

Programme SPICMI

Audit ATBP 2025 Présentation de l'outil

Webinaire du mardi 23 septembre 2025

Delphine VERJAT-TRANNOY, pilote Spicmi Prévention

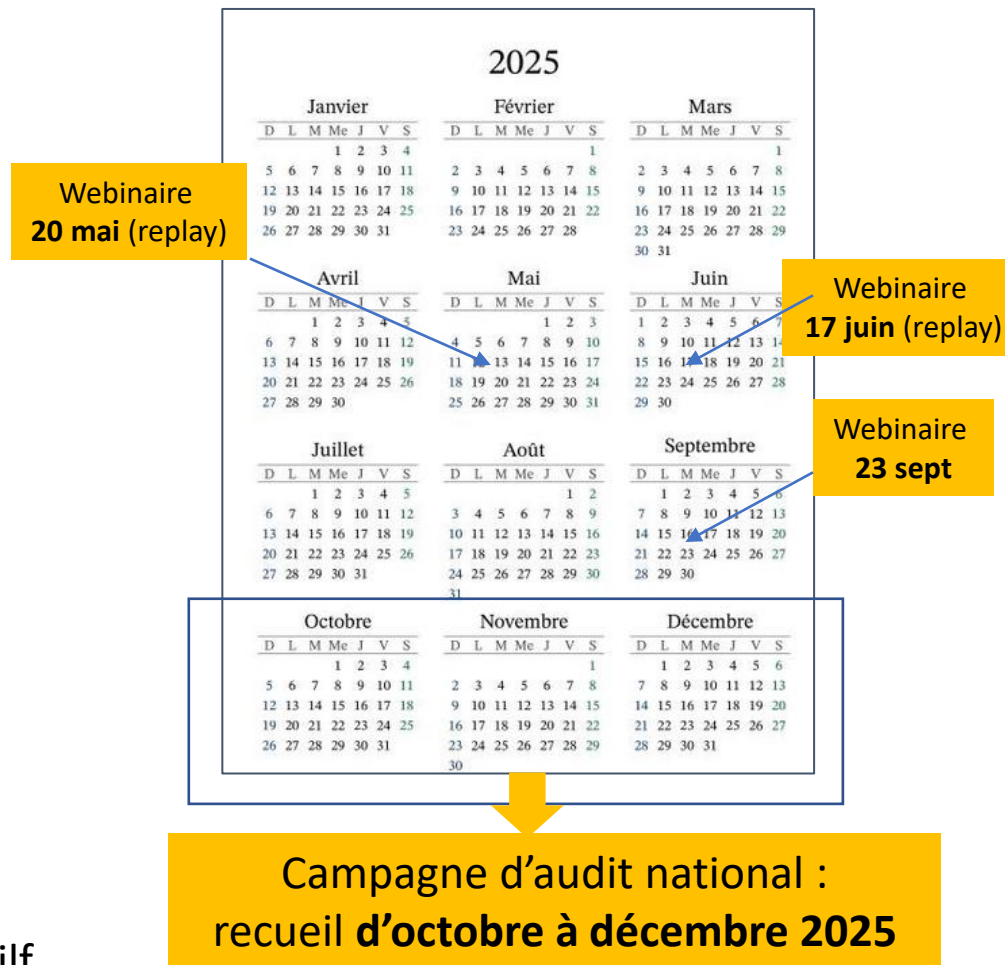
Isabelle ARNAUD et Amanda ELFASSY



Pour toute question :
spicmi.contact@aphp.fr

Source des images : freepick.com

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



Contexte : quelques rappels

- Fait suite à l'audit PREOP qui comportait depuis 2020 une partie sur **l'ATBP « préopératoire »** (observation des pratiques au bloc)
- Arrêt de l'évaluation nationale en 2024 du fait de la **préparation d'un nouveau référentiel** Sfar/Spilf publié en mai 2024 (VF adultes)
- **Conception d'un nouvel outil** plus large (pré, per et postopératoire) basé sur une **évaluation sur dossiers** (changement de méthode)



RFE = recommandations formalisées d'experts

Recommandations générales (R1.1 à R1.6)

R1.1 – Il est recommandé d'administrer l'antibioprophylaxie par céphalosporine (ou ses alternatives en cas d'allergie, hors vancomycine) au plus tôt 60 minutes avant et au plus tard avant l'incision chirurgicale ou le début de la procédure interventionnelle pour diminuer l'incidence d'infection du site opératoire.

Principe du référentiel



Recommandations spécifiques (chirurgie colorectale : dépistage des E-BLSE) (R1.7.1 à R1.7.3)

R1.7.2 – En cas de positivité du dépistage de la colonisation rectale à E-BLSE, les experts suggèrent d'administrer, pour une chirurgie colo-rectale, une antibioprophylaxie ciblée active sur la souche d'E-BLSE identifiée lors du dépistage, pour diminuer l'incidence d'infection du site opératoire.

Recommandations spécifiques par spécialité (tableaux par actes avec indication d'ATBP, molécule, dose, délai, durée)

1 code par acte



En cas d'allergie aux bêta-lactamines, si antibioprophylaxie indiquée dans ce tableau :

Si céfazoline : vancomycine 20 mg/kg IVL ou teicoplanine 12 mg/kg IVL

Si amoxicilline/clavulanate : clindamycine 900 mg IVL + gentamicine 6 à 7 mg/kg

●●● (Avis d'experts)

Actes chirurgicaux ou interventionnels	Molécules	Dose initiale	Réinjections et durée	Force de la recommandation
Chirurgie artérielle ouverte				
■ Chirurgie artérielle périphérique ou chirurgie aortique, avec ou sans mise en place de matériel ■ Chirurgie carotidienne avec mise en place de matériel	Céfazoline	2g IVL	1g si durée > 4h, puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (GRADE 1)
	Alternative : Céfuroxime	1,5g IVL	0,75g si durée > 2h, puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (GRADE 2)

- Neurochirurgie et **neuroradiologie interventionnelle**
- Chirurgie ORL, OPH, stomato et maxillofaciale
- Chirurgie cardiaque, **cardiologie structurelle et rythmologie interventionnelle**
- Chirurgie vasculaire
- Chirurgie et **endoscopie** thoracique, **radio interventionnelle**
- Chirurgie plastique, **d'affirmation du genre et du patient brûlé**
- Chirurgie gynécologique et obstétrique, **radio interventionnelle**
- Chirurgie orthopédique et traumatologique
- Chirurgie digestive/bariatrique, **endoscopie et radio interventionnelle**
- Chirurgie urologique et **radio interventionnelle**

Outil « Audit ATBP 2025 »

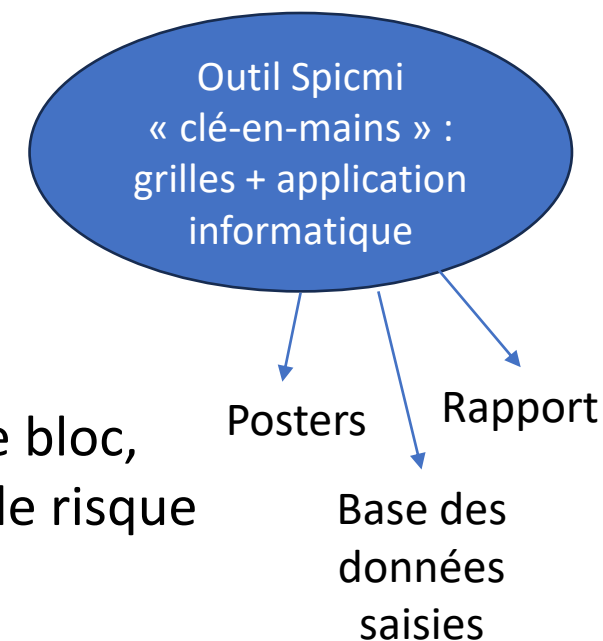


- Sujet relevant de la **prévention du risque infectieux** et du **bon usage des ATB**
- **Conçu** avec la Sfar et son Comité lade, en collaboration avec la mission Spares et des représentants de :
 - CPias, CRATB, établissements de santé
 - différentes sociétés savantes (Spilf, SF2H, SFPT, AFU, CNGOF...)

Un grand merci à tous les membres du GT « ATBP 2025 » !

- **Tests/relectures** : dans une vingtaine d'ES (public, privé, espic)
 - par des professionnels de santé variés : MAR/lade, chirurgiens/cadre de bloc, infectiologues, pharmaciens ATB, hygiénistes, qualitatifs, gestionnaires de risque
 - par les membres du GT « Prévention » de Spicmi

Un grand merci à tous les participants !



Objectifs de l'audit



→ **Evaluer les pratiques actuelles et comparer aux RFE***

(état d'intégration des nouvelles recommandations dans les protocoles et les pratiques)

→ **Valoriser les bonnes pratiques déjà en place**

(respect de l'indication, de la molécule/dose/voie, délai et durée)

→ **Identifier les axes d'amélioration et les besoins en accompagnement des ES**

*Origine des écarts au référentiel : choix collectif local, individuel, mésusages...

- Risque d'inefficacité : absence d'ATBP alors qu'indiquée, molécule et/ou dose non adaptées, sous-dosage, délai trop important (initial, réinjections)
- Risque de toxicité : surdosage
- Risque d'antibiorésistance (ATBR) : ATBP sans indication, molécule inadaptée, durée postopératoire excessive

<https://www.youtube.com/watch?v=aawyt2-5b6E&t=1692s> (M. Léone, Académie de chirurgie, 30/10/24)

Conditions d'audit



- **ES** : tout ES ayant une activité chirurgicale +/- interventionnelle (public, privé, espic)
- **Secteurs** : toutes les spécialités décrites dans les RFE
→ chirurgie, endoscopie et médecine interventionnelle
- **Patients** : adultes opérés (sauf infectés et/ou sous ATB)
- **Actes** : la plupart des actes décrits dans les RFE – cf. liste fournie « actes/codes »
- **Méthode** : évaluation sur dossiers (*limite : qualité de traçabilité*)

Sélection des spécialités et des actes sur système documentaire local, informatisé ou non (alternative : SSPI)

Minimum : 5 à 10 dossiers par spécialité

- **Documents fournis** :
 - Synthèse des conditions générales de l'audit
 - Organisation du pilotage (pour le pilote)
 - Mise en œuvre pratique de l'audit (pour l'auditeur)
 - Liste des spécialités, actes inclus et codes associés
 - Grille d'audit et son aide au remplissage
 - Fiche « ES » et son aide au remplissage

Audit ATBP (Spicmi): accès documents
Remplir le formulaire pour télécharger la fiche établissement et la grille d'audit.

Module de téléchargement

Nom

Établissement

Id (remplissage automatique)

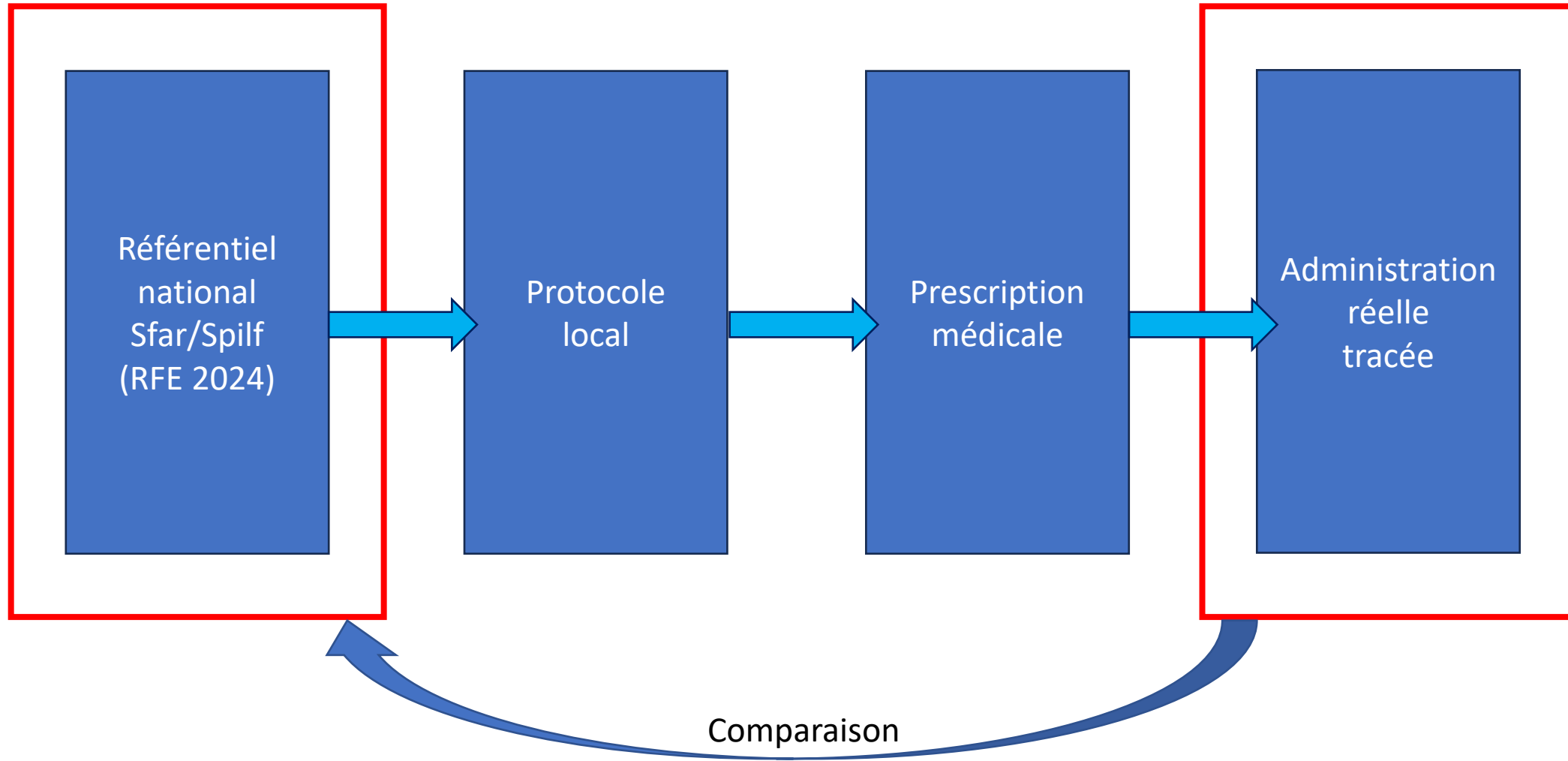
Fonction

Email

[Accéder aux documents](#)

RFE : recommandations formalisées d'experts

Ce qui est évalué dans le cadre de cet audit



Précautions opératoires

Objectif : limiter au maximum le nombre de micro-organismes présents au niveau de la zone opératoire

→ multiples actions de prévention dont la préparation cutanée de l'opéré (PCO) et l'antibioprophylaxie (ATBP)

Tissus « extérieurs » (peau, muqueuses) - PCO

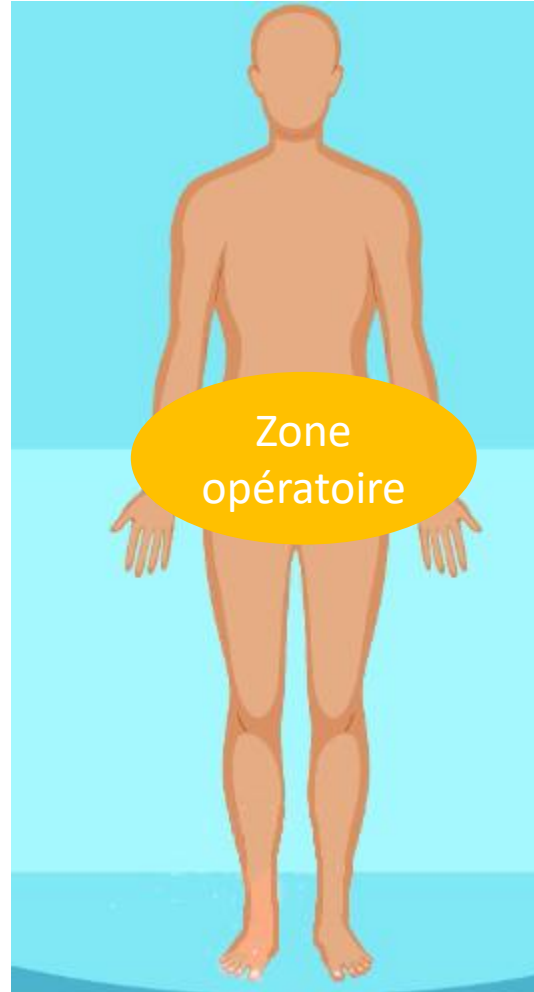
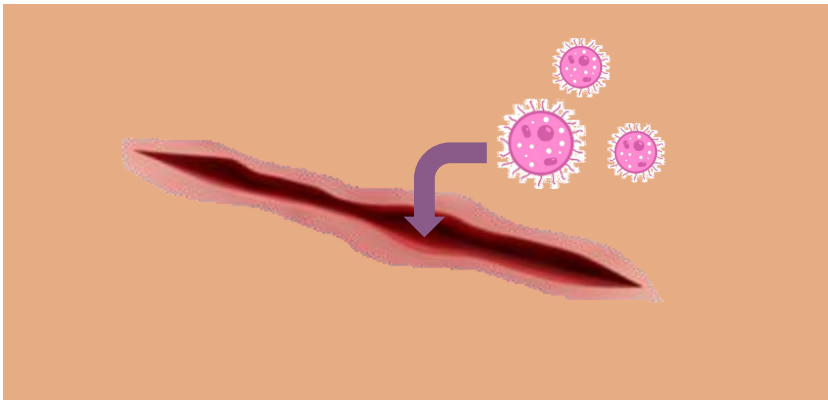
Corps entier : douche systématique

Zone opératoire :

1-Nettoyage cutané ou détersion
(si souillures visibles)

2-Antisepsie ou désinfection cutanée
systématique et juste avant intervention

PREOP



Tissus internes (organes) - ATBP

Certaines interventions plus à risque
nécessitent une action antimicrobienne interne

PREOP

avant l'opération

PEROP

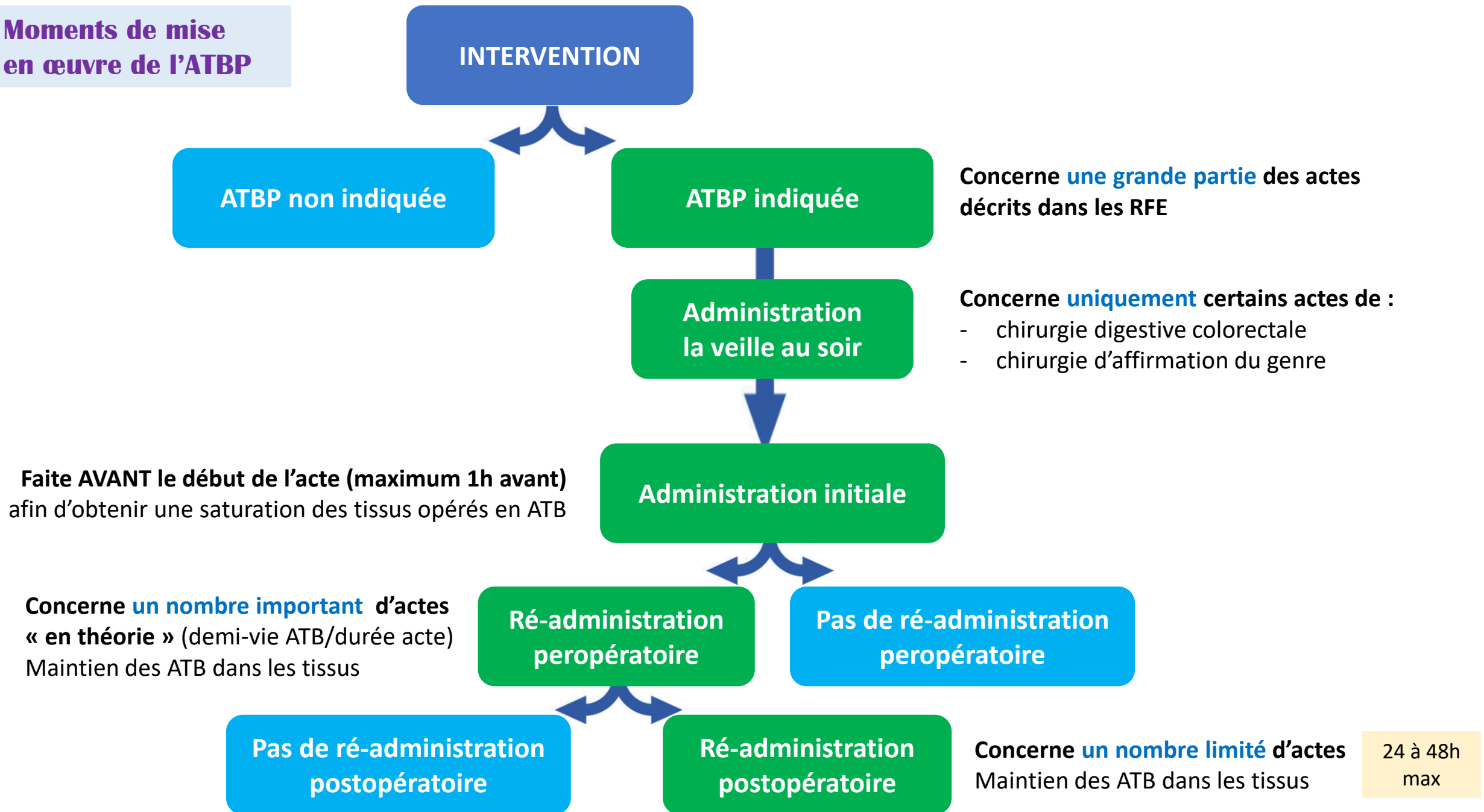
+/- pendant l'opération

POSTOP

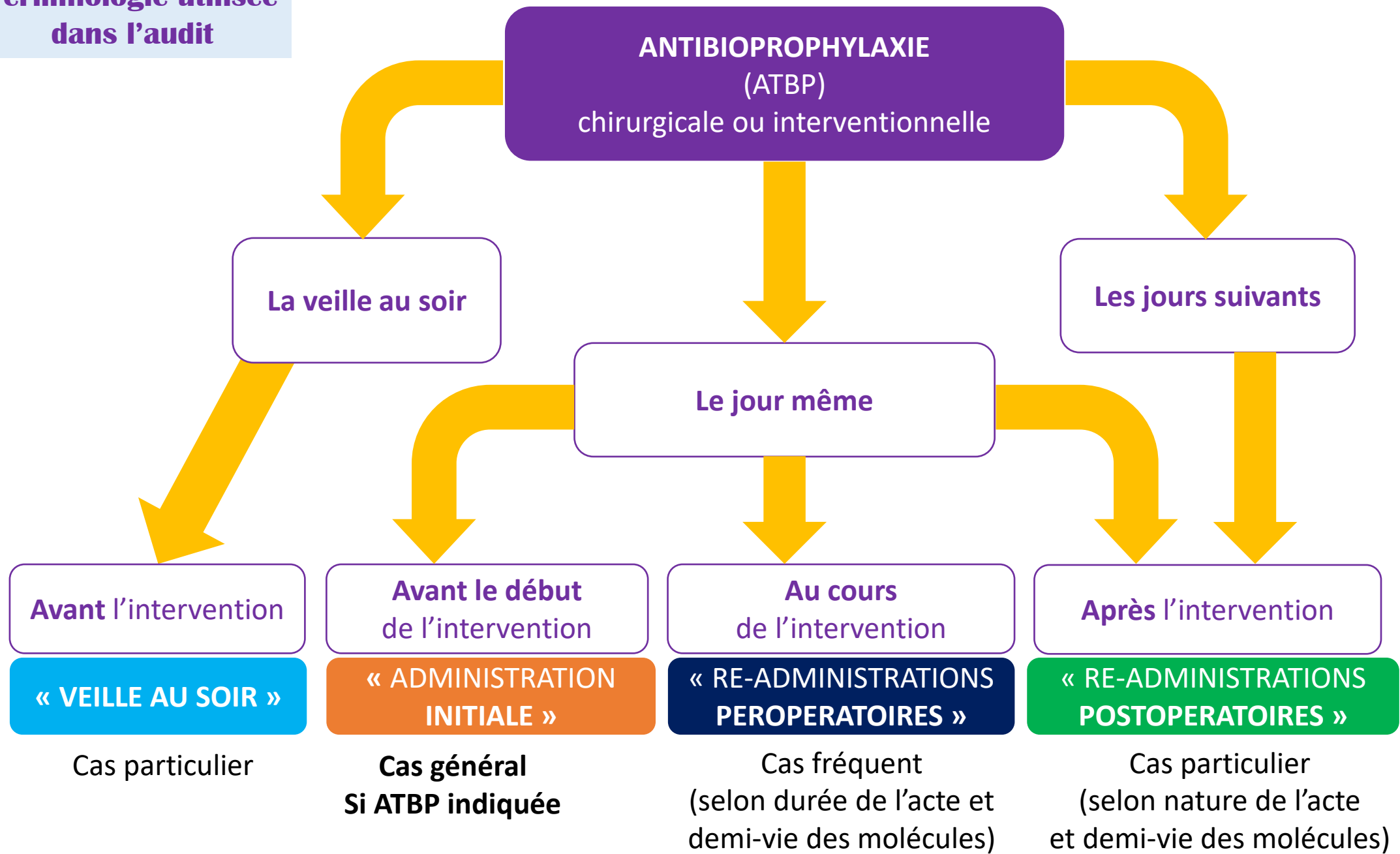
+/- après l'opération

Molécules recommandées ont un spectre
adapté au risque infectieux lié à l'acte
En préopératoire : **dose** élevée
(double de dose utilisée classiquement)
Accès rapide aux tissus par **voie** injectable

Moments de mise en œuvre de l'ATBP



**Terminologie utilisée
dans l'audit**



Les deux grilles d'évaluation

La fiche « Etablissement »

(évaluation du système documentaire)

- 1 seule par ES (2 pages)
- A remplir de façon collective (groupe projet multidisciplinaire)
- A remplir en 1^{er} car très aidant pour la partie évaluation sur dossiers

La grille d'audit

(évaluation des pratiques tracées)

- 1 par dossier patient (4 pages)

Données	Données	Données	Données	
-Patient -Séjour	-Acte -ATBP veille au soir	-ATBP initiale -ATBP perop	-ATBP postop	Postop à évaluer même sans Indication !

- A remplir par les auditeurs
- Pour chaque étape de l'ATBP :
molécule/dose/voie

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) :*

- | | |
|---|---|
| ☐ Equipes d'anesthésie-réanimation | ☐ Infectiologues |
| ☐ Equipes chirurgicales | ☐ Référent antibiotique |
| ☐ Equipes de médecine/endoscopie interventionnelle | ☐ Comité des anti-infectieux |
| ☐ Equipe d'hygiène | ☐ Conseil de bloc |
| ☐ Equipe pharmaceutique | ☐ Clin/Clias |
| ☐ Equipes de qualité/gestion des risques | ☐ 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

Ex : choix locaux
différents des RFE

Ex : démarche
nécessitant des
ressources

Cas du protocole local

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

Ex : ES ne souhaitant pas de changement

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

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

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

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 (R1.3.2)
- ☐ 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 précédant
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

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

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

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 bêtalactamines (pénicillines, céphalosporines...)
- ☐ Portage de souches résistantes

Intervention/acte

- ☐ Nature de l'acte
- ☐ Reprise chirurgicale

Prescription peropératoire pas toujours faite à l'avance

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

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

Approche chronologique

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 (support numérique)	Document de traçabilité (support papier)
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

Présentation de la grille d'audit

Evaluation des pratiques sur dossiers

3 parties :

- 1-Caractéristiques générales du **patient** adulte et de son **séjour**
- 2-Caractéristiques de la **procédure chirurgicale ou interventionnelle**
- 3-**Administrations** d'ATB au patient
 - Veille au soir (certaines spécialités chirurgicales)
 - Administration initiale et ré-administration peropératoire
 - Phase postopératoire

PATIENT

Description
de la
population
étudiée

1-PATIENT

1	Sexe	☐ femme ☐ homme
2	Age (≥ 18 ans)	/ ____ / ans
3	Poids	/ ____ / kg
4	Taille	/ ____ / cm
5	Si taille non tracée, indice de masse corporelle (IMC ou BMI) : / ____ / kg/m ²	
Etat de la fonction rénale		
6	Insuffisance rénale signalée dans le dossier : ☐ oui ☐ pas d'information	
7	Créatininémie : / ____ / ____ / μ mol/l Débit de filtration glomérulaire (DFG) : / ____ / ____ / ml/min/1,73 m ²	
Allergie aux bêtalactamines (pénicillines, céphalosporines...)		
8	Information trouvée dans le dossier	☐ « allergie connue » ☐ « pas d'allergie connue » ☐ non
9	Si allergie connue	☐ allergie documentée ☐ allergie suspectée

Nécessaire pour l'analyse des doses
IMC calculé automatiquement (si données disponibles)

Fonction rénale :
utile à connaître
si ATBP postop

Allergies :
impact sur
choix de la
molécule

1-PATIENT

(suite)

*Portage bactéries
résistantes :
pour analyse
nationale
(impact sur
éventuelle
modification de
l'ATBP ?) – toutes
spécialités*

Données complémentaires à recueillir (si présentes dans le dossier) :

10	Score ASA : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	
11	Portage de bactéries résistantes (BMR, BHRe) : ☐ oui ☐ pas d'information	
12	Si oui, souches avec site de portage et date de dernier prélèvement (ex : SARM nasal, E-BLSE digestive...)	Souche/site : /_____/_____/ Date : /_____/
		Souche/site : /_____/_____/ Date : /_____/
		Souche/site : /_____/_____/ Date : /_____/

Chir colo-rectale : cf diapo suivante

Données spécifiques à certaines spécialités

Dépistage E-BLSE :
pratique intégrée
en colo-rectal ? 

ECBU « + » peut
être à l'origine de
l'administration
d'un ATB 

Données supplémentaires à recueillir en fonction de la SPECIALITE de l'acte

Chirurgie colorectale : dépistage des E-BLSE (entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre élargi)

13	Ecouvillonnage rectal dans le mois précédent l'intervention	☐ réalisé pour ce patient et positif ☐ réalisé et négatif ☐ dépistage non en place ou résultat non tracé
----	--	--

14	Si réalisé et positif, souche d'E-BLSE	/ _____ / (si renseignée dans le dossier)
----	--	---

Chirurgie urologique

15	ECBU en prévision de l'intervention (si retrouvé dans le dossier)	☐ réalisé pour ce patient et positif ☐ réalisé et négatif ☐ examen non réalisé ou résultat non tracé
----	--	--

SEJOUR

Description du séjour

2-SEJOUR

1	Mode d'hospitalisation	☐ ambulatoire ☐ conventionnel
2	Date d'admission (jj/mm/aa)	/__/_/___/

Permettra de
distinguer
ambu/JO/hors JO

ACTE

PROCEDURE chirurgicale ou interventionnelle

1	Intitulé de l'acte (acte principal)	/ _____ /
2	Spécialité de l'équipe ayant pris en charge l'acte	/ _____ / (cf. liste des actes)
3	Acte programmé	☐ oui ☐ non (contexte d'urgence)
4	Code acte (cf. liste des actes) (obligatoire)	/ _____ /
5	Code(s) CCAM (optionnel/pour analyses locales)	/ _____ /
6	Date de l'intervention (jj/mm/aaaa)	/ ____ / ____ / ____ / ____

Horaires

7	Heure d'entrée du patient en salle d'intervention	/ ____ / h / ____ / min (si info disponible)
8	Heure d'incision/ début de l'acte interventionnel	/ ____ / h / ____ / min
9	Heure de suture/ fin de l'acte interventionnel	/ ____ / h / ____ / min
10	Si « heures » non disponibles, durée de <u>l'acte</u>	/ ____ / h / ____ / min
11	Heure de sortie du patient de la salle d'intervention	/ ____ / h / ____ / min

Spécialité telle que décrite dans les RFE

Cf. liste des actes fournie avec code associé (pour gestion informatique des intitulés)

Pour calcul automatique de la durée de l'acte

Ne pas confondre avec la durée de l'intervention (entrée/sortie du patient de la salle)

PROCEDURE chirurgicale ou interventionnelle

(suite)

Pour évaluer
l'articulation entre
ATBP et anesthésie
(avant/après ?)

Anesthésie		
11	Type d'anesthésie	☐ AG ☐ AG+ALR ☐ ALR ☐ autre ☐ aucune
12	Si « AG » ou « AG+ALR », heure d'induction	/__/_/ h /__/_/ min
Volémie		
13	Notion de CEC, hémorragie peropératoire, perfusion de gros volumes, transfusion... (événement modifiant la volémie/le volume de distribution avec un impact éventuel sur l'ATBP)	☐ oui ☐ pas d'info

AG : anesthésie générale ALR : anesthésie loco-régionale CEC : circulation extra-corporelle

Information utile
pour expliquer
un changement
dans l'ATBP

2 spécialités concernées, qqs actes : chirurgie colorectale et chirurgie d'affirmation du genre

1-VEILLE AU SOIR (uniquement dans certaines spécialités chirurgicales) → **veille de l'intervention**

1 Acte concerné par une ATBP la veille au soir (cf. aide au remplissage) : ☐ oui ☐ non

→ si « non », passer à la page suivante

Si acte concerné :

2 Trace retrouvée de l'ATBP de la veille au soir pour ☐ l'administration ☐ la prescription ☐ les deux
☐ pas d'information

Si trace retrouvée : **ATBP administrée** (à défaut utiliser les données de prescription)

		Molécule A	Molécule B
3	Molécule(s)	☐ tobramycine ☐ autre molécule	☐ métronidazole ☐ autre molécule
4	Dose et unité	☐ 200 mg ☐ autre dose	☐ 1 g ☐ autre dose
5	Voie d'administration	☐ orale ☐ autre voie	☐ orale ☐ autre voie

ATBP pas toujours
tracée en pratique
(ex : ambu, JO)
→ évaluation

Recueil des données
administrées
(si possible,
à défaut prescrites)

Le principe des RFE est d'administrer les 2 molécules ci-dessus « per os » (voie orale)
Il est vérifié que c'est bien le cas, sans évaluation précise des éventuelles alternatives utilisées
(réponse « autre » uniquement)

ATBP

Administration
initiale

3 types de situation pour les molécules :

- 1 ATBP contenant 1 seule molécule → molécule A
- 1 ATB contenant 2 molécules → molécule A
- 2 ATB différents associés → molécule A et molécule B

1^{ère} administration du jour de l'intervention
(en principe avant intervention)

pour les cas **d'association** de 2 molécules

Si injectable :
indiquer ce qui
est retrouvé
IVL, IVD, perf, ...
(à visée descriptive)

	Molécule A	Molécule B (le cas échéant)
Administration initiale		
5	Molécule(s) administrée(s) / _____ / (DCI)	/ _____ / (DCI)
6	Dose et unité / _____ / ☐ g ☐ mg	/ _____ / ☐ g ☐ mg
7	Voie d'administration ☐ injectable* ☐ orale ☐ autre	☐ injectable* ☐ orale ☐ autre
8	Durée perfusion (si précisée) / _____ / h / _____ / min	/ _____ / h / _____ / min
9	Heure début d'administration / _____ / h / _____ / min	/ _____ / h / _____ / min
Remarques admin. initiale		
DCI : dénomination commune internationale *injectable : préciser le terme indiqué dans le dossier (IVL, perfusion, ...)		

DCI : dénomination
commune
internationale

Heure d'administration :
pour calcul du délai
avant début de l'acte
à comparer à [0-60 min]

Durée à indiquer si
perfusion longue ou
continue (seulement si
info disponible)

ATBP

Ré-
administration
peropératoire**Eventuelles ré-administrations au cours de l'intervention**

	Molécule A	Molécule B (le cas échéant)
--	------------	-----------------------------

Ré-administration peropératoire (le cas échéant) – Détail limité aux 2 premières ré-administrations

10	Nb total de ré-administrations (du début à la fin de l'acte)	/ ____ /	/ ____ /
----	--	----------	----------

**nb total de ré-administrations
sur toute la durée de l'acte****Détail de la 1^{ère} ré-administration peropératoire (le cas échéant)**

11	Molécule(s) administrée(s)	/ ____ / (DCI)	/ ____ / (DCI)
12	Dose et unité	/ ____ / ☐ g ☐ mg	/ ____ / ☐ g ☐ mg
13	Voie d'administration	☐ injectable* : / ____ / ☐ autre	☐ injectable* : / ____ / ☐ autre
14	Durée perfusion (si précisée)	/ ____ / h / ____ / min	/ ____ / h / ____ / min
15	Heure début d'administration	/ ____ / h / ____ / min	/ ____ / h / ____ / min

**détail uniquement pour les 2 1^{ères}
ré-administrations (le cas échéant)****Détail de la 2^{ème} ré-administration peropératoire (le cas échéant)**

16	Molécule(s) administrée(s)	/ ____ / (DCI)	/ ____ / (DCI)
17	Dose et unité	/ ____ / ☐ g ☐ mg	/ ____ / ☐ g ☐ mg
18	Voie d'administration	☐ injectable* : / ____ / ☐ autre	☐ injectable* : / ____ / ☐ autre
19	Durée perfusion (si précisée)	/ ____ / h / ____ / min	/ ____ / h / ____ / min
20	Heure début d'administration	/ ____ / h / ____ / min	/ ____ / h / ____ / min

Heures d'administration :
pour calcul des délais
de réinjection**DERNIERE administration peropératoire**

21	Heure dernière administration	/ ____ / h / ____ / min	/ ____ / h / ____ / min
----	--------------------------------------	-------------------------	-------------------------

ATBP

Administration postopératoire

Principe : recueil de toute administration postop d'ATB qq soit indication (ATBP, ATBT...) dans la suite d'une ATBP

Indication précise recueillie (cf. diapo suivante)

Objectifs :
1-Vérifier que ATBP réalisée quand indiquée (rare) et son délai (< à 24 ou 48h ?)

2-Identifier d'éventuelles autres situations (ex : ATBT) et leur justification (mésusage ?)

Approche différente de ATBP initiale ou peropératoire !

- nb de jours
- nb de fois par jour
- dose à chaque fois

RAPPELS :

- A la suite de l'administration initiale et des éventuelles ré-administrations peropératoires, il est demandé de recueillir **toute administration d'ATB** pendant le séjour (à la recherche d'un **prolongement de l'antibioprophylaxie** et/ou de la **mise en route d'une antibiothérapie**), qu'il y ait une indication ou non.
- Seules les données **d'administration** sont à recueillir (ne pas évaluer la prescription, sauf profil du prescripteur)
- Les **changements** survenant en cours de phase postopératoire sont à noter dans « éléments modifiés »

Date et heure : pour calcul du **délai** entre fin de l'acte et ré-administration postop

Administration uniquement liée au séjour et en postopératoire « immédiat »

	Molécule A	Molécule B (le cas échéant)
Administration postopératoire - même(s) molécule(s) qu'en pré/peropératoire ou autres molécules		
3	Molécule(s) administrée(s) / / (DCI)	/ / (DCI)
4	Dose à chaque administration / / g mg	/ / g mg
5	Voie d'administration ☐ injectable ☐ orale ☐ autre : / /	☐ injectable ☐ orale ☐ autre : / /
6	Durée perfusion (si précisée) / / h / / min	/ / h / / min
7	Profil du ou des prescripteurs (si retrouvé) (plusieurs réponses possibles) ☐ MAR ☐ chirurgien ☐ médecin/radiologue interventionnel ☐ infectiologue	☐ MAR ☐ chirurgien ☐ médecin/radiologue interventionnel ☐ infectiologue
PREMIERE administration postopératoire		
8	Date (jj/mm/aaaa) / / / /	/ / / /
9	Heure 1 ^{ère} administration / / h / / min	/ / h / / min
DERNIERE administration postopératoire		
10	Date (jj/mm/aaaa) / / / /	/ / / /
11	Heure dernière administration / / h / / min	/ / h / / min
Nombre total d'administrations en postopératoire (du 1^{er} au dernier jour d'administration)		
12	Nb total d'administrations / / (1,2,3,4...)	/ / (1,2,3,4...)
13	Eléments modifiés dans les suites de la 1 ^{ère} administration postopératoire (le cas échéant) (plusieurs réponses possibles) ☐ molécule ☐ dose ☐ voie d'administration ☐ autre ☐ aucun	☐ molécule ☐ dose ☐ voie d'administration ☐ autre ☐ aucun

Molécule : au cas où différente de ATBP initiale et/ou perop

En postop, il peut exister d'autres voies (cf. ATBT)

Pour calculer la durée d'administration des ATB

Pour comparer au nombre de doses attendues

Pour indiquer tout **changement** (difficile de recueillir le détail sur plusieurs jours)

3-2-Indication/justification de l'administration d'antibiotiques en postopératoire

14	Indication/justification postopératoire retrouvée dans le dossier : ☐ oui ☐ non		
15	Si oui, libellé exact : / _____ /		
16	Si oui, type de situation (<i>plusieurs réponses possibles</i>) :		
	En référence à un document	En référence à un professionnel	En référence à une suspicion d'ISO
	☐ protocole local ☐ recommandations françaises (RFE 2024) ☐ recommandations étrangères ☐ publication(s) récente(s)	☐ avis spécialisé (infectiologue, pharmacien, référent ATB) ☐ choix du prescripteur (<i>hors protocole local</i>)	<i>Eléments identifiés en peropératoire :</i> ☐ découverte de signes d'infection ☐ documentation microbiologique et/ou radiologique ☐ gestes à risque (<i>ruptures d'asepsie...</i>)
	En référence au patient opéré : ☐ facteurs de risque ☐ colonisation par des bactéries résistantes ☐ autre		

3-3-Analyse des données postopératoires recueillies

17-Conclusion sur la stratégie antibiotique adoptée en postopératoire (confirmation médicale requise) :

- ☐ Prolongement de l'antibioprophylaxie (ATBP)
☐ Mise en route d'une antibiothérapie curative postopératoire (ATBT)
☐ Autre situation : / _____ /
☐ Interprétation non possible

Remarques conclusion

Calendrier d'organisation et mise à disposition de l'outil

Se mettre en contact avec l'équipe d'hygiène pour l'inscription de l'ES au programme Spicmi et la répartition des tâches (cf. site internet CPias IDF)

Mise à disposition des grilles d'audit

- **Fin septembre : préparation locale de l'audit**

- Montage du groupe projet multidisciplinaire – identifier pilote et partenaires – validation du projet/instances
- Choix des spécialités et des actes à évaluer – identification des auditeurs et de la méthode d'audit
- Test à blanc des grilles

- **Octobre : démarrage possible de l'évaluation**

- Remplissage collectif de la fiche « ES » (1^{ère} étape)
- Transmettre aux auditeurs les informations de traçabilité nécessaires (cf. fiche fournie)

- **Octobre à décembre :**

- Évaluation des pratiques sur dossiers (2^{ème} étape)

- **Saisie des données et édition de poster/rapport** (*développement : I. Arnaud et A. Elfassy*)

dès mise à disposition de l'outil en ligne (en cours de préparation sur plateforme Spicmi)

Pour toute question : spicmi.contact@aphp.fr

Rappel : modalités d'inscription à la plateforme Spicmi

Pour pouvoir accéder au futur outil en ligne, vérifiez dès maintenant votre accès à la plateforme Spicmi :

Êtes-vous déjà inscrit ?

Si vous participez à la surveillance Spicmi → **Vous êtes prêt !** Si vous utilisez uniquement les outils "Prévention" → **Inscription nécessaire**

Processus d'inscription (3 étapes)

ÉTAPE 1 → Désigner votre référent Spicmi

ÉTAPE 2 → Inscription sur spicmi.fr/inscription

ÉTAPE 3 → Charte signée (à télécharger [ici](#)) à envoyer à spicmi.contact@aphp.fr

Retrouvez tous les éléments sur le site du CPias IDF



MERCI POUR VOTRE ATTENTION !

**Pas de prévention efficace des infections sans un bon usage des antibiotiques !
A vous de jouer...**

