



PRÉVENTION DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE

des soins de santé plus sécuritaires
Maintenant!

But

PRÉVENIR LES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE (ISO) ET LES DÉCÈS PAR LA MISE EN ŒUVRE FIABLE DE SOINS PÉRIOPÉRATOIRES IDÉAUX POUR TOUS LES PATIENTS SUBISSANT UNE INTERVENTION CHIRURGICALE.

Contexte

- L'infection du site opératoire est l'infection associée aux soins de santé la plus courante chez les patients ayant subi une chirurgie : 77 % des décès signalés pour ces patients sont liés à une infection.¹
- Dans les pays occidentaux, de 2 à 5% des patients subissant des interventions chirurgicales propres et jusqu'à 20 % des patients qui subissent des interventions chirurgicales intra-abdominales développeront une infection du site opératoire.² Les patients infectés sont deux fois plus à risque de mourir, passent 60 % plus de temps à l'unité des soins intensifs et sont cinq fois plus à risque d'être réadmis à l'hôpital après leur congé initial.³ Ces infections entraînent 3,7 millions de jours d'hospitalisation supplémentaires et des coûts supplémentaires de 1,6 à 3 milliards en devises américaines annuellement.^{3,4}
- *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* a produit la première Trousse de départ ISO en 2005 et depuis cette époque, des données auto déclarées relatives aux processus de prévention des ISO (quatre éléments majeurs) ont été saisies par 145 établissements à travers le Canada. Cependant, seulement 43 % (63/145) des établissements ont déclaré des données de septembre 2012 à août 2013. Bien que non transmises, nous reconnaissons que des données sont encore saisies dans certains établissements et transmises au niveau local et/ou provincial.

Selon les données transmises, le programme *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* a contribué à l'amélioration de la sécurité des soins chirurgicaux. Il y a eu une diminution de 60 % du taux d'infection du site opératoire pour les chirurgies propres et propres-contaminées de 2005-2010 (figure 1). Les quatre indicateurs de processus au fil du temps comprenaient :

- le pourcentage de patients recevant une administration d'antibioprophylaxie en temps opportun
- le pourcentage de patients pour lesquels l'antibioprophylaxie a été cessée de manière appropriée
- le pourcentage de patients qui ont subi une intervention chirurgicale et qui ont eu une épilation appropriée
- le pourcentage de tous les patients qui ont subi une intervention chirurgicale et normothermie à la salle de réveil

Stratégie

Quatre éléments clés pour des soins péri opératoires fiables :

1. Traitement antimicrobien péri opératoire ⁴
2. Épilation appropriée ⁵
3. Maintien du contrôle de la glycémie péri opératoire ⁶
4. Normothermie péri opératoire ⁷

1. Administration d'antibioprophylaxie en temps opportun
 2. Interruption en temps opportun de l'antibioprophylaxie
 3. Infection chirurgicale identifiée par la surveillance post congé à <= 30 jours ou 31 -90 jours après l'opération
 4. Épilation appropriée
 1. Tous les patients subissant une intervention chirurgicale ou diabétiques à risque d'une glycémie élevée avec contrôle du glucose sérique dans les deux premiers jours post-intervention
 2. Normothermie au moment de l'arrivée à la salle de réveil
 3. Sélection appropriée de l'antibioprophylaxie
 4. Administration de l'antibioprophylaxie en temps opportun lors d'une césarienne
 5. Lavage préopératoire avec du savon ou un agent antiseptique
 6. Nettoyage intra opératoire de la peau approprié sur la peau intacte
 7. Recevoir 2g de céfazoline comme antibioprophylaxie
 8. Recevoir un redosage d'antibioprophylaxie appropriée
- Infection chirurgicale lors du congé

Exemple de réussite : *BC Patient Safety & Quality Council*

La trousse de départ ISO a un impact énorme sur les soins chirurgicaux sécuritaires. Les équipes chirurgicales peuvent se fier à l'information de la trousse et l'utiliser sur le champ. La mise en œuvre de soins chirurgicaux sécuritaires varie d'un milieu à l'autre et l'équipe chirurgicale doit décider comment y parvenir et qui fait quoi. « La trousse de départ fournit les données probantes, mais la façon de faire est décidée par les équipes de première ligne, car c'est là où sont les connaissances », déclare Marlies van Dijk, directrice de l'amélioration clinique (*BC Patient Safety & Quality Council*).

La prévention des infections du site opératoire est une priorité partout en Colombie-Britannique et la culture est considérée comme facteur essentiel pour réduire les préjudices. Marlies coordonne le Programme national d'amélioration de la qualité chirurgicale (NSQIP en anglais) - une initiative menée par des chirurgiens où 24 hôpitaux utilisent un outil de mesure rigoureux pour analyser les résultats chirurgicaux ajustés au risque afin d'aider à favoriser ce changement de culture. L'initiative met l'accent sur l'hôpital ou l'unité comme un système d'apprentissage et analyse continuellement les indicateurs de processus et de résultats pour orienter l'amélioration.

Comme la plupart des infections apparaissent suite au congé, la pierre angulaire du programme est un examen de dossier postopératoire à 30 jours et le suivi avec les patients ayant subi une intervention chirurgicale. L'analyse du NSQIP portant sur 19 des 24 sites hospitaliers en Colombie-Britannique a permis d'identifier des points à améliorer et a permis d'indiquer un potentiel d'économie de 7 700 à 31 000 jours-patients annuellement à l'échelle de la province.

Le *BC Patient Safety & Quality Council* est en train de bâtir une culture de fiabilité pour réduire les ISO. Les stratégies efficaces se concentrent sur l'appropriation de la première ligne et de la clinique. Le transfert de l'appropriation et de la prise de décision à la première ligne sont essentiels à l'amélioration des résultats.

« En examinant le côté adaptatif des soins cliniques, nous pouvons réduire et contrôler nos taux d'ISO », ajoute Marlies. Nous devons aborder la question des soins chirurgicaux sécuritaires différemment pour nous pencher sur la culture, le leadership et l'engagement. Nous avons une obligation envers nos patients de s'assurer que les meilleures pratiques soient fournies et cette approche est très faisable. »

Références

1. Cataife G, Weinberg DA, Wong HH, et al. The effect of Surgical Care Improvement Project (SCIP) compliance on surgical site infection (SSI). *Med Care* 2014;52(suppl1):S66-73.
2. Auerbach A. Prevention of surgical site infections. In: Shojania K, Duncan B, McDonald K, et al, eds. *Making Health Care Safer: A critical Analysis of Patient Safety Practices Evidence report/technology assessment no 43*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality;2001:221-44.
3. Kirkland K, Briggs J, Trivette S, Wilkinson W, Sexton D. The impact of surgical-site infections on the 1990s: Attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999;20:725-30.
4. Rapportez-vous aux références No 1, 5-58,60-67,73-106,191-193,201,204-212,228,231,238 de la liste de références de la Trousse de départ, Infections du site opératoire, septembre 2014.
5. Rapportez-vous aux références No 1,37, 74, 82, 107-120 de la liste de références de la Trousse de départ, Infections du site opératoire, septembre 2014.
6. Rapportez-vous aux références No 1, 2, 121-132 de la liste de références de la Trousse de départ, Infections du site opératoire, septembre 2014.
7. Rapportez-vous aux références No 132-139 de la liste de références de la Trousse de départ, Infections du site opératoire, septembre 2014.