



La préparation de l'opéré Importance de l'information du patient

Congrès SF2H
Montpellier juin 2018
P- 097

ALLAIRE A., ROBERT M., PAIN S., LEROTY S.
CH Mémorial de Saint-Lô, SAINT-LO, FRANCE

INTRODUCTION

Le choix de réitérer cette évaluation fait suite à plusieurs travaux : début de mise à jour des recommandations suite à la conférence de consensus Gestion préopératoire du risque infectieux de 2013, formation du personnel sur les nouveautés et développement de la chirurgie ambulatoire avec une préparation du patient qui se fait de plus en plus souvent au domicile. Il s'agit présentement d'évaluer l'ensemble des étapes de la préparation, de la douche jusqu'à l'antisepsie au bloc opératoire ainsi que l'information du patient, en appuyant sur ce qui est expliqué et ce qui est compris par ce dernier et donc réalisé, et de définir les axes d'amélioration s'il y a lieu.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cet audit de pratiques de la préparation cutanée de l'opéré est mené par interview du patient dans le service d'hospitalisation et par observation directe des pratiques des professionnels au bloc opératoire. Les patients inclus sont les patients devant bénéficier d'une intervention chirurgicale programmée ou non, y compris les mineurs après accord parental. La préparation du patient avant l'intervention est évaluée par interview. Les questions abordent les éléments suivants : son information sur comment prendre sa douche s'il l'a réalisé lui-même (nombre, moment, serviettes propres, ...), comment faire la dépilation si elle était demandée ou comment le personnel l'a réalisée, quel savon a été utilisé, est-ce que le personnel a vérifié visuellement si la préparation était conforme. Il est également demandé au patient s'il a d'autres remarques. Les critères d'évaluation pour la préparation au bloc opératoire sont le respect de la non dépilation dans la mesure du possible, la pratique, si nécessaire, d'une déterision (si oui, avec quel savon) et l'exécution de l'antisepsie (type, respect du temps de séchage).

RÉSULTATS

83 patients ont été inclus sur une période de cinq semaines. 82 des interventions sont programmées, 27 s'effectuent en ambulatoire. Les chirurgies incluses sont : chirurgie viscérale (35%), orthopédie et traumatologie (25%), vasculaire (23%), gynéco-obstétrique (10%), ORL (2%), chirurgie plastique (2%) et pacemakers (2%).

La moyenne d'âge des patients est de 60 ans (min : 6; max : 92, médiane : 62).

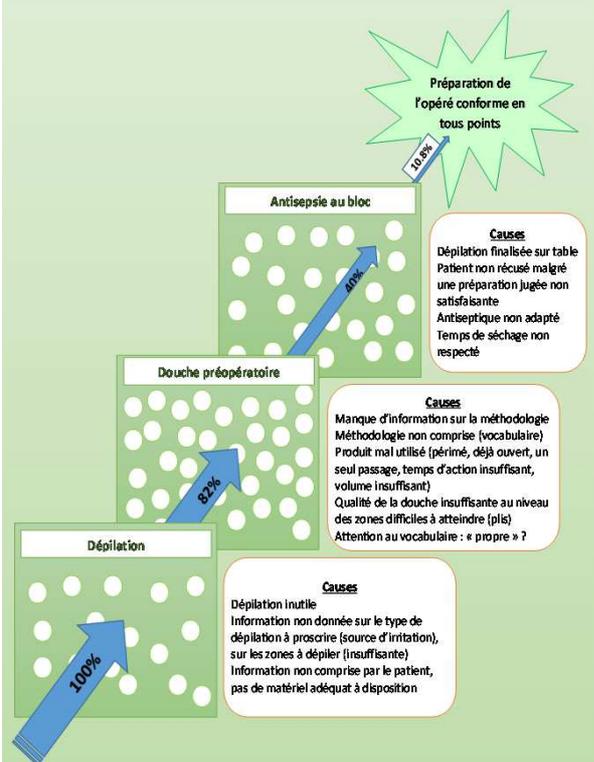
La dépilation est fréquente (69% en service de soins ou au domicile, 12% au bloc opératoire). Si la dépilation est réalisée par tonte à l'hôpital, le procédé est aléatoire au domicile malgré la fiche d'information transmise au patient (92% répondent avoir reçu une information) : 42% utilisent une tondeuse, 33% une crème dépilatoire, 11% un rasoir à main, 8% un rasoir électrique, 3% une crème dépilatoire et tondeuse et 3% une crème dépilatoire et rasoir électrique.

81 patients (98%) ont bénéficié d'au moins une douche préopératoire. 67 patients (81%) répondent avoir reçu une information sur la toilette préopératoire. Cette information est plus fréquente en chirurgie ambulatoire (96%). Les patients signalent que l'information est parfois trop rapide et incomplète; par exemple en cas d'utilisation d'un savon antiseptique, il n'est pas indiqué de faire mousser le savon jusqu'à son blanchiment ni précisé qu'une douche doit comprendre deux passages de savon. Un patient informe qu'il a dû lire la notice d'utilisation du savon antiseptique. 84% des patients ont pris deux douches malgré l'évolution du protocole interne (une douche sauf pour les prothèses programmées d'orthopédie). 17% des douches, essentiellement en traumatologie, sont réalisées au lit. Lorsque la douche est réalisée au domicile, une nouvelle serviette de bain est prise dans 77% des cas (vs 100% à l'hôpital). Si une douche est prise la veille au domicile, les draps sont changés dans 53% des cas (vs 96% à l'hôpital), le pyjama dans 91% des cas. Les sous-vêtements sont changés systématiquement. Le savon utilisé reste le plus souvent un savon antiseptique, même à l'hôpital (98%) et ceci malgré la révision du protocole interne. Les patients signalent préférer prendre la douche le matin dans le service plutôt qu'à domicile. Les raisons évoquées sont les suivantes : la douche prise le matin à la maison est effectuée très tôt et rapidement, une meilleure hygiène car dès que la douche est prise en service, une tenue de bloc est fournie (ne remettent pas leurs vêtements), la possibilité d'avoir les recommandations par les soignants; la réduction du temps entre la douche et l'intervention.

Selon les patients, la vérification de leur préparation par l'équipe soignante se fait dans 88% par questionnement et 82% visuellement. Cependant, cette préparation a été jugée non conforme dans 15% des cas par le personnel du bloc. Les causes avancées sont des matières dans l'ombilic, une dépilation non satisfaisante, une irritation à la tonte, une plaie, une absence de douche. Aucun des patients n'a été récusé.

Au bloc opératoire, la déterision est réalisée dans 96% des cas et la désinfection dans 100% des cas. Le séchage spontané n'est observé que dans 70% des cas. Cependant, le temps de séchage est globalement respecté pour le premier badigeon, la non-conformité étant le plus souvent notée lors du second badigeon.

Selon la conférence de consensus de 2013, la conformité est de 52% hors traçabilité (57% en chirurgie classique, 48% en chirurgie ambulatoire). Cependant, si on inclut les critères supplémentaires de qualité (et non pas seulement le fait que cela soit fait ou non) de la douche au domicile et de la dépilation, seuls 10% des patients bénéficient du processus complet de préparation de l'opéré conforme et cette conformité est deux fois moins bonne en ambulatoire qu'en chirurgie classique.



Conformité selon la conférence de consensus 2013	Conformité selon l'évaluation interne
52%	10,8%

CONCLUSION

Il s'agit de la troisième évaluation de la préparation de l'opéré sur notre Centre Hospitalier mais l'intégration des critères qualité de la douche et de la dépilation du patient ont été considérés pour la première fois. Ces critères supplémentaires, non limités aux critères simples de la conférence de consensus (douche réalisée ou non), ont été utiles à l'appréciation de ce qui était réellement effectué par les patients, en particulier au domicile. Les résultats démontrent l'importance de s'assurer que l'information transmise au patient soit précise et comprise, les écarts observés étant souvent dus à l'appréciation du patient du niveau d'hygiène exigé, de la compréhension de ce qui doit être fait, quand et comment. L'âge a également son importance, les patients plus âgés se mobilisant avec plus de difficultés. Les propositions d'amélioration sont donc de réviser la fiche d'information afin qu'elle soit compréhensible de tous, de réaliser une vidéo qui pourra être diffusée sur le site internet de l'hôpital et sur le terminal santé patient en chambre. Enfin, à l'occasion de la restructuration du bloc, la création d'un secteur douche debout pour les patients émanant de la chirurgie ambulatoire. Ceci est d'autant plus important que ce type de chirurgie est amené à se développer avec des patients qui ne réaliseront pas leur douche en service de soins.