

## Pertinence de l'indication et bonnes pratiques autour du sondage urinaire à demeure

16<sup>ème</sup> journée caennaise de prévention des IAS –  
le 11/10/2016

Drs F Fahss, A Gabard – CH Avranches-Granville

CENTRE HOSPITALIER  
AVRANCHES-GRANVILLE

# Sommaire

Introduction

Matériels et Méthodes

Objectifs de l'étude

Résultats - Discussion

Conclusion

# Introduction

## Place des IU liées à la pose de SAD

### ENP 2006\* :

358 353 patients inclus  
(95 % lits)



**1<sup>er</sup> rang des IN=IU**

→ parmi patients sondés: **15 %** IU noso  
contre **3%** chez les non sondés (DS)

### ENP 2012\*\* :

300 330 patients inclus  
(90 % lits)



**1<sup>er</sup> rang des IN=IU**

→ parmi patients sondés: **17 %** IU noso  
contre **4%** chez les non sondés (DS)

\* Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2006. Synthèse des résultats

\*\*Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, France, mai-juin 2012

# Introduction

## Bactériémies nosocomiales (BN)

Inter-région OUEST (2010)

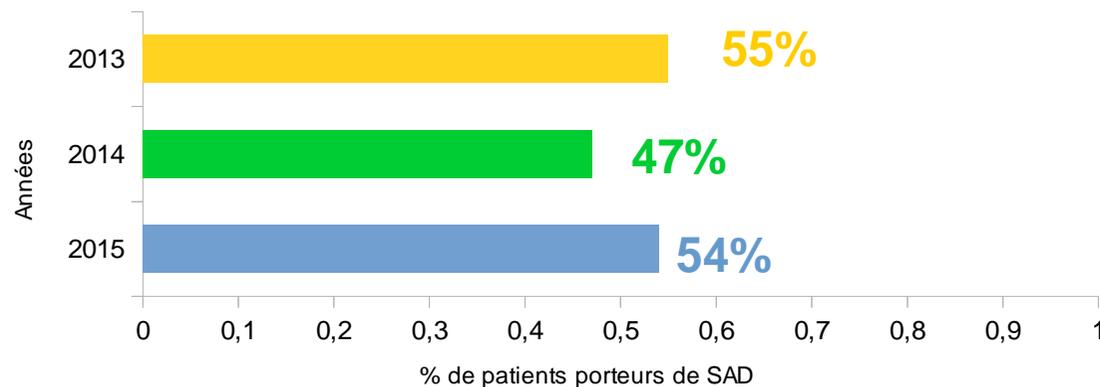
→ porte d'entrée urinaire = **1<sup>er</sup> rang** (24% des BN) avec **58 % patients porteurs de SAD**

CH Avranches-Granville (surveillance BN)

2013 : **2<sup>e</sup> rang (33%)**

2014 : **3<sup>e</sup> rang (20%)**

2015 : **1<sup>er</sup> rang (23%)**



Contexte au CH Avranches-Granville

# Matériels et Méthodes

## Fiche projet EPP (appui de la cellule EPP)

- délimiter la démarche avec détermination des objectifs
- se fixer des échéances
- déterminer la méthodologie employée
- définir les items à rechercher

(+ recherche bibliographique\*)



Prévalence

Analyse rétrospective

Nombre minimal de dossiers : 30

Epidata

Epidata analysis

\*Amélioration des pratiques du sondage urinaire : pertinence et pose- Référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles. REQUA-RFCLIN-PRIMAIR, 2007  
Guideline for prevention of catheter associated urinary tract infections. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), 2009.  
Sondage vésical à demeure en système clos : indications et pose entretien et surveillance. CCLIN SE, 2010.  
Le sondage vésical, CCLIN ARLIn Basse-Normandie, 2014.

# Objectifs principaux de l'étude

## **Objectif principal**

- Évaluer la pertinence des indications de pose

## **Objectifs secondaires**

- Mesurer la prévalence SAD prescrites au CHAG
- Évaluer les pratiques de prescription (traçabilité)
- Évaluer la réévaluation de la pose si maintien de la sonde >3 jours

# Matériels et Méthodes

## Mesure de la prévalence du portage

- **Passage un jour donné**, sur une semaine dans tous les services  
→ recueil nom / prénom / DDN des patients porteurs de SAD

### PATIENTS

Critères  
d'inclusion

>ou= 16 ans  
SAD posée au cours de  
l'hospitalisation  
Sonde posée en per-opératoire

Critères  
d'exclusion

Porteurs de SAD à leur admission  
Sondages intermittents  
Auto-sondages  
Hétérosondages  
Sondes à double courant

### SERVICES

Urgences	SSR
Réa-USC	SLD
MCO	EHPAD

Néonatal/pédiatrie
Services d'imagerie

# Matériels et Méthodes

## Analyse rétrospective

- dans les dossiers patient
- minimum 3 semaines après la pose
- un médecin gériatre,  
un chirurgien urologue  
un praticien hygiéniste
- questionnaire pré-établi

CENTRE HOSPITALIER AVRANCHES-GRANVILLE

### AUDIT PERTINENCE DE L'INDICATION ET BONNES PRATIQUES DU SONDAGE URINAIRE A DEMEURE

Service ..... Code service .....

Spécialité  Médecin généraliste  Chirurgien  Réanimateur  Anesthésiste

#### PATIENT

Sexe  Homme  Femme Age \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### SONDE A DEMEURE

Date de pose : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date de retrait : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Le patient est continent AVANT la pose  OUI  NON  NSP

La prescription de la pose de sonde urinaire est présente :  OUI  NON

Si oui, cette prescription est  OUI  NON  
- datée  OUI  NON  
- comporte le nom du prescripteur  OUI  NON  
- signée  OUI  NON

La pose de la sonde est justifiée de façon claire dans le dossier patient  OUI  NON

L'indication de la pose est écrite ou déductible (cocher une ou plusieurs cases)  OUI  NON

Chir.gynéco-obstétricale (hors césarienne)  Chir.colorectale  
 Chir.ortho/traumato  Chir.urologique  
 Autre type de chirurgie, préciser : .....

Visée diagnostique (épreuve uro-dynamique)  Surveillance de diurèse  
 Rétention urinaire aigüe  Incontinence urinaire  
 Confort en soins palliatifs  Escarre sacrée  
 Vessie neurologique  Inconnue  
 Douleur

Autre motif, préciser : .....

En cas de sondage > 3 jours, une justification est tracée dans le dossier  OUI  NON  NA

Une seconde pose a été nécessaire dans les 12h après le (1er) retrait de la sonde  OUI  NON  NA

Une infection urinaire est associée à la pose de la SAD  OUI  NON

Si oui, - un traitement antibiotique a été instauré  OUI  NON  NSP  
- la bactérie mise en cause est multi-résistante  OUI  NON  NSP

La pose de la SAD est pertinente  OUI  NON

# Matériels et Méthodes

## Questionnaire

Données séjour / patient

Sonde à demeure

- Date de pose / retrait
- Prescription de la pose
- Justifications / Indications
- Réévaluation si > 3jours
- Nécessité d'1 seconde pose
- Infection urinaire
- BMR

Pertinence de l'indication ?

CENTRE HOSPITALIER AVRANCHES-GRANVILLE

### AUDIT PERTINENCE DE L'INDICATION ET BONNES PRATIQUES DU SONDAGE URINAIRE A DEMEURE

Service ..... Code service .....

Spécialité  Médecin généraliste  Chirurgien  Réanimateur  Anesthésiste

#### PATIENT

Sexe  Homme  Femme Age \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### SONDE A DEMEURE

Date de pose : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date de retrait : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Le patient est continent AVANT la pose  OUI  NON  NSP

La prescription de la pose de sonde urinaire est présente :  OUI  NON

Si oui, cette prescription est  OUI  NON  
- datée  OUI  NON  
- comporte le nom du prescripteur  OUI  NON  
- signée  OUI  NON

La pose de la sonde est justifiée de façon claire dans le dossier patient  OUI  NON

L'indication de la pose est écrite ou déductible (cocher une ou plusieurs cases)  OUI  NON

Chir.gynéco-obstétricale (hors césarienne)  Chir.colorectale  
 Chir.ortho/traumato  Chir.urologique  
 Autre type de chirurgie, préciser : .....

Visée diagnostique (épreuve uro-dynamique)  Surveillance de diurèse  
 Rétention urinaire aigüe  Incontinence urinaire  
 Confort en soins palliatifs  Escarre sacrée  
 Vessie neurologique  Inconnue  
 Douleur

Autre motif, préciser : .....

En cas de sondage > 3 jours, une justification est tracée dans le dossier  OUI  NON  NA

Une seconde pose a été nécessaire dans les 12h après le (1er) retrait de la sonde  OUI  NON  NA

Une infection urinaire est associée à la pose de la SAD  OUI  NON

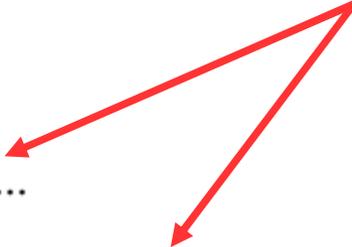
Si oui, - un traitement antibiotique a été instauré  OUI  NON  NSP  
- la bactérie mise en cause est multi-résistante  OUI  NON  NSP

La pose de la SAD est pertinente  OUI  NON

# Matériels et Méthodes

## Questionnaire *Données séjour / patient*

Code du service et  
spécialité du médecin  
en charge lors de la  
prévalence



Service ..... Code service .....

Spécialité  Médecin généraliste  Chirurgien  Réanimateur  Anesthésiste

### **PATIENT**

Sexe  Homme  Femme

Age \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

# Matériels et Méthodes

## Questionnaire *Sonde à demeure*

### SONDE A DEMEURE

Date de pose : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date de retrait : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Le patient est continent AVANT la pose

OUI  NON  NSP

La prescription de la pose de sonde urinaire est présente :

OUI  NON

Si oui, cette prescription est

- datée

OUI  NON

- comporte le nom du prescripteur

OUI  NON

- signée

OUI  NON

La pose de la sonde est justifiée de façon claire dans le dossier patient

OUI  NON

L'indication de la pose est écrite ou déductible (cocher une ou plusieurs cases)

OUI  NON

# Matériels et Méthodes

## Questionnaire *Sonde à demeure*

L'indication de la pose est écrite ou déductible (cocher une ou plusieurs cases)

**OUI**  **NON**

Chir.gynéco-obstétricale (hors césarienne)

Chir.colorectale

Chir.ortho/traumato

Chir.urologique

Autre type de chirurgie, préciser : .....

Visée diagnostique (épreuve uro-dynamique)

Surveillance de diurèse

Rétention urinaire aigüe

Incontinence urinaire

Confort en soins palliatifs

Escarre sacrée

Vessie neurologique

Inconnue

Douleur

Autre motif, préciser : .....

# Matériels et Méthodes

## Questionnaire *Les suites de la pose*

En cas de sondage > 3 jours, une justification est tracée dans le dossier  OUI  NON  NA

Une seconde pose a été nécessaire dans les 12h après le (1er) retrait de la sonde  OUI  NON  NA

Une infection urinaire est associée à la pose de la SAD  OUI  NON

Si oui, - un traitement antibiotique a été instauré  OUI  NON  NSP

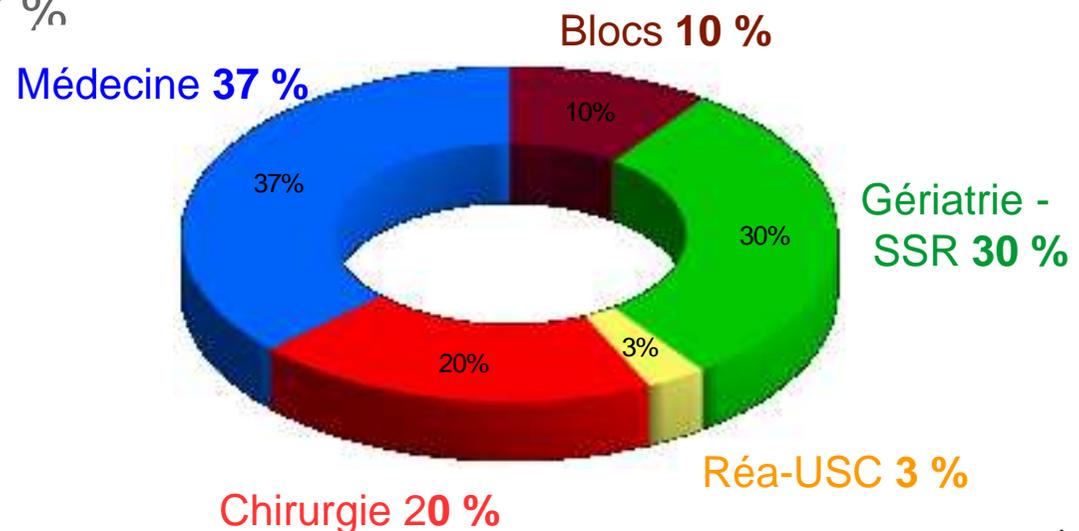
- la bactérie mise en cause est multi-résistante  OUI  NON  NSP

La pose de la SAD est pertinente  OUI  NON

# Résultats

## Données patient

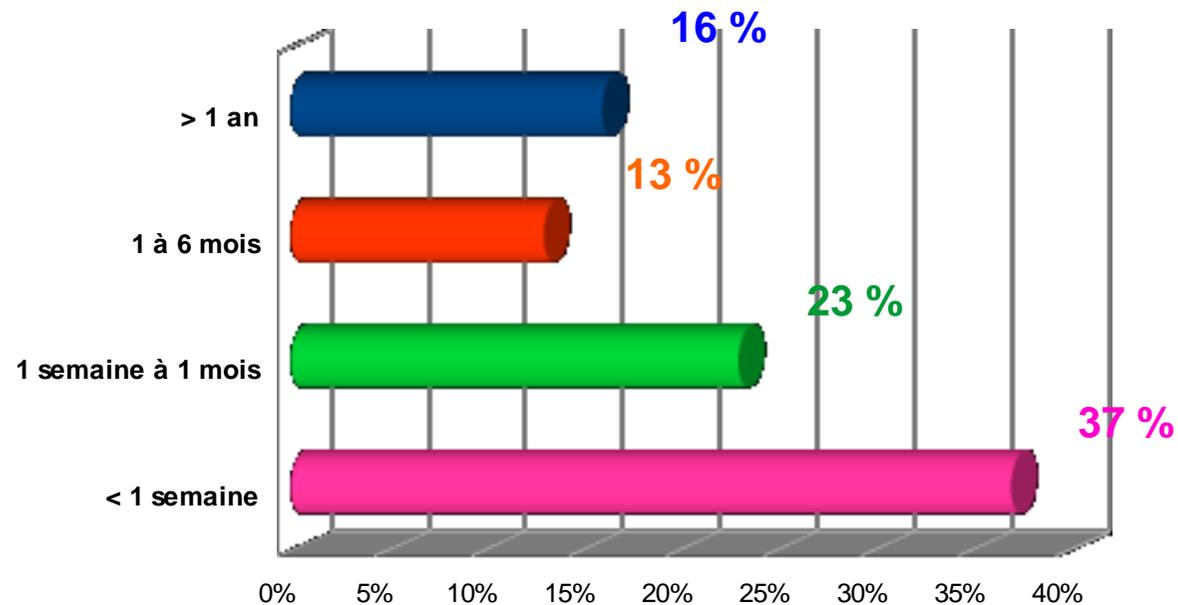
- 42 patients porteurs SAD → 40 poses au CHAG
- 30 patients inclus (tirage au sort)
- 60 % > 80 ans [44;104]
- autant d'hommes que de femmes
- Continence avant la pose : 67 %
- Services de pose



# Résultats

## Sondage à demeure

- Durée de pose moyenne : 23 jours



# Discussion

## LES POINTS FORTS

### 1/ Prévalence= 6,4 %

- 40 porteurs de SAD et 622 patients hospitalisés au moment de l'enquête

→ Moyenne nationale 2012\* : 8,1 % (DNS)

→ Moyenne européenne 2012\*\* : 17,2 % (DS)

### 2/ Les suites de la pose

- Nécessité d'une 2<sup>nde</sup> pose  $\leq$  12h après le retrait : 20 %

\*Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, France, mai-juin 2012

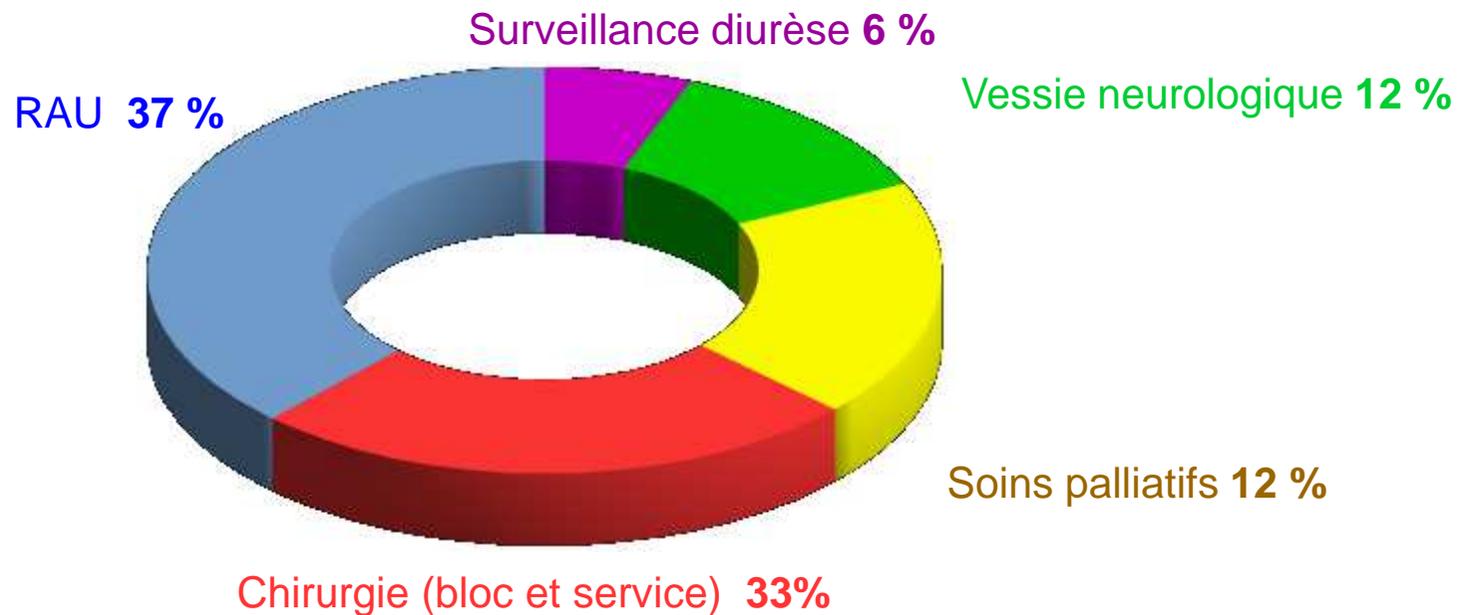
\*\*Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011–2012. ECDC 2012.)

# Discussion

## LES POINTS FORTS

### 2/ Intérêt médical de la pose

Pertinence du SAD : **83 %**



# Discussion

## LES POINTS A AMELIORER

### 1/ Prescription médicale

- Traçabilité conforme : **47 %** (date, nom et signature)

### 2/ Les suites de la pose

- Traçabilité de la réévaluation si pose > 3j : **23 %**
- Infection urinaire associée au sondage : **30 % (1 BMR)**
- **retrait tardif de la sonde** sans justification (3 cas)

# Conclusion

## Présentation des résultats

1/ CLIN le 24/11/15 avec propositions :

- d'un retour en réunions de pôle/CSIMR
- insertion prescription et suivi IDE dans PHARMA ?

2/ Lettre aux correspondants médicaux hygiène

→ poursuite de la lettre 2 fois/an

3/ Prévisions :

- 2016 : un audit d'observation ou auto évaluation des poses de SAD
- 2017/2018 : un 2e tour de la pertinence

**Lettre des correspondants 2016 n°2**

### 1. EPP Pertinence du sondage urinaire à demeure (SAD)

**Pourquoi ?**  
Au niveau national → Infection urinaire (IU) = 1<sup>er</sup> rang des infections nosocomiales  
→ 1 patient sondé à demeure sur 6 contracte une IU nosocomiale  
Au CHAG → IU = 1<sup>er</sup> rang des portes d'entrées des bactériémies nosocomiales avec > 50 % des patients porteurs de SAD

**Matériels et méthodes**  
Prévalence 1 jour donné (passage un jour donné dans tous les services pour évaluer le taux de patients porteurs de SAD, pose faite au CHAG)  
Analyse rétrospective de 30 dossiers par Drs F Fahs, un assistant urologue, A Gabard.

**Objectifs**  
→ Evaluer la pertinence de l'indication d'un sondage urinaire à demeure  
→ Evaluer la réévaluation si maintien de la sonde >3 jours  
→ Mesurer les bonnes pratiques médicales autour de la pose

**Résultats**

 <ul style="list-style-type: none"><li>- Prévalence de portage de SAD = 6,2% (Moyenne nationale : 8,1 % Moyenne européenne : 17,2%)</li><li>- Justification claire de l'Indication : 80 % (bonne ou mauvaise)</li><li>- 1 seule infection à BMR</li><li>- Indication de pose pertinente à 80 %</li></ul>	 <ul style="list-style-type: none"><li>- Traçabilité prescription du SAD 47 %</li><li>- Réévaluation de la pertinence si &gt;3 = 23%</li><li>- Absence de justification quand retrait tardif de la sonde</li></ul>
---	---

**Discussion**  
**Quelques grands principes de base**  
→ Les indications sont une prescription médicale  
→ Elles doivent être limitées au maximum et reconsidérées chaque jour.  
→ Le sondage intermittent est préférable à la sonde à demeure.  
→ L'état pénien en alternative au sondage à demeure est préférable lorsqu'il est médicalement possible.  
→ L'incontinence urinaire n'est pas une indication de sondage vésical à demeure

**Les Indications du sondage urinaire à demeure\***

<b>Justifiées</b> <ul style="list-style-type: none"><li><b>Rétention ou obstruction urinaire</b></li><li><b>Chirurgie abdomino-pelvienne</b> : intervention gynécologique et obstétrique (hors césarienne), urologique, colorectale, chirurgie de l'incontinence.</li><li><b>Chirurgie orthopédique et traumatologique</b></li><li>Cause médicale nécessitant une <b>surveillance de diurèse stricte</b> (insuffisance rénale aigüe, réanimation)</li></ul>	<b>A discuter au cas par cas</b> <ul style="list-style-type: none"><li><b>Prévention de la macération et de l'infection d'escarre sacrée</b> chez les patients alités ou incontinents urinaires</li><li>Confort chez le patient en stade terminal</li></ul>	<b>Injustifiées</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Surveillance de la diurèse (sans cause médicale précise)</li><li>Incontinence urinaire, Vessie neurologique si le sondage intermittent est possible</li></ul>
---	---	---

\*Reproduction des données de sondage urinaire : surveillance et suivi. Révisé et actualisé des données professionnelles. RESSURCIP, 2017. Réactualisation 2016 de la base de données pour le suivi du sondage et de la prévention des IAD. Dr Fahs, Dr Gabard, Dr F. Fahs, Dr A. Gabard.

# Conclusion

## Présentation des résultats

### Quelques grands principes de base

- Les indications sont une prescription médicale
- Elles doivent être limitées au maximum et reconsidérées chaque jour.
- Le sondage intermittent est préférable à la sonde à demeure.
- L'étui pénien en alternative au sondage à demeure est préférable lorsqu'il est médicalement possible.
- L'incontinence urinaire n'est pas une indication de sondage vésical à demeure

### Les Indications du sondage urinaire à demeure\*

#### Justifiées

- . **Rétention ou obstruction urinaire**
- . **Chirurgie abdomino-pelvienne** : intervention gynécologique et obstétrique (hors césarienne), urologique, colorectale, chirurgie de l'incontinence,
- . **Chirurgie orthopédique et traumatologique**
- . Cause médicale nécessitant une **surveillance de diurèse stricte** (insuffisance rénale aigüe, réanimation)

#### A discuter au cas par cas

- . **Prévention de la macération et de l'infection d'escarre sacrée** chez les patients alités ou incontinents urinaires
- . **Confort** chez le patient en stade terminal

#### Injustifiées

- . **Surveillance de la diurèse** (sans cause médicale précise)
- . **Incontinence urinaire,**
- . **Vessie neurologique** si le sondage intermittent est possible

# Conclusion

## Spécificités en Gériatrie ?

### Indications : identiques mais

- Mesure de la diurèse : peser bénéfiques/risques
- Rétention urinaire : penser au fécalome, iatrogénicité ( Diagnostic parfois difficile)
- Incontinence urinaire: si aiguë, rechercher diagnostic différentiel  
Pas d'indication à poser une sonde à demeure
- Mobilisations douloureuses
- Troubles cutanés
- Fin de vie ?

# Conclusion

## Spécificités en Gériatrie ?

Sensibilisation des soignants surtout en situation d'urgence

Réévaluation 24/48 h après pose puis plusieurs fois par semaine  
(40 % des infections urinaires peuvent être prévenues par le retrait de la sonde)

Attention +++ aux sondes oubliées !!!

Majoration de la dépendance

« Spirale » de la fragilité

Inconfort pour le patient?

Incidence psychologique

# Conclusion

## Spécificités en Gériatrie ?

### Alternatives :

Incontinence urinaire : protections

Etui pénien

Bladderscan

Sondages intermittents si situation temporaire

# Conclusion

## Retour sur l'organisation

### Points positifs :

- implication pluriprofessionnelle pour l'amélioration des pratiques
- peu d'audits sur le sujet / 1er tour d'audit à ce sujet dans l'établissement
- facile à mettre en œuvre car prévalence et analyse rétrospective

### Difficultés rencontrées:

- manque de différenciation entre le service de pose et celui le jour du passage
- disponibilité des médecins pour étudier les dossiers
- rendre les résultats aux médecins
- peu de biblio sur le sujet → nécessité d'un consensus intra-établissement ?

# Conclusion



*Merci de votre attention*