

Actualités Spicmi

Webinaire du **mardi 23 juin 2026**

Audit national ATBP 2025 :
Premières tendances observées

Surveillance des ISO : importation des données
(Q/R, report date limite)



Pour toute question :
spicmi.contact@aphp.fr

Source des images :
freepick.com



Objectifs de l'analyse intermédiaire

- Restituer aux participants des résultats préliminaires d'audit sur dossiers
- Recueillir des :
 - avis sur la présentation des résultats et les résultats en eux-mêmes
 - suggestions quant aux analyses complémentaires à effectuer sur la base nationale

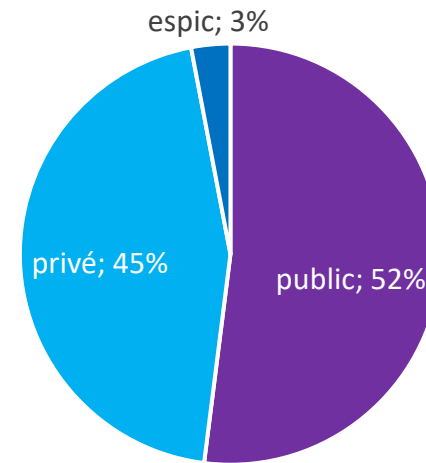
Résultats « macroscopiques » → seront plus détaillés dans la version finale

Qualité du recueil et nombre de dossiers évalués : +++

Caractéristiques de l'échantillon d'ES analysé

N = 67 premiers ES pour lesquels un rapport local a été préparé et % calculés
(critère : ES avec au moins 20 dossiers inclus)

- 3377 dossiers évalués
- 20 à 364 dossiers par ES



Analyse des « 6 piliers » de l'ATBP

(Référentiel = RFE Sfar/Spilf de mai 2024)

1- Indication initiale

2- Molécules initiales

**3- Doses initiales
et adaptation posologique**

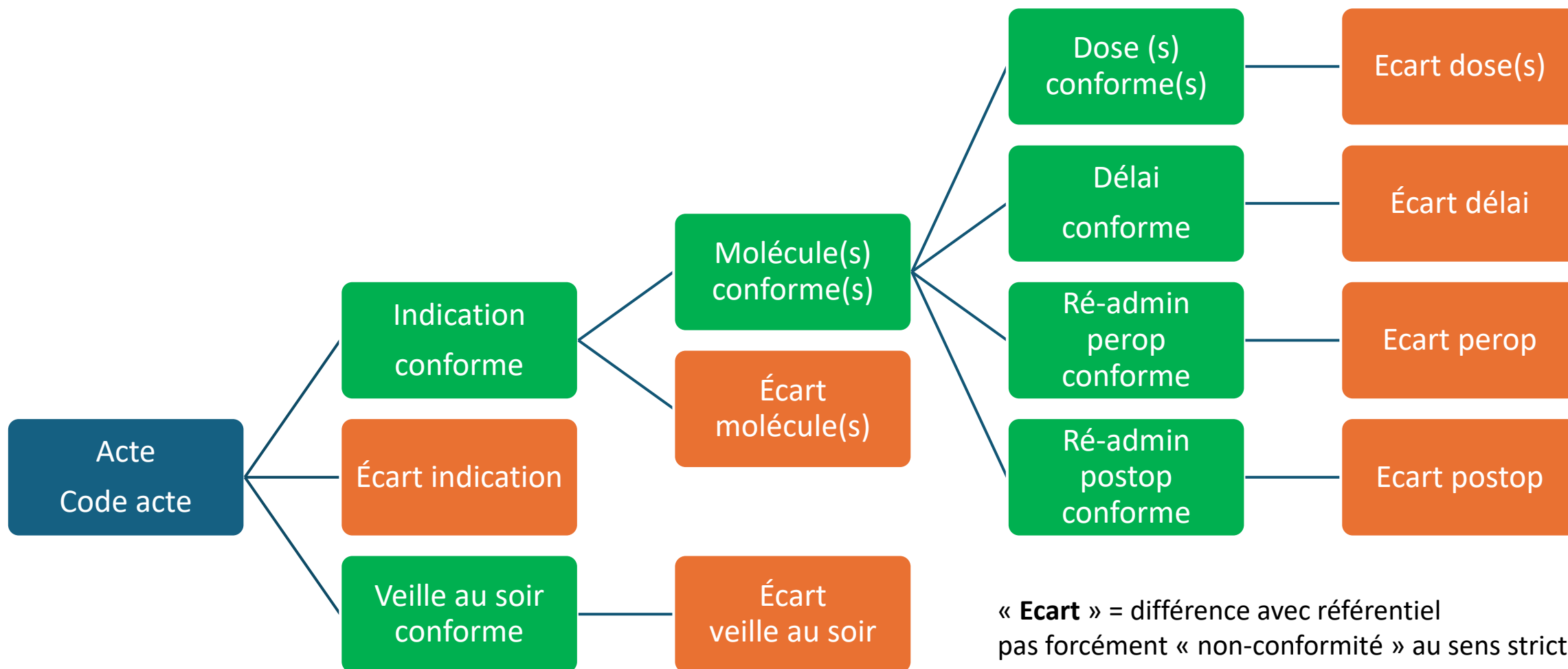
4- Moment et délai initial

**5- Ré-administrations
peropératoires**

**6- Ré-administrations
postopératoires**

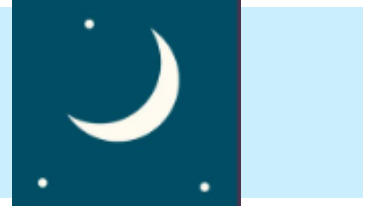
Nouveau
par rapport à
l'audit PREOP

Rappel du principe de l'analyse



« **Ecart** » = différence avec référentiel
pas forcément « non-conformité » au sens strict
(à confirmer en fonction des informations
locales disponibles lors du retour au dossier)

I - Administration la veille au soir



RFE :

Concerne les chirurgies colorectales (codes acte DIG10 à 13) et d'affirmation du genre (AFF9)

Protocole = tobramycine 200 mg vo + métronidazole 1 g vo

« Décontamination digestive »

AUDIT :

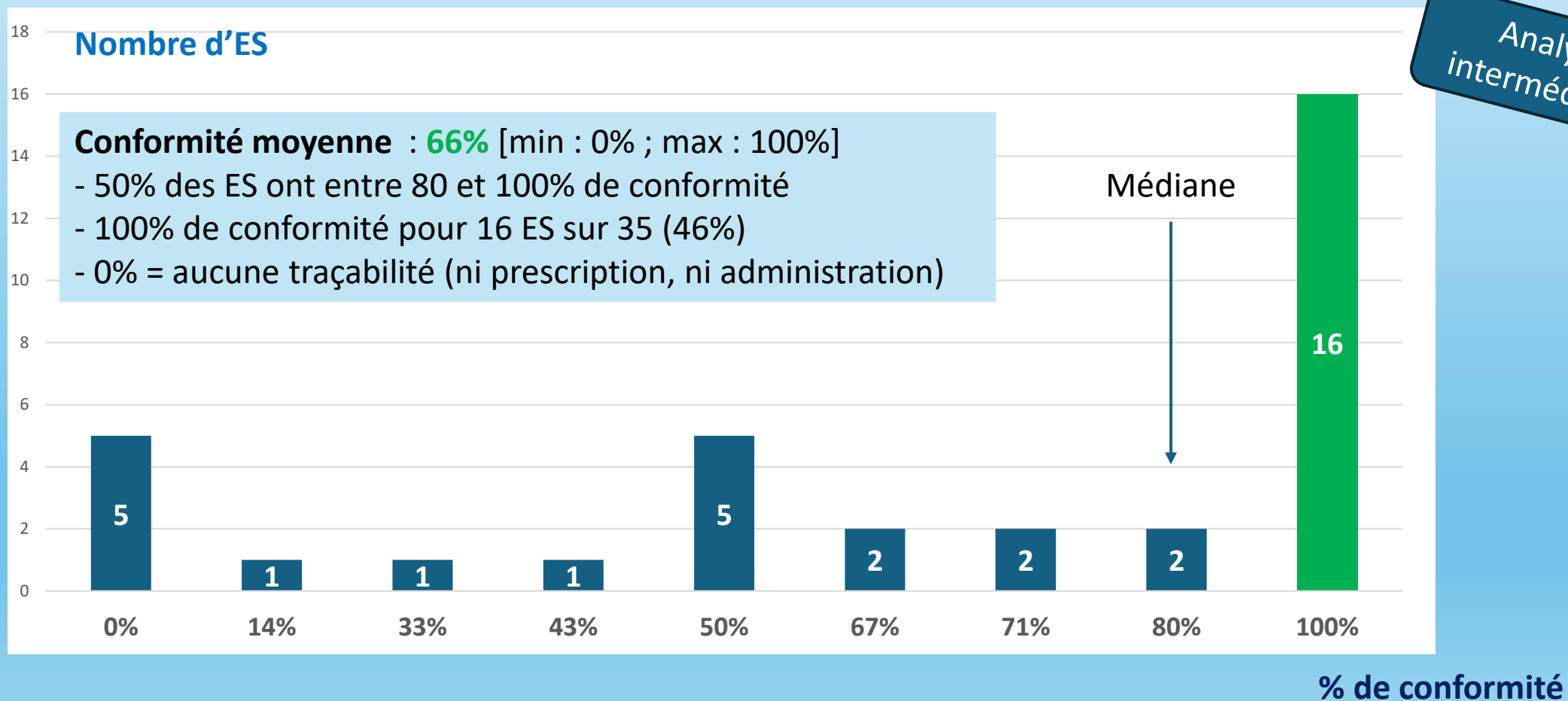
- Seule la chirurgie colorectale a été évalué sur ce point par les ES
- Quelques actes non évalués alors que concernés (signalés dans le rapport local) :
 - oubli lors du recueil ?
 - actes non programmés ? (→ non évaluables sur ce qui s'est passé la veille)



Résultats « VEILLE AU SOIR »

Conformité : respect de
indication + molécules + doses
(au moins au niveau de la prescription)

Répartition des 35 ES concernés par une administration la veille au soir sur les 67 évalués



Commentaires

Molécules/doses
≈ 100% OK

❖ Ecart le plus fréquent :

Pas de trace concernant ce qui a été fait la veille au soir
(prescription ou administration ou les deux)

❖ Hypothèse :

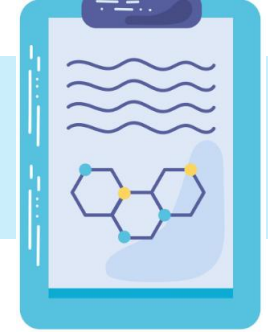
Traçabilité plus compliquée quand ATB administré la veille à domicile ?
(ambulatoire/J0)

❖ Plan d'actions :

Organisation à revoir car :

- pas de traçabilité → doute sur réalisation
- étape importante de l'ATBP qui contribue à la prévention des ISO

II - Respect de L'INDICATION initiale



Avant le début de l'acte

RFE : ATBP indiquée ou non selon les actes

AUDIT :

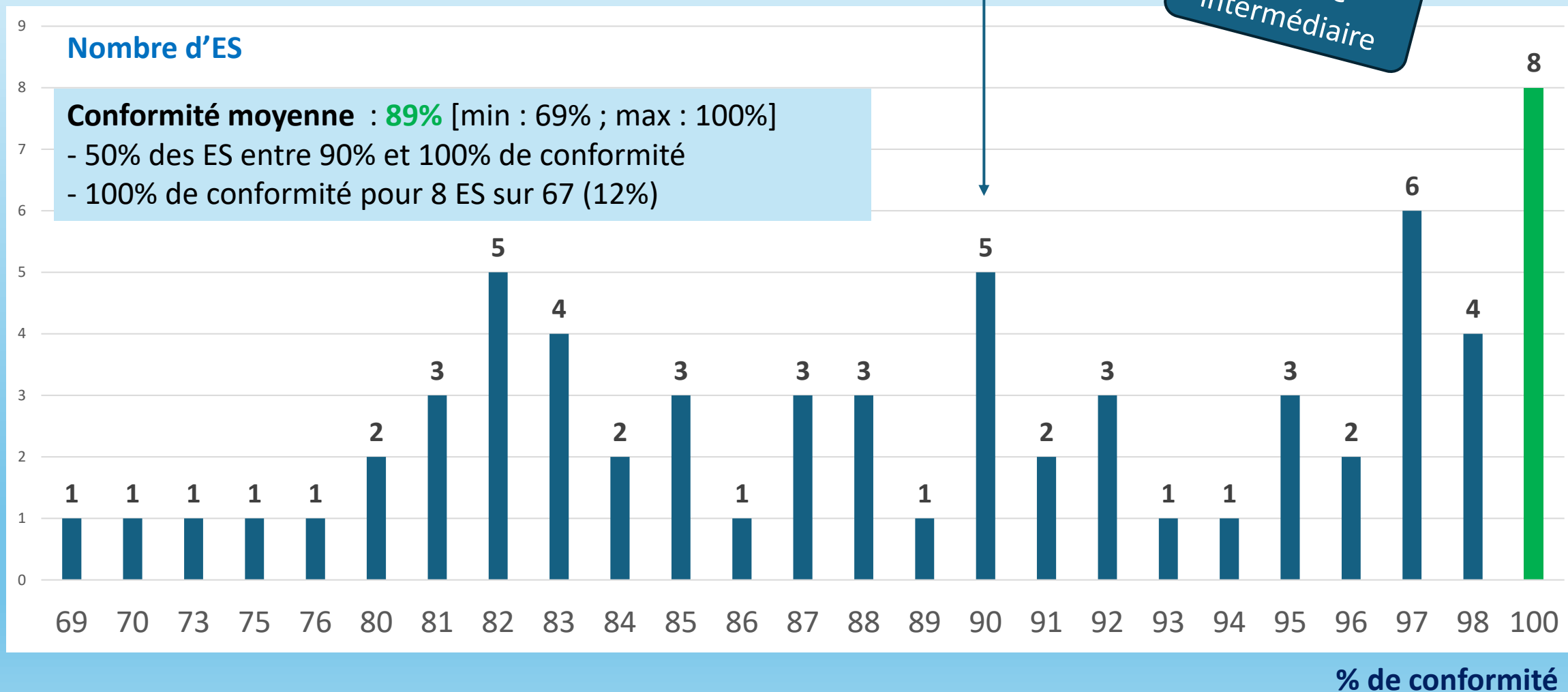
- Proposition d'évaluer les 2 situations (indication/non-indication)
→ majorité des ES a suivi cette stratégie
- Conformité « globale » : 2 composantes

ATBP réalisée quand indiquée ET non réalisée quand non indiquée

Résultats « INDICATION initiale »

ATBP réalisée quand indiquée
et ATBP non réalisée quand non indiquée

Répartition des 67 ES analysés



Commentaires

Ecart constaté :

❖ **Certaines ATBP ne sont pas réalisées alors qu'indiquées**

= situation à haut risque infectieux

Hypothèses :

non réalisées ou non tracées ? contexte d'urgence vitale ? oubli/check-list non opérationnelle ? ...

❖ **Administration d'ATB juste avant l'opération sans indication**

= problème de BUA

(usage excessif d'ATB car ATBP non nécessaire selon revue de la littérature de la Sfar/Spilf)

Rappel : patients sous traitement ATB exclus de l'audit

Hypothèses : choix collectif local ? choix individuel de prescripteur ?

patients particuliers ? non prise en compte des nouvelles recommandations ? ...

III- Respect des MOLÉCULES recommandées

RFE :

Pour chaque acte : molécules spécifiques préconisées (1, parfois 2)

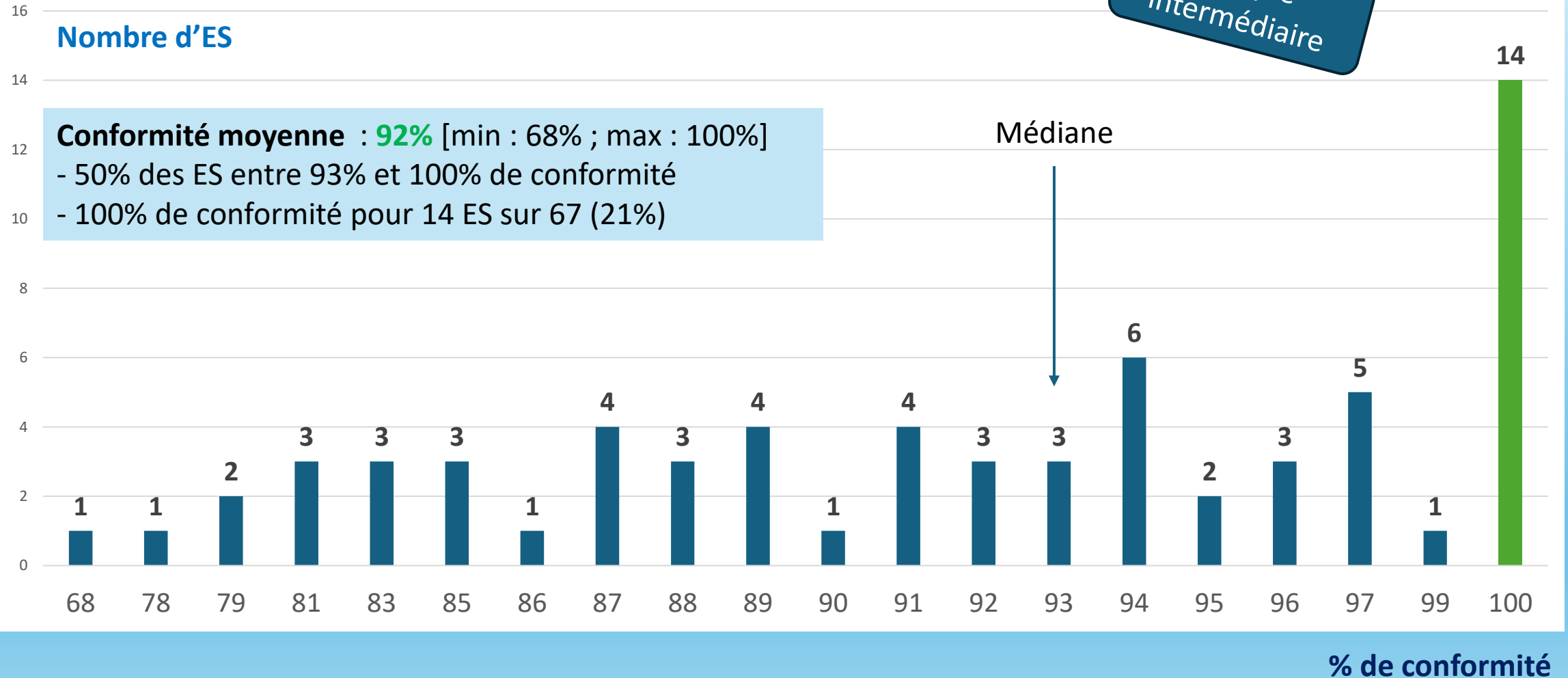
Audit :

- Molécules analysées si indication initiale conforme
- **Conformité : prise en compte de toutes les possibilités**
 - Molécule(s) de 1^{ère} intention ou alternative
 - Molécule(s) de 2^{ème} intention en cas d'allergie

Résultats « MOLÉCULES recommandées »

Répartition des 67 ES analysés

Analyse
intermédiaire



Résultats un
peu meilleurs
que
l'indication

Commentaires

Ecart constatés :

❖ Choix de molécules « inversé » :

céfazoline à la place de céfoxitine et vice-versa (pas le même spectre)

❖ Quand association de 2 molécules : souvent non conforme
(au moins 1 voire 2 molécules différentes des RFE)

❖ Autres molécules utilisées

→ **3 situations associées à un potentiel risque infectieux si spectre non adapté**

❖ Ajout de molécules pour cas de « ECBU + » en préopératoire
(revoir si acte concerné : cf. nouvelles recommandations AFU)

Hypothèses : non-prise en compte du nouveau référentiel ? molécules non disponibles ?
choix locaux différents ? prise en compte de l'écologie du service ? caractéristiques du
patient ? ...

IV- Respect des DOSES recommandées



RFE : pour chaque molécule administrée selon les recommandations : dose spécifique et toujours la même

RFE de mai 2024 :

- Adaptation posologique selon IMC pour certaines molécules : céphalosporines (seuil à 50) et clindamycine (seuils à 45 et 60)
- Seuils ont changé (ex : 35 → 50 pour céphalosporines)



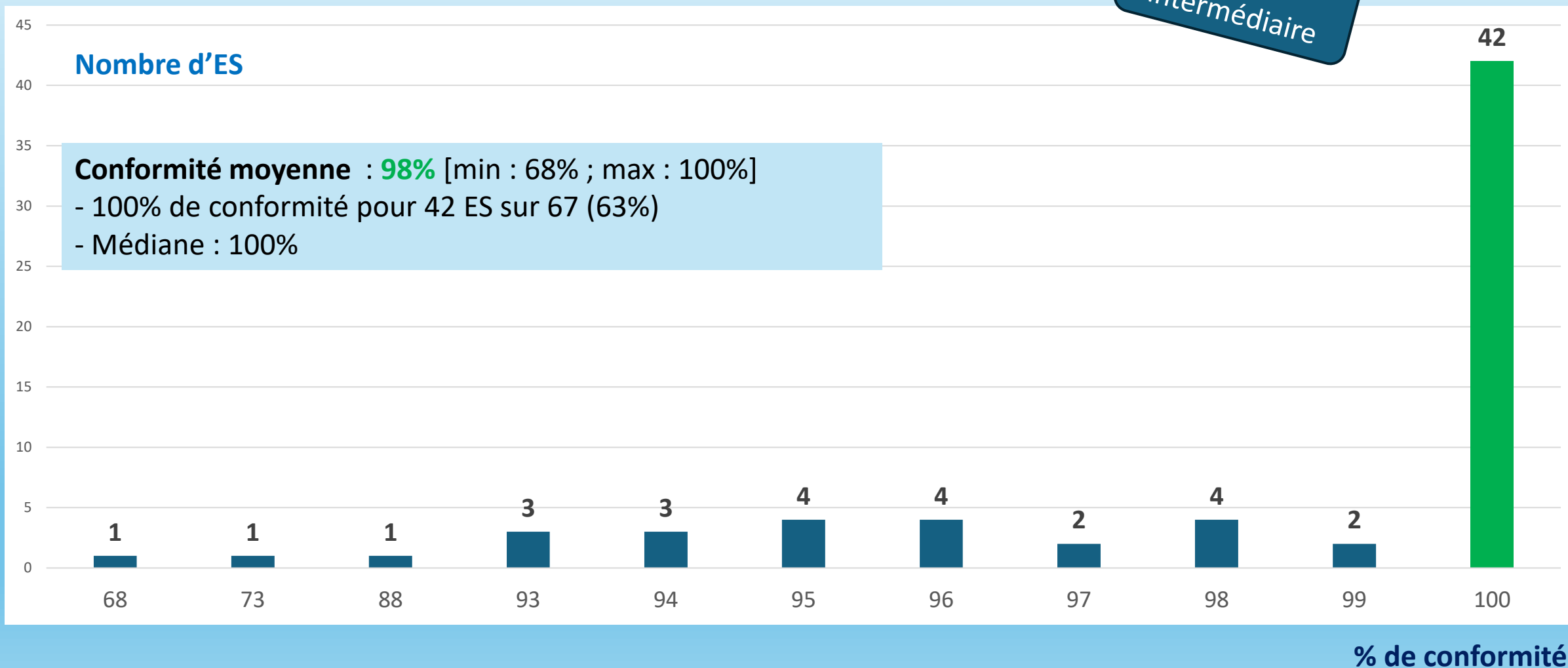
AUDIT :

- Doses analysées si indication initiale et molécule(s) conformes

Résultats « Doses recommandées »

Répartition des 67 ES analysés

Analyse
intermédiaire



Commentaires

Résultats bien
meilleurs que
indication et
molécules

Ecarts constatés :

❖ « Surdosages » :

Seuil IMC de l'ancienne version des RFE (35) encore utilisé pour les céphalosporines

→ résultats avec doses supérieures à l'attendu

Erreurs de retranscription à partir de l'étiquette (ex : OPH1 : 50 mg vs 1 mg)

Hypothèses : choix de l'ES de garder l'ancien seuil ? évolution non encore prise en compte dans les pratiques ? dosage non disponible ? ...

❖ « Sous-dosages » : associés à risque infectieux

Hypothèses : en lien avec caractéristiques du patient ? ...

V- Respect du MOMENT/DÉLAI d'administration



RFE :

- Moment : avant le début de l'acte
- Condition d'obtention d'une saturation des tissus (incision : effraction à risque infectieux)

RFE mai 2024 :

Délai fixé avec écart min-max : [0-60 min]

AUDIT :

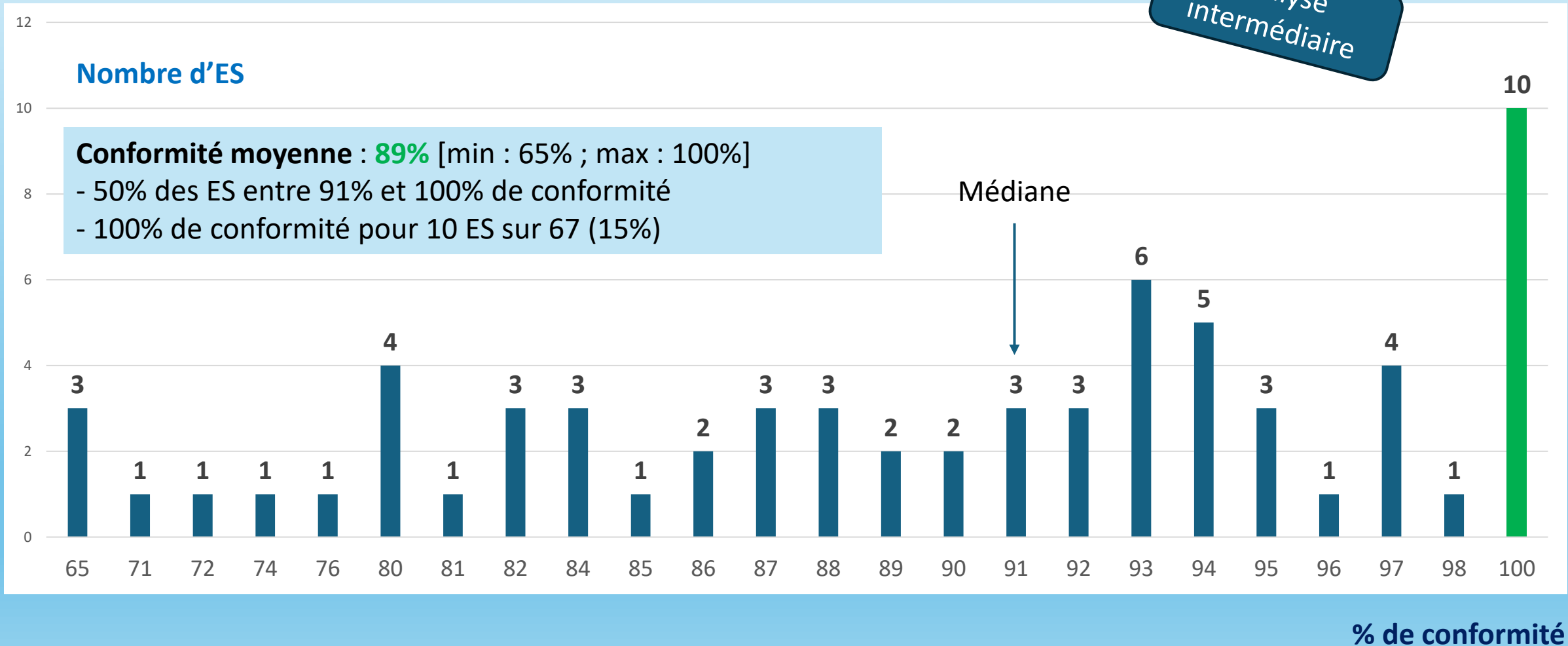
- Délai analysé si indication initiale et molécule(s) conformes
- 3 types de résultats :
 - dans les 60 min avant l'incision (conformité)
 - plus de 60 min avant l'incision
 - après l'incision

Résultats « DÉLAI d'administration »

ATBP administrée
dans les 60 min
avant le début de l'acte

Répartition des 67 ES analysés

Analyse
intermédiaire



Commentaires

Même niveau de
conformité que
que l'indication

Ecart constaté : associés à risque infectieux

❖ **Administrations plus de 60 min avant le début de l'acte :**

Hypothèse : lié à temps de préparation du patient (certaines interventions) ?
problème d'organisation ?

❖ **Administrations après le début de l'acte**

parfois même juste après la fin de l'acte (en salle d'opération)

≠ de postopératoire car molécule(s) et dose(s) comme attendu en initial

Hypothèse : rattrapage d'un oubli initial ? contexte d'urgence ?

VI - Respect de la ré-administration PEROPÉRATOIRE



Entre le début et la fin de l'acte

RFE :

- Assez souvent indiquée *en théorie (nombreux actes concernés)*
- *En pratique* : beaucoup moins souvent car nécessaire uniquement si délai entre 1^{ère} administration et fin de l'acte dépasse le seuil de renouvellement de la molécule administrée en initial

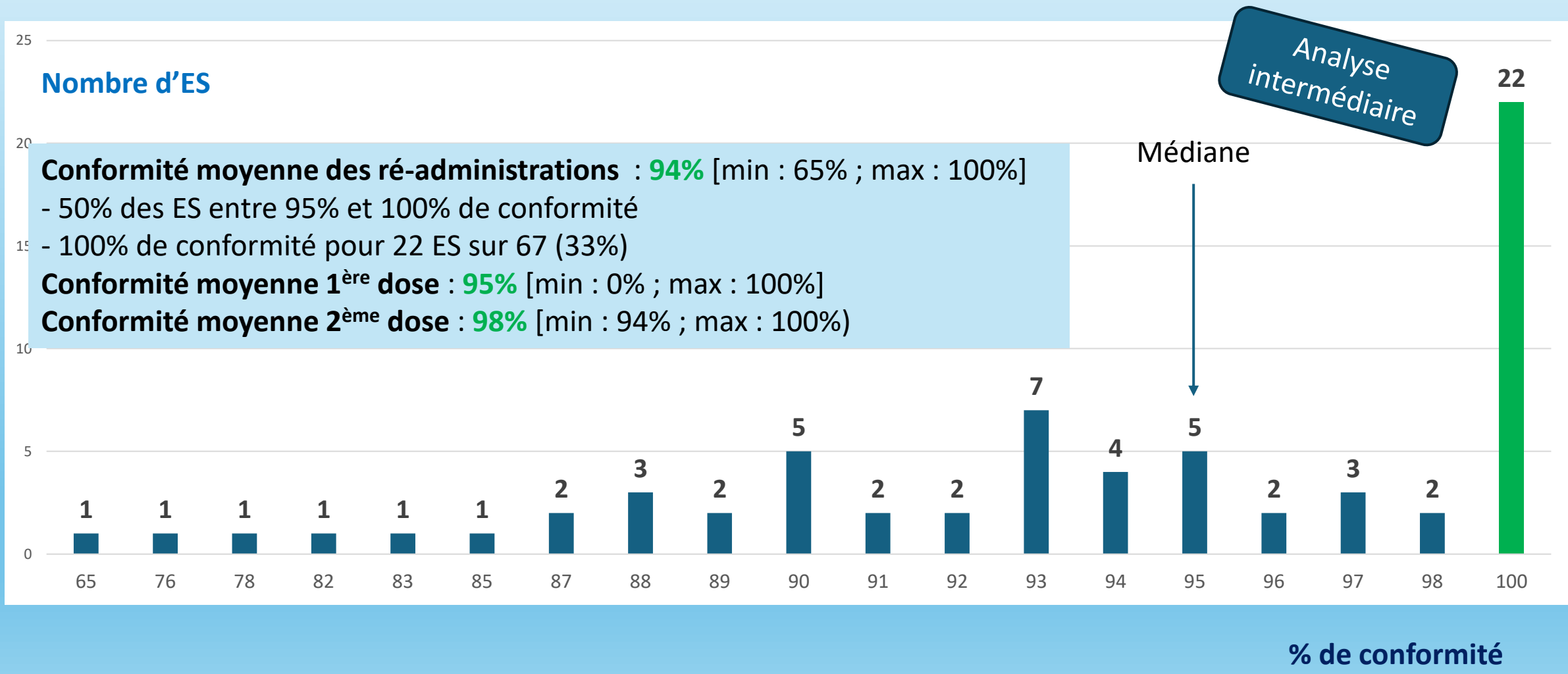
AUDIT :

- Peropératoire analysé si indication initiale et molécule(s) conformes
- Conformité « globale » : 2 composantes
 - ATBP réalisée quand indiquée avec le bon nombre de ré-administrations (selon molécule et délai)
- ET
 - ré-administration non réalisée quand non indiquée
- Deux 1^{ères} ré-administrations analysées en termes de dose (perop1 et perop2)

Résultats « Ré-administration PEROPÉRATOIRE »

Répartition des 67 ES analysés

ATBP réalisée quand indiquée avec nombre de ré-administrations adapté et ré-administration non réalisée quand non indiquée



Commentaires « PEROP »

Écarts associés à un potentiel risque infectieux :

- ❖ nombre de ré-administrations **plus faible que l'attendu** : en très grande majorité en cas d'écart (0 au lieu d'un, 1 au lieu de 2, etc...)
- ❖ parfois aucune ré-administration même si 2 ou 3 ou plus nécessaires

Écarts non associés à un risque infectieux :

- ❖ nombre de ré-administrations **supplémentaires** : rares ou lié à priming CEC (chirurgie cardiaque/code CD1)
- ❖ principe de la demi-dose perop : appliqué en 2^{ème} ré-administration mais pas toujours en 1^{ère} ré-administration

VII - Respect de la ré-administration POSTOPERATOIRE



Après la fin de l'intervention

RFE :

Très peu d'actes concernés dans la liste des actes inclus dans l'audit :

ORL5 (48h), SMF1 (48h), SMF8 (24h), PLA28 (48h)

AUDIT :

- Conformité « globale » : 2 composantes
 - ATBP réalisée quand indiquée en postop avec une durée ne dépassant pas le seuil prévu
 - ET
 - absence d'administration quand non indiquée
- Dose adaptée à chaque temps d'administration



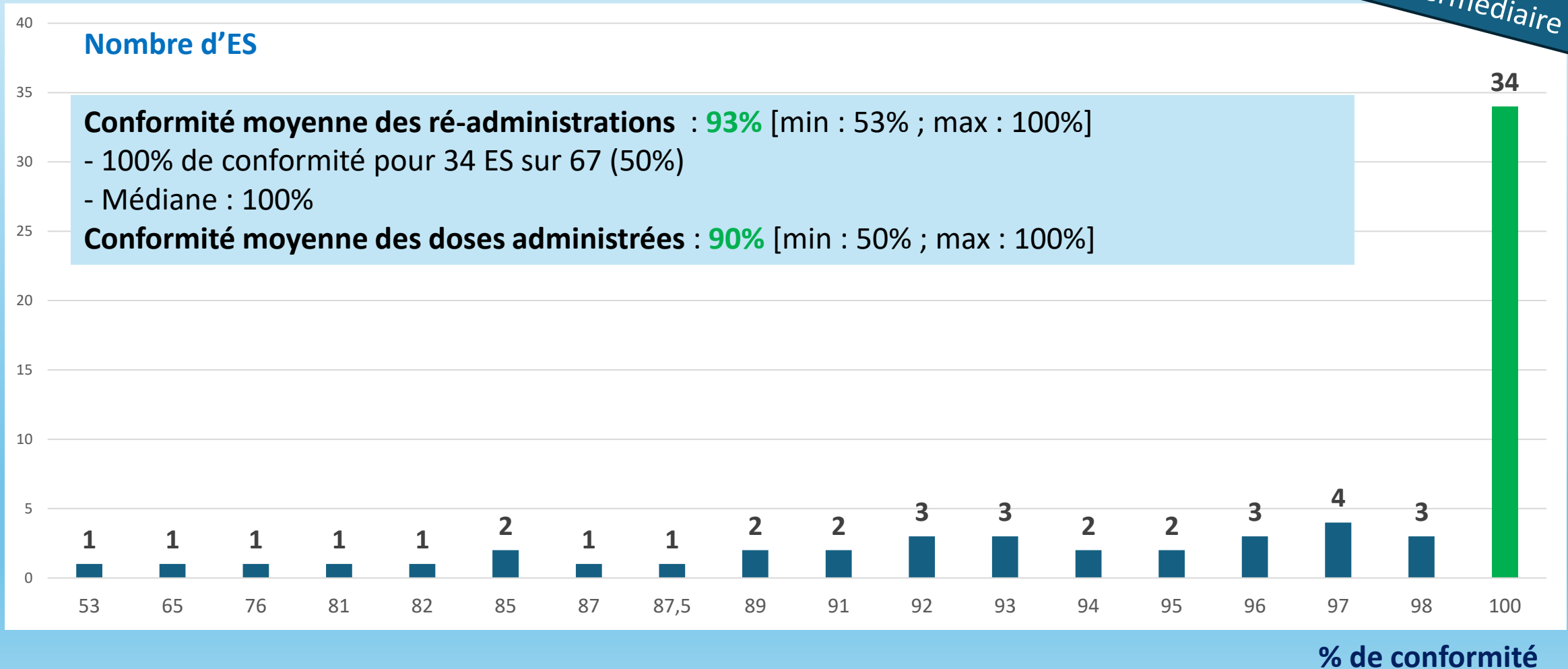
Si administration non prévue, revoir dossiers en détail car peut être mise en route d'une ATBT, prolongement d'une ATBP, ou encore d'autres situations...

Résultats « Ré-administration POSTOPÉRATOIRE »

Répartition des 67 ES analysés

ATBP réalisée quand indiquée sans dépasser la durée requise
et ré-administration non réalisée quand non indiquée

Analyse
intermédiaire



Commentaires « POSTOP »

Constats :

- ❖ globalement peu de cas d'administration postopératoire (y compris peu de prolongement de l'ATBP) ≠ des résultats de l'ENP 2022

Hypothèses :

- manque de traçabilité ? (mais réponse prévue « pas de suivi postopératoire disponible »)
- évaluation portant sur administration en ES uniquement : poursuite à domicile à recueillir ?

- ❖ quand indication respectée : peu de dépassement des seuils 24 à 48h (BUA)
(durée postop parfois même très inférieure au seuil – **risque infectieux**)

❖ quand administration postopératoire :

- mise en route d'une ATBT (signes/suspicion d'ISO)
- autres situations : « ECBU + » avec administration pré et postopératoire, prophylaxie des splénectomies...
- parfois difficulté des auditeurs à conclure (peu d'indications dans le dossier) – à revoir avec Sfar

Bilan : Résultats comparés des différents piliers de l'ATBP

(analyse intermédiaire / juin 2026 / 67 ES / 3777 dossiers)

	Nb d'ES concernés	Nb de dossiers évalués	Conformité moyenne	Conformité min-max	Nb et % d'ES avec 100% de conformité	Paramètres les mieux respectés
Veille au soir	35	145	66%	[0-100%]	16 (46%)	
Indication initiale	67	3777	89%	[69-100%]	8 (12%)	
Molécules initiales	67	2808	92%	[68-100%]	14 (21%)	
Doses initiales	67	2543	98%	[68-100%]	42 (63%)	①
Moment/délai	67	2399	89%	[65-100%]	10 (15%)	
Ré-administration peropératoire	67	2492	94%	[65-100%]	22 (33%)	③
<i>1^{ère} dose</i>	41	192	95%	[0-100%]	34 (83%)	
<i>2^{ème} dose</i>	18	58	98%	[94-100%]	17 (94%)	
Ré-administration postopératoire	67	2550	93%	[53-100%]	34 (50%)	②
<i>Dose</i>	8	20	90%	[50-100%]	6 (75%)	

Perspectives

Prochain webinaire Spicmi :
Mardi 29 septembre 14h-15h

Analyse nationale à poursuivre et finaliser :

- Prise en compte de l'ensemble des fichiers reçus

- **Fiches « ES » : rapport spécifique**

(organisation, traçabilité, pris en compte des nouvelles recommandations)

- **Audit sur dossiers :**

→ **Rapport multicentrique simplifié** au même format que rapports locaux

→ **Rapport détaillé complet :**

- analyse fine avec séparation des risques (infectieux/autres)
- croisement avec données supplémentaires recueillies

Présentation des résultats
prévue au GT ATBP et à la Sfar

Remerciements de Spicmi à tous les participants :
amélioration des connaissances nationales sur le sujet
mise en évidence des éléments à valoriser ou à continuer d'explorer

Des commentaires ou suggestions ?

Présentation des résultats

Explication des résultats

Retours d'expérience

Partage de solutions

...

Un bel été à tous...





Importation des données 2025 : Q/R

Béatrice Nkoumazok - Nabil Benhajkassen



Webinaire Spicmi
23 Juin 2026

Rappels : Importance des données 2025

❖ La plateforme mouline sans importer :

- Caractères cachés présents : sélectionner et copier la plage de données, la coller dans « bloc note », sélectionner et copier, ensuite coller dans un nouveau fichier Excel

❖ La plateforme sort une multitude d'erreurs :

- C'est généralement la même erreur qui se répète sur toutes les lignes de la colonne et sur plusieurs colonnes : ex format des variables (voir **Thésaurus**)

❖ La plateforme ne reconnaît pas les entêtes :

- Vérifier que les entêtes sont bien respectées :
 - Nouvelles variables en 2026 (prelev, result_prelev, implant pour UB), donc utiliser le fichier type de 2026
 - Variables modifiées par mégarde lors de la manipulation du fichier
- Le fichier ne correspond pas : Vérifier le fichier selon le type de surveillance choisi

Fin-Bilan importation plateforme : Q/R

QUE FAUT-IL AMELIORER ?

E-plateforme

Bienvenue sur la E-plateforme Spicmi
CPIas Ile-de-France · Répias

Deadline importation prolongée

· SURVEILLANCE ·

OÙTIL INFORMATIQUE « SURVEILLANCE DES ISO »

L'importation des données 2025 de surveillance est ouverte du 18 mai au 28 juin 2026

L'importation des données 2025 de surveillance est ouverte

Surveillance et prévention du risque infectieux lié aux actes de chirurgie et de médecine interventionnelle

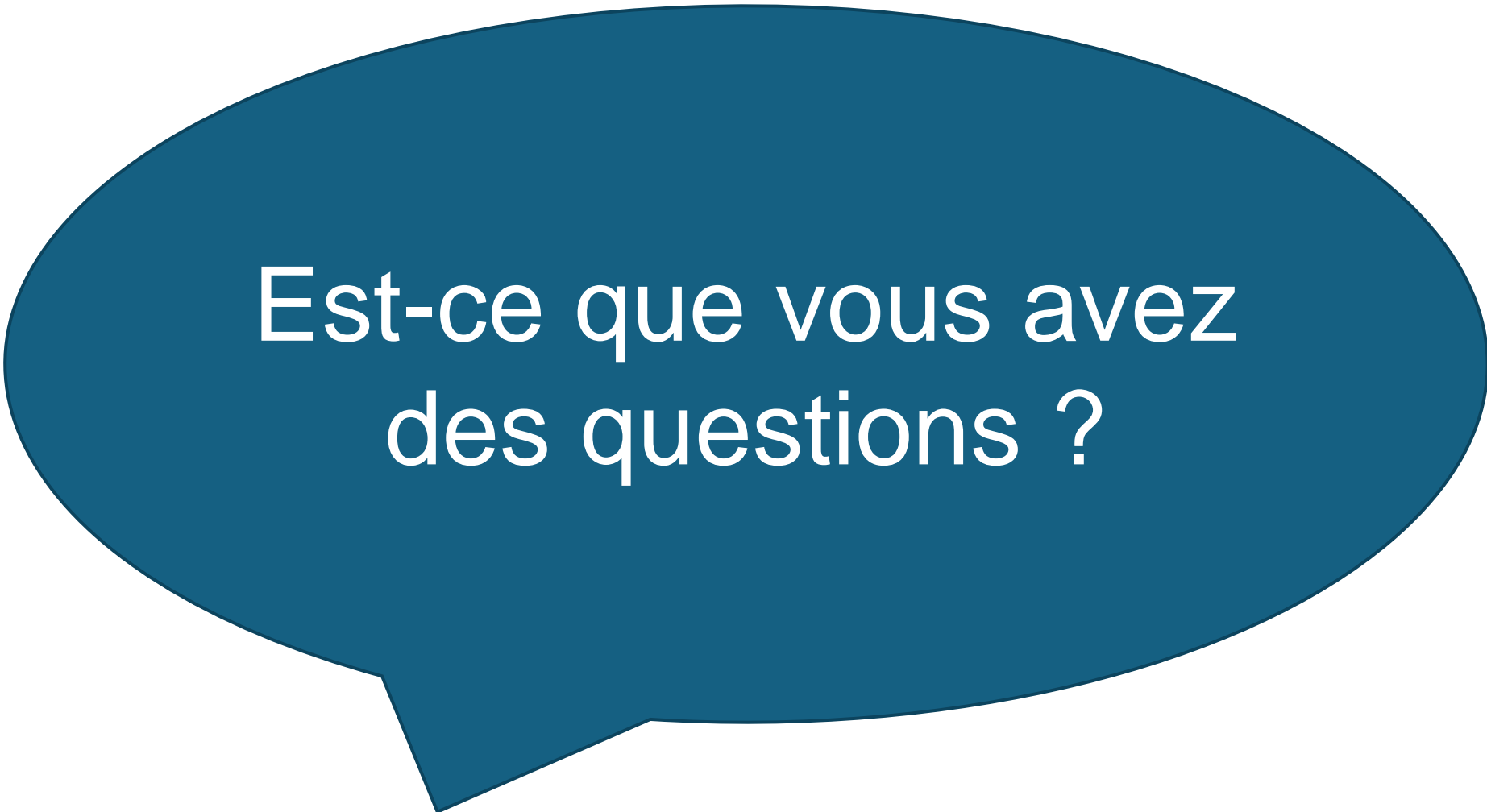
INSCRIRE VOTRE ÉTABLISSEMENT

SE CONNECTER

Merci pour votre attention !

[Une seule adresse : spicmi.contact@aphp.fr](mailto:spicmi.contact@aphp.fr)

- pour toute(s) question(s) sur les outils
- pour demander à être destinataire des informations Spicmi



Est-ce que vous avez
des questions ?