Principes de l'audit et place des audits nationaux

Olivier Baud

Principes de l’audit : objectifs

- Améliore les pratiques
- Évalue les pratiques
- Compare les pratiques aux références admises
- Sensibilise aux bonnes pratiques
- Évalue les références : accessibles connues utilisation facile …
- Suit les actions/évolutions
- Oriente les actions à mettre en place
- Rencontre des prescripteurs

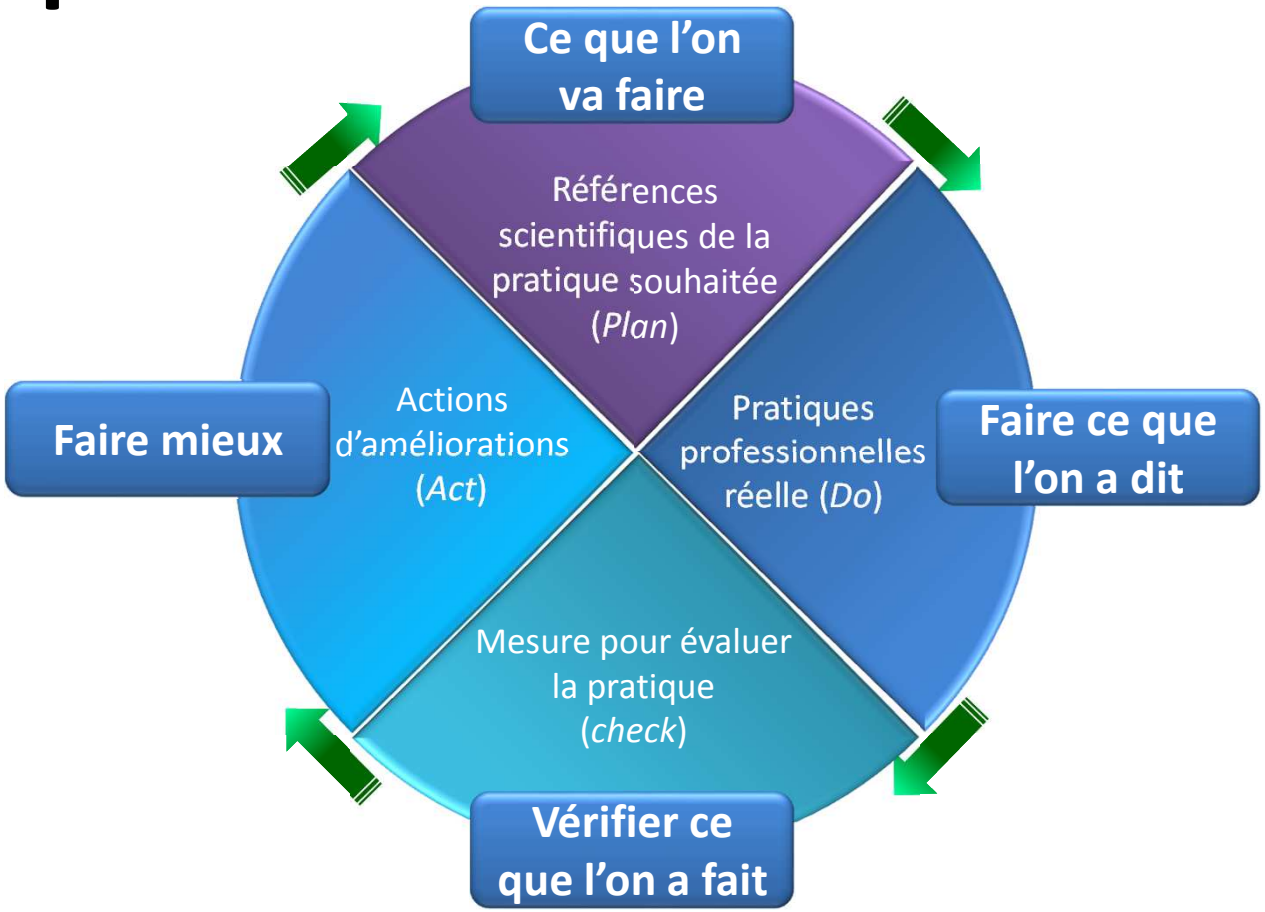
Principes de l'audit : méthode (1)

- Nombre limité de critères
- Validation avec les audités
- Référentiel bien défini
- Nombre de dossiers déterminés
- Simple mais pas caricatural
- Feedback programmé : modalités - date
- Identification des améliorations

Principes de l’audit : méthode (2)

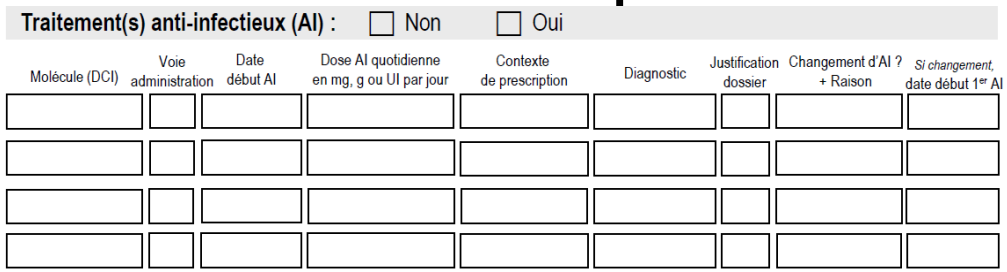
- Un jour donné # prévalence
- Une infection définie
- Une molécule particulière
- Un service donné
- Une catégorie de service
- Auto évaluation / évaluation externe / évaluation croisée
- Audit clé en main / Audit "maison"

Audit clinique – Plan d'amélioration



Audits nationaux

- Spa surveillance de la prescription des antibiotiques : UroSpa(2016), Spa-BACT, AMI-Spa, Spa4, Spa-CARB, Spa2, Spa-Pilote(2009)
- Enquête nationale de prévalence



Traitement(s) anti-infectieux (AI) : ☐ Non ☐ Oui

Molécule (DCI)	Voie administration	Date début AI	Dose AI quotidienne en mg, g ou UI par jour	Contexte de prescription	Diagnostic	Justification dossier	Changement d'AI ? + Raison	*Si changement,* date début 1er AI

Audits nationaux avantages

- Clé en main
- Méthodologie rigoureuse
- Faisabilité
- *Dead line*
- Analyse automatique
- Rapport automatisé
- *Benchmarking*
- Présentation nationale

Audits nationaux inconvénients

- Non adaptés à l'activité, aux patients
- Timing contraignant
- Comparaison difficile
- Pas d'implication locale
- Non modulable
- Redondant avec des audits locaux

Construire un audit

Implication des prescripteurs, des biologistes, des pharmaciens, des infectiologues, des hygiénistes:

- La méthodologie
- Le choix du référentiel
- L'étendue de l'enquête
- La conduite pratique de l'audit
- Le timing
- L'analyse
- Les modalités de restitution
- L'interprétation et la mise en place d'actions

Construire un audit

- Incidence / Prévalence
- Rétrospectif / Prospectif
- Molécule / Pathologie
- Un service / Tout l'établissement
- Sur dossiers / Avec cliniciens
- Réalisé par : infectiologue, pharmacien, biologiste, hygiéniste, qualiticien, Interne, sénior …

Exemples

SPA

SPABACT : Traitement des bactériémies et des fongémies

Centre : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Patient: _ _ /30

1 – Microbiologie

Date de prélèvement de la 1ère hémoculture positive : ..... |__|__| / |__|__| / |__|__|
Heure de prélèvement de la 1ère hémoculture positive : ..... |__|__|h|__|__|mn
Nombre de flacons d'hémocultures positifs: ..... |__|__|
Code du micro-organisme et niveau de résistance éventuel ..... N°1 |__|__|__||__|__|__| |__|
(codes Réa-Raisin en annexe) ..... N°2 |__|__|__||__|__|__| |__|
Date de positivité de l'examen direct ..... |__|__| / |__|__| / |__|__|
Date de l'identification du micro-organisme (espèce) ..... |__|__| / |__|__| / |__|__|
Date de la mise en évidence d'une résistance éventuelle (BLSE/SARM/EPC/ABRI/PARC) : ..... |__|__| / |__|__| / |__|__|
Méthode employée : .....
..... 1-Antibiogramme diffusion ; 2-Antibiogramme dilution ; 3-GenXpert ; 4-PCR autre ; 5- autre |__|
Date du rendu de l'antibiogramme complet ..... |__|__| / |__|__| / |__|__|

2 - Descriptif patient:

Service ou secteur d'hospitalisation du patient: ..... |__|
Date d'entrée dans l'établissement :..... |__|__| / |__|__| / |__|__|
Sexe (Masculin = 1 / Féminin = 2)..... |__|
Age :..... |__|__| mois si < 1an ou |__|__|__| ans
Poids (kilogrammes) ..... |__|__|__|kg
Allergie aux β-lactamines: 1- oui 2 -non .....si OUI, choc anaphylactique |__| Quincke |__| urticaire géant |__|
Mention d'une insuffisance rénale dans le dossier médical : 1- oui 2 -non ..... |__|

SPO

3 – Descriptif épisode:

Origine de la bactériémie :..... |__|

1-communautaire, 2-nosocomial acquis dans l'établissement, 3- nosocomial importé, 4-associée aux soins mais non nosocomiale

Liée à un acte invasif : 1- oui 2 -non ..... |__|

Porte d'entrée/localisation:..... |__|__|

1- cathéter vasculaire, 2-poumon, 3-Urinaire, 4-Digestif, 5-Peau/tissus mous, 6-Os, 7-Endocardite, 8-Méningée, 9-Autre, 10-Inconnue

Sévérité au moment du diagnostic :.....1- sepsis grave 2 -choc septique 3- non sévère |__|

Implication du référent dans la prise en charge :..... |__|

0 : aucune – 1 avant la prescription AB - 2 après la prescription AB - 3 : avant ET après la prescription AB

4 - Traitement (prendre en compte le relais oral mais pas les modifications de posologies):

cule	Date début	Date fin	Poso /j (mg)	N. adm/j	Voie	S germe 1	S germe2
1 : |__|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|					
2 : |__|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|					
3 : |__|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|					
4 : |__|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|					
5 : |__|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|					
6 : |__|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|					
7 : |__|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|					
8 : |__|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|					

N° du 1er ATB actif in vitro sur le pathogène 1 |__| Date et Heure d'administration: |__|__|/|__|__|/|__|__| |__|__|h|__|__|mn

N° du 1er ATB actif in vitro sur le pathogène 2 |__| Date et Heure d'administration: |__|__|/|__|__|/|__|__| |__|__|h|__|__|mn

5 – Devenir (un suivi au moins à j14 est souhaité pour les patients toujours hospitalisés)::

Date de fin de suivi : ..... |__|__|/|__|__|/|__|__|

Localisation secondaire : 1-Abcès, 2-ostéite, 3-endocardite, 4-Autre, 5-non..... |__|

Traitement complémentaire d'un foyer source: 1 chirurgie 2-drainage 3-ablation de cathéter 4-autre 5-non ..... |__|

Nécessité de transfert secondaire en réanimation 1- oui 2 -non ..... |__|

.....Si oui, date de transfert : |__|__|/|__|__|/|__|__|

Situation lors de la fin du suivi..... |__|

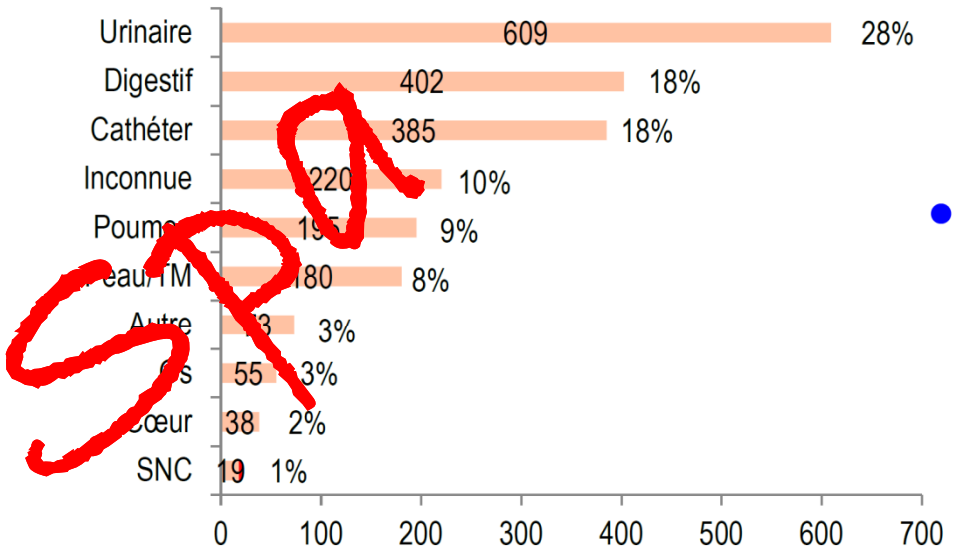
1- présent dans l'établissement (MCO) 2- autre hôpital de court séjour- 3- SSR- 4- SLD - 5-EHPAD - 6-Retour à domicile - 7- HAD - 8- DC

Si décès (DC), quel est le lien à la bactériémie ..... |__|

1-Très probable (ex : choc septique à BGN), 2-Possible (autres), 3-Peu probable (autre cause de DC, ex IDM). Selon avis du praticien prenant en charge le patient

Résultats 4: Porte d'entrée et sévérité

- **Porte d'entrée**



- **Sévérité initiale**
  - 21 (1%) inconnue
  - 1502 (68,4%) sans
  - 456 (20,8%) sepsis grave
  - 218 (9,9%) choc septique
- **Mortalité toutes causes**
  - J10 = 9,1%
  - J28 = 13,38%
    - Attribuable : 75 et 65%

ENP 2017

Santé publique France

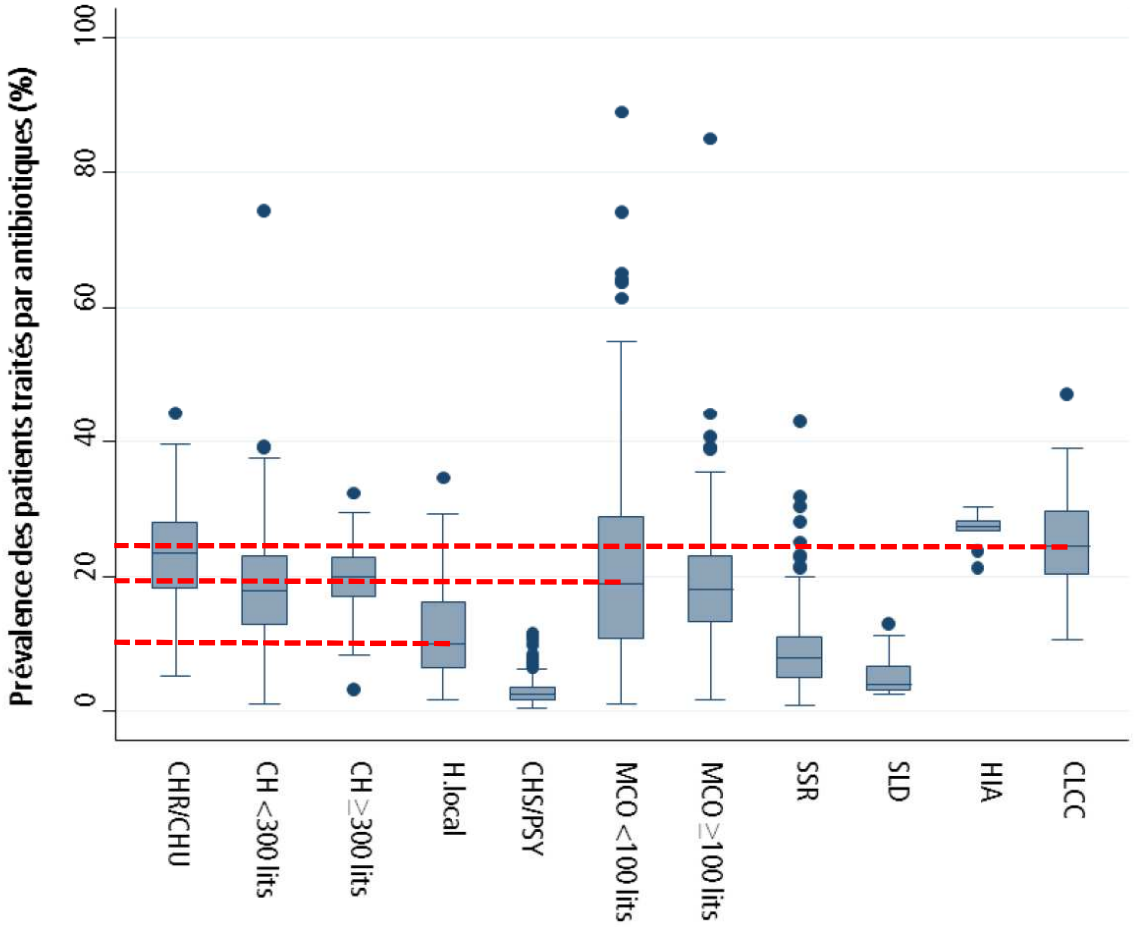
RAISIN Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales

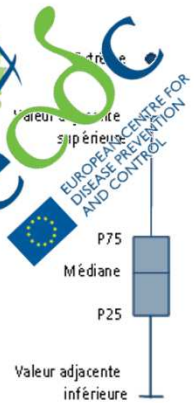
ecdc EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL

Traitement(s) anti-infectieux (AI) : ☐ Non ☐ Oui

Molécule (DCI)	Voie administration	Date début AI	Dose AI quotidienne en mg, g ou UI par jour	Contexte de prescription	Diagnostic	Justification dossier	Changement d'AI ? + Raison	*Si changement,* date début 1er AI

Figure 14 - Distribution des prévalences des patients traités par antibiotiques (toutes indications confondues) dans les ES ayant inclus au moins 20 patients, par catégorie d'ES. ENP, France, juin 2012





Conclusion

- L’audit de la prescription des antibiotiques est une démarche importante
- Il faut profiter des avantages multiples des audits nationaux
- Monter un audit « maison » est accessible mais nécessite un investissement de plusieurs personnes.