- *Réalisation d'une antisepsie*
- *Type d'ATS utilisé (alcoolique/aqueux)*
- *Mode d'application et de séchage de l'ATS*

Le mode opératoire de l'antisepsie est très détaillé car c'est une barrière importante en termes de risque infectieux et c'est la dernière barrière avant incision.

### **Antibioprophylaxie (ATBP) : contenu du rapport**

L'analyse de l'antibioprophylaxie selon les RFE de la SFAR prévoit les résultats suivants, sous réserve d'un codage de l'ATBP pour l'ensemble des actes chirurgicaux évalués :

- *% d'ATBP réalisée avant incision quand indiquée*
- *% d'ATBP réalisée avant incision même sans indication*
- *% d'ATBP selon la classe Altemeier*
- *% d'ATBP avec molécules/doses adaptées à l'intervention*
- *% de patients en obésité sévère et de poids de plus de 100 kg avec une dose de bêtalactamines adaptée à l'IMC et au poids*
- *Délai d'administration de l'ATB avant incision*

## **IX- RESTITUTION DES DONNEES**

Les EOH ont plusieurs outils à disposition pour une communication des résultats :

- Un rapport « ES » complet comportant une description des conditions d'audit et une partie dédiée à chacun des thèmes : PCO et ATBP

Pour l'outil web en ligne à venir :

- Des rapports (+/- des posters) plus ciblés pouvant être édités par spécialité chirurgicale ou secteurs, sous réserve de disposer d'un nombre suffisant d'observations.
- Un graphique permettant de visualiser la progression des principaux résultats dans le cas des réévaluations après mise en place de mesures correctives.

## **X- PLAN D' ACTIONS**

Une aide au plan d'actions est fournie dans un document indépendant du guide méthodologique.

## **REFERENCES**

### **→ Recommandations**

**SF2H** – Recommandations pour la pratique clinique (RPC) - **Antiseptie de la peau saine avant un geste invasif chez l'adulte** – Mai 2016 (88 pages)

**SF2H** – Mise à jour de la conférence de consensus – **Gestion préopératoire du risque infectieux** – Octobre 2013 (112 pages)

**SF2H** – Conférence de consensus - **Gestion préopératoire du risque infectieux** – Juin 2004 (215 pages)

**SFAR** – Recommandations formalisées d'experts (RFE) – Actualisation des recommandations – **Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes)** – 2018 (33 pages)

### **→ Outils nationaux d'évaluation**

**ISO-RAISIN** - Fiches module optionnel « **Préparation cutanée de l'opéré** » et « **Antibioprophylaxie** » version 2018 (Site CPias IDF : <http://www.cpias-ile-de-france.fr/surveillance/reseau-iso.php> )

**GREPHH** – **Audit préparation cutanée de l'opéré (POP)** – Guide méthodologique – 2007 (site Répias : <https://www.preventioninfection.fr/base-documentaire/> critères de recherche : Grepqh/Etablissements de santé/Bloc opératoire/Chirurgie)

### **→ Résultats**

**RAISIN** - **Enquête nationale de prévalence** des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, mai-juin 2017, Septembre 2019 (site CPias IDF : <http://www.cpias-ile-de-france.fr/surveillance/prevalence.php> ) (270 pages)

**ISO-RAISIN** - **Surveillance des infections du site opératoire** dans les établissements de santé, résultats 2017, Février 2019 (site CPias IDF : <http://www.cpias-ile-de-france.fr/surveillance/iso/RappRAISIN2017.pdf> ) (219 pages)