

Audit clinique régional Pertinence du sondage urinaire à demeure chez l'adulte



**JOURNEE NORMANDE DES PROFESSIONNELS DE LA PREVENTION DES
INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE**

JEUDI 4 AVRIL 2019

MARGO FEVRE

GROUPE DE TRAVAIL : ALEXANDRA ALLAIRE, MAGALIE DUBUISSON, AUDE GABARD, LAURENCE GUET, LILIANE HENRY, VALERIE MORENO, AUDREY MOUET, SEVERINE PAIN, STEPHANIE ROCHON-EDOUCARD, PASCAL THIBON

Audit pertinence du sondage urinaire

Contexte

- ▶ IUAS : **1^{ère} cause d'IAS (28,4% ENP 2017)**
- ▶ **20%** bactériémies nosocomiales : porte d'entrée urinaire
Surveillance des bactériémies nosocomiales 2017 – RHC
- ▶ % jours avec SU : 60% en réa, 17% hors réa
Gould C. 2014
- ▶ Facteurs de risques :
 - ▶ **Instrumentation des voies urinaires** : SU : 65 % à 80 % des IUAS
Alfandari S. 2003
 - ▶ Durée de sondage > 4-6 jours
 - ▶ Type de sonde
 - ▶ Terrain patient
- ▶ Réservoir de BMR
- ▶ Surcoût
Guide SF2H 2010

ENP 2012 : 30%
ENP 2006 : 30%
ENP 2001 : 40%
ENP 1996 : 36%

Audit pertinence du sondage urinaire

Objectifs

- ▶ Principaux
 - ▶ Mesurer la prévalence des patients sondés
 - ▶ **Evaluer la pertinence des indications**
- ▶ Secondaires
 - ▶ Evaluer la traçabilité
 - ▶ prescriptions
 - ▶ indications
 - ▶ justification du maintien (durée de sondage ≥ 48 heures et >7 jours)

Audit pertinence du sondage urinaire

Méthode (1)

- ▶ Participation volontaire des ES
 - ▶ tous type (y compris EHPAD rattachés à un ES et HAD)
- ▶ Libre choix des services à auditer

- ▶ Questionnaire établissement (Procédure?, informatisation?)
- ▶ **Phase 1** : *prévalence du sondage à demeure*
- ▶ **Phase 2** : *audit clinique ciblé*
 - ▶ SU posée **dans l'établissement**
 - ▶ dossier médical et paramédical, interrogatoire de l'équipe
- ▶ **Evaluation de la pertinence de l'indication : binôme hygiéniste/clinicien**

Méthode (2)

► Liste des indications

Recos françaises

Revue de littérature
Internationale +++



Rétention urinaire

Rétention urinaire aiguë avec ou sans obstruction

Rétention urinaire chronique avec obstruction

Chirurgie

Chirurgie pelvienne et urétéro-vésico-prostatique

Anticipation d'une durée opératoire longue

Perfusion de grand volume ou administration de diurétiques pendant la chirurgie

Nécessité de suivre le volume/débit urinaire en per-opératoire

Pré-ou post-opératoire, selon protocole local

Mesure du débit et du volume urinaire, recueil d'urines

Mesure horaire indispensable pour la prise en charge du patient

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

Incontinence urinaire dans certaines circonstances particulières

Escarres ou autres plaies sévères 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

Difficulté de réaliser les soins de nursing malgré les autres stratégies de prise en charge de l'incontinence

Situations particulières

Réduction de la douleur aiguë sévère lors des mouvements (autres possibilités d'évacuation des urines impossibles)

Amélioration du confort des patients en fin de vie

Prise en charge d'une hématurie majeure avec caillots

Autres types de drainage indiqués, mais difficiles à mettre en place ou vidange de la vessie non optimale

Autres

Audit pertinence du sondage urinaire

Méthode (3)

- Liste des indications jugées comme pertinentes après revue de la littérature



- **Protocole** : présence d'un médecin « expert » : libre choix des ES sur la spécialité de l'expert

RESULTATS

Participation

	CHU	CH	Clinique
Total	1	16	5
Taux de participation par catégorie d'ES	50%	33%	19%

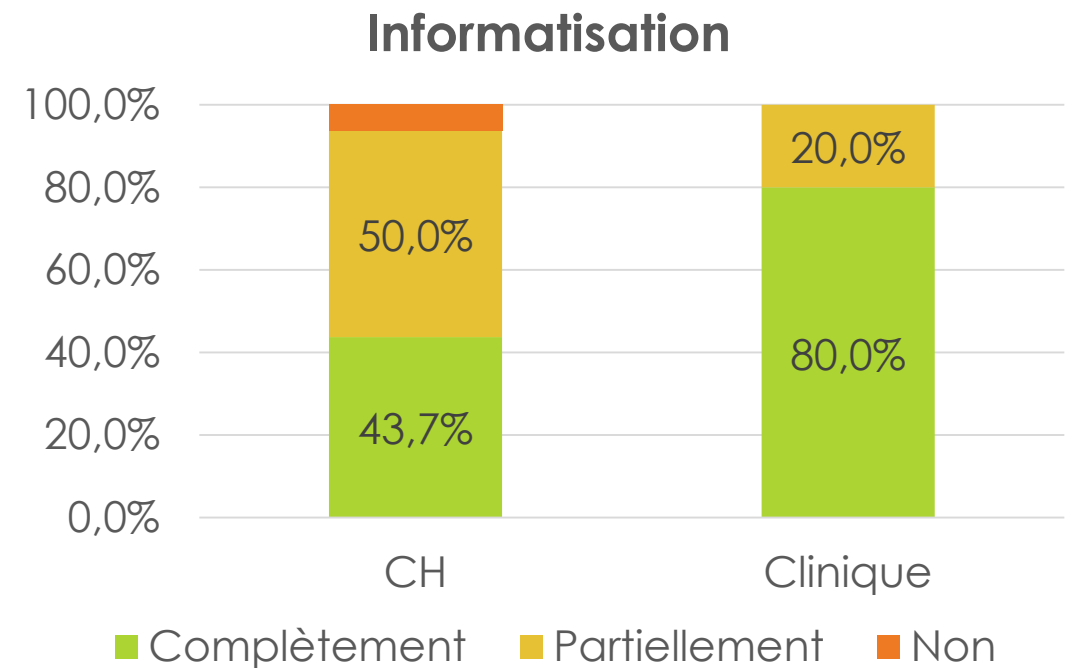
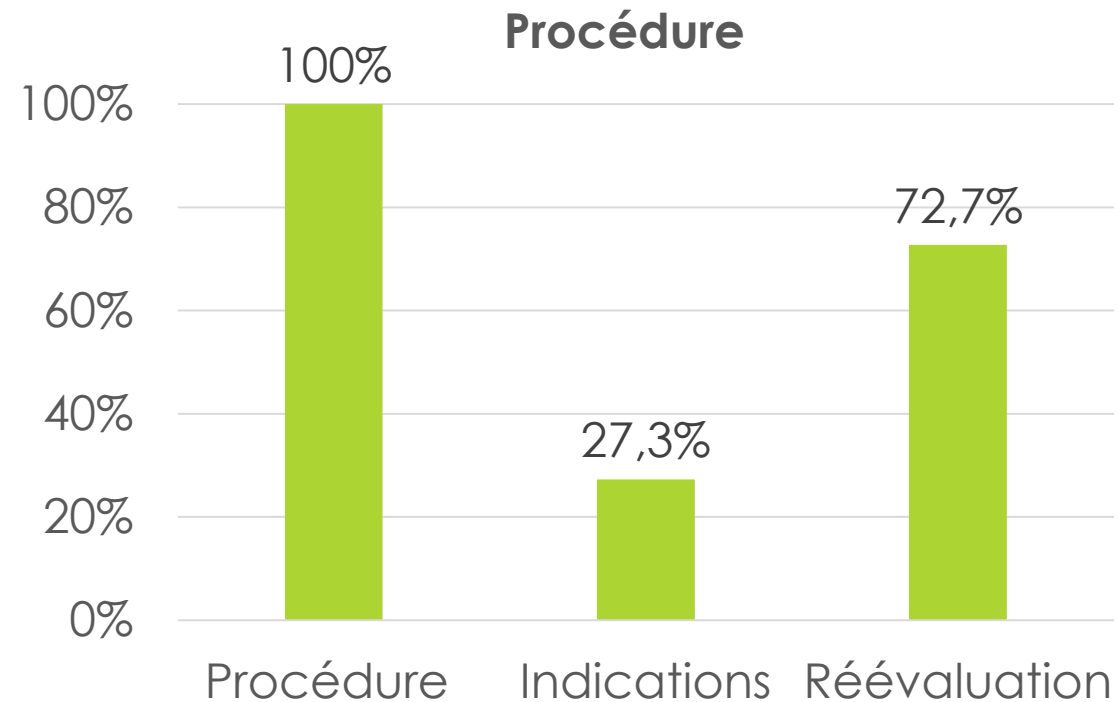
22 ES : **19%** de participation des ES
de la région Normandie

16 CH dont 7 CH > 300 lits / 10

Bonne répartition par départements

Questionnaire établissement

Existence d'une procédure ? Informatisation ?



CH moins informatisés que les cliniques ?

Phase I – Prévalence

Prévalence globale et par secteur

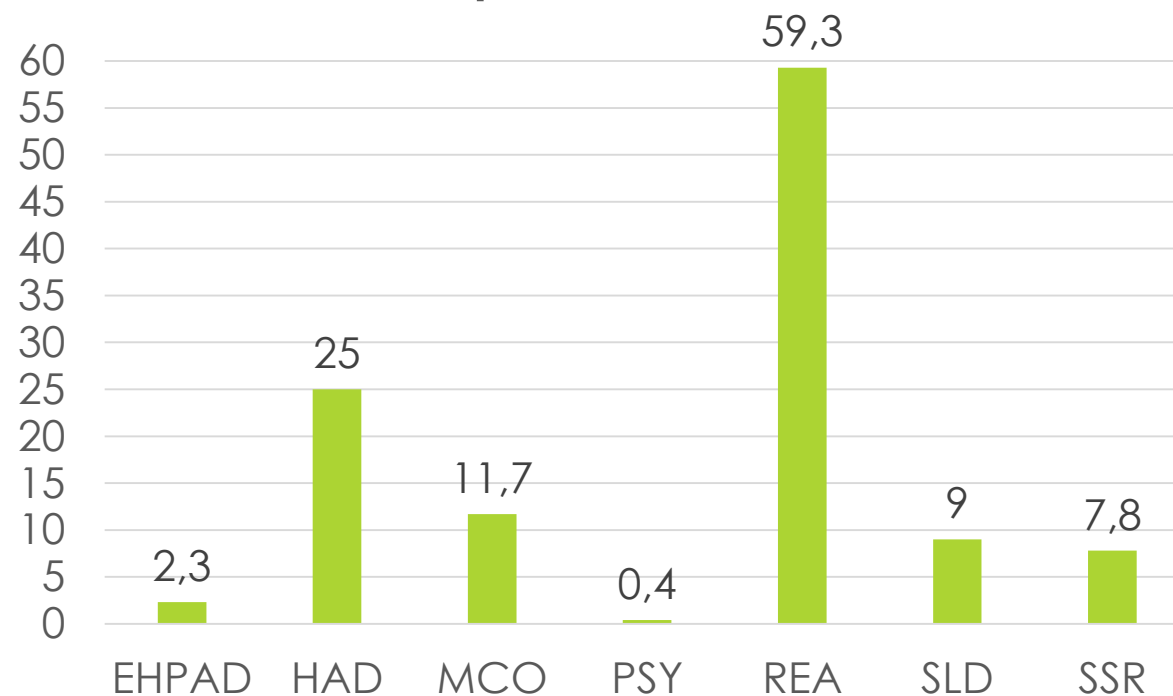
- ▶ Nb total de patients présents : 6624
- ▶ Nb total de patients sondés : 482

Prévalence globale

7,3%

[IC95% : 6,6%-7,9%]

Prévalence par secteur



Phase 2 – Audit clinique

Population, prescription et pose des SU

Patients
audités (SU
posée dans ES)

424

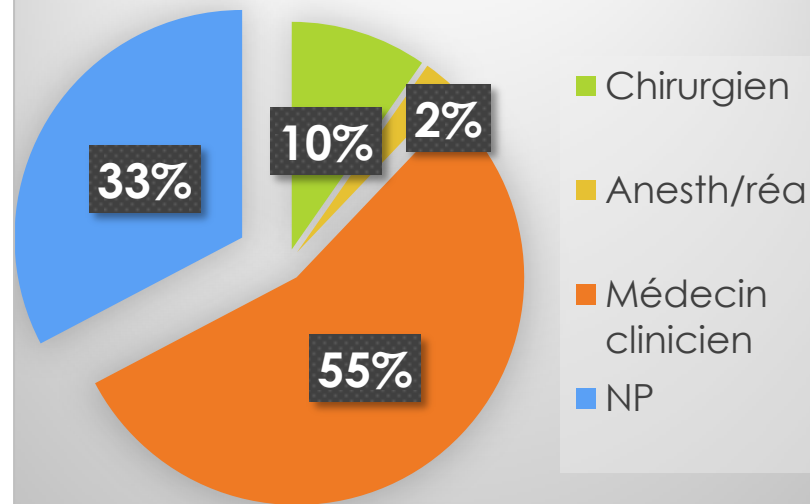
Age médian
80 ans

Sex ratio

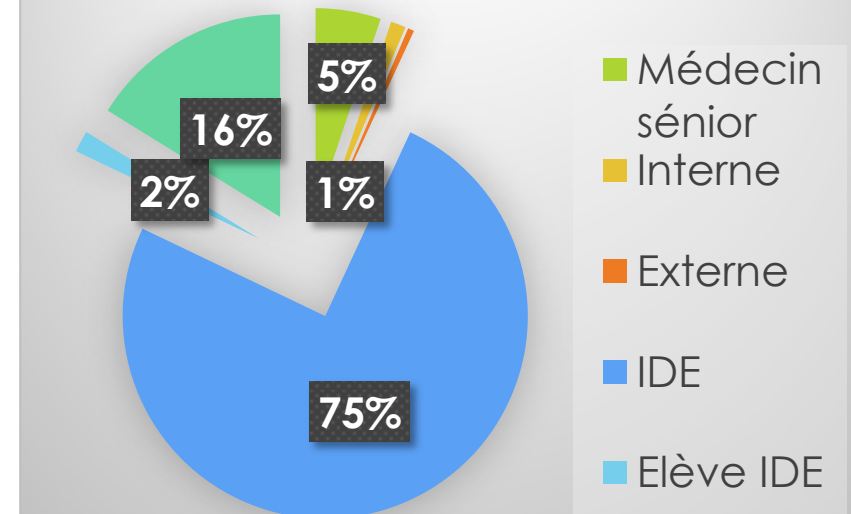
1,1

(48% F, 52% H)

Qui prescrit ?



Qui pose ?



Absence de traçabilité

Phase 2 – Audit clinique

Ancienneté des sondes

- ▶ Ancienneté = Durée de pose au passage des auditeurs
- ▶ Moy = 48 jours

Min	1er quartile	Médiane	Moyenne	3ème quartile	Max	NA
1	4	8.5	48.0	20.0	2385	18

- ▶ $\geq 48h$: 389 (91,7%)
- ▶ $> 7j$: 220 (51,9%)

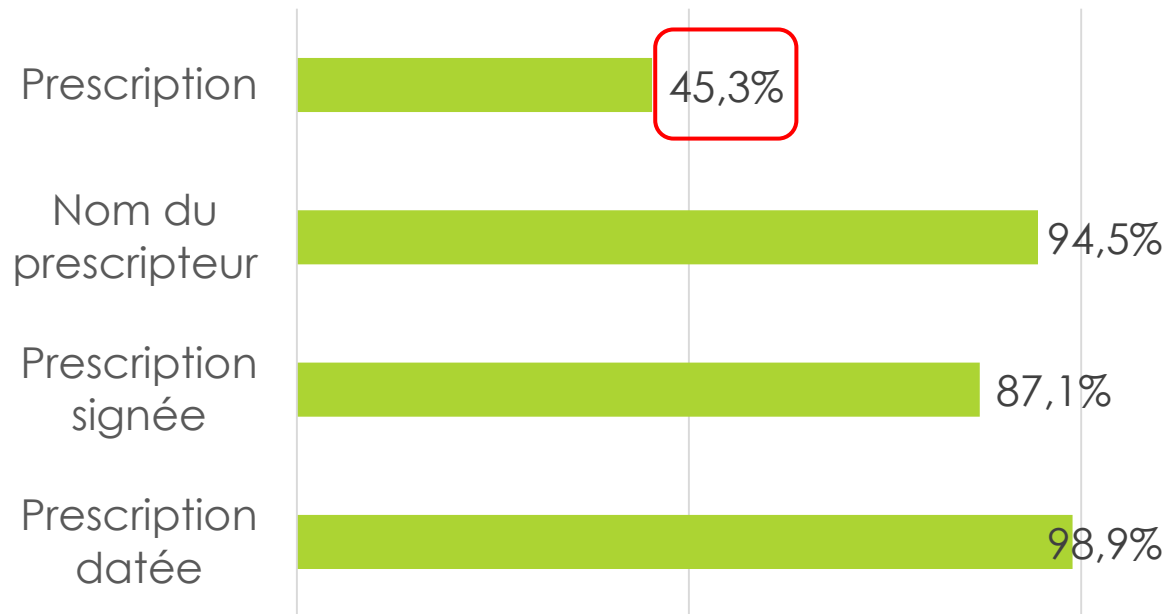
	Moyenne	Max
EHPAD	199,1	2385
HAD	35,8	127
MCO	22	1422
PSY	15	15
REA	17,9	80
SLD	139,8	701
SSR	22,3	116
URG	10	33

Séjours longues durées

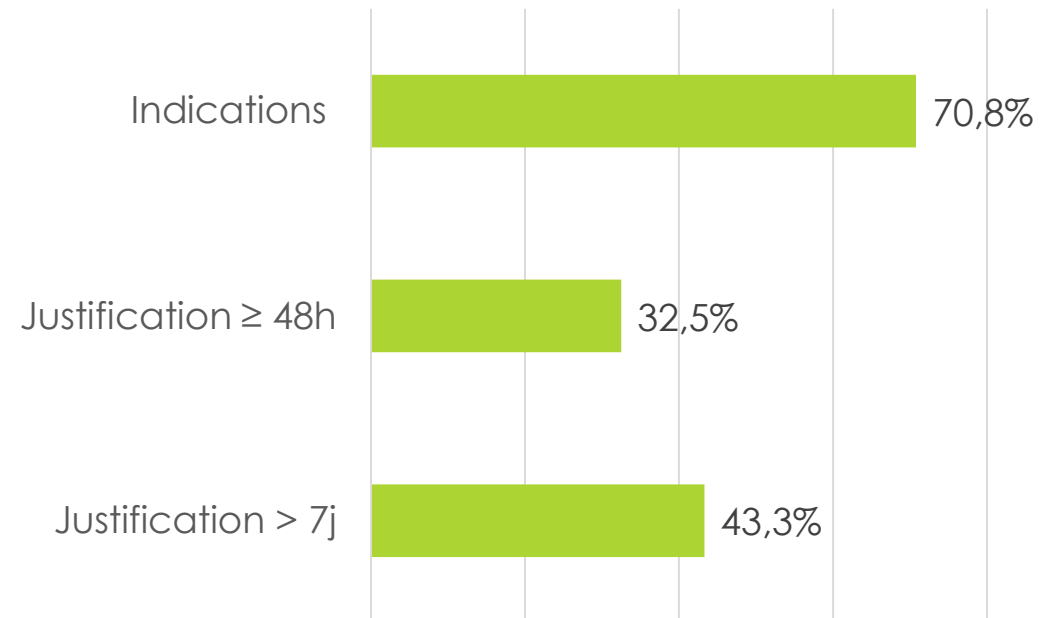
Phase 2 – Audit clinique

Traçabilité

Traçabilité des prescriptions



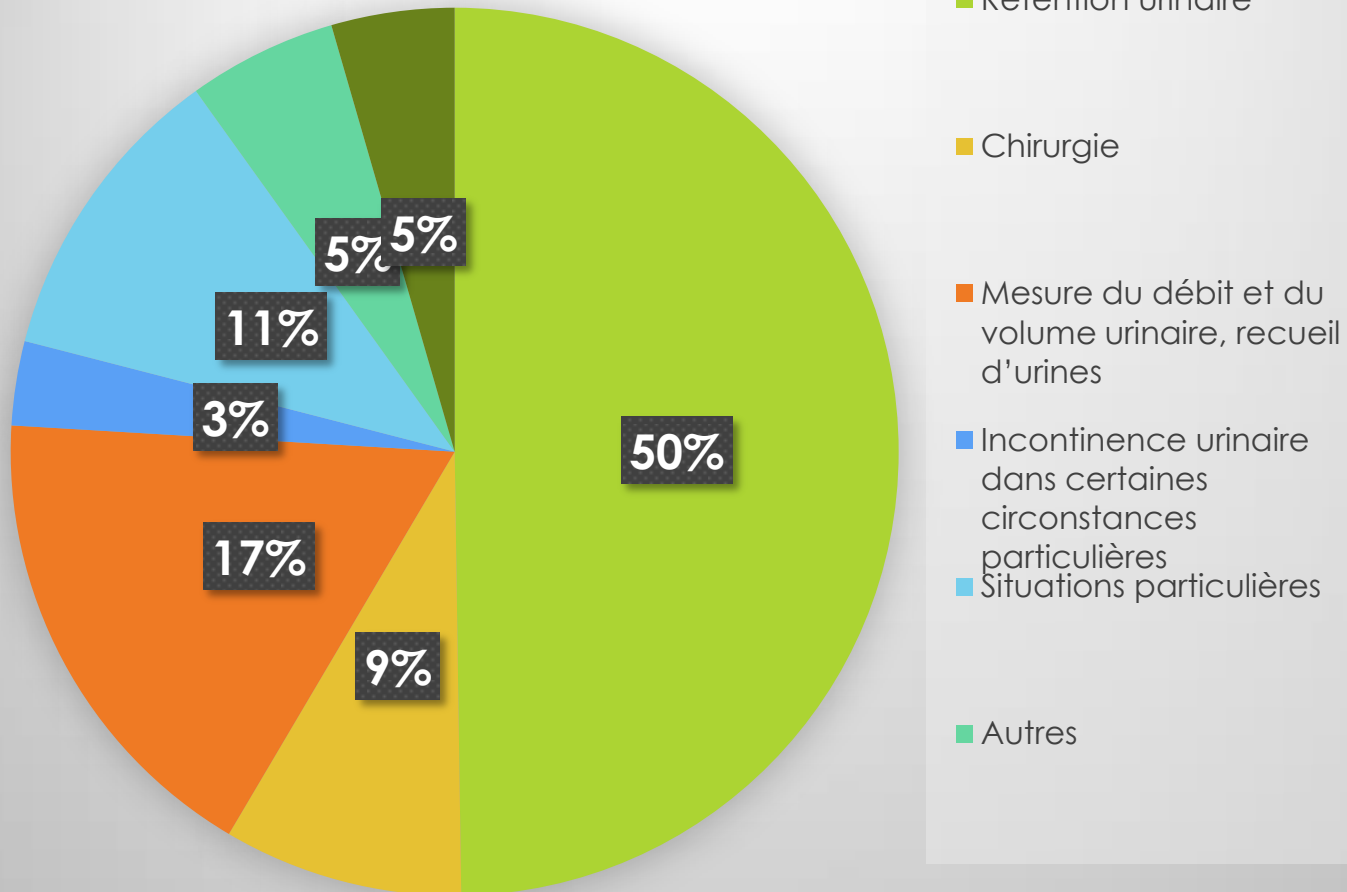
Traçabilité de l'indication et du maintien dans le dossier patient



Phase 2 – Audit clinique

Indications

Indications



3 principales indications :

- 1) Rétention urinaire
- 2) Mesure du débit et du volume urinaire, recueil urinaire
- 3) Situations particulières

Répartition H/F identique

Phase 2 – Audit clinique

Situations particulières, autres

11% Situations particulières

- ▶ Réduction de la douleur aiguë sévère lors des mouvements : 3,3%
- ▶ Amélioration du confort des patients en fin de vie : 2,8%
- ▶ PEC d'une hématurie majeure avec caillots : 2,8%
- ▶ Autres types de drainage indiqués, mais difficiles à mettre en place ou vidange de la vessie non optimale : 2,1%

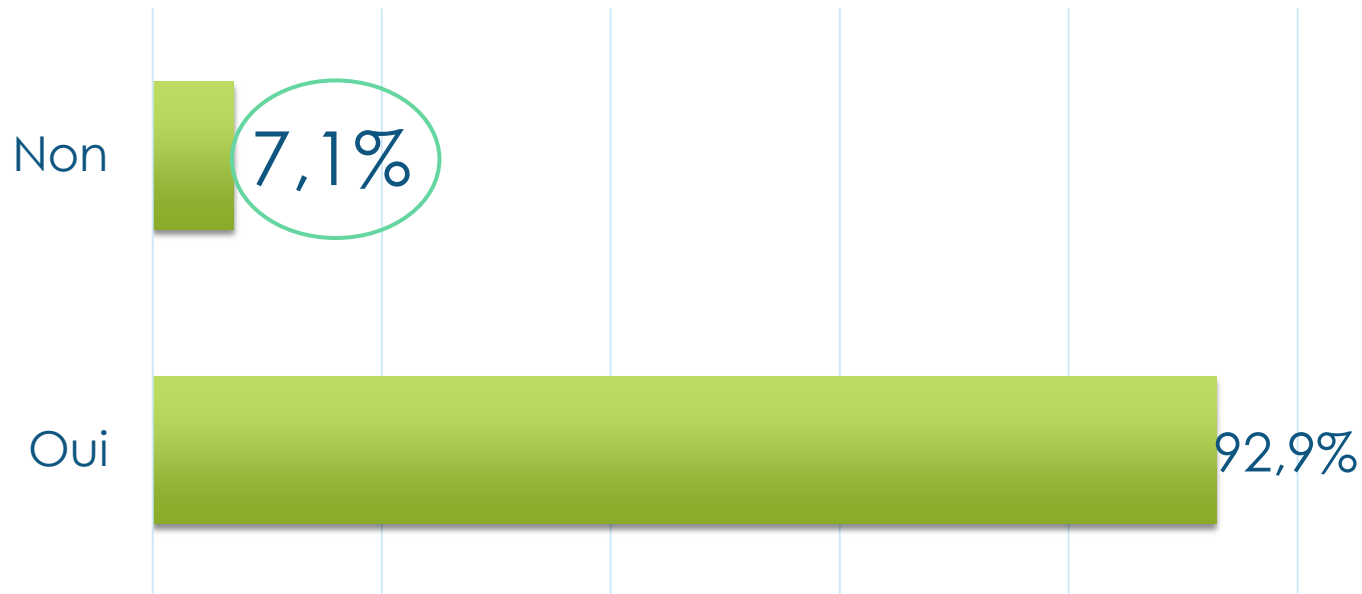
5% Autres indications (N=23)

- ▶ Vessie neurologique : 5
- ▶ AVC avec dégradation neurologique sévère : 2
- ▶ Confort : 4
- ▶ AEG : 3
- ▶ Divers : 9

Phase 2 – Audit clinique

Pertinence

Pertinence des indications



30 indications non pertinentes

- L'indication n'a pas été retrouvée, ni dans le dossier ni à l'oral : 21
- L'indication a pu être précisée et a été évaluée non pertinente : 9
 - Confort du patient et des soignants
 - Alternatives possibles : Etui pénien
 - Indication de routine

Pas de différence selon type d'établissement ou secteur

DISCUSSION

Discussion

Points forts, limites

Points forts

- Audit original sur la pertinence du SU
- Nombre important de dossiers inclus : 424
- Réalisation de l'audit jugée assez facile

Limites

- Données parfois difficiles à retrouver dans les dossiers
- Biais de sélection des services
- Biais d'information

Discussion

Prévalence, traçabilité

Prévalence

7,3% - comparable prévalence ENP 2017 (8,5%) et PREV'EHPAD 2016 (1,7%) pour secteur EHPAD

Traçabilité

Sonde non prescrite : 55%

Non-conformité « médicale »

Non-conformité « paramédicale »

Indication non tracée : 30%

Justification du maintien non tracée : < 50%

Pose d'une SU
=
acte anodin

Discussion

Pertinence

Indication non pertinente : **7,1 %**

- ▶ 50% des ES : 100% d'indications pertinentes

<< données de la littérature

- ▶ **14%** – patient >70 ans, tous secteurs – *HOLROYD-LEDUC JM, J Am Geriatr Soc, 2007*
- ▶ **15%** – tous secteurs, 1 ES – *KNOLL BM, CID, 2011*
- ▶ **56%** – tous secteurs, 71 ES – *FAKIH MG, Arch Intern Med, 2012*
- ▶ **30%-40%** – 726 ES – *GREENE MT, ICHE, 2014*
- ▶ **65%** – potentiellement évitables, urgences – *SCHUUR JD, Acad Emerg Med, 2014*

▶ **Biais d'information ?**

- ▶ Binôme expert/hygiéniste non systématique, profil des experts très différents
- ▶ Pertinence de l'indication et du maintien, vs pertinence de l'indication seule ?
- ▶ Alternatives au sondage envisagées ?

Alternatives au sondage

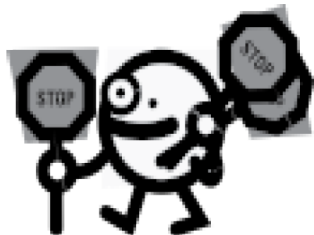
Exemples

Indication	SU à demeure	Sondage intermittent	Etui pénien	Autre option
Rétention aiguë avec/sans obstruction	+	+/-	-	Scanner vessie pour évaluer qtté urine
Mesure du débit et du volume urinaire				
- Mesure horaire	+	-	-	-
- Mesure quotidienne	+	+/-	+	Poids - Urinaux
Recueil d'urines sur 24 heures	+	+/-	+	-
Recueil d'un échantillon stérile	-	+	+/-	-
Incontinence urinaire, soins cutanés et mobilisation possible	-	-	-	Protections, soins...
Incontinence chez le patient obèse	+	-	+	Protections, soins...
Incontinence avec escarre profond	+	+/-	+	+/-

Conclusion

- ▶ Actions d'améliorations locales engagées
 - ▶ Amélioration de la traçabilité :
 - ▶ Paramétrage logiciel pour une meilleure prescription : Alerte informatique
 - ▶ Formation, sensibilisation des professionnels
 - ▶ Ajout des indications dans les procédures

- ▶ Pistes d'amélioration régionales
 - ▶ Sensibilisation aux alternatives
 - ▶ 2^{ème} tour : préciser la méthode d'évaluation de la pertinence



DOES YOUR PATIENT REALLY NEED A URINARY CATHETER?

INDICATIONS FOR URINARY CATHETER USE (Remember C.H.O.R.U.S)

C = COMFORT

- Comfort Measures for the terminally ill
- Open sacral or perineal wounds in an incontinent patient

H = HEMODYNAMIC MONITORING

- Close monitoring of urinary output
- Aggressive treatment with diuretics or fluids

O = OBSTRUCTION

- Anatomic or physiologic outlet obstruction (enlarged prostate, blood clots, etc.)

R = RETENTION

Urinary retention not manageable by any other means

U = UROLOGIC

- Urologist or other physician placed urinary catheter, urologic studies, neurogenic bladder

S = SURGERY

- Urologic, gynecological or perineal surgeries
- Epidural Catheter in place
- Orthopedic fracture prior to repair

Merci de votre attention