



# La prévention des infections du site opératoire

INSTITUT NATIONAL  
DE SANTÉ PUBLIQUE  
DU QUÉBEC

Québec 



Document synthèse

# La prévention des infections du site opératoire

Direction des risques biologiques  
et de la santé au travail

Juin 2014

## **RÉDACTEURS**

Annie Laberge, M. Sc. Inf., conseillère scientifique,  
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Alex Carignan, M.D., FRCPC, microbiologiste-infectiologue,  
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Lise-Andrée Galarneau, M.D., FRCPC, microbiologiste-infectiologue,  
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Marie Gourdeau, M.D., FRCPC, microbiologiste-infectiologue,  
Centre hospitalier universitaire de Québec

## **SOUS LA DIRECTION DE**

Anne Fortin, M.D.,  
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

## **AVEC LA COLLABORATION DE**

Paule Bernier, Dt. P., M. Sc.,  
Hôpital général juif

Madeleine Tremblay, M. Sc. Inf.,  
Direction générale de santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Anne Lemay, Ph. D, directrice de la performance et de la qualité,  
Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

Bernard Duchesne, agent d'information,  
Direction du secrétariat général des communications et de la documentation, Institut national de santé publique du Québec

Membres du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

## **MISE EN PAGES**

Murielle St-Onge, agente administrative,  
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

## **REMERCIEMENTS**

Josée Ferland, M. Sc. Inf., conseillère  
Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

Le présent document consiste à une adaptation de la trousse de départ *Prévention des infections du site opératoire* de la campagne canadienne *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* de l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

DÉPÔT LÉGAL – 2<sup>e</sup> TRIMESTRE 2014  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN : 978-2-551-25537-5 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISBN : 978-2-550-70624-3 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)

## PRÉAMBULE

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en collaboration avec l'Association québécoise d'établissements de santé et services sociaux (AQESSS)<sup>a</sup>, a eu le mandat de soutenir l'implantation, dans les établissements de santé, les stratégies de prévention des infections de la Campagne québécoise des soins sécuritaires.

Grâce aux outils de la campagne canadienne *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* et en fonction des orientations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), six stratégies sont déployées :

- l'hygiène et autres mesures de prévention des infections associées à une bactérie multirésistante;
- la prévention des bactériémies associées aux cathéters vasculaires centraux;
- la prévention des bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse;
- la prévention des infections du site opératoire;
- la prévention des infections urinaires associées aux cathéters urinaires;
- la prévention des pneumonies acquises sous ventilation mécanique.

Le présent document est une version abrégée et adaptée de la trousse de départ et de la stratégie de l'Institut canadien pour la sécurité des patients pour la prévention des infections du site opératoire de la campagne canadienne *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!*

Les infections du site opératoire (ISO) constituent une source majeure de morbidité et de mortalité pour les patients soumis à des procédures chirurgicales. Aux États-Unis, elles représentent de 14 à 16 % de toutes les infections nosocomiales, soit la deuxième cause la plus fréquemment rapportée. On estime globalement que de 2 à 5 % des patients ayant subi une chirurgie développeront une infection. L'impact des ISO est considérable pour l'usager et le système de santé. Par exemple, elles prolongent la durée d'hospitalisation de 7 à 10 jours et multiplient les risques de mortalité chez les patients de 2 à 11 fois en comparaison avec ceux ayant subi la même chirurgie sans connaître d'infection. Bien que la survenue des ISO dépende de plusieurs facteurs, dont ceux liés au patient, ceux liés aux procédures chirurgicales ainsi que ceux environnementaux et organisationnels, ces infections sont majoritairement évitables. La survenue d'ISO peut donc susciter un questionnement sur la qualité et la sécurité des interventions chirurgicales<sup>1</sup>.

La démarche proposée dans le présent document en est une de conformité aux pratiques cliniques exemplaires (surveillance des processus) et de mesure de l'efficacité de ces pratiques sur les infections (surveillance des ISO). Il s'agit obligatoirement d'une opération interdisciplinaire, c'est-à-dire d'une équipe formée de représentants des différents professionnels associés directement ou indirectement à la chirurgie.

---

<sup>a</sup> L'Hôpital général juif a également collaboré aux travaux jusqu'à l'automne 2013.

### **Ensemble de pratiques cliniques exemplaires (*bundle*)**

L'Institute for Healthcare Improvement<sup>b</sup> a développé le concept de *bundle* pour que les intervenants de la santé puissent offrir les meilleurs soins possibles à leurs patients. On peut définir le concept de *bundle* ou d'ensemble de pratiques cliniques exemplaires, par un ensemble composé de 3 à 5 pratiques fondées sur des données probantes qui, lorsqu'elles sont effectuées simultanément et de façon continue, ont des impacts positifs sur la qualité des soins.

Pour obtenir une diminution significative des ISO, tous les éléments composant l'ensemble des pratiques cliniques exemplaires (EPE) doivent être mis en place. Les moyens retenus et le rythme d'implantation sont cependant laissés à la discrétion des établissements. Il a été démontré que la réduction maximale des d'ISO est atteinte lorsque l'adhésion à l'ensemble des pratiques est supérieure ou égale à 95 %.

Pour de plus amples renseignements, consultez la *Trousse de départ de prévention des infections du site opératoire*<sup>2</sup> de la campagne canadienne.

### **Établissements visés par cette stratégie**

Tous les établissements de santé qui pratiquent des chirurgies.

---

<sup>b</sup> Resar R, Griffin FA, Haraden C, Nolan TW. *Using Care Bundles to Improve Health Care Quality*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012. (Disponible à [www.IHI.org](http://www.IHI.org)).

## TABLE DES MATIÈRES

<b>1</b>	<b>ENSEMBLE DE PRATIQUES EXEMPLAIRES (EPE)</b> .....	<b>1</b>
1.1	Intervention antimicrobienne périopératoire .....	1
1.2	Épilation appropriée du site opératoire .....	2
1.3	Maintien du contrôle glycémique périopératoire des patients diabétiques ou qui présentent un risque de diabète .....	2
1.4	Normothermie périopératoire : maintenir une température entre 36 et 38 °C pendant et après la chirurgie .....	3
<b>2</b>	<b>MESURE DE LA CONFORMITÉ ET DES INFECTIONS</b> .....	<b>5</b>
2.1	Échantillonnage .....	5
2.1.1	Échantillonnage des patients .....	5
2.1.2	Échantillonnage des types de chirurgie .....	5
2.2	Mesure de la conformité .....	6
2.3	Mesure des taux d'incidence des ISO .....	7
2.4	Méthodes de calcul .....	7
<b>3</b>	<b>IMPLANTATION DE LA STRATÉGIE</b> .....	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>DIFFUSION DES RÉSULTATS</b> .....	<b>11</b>
	<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>13</b>
	<b>ANNEXE 1 AIDE-MÉMOIRE DE L'EPE POUR PRÉVENIR LES ISO</b> .....	<b>15</b>
	<b>ANNEXE 2 LISTE DE VÉRIFICATION DE L'EPE POUR PRÉVENIR LES ISO</b> .....	<b>19</b>
	<b>ANNEXE 3 LISTE DES ITEMS DEVANT SE TROUVER FACILEMENT DANS LE DOSSIER</b> .....	<b>23</b>



# 1 ENSEMBLE DE PRATIQUES EXEMPLAIRES (EPE)

Tous les éléments de la campagne canadienne des soins sécuritaires ont été retenus soit (un aide-mémoire est disponible à l'annexe 1) :

1. intervention antimicrobienne périopératoire :
  - administration appropriée des antibiotiques prophylactiques,
  - sélection appropriée de l'antibiotique selon le protocole de l'établissement<sup>c</sup>,
  - bon dosage selon le poids et les lignes directrices,
  - temps opportun,
  - durée adéquate,
  - aseptie cutanée du site opératoire à l'aide de chlorhexidine 2 % dans l'alcool 70 %<sup>d</sup>;
2. épilation appropriée du site opératoire. Éviter l'épilation. Si elle est malgré tout nécessaire, utiliser une tondeuse, dans les deux heures précédant la chirurgie;
3. maintien du contrôle glycémique périopératoire des patients diabétiques ou qui présentent un risque de diabète (glycémie > 10 mmol/L lors du bilan préopératoire);
4. normothermie périopératoire : maintenir une température entre 36 et 38 °C avant, pendant et après la chirurgie.

## 1.1 INTERVENTION ANTIMICROBIENNE PÉRIOPÉRATOIRE

### Administration appropriée des antibiotiques prophylactiques

- Sélection et dosage : selon le protocole de l'établissement. La posologie doit être ajustée en fonction du poids du patient ou de son indice de masse corporelle.
- Temps opportun : l'antibioprophylaxie doit être débutée et complétée dans les 60 minutes avant l'incision/application du garrot, sauf pour la vancomycine ou les fluoroquinolones (120 minutes).
- Durée adéquate : une dose unique doit être administrée sauf pour les chirurgies dont la durée excède la demi-vie de l'antibiotique. La durée ne devrait pas dépasser 24 heures.

<sup>c</sup> Dans l'intervention antimicrobienne périopératoire, la campagne canadienne met l'accent sur l'administration en temps opportun, le dosage et la durée de la prescription. À notre avis, le choix de l'antibiotique est tout aussi important. C'est pourquoi nous l'avons inclus.

<sup>d</sup> Dans l'intervention antimicrobienne périopératoire, la campagne canadienne mentionne le nettoyage antiseptique de la peau pré et post intervention chirurgicale. Nous ne l'avons pas retenu dans le présent document, étant donné l'absence de preuve dans la littérature que cette intervention puisse réduire spécifiquement les ISO.

### **Asepsie cutanée du site opératoire**

- Une solution composée de chlorhexidine (CHG) 2 % dans l'alcool 70 % a démontré une efficacité supérieure aux autres produits pour l'asepsie du site<sup>e</sup>.
- S'assurer que le liquide soit complètement séché par évaporation (environ 3 minutes afin de prévenir les risques de brûlures lors de la chirurgie) avant de procéder au drapage opératoire.
- Idéalement, des applicateurs à usage unique devraient être utilisés pour appliquer des solutions antiseptiques inflammables. Pour le cou et la tête, utiliser des applicateurs de petit format afin d'éviter une application excédentaire.
- Éviter le contact de la chlorhexidine avec les yeux, l'intérieur de l'oreille ou le tissu nerveux.
- Éviter de nettoyer la solution de CHG-alcool au cours des 6 heures suivant la chirurgie.

### **1.2 ÉPILATION APPROPRIÉE DU SITE OPÉRATOIRE**

- Éviter l'épilation.
- Si une épilation s'avère absolument nécessaire, utiliser une tondeuse ou un agent épilatoire.
- Effectuer cette épilation moins de 2 heures avant la chirurgie.
- Il est préférable de procéder à l'épilation à l'extérieur du bloc ou des salles de procédures. Si effectué à l'intérieur de la salle, s'assurer d'enlever tous les poils excédentaires. Pour ce faire, mettre un champ sous la zone à épiler puis retirer les poils excédentaires à l'aide d'un diachylon ou d'un gant adhésif.

### **1.3 MAINTIEN DU CONTRÔLE GLYCÉMIQUE PÉRIOPÉRATOIRE DES PATIENTS DIABÉTIQUES OU QUI PRÉSENTENT UN RISQUE DE DIABÈTE**

- Informer l'anesthésiste et le chirurgien des patients à risque ayant eu une glycémie > 10mmol/l lors du bilan préopératoire.
- Le jour de la chirurgie, effectuer un contrôle de la glycémie conformément aux protocoles usuels de gestion du diabète.
- Si la glycémie du patient est > 10 mmol/L, aviser l'anesthésiste et le chirurgien.
- Surveiller la glycémie de ces patients en période postopératoire immédiate, soit vers 6 h le matin lors des deux premières journées postopératoires.
- L'hyperglycémie doit être évitée, c'est-à-dire que la glycémie doit être inférieure à 10 mmol/L.
- Les établissements doivent se doter d'un protocole pour s'assurer du contrôle de la glycémie.

---

<sup>e</sup> L'utilisation de solution de chlorhexidine 2 % dans l'alcool 70 % est approuvée par Santé Canada chez les bébés de deux mois et plus.

- Inclure, dans cette mesure, tous les patients connus diabétiques et ceux qui ont présenté une glycémie supérieure à 10 mmol/L lors de leurs examens préopératoires.

#### **1.4 NORMOTHERMIE PÉRIOPÉRATOIRE : MAINTENIR UNE TEMPÉRATURE ENTRE 36 ET 38 °C PENDANT ET APRÈS LA CHIRURGIE**

Surveiller la température du patient durant la chirurgie à l'aide d'une sonde thermométrique et après la chirurgie, jusqu'au retour de la normothermie.

Moyens proposés pour maintenir la normothermie :

- couvertures préchauffées durant les chirurgies de plus de 30 minutes;
- fluides intraveineux préchauffés pour les chirurgies abdominales de plus d'une heure : solutions nettoyantes préchauffées pour les chirurgies colorectales;
- augmentation de la température ambiante de la salle d'opération à 20 °C;
- port de chapeaux et de chaussettes pour les patients pendant la chirurgie;
- mise en œuvre des moyens de réchauffement de 30 minutes à 2 heures avant une chirurgie majeure.



## **2 MESURE DE LA CONFORMITÉ ET DES INFECTIONS**

### **2.1 ÉCHANTILLONNAGE**

#### **2.1.1 Échantillonnage des patients**

Pour la chirurgie choisie, évaluer 20-25 patients subissant cette chirurgie en temps réel ou par le biais du dossier médical par période financière et ce, durant un minimum de 2 à 3 périodes consécutives ou non consécutives par année.

Critères d'exclusion des patients (au numérateur et au dénominateur):

- les patients âgés de moins de 18 ans;
- les patients brûlés et les greffés;
- les patients qui ont un diagnostic de maladie infectieuse ou qui présentent des signes ou symptômes d'infection, avant la chirurgie.

#### **2.1.2 Échantillonnage des types de chirurgie**

La campagne canadienne recommande de commencer avec un seul type de chirurgie, puis d'inclure d'autres types de chirurgies avec le temps.

Une rotation des types de chirurgies à évaluer peut être faite une fois l'an.

Sélectionner le type de chirurgie selon les critères de priorisation suivants :

- fréquence de la chirurgie;
- risque d'infection;
- acceptabilité par l'équipe chirurgicale;
- morbidité et mortalité de la chirurgie;
- exigences d'Agrément Canada.

## 2.2 MESURE DE LA CONFORMITÉ

Pratiques cliniques exemplaires	Modalités de la mesure
<p><b>L'intervention antimicrobienne périopératoire</b></p> <p>Antibioprophylaxie adéquate :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sélection appropriée d'antibiotiques selon les lignes directrices approuvées localement;</li> <li>• bonne dose d'antibiotique en prophylaxie, selon le poids du patient et les lignes directrices approuvées localement;</li> <li>• antibiotique administré en temps opportun (&lt; 60 minutes avant le garrot ou l'incision);</li> <li>• antibiotique cessé ≤ 24 heures.</li> </ul> <p>Asepsie cutanée du site opératoire à l'aide de chlorhexidine 2 % dans l'alcool 70 %) (la mesure de cet indicateur est facultative).</p>	<p>La personne responsable des évaluations (infirmière du bloc opératoire ou autre) doit compléter une collecte des données en temps réel. Si c'est impossible, elle sera effectuée de façon rétrospective à partir des dossiers des patients opérés ayant généré ou non, une ISO.</p> <p>Les archivistes peuvent être sollicités pour la recherche des informations dans les dossiers de façon rétrospective.</p> <p>S'assurer que tous les éléments requis peuvent être retrouvés dans le dossier (le type d'épilation et le moment, quand administrer l'antibiotique, le score ASA, etc.). Pour ce faire, sensibiliser les personnes clés du groupe de travail.</p> <p>Des aide-mémoire peuvent être affichés au bloc opératoire afin de rappeler les bonnes pratiques.</p>
<p><b>L'épilation appropriée du site opératoire</b></p> <p>Aucune épilation n'a été effectuée. Si oui, elle a été effectuée conformément aux recommandations.</p>	<p>Surveiller la température du patient durant la chirurgie à l'aide d'une sonde thermométrique et après la chirurgie, jusqu'au retour de la normothermie.</p>
<p><b>Le maintien du contrôle glycémique périopératoire</b></p> <p>Patients diabétiques ou qui présentent un risque de diabète, qui ont atteint un contrôle glycémique postopératoire optimal (à 6 h jour 1 et jour 2 : &lt; 10 mmol/L)</p>	
<p><b>La normothermie périopératoire</b></p> <p>La normothermie du patient a été maintenue jusqu'à la période postopératoire. Afin d'évaluer ceci, prendre la température à la salle de réveil, si elle se situe entre 36 et 38 °C = conforme.</p>	

## 2.3 MESURE DES TAUX D'INCIDENCE DES ISO

Afin de mesurer les taux d'incidence des ISO, l'INSPQ propose dans son document *Avis scientifique : Surveillance des infections du site opératoire : outils et méthodologies pour les milieux de soins*<sup>1</sup>, des méthodes et outils pour y parvenir.

Indicateurs	Méthodes de mesure des taux d'incidence
Taux d'incidence des ISO selon le type de chirurgie	<p>Surveiller 30 ou 90 jours (si prothèses) postchirurgie, selon le type de chirurgie.</p> <p>Choisir la méthode qui convient le mieux au milieu : observation directe et indirecte, méthode prospective ou rétrospective.</p> <p>Utiliser les définitions standardisées proposées par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) via le National Healthcare Safety Network 2013 (NHSN).</p> <p>Le calcul du taux d'incidence est le nombre d'ISO selon les définitions/nombre total de chirurgies réalisées. Si le support nécessaire pour y parvenir est disponible, stratifier les données selon l'indice de risque du National nosocomial infections surveillance (NNIS).</p>

## 2.4 MÉTHODES DE CALCUL

### Calcul des taux de conformité à l'EPE

Toutes les pratiques recommandées doivent être appliquées pour qu'il y ait conformité et que le patient soit inclus dans le numérateur.

Les éléments doivent d'abord être mesurés globalement puis individuellement (pour suivre l'observance des mesures). La cible à atteindre est de 95 % de conformité aux quatre éléments de l'EPE.

#### Calcul du taux de conformité globale

$$\frac{\text{Nombre de patient ayant subi une chirurgie pour lesquels les quatre éléments sont conformes, au cours d'une période financière}}{\text{Total des chirurgies observées durant la période financière}} \times 100$$

Par ailleurs, les établissements peuvent à leur niveau mesurer chacun des éléments individuellement. Le calcul du taux de conformité pour chacun des éléments se fait de la façon suivante :

$$\frac{\text{Nombre de patients ayant subi une chirurgie pour lesquels l'élément mesuré était présent}}{\text{Total des chirurgies observées durant la période financière}} \times 100$$

### **Calcul du taux d'incidence des ISO**

L'établissement établit sa cible du taux d'incidence des ISO afin d'être en mesure de la comparer annuellement.

$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas d'ISO au cours d'une période financière}}{\text{Nombre total de patients échantillonnés au cours de la même période financière}} \times 100$
--

### 3 IMPLANTATION DE LA STRATÉGIE

Les moyens pour l'implantation de la stratégie et le rythme sont laissés à la discrétion des établissements de santé.

À titre indicatif, la campagne canadienne estime que la mise en œuvre d'une stratégie peut s'échelonner sur une période d'un an ou plus, selon les établissements :

1. mise en place de la stratégie dans l'établissement : 1 à 2 mois;
2. mobilisation du personnel : 1 mois;
3. promotion du changement : 4 à 9 mois;
4. documentation et diffusion des résultats : 1 mois.

Une équipe interdisciplinaire dirigée par le chef du département ou du secteur clinique est constituée. Cette équipe est composée de professionnels associés directement ou indirectement à la chirurgie, par exemple :

- un chirurgien;
- un anesthésiste;
- le chef clinico-administratif;
- une infirmière clinicienne ou la monitrice du bloc opératoire (responsable de la formation sur l'unité);
- un professionnel ayant pour mandat l'appréciation de la qualité des soins;
- une infirmière soignante au bloc opératoire et sur une unité de chirurgie;
- un médecin responsable des protocoles d'insuline et du contrôle de la glycémie;
- un pharmacien;
- un médecin microbiologiste-infectiologue;
- une infirmière en prévention et contrôle des infections.

Cette équipe interdisciplinaire identifie son mandat, les responsabilités de chacun ainsi que ce qui concerne les observations et le calendrier d'implantation de la stratégie. Cette équipe identifie également le type de chirurgie sur laquelle appliquer la stratégie, le nombre et les modalités des observations ou évaluations, les activités de diffusion des résultats et de transfert des connaissances.

Des outils ou méthodes de travail afin d'aider les intervenants à intégrer les pratiques recommandées à leur travail peuvent être élaborées, par exemple :

- protocole, aide-mémoire et ordonnance préimprimée adoptés par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens sur l'administration des antibiotiques prophylactiques peropératoires;
- seringues d'antibiotiques déjà préparées par la pharmacie;
- s'assurer que seuls les produits recommandés pour l'asepsie de la peau soient disponibles au bloc opératoire;
- faciliter l'accès aux tondeuses et encourager leur utilisation.

Des outils peuvent également être utiles pour les observations. Les annexes 2 et 3 proposent respectivement une liste de vérification des éléments de l'EPE pour prévenir les ISO et une liste des items à retrouver facilement dans les dossiers des patients.

## **4 DIFFUSION DES RÉSULTATS**

Le Service clinique et secteur responsable de l'implantation de la stratégie diffuse le rapport des taux de conformité et des taux d'incidence des ISO dans les services et secteurs concernés ainsi qu'à sa direction.

Les taux d'incidence des ISO sont obtenus par l'équipe de prévention et de contrôle des infections.

La direction responsable inscrit ces taux au tableau de bord de l'établissement et en fait un suivi à la direction générale. Elle présente également ces taux au Conseil d'administration.

Au niveau régional, les agences de la santé et de s services sociaux suivront, dans un premier temps, l'implantation de la campagne, à savoir le nombre d'établissements qui ont adhéré et le nombre et le choix des stratégies.



## RÉFÉRENCES

- 1 INSPQ. Avis scientifique : Surveillance des infections du site opératoire : outils et méthodologies pour les milieux de soins. Direction des risques biologiques et de la santé au travail. En cours de publication.
- 2 Institut canadien pour la sécurité des patients. Campagne des Soins de santé plus sécuritaires maintenant! Trousse de départ: prévention des infections du site opératoire, septembre 2010. Disponible à l'adresse: <http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Interventions/SSI/Pages/default.aspx>.



## **ANNEXE 1**

### **AIDE-MÉMOIRE DE L'EPE POUR PRÉVENIR LES ISO**



## **AIDE-MÉMOIRE DE L'EPE POUR PRÉVENIR LES ISO**

### **Administration appropriée de l'antibioprophylaxie chirurgicale**

- Sélection appropriée de l'antibiotique selon les lignes directrices reconnues localement.
- Bon dosage selon le poids et les lignes directrices reconnues localement.
- Administrer < 60 minutes avant l'incision ou l'installation du garrot.
- Cesser < 24 heures après la première dose.

### **Effectuer l'asepsie cutanée du site à l'aide de chlorhexidine 2 % dans l'alcool 70 %**

- Idéalement, utiliser des applicateurs à usage unique.
- Afin d'éviter les brûlures, s'assurer que la solution ait complètement séché avant de débiter la chirurgie (environ 3 minutes).

### **Épilation appropriée du site opératoire**

- Éviter l'épilation.
- Si l'épilation est requise, l'effectuer :
  - à l'aide d'une tondeuse ou d'une solution dépilatoire,
  - dans les 2 heures précédant la chirurgie,
  - à l'extérieur du bloc opératoire ou de la salle de procédure pour éviter la contamination de la plaie,
  - si l'épilation est effectuée au bloc opératoire, utiliser des gants adhésifs ou d'autres méthodes afin d'enlever les surplus de poils.

### **Maintien du contrôle glycémique périopératoire des patients diabétiques ou qui présentent un risque de diabète**

- Effectuer un contrôle de la glycémie à tous les patients en clinique préopératoire.
- Pour les patients connus diabétiques ou ayant une glycémie préopératoire > 10 mmol/L :
  - s'assurer qu'un protocole de contrôle de l'hyperglycémie soit prescrit,
  - le jour de la chirurgie, surveiller la glycémie conformément au protocole local,
  - aviser l'anesthésiste et le chirurgien si la glycémie est > 10 mmol/L,
  - surveiller la glycémie étroitement durant les 48 heures postopératoires immédiates,
  - effectuer une glycémie capillaire minimalement vers 6 h 00 le matin, aux jours 1 et 2.

### **Maintien de la normothermie avant, pendant et après la chirurgie**

- Surveiller la température du patient avant la chirurgie, durant la chirurgie à l'aide d'une sonde thermométrique et après la chirurgie, jusqu'au retour de la normothermie.
- Utiliser différents moyens pour s'assurer de maintenir une température interne entre 36 et 38 °C chez le patient. Ex : couverture préchauffée pour les chirurgies > 30 min, température de la salle à 20 °C.



## **ANNEXE 2**

### **LISTE DE VÉRIFICATION DE L'EPE POUR PRÉVENIR LES ISO**



**LISTE DE VÉRIFICATION DE L'EPE POUR PRÉVENIR LES ISO**

Étendue des dates des évaluations : \_\_\_\_\_ Chirurgie évaluée : \_\_\_\_\_

Observations	Choix conforme de l'antibio.	Dosage conforme de l'antibio.	Antibio. administré en temps opportun	Antibio. cessé ≤ 24h	Asepsie cutanée à l'aide de CHG 2 % dans l'alcool 70 % (facultatif)	Aucune épilation ou effectuée de façon conforme	Glycémie post-op, à 6 h 00 J1 et J2 : < 10 mmol/l chez diabétique et à risque	Température à la salle de réveil entre 36 et 38 °C	Commentaires si non-conformité	Conformité à tous les indicateurs
	O	O	O	O	O	O	O	O		
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
Total									Taux de conformité globale	

Note : antibio. : antibiotiques.

CHG : Chlorhexidine.

Signature de la personne qui effectue les observations : \_\_\_\_\_



## **ANNEXE 3**

**LISTE DES ITEMS DEVANT SE TROUVER  
FACILEMENT DANS LE DOSSIER**



**LISTE DES ITEMS DEVANT SE TROUVER FACILEMENT DANS LE DOSSIER**

- Le type d'antibiotique administré en prophylaxie, le dosage, le moment de son administration et sa durée.
- L'heure de l'incision et de l'installation du garrot, si présence.
- La présence ou non d'épilation. Si présence, le moyen, le moment et le lieu.
- La glycémie postopératoire, à 6 h 00 a.m. aux jours 1 et 2, chez les patients diabétiques ou à risque de diabète.
- La température du patient à la salle de réveil.





EXPERTISE  
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

[www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)



RECHERCHE  
ÉVALUATION  
ET INNOVATION



COLLABORATION  
INTERNATIONALE



LABORATOIRES  
ET DÉPISTAGE

Institut national  
de santé publique

Québec

