

Guide Méthodologique

Version 2.2 du : 16/04/2018

Sommaire

1.	Contexte	2
2.	Objectifs.....	2
3.	Périmètre.....	3
4.	Conduite de l'audit	3
4.1.1.	Phase 1 : prévalence du sondage à demeure.....	3
4.1.2.	Phase 2 : audit clinique ciblé	3
5.	Période d'étude	3
6.	Rôles des différents intervenants.....	4
6.1.	Coordinateur de l'audit	4
6.2.	Equipe projet	4
6.3.	Auditeurs	4
7.	Aide au recueil des données.....	5
7.1.1.	Fiche « Etablissement »	5
7.1.2.	Fiche « Phase I – Prévalence du sondage urinaire à demeure chez l'adulte ».....	5
7.1.3.	Fiche « Phase II – Pertinence du sondage urinaire à demeure chez l'adulte	5
8.	Saisie et analyse.....	7
9.	Restitution des résultats.....	7
10.	Références	8
11.	Groupes de travail et de relecture	9

1. Contexte

Les infections urinaires associées aux soins (IUAS) sont fréquentes, et dans de nombreuses études retrouvées comme première cause d'infections associées aux soins (IAS). Elles représentent 29,9 % des IAS en France (1), 19 % en Europe (2) et de 12 % à 30 % aux Etats-Unis (3-5).

Dans la littérature, les infections liées au sondage urinaire sont les plus fréquentes (65 % à 80 %) des IUAS (6). En effet, le facteur de risque principal d'acquisition d'une IUAS est l'instrumentation des voies urinaires : la pose de sonde urinaire est en cause dans 80 % des cas (7). Parmi les facteurs de risque liés au sondage vésical il est retrouvé la durée de sondage > 6 jours (7), voire 4 jours dans certaines études (8).

Des recommandations sur les indications du sondage vésical ont été émises par la SPILF (9) et le CDC (3, 4), notamment la rétention urinaire aiguë ou l'obstruction, le besoin d'une mesure précise du débit urinaire, l'utilisation peropératoire pour certaines interventions. Certaines non indications sont également précisées, comme par exemple l'utilisation pour les soins de nursing chez les patients ou résidents incontinents dont la mobilisation est possible. Il est donc important que les établissements de santé établissent une liste des indications de pose des abords urinaires, forment les équipes soignantes médicales et paramédicales et évaluent périodiquement l'application des protocoles (10).

La SPILF recommande l'ablation du drainage dès que possible grâce à une réévaluation quotidienne de sa nécessité (9). En effet, la sonde doit être retirée dès que possible pour diminuer le risque de survenue d'une IUAS.

Meddings et al (11) ont réalisé une méta-analyse des études qui ont évalué l'impact sur le taux d'IU de la mise en place de dispositifs de rappels ou d' « ordre d'arrêt » pour inciter le médecin à réévaluer l'intérêt de la prescription d'une sonde urinaire. Même si parmi les études recueillies une seule était randomisée et les populations étudiées n'étaient pas identiques, ils estiment que 10 IU associées au sondage pourraient être évitées par 1000 journées de sondage avec un taux de base de 20 IU par 1000 jours et 3 si le taux de base est de 5 pour 1000. La durée de sondage serait également diminuée même si aucune différence significative n'a été mise en évidence.

Dans ses recommandations, le CDC (3, 4) préconise aux établissements de santé de prévoir dans leur programme de prévention des IUAS la mise en place d'un système d'alerte pour identifier les patients porteurs d'une sonde urinaire et réévaluer la prescription. Dès que possible il faut privilégier les alternatives au sondage à demeure type cathétérisme sus pubien ou sondage évacuateur ou étui pénien avec risque infectieux plus faible.

Il est donc important que l'évaluation de la pertinence de l'indication et du maintien de la sonde vésicale s'intègre dans une stratégie de prévention des IUAS.

2. Objectifs

Principaux

- Mesurer la prévalence du sondage urinaire à demeure chez l'adulte ;
- Evaluer la pertinence des indications de pose des sondes urinaires à demeure chez l'adulte ;

Secondaires

- Evaluer la traçabilité des prescriptions ;
- Evaluer la traçabilité de la justification du maintien en cas de durée de sondage de plus de 48 heures (≥ 48 heures) et de plus de 7 jours (> 7 jours).

3. Périmètre

L'audit est proposé aux établissements de santé volontaires. Les EHPAD rattachés à un établissement sont inclus, ainsi que les services d'urgences et d'hospitalisation à domicile (HAD).

Au sein de chaque établissement, le périmètre de l'audit est libre : il sera soit conduit sur l'ensemble des services, ou bien sur une sélection de services plus particulièrement ciblés.

Sont exclus :

- Les établissements médico-sociaux (EMS) non rattachés à un établissement de santé ;
- Les patients de moins de 16 ans (≤ 16 ans) ;
- Les sondages intermittents, auto-sondages, sondages avec sonde à double courant.

4. Conduite de l'audit

L'audit comporte **2 phases** : une première phase d'identification de l'ensemble des patients adultes sondés à demeure un jour donné (enquête de prévalence), et une seconde phase d'évaluation de la pertinence, de la prescription et de la réévaluation des sondes urinaires posées dans l'établissement (audit clinique ciblé).

4.1.1. Phase 1 : prévalence du sondage à demeure

Cette phase a pour but de mesurer la proportion de patients adultes sondés à demeure un jour donné. L'ensemble des patients sondés sera inclus, que la sonde ait été posée dans l'établissement ou ailleurs. Selon la taille des établissements, le recueil des données pourra se faire sur une semaine (au maximum), avec passage dans chaque service 1 jour donné (si un patient a été muté d'un service à un autre service, ce patient ne devra être compté qu'une fois).

Lors de cette première phase, les informations suivantes sont recueillies :

- Nombre de patients présents à 8 heures le matin de l'enquête, nombre de patients avec sonde urinaire (SU) posée dans l'établissement et hors établissement.

La fiche « Phase I » peut être pré-remplie avant le passage des auditeurs par le cadre ou un autre membre des services concernés.

4.1.2. Phase 2 : audit clinique ciblé

Cette phase est réalisée pour chacun des patients dont la sonde à demeure a été posée dans l'établissement.

Les informations sont recueillies à partir du dossier médical et paramédical du patient, et de l'interrogatoire de l'équipe en charge du patient. Pour l'indication du sondage urinaire notamment, il est important de la préciser auprès d'un médecin du service, si elle n'est pas clairement précisée dans le dossier.

L'évaluation de la pertinence de l'indication de la sonde urinaire (item 7 de la grille) doit être réalisée par un binôme hygiéniste/clinicien (voir détail dans le chapitre « Rôles des différents intervenants »).

Si le nombre de patients concernés est inférieur à 30 (<30) : l'ensemble des cas est audité ;

Si ce nombre est supérieur ou égal à 30, l'audit peut se faire sur l'ensemble des cas ou bien sur les 30 premiers cas.

5. Période d'étude

L'audit est proposé aux établissements à partir du 1^{er} avril 2018 et jusqu'à fin 2018.

6. Rôles des différents intervenants

6.1. Coordinateur de l'audit

Le coordonnateur de l'audit est un professionnel de l'EOH, ou un référent de l'établissement en charge de la lutte contre les infections associées aux soins (médecin ou infirmier). Il est aidé dans sa démarche par une équipe projet.

La coordination de l'audit consiste à :

- Informer la direction de l'établissement (en particulier la Direction des Soins) et les instances (en particulier le CLIN ou son équivalent, la CME, et la CSIRMT) du déroulement de l'audit ;
- Déterminer la composition de l'équipe projet et la coordonner ;
- Organiser les différentes étapes de l'audit (de sa préparation jusqu'à la diffusion des résultats et la mise en place et le suivi des actions correctives) ;
- S'assurer de la transmission de l'information à tous les professionnels concernés par l'audit et aux patients ;
- S'assurer de la validation des fiches ;
- S'assurer de la présentation des résultats selon le champ de l'audit (instances ou commissions de l'établissement, réunions de services...) ;
- Envoyer les fichiers de saisie au CPias Normandie.

6.2. Equipe projet

Une équipe projet aide le coordonnateur de l'audit dans sa mission. Sa composition est à adapter selon la taille et les moyens de chaque établissement. A titre indicatif, elle est idéalement multi professionnelle, composée d'acteurs de soins et de professionnels ayant une expertise ou impliqués en hygiène hospitalière (professionnels de l'EOH, correspondants en hygiène, membres du Clin), des professionnels ayant une expertise sur le thème ou sur la méthode d'audit (un chirurgien urologue, un cadre de santé de service d'urologie, deux ou trois professionnels de l'équipe soignante concernée par l'audit, un médecin gériatre...). Le binôme hygiéniste/clinicien en charge de l'évaluation de la pertinence du sondage (item 7 de la grille d'évaluation) doit faire partie de l'équipe projet.

Ses missions sont :

- Déterminer le champ de l'évaluation (services concernés) ;
- Planifier l'audit ;
- Informer par mail l'encadrement médical et paramédical des services concernés et présenter la méthodologie, le déroulement de l'audit ;
- Centraliser les résultats ;
- Valider le contenu des fiches : vérifier les données, compléter les données manquantes ;
- Organiser le traitement des données (saisie, analyse, édition du rapport) ;
- Organiser la restitution des résultats (instances, services) et proposer des actions d'amélioration ;
- Programmer le suivi des actions ;
- Archiver les fiches papiers de l'enquête.

6.3. Auditeurs

Les auditeurs, formés à la méthodologie, sont des professionnels de santé si possible externes au service. Ils sont membres de l'EOH ou correspondants en hygiène d'un autre service.

Leur rôle consiste à :

- Réaliser le recueil d'informations ;
- Si réalisé par un professionnel paramédical, faire valider et, si besoin compléter, les critères par un médecin ;
- Remettre les fiches d'évaluation au coordonnateur de l'audit.

L'évaluation de la pertinence de l'indication du sondage urinaire est réalisée par un binôme hygiéniste/clinicien (médecin gériatre, chirurgien urologue, autre spécialité). Pour les cas difficiles à évaluer, un examen du dossier du patient pourra être nécessaire.

7. Aide au recueil des données

7.1.1. Fiche « Etablissement »

Renseigner le nom et les caractéristiques de l'établissement, et les informations suivantes :

- Existence d'une procédure institutionnelle sur le SAD, et si oui, cette procédure mentionne-t-elle les indications et la fréquence de réévaluation du sondage ?
- Existence d'une informatisation complète ou partielle de la prescription et de la traçabilité paramédicale (pose/surveillance/retrait).

7.1.2. Fiche « Phase I – Prévalence du sondage urinaire à domicile chez l'adulte »

Service/Unité / Code

Noter le libellé du service/unité utilisé dans l'établissement et le codage de la spécialité de ce service dans la colonne « CODE » - La liste du codage des spécialités est donnée en annexe 1.

Date de passage

La date de passage sera la même pour tous les services/unités, sauf dans le cas des établissements qui choisissent de réaliser l'enquête sur plusieurs jours.

Nombre de patients présents à 8 heures

Dénombrer les patients présents le jour de l'enquête et admis avant 8 heures dans les services cibles, que ceux-ci soient sondés ou non.

Cas particuliers :

- Patient admis après 8 heures : ce patient est exclu de l'étude ;
- Patient sorti ou décédé après 8 heures : ce patient est exclu de l'étude ;
- Patient muté dans un autre service de l'établissement après 8 heures : ce patient sera compté dans le service où il était présent à 8 heures. Si l'enquête est réalisée 2 jours différents dans un service A et un service B, il faudra être vigilant à ne pas compter 2 fois un patient qui aurait été muté de A vers B et qui aurait été déjà compté dans le service A.

Nombre de patients adultes avec sondes urinaires posées dans l'établissement

Dénombrer les patients présents porteurs d'une sonde vésicale à domicile au moment de l'enquête et dont la sonde a été posée dans l'établissement, que ce soit dans le service actuel ou un autre service, au cours du séjour actuel ou d'un autre séjour.

Nombre de patients adultes avec sondes urinaires posées hors établissement

Dénombrer les patients porteurs d'une sonde vésicale à domicile au moment de l'enquête, et dont la sonde a été posée en dehors de l'établissement quel que soit le lieu initial de pose de la sonde (domicile, EMS...).

7.1.3. Fiche « Phase II – Pertinence du sondage urinaire à domicile chez l'adulte »

Service / Code

Service dans lequel se trouve le dossier du patient au moment de l'évaluation.

Noter le libellé du service/unité utilisé dans l'établissement et le codage de la spécialité de ce service dans la rubrique « Code » - La liste du codage des spécialités est donnée en annexe 1.

Date de passage

Il s'agit de la date du passage de l'enquêteur pour l'évaluation.

Sexe

Cocher F (Femme) ou H (Homme).

Age

Age le jour du passage.

Service de pose / Code

Service dans lequel la sonde a été posée.

Noter le libellé du service/unité utilisé dans l'établissement et le codage de la spécialité de ce service dans la rubrique « Code » - La liste du codage des spécialités est donnée en annexe 1.

Spécialité du médecin prescripteur de la sonde urinaire

1-Chirurgien

2-Anesthésiste/Réanimateur

4-Médecin, autre spécialité

5-NP (non précisé)

Pose de la sonde par :

1-Médecin senior

2-Interne

3-externe

4-IDE

5-élève IDE

6-NP (non précisé)

Date de pose de la sonde urinaire

Cocher « non précisée » si la date est inconnue.

Indication du sondage

Il ne faut cocher qu'une seule indication (indication principale).

Si l'indication n'est pas notée dans le dossier, il faut la demander oralement au médecin en charge du patient ou à l'équipe soignante.

Si l'indication est liée à une procédure chirurgicale, préciser le type de chirurgie en utilisant le codage des spécialités donné en annexe 1.

La liste des indications proposées a été réalisée à partir de la synthèse des recommandations du sondage urinaire à demeure figurant en annexe 2. Cette annexe donne des exemples de situations cliniques correspondant à certaines indications.

Evaluation

Pour chaque critère, cocher la case OUI, NON ou NA (non adapté)

Critère 1 - La prescription de la pose de sonde urinaire est présente

La case NA n'est pas autorisée pour ce critère.

Critère 2 - Cette prescription est datée

Critère 3 - Cette prescription comporte le nom du prescripteur

Critère 4 - Cette prescription est signée ou validée informatiquement

Pour les critères 2, 3 et 4, cocher NA dans les cas suivants :

- Il n'y a pas de prescription ;
- Il existe dans le service un protocole de sondage urinaire (avant certaines chirurgies par exemple).

Une prescription informatique comportant le nom ou l'identifiant du médecin doit être considérée comme une prescription signée (cocher OUI).

Critère 5 – L'indication de la pose est retrouvée dans le dossier patient

Cocher OUI si l'indication précise du sondage figure dans le dossier, ou si la pose de la sonde fait partie d'un protocole de prise en charge du patient (avant certaines chirurgies par exemple).

La case NA n'est pas autorisée pour ce critère.

Critère 6-1 et 6-2 - Une justification est tracée dans le dossier : -En cas de sondage \geq 48 heures / -En cas de sondage $>$ 7 jours

Cocher OUI si la réévaluation du sondage figure dans le dossier, ou si la durée de sondage fait partie d'un protocole de prise en charge du patient.

Cocher NA si la sonde a été posée depuis moins de 48 heures (<48 heures).

Critère 7 - L'indication de la pose de la sonde à demeure est pertinente

Noter le résultat de l'évaluation réalisée par le binôme chargé de l'évaluation.

Pour cette évaluation, le binôme pourra s'aider des documents internes à l'établissement (procédures institutionnelle ou autre document) et de la synthèse des indications trouvées dans la littérature et les recommandations internationales proposée en annexe 2.

La case NA n'est pas autorisée pour ce critère.

Si l'indication est jugée non pertinente, il est demandé de préciser si cette indication a pu être précisée, ou si aucune information n'a pu être obtenue, ni dans le dossier, ni à l'oral.

8. Saisie et analyse

La saisie est réalisée dans une application Excel®. Pour la saisie, les noms des patients sont remplacés par un numéro de fiche. L'application Excel® permet la réalisation d'un rapport automatique et d'un poster des résultats.

9. Restitution des résultats

Les résultats sont présentés aux médecins des services concernés, au CLIN (ou équivalent), et envoyés aux cadres et chefs de service.

Les fichiers de saisie sont envoyés au CPias Normandie (voir les coordonnées sur le site www.cpias-normandie.org), qui réalise une analyse régionale.

10. Références

1. Enquête nationale de prévalence des Infections Nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, France. Résultats. InVS, Mai - juin 2012.
2. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Surveillance report. ECDC, 2011-2012.
3. Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections (CAUTI). CDC, 2009.
4. Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2010;31:319-26.
5. Magill SS et al. Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections. *N Engl J Med.* 2014 Mar 27;370(13):1198-208.
6. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. SF2H, septembre 2010.
7. Alfandari S. Prévention des infections urinaires nosocomiales : effet de l'infection urinaire nosocomiale sur la durée de séjour, le coût et la mortalité. *Médecine et maladies infectieuses* 2002 33:247s-254s.
8. Barbadoro P et al. Catheter-associated urinary tract infection: Role of the setting of catheter insertion. *Am J Infect Control.* 2015 Jul 1;43(7):707-10.
9. Révision des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge et la prévention des Infections Urinaires Associées aux Soins (IUAS) de l'adulte. Association Française d'Urologie (AFU), Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH), Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), 2015.
10. Hooton TM et al. Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2010 Mar 1;50(5):625-63.
11. Meddings J et al. Systematic Review and Meta-Analysis Reminder Systems to Reduce Catheter-Associated Urinary tract Infections and Urinary Catheter use in Hospitalized Patients. *Clin Infect Dis.* 2010 Sep 1;51(5):550-60

11. Groupes de travail et de relecture

(Par ordre alphabétique)

Conception de l'audit

Alexandra ALLAIRE	Praticien hygiéniste, CH Saint-Lô
Magalie DUBUISSON	Infirmière hygiéniste, CH Evreux-Vernon
Aude GABARD	Praticien hygiéniste, CH Avranches-Granville
Laurence GUET	Praticien hygiéniste, CPias Normandie
Liliane HENRY	Cadre hygiéniste, CPias Normandie
Valérie MORENO	Infirmière hygiéniste, CHU Caen
Audrey MOUET	Praticien hygiéniste, CHU Caen
Séverine PAIN	Infirmière hygiéniste, CH Saint-Lô
Stéphanie ROCHON-EDOUARD	Praticien hygiéniste, CH Dieppe
Pascal THIBON	Praticien hygiéniste, CPias Normandie

Groupe de relecture

Elise BAILLET	Qualiticien, CH Saint-Lô
Guy-Claude BORDERAN	Praticien hygiéniste, CH Avranches-Granville
Florence FAHSS	Médecin gériatre, CH Avranches-Granville
Elise FIAUX	Infectiologue, NormAntibio
Laure LEPAPE	Urologue, CH LE HAVRE
Lucie LIVET	Qualiticien, CH Evreux
Véronique MERLE	Praticien hygiéniste, CH Avranches-Granville
Emmanuel PIEDNOIR	Infectiologue, NormAntibio
Xavier TILLOUX	Urologue, CHU de Caen

Annexe 1 – Codes des spécialités

Chirurgie

CHICAN	Chirurgie carcinologique
CHICAR	Chirurgie cardiaque
CHICVA	Chirurgie cardio-vasculaire
CHIDIG	Chirurgie digestive
CHIGEN	Chirurgie générale
CHIMAX	Chirurgie maxillo-faciale
CHIORT	Chirurgie orthopédique et traumatique
CHIPLA	Chirurgie plastique et reconstructrice
CHITHO	Chirurgie thoracique
CHIURO	Chirurgie urologique
CHIVAS	Chirurgie vasculaire
CHINEU	Neuro-chirurgie
CHIOPH	Ophtalmologie
CHIORL	O.R.L.
CHISTO	Stomatologie
CHITRA	Transplantation (à l'exception des transplantations de moelle osseuse à coder en hématologie MEDHEM)
CHIAUT	Chirurgie, autre

Médecine

MEDGEN	Médecine générale, polyvalente
MEDCAN	Cancérologie, oncologie médicale
MEDCAR	Cardiologie, cardio-vasculaire
MEDDER	Dermatologie, vénérologie
MEDNUT	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, métabolisme
MEDHGE	Hépatologie - Gastro-entérologie
MEDHEM	Hématologie
MEDINF	Maladies infectieuses et médecine tropicale
MEDINT	Médecine interne
MEDNEP	Néphrologie
MEDNEU	Neurologie
MEDPNE	Pneumologie
MEDRHU	Rhumatologie
MEDGER	Gériatrie
MEDAUT	Médecine, autre

Réanimation

REAPOL	Réanimation polyvalente
REAMED	Réanimation médicale
REACHI	Réanimation chirurgicale
REANEO	Réanimation néonatale
REAPED	Réanimation pédiatrique
REASPE	Réanimation spécialisée
REAAUT	Réanimation, autre

Gynécologie et obstétrique

OBSOBS	Gynécologie-obstétrique, maternité
OBSCHI	Gynécologie chirurgicale
OBSGYN	Gynécologie, suivi de grossesse
OBSAUT	Gynécologie-obstétrique, autre

Autres spécialités

SSRREE	SSR, rééducation et réadaptation fonctionnelle
SSRAUT	SSR, autre
SLDSL	Soins de longue durée (SLD)
PSYPSY	Psychiatrie
BRULES	Prise en charge spécialisée de brûlés
PRTURG	Service « Porte » / Urgences
EHPEHP	EHPAD
HADHAD	HAD

Note : les services ou unités de soins intensifs (USI) ou de surveillance continue (USC) seront associés à la spécialité médicale ou chirurgicale correspondante. Ils ne doivent pas être confondus avec les services ou unités de réanimation, définis par les articles R. 6123-33 et R. 6123-34 du Code de la santé publique.

Source : enquête nationale de prévalence des IAS et des traitements anti-infectieux 2017

Annexe 2 – Synthèse des recommandations du sondage urinaire à demeure (février 2018)

Indications pertinentes :

Indication pertinente	Source
1/ Rétention urinaire Rétention urinaire aiguë <ul style="list-style-type: none"> - Sans obstruction sous-vésicale (exemple : rétention urinaire iatrogène) - Avec obstruction sous-vésicale non traumatique et non infectieuse (exemple : hypertrophie prostatique bénigne en poussée) - >=150 cc Rétention urinaire chronique avec obstruction sous-vésicale	<p>A-B</p> <p>D</p> <p>B</p>
2/ Chirurgie <ul style="list-style-type: none"> - Chirurgie urologique ou autre chirurgie sur des structures anatomiques contiguës du tractus uro-génital – chirurgie pelvienne et urétéro-vésico-prostatique* - Anticipation d’une durée opératoire longue (dans ce cas, la SU devrait être enlevée dès la salle de réveil) – anesthésie générale de plus de 3 heures* - Patients pour lesquels il est prévu une perfusion de grand volume ou l’administration de diurétiques pendant la chirurgie - Nécessité de suivre le volume/débit urinaire en per-opératoire (ex : chirurgie à risque hémorragique*, sauf avis contraire motivé du chirurgien et/ou de l’anesthésiste responsables) - Pré-ou post-opératoire, selon protocole local 	<p>A-*C</p> <p>A-*C</p> <p>A</p> <p>A-*C</p> <p>D</p>
3/ Mesure du débit et du volume urinaire, recueil d’urines <ul style="list-style-type: none"> - Mesure horaire indispensable pour la prise en charge du patient (en réanimation par exemple) - Mesure du volume sur 24h ne pouvant être réalisée par d’autres moyens - Recueil d’urines sur 24h ne pouvant être réalisée par d’autres moyens 	<p>A-B-D</p> <p>B-D</p> <p>B</p>
4/ Incontinence urinaire dans certaines circonstances particulières Escarres ou autres plaies sévères <ul style="list-style-type: none"> - ne pouvant être isolés de l’incontinence urinaire malgré le traitement local de la plaie et les autres stratégies de prise en charge de l’incontinence Patients dont la prise en charge est difficile <ul style="list-style-type: none"> - difficulté de réaliser les soins de nursing malgré les autres stratégies de prise en charge de l’incontinence (exemples : les soins provoquent une décompensation cardiaque et/ou respiratoire, immobilisation prolongée stricte** – fracture du bassin, traumatisme vertébral – excès de poids (...)) 	<p>A-B-D</p> <p>B</p> <p>**A-D</p>
5/ Situations particulières <ul style="list-style-type: none"> - Réduction de la douleur aiguë sévère lors des mouvements lorsque d’autres possibilités d’évacuation des urines sont impossibles - Amélioration du confort des patients en fin de vie, selon les souhaits du patient et de sa famille - Prise en charge d’une hématurie majeure avec caillots - Situations dans lesquelles d’autres types de drainage de l’urine seraient indiqués, mais difficiles à mettre en place par du personnel expérimenté, ou ne conduisant pas à une vidange de la vessie optimale 	<p>A-B</p> <p>A-B-D</p> <p>B-D</p> <p>B</p>

Indications non pertinentes :

Indication non pertinente	Source
1/ Incontinence urinaire, lorsque les soins cutanés et la mobilisation est possible, notamment les patients sans lésion cutanée, avec dermatose liée à l'incontinence, escarres de type I et II, plaie fermée	A-B
2/ Utilisation de routine sans indication précise	B
3/ Prévention des chutes (le sondage urinaire limitant la nécessité de se lever pour uriner)	B
4/ Mesure du volume urinaire résiduel	A-B
5/ Recueil d'urine stérile ou non stérile lorsqu'une autre technique est possible	B
6/ Demande du patient ou de la famille lorsqu'il n'y a pas de difficulté à l'émission des urines chez le patient qui n'est pas en fin de vie, y compris pour les transports	B
7/ Patient devant garder le lit, sans obligation de repos strict	B
8/ Prévention des infections urinaires en cas d'incontinence fécale ou de diarrhée ; émissions d'urines douloureuses et fréquentes chez les patients avec infection urinaire	B
9/ Durée opératoire longue sans indications appropriées (exemple : effet prolongé d'une anesthésie péridurale ...)	A
10/ Miction spontanée et absence de résidu post-mictionnel	C
11/ Atteinte de la moelle épinière ou autre trouble de la vidange vésicale pouvant bénéficier d'un sondage intermittent	C

Références

Référence	Note
A. Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. <i>Infect Control Hosp Epidemiol.</i> 2010;31:319-26.	<i>Guidelines HICPAC 2009 du CDC (dernière mise à jour : février 2017)</i>
B. Meddings J, Saint S, Fowler KE, Gaies E, Hickner A, Krein SL, Bernstein SJ. The Ann Arbor Criteria for Appropriate Urinary Catheter Use in Hospitalized Medical Patients: Results Obtained by Using the RAND/UCLA Appropriateness Method. <i>Ann Intern Med.</i> 2015 May 5;162(9 Suppl):S1-34.	<i>Revue de la littérature et consensus d'expert (méthode RAND/UCLA) Ne concerne que les indications « médicales » du sondage urinaire</i>
C. Révision des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge et la prévention des Infections Urinaires Associées aux Soins (IUAS) de l'adulte. Association Française d'Urologie (AFU), Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH), Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), 2015.	
D. Laan BJ, Spijkerman IJ, Godfried MH, Pasmooij BC, Maaskant JM, Borgert MJ, Opmeer BC, Vos MC, Geerlings SE. De-implementation strategy to Reduce the Inappropriate use of urinary and intravenous CATHeters: study protocol for the RICAT-study. <i>BMC Infect Dis.</i> 2017 Jan 10;17(1):53.	<i>Protocole d'une étude visant à réduire les indications inappropriées du sondage urinaire. Présente une revue de la littérature des indications.</i>

Méthodologie : stratégie de recherche

1/ Recherche dans PubMed/MEDLINE :

Formule de recherche : ("Urinary Catheterization"[Mesh] AND ("Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Guideline" [Publication Type])) OR (URINARY[TI] AND CATHETER*[TI] AND (GUIDELINE*[TIAB] OR RECOMMEND*[TIAB] OR INDICATION*[TIAB]))

Filtre : 10 dernières années, langage : anglais et français, humains

Résultat : (Interrogation en 02/2018) – N=206 références trouvées – Sélection sur titres puis sur abstracts : 3 références retenues

2/ Recherche sur les sites des sociétés savantes françaises :

SPILF (Société de pathologie infectieuse de langue française) / SF2H (Société française d'hygiène hospitalière) / AFU (Association française d'urologie) - N=1 référence trouvée et retenue.