

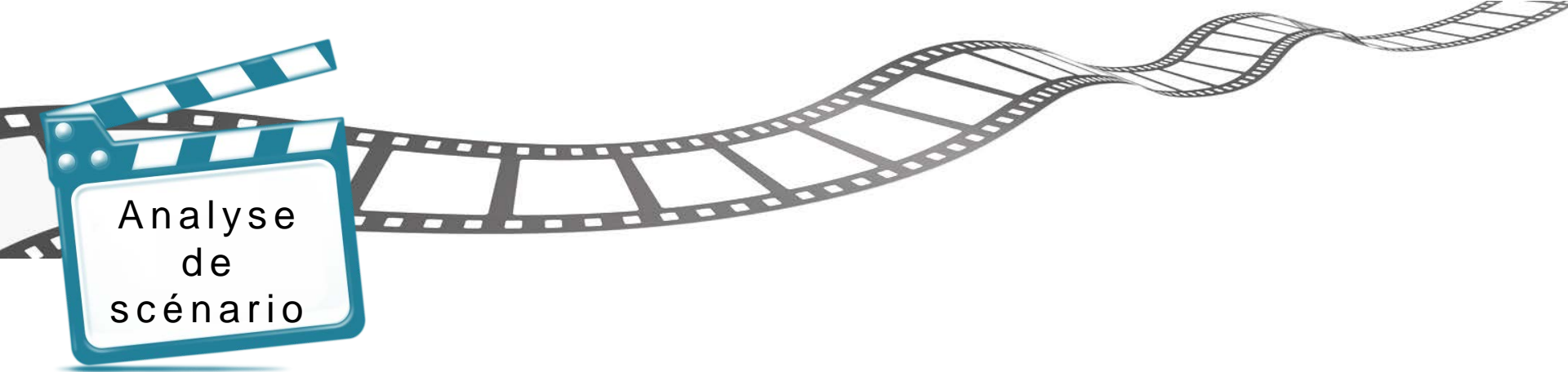
Analyse  
de  
scénario

# Guide pédagogique d'analyse du film « C'EHPAD toujours une infection urinaire »



Centre d'appui pour la prévention  
des infections associées aux soins

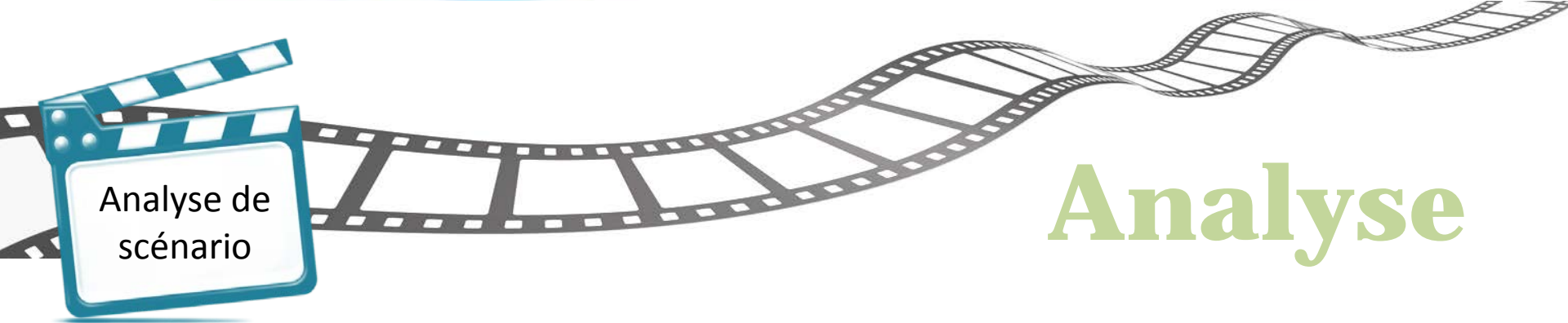




Analyse  
de  
scénario

## Objectifs :

- Présenter sous forme de diaporama l'analyse de l'erreur principale, les dommages associés aux soins, les facteurs contributifs et les barrières qui auraient pu éviter cet évènement.

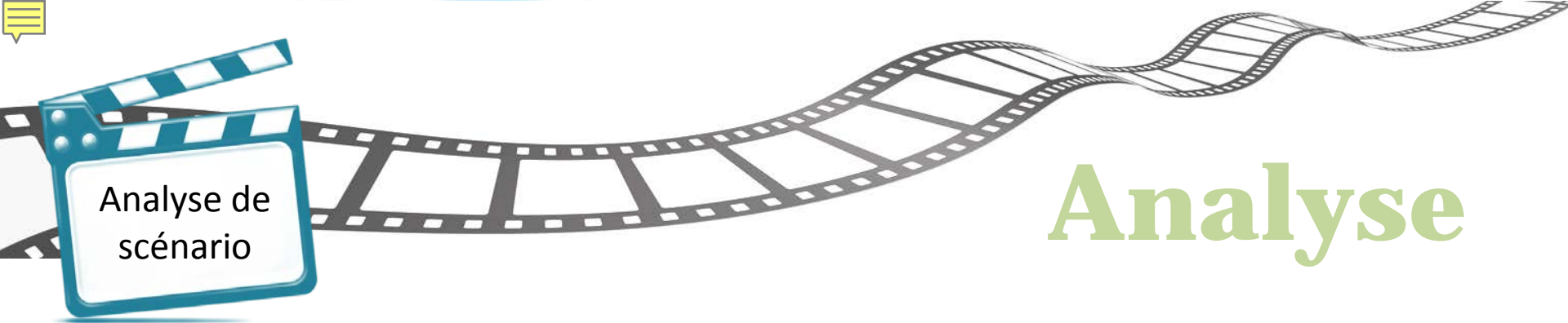


Analyse de  
scénario

# Analyse

Nous sommes le 6 décembre 2017.

Mme Dupont, incontinente et insuffisante rénale, est une résidente de 82 ans dans un EHPAD sans pharmacie à usage intérieur.



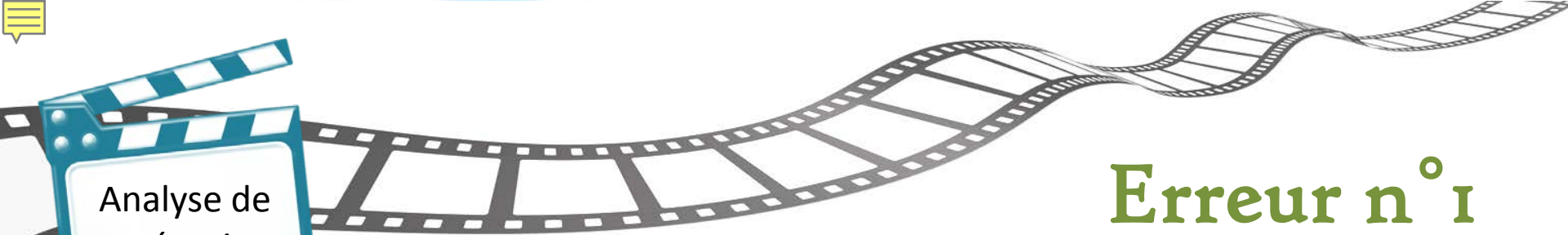


Analyse de  
scénario

**Analyse**

---

## **ERREUR PRINCIPALE :**

Réalisation d'une bandelette urinaire suite à des urines malodorantes suivie de l'instauration d'une antibiothérapie sans examen clinique.



Analyse de  
scénario

## Erreur n°1

### Réalisation d'une bandelette urinaire (BU) suite à des urines malodorantes

---

- **Colonisation urinaire très fréquente chez le sujet âgé :**

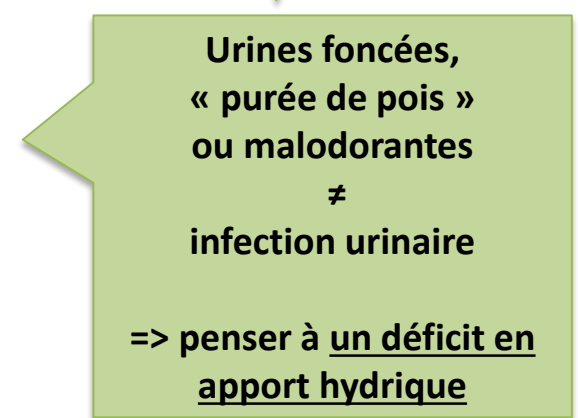
Risque de colonisation urinaire ↗ avec âge, sexe féminin et dépendance  
=> 20 à 50 % des patients âgés résidants en institution ont une colonisation urinaire\*

- **Symptômes des infections urinaires chez le sujet âgé :**

Fréquemment **pauci symptomatique** ou **atypique** associant confusion, dépendance fonctionnelle, chute...



Ni BU ni ECU  
sans  
symptôme



Urines foncées,  
« purée de pois »  
ou malodorantes  
≠  
infection urinaire

=> penser à un déficit en  
apport hydrique



Analyse de  
scénario

## Erreur n° 2

### *Boîte de BU périmée. Péremption non vérifiée par l'aide-soignante*

---

- Avant chaque utilisation, vérifier la date de péremption
- Respecter les conditions de conservation des bandelettes indiquées par le fabricant :
  - sensibles à la chaleur, à l'humidité et à la lumière  
→ si réactif altéré, résultats difficiles à lire voire faux
  - à conserver dans le flacon d'origine avec le desséchant
  - sortir seulement au moment de l'utilisation





Analyse de  
scénario

## Erreur n°3

### *Réalisation de la BU dans la protection et sans respect du délai de lecture*

---

- **Bonnes pratiques du recueil d'urines pour bandelette :**
  - Pas de nécessité de toilette périnéale préalable
  - Urines fraîchement émises
  - 2<sup>ème</sup> jet urinaire de préférence (élimination du 1<sup>er</sup> jet souillé par la flore urogénitale)
  - Récipient propre et sec, pas nécessairement stérile
  - Lecture à température ambiante 1 à 2 min après trempage (selon les tests utilisés)



**Respect strict du temps de lecture**




Analyse de  
scénario

## Erreur n° 4

### *Identitovigilance* *Mme Dumont à la place de Mme Dupont*

---

- **Identité transmise au médecin traitant erronée et incomplète**
  - Si transmission orale : faire répéter l'interlocuteur (vérification par feedback)
  - Si transmission écrite → utiliser l'étiquette du patient



**Identité**  
*= (a minima)*  
**NOM de naissance,**  
**Nom usuel,**  
**Prénom,**  
**Date de naissance,**  
**Sexe**





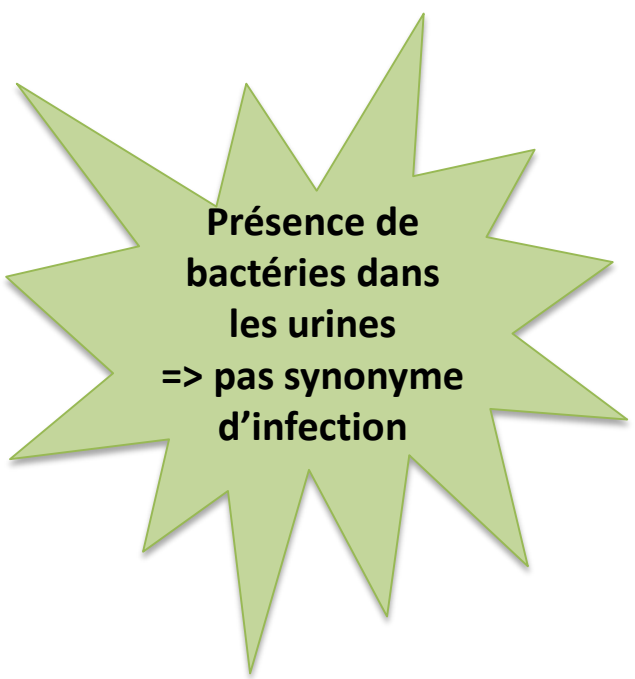
Analyse de  
scénario

## Erreur n°5


### *Diagnostic d'infection urinaire (IU)*

Orientation du diagnostic par l'aide-soignante et l'infirmière et confirmation du diagnostic par le médecin sans examen clinique

- Le **diagnostic médical** doit être fait par le médecin après examen du patient.
- Les infirmiers et les aides-soignants contribuent au diagnostic par retour d'informations précises au médecin.
- Dans un contexte d'infection urinaire, une BU est positive si présence de leucocytes et/ou de nitrites.
  - une BU négative correctement réalisée permet d'exclure avec une excellente probabilité le diagnostic d'IU chez la femme.
  - une BU positive ne permet pas d'affirmer une IU.



**Présence de  
bactéries dans  
les urines  
=> pas synonyme  
d'infection**



Analyse de  
scénario



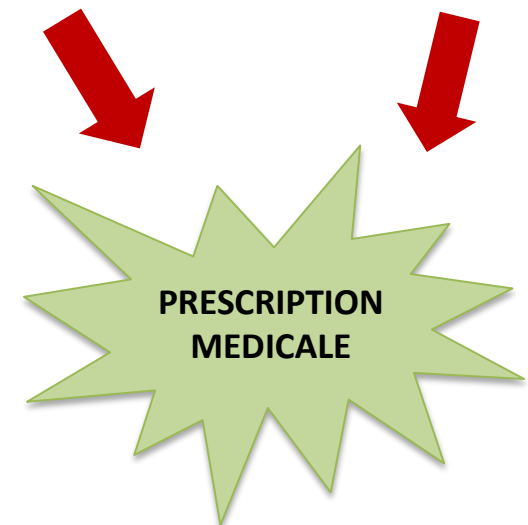
## Erreur n°6

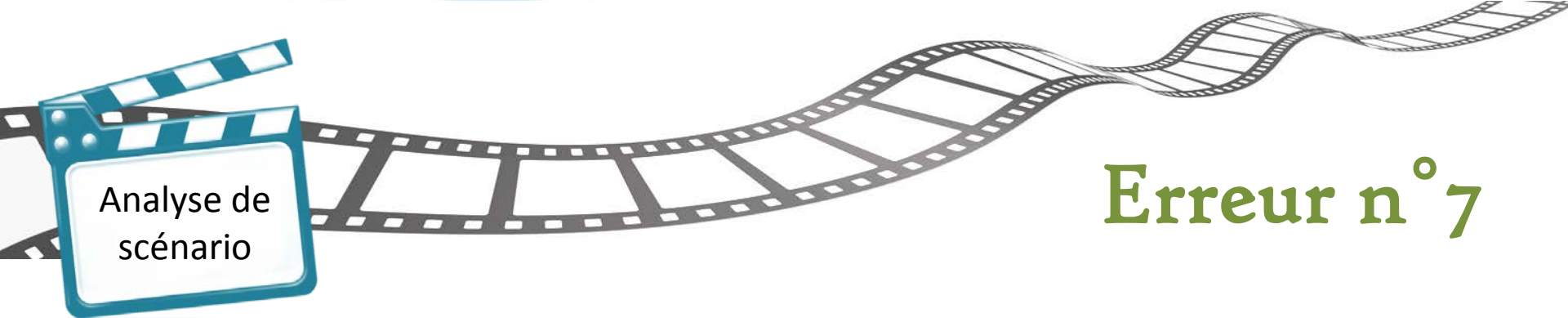
### *Prescription orale et non claire du médecin (Demande d'examen + médicament)*

---

- Les **demandes d'examen complémentaires** (ECBU, bilans biologiques...) et les **prescriptions de médicaments** doivent être rédigées **par un médecin**.
- Les prescriptions formulées par le médecin de vive voix ou par téléphone sont prohibées sauf cas particulier d'urgence, celles-ci doivent être régularisées a posteriori par une prescription **écrite, datée et signée**. Le médecin doit par ailleurs s'assurer que sa prescription orale est **claire et compréhensible**.
- Tout médicament administré doit être prescrit.

**Médicament**                      **Examen  
complémentaire**





Analyse de  
scénario

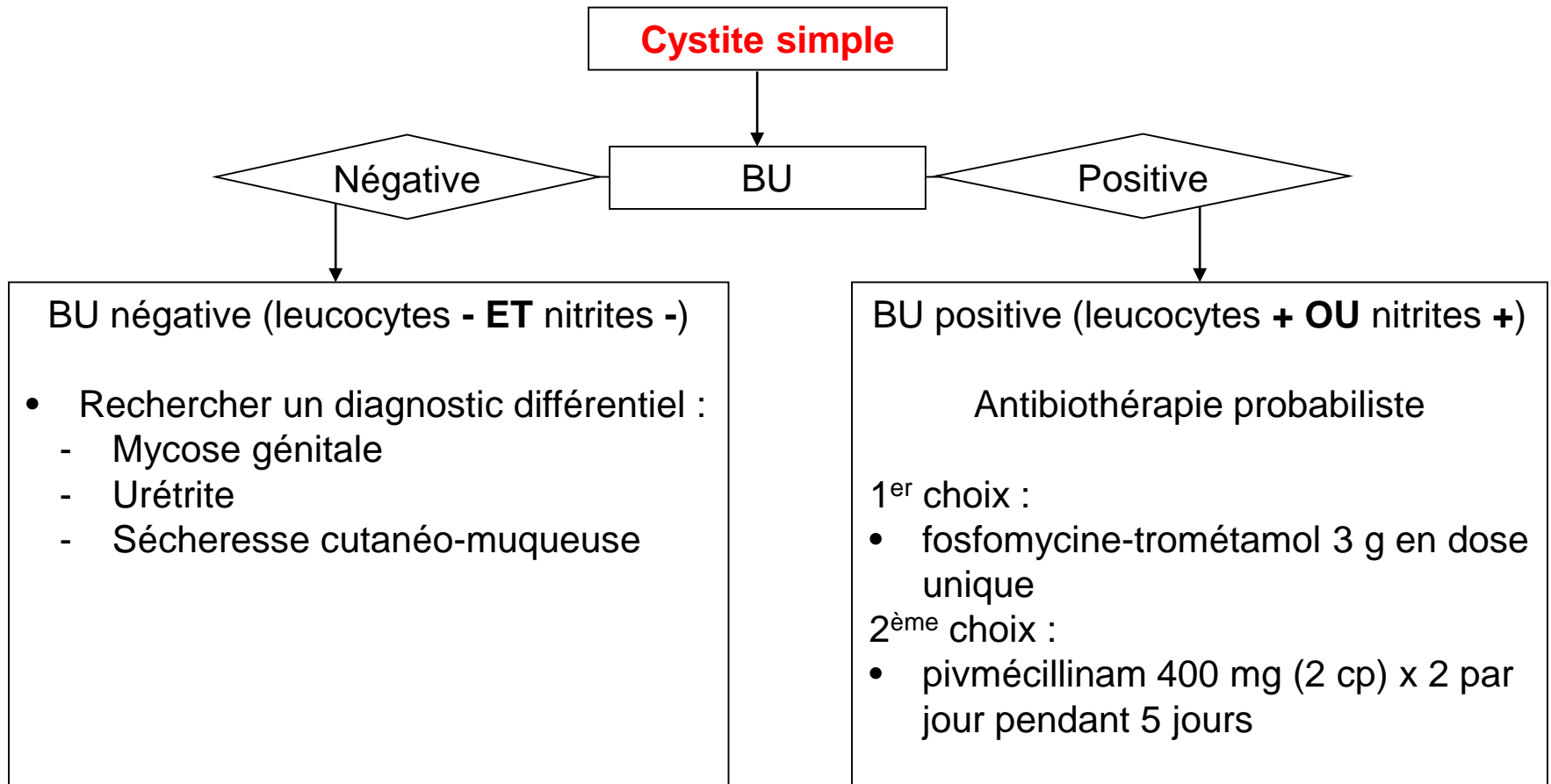
## Erreur n° 7

### *Le choix de l'antibiotique, posologie et durée de traitement*

---

- **Actualisation 2017 des recommandations de 2014 de la SPILF (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française) :**
  - Chez les **sujets âgés >75 ans ou > 65 ans et fragiles** : l'IU est à risque de complication et doit être traitée comme telle.
  - Les **fluoroquinolones et l'Augmentin®** ne doivent plus être prescrites dans les cystites à risque de complication
  - Dans ce cas précis : **colonisation urinaire → pas de traitement ATB**
- **Adaptation posologique de la ciprofloxacine chez l'insuffisant rénal :**
  - Cl entre 30ml et 60ml : 250mg à 500mg/prise, 2x/j
  - Cl < 30ml : 250mg à 500mg/prise, 1x/j

Actualisation 2017 des recommandations de 2014 de la SPILF  
Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes  
communautaires de l'adulte



**Actualisation 2017 des recommandations de 2014 de la SPILF**  
**Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes**  
**communautaires de l'adulte**

**Cystite à risque de complication**  
= ECBU

Traitement pouvant être différé de 24-48h  
Antibiothérapie initiale adaptée à  
l'antibiogramme :

- 1<sup>er</sup> choix amoxicilline
- 2<sup>ème</sup> choix pivmécillinam
- 3<sup>ème</sup> choix nitrofurantoïne
- 4<sup>ème</sup> choix fosfomycine-trométamol
- 5<sup>ème</sup> choix triméthoprim (TMP)


Traitement ne pouvant être différé  
Antibiothérapie initiale probabiliste

- 1<sup>er</sup> choix nitrofurantoïne
- 2<sup>ème</sup> choix fosfomycine -  
trométamol

Adaptation à l'antibiogramme dès que  
possible

Durée totale

- Amoxicilline, pivmécillinam et nitrofurantoïne : 7 j
- Fosfomycine- trométamol : 3 g à J1-J3-J5
- TMP : 5 j

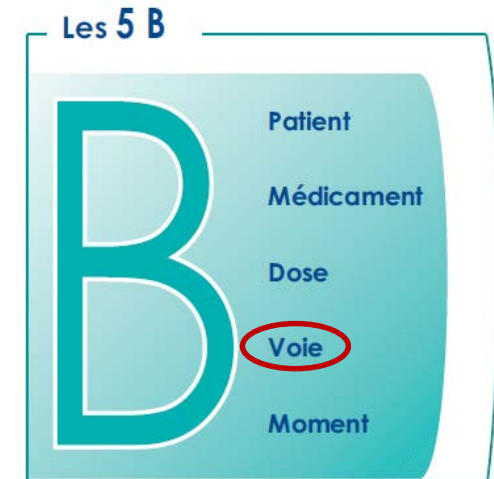


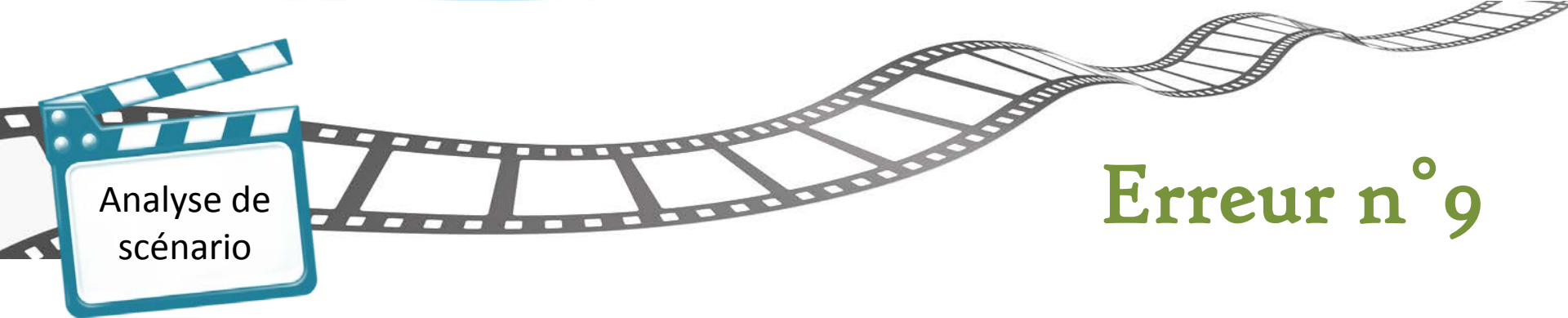
Analyse de  
scénario

## Erreur n°8

### *Voie d'administration de l'antibiotique non précisée par le médecin*

- **Identification des médicaments par :**
  - La dénomination commune international du médicament (DCI)
  - Le dosage
  - La posologie
  - La voie d'administration
  - La durée du traitement
- La **voie d'administration** doit être **précisée** lors de la prescription d'un médicament. Elle fait partie de la règle des 5B -> sécurisation de l'administration des médicaments





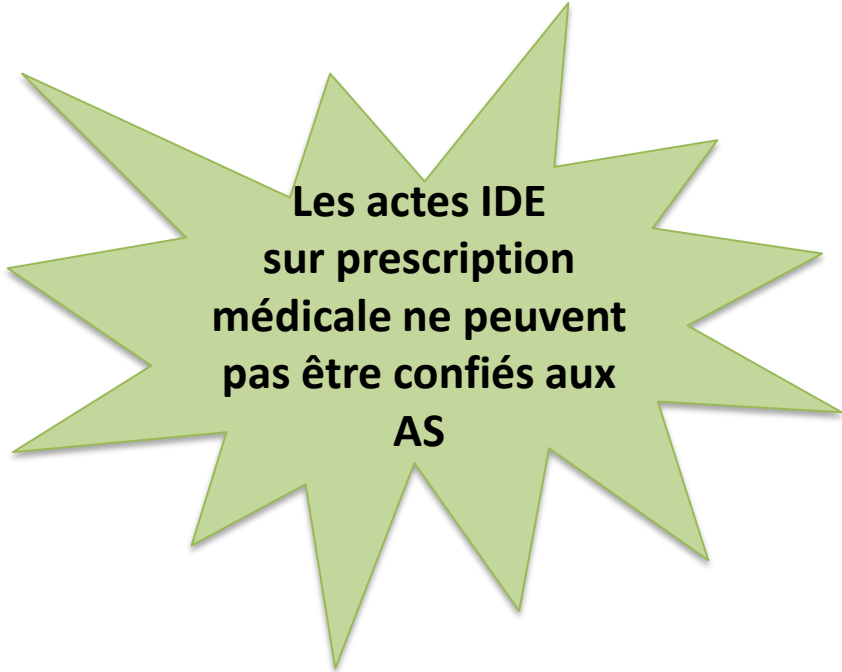
Analyse de  
scénario

## Erreur n° 9

### *ECBU réalisée par l'AS*

---


- L' **examen cytobactériologique des urines (ECBU)** est un acte réalisé en application d'une **prescription médicale**
- L'ECBU relève du rôle de l'infirmier.
- La liste des actes relevant du rôle IDE sur prescription est établie dans le code de la santé public (article R. 4311-7 du CSP)



**Les actes IDE  
sur prescription  
médicale ne peuvent  
pas être confiés aux  
AS**

## *Stock disponible de ciprofloxacin*

- Les **EHPAD ne disposant pas de PUI** peuvent détenir une **dotation des médicaments afin de faire face à des soins urgents**.  
(dans les conditions fixées par les articles L. 5126-6, R. 5126-112 et R. 5126-113 du CSP).
- Le **contenu maximal** de cette liste de médicaments pour soins urgents est **fixé par l'ARS**. (art R. 5126-113 du CSP)
- La **composition** qualitative et quantitative de cette dotation de médicaments peut être établie par le **médecin coordonnateur** en collaboration **avec le pharmacien référent** et les médecins prescripteurs. Elle est révisée autant que de besoin et le stock doit être périodiquement contrôlé.
- La dotation pourra contenir certains **antibiotiques** (Amoxicilline, Amoxicilline/Acide clavulanique, Ceftriaxone, Fosfomycine + trométamol, Pristinamycine), **antalgiques, médicaments du système cardiovasculaire, neurologique ou digestif** en fonction du profil des résidents.



**Les fluoroquinolones  
ne sont pas  
recommandées dans  
les dotations de  
médicaments de soins  
urgents**



Analyse de  
scénario

# Erreur n° II

## Mauvaise technique du recueil des urines pour l'ECBU

- **Bonnes pratiques du recueil d'urines pour ECBU :**

- Toilette urétrale ou vulvaire
- Récipient stérile
- Port des EPI (équipement de protection individuelle) :
  - Gants non stériles UU pour le recueil des urines (risque de contact avec liquide biologique)
  - Tablier UU en cas de risque de projection
- Hygiène des mains

- **Conservation avant envoi au laboratoire :**

- À température ambiante : ≤ 2h dans un flacon à ECBU
- À + 4°C : ≤ 24h dans un flacon à ECBU
- À température ambiante avec tube + borate et système sous vide : ≤ 48h

Patient continent

→ Recueil du 2<sup>ème</sup> jet  
(élimination du 1<sup>er</sup> jet souillé par la flore urogénitale)


Patient incontinent

→ *Homme* -> Collecteur pénien posé à cet effet

→ *Femme* -> Sondage aller-retour après avis médical

Patient sondé

→ Ponction après désinfection sur le site spécifique du dispositif de sonde.

 Jamais dans le sac collecteur




Analyse de  
scénario

## Erreur n° 12

### *Absence du nom de la résidente sur le bon de demande d'examen*

- Identification des patients à tous les stades de leur prise en charge = sécurité et continuité des soins.
- La demande d'examens doit contenir les informations nécessaires pour identifier le patient et le prescripteur.
  - Avant prélèvement -> préparation du bon d'examen selon la prescription médicale + étiquette patient
  - Juste avant prélèvement -> vérification de l'identité
  - Juste après le prélèvement -> au lit du patient, et étiquetage immédiat des prélèvements



**Identité**  
**= (*a minima*)**  
**NOM de naissance,**  
**Nom usuel,**  
**Prénom,**  
**Date de naissance,**  
**Sexe**

## *Interaction médicamenteuse : Préviscan et ciprofloxacine*

---

- De nombreux cas d'augmentation de l'activité des anticoagulants oraux ont été rapportés chez des patients recevant des antibiotiques.
- Certaines classes d'antibiotiques sont davantage impliquées :

Sulfaméthoxazole, Bactrim®



### Association déconseillée

Si l'association ne peut être évitée -> **contrôle plus fréquent de l'INR** et **adaptation de la posologie de l'AVK**

Céphalosporine  
Fluoroquinolone



**Précaution d'emploi** -> **Contrôle plus fréquent de l'INR.**  
Adaptation éventuelle de la posologie de l'AVK

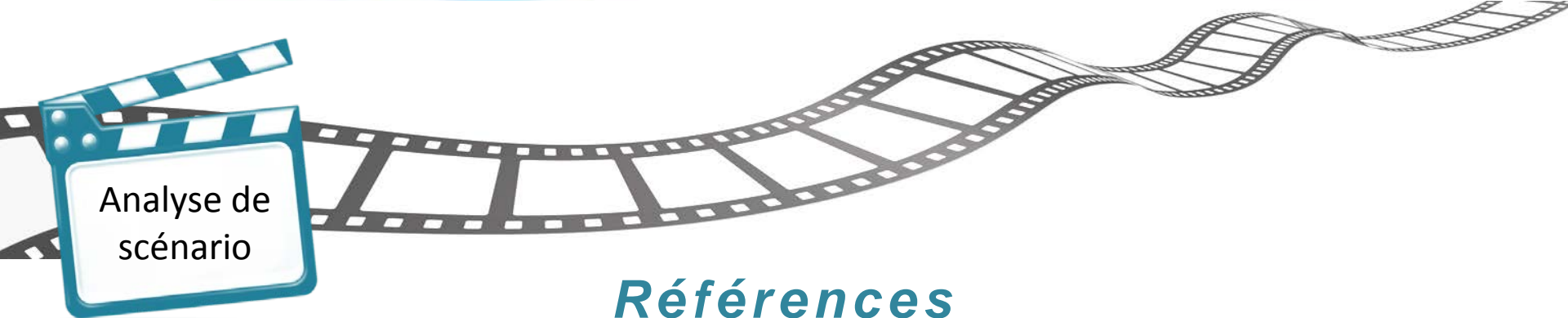
## *Ecrasement de la ciprofloxacine sans vérification de l'écrasabilité*

---

- L'acte **d'écrasement** nécessite une **prescription médicale**. Les IDE ne peuvent pas prendre seuls la décision d'écraser ou d'ouvrir un médicament.
  - Identifier le motif d'écrasement
  - Chercher des alternatives galéniques, thérapeutiques ou non médicamenteuses à l'écrasement du médicament
  - Toujours vérifier que le médicament est écrasable.
  - Utiliser un broyeur adapté, port de gants et masque.
  - Chaque médicament doit être écrasé l'un après l'autre (risque d'incompatibilité physico-chimique)
  - Ecraser immédiatement avant administration
  - Les médicaments écrasés ne doivent pas être mélangés ensemble dans un seul et même contenant
  - Nettoyer le matériel après chaque utilisation
  - Utiliser un véhicule pour l'administration le plus neutre possible (eau gélifiée par exemple)

Pensez à consulter :

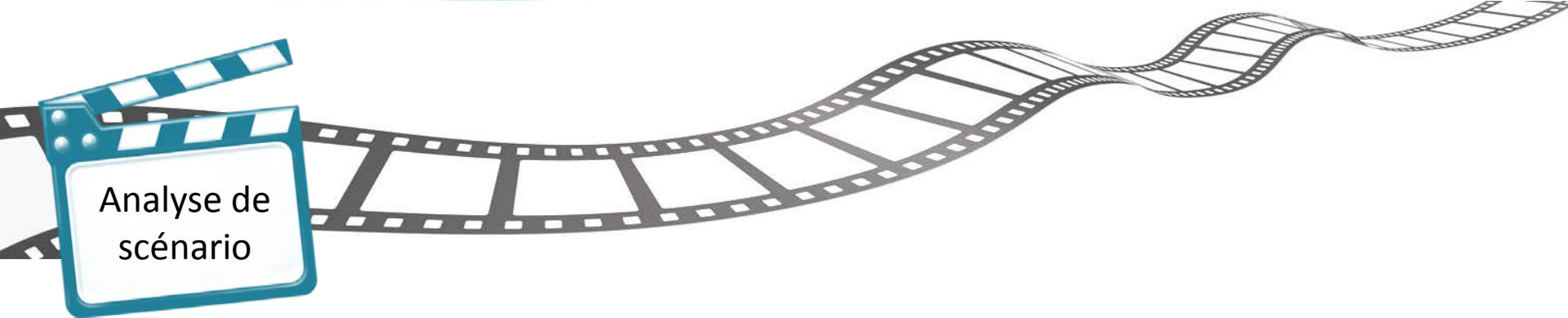
- la liste des comprimés écrasables et gélules pouvant être ouvertes
- la liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD\*



## Analyse de scénario

# Références

- Haber N, Paute J, Gouaot A, Sevali Garcia J, Rouquet M-L, Sahraoui L, et al. Incidence et caractéristiques cliniques des infections symptomatiques dans un hôpital gériatrique. *Med Mal Infect* 2007 Oct ;37(10):664-72
- Gavazzi G, Delerce E, Cambau E, François P, Corroyer B, de Wazières B, et al. Diagnostic criteria for urinary tract infection in hospitalized elderly patients over 75 years of age: a multicenter cross-sectional study. *Med Mal Infect* 2013 May;43(5):189-94
- Document régional « Démarche diagnostique d'une infection urinaire chez le sujet âgé » (février 2016)  
<http://www.cpias-normandie.org/documents-protocoles/protocoles/soins/soins,2956,3318.html>
- Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte - Actualisation 2017 des recommandations de 2014 de la SPILF  
<http://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>
- Liste nationale sur les médicaments per os concernant l'écrasement des comprimés et l'ouverture des gélules  
<http://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/personne-agee/personne-agee,2179,2395.html>
- Liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD  
<http://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/personne-agee/personne-agee,2179,2395.html>
- Guide régional « Qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD  
<http://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/personne-agee/personne-agee,2179,2395.html>
- Sécurisation et autoévaluation de l'administration des médicaments  
<https://www.has-sante.fr/guide/accueil.htm>
- Articles L. 5126-6, R. 5126-112 et R. 5126-113 du CSP : Dotation EHPAD
- Article R. 4311-4 à R.4311-7 du CSP : Liste des actes relevant du rôle IDE sur prescription



Analyse de  
scénario

## *Remarque*

---

Attention! D'autres erreurs ont pu se glisser au moment du tournage.  
N'hésitez pas à nous les faire remonter!



**Facteurs  
contributifs**

*Quels facteurs ont participé à ces erreurs ?*

---

# FACTEURS CONTRIBUTIFS



## Facteurs contributifs

### *Facteurs contributifs*

---

- Habitude de pratiques (BU et ECBU)
- Méconnaissance de la différence colonisation/infection
- Méconnaissance des nouvelles recommandations /défaut d'actualisation
- Médecin absent de la structure
- Appel téléphonique inaudible
- Interruption de tâche du médecin
- Transmission partielle de l'information de l'équipe paramédicale au médecin
- Pas d'interrogatoire du patient par le médecin
- Absence de vérification de la possibilité d'écraser les comprimés ou d'ouvrir les gélules
- Surcharge de travail ou mauvaises habitudes amenant à des glissements de tâches





**Axes  
d'amélioration**

*Quelles barrières auraient pu éviter cet événement  
indésirable ?*

---

# PROPOSITIONS D'AXES D'AMELIORATION



## Axes d'amélioration

### *Axes d'amélioration*

---

- Mise en place de protocoles de réalisation de la BU et ECBU
- Eviter les BU et ECBU systématiques -> formation, sensibilisation du personnel
- Formations du personnel au port d'EPI, aux précautions standards dont la gestion des excréta.
- Si prescription orale : faire répéter pour s'assurer de la bonne compréhension puis toujours systématiser la prescription écrite
- Sensibiliser les professionnels à l'identitovigilance
- Rappels aux professionnels de la réglementation sur le glissement de tâche
- Stock des médicaments : déterminer une liste de médicaments d'urgence (pour les EHPAD sans PUI)
- Rappels sur les risques associés aux interruptions de tâches
- Formations du personnel aux erreurs médicamenteuses
- Rappel sur les infections urinaires