

**GESTION DU RISQUE INFECTIEUX
AU BLOC OPERATOIRE :
LE POINT DE VUE DE L'INFECTIOLOGUE**

M. GASTLI

Quatrième Édition des JOQSSEP

Tunis 19.10.2018

- Article types
 - Clinical Trial
 - Review
 - Customize ...
- Text availability
 - Abstract
 - Free full text
 - Full text
- Publication dates
 - 5 years
 - 10 years
 - Custom range...
- Species
 - Humans
 - Other Animals

Format Summary Sort by: Best Match Per page: 20

Send to Filters: Manage Filters

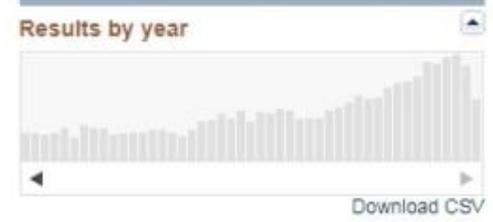
Search results

Items: 21 to 40 of 17349

<< First < Prev Page 2 of 868 Next > Last >>

Sort by: Best match Most recent

- [Operating theatre management: do we lack a mathematician's perspective?](#)
21. Harrison S, Nugud O, Benziger H.
ANZ J Surg. 2013 Jan;83(1-2):5-6. No abstract available.
PMID: 23472251
[Similar articles](#)
- [A management dashboard to boost operating theatre utilisation, productivity and profitability.](#)
22. Rufai SR, Cronbach PL, Alexander P, Lash SC.
Int J Surg. 2015 Aug;20:26-7. doi: 10.1016/j.ijssu.2015.06.021. Epub 2015 Jun 11. No abstract available.
PMID: 26074294 [Free Article](#)
[Similar articles](#)
- [\[Myths and facts in the operating theatre\].](#)
23. Lemmen S, Lewalter K.
Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 2013 Sep;48(9):518-23. doi: 10.1055/s-0033-1355230. Epub 2013 Sep 18. Review. German.
PMID: 24048659
[Similar articles](#)
- [Creating an environment for patient safety and teamwork training in the operating theatre: A quasi-experimental study.](#)
24. Wallin CJ, Kalman S, Sandelin A, Färnert ML, Dahlstrand U, Jylli L.
Med Teach. 2015 Mar;37(3):267-76. doi: 10.3109/0142159X.2014.947927. Epub 2014 Sep 2.
PMID: 25180879
[Similar articles](#)
- [\[Aseptic non-touch technique in the operating room: keep it simple\].](#)
25. Pans SJ, Molmans E, Marczinski SC, Bijker JB, Snijdelaar DG.
Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A9471. Dutch.
PMID: 26577383



Find related data

Database: Select

Find items

Best match search information

MeSH Terms: operating rooms

See more...

Recent Activity

operating theatre (17598)

Turn Off Clear

PubMed

Show additional filters

Clear all



J. B. POQUELIN de MOLIÈRE





Daniel Mollière (1848-1890), the French anatomist and surgeon, and his encounters with nosocomial infections in the operating theatre

Gregory Tsoucalas^{1,2}, Konstantinos Laios¹, Marianna Karamanou¹, Markos Sgantzos^{2,3},
George Androutsos¹

¹History of Medicine Department, Medical School, University of Athens, Greece;

²History of Medicine, Faculty of Medicine, University of Thessaly, Larissa, Greece;

³Department of Anatomy, Faculty of Medicine, University of Thessaly, Larissa, Greece



STOP INFECTIONS AFTER SURGERY

WHAT'S THE PROBLEM?

Patients develop infections when **bacteria get into incisions made during surgery**. These affect patients in both...

LOW- AND MIDDLE-INCOME COUNTRIES



More than 1 in 10 people who have surgery in low- and middle-income countries (LMICs) get surgical site infections (SSIs)

People's risk of SSI in LMICs is **3 TO 5 TIMES HIGHER** than in high-income countries



Up to 1 in 5 women in Africa who deliver their baby by caesarean section get a wound infection



SSIs can be caused by bacteria that are **resistant to commonly-used antibiotics**

HIGH-INCOME COUNTRIES



In Europe, SSIs affect more than **500 000 PEOPLE** per year costing up to **€ 19 BILLION**

Around 1% of people who have surgery in the USA get an SSI

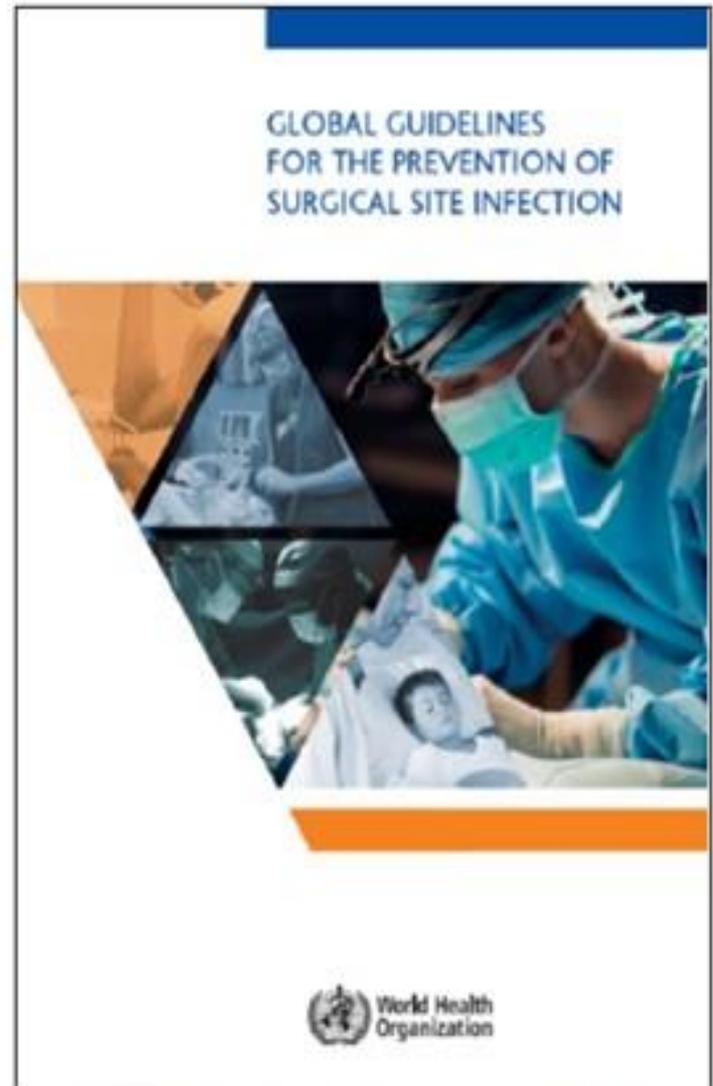


In the USA, SSIs contribute to patients spending more than **400 000 extra days** in hospital, costing **US\$ 10 BILLION** per year



SSIs threaten the lives of **millions** of surgical patients each year and contribute to the spread of **antibiotic resistance**

Recommandations OMS : nov. 2016



WHAT'S THE SOLUTION?

A range of precautions - **before, during and after surgery** - reduces the risk of infection



BEFORE SURGERY



Ensure patients bathe or shower



Do not shave patients



Only use antibiotics when recommended



Use chlorhexidine alcohol-based antiseptic solutions to prepare skin



Surgical scrub technique: hand wash or alcohol-based handrub

DURING SURGERY



Limit the number of people and doors being opened



Ensure all surgical equipment is sterile and maintain asepsis throughout surgery



AFTER SURGERY



Do not continue antibiotics to prevent infection - **this is unnecessary and contributes to the spread of antibiotic resistance**



Check wounds for infection and use standard dressings on primary wounds



Dr Carlo Balmelli, Lugano
Marie-Christine Eisenring, Sion
Prof. Stephan Harbarth, Genève
PD Dr. Stefan Kuster, Zürich
PD Dr. Jonas Marschall, Bern
Dr Virginie Masserey Spicher, Bern
Prof. Didier Pittet, Genève
Prof. Christian Ruetf, Zürich
PD Dr. Hugo Sax, Zürich
Dr. Matthias Schlegel, St. Gallen
Dr Alexander Schweiger, Basel
Prof. Nicolas Troillet, Sion
Prof. Andreas Widmer, Basel
Prof. Giorgio Zanetti, Lausanne

Module d'intervention consacré à la prévention des infections postchirurgicales

Guide de l'utilisateur

Mise à jour de
la conférence de consensus

Gestion préopératoire du risque infectieux

Octobre 2013

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)

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)

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)

Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017

Sandra I. Berrios-Torres, MD; Craig A. Umscheid, MD, MSCE; Dale W. Bratzler, DO, MPH; Brian Leas, MA, MS;
Erin C. Stone, MA; Rachel R. Kelz, MD, MSCE; Caroline E. Reinke, MD, MSHP; Sherry Morgan, RN, MLS, PhD;
Joseph S. Solomkin, MD; John E. Mazuski, MD, PhD; E. Patchen Dellinger, MD; Kamal M. F. Itani, MD;
Elie F. Barbari, MD; John Segreti, MD; Javad Parvizi, MD; Joan Blanchard, MSS, BSN, RN, CNOR, CIC;
George Allen, PhD, CIC, CNOR; Jan A. J. W. Kluytmans, MD; Rodney Donlan, PhD; William P. Schechter, MD;
for the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee

JAMA Surg 2017;152(8) 784-791

- **42 recommandations : 8 GRADE A 1, 4 GRADE B 1**
- **25 items sans recommandation ou non résolus**

Question de forme, disent ils. Tout ce qu'on sait a été dit. C'est bien cela. **Il est temps de dire ce qu'on ne sait pas.**

André STILL

- Discordance entre les études
- Faut-il systématiquement un niveau de preuve élevé pour mettre en œuvre une recommandation ?
- **Place du bon sens**

« Le bon sens dispense de savoir . »

Jules RENARD

Recommandations Formalisées d'Experts



Actualisation de recommandations

Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine
interventionnelle.
(patients adultes)

2018

Chirurgie de la prostate.

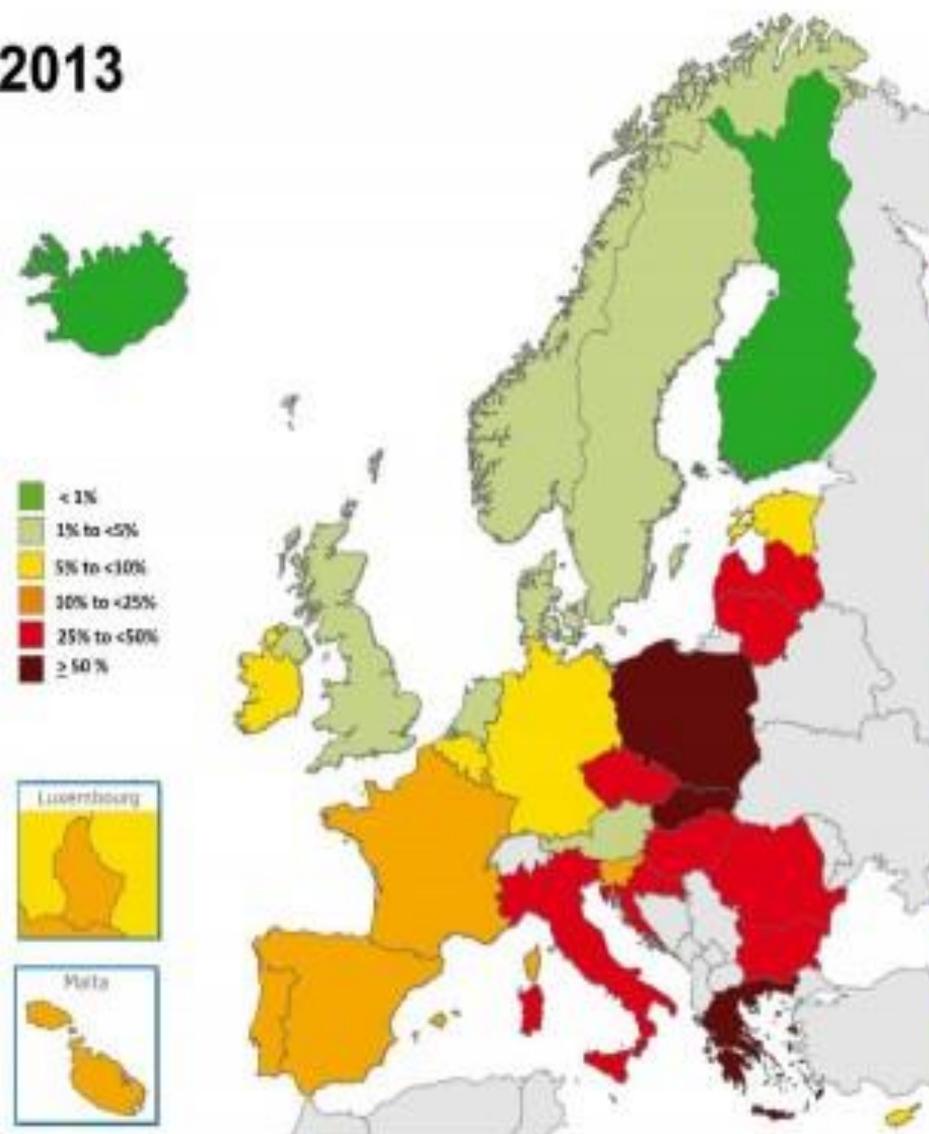
| Acte chirurgical | Produit | Dose initiale | Ré-injection et durée |
|--|----------------------------------|---|--|
| Résection endoscopique de la prostate, incision cervico-prostatique, adénomectomie | Céfazoline | 2 g IV lente | Dose unique (si durée > 4 h, réinjecter 1 g) |
| | Céfamandole ou Céfuroxime | 1,5 g IV lente | Dose unique (si durée > 2h, réinjecter 0,75g) |
| | Allergie : Gentamicine | 5 mg/kg/j | Dose unique |
| Biopsie de la prostate | Ofloxacine <i>per os</i> | Dose unique 400 mg (1h avant la biopsie) | Dose unique |
| | Allergie : Ceftriaxone | 1 g IV lente | Dose unique |
| Prostatectomie totale | Pas d'ANTIBIOPROPHYLAXIE | | |

Les guidelines c'est bien, **MAIS**

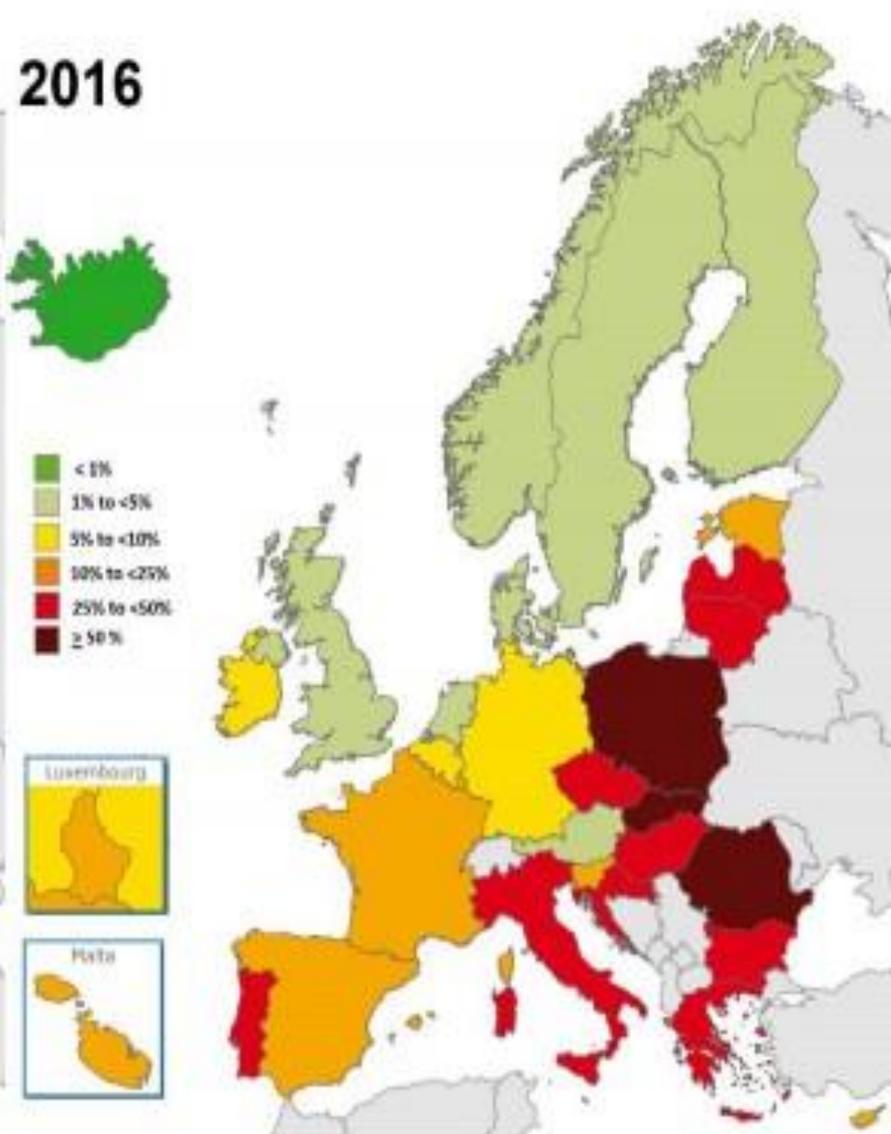
- **Spécificités de l'écologie bactérienne locale**
BGN multi ou toto résistants
- **Insuffisance du plateau technique**
- **Contraintes imposées par les caisses sociales**

Figure 1. *Klebsiella pneumoniae*: percentage of invasive isolates with combined resistance to third-generation cephalosporins, fluoroquinolones and aminoglycosides, EU/EEA, 2013 (left), 2016 (right)

2013



2016



Carriage of extended-spectrum beta-lactamase-producing Enterobacteriaceae and the risk of surgical site infection after colorectal surgery: a prospective cohort study

Biana Dubinsky-Pertzov, Elizabeth Temkin, Stephan Harbarth, Carolina Fankhauser-Rodriguez, Biljana Carevic, Ivana Radovanovic, Frederic Ris, Yehuda Kariv, Nicolas C Buchs, Eduardo Schiffer, ... Show more

Clinical Infectious Diseases, ciy768, <https://doi.org/10.1093/cid/ciy768>

Conclusion: ESBL-PE carriers who receive cephalosporin-based prophylaxis are at increased risk of SSI following colorectal surgery.

Les guidelines c'est bien, **MAIS**

- **Spécificités de l'écologie bactérienne locale**
BGN multi ou toto résistants
- **Insuffisance du plateau technique**
- **Contraintes imposées par les caisses sociales**

**LES RECOMMANDATIONS (SI ELLES ETAIENT LUES) Y
CHANGERAIENT ELLES QUELQUE CHOSE ?**

J Urol. 2015 February ; 193(2): 543–547. doi:10.1016/j.juro.2014.08.107.

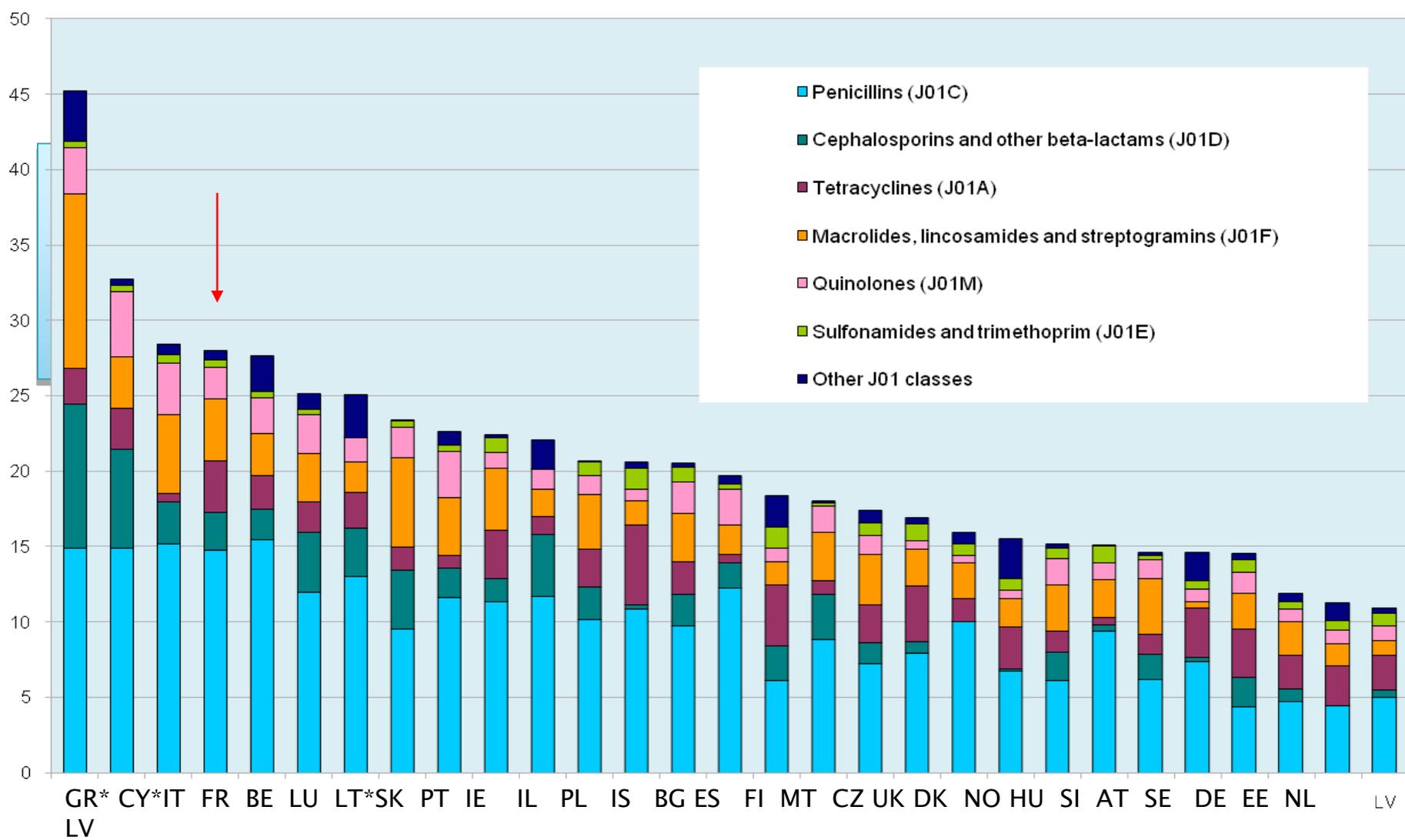
Overuse of Antimicrobial Prophylaxis in Community Practice Urology

Matthew Mossanen^{*}, Joshua K. Calvert, Sarah K. Holt, Andrew C. James, Jonathan L. Wright, Jonathan D. Harper, John N. Krieger[†], and John L. Gore

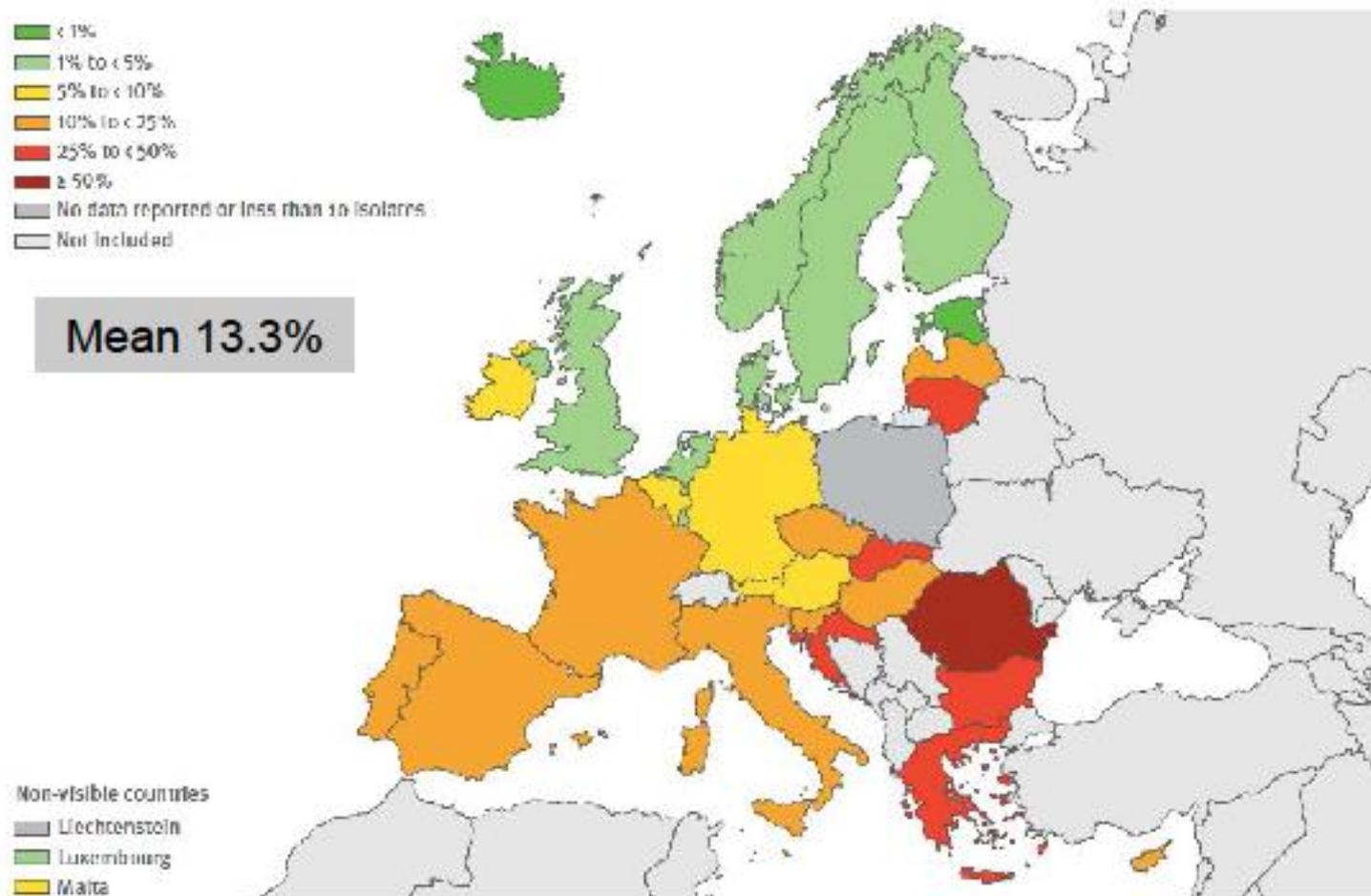
Conclusions—We documented considerable variation in antimicrobial prophylaxis for urological surgery. Compliance with AUA Best Practices increased with time but overall rates remain less than 60%

La perception et la gestion du risque infectieux varient selon les cultures, et impactent le résultat des culturesbactériologiques.

DDD per 1000 inhabitants and per day



Resistance rates to ≥ 3 antibiotic groups



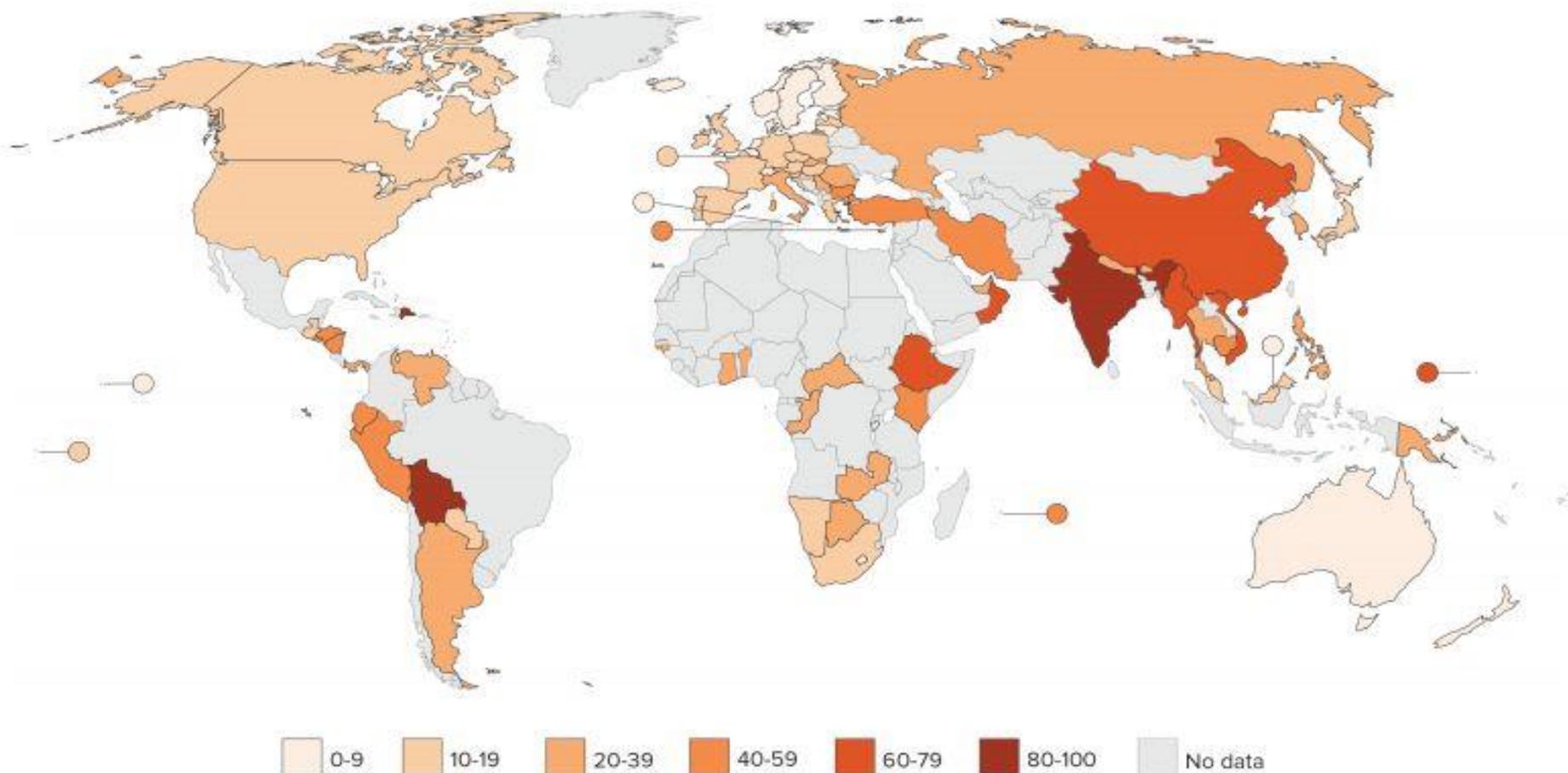


FIGURE 1-2: Percentage of extended-spectrum beta-lactamase producing *Escherichia coli, by country (most recent year, 2011–2014)**

Source: CDDEP 2015, WHO 2014 and PAHO, forthcoming

Where available, data from invasive isolates have been used. In their absence, data from all specimen sources are included. Only countries that reported data for at least 30 isolates are shown. Depending on the country, resistance to one or more of the following drugs were used: Ceftriaxime, ceftriaxone and cefotaxime. Intermediate-resistant isolates are included as resistant in some calculations, as in the original data source.

*Indicated by third-generation cephalosporin resistance

CONCLUSION

- **Le risque infectieux au bloc opératoire n'est pas une fatalité**
- **Nécessité d'une intervention multidisciplinaire**
- **Bon sens et discipline**



SURVEILLANCE REPORT

Annual Epidemiological Report for 2016

Healthcare-associated infections: surgical site infections

Key facts

- Surgical site infections (SSIs) are among the most common healthcare-associated infections (HAIs). They are associated with longer post-operative hospital stays, additional surgical procedures, treatment in intensive care units and higher mortality.
- In 2016, 14 EU Member States and Norway reported SSIs for seven types of surgical procedures to ECDC.
- During this period, 10 304 SSIs were reported from a total of 630 551 surgical procedures.
- The percentage of SSIs varied from 0.5% to 9.0%, depending on the type of surgical procedure.
- The incidence density of in-hospital SSIs per 1 000 post-operative patient-days varied from 0.1 to 5.5, depending on the type of surgical procedure.
- From 2013 to 2016, a significantly increasing trend was only observed for the yearly percentage of SSIs in laminectomy (LAM) operations. However, there was no significant trend in the incidence density of in-hospital SSIs.
- For caesarean sections (CSEC) and knee prosthesis (KPRO) operations, a significantly decreasing trend for both the yearly percentage of SSIs and the incidence density of in-hospital SSIs was observed during 2013–2016.

Concise Communication

Costs versus earnings in colon surgery and coronary artery bypass grafting under a prospective payment system: Sufficient financial incentives to reduce surgical site infections?

Fabrice Juchler MMed^{1,2,a}, Jan A. Roth MD^{1,2,a}, Alexander Schweiger MD^{2,3}, Marc Dangel MPH^{1,2}, Massimo Gugliotta⁴, Manuel Battegay MD^{1,2}, Friedrich S. Eckstein MD^{2,5}, Christoph Kettelhack MD^{2,6}, Christian Abshagen MD, MBA⁴, Balthasar L. Hug MD, MBA, MPH^{2,7}, John M. Boyce MD⁸ and Andreas F. Widmer MD, MS^{1,2,3}

¹Division of Infectious Diseases and Hospital Epidemiology, University Hospital Basel, Basel, Switzerland, ²University of Basel, Basel, Switzerland, ³Swissnos, National Center for Infection Prevention, Bern, Switzerland, ⁴Department of Finance, University Hospital Basel, Basel, Switzerland, ⁵Department of Cardiac Surgery, University Hospital Basel, Basel, Switzerland, ⁶Department of Visceral Surgery, University Hospital Basel, Basel, Switzerland, ⁷Department of Internal Medicine, Kantonsspital Luzern, Lucerne, Switzerland and ⁸J.M. Boyce Consulting, LLC, Middletown, Connecticut, United States of America

Abstract

Based on a surgical site infection (SSI) cohort at an academic center, we showed a median potentially preventable loss per non-SSI case of \$17,916 in colon surgery and of \$34,741 in coronary artery bypass grafting.

(Received 16 May 2018; accepted 11 July 2018)

PRINCIPES DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE (1)

S'applique à certaines chirurgies « propres » ou « propres contaminées »

30 mn avant le début de l'intervention

Doit être terminée lors de l'incision

Dose initiale double de la dose unitaire usuelle

Dose unique recommandée: parfois répétée au cours de l'intervention (toutes les demi vie)

Obèse (IMC > 35) : doubler la dose de bêtalactamines

PRINCIPES DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE (2)

La durée doit être la plus courte possible

LA PRESCRIPTION AU DELA DE 48h EST INTERDITE

Les guidelines c'est bien, **MAIS**

Aléas du diagnostic microbiologique

Spécificités de l'écologie bactérienne locale

BGN multi ou toto résistants (BLSE, KPC...)

Insuffisance du plateau technique

Contraintes imposées par la CNAM

PRINCIPES DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE (2)

La durée doit être la plus courte possible

LA PRESCRIPTION AU DELA DE 48h EST INTERDITE

PRINCIPES DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE (1)

- **S'applique à certaines chirurgies « propres » ou « propres contaminées »**
- **30 mn avant le début de l'intervention**
- **Doit être terminée lors de l'incision**
- **Dose initiale double de la dose unitaire usuelle**
- **Dose unique recommandée: parfois répétée au cours de l'intervention (toutes les demi vie)**
- **Obèse (IMC > 35) : doubler la dose de bétalactamines**

Les guidelines c'est bien, **MAIS**

- Aléas du diagnostic microbiologique
- Spécificités de l'écologie bactérienne locale
 BGN multi ou toto résistants (BLSE, KPC...)
- Insuffisance du plateau technique
- Contraintes imposées par la CNAM

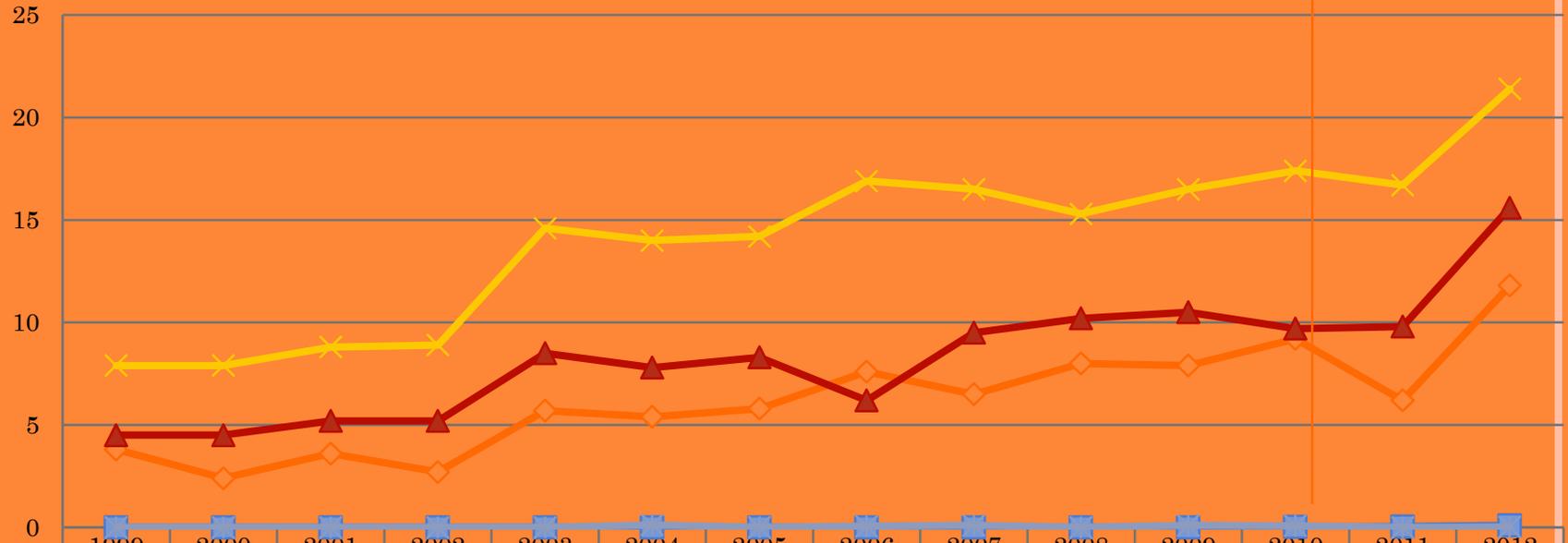


ÉTAT DE LA RÉSISTANCE BACTÉRIENNE AUX ANTIBIOTIQUES EN TUNISIE

**Pr Zribi Meriam, laboratoire de Microbiologie
CHU la Rabta**

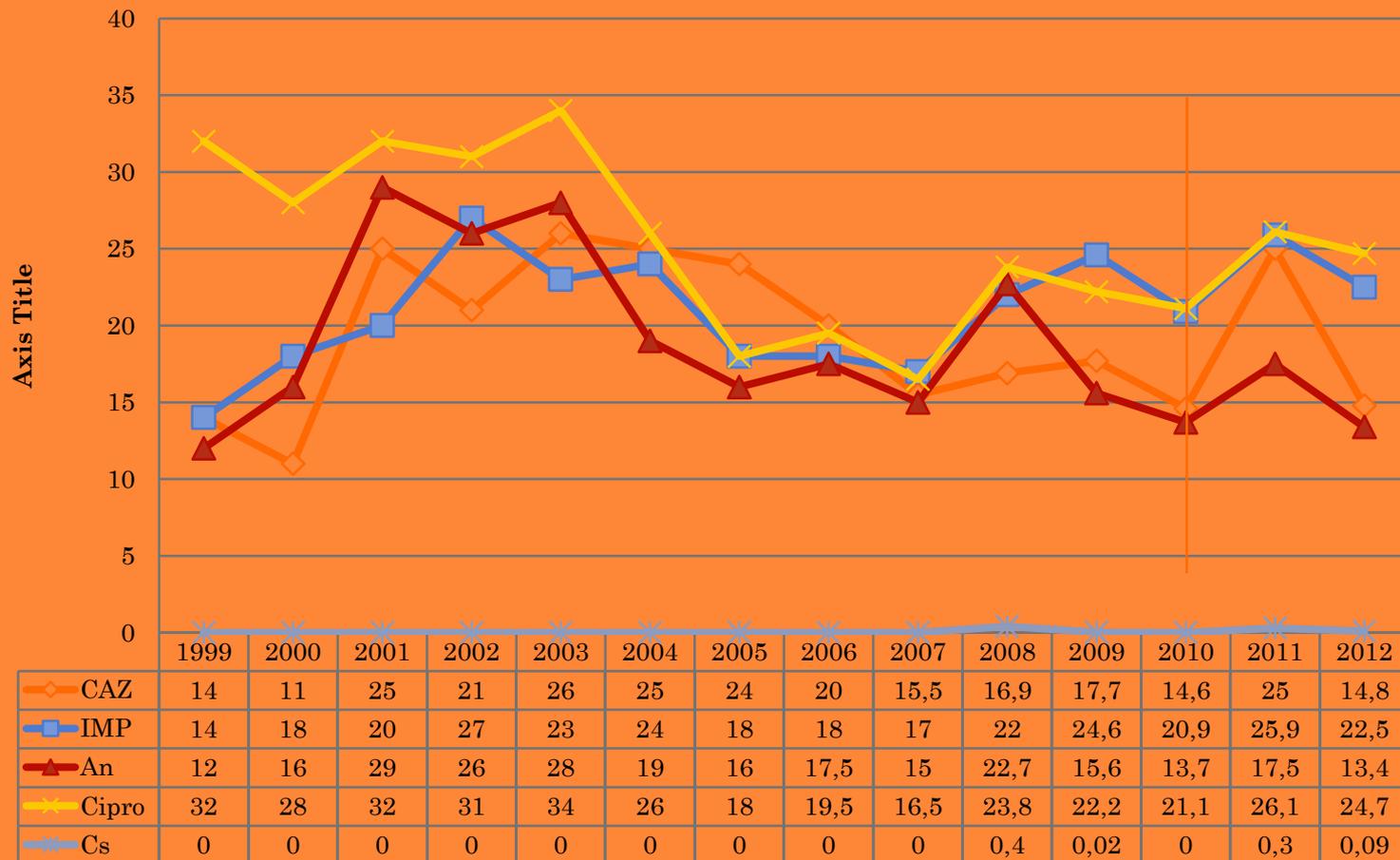
**Pr Ilhem Boutiba , laboratoire de Microbiologie
CHU Charles Nicolle**

ÉVOLUTION DE LA RÉSISTANCE DE *E. COLI*



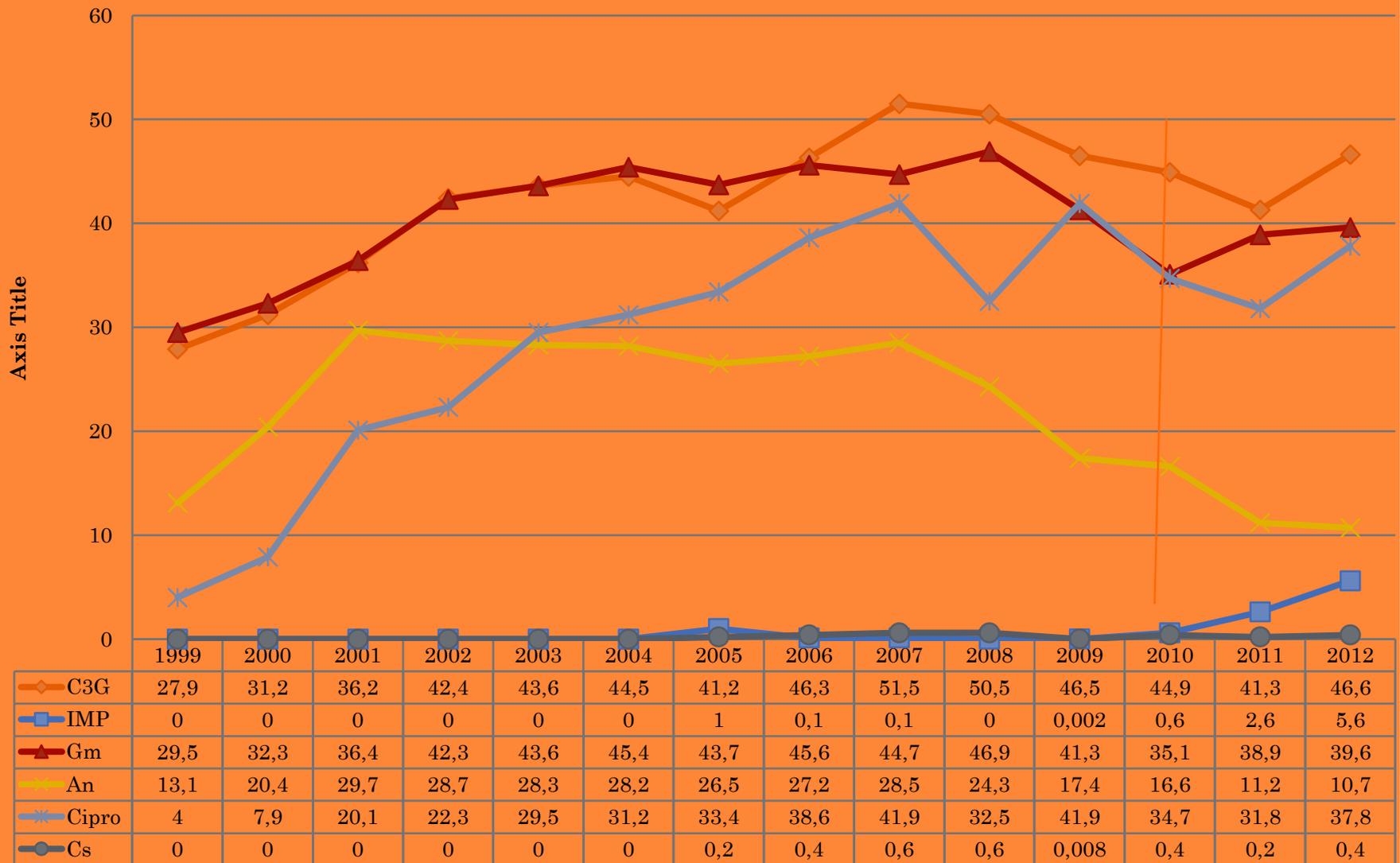
| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| C3G | 3,8 | 2,4 | 3,6 | 2,7 | 5,7 | 5,4 | 5,8 | 7,6 | 6,5 | 8 | 7,9 | 9,2 | 6,2 | 11,8 |
| IMP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,02 | 0,04 | 0,1 |
| Gm | 4,5 | 4,5 | 5,2 | 5,2 | 8,5 | 7,8 | 8,3 | 6,2 | 9,5 | 10,2 | 10,5 | 9,7 | 9,8 | 15,6 |
| Cipro | 7,9 | 7,9 | 8,8 | 8,9 | 14,6 | 14 | 14,2 | 16,9 | 16,5 | 15,3 | 16,5 | 17,4 | 16,7 | 21,4 |
| Cs | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,12 | 0,01 | 0,06 | 0,1 | 0 | 0,1 | 0,08 | 0 | 0,02 |

Evolution de la résistance de *P. aeruginosa* aux antibiotiques



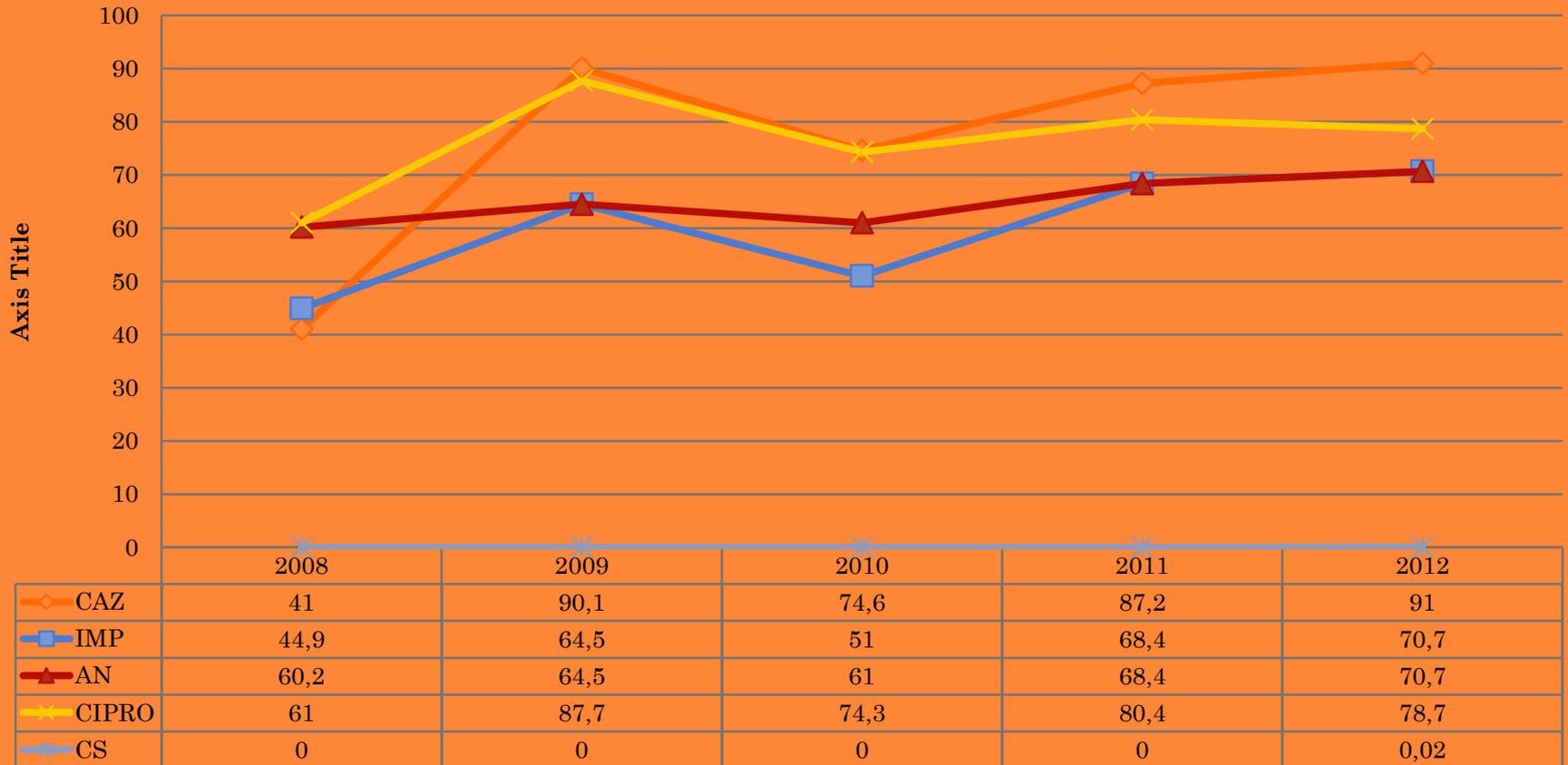
- **46%** des souches de *P. aeruginosa* isolées en **USI** étaient R à imipénème
- **1/3** des souches responsables de **bactériémies** ou **infections pulmonaires** basses chez des malades sous ventilation mécanique étaient R à imipénème
- Près de **42%** de ces souches étaient R à tous les antibiotiques testés, sauf la colistine

EVOLUTION DE LA RÉSISTANCE DE *K. PNEUMONIAE*



Depuis 2005, émergence de souches R aux carbapénèmes (VIM-4 → épidémie nosocomiale à Sfax → OXA-48 dans les différents CHU +++, rarement KPC et NDM-1

Evolution de la résistance d'*A. baumannii* aux antibiotiques



- Essentiellement, services de réanimation et de chirurgie
- Infections graves (respiratoires et bactériémies) +++
- Multirésistance, voire tous les antibiotiques testés, sauf la colistine

Original Article

The preventable proportion of healthcare-associated infections 2005–2016: Systematic review and meta-analysis

Peter W. Schreiber MD¹, Hugo Sax MD Prof^{1,2}, Aline Wolfensberger MD¹, Lauren Clack PhD¹,
Stefan P. Kuster MD, MSc^{1,2} and Swissnoso^a

Conclusions: Published evidence suggests a sustained potential for the significant reduction of HAI rates in the range of 35%–55% associated with multifaceted interventions irrespective of a country's income level.



Article

Surveillance of Environmental and Procedural Measures of Infection Control in the Operating Theatre Setting

Laura Dallolio ^{1,*} , Alessandra Raggi ¹, Tiziana Sanna ¹, Magda Mazzetti ², Alessandra Orsi ³, Angela Zanni ³, Patrizia Farruggia ³ and Erica Leoni ¹ 

Concise Communication

Costs versus earnings in colon surgery and coronary artery bypass grafting under a prospective payment system: Sufficient financial incentives to reduce surgical site infections?

Fabrice Juchler MMed^{1,2,a}, Jan A. Roth MD^{1,2,a}, Alexander Schweiger MD^{2,3}, Marc Dangel MPH^{1,2}, Massimo Gugliotta⁴, Manuel Battegay MD^{1,2}, Friedrich S. Eckstein MD^{2,5}, Christoph Kettelhack MD^{2,6}, Christian Abshagen MD, MBA⁴, Balthasar L. Hug MD, MBA, MPH^{2,7}, John M. Boyce MD⁸ and Andreas F. Widmer MD, MS^{1,2,3}

¹Division of Infectious Diseases and Hospital Epidemiology, University Hospital Basel, Basel, Switzerland, ²University of Basel, Basel, Switzerland, ³Swissnoso, National Center for Infection Prevention, Bern, Switzerland, ⁴Department of Finance, University Hospital Basel, Basel, Switzerland, ⁵Department of Cardiac Surgery, University Hospital Basel, Basel, Switzerland, ⁶Department of Visceral Surgery, University Hospital Basel, Basel, Switzerland, ⁷Department of Internal Medicine, Kantonsspital Luzern, Lucerne, Switzerland and ⁸J.M. Boyce Consulting, LLC, Middletown, Connecticut, United States of America

Abstract

Based on a surgical site infection (SSI) cohort at an academic center, we showed a median potentially preventable loss per non-SSI case of \$17,916 in colon surgery and of \$34,741 in coronary artery bypass grafting.

(Received 16 May 2018; accepted 11 July 2018)

MERCI!
THANK YOU!



FRAPAR.

Place du flux laminaire en chirurgie orthopédique prothétique ?



■ Conclusion :

“ It would be a waste of resources to establish new operating rooms with LAF, and questionable as to whether LAF systems in existing operating rooms should be replaced by conventional ventilation systems. ”

En synthèse, quelles sont les recommandations françaises ?

- La dépilation n'est **pas indispensable** ;
... mais si elle est décidée par le chirurgien : **pas de rasage**
- L'étape de **déterSION/nettoyage** peut être :
 - la douche pré-opératoire
 - la détersion au bloc en cas de peau souillée
- L'**antisepsie** doit être **soigneuse** ; produit à large spectre, **à base alcoolique**

Importance d'une stratégie cohérente

- Prise en compte du parcours du patient
 - déjà hospitalisé ?
- Prise en compte du degré d'observance des recommandation par le patient
 - compréhension des messages et accessibilité à leur respect
plaquettes d'information adaptées, adaptation à l'état du patient et à son environnement
 - « cohérence » de la prise en charge
temps et conditions de déplacement domicile – établissement
temps d'attente avant l'intervention

Est-ce aussi clair ?

- Discordances entre les études :
 - Baisse des ISO / du nombre de reprises si flux unidirectionnel dans certaines études :
Lidwell (1987), Gruenberg (2004), Yavuz (2006), Bosanquet (2013), Jeong (2013)
 - Efficacité d'un flux non retrouvée :
Marotte (1987), Engesaeter (2003), Knobben (2006), Miner (2007), Breier (2011) voire l'inverse ... Brandt (2008), Hopper (2011)
 - Métanalyses *Gastmeier (2012)* et *Zheng (2014)* : effet négatif d'un flux unidirectionnel

Faut-il systématiquement un niveau de preuve élevé pour mettre en œuvre une recommandation ?

■ Place du bon sens ?

Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomized controlled trials (*Smith GCS et al, BMJ 2003*)

Results: we were unable to identify any randomised controlled trials of parachute intervention.

Conclusions: (...) Advocates of evidence based medicine have criticised the adoption of interventions evaluated by using only observational data.



Parachutes reduce the risk of injury after gravitational challenge, but their effectiveness has not been proved with randomised controlled trials



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

American Journal of Infection Control

journal homepage: www.ajicjournal.org



Brief Report

Barriers, perceptions, and adherence: Hand hygiene in the operating room and endoscopy suite

Laura Pedersen BS^{*}, Kimberly Elgin BSN, Barbara Peace BSN, Nadia Masroor BS, Michelle Doll MD, MPH, Kakotan Sanogo MS, Wilhelm Zuelzer MD, Gene Peterson MD, PhD, Michael P. Stevens MD, MPH, Gonzalo Bearman MD, MPH

Virginia Commonwealth University Health, Richmond, VA

Key Words:
Hand hygiene
Operating room
Endoscopy

We examined the perceptions and barriers to nonsurgical scrubbed hand hygiene in the operating room and endoscopy procedure room using 2 anonymous Likert-scale surveys. Results indicated poor role modeling, inconvenience, and the need to monitor hand hygiene and feedback data to providers because of poor self-awareness of hand hygiene practices.

© 2017 Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

Est-ce aussi clair ?

- Discordances entre les études
- Comportements ?
 - Non respect des règles, positionnement de l'équipe chirurgicale : *Evans* (2011)
 - Fausse impression de sécurité de l'équipe chirurgicale : *Humphreys* (2012)
- Autres évolutions
 - Dispositifs de réchauffement des patients : *McGowern* (2011)

Figure 2. *Klebsiella pneumoniae*: percentage of invasive isolates with resistance to carbapenems, EU/EEA, 2013 (left), 2016 (right)

2013



2016

