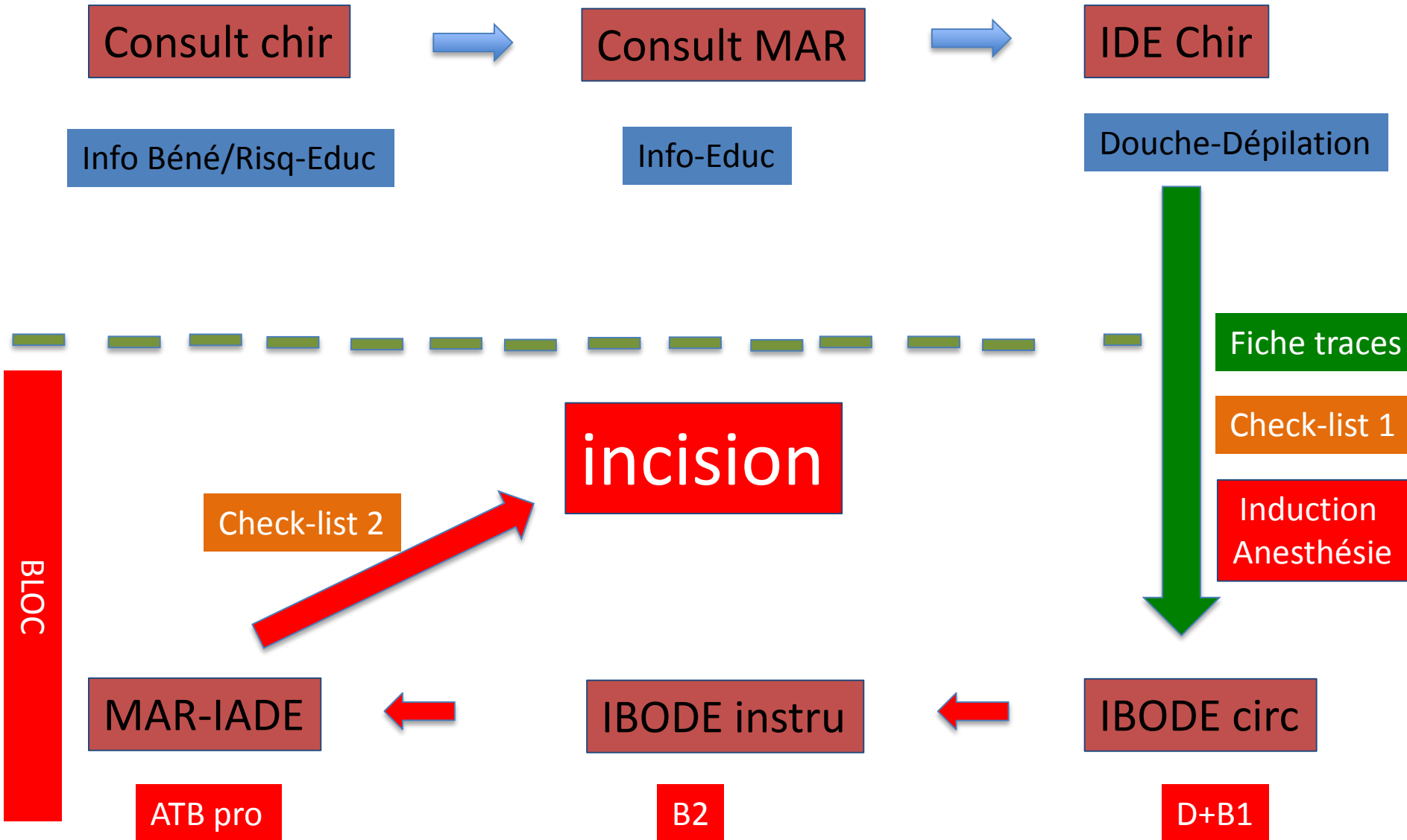


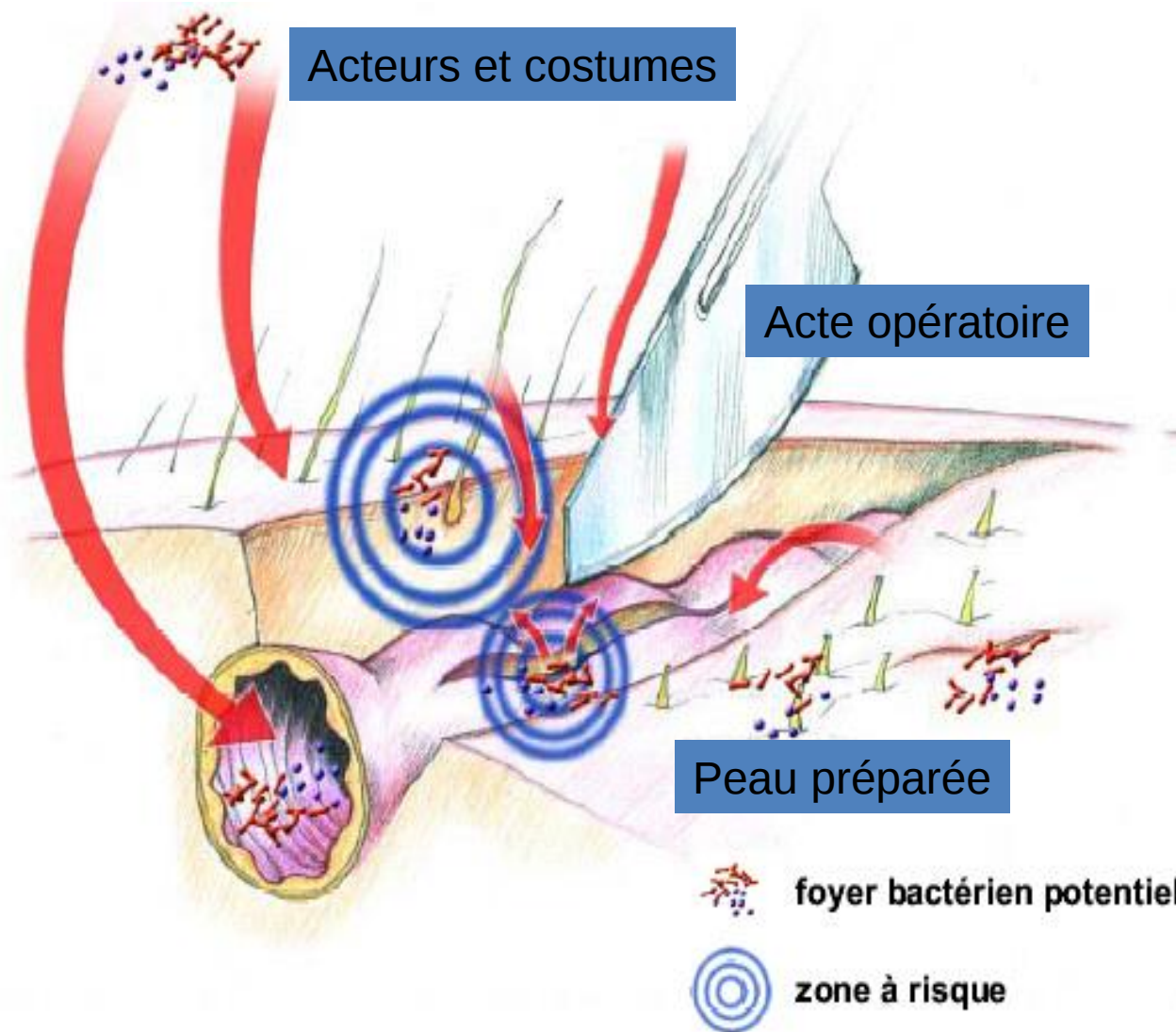
Le parcours de l'opéré: focus sur le site opératoire

Nouveaux correspondants Guadeloupe

17 mai 2022

Parcours de l'opéré





Physio-pathologie

Contamination à partir de la flore cutanée (incision)

- exogène

- éventuelle flore du foyer opératoire (selon la classe de chirurgie)

D'après M-L. Joly-Guillou et B Régnier - Biomérieux 2005

Principales **sources de contamination** de l'air environnant le site opératoire ouvert?

Les humains présents qui émettent des particules:

- Par l'activité physique
 - Cheveux
 - Effet cheminée:
 - bas de la tunique
 - Manche
 - col
- Par la respiration
- Par la parole



100 000



500 000



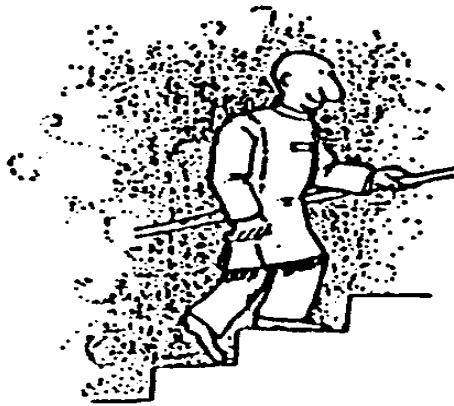
1 000 000



2 500 000



5 000 000



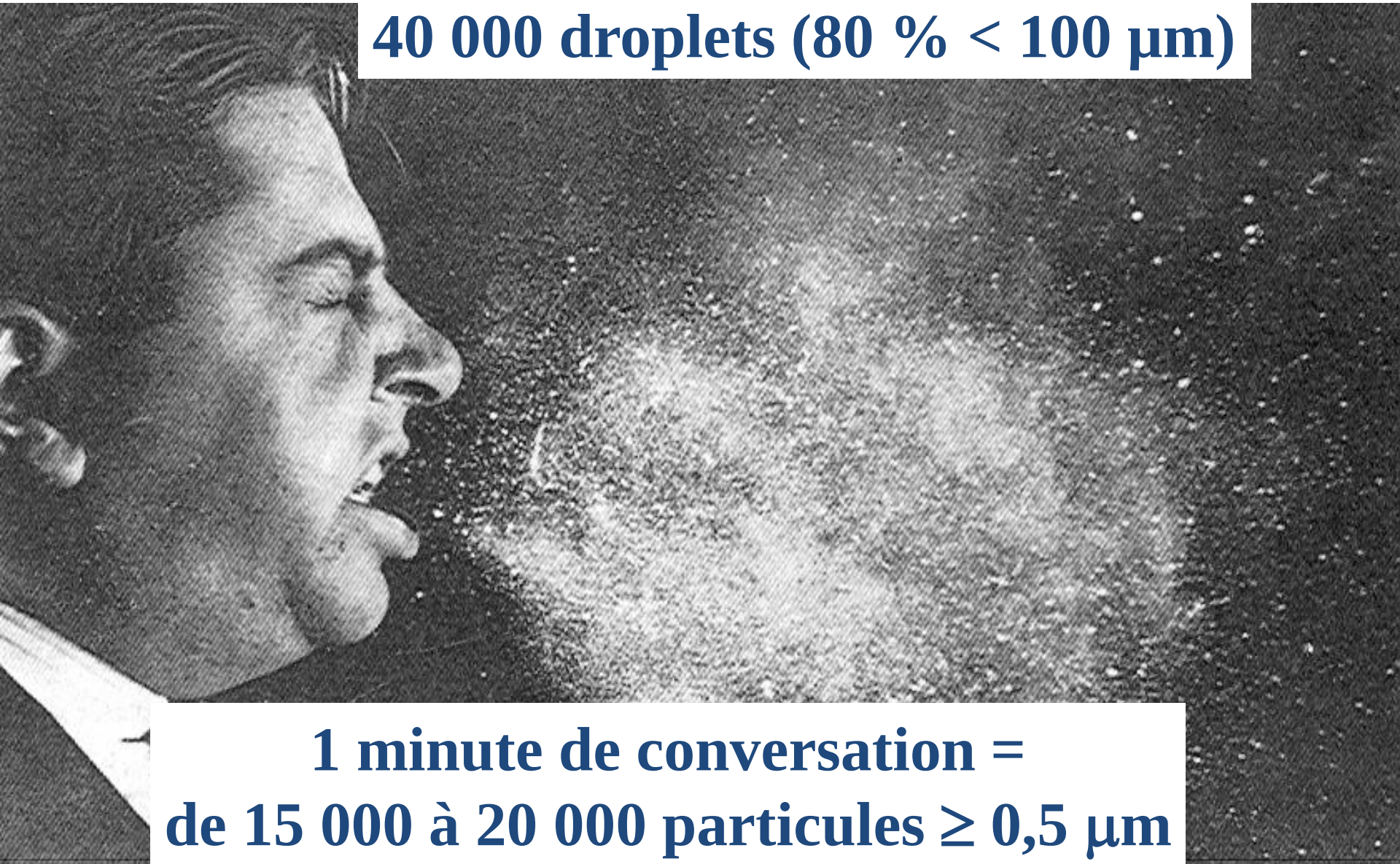
10 000 000



15 000 000 / 30 000 000

Source : Guide ASPEC --

**1 400 000 particules $\geq 0,5 \mu\text{m}$
40 000 droplets (80 % $< 100 \mu\text{m}$)**



**1 minute de conversation =
de 15 000 à 20 000 particules $\geq 0,5 \mu\text{m}$**

Scores de risque

- Stratification du risque ISO en fonction des facteurs de risque
- Prédication individuelle du risque ISO
- Score **NNIS** (National Nosocomial Infection Surveillance Score)
 - Proposé par le CDC
 - Défini par
 - Classe de contamination
 - Score de risque anesthésique ASA (American Society of Anesthesiologists)
 - Durée d'intervention chirurgicale

Classe de contamination d'Altemeier

Classe de contamination d'Altemeier

Les actes chirurgicaux sont classés dans une des 4 catégories suivantes :

1 : CHIRURGIE PROPRE

Intervention sur une zone normalement stérile, La peau est primitivement intacte, Si l'on met en place un drainage, ce doit être un système clos, Pas d'ouverture des tractus digestif, respiratoire, urogénital ou oropharyngé,

2 : CHIRURGIE PROPRE-CONTAMINEE

Intervention accompagnée d'ouverture des tractus digestif, respiratoire ou urogénital dans des conditions techniques bien contrôlées et sans contamination inhabituelle (urines stériles, bile non infectée),

3 : CHIRURGIE CONTAMINEE

Intervention avec contamination massive par le contenu du tube digestif, ouverture du tractus urogénital ou biliaire en présence d'une infection urinaire ou biliaire, Plaies traumatiques ouvertes récentes,

4 : CHIRURGIE SALE OU INFECTEE

Intervention sur une zone contenant du pus, des corps étrangers, des fécès, Plaies traumatiques anciennes (datant de plus de 4 heures), Cette définition suggère la présence des micro-organismes responsables de l'infection opératoire dans le site opératoire avant l'intervention.

Score ASA

Score ASA

Les patients sont classés dans une des 5 catégories suivantes :

ASA 1 : PATIENT SAIN : sans atteinte organique, physiologique, biochimique ou psychique,

ASA 2 : PATIENT AVEC ATTEINTE SYSTEMIQUE LEGERE, Par exemple : Légère hypertension, anémie, bronchite chronique légère,

ASA 3 : PATIENT AVEC ATTEINTE SYSTEMIQUE SERIEUSE MAIS PAS TROP INVALIDANTE, Par exemple : Angine de poitrine modérée, diabète, hypertension grave, décompensation cardiaque débutante,

ASA 4 : PATIENT AVEC ATTEINTE SYSTEMIQUE INVALIDANTE, REPRESENTANT UNE MENACE VITALE CONSTANTE, Par exemple : Angine de poitrine au repos, insuffisance systémique prononcée (pulmonaire, rénale, hépatique, cardiaque...).

ASA 5 : PATIENT MORIBOND, Une survie de plus de 24 h est improbable, avec ou sans intervention,

Calcul du score NNIS

Indice de risque NNIS

Les variables utilisées, (classe de contamination, score ASA, durée d'intervention) sont recodées de la façon suivante :

■ CLASSE DE CONTAMINATION

0 = Chirurgie propre ou propre contaminée,
1 = Chirurgie contaminée, sale ou infectée,

■ SCORE ASA

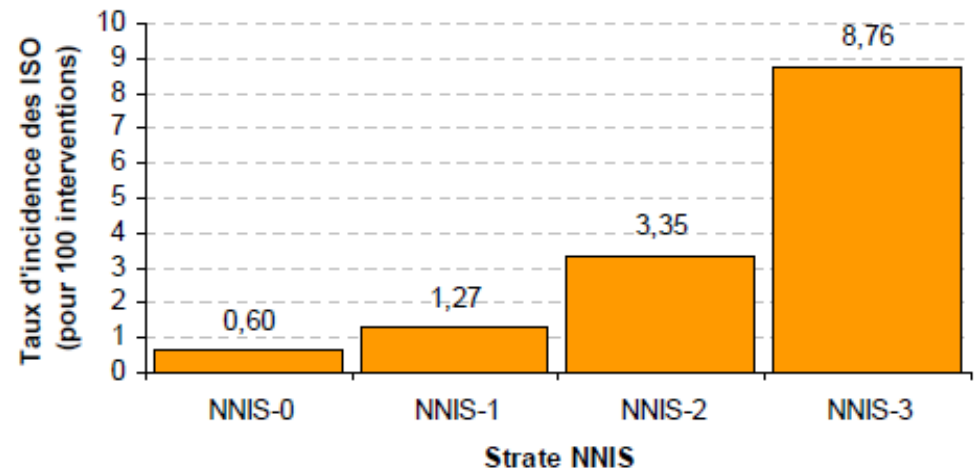
0 = Patient sain ou avec maladie systémique légère,
1 = Patient avec atteinte systémique sérieuse ou invalidante, ou patient moribond,

■ DUREE D'INTERVENTION

0 = Durée inférieure à la valeur seuil,
1 = Durée supérieure ou égale à la valeur seuil,

La valeur seuil utilisée pour la durée d'intervention est celle du percentile 75 (P75) pour la durée de chaque type d'intervention, L'indice de risque NNIS est la somme des variables recodées et peut donc prendre des valeurs de 0 à 3.

Figure 4 : Taux d'incidence des ISO selon l'index NNIS en 2011



Recommandations de Pratiques Professionnelles



Tenue vestimentaire au bloc opératoire

Guidelines for the clothing in the operating theatre

2021

RPP Commune SFAR-SF2H

Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)

Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H)

Avec la validation de l'Association Française de Chirurgie (AFC) et du Collectif
EcoResponsabilité En Santé (CERES)



Question 1 : La tenue de bloc opératoire réutilisable offre-t-elle des avantages par rapport à une tenue à usage unique ?

R1.1.1 – Les experts suggèrent que le personnel de bloc opératoire porte une tenue dédiée au bloc opératoire, indifféremment à usage unique ou réutilisable, pour prévenir le risque infectieux pour le patient.

Avis d'expert (Accord Fort)

R1.1.2 – Les experts suggèrent que le personnel de bloc opératoire porte une tenue réutilisable plutôt qu'une tenue à usage unique, pour diminuer l'impact environnemental.

Avis d'expert (Accord Fort)

R1.2 – Les experts suggèrent de réaliser un essai sur le terrain des différents produits sélectionnés sur les précédents critères (efficacité, coût environnemental) auprès du personnel de bloc opératoire qui sera amené à les utiliser, pour en apprécier les caractéristiques d'usage.

Avis d'expert (Accord Fort)

R1.3.1 – Les experts suggèrent, qu'en cas de souhait de se protéger du froid, le personnel de bloc opératoire porte par-dessus sa tenue une veste à manches longues, indifféremment à usage unique ou réutilisable, pour prévenir le risque infectieux pour le patient.

Avis d'expert (Accord Fort)

R1.3.2 – Les experts suggèrent que le personnel de bloc opératoire qui souhaite se protéger du froid n'utilise pas une casaque chirurgicale stérile dans cette indication.

Avis d'expert (Accord Fort)

Question 2 : Limiter la tenue au périmètre du bloc opératoire offre-t-il une meilleure efficacité sur le risque infectieux pour le patient pris en charge au bloc opératoire ?

Experts : Evelyne Boudot (Montpellier), Pierre Albaladejo (Grenoble).

R1.4.1 – Les experts suggèrent que le personnel ne quitte pas le bloc opératoire avec sa tenue de bloc, pour en limiter la contamination et prévenir le risque infectieux pour le patient.

Avis d'expert (Accord Fort)

R1.4.2 – Les experts suggèrent que si le personnel doit de façon exceptionnelle répondre à un motif impérieux et quitter le bloc opératoire avec sa tenue de bloc, il change de tenue à son retour dans l'enceinte du bloc opératoire pour limiter le risque infectieux pour le patient.

Avis d'expert (Accord Fort)

R1.4.3 – Les experts suggèrent qu'en cas de sortie du bloc opératoire pour une durée courte (de quelques minutes), une alternative puisse être de couvrir sa tenue de bloc par le port d'une blouse fermée lors du séjour hors de l'enceinte du bloc opératoire.

Avis d'expert (Accord Fort)

Question 3 : Un changement régulier de la tenue de bloc opératoire offre-t-il un bénéfice sur la prévention du risque infectieux pour le patient pris en charge au bloc opératoire ?

Experts : Evelyne Boudot (Montpellier), Pierre Albaladejo (Grenoble).

R1.5 – Les experts suggèrent que le personnel change de tenue de bloc en cas de souillures, et au minimum à la fin de chaque journée de travail pour en limiter la contamination et prévenir le risque infectieux pour le patient.

Avis d'expert (Accord Fort)

Question 1 : L'article coiffant réutilisable offre-t-il des avantages par rapport à un article coiffant à usage unique ?

Experts : Serge Aho (Dijon), Hélène Beloeil (Rennes).

R2.1.1 – Les experts suggèrent que le personnel de bloc opératoire porte un article coiffant, indifféremment à usage unique ou réutilisable, lors de sa présence dans l'enceinte du bloc opératoire, pour prévenir le risque infectieux pour le patient.

Avis d'expert (Accord Fort)

R2.1.2 – Les experts suggèrent que le personnel de bloc opératoire porte un article coiffant, réutilisable soumis à un entretien régulier plutôt qu'un article coiffant à usage unique, lors de sa présence dans l'enceinte du bloc opératoire, pour diminuer l'impact environnemental.

Avis d'expert (Accord Fort)

Question 2 : L'article coiffant couvrant la tête, les cheveux et les oreilles (type « cagoule » ou « charlotte »), offre-t-il une meilleure efficacité sur la prévention du risque infectieux pour le patient pris en charge au bloc opératoire qu'un article coiffant ne couvrant pas les oreilles (type « calot ») ?

Experts : Serge Aho (Dijon), Hélène Beloeil (Rennes).

R2.2 – Les experts suggèrent que le personnel de bloc opératoire porte un article coiffant recouvrant toute la chevelure, indifféremment une charlotte, un calot ou une cagoule, pour prévenir le risque infectieux pour le patient.

Avis d'expert (Accord Fort)

CHAMP 3 – MASQUES

Question 1 : Le port de masque par le personnel non chirurgical offre-t-il une meilleure efficacité sur la prévention du risque infectieux pour le patient pris en charge au bloc opératoire ?

Experts : Marie Gabrielle Leroy (Montpellier), Jane Muret (Paris).

R3.1 – Les experts suggèrent que le personnel non-chirurgical de bloc opératoire porte un masque à usage médical de type II ou IIR (norme NF EN 14683:2019) en salle d'intervention pour diminuer le risque de transmission de micro-organismes à partir de l'oropharynx et du nez.

Avis d'expert (Accord Fort)

R3.2 – Les experts suggèrent que le personnel du bloc opératoire change de masque chirurgical quand ce dernier devient humide ou présente des traces de projections de liquides biologiques pour diminuer le risque de transmission de micro-organismes.

Avis d'expert (Accord Fort)

Question 2 : Le port de sur-chaussures offre-t-il une meilleure efficacité sur la prévention du risque infectieux pour le patient pris en charge au bloc opératoire ?

Experts : Evelyne Boudot (Montpellier), Pierre Albaladejo (Grenoble)

R4.1 – Les experts suggèrent pour réduire la contamination de l’environnement du bloc opératoire, que le personnel porte des chaussures réservées exclusivement à l’enceinte du bloc opératoire, en conformité avec la norme EN ISO 20347:2012. Ces chaussures réservées doivent être changées au minimum quotidiennement, et plus en présence de souillures visibles, et doivent être régulièrement lavées en machine.

Avis d’expert (Accord Fort)

R4.2 – Les experts suggèrent que le personnel du bloc opératoire ne porte pas de sur-chaussures en plus des chaussures dédiées, le port de sur-chaussure n’étant pas plus efficace pour réduire la contamination de l’environnement et étant accompagné d’un risque de contamination des mains.

Avis d’expert (Accord Fort)

Zone à risque MODERE

OU?

- SSPI
- Circulations du bloc
- Salle de repos interne au bloc
- Bureaux internes au bloc

Donc au niveau des vestiaires

- Blanc **vert** pour entrée
- **Vert** blanc pour sortir.

QUOI?

- Mains propres (lavage simple) et sans bijou
- Tenue de bloc:
 - tunique dans pantalon
- Cheveux enveloppés
 - Charlotte ou cagoule
- Sabots spécifiques



ZONE à HAUT risque

OU?

- couloirs du bloc desservant les salles d'opération
- salle d'intervention hors zone opératoire (MAR, IADE, circulante)
- salle de pré-anesthésie
- salle de préparation de l'opéré

QUOI?

- Masque recouvrant le nez et la bouche (3h)
- Coiffe enveloppante
- Tunique dans le pyjama



Zones à TRES HAUT risque

OU?

- Zone opératoire
 - (chirurgien et aide opératoire)
- KTVC et péridurale (opérateur)

QUOI?

- Tenue de bloc
- Cheveux avec cagoule
- Sabots
- Masque
- Casaque stérile
- Gants stériles



V
E
S
T
I
A
I
R
E



Toutes personnes
pénétrants dans le bloc

C
O
U
L
O
I
R

A
C
C
E
S

S
A
L
L
E



MAR, IADE,
IBODE Circulante

Z
O
N
E

O
P
E
R
A
T
O
I
R
E

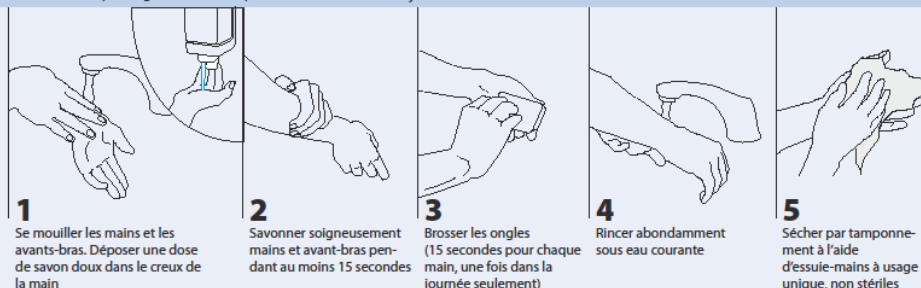


CHIRURGIEN
AIDE OPERATOIRE

DÉSINFECTION CHIRURGICALE PAR FRICTIONS

I - Lavage avec savon doux

Étape obligatoire lors de la première désinfection de la journée ou si les mains sont souillées ou mouillées.

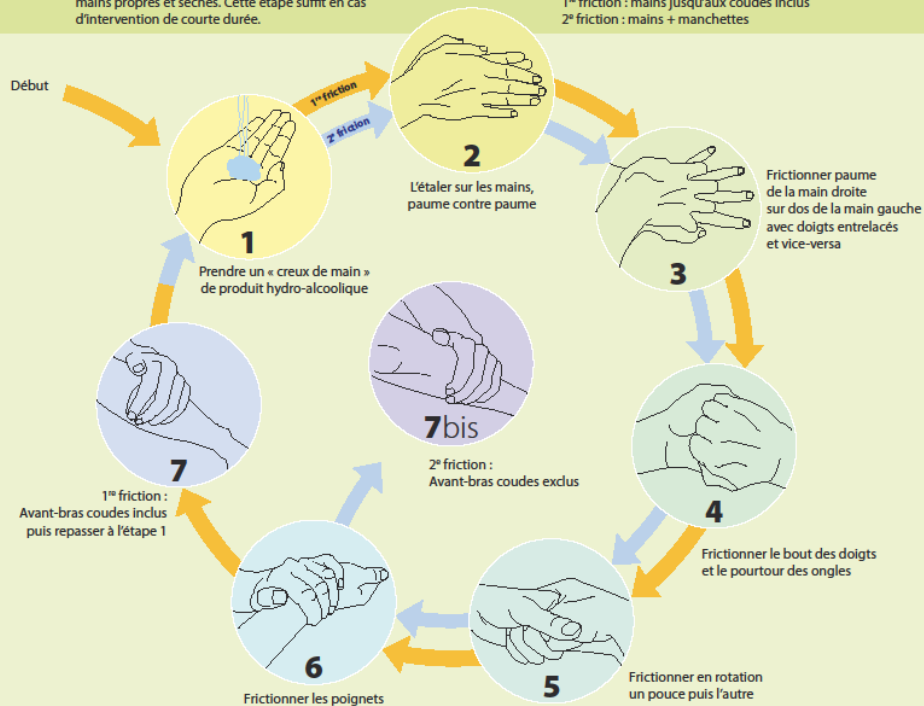


LA SECONDE ÉTAPE SERA FAITE SI POSSIBLE À DISTANCE

II - Désinfection par frictions

Produit hydro-alcoolique à employer pur, sur mains propres et sèches. Cette étape suffit en cas d'intervention de courte durée.

Important : pour chaque friction, maintenir les mains et avant-bras humides en renouvelant l'application de produit si nécessaire pour respecter la durée recommandée.
1^{re} friction : mains jusqu'aux coudes inclus
2^e friction : mains + manchettes



Question 3

En préopératoire, quelle organisation pratique et quelle assurance-qualité mettre en œuvre pour réduire le risque infectieux ?



2004

3.1 Information du patient sur les risques d'infection et les moyens de prévention

Au plan réglementaire et médico- légal, il y a obligation d'information sur les risques infectieux opératoires.

Recommandations

- L'information du patient doit indiquer que tout acte invasif comporte un risque infectieux et que tous les moyens seront mis en œuvre pour en éviter la survenue sachant que le risque zéro n'existe pas. (A - réglementaire)
- Le praticien responsable de l'acte opératoire délivre au patient une information lui permettant d'apprécier le rapport bénéfice-risque de l'intervention. (A - réglementaire)
- Le dossier du patient doit faire état de la délivrance de l'information sur le risque opératoire et notamment infectieux. (A - réglementaire)

Question 3

En préopératoire, quelle organisation pratique et quelle assurance-qualité mettre en œuvre pour réduire le risque infectieux ?



2004

3.2 Ordonnancement du programme opératoire

Il n'existe pas d'étude ni de consensus obtenu parmi les membres du jury pour affirmer la supériorité d'une organisation par rapport à une autre, s'agissant de la succession d'interventions de classes de contamination d'Altemeier différentes, au sein d'une même salle opératoire.

Recommandation

- Il convient de mettre en œuvre et de respecter les mesures de prévention des infections nosocomiales, notamment des ISO. (A-1)

Inversion du paradigme:

- Avant salle septique pour isoler la chirurgie sale infecté
- Maintenant: salle ultra propre (ISO 5) pour sécuriser la chirurgie propre.

DEUXIÈME PARTIE

Dépistage et décolonisation des patients porteurs de *Staphylococcus aureus*

1.1 Dépistage et stratégies préventives des infections bactériennes

- **Recommandations 2004**

- Pas de dépistage systématique de SAMS, en vue de son éradication pré-opératoire, quelle que soit la chirurgie **E2**
- Réaliser un dépistage de SAMS chez les soignants et chez les patients en pré-opératoire lorsque le taux d'ISO à S.aureus, notamment en chirurgie orthopédique prothétique et chirurgie cardiaque de classe 1, reste anormalement élevé (>2%), après avoir remis en œuvre et/ou s'être assuré de l'application des mesures habituelles de prévention des ISO. Dans cette situation un traitement par la mupirocine est recommandé **B2**

R0 Il est recommandé qu'une approche multidisciplinaire détermine la place et les modalités de dépistage/décolonisation des patients vis-à-vis de *Staphylococcus aureus* dans la stratégie de prévention de l'infection du site opératoire dans chaque établissement de santé. **(Hors cotation)**

R1 Il est recommandé de réaliser une décolonisation du portage de *Staphylococcus aureus* chez les patients bénéficiant d'une chirurgie cardiaque pour réduire le taux d'infection du site opératoire à *S. aureus*. **(A2)**

R2 Aucune recommandation ne peut être émise sur le bénéfice de la décolonisation du portage de *Staphylococcus aureus* sur le taux d'infection du site opératoire à *S. aureus* chez les patients bénéficiant d'une chirurgie orthopédique prothétique programmée. **(C3)**

R3 Aucune recommandation ne peut être émise sur le bénéfice de la décolonisation du portage de *Staphylococcus aureus* sur le taux d'infection du site opératoire à *S. aureus* chez les patients bénéficiant d'une chirurgie de classe 1 de contamination (propre), autre que chirurgies cardiaques ou orthopédiques prothétiques programmées. **(C3)**

R4 Il n'est pas recommandé de réaliser une décolonisation du portage de *Staphylococcus aureus* pour diminuer le taux d'infection du site opératoire à *S. aureus* chez les patients bénéficiant d'une chirurgie de classe de contamination ≥ 2 (propre-contaminée à sale). **(B2)**

R5 Aucune recommandation ne peut être émise sur la nécessité d'un dépistage nasal de *Staphylococcus aureus* préalable avant la mise en route d'une stratégie de décolonisation, pour la réduction des infections du site opératoire à *S. aureus*. **(C3)**

R6 Aucune recommandation ne peut être émise sur le choix d'une stratégie tenant compte des aspects coût/efficacité entre la décolonisation ciblée des seuls patients dépistés positifs ou la décolonisation universelle de tous les patients sans dépistage. **(C3)**

1.3. Dépistage et stratégies préventives vis à vis du risque ATNC

- **Recommandations**
 - **Dépister les patients suspects ou atteints avant toute intervention chirurgicale **A réglementaire****

1.4 Dépistage et stratégies préventives préopératoires des carences nutritionnelles

- Pas de recommandations de haut niveau de preuve.
- On peut proposer une supplémentation post-opératoire en chirurgie carcinologique digestive majeure

1.5 Terrain, pathologies associées et troubles de l'immunité

- Constat

- Fréquence et gravité des ISO ↗ chez le diabétique
- Obésité, cirrhose, transplanté, cortico, chimio et radiothérapie : études contradictoires, pas de stratégies préventives pré-opératoires spécifiques

Recommandations

- **Maintenir une glycémie $<2\text{g/l}$ pendant la période post-opératoire**

1.5 Terrain, pathologies associées et troubles de l'immunité

CONFÉRENCE D'EXPERTS

TABAGISME PÉRI-OPÉRATOIRE

LES JOURNÉES DE LA SFAR 2005

- **La fumée de tabac altère le processus de cicatrisation et favorise les complications chirurgicales postopératoires.
Une abstention de 4 semaines réduit ce risque.**
- **Le tabagisme majore le risque de complications infectieuses postopératoires.
Un sevrage de 4 à 6 semaines réduit ce risque.**
- **Le tabac retarde la consolidation osseuse et majore le risque de pseudarthrose après chirurgie orthopédique.**
- **L'arrêt postopératoire du tabac a un effet bénéfique sur les processus de cicatrisation postopératoire et il diminue le risque de thrombose après pontage vasculaire périphérique**

- **Recommandations**

- La présence d'une infection bactérienne sans rapport avec l'indication opératoire doit faire différer l'intervention, sauf urgence **A2**
- Si l'intervention contribue partiellement ou totalement au traitement de cette infection, elle doit être précédée de la mise en œuvre d'une antibiothérapie sauf si cette intervention a également pour but un diagnostic bactériologique **A2**
- Si le patient vient d'une structure ou d'un service à forte prévalence de BMR, il est recommandé de dépister le portage de ces bactéries (le site du dépistage est fonction de la bactérie) avant une chirurgie programmée afin d'adapter l'antibioprophylaxie **A3**

1.2 Dépistage et stratégies préventives des infections virales

- **8 recommandations** parmi lesquelles
 - En cas d'AES, il est recommandé de dépister le patient pour le risque VIH et VHC après avoir obtenu son consentement **A réglementaire**
 - Dans le cas d'un AES mettant en danger le soignant et nécessitant une chimioprophylaxie anti-rétrovirale, le dépistage chez un patient ne pouvant donner son consentement (anesthésie générale) est acceptable **A3 et avis du CNSida**
 - Il n'est pas recommandé de dépister systématiquement les professionnels de santé pour les risques VIH et VHC **C3**

PREMIÈRE PARTIE

Préparation cutanée de l'opéré

Mise à jour de
la conférence de consensus
**Gestion
préopératoire
du risque infectieux**

Octobre 2013

LE BON USAGE DES ANTISEPTIQUES

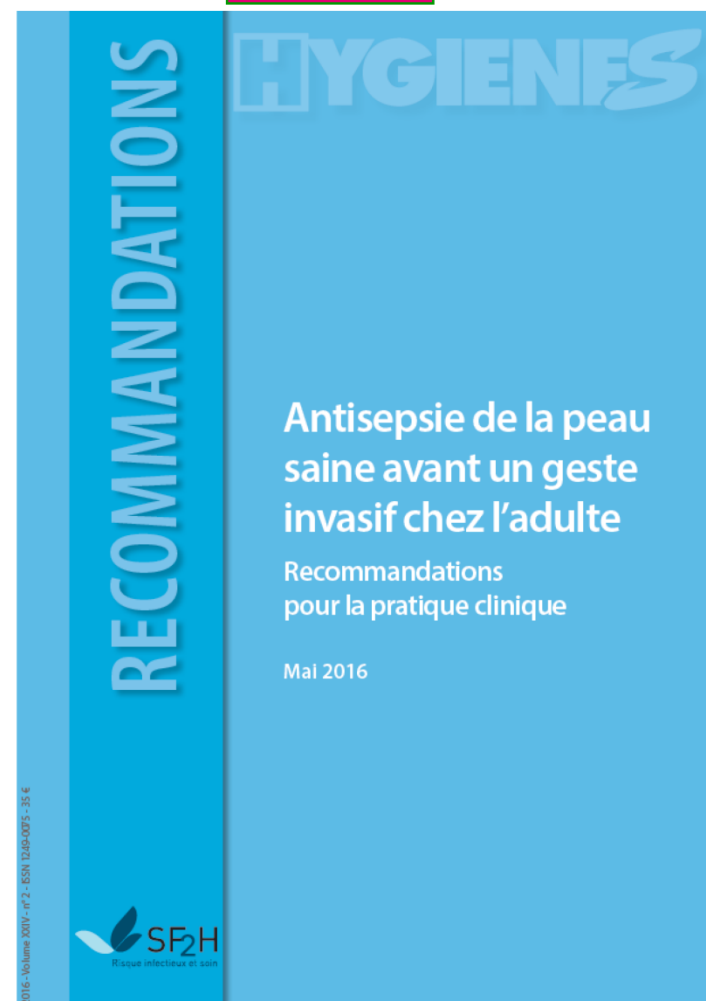
POUR LA PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX
CHEZ L'ADULTE

Coordinateur du groupe :
Dr Christophe GAUTIER

2013



2016



TEMPS PRE-OPERATOIRE

Traitement des pilosités

Hygiène et toilette pré-opératoire

Tenue du patient

Organisation pratique du programme pré-opératoire

Recommandations Douche préopératoire

Remarque préliminaire : le terme « savon » est souvent utilisé dans la littérature. Il peut s'agir d'une solution moussante.

D1 Il est recommandé de réaliser au moins une douche préopératoire. **(B3)**

D2 Aucune recommandation ne peut être émise sur le type de savon (savon antiseptique ou savon non antiseptique) à utiliser pour la douche préopératoire. **(C2)**

D3 Aucune recommandation ne peut être émise concernant le nombre de douches préopératoires. **(C3)**

D4 Aucune recommandation ne peut être émise concernant le moment de la douche préopératoire. **(C3)**

Recommandations

Douche préopératoire

D5 Aucune recommandation ne peut être émise concernant la réalisation systématique d'un shampoing.

(C3)

Un shampoing peut être prescrit lors d'une chirurgie de la tête ou du cou. **(C3)**

Il est recommandé de réaliser un shampoing préopératoire quand le cuir chevelu est dans le champ opératoire.

(B3)

De même que pour la douche préopératoire, aucune recommandation ne peut être émise concernant le produit utilisé (antiseptique ou non) pour la réalisation du shampoing. **(C3)**

Recommandations

Douche préopératoire

Remarque préliminaire : le terme « savon » est souvent

D6 Aucune recommandation ne peut être émise sur le retrait systématique du vernis en prévention du risque infectieux. **(C3)**

Il est recommandé d'enlever le vernis avant toute intervention lorsque le doigt (main ou pied) est compris dans le champ opératoire. **(B3)**

D7 Aucune recommandation ne peut être émise sur l'utilisation de tissus imprégnés pour la réalisation de la douche préopératoire. **(C2)**

Recommandations

Traitement des pilosités

P1 Dans le but de réduire le risque d'ISO, il est recommandé de ne pas pratiquer une dépilation (rasage mécanique, tonte ou dépilation chimique) en routine. **(B2)**

P2 Si la dépilation est réalisée, il est recommandé de privilégier la tonte. **(B2)**

Si la dépilation est utile, il est fortement recommandé de ne pas recourir au rasage mécanique. **(E1)**

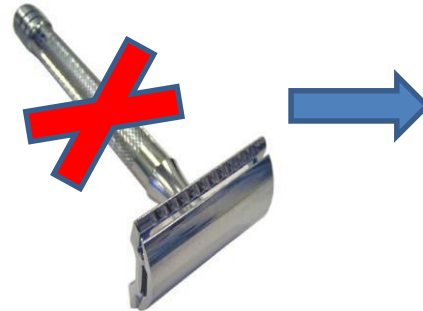
Aucune recommandation ne peut être émise concernant l'utilisation de crèmes dépilatoires. **(C2)**

P3 Aucune recommandation ne peut être émise concernant la période de dépilation (veille ou jour de l'intervention). **(C2)**

Traitement des pilosités

- Privilégier la non dépilation (à condition de ne pas nuire aux impératifs per et post-opératoires.)

- Si besoin de dépiler :
 - Pas de rasage mécanique
 - Privilégier la tonte



- Pas de recommandation sur la période de dépilation
- Pas de dépilation en salle d'opération

Hygiène et toilette pré-opératoire

- Origine souvent endogène des ISO
- L'individu sain est un réservoir de micro organismes (peau et muqueuses digestives, génitales, respiratoires et ORL)
- Toilette préopératoire (douche ou toilette pour les malades dépendants)
 - Bénéfice non discutable en termes d'hygiène
 - Réduction de la flore microbienne
 - Facilitation de l'action ultérieure de l'antiseptique utilisé pour la désinfection du champ opératoire
 - Participation à la réduction des ISO (taux d'ISO plus faible de manière statistiquement significative 3 études sur 4)

Hygiène et toilette pré-op

- Brossage des dents nécessaire pour tout opéré (hygiène de base)
- En chirurgie cardiaque : bains de bouche antiseptiques en pré et post-opératoire.
- En chirurgie bucco-dentaire : bains de bouche antiseptiques en pré et post-opératoire.



Hygiène et toilette pré-opératoire

- Au moins une douche pré-opératoire :
 - Pas de recommandations sur le type de savon
- Au moins 1 shampooing pré-opératoire lorsque le cuir chevelu est dans le champ opératoire, pour la chirurgie de la tête et du cou
 - Pas de recommandation sur le type de shampooing
 - Pas de recommandations sur les shampooings systématiques



Hygiène et toilette pré-opératoire

- Enlever bijoux, alliances, piercings, etc..., avant toute intervention
- Recommandé d'enlever le vernis quand le doigt (main ou pied) est dans le champ opératoire

Douche et déterision

Douche et déterision, SF2H 2013

D2 Il est recommandé de réaliser au moins une douche préopératoire. **(B3)**

Aucune recommandation ne peut être émise sur le type de savon (savon antiseptique ou savon non antiseptique) à utiliser pour la douche préopératoire. **(C2)**

De1 Aucune recommandation ne peut être émise concernant la déterision avant la réalisation d'une antiseptie sur une peau sans souillure. **(B2)**

Il est recommandé de réaliser une déterision sur une peau souillée. **(C3)**



Douche et déterision, SF2H 2016

- Nouvelle étude négative sur l'intérêt de la déterision en prévention de l'infection de cathéter en réanimation

Nettoyage de la peau avant antiseptie

R3 Le nettoyage de la peau avec un savon doux avant antiseptie est recommandé uniquement en cas de souillure visible. **(B-3)**

- Commentaires :
 - « Nettoyage » et non plus « déterision » (savon doux)
 - Peau propre = absence de souillure visible
 - Valable pour tous les actes invasifs sur peau saine

Oui mais quid de ...



Tenue du patient

- patient revêtu d'une tenue en non tissé ou micro fibre.



Organisation pratique de la préparation pré-opératoire

- Toilette préopératoire :
 - dans le service d'hospitalisation
 - à domicile sur prescription médicale dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire
- Douche :
 - Expliquée au patient
 - Aide si besoin : pratique IDE déléguée si besoin

Consultation chirurgicale pré-opératoire

- Information sur le rapport bénéfice risque
- Implication du patient dans la préparation de son site opératoire (peau, muqueuse):
 - Explication orale adaptée au patient ou à sa personne accompagnant,
 - Reformulation structurée par IDE,
 - Remise dépliant.

Consultation anesthésie pré-opératoire

- Information sur le rapport bénéfice risque des techniques anesthésiques
- Implication du patient dans la préparation de son site cathéter, urinaire, pharyngé:
 - Explication orale adaptée au patient ou à sa personne accompagnant,
 - Reformulation structurée par IADE,
 - Remise dépliant.

PRÉ-ADMISSION OBLIGATOIRE

Avant votre intervention

- Cette formalité prépare votre hospitalisation :
- elle permet de tout vérifier à l'avance et évite l'attente le jour de votre intervention ;
- il va se faire au moins un rendez-vous administratif (non de chirurgie) ;
- elle peut se faire lors de votre consultation pré-opératoire ou en temps que vous avez votre hospitalisation ;
- Montrer votre carte :
- Votre carte vitale ;
- Votre carte d'identité ;
- La prescription de l'intervention de chirurgie ;
- Le patient en charge de votre dossier ;

ADMISSION

La veille de votre hospitalisation

- Présenter-vous au bureau des admissions (sans prendre de rendez-vous) pour récupérer vos étiquettes d'entrée ;
- Montrer dans le service où vous êtes attendus avec :
- Vos étiquettes ;
- Les résultats d'analyse de laboratoire ;
- Les dernières radiographies ou autres examens éventuels ;
- Les dentiers complètes ou partiels ;
- Vos vêtements de traitement hospitalier ;
- Votre carnet de santé (surtout pour les mineurs) ;
- Si vous n'avez pas effectué de pré-admission, il vous faudra prendre un rendez-vous pour réaliser votre admission ce jour ;
- Présenter-vous au bureau des admissions avant de venir afin de vérifier si toutes les formalités administratives ont été remplies ;

SOIÉTÉ

- C'est une décision par le médecin du service ;
- Il vous sera remis :
- Une ordonnance et un rendez-vous de consultation avec le médecin qui vous a opéré ;
- Un certificat d'arrêt de travail si besoin ;
- Présenter-vous au bureau des admissions avant de venir afin de vérifier si toutes les formalités administratives ont été remplies ;

► Pour les mineurs et les personnes sans tutelle :
Ne pas oublier l'autorisation d'opérer datée et signée

► Pour les bébés :
Changer le cordon de la sangle le jour de l'intervention

► En ophtalmologie :
Arrêter vos lunettes
Commencer la préparation oculaire

► Être à jeun à partir de l'heure indiquée de ne pas manger, ne pas boire et ne pas fumer à partir de l'heure

► Ne pas apporter d'objets de valeur (bijoux, chaînes, carte bancaire, somme importante d'argent...)

► Pour les ambulanciers : Prévoir une personne adulte et valide qui vous accompagnera à la date de votre service et durant les 24 heures suivantes, ainsi qu'un chauffeur

► Si votre état (l'âge, un transport à l'entrée et à la sortie de l'hôpital) peut s'effectuer par un véhicule sanitaire ou un taxi, le choix du transporteur est à votre convenance

HEURES D'OUVERTURE DU BUREAU DES ADMISSIONS

Du lundi au vendredi : 7H30-17H

Le samedi : 7H30-15H

Le dimanche : 8H-12H

INFORMATIONS OBLIGATOIRES
AUX FUTURS OPÉRÉSDouche et shampoing pré-opératoire
Formalités administratives

FICGRIN0047/01/2014



CONSEILS D'HYGIÈNE

AUX FUTURS OPÉRÉS

ATTENTION !

"Il est nécessaire de pratiquer une douche la veille et le matin de l'intervention."

**Se mouiller les cheveux et le corps
Toujours faire de haut en bas**



La veille au soir

- Prendre une douche et un shampoing (avec le savon prescrit) selon le schéma précédent, avec un gant de toilette propre du jour
- Rincer soigneusement
- Se sécher soigneusement et s'asseoir avec une serviette propre du jour
- Se brosser les dents avec la dentifrice habituelle
- Mettre en pyjama propre du jour pour aller au lit
- Le lit doit être recouvert avec des draps propres du jour

Le matin

- RESTER À JEUN
- Prendre une douche et un shampoing selon le schéma précédent, avec un gant de toilette propre du jour
- Rincer soigneusement
- Se sécher soigneusement et s'asseoir avec une serviette propre du jour
- Se brosser les dents avec la dentifrice habituelle sans avaler l'eau
- Mettre des sous-vêtements et des vêtements propres du jour et vous êtes en ambulatoire
- Mettre la tenue d'hôpital si vous êtes hospitalisé

A ne pas faire

- Ne pas mettre de bijoux à vos chevilles, pas de boucles, pas d'épingles, pas d'objets
- Pas de maquillage
- Pas de gilet, de maquillage
- Pas de bijoux, de boucles d'oreilles ou de piercings
- Pas d'ongles longs, de vernis ou de faux ongles
- Pas de dentifrice de contact, pas de prothèses (dentiers...)
- Pas de crème, de lait de toilette
- Ne pas marcher pieds-nus après la douche

Une bonne hygiène corporelle permet de diminuer le risque d'infection post-opératoire.

Le personnel hospitalier n'est pas le seul responsable de ce risque : vous êtes l'acteur privilégié pour le prévenir.

Mais vous demandons votre coopération car beaucoup d'infections sont liées aux bactéries de votre peau

La douche et le shampoing sont indispensables pour enlever ces germes qui ne sont pas les bienvenus au bloc opératoire.



Merci de votre attention !



Organisation pratique de la préparation pré-opératoire

- Traçabilité :
 - Sur la fiche pré-per-post-opératoire

FICHE DE LIAISON PRE-PER-POST OPERATOIRE

SERVICE DE SOINS / BLOC OPERATOIRE

FO/GEN/0148/03/2011

NOM : SERVICE : POSTE :

PRENOM : INTERVENTION :

DATE DE NAISSANCE : DATE :

ALLERGIE oui ☐ non ☐ Si oui : allergie médicamenteuse ☐ autres ☐

Partie réservée au service

A – PREPARATION CUTANEE

Suspect prion

oui ☐ non ☐

• L'INFORMATION DU PATIENT

Patient informé sur la réalisation douche+shampooing : oui ☐ non ☐

Feuillet d'information remis : oui ☐ non ☐

• LES DOUCHES :

La veille : Effectuée : oui ☐ non ☐

Si oui, où ? A domicile ☐

En service ☐

Si oui, quel savon : Savon simple ☐ Bétadine Scrub ☐ Hibiscrub ☐ Autre ☐

Avec shampooing : oui ☐ non ☐ quel shampooing ? antiseptique ☐ personnel ☐

IDE responsable :

AS responsable :

Le jour : Effectuée : oui ☐ non ☐

Si oui, où ? A domicile ☐

En service ☐

Si oui, quel savon : Savon simple ☐ Bétadine Scrub ☐ Hibiscrub ☐ Autre ☐

Si oui, avec shampooing : oui ☐ non ☐

IDE responsable :

AS responsable :

• LA DEPILATION :

Effectuée : oui ☐ non ☐

Si oui, quand : la veille ☐ le matin ☐

Si oui, comment : tondeuse ☐ crème dépilatoire ☐ autre ☐

IDE responsable : AS responsable :

B – PREPARATION COMPLEMENTAIRE

Etat physique et psychologique : Agité ☐ Somnolent ☐ Calme ☐ Anxieux ☐

Consignes à respecter :

Absence de vernis ☐

Absence de prothèse dentaire ☐

Absence de lentille de contact ☐

Pace maker oui ☐ non ☐

Absence de piercing sur le site opératoire ☐

Dossier patient vérifié :

Dossier complet ☐

Dossier transfusionnel en cours oui ☐ non ☐

Produits réservés pour la transfusion oui ☐ non ☐ Groupage : dans le dossier ☐ à l'EFS ☐

Eléments à préciser avant le départ :

Patient prémédiqué : oui ☐ précisez l'heure non ☐ pourquoi.....

Patient à jeun : oui ☐ précisez l'heure non ☐ pourquoi.....

Port du bracelet d'identité : patient ☐ lit ☐

Miction : oui ☐ non ☐

C – DEPART PATIENT

DATE ET HEURE DE DEPART DU SERVICE

Nom, Prénom, signature de l'IDE

Nom, Prénom, signature de l'AS

• LES DOUCHES :

La veille : Effectuée : oui ☐ non ☐

Si oui, où ? A domicile ☐

En service ☐

Si oui, quel savon : Savon simple ☐ Bétadine Scrub ☐ Hibiscrub ☐ Autre ☐

Avec shampooing : oui ☐ non ☐ quel shampooing ? antiseptique ☐ personnel ☐

IDE responsable :

AS responsable :

Le jour : Effectuée : oui ☐ non ☐

Si oui, où ? A domicile ☐

En service ☐

Si oui, quel savon : Savon simple ☐ Bétadine Scrub ☐ Hibiscrub ☐ Autre ☐

Si oui, avec shampooing : oui ☐ non ☐

IDE responsable :

AS responsable :

• LA DEPILATION :

Effectuée : oui ☐ non ☐

Si oui, quand : la veille ☐ le matin ☐

Si oui, comment : tondeuse ☐ crème dépilatoire ☐ autre ☐

IDE responsable : AS responsable :

TEMPS OPERATOIRE

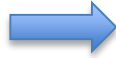
Désinfection cutané et muqueuse du site opératoire

Drapage du patient

Hygiène des mains

Parcours de l'opéré

Consult chir



Consult MAR



IDE Chir

Info Béné/Risq-Educ



Info-Educ

Douche-Dépilation

incision

Check-list 2



MAR-IADE

ATB pro

IBODE instru

B2

IBODE circ

D+B1

Fiche traces

Check-list 1

Induction
Anesthésie



BLOC

Recommandations

Antiseptie

A1 S'il est fortement recommandé de pratiquer une désinfection large du site opératoire (**A1**), aucune recommandation ne peut être émise concernant l'antiseptique à utiliser entre la chlorhexidine et la povidone iodée. (**C2**)

Aucune recommandation ne peut être émise concernant l'application successive de deux antiseptiques de gamme différente (chlorhexidine, povidone iodée) dans la prévention des infections du site opératoire. (**C3**)

A2 Il est recommandé de privilégier un antiseptique en solution alcoolique. (**B3**)

A3 Aucune recommandation ne peut être émise sur l'utilisation de tissus imprégnés d'antiseptique pour l'antiseptie cutanée. (**C2**)

A4 Aucune recommandation ne peut être émise sur l'antiseptique utilisé dans les tissus imprégnés d'antiseptique. (**C3**)

Désinfection cutanée et muqueuse du site opératoire

- Objectif
 - Réduire le nombre de microorganismes sur la peau ou la muqueuse au moment de l'incision et tout au long de l'intervention
- Pratiquer une détersion à l'aide d'une solution moussante antiseptique, en cas de peau souillée
- Pratiquer une désinfection large du site opératoire
- Privilégier un antiseptique alcoolique.



Organisation pratique de la préparation opératoire

- Pourquoi faire quand même une détersion ?
 - Les antiseptiques sont facilement inactivés par les matières organiques (pus, sang, sérosités, sueur, sébum,...)
 - La détersion élimine les salissures et la flore transitoire – l'antisepsie réduit la flore résidente

Les badigeons

- Deux badigeons
 - après détertion IBODE circulante
 - Séchage spontané de chaque badigeon,
 - Pas d'essuyage
 - 1^{er} badigeon: IBODE circulante ou instrumentiste
 - 2eme badigeon: IBODE instrumentiste ou chirurgien

Désinfection cutanée et muqueuse du site opératoire

- Attendre le séchage spontané complet du champ opératoire avant le collage des champs
 - Il est déconseillé d'essuyer le produit antiseptique avant séchage

Niveaux de risque

Tableau 6 : Niveaux de risque et objectifs de l'antiseptie [9]

Niveaux de risque infectieux	Objectifs	Procédure proposée
Haut	Éliminer la flore transitoire Réduire la flore résidente	Antiseptie en 4 temps avec 2 badigeons d'ATS ¹
Intermédiaire	Éliminer la flore transitoire	Antiseptie en 4 temps avec 1 badigeon d'ATS ¹ ou Antiseptie en 2 temps ¹
Bas	Réduire la flore transitoire	Antiseptie en 1 temps ¹

¹ Antiseptie en 4 temps : Déterison – Rinçage – Séchage – Application de l'antiseptique (avec 1 ou 2 badigeons*)

Antiseptie en 2 temps : 2 applications d'antiseptique

Antiseptie en 1 temps : 1 application d'antiseptique sur peau/muqueuse visuellement propre

Tableau 7 : Niveau de risque/nature de l'acte peau et/ou muqueuse saine

Niveau de risque	Nature de l'acte
Haut Antiseptie en 4 temps avec 2 badigeons d'ATS ¹	- Acte d'imagerie interventionnelle : pose de gastrostomie, vertébroplastie et cimentoplastie, cathétérisme vasculaire, exploration endo-urologique - Amniocentèse et trophocentèse - Arthrographie - Biopsie rénale ou hépatique, biopsie mammaire par mammotome, biopsie osseuse peropératoire² - Création de fistule artério-veineuse - Injection dans une cavité stérile - Ponction sternale et biopsie ostéo-médullaire pour prélèvement de cellules - Pose de cathéter central y compris PICC, cathéter artériel, chambre à cathéter implantable, pose de cathéter pour drainage vésical suspubien - Pose de drain chirurgical (pleural, digestif,...) - Préparation cutanée de l'opéré (peau saine et muqueuse saine)
Intermédiaire Antiseptie en 4 temps avec 1 badigeon d'ATS ¹	- Biopsie cutanée - Branchement/débranchement en hémodialyse (type cathéter de Canaud / FAV) et dialyse péritonéale - Don de sang par aphérèse - Pose d'une aiguille de Huber - Ponction (lombaire³, articulaire, pleurale, péritonéale) - Ponction sternale et biopsie ostéo-médullaire à visée diagnostique - Pose de cathéter pour ALR - Pose de cathéter périnerveux - Pose de harpon (sénologie) - Pose de perfusion sous-cutanée - Pose de sonde urinaire à demeure, pose de sonde pour bilan uro-dynamique - Pose de voie veineuse périphérique pour une longue durée⁴ - Prélèvement sanguin pour hémoculture - Réfection de pansement (chambre à cathéter implantable, VVC) - Sondage évacuateur (hétérosondage) - Tatouage médical
Intermédiaire Antiseptie en 2 temps ¹	- Don de sang (hors aphérèse) - Pose de dispositif intra-utérin - Pose de voie veineuse périphérique pour une courte durée⁴

Niveaux de risque

Tableau 6 : Niveaux de risque et objectifs de l'antiseptie [9]

Niveaux de risque infectieux	Objectifs	Procédure proposée
Haut	Éliminer la flore transitoire Réduire la flore résidente	Antiseptie en 4 temps avec 2 badigeons d'ATS ¹
Intermédiaire	Éliminer la flore transitoire	Antiseptie en 4 temps avec 1 badigeon d'ATS ¹ ou Antiseptie en 2 temps ¹
Bas	Réduire la flore transitoire	Antiseptie en 1 temps ¹

¹ Antiseptie en 4 temps : Déterison – Rinçage – Séchage – Application de l'antiseptique (avec 1 ou 2 badigeons*)

Antiseptie en 2 temps : 2 applications d'antiseptique

Antiseptie en 1 temps : 1 application d'antiseptique sur peau/muqueuse visuellement propre

Tableau 7 : Niveau de risque/nature de l'acte peau et/ou muqueuse saine

Niveau de risque	Nature de l'acte
Haut Antiseptie en 4 temps avec 2 badigeons d'ATS¹	- Acte d'imagerie interventionnelle : pose de gastrostomie, vertébroplastie et cimentoplastie, cathétérisme vasculaire, exploration endo-urologique - Amniocentèse et trophocentèse - Arthrographie - Biopsie rénale ou hépatique, biopsie mammaire par mammotome, biopsie osseuse peropératoire² - Création de fistule artério-veineuse - Injection dans une cavité stérile - Ponction sternale et biopsie ostéo-médullaire pour prélèvement de cellules - Pose de cathéter central y compris PICC, cathéter artériel, chambre à cathéter implantable, pose de cathéter pour drainage vésical suspubien - Pose de drain chirurgical (pleural, digestif,...) - Préparation cutanée de l'opéré (peau saine et muqueuse saine)
Intermédiaire Antiseptie en 4 temps avec 1 badigeon d'ATS¹	- Biopsie cutanée - Branchement/débranchement en hémodialyse (type cathéter de Canaud / FAV) et dialyse péritonéale - Don de sang par aphérèse - Pose d'une aiguille de Huber - Ponction (lombaire³, articulaire, pleurale, péritonéale) - Ponction sternale et biopsie ostéo-médullaire à visée diagnostique - Pose de cathéter pour ALR - Pose de cathéter périnerveux - Pose de sonde (néphrologie) - Pose de perfusion sous-cutanée - Pose de sonde urinaire à demeure, pose de sonde pour bilan uro-dynamique - Pose de voie veineuse périphérique pour une longue durée⁴ - Prélèvement sanguin pour hémoculture - Réfection de pansement (chambre à cathéter implantable, VVC) - Sondage évacuateur (hétérosondage) - Tatouage médical
Intermédiaire Antiseptie en 2 temps¹	- Don de sang (hors aphérèse) - Pose de dispositif intra-utérin - Pose de voie veineuse périphérique pour une courte durée⁴

FICHE N°1 : SOINS A HAUT NIVEAU DE RISQUE SUR PEAU SAINÉ

PREPARATION DE LA PEAU SAINÉ POUR TOUT ACTE INVASIF A HAUT RISQUE INFECTIEUX Y COMPRIS LA PREPARATION DU CHAMP OPERATOIRE

PRODUITS

Gamme Chlorhexidine** : solution détergente et solution alcoolique / Gamme PVP-I : solution détergente et solution alcoolique

* La détersion est une étape systématique qui permet d'éliminer les substances interférentes susceptibles de limiter l'activité du produit antiseptique.

Lors de la préparation cutanée de l'opéré, la douche pré-opératoire ne remplace pas l'étape de détersion, mais est un préalable à celle-ci.

** Sauf neurochirurgie et chirurgie de l'oreille

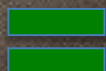
TECHNIQUE

Antisepsie en 4 temps avec 2 badigeons d'antiseptique

1. Détersion avec la solution détergente de la gamme choisie*
2. Rinçage à l'eau stérile ou sérum physiologique stérile
3. Séchage par tamponnement avec des compresses stériles
4. Antisepsie : 2 badigeons successifs

Respecter le temps de contact et le séchage spontané après chaque badigeon/application

Antisepsie de la peau saine





Antisepsie de la peau lésée



PREPARATION DE LA MUQUEUSE POUR TOUT ACTE INVASIF A HAUT RISQUE
INFECTIEUX Y COMPRIS LA PREPARATION DU CHAMP OPERATOIRE

Se référer aux fiches spécifiques par site anatomique	
PRODUITS	- Gamme PVP-I : solution détergente et solution aqueuse - Gamme produits chlorés : savon doux et dérivé chloré à 0,5% de chlore actif

* La détersion est une étape systématique qui permet d'éliminer les substances interférentes susceptibles de limiter l'activité du produit antiseptique.

Lors de la préparation cutanée de l'opéré, la douche pré-opératoire ne remplace pas l'étape de détersion, mais est un préalable à celle-ci.

TECHNIQUE

Antisepsie en 4 temps avec 2 badigeons d'antiseptique

1. Détersion avec la solution détergente de la gamme choisie*
2. Rinçage à l'eau stérile ou sérum physiologique stérile
3. Séchage par tamponnement avec des compresses stériles
4. Antisepsie : 2 badigeons successifs

Respecter le temps de contact et le séchage spontané après chaque badigeon/application

Antisepsie des muqueuses (périnée, urines)



Antisepsie des muqueuses (vagin)



Antisepsie: Bouche



OPHTALMOLOGIE

PREPARATION CUTANEO-MUQUEUSE POUR TOUT ACTE INVASIF A HAUT RISQUE
INFECTIEUX EN OPHTALMOLOGIE ET EN CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE

PRODUITS

- Gamme PVP-I : solution détergente, solution pour irrigation oculaire
Dans les cas rares d'intolérance à la PVPI, l'usage d'un dérivé chloré à 0,06% a fait l'objet d'une étude de tolérance permettant, en l'absence d'autre alternative, de proposer cet antiseptique pour l'étape d'antisepsie lors de la préparation chirurgicale en ophtalmologie [31]. La déterision péri-oculaire est préalablement réalisée avec un savon doux.

TECHNIQUE

Antisepsie en 4 temps avec 2 badigeons d'antiseptique

1. Déterision péri-oculaire œil fermé avec la solution détergente (sourcil, aile et arête du nez, front temporal, joue)
2. Rinçage à l'eau stérile ou au sérum physiologique stérile
3. Séchage par tamponnement
4. Antisepsie :
 - ❖ Paupière, sourcil, aile et arête du nez, front temporal, joue : 2 badigeons successifs de PVP-I solution pour irrigation oculaire
 - ❖ Conjonctive et culs de sac conjonctivaux : irrigation oculaire avec la PVP-I solution pour irrigation oculaire. Laisser en contact 2 minutes, puis rincer abondamment avec une solution isotonique stérile

Antisepsie: OPH



ou



AVIS

relatif à la préparation cutanée de l'opéré et à la place de la déterction par un
savon antiseptique avant une chirurgie ophtalmologique

28 novembre 2019

Dans l'état actuel des connaissances, la SF2H recommande :

- De ne réaliser un nettoyage de la peau péri-oculaire, des cils et des paupières avec un savon non antiseptique avant la phase d'antisepsie qu'en présence de souillure visible, quel que soit le type de chirurgie du globe oculaire. Il n'est pas nécessaire de réaliser systématiquement une déterction avec un savon antiseptique.
- De réaliser une antisepsie de la peau péri-oculaire, des cils et des paupières puis une irrigation de la conjonctive par une solution ophtalmique de povidone iodée à 5% après avoir posé le champ oculaire stérile et le matériel nécessaire à la chirurgie.
- De s'assurer que toutes les mesures de prévention pré-, per- et postopératoires sont conformes aux recommandations nationales et internationales, notamment l'antibioprophylaxie.
- De réaliser une déclaration interne (infectiovigilance) des infections du site opératoire après chirurgie ophtalmologique à globe ouvert ou fermé auprès de l'EOH, de les analyser et de les déclarer sur le portail e-sin.

Ces recommandations élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de publication de cet avis, sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.

Avis rédigé par un groupe d'experts, membres de la SF2H, sous la responsabilité de son Conseil Scientifique

AVIS N° 2018-02/SF2H du 23 mars 2018
relatif au traitement d'air au bloc opératoire
pour la prévention du risque infectieux en chirurgie

Dans l'état actuel des connaissances, la SF2H :

- Rappelle l'importance d'initier une analyse de risque globale, pas uniquement basée sur la classe de performance particulière (voir norme NFS 90-351, p13) [11].
- Modifie la recommandation 1 du guide de la façon suivante :
 - ➔ Un traitement d'air au bloc opératoire en chirurgie orthopédique prothétique avec un flux unidirectionnel diminue l'aérobiocontamination, sous réserve de comportements adaptés.
 - ➔ Il est possible de mettre en place un traitement de l'air avec un flux unidirectionnel en chirurgie orthopédique prothétique pour diminuer l'aérobiocontamination.
 - ➔ La prévention du risque d'Infection du Site Opératoire repose sur un ensemble de mesures, dont l'antibioprophylaxie.

Ces préconisations élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de publication de cet avis, sont susceptibles d'évoluer en fonction des nouvelles données.

QUESTION 2

En pré-opératoire, quelles mesures d'hygiène, de désinfection cutanéomuqueuse et de décontamination sont efficaces vis-à-vis du risque infectieux ?



- Drapage du patient

2004

Recommandation

- Il est fortement déconseillé d'utiliser les textiles 100% coton. (E-3)

2013

- Aucune recommandation ne peut être émise concernant l'utilisation de pellicules bactério-isolantes dans la prévention des ISO. (C2)
- Il est recommandé de ne pas utiliser en routine des champs adhésifs non imprégnés d'antiseptiques pour la prévention du risque infectieux. (D1)
- Aucune recommandation ne peut être émise concernant l'utilisation en routine des champs adhésifs imprégnés d'antiseptique pour la prévention du risque infectieux. (C2)
- Aucune recommandation ne peut être émise concernant la supériorité d'un antiseptique par rapport à un autre antiseptique. (C3)

Recommandations

Autres

Pbi1 Aucune recommandation ne peut être émise concernant l'utilisation de pellicules bactério-isolantes dans la prévention des ISO. **(C2)**

CA1 Il est recommandé de ne pas utiliser en routine des champs adhésifs non imprégnés d'antiseptiques pour la prévention du risque infectieux. **(D1)**

CA2 Aucune recommandation ne peut être émise concernant l'utilisation en routine des champs adhésifs imprégnés d'antiseptique pour la prévention du risque infectieux. **(C2)**

Aucune recommandation ne peut être émise concernant la supériorité d'un antiseptique par rapport à un autre antiseptique. **(C3)**

Antibioprophylaxie

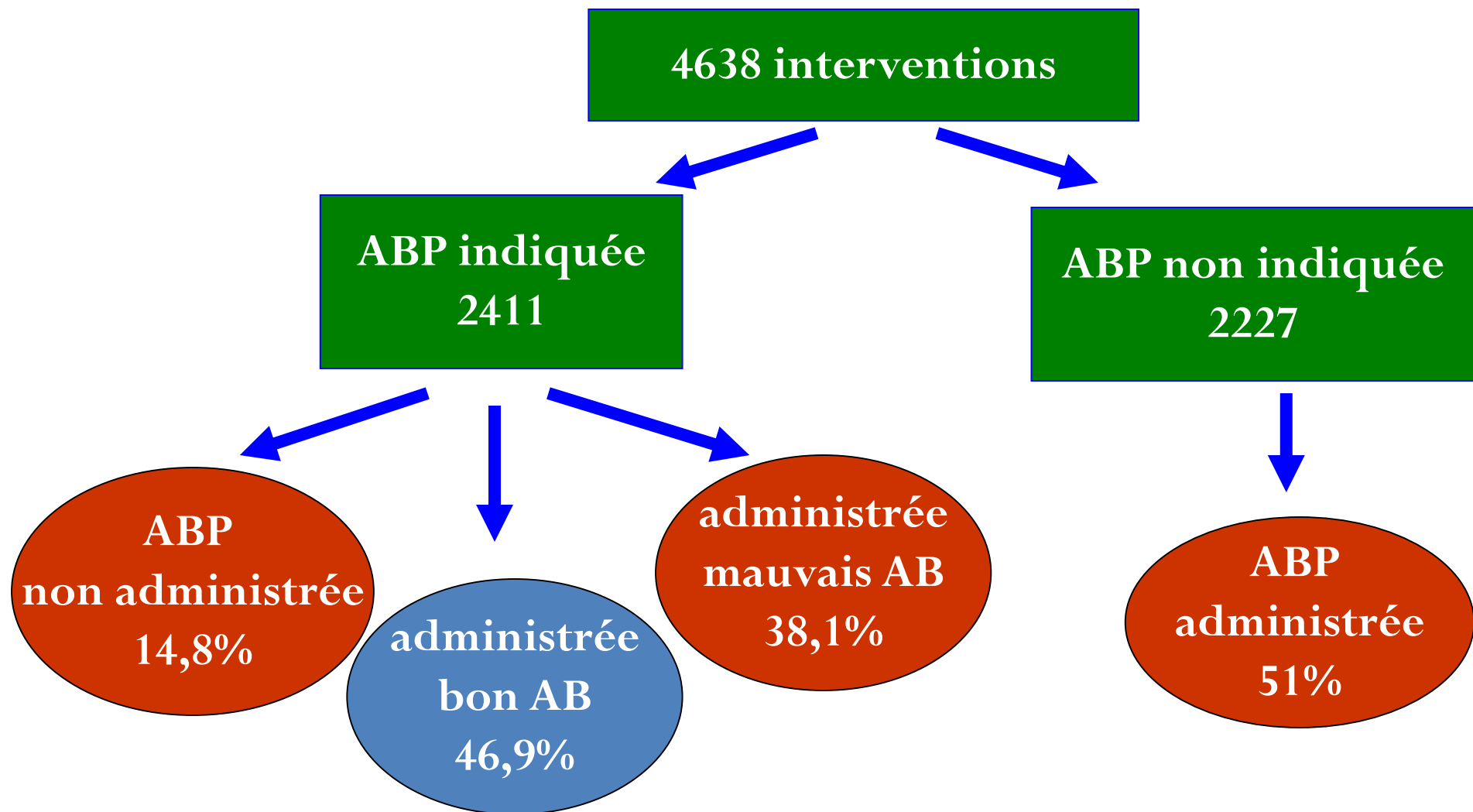
- Objectif: s'opposer à la prolifération bactérienne afin de diminuer le risque d'infection du site de l'intervention
- Stratégie
 - s'applique à certaines interventions « propres » ou « propres-contaminées » (Pour les interventions « contaminées » et « sales », l'infection est déjà en place et relève d'une antibiothérapie curative)
 - L'ATB doit
 - s'adresser à une cible bactérienne définie, reconnue comme la plus fréquemment en cause: le protocole d'ABP doit comporter une molécule incluant dans son spectre les cibles bactériennes.
 - toujours précéder l'intervention dans un délai d'environ 30 minutes.
 - être brève, limitée le plus souvent à la période opératoire, parfois à 24 heures et exceptionnellement à 48 heures.

Antibioprophylaxie

– Modalités

- dose initiale (ou dose de charge) est habituellement le double de la dose usuelle.
- **Chez l'obèse (index de masse corporelle $> 35\text{kg/m}^2$), même en dehors de la chirurgie bariatrique, les doses de bêtalactamines doivent être le double de celles préconisées pour les patients non obèses.**
- Des réinjections sont pratiquées pendant la période opératoire, toutes les deux demi-vies de l'antibiotique, à une dose soit similaire, soit de moitié de la dose initiale. Par exemple, pour la céfazoline, d'une demi-vie de 2 heures, une réinjection n'est nécessaire que si l'intervention dure plus de 4 heures.

Evaluation des pratiques - Antibioprophylaxie : indications
INCISO 2000, C-CLIN Paris Nord



Antibiopro



Antibioprophylaxie en chirurgie orthopédique

rophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle.
(patients adultes)
Actualisation 2010

Bactéries cibles : *S.aureus*, *S. epidermidis*, *Propionobacterium*, *Streptococcus spp*, *E.coli*,
K.pneumoniae

Acte Chirurgical	Produit	Dose initiale	Ré-injection et Durée
Prothèse articulaire	Céfazoline	2g IV lente	1g si durée > 4h Limitée à la période opératoire (24h max)
	Céfamandole	1,5g IV lente	0,75g si durée > 2h Limitée à la période opératoire (24h max)
	Céfuroxime	1,5g IV lente	0,75g si durée > 2h Limitée à la période opératoire (24h max)
	Allergie : vancomycine*	15mg/kg/60 min	Limitée à la période opératoire (24h max)
Mise en place de matériel quel qu'il soit (résorbable ou non, ciment, greffe osseuse...) et quelle que soit la technique (percutanée, vidéoscopie...)	Céfazoline	2g IV lente	1g si durée > 4h
	Allergie : vancomycine*	15mg/kg/60 min	Dose unique
Arthroscopie simple sans implant (avec ou sans ménisectomie) Chirurgie extra-articulaire des parties molles sans implant	Pas d'ABP		

Dans une étude multicentrique publiée en 1987, concernant 8 052 prothèses de genou et de hanche, LIDWELL et al. ont comparé
les effets de l'air ultra-propre seul,
celui de l'antibioprophylaxie seule,
celui de l'air ultra-propre combiné à l'antibioprophylaxie.

Les taux d'ISO avec ***l'air ultra-propre seul*** sont
passés de

3,4 % à 1,6 %,

alors que les taux d'ISO des patients ayant reçus
uniquement une antibioprophylaxie sont passés de

3,4 % à 0,8 %.

Avec l'association des deux, les taux d'ISO des
patients sont passés de

3,4 % à 0,7 %.

Points essentiels à ne jamais oublier pour la pratique

- 1) Les recommandations ne couvrent pas et ne peuvent pas couvrir l'ensemble des situations cliniques. De nombreux actes n'ont pas fait l'objet d'une évaluation scientifique.
- 2) En l'absence de recommandations pour un sujet spécifique, les praticiens peuvent, ou non, choisir de prescrire une ABP en se rapprochant au plus près de pathologies ou techniques similaires.
- 3) L'antibioprophylaxie (ABP) est une prescription d'antibiotique qui s'applique à certaines chirurgies "propres" ou "propre-contaminées".
- 4) L'ABP diminue d'environ 50 % le risque d'infection du site opératoire.
- 5) La cible bactérienne doit être identifiée et dépend du type de chirurgie, de la flore endogène du patient et de l'écologie de l'unité d'hospitalisation.
- 6) L'indication de l'ABP est posée lors de la consultation pré-interventionnelle et tracée dans le dossier.
- 7) L'administration doit précéder le début de l'intervention d'environ 30 minutes. La séquence d'injection des produits d'induction doit être séparée de 5 à 10 minutes de celle de l'ABP.
- 8) L'application de la « check-list » fait vérifier l'administration de l'ABP.
- 9) Chaque équipe doit décider du médecin responsable de la prescription de l'ABP. Celui-ci peut-être le médecin anesthésiste-réanimateur, le chirurgien, le gastroentérologue, l'imageur...
- 10) La dose initiale est le double de la dose usuelle. Chez l'obèse (index de masse corporelle $> 35\text{kg/m}^2$), même en dehors de la chirurgie bariatrique, la dose de bêtalactamines est encore doublée (dose habituelle de la prophylaxie x 2).

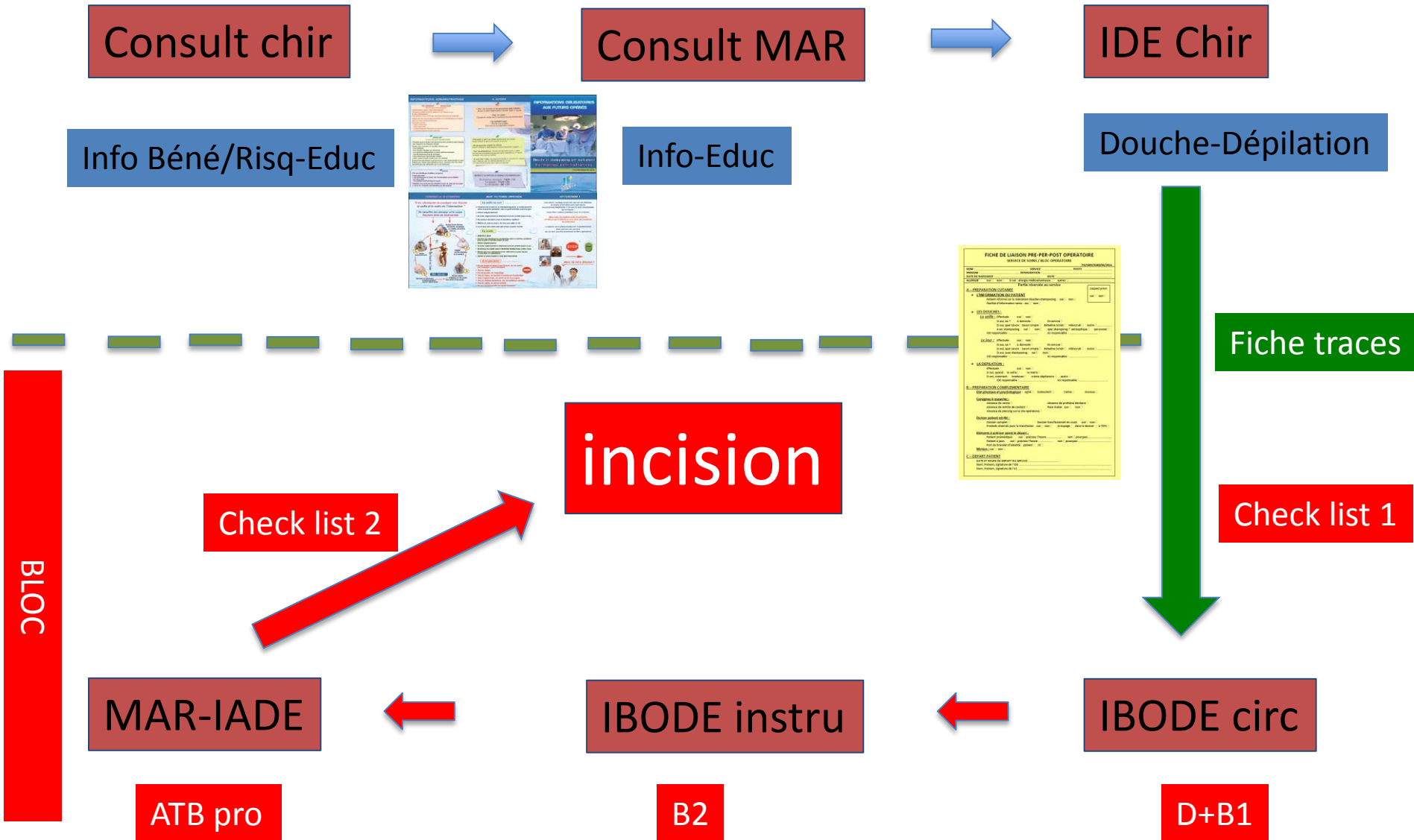
Points essentiels à ne jamais oublier pour la pratique

- 11) La durée de la prescription doit être la plus courte possible. L'injection d'une dose unique est recommandée et la prescription au-delà de 48 heures est interdite.
- 12) Les protocoles d'ABP doivent être écrits, cosignés par les anesthésistes-réanimateurs et les opérateurs validés par le Clin et selon l'organisation interne par la Commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles ou par la commission des agents anti-infectieux.
- 13) Les protocoles doivent être disponibles et éventuellement affichés en salles de consultation pré-anesthésique, en salles d'intervention et en unités de soin.
- 14) Les patients présentant un risque particulier peuvent bénéficier d'une ABP personnalisée qui doit éviter autant que faire se peut les molécules à très large spectre antibactérien (fluoroquinolones ou céphalosporines de 3^{ème} génération notamment).
- 15) Les dérogations aux protocoles habituels doivent rester exceptionnelles et être argumentées.
- 16) Dans la mesure du possible certaines molécules doivent voir leur prescription limitée dans le cadre des protocoles d'ABP vu leur utilisation fréquente pour un traitement curatif. Il s'agit par exemple de la vancomycine (parfois proposée chez le sujet allergique) ou de l'association amino-pénicilline/inhibiteur de bêtalactamases (dont le niveau de résistance croît avec la fréquence d'utilisation).

Antibioprophylaxie chirurgicale

- La bonne molécule,
- Aux bonnes doses,
- En fonction du patient (allergie, BMR)
- Au bon moment
 - Perfusion terminée de l'ATB avant incision
 - (check-list tps 2)
 - Réinjection en fct demie vie et durée chirurgie
 - Sans poursuite en post opératoire

Parcours de l'opéré



Hibidil

- chlorhex à 0,05% aqueux,
- N'est pas un ATS



C'est de l'eau stérile détergente mais pas du tout désinfectante

Identification du patient

Étiquette du patient ou

Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST

« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2011 - 01



Identité visuelle
de l'établissement

Bloc : _____ Salle : _____

Date d'intervention : _____ Heure (début) : _____

Chirurgien « intervenant » : _____

Anesthésiste « intervenant » : _____

Coordonnateur(s) check-list : _____

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU (DES) CHIRURGIEN(S) ET ANESTHÉSISTE(S) RESPONSABLES DE L'INTERVENTION, EST DE NE COCHER LES ITEMS DE LA CHECK-LIST QUE

(1) SI LA VÉRIFICATION A BIEN ÉTÉ EFFECTUÉE, (2) SI ELLE A ÉTÉ FAITE ORALEMENT EN PRÉSENCE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE CONCERNÉS ET

(3) SI LES NON-CONFORMITÉS (MARQUÉES D'UNE *) ONT FAIT L'OBJET D'UNE CONCERTATION EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ENCART SPÉCIFIQUE

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE

Temps de pause avant anesthésie

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> ■ L'identité du patient est correcte ■ L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal | ☐ Oui ☐ Non*
☐ Oui ☐ Non*
☐ N/A |
| 2 | <p>L'intervention et le site opératoire sont confirmés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>idéalement</i> par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique ■ la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle | ☐ Oui ☐ Non*
☐ Oui ☐ Non* |
| 3 | <p>Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient</p> | ☐ Oui ☐ Non* |
| 4 | <p>La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement)</p> | ☐ Oui ☐ Non*
☐ N/A |
| 5 | <p>L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ pour la partie chirurgicale ■ pour la partie anesthésique <p><i>Acte sans prise en charge anesthésique</i></p> | ☐ Oui ☐ Non*
☐ Oui ☐ Non*
☐ N/A |
| 6 | <p>Le patient présente-t-il un :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ risque allergique ■ risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque ■ risque de saignement important | ☐ Non ☐ Oui*
☐ Non ☐ Oui*
☐ N/A
☐ Non ☐ Oui* |

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE

Temps de pause avant incision (appelé aussi time-out)

- 7** Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE/IDE
- | | | |
|--|------------------------------|-------------------------------|
| ■ identité patient confirmée | ☐ Oui | ☐ Non* |
| ■ intervention prévue confirmée | ☐ Oui | ☐ Non* |
| ■ site opératoire confirmé | ☐ Oui | ☐ Non* |
| ■ installation correcte confirmée | ☐ Oui | ☐ Non* |
| ■ documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) | ☐ Oui | ☐ Non* |
| | ☐ N/A | |
- 8** Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (time-out)
- | | | |
|--|------------------------------|-------------------------------|
| ■ sur le plan chirurgical
<i>(temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.)</i> | ☐ Oui | ☐ Non* |
| ■ sur le plan anesthésique
<i>Acte sans prise en charge anesthésique (risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.)</i> | ☐ Oui | ☐ Non* |
| | ☐ N/A | |
- 9** L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement
- | | | |
|--|------------------------------|-------------------------------|
| | ☐ Oui | ☐ Non* |
| | ☐ N/R | |
- La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement
- | | | |
|--|------------------------------|-------------------------------|
| | ☐ Oui | ☐ Non* |
| | ☐ N/A | |

→ DÉCISION FINALE

☐ **GO = OK pour incision**

☐ **NO GO = Pas d'incision !**

Si No Go : conséquence sur l'intervention ? ☐ Retard ☐ Annulation

APRÈS INTERVENTION

Pause avant sortie de salle d'opération

- 10 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :
- | | | |
|--|------------------------------|-------------------------------|
| ■ de l'intervention enregistrée | ☐ Oui | ☐ Non* |
| ■ du compte final correct | ☐ Oui | ☐ Non* |
| des compresses, aiguilles, instruments, etc. | ☐ N/A | |
| ■ de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. | ☐ Oui | ☐ Non* |
| | ☐ N/A | |
| ■ si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? | ☐ Oui | ☐ Non* |
| | ☐ N/A | |
- Si aucun évènement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cochez N/A*
- 11 Les prescriptions et la surveillance post-opératoires (y compris les seuils d'alerte spécifiques) sont faites conjointement par l'équipe chirurgicale et anesthésique et adaptées à l'âge, au poids et à la taille du patient
- ☐ Oui ☐ Non*

Décision concertée et motivée en cas de réponse dans une case marquée d'un *



ATTENTION SI ENFANT !

- Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.
- Autorisation d'opérer signée.
- Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille.
- Prévention de l'hypothermie.
- Seuils d'alerte en post-op définis.

Résultats tous sites confondus

	Avant C/L	Après C/L	P value
Nombre de patients	3733	3955	-
Décès	1.5%	0.8%	0.003
Taux de complication (tous types)	11.0%	7.0%	<0.001
Taux d'Infections du site opératoire	6.2%	3.4%	<0.001
Taux de ré-interventions non programmées	2.4%	1.8%	0.047

In Haynes et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. New England Journal of Medicine 360:491-9. (2009)

Autres résultats

	Complications postopératoires	Décès postopératoires
Pays à haut niveau de développement	10.3% -> 7.1%*	0.9% -> 0.6%
Pays en voie de développement	11.7% -> 6.8%*	2.1% -> 1.0%*

* $p < 0.05$

In Haynes et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. New England Journal of Medicine 360:491-9. (2009)

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2018

« Vérifier ensemble pour décider »

Identification du patient

Étiquette du patient ou

Nom, prénom, date de naissance

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE

Temps de pause avant anesthésie

- 1 L'identité du patient est correcte ☐ Oui ☐ Non^{*}
L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal ☐ Oui ☐ Non^{*}
☐ N/A
- 2 L'intervention et le site opératoire sont confirmés :
idéalement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique ☐ Oui ☐ Non^{*}
la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle ☐ Oui ☐ Non^{*}
- 3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient ☐ Oui ☐ Non^{*}
- 4 La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) ☐ Oui ☐ Non^{*}
☐ N/A
- 5 L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient
pour la partie chirurgicale ☐ Oui ☐ Non^{*}
pour la partie anesthésique ☐ Oui ☐ Non^{*}
Acte sans prise en charge anesthésique ☐ N/A
- 6 Le patient présente-t-il un :
risque allergique ☐ Non ☐ Oui^{*}
risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque ☐ Non ☐ Oui^{*}
risque de saignement important ☐ Non ☐ Oui^{*}

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE

Temps de pause avant incision (appelé aussi time-out)

- 7 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE/IDE
identité patient confirmée ☐ Oui ☐ Non^{*}
intervention prévue confirmée ☐ Oui ☐ Non^{*}
site opératoire confirmé ☐ Oui ☐ Non^{*}
installation correcte confirmée ☐ Oui ☐ Non^{*}
documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) ☐ Oui ☐ Non^{*}
☐ N/A
- 8 Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (time-out)
sur le plan chirurgical ☐ Oui ☐ Non^{*}
(temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.)
sur le plan anesthésique ☐ Oui ☐ Non^{*}
Acte sans prise en charge anesthésique [risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.] ☐ N/A
- 9 L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement ☐ Oui ☐ Non^{*}
☐ N/R
La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement ☐ Oui ☐ Non^{*}
☐ N/A

→ DÉCISION FINALE

☐ GO = OK pour incision

☐ NO GO = Pas d'incision !

Si No Go : conséquence sur l'intervention ? ☐ Retard ☐ Annulation

Bloc : Salle :

Date d'intervention : Heure (début) :

Chirurgien « intervenant » :

Anesthésiste « intervenant » :

Coordonnateur(s) check-list :

APRÈS INTERVENTION

Pause avant sortie de salle d'opération

- 10 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :
de l'intervention enregistrée ☐ Oui ☐ Non^{*}
du compte final correct ☐ Oui ☐ Non^{*}
des compresses, aiguilles, instruments, etc. ☐ N/A
de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. ☐ Oui ☐ Non^{*}
☐ N/A
si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? ☐ Oui ☐ Non^{*}
☐ N/A
Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cochez N/A
- 11 Les prescriptions et la surveillance post-opératoires (y compris les seuils d'alerte spécifiques) sont faites conjointement par l'équipe chirurgicale et anesthésique et adaptées à l'âge, au poids et à la taille du patient ☐ Oui ☐ Non^{*}

Décision concertée et motivée en cas de réponse dans une case marquée d'un *

⚠ ATTENTION SI ENFANT !

- Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.
- Autorisation d'opérer signée.
- Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille.
- Prévention de l'hypothermie.
- Seuils d'alerte en post-op définis.

SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT

Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe

Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordonnateur CL

Le rôle du coordonnateur de la check-list, aidé par le(s) chirurgien(s) et anesthésiste(s) responsables de l'intervention, est de cocher les items de la check-list : 1. si la vérification a bien été effectuée, 2. si la vérification a été faite oralement en présence des membres de l'équipe concernée et 3. si les réponses marquées d'un * ont fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une décision motivée.

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

N/A : Non Applicable pour cette intervention ; N/R : Non Recommandé pour cette intervention

CHECK-LIST

« SÉCURITÉ DU PATIENT EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE »

Version 2013

Identification du patient

Etiquette du patient ou

Nom, prénom, date de naissance

Établissement :

Date endoscopie : Heure (début) :

Gastro-entérologue :

Anesthésiste / IADE :

Coordonnateur check-list :

La check-list a pour but de vérifier, de manière croisée au sein de l'équipe, que les différents points critiques ont été pris en compte et que les mesures adéquates ont été prises.

Le coordonnateur check-list est celui qui en vérifie les items - le plus souvent, un personnel infirmier en coordination avec le gastro-entérologue et l'anesthésiste responsables de l'intervention.

AVANT L'ENDOSCOPIE (avec ou sans anesthésie)

1 L'identité du patient est correcte :

- le patient a déclaré son identité, sinon, *par défaut*, autre moyen de vérification de son identité

☐ Oui ☐ Non

2 Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier

☐ Oui ☐ Non

3 Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :

- pour la partie endoscopique
- pour la partie anesthésique

☐ Oui ☐ Non

☐ Oui ☐ Non

☐ Non applicable

4 Vérification croisée par l'équipe des points critiques et mise en œuvre *si besoin*, des mesures adéquates. Le patient présente-t-il :

- un risque allergique
- un risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque
- un risque de saignement important

☐ Oui ☐ Non

☐ Oui ☐ Non

☐ Oui ☐ Non

5 Le patient est à jeun

☐ Oui ☐ Non

6 La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues

☐ Oui ☐ Non

☐ Non applicable

7 Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment :

- la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants ;
- toute autre co-morbidité identifiée.

☐ Oui ☐ Non

☐ Non applicable

8 L'antibioprophylaxie est effectuée

☐ Oui ☐ Non

☐ Non indiquée

9 Patient suspect ou atteint d'EST

☐ Oui ☐ Non

(en cas de réponse positive, l'endoscopie doit être considérée comme un acte à risque de transmission d'ATNC et il convient de se référer aux procédures en cours dans l'établissement en lien avec l'Instruction n°DGS/R13/2011/449)

APRÈS L'ENDOSCOPIE

10 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe du renseignement et de l'identification des prélèvements éventuels

☐ Oui ☐ Non

☐ Non applicable

11 Les prescriptions pour les suites immédiates de l'endoscopie sont faites de manière conjointe

☐ Oui ☐ Non

En cas d'événement porteur de risque identifié lors du renseignement de la check-list, précisez la décision choisie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Cette check-list « Sécurité du patient en endoscopie digestive » peut faire l'objet d'adaptations locales en fonction des souhaits et spécificités de l'équipe.

