

Audit ATBP 2025

1-Présentation de la fiche « ES »



Pour toute question :
spicmi.contact@aphp.fr

Source des images : freepick.com

Campagne d'audit national :
recueil **d'octobre à décembre 2025**

Une co-construction Spicmi/Sfar
en collaboration avec Spares et la Spilf

Présentation de la Fiche « ES »

Evaluation du système documentaire

A remplir avant les grilles d'audit en réunion multidisciplinaire



Principe : point sur le **système documentaire** local lié à l'ATBP

→ **Protocole** et niveau **d'actualisation** par rapport aux RFE Sfar 2024

(pourra apporter des éléments explicatifs aux résultats pratiques constatés)

→ **Organisation** et **traçabilité** (de la **prescription** jusqu'à **l'administration**)

(permettra d'apporter des améliorations au système documentaire)

Informations recueillies à transmettre aux auditeurs :

supports de traçabilité à utiliser en fonction des informations recherchées

Protocole « classique »
Selon les ES : 1 seul et/ou
plusieurs protocoles
(ex : 1 par spécialité)

Cas de certains ES

A-EXISTENCE de PROTOCOLE(S)

Il existe déjà actuellement

un ou des protocole(s) pour l'ATBP :

- oui, protocole(s) interne(s) RFE utilisées directement
 non (ni protocole, ni RFE) → *passer directement au point C7*

B-CARACTERISTIQUES du ou des PROTOCOLES ACTUELS (si existence de protocole = oui)

1-Format et contenu

1a-Type de protocole : un document global pour l'ES un document par spécialité les 2 autre

1b-Intégration au protocole

des recommandations :

Recos « générales » oui non

Recos « spécifiques » oui non

2-Mise à disposition : numérique papier les 2

3-Validation locale (plusieurs réponses possibles) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Equipes d'anesthésie-réanimation | <input type="checkbox"/> Infectiologues |
| <input type="checkbox"/> Equipes chirurgicales | <input type="checkbox"/> Référent antibiotique |
| <input type="checkbox"/> Equipes de médecine/endoscopie interventionnelle | <input type="checkbox"/> Comité des anti-infectieux |
| <input type="checkbox"/> Equipe d'hygiène | <input type="checkbox"/> Conseil de bloc |
| <input type="checkbox"/> Equipe pharmaceutique | <input type="checkbox"/> Clin/Clias |
| <input type="checkbox"/> Equipes de qualité/gestion des risques | <input type="checkbox"/> Autres : / _____ / |

Qui valide
le(s)
protocole(s)
locaux ?

Les RFE
contiennent
des recos
« générales »
et
« spécifiques »

Toutes reprises
dans le(s)
protocole(s) ?

1^{er} niveau de communication
(mail, intranet...)
(ne garantit pas la prise de connaissance)

2^{ème} niveau de communication
(staff, séance dédiée) :
pour RFE 2024 ou nouveau protocole

C-PRISE EN COMPTE du NOUVEAU REFERENTIEL (RFE 2024)

4-Diffusion des RFE réalisée en interne : oui en cours pas encore pas prévue

5-Information des professionnels sur les nouveautés : oui en cours pas encore pas prévue

Cas du protocole local

6-Actualisation réalisée : oui en cours pas encore pas prévue

Si « oui » ou « en cours » :

6a- Etapes de l'ATBP intégrées au(x) protocole(s) (plusieurs réponses possibles) :

veille au soir administration initiale Ré-administration : peropératoire postopératoire

6b- Protocole(s) élargi(s) aux :

- nouvelles spécialités de chirurgie : oui non non concerné par ces spécialités
- nouveaux actes de médecine interventionnelle : oui non non concerné par ces actes
- nouveaux actes d'endoscopie interventionnelle : oui non non concerné par ces actes

Ex : choix locaux différents des RFE

Ex : démarche nécessitant des ressources

Ex : ES ne souhaitant pas de changement

Toutes les étapes de l'ATBP bien prises en compte ?

Intégration des nouveaux actes et nouvelles spécialités (si ES concerné) ?

C-PRISE EN COMPTE du NOUVEAU REFERENTIEL (RFE 2024) (suite)

Résumé des recommandations « générales »

A vérifier point par point
→ état des lieux de l'intégration ou non des nouvelles recommandations
Entre parenthèses :
n° de la recommandation

6c-Recommandations « générales » prises en compte (à évaluer point par point) :

Moment de l'administration initiale

- dans les 60 min précédant le début de la procédure chirurgicale ou interventionnelle (R1.1)
- vancomycine/patient non-obèse : perfusion 1h, débutée 1h à 30 min avant l'intervention (R1.2)

Choix des molécules

- pas de téicoplanine chez le patient obèse (R1.6)

Administration initiale et adaptation posologique

- céphalosporines : adaptation posologique ou du schéma d'administration pour IMC > 50 kg/m² (R1.5)
- clindamycine : de 900 à 1600 mg selon l'IMC des patients (R1.6)
- gentamicine/patient obèse : 6 à 7 mg/kg de poids « ajusté » (R1.6)
- vancomycine : 20 mg/kg pour tout profil de patient (R1.6)

Ré-administration peropératoire

- pas de ré-administration pour gentamicine, métronidazole et téicoplanine (demi-vie longue) (R1.3.2)
- dose de moitié par rapport à la dose initiale (R.1.3.2)
- délai entre 2 administrations fonction de la molécule (R1.3.1 et R1.3.2) :
8h (vancomycine), 4h (céfazoline, clindamycine), 2h (céfoxitine, céfuroxime, amoxiclav, amoxicilline)

Ré-administration postopératoire

- pas de prolongement de l'ATBP après l'intervention (sauf cas particulier recommandé) (R1.4)

Recommandation spécifique concernant une action associée à l'ATBP

= évaluation de la fréquence du portage rectal à E-BLSE → mise en place d'un dépistage → choix de la molécule

Cas particulier des ES avec une activité de Chirurgie colorectale

7-Portage rectal à E-BLSE en chirurgie colorectale (recommandations R1.7.1, 1.7.2 et 1.7.3)

7a-Evaluation de la fréquence :

oui en cours pas encore pas prévue
-Si « oui » ou « en cours », méthode utilisée : campagne de dépistage données rétrospectives
-Si « oui », niveau de fréquence retrouvé : / _____ /% → < 10% ≥ 10%

7b-Dépistage mis en place : oui (systématique) oui (ciblé) en cours pas encore pas prévu

-Si « oui », choix de la molécule soumis à avis multidisciplinaire : oui non

Evaluation de la fréquence :
état d'avancement
méthode
résultat

Dépistage systématique

(dans le mois précédent l'intervention) :
si fréquence E-BLSE du service ≥ 10%
*(peut être une stratégie du service sans
évaluation de la fréquence du portage)*

Dépistage ciblé :

Patient avec ATCD de portage
dans les 6 mois précédent
l'intervention (RFE, p.80)

Méthode :

→ **Campagne de dépistage** : approche prospective
(ex : sur plusieurs mois jusqu'à atteindre ≈ 100 patients)

→ **Données rétrospectives** :

Issues d'une enquête auprès du labo de microbiologie
! Bien distinguer colonisation et infection

Si prescrite par autre praticien que MAR (ex : acte sans anesthésie (AG ou ALR) → cocher « non »

Ne concerne que certains actes de chirurgie colorectale et d'affirmation du genre

CONSULTATION préanesthésique (CPA)

(MAR = médecin anesthésiste-réanimateur)

1-ATBP faisant l'objet d'une **prescription en CPA** par les MAR :

- administration de la veille au soir : oui non aucun acte concerné
- administration initiale (1^{ère} du jour de l'intervention) : oui non
- ré-administration peropératoire (au cours de l'intervention) : oui non

Prescription peropératoire pas toujours faite à l'avance

2-Données en théorie **tracées** en CPA pour la gestion de l'ATBP :
(en systématique ou en fonction de la nature de l'intervention)
(plusieurs réponses possibles)

Patient

- Poids Taille IMC/BMI
- Etat de la fonction rénale
- Allergie aux bêta-lactamines (pénicillines, céphalosporines...)
- Portage de souches résistantes

Intervention/acte

- Nature de l'acte
- Reprise chirurgicale

VISITE préanesthésique (VPA)

ATBP pouvant être modifiée par des résultats disponibles entre temps

3-Réévaluation de l'ATBP par les MAR : prévue en systématique au cas par cas non prévue

CPA = consultation préanesthésique

→ Prescription préopératoire +/- peropératoire

→ Recueil de données
- sur patient
- sur intervention

Impact sur la dose :
poids, IMC, état de la fonction rénale (postopératoire)

Impact sur choix de la molécule :
allergie, portage de BMR

VPA = visite préanesthésique (jour-même)

→ Réévaluation

Approche chronologique

BMI : body mass index
(équivalent de l'IMC en anglais)

D-Organisation de la PRESCRIPTION, de l'ADMINISTRATION d'ATB et de leur TRACABILITE (suite)

PEROP →

Organisation des ré-administrations PEROPERATOIRES

4-Éléments soumis à traçabilité écrite : prescription administration les deux aucun

pas toujours le cas
(ex : transmission « orale »)

POSTOP →

Organisation des ré-administrations POSTOPERATOIRES

5-Profil(s) de(s) prescripteur(s) : MAR chirurgien médecin/endoscopiste interventionnel
(plusieurs réponses possibles) infectiologue autre

En postop :
parfois
intervention de
praticiens autres
que le MAR

CRA →

COMPTE-RENDU anesthésique (CRA) – en plus de la feuille d'anesthésie

6-Compte-rendu anesthésique pouvant être édité et placé dans le dossier patient : oui non

CRA : non strictement soumis à réglementation comme le CRO → +/- présent/utilisé

Identification des supports de traçabilité : à visée descriptive et pour aider lors de l'évaluation des dossiers

Supports de TRAÇABILITE disponibles			
7-Supports de traçabilité prévus pour les différentes données de l'ATBP		Logiciel de traçabilité <i>(support numérique)</i>	Document de traçabilité <i>(support papier)</i>
Traçabilité des données « patient » recueillies en CPA		/ _____ /	/ _____ /
Traçabilité des données « acte » recueillies en CPA		/ _____ /	/ _____ /
7-1 Traçabilité de l'ATBP pré et peropératoire			
Veille au soir	Prescription (si actes concernés)	/ _____ /	/ _____ /
	Administration (si faite dans l'ES)	/ _____ /	/ _____ /
Administration initiale	Prescription en CPA	/ _____ /	/ _____ /
	Réévaluation en VPA (si prévue)	/ _____ /	/ _____ /
	Administration	/ _____ /	/ _____ /
Ré-administration peropératoire	Prescription (si prévue)	/ _____ /	/ _____ /
	Administration	/ _____ /	/ _____ /
7-2 Traçabilité de l'ATBP postopératoire			
Ré-administration postopératoire	Prescription	/ _____ /	/ _____ /
	Administration	/ _____ /	/ _____ /

Les tests ont montré une multiplicité des logiciels dans certains ES et une traçabilité parfois mixte (papier et numérique).
Les supports papier sont parfois scannés dans le système informatique. Prescription et administration pas toujours tracées sur le même support