



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

RAPPORT DE L'EXPÉRIMENTATION NATIONALE

**AUDIT CLINIQUE CIBLÉ APPLIQUÉ À
L'ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE DE
PREMIÈRE INTENTION**

JUIN 2006

Service évaluation des pratiques professionnelles

Sommaire

1. Avant-propos	3
2. Présentation du thème dans le contexte de l'audit clinique ciblé (ACC) et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	4
3. Déroulement de l'expérimentation	5
3.1 Les audits cliniques ciblés (ACC) réalisés par région, par type d'établissements de santé (EC) et par catégorie de professionnels	5
3.1.1 Engagement dans la démarche décembre 2004	5
3.1.2 Participation	7
3.1.3 Rapports effectués.....	8
3.2 La formation organisée par la HAS.....	8
3.3 La planification du projet.....	9
4. Les résultats et leur analyse par ACC	10
5. Les actions d'amélioration mises en place par ACC.....	20
5.1 Le partage des expériences à l'initiative des coordonnateurs des établissements.....	20
6. Conclusion.....	21
6.1 Évolution de l'outil.....	21
6.2 Validation de la méthode et pour le thème de l'ATBP	21
Annexes.....	22
Annexe 1 – Fiche Méthode.....	22
Annexe 2 – Documents de l'expérimentation 2004-05	24
Annexe 3 – Documents (Source : cédérom ACC 2005)	41
Participants.....	58

1. Avant-propos

La méthode de l'audit clinique a été diffusée en France à partir de 1993 et appliquée à de nombreux thèmes médicaux et paramédicaux, avec le concours de professionnels de divers établissements de santé (1).

En 2000 le service d'évaluation des pratiques de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) a accompagné 51 établissements dans la France entière dans une démarche expérimentale d'audit clinique appliqué à « L'antibio prophylaxie en chirurgie propre appliquée à la prothèse totale de hanche ». Ce thème a fait l'objet d'un guide d'évaluation (2).

En septembre 2004, un programme d'audits cliniques ciblés (ACC) a été proposé aux établissements de santé déjà impliqués dans une démarche d'amélioration de la qualité, répondant ainsi à un objectif majeur d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) de la deuxième procédure d'accréditation certification des établissements de santé (ES) (3-5).

La participation volontaire de tous les professionnels qui ont mené cet audit dans l'établissement de santé où ils exercent leur activité a permis d'expérimenter la méthode de l'audit clinique ciblé appliqué à cette pratique. Leur expérience sera une aide précieuse pour tous ceux qui voudront initier un projet d'amélioration de leur pratique dans ce domaine. Les résultats de ce premier tour d'audit ont fait l'objet d'une publication (6).

Ce document présente les résultats des audits cliniques ciblés sur le thème de l'antibio prophylaxie en chirurgie de première intention et leur analyse.

2. Présentation du thème dans le contexte de l'audit clinique ciblé (ACC) et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

L'antibio prophylaxie en chirurgie de première intention est une pratique qui dispose de recommandations validées depuis 1992. Les recommandations de la conférence de consensus de la société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) (7) ont donné lieu à une réactualisation en 1999 (8), elles font référence sur le plan national.

L'antibio prophylaxie fait partie de la stratégie de lutte contre les infections du site opératoire recommandée par la conférence de consensus organisée en 2005 par la société française d'hygiène hospitalière (SFHH) (9).

Malgré cela, la pratique de l'antibio prophylaxie en chirurgie de première intention conserve un fort potentiel d'amélioration. En effet, cette pratique fait intervenir plusieurs professionnels ce qui en fait un bon indicateur de la qualité de la coordination de la prise en charge du patient en milieu chirurgical.

En 2000, un audit clinique sur l'antibio prophylaxie a été conduit au plan national, limité au cadre de la prothèse totale de hanche.

En 2004, l'expérimentation de la méthode de l'audit clinique ciblé a permis d'étendre le champ d'application à l'ensemble des interventions chirurgicales de première intention.

Plusieurs grilles d'évaluation ont été testées.

Deux d'entre elles permettent d'évaluer la pratique :

- ATBPpre permet d'évaluer et d'améliorer la qualité de la prescription médicale de l'antibio prophylaxie ;
- ATBPadm permet d'évaluer et d'améliorer la qualité de l'administration de l'antibio prophylaxie.

Les deux autres permettent d'évaluer l'organisation :

- ATBPpro permet d'évaluer et d'améliorer la qualité du protocole d'antibio prophylaxie ;
- ATBPsur permet d'évaluer et d'améliorer la qualité de la surveillance du risque infectieux.

L'expérimentation menée au premier semestre 2005 a permis de montrer l'intérêt des professionnels pour ce thème et la méthodologie proposée, la faisabilité et l'acceptabilité par les équipes (6). Les améliorations rapides et importantes obtenues par les équipes en font une méthode de choix pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans les établissements de santé. Dans le cadre des nouvelles procédures de certification-accréditation, les audits cliniques ciblés sur le thème de l'antibio prophylaxie en chirurgie de première intention permettent de répondre à l'obligation d'EPP du manuel.

Ce rapport a pour but de vous présenter les résultats de cette expérimentation.

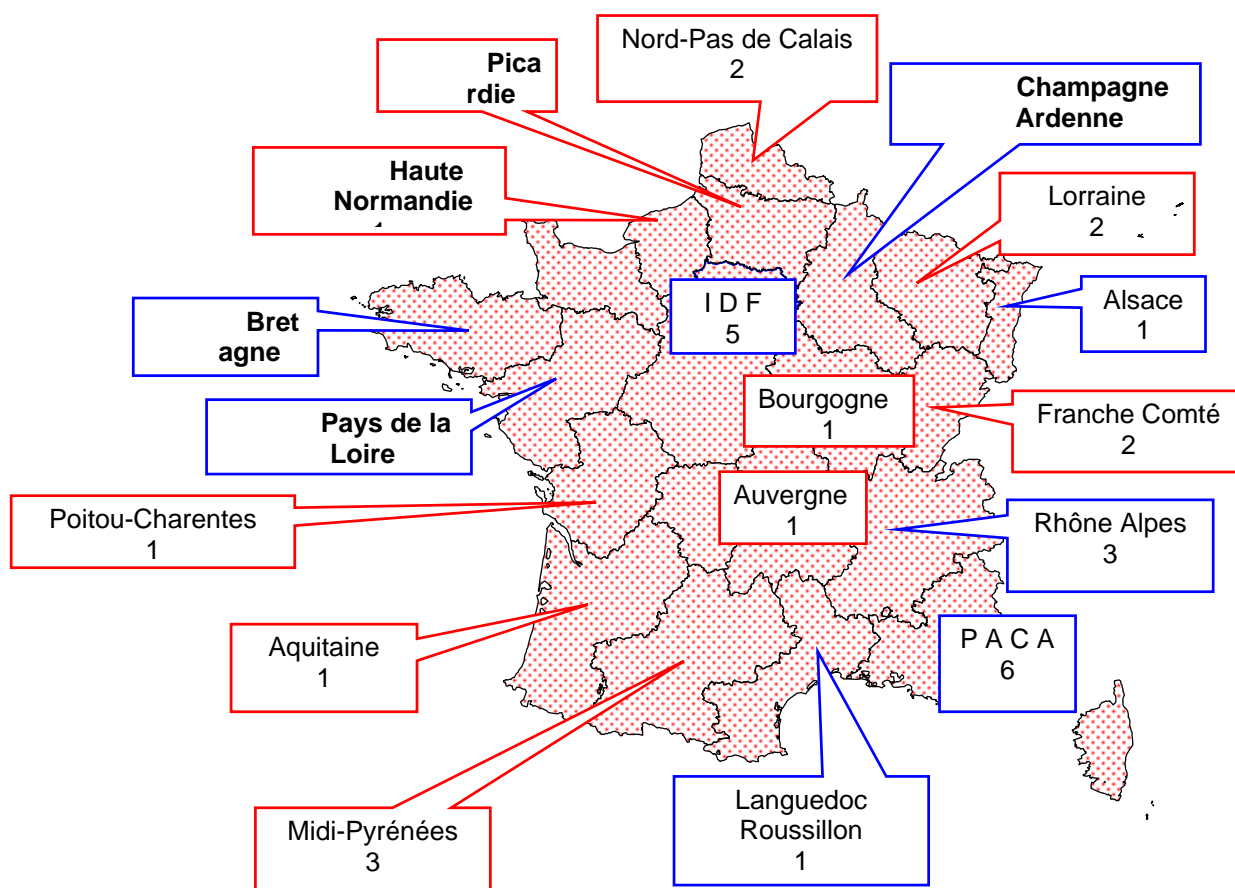
Sept documents (rapports, articles) ont été analysés et confortent l'orientation posée lors de l'élaboration de ce référentiel (10-16).

3. Déroulement de l'expérimentation

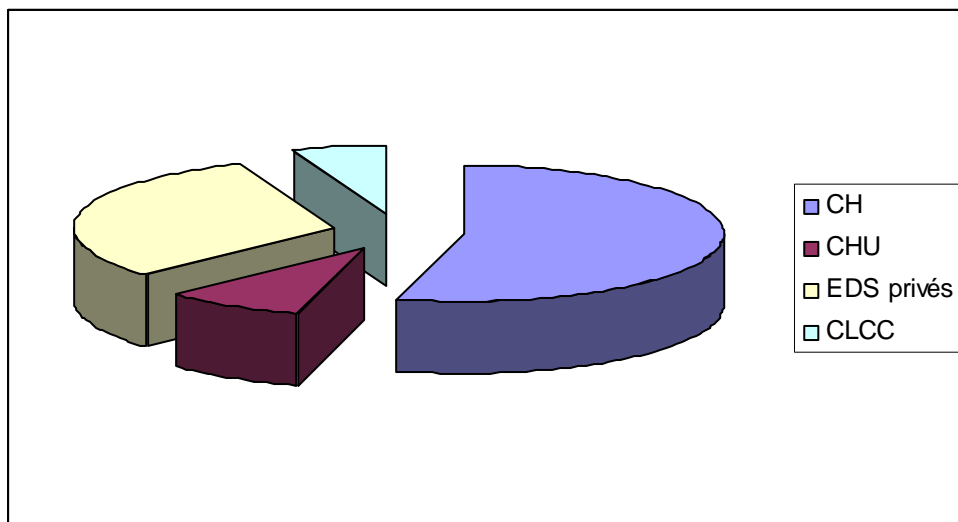
3.1 Les audits cliniques ciblés (ACC) réalisés par région, par type d'établissements de santé (EC) et par catégorie de professionnels

3.1.1 Engagement dans la démarche décembre 2004

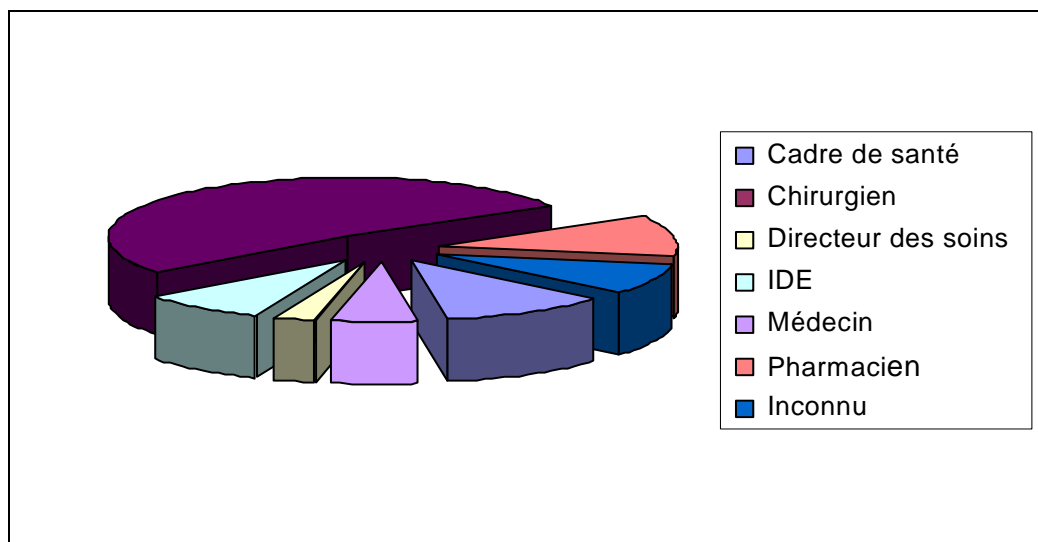
Répartition par région des établissements ayant choisi le thème ATBP en décembre 2004



Répartition des établissements ayant choisi le thème ATBP selon leur type



Répartition des coordonnateurs en établissements de santé selon leur catégorie professionnelle



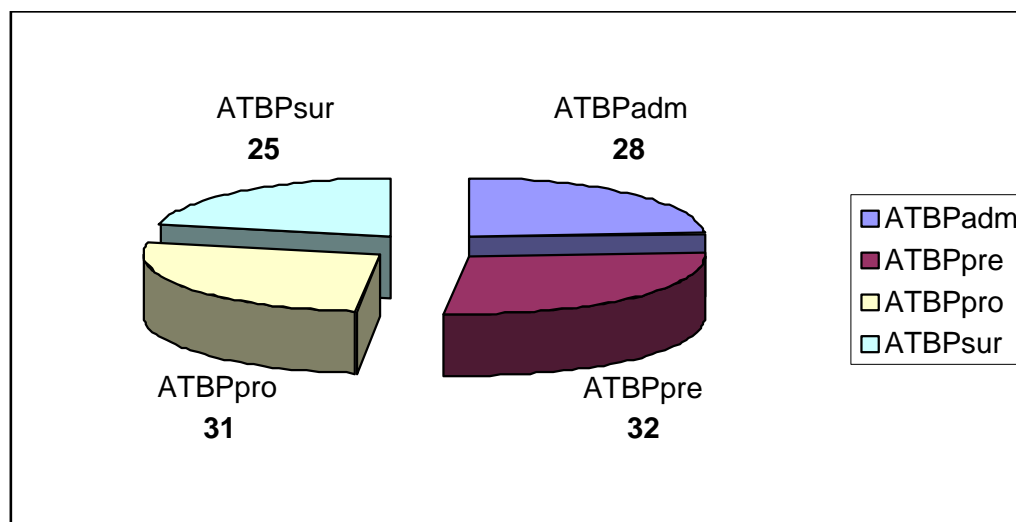
3.1.2 Participation

ACC	Tour 1	Tour 2
ATBPadm	28	22
ATBPpre	32	24
ATBPpro	31	23
ATBPsur	25	18
TOUS	116	87

Plusieurs établissements n'ont pas réalisé la seconde évaluation pour des raisons diverses :

- conformité maximale constatée au premier tour, ne nécessitant pas de mesure d'amélioration ;
- actions mises en place trop récemment pour pouvoir en attendre une amélioration ;
- contraintes contextuelles ne permettant pas de poursuivre le projet.

ACC choisis par les ES



Les 35 établissements se sont engagés sur 116 ACC.

Notre expérience nous a permis de conseiller aux coordinateurs de réaliser les audits de l'organisation avant de réaliser l'audit des pratiques, en voici les raisons :

- l'audit de l'organisation est plus simple à réaliser. Il nécessite le remplissage d'une seule grille, au cours d'une réunion qui réunit l'ensemble des professionnels concernés ;
- lorsque l'audit de l'organisation n'a pas été réalisé, les actions correctrices proposées à la suite de la réalisation de l'audit des pratiques sont les mêmes que celles qui auraient été proposées après l'audit de l'organisation mais au prix d'un travail plus conséquent ;
- toutefois, la réalisation de l'audit des pratiques s'avère parfois nécessaire pour identifier le besoin en amélioration de l'organisation.

Afin d'avoir des tendances d'amélioration fidèles à la réalité, seuls les résultats des ES ayant participé aux deux tours d'audit sont pris en compte dans les résultats qui sont rapportés dans ce document.

3.1.3 Rapports effectués

Soixante-quatorze rapports ont été retournés à la Haute Autorité de santé (HAS) à la suite de la démarche d'audit.

Ce sont donc 75 % des équipes engagées dans cet ACC qui ont effectué les deux tours d'audit et 64 % qui ont totalement terminé la démarche.

En effet, le rapport est une étape importante et indispensable de toute démarche d'amélioration des pratiques. Il permet de mettre en évidence l'engagement des professionnels, la rigueur de la démarche, les actions correctrices mises en place, les difficultés rencontrées et les actions qui restent à programmer. C'est un élément important de communication avec la direction et les instances. C'est un document nécessaire pour justifier auprès des experts-visiteurs de la réalisation d'une action d'EPP dans le cadre de la certification-accréditation deuxième version. Enfin, c'est un document de référence pour la démarche qualité du service ou de l'établissement.

3.2 La formation organisée par la HAS

Une formation a été réalisée le 2 décembre 2004 par la HAS pour tous les coordonnateurs d'ACC des établissements volontaires.

Un seul représentant par thème et par établissement a été formé pour devenir le coordonnateur de l'expérimentation. Il avait pour mission de mener l'audit ou les audits cliniques ciblés sur le thème choisi au sein de son établissement.

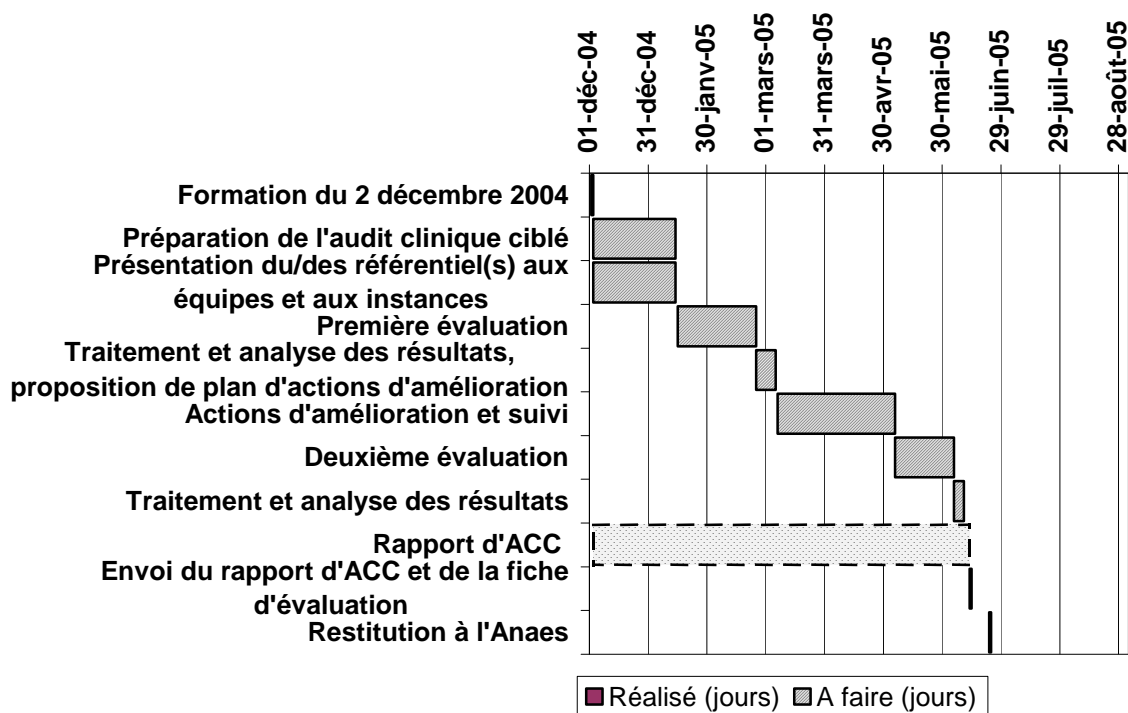
Dans la première partie de cette formation, le comité de pilotage a présenté la méthode et le déroulement du programme expérimental à l'ensemble des coordonnateurs.

Les référents ACC, thème et méthode, ont assuré en ateliers la seconde partie spécifique des 8 thèmes proposés. Chaque coordonnateur a participé à un atelier, en fonction du thème choisi par son établissement.

Ces ateliers avaient pour objectif de présenter, dans chaque thème, les référentiels et la partie correspondante du cédérom. La discussion entre formateurs et formés a permis aux coordonnateurs de s'approprier l'outil proposé (référentiel : protocole, grille, guide), et la manipulation du cédérom (diaporama et grille) qui devait leur servir pour la formation du groupe projet au sein de leur ES.

3.3 La planification du projet

Calendrier de l'expérimentation de l'Audit Clinique Ciblé



Document généré à partir d'un outil issu du cédérom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004.

La planification du projet a été un élément important de sa réussite. Elle a permis aux coordonnateurs de réaliser la démarche dans le temps imparti, ce qui a permis l'aboutissement du projet.

Elle constitue un élément important de la gestion du projet qui fait partie intégrante de la méthode.

4. Les résultats et leur analyse par ACC

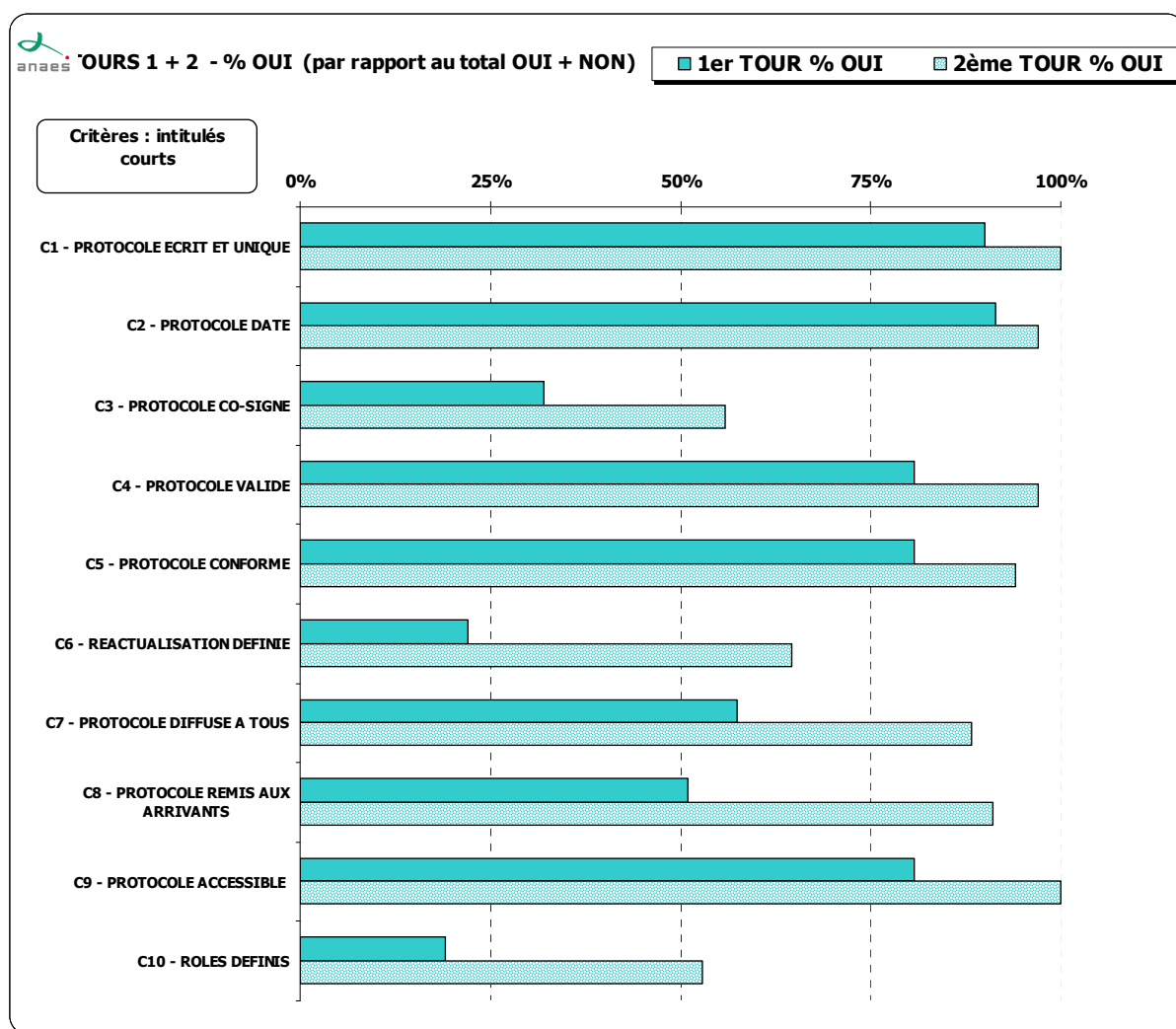
Rappel : ne sont rapportés que les résultats des ES ayant participé aux deux tours d'audit.

Audits de l'organisation

La particularité des audits de l'organisation est que le renseignement d'une seule grille par service permet de mettre en œuvre des actions d'amélioration touchant à l'organisation qui est un précurseur de la qualité de la pratique.

► ATBPpro

Cette grille permet d'évaluer et d'améliorer la qualité du protocole d'antibio prophylaxie chirurgicale. 34 services ont réalisé les deux tours de l'audit représentant 23 ES dans 12 régions.



Document généré à partir d'un outil issu du cédérom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004.

On constate qu'au terme de la démarche, 100 % des services ont un protocole d'antibio prophylaxie écrit qui est accessible sur les lieux de la prescription et sur les lieux de l'administration.

Dix établissements avaient une réponse OUI à tous les critères à l'issue du tour 2, ce qui démontre la faisabilité des objectifs de ces critères.

Actions d'amélioration

Au cours de l'expérimentation et sur la totalité des établissements, cet ACC a généré 94 actions d'amélioration toutes classées dans la catégorie « organisation ».

Les actions d'amélioration les plus fréquemment rencontrées sont :

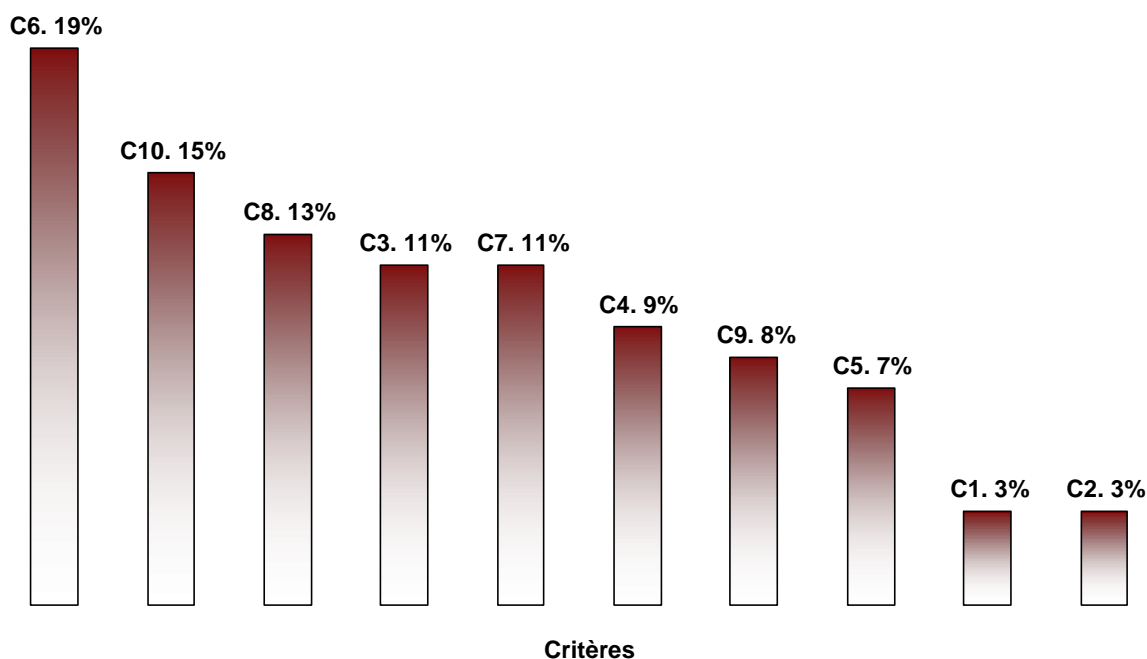
- rédaction collégiale d'un protocole d'antibio prophylaxie chirurgicale ;
- réactualisation du protocole d'antibio prophylaxie existant ;
- définition des rôles de chacun pour l'antibio prophylaxie.

Analyse statistique des résultats

L'analyse statistique des améliorations obtenues au second tour a permis d'identifier des critères porteurs d'amélioration.

Ce sont en général les critères les plus déficitaires au premier tour qui bénéficient d'un grand potentiel d'amélioration qui sont identifiés.

Contribution des critères à la variation de conformité entre T1



Commentaires

Si une majorité d'établissements ou de services bénéficiaient d'un document écrit pour l'antibio prophylaxie, seul un faible nombre répondait aux critères de qualité requis pour un véritable protocole.

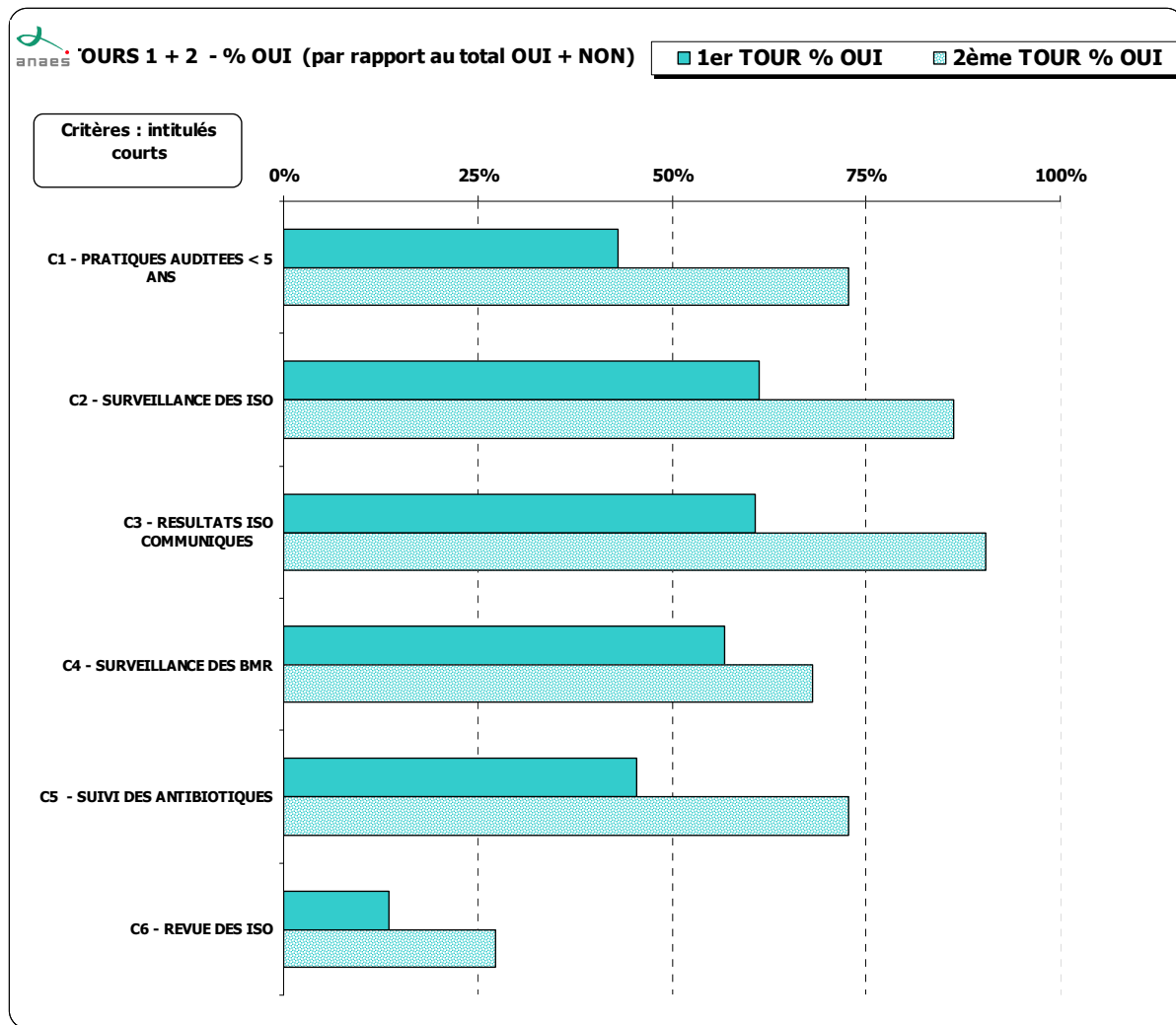
La progression entre les deux tours montre la réactivité des équipes qui ont réussi à améliorer la qualité du protocole de façon significative en un temps relativement court.

La validité du protocole, sa diffusion à tous les acteurs et la définition des rôles sont des conditions indispensables à une pratique optimale.

► **ATBsur**

Cette grille permet d'évaluer et d'améliorer la qualité de la surveillance du risque infectieux. L'antibio prophylaxie chirurgicale constitue un élément important de la prévention du risque infectieux périopératoire.

Quarante-quatre services ont réalisé les deux tours de l'audit représentant 25 ES dans 14 régions.



Document généré à partir d'un outil issu du cédérom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004.

Pourcentage de conformité selon les critères sur les établissements ayant fait les deux tours

L'amélioration constatée est importante, toutefois, l'objectif de ces critères est ambitieux et la mise en place d'une telle organisation était difficile dans le temps imparti par l'expérimentation.

Quatre établissements ont répondu OUI à tous les critères à l'issue du tour 2 ce qui confirme la faisabilité malgré l'exigence de ce référentiel.

Actions d'amélioration

Au cours de l'expérimentation et sur la totalité des établissements, cet ACC a généré 19 actions d'amélioration classées dans la catégorie « organisation » et dans la catégorie « information ».

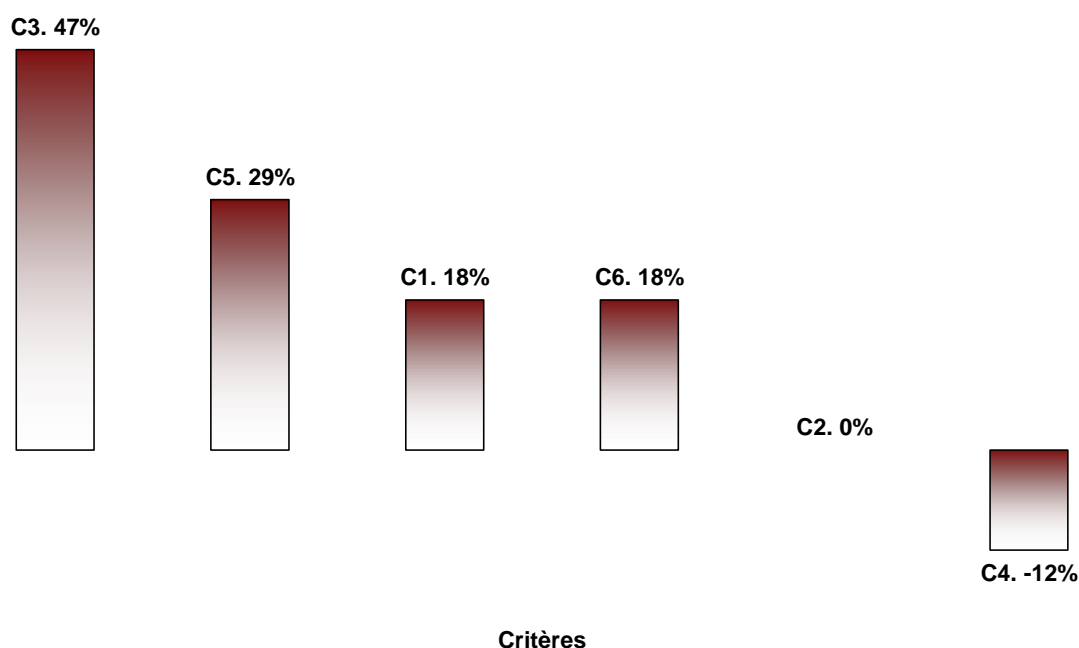
Les actions d'amélioration les plus significatives sont :

- réalisation d'un audit des pratiques ;
- diffusion des résultats de la surveillance des infections du site opératoire (ISO) sur intranet ;
- information du taux de bactéries multirésistantes (BMR) pour chaque service ;
- mise en place d'un suivi des antibiotiques par service ;
- analyse des cas d'ISO les plus graves.

Analyse statistique des résultats

L'analyse statistique des améliorations obtenues au second tour a permis d'identifier des critères porteurs d'amélioration.

Contribution des critères à la variation de conformité entre T1 et T2



Commentaires

Si la surveillance des ISO est un indicateur validé de la qualité des soins, sa diffusion à l'ensemble des personnes concernées n'est pas fréquente. Un changement de culture est nécessaire pour que tous ceux qui sont partie prenante dans le processus soient informés et donc impliqués dans la gestion de ce risque.

La surveillance du taux de BMR et sa réalisation par service nécessitent des moyens informatiques dont certains établissements ne bénéficient pas à ce jour.

Audits des pratiques

Les audits de pratique se réalisent a posteriori sur 30 dossiers d'interventions déjà réalisées.

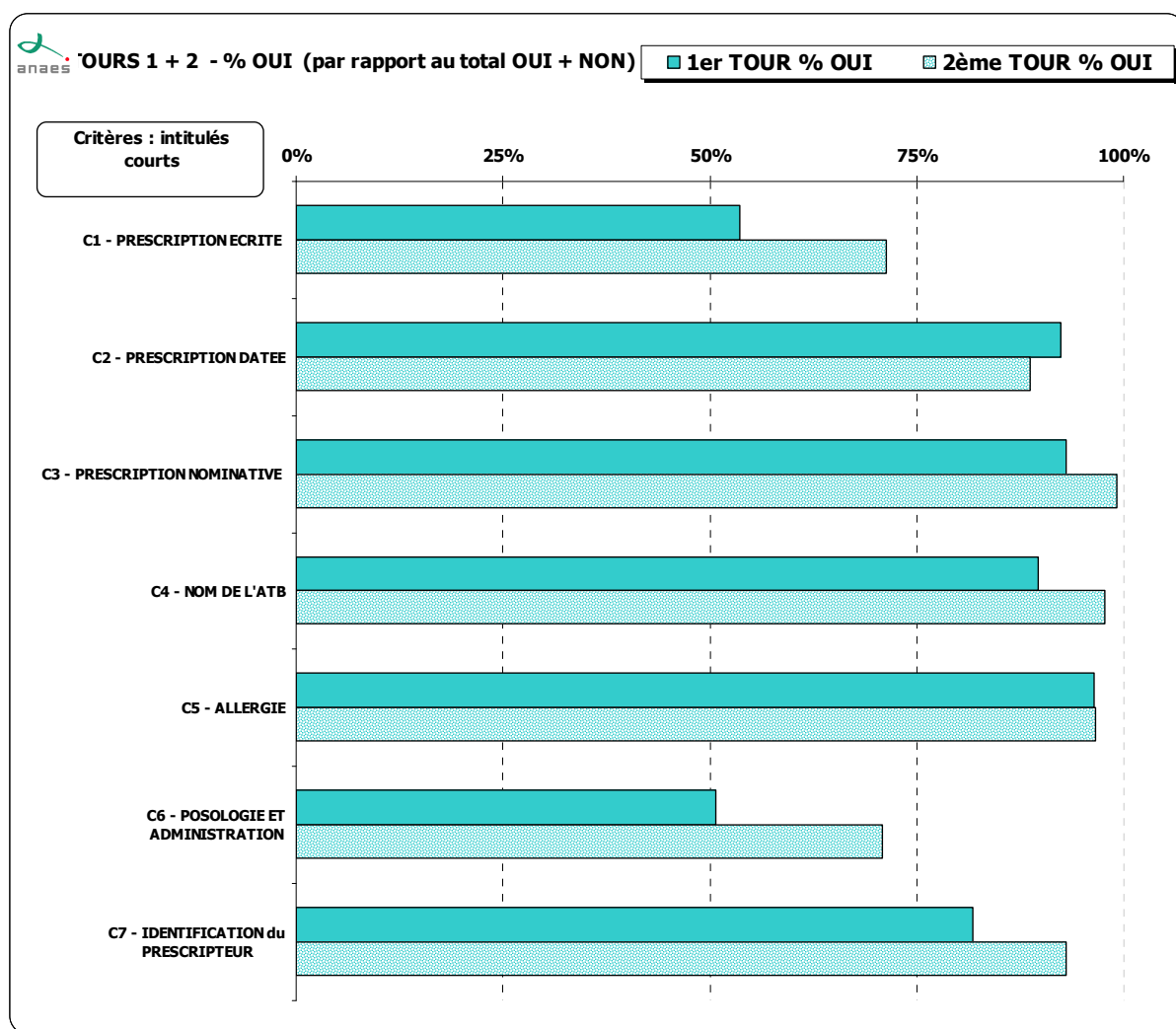
► ATBPre

Cette grille permet d'évaluer et d'améliorer la qualité de la prescription médicale.

La réalisation de l'antibioprophylaxie est souvent confiée à l'IDE du service ou à l'IADE du bloc opératoire, elle doit donc faire l'objet d'une prescription qui doit respecter les règles de la prescription médicale telles qu'elles sont définies dans l'article R. 5194 du Code de la Santé Publique.

45 services ont réalisé les deux tours de l'audit représentant, 32 ES dans 15 régions.

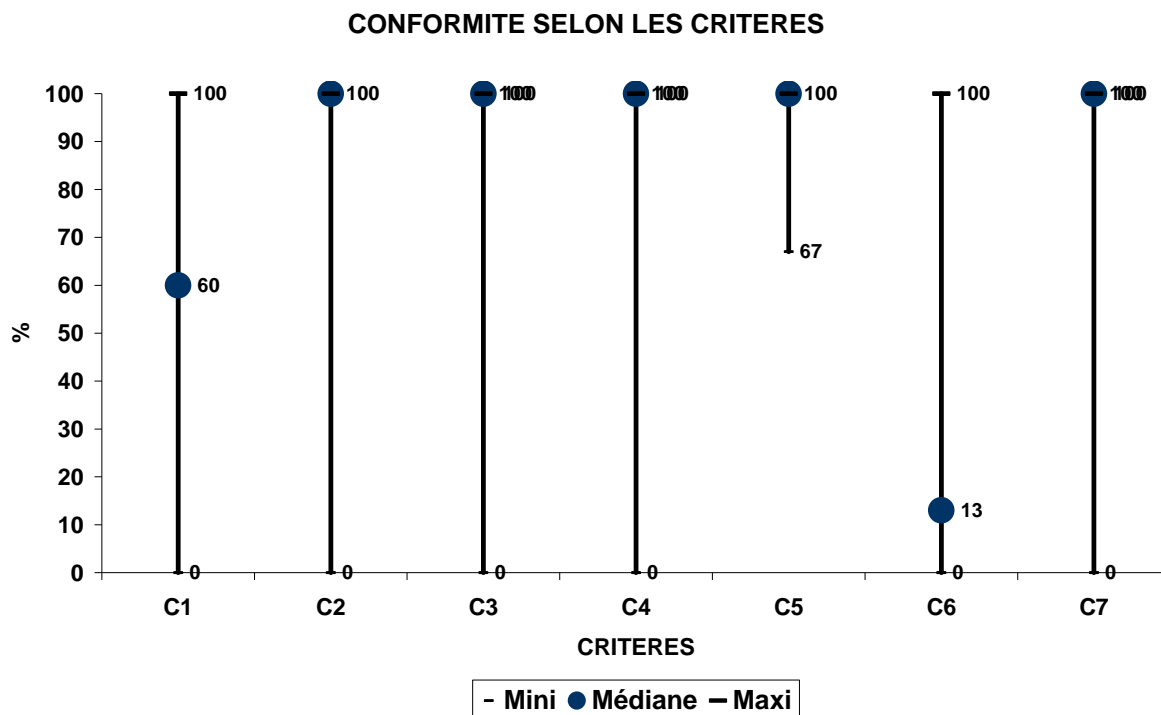
1 343 dossiers ont été étudiés au premier tour et 923 dossiers au second tour.



Document généré à partir d'un outil issu du cédérom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004

Pourcentage de conformité selon les critères sur les établissements ayant fait les deux tours.

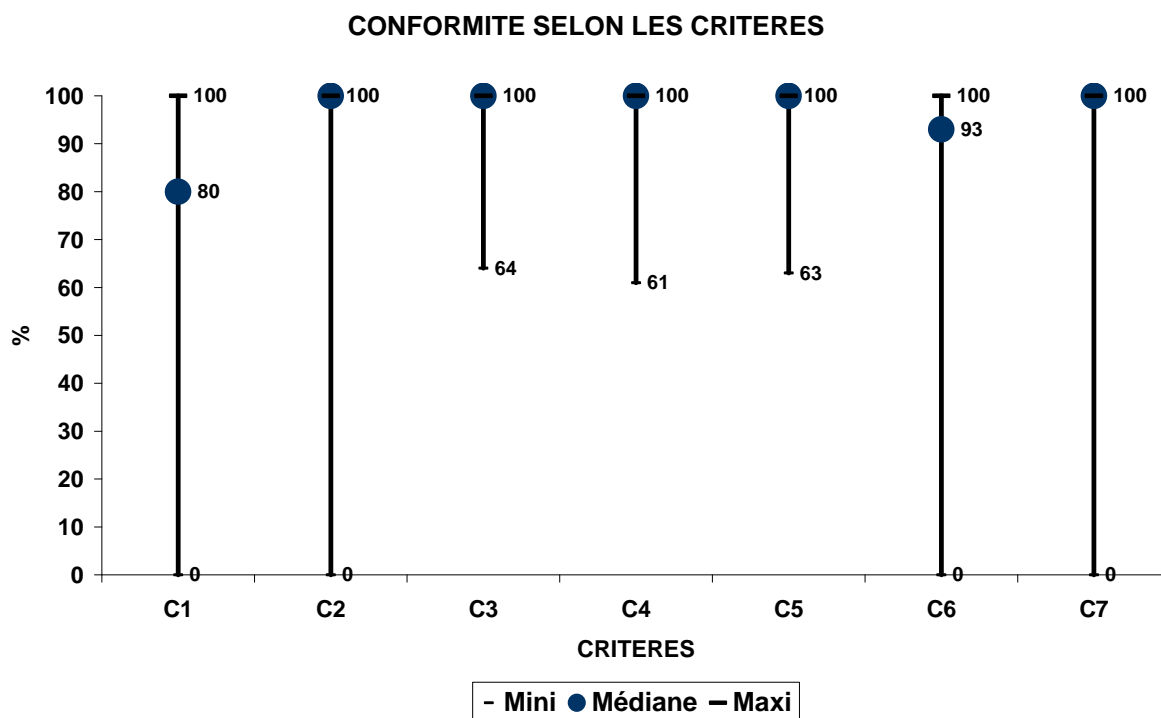
Tour 1 :



Pourcentage de conformité selon les critères sur les établissements ayant fait les deux tours.

(Rappel : la médiane est la valeur de l'observation qui sépare une série ordonnée en 2 parties égales).

Tour 2 :



Actions d'amélioration

Au cours de l'expérimentation et sur la totalité des établissements, cet ACC a généré 70 actions d'amélioration classées dans la catégorie « organisation », dans la catégorie « information » et dans la catégorie « enregistrement ».

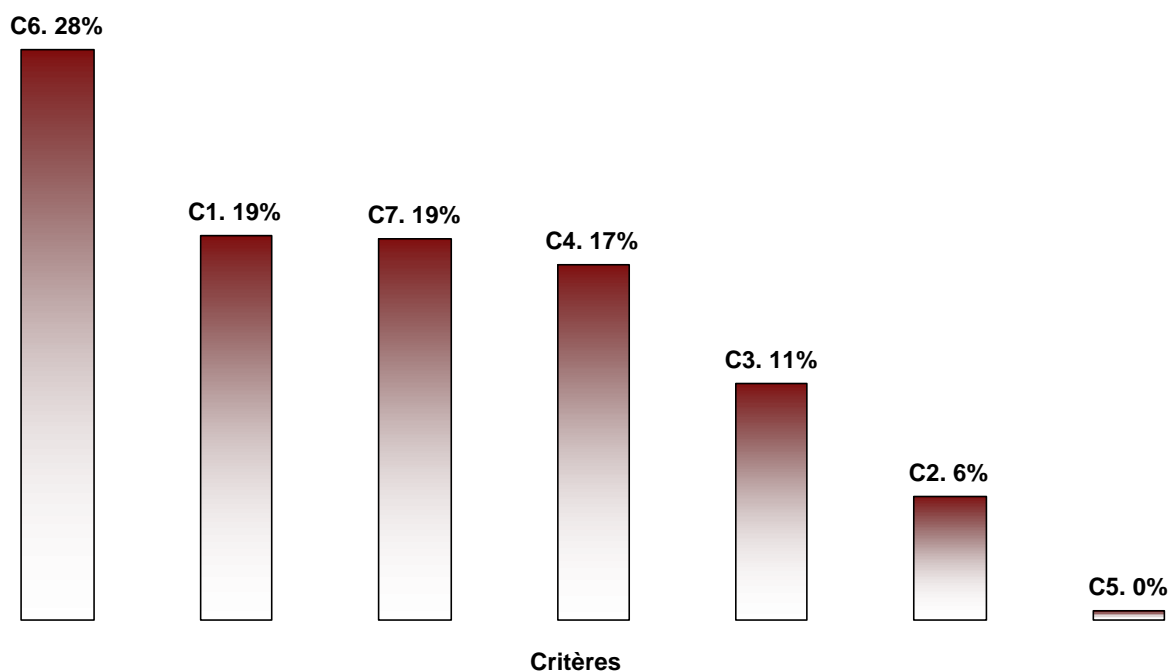
Les actions d'amélioration les plus significatives sont :

- sensibilisation des médecins ;
- sensibilisation des IADE et des IDE ;
- informatisation de la prescription ;
- modification de la fiche de préanesthésie (emplacement dédié à la prescription de l'antibio prophylaxie).

Analyse statistique des résultats

L'analyse statistique des améliorations obtenues au second tour a permis d'identifier des critères porteurs d'amélioration.

Contribution des critères à la variation de conformité entre T1 et T2



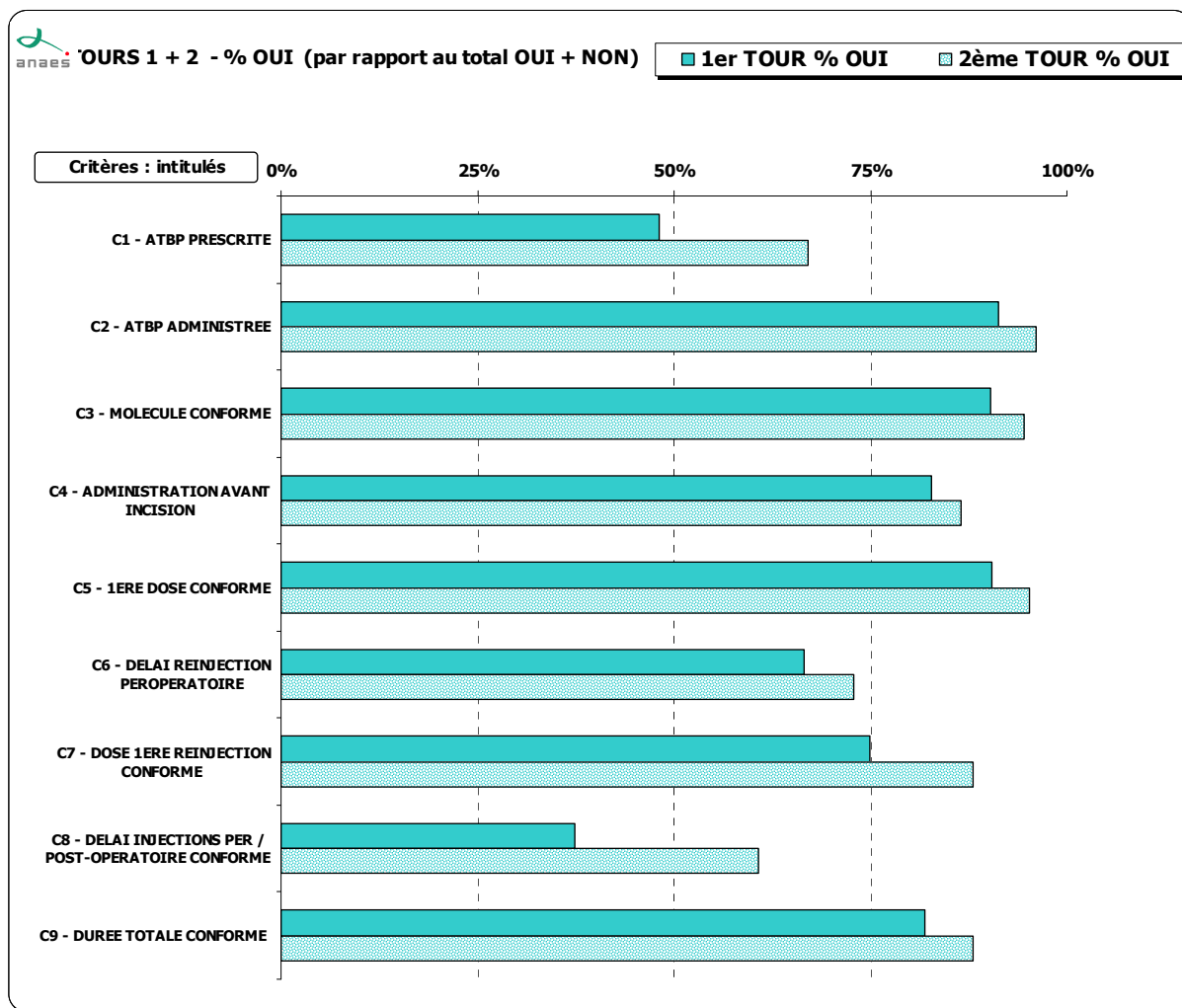
La plus grande progression concerne la réalisation d'une prescription écrite ainsi que la précision de la posologie et des modalités d'administration. Lorsque la prescription est écrite, elle est généralement de bonne qualité dès le premier tour mais l'identification du prescripteur n'est pas constante.

► **ATB P adm**

Cette grille permet d'évaluer et d'améliorer la pratique en ciblant les conditions d'administration de l'antibioprophylaxie dont l'efficacité nécessite une pratique rigoureuse.

43 établissements ou services ont étudié 1282 dossiers au premier tour. 245 dossiers étaient entièrement conformes soit 32 %.

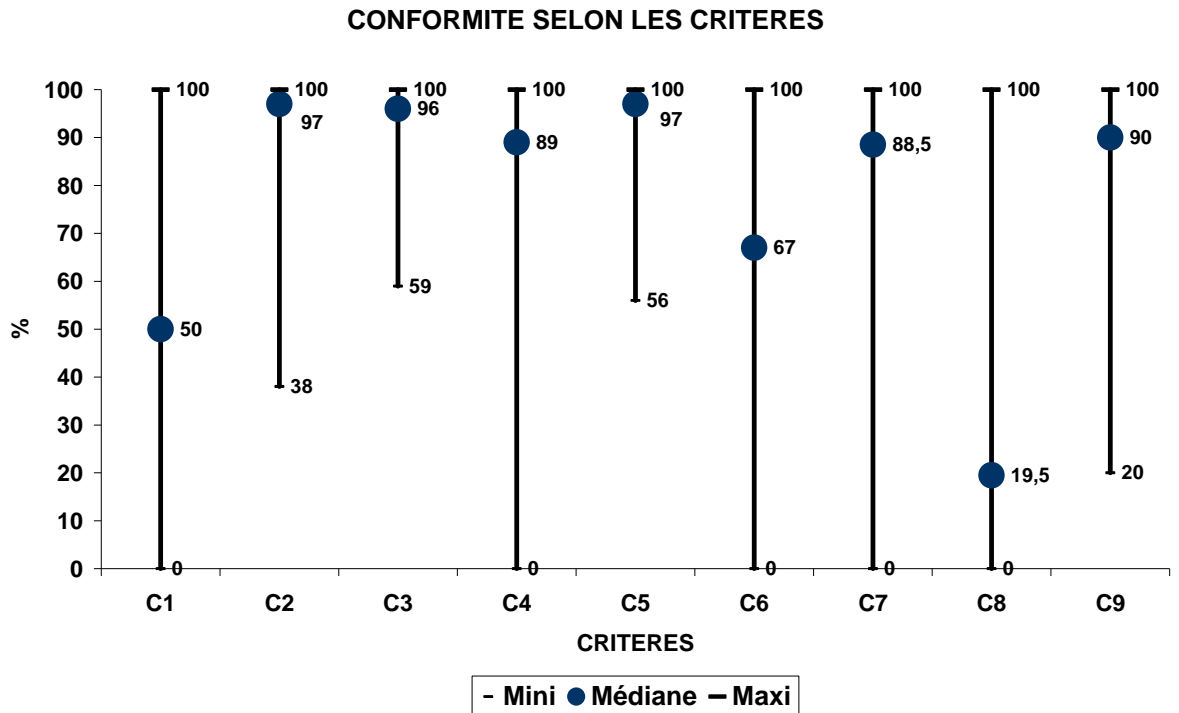
35 établissements ou services ont étudié 922 dossiers pour le second tour. 384 dossiers étaient entièrement conformes à la pratique attendue soit 42 %.



Document généré à partir d'un outil issu du cédérom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004

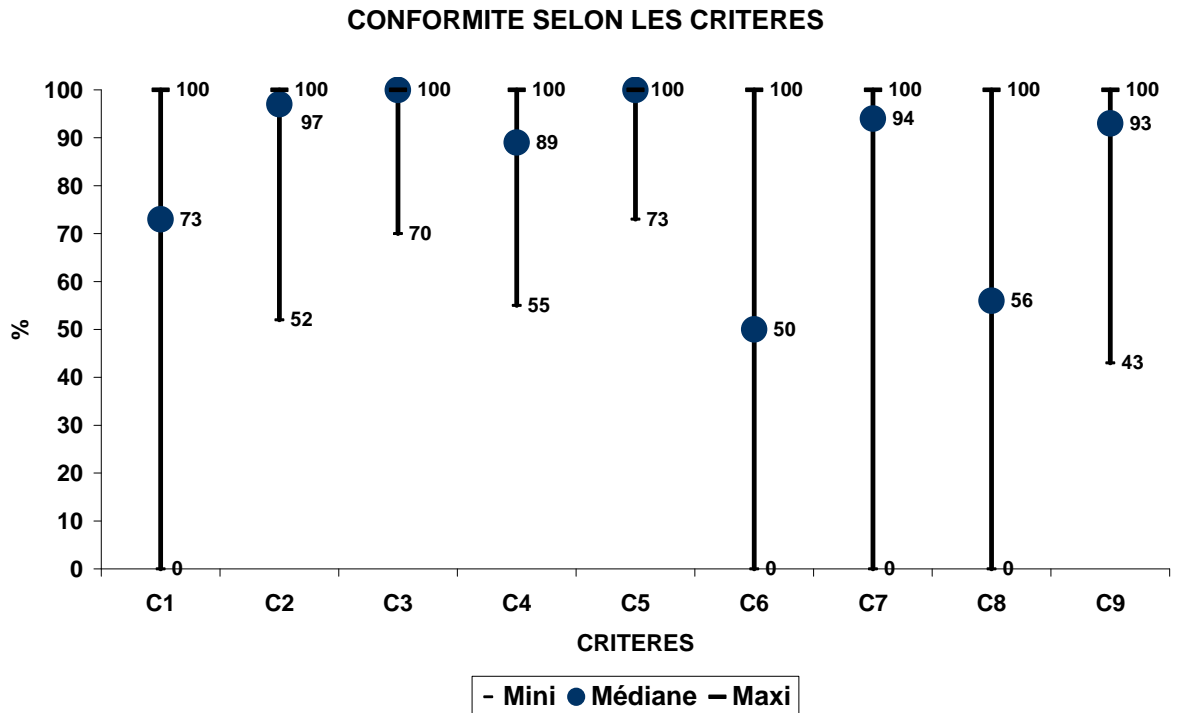
Pourcentage de conformité selon les critères sur les établissements ayant fait les deux tours

Tour 1 :



Pourcentage de conformité selon les critères sur les établissements ayant fait les deux tours

Tour 2 :



Actions d'amélioration

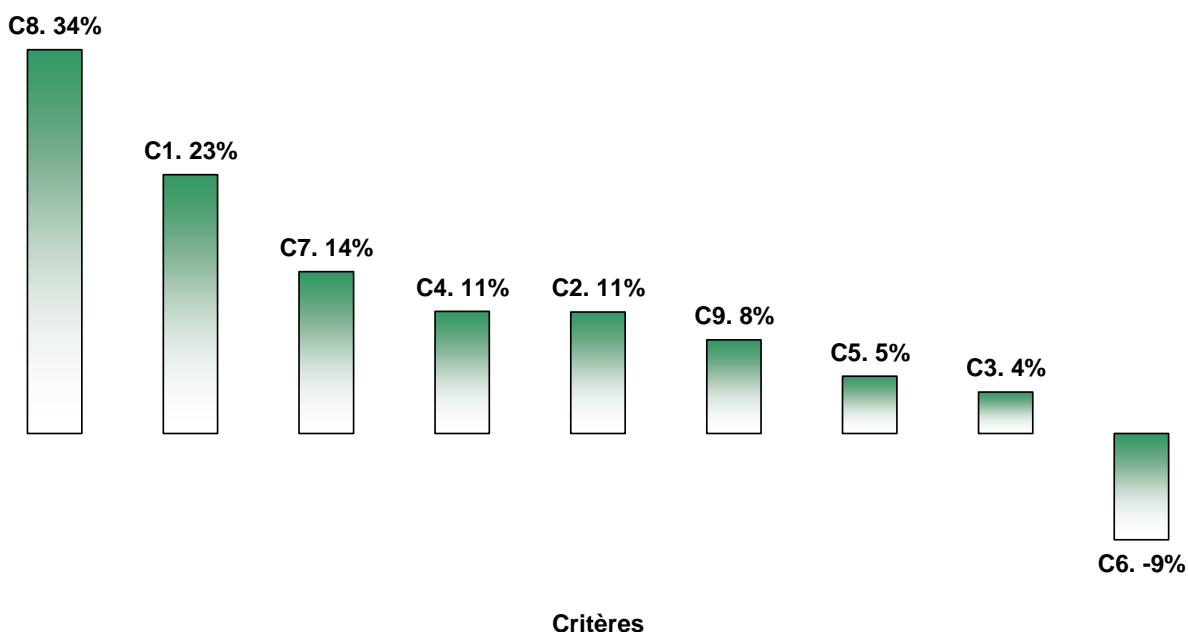
Au cours de l'expérimentation et sur la totalité des établissements, cet ACC a généré 151 actions d'amélioration classées dans la catégorie « organisation », dans la catégorie « information » et dans la catégorie « enregistrement ».

- Sensibilisation des médecins à la nécessité de réaliser une prescription écrite.
- Sensibilisation des IADE et des IDE au respect des horaires.
- Précision systématique des horaires dans les prescriptions postopératoires.
- Diffusion du protocole à tous les acteurs.

Analyse statistique des résultats

L'analyse statistique des améliorations obtenues au second tour a permis d'identifier des critères porteurs d'amélioration.

Contribution des critères à la variation de conformité entre T1 et T2



De façon surprenante, le critère 6 a un résultat négatif. Ce critère concerne la réinjection peropératoire en cas de durée prolongée de l'intervention. Cette situation n'est pas fréquente puisque la majorité des interventions a une durée inférieure à 2h. Il peut arriver aussi que les auditeurs soient plus exigeants au second tour.

Le critère 8 qui concerne l'organisation de la prise en charge du patient du bloc opératoire vers le service de soins est celui qui a été porteur d'une plus grande amélioration.

5. Les actions d'amélioration mises en place par ACC

5.1 Le partage des expériences à l'initiative des coordonnateurs des établissements

Les actions d'amélioration proposées et mises en place par les établissements découlent directement des critères déficitaires pour chaque grille d'audit.

► ATBPpro

- Rédaction collégiale d'un protocole d'antibio prophylaxie chirurgicale.
- Réactualisation du protocole d'antibio prophylaxie existant.
- Définition des rôles de chacun pour l'antibio prophylaxie.

► ATBPsur

- Réalisation d'un audit des pratiques.
- Diffusion des résultats de la surveillance des ISO sur intranet.
- Diffusion du taux de BMR à chaque service.
- Mise en place d'un suivi des antibiotiques par service.
- Analyse des cas d'ISO les plus graves.

► ATBPpre

- Sensibilisation des médecins.
- Sensibilisation des IADE et des IDE.
- Informatisation de la prescription.
- Modification de la fiche de préanesthésie (emplacement dédié à la prescription de l'antibio prophylaxie).

► ATBPadm

- Sensibilisation des médecins à la nécessité de réaliser une prescription écrite.
- Sensibilisation des IADE et des IDE au respect des horaires.
- Précision systématique des horaires dans les prescriptions postopératoires.
- Diffusion du protocole à tous les acteurs.

6. Conclusion

6.1 Évolution de l'outil

Les critères de l'audit sur l'antibio prophylaxie avaient déjà bénéficié d'une expérimentation en 2000 sous la forme d'un audit clinique national. Ils avaient déjà prouvé leur pertinence.

Les critères n'ont pas été modifiés à l'issue de l'expérimentation de 2005. Seules quelques précisions ont été ajoutées sur le guide de l'utilisateur d'ATBPadm car des situations particulières n'avaient pas été envisagées comme la césarienne et la chirurgie orthopédique sous garrot.

C'est donc un outil affiné au contact des professionnels de terrain qui est mis à disposition des professionnels des établissements de santé : [Bon de commande_CDRACC.doc](#).

6.2 Validation de la méthode et pour le thème de l'ATBP

La méthode de l'audit clinique ciblé est bien adaptée au thème de l'antibio prophylaxie chirurgicale. Elle permet d'améliorer une petite partie du processus. Les audits de l'organisation sont essentiels puisqu'en l'absence d'une organisation formalisée, les actions d'amélioration qui seront proposées à l'issue de l'audit des pratiques concerneront principalement l'organisation.

On remarque fréquemment que des actions d'amélioration similaires sont proposées quelle que soit la grille d'audit utilisée.

Le petit nombre de critères limite le nombre d'actions d'amélioration à mettre en place, augmentant d'autant la probabilité d'aboutir au terme du projet.

La méthode a été jugée faisable et acceptable par les équipes.

L'enthousiasme des équipes qui ont participé à l'expérimentation nous a incités à diffuser cette méthode à l'ensemble des professionnels de santé : [Audit clinique ciblé \(synthèse\)](#).

Annexes

Annexe 1 – Fiche Méthode

AUDIT CLINIQUE CIBLÉ (ACC)

1^{re} intention

approche par comparaison

Définition

Méthode d'évaluation qui permet à l'aide d'un nombre limité de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer.

L'audit clinique ciblé est un audit clinique au cycle complet permettant un traitement plus rapide des données et des résultats.

Champ application

Les pratiques professionnelles, pour lesquelles il existe un référentiel ou au minimum un accord professionnel permettant de le construire, et un fort potentiel d'amélioration des pratiques cliniques, organisationnelles ou des soins.

Objectifs

- Mesurer l'écart entre la pratique et la référence grâce à un nombre limité de critères, sélectionnés en fonction des besoins de l'établissement et/ou des services qui le mettent en œuvre.
- Réduire le temps de réalisation de l'audit clinique pour améliorer la réactivité des équipes (6 mois environ).
- Définir et mettre en œuvre rapidement des mesures correctives ou des actions d'amélioration, accessibles et en nombre limité.
- S'assurer de l'efficacité des actions d'amélioration.

Synonymes, variantes et produits dérivés

Quick audit, rapid audit, mini audit, méthode d'évaluation par critères explicites.

Origine

Méthode dérivée de l'audit clinique.

L'Anaes a développé une expérience importante de l'audit clinique en accompagnant plus de 300 établissements. Au décours de ces travaux il est apparu nécessaire de construire une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles permettant une réactivité plus importante des équipes et des ACC plus rapprochés.

Le programme expérimental ACC mené en 2005 a montré que l'ACC était une méthode d'amélioration de la qualité acceptable, faisable, efficace et valide, dans les 8 thèmes, et les 27 ACC proposés (cf. rapports par thème à paraître sur le site de la HAS).

Ressources nécessaires

Soutien d'un ou plusieurs professionnels formés à la méthode de l'ACC ou de l'audit clinique.

Le cédérom ACC 2005 mis à disposition des professionnels sur le site de la HAS.

Conditions de réussite

- Sélectionner un segment du processus de prise en charge des patients ciblé sur un métier, un acte de soin, un aspect organisationnel ou transversal, une étape de la prise en charge médicale (diagnostique, thérapeutique, information, surveillance...).
- Sélectionner un nombre limité, mais suffisant, de critères (entre 4 et 12), choisis en fonction du ou des objectifs choisis (conformité à la réglementation, à des recommandations de pratique clinique avec un haut niveau de preuve, potentiel d'amélioration, problématique de santé publique, sécurité du patient...).
- Définir un objectif ciblé sur l'amélioration de la pratique et non sur l'évaluation des personnes, ni sur un problème complexe d'organisation.
- Choisir un responsable de projet ayant une légitimité professionnelle.

Description

La méthode comporte 6 étapes, et pourrait idéalement se poursuivre par une septième : un suivi d'indicateurs ou un (des) tour(s) d'ACC supplémentaire(s).

- **Étape 1 PLAN : planifier, organiser**

Choix du thème

- choix du thème à partir de référentiels validés, en fonction de la fréquence de la pratique, du risque encouru par le patient et du potentiel d'amélioration ;
- champ de l'étude : nombre d'unités de soins impliquées ;
- constitution du groupe de travail et nomination du chef de projet ;
- réalisation d'une information sur le projet auprès des professionnels.

Choix des critères

- choix d'un ou plusieurs référentiel(s) d'ACC existants sur le thème choisi ;
- s'il n'existe pas de référentiel d'ACC, la sélection des critères dans le référentiel existant se fait selon les objectifs de l'établissement ou du service et des répercussions sur la qualité et la sécurité du service rendu au patient ;
- construction des **grilles** de recueil de données et du **guide** qui les accompagne.

Élaboration du protocole d'étude soit la détermination :

- des critères d'inclusion et d'exclusion ;
- du type d'étude (rétrospective ou prospective) ;
- du mode de recueil des données et des sources d'information ;
- de la taille de l'échantillon ;
- et de la période d'évaluation.

Test de la feuille de recueil de données et réajustement le cas échéant.

Planification de la démarche (diagramme de type Gantt).

Organisation d'une **réunion d'information** pour toutes les unités concernées par l'ACC.

- **Étape 2 DO : Recueil des données** (premier tour d'audit T1)
 - Remplissage d'une grille de recueil des données pour chaque pratique évaluée.
 - Suivi de l'évolution du recueil des données.
- **Étape 3 CHECK : Analyse des résultats du premier tour d'ACC**
 - Traitement des données recueillies : calcul de l'écart entre les pratiques (valeurs observées des critères) et le référentiel (valeur attendue des critères ou standard).
 - Analyse des résultats.
 - Recherche des causes des écarts.
 - Définition des axes d'amélioration.
 - Rédaction du rapport du premier tour d'audit.
- **Étape 4 ACT : Plan d'actions d'améliorations**
 - Nomination d'un responsable par action et réalisation d'une fiche action.
 - Élaboration d'un calendrier de réalisation des actions.
 - Planification de la période de réévaluation.
- **Étape 5 Nouveau recueil de données** (second tour d'audit T2)
- **Étape 6 Analyse des résultats du second tour d'ACC**
 - Analyse des résultats.
 - Comparaison avec les résultats du premier tour.
 - Recherche des causes des écarts résiduels.
- **Étape 7 idéalement : mesure de l'impact** des actions correctives, sur la base des résultats de la réévaluation.
 - Mise en place de nouvelles actions d'améliorations, si des écarts persistent.
 - Mise en place d'indicateurs pour suivre l'amélioration induite.

Annexe 2 – Documents de l'expérimentation 2004-05

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ Audit organisationnel : le protocole n°1 (ATBPpro)

Ce protocole est issu de celui qui a été proposé pour évaluer l'organisation de l'antibio prophylaxie dans le document : « Évaluation de l'antibio prophylaxie en chirurgie propre : application à la prothèse totale de hanche », publié en 2000.

Cet audit organisationnel ciblé a pour objectif de s'appliquer à **tous les types de chirurgie** et de s'utiliser soit en totalité, soit en partie en fonction de l'objectif recherché.

En fonction du contexte de l'établissement ou du service, il est possible de sélectionner un segment de processus parmi les deux référentiels qui sont proposés pour **améliorer l'organisation** et qui ont pour objectifs :

- améliorer la qualité du protocole d'antibio prophylaxie en chirurgie de première intention ;
- améliorer la qualité de la surveillance du risque infectieux en chirurgie de première intention.

Le champ d'application

Cette évaluation concerne tous les services de chirurgie quelle que soit la spécialité. Elle permet d'évaluer l'organisation du processus de l'antibio prophylaxie.

Le mode de recueil

Le recueil de données est placé sous la responsabilité du coordinateur de l'audit.

Les données sont recueillies au cours d'une réunion entre les différents acteurs de l'antibio prophylaxie.

Une seule grille sera remplie par chaque service.

La période d'évaluation

Dans le cadre d'un plan d'amélioration, il peut être souhaitable de réaliser un audit sur le processus de l'organisation avant de réaliser un audit des pratiques.

* Les acteurs de l'antibio prophylaxie sont : chirurgiens, anesthésistes, sages-femmes, IADE, IDE.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES
Audit organisationnel : le protocole n°1 (ATBPpro)

Date : ... Établissement/secteur d'activité : ...

Nom du coordonnateur : ...

OBJECTIF : améliorer la qualité du protocole d'antibio prophylaxie en chirurgie de première intention					
N°	CRITERES	OUI	NON	NA	Commentaires
1	Le protocole est écrit et unique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	Le protocole est daté.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Le protocole est cosigné par les chirurgiens et les anesthésistes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Le protocole d'ATBP est validé par le CLIN et/ou le comité du médicament et/ou la commission des antibiotiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Le protocole est conforme aux recommandations actualisées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	La fréquence de réactualisation ou de revalidation du protocole d'ATBP est définie et respectée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Le protocole d'ATBP est diffusé à tous les prescripteurs et acteurs*.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Le protocole d'ATBP est remis à l'arrivée de nouveaux prescripteurs et acteurs*.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Le protocole d'ATBP est accessible sur les lieux de la prescription et de l'administration.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Le protocole définit les rôles pour la prescription et pour l'administration.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Les acteurs de l'ATBP sont : chirurgiens, anesthésistes, sages-femmes, IADE, IDE.

Liste des participants (nom, fonction) :

Observations éventuelles :

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL

Audit organisationnel : le protocole n°1 (ATBPpro)

Critère 1 Le protocole est écrit et unique.

Répondre **OUI** s'il existe un document écrit et unique au sein du service ou de l'unité (au mieux décrivant les techniques à appliquer, les produits à utiliser et les consignes à observer lors de l'administration de l'antibio prophylaxie).

Répondre **NON** si le protocole du service n'est pas écrit, ou s'il est écrit mais, multiple.

Les critères suivants (de 2 à 10) ne peuvent être renseignés que si le protocole existe. S'il n'existe pas, répondre NA à tous les autres critères.

Critère 2 Le protocole d'ATBP est daté.

Répondre **NON** si la date (mois et année) ne figure pas sur le document écrit.

Critère 3 Le protocole est cosigné par les chirurgiens et les anesthésistes.

Répondre **OUI** s'il est mentionné dans le protocole, qu'il a été rédigé ou validé par les deux catégories professionnelles impliquées dans la prescription de l'ATBP.

Répondre **NON** si cela n'est pas spécifié de manière explicite.

Critère 4 Le protocole d'ATBP est validé par le CLIN et/ou le comité du médicament et/ou la commission des antibiotiques.

Répondre **NON** si la validation n'apparaît ni sur le protocole, ni dans un document du CLIN, du comité du médicament, ou de la commission des antibiotiques.

Critère 5 Le protocole est conforme aux recommandations actualisées.

Répondre **OUI** si le protocole est conforme à un document de référence tel qu'en particulier les recommandations de la SFAR.

Répondre **NON** si les recommandations sont différentes des recommandations connues. Il est utile de mettre en commentaire les raisons qui ont dicté ce choix.

Critère 6 La fréquence de réactualisation ou de revalidation du protocole d'ATBP est définie et respectée.

Répondre **OUI**, si la périodicité de la réactualisation du protocole est connue ou prévue dans le protocole..

Répondre **NON** lorsqu'elle n'est pas spécifiée ou si la date de réactualisation est dépassée.

Critère 7 Le protocole d'ATBP est diffusé à tous les prescripteurs et acteurs.

Répondre **NON** si ce protocole écrit n'a pas été remis à TOUS les acteurs habituels : prescripteurs (chirurgiens, anesthésistes et sages-femmes), IADE, infirmiers du service de chirurgie...

Critère 8 Le protocole d'ATBP est remis à l'arrivée de nouveaux prescripteurs et acteurs.

Répondre **NON** si ce protocole d'ATBP n'a pas été remis à l'ensemble prescripteurs et acteurs arrivés récemment dans le service et concernés.

Critère 9 Le protocole d'ATBP est accessible sur les lieux de la prescription et de l'administration.

Répondre **NON** si l'accessibilité n'est pas immédiate, si le protocole n'est pas à la disposition des utilisateurs dans leur pratique quotidienne dans tous les lieux : lieux de la prescription (consultation d'anesthésie ou consultation chirurgicale) et lieux de l'administration (bloc opératoire, SSPI, services de soins).

Critère 10 Le protocole définit les rôles pour la prescription et pour l'administration.

Répondre **OUI** si le protocole précise qui est chargé de la prescription de l'ATBP (anesthésistes ou chirurgiens, au mieux lors de la consultation avant l'intervention) et de l'administration (IDE du service de chirurgie, IADE). Ceci renseigne le classique « qui fait quoi », élément essentiel de la bonne application d'une recommandation.

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ

Audit organisationnel : la surveillance du risque infectieux n°2 (ATBPsur)

Ce protocole est issu de celui qui a été proposé pour évaluer l'organisation de l'antibio prophylaxie dans le document : « Évaluation de l'antibio prophylaxie en chirurgie propre : application à la prothèse totale de hanche », publié en 2000.

Cet audit organisationnel ciblé a pour objectif de s'appliquer à **tous les types de chirurgie** et de s'utiliser soit en totalité, soit en partie en fonction de l'objectif recherché.

En fonction du contexte de l'établissement ou du service, il est possible de sélectionner un segment de processus parmi les deux référentiels qui sont proposés pour **améliorer l'organisation** et qui ont pour objectifs :

- améliorer la qualité du protocole d'antibio prophylaxie en chirurgie de première intention ;
- améliorer la qualité de la surveillance du risque infectieux en chirurgie de première intention.

Le champ d'application

Cette évaluation concerne tous les services de chirurgie quelle que soit la spécialité. Elle permet d'évaluer l'organisation du processus de l'antibio prophylaxie.

Le mode de recueil

Le recueil de données est placé sous la responsabilité du coordinateur de l'audit.

Les données sont recueillies au cours d'une réunion entre les différents acteurs de l'antibio prophylaxie.

Une seule grille sera remplie par chaque service.

La période d'évaluation

Dans le cadre d'un plan d'amélioration, il peut être souhaitable de réaliser un audit sur le processus de l'organisation avant de réaliser un audit des pratiques.

* Les acteurs de l'antibio prophylaxie sont : chirurgiens, anesthésistes, sages-femmes, IADE, IDE.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES
Audit organisationnel : la surveillance du risque infectieux n°2 (ATBPsur)

Date : ... Établissement/secteur d'activité : ...

Nom du coordonnateur : ...

OBJECTIF : améliorer la qualité de la surveillance du risque infectieux en chirurgie de première intention					
N°	C RITERES	OUI	NON	NA	Commentaires
1	Vous avez réalisé un audit des pratiques d'ATBP au cours des 5 dernières années.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	La surveillance des infections du site opératoire (ISO) est organisée au minimum pendant une durée continue de 3 mois par an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	Les données de la surveillance des infections du site opératoire sont transmises à tous les acteurs* de l'antibioprophylaxie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Vous disposez des données épidémiologiques de la surveillance des bactéries multirésistantes (BMR) pour le service.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	Vous disposez des données de la consommation des antibiotiques utilisés dans le service.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	Vous réalisez une analyse rétrospective des dossiers d'infection du site opératoire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

* Les acteurs de l'ATBP sont : chirurgiens, anesthésistes, sages-femmes, IADE, IDE.

Liste des participants (nom, fonction) :

Observations éventuelles :

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL
Audit organisationnel : la surveillance du risque infectieux n°2 (ATBPsur)

Critère 1 Vous avez réalisé un audit des pratiques d'ATBP au cours des 5 dernières années.

Répondre **NON** si un audit a été réalisé dans un laps de temps supérieur à 5 ans, et même si celui-ci était programmé pour les prochaines semaines.

Critère 2 La surveillance des infections du site opératoire (ISO) est organisée au minimum pendant une durée continue de 3 mois par an.

Répondre **OUI** s'il existe un recueil systématique et continu (ou au moins 3 mois/an) d'informations sur les infections du site opératoire et d'informations sur l'ensemble des patients (principaux facteurs de risque) et leur analyse (incidence des infections pour 100 patients opérés).

Répondre **NON** si ce système de surveillance n'existe pas ou n'est pas opérationnel.

Critère 3 Les données de la surveillance des infections du site opératoire sont transmises à tous les acteurs de l'ATBP.

Répondre **NON** si les résultats de la surveillance des infections du site opératoire ne sont pas accessibles à tous les acteurs de l'ATBP : prescripteurs (chirurgiens, anesthésistes et sages-femmes, IADE, infirmiers du service de chirurgie et de bloc opératoire).

Répondre **NA** (Non applicable) s'il n'existe pas de système de surveillance des infections du site opératoire.

Critère 4 Vous disposez des données épidémiologiques de la surveillance des bactéries multirésistantes (BMR) pour le service.

Répondre **OUI** si des informations de type épidémiologique sont transmises au service à partir du laboratoire de microbiologie au moins sous la forme de proportion de souches multirésistantes au sein d'une espèce bactérienne.

NON si ces données ne sont pas disponibles pour le service ou s'il n'y a pas de surveillance des bactéries multirésistantes.

Critère 5 Vous disposez des données de la consommation des antibiotiques utilisés dans le service.

Répondre **OUI** si sont transmises à partir de la pharmacie des données sur la consommation d'antibiotiques du service, en dehors de leur simple coût.

Répondre **NON** si ce système de surveillance n'existe pas ou n'est pas opérationnel.

Critère 6 Vous réalisez une analyse rétrospective des dossiers d'infection du site opératoire.

Répondre **OUI** si vous réalisez périodiquement lors d'une réunion d'équipe, une analyse de chaque dossier d'infection du site opératoire (type « revue de morbidité »).

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ

Audit de pratiques : la prescription n°3 (ATBPpre)

Préambule

Ce protocole est issu de celui qui a été expérimenté dans les services d'orthopédie des établissements de santé, à l'échelon national, en 2000 et qui s'intitule : « Évaluation de l'antibio prophylaxie en chirurgie propre : Application à la prothèse totale de hanche. »

Cet audit clinique ciblé a pour objectif de s'appliquer à **tous les types de chirurgie** et de s'utiliser soit en totalité, soit en partie en fonction de l'objectif recherché.

En fonction du contexte et des objectifs de l'établissement ou du service, il est possible de sélectionner un segment de processus parmi les deux référentiels qui sont proposés pour **améliorer les pratiques** :

- améliorer la qualité de la prescription de l'antibio prophylaxie en chirurgie de première intention ;
- améliorer la qualité de l'administration de l'antibio prophylaxie en chirurgie de première intention.

Le champ d'application

Cette évaluation concerne tous les services de chirurgie quelle que soit la spécialité. Elle permet d'évaluer les pratiques des différents acteurs* du processus de l'antibio prophylaxie.

Les critères d'inclusion

L'évaluation concerne toute intervention chirurgicale programmée de première intention, de classe I et II de la classification d'Altmeier (chirurgie propre et propre contaminée) présentant une indication d'antibio prophylaxie et sans antécédent infectieux sur le site opéré.

Le type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, sur des dossiers d'interventions consécutives répondant aux critères d'inclusion.

Les sources des données et les modes de recueil des données

Le recueil de données est placé sous la responsabilité du coordinateur de l'audit qui en assure la conservation et la confidentialité.

La source des données est le dossier du patient. Les données sont recueillies sur la feuille de recueil de données qui sert ensuite à répondre aux critères de la grille de critères.

La taille de l'échantillon

Pour être représentatif, l'échantillon doit être de 30 dossiers.

La période d'évaluation

Les 30 dossiers concernent des interventions consécutives. C'est la date d'intervention qui est prise en compte. Sur le programme du bloc opératoire, lister les interventions consécutives à partir du 30 novembre 2004 en remontant dans le temps jusqu'à obtenir 30 dossiers répondant aux critères d'inclusion sans toutefois remonter au-delà du 1^{er} mai 2004 (cette date prend en compte le mois de congé annuel).

* Les acteurs de l'antibio prophylaxie sont : chirurgiens, anesthésistes, sages-femmes, IADE, IDE.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES
Audit de pratiques : la prescription n°3 (ATBPpre)

Date : ... Établissement/secteur d'activité : ...

Nom du coordonnateur : ...

OBJECTIF : améliorer la qualité de la prescription de l'antibio prophylaxie en chirurgie de première intention					
N°	CRITERES	Conformité au référentiel Anaes			Commentaires
		OUI	NON	NA	
1	L'antibio prophylaxie a fait l'objet d'une prescription écrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	Cette prescription est datée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Cette prescription comporte l'identité complète du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Cette prescription indique le nom de l'antibiotique à utiliser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	La notion d'allergie a été recherchée et notée dans le dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	Cette prescription précise les modalités d'administration (dose, voie d'administration et durée d'administration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Cette prescription comporte l'identification lisible du prescripteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Commentaires :

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL
Audit de pratiques : la prescription n°3 (ATBPpre)

Critère 1 L'antibio prophylaxie a fait l'objet d'une prescription écrite.

Si la prescription est écrite sur la feuille d'anesthésie, la réponse est **OUI**.

Critère 2 Cette prescription est datée.

La date du jour où cette prescription a été écrite doit figurer.

La réponse est **NA** si l'antibio prophylaxie n'a pas fait l'objet d'une prescription écrite.

Critère 3 Cette prescription comporte l'identité complète du patient.

La réponse est **OUI** si le document sur lequel est écrite la prescription porte l'identité complète du patient : nom, nom de naissance s'il est différent, prénom, date de naissance.

La réponse est **NON** si une de ces données est manquante.

La réponse est **NA** si l'antibio prophylaxie n'a pas fait l'objet d'une prescription écrite.

Critère 4 Cette prescription indique le nom de l'antibiotique à utiliser.

La réponse est **NON** si la mention est « selon protocole » ou équivalent.

La réponse est **NA** si l'antibio prophylaxie n'a pas fait l'objet d'une prescription écrite.

Critère 5 La notion d'allergie a été recherchée et notée dans le dossier.

Répondre **NON** si l'existence ou l'absence d'allergie n'a pas été spécifiée.

Critère 6 Cette prescription précise les modalités d'administration (dose, voie d'administration et durée d'administration).

La réponse est **OUI** si toutes les conditions sont remplies.

La réponse est **NON** si une donnée est manquante.

La réponse est **NA** si l'antibio prophylaxie n'a pas fait l'objet d'une prescription écrite.

Critère 7 Cette prescription comporte l'identification lisible du prescripteur.

La réponse est **NA** si l'antibio prophylaxie n'a pas fait l'objet d'une prescription écrite.

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ

Audit de pratiques : l'administration n°4 (ATBPadm)

Préambule

Ce protocole est issu de celui qui a été expérimenté dans les services d'orthopédie des établissements de santé, à l'échelon national, en 2000 et qui s'intitule : « Évaluation de l'antibio prophylaxie en chirurgie propre : Application à la prothèse totale de hanche ».

Cet audit clinique ciblé a pour objectif de s'appliquer à **tous les types de chirurgie** et de s'utiliser soit en totalité, soit en partie en fonction de l'objectif recherché.

En fonction du contexte et des objectifs de l'établissement ou du service, il est possible de sélectionner un segment de processus parmi les deux référentiels qui sont proposés pour **améliorer les pratiques** :

- améliorer la qualité de la prescription de l'antibio prophylaxie en chirurgie de première intention ;
- améliorer la qualité de l'administration de l'antibio prophylaxie en chirurgie de première intention.

Le champ d'application

Cette évaluation concerne tous les services de chirurgie quelle que soit la spécialité. Elle permet d'évaluer les pratiques des différents acteurs* du processus de l'antibio prophylaxie.

Les critères d'inclusion

L'évaluation concerne toute intervention chirurgicale programmée de première intention, de classe I et II de la classification d'Altmeier (chirurgie propre et propre contaminée) présentant une indication d'antibio prophylaxie et sans antécédent infectieux sur le site opéré.

Le type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, sur des dossiers d'interventions consécutives répondant aux critères d'inclusion.

Les sources des données et les modes de recueil des données

Le recueil de données est placé sous la responsabilité du coordinateur de l'audit qui en assure la conservation et la confidentialité.

La source des données est le dossier du patient. Les données sont recueillies sur la feuille de recueil de données qui sert ensuite à répondre aux critères de la grille de critères.

La taille de l'échantillon

Pour être représentatif, l'échantillon doit être de 30 dossiers.

La période d'évaluation

Les 30 dossiers concernent des interventions consécutives. C'est la date d'intervention qui est prise en compte. Sur le programme du bloc opératoire, lister les interventions consécutives à partir du 30 novembre 2004 en remontant dans le temps jusqu'à obtenir 30 dossiers répondant aux critères d'inclusion sans toutefois remonter au-delà du 1^{er} mai 2004 (cette date prend en compte le mois de congé annuel).

* Les acteurs de l'antibio prophylaxie sont : chirurgiens, anesthésistes, sages-femmes, IADE, IDE.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES
Audit de pratiques : l'administration n°4 (ATBPadm)

DATE : /_/_//_/_//_/_/ N° grille : /_/_/	
Nom de la personne ayant rempli le questionnaire (si différent du coordonnateur) : ...	Nom : /_//_//_// (3 premières lettres) Prénom : /_//_//_// (3 premières lettres)
Service d'hospitalisation : ...	Né(e) le : /_//_//_//_//_// jour mois année
Unité d'hospitalisation : ...	
Téléphone : ...	

Facteurs de risque spécifique concernant le patient				Commentaires
	QUI	NON	Pas noté	
Allergie aux antibiotiques				
Patient à risque d'endocardite infectieuse				
Autre facteur de risque pouvant modifier l'ATBP				

Date d'intervention : /_//_//_//_//_//_//
 jour mois année

Type d'intervention :

Critères d'inclusion	Oui	Non
Intervention disposant d'un protocole d'antibio prophylaxie		
Réintervention		
Chirurgie programmée		
Antécédent infectieux au niveau du site opéré		

N° grille : / _ / _ /			
1	L'ATBP a fait l'objet d'une prescription écrite, datée, par un prescripteur qui est identifié.	Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2	ATBP administrée (Si oui, veuillez compléter la partie ci-dessous)	Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3	Antibiotique utilisé (en clair)	...	
Concernant la première administration :			
4.1	1^{ère} administration avant l'incision Heure de la première administration... Heure de l'incision : ...	Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4.2	Délai entre la première administration et l'incision	<input type="text"/>	
5	Dose de la première administration	<input type="text"/>	
Concernant les éventuelles réinjections :			
6	Durée de l'intervention : ... minutes (de l'ouverture au dernier point de fermeture) Nombre de réinjections peropératoires Nombre de réinjections postopératoires	<input type="text"/> <input type="text"/>	
7	Dose de chaque réinjection	<input type="text"/>	
8	Heure de la deuxième injection : ... Délai par rapport à la première injection	<input type="text"/>	minutes

N° grille : / _ / _ /

Synthèse :							
9.1	Durée totale de l'ATBP (une seule case possible) <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td>≤ 24 heures</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>24 à 48 heures</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>> 48 heures</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	≤ 24 heures	<input type="checkbox"/>	24 à 48 heures	<input type="checkbox"/>	> 48 heures	<input type="checkbox"/>
≤ 24 heures	<input type="checkbox"/>						
24 à 48 heures	<input type="checkbox"/>						
> 48 heures	<input type="checkbox"/>						
9.2	Conformité par rapport au protocole (si > 48 heures, non-conformité quel que soit le protocole) <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td>Oui</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Non</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>		
Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>				

Si durée supérieure à la celle préconisée par le protocole local, compléter la partie ci-dessous. ceci aidera à l'analyse des causes des écarts.

10	Même antibiotique :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
	Prescription écrite retrouvée :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
	Si oui, prescription par (une seule case possible) :	Chirurgien	<input type="checkbox"/>	Anesthésiste	<input type="checkbox"/>
		Autre	<input type="checkbox"/>	Pas noté	<input type="checkbox"/>
	Prescription motivée par (en clair) :	...			

GRILLE DE CRITERES
Audit de pratiques : l'administration n°4 (ATBPadm)

OBJECTIF : améliorer la qualité de l'administration et de la traçabilité de l'antibio prophylaxie en chirurgie de 1 ^{re} intention					
N°	CRITERES	Conformité au référentiel Anaes			Commentaires
		OUI	NON	NA	
1	L'antibio prophylaxie a fait l'objet d'une prescription écrite, datée, par un prescripteur qui est identifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	L'antibio prophylaxie est administrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	La molécule utilisée est conforme au protocole du service.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	L'ATBP est administrée avant l'incision, dans un délai inférieur à 60 minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	La dose de la première administration est conforme au protocole du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Le délai entre la 1 ^{re} administration avant l'incision et la 1 ^{re} réinjection peropératoire est conforme au protocole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	La dose de la première réinjection est conforme au protocole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Le délai entre la dernière injection pré- ou peropératoire et la 1 ^{re} injection postopératoire est conforme au protocole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	La durée totale de l'ATBP est conforme au protocole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Commentaires :

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL
Audit de pratiques : l'administration n°4 (ATBPadm)

La grille de recueil de données permet de recueillir dans le dossier du patient les informations nécessaires. Ces informations pourront être recueillies par un collaborateur ou par le coordonnateur lui-même. Renseigner la grille de recueil est une étape indispensable même si la grille de critères est remplie dans le même temps.

La grille de critères de l'audit de l'administration de l'ATBP sera remplie par le coordonnateur de l'audit ou la personne chargée de l'assister, à l'aide des données recueillies sur la grille de critères.

La source des données est **le dossier du patient**.

Toute action non retrouvée écrite dans le dossier du patient, sera considérée comme non réalisée.

PREMIÈRE PARTIE : GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES

- **Numéroter les grilles par ordre chronologique de remplissage.**

- **Unité d'hospitalisation** : ne renseigner que s'il existe plusieurs unités d'hospitalisation.

- **Identification** : Afin de respecter la confidentialité, seules les 3 premières lettres du nom et du prénom seront notées ainsi que la date de naissance. Ces informations sont suffisantes pour retrouver le dossier en cas de donnée manquante.

Date d'intervention : Il s'agit de la date de l'intervention concernée par l'ATBP.

Critères d'inclusion : Toute réponse dans une zone grisée correspond à un critère d'exclusion de l'audit et nécessite de passer au dossier suivant répondant aux critères d'inclusion jusqu'à obtenir un nombre suffisant de grilles d'audit.

Donnée 1 L'antibio prophylaxie a fait l'objet d'une prescription écrite, datée, par un prescripteur qui est identifié.

La réponse est **NON** si une des conditions n'est pas respectée.

La prescription peut être faite sur la feuille d'anesthésie, pour être valide et considérée comme prescription écrite datée et signée, celle-ci doit comporter le nom de l'anesthésiste, la date, le nom de la molécule et la posologie.

Donnée 2 ATBP administrée.

ATBP administrée au patient. Si la réponse est **NON**, le recueil est terminé pour ce dossier.

Donnée 3 Antibiotique utilisé.

Préciser en clair le nom de l'antibiotique utilisé.

Donnée 4 Délai entre la première injection et l'incision.

Si la 1^{re} injection n'a pas été réalisée dans l'heure qui précède l'incision, la réponse est **NON**. NB : Pour la Vancomycine, l'heure de l'injection est **l'heure de la fin** de la perfusion (la Vancomycine doit être injectée en 1 heure minimum).

Donnée 5 Dose de la première injection.

Pour la Vancomycine, préciser la dose administrée, par kg (exemple : 15 mg/kg) ou noter le poids du patient.

Donnée 6 Heure de la deuxième injection : Biffer le champ correspondant s'il n'y a pas eu de deuxième injection.

Délai par rapport à la première injection : Biffer le champ correspondant s'il n'y a pas eu de deuxième injection.

Donnée 7 Dose de chaque réinjection.

Biffer le champ correspondant s'il n'y a pas eu de réinjection.

Donnée 8 Délai entre la dernière injection peropératoire et la 1^{re} injection postopératoire.

Il s'agit soit du délai entre l'injection à l'induction et la 1^{re} injection postopératoire s'il n'y a pas eu de réinjection peropératoire, soit du délai entre la dernière injection peropératoire et la première injection postopératoire.

Donnée 9.1 Durée totale de l'ATBP.

Il s'agit de la durée comprise entre la première administration et l'heure de la première injection non réalisée (donc, tient compte de la durée d'action de l'antibiotique).

Donnée 9.2 Conformité de la durée par rapport au protocole.

Si le protocole indique une durée totale d'ATBP inférieure à 48 heures, noter si la durée est conforme à ce référentiel. Si la durée est supérieure à 48 heures, la réponse sera **NON**, quel que soit le référentiel.

Donnée 10 Cette partie de la grille recueille des informations qui serviront à l'analyse des écarts au protocole.

DEUXIÈME PARTIE : GRILLE DE CRITERES

Répondre à chacun des critères par **OUI**, **NON** ou **NA**, à l'aide des informations disponibles dans la première partie de la grille.

La réponse **NA** n'est pas autorisée si la case est grisée.

En cas de réponse **NON** ou **NA** (Non applicable), une explication ou justification doit apparaître dans les commentaires.

Critère 1 L'antibio prophylaxie a fait l'objet d'une prescription écrite, datée, par un prescripteur qui est identifié.

Répondre **OUI** si la prescription de l'antibio prophylaxie (ATBP) est retrouvée dans le dossier et que tous les éléments sont respectés.

Critère 2 L'antibio prophylaxie est administrée.

Répondre **OUI** si l'administration de l'ATBP est notée dans le dossier.

Critère 3 La molécule utilisée est conforme au protocole du service.

La réponse est **OUI** si la molécule correspond au protocole pour ce type d'intervention et pour ce type de patient.

Répondre **NON** si l'antibiotique (ATB) injecté ne correspond pas au protocole pour ce type d'intervention ou ce type de patient.

Répondre **NA** si aucun ATB n'a été administré.

Critère 4 L'ATBP est administrée avant l'incision, dans un délai inférieur à 60 minutes.

La réponse est **OUI** si l'administration est faite dans les 60 minutes qui précèdent l'incision.

La réponse est **NON** si l'administration est faite dans un délai supérieur à 60 min avant l'incision ou après l'incision.

Répondre **NA** si aucun ATB n'a été administré.

Critère 5 La dose de la première administration est conforme au protocole du service.

Répondre **NA** si aucun ATB n'a été administré.

Critère 6 Le délai entre la première administration avant l'incision et la 1^{re} réinjection peropératoire est conforme au protocole.

Répondre **NA** si la durée de l'intervention ne nécessite pas de réinjection peropératoire.

Critère 7 La dose de la 1^{re} réinjection est conforme au protocole.

Répondre **NA** s'il n'y a pas eu de réinjection per ou postopératoire

Critère 8 Le délai entre la dernière injection pré- ou peropératoire et la 1^{re} injection postopératoire est conforme au protocole.

Répondre **NA** s'il n'y a pas eu de réinjection postopératoire.

Critère 9 La durée totale de l'ATBP est conforme au protocole.

Pour toute durée supérieure à 48 h la réponse est NON, quel que soit le protocole.

Annexe 3 – Documents (Source : cédérom ACC 2005)

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ Audit organisationnel : le protocole n°1 (ATBPpro)

Ce protocole est issu de celui qui a été proposé pour évaluer l'organisation de l'antibio prophylaxie dans le document : « Évaluation de l'antibio prophylaxie en chirurgie propre : application à la prothèse totale de hanche. », publié en 2000.

Cet audit organisationnel ciblé a pour objectif de s'appliquer à **tous les types de chirurgie** et de s'utiliser soit en totalité, soit en partie en fonction de l'objectif recherché.²

En fonction du contexte de l'établissement ou du service, il est possible de sélectionner un segment de processus parmi les deux référentiels qui sont proposés pour **améliorer l'organisation** et qui ont pour objectifs :

- améliorer la qualité du protocole d'antibio prophylaxie en chirurgie de première intention ;
- améliorer la qualité de la surveillance du risque infectieux en chirurgie de première intention.

Le champ d'application

Cette évaluation concerne tous les services de chirurgie quelle que soit la spécialité. Elle permet d'évaluer l'organisation du processus de l'antibio prophylaxie.

Le mode de recueil

Le recueil de données est placé sous la responsabilité du coordinateur de l'audit.

Les données sont recueillies au cours d'une réunion entre les différents acteurs de l'antibio prophylaxie.

Une seule grille sera remplie par chaque service.

La période d'évaluation

Dans le cadre d'un plan d'amélioration, il peut être souhaitable de réaliser un audit sur le processus de l'organisation avant de réaliser un audit des pratiques.

* Les acteurs de l'antibio prophylaxie sont : chirurgiens, anesthésistes, sages-femmes, IADE, IDE.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES
Audit organisationnel : le protocole n°1 (ATBPpro)

Date : ... Établissement/secteur d'activité : ...

Nom du coordonnateur : ...

OBJECTIF : améliorer la qualité du protocole d'antibio prophylaxie en chirurgie de première intention					
N°	CRITERES	OUI	NON	NA	Commentaires
1	Le protocole est écrit et unique.				
2	Le protocole est daté.				
3	Le protocole est cosigné par les chirurgiens et les anesthésistes.				
4	Le protocole d'ATBP est validé par le CLIN et/ou le Comité du Médicament et/ou la Commission des antibiotiques.				
5	Le protocole est conforme aux recommandations actualisées.				
6	La fréquence de réactualisation ou de revalidation du protocole d'ATBP est définie et respectée.				
7	Le protocole d'ATBP est diffusé à tous les prescripteurs et acteurs*.				
8	Le protocole d'ATBP est remis à l'arrivée de nouveaux prescripteurs et acteurs*.				
9	Le protocole d'ATBP est accessible sur les lieux de la prescription <u>et</u> de l'administration.				
10	Le protocole définit les rôles pour la prescription et pour l'administration.				

* Les acteurs de l'ATBP sont : chirurgiens, anesthésistes, sages-femmes, IADE, IDE.

Liste des participants (nom, fonction) :

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL

Audit organisationnel : le protocole n°1 (ATBPpro)

Critère 1 Le protocole est écrit et unique.

Répondre **OUI** s'il existe un document écrit et unique au sein du service ou de l'unité (au mieux décrivant les techniques à appliquer, les produits à utiliser et les consignes à observer lors de l'administration de l'antibio prophylaxie).

Répondre **NON** si le protocole du service n'est pas écrit, ou s'il est écrit mais multiple.

Les critères suivants (de 2 à 10) ne peuvent être renseignés que si le protocole existe. S'il n'existe pas, répondre NA à tous les autres critères.

Critère 2 Le protocole d'ATBP est daté.

Répondre **NON** si la date (mois et année) ne figure pas sur le document écrit.

Critère 3 Le protocole est cosigné par les chirurgiens et les anesthésistes.

Répondre **OUI** s'il est mentionné dans le protocole, que celui-ci a été rédigé ou validé par les deux catégories professionnelles impliquées dans la prescription de l'ATBP.

Répondre **NON** si cela n'est pas spécifié de manière explicite.

Critère 4 Le protocole d'ATBP est validé par le CLIN et/ou le comité du médicament et/ou la commission des antibiotiques.

Répondre **NON** si la validation n'apparaît ni sur le protocole, ni dans un document du CLIN, du comité du médicament, ou de la commission des antibiotiques.

Critère 5 Le protocole est conforme aux recommandations actualisées.

Répondre **OUI** si le protocole est conforme à un document de référence tel qu'en particulier les recommandations de la SFAR.

Répondre **NON** si les recommandations sont différentes des recommandations connues. Il est utile de mettre en commentaire les raisons qui ont dicté ce choix.

Critère 6 La fréquence de réactualisation ou de revalidation du protocole d'ATBP est définie et respectée.

Répondre **OUI** si la périodicité de la réactualisation du protocole est connue ou prévue dans le protocole.

Répondre **NON** lorsqu'elle n'est pas spécifiée ou si la date de réactualisation est dépassée.

Critère 7 Le protocole d'ATBP est diffusé à tous les prescripteurs et acteurs.

Répondre **NON** si ce protocole écrit n'a pas été remis à TOUS les acteurs habituels : prescripteurs (chirurgiens, anesthésistes et sages-femmes), IADE, infirmiers du service de chirurgie...

Critère 8 Le protocole d'ATBP est remis à l'arrivée de nouveaux prescripteurs et acteurs.

Répondre **NON** si ce protocole d'ATBP n'a pas été remis à l'ensemble prescripteurs et acteurs arrivés récemment dans le service et concernés.

Critère 9 Le protocole d'ATBP est accessible sur les lieux de la prescription et de l'administration.

Répondre **NON** si l'accessibilité n'est pas immédiate, si le protocole n'est pas à la disposition des utilisateurs dans leur pratique quotidienne dans tous les lieux : lieux de la prescription (consultation d'anesthésie ou consultation chirurgicale) et lieux de l'administration (bloc opératoire, SSPI, services de soins).

Critère 10 Le protocole définit les rôles pour la prescription et pour l'administration.

Répondre **OUI** si le protocole précise qui est chargé de la prescription de l'ATBP (anesthésistes ou chirurgiens, au mieux lors de la consultation avant l'intervention) et de l'administration (IDE du service de chirurgie, IADE). Ceci renseigne le classique « qui fait quoi », élément essentiel de la bonne application d'une recommandation.

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ

Audit organisationnel : la surveillance du risque infectieux n°2 (ATBPsur)

Ce protocole est issu de celui qui a été proposé pour évaluer l'organisation de l'antibio prophylaxie dans le document : « Évaluation de l'antibio prophylaxie en chirurgie propre : application à la prothèse totale de hanche », publié en 2000.

Cet audit organisationnel ciblé a pour objectif de s'appliquer à **tous les types de chirurgie** et de s'utiliser soit en totalité, soit en partie en fonction de l'objectif recherché.

En fonction du contexte de l'établissement ou du service, il est possible de sélectionner un segment de processus parmi les deux référentiels qui sont proposés pour **améliorer l'organisation** et qui ont pour objectifs :

- améliorer la qualité du protocole d'antibio prophylaxie en chirurgie de première intention ;
- améliorer la qualité de la surveillance du risque infectieux en chirurgie de première intention.

Le champ d'application

Cette évaluation concerne tous les services de chirurgie quelle que soit la spécialité. Elle permet d'évaluer l'organisation du processus de l'antibio prophylaxie.

Le mode de recueil

Le recueil de données est placé sous la responsabilité du coordinateur de l'audit.

Les données sont recueillies au cours d'une réunion entre les différents acteurs de l'antibio prophylaxie.

Une seule grille sera remplie par chaque service.

La période d'évaluation

Dans le cadre d'un plan d'amélioration, il peut être souhaitable de réaliser un audit sur le processus de l'organisation avant de réaliser un audit des pratiques.

* Les acteurs de l'antibio prophylaxie sont : chirurgiens, anesthésistes, sages-femmes, IADE, IDE.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES
Audit organisationnel : la surveillance du risque infectieux n°2 (ATBPsur)

Date : ... Établissement/secteur d'activité : ...

Nom du coordonnateur : ...

**OBJECTIF : améliorer la qualité de la surveillance du risque infectieux
en chirurgie de première intention**

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	Commentaires
1	Vous avez réalisé un audit des pratiques d'ATBP au cours des 5 dernières années.				
2	La surveillance des infections du site opératoire (ISO) est organisée au minimum pendant une durée continue de 3 mois par an.				
3	Les données de la surveillance des infections du site opératoire sont transmises à tous les acteurs* de l'antibio prophylaxie.				
4	Vous disposez des données épidémiologiques de la surveillance des bactéries multirésistantes (BMR) pour le service.				
5	Vous disposez des données de la consommation des antibiotiques utilisés dans le service.				
6	Vous réalisez une analyse rétrospective des dossiers d'infection du site opératoire.				

* Les acteurs de l'ATBP sont : chirurgiens, anesthésistes, sages-femmes, IADE, IDE.

Liste des participants (nom, fonction) :

Observations éventuelles :

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL
Audit organisationnel : la surveillance du risque infectieux n°2 (ATBPsur)

Critère 1 Vous avez réalisé un audit des pratiques d'ATBP au cours des 5 dernières années.

Répondre **NON** si un audit a été réalisé dans un laps de temps supérieur à 5 ans, et même si celui-ci était programmé pour les prochaines semaines.

Critère 2 La surveillance des infections du site opératoire (ISO) est organisée au minimum pendant une durée continue de 3 mois par an.

Répondre **OUI** s'il existe un recueil systématique et continu (ou au moins 3 mois/an) d'informations sur les infections du site opératoire et d'informations sur l'ensemble des patients (principaux facteurs de risque) et leur analyse (incidence des infections pour 100 patients opérés).

Répondre **NON** si ce système de surveillance n'existe pas ou n'est pas opérationnel.

Critère 3 Les données de la surveillance des infections du site opératoire sont transmises à tous les acteurs de l'ATBP.

Répondre **NON** si les résultats de la surveillance des infections du site opératoire ne sont pas accessibles à tous les acteurs de l'ATBP : prescripteurs (chirurgiens, anesthésistes et sages-femmes), IADE, infirmiers du service de chirurgie et de bloc opératoire.

Répondre **NA** (Non applicable) s'il n'existe pas de système de surveillance des infections du site opératoire.

Critère 4 Vous disposez des données épidémiologiques de la surveillance des bactéries multirésistantes (BMR) pour le service.

Répondre **OUI** si des informations de type épidémiologique sont transmises au service à partir du laboratoire de microbiologie au moins sous la forme de proportion de souches multirésistantes au sein d'une espèce bactérienne.

NON si ces données ne sont pas disponibles pour le service ou s'il n'y a pas de surveillance des bactéries multirésistantes.

Critère 5 Vous disposez des données de la consommation des antibiotiques utilisés dans le service

Répondre **OUI** si sont transmises à partir de la pharmacie des données sur la consommation d'antibiotiques du service, en dehors de leur simple coût.

Répondre **NON** si ce système de surveillance n'existe pas ou n'est pas opérationnel.

Critère 6 Vous réalisez une analyse rétrospective des dossiers d'infection du site opératoire.

Répondre **OUI** si vous réalisez périodiquement lors d'une réunion d'équipe, une analyse de chaque dossier d'infection du site opératoire (type « revue de morbidité »).

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ

Audit de pratiques : la prescription n°3 (ATBPpre)

Préambule

Ce protocole est issu de celui qui a été expérimenté dans les services d'orthopédie des établissements de santé, à l'échelon national, en 2000 et qui s'intitule : « Évaluation de l'antibio prophylaxie en chirurgie propre : application à la prothèse totale de hanche ».

Cet audit clinique ciblé a pour objectif de s'appliquer à **toute chirurgie de première intention** et de s'utiliser soit en totalité, soit en partie en fonction de l'objectif recherché.

En fonction du contexte et des objectifs de l'établissement ou du service, il est possible de sélectionner un segment de processus parmi les deux référentiels qui sont proposés pour **améliorer les pratiques** :

- améliorer la qualité de la prescription de l'antibio prophylaxie en chirurgie de première intention ;
- améliorer la qualité de l'administration de l'antibio prophylaxie en chirurgie de première intention.

1. Le champ d'application

Cette évaluation concerne tous les services de chirurgie quelle que soit la spécialité. Elle permet d'évaluer les pratiques des différents acteurs* du processus de l'antibio prophylaxie.

2. Les critères d'inclusion

L'évaluation concerne toute intervention chirurgicale programmée de première intention, de classe I et II de la classification d'Altmeier (chirurgie propre et propre contaminée) présentant une indication d'antibio prophylaxie et sans antécédent infectieux sur le site opéré.

3. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, sur des dossiers d'interventions consécutives répondant aux critères d'inclusion.

4. Les sources des données et les modes de recueil des données

Le recueil de données est placé sous la responsabilité du coordinateur de l'audit qui en assure la conservation et la confidentialité.

La source des données est le dossier du patient. Les données sont recueillies sur la feuille de recueil de données qui sert ensuite à répondre aux critères de la grille de recueil.

5. La taille de l'échantillon

Pour être représentatif, l'échantillon doit être de 30 dossiers.

6. La période d'évaluation

Les 30 dossiers concernent des interventions consécutives. C'est la date d'intervention qui est prise en compte. Sur le programme du bloc opératoire, lister les interventions consécutives à partir d'une date définie.

* Les acteurs de l'antibio prophylaxie sont : chirurgiens, anesthésistes, sages-femmes, IADE, IDE.

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL
Audit de pratiques : la prescription n°3 (ATBPpre)

Critère 1 L'antibio prophylaxie a fait l'objet d'une prescription écrite.

Si la prescription est écrite sur la feuille d'anesthésie, la réponse est **OUI**.

Critère 2 Cette prescription est datée.

La date du jour où cette prescription a été écrite doit figurer.

La réponse est **NA** si l'antibio prophylaxie n'a pas fait l'objet d'une prescription écrite.

Critère 3 Cette prescription comporte l'identité complète du patient.

La réponse est **OUI** si le document sur lequel est écrite la prescription porte l'identité complète du patient : nom, nom de naissance s'il est différent, prénom, date de naissance.

La réponse est **NON** si une de ces données est manquante.

La réponse est **NA** si l'antibio prophylaxie n'a pas fait l'objet d'une prescription écrite.

Critère 4 Cette prescription indique le nom de l'antibiotique à utiliser.

La réponse est **NON** si la mention est « selon protocole » ou équivalent.

La réponse est **NA** si l'antibio prophylaxie n'a pas fait l'objet d'une prescription écrite.

Critère 5 La notion d'allergie a été recherchée et notée dans le dossier.

Répondre **NON** si l'existence ou l'absence d'allergie n'a pas été spécifiée.

Critère 6 Cette prescription précise les modalités d'administration (dose, voie d'administration et durée d'administration).

La réponse est **OUI** si toutes les conditions sont remplies.

La réponse est **NON** si une donnée est manquante.

La réponse est **NA** si l'antibio prophylaxie n'a pas fait l'objet d'une prescription écrite.

Critère 7 Cette prescription comporte l'identification lisible du prescripteur.

La réponse est **NA** si l'antibio prophylaxie n'a pas fait l'objet d'une prescription écrite.

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ
Audit de pratiques : l'administration n°4 (ATBPadm)

Préambule

Ce protocole est issu de celui qui a été expérimenté dans les services d'orthopédie des établissements de santé, à l'échelon national, en 2000 et qui s'intitule : « Évaluation de l'antibio prophylaxie en chirurgie propre : application à la prothèse totale de hanche ».

Cet audit clinique ciblé a pour objectif de s'appliquer à toute chirurgie de première intention et de s'utiliser soit en totalité, soit en partie en fonction de l'objectif recherché.

En fonction du contexte et des objectifs de l'établissement ou du service, il est possible de sélectionner un segment de processus parmi les deux référentiels qui sont proposés pour améliorer les pratiques :

- améliorer la qualité de la prescription de l'antibio prophylaxie en chirurgie de première intention ;
- améliorer la qualité de l'administration de l'antibio prophylaxie en chirurgie de première intention.

1. Le champ d'application

Cette évaluation concerne tous les services de chirurgie quelle que soit la spécialité. Elle permet d'évaluer les pratiques des différents acteurs* du processus de l'antibio prophylaxie.

2. Les critères d'inclusion

L'évaluation concerne toute intervention chirurgicale programmée de première intention, de classe I et II de la classification d'Altmeier (chirurgie propre et propre contaminée) présentant une indication d'antibio prophylaxie et sans antécédent infectieux sur le site opéré.

3. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, sur des dossiers d'interventions consécutives répondant aux critères d'inclusion.

4. Les sources des données et les modes de recueil des données

Le recueil de données est placé sous la responsabilité du coordinateur de l'audit qui en assure la conservation et la confidentialité.

La source des données est le dossier du patient. Les données sont recueillies sur la feuille de recueil de données qui sert ensuite à répondre aux critères de la grille de recueil.

5. La taille de l'échantillon

Pour être représentatif, l'échantillon doit être de 30 dossiers.

6. La période d'évaluation

Les 30 dossiers concernent des interventions consécutives. C'est la date d'intervention qui est prise en compte. Sur le programme du bloc opératoire, lister les interventions consécutives à partir d'une date définie.

* Les acteurs de l'antibio prophylaxie sont : chirurgiens, anesthésistes, sages-femmes, IADE, IDE.

N° grille : / __/__/		
1	L'ATBP a fait l'objet d'une prescription écrite, datée, par un prescripteur qui est identifié.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2	ATBP administrée (Si oui, veuillez compléter la partie ci-dessous)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3	Antibiotique utilisé (en clair)	...
Concernant la première administration :		
4.1	1 ^{re} administration avant l'incision Heure de la première administration... Heure de l'incision : ...	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4.2	Délai entre la première administration et l'incision	minutes <input type="text"/>
5	Dose de la première administration	<input type="text"/>
Concernant les éventuelles réinjections :		
6	Durée de l'intervention : ... minutes (de l'ouverture au dernier point de fermeture) Nombre de réinjections peropératoires Nombre de réinjections postopératoires	<input type="text"/> <input type="text"/>
7	Dose de chaque réinjection	<input type="text"/>
8	Heure de la deuxième injection : ... Délai par rapport à la première injection	minutes <input type="text"/>
Synthèse :		
9.1	Durée totale de l'ATBP (une seule case possible)	≤ 24 heures <input type="checkbox"/> 24 à 48 heures <input type="checkbox"/> > 48 heures <input type="checkbox"/>
9.2	Conformité par rapport au protocole (si > 48 heures, non-conformité quel que soit le protocole)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si durée supérieure à la celle préconisée par le protocole local, compléter la partie ci-dessous. ceci aidera à l'analyse des causes des écarts.		
10	Même antibiotique : Prescription écrite retrouvée : Si oui, prescription par (<i>une seule case possible</i>) : Prescription motivée : Motif :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Chirurgien <input type="checkbox"/> Anesthésiste <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Pas noté <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ...

GRILLE DE CRITERES
Audit de pratiques : l'administration n°4 (ATBPadm)

OBJECTIF : améliorer la qualité de l'administration et de la traçabilité de l'antibio prophylaxie en chirurgie de 1 ^{re} intention					
N°	CRITERES	Conformité au référentiel Anaes			Commentaires
		OUI	NON	NA	
1	L'antibio prophylaxie a fait l'objet d'une prescription écrite, datée, par un prescripteur qui est identifié.				
2	L'antibio prophylaxie est administrée.				
3	La molécule utilisée est conforme au protocole du service.				
4	L'ATBP est administrée avant l'incision, dans un délai inférieur à 60 minutes.				
5	La dose de la première administration est conforme au protocole du service.				
6	Le délai entre la 1 ^{re} administration avant l'incision et la 1 ^{re} réinjection peropératoire est conforme au protocole.				
7	La dose de la première réinjection est conforme au protocole.				
8	Le délai entre la dernière injection (pré- ou peropératoire) et la 1 ^{re} injection postopératoire est conforme au protocole.				
9	La durée totale de l'ATBP est conforme au protocole.				

Commentaires :

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL Audit de pratiques : l'administration n°4 (ATBPadm)

La grille de recueil de données permet de recueillir dans le dossier du patient les informations nécessaires. Ces informations pourront être recueillies par un collaborateur ou par le coordonnateur lui-même. Renseigner la grille de recueil est une étape indispensable même si la grille de critères est remplie dans le même temps.

La grille de critères de l'audit de l'administration de l'ATBP sera remplie par le coordonnateur de l'audit ou la personne chargée de l'assister, à l'aide des données recueillies sur la grille de critères.

La source des données est le dossier du patient.

Toute action non écrite dans le dossier du patient, sera considérée comme non réalisée.

PREMIÈRE PARTIE : GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES

- Numéroter les grilles par ordre chronologique de remplissage.

- **Unité d'hospitalisation** : ne renseigner que s'il existe plusieurs unités d'hospitalisation.

- **Identification** : Afin de respecter la confidentialité, seules les 3 premières lettres du nom et du prénom seront notées ainsi que la date de naissance. Ces informations sont suffisantes pour retrouver le dossier en cas de donnée manquante.

Date d'intervention : Il s'agit de la date de l'intervention concernée par l'ATBP.

Critères d'inclusion : Toute réponse dans une zone grisée correspond à un critère d'exclusion de l'audit et nécessite de passer au dossier suivant répondant aux critères d'inclusion jusqu'à obtenir un nombre suffisant de grilles d'audit.

Donnée 1 L'antibio prophylaxie a fait l'objet d'une prescription écrite, datée, par un prescripteur qui est identifié.

La réponse est **NON** si une des conditions n'est pas respectée.

La prescription peut être faite sur la feuille d'anesthésie, pour être valide et considérée comme prescription écrite datée et signée, celle-ci doit comporter le nom de l'anesthésiste, la date, le nom de la molécule et la posologie.

Donnée 2 ATBP administrée.

ATBP administrée au patient. Si la réponse est **NON**, le recueil est terminé pour ce dossier.

Donnée 3 Antibiotique utilisé.

Préciser en clair le nom de l'antibiotique utilisé.

Donnée 4 Délai entre la première injection et l'incision.

Si la 1^{re} injection n'a pas été réalisée dans l'heure qui précède l'incision, la réponse est **NON**. NB : Pour la Vancomycine, l'heure de l'injection est l'heure de la fin de la perfusion (la Vancomycine doit être injectée en 1 heure minimum).

Donnée 5 Dose de la première injection.

Pour la Vancomycine, préciser la dose administrée par kg (exemple : 15 mg/kg) ou noter la dose totale administrée et le poids du patient.

Donnée 6 Heure de la deuxième injection : Biffer le champ correspondant s'il n'y a pas eu de deuxième injection.

Délai par rapport à la première injection : Biffer le champ correspondant s'il n'y a pas eu de deuxième injection.

Donnée 7 Dose de chaque réinjection.

Biffer le champ correspondant s'il n'y a pas eu de réinjection.

Donnée 8 Délai entre la dernière injection peropératoire et la 1^{re} injection postopératoire.

Il s'agit soit du délai entre l'injection à l'induction et la 1^{re} injection postopératoire s'il n'y a pas eu de réinjection peropératoire, soit du délai entre la dernière injection peropératoire et la première injection postopératoire.

Donnée 9.1 Durée totale de l'ATBP.

Il s'agit de la durée comprise entre la première administration et l'heure de la première injection non réalisée (donc, tient compte de la durée d'action de l'antibiotique).

Donnée 9.2 Conformité de la durée par rapport au protocole.

Si le protocole indique une durée totale d'ATBP inférieure à 48 heures, noter si la durée est conforme à ce référentiel. Si la durée est supérieure à 48 heures, la réponse sera **NON**, quel que soit le référentiel.

Donnée 10 Cette partie de la grille recueille des informations qui serviront à l'analyse des écarts entre la pratique observée et le protocole.

DEUXIÈME PARTIE : GRILLE DE CRITERES

La grille de critères est remplie en comparant les données recueillies avec le protocole du service. En l'absence de protocole de service ce sont les recommandations actualisées de la SFAR qui font référence.

Répondre à chacun des critères par **OUI**, **NON** ou **NA**, à l'aide des informations disponibles dans la première partie de la grille.

La réponse **NA** n'est pas autorisée si la case est grisée.

En cas de réponse **NON** ou **NA** (Non applicable), une explication ou justification doit apparaître dans les commentaires.

Critère 1 L'antibio prophylaxie a fait l'objet d'une prescription écrite, datée, par un prescripteur qui est identifié.

Répondre **OUI** si la prescription de l'antibio prophylaxie (ATBP) est retrouvée dans le dossier et si tous les éléments sont respectés.

Critère 2 L'antibio prophylaxie est administrée.

Répondre **OUI** si l'administration de l'ATBP est notée dans le dossier.

Critère 3 La molécule utilisée est conforme au protocole du service.

La réponse est **OUI** si la molécule correspond au protocole pour ce type d'intervention et pour ce type de patient.

Répondre **NON** si l'antibiotique (ATB) injecté ne correspond pas au protocole pour ce type d'intervention ou ce type de patient.

Répondre **NA** si aucun ATB n'a été administré.

Critère 4 L'ATBP est administrée avant l'incision, dans un délai inférieur à 60 minutes.

La réponse est **OUI** si l'administration est faite dans les 60 minutes qui précèdent l'incision.

La réponse est **NON** si l'administration est faite dans un délai supérieur à 60 min avant l'incision ou après l'incision.

Répondre **NA** si aucun ATB n'a été administré.

Ce critère est non applicable pour la césarienne (réponse **NA**).

Dans le cas d'un acte chirurgical sous garrot, l'antibiotique doit être administré dans les 60 minutes qui précèdent le gonflage du garrot.

Critère 5 La dose de la première administration est conforme au protocole du service.

Répondre **NA** si aucun ATB n'a été administré.

Critère 6 Le délai entre la première administration avant l'incision et la 1^{re} réinjection peropératoire est conforme au protocole (écart toléré jusqu'à 10 min).

Répondre **NA** si la durée de l'intervention ne nécessite pas de réinjection peropératoire.

Critère 7 La dose de la 1^{re} réinjection est conforme au protocole.

Répondre **NA** s'il n'y a pas eu de réinjection per- ou postopératoire.

Critère 8 Le délai entre la dernière injection (pré- ou peropératoire) et la 1^{re} injection postopératoire est conforme au protocole (écart toléré jusqu'à 10 min).

Répondre **NA** s'il n'y a pas eu de réinjection postopératoire.

Critère 9 La durée totale de l'ATBP est conforme au protocole.

Pour toute durée supérieure à 48 h la réponse est **NON**, quel que soit le protocole.

Références

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. Guide pratique. Saint-Denis-la-Plaine : Anaes ; 2003.
2. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation de l'antibio prophylaxie en chirurgie propre : application à la prothèse totale de hanche. Guide pratique. Paris : Anaes ; 2000.
3. Ministère des solidarités de la santé et de la famille. Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. *Journal Officiel* 2005 ; 18 : 6730-1.
4. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé – Deuxième procédure d'accréditation. Paris : Anaes ; 2004.
5. Haute Autorité de santé. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. Saint-Denis-la-Plaine : HAS ; 2005.
6. Locquet C, Ravineau MJ, Mayault C, Desplanques-Leperre A, Chabot JM. L'audit clinique ciblé pour évaluer les pratiques professionnelles. résultats préliminaires de la mise en œuvre dans les 177 établissements de santé français. *Gest Hosp* 2005 ; 344 : 329-35.
7. Société Française d'Anesthésie-Réanimation. Antibio prophylaxie en milieu chirurgical chez l'adulte 1992. <[http : //www.med.univ-rennes1.fr/uv/snfcp/pratique/cc/conferences-consensus-antibio prophylaxie.htm](http://www.med.univ-rennes1.fr/uv/snfcp/pratique/cc/conferences-consensus-antibio prophylaxie.htm)> [consulté le 30-5-2006].
8. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Recommandations pour la pratique de l'antibio prophylaxie en chirurgie. Actualisation 1999. *Méd Mal Infect* 1999 ; 29 : 435-45.
9. Société Française d'Hygiène hospitalière. Gestion préopératoire du risque infectieux. Conférence de consensus. Texte court. Paris : SFHH ; 2004.
10. Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales du Sud Est. Antibio guide du CHU de Clermont-Ferrand et des établissements de santé dans la région Auvergne. Clermont-Ferrand : CCLIN ; 2004.
11. Ministère de la santé et de la protection sociale. Programme de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008. Paris : Ministère de la santé et de la protection sociale ; 2005.
12. Bailly P, Lallemand S, Thouverez M, Talon D. Multicentre study on the appropriateness of surgical antibiotic prophylaxis. *J Hosp Infect* 2001 ; 49(2) : 135-8.
13. Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales du Paris-Nord. L'audit clinique en hygiène hospitalière : du concept à la réalisation. Paris : CCLIN Paris-Nord ; 1998.
14. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'État à la Santé et à l'action sociale, Comité technique national des infections nosocomiales. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. Paris : CTNIM ; 1999.
15. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Antibiotic prophylaxis in surgery. Edinburgh : SIGN ; 2002.
16. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française. Comment améliorer la qualité de l'antibiothérapie dans les établissements de soins ? 14^e conférence de consensus. *Méd Mal Infect* 2002 ; 32 : 320-8.

Participants

Groupe de travail ACC et remerciements

Le document a été rédigé par Mme le Dr Monique LATHÉLIZE, référent national sur ce thème d'audit clinique ciblé, sous la coordination du comité de pilotage : Mme le Dr Claudie LOCQUET, Mme Marie-José RAVINEAU, Mme le Dr Catherine MAYAULT et Mme le Dr Armelle DESPLANQUES, chefs de projet à la HAS et de M. le Pr Jean-Michel CHABOT, Responsable du Service Évaluation des Pratiques, avec le concours des assistantes Mme Corinne CAMIER, Mme Karima NICOLA et M. Vincent BON-GEORGES.

Nous remercions :

Le référent du thème « Antibio prophylaxie en chirurgie de première intention »

Mme le Dr LATHÉLIZE Monique.

Les membres du groupe de travail du thème

M. le Dr Dominique BOURDERONT et M. le Dr Alain LÉPAPE.

Les référents traitement des données

M. le Dr LAIRY Gérard, Mme le Dr LATHÉLIZE Monique, Messieurs PAPON René et VIGNALLY Pascal.

Les référents des 8 thèmes ACC « Clé en mains »

Mme le Dr BISMUTH Marie-Jeanne et M. René PAPON : Thème SU
« Pose et surveillance des sondes urinaires »

M. le Dr BOUET Roland et Mme PULTIER Madeleine : Thème TSU
« Prise en charge hospitalière des suicidants »

Mme DARMON Marie-José : Thème PSP
« Préparation de la sortie du patient hospitalisé »

Mme le Dr LATHÉLIZE Monique : Thème ATBP
« Antibio prophylaxie en chirurgie de première intention »

Mme le Dr MICHEL Micheline : Thème DPA
« Prise en charge de la douleur chez la personne âgée »

M le Dr PASSADORI Yves : Thème CPPA
« Contention physique de la personne âgée »

Mme PEREZ-RABOISSON Françoise : Thème PARTO
« Évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme »

Mme THIERY-BAJOLET Roselyne : Thème CCI
« Chambres à cathéter implantables »

Les référents méthode

M. le Dr BOURDERONT Dominique, Alsace
M. le Dr FRASIE Jean-Michel, Alsace
M. IDOUX Bernard, Alsace
M. ROUILLON Rodolphe, Alsace
M. le Dr PASSADORI Yves, Alsace
Mme le Dr LAJZEROWICZ Nathalie, Aquitaine
M. le Dr BODIGUEL Éric, Auvergne
Mme le Dr D'ALCHE-GAUTIER Marie-José, Basse-Normandie
Mme le Dr BISMUTH Marie-Jeanne, Bourgogne
Mme le Dr COUTTE Marie-Bénédicte, Bretagne
Mme le Dr MICHEL Micheline, Bretagne
Mme BERTEVAS Catherine, Bretagne
M. le Dr BODIGUEL Éric, Centre
M. PAPON René, Centre
Mme MARTIN Dominique, Champagne-Ardenne
Mme THIERY-BAJOLET Roselyne, Champagne-Ardenne
M. le Dr FERRY Jean-Pierre, Franche-Comté
M. le Dr JARRIGE Bruno, Guadeloupe
Mme le Dr D'ALCHE-GAUTIER, Marie-José, Haute-Normandie
Mme BUSSY Catherine, Île-de-France
Mme GABA-LEROY Chantal, Île-de-France
M. le Dr LAIRY Gérard, Île-de-France
Mme le Dr PRIVAT-PAIN Christiane, Île-de-France
Mme RAVINEAU Marie-José, Île-de-France
M. le Dr SQUARA Pierre, Île-de-France
Mme ROBINEAU Isabelle, Île-de-France
Mme DELEMARRE Josette Île-de-France
Mme RABOISSON Françoise, Languedoc-Roussillon
Mme le Dr LATHÉLIZE Monique, Limousin
M. PLANSONT Laurent, Limousin
M. le Dr MIGET Patrick, Lorraine
M. PERISSE Dominique, Midi-Pyrénées

M. le Dr PIGNAL François, Midi-Pyrénées
Mme DEHOORNE Frédérique, Nord-Pas-de-Calais
Mme SALCZYNSKI Annette, Nord-Pas-de-Calais
Mme VANHEE-GALOIS Anne, Nord-Pas-de-Calais
Mme AUDIBERT Claudine, PACA
Mme DARMON Marie-José, PACA
Mme PULTIER Madeleine, PACA
M. le Dr SOUTIF Claude, PACA
Mme le Dr SARTOR Catherine, PACA
M. le Dr STROUMZA Paul, PACA
Mme le Dr BOUTE Catherine, Pays-de-la-Loire
M. le Dr CHAINE François-Xavier, Picardie
M. le Dr BOUET Roland, Poitou-Charentes
Mme BERTINI Nicole, Rhône-Alpes
M. le Pr FRANCOIS Patrice, Rhône-Alpes
M. le Dr LÉPAPE Alain, Rhône-Alpes

Les coordonnateurs et les équipes professionnelles des établissements de santé

Mme le Dr MINERY Pascale, Centre hospitalier Saint-Jacques, THANN

Mme CIPIERRE Patricia, Clinique du Parc, PÉRIGUEUX

Mme RIGAUDIERE Martine, Centre hospitalier Henri-Mondor, AURILLAC

Mme le Dr GUIGNABERT Catherine, Centre hospitalier Gaston Ramon, SENS

M. le Dr RACHED Henri, Centre hospitalier de Guingamp, GUINGAMP

Mme FOURNERET Christine, Centre hospitalier de Saint-Dizier, SAINT-DIZIER

Mme VERNEREY Annie, Polyclinique de Franche-Comté, BESANÇON

Mme FLORET Nathalie, Centre hospitalier universitaire Saint Jacques, BESANÇON

Mme GARDRAT Brigitte, Centre hospitalier, BERNAY

Mme DELUARLEZ Annick, Centre hospitalier, BERNAY

M. le Dr BARERE Frédéric, Hôpital Simone-Veil – G.H Eaubonne-Montmorency, EAUBONNE

M. le Dr JOSEPH Philippe, Hôpital Simone-Veil – G.H Eaubonne-Montmorency, EAUBONNE

Mme GOATHALEM Djamila, Hôpital Simone-Veil – G.H Eaubonne-Montmorency, EAUBONNE

Mme le Dr RAUX, Clinique Turin, PARIS

M. MAIROT Laurent, Clinique Turin, PARIS

M. le Dr DEPOIX Jean-Paul, CHU Bichat-Claude-Bernard, PARIS

Melle BELLANGER P., Centre hospitalier Intercommunal Poissy Saint-Germain, SAINT-GERMAIN

M. DESRUENNES E., Institut Gustave-Roussy, VILLEJUIF

M. NITINBERG Gérard, Institut Gustave-Roussy, VILLEJUIF

Mme le Dr BLANCHARD Geneviève, Centre hospitalier René Dubos, CERGY-PONTOISE

Mme le Dr PANGON Béatrice, Centre hospitalier de Versailles – Hôpital André Mignot, LE CHESNAY

M. le Dr CASANOVA Éric, Clinique Générale du Sport, PARIS

Mme COUTEAU Caroline, Clinique Générale du Sport, PARIS

M. le Dr BARON JL, Clinique Clémentville, MONTPELLIER

Mme le Dr MERLE-MELET Myriam, Polyclinique Majorelle, NANCY

Mme THIEBAUX Isabelle, Hôpital Saint-Charles, SAINT-DIÉ-DES-VOSGES

Mme BAUNIN Béatrix, Hôpital Saint-Charles, SAINT-DIÉ-DES-VOSGES

Mme DESORME Marie-Claude, Clinique des Cèdres, CORNEBARRIEU

M. le Dr PIERRE Sébastien, Institut Claudius Regaud, TOULOUSE

Mme le Dr BERMUDES, Clinique Ambroise Paré, TOULOUSE 01

Mme BONNEVALLE Françoise, Polyclinique du Bois, LILLE

Mme AUMAITRE Bernadette, Polyclinique de la Louvière, LILLE

Mme le Dr POSPISIL Florence, Centre hospitalier d'Avignon H. Duffaut, AVIGNON

Mme le Dr LECULÉE Régine, Centre hospitalier de Dracénie, DRAGUIGNAN

M. le Dr TROADEC Michel, Centre hospitalier Intercommunal de Fréjus, FRÉJUS-SAINT-RAPHAËL

Mme le Dr GERBIER Colette, Centre hospitalier, GAP

Mme le Dr DELESSE Marie-Dominique, Centre hospitalier Général, GRASSE

Mme le Dr MENDIZABAL Hélène, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, MARSEILLE

M. le Pr SAMBUC Roland, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, MARSEILLE

Mme BENICHOUGRANE Nadine, Hôpital Ambroise Paré, MARSEILLE

M. CARLES Michel, Hôpital de l'Achet – DAR Ouest, NICE

Mme PERIER Nicole, Clinique Saint-Georges, NICE

Mme DESAILLY-CHANSON Marie-Ange, Centre hospitalier Départemental La Roche Sur Yon-Luçon-Montaigu, LA ROCHE-SUR-YON

Mme DAGRENAT Isabelle, Centre hospitalier de
Compiègne, COMPIÈGNE

Melle BAUBRI Catherine, Centre hospitalier de
Saint-Jean d'Angely, SAINT-JEAN-D'ANGELY

M. CHENEVIER Gérard, Centre hospitalier
d'Annonay, ANNONAY

M. RICHALET Guillaume, Clinique des Cèdres,
GRENOBLE

M. ROSAY Hervé, Centre Régional Léon Bérard,
LYON

Mme SENLIS Hélène, Centre Régional Léon
Bérard, LYON

Mme CHOMARAT Monique, Centre hospitalier
Lyon Sud, PIERRE-BÉNITE

M. BILLIOUD Cédric, Centre hospitalier Lyon Sud,
PIERRE-BÉNITE