

EPP

Evaluation des Pratiques Professionnelles dans les établissements de santé

Evaluation de l'antibiothérapie prescrite en milieu hospitalier dans le traitement des infections urinaires nosocomiales de l'adulte

Protocole d'évaluation

Avril 2008



Hôpital Xavier Arnoz
33604 Pessac
Tel : 05.57.65.61.35
Fax : 05.57.65.61.36
www.ccecqa.asso.fr



Hôpital Pellegrin
33076 Bordeaux
Tel : 05.56.79.60.58
Fax : 05.56.79.60.12
www.cclin-sudouest.com

Sommaire

| | |
|---|----|
| Introduction | 3 |
| Justification | 3 |
| Objectifs | 3 |
| Contexte réglementaire | 3 |
| Recommandations utilisées..... | 4 |
| Groupe de travail | 4 |
| Méthode | 4 |
| Population | 5 |
| Limites de l'évaluation | 5 |
| 1. Audit clinique ciblé..... | 6 |
| Type d'étude | 6 |
| Organisation de l'auto-évaluation..... | 6 |
| Variables collectées et critères de jugement | 6 |
| Le recueil | 8 |
| Support de collecte | 8 |
| Analyse des données..... | 8 |
| 2. Analyse approfondie des écarts de pratiques..... | 8 |
| 3. Indicateur | 10 |
| Confidentialité des données..... | 10 |
| Retour d'information..... | 10 |
| Références | 10 |
| Annexe 1 : Grilles de recueil de l'audit clinique ciblé | 12 |
| Annexe 2 : Grille de recueil de l'analyse approfondie des écarts de pratique | 17 |
| Annexe 3 : Indicateur "prescription ATB infection urinaire nosocomiale" | 21 |
| Annexe 4 : Consignes de remplissage | 22 |
| Annexe 5 : Fiche de codage des médecins prescripteurs | 29 |

Introduction

Le CCECQA, dans le cadre du développement de ses activités relatives à « l'amélioration des pratiques professionnelles » développe depuis 2004 des protocoles d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Cette activité s'appuie notamment sur 16 groupes de travail constitués autour des disciplines médico-chirurgicales. Chaque groupe est composé d'une dizaine de praticiens investis et leaders dans leur discipline, issus d'établissements de santé publics et privés de la région Aquitaine.

Le principe de ces évaluations, pour une thématique donnée, consiste en l'analyse comparée des pratiques professionnelles observées à celles considérées comme optimales au travers de référentiels ou recommandations professionnelles. L'objectif est d'identifier les pratiques à améliorer et de définir les actions permettant de parvenir à cette amélioration. Des mesures successives doivent permettre de suivre l'évolution de la qualité des pratiques professionnelles considérées.

Chaque protocole comprend, une méthode d'évaluation spécifique et les outils permettant sa réalisation. Leurs cibles sont les professionnels médecins et soignants des établissements de santé de la région aquitaine.

Ce document présente la méthode et les outils permettant de mener une évaluation concernant la thématique de **l'Evaluation de l'antibiothérapie prescrite en milieu hospitalier dans le traitement des infections urinaires de l'adulte**.

Justification

L'infection urinaire est une pathologie infectieuse fréquente, habituellement peu grave. Le diagnostic est habituellement facile et le traitement basé sur des critères cliniques, microbiologiques et pharmaceutiques est relativement simple. Elle est responsable du plus grand nombre de prescriptions d'antibiotiques dans les hôpitaux français (1, 2). De ce fait, elle constitue une pathologie traceuse intéressante pour l'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques (3).

Il existe des recommandations pour cette pratique médicale qui vise à une meilleure utilisation des antibiotiques afin de limiter les abus de prescriptions et leurs conséquences, en particulier sur l'écologie bactérienne avec l'apparition de souches résistantes à plusieurs antibiotiques. La diffusion simple de ces recommandations ne suffit pas pour modifier favorablement les pratiques médicales (4-6). Une étude récente réalisée dans un hôpital universitaire a montré que moins d'une prescription sur deux était justifiée et que moins d'une prescription sur trois était conforme aux recommandations locales (7).

Une meilleure utilisation des antibiotiques permettrait d'améliorer le service médical rendu au patient, de maîtriser l'écologie bactérienne et de diminuer les coûts liés aux prescriptions inutiles ou inadaptées.

Objectifs

- Evaluer la pertinence des prescriptions d'antibiotiques dans l'infection urinaire nosocomiale,
- Comprendre les écarts de pratiques observés en identifiant les défaillances immédiates et les terrains favorables les facilitant,
- Mettre en place des actions d'amélioration,
- Disposer d'un indicateur simple et pertinent de la qualité des prescriptions d'antibiotiques en milieu hospitalier.

Le but ainsi recherché est **d'améliorer les pratiques de prescription d'antibiotiques**.

Contexte réglementaire

→ Circulaire DHOS/E2 - DGS/SD5A – N°272 du 2 mai 2002, relative au bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé et à la mise en place à titre expérimental de centres de conseil en antibiothérapie pour les médecins libéraux.

Recommandations utilisées

- Conférence de consensus : infections urinaires nosocomiales de l'adulte, 27 novembre 2002. Med Mal Infect 2003; 33:193-215.
- 14e Conférence de consensus organisée par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française : comment améliorer la qualité de l'antibiothérapie dans les établissements de soins ? 6 mars 2002.
- Haute Autorité de Santé. Stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé, Paris : HAS 2008 (actualisation du document de l'ANDEM de 1996).

Groupe de travail

Dr **Stéphanie BORDES-COUECOU**, Médecin Hygiéniste, CH de la Côte Basque
Mme **Françoise BRANCATO**, Cadre de Santé Hygiéniste - UOHH, Hôpital Jean Hameau
Pr **Jean-Pierre GACHIE**, Service Hygiène, Groupe Hospitalier Pellegrin
Dr **Christophe GAUTIER**, CCLIN Sud-Ouest, Groupe Hospitalier Pellegrin
Dr **Benoît HUC**, Hygiéniste - Service d'Hygiène, Centre Hospitalier de Pau
Mme **Joëlle JOUNEAU**, Pharmacien - Gestionnaire des Risques, Institut Bergonié
Dr **Dominique MONNIN**, Médecin anesthésiste - vice pdt du CLIN, Institut Bergonié
Mr **Nicolas KERNEIS**, Infirmier Hygiéniste - Service Médical, CSSR Les Lauriers
Dr **Eric POHIER**, Praticien en Hygiène, CHIC Marmande-Tonneins
Mme **Sylvie RIBET**, Infirmière Hygiéniste, Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine
Dr **Josiane DARRIEU-MERLOU**, PH hygiéniste, Centre Hospitalier de Langon
Dr **Blandine THOMAZEAU**, Praticien en Hygiène, Service CLIN, Hôpital Robert Boulin
Mme **Claire VINCENT**, Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier de Dax
Dr **Patricia CAZALET**, Pharmacienne, présidente du CLIN, CMC ARES
Mme **Catherine RIVIERE**, Cadre hygiéniste, CMC ARES
Dr **Catherine QUESNEL**, Médecin hygiéniste, CMC ARES
Dr **Jean Luc QUENON**, Chargé de projet gestion des risques, CCECQA
Mr **Ahmed DJIHOUD**, Chargé d'études, CCECQA

Méthode

Il n'a pas été identifié d'outil national d'évaluation des pratiques professionnelles déjà existant sur le thème de l'antibiothérapie dans l'infection urinaire. Cependant, plusieurs évaluations ont déjà été menées sur ce thème avec des outils élaborés localement (7, 8).

Dans l'expérimentation Aquitaine, la méthode la plus souvent retenue était l'audit clinique ciblé mené de façon rétrospective à partir des dossiers des patients. Cette méthode présente de nombreux avantages (disponibilité des informations, rapidité de la mesure, bonne faisabilité, faible coût) mais aussi des limites (évaluation des pratiques du passé, biais d'information possibles, difficultés à appréhender les causes des écarts, faible mobilisation des professionnels).

Aussi, nous proposons une démarche méthodologique prospective, capable d'identifier les causes immédiates des écarts et leurs terrains favorables, de mobiliser les acteurs concernés pendant plusieurs mois, tout au long du processus d'évaluation.

Une combinaison de trois méthodes a été retenue afin d'atteindre les objectifs de l'évaluation :

1. une approche par comparaison à un référentiel avec un audit clinique ciblé (9-12),
2. une approche par problème avec une analyse approfondie des causes (13),
3. une approche par indicateur (14).

Population

Critères d'inclusion des patients :

Tout patient hospitalisé atteint d'une infection urinaire bactérienne, c'est à dire une agression d'un tissu par un (ou plusieurs) micro-organisme(s), générant une réponse inflammatoire et des signes et symptômes de nature et d'intensité variable selon le terrain. Etant donné que les recommandations disponibles les plus précises sont ciblées sur les infections urinaires nosocomiales de l'adulte, **le champ de l'évaluation sera limité aux infections urinaires acquises dans l'établissement chez des patients âgés de 18 ans et plus.** Cette restriction du périmètre de l'évaluation facilitera la collecte des données car le nombre de patients inclus sera moins important et les traitements étudiés auront été initiés dans l'établissement où se déroule l'évaluation.

Définition de l'infection urinaire (CTINILS, mai 2007) :

→ Infection urinaire

Au moins un des signes suivants : fièvre ($> 38^{\circ}\text{C}$), impériosité mictionnelle, pollakiurie, brûlure mictionnelle, ou douleur sus-pubienne, en l'absence d'autre cause, infectieuse ou non.

Et :

Sans sondage vésical ni autre abord de l'arbre urinaire : leucocyturie ($\geq 10^4$ leucocytes/ml) et uroculture positive ($\geq 10^3$ micro-organismes/ml) et au plus 2 micro-organismes différents,

Avec sondage vésical ou autre abord de l'arbre urinaire, en cours ou dans les 7 jours précédents : uroculture positive ($\geq 10^5$ micro-organismes/ml) et au plus 2 micro-organismes différents.

→ Spécificités gériatriques

Signes cliniques complémentaires possibles : aggravation du statut mental ou de la dépendance, apparition et/ou l'aggravation d'une incontinence, le tout sans autre cause retrouvée.

Il est impératif de réaliser un ECBU chaque fois que cela est possible. Dans les très rares cas où le recueil des urines est impossible chez un patient ne pouvant être sondé, le diagnostic de l'infection urinaire repose sur la présence d'au moins **trois** des signes suivants (ou **deux** chez le patient sondé) :

- fièvre ($> 38^{\circ}\text{C}$) ou frissons
- tension sus-pubienne ou douleur des flancs
- brûlures mictionnelles
- incontinence récente ou majoration
- dysurie ou pollakiurie
- aggravation de la dépendance ou de l'état mental
- urines purulentes et/ou présence de nitrites à la bandelette

Le tableau n'étant pas expliqué par ailleurs.

L'infection urinaire est considérée **nosocomiale** lorsqu'elle était absente au moment de l'admission du patient. Lorsque l'état infectieux du patient à l'admission est inconnu, l'infection est classiquement considérée comme nosocomiale si elle apparaît après un délai de 48 heures d'hospitalisation. Les infections nosocomiales peuvent être liées aux soins (par exemple infection urinaire sur sonde) ou simplement survenir lors de l'hospitalisation en dehors de tout acte médical.

Critères d'exclusion des patients :

Tout patient âgé de moins de 18 ans,

Colonisation urinaire ou bactériurie asymptomatique : présence d'un (ou de plusieurs) micro-organisme(s) dans l'arbre urinaire sans qu'il ne génère par lui-même de manifestations cliniques (réf. SPILF),

Infection urinaire documentée microbiologiquement par un examen cytobactériologique des urines réalisé avant l'hospitalisation,

Les infections urinaires communautaires (acquises en dehors d'un établissement de santé),

Les infections urinaires nosocomiales acquises dans un autre établissement.

Limites de l'évaluation

Les bactériuries asymptomatiques chez la femme enceinte sont exclues du champ de l'évaluation.

1. Audit clinique ciblé

Type d'étude

Analyse prospective de toutes les prescriptions d'antibiotiques lors de la survenue d'une infection urinaire nosocomiale.

Organisation de l'auto-évaluation

La démarche EPP est fondée sur une évaluation par les professionnels de l'établissement.

Responsable au sein de l'établissement

Un groupe de travail impliquant le médecin référent en antibiothérapie (Commission des antibiotiques de l'établissement), les différents types de professionnels (cliniciens, en particulier infectiologue, urologue), IDE, pharmacien, microbiologiste, hygiéniste, DIM, représentant cellule qualité, représentant de la direction) et les différents types de services (médecine, chirurgie, maternité, soins de suite et de réhabilitation).

Un (ou des) chef(s) de projet est (sont) désigné(s).

Sélection des patients et des prescriptions

Elle consiste à repérer de manière prospective sur une période de 12 mois, à partir du laboratoire de microbiologie de l'établissement, les patients adultes ayant une uroculture positive et de retenir parmi eux ceux répondant aux critères d'inclusion de l'étude et qui sont par conséquent porteurs d'une infection urinaire nosocomiale.

L'évaluation portera sur les prescriptions en cours pendant les 72 premières heures suivant la remise du résultat bactériologique, pour les patients répondant aux critères d'inclusion.

Variables collectées et critères de jugement

Justification de la prescription

Toutes les infections urinaires bactériennes nosocomiales justifient un traitement (Catégorie A de la conférence de consensus du 27 novembre 2002).

- **Le traitement antibiotique est prescrit sur la base des arguments suivants :**

- Infection urinaire

Au moins un des signes suivants : fièvre ($> 38^{\circ}\text{C}$), impériosité mictionnelle, pollakiurie, brûlure mictionnelle, ou douleur sus-pubienne, en l'absence d'autre cause, infectieuse ou non.

Et :

Sans sondage vésical ni autre abord de l'arbre urinaire : leucocyturie ($\geq 10^4$ leucocytes/ml) et uroculture positive ($\geq 10^3$ micro-organismes/ml) et au plus 2 micro-organismes différents,

Avec sondage vésical ou autre abord de l'arbre urinaire, en cours ou dans les 7 jours précédents : uroculture positive ($\geq 10^5$ micro-organismes/ml) et au plus 2 micro-organismes différents.

- Spécificités gériatriques

Signes cliniques complémentaires possibles : aggravation du statut mental ou de la dépendance, apparition et/ou l'aggravation d'une incontinence, le tout sans autre cause retrouvée.

Il est impératif de réaliser un ECBU chaque fois que cela est possible. Dans les très rares cas où le recueil des urines est impossible chez un patient ne pouvant être sondé, le diagnostic de l'infection urinaire repose sur la présence d'au moins **trois** des signes suivants (ou **deux** chez le patient sondé) :

- fièvre ($> 38^{\circ}\text{C}$) ou frissons
- tension sus-pubienne ou douleur des flancs
- brûlures mictionnelles
- incontinence récente ou majoration
- dysurie ou pollakiurie
- aggravation de la dépendance ou de l'état mental
- urines purulentes et/ou présence de nitrites à la bandelette

Le tableau n'étant pas expliqué par ailleurs.

Validité de la prescription

Renseignements cliniques : Il est nécessaire de mettre en place et développer la prescription nominative renseignée comportant, outre les mentions légales, des renseignements cliniques permettant au pharmacien de vérifier la conformité de la prescription (Réglementaire – Circulaire DHOS/E2 – DGS/SD5A n°272 du 2 mai 2002).

- **La prescription médicale mentionne les renseignements cliniques indispensables à l'analyse pharmaceutique.**

Initiation/réévaluation du traitement : Dans la mesure du possible, le traitement des infections urinaires repose sur l'identification du micro-organisme en cause et les données de l'antibiogramme (Catégorie A-II de la conférence de consensus du 27 novembre 2002).

En l'absence de signe de gravité ou de terrain particulier, le traitement doit être retardé afin d'être adapté à l'antibiogramme.

Le traitement probabiliste doit être réservé aux infections parenchymateuses sévères (pyélonéphrites, prostatites, orchi-épididymites).

Le traitement empirique doit être systématiquement réévalué dès l'obtention de l'antibiogramme (Catégorie A-III de la conférence de consensus du 27 novembre 2002).

- **Le traitement a été retardé, puis initié après identification du micro-organisme en cause et sur la base des données de l'antibiogramme.**
- **Dans le cadre d'une infection parenchymateuse sévère, une antibiothérapie empirique a été prescrite.**
 - En cas d'antibiothérapie empirique, celle-ci a fait l'objet d'une réévaluation à 48 ou 72 heures, après identification du micro-organisme en cause et sur la base des données de l'antibiogramme.

Choix de l'antibiotique : Des recommandations locales écrites sur l'antibiothérapie curative sont élaborées sous l'autorité de la commission des antibiotiques en collaboration avec les services concernés. Ces recommandations locales sont diffusées largement sous une forme accessible au moment de la prescription. Elles serviront de référentiel à toute évaluation de la qualité de la prescription des antibiotiques dans l'établissement (Réglementaire – Circulaire DHOS/E2 – DGS/SD5A n°272 du 2 mai 2002).

- **Le ou les antibiotiques prescrits répondent aux recommandations locales concernant l'antibiothérapie curative des infections urinaires.**

Le traitement des infections urinaires repose sur l'identification du micro-organisme en cause et les données de l'antibiogramme (Catégorie A-II de la conférence de consensus du 27 novembre 2002).

- **Le ou les antibiotiques prescrits tiennent compte du micro-organisme en cause et des données de l'antibiogramme.**

Les associations d'antibiotiques doivent être réservées au traitement des infections urinaires avec signes de gravité, ou en cas d'identification des micro-organismes à risque de sélection de mutants résistants suivants : *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia marcescens* ou *Acinetobacter baumannii*.

- **La prescription d'une association d'antibiotiques est justifiée par une argumentation clinique ou par l'identification d'un micro-organisme tel que *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia marcescens* ou *Acinetobacter baumannii*.**

Durée du traitement : Les infections urinaires sans atteinte parenchymateuse bénéficient d'un traitement court (< 7 jours). La pyélonéphrite ou l'orchi-épididymite relève d'un traitement de 10 à 14 jours. La prostatite aiguë doit être traitée au moins trois semaines (Catégorie A-II de la conférence de consensus du 27 novembre 2002).

- **La durée de l'antibiothérapie a été adaptée en fonction du site de l'infection :**
 - inférieure à 7 jours en cas d'infection urinaire sans atteinte parenchymateuse,
 - 10 à 14 jours en cas de pyélonéphrite ou d'orchi-épididymite,
 - supérieure à 3 semaines en cas de prostatite aiguë.

La bithérapie doit être limitée à la période initiale la plus à risque.

Selon le Professeur Dupon (infectiologue au CHU de Bordeaux), « la bi-antibiothérapie ne s'impose que pour une durée de 3 à 5 jours laissée à l'appréciation du clinicien que pour une infection grave (pyélonéphrite), sévère (sepsis sévère, choc septique), sur un terrain particulier (immunodéprimés par exemple, neutropénie), ou enfin pour un germe particulier (bactérie multirésistante, pyocyanique) » (Catégorie A-III de la conférence de consensus du 27 novembre 2002).

- **La durée de prescription d'une bithérapie est limitée.**

Le recueil

Le recueil sera réalisé par un binôme composé d'un hygiéniste (membre de l'équipe opérationnelle d'hygiène) et d'un pharmacien de l'établissement. Le chef de projet devra s'assurer de la qualité et de la complétude du recueil. Les personnes chargées de la collecte des données doivent être formées à la méthode d'enquête et aux consignes de remplissage des grilles de recueil.

En cas de situations cliniques complexes, les personnes chargées de la collecte des données peuvent demander l'avis du médecin référent en antibiothérapie ou d'un infectiologue.

Support de collecte

Les critères d'évaluation et les autres variables seront renseignés sur une grille de recueil appropriée pour chaque épisode infectieux urinaire, à l'aide du guide de remplissage (cf. annexes 1 à 3).

Analyse des données

Cette étape doit permettre d'examiner les résultats obtenus et de guider la réflexion vers la recherche d'améliorations possibles (15).

Les écarts entre la pratique réelle et la référence (recommandations de la conférence de consensus du 27 novembre 2002, référentiel local à condition qu'il soit en accord avec les recommandations de cette conférence de consensus) seront identifiés et leurs causes potentielles discutées par le groupe de travail. En cas d'écart, une analyse approfondie des causes sera réalisée pour identifier les défaillances en particulier organisationnelles contribuant à la survenue de ces écarts.

2. Analyse approfondie des écarts de pratiques

La méthode retenue est une approche qualitative, celle de l'analyse approfondie des causes d'un événement indésirable.

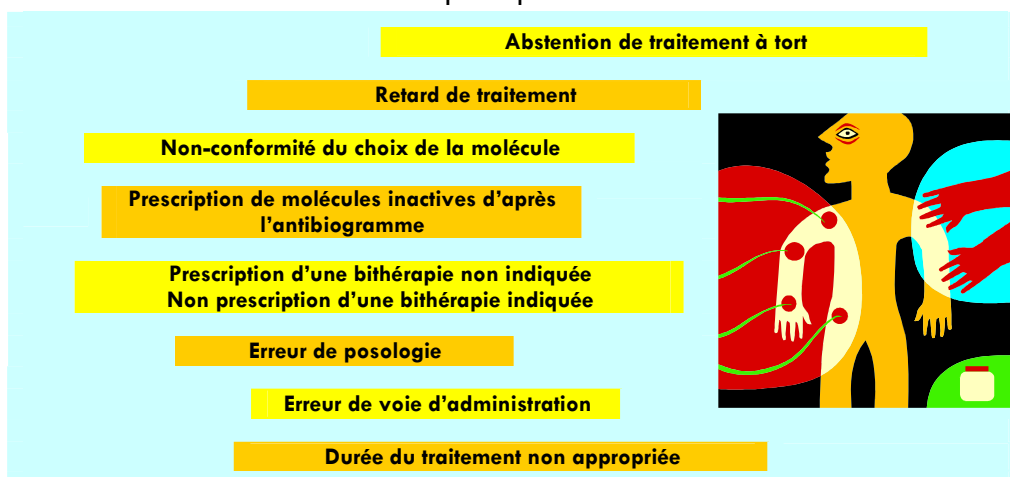
Les travaux de J. Reason sur la dynamique de survenue des accidents dans des systèmes industriels complexes constituent le cadre conceptuel de la démarche méthodologique retenue (16-18). Le modèle proposé vise à comprendre les relations entre les différents facteurs ayant conduit à la survenue d'un écart de pratique, en examinant la chaîne des événements ayant mené à un écart de pratique, les actions des différents acteurs concernés, leurs conditions de travail et le contexte organisationnel.

La méthode est basée sur les méthodes utilisées dans le domaine de la santé pour analyser en profondeur les événements indésirables (19-23).

Pendant la période de l'étude, les écarts de pratiques constatés lors de l'audit clinique ciblé seront analysés de façon approfondie par des entretiens semi-structurés avec les médecins prescripteurs concernés.

L'encadré 1 présente la nature des écarts qui seront analysés.

Encadré 1 - Nature des écarts de pratiques



Cette analyse sera menée avec le ou les acteurs concernés au cours d'un entretien individuel structuré, par le binôme hygiéniste – pharmacien de l'établissement, aussitôt après son identification.

Plusieurs questions fermées et ouvertes exploreront les défauts de soins afin d'identifier les défaillances contribuant à leur survenue. Ces questions servent de trame à l'entretien. Le déroulement de l'entretien doit rester flexible pour s'adapter aux différentes situations analysées ; il peut explorer le point de vue ou la perception des acteurs concernés, en posant des questions supplémentaires ou en ne posant pas certaines des questions proposées. Les réponses des participants seront notées sur le support de collecte.

L'outil support de collecte (cf. annexes) comprend les données démographiques du professionnel de santé rencontré, la description du défaut de soins, la recherche de défaillances latentes (encadré 2) et des moyens de défenses (ceux qui n'ont pas fonctionné et ceux qui étaient absents), la hiérarchisation des défaillances latentes. La classification des défaillances latentes comportera six grands types (facteurs liés au patient, défaillances individuelles, de l'équipe de soins, dans les tâches à réaliser, dans l'environnement de travail et dans l'organisation).

Encadré 2 - Les défaillances latentes recherchées lors des entretiens.

Facteurs liés aux patients

- Quelle était la gravité de la situation clinique du patient ?
- Quel était le degré de complexité de la situation clinique du patient ?
- Quel était le degré d'urgence dans la prise en charge du patient ?

Facteurs liés au soignant

- Quel est votre domaine de compétence et le nombre d'années d'expérience dans ce domaine ?
- Connaissez-vous les recommandations existantes pour le traitement des infections urinaires nosocomiales ?
- Quels sont selon vous les principes importants à respecter lors du traitement antibiotique des infections urinaires nosocomiales ?

Facteurs liés aux tâches

- Dans votre pratique, certains de ces principes sont-ils difficiles à appliquer ?
- Pourquoi pensez-vous que certains de ces principes importants, comme [...] (écarts constatés) ne sont pas respectés ?
- Pouvez-vous décrire comment s'est déroulée la prescription d'antibiotique pour ce patient ?
- Disposez-vous de recommandations locales pour le traitement de ces infections ? Sont-elles adaptées, compréhensibles ? Sont-elles facilement accessibles ?
- Disposez-vous des informations cliniques nécessaires, des résultats des examens complémentaires ?
- Avez-vous accès facilement aux informations nécessaires sur les médicaments ? Pouvez-vous rechercher facilement de l'aide auprès d'un autre professionnel (réfèrent en antibiothérapie, autre médecin, pharmacien) ?

Facteurs liés à l'environnement

- Le support de prescription est-il adapté ?
- Les médicaments disponibles dans l'établissement sont-ils adaptés à ce type de situation clinique ?
- Les conditions de travail étaient-elles difficiles ?

Facteurs liés à l'organisation

- Est-ce qu'il y a une limitation trop restrictive de la prise de décision ?
- Est-ce qu'il y a une mauvaise définition des responsabilités et des tâches ?
- Considérez-vous qu'il s'agit d'un défaut d'adaptation à une situation imprévue ?

Les résultats de cette analyse seront restitués sous la forme d'une fiche de synthèse (encadré 3) qui contiendra la description du défaut de soins et de ses conséquences, les circonstances, les facteurs contributifs latents, les actions proposées pour éviter la répétition de ce type d'événement.

Encadré 3 - Fiche de synthèse de l'analyse.

Synthèse de l'analyse approfondie d'un écart de pratique :

Date du ou des entretiens :

Participants :

1. Qu'est-il arrivé (description du défaut de soins et de ses conséquences) ?
2. Quelles étaient les causes latentes (défaillances identifiées) ?
3. Quelles actions ont été proposées avant ou pendant l'analyse des causes ?
4. Quelles actions ont été mises en œuvre avant l'analyse des causes ?

3. Indicateur

cf. annexes

Confidentialité des données

Rappelons que l'EPP réalisée dans le cadre de la procédure de certification des établissements est fondée sur une évaluation collective mais qu'elle doit permettre l'identification de chaque praticien engagé dans le programme (décision de la Haute Autorité de Santé - HAS).

Il est proposé aux praticiens de les identifier à l'aide d'un code médecin afin de permettre de valoriser ce projet dans le cadre d'une évaluation des pratiques individuelles.

Des règles strictes de confidentialité sont en outre fondées sur un engagement de l'ensemble des participants à respecter scrupuleusement le secret professionnel, sur une information précise des patients et sur les mesures de sécurité d'ordre physique et logicielle dans les lieux de stockage des données.

Retour d'information

Un retour d'information vers l'ensemble des professionnels impliqués dans la thématique doit être envisagé par le chef de projet et le groupe de travail.

Références

1. Deuxième conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse : antibiothérapie des infections urinaires, 16 novembre 1990. *Med Mal Infect* 1991;21:51-4.
2. Conférence de consensus : infections urinaires nosocomiales de l'adulte, 27 novembre 2002. *Med Mal Infect* 2003;33:193-215.
3. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality – The case for tracers. *N Engl J Med* 1973;288:189-194.
4. Solberg LI, Brekke ML, Fazio CJ, Fowles J, Jacobsen DN, Kottke TE et al. Lessons from experienced guideline implementers : attend to many factors and use multiple strategies. *Jt Comm J Qual Improv* 2000;26:171-188.
5. Renvoize EB, Hampshire SM, Pinder JM, Ayres P. What are hospitals doing about clinical guidelines? *Qual Health Care* 1997;6:187-191.
6. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282:1458-65.
7. Arnaud I, Elkouri D, N'Guyen JM, Foucher Y, Karam G, Lepage JY et al. Impact de recommandations locales sur la qualité de l'antibiothérapie dans l'infection urinaire. *Presse Med* 2005;34:1697-702.
8. Thèse ou poster expérience CH Bayonne.
9. ANAES. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique. Paris : ANDEM, 1994.
10. ANAES. L'audit clinique. Base méthodologique de l'évaluation des pratiques professionnelles. Paris : ANAES, 1999.
11. ANAES. Evaluation de l'antibioprophylaxie en chirurgie propre : application à la prothèse totale de hanche. Paris : ANAES, 2000.
12. Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales. L'audit en hygiène hospitalière : du concept à la réalisation. Paris : C.CLIN Paris-Nord, 1998.

13. ANAES. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris : ANAES, 2000.
14. ANAES. Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Principes généraux. Paris : ANAES, 2002.
15. ANAES. Réussir l'audit clinique et son plan d'amélioration. Paris : ANAES, 2003.
16. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320: 768-770.
17. Reason J. Understanding adverse events: human factors. *Qual Health Care* 1995; 4: 80-89.
18. Reason J. Human error. Cambridge, MA: Cambridge University Press; 1990, 316 pages.
19. Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewet D, Prior S, Strange P, Tizzard A. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. *BMJ* 2000; 320: 777-781.
20. Sentinel Event Policy And Procedures Revised: July 2002. Joint commission on Accreditation of Healthcare Organizations (http://www.jcaho.org/accredited+organizations/ambulatory+care/sentinel+events/se_pp.htm).
21. Woloshynowych W, Neale G, Vincent C. Case record review of adverse events: a new approach. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 411-415.
22. Bagian JP, Gosbee J, Lee CZ, Williams L, McKnight SD, Mannos DM. The Veterans affairs root cause analysis system in action. *Jt Comm J Qual Improv.* 2002; 28(10): 531-545.
23. Adjeoda K., Michel P., de Sarasqueta A-M., Pohlé E., Quenon J-L. Analyse approfondie des causes d'événements iatrogènes en milieu hospitalier : étude de la reproductibilité des analyses réalisées dans l'étude ENEIS. *Risques et Qualité* 2004; 4: 9-15.
24. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports DGS/DHOS. DEFINITION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS. CTINILS – Mai 2007.

Annexe 1 : Grilles de recueil de l'audit clinique ciblé

Evaluation de l'antibiothérapie prescrite en milieu hospitalier dans le traitement des infections urinaires de l'adulte - protocoles

Etablissement :

| | |
|---|---|
| <p>1. De quels type de protocoles écrits d'antibiothérapie les unités de soins disposent-elles ?</p> | <p><input type="checkbox"/> <i>protocoles pour tous les types d'infections urinaires, communautaires et nosocomiales</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>protocoles spécifiques aux infections urinaires nosocomiales</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>aucun protocole</i></p> |
| <p>2. Ces protocoles d'antibiothérapie sont-ils validés* ?</p> | <p>OUI NON NA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| <p>3. Ces protocoles d'antibiothérapie sont-ils régulièrement actualisés ?</p> | <p>OUI NON NA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| <p>4. A quelle(s) recommandation(s) les protocoles d'antibiothérapie sont-ils conformes ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non Applicable</i></p> | |

* validation/présentation dans le cadre du COMEDIMS ou de la sous-commission de cette instance en charge des anti-infectieux.

Evaluation de l'antibiothérapie prescrite en milieu hospitalier dans le traitement des infections urinaires de l'adulte - audit des pratiques

| | |
|--|--|
| N° d'ordre du patient : <input type="text"/> | Etablissement : |
| Date de l'évaluation : | Unité : |
| | Discipline : |
| L'unité dispose de recommandations locales d'antibiothérapie curative des IU ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON si oui , joindre une copie du référentiel local. |

1. Infection urinaire bactérienne nosocomiale

| | |
|---|--|
| Date de l'uroculture : | |
| Date des 1 ^{ers} signes cliniques : | |
| Signes cliniques : Fièvre (>38°C) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP Impériosité mictionnelles : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP Pollakiurie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP brûlures mictionnelles ou douleurs sus-pubienne : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP | Le diagnostic de l'infection urinaire repose sur la présence d'au moins un des quatre signes cliniques ci-contre. |
| Signes complémentaires personne âgée : Incontinence récente ou majoration : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP Aggravation de la dépendance ou de l'état mental : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP Urines purulentes et/ou présence de nitrites à la bandelette : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP | |
| Critères du caractère nosocomial : Infection absente à l'admission : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP Infection survenue 48h après l'admission dans l'établissement : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP | si l'un des critères est absent, il ne s'agit pas d'une infection nosocomiale, le patient doit être EXCLU. |
| Type d'infection : Infection Urinaire basse : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP Infection Urinaire récidivante : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP Prostatite : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP Pyélonéphrite : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP → Autre type : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP | si autre type, préciser : |
| En cas d'infection urinaire, un traitement antibiotique (probabiliste ou après uroculture) a-t-il été prescrit ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA |

2. Données du patient

| | |
|--|---|
| Hospitalisation : Date d'entrée : Motif d'hospitalisation : | |
| Terrain du patient : Allergies aux antibiotiques : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP Insuffisance rénale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP Insuffisance hépatique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP → autre terrain : | si oui, préciser quelle(s) allergie(s) |
| Facteurs de risques infectieux : Sonde urinaire à demeure dans les 7 derniers jrs : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP Malformation urinaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP Diabète : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP Cancer voies urinaires : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP Incontinence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP Immunodépression : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP Hypertrophie Bénigne de la Prostate : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP Grossesse : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP → autre(s) facteur(s) : | si oui, préciser la durée de la sonde (en jours) |
| Un traitement probabiliste a été mis en place ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA |



si **NON**, aller directement à la partie concernant le **traitement après uroculture** (point 5 page suivante)

3. Traitement avant uroculture

| | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| Prescripteur : | <input type="checkbox"/> médecin | <input type="checkbox"/> chirurgien | |
| | <input type="checkbox"/> autre | <input type="checkbox"/> non précisé | |
| → autre prescripteur : | | | |
| Éléments de la prescription : | <i>molécule 1</i> | <i>molécule 2</i> | |
| Date de prescription : | NP <input type="checkbox"/> | NP <input type="checkbox"/> | |
| Antibiotique (nom commercial) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Posologie (dose, nb de prises jour) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Voie d'administration : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Durée du traitement (jours) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| La prescription comporte les renseignements cliniques indispensables à l'analyse pharmaceutique ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NA <input type="checkbox"/> |
| Le traitement a été modifié ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NA <input type="checkbox"/> |
| → si OUI, | | | |
| Date de la modification : | | | |
| Motif de la réévaluation du traitement : | OUI | NON | NSP |
| Changement voie administration : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Données cliniques : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| si oui, préciser quel(s) motif(s) clinique(s) | | | |
| Éléments de la nouvelle prescription : | <i>molécule 1</i> | <i>molécule 2</i> | |
| Antibiotique (nom commercial) : | NP <input type="checkbox"/> | NP <input type="checkbox"/> | |
| Posologie (dose, nb de prises jour) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Voie d'administration : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Durée du traitement (jours) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

4. Conformité de la prescription d'antibiothérapie avant uroculture

| | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Le ou les antibiotiques prescrits répondent aux recommandations locales d'antibiothérapie curative des IU ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NA <input type="checkbox"/> |
| 2. La voie d'administration prescrite est conforme aux recommandations locales ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. L'association d'antibiotiques est justifiée par une argumentation clinique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. La durée de l'antibiothérapie a été adaptée en fonction du site de l'infection ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. La durée de la bithérapie a été limitée à la période initiale la plus à risque (3 à 5 jours) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NA= Non Applicable, NP=Non Précisé

| | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Un traitement après uroculture a été mis en place ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NA <input type="checkbox"/> |
|--|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|

↓
si **NON**, aller directement à la partie
« commentaire » (point 7 page suivante)

5. Traitement après uroculture

| | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| Date de réception de l'uroculture : | | | |
| Le ou les micro-organisme(s) a (ont) été identifié(s) ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NA <input type="checkbox"/> |
| → si OUI, préciser : | | | |
| Les données de l'antibiogramme étaient disponibles ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NA <input type="checkbox"/> |
| Prescripteur : | <input type="checkbox"/> médecin | <input type="checkbox"/> chirurgien | |
| | <input type="checkbox"/> autre | <input type="checkbox"/> non précisé | |
| → autre prescripteur : | | | |

| | | | | |
|--|---|---------------------------------|---------------------------------|---|
| Éléments de la prescription : | <i>molécule 1</i> | NP | <i>molécule 2</i> | NP |
| Date de prescription : | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Antibiotique (nom commercial) : | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Posologie (dose, nb de prises jour) : | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Voie d'administration : | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Durée du traitement (jours) : | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| La prescription comporte les renseignements cliniques indispensables à l'analyse pharmaceutique ? | <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NA <input type="checkbox"/> |
| Le traitement a été modifié ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA | | | |
| → si OUI, | | | | |
| Date de la modification : | | | | |
| Motif de la réévaluation du traitement : | | | | |
| Changement voie administration : | <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| Données cliniques : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>si oui, préciser quel(s) motif(s) clinique(s)</i> |
| Éléments de la nouvelle prescription : | <i>molécule 1</i> | NP | <i>molécule 2</i> | NP |
| Antibiotique (nom commercial) : | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Posologie (dose, nb de prises jour) : | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Voie d'administration : | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Durée du traitement (jours) : | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

6. Conformité de la prescription d'antibiothérapie après uroculture

| | | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| 1. Le ou les antibiotiques prescrits répondent aux recommandations locales d'antibiothérapie curative des IU ? | <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NA <input type="checkbox"/> |
| 2. La voie d'administration prescrite est conforme aux recommandations locales ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. L'antibiothérapie a été prescrite dès la réception des résultats de l'uroculture ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Le ou les antibiotiques prescrits tiennent compte du micro-organisme en cause et des données de l'antibiogramme ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. L'association d'antibiotiques est justifiée par une argumentation clinique ou par l'identification d'un micro-organisme spécifique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. La durée de l'antibiothérapie a été adaptée en fonction du site de l'infection ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. La durée de la bithérapie a été limitée à la période initiale la plus à risque (3 à 5 jours) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NA= Non Applicable, NP=Non Précisé

7. Commentaires

Evaluation de l'antibiothérapie prescrite en milieu hospitalier dans le traitement des infections urinaires de l'adulte - audit des pratiques

Fiche d'inclusion des patients

Etablissement : Mois : Année :

| N° d'ordre | âge patient | unité d'hospitalisation | date du résultat de l'ECBU | infection urinaire | | infection nosocomial | | prescription évaluée | | traitement antibiotique | | commentaire |
|------------|-------------|-------------------------|----------------------------|--------------------|-----|----------------------|-----|----------------------|-----|-------------------------|-----|-------------|
| | | | | oui | non | oui | non | oui | non | oui | non | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

Annexe 2 : Grille de recueil de l'analyse approfondie des écarts de pratique

Evaluation de l'antibiothérapie prescrite en milieu hospitalier dans le traitement des infections urinaires - analyse approfondie des écarts de pratiques

Etablissement : Date de l'analyse :

Patient :

Médecin :

N° d'ordre : [][][][]

Code : [][][][]

Date IU :

Unité :

Date ECBU :

Spécialité :

8. Défaut de soins

1. Description du défaut de soins (type, complications, etc.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

9. Défaillances latentes

Facteurs liés aux patients

2. Quelle était la gravité de la situation clinique du patient ?

Important Plutôt importante Plutôt faible Faible

3. Quel était le degré de complexité de la situation clinique du patient ?

Très complexe Plutôt complexe Plutôt non complexe Non complexe

4. Quel était le degré d'urgence dans la prise en charge du patient ?

Très urgent Plutôt urgent Plutôt non urgent Non urgent

Facteurs liés aux soignants

5. Quel est votre domaine de compétence et le nombre d'années d'expérience dans ce domaine ?

.....
.....

6. Connaissez-vous les recommandations existantes pour le traitement des infections urinaires ?

.....
.....

7. Quels sont selon vous les principes importants à respecter lors du traitement antibiotique des infections urinaires ?

.....
.....

Facteurs liés aux tâches

8. Dans votre pratique, certains de ces principes sont-ils difficiles à appliquer ?

.....
.....

9. Pourquoi pensez-vous que certains de ces principes importants, comme [...] (écarts constatés) ne sont pas respectés ?

.....
.....

10. Pouvez-vous décrire comment s'est déroulée la prescription d'antibiotique pour ce patient ?

.....
.....

11. Disposez-vous de recommandations locales pour le traitement de ces infections ? Sont-elles adaptées, compréhensibles ? Sont-elles facilement accessibles ? Ont-elles été actualisées au regard de l'évolution réglementaire (2002) ?

.....
.....

12. Disposez-vous des informations cliniques nécessaires, des résultats des examens complémentaires ?

.....
.....

13. Avez-vous accès facilement aux informations nécessaires sur les médicaments ? Pouvez-vous rechercher facilement de l'aide auprès d'un autre professionnel (réfèrent en antibiothérapie, autre médecin, pharmacien) ?

.....
.....

Facteurs liés à l'environnement

14. Le support de prescription est-il adapté ?

.....
.....

15. Les médicaments disponibles dans l'établissement sont-ils adaptés à ce type de situation clinique ?

.....
.....

16. Les conditions de travail étaient-elles difficiles ?

.....
.....

Facteurs liés à l'organisation

17. Est-ce qu'il y a une limitation trop restrictive de la prise de décision ?

.....
.....

18. Est-ce qu'il y a une mauvaise définition des responsabilités et des tâches ?

.....
.....

19. Considérez-vous qu'il s'agit d'un défaut d'adaptation à une situation imprévue ?

.....
.....

10. Moyens de défense

1. Est-ce que tout a été mis en œuvre pour éviter ce type de défaillances ?
 Oui Non Ne sait pas
 si **NON**, quelles ont été les défenses manquantes ou non opérationnelles ?

2. Est-il nécessaire de revoir le système dans lequel la défaillance est survenue ?
 Oui Non Ne sait pas
 si **OUI**, comment ?

3. Y a-t-il eu des réponses ou des actions particulièrement utiles proposées par l'équipe pour réduire les conséquences de la défaillance ?
 Oui Non Ne sait pas
 si **OUI**, lesquelles ?

4. Y a-t-il eu des réponses ou des actions particulièrement utiles proposées par l'équipe pour éviter que ce type de défaillance se répète ?
 Oui Non Ne sait pas
 si **OUI**, lesquelles ?

5. Quelles sont les leçons tirées qui pourraient être utiles à d'autres services ou d'autres activités ?

11. Hiérarchisation des défaillances latentes

Pour chacune des défaillances latentes identifiées, estimer et coter sur une échelle de 1 à 4, son importance dans la survenue de l'EIG :

| 0 = Faible | 1 = Plutôt faible | 2 = Plutôt forte | 3 = Forte |
|--|-------------------|------------------|-----------|
| Reporter ci-dessous les causes latentes estimées « FORTE » | | | |
| - | | | |
| - | | | |
| - | | | |
| - | | | |
| - | | | |
| - | | | |
| - | | | |
| Reporter ci-dessous les causes latentes estimées « PLUTOT FORTE » | | | |
| - | | | |
| - | | | |
| - | | | |
| - | | | |
| - | | | |
| - | | | |
| - | | | |

12. Commentaires des participants à la fin de l'analyse

Lined area for participant comments.

Annexe 3 : Indicateur « prescription ATB infection urinaire nosocomiale »

Evaluation de l'antibiothérapie prescrite en milieu hospitalier dans le traitement des infections urinaires de l'adulte - indicateur

1. La définition de l'indicateur "prescription ATB infection urinaire nosocomiale"

Proportion d'infections urinaires bactériennes nosocomiales diagnostiquées pendant un séjour dans l'établissement pour l'année (N-1), dont la prescription antibiotique est conforme au moment de l'observation aux recommandations locales et à celles de la conférence de consensus du 27 novembre 2002.

Les établissements de santé doivent communiquer les données du numérateur et du dénominateur.

La valeur de l'indicateur sera calculée par Le CCECQA.

2. Le mode de calcul du dénominateur "prescription ATB infection urinaire nosocomiale"

Seront incluses toutes les infections urinaires bactériennes nosocomiales diagnostiquées pendant un séjour dans l'établissement (en hospitalisation complète ou de semaine ; dans l'ensemble des services de soins : court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, psychiatrie ; quels que soient le mode d'admission dans le service (direct, en urgence, par transfert) et le mode de sortie (à domicile, transfert externe ou décès) pour l'année (N-1).

Critères d'inclusion des infections : Toute infection urinaire, c'est-à-dire une agression d'un tissu par un (ou plusieurs) micro-organisme(s), générant une réponse inflammatoire et des signes et symptômes de nature et d'intensité variable selon le terrain, nosocomiale (acquise dans l'établissement).

L'infection urinaire associée (réf CDC) :

- au moins un des signes suivants : fièvre ($> 38^{\circ}\text{C}$), impériosité mictionnelle, pollakiurie, brûlures mictionnelles, ou douleur sus-pubienne, en l'absence d'une autre cause infectieuse ou non,
- à une uroculture positive.

L'infection urinaire est considérée **nosocomiale** lorsqu'elle était absente au moment de l'admission du patient. Lorsque l'état infectieux du patient à l'admission est inconnu, l'infection est classiquement considérée comme nosocomiale si elle apparaît après un délai de 48 heures d'hospitalisation.

Critères d'exclusion des infections :

- Patients âgés de moins de 18 ans,
- Colonisation urinaire ou bactériurie asymptomatique : présence d'un (ou de plusieurs) micro-organisme(s) dans l'arbre urinaire sans qu'il ne génère par lui-même de manifestations cliniques (réf SPILF).
- Infection urinaire non bactérienne.
- Infection urinaire nosocomiale documentée microbiologiquement par un examen cyto bactériologique des urines réalisé avant l'hospitalisation.
- Les infections urinaires communautaires (acquises en dehors d'un établissement de santé),
- Les infections nosocomiales acquises dans un autre établissement.

3. Le numérateur de l'indicateur "prescription ATB infection urinaire nosocomiale"

Nombre total d'infections urinaires nosocomiales diagnostiquées pendant un séjour dans l'établissement pour l'année (N-1), dont la prescription antibiotique est conforme aux recommandations locales et de la conférence de consensus du 27 novembre 2002.

4. Le mode de calcul du numérateur de l'indicateur "prescription ATB infection urinaire nosocomiale"

Seront incluses les prescriptions conformes aux 6 principaux critères :

- prescription d'une antibiothérapie,
- délai de prescription par rapport au diagnostic,
- choix de l'antibiotique,
- dose,
- voie d'administration,
- durée de traitement.

Seront exclues les prescriptions pour lesquelles l'antibiothérapie est non-conforme à un seul des 6 principaux critères.

5. En pratique

Les données utiles pour le calcul du numérateur et du dénominateur seront collectées pendant l'audit clinique par le binôme composé d'un hygiéniste (membre de l'équipe opérationnelle d'hygiène) et d'un pharmacien de l'établissement.

Annexe 4 : Consignes de remplissage

Rappel : le renseignement de chaque critère doit reposer sur des éléments de preuve, le recueil nécessite donc de relever ses éléments (recherche des protocoles, etc.)

Protocole

Etablissement : noter en clair le nom de l'établissement.

1. De quels types de protocoles écrits d'antibiothérapie les équipes de soins disposent-elles ?

- Répondre « **protocoles pour tous les types d'infections urinaires, communautaires et nosocomiales** » si les protocoles existant dans l'établissement sont des protocoles d'antibiothérapie qui ne distinguent pas les infections urinaires nosocomiales des autres infections urinaires.
- Répondre « **protocoles spécifiques aux infections urinaires nosocomiales** » si des protocoles écrits d'antibiothérapie spécifiques aux infections urinaires nosocomiales sont disponibles dans l'établissement.
- Répondre « **aucun protocole** » si aucun protocole d'antibiothérapie n'est disponible pour le traitement des infections urinaires dans l'établissement.

2. Ces protocoles sont-ils validés ?

- Répondre **OUI** s'il s'agit de protocoles d'antibiothérapie validés par le Comité du Médicament et/ou la commission des antibiotiques et/ou le CLIN .
- Répondre **NON** si les protocoles ne sont pas validés.
- Répondre **NA** si aucun protocole n'est disponible.

3. Ces protocoles sont régulièrement actualisés ?

- Répondre **OUI** si la **date** de rédaction, d'actualisation ou de reconduction (en l'absence de modification) du protocole est mentionnée sur celui-ci (date de **moins d'un an** à la date de l'évaluation).
- Répondre **NON** si aucune date de rédaction, d'actualisation ou de reconduction du protocole n'est mentionnée sur celui-ci.
- Répondre **NA** si aucun protocole n'est disponible.

4. A quelles(s) recommandation ces protocoles sont-ils conformes ?

- Répondre « **aucune** » si les protocoles ne sont conformes à aucune recommandation.
- Indiquer quelle(s) recommandation(s) dans le cas contraire.
- Répondre **NA** si aucun protocole n'est disponible.

Audit des pratiques (informations à rechercher avec le médecin en charge du patient et à l'aide du dossier patient).

Pour chaque nouvelle uroculture positive réalisée 48 heures après l'admission, correspondant à une infection urinaire symptomatique d'après les critères de définition des CDC, une grille de recueil doit être complétée par un membre du binôme d'enquêteurs, avec le médecin en charge du patient et à l'aide du dossier patient.

Etablissement : noter en clair le nom de l'établissement.

Unité : noter en clair le nom de l'unité.

N° d'ordre du patient : indiquer un numéro de dossier (1 à n en fonction du nombre d'urocultures positives réalisées 48 heures après l'admission et correspondant à une infection urinaire symptomatique). Si un même patient présente plusieurs épisodes infectieux, une grille de recueil sera remplie pour chaque nouvel épisode infectieux avec un numéro d'ordre différent.

Remarque : ce numéro permet de retourner au dossier pendant la période de recueil si besoin. La correspondance entre le numéro et le dossier (nom ou numéro patient) peut être répertoriée sur une feuille conservée au sein du service et détruite à la fin de l'étude (cf. annexe).

Date de l'évaluation : indiquer la date de l'évaluation jj/mm/aaaa.

L'unité dispose de recommandations locales d'antibiothérapie curative des infections urinaires ?

- Répondre **OUI** si l'unité de soins dispose de recommandations locales spécifiques à l'unité de soins ou communes à toutes les unités de soins, concernant l'antibiothérapie des infections urinaires, quel que soit le lieu d'acquisition de l'infection (communautaire ou nosocomial).
- Répondre **NON** dans les autres cas.

Si la réponse est **OUI**, joindre une copie du référentiel local afin de pouvoir analyser la conformité de la prescription étudiée au référentiel local.

1 Infection urinaire bactérienne nosocomiale

Date de l'uroculture : indiquer la date de prescription de l'uroculture (et non celle de réalisation de l'examen).

Date des 1ers signes cliniques : indiquer la date d'apparition des premiers signes cliniques de l'infection urinaire (et non celle d'obtention des résultats de l'uroculture).

Signes cliniques : indiquer pour chacun des signes cliniques répondant à la définition épidémiologique de l'infection urinaire, les signes cliniques présents et absents au moment du diagnostic. En cas d'incertitude, répondre NSP (ne sait pas). Si aucun des signes cliniques proposés n'est présent, il ne s'agit pas d'une infection urinaire (non respect des critères de définition des CDC), le patient ne doit pas être inclus, la grille de recueil doit être annulée et le n° d'ordre doit être conservé pour le cas suivant.

NB : Il est possible que les prescripteurs prennent en compte d'autres signes cliniques pour prescrire une antibiothérapie comme des urines nauséabondes ; ces prescriptions ne seront pas étudiées dans le cadre de cette évaluation. Il en est de même pour les antibiothérapies proposées pour des bactériuries asymptomatiques.

Critères du caractère nosocomial : indiquer si l'infection était absente à l'admission et si elle est survenue 48h après celle-ci. En cas d'incertitude, répondre NSP (ne sait pas). Si l'un des critères est absent, il ne s'agit pas d'une infection urinaire nosocomiale, le patient ne doit pas être inclus, la grille de recueil doit être annulée et le n° d'ordre doit être conservé pour le cas suivant.

Type d'infection : indiquer de quel type d'infection il s'agit.

2 Données du patient

Hospitalisation : indiquer la date d'entrée dans l'établissement et le motif de l'hospitalisation.

Terrain du patient : indiquer pour chaque terrain s'il était présent ou absent chez le patient. Préciser le cas échéant de quelle allergie ou de quel autre terrain il s'agit. En cas d'incertitude, répondre NSP (ne sait pas).

Facteurs de risques infectieux : indiquer les facteurs de risques présents au moment de la survenue de l'infection urinaire. Ces facteurs peuvent justifier une prescription différente du référentiel local. Préciser le cas échéant la durée de la sonde urinaire et les autres facteurs de risques du patient. En cas d'incertitude, répondre NSP (ne sait pas).

Un traitement probabiliste à été mis en place ?

- Répondre **OUI** si un traitement probabiliste avant uroculture à été mis en place pour le patient.
- Répondre **NON** dans les autres cas.
- Répondre **NA** si Non Applicable

Si la réponse est **NON**, aller directement à la partie du recueil concernant le traitement après uroculture (point 5 page suivante).

3 Traitement avant uroculture

Médecin prescripteurs : Indiquer la fonction et la spécialité du médecin prescripteur. Si l'information n'est pas retrouvée, répondre non précisé.

Éléments de la prescription : Indiquer l'ensemble des éléments de la prescription (date de prescription, antibiotique, posologie, voie d'administration, durée du traitement). Si l'information n'est pas retrouvée, répondre NP (non précisé).

La prescription comporte les renseignements cliniques indispensables à l'analyse pharmaceutique ?

- Répondre **OUI** si les renseignements cliniques permettant au pharmacien de vérifier la conformité de la prescription étaient notées sur le support de prescription ou accessibles depuis un poste informatique.
- Répondre **NON** dans les autres cas.
- Répondre **NA** si Non Applicable

Le traitement a été modifié ?

- Répondre **OUI** si le traitement prescrit initialement a été modifié.
- Répondre **NON** dans les autres cas.
- Répondre **NA** si Non Applicable

Si la réponse est **OUI**, préciser la date de modification du traitement jj/mm/aaaa.

Motif de réévaluation du traitement : Indiquer le motif de réévaluation et de modification du traitement (changement voie d'administration, données cliniques). En cas d'incertitude, répondre NSP (ne sait pas).

Élément de la nouvelle prescription : Indiquer l'ensemble des détails de la nouvelle prescription (antibiotique, posologie, voie d'administration, durée du traitement). Si l'information n'est pas retrouvée, répondre NP (non précisé).

4 Conformité de la prescription d'antibiothérapie avant uroculture

1. Le ou les antibiotiques prescrits répondent aux recommandations locales d'antibiothérapie curative des IU ?
2. La voie d'administration prescrite est conforme aux recommandations locales ?
3. L'association d'antibiotiques est justifiée par une argumentation clinique ?
4. La durée de l'antibiothérapie a été adaptée en fonction du site de l'infection ?
5. La durée de la bithérapie a été limitée à la période initiale la plus à risque (3 à 5 jours) ?

- Indiquer pour chacun des 5 critères, si l'élément ou les éléments concernés de la prescription sont conformes (OUI) ou non-conformes (NON) aux recommandations.
- Répondre **NA** si les informations disponibles ne permettent pas de conclure à une conformité ou une non-conformité des éléments de la prescription.

5 Traitement après uroculture

Date de réception de l'uroculture : Indiquer la date de réception de l'uroculture jj/mm/aaaa.

Le ou les micro-organisme(s) a (ont) été identifié(s) ?

- Répondre **OUI** si un ou plusieurs micro-organismes ont été identifié(s).
- Répondre **NON** dans les autres cas.
- Répondre **NA** si Non Applicable

Si la réponse est **OUI**, préciser le ou les micro-organisme(s) identifié(s).

Les données de l'antibiogramme étaient disponibles ?

- Répondre **OUI** si au moment de la prescription, les données de l'antibiogramme étaient disponibles.
- Répondre **NON** dans les autres cas.
- Répondre **NA** si Non Applicable

Médecin prescripteur : Indiquer la fonction et la spécialité du médecin prescripteur. Si l'information n'est pas retrouvée, répondre non précisé.

Éléments de la prescription : Indiquer l'ensemble des éléments de la prescription (date de prescription, antibiotique, posologie, voie d'administration, durée du traitement). Si l'information n'est pas retrouvée, répondre NP (non précisé).

La prescription comporte les renseignements cliniques indispensables à l'analyse pharmaceutique ?

- Répondre **OUI** si les renseignements cliniques permettant au pharmacien de vérifier la conformité de la prescription étaient notées sur le support de prescription ou accessibles depuis un poste informatique.
- Répondre **NON** dans les autres cas.
- Répondre **NA** si Non Applicable

Le traitement a été modifié ?

- Répondre **OUI** si le traitement prescrit initialement a été modifié.
- Répondre **NON** dans les autres cas.
- Répondre **NA** si Non Applicable

Si la réponse est **OUI**, préciser la date de modification du traitement jj/mm/aaaa.

Motif de réévaluation du traitement : Indiquer le motif de réévaluation et de modification du traitement (changement voie d'administration, données cliniques). En cas d'incertitude, répondre NSP (ne sait pas).

Élément de la nouvelle prescription : Indiquer l'ensemble des éléments de la nouvelle prescription (antibiotique, posologie, voie d'administration, durée du traitement). Si l'information n'est pas retrouvée, répondre NP (non précisé).

6 Conformité de la prescription d'antibiothérapie après uroculture

1. Le ou les antibiotiques prescrits répondent aux recommandations locales d'antibiothérapie curative des IU ?
2. La voie d'administration prescrite est conforme aux recommandations locales ?
3. L'antibiothérapie a été prescrite dès la réception des résultats de l'uroculture ?
4. Le ou les antibiotiques prescrits tiennent compte du micro-organisme en cause et des données de l'antibiogramme ?
5. L'association d'antibiotiques est justifiée par une argumentation clinique ou par l'identification d'un micro-organisme spécifique ?

6. La durée de l'antibiothérapie a été adaptée en fonction du site de l'infection ?

7. La durée de la bithérapie a été limitée à la période initiale la plus à risque (3 à 5 jours) ?

- Indiquer pour chacun des 7 critères, si l'élément ou les éléments concernés de la prescription sont conformes (OUI) ou non-conformes (NON) aux recommandations.
- Répondre NA si les informations disponibles ne permettent pas de conclure à une conformité ou une non-conformité des éléments de la prescription.

7 Commentaires

La zone de commentaires permet d'expliquer certaines réponses, en particulier de préciser les non conformités au référentiel local. Elle sert aussi à indiquer que certaines pratiques sont conformes au référentiel local mais non conformes aux recommandations nationales.

Analyse approfondie des écarts de pratiques

La grille d'analyse des écarts de pratiques comprend 4 pages :

- La page 1 comprend des éléments d'identification (établissement, n° d'ordre du patient, date de l'infection urinaire, date de l'uroculture, code du médecin, unité, spécialité), la description du ou des défauts de soins.
- Les pages 1, 2 et 3 comprennent les éléments sur les défaillances latentes des écarts de pratiques étudiés.
- La page 3 comprend les éléments sur les défenses prévues avant et après l'apparition des écarts de pratiques étudiés, et sur la hiérarchisation des défaillances latentes.
- La page 4 comprend les commentaires des participants faits à la fin de l'analyse approfondie des écarts de pratiques.

La grille d'entretien proposée est un outil qui vise à aider le binôme enquêteur dans la conduite de l'analyse approfondie des écarts de pratiques, en proposant une recherche progressive et logique des informations, une recherche la plus large et la plus exhaustive possible des causes potentielles des écarts de pratiques observés.

Le questionnaire comprend une liste de questions pertinentes pour la recherche des causes des écarts de pratiques de soins mais il ne propose pas toutes les questions possibles ou nécessaires pour une analyse approfondie de chaque écart de pratiques. Selon les écarts de pratiques étudiés, le contexte, les réponses des participants, l'enquêteur devra poser des questions supplémentaires afin d'avoir une bonne compréhension des faits étudiés.

REPLISSAGE DE LA GRILLE D'ANALYSE APPROFONDIE DES ECARTS DE PRATIQUES

Le guide de remplissage est conçu pour aider le binôme enquêteur dans la conduite de l'analyse approfondie des écarts de pratiques et non pour permettre une standardisation des réponses des enquêteurs comme dans une enquête épidémiologique.

La grille d'analyse approfondie des écarts de pratiques est à remplir pour chaque type de prescription non conforme survenant dans un contexte donné (activité, unité de soins, médecin). S'il existe plusieurs prescriptions avec des écarts de pratiques de même nature, par exemple la prescription d'une durée de traitement excessive pour plusieurs patients d'un même médecin ou d'une même unité, il n'est souvent pas utile de mener une analyse approfondie des écarts de chaque prescription car il est fortement probable que les résultats de ces analyses donneront des résultats identiques.

S'il existe un grand nombre d'écarts de pratiques observés sur une période donnée, il est possible de limiter le nombre d'analyse approfondie des écarts de pratiques aux seuls écarts de pratiques pouvant avoir des conséquences graves pour le patient et de retenir des écarts de pratiques de nature différente (par exemple prescription d'un antibiotique non adapté aux résultats d'un antibiogramme et un retard de traitement lié à une prescription réalisée plusieurs jours après réception des résultats de l'antibiogramme) et survenant dans des contextes différents (médecin, unité, spécialité). Dans tous les cas, il est souhaitable qu'il soit réalisé au moins deux analyses approfondies des écarts chaque mois.

CONSEILS

- Si une prescription comporte plusieurs écarts de pratiques, il est possible de les analyser simultanément par une seule analyse approfondie, en utilisant une seule grille d'entretien.
- Cette analyse approfondie des écarts de pratiques peut être réalisée selon la disponibilité du ou des interlocuteurs (binôme enquêteur, médecins prescripteurs concernés) soit dans la continuité de la collecte des données réalisée avec le médecin prescripteur pour l'audit clinique, soit dans les jours suivants (si possible dans les 7 jours pour éviter des problèmes de mémorisation). Dans ce dernier cas, il est nécessaire de convenir un rendez-vous avec le prescripteur concerné. La durée prévisible de ce type d'analyse est de 20 à 90 minutes selon la complexité des situations cliniques étudiées.
- Si le recueil des données est effectué dans les jours suivants la collecte des données pour l'audit clinique, afin de gagner du temps, l'enquêteur peut déjà remplir avant le début de l'analyse des écarts de pratiques certains éléments de la grille à partir de la grille d'audit (éléments d'identification (établissement, n° d'ordre du patient, date de l'infection urinaire, date de l'uroculture, code du médecin, unité, spécialité), description du ou des défauts de soins).
- La conduite de l'analyse doit si possible suivre les différentes étapes de recherche des informations proposées par la grille, afin de ne pas oublier certains éléments utiles pour la compréhension de la survenue de l'événement et de ne pas négliger une défaillance latente possible. Néanmoins, le binôme enquêteur devra faciliter la discussion et ne pas l'interrompre si celle-ci fournit des informations importantes même si ces dernières devaient être recherchées plus tard en suivant la grille d'entretien. Il est conseillé de noter ces informations « prématurées » sur un bloc note, cela évitera de rechercher dans la grille l'emplacement exact où elles doivent être notées.
- Chaque fois qu'une défaillance latente est identifiée durant l'analyse, il est conseillé au binôme enquêteur de faire une marque sur la bordure du questionnaire (croix, tiret, etc.) afin de repérer rapidement les défaillances latentes qui doivent faire l'objet d'une hiérarchisation à la fin de l'analyse.

PAGE 1

N° d'ordre du patient (cf. audit des pratiques)

8 Défaut de soins

1. Description du défaut de soins (type, complications, etc.)

Ci-dessous, un exemple de description d'un défaut de soins.

Une patiente âgée de 68 ans est hospitalisée pour pontage coronarien.

Pendant la période post-opératoire, la veille de la sortie d'hospitalisation prévue, survient une infection urinaire acquise pendant son hospitalisation. En raison de cette complication, sa sortie est différée, mais son état semble s'améliorer.

Le défaut de soins étudié est un **retard de prescription d'une antibiothérapie** entraînant une exacerbation de la symptomatologie clinique de l'infection urinaire.

La chronologie des faits est la suivante :

Le 15/03, apparition des premiers signes cliniques d'infection urinaire et prescription d'une uroculture.

Le 17/03, un samedi, résultats de l'uroculture et de l'antibiogramme.

Le 19/03, prescription d'une antibiothérapie.

9 Défaillances latentes

Facteurs liés aux patients

2. Quelle était la gravité de la situation clinique du patient ?

Il s'agit de la situation clinique au moment de la survenue de l'infection urinaire (maladie, état général, comorbidités, ...). Celle-ci a pu être mesurée par des échelles de sévérité utilisées dans le service (ASA, Glasgow, Mac Cabe, Karnofsky...). Il ne s'agit pas de la gravité consécutive à l'événement.

3. Quel était le degré de complexité de la situation clinique du patient ?

Il s'agit de la complexité de la situation clinique au moment de la survenue de l'infection urinaire. Le degré de complexité est lié aux possibilités thérapeutiques compte tenu de l'état général, des maladies, de l'adhésion du patient et de son entourage aux soins proposés.

4. Quel était le degré d'urgence dans la prise en charge du patient ?

Il s'agit du degré d'urgence au moment de la survenue de l'infection urinaire. Le degré d'urgence doit être apprécié du point de vue médical. Pour cela, seront prises en compte les conditions d'arrivée dans l'établissement ou dans le service ainsi que l'évolution pendant l'hospitalisation. Un transfert en réanimation ou en soins intensifs, l'appel d'un senior d'astreinte sont a priori des éléments en faveur de l'urgence.

Facteurs liés aux soignants

5. Quels sont votre domaine de compétence et le nombre d'années d'expérience dans ce domaine ?

Rechercher la spécialité du prescripteur et les compétences particulières dans les domaines de l'urologie, l'infectiologie, l'antibiothérapie, la pharmacologie clinique.

6. Connaissez-vous les recommandations existantes pour le traitement des infections urinaires ?

Si le prescripteur connaît des recommandations, demander lui de préciser ces recommandations (recommandations locales, nationales, auteurs, année de publication). Vérifier s'il connaît les recommandations concernant les infections urinaires nosocomiales de l'adulte (conférence de consensus de 2002).

7. Quels sont selon vous les principes importants à respecter lors du traitement antibiotique des infections urinaires ?

Les principes importants attendus sont ceux figurant dans les recommandations : traitement des infections urinaires symptomatiques, prescription initiale si possible dès la réception des résultats de l'uroculture et de l'antibiogramme, choix d'un antibiotique adapté, dose, voie d'administration et durée de prescription appropriés. Le prescripteur peut citer que certains de ces principes, ceux qui lui paraissent les plus importants de son point de vue ou d'autres principes (par exemple : traiter systématiquement dès l'apparition des premiers signes cliniques, antibiothérapie à large spectre, durée de traitement suffisamment longue pour éviter des récurrences ...) qui ne figurent pas dans les recommandations existantes.

PAGE 2

Facteurs liés aux tâches

8. Dans votre pratique, certains de ces principes sont-ils difficiles à appliquer ?

Demander au prescripteur, quels sont les principes difficiles à appliquer parmi ceux qu'il a cités. Reprendre aussi les principes importants des recommandations et lui demander quels sont ceux qui sont difficiles à appliquer.

9. Pourquoi pensez-vous que certains de ces principes importants, comme [...] (écarts constatés) ne sont pas respectés ?

Rechercher les causes des difficultés rencontrées dans l'application de certains principes.

10. Pouvez-vous décrire comment s'est déroulée la prescription d'antibiotique pour ce patient ?

Explorer les conditions de prescription : connaissance du patient (par exemple : appel du médecin de garde), disponibilité des informations cliniques et biologiques, disponibilité des informations sur les médicaments, contraintes particulières (par exemple, rupture de stock pour un médicament, changements par rapport aux autres jours (par exemple, jour férié, médecin remplaçant ...)).

11. Disposez-vous de recommandations locales pour le traitement de ces infections ? Sont-elles adaptées, compréhensibles ? Sont-elles facilement accessibles ?

Demander au prescripteur s'il a à sa disposition des recommandations locales (par exemple, guide d'antibiothérapie de l'établissement, protocole du service ou commun avec d'autres services de l'établissement) spécifiques au traitement des infections urinaires (communautaires et/ou nosocomiales). Lui demander son avis sur leur adaptation et la facilité d'utilisation.

12. Disposez-vous des informations cliniques nécessaires, des résultats des examens complémentaires ?

Demander au prescripteur s'il avait pour ce patient les informations cliniques nécessaires (situation clinique, caractéristiques de l'infection urinaire, terrain, co-morbidités, facteurs de risques infectieux, traitements en cours) et les résultats des examens complémentaires (uroculture, antibiogramme, autres examens biologiques et paracliniques).

13. Avez-vous accès facilement aux informations nécessaires sur les médicaments ? Pouvez-vous rechercher facilement de l'aide auprès d'un autre professionnel (référént en antibiothérapie, autre médecin, pharmacien) ?

Rechercher si le médecin dispose de sources d'informations actualisées sur les médicaments (dictionnaire Vidal de l'année, Vidal informatique, dictionnaire Dorosz, livret thérapeutique ou du médicament de l'établissement, banques de données informatiques, ...) facilement accessibles sur les lieux de prescription (sur le chariot utilisé pour la visite, dans la salle de soins, le bureau du prescripteur ou des internes, postes informatiques disponibles et bien situés).

Facteurs liés à l'environnement

14. Le support de prescription est-il adapté ?

Rechercher si le support de prescription est adapté pour disposer de certaines informations cliniques importantes (par exemple âge du patient, poids, allergie, insuffisance rénale, insuffisance hépatique, ...), pour noter les informations exigées par la réglementation (identification du patient, du prescripteur, informations précises sur la prescription : dénomination, dosage, voie d'administration, posologie, durée de la prescription).

Rechercher si le support de prescription permet d'avoir une vision rapide de l'ensemble des traitements en cours (support de prescription unique avec l'ensemble de la prescription, lisibilité, changements effectués ...)

15. Les médicaments disponibles dans l'établissement sont-ils adaptés à ce type de situation clinique ?

Rechercher en particulier si les médicaments habituellement recommandés dans le traitement des infections urinaires et figurant dans les recommandations locales (protocole local) sont facilement disponibles dans l'établissement (armoires à pharmacie des services, pharmacie centrale de l'établissement).

16. Les conditions de travail étaient-elles difficiles ?

Rechercher en particulier une surcharge de travail, des interruptions de tâches, un contexte stressant, une situation d'astreinte médicale, des problèmes avec les outils de transmission des informations, des changements de locaux, un changement d'organisation, la non disponibilité de certains matériels ...

Facteurs liés à l'organisation

17. Est-ce qu'il y a une limitation trop restrictive de la prise de décision ?

Rechercher si une limitation excessive de la prise de décision en particulier par l'encadrement a pu conduire à l'écart de pratiques étudié (par exemple interne de médecine non autorisé à prescrire certains antibiotiques, obligation d'appliquer des règles de prescription inadaptées à une situation clinique).

18. Est-ce qu'il y a une mauvaise définition des responsabilités et des tâches ?

Rechercher une mauvaise définition des responsabilités et des tâches pour la prescription, pour la rédaction, la validation et la diffusion des recommandations locales, pour la transmission des informations ... Ces éléments doivent être en particulier recherchés pour des contextes inhabituels ou difficiles (par exemples pour certaines périodes (nuit, week-end et périodes de congés, périodes de remplacement de personnel), pour certains changements (encadrement, locaux, organisation, procédures, matériel (informatisation de la prescription)).

19. Considérez-vous qu'il s'agisse d'un défaut d'adaptation à une situation imprévue ?

Rechercher en cas d'identification de situation imprévue (par exemple rupture de stock de l'antibiotique habituellement prescrit, contexte clinique particulièrement complexe) un défaut d'adaptation par exemple la recherche d'une aide à la prescription auprès du référent en antibiothérapie ou du pharmacien.

PAGE 3

10 Moyens de défense

Cette partie de la grille d'entretien vise

- à travers les questions 1, 2 et 5 à s'assurer qu'aucune défaillance latente importante dans la survenue de l'écart de pratiques observé n'a été oubliée,
- à travers les questions 3 et 4 à s'assurer de la cohérence des actions proposées ou mises en œuvre avec les défaillances latentes identifiées par les sections précédentes de la grille d'entretien.

En cas d'omission d'une défaillance latente ou d'incohérence entre les défaillances latentes identifiées et les actions proposées ou mises en œuvre, le binôme enquêteur devra solliciter des explications supplémentaires et probablement revenir à certaines questions posées précédemment, et réviser si nécessaire les réponses déjà apportées.

11 Hiérarchisation des défaillances latentes

Pour chaque défaillance latente identifiée, le binôme enquêteur demandera au prescripteur de coter sur une échelle de 1 à 4, l'importance de cette défaillance latente dans la survenue de l'écart de pratiques étudié.

L'enquêteur ne devra pas hésiter à relancer la discussion si le binôme enquêteur estime que les cotations ne sont pas cohérentes avec l'analyse de l'écart de pratiques qui vient d'être réalisée. Le binôme enquêteur doit inciter le prescripteur à argumenter les cotations proposées.

Les causes estimées « FORTE » et « PLUTOT FORTE » seront reportées aux emplacements prévus de la grille d'entretien, à la fin de l'analyse approfondie des défaillances latentes ou même après l'analyse afin de ne pas abuser de la disponibilité des participants.

PAGE 4

12 Commentaires des participants à la fin de l'analyse

Ces commentaires des participants (prescripteurs, éventuellement autres personnes concernées) peuvent concerner

- les conditions de réalisation de l'analyse des écarts : personnes présentes ou absentes lors de l'analyse, disponibilité du prescripteur, temps passé ...
- les résultats : acceptabilité des principales défaillances latentes identifiées, intérêt pour le service en terme de prévention, d'enseignements tirés à l'issue de l'analyse ...

Le binôme enquêteur peut aussi donner son avis sur le déroulement de l'analyse approfondie des écarts de pratiques.

Annexe 5 : Fiche de codage des médecins prescripteurs

Evaluation de l'antibiothérapie prescrite en milieu hospitalier dans le traitement des IUN de l'adulte
Codage des médecins prescripteurs

Etablissement :

| code | nom | prénom | fonction |
|------|-----|--------|----------|
| ┌┐ | | | |
| ┌┐ | | | |
| ┌┐ | | | |
| ┌┐ | | | |
| ┌┐ | | | |

...

Copyright © CCECQA 2010. Tous droits réservés.

L'utilisation et la reproduction même partielle des contenus de ce document sont possibles avec l'autorisation du CCECQA et dans la mesure où les références complètes du document sont citées. Toute demande d'autorisation d'utilisation ou de reproduction devra être adressée au CCECQA, Hôpital Xavier Arnoz - 33604 Pessac Cedex (France). Ces demandes seront toujours les bienvenues.