

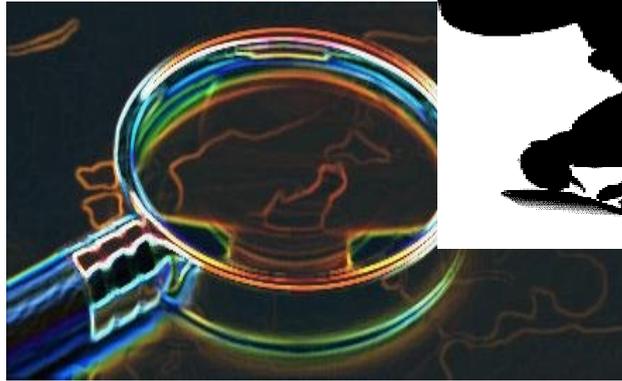
CAPACITÉ DE MÉDECINE TROPICALE, UNIVERSITÉ BORDEAUX 2 SEGALEN

EPP: Evaluation des Pratiques Professionnelles

Audit clinique ciblé sur l'antibioprophylaxie en chirurgie de première intension

Présenté par:

Dr. Abdourahmane BARRY



Introduction

EPP : Evaluation des Pratiques professionnelles

- Démarche organisée d'amélioration des pratiques ;
- Comparer régulièrement les pratiques effectuées et les résultats obtenus ;
- Suivi de recommandations et de mesures correctives.

- ❑ Modalités nombreuses et variées, ne se limitant pas à des méthodes fondées sur la seule mesure des écarts entre une pratique et un référentiel.

Introduction

Aproches

- ✓ Arbres de décision diagnostique et thérapeutique ;
- ✓ Guide pratique ;
- ✓ Aide-mémoire ;
- ✓ Révision des dossiers ;

Formes émergentes :

- ✓ Les réseaux de soins ;
- ✓ Les groupes de pairs ;
- ✓ Les maisons médicales ;
- ✓ Les conférences de consensus ;
- ✓ Les contrats de bonne pratique.

Introduction

L'audit clinique : outils le plus utilisé +++

Une méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises.

Objectif : amélioration, progrès, maintiens des acquis

Audit clinique = EPP

Audit clinique ciblé : méthodes d'évaluation de première intention

Critères : limités ; objectifs et précis

Finalité : engager l'ensemble des professionnels dans une démarche continue d'amélioration de la qualité intégrée à leur pratique.

Introduction

Pour les usagers:

- L'EPP, un gage de qualité de prise en charge ;
 - Conséquences positives immédiates pour les patients ;
- À envisager en lien avec les autres démarches d'amélioration de la qualité

Un thème : « l'antibioprophylaxie en chirurgie de première intention ».

Une stratégie préventive, faisant partie intégrante de la prise en charge et de la sécurité des patients bénéficiant d'une intervention chirurgicale.

Présentation et historique de l'établissement

Projet : 1862

Début des travaux : 1880, fermeture de l'hôpital de Goré (fièvre jaune : 750 décès) ;

Situé sur la presqu'île de Dakar « anse Bernard »

Inauguré en 1884 : 7 bâtiments ;

1900 : épidémie de fièvre jaune, renforcement des capacités ;

1922 – 1923 (2ème période d'agrandissement) : 4 bâtiments « style colonial »

1922 : maternité

1923 : Pharmacie d'approvisionnement des troupes de l'AOF ;

1930 : Pavillons des Dames « Service Boufflers » : actuel service des maladies infectieuses et tropicales ;

1940 : 1er bloc opératoire : reçut les blessés de l'opération « anglo-gaulliste » sur Dakar ;

1957 : Pédiatrie (67 lits) ;

1960 : indépendance du Sénégal, mais l'hôpital reste sous le commandement de l'AOF jusqu'en 1965, puis de l'Ambassade de France, ensuite en autonomie total jusqu'en 1983.

Présentation et historique de l'établissement

Evolution du statu de l'HDP

- ❖ « L'Ambulance Militaire » de 1880 devient « Hôpital Militaire » à partir de 1890.
- ❖ La création de l'A.O.F. en 1895 et l'élévation de Dakar au rang de capitale de l'A.O.F. lui conféreront un statut privilégié qu'il conservera quand Dakar devient capitale du Sénégal.
- ❖ Il reçoit des malades de tout le Sénégal, de la Mauritanie, du Soudan...
- ❖ L'appellation d' « Hôpital Principal », correspondant à son niveau hiérarchique dans l'organisation sanitaire.
- ❖ 1958 : l'Hôpital Principal est reversé au budget de la France d'Outre-mer, mais il conserve son statut d'hôpital militaire français jusqu'en 1971.

Présentation et historique de l'établissement

- ❖ 1971 : l'HPD passe sous double tutelle des Forces Armées Sénégalaises et de la République française.
- ❖ 1999 : transfère définitivement des responsabilités aux autorités sénégalaises.
- ❖ 2000 : l'HPD devient un Etablissement Public de Santé, mais avec un statut spécial (tutelle du ministère des forces armées sénégalaises).
- ❖ 2004 : l'HPD acquiert son autonomie.
- ❖ l'HPD, un établissement public de santé unique en son genre, au service des deux pays.
- ❖ 2006 : Accord avec le service de santé des forces armées françaises.
- ❖ 2007 : l'établissement avance avec 420 lits et 1170 salariés.

Présentation et historique de l'établissement

- ❖ 9 professeurs agrégés du Val de Grâce ;
- ❖ 31 spécialistes ;
- ❖ 30 assistants sont en formation ;
- ❖ 15 assistants techniques français restent présents ;
- ❖ Plateau technique moderne :
 - ✓ un département d'ingénierie biomédicale
 - ✓ un département d'imagerie médicale : 2 scanners, 1 IRM....

L'HDP : concept original, unique, harmonieux d'hôpital d'instruction des armées du Sénégal avec sa composante biculturelle, vivier de formation et de coopération médicale francophone internationale.

Le thème

L'antibioprophylaxie en chirurgie de première intension

I. Intérêt:

- ❖ Stratégie préventive : infections nosocomiales, ISO, IAS
- ❖ Risque infectieux potentiel élevé : déficit immunitaire, environnement...
- ❖ Intervention chirurgicale : présence de bactéries pathogènes dans plus de 90% des plaies opératoires lors de la fermeture ;
- ❖ Milieu favorable : hématome, ischémie, immunodépression ;
- ❖ Consultation pré-anesthésique : moment privilégié de prescription d'ABP (type d'intervention, risque, allergie, terrain...)

3. Principe :

- S'applique à certaines interventions dites « propres » ou « propres-contaminées ».
- Pour les interventions « contaminées » et « sales », l'infection est déjà en place et relève d'une antibiothérapie curative.
- L'ABP doit cibler une flore bactérienne bien définie : la plus fréquente.
- Le protocole d'ABP doit comporter une molécule incluant dans son spectre les cibles bactériennes.
- La molécule : objet d'étude validée, AMM, preuve d'efficacité et de tolérance dans cette indication.

3. Principe :

- L'équipe médicale doit déterminer le praticien responsable de la prescription de l'ABP et de sa surveillance : anesthésiste, chirurgien ou cogéré de façon consensuelle.
- L'ABP doit toujours précéder l'intervention dans un délai d'environ 30mn.
- La séquence d'injection des produits et d'induction doit être séparée de 5 à 10 min de celle de l'ABP
- L'opérateur doit s'assurer que l'ABP a bien été prescrite à son malade.
- L'application de la « check-list » fait vérifier l'administration de l'ABP.

3. Principe :

- L'ABP doit être brève, limitée à 24 heures et exceptionnellement à 48 heures.
- La dose initiale, habituellement le double de la dose usuelle.
- Chez l'obèse (index de masse corporelle $> 35\text{kg/m}^2$) les doses de bêtalactamines doivent être le double de celles préconisées pour les patients non obèses.
- Les protocoles d'ABP, établis sur accord entre chirurgiens, anesthésistes réanimateurs, infectiologues, microbiologistes et pharmaciens.
- Analyse économique : cout/efficacité, autres choix possibles ;

3. Principe :

- L'efficacité est régulièrement réévaluée par une surveillance des taux d'infections post-interventionnelles.
- Une EPP régulière est fortement recommandée.
- Les protocoles écrits, cosignés par les anesthésistes-réanimateurs et les opérateurs et validés par le CIIN ou commission des médicaments.
- Ces protocoles doivent être disponibles et affichés.

Problématique :

- Infections nosocomiales : véritable problème de santé public.
- Alourdit les difficultés dans les PED, déjà confrontés à d'autres problèmes.
- Le système de soin : un défis majeur pour le continent africain
+++
- La filière des médicaments en Afrique connaît une véritable mutation :
 - ✓ Multiplicité du laboratoire en présence ;

Problématique :

- ✓ Emergence des marchés parallèles, « pharmacie-par-terre » ;
- ✓ Contrefaçon dont l'Afrique est la principale cible
- ✓ Sources douteuses : dons, commerce illicite...
- La fréquence des infections nosocomiales et l'émergence des BMR
- Le faible niveau d'hygiène au cours des soins : dissémination des BMR
- ❖ Au Sénégal la première enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales a révélé des prescriptions inadéquates:
 - 28% au niveau des hôpitaux nationaux
 - 40% au niveau des hôpitaux régionaux

Problématique :

- ✓ **Conséquences de ces prescriptions inadaptées :**
 - ✓ **Individuelles :** augmentation de la morbidité, de la mortalité et de la durée d'hospitalisation ;
 - ✓ **Collectives :** augmentation des coûts de traitement, des durées d'hospitalisation, de la fréquence des résistances, des épidémies d'IAS à BMR, et la multiplication des opérations de contrôle (surveillance épidémiologique, clinique et bactériologique, thérapeutique).
- La sur-utilisation des antibiotiques s'explique par des raisons multiples
- L'absence de référence de prescriptions ;
- la multiplicité des prescripteurs parmi lesquels on retrouve un personnel peu qualifié ;
- la difficulté d'accès aux données microbiologiques,.
- La banalisation des prescriptions

Objectifs de l'audit :

Objectifs principaux :

- 1) Evaluation des dispositifs organisationnels mis en place pour l'ABP.
- 2) Evaluation de l'état d'application des protocoles d'ABP.
- 3) Proposer des recommandations afin d'apporter des mesures correctives.

Objectifs secondaires :

- 1) Promouvoir et améliorer la qualité des soins et le bon usage des ATB ;
- 2) Participer à la lutte contre les infections nosocomiales et l'émergence des BMR.
- 3) Inciter et encourager l'établissement à s'engager dans une démarche qualité.

Matériels et méthodes

4.1. Le choix du thème :

- Entretien avec la direction de l'hôpital
- Etat des lieux et prise de contact avec les médecins référents
- S'enquérir de l'existence de référentiel;
- Recherches documentaires ;

4.2. Choix du référentiel de l'audit :

- Recommandations nationales pour le bon usage des ATB au Sénégal,
- Protocole de l'ABP en chirurgie à l'HPD

Matériels et méthodes

4.3. Démarches opérationnelles

4.3.1. Elaboration du questionnaire :

4.3.2. Choix des critères :

1) Critères d'identification du patient :

- ✓ Age ;
- ✓ Sexe ;
- ✓ Service ;
- ✓ NIUP.

2) Critères relatifs à l'intervention chirurgicale :

- ✓ Nature de l'intervention ;
- ✓ Pathologie;
- ✓ Classe Altermeir ;
- ✓ Type d'intervention ;

Matériels et méthodes

3) Critères relatifs à la prescription d'ABP

- ✓ Existence d'un protocole ;
- ✓ ATB prescrit ou non ;
- ✓ Prescripteur ;
- ✓ Molécule prescrite ou association;
- ✓ Voie d'administration;
- ✓ Période ;
- ✓ Heur d'administration;
- ✓ Réinjection.

Matériels et méthodes

4) Critères de conformité et de non-conformité :

❖ Respect des recommandations :

- ✓ Dose recommandée ;
- ✓ Voie d'administration ;
- ✓ Durée du traitement.

❖ Respect des indications :

- ✓ ATB indiqué : effectué (C), non effectué (NC) ;
- ✓ ATB non indiqué : effectué (NC), non effectué (C).

❖ Cause de non-conformité :

- ✓ Non prescrit ;
- ✓ Molécule non disponible ;
- ✓ Allergie au produit, si oui : alternative ;
- ✓ Déjà sous ATB ;
- ✓ Non précisé.

Matériels et méthodes

4.4. Sources des données :

- Dossiers médicaux ;
- Fiches d'anesthésie ;
- Fiches de transfert des patients
- Registre des soins infirmiers ;

4.5. Critères d'inclusion :

Tout patient ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale au cours de la période d'étude.

4.6. Critère d'exclusion :

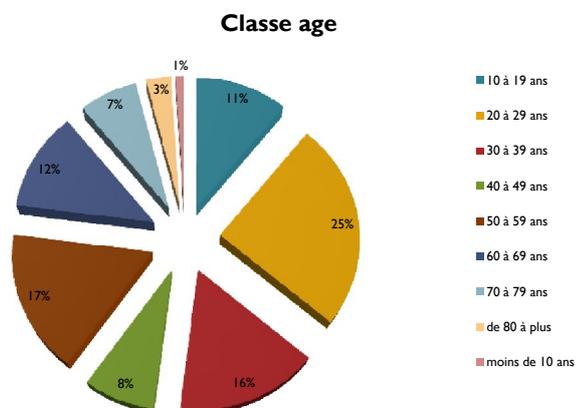
Tout patient réadmis en seconde intention ou transféré après une première intervention

4.7. Difficultés

- Lourdeur administrative ;
- Contraintes du temps ;
- Difficultés liées à l'exploitation des données
- Protocoles non disponibles sur le terrain;

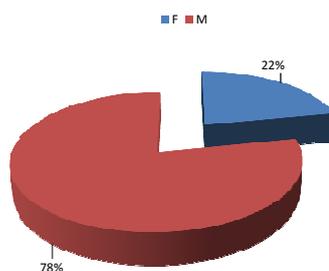
Résultats

Figure I : Répartition des patients selon la classe d'âge :



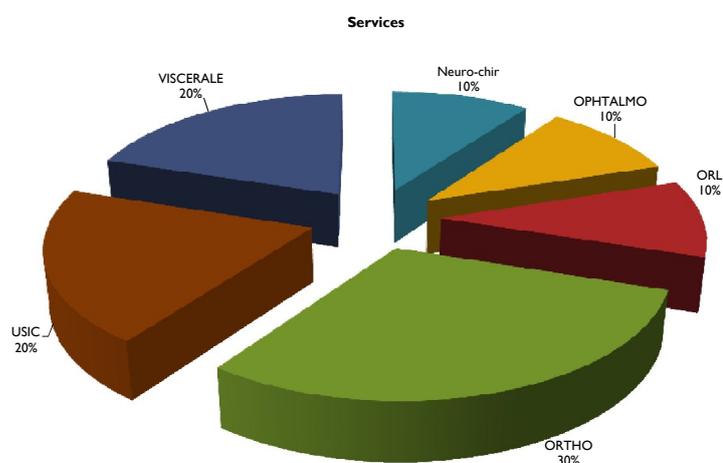
Résultats

Figure 2 : Répartition selon le sexe



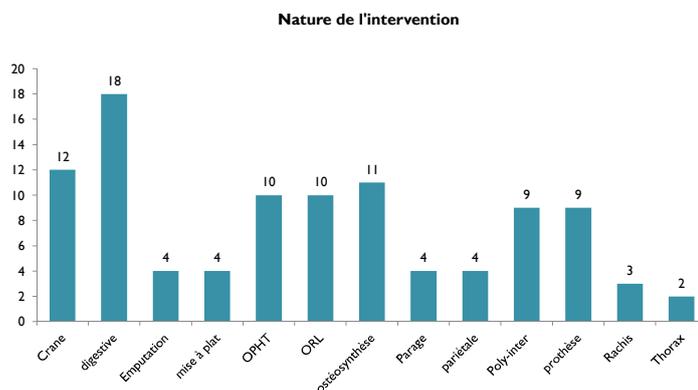
Résultats

Figure 3 : Répartition selon les services



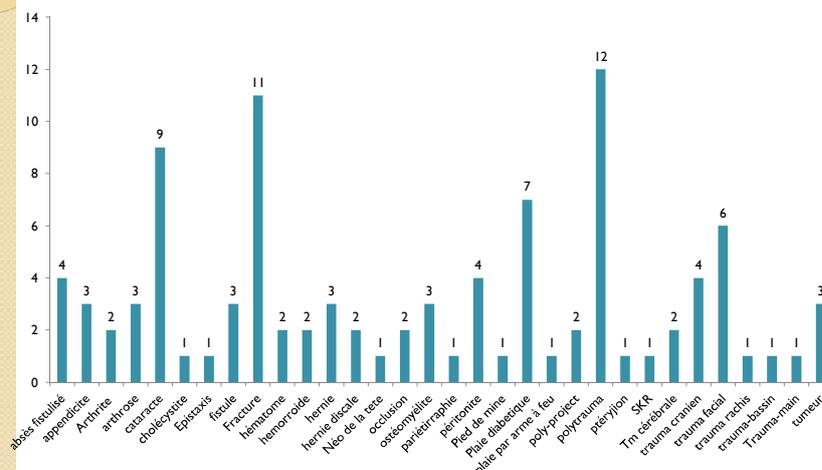
Résultats

Figure 4 : Répartition selon la nature de l'intervention :



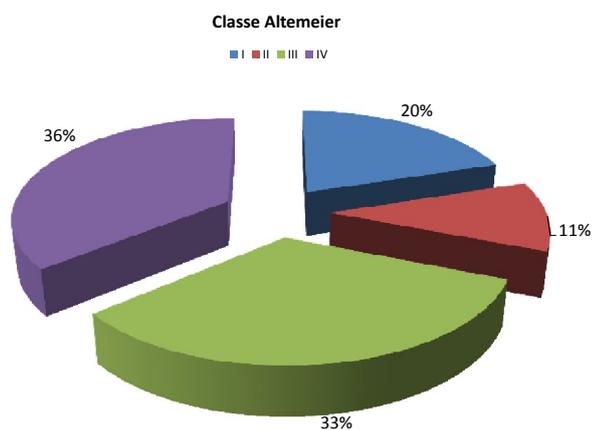
Résultats

Figure 5 : Repartition selon la pathologie



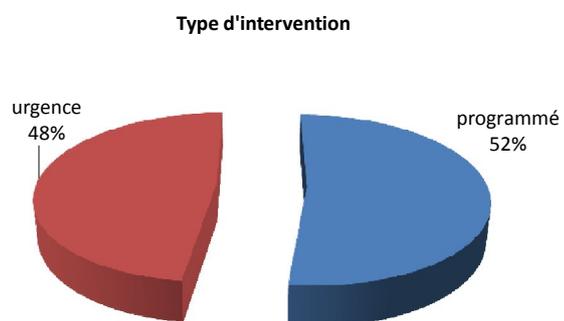
Résultats

Figure 6 : Répartition selon la classification ALTEMEIER



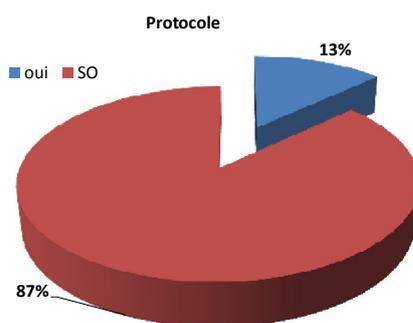
Résultats

Figure 7 : Répartition selon le type d'intervention



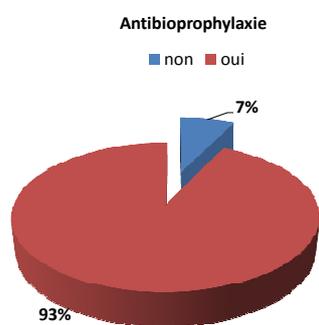
Résultats

Figure 8 : Répartition selon la mention du protocoles d'ABP



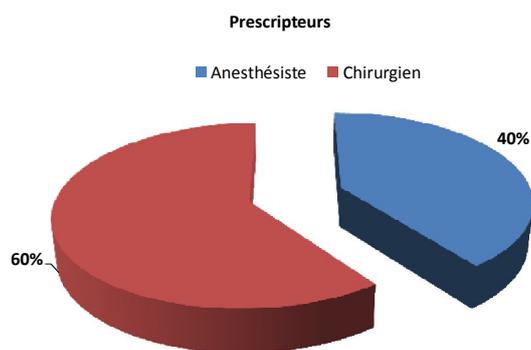
Résultats

Figure 9 : Répartition se la prescription d'ABP



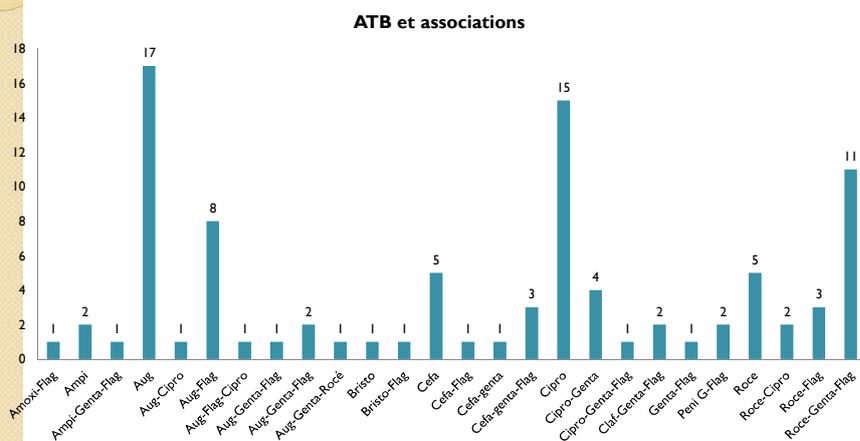
Résultats

Figure 10 : Répartition selon les prescripteurs de l'ABP



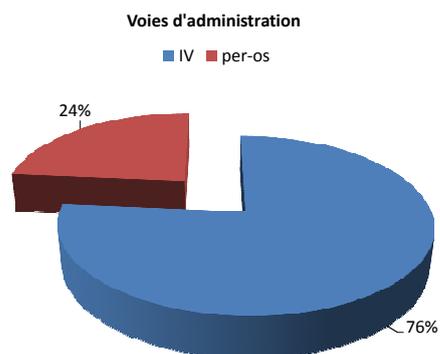
Résultats

Figure 11 : Répartition selon l'ATB ou l'association prescrit



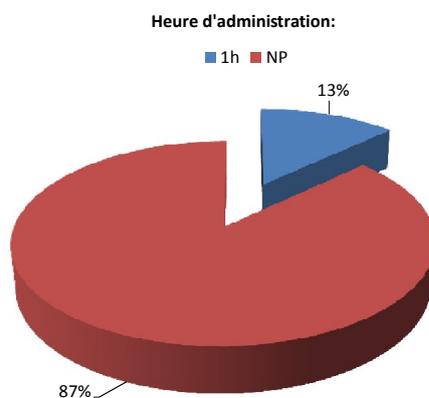
Résultats

Figure 12 : Répartition selon la voie d'administration des ATB



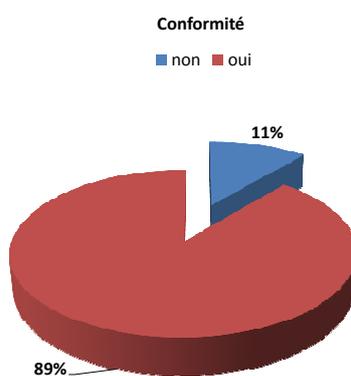
Résultats

Tableau 13 : Répartition selon l'horaire d'administration de l'ABP



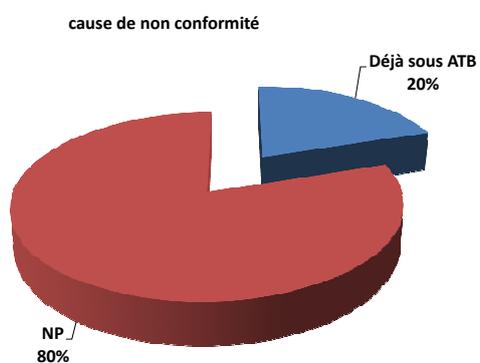
Résultats

Figure 13 : Conformité de la prescription d'ABP



Résultats

Figure 14 : Les causes de non-conformité



Discussion

- ❖ Thème important, vaste et complexe +++
- ❖ Temps imparti pour un audit exhaustif et complet

Sur le terrain :

- ❖ Des avancées significatives : prescription, administration, surveillance
- ❖ Des insuffisances à corriger : protocoles, support de prescription, traçabilité

L'enquête :

100 dossiers sur 2 mois, 6 services de chirurgie adulte audités.

Discussion

Points positifs :

- ❖ Tous les dossiers ont pu être exploités ;
- ❖ Tous critères ont pu être évalués
 - L'identification : l'itinéraire , la traçabilité des prescriptions et l'administrations des ATB.
 - la nature de l'intervention,
 - la pathologie
 - le terrain
 - la classification Altemeier
 - le type d'intervention : urgence ou programmé
 - prescripteur : anesthésistes, chirurgiens
 - ATB ou association
 - Conformité

Discussion

Prescription : œuvre exclusive de l'anesthésiste et du chirurgien : pas de prescripteurs non autorisés.

Taux de prescription d'ABP : 93%

Conformité :

❖ **Conformité de la prescription : 89%**

❖ **Conformité de l'administration : 84 à 93%**

Discussion

- **Points négatifs :**
- La classification Altermeier ou ASAT non notée sur les dossiers
- Multiples références de prescription : OMS, HAS, SFAR, CC...
- Difficulté de prescription d'ABP en urgence
- La problématique des protocoles peine à trouver de solutions
- L'absence de protocoles sur le terrain : services, blocs, consultations...
- Manque de supports de prescription pour l'ABP.
- Problème de traçabilité de la prescription et l'administration de l'ABP.
- La multiplicité des associations d'ATB.
- L'indisponibilité de forme injectable de certains produits
- Prescriptions non conformes : 11% contre 28% pour les hôpitaux régionaux.
- Cause de non-conformité non précisée dans 80%

Discussion

- ❖ Si ces critères évalués ont été respectés dans la majorité des cas, les écarts qui ont été constatés n'ont pas fait l'objet de justifications précises.
- ❖ La mise en place d'un dispositif organisationnel prenant en compte toutes ces insuffisances constatées est vivement souhaitée, suivie d'évaluations répétées afin de garantir une bonne observance des pratiques relative à l'ABP

Propositions et recommandations

- ❖ **Un des principaux objectifs de l'audit +++**
- ❖ **Améliorer la qualité des soins par l'application effective des mesures correctives.**
- ❖ **Mise en place de protocoles : référence de prescription.**

Propositions et recommandations

Mesures organisationnelles :

- Nomination d'un **référent**, chargé de piloter tout le dispositif de suivi et d'évaluation de l'ABP ;
- Elaborer des **protocoles** validés et diffuser dans tous les services concernés ;
- Mettre en place un système d'**approvisionnement** des ATB régulier et efficace;
- Mettre en place un système de **validation** des prescriptions par l'identification du prescripteur, du patient, la date et l'indication de la prescription ;
- Mettre à la disposition des prescripteurs, un **support de prescription** intégré dans les dossiers médicaux.
- Proposer des **kits d'ATB par indication** aux praticiens en catégorisant les interventions

Propositions et recommandations

Le protocole d'ABP:

Critères du protocole : 10 critères fondamentaux

- 1) **Ecrit et unique.**
- 2) **Daté.**
- 3) **Cosigné par les chirurgiens et les anesthésistes.**
- 4) **Validé par le CLIN et/ou le Comité du Médicament et/ou la Commission des antibiotiques.**
- 5) **Conforme aux recommandations actualisées.**
- 6) **Sa fréquence de réactualisation ou de revalidation est définie et respectée.**
- 7) **Diffusé à tous les prescripteurs et acteurs.**
- 8) **Remis à l'arrivée de nouveaux prescripteurs et acteurs.**
- 9) **Accessible sur les lieux de la prescription et de l'administration.**
- 10) **Définit les rôles pour la prescription et pour l'administration**

Propositions et recommandations

L'administration de l'ABP

Critères d'administration :

- 1) L'ABP a fait l'objet d'une prescription
- 2) L'ABP est administrée.
- 3) La molécule utilisée est conforme au protocole du service.
- 4) L'ABP est administrée avant l'incision, dans un délai inférieur à 60 mn.
- 5) La dose de la première administration est conforme au protocole du service.
- 6) Le délai entre la première administration avant l'incision et la 1ère réinjection per opératoire est conforme au protocole (écart toléré 10mn).
- 7) La dose de la 1ère réinjection est conforme au protocole.
- 8) Le délai entre la dernière injection (pré ou per opératoire) et la 1ère injection postopératoire est conforme au protocole (écart toléré 10mn).
- 9) La durée totale de l'ABP est conforme au protocole.

Propositions et recommandations

Surveillance des risques infectieux :

Critères de surveillance :

- 1) La surveillance des ISO est organisée au minimum pendant une durée continue de 3 mois par an.
- 2) Les données de la surveillance des ISO sont transmises à tous les acteurs de l'ABP.
- 3) Disposer des données épidémiologiques de la surveillance BMR pour le service.
- 4) Disposer des données de la consommation des antibiotiques utilisés dans le service.
- 5) Réalisez une analyse rétrospective des dossiers des ISO.
- 6) Réaliser un audit des pratiques d'ABP au cours des 5 dernières années.

Conclusion

- ❖ L'audit clinique, méthode largement dans l'EPP,
- ❖ Outil indispensable de suivi et d'amélioration de la qualité des soins.
- ❖ Technique relativement récente et peu développée en Afrique, mais qui offre des opportunités réelles de promotion de bonnes pratiques dans la mesure où elle participe à « une démarche qualité » en y associant tous les professionnels des soins.
- ❖ Thème multidisciplinaire dont le but est avant tout de s'inscrire dans une logique de qualité, de rigueur et de progrès permanents.

Conclusion

- ❖ L'ABP en chirurgie doit constituer un axe prioritaire dans la lutte contre les infections nosocomiales (ISO, IAS) et l'émergence des BMR.
- ❖ Sa prescription fait partie intégrante de la consultation préopératoire.
- ❖ Son efficacité est prouvée pour de nombreuses interventions.
- ❖ L'élaboration consensuelle de protocoles validés, accessibles, aisément consultables, régulièrement réactualisés et réévalués sur une base annuelle peut être proposée.

Conclusion

- ❖ L'audit clinique qui a été mené a permis de s'enquérir de la réalité sur un thème au sein d'un établissement de santé considéré comme une référence en Afrique subsaharienne.
- ❖ Des avancées considérables ont été notées, mais aussi des insuffisances non négligeables qui peuvent être améliorées par la répétition de cette expérience et son élargissement aux autres établissements de santé du Sénégal, de ses pays voisins et tout le continent pour relever cet énorme déficit du système soins en Afrique.

Conclusion

- ❖ Des propositions et recommandations ont été formulées. Cependant elles ne couvrent pas et ne peuvent pas couvrir l'ensemble des situations cliniques, d'où la nécessité de concertation entre acteurs concernés.
- ❖ La finalité de l'audit clinique comme outil d'EPP est avant tout de promouvoir la qualité des soins aux usagers, mais aussi d'aider les établissements de santé à s'inscrire dans une logique d'amélioration et de progrès continus.

Merci pour votre attention



Hôpital Principal de Dakar

