



Campagne eFORAP 2018

**ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE ET
EN MEDECINE INTERVENTIONNELLE**

Rapport régional
septembre 2019

Réalisation

Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Nouvelle-Aquitaine **CCECQA** et Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins de Nouvelle-Aquitaine **CPIAS** © 2019

Ccecqa

Hôpital Xavier Arnoz - 33604 Pessac
05 57 65 61 35
www.ccecqa.asso.fr

Le Ccecqa est membre de la Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et des organisations en santé (FORAP) :
www.forap.fr

Cpias

CHU de Bordeaux - Hôpital Pellegrin
Bâtiment Le Tondu, 33076 Bordeaux
05 56 79 60 58
www.cpias-nouvelle-aquitaine.fr

Le Cpias est membre du Réseau de Prévention des Infections Associées aux Soins (Repias) :
www.preventioninfection.fr

Droits de reproduction et copyright

Ce document peut être reproduit, utilisé et cité dans un but de recherches et d'actions au sein des établissements de santé et médico-sociaux. Il ne doit pas être utilisé dans un but commercial ni pour des activités de marketing. Il doit être référencé de la façon suivante :

Campagne eFORAP 2018, Antibio prophylaxie en chirurgie et en médecine interventionnelle, Rapport régional, Ccecqa Cpias 2019.

Le Ccecqa et le Cpias remercient les établissements pour leur participation à cette campagne et aux différents temps de rencontres organisés à cette occasion.

Sommaire

1. Contexte.....	3
2. Méthodologie	3
3. Résultats.....	4
3.1. Participation à la campagne.....	4
3.2 Audit des pratiques.....	6
3.3 Audit organisationnel.....	17
3.4 Analyse approfondie des écarts de pratique.....	18
4. Discussion	21
5. Conclusion.....	23
6. Références	23
7. Remerciements	23
8. Annexes.....	24

Table des acronymes et abréviations

CCECQA : Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Nouvelle Aquitaine

CPIAS : Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins de Nouvelle-Aquitaine

REPIAS : Réseau de Prévention des Infections Associées aux Soins

FORAP : Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé

SRA : Structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients

ABP : Antibio prophylaxie

ISO : infections du site opératoire

RAISIN : Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

IMC : Indice de Masse Corporelle

1. Contexte

L'antibio prophylaxie (ABP) tient une part prépondérante dans la prévention des infections du site opératoire. En 2017, la Société Française d'Anesthésie et Réanimation a publié une actualisation des recommandations relative à l'ABP. La qualité de l'ABP en termes de pratiques organisationnelle et clinique fait partie intégrante des axes prioritaires du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Axes 2 et 3 du Propias). Ces pratiques sont encore perfectibles : en 2016, les données du réseau ISO-RAISIN indiquaient en effet un taux de conformité de l'ABP issu de la surveillance globale agrégée des infections du site opératoire de 67 %, toutes interventions confondues.

L'étude Ranch réalisée en Pays de Loire par la Structure Régionale d'Appui (SRA) Qualirel Santé auprès de 26 établissements publiait en 2016 une conformité globale de 64% intégrant 5 critères d'évaluations (ABP, molécule, délai, dose et durée).

La campagne eFORAP 2018 menée en partenariat avec le Cpias Nouvelle-Aquitaine proposait aux équipes d'évaluer leur pratique d'antibio prophylaxie. La mesure de la conformité de ces pratiques a été réalisée à partir des recommandations de la SFAR actualisée en 2018.

Au-delà de cette mesure, il s'agissait pour les établissements participants, de faire l'analyse des écarts de pratiques observés afin de mettre en place les actions d'amélioration qui s'imposaient.

Neufs interventions ont été retenues pour cette campagne :

1. Prothèse totale de hanche de première intention (exclusion des reprises d'arthroplastie)
2. Cataracte
3. Résection transurétrale de prostate
4. Césarienne
5. Hystérectomie (voie haute ou basse)
6. Chirurgie des voies biliaires (exclusion des patients porteurs de prothèse des voies biliaires)
7. Chirurgie bariatrique (réalisation d'un court-circuit gastrique ou d'une "sleeve" gastrectomie)
8. Endoprothèse vasculaire, stent (sauf intra-coronaire)
9. Mise en place d'un stimulateur cardiaque

2. Méthodologie

La campagne était composée de trois étapes complémentaires :

- Un audit organisationnel à compléter par chaque établissement et chacun des services concernés par la mesure. Il permettait d'évaluer les différentes dimensions qu'impliquent les pratiques d'antibio prophylaxie (politique, responsabilités, ressources, etc.),
- Un audit des pratiques sur dossiers permettait ensuite de juger de la conformité des pratiques d'antibio prophylaxie des interventions évaluées.
- Une analyse approfondie des écarts de pratique les plus caractéristiques permettait, pour finir, de comprendre les relations entre les différents facteurs ayant conduit à la survenue de ces écarts.

Les établissements participants ont été recrutés sur la base du volontariat parmi les établissements sanitaires adhérents du Ccecqa.

L'ensemble des données ont été saisies en ligne sur la plateforme eFORAP par les responsables projet des établissements participants. Les établissements étaient autonomes et pouvaient, une fois leur recueil de données terminé, générer et télécharger aussitôt leur rapport de résultats sur la plateforme.

3. Résultats

3.1. Participation à la campagne

Ont participé à la campagne **33 établissements** qui ont permis d'évaluer au total **2 423 interventions**.

Le tableau ci-dessous présente, pour chaque intervention, le nombre d'établissements participants et le nombre total d'interventions évaluées.

Tableau 1

Intervention	Nb d'établissements	Nb d'interventions
<i>Prothèse totale de hanche de première intention</i> PTH	26 (79%)	784 (32%)
<i>Cataracte</i> CAT	9 (27%)	255 (11%)
<i>Résection transurétrale de prostate</i> RTUP	7 (21%)	249 (10%)
<i>Césarienne</i> CES	15 (45%)	503 (21%)
<i>Hystérectomie (voie haute ou basse)</i> HYS	2 (6%)	55 (2%)
<i>Chirurgie des voies biliaires</i> BIL	4 (12%)	122 (5%)
<i>Chirurgie bariatrique</i> BAR	9 (27%)	272 (11%)
<i>Endoprothèse vasculaire, stent</i> STE	1 (3%)	21 (1%)
<i>Mise en place d'un stimulateur cardiaque</i> CAR	5 (15%)	162 (7%)
	33 (100%)	2423 (100%)

Les caractéristiques des séjours hospitaliers correspondants (mode d'entrée, type d'hospitalisation, anesthésie), sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2

	TOTAL	PTH	CAT	RTUP	CES	HYS	BIL	BAR	STE	CAR
<i>Hospitalisation</i>	2075 86%	766 98%	1 0,4%	228 92%	502 100%	55 100%	69 57%	271 100%	21 100%	162 100%
<i>Ambulatoire</i>	348 14%	18 2%	254 96,6%	21 8%	1 0,2%	-	53 43%	1 0,4%	-	-
<i>Programmée</i>	1915 79%	637 81%	255 100%	235 94%	225 45%	55 100%	103 84%	272 100%	20 95%	113 70%
<i>Urgence</i>	508 21%	147 19%	-	14 6%	278 55%	-	19 16%	-	1 5%	49 30%
<i>Anesthésie</i>	2210 91%	771 98%	213 84%	249 100%	474 94%	55 100%	122 100%	272 100%	21 100%	33 20%

Les patients concernés par ces interventions étaient surtout des patientes (63 %).

Ci-dessous, la répartition de ces patients et patientes selon les interventions ainsi que la distribution de leurs caractéristiques d'âge, de poids et de taille.

Tableau 3

	TOTAL	PTH	CAT	RTUP	CES	HYS	BIL	BAR	STE	CAR
<i>Homme</i>	907 37%	342 44%	107 42%	249 100%	-	-	46 38%	54 20%	21 100%	88 54%
<i>Femme</i>	1516 63%	442 56%	148 58%	-	503 100%	55 100%	76 62%	218 80%	-	74 46%

Tableau 4

	Min	Médiane	Moyenne	Max
<i>Age (années)</i>	17	65	60	104
<i>Poids (kgs)</i>	36	75	79	196
<i>Taille (cm)</i>	135	165	165	200

Trois particularités du patient, importantes car susceptibles d'intervenir dans le choix de l'antibio prophylaxie, sont décrites dans le tableau ci-dessous.

En effet, pour certaines interventions, ces éléments pouvaient impliquer des adaptations au niveau de la dose ou de la molécule d'ABP : poids supérieur à 100 kgs, IMC supérieur à 35 kg/m², allergie aux bêta-lactamines.

Tableau 5

	TOTAL	PTH	CAT	RTUP	CES	HYS	BIL	BAR	STE	CAR
<i>Poids > 100kgs</i>	381 16%	47 6%	46 21%	17 7%	47 9%	1 2%	18 15%	187 69%	1 5%	17 10%
<i>Obésité (IMC > 35kg/m²)</i>	485 21%	55 7%	49 23%	8 3%	84 17%	4 7%	19 16%	243 89%	-	23 15%
<i>Allergie aux bêta-lactamines</i>	160 7%	48 6%	14 5%	11 4%	35 7%	5 9%	14 11%	30 11%	-	3 2%

3.2 Audit organisationnel

L'audit organisationnel a consisté pour l'établissement et les services, à auto-évaluer le niveau de maîtrise des différentes dimensions qu'impliquent les pratiques d'antibio prophylaxie (politique, responsabilités, ressources, etc.).

Les résultats de l'audit organisationnel mettent en avant les points forts et les points qui demandent à être améliorés au sein de l'établissement et des services afin d'évoluer vers une organisation plus optimale.

1. Organisation de l'antibio prophylaxie au sein de l'établissement

Une évaluation réalisée à partir de 11 items regroupés selon 7 dimensions : instances (1, 2), politique d'antibio prophylaxie (3, 4), responsabilités (5, 6), outils informatiques (7), protocoles d'antibio prophylaxie (8, 9), organisation (10), et évaluations (11).

Ci-dessous la représentation du niveau de maîtrise organisationnelle de l'ABP des 31 établissements répondants.

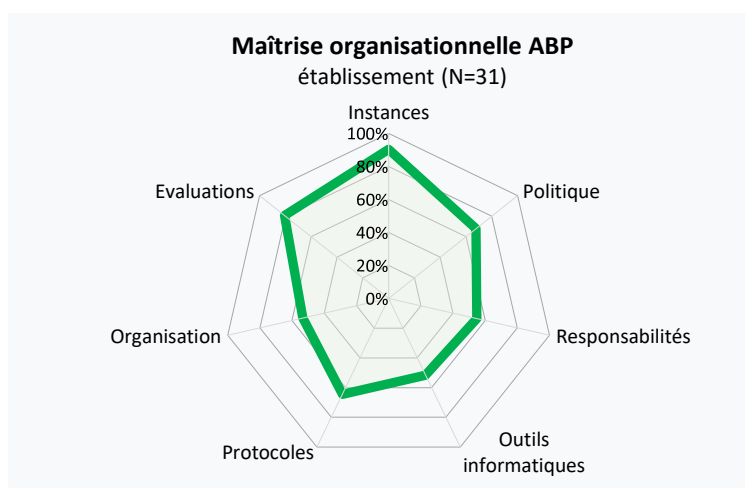


Figure 1

Les résultats détaillés selon les 11 items de l'audit organisationnel sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Nombre d'établissements répondants = N		OUI	NON	Non adapté
1. Il existe une <u>commission des agents anti-infectieux</u> au sein de l'établissement ?	31	97%	3%	0%
2. Un <u>référént antibiotique</u> est identifié au sein de l'établissement ?	31	94%	6%	0%
3. Une <u>politique d'antibio prophylaxie</u> est définie pour l'ensemble des activités chirurgicales ou de médecine interventionnelle ?	31	77%	23%	0%
4. Une <u>politique d'antibio prophylaxie</u> est définie pour chaque discipline chirurgicale et/ou activité de médecine interventionnelle ?	31	74%	26%	0%
5. Les <u>responsabilités</u> sont définies concernant la prescription de l'antibio prophylaxie ?	31	71%	29%	0%
6. Les <u>responsabilités</u> sont définies concernant l'administration et la surveillance de l'antibio prophylaxie ?	31	55%	45%	0%
7. Les <u>outils informatiques</u> facilitent la prescription, le contrôle et la traçabilité de l'antibio prophylaxie ?	31	52%	48%	0%
8. Les <u>protocoles d'antibio prophylaxie</u> sont écrits et co-signés par les anesthésistes réanimateurs et les opérateurs ?	31	65%	35%	0%
9. Les <u>protocoles d'antibio prophylaxie</u> sont validés par l'instance en charge de la lutte contre les infections associées aux soins et par la commission des agents anti-infectieux ?	31	100%	0%	0%
10. Une <u>organisation</u> est mise en place pour respecter la mise en œuvre des protocoles et délais d'injection des antibiotiques ?	30	53%	47%	0%
11. Des <u>évaluations</u> ont déjà été conduites sur les pratiques d'antibio prophylaxie ?	31	81%	19%	0%

Figure 2

2. Organisation de l'antibioprophylaxie au sein des services

Une évaluation réalisée à partir de 10 items regroupés selon 4 dimensions : responsabilités (1, 2), outils informatiques (3), protocoles d'antibioprophylaxie (4, 5, 6, 7, 8, 9) et organisation (10).

Ci-dessous la représentation du niveau de maîtrise organisationnelle de l'ABP des 69 services répondants.

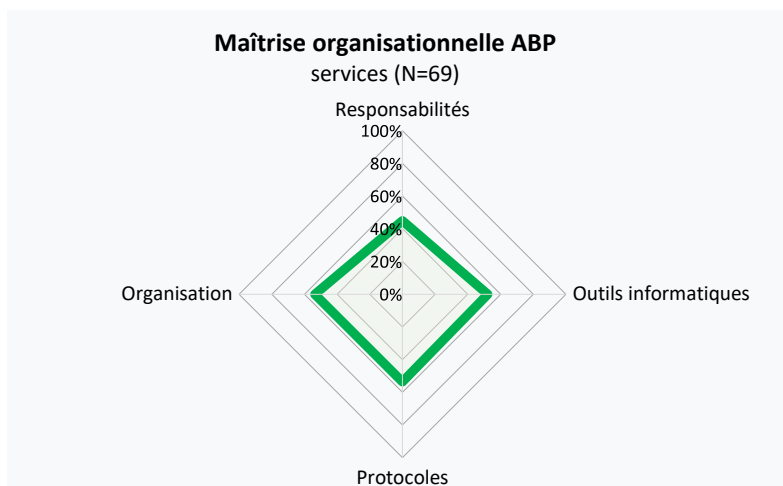


Figure 3

Les résultats détaillés selon les 10 items de l'audit organisationnel sont présentés dans le tableau ci-dessous.

	Nombre de services répondants =	N	OUI	NON	Non adapté
1. Les <u>responsabilités</u> sont définies dans le service concernant la prescription de l'antibioprophylaxie ?	69	69	72%	28%	
2. Les <u>responsabilités</u> sont définies dans le service concernant l'administration et la surveillance de l'antibioprophylaxie ?	69	69	46%	54%	
3. Les <u>outils informatiques</u> facilitent la prescription, le contrôle et la traçabilité de l'antibioprophylaxie ?	69	69	52%	48%	
4. Les <u>protocoles d'antibioprophylaxie</u> sont écrits et co-signés par les anesthésistes réanimateurs et les opérateurs de la spécialité ?	69	69	59%	41%	
5. Les <u>protocoles d'antibioprophylaxie</u> de la spécialité sont validés par l'instance en charge de la lutte contre les IAS et par la commission des agents anti-infectieux ?	69	69	93%	7%	
6. Les <u>protocoles d'antibioprophylaxie</u> de la spécialité sont actualisés ?	69	69	90%	10%	
7. Les <u>protocoles d'antibioprophylaxie</u> de la spécialité sont conformes aux recommandations de la SFAR ?	69	69	99%		
8. Si NON (question 7), les <u>protocoles d'antibioprophylaxie</u> ont fait l'objet d'un consensus professionnel local ?	1	1		100%	
9. Les <u>protocoles d'antibioprophylaxie</u> de la spécialité sont accessibles sur les lieux de prescription et/ou de l'administration ?	69	69	94%	6%	
10. Une <u>organisation</u> est mise en place pour respecter la mise en œuvre des protocoles et délais d'injection des antibiotiques pour cette spécialité ?	69	69	54%	46%	

Figure 4

Des résultats qui variaient assez peu selon les spécialités.

Comme le montre la figure ci-dessous, les points forts étaient concentrés sur la question des protocoles d'ABP tandis que les points à améliorer concernaient les questions d'organisation, de responsabilité et d'outils informatiques.

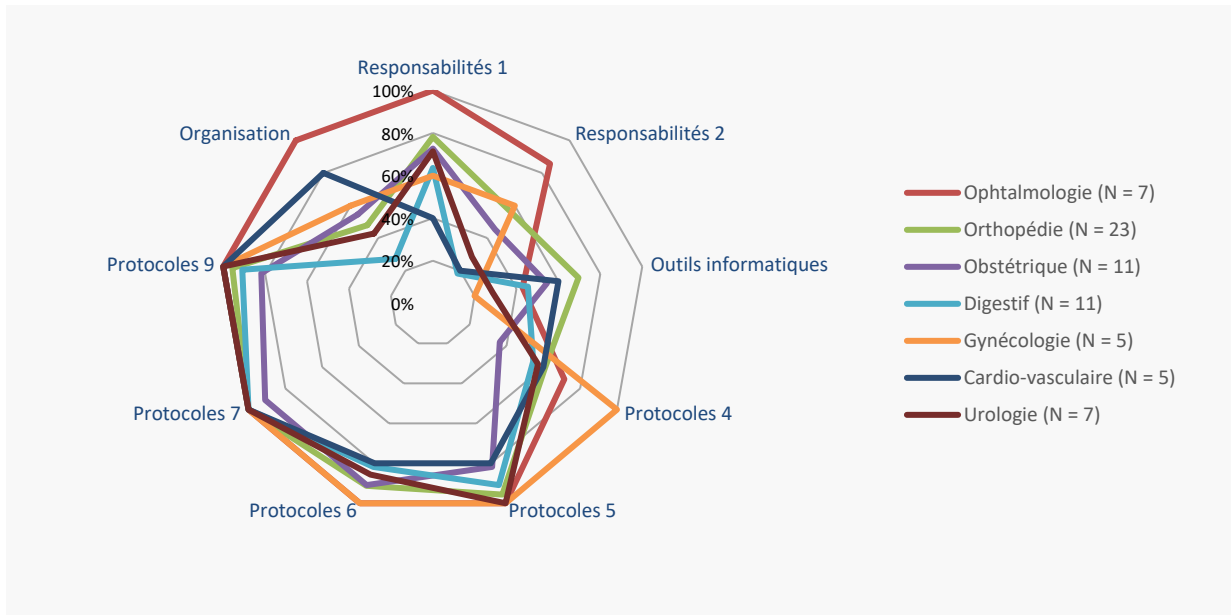


Figure 5

3.3 Audit des pratiques

Pour cet audit, six indicateurs de conformité partielle plus un indicateur de conformité globale de l'antibio prophylaxie ont été calculés à partir des données recueillies.

- **IND1 : réalisation** d'une ABP
 - **IND2 : conformité de la molécule** d'ABP
 - **IND3 : conformité du délai d'injection** de l'ABP
 - **IND4 : conformité de la dose** d'ABP administrée
 - **IND5 : conformité de la réinjection** d'ABP
 - **IND6 : conformité de la durée** de l'ABP
- **INDG : conformité globale de l'ABP**

Sept indicateurs de la conformité des pratiques définis selon les critères ci-dessous :

Indicateurs	Critères
IND1 : réalisation d'une ABP	Conforme (1) si une ABP a été réalisée / Non-conforme (0) sinon
IND2 : conformité de la molécule d'ABP	Conforme (1) si une ABP a été réalisée avec la bonne molécule / Non-conforme (0) si la molécule administrée n'est pas appropriée Non Calculé (NC) si pas d'ABP réalisée
IND3 : conformité du délai d'injection de l'ABP	Cataracte : Conforme (1) si l'injection de l'ABP a été réalisée en fin d'intervention +/- 5 minutes / Non-conforme (0) sinon Autres interventions : Conforme (1) si l'injection de l'ABP a été réalisée 30 +/- 5 minutes avant l'incision / Non-conforme (0) sinon Non Calculé (NC) si pas d'ABP réalisée et si l'heure d'incision, de fin d'intervention ou d'injection est manquant
IND4 : conformité de la dose d'ABP administrée	Conforme (1) si une ABP a été réalisée avec la bonne molécule à une dose adaptée / Non-conforme (0) si la dose administrée n'est pas adaptée Non Calculé (NC) si pas d'ABP réalisée
IND5 : conformité de la réinjection d'ABP	Conforme (1) si une ABP a été réalisée avec la bonne molécule, à la bonne dose et avec la réinjection recommandée / Non-conforme (0) sinon Non Calculé (NC) si pas d'ABP réalisée
IND5bis : conformité de la réinjection d'ABP	Conforme (1) si une ABP a été réalisée avec la réinjection recommandée / Non-conforme (0) sinon Non Calculé (NC) si pas d'ABP réalisée
IND6 : conformité de la durée de l'ABP	Conforme (1) si une ABP a été réalisée dans une durée inférieure à 24 heures / Non-conforme (0) sinon Non Calculé (NC) si pas d'ABP réalisée
INDG : conformité globale de l'ABP	Somme des conformités IND1, IND2, IND3, IND4, IND5bis et IND6 (valeur de 0 à 6)

1. Réalisation d'une ABP

Il s'agissait de la proportion de patients pour lesquels une antibio prophylaxie a été réalisée.

Au total, une antibio prophylaxie avait été réalisée pour 96 % des patients. Parmi les patients n'ayant pas reçu d'ABP, aucun n'avait d'allergie aux bêta-lactamines.

Une proportion de patients n'ayant pas reçu d'antibio prophylaxie relativement faible qui variait selon les interventions, de 18 % pour la Chirurgie des voies biliaires à 0 % pour l'Hystérectomie (voie haute ou basse).

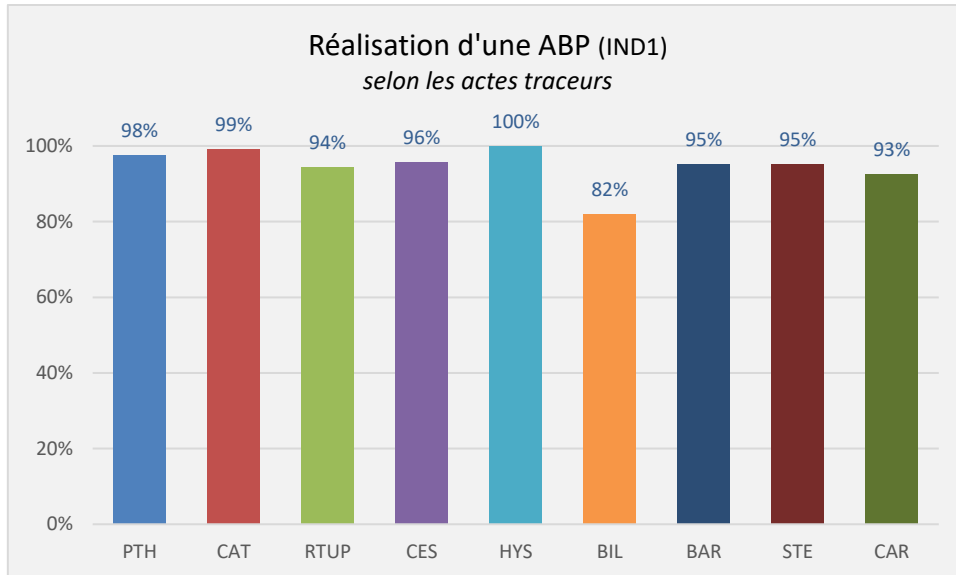


Figure 6

2. Conformité de la molécule d'ABP

Il s'agissait de la proportion de patients pour lesquels une antibio prophylaxie a été réalisée avec la bonne molécule.

A ce niveau, la proportion totale de patients ayant reçu une antibio prophylaxie conforme était de 91 %.

Une conformité plus fortement touchée pour la Chirurgie des voies biliaires et la Chirurgie bariatrique où respectivement, 20 et 30 % des patients pour lesquels une antibio prophylaxie a été réalisée, n'ont pas reçu une molécule conforme.

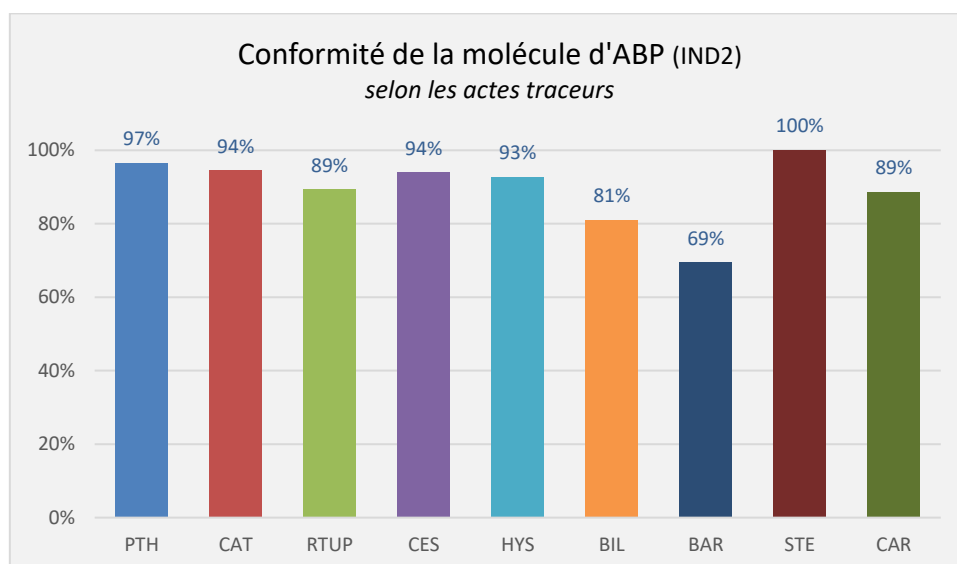


Figure 7

3. Conformité du délai d'injection de l'ABP

Il s'agissait de la proportion de patients pour lesquels une antibio prophylaxie a été réalisée avec un délai d'injection conforme (30 minutes avant l'intervention, SFAR 2018).

Un critère de conformité qui fait passer la proportion totale de patients ayant reçu une antibio prophylaxie conforme à seulement 20 %.

Une conformité très faible retrouvée également selon chaque intervention, de 13 % pour la Mise en place d'un stimulateur cardiaque à 48 % pour l'Endoprothèse vasculaire, stent.

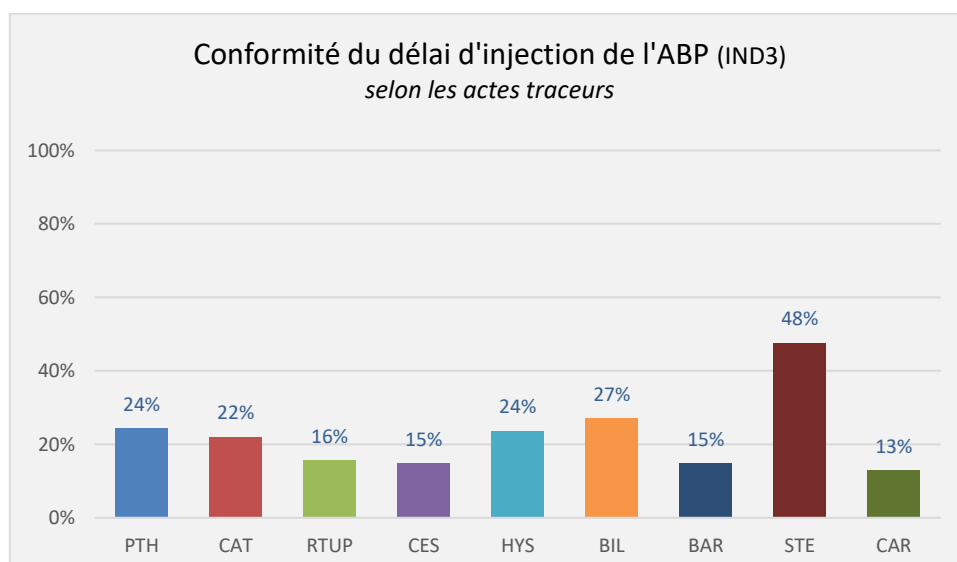


Figure 8

Le tableau ci-dessous présente selon chaque intervention, la répartition en minutes des délais d'injection de l'ABP.

Tableau 6

	PTH	CAT	RTUP	CES	HYS	BIL	BAR	STE	CAR
Nombre total de dossiers	784	255	249	503	55	122	272	21	162
Q1 (25%)	-52	0	-32	-17	-72	-27	-34	-40,75	-69,5
Min	-325	-1	-299	-90	-210	-41	-207	-56	-245
Médiane	-37	1	-20	-4	-50	-19	-26,5	-33,5	-35
Max	77	63	117	48	-10	37	48	-19	70
Q3 (75%)	-28	3	-13	6	-30	-11	-18	-30	-20

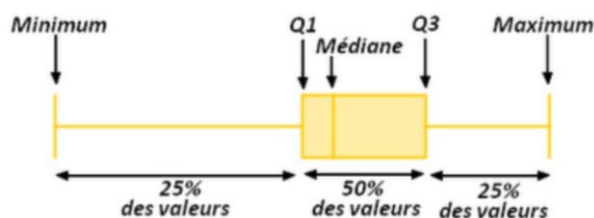
Le délai était négatif dans le cas d'une injection d'ABP faite avant l'incision et positif dans le cas inverse. Par ailleurs, certains de ces délais ne pouvaient être calculés du fait de données manquantes ou erronées.

Le tableau ci-dessous présente, selon l'intervention, la proportion d'ABP injectées après l'incision et la proportion de délais non calculés.

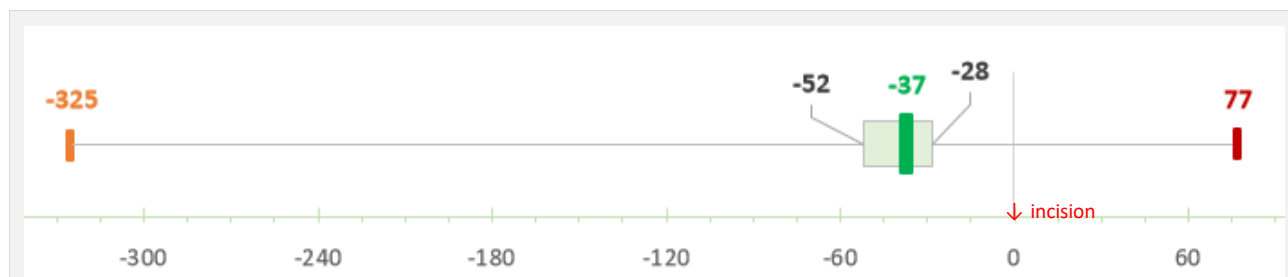
Tableau 7

	PTH	CAT	RTUP	CES	HYS	BIL	BAR	STE	CAR
ABP après l'incision	1,3%	99,2%	5,1%	45,3%	0,0%	9,3%	4,3%	0%	16,2%
Délais non calculés	99 (13%)	130 (51%)	51 (20%)	44 (9%)	2 (4%)	25 (20%)	62 (23%)	1 (5%)	63 (39%)

La distribution des délais d'injection de l'ABP pour chaque intervention était présentée à l'aide d'un graphe « boîte à moustache ». Les indicateurs de position utilisés (minimum, quartile Q1, médiane, quartile Q3 et maximum) dans ce type de graphe, permettent de situer la tendance centrale de chaque série et ses extremums (cf. ci-dessous).



Exemple de la PTH :



La moitié des injections d'ABP ont été effectuées entre 28 (Q3) et 52 minutes (Q1) avant l'incision, un quart entre 28 (Q3) et 37 minutes (Médiane).

Le délai d'injection était supérieur à 52 minutes (Q1) pour un quart des ABP et inférieur à 28 minutes (Q3) pour un autre quart dont celles réalisées après l'incision.

Distribution des délais d'injection selon le type d'intervention :

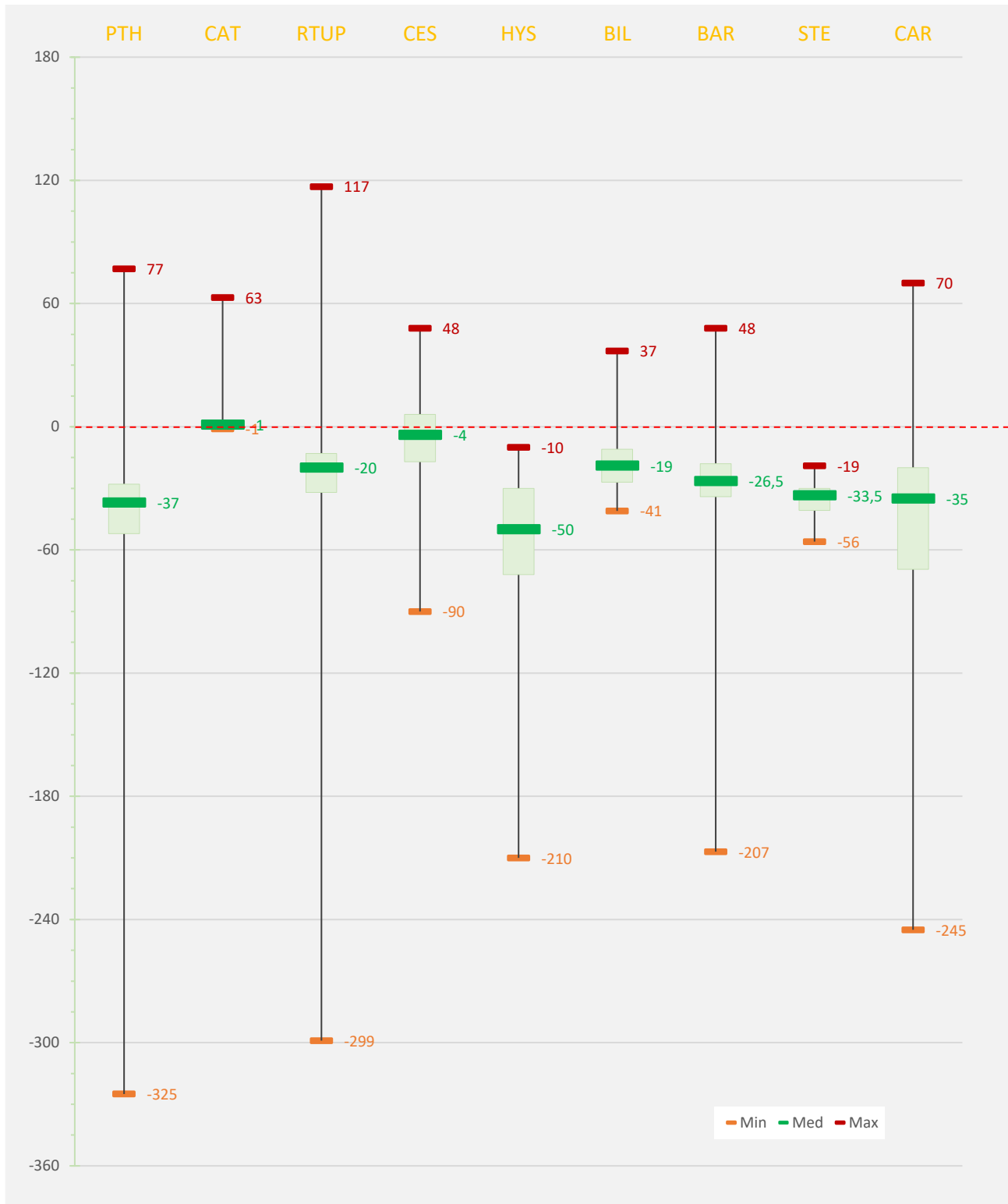


Figure 9

NB : le « 0 » représente le moment de l'incision, pour la Cataracte (CAT), la fin de l'intervention.

4. Conformité de la dose d'ABP administrée

Il s'agissait de la proportion de patients pour lesquels une antibio prophylaxie a été réalisée avec une molécule conforme à la bonne dose.

La proportion totale de patients ayant reçu une antibio prophylaxie avec une molécule conforme à la bonne dose était de 83 %. Parmi les patients n'ayant pas reçu une molécule à la bonne dose (17 %), 7 % étaient d'un poids supérieur à 100 kgs.

Cette conformité variait selon les interventions d'un maximum de 95 % pour l'endoprothèse vasculaire, le stent (STE) à un minimum de 51 % pour la chirurgie bariatrique (BAR).

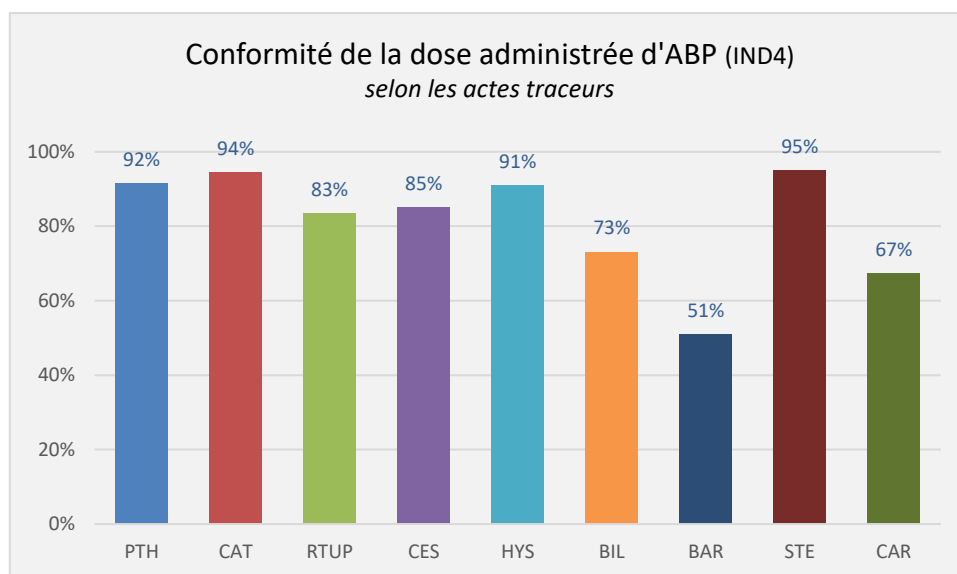


Figure 10

5. Conformité de la réinjection d'ABP

Pour cette conformité deux calculs de l'indicateur ont été réalisés :

- La proportion de patients pour lesquels une antibio prophylaxie a été réalisée avec une réinjection conforme quelle que soit la molécule et la dose de l'antibiotique (IND5).
- La proportion de patients pour lesquels une antibio prophylaxie a été réalisée avec une réinjection conformes, selon une molécule et une dose également conformes (IND5bis).

La proportion totale de patients ayant reçu une antibio prophylaxie avec une réinjection conforme était de 97 % pour l'indicateur IND5 et de 80 % pour l'indicateur IND5bis.

Selon les interventions, cette conformité variait davantage pour IND5bis que pour IND5.

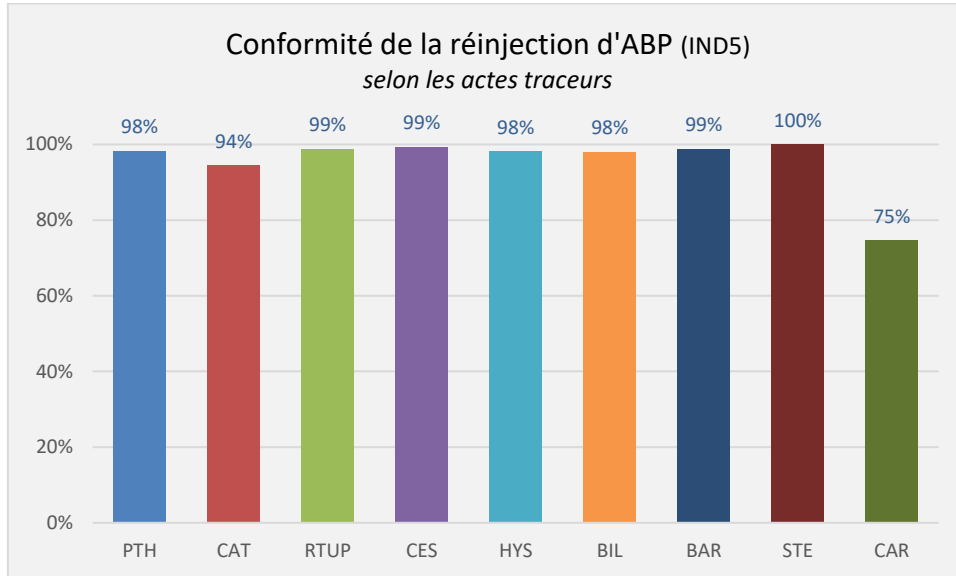


Figure 11

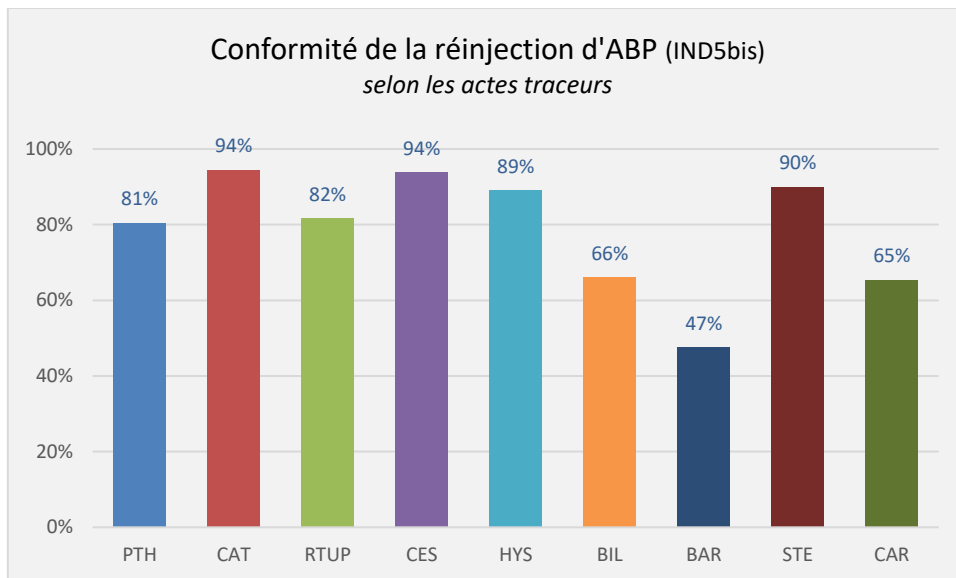


Figure 12

6. Conformité de la durée de l'ABP

Il s'agissait de la proportion de patients pour lesquels une antibio prophylaxie a été réalisée dans une durée inférieure à 24 heures.

La proportion totale de patients ayant reçu une antibio prophylaxie conforme dans la durée était de 97 %.

Une conformité toujours supérieure à 90 % et égale à 100 % pour 7 des 9 interventions étudiées.

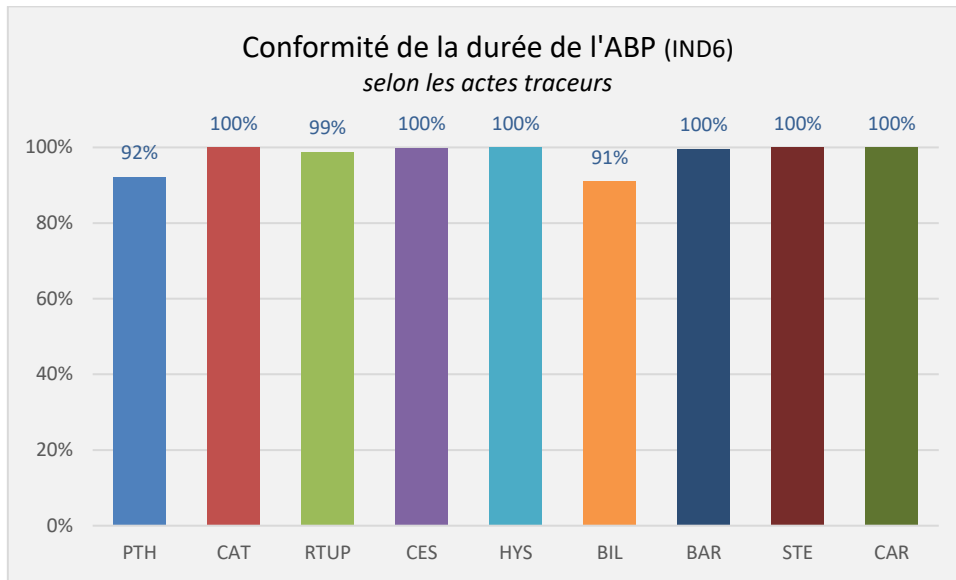


Figure 13

Cependant, des antibio prophylaxies de plus de 24 heures étaient identifiables pour 3 des 9 interventions étudiées : 8 % pour les PTH, 1 % pour les RTUP et 9 % pour les BIL.

Ci-dessous, la répartition de la proportion de ces antibio prophylaxies de plus de 24 heures selon les établissements.

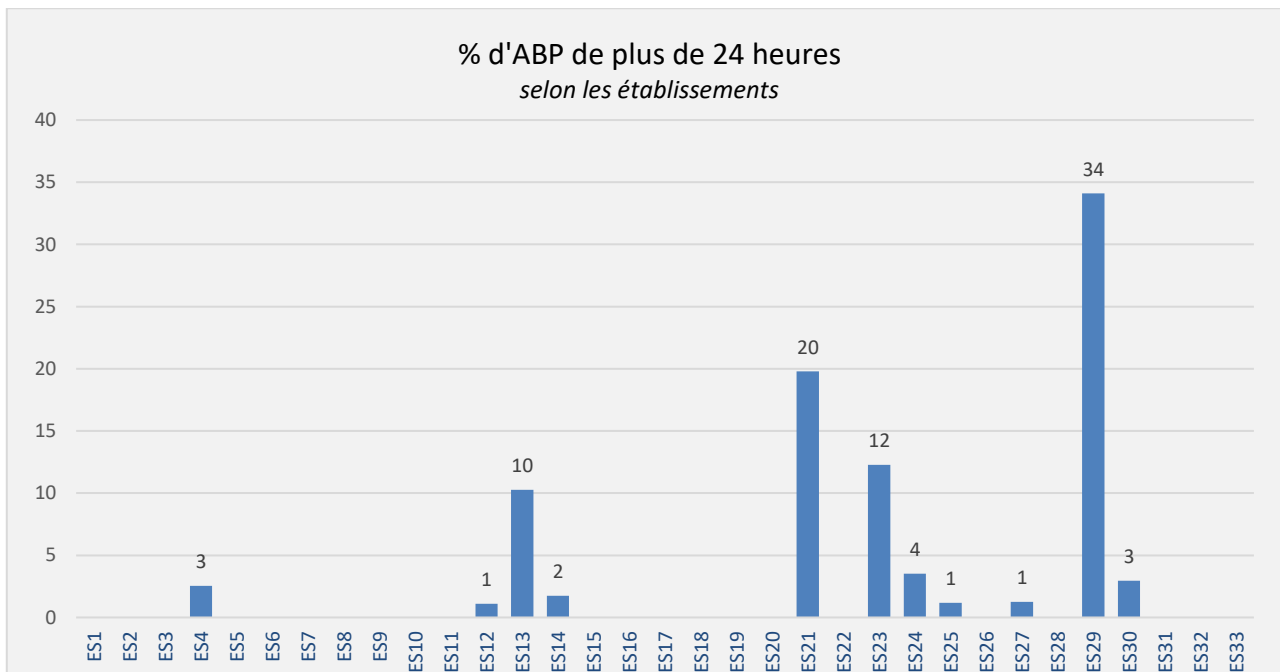


Figure 14

7. Conformité globale de l'ABP

Il s'agissait de la proportion de patients pour lesquels les six indicateurs de conformité partielle étaient conformes (INDG=6).

Seuls 16 % des patients avaient reçu une antibio prophylaxie totalement conforme. Cette conformité variait selon les établissements d'un minimum de 0 % à un maximum de 47 %. Pour la moitié des établissements, la conformité globale était inférieure à 13 % (médiane).

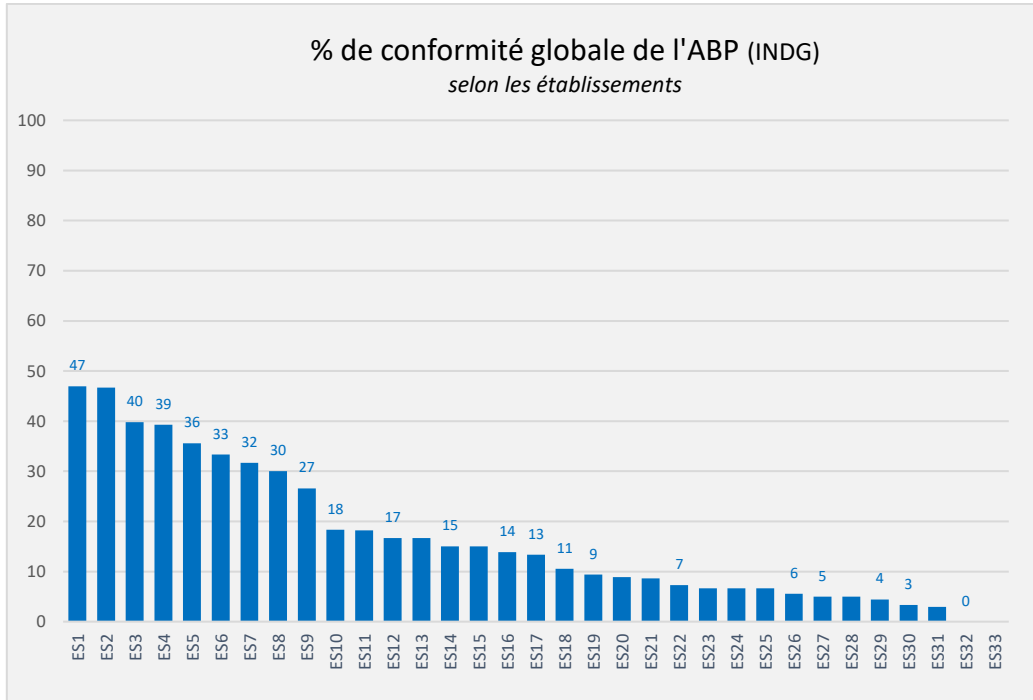


Figure 15

Une conformité globale qui selon les interventions avoisine les 15 – 20 %, excepté pour la Chirurgie bariatrique (3 %) et l'Endoprothèse vasculaire, stent (48 %).

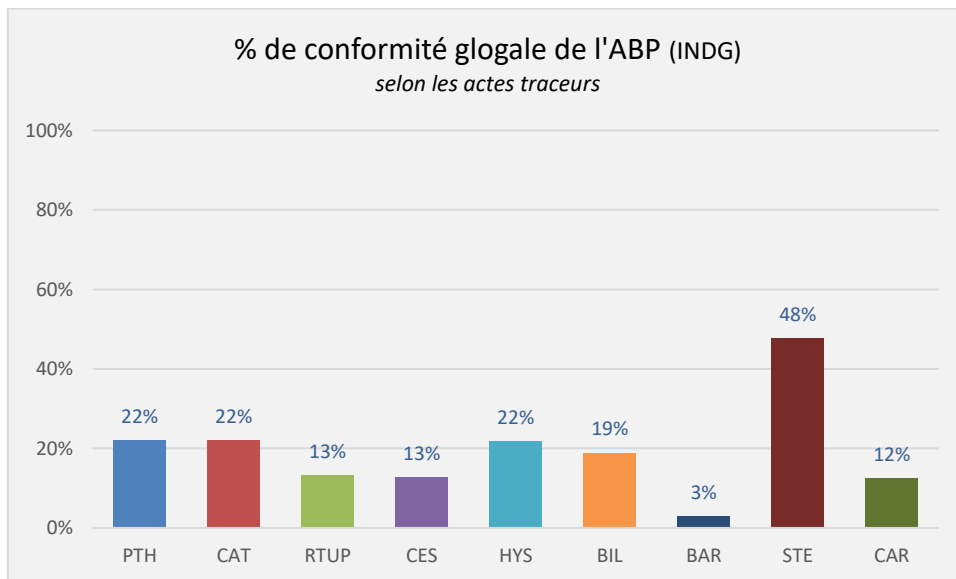


Figure 16

On notera par ailleurs que la conformité globale n'était pas significativement différente entre les Césariennes urgentes (11 %) et les programmées (15 %).

3.4 Analyse approfondie des écarts de pratique

Après la réalisation des différents audits, les établissements pouvaient effectuer une analyse approfondie des écarts de pratique observés. Sa finalité était de comprendre les relations entre les différents facteurs ayant conduit à la survenue de l'écart, en examinant la chaîne des événements y ayant mené, les actions des différents acteurs concernés, leurs conditions de travail et le contexte organisationnel.

La nature des écarts de pratiques observés pouvaient être : l'absence d'ABP, la non-conformité de la molécule d'ABP, la non-conformité du délai d'injection, la non-conformité de la dose d'ABP administrée, la non-conformité de la durée d'ABP. Le choix des écarts à analyser était effectué par les équipes.

Les résultats des analyses étaient restitués sous la forme d'une synthèse contenant la description du défaut de soins et de ses conséquences, les circonstances, les facteurs contributifs latents, les actions proposées pour éviter la répétition de ce type d'événement.

Douze des 33 établissements engagés dans la campagne avaient réalisé au moins une AAE et permis ainsi l'analyse de 26 dossiers présentant un ou plusieurs écarts de pratique. Ci-dessous, leurs profils :

Tableau 8

Ecart	ES	Acte traceur	IND1	IND2	IND3	IND4	IND5	IND6	INDG
1		Césarienne	1	1	0	0	1	1	4
2	ES1	Chirurgie bariatrique	1	0	0	0	1	1	3
3		PTH primaire ou de première intention	1	1	0	1	0	1	4
4	ES2	Césarienne	-	-	-	-	-	-	-
5	ES3	Mise en place d'un stimulateur cardiaque	1	1	0	0	1	1	4
6		PTH primaire ou de première intention	0	NC	0	NC	NC	NC	0
7	ES4	Résection transurétrale de prostate	-	-	-	-	-	-	-
8	ES5	Césarienne	1	1	0	0	1	1	4
9		PTH primaire ou de première intention	1	1	0	0	1	1	4
10	ES6	Césarienne	0	NC	0	NC	NC	NC	0
11		PTH primaire ou de première intention	0	NC	0	NC	NC	NC	0
12	ES7	Césarienne	1	0	0	0	1	1	3
13		PTH primaire ou de première intention	1	0	0	0	0	1	2
14	ES8	Césarienne	1	1	0	1	1	1	5
15		Mise en place d'un stimulateur cardiaque	1	1	0	1	0	1	4
16	ES9	Cataracte	1	1	0	1	1	1	5
17		PTH primaire ou de première intention	1	1	0	1	1	1	5
18	ES10	Chirurgie bariatrique	1	0	0	0	1	1	3
19		Chirurgie bariatrique	1	1	0	0	1	1	4
20		Hystérectomie (voie haute ou basse)	1	0	0	0	0	1	2
21		Hystérectomie (voie haute ou basse)	1	1	0	1	1	1	5
22	ES11	Césarienne	0	NC	0	NC	NC	NC	0
23		Chirurgie bariatrique	0	NC	0	NC	NC	NC	0
24		PTH primaire ou de première intention	0	NC	0	NC	NC	NC	0
25	ES12	Chirurgie des voies biliaires	1	1	0	1	1	1	5
26		Chirurgie des voies biliaires	1	1	1	0	1	1	5

- IND1 : **réalisation** d'une ABP
- IND2 : conformité de la **molécule** d'ABP
- IND3 : conformité du **délai d'injection** de l'ABP
- IND4 : conformité de la **dose** d'ABP administrée
- IND5 : conformité de la **réinjection** d'ABP
- IND6 : conformité de la **durée** de l'ABP
- INDG : **conformité globale** de l'ABP

Ci-après, la synthèse des résultats des 26 analyses des écarts de pratique réalisées par les 12 établissements de la campagne.

Analyse approfondie des écarts de pratiques

26 dossiers analysés par 12 établissements de Nouvelle-Aquitaine (2018)

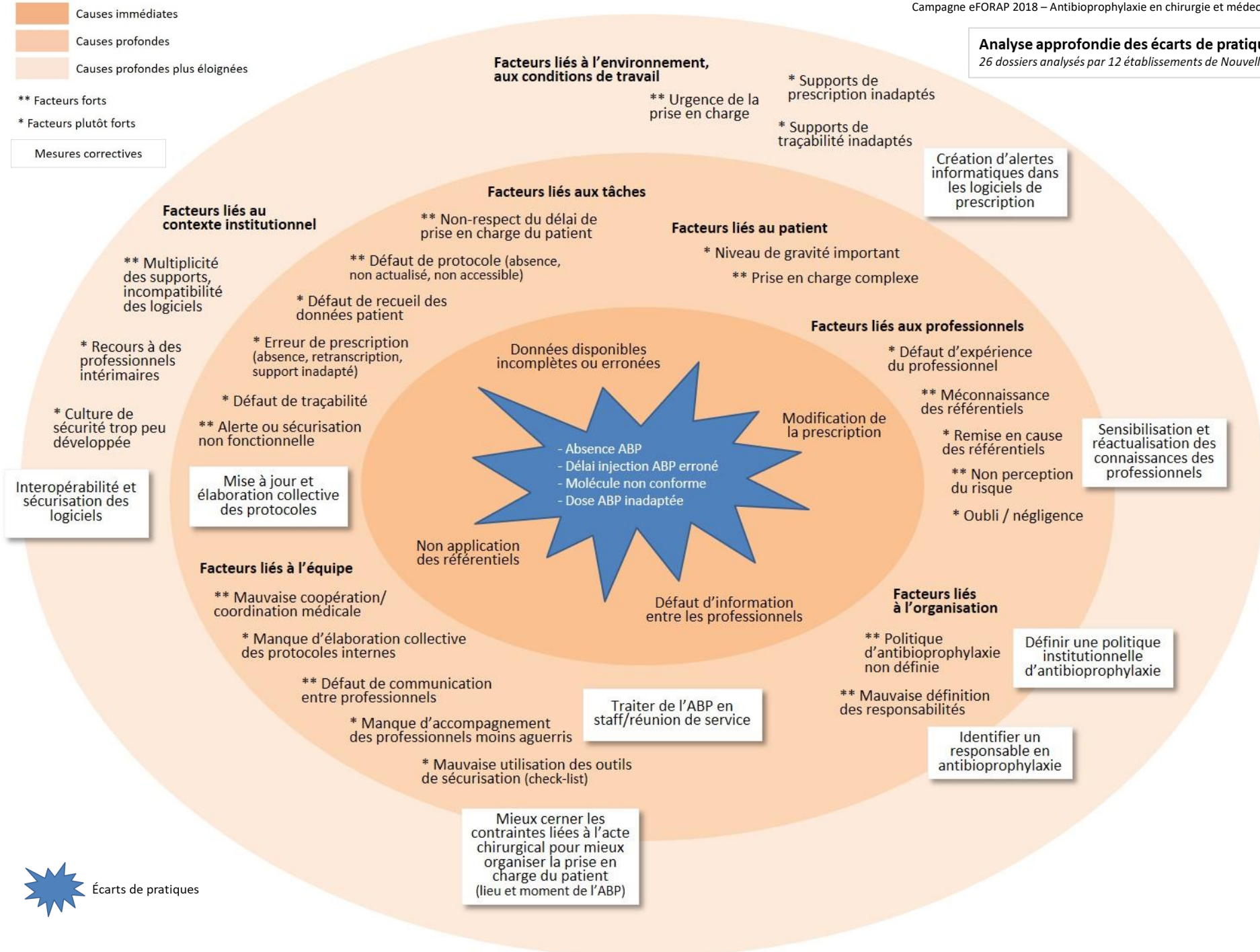


Figure 17

S'agissant des facteurs liés au patient, sont présentés ci-dessous, les détails du niveau de gravité et de complexité de la situation clinique et du degré d'urgence dans la prise en charge.

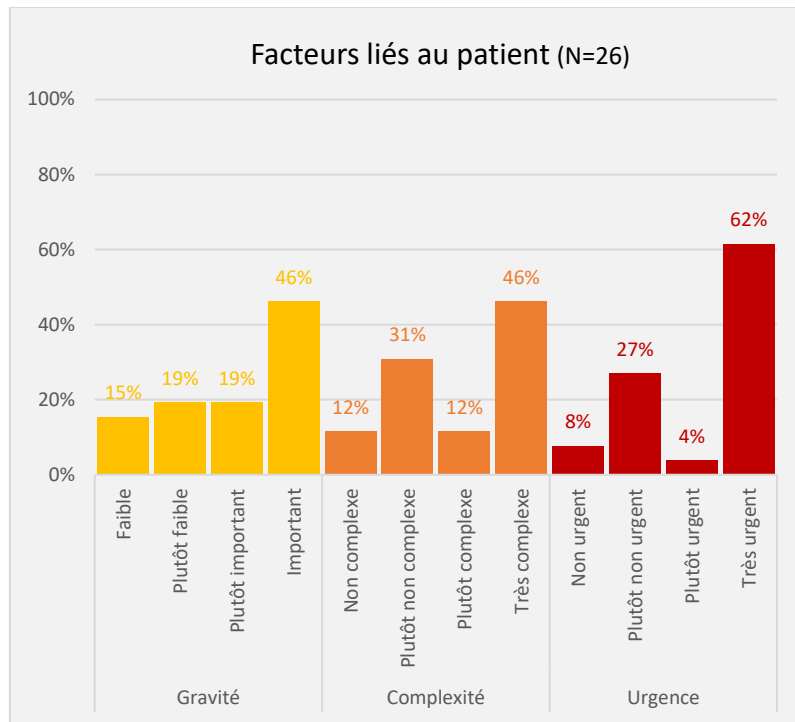


Figure 18

Enfin, concernant la question des **moyens de défense**, les établissements participants ont exprimé que :

- Pour **73%** des écarts : *Tout a été mis en œuvre pour éviter ce type de défaillance*
- Pour **93%** des écarts : *Il était nécessaire de revoir le système dans lequel la défaillance est survenue*
- Pour **69%** des écarts : *Des réponses ou des actions particulièrement utiles ont été proposées par l'équipe pour réduire les conséquences de la défaillance*
- Pour **69%** des écarts : *Des réponses ou des actions particulièrement utiles ont été proposées par l'équipe pour éviter que ce type de défaillance se répète*

4. Discussion

La campagne eFORAP relative à l'antibio prophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle a été conduite en 2018 par 33 établissements de santé publics et privés de la Nouvelle-Aquitaine dans le cadre d'un appel à participation piloté par le Ccecqa et le Cpias. Les résultats par établissement ont été transmis à chacun des responsables de la campagne et les résultats régionaux présentés en réunion de clôture en 2019.

L'originalité du protocole d'évaluation était d'associer trois approches méthodologiques complémentaires menées collectivement à l'échelle de l'établissement et de l'équipe médico-chirurgicale : un audit organisationnel, un audit de pratique clinique et une analyse approfondie des causes (AAC) des écarts de pratiques. Les sources d'informations (recueil *ad hoc* déclaratif, dossiers patients) et les profils des participants attendus étaient pluriels comme en ont témoigné les participants lors de la réunion de clôture : prescripteurs, intervenants dans les blocs, services d'hospitalisation, équipes opérationnelle d'hygiène, équipe gestion des risques, référent antibiotique étaient fédérés autour de ce projet. Deux finalités étaient poursuivies dans cette campagne : 1- Mobiliser les établissements, instances et équipes sur l'antibio prophylaxie ; 2- Amener les équipes à se questionner sur leurs résultats d'audits en allant rechercher eux même les facteurs contributifs dans leurs organisations et pratiques sur la base de dossiers sélectionnés. Il s'agissait ainsi de passer d'une représentation de non-conformité à une recommandation ou à un contrôle, à la représentation d'un risque encouru par le patient. C'est ce que l'on pourrait traduire par **une culture de la pertinence des résultats**, l'un des enjeux portés par la certification HAS V2020. Douze établissements parmi les 33 participants ont réalisé l'ensemble du protocole d'évaluation. Le manque de disponibilité des équipes à participer à des AAC est à repositionner dans un environnement qui promeut la culture qualité et sécurité des soins.

Un objectif de la campagne était également de produire un indicateur cumulatif visant à évaluer la pertinence globale de la prescription de l'antibio prophylaxie. Cette conformité a été totale pour 387 des 2 423 dossiers analysés : c'est-à-dire que 16 % des patients ont eu une antibio prophylaxie, au bon moment, avec la bonne molécule, à la bonne posologie, pendant la bonne durée et avec une réinjection si nécessaire. C'est ce que l'on pourrait traduire par l'adéquation aux besoins du patient de bénéficier d'une prescription conforme. Le choix de critères d'évaluation exigeants était délibéré dans cette étude, notamment concernant le délai d'injection des antibiotiques. Cette méthodologie conduit à une conformité globale qui peut être perçue comme très insatisfaisante. Les résultats de la campagne alertent surtout les équipes sur certains écarts à une pratique optimale en lien avec les caractéristiques des patients (allergie, obésité, difficulté d'installation, etc.) ou des ajustements nécessaires sur le moment de l'administration de l'antibiotique. L'intérêt de cette évaluation était de plus orienter les équipes vers ces critères disposant d'une marge de progression importante

Les principaux écarts concernaient donc le délai d'administration des antibiotiques avec une non-conformité de 80 % en prenant comme référence la recommandation de la SFAR 2018 [1] de Grade 1+ (accord fort) : « *il faut toujours que l'antibio prophylaxie précède l'intervention dans un délai d'environ 30 minutes* ». Cet « environ » a été fixé pour les besoins de la campagne reposant sur le calcul de la conformité à partir d'horaires tracés dans le dossier à une valeur de 30 minutes, plus ou moins 5 minutes. La distribution des délais par établissement, leur comparaison régionale par acte et le positionnement par rapport au moment de l'incision a permis aux équipes une meilleure compréhension de ce critère. Ce choix retenu pour la valeur du délai par le Ccecqa et le Cpias [2] reposait sur la nécessité de re-sensibiliser les équipes à cette recommandation de la SFAR. A titre de comparaison, les conformités constatées sont très inférieures à celles obtenues dans d'autres études. . En 2015, l'évaluation de l'antibio prophylaxie dans le réseau ISO-RAISIN 2015 a été établie sur la base du référentiel SFAR 2010 avec un délai non conforme ou inconnu de 47,3 %. La surveillance [5] Inciso du CCLIN Paris Nord publiait en 2017 des conformités globales de 66 % [6] pour des délais compris entre 30 et 60 minutes. Qualirel Santé publiait en 2019 une conformité globale de 67 %. Cependant, les exigences en termes de délai pour cette enquête conduite en Pays de Loire n'étaient pas en rapport avec le référentiel plus récent de la SFAR puisque ce délai était fixé entre 0 et 60 minutes avant incision [3-4].

Cette notion de délai (ou de temps perdu) a fait l'objet de nombreux échanges avec les professionnels ayant participé à la campagne sur des problématiques organisationnelles que l'on retrouve dans la méthode des tempos : le tempo de la maladie, du patient, du professionnel et des équipes de soins ne sont pas les mêmes,

ce qui explique probablement certains écarts de pratiques. Cela traduit également le besoin d'éléments plus précis concernant la cinétique des molécules antibiotiques utilisées en antibio prophylaxie.

L'adaptation de la dose antibiotique au poids du patient était encore très perfectible dans certaines chirurgies (bariatrique, voies biliaires). Parmi les 26 dossiers analysés, 6 ont concerné une absence d'antibio prophylaxie (4 absences véritables et 2 défauts de traçabilité). Pour chacun de ces cas, l'utilisation de la check-list n'a pas permis de relever ce dysfonctionnement, ce qui traduit de mauvaises utilisations des outils de sécurisation de la prise en charge des patients au bloc opératoire.

Il faut noter par ailleurs que, parmi les points positifs, la durée de l'antibio prophylaxie de moins de 24h est conforme à 97 %. Ce résultat répond aux attentes d'un des indicateurs du Propias (moins de 10 % d'antibio prophylaxie de plus de 24h non justifiées). Au-delà des résultats de non-conformité, certaines équipes ont mieux objectivé la cause de leurs écarts. Ainsi, **les causes immédiates des écarts de pratiques** étaient rapportées à une méconnaissance des référentiels, à des modifications de prescription inter-prescripteurs, à des défauts d'information ou étaient liées aux données non disponibles ou incomplètes. Le caractère d'urgence de l'intervention, le niveau de gravité important ou les difficultés d'installation en salle de certains patients étaient des facteurs contributifs. Une organisation non optimale, un manque de coordination et de coopération au sein des équipes, entre les services et le bloc contribuaient également aux défauts ou omissions de réalisation de l'ATBP, également identifiés dans les audits organisationnels. Enfin, les supports de prescription multiples et souvent inadaptés facilitaient la survenue d'erreurs lors de la prescription ou retranscription et l'administration des antibiotiques. Les facteurs humains et organisationnels sont importants dans la survenue de « ces événements indésirables » de non recours intentionnel ou non intentionnel à un soin protocolisé. Ces constats sont à mettre en parallèle avec ceux objectivés dans les audits organisationnels qui mentionnent une politique interne d'antibio prophylaxie définie pour 77 % des établissements et une définition des responsabilités en termes d'administration de surveillance de l'antibio prophylaxie pour seulement 46 % des services.

De nombreuses actions d'amélioration ont été proposées et sont en cours de mise en œuvre. Les principales concernent un meilleur accompagnement des référentiels et une communication plus développée au sein des équipes. Une organisation optimisée avec une meilleure définition des rôles et une mise à disposition d'outils informatiques adaptés (interfaces, création d'alertes) contribueront également à améliorer les pratiques d'antibio prophylaxie. Il semble par ailleurs qu'il faille mieux prendre en compte les spécificités de certaines chirurgies dont les prérogatives d'organisation (urgence, temps d'installation, etc.) ont un impact direct sur le moment et le lieu de la réalisation de l'antibio prophylaxie.

5. Conclusion

Cette campagne eFORAP a permis de montrer l'intérêt d'associer différentes méthodologies contributives pour la culture de la pertinence des résultats de soins appliquée à l'antibio prophylaxie. La mobilisation des équipes par une participation active aux différents recueils et différents échanges suscités par leurs résultats a été facilité par le travail conjoint mené par les deux structures régionales. La co-construction régionale de la campagne mutualisant des compétences métier sur le risque infectieux et méthodologiques en évaluation des pratiques et gestion de projet a permis de travailler dans un climat de confiance entre professionnels.

Cependant, l'appropriation des recommandations sur des actes dont les sociétés savantes des spécialités des actes investigués étaient parties prenantes montre encore les freins rencontrés sur le terrain à leurs usages. Un travail local à mener par les équipes ou référents infectieux et antibiotiques est à poursuivre dans l'actualisation des protocoles internes. La valorisation des résultats en termes d'amélioration des pratiques en interne et de production par les établissements d'information sur l'antibio prophylaxie pour la demande de tiers (contractualisation, inspection, certification et prochains critères V2020) est à intégrer dans leur politique du risque infectieux. Les outils d'évaluation sont à la disposition des équipes de la Nouvelle-Aquitaine.

Des préconisations issues des résultats de cette campagne relative à l'antibio prophylaxie sont proposées par le Ccecaq et le Cpias aux professionnels en termes de vigilance dans les politiques des établissements ; de définition des responsabilités, de protocole localement validés en adéquation avec les recommandations de la SFAR. En termes d'indicateurs, aucun patient sans antibio prophylaxie pour les actes invasifs le justifiant, complète ainsi les moins de 10 % d'ATBP poursuivies au-delà de 24h sans justification (indicateur Propias).

6. Références

1. SFAR. Antibio prophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes). Actualisation des recommandations 2018.
2. Cpias Nouvelle-Aquitaine. Tuto n°7. Antibio prophylaxie. Décembre 2017. https://youtu.be/r6q_-DuzTzw
3. Réseau QualirelSanté. Evaluation des Pratiques Professionnelles Régionale sur l'Antibio prophylaxie en Chirurgie. EPP RANCH. Mai 2016.
4. Réseau QualirelSanté. Cpias Pays de Loire, MedQual, Omedid Pays de Loire. Evaluation des Pratiques Professionnelles Régionale sur l'Antibio prophylaxie en Chirurgie – EPP RANCH 2nd tour – Synthèse régionale. Janvier 2019
5. Réseau ISO-RAISIN. Rapport mars 2017.
6. Réseau INCISO du CCLIN Paris-Nord Rapport 2016.
7. Valdeyron ML, Confesson MA, Caillat-Vallet E, Haond C, Boselli E, Ayzac L. Antibio prophylaxie et césarienne : analyse des modalités d'administration dans 30 maternités. Hygiène 2018 ; 3: 119-123.
8. E. Boselli E, Bouvet L, Rimmelé T, Chassard D, Allaouchiche B. Antibio prophylaxie pour césarienne avant incision ou après clampage du cordon ? Méta-analyse. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation 2009 ; 28 (10) :855-67.
9. Brami J, Amalberti R 2010. L'analyse par la méthode des tempos, adaptée au cabinet de ville In : La sécurité du patient en médecine générale. Ed Springer-Verlag France, Paris : 95-100

7. Remerciements

Nous remercions LANDRY Doaa ; HOPE-RAPP Emilie ; BEAUMONT Cécile ; VALAT Isabelle ; PELLEGRINO Lucie ; DARRIEUMERLOU Josiane ; DUFOIR Thierry ; POHIER Eric ; STUDNICKA Daniela ; GAUTHIER Dominique ; BORRELYS Laetitia ; CHECHIN Laetitia ; KUREEMAN Isoop ; FERRANDIS Patrick ; GUILLE Ludmilla ; MASCLET Maud ; CASTET Sébastien ; VIDAL Alexandrine ; LEVEQUE Sandra ; SOTTILE Laura ; LANGE Myriam ; BENAIS Odette ; DEBARRE Cécile ; BOUDER Mustapha ; MAARI Rudayna ; BECQUART Dominique ; FRADIN Séverine ; BONNEIL Paul ; COURTADE Hélène ; BUREL Chantal ; GUERY Marianne ; HERPE Véronique ; PERDRIX Christophe ; REBEYROLE Nathalie ; KOVACS Szilvia ; BRECHET Marie-Pierre ; LOUCHEZ Mathieu ; VENOT Christine ; DUGAZ Christophe ; VENOT Christine ; CUOT Jean André ; YOU Jocelyne ; DESMURS Silvia ; TRICOCHÉ Virginie ; CABRERAS Marie-Anne ; QUESNEL Catherine ; BOUQUET Anne ; BARTCZAK Elzbieta ; DESTHIEUX Patricia ; MAGNEN Dominique ; DECOUARD Bernard ; FENOT Philippe ; DOS SANTOS Elodie ; FAMIN Mickaël ; PERROUD Martine ; VINCENT Claire ; RAVRY Céline ; ROCA GUIMARD Carmen ; FONDRINIER Caroline ; RAJEZAKOWSKI Sylvain ; DELORME Martine ; MAARI Rudayna ; ATBIR Alexandre ; PEDEBOSC Stéphane ; ROGUES Anne-Marie pour leur précieuse participation à cette campagne.

8. Annexes

Annexe 1 : Questionnaires

Audits organisationnels (structure et service) :



Campagne régionale eFORAP 2018

ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE ET EN MEDECINE INTERVENTIONNELLE

#

FICHE "STRUCTURE "

	OUI	NON	NA*
<p>1. Il existe une <u>commission des agents anti-infectieux</u> au sein de l'établissement ?</p> <p><i>Répondre OUI s'il existe dans l'établissement une commission structurée de professionnels (anesthésiste réanimateur, chirurgien, infectiologue, référent en antibiothérapie, hygiéniste, pharmacien, biologiste, etc.) menant une réflexion sur l'antibio prophylaxie et l'antibiothérapie et validant les protocoles sur ce sujet. Il peut s'agir selon les organisations d'une commission des antibiotiques, d'un sous-groupe du comité du médicament, etc.</i></p> <p><i>Répondre NON si aucun groupe de professionnels n'est structuré (composition non définie, pas de réunion, etc.)</i></p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>2. Un <u>référent antibiotique</u> est identifié au sein de l'établissement ?</p> <p><i>Répondre OUI s'il existe un référent antibiotique dans l'établissement titulaire d'une formation adaptée en thérapeutique anti-infectieuse (infectiologue, DESC, DU, etc.)</i></p> <p><i>Répondre NON s'il n'existe pas de référent formé au sein de l'établissement</i></p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>3. Une <u>politique d'antibio prophylaxie</u> est définie pour l'ensemble des activités chirurgicales ou de médecine interventionnelle ?</p> <p><i>Répondre OUI s'il existe un document décrivant la politique générale de bon usage des antibiotiques intégrant les principes généraux de l'antibio prophylaxie (objectifs, organisation, responsabilités, etc.)</i></p> <p><i>Répondre NON s'il n'existe pas de document formalisant les principes généraux de l'antibio prophylaxie</i></p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>4. Une <u>politique d'antibio prophylaxie</u> est définie pour chaque discipline chirurgicale et/ou activité de médecine interventionnelle ?</p> <p><i>Répondre OUI s'il existe un document décrivant les spécificités de l'organisation de l'antibio prophylaxie dans les différentes disciplines chirurgicales de l'établissement</i></p> <p><i>Répondre NON s'il n'existe pas de document décrivant les spécificités de l'antibio prophylaxie dans les différentes disciplines chirurgicales</i></p> <p><i>Répondre NA s'il n'y a qu'une seule discipline chirurgicale/activité interventionnelle au sein de l'établissement</i></p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>5. Les <u>responsabilités</u> sont définies concernant la prescription de l'antibio prophylaxie ?</p> <p><i>Répondre OUI s'il existe un document écrit et validé définissant les responsabilités en matière de prescription de l'antibio prophylaxie à l'échelon institutionnel</i></p> <p><i>Répondre NON s'il n'existe pas de document écrit et validé définissant les responsabilités en matière de prescription de l'antibio prophylaxie</i></p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>6. Les <u>responsabilités</u> sont définies concernant l'administration et la surveillance de l'antibio prophylaxie ?</p> <p><i>Répondre OUI s'il existe un document écrit et validé définissant les responsabilités en matière d'administration et de surveillance de l'antibio prophylaxie à l'échelon institutionnel</i></p> <p><i>Répondre NON s'il n'existe pas de document écrit et validé définissant les responsabilités en matière d'administration et de surveillance de l'antibio prophylaxie</i></p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

7. Les outils informatiques facilitent la prescription, le contrôle et la traçabilité de l'antibio prophylaxie ?

Répondre OUI si le logiciel ou les logiciels informatiques sont parfaitement adaptés à la prescription, au contrôle et à la traçabilité de l'antibio prophylaxie

Répondre NON si les outils informatiques sont inadaptés : absence d'interface entre les différents logiciels, retranscriptions nécessaires, etc.

8. Les protocoles d'antibio prophylaxie sont écrits et co-signés par les anesthésistes réanimateurs et les opérateurs ?

Répondre OUI si les protocoles d'antibio prophylaxie sont rédigés et co-signés par les anesthésistes-réanimateurs, les opérateurs (chirurgiens, les gastroentérologues, les radiologues, etc.)

Répondre NON si les protocoles ne sont pas rédigés et co-signés collectivement

9. Les protocoles d'antibio prophylaxie sont validés par l'instance en charge de la lutte contre les infections associées aux soins et par la commission des agents anti-infectieux ?

Répondre OUI si les protocoles d'antibio prophylaxie sont validés par le CLIN ou l'instance équivalente et par la commission définie ci-dessus

Répondre NON si les protocoles ne sont pas validés par ces commissions

Répondre NA en l'absence de protocole formalisé

10. Une organisation est mise en place pour respecter la mise en œuvre des protocoles et délais d'injection des antibiotiques ?

Répondre OUI si l'organisation de l'antibio prophylaxie tient compte du parcours patient (mode de prise en charge, types de chirurgie), si elle est intégrée à la programmation des actes opératoires, si elle est tracée, etc.

Répondre NON si l'organisation de l'antibio prophylaxie n'est pas complètement formalisée

11. Des évaluations ont déjà été conduites sur les pratiques d'antibio prophylaxie ?

Répondre OUI si une évaluation des pratiques d'antibio prophylaxie a été réalisée au cours des 3 dernières années

Répondre NON en l'absence d'évaluation ou en cas d'évaluation il y a plus de 3 ans

*NA : non adapté



Campagne régionale eFORAP 2018

ANTIBIOPROPHYLAXIE
EN CHIRURGIE ET EN MEDECINE INTERVENTIONNELLE

#

FICHE "SPECIALITE " - 1

Service :	<input type="text"/>
Spécialité :	<input type="text" value="v"/>
Mode(s) de prise en charge :	<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Ambulatoire
Type(s) de chirurgie :	<input type="checkbox"/> Programmée <input type="checkbox"/> Urgente

	OUI	NON	NA*
<p>1. Les <u>responsabilités</u> sont définies dans le service concernant la prescription de l'antibioprophyllaxie ?</p> <p><i>Répondre OUI s'il existe un document écrit et validé définissant les responsabilités en matière de prescription de l'antibioprophyllaxie</i></p> <p><i>Répondre NON s'il n'existe pas de document écrit et validé définissant les responsabilités en matière de prescription de l'antibioprophyllaxie</i></p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>2. Les <u>responsabilités</u> sont définies dans le service concernant l'administration et la surveillance de l'antibioprophyllaxie ?</p> <p><i>Répondre OUI s'il existe un document écrit et validé définissant les responsabilités en matière d'administration et de surveillance de l'antibioprophyllaxie</i></p> <p><i>Répondre NON s'il n'existe pas de document écrit et validé définissant les responsabilités en matière d'administration et de surveillance de l'antibioprophyllaxie</i></p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>3. Les <u>outils informatiques</u> facilitent la prescription, le contrôle et la traçabilité de l'antibioprophyllaxie ?</p> <p><i>Répondre OUI si le logiciel ou les logiciels informatiques sont parfaitement adaptés à la prescription, au contrôle et à la traçabilité de l'antibioprophyllaxie</i></p> <p><i>Répondre NON si les outils informatiques sont inadaptés : absence d'interface entre les différents logiciels, retranscriptions nécessaires, etc.</i></p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>4. Les <u>protocoles d'antibioprophyllaxie</u> sont écrits et co-signés par les anesthésistes réanimateurs et les opérateurs de la spécialité ?</p> <p><i>Répondre OUI si les protocoles d'antibioprophyllaxie sont rédigés et co-signés par les anesthésistes-réanimateurs, les opérateurs de la spécialité (chirurgiens, gastroentérologues, radiologues, etc.)</i></p> <p><i>Répondre NON si les protocoles ne sont pas rédigés et co-signés collectivement</i></p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>5. Les <u>protocoles d'antibioprophyllaxie</u> de la spécialité sont validés par l'instance en charge de la lutte contre les infections associées aux soins et par la commission des agents anti-infectieux ?</p> <p><i>Répondre OUI si les protocoles d'antibioprophyllaxie sont validés par le CLIN ou l'instance équivalente et par la commission définie ci-dessus</i></p> <p><i>Répondre NON si les protocoles ne sont pas validés par ces commissions</i></p> <p><i>Répondre NA en l'absence de protocole formalisé</i></p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Les protocoles d'antibioprophylaxie de la spécialité sont actualisés ?

Répondre OUI si la date de rédaction, de réactualisation ou de reconduction des protocoles est postérieure au référentiel de la SFAR (novembre 2017)

Répondre NON si les protocoles sont antérieurs à novembre 2017

Répondre NA en l'absence de protocole formalisé

7. Les protocoles d'antibioprophylaxie de la spécialité sont conformes aux recommandations de la SFAR ?

Répondre OUI si les protocoles tiennent compte des recommandations de la SFAR

Répondre NON si les protocoles ne tiennent pas compte des recommandations de la SFAR (autres recommandations de sociétés savantes, consensus professionnel local)

Répondre NA en l'absence de protocole formalisé

8. Si NON (question 7), les protocoles d'antibioprophylaxie ont fait l'objet d'un consensus professionnel local ?

Répondre OUI si les protocoles ont fait l'objet d'un consensus interne

Répondre NON si les protocoles font références à d'autres sociétés savantes

9. Les protocoles d'antibioprophylaxie de la spécialité sont accessibles sur les lieux de prescription et/ou de l'administration ?

Répondre OUI si les protocoles sont disponibles en format papier et/ou informatique

Répondre NON si les protocoles ne sont pas directement accessibles

Répondre NA en l'absence de protocole formalisé

10. Une organisation est mise en place pour respecter la mise en œuvre des protocoles et délais d'injection des antibiotiques pour cette spécialité ?

Répondre OUI si l'organisation de l'antibioprophylaxie tient compte du parcours patient (mode de prise en charge, types de chirurgie), si elle est intégrée à la programmation des actes opératoires, si elle est tracée, etc.

Répondre NON si l'organisation de l'antibioprophylaxie n'est pas complètement formalisée

*NA : non adapté

Audit des pratiques :

Campagne régionale eFORAP 2018

ANTIBIOPROPHYLAXIE
EN CHIRURGIE ET EN MEDECINE INTERVENTIONNELLE

#

Service (unité) :

Date de l'enquête :

**I. PATIENT**

Sexe :

 Homme Femme

Age (années) :

Poids (kg) :

Taille (cm) :

Allergies ?

 Oui Non

Mode de prise en charge :

 Hospitalisation
 Ambulatoire

II. INTERVENTION

Acte :	<input type="text"/>		
Type de chirurgie :	<input type="radio"/> Programmée <input type="radio"/> Urgente		
Date de l'intervention :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Heure d'incision (format 24h) :	<input type="text"/> hr	<input type="text"/> min	<input type="checkbox"/> Non tracée
Heure de fin de l'intervention (format 24h) :	<input type="text"/> hr	<input type="text"/> min	<input type="checkbox"/> Non tracée
Prise en charge anesthésique :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Heure d'induction (format 24h) :	<input type="text"/> hr	<input type="text"/> min	<input type="checkbox"/> Non tracée
Antibio prophylaxie réalisée :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Lieu de réalisation de l'antibio prophylaxie :	<input type="radio"/> Bloc opératoire <input type="radio"/> Service de soins		

Précédent

Suivant

Exemple avec Acte = PTH primaire ou de 1ère intention ...

PROTHESE TOTALE DE HANCHE PRIMAIRE OU DE PREMIERE INTENTION

Détails de l'antibio prophylaxie ...

Injection : Produit et dose initiale	<input type="text"/>
	<i>si AUTRE, préciser ...</i>
	<input type="text"/>
Heure d'injection (format 24h) :	<input type="text"/> hr <input type="text"/> min <input type="checkbox"/> Non tracée
Ré-injection : Produit et dose ré-injecté	<input type="text"/>
	<i>si AUTRE, préciser ...</i>
	<input type="text"/>
Heure de ré-injection (format 24h) :	<input type="text"/> hr <input type="text"/> min <input type="checkbox"/> Non tracée
Durée de la prescription :	<input type="checkbox"/> limitée à la période opératoire <input type="checkbox"/> < 24h <input type="checkbox"/> entre 24h et 48h <input type="checkbox"/> > 48h

Précédent

Suivant

Analyse approfondie des écarts de pratique :**Analyse de l'antibio prophylaxie prescrite en chirurgie et en médecine interventionnelle**

Etablissement : Date de l'analyse :

Acte :

Service : N° du patient : **LUU**

Spécialité :

1. Défaut de soins**1. Description du défaut de soins (type, complications, etc.)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Défaillances latentes**Facteurs liés au patient****2. Quelle était la gravité de la situation clinique du patient ?**

Important Plutôt importante Plutôt faible Faible

3. Quel était le degré de complexité de la situation clinique du patient ?

Très complexe Plutôt complexe Plutôt non complexe Non complexe

4. Quel était le degré d'urgence dans la prise en charge du patient ?

Très urgent Plutôt urgent Plutôt non urgent Non urgent

Facteurs liés aux soignants**5. Quel est votre domaine de compétence et le nombre d'années d'expérience dans ce domaine ?**

.....

.....

6. Connaissez-vous les recommandations existantes relatives à l'antibio prophylaxie ?

.....

.....

7. Quels sont selon vous les principes importants à respecter lors d'une antibio prophylaxie ?

.....

.....

Facteurs liés aux tâches

8. Dans votre pratique, certains de ces principes sont-ils difficiles à appliquer ?
.....
.....
9. Pourquoi pensez-vous que certains de ces principes importants, comme [...] (écarts constatés) ne sont pas respectés ?
.....
.....
10. Pouvez-vous décrire comment s'est déroulée la prescription d'antibiotique pour ce patient ?
.....
.....
11. Disposez-vous de recommandations locales pour l'antibio prophylaxie ? Sont-elles adaptées, compréhensibles ? Sont-elles facilement accessibles ? Ont-elles été actualisées au regard de l'évolution des recommandations de la SFAR (2017) ?
.....
.....
12. Disposez-vous des informations cliniques nécessaires, des résultats des examens complémentaires ?
.....
.....
13. Avez-vous accès facilement aux informations nécessaires sur les médicaments ? Pouvez-vous rechercher facilement de l'aide auprès d'un autre professionnel (réfèrent en antibiothérapie, autre médecin, pharmacien, etc.) ?
.....
.....

Facteurs liés à l'environnement

14. Le support de prescription est-il adapté ?
.....
.....
15. Les médicaments disponibles dans l'établissement sont-ils adaptés à ce type de situation clinique ?
.....
.....
16. Les conditions de travail étaient-elles difficiles ?
.....
.....

Facteurs liés à l'organisation

17. Est-ce qu'il y a une limitation trop restrictive de la prise de décision ?
.....
.....
18. Est-ce qu'il y a une mauvaise définition des responsabilités et des tâches ?
.....
.....
19. Considérez-vous qu'il s'agit d'un défaut d'adaptation à une situation imprévue ?
.....
.....

3. Moyens de défense

20. Est-ce que tout a été mis en œuvre pour éviter ce type de défaillances ?
 Oui Non Ne sait pas
 si **Non**, quelles ont été les défenses manquantes ou non opérationnelles ?

21. Est-il nécessaire de revoir le système dans lequel la défaillance est survenue ?
 Oui Non Ne sait pas
 si **Oui**, comment ?

22. Y a-t-il eu des réponses ou des actions particulièrement utiles proposées par l'équipe pour réduire les conséquences de la défaillance ?
 Oui Non Ne sait pas
 si **Oui**, lesquelles ?

23. Y a-t-il eu des réponses ou des actions particulièrement utiles proposées par l'équipe pour éviter que ce type de défaillance se répète ?
 Oui Non Ne sait pas
 si **Oui**, lesquelles ?

24. Quelles sont les leçons tirées qui pourraient être utiles à d'autres services ou d'autres activités ?

4. Hiérarchisation des défaillances latentes

Pour chacune des défaillances latentes identifiées, estimer et coter sur une échelle de 1 à 4, son importance dans la survenue de l'écart de pratique :

1 = Faible	2 = Plutôt faible	3 = Plutôt forte	4 = Forte
------------	-------------------	------------------	-----------

Reporter ci-dessous les causes latentes estimées « FORTE »

-

-

-

-

-

-

-

Reporter ci-dessous les causes latentes estimées « PLUTOT FORTE »

-

-

-

-

-

-

-

5. Commentaires des participants à la fin de l'analyse

A large rectangular area for handwritten comments, containing approximately 28 horizontal dashed lines for text entry.