



Audit de la pertinence du sondage urinaire à demeure chez l'adulte

Région Normandie

Résultats 2018

Septembre 2019

Résumé

Introduction

Les infections urinaires associées aux soins (IUAS) représentent la première cause d'infections associées aux soins (IAS) en France (29,9%). Les infections associées au sondage urinaire sont les plus fréquentes (65 % à 80 %) des IUAS. Des recommandations sur les indications et les non indications du sondage vésical et sur la réévaluation quotidienne de sa nécessité ont été émises par la SPILF et le CDC. Des nombreuses utilisations non pertinentes ont été recensées dans la littérature. Chaque fois que possible, il faut privilégier les alternatives au sondage à demeure avec un risque infectieux plus faible.

Matériels et méthodes

L'audit comportait 2 phases : une enquête de prévalence des patients sondés un jour donné, et une seconde phase d'audit clinique ciblé avec évaluation de la pertinence des indications, de la traçabilité des prescriptions et de la réévaluation des sondes urinaires posées dans l'établissement à 48h et 7 jours.

Résultats

Au total, 22 établissements ont participé à l'audit. La prévalence du sondage urinaire était de 7,3% (IC95% 6,7%-7,9%). Les principales indications étaient la rétention urinaire aiguë ou chronique (50,4%), les actes de chirurgie (8,7%) et la mesure du débit et du volume urinaire (17,7%). 93,4% (IC95% 90,6-95,4%) des indications étaient pertinentes. Concernant la traçabilité des sondes, le taux de prescription était de 46,1%, l'indication était retrouvée dans le dossier médical dans 70,5% et la justification du maintien > 48h et > 7 jours dans 31,8% et 42,5% respectivement.

Conclusion

Cet audit de la pertinence du sondage urinaire était un audit original, jamais réalisé dans les établissements. La pertinence des indications du SU paraissait élevée dans cet audit régional en comparaison à la littérature internationale, possiblement liée à la méthode d'évaluation proposée (auto-évaluation). L'audit a permis une prise de conscience en mettant en avant un défaut de traçabilité de ce dispositif médical invasif, que ce soit au niveau de la prescription, des indications et du maintien. Il a permis de mettre en œuvre des actions d'améliorations sur des points trop souvent non évalués et négligés par l'équipe médicale et d'intégrer plusieurs acteurs de la prise en charge, le sondage étant un geste très souvent paramédical mais qui nécessite une prescription médicale. Un deuxième tour d'audit pourra être proposé, en proposant une méthode d'évaluation de la pertinence des indications plus objective.

Synthèse des résultats

Critère	Résultat	Effectifs
Nombre d'établissements participants	22	-
Questionnaire établissement		
L'établissement dispose d'une procédure institutionnelle sur le sondage urinaire	100%	22/22
La procédure mentionne les indications du SU	27,3%	6/22
La procédure précise la fréquence de la réévaluation	72,7%	16/22
La prescription de la sonde urinaire est informatisée complètement	54,5%	12/22
La traçabilité paramédicale est informatisée complètement	45,4%	10/22
Phase I : prévalence du SU		
Prévalence du sondage urinaire (toutes sondes)	7,3% (IC 95% = 6,7%-7,9%)	482/6 624
Proportion de patients sondés dans les ES	87,8%	423/482
Prévalence des patients sondés dans les ES	6,4% (IC95% : 5,8%-7,0%)	423/6 624
	CH	6,3% 404/6 394
	Cliniques MCO	8,3% 19/230
Phase II : audit de la pertinence du SU		
Prescripteurs de la SU non précisés	32,9%	139/423
Pose de la sonde par un médecin	Chez les hommes Chez les femmes	11,2% 4,2% 21/188 7/167
Les 3 premières indications du SU	Rétention urinaire (aiguë ou chronique) Chirurgie Mesure du débit et du volume urinaire, recueil d'urines	50,4% 8,7% 17,7% 213/423 37/423 74/423
Evaluation de la pertinence : les indications sont pertinentes	93,4% (IC95% : 90,6%-95,4%)	395/423
Evaluation : traçabilité...	de la prescription de l'indication de la justification du maintien > 48h de la justification du maintien > 7 jours	46,1% 70,2% 31,7% 42,1% 195/423 295/420 106/334 109/259

Sommaire

RESUME	3
SYNTHESE DES RESULTATS	4
SOMMAIRE	5
ABRÉVIATIONS	7
1. INTRODUCTION	8
2. OBJECTIFS ET METHODES	10
2.1. OBJECTIFS	10
2.2. METHODES	10
2.2.1. PHASE 1 : PREVALENCE DU SONDAGE A DEMEURE	10
2.2.2. PHASE 2 : AUDIT CLINIQUE CIBLE	11
2.2.3. CONTROLE DE LA QUALITE DES DONNEES ET ETUDE COMPLEMENTAIRE SUR LA REALISATION DE L'AUDIT	11
2.3. ANALYSE DES DONNEES, METHODOLOGIE STATISTIQUE	11
3. RESULTATS	12
3.1. PARTICIPATION DES ES	12
3.1.1. PARTICIPATION PAR TYPE D'ETABLISSEMENTS	12
3.1.2. REPARTITION PAR SECTEURS DES SERVICES AUDITES	12
3.2. PREVENTION ET CONTROLE DES INFECTIONS SUR SONDAGE URINAIRE A DEMEURE	13
3.2.1. GLOBALEMENT	13
3.2.2. PAR TYPE D'ETABLISSEMENTS	14
3.3. PHASE 1 : PREVALENCE	14
3.3.1. PREVALENCE GLOBALE (TOUTES SONDES)	14
3.3.2. PREVALENCE PAR ETABLISSEMENT	15
3.3.3. PREVALENCE DES PATIENTS SONDES PAR TYPE D'ETABLISSEMENT	15
3.3.4. PREVALENCE DES PATIENTS SONDES PAR TYPE DE SECTEUR	16
3.4. PHASE 2 : DESCRIPTION DES CAS	17
3.4.1. POPULATION	17
3.4.2. SERVICES DE POSE DES SONDES URINAIRES	17
3.4.3. PRESCRIPTEURS ET PROFESSIONNELS AYANT POSE LES SONDES	18
3.4.4. PROFESSIONNELS AYANT POSE LES SONDES	18
3.4.5. ANCIENNETE DU SONDAGE AU MOMENT DE L'AUDIT	19
3.4.6. INDICATIONS	20
3.5. PHASE 2 : REVUE DE PERTINENCE	23
3.5.1. PERTINENCE PAR TYPE ES	23
3.5.2. PERTINENCE PAR SECTEUR	24
3.5.3. PERTINENCE SELON L'INDICATION	24
3.5.4. RAISONS DES INDICATIONS NON PERTINENTES	24
3.6. PHASE 2 : AUDIT CLINIQUE CIBLE	25
3.6.1. PRESCRIPTION	25
3.6.2. INDICATIONS PRESENTES DANS LE DOSSIER	25
3.7. CONTROLE DE LA QUALITE DES DONNEES ET ETUDE COMPLEMENTAIRE SUR LA REALISATION DE L'AUDIT	26
4. DISCUSSION	27
5. PROPOSITION D'AXES D'AMELIORATION	31
6. CONCLUSION	32

7.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	33
8.	ANNEXES	34
9.	GROUPE DE TRAVAIL	40

Abréviations

<i>AVC</i>	Accident vasculaire cérébral
<i>CDC</i>	Center for disease control and prevention
<i>CH</i>	Centre hospitalier
<i>CHU</i>	Centre hospitalier universitaire
<i>CLCC</i>	Centre de lutte contre le Cancer
<i>CLIN</i>	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
<i>CSIRMT</i>	Commissions de soins infirmiers et de rééducation médico-technique
<i>EHPAD</i>	Etablissements d'hébergement pour personne âgée dépendante
<i>EOH</i>	Equipe opérationnelle d'hygiène
<i>ES</i>	Etablissement de santé
<i>IAS</i>	Infections associées aux soins
<i>IC95</i>	Intervalle de confiance à 95%
<i>IDE</i>	Infirmière diplômée d'état
<i>IU</i>	Infections urinaires
<i>IUAS</i>	Infections urinaires associées aux soins
<i>MCO</i>	Médecine chirurgie obstétrique
<i>NA</i>	Non applicable
<i>NS</i>	Non significatif
<i>SU</i>	Sondage urinaire
<i>SAD</i>	Sondage à demeure
<i>SPILF</i>	Société de pathologie infectieuse de langue française
<i>SSR</i>	Soins de suite et de réadaptation

1. Introduction

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 associées 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 mais les recommandations nationales ne permettent pas d'avoir une liste claire des indications. 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. Ces indications sont non pertinentes et ne justifient pas la pose d'une sonde urinaire à demeure. Des études ont évalué le taux de pertinence et de respect des indications pour les sondes urinaires dans l'objectif de réduire leur utilisation et par conséquent le taux d'IUAS associées au sondage. Les patients sondés sans indication médicale spécifique étaient associés à un plus grand risque de décès et à une durée d'hospitalisation plus longue (10). Dans l'étude de Schuur et al. (11), 8,5% (IC95% 8,0% à 9,1%) des patients ont été sondés et 64,9% (IC95% 56,9% à 72,9%) des sondages étaient potentiellement évitables. Il est donc important que les établissements de santé établissent une liste des indications de pose des sondes urinaires, forment les équipes soignantes médicales et paramédicales et évaluent périodiquement l'application des protocoles (12).

La SPILF recommande également l'ablation du drainage dès que possible grâce à une réévaluation quotidienne de sa nécessité (9). Dans une méta-analyse, Meddings et al (13) 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 sélectionnées une seule était randomisée et les populations étudiées n'étaient pas identiques, il était estimé 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.

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 et méthodes

2.1. Objectifs

Principaux :

- Mesurer la prévalence du sondage urinaire à domicile chez l'adulte ;
- Evaluer la pertinence des indications de pose des sondes urinaires à domicile 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 et de plus de 7 jours.

2.2. Méthodes

L'audit comportait 2 phases : une première phase d'identification de l'ensemble des patients adultes sondés à domicile 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).

2.2.1. Phase 1 : prévalence du sondage à domicile

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

Lors de cette première phase, les informations suivantes étaient recueillies (annexe 3) :

- 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.

L'audit était proposé aux établissements de santé volontaires. Les EHPAD rattachés à un établissement de santé étaient inclus, ainsi que les services d'urgences et d'hospitalisation à domicile (HAD). Le périmètre de l'audit était libre. Il était laissé au choix des établissements la possibilité de faire l'audit sur tous les services ou de sélectionner des services.

Etaient 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.

2.2.2. Phase 2 : audit clinique ciblé

Cette phase était réalisée pour chacun des patients dont la sonde à demeure avait été posée dans l'établissement. Les informations étaient recueillies à partir du dossier médical et paramédical du patient, et de l'interrogatoire de l'équipe en charge du patient. Il était notamment important de préciser l'indication du sondage urinaire auprès d'un médecin du service, si elle n'était pas clairement précisée dans le dossier. L'évaluation de la pertinence de l'indication de la sonde urinaire (item 7 de la grille, annexe 4) devait être réalisée par un binôme hygiéniste/clinicien. Si le nombre de patients concernés était inférieur à 30 (<30) : l'ensemble des cas était audité. Si ce nombre était supérieur ou égal à 30, l'audit pouvant se faire sur l'ensemble des cas ou bien sur les 30 premiers cas.

Aucune donnée nominative n'était recueillie dans le cadre de cette étude.

2.2.3. Contrôle de la qualité des données et étude complémentaire sur la réalisation de l'audit

Après réception des fichiers de données, des contrôles portant sur les données manquantes et la cohérence des données saisies étaient réalisés. Des demandes d'informations complémentaires étaient faites par contact direct auprès des établissements. A cette occasion, un questionnaire était envoyé aux établissements participants afin de connaître le déroulement pratique de l'audit. Ce questionnaire, composé de 6 questions, avait pour but d'identifier d'éventuels biais dans le recueil de données et d'évaluer le niveau de compréhension du guide et de la grille.

2.3. Analyse des données, méthodologie statistique

La saisie était réalisée dans une application Excel®. Pour la saisie, les noms des patients étaient remplacés par un numéro de fiche. L'application Excel® permettait la réalisation d'un rapport automatique et d'un poster des résultats (voir annexe). Les tests statistiques utilisés pour la comparaison de la répartition des variables qualitatives étaient le test du Chi² ou le test de Fisher en fonction des effectifs calculés. Les résultats pour le CHU et l'établissement psychiatrique, étant seuls dans leur catégorie, ont été regroupés avec ceux des centres hospitaliers dans une seule catégorie « CH » afin d'avoir des résultats anonymes et plus représentatifs.

Les données étaient analysées avec le logiciel R (*R Core Team (2019). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>*).

3. Résultats

3.1. Participation des ES

Au total, 22 établissements de santé ont participé à l'audit sur la région Normandie. Cela représente 19,5% des établissements normands. Il y avait 1 CHU, 15 CH (dont 6 de plus de 300 lits/10) et 5 cliniques MCO. Les centres hospitaliers généraux représentaient 68% des établissements de l'audit.

3.1.1. Participation par type d'établissements

Tableau 1 : participation par type d'établissement

Type d'ES	Nombre de participants / nombre total	%
CHU	1 / 2	50,0%
CLCC	0 / 2	0%
CH	15 / 48	31,3%
<i>CH de plus de 300 lits</i>	6 / 10	60,0%
<i>CH de moins de 300 lits</i>	9 / 38	23,7%
Cliniques MCO	5 / 26	19,2%
<i>Clinique MCO de plus de 100 lits</i>	3 / 17	17,6%
<i>Clinique MCO de moins de 100 lits</i>	2 / 9	22,2%
SSR	0 / 27	0%
CH spécialisé en psychiatrie	1 / 8	12,5%
Total	22 / 113	19,5%

3.1.2. Répartition par secteurs des services audités

Au total, 272 services ont été audités : 147 (54,0%) services étaient des services de médecine-chirurgie-obstétrique dont 99 services de médecine, 38 services de chirurgie et 10 services d'obstétrique. Les autres secteurs étaient les suivants : 32 secteurs EHPAD (11,8%), 32 services de soins de suite et réadaptation (11,8%), 26 de psychiatrie (9,6%), 12 d'urgence (4,4%), 10 de soins de longue durée (3,7%), 9 de réanimation (3,3%) et 4 d'HAD (1,5%).

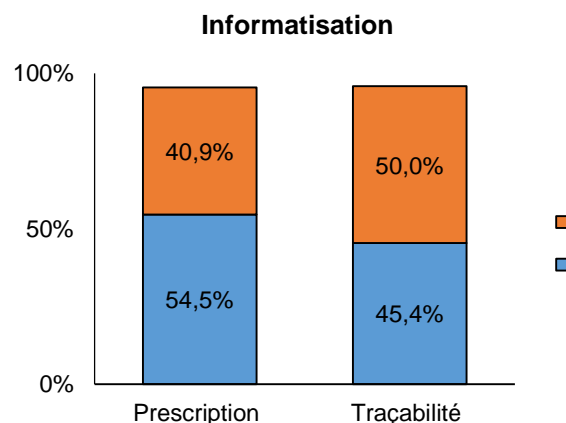
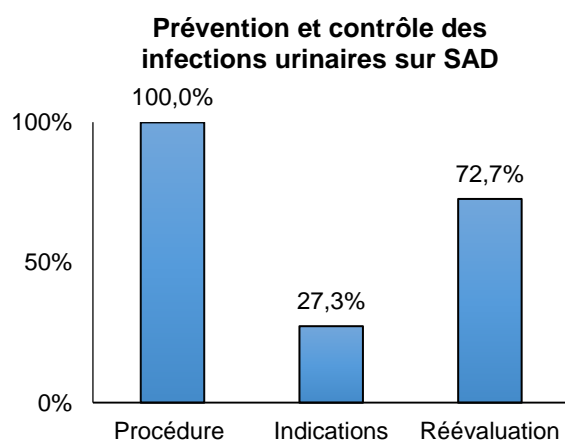
3.2. Prévention et contrôle des infections sur sondage urinaire à demeure

3.2.1. Globalement

Tous les établissements de santé bénéficiaient d'une procédure institutionnelle concernant le sondage urinaire à demeure. Cette procédure mentionnait les indications du sondage pour 27,3% (N=6) des établissements et la fréquence de la réévaluation pour 72,7% (N=16) des ES. Il existait une informatisation complète de la prescription et de la traçabilité pour environ la moitié des ES (respectivement 54,5% et 45,4%).

Tableau 2 et figure 1 : moyens de prévention et de contrôle des infections urinaires sur SAD

	N	(%)
Existence d'une procédure	22	(100)
La procédure mentionne l'indication du SU	6	(27,3)
La procédure précise la fréquence de la réévaluation	16	(72,7)
La prescription est informatisée	Complètement	12 (54,5)
	Partiellement	9 (40,9)
La traçabilité paramédicale est informatisée	Complètement	10 (45,4)
	Partiellement	11 (50,0)



3.3.2. Prévalence par établissement

La prévalence (toutes sondes : posées ou non dans les ES) avait une médiane de 7,0% (1^{er} quartile : 4,4%, 3^{ème} quartile : 10,2%) (figure 3). La prévalence était supérieure à 10 % pour 6 ES et supérieure à 15 % pour 2 ES.

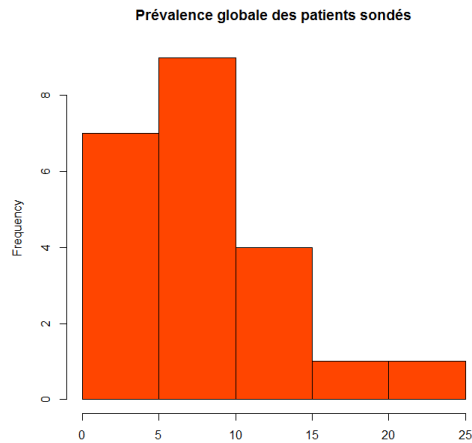


Figure 3 : histogramme de répartition des établissements selon la prévalence globale des patients sondés

3.3.3. Prévalence des patients sondés par type d'établissement

La prévalence par type d'établissement était égale à 7,2% pour les CH et 9,6% pour les cliniques (différence non significative). 75% des établissements avaient une prévalence inférieure à 9%.

Tableau 4 et figure 4 : prévalence des patients sondés par type d'établissement

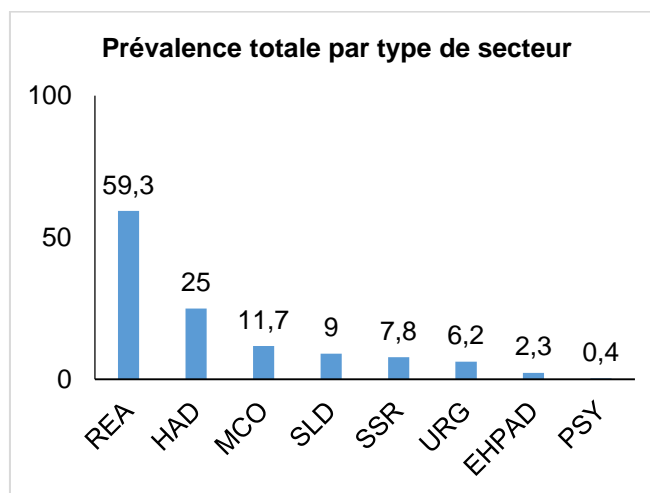
	Prévalence totale % (n/N)	Prévalence des patients sondés dans les ES % (n/N)	Prévalence totale par type d'ES
CH	7,2% (460/6394)	6,3% (404/6394)	
Clinique	9,6% (22/230)	8,3% (19/230)	9,6
p	NS	NS	

3.3.4. Prévalence des patients sondés par type de secteur

La prévalence par type de secteur était de 59,3% dans les services de réanimation audités, de 25% dans les services de HAD et de 11,7% dans les services de MCO. Pour les autres secteurs, la prévalence était inférieure à 10%.

Tableau 5 et figure 5 : prévalence des patients sondés par secteur

	Nombre de patients sondés	Prévalence totale	Prévalence des patients sondés dans les ES
	Médiane [1 ^{er} quartile-3 ^{ème} quartile]	% (n/N)	% (n/N)
REA	4 [1-5]	59,3% (32/54)	59,2% (32/54)
HAD	2 [1,75-3,5]	25,0% (13/52)	21,2% (11/52)
MCO	2 [0-3]	11,7% (277/2363)	10,7% (254/2363)
SLD	3 [1,5-4,5]	9,0% (38/423)	8,3% (35/423)
SSR	1,5 [1-3]	7,8% (62/791)	5,1% (40/791)
URG	0 [0-1]	6,2% (6/96)	4,2% (4/96)
EHPAD	1 [0-3]	2,3% (52/2281)	2,0% (45/2281)
PSY	0 [0-1]	0,4% (2/564)	0,4% (2/564)



3.4.Phase 2 : description des cas

La phase 2 qui correspondait à l'audit clinique ciblé ne concernait que les patients sondés dans l'établissement.

3.4.1.Population

Au total, l'audit avait permis d'inclure 423 patients. L'âge moyen des patients était de 77,3 ans (écart-type 14,1) avec une médiane de 80 ans (espace interquartile : 70-87). On comptait 201 femmes (47,5%) et 222 hommes (52,5%), le sex-ratio était de 1,1.

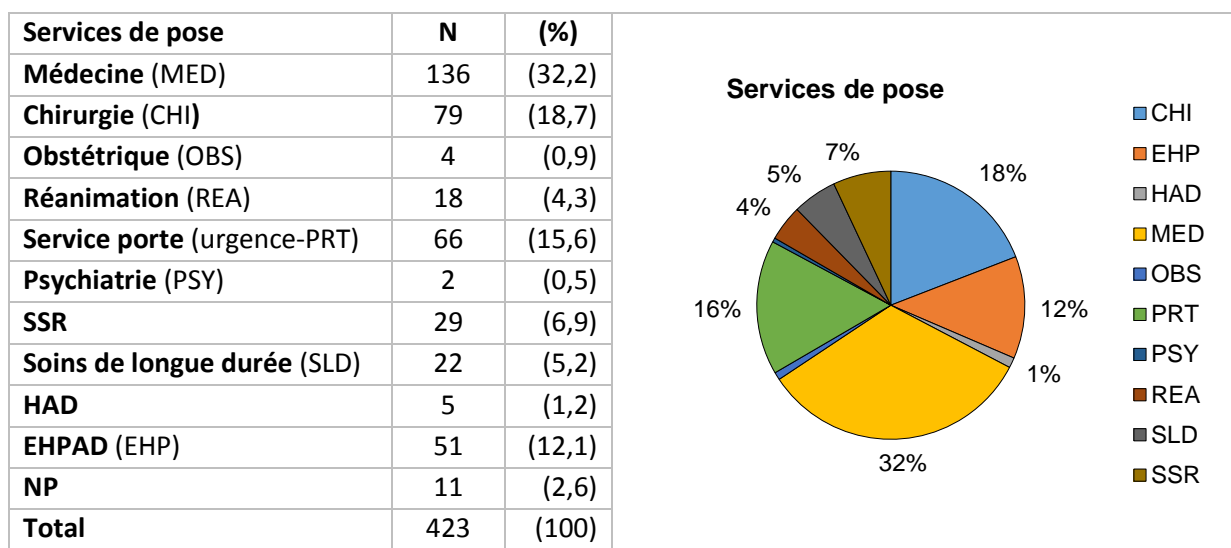
Tableau 6 : distribution de l'âge dans la population

Min	1er quartile	Médiane	Moyenne	3ème quartile	Max	Non précisé
26	70	80	77,3	87	103	1

3.4.2.Services de pose des sondes urinaires

Les sondes étaient principalement posées dans les services de médecine (136 sondes, 32,2%), de chirurgie (79, 18,7%) et aux urgences (66, 15,6%).

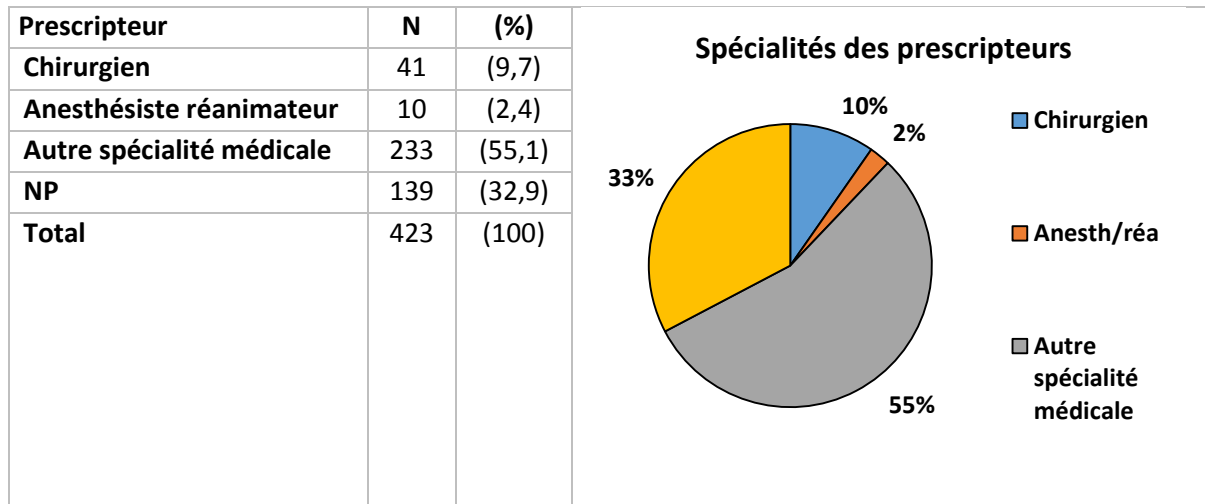
Tableau 7 et figure 6 : répartition des services de pose



3.4.3. Prescripteurs et professionnels ayant posé les sondes

Les prescripteurs étaient majoritairement des médecins de spécialités autres que la chirurgie ou l'anesthésie-réanimation (55,1%, N=233) mais on observait une large part de prescripteurs dont la fonction n'était pas précisée (32,9% des prescripteurs, N=139).

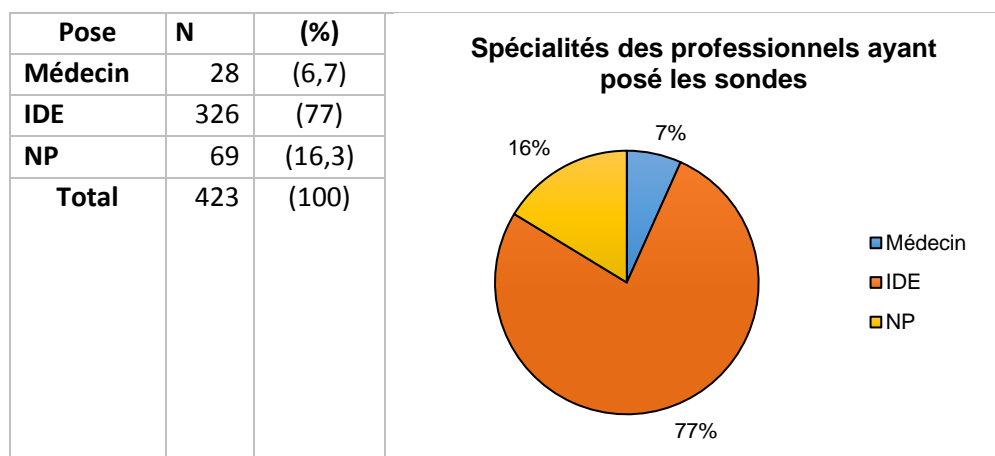
Tableau 8 et figure 7 : répartition des prescripteurs



3.4.4. Professionnels ayant posé les sondes

La pose des sondes était largement paramédicale par l'IDE ou l'étudiant en soins infirmiers pour 77,1% des sondes (N=326). La part des médecins était relativement faible (6,7%, soit 28 sondes dont 5 posées par un interne et 2 par un externe). Pour 16,3% des sondes, le professionnel qui avait posé la sonde n'avait pas pu être identifié.

Tableau 9 et figure 8 : spécialités des prescripteurs ayant posé les sondes



La comparaison de la répartition des professionnels ayant posé les sondes en fonction du sexe des patients montrait que les médecins avaient posé des sondes chez des patients de sexe masculin dans 11,2% (21/188) des cas contre 4,2% (7/166) chez des patients de sexe féminin ($p=0,02$).

3.4.5. Ancienneté du sondage au moment de l'audit

L'ancienneté du sondage correspondait à la durée globale pendant laquelle le patient avait été sondé au moment du passage des auditeurs, depuis la pose de la 1^{ère} sonde sans prendre en compte les changements de sonde si l'indication du sondage était la même.

L'ancienneté moyenne du sondage était de 48 jours. La médiane était égale à 8 jours avec un maximum de 2 385 jours (patient en EHPAD). Au total, 388 (95,8%) patients étaient sondés depuis plus de 48 heures, et 219 (54,1%) depuis plus de 7 jours. Les durées médianes calculées par service étaient majoritairement inférieures à 15 jours sauf pour les services avec des séjours de longue durée tels que les EHPAD (20,5 jours) et les soins de longue durée (40 jours).

Tableau 10 : distribution de l'ancienneté du sondage (en jours) par secteur (secteur avec moins de 10 patients sondés exclus N= 18)

Secteur	Nombre de sondés	Ancienneté non précisée N (%)	Moyenne	Médiane [1 ^{er} quartile – 3 ^{ème} quartile]	Min-Max	Sondés > 48h N (%)	Sondés > 7 jours N (%)
EHPAD	51	1	199,1	20,5 [9-58]	1-2385	49 (98,0)	41 (82,0)
Court séjour (MCO)	219	5	22,0	6 [3-14]	1-1422	205 (95,8)	95 (44,4)
Réanimation	18	0	17,9	15,5 [4-26]	2-80	18 (100)	10 (55,6)
Soins de longue durée	22	1	139,9	40 [23-89]	3-701	21 (100)	19 (90,5)
SSR	29	1	22,3	12 [5,5-34]	1-116	27 (96,4)	18 (64,3)
Urgences	66	2	9,9	7 [3-16]	1-33	59 (92,2)	29 (45,3)
Total	423	17	48,1	8,0 [4-20]	1-2385	388 (95,8)	219 (54,1)

3.4.6. Indications

Les 3 principales indications étaient :

- les rétentions urinaires aiguës (161, 38,1%) et chroniques (52, 12,3%)
- la mesure du débit et du volume urinaire et le recueil d'urines ne pouvant être réalisé par d'autres moyens (75, 17,7%)
- les situations particulières (47, 11,1%).

Dans 18 cas (4,3%), l'indication ne pouvait pas être précisée.

Les situations particulières 11,1% (N=47) comprenaient les indications suivantes :

- Réduction de la douleur aiguë sévère lors des mouvements : 3,3% (N=14)
- Amélioration du confort des patients en fin de vie : 2,8% (N=12)
- PEC d'une hématurie majeure avec caillots : 2,8% (N=12)
- Autres types de drainage indiqués, mais difficiles à mettre en place ou vidange de la vessie non optimale : 2,1% (N=9)

Tableau 11 : indications du sondage selon le sexe

Indications	Total		Femmes		Hommes	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Rétention urinaire	213	50,4	93	46,3	120	54,1
Rétention urinaire aiguë avec ou sans obstruction	161	38,1	83	41,3	78	35,1
Rétention urinaire chronique avec obstruction	52	12,3	10	5,0	42	18,9
Chirurgie	37	8,7	19	9,5	18	8,1
Chirurgie pelvienne et urétéro-vésico-prostatique	17	4,0	9	4,5	8	3,6
Anticipation d'une durée opératoire longue	8	1,9	4	2,0	4	1,8
Perfusion de grand volume ou administration de diurétiques pendant la chirurgie	0	0	0	0	0	0
Nécessité de suivre le volume/débit urinaire en per-opératoire	3	0,7	0	0	3	1,4
Pré-ou post-opératoire, selon protocole local	9	2,1	6	3,0	3	1,4
Mesure du débit et du volume urinaire, recueil d'urines	75	17,7	37	18,4	38	17,1
Mesure horaire indispensable pour la prise en charge du patient	39	9,2	14	7,0	25	11,3
Mesure du volume sur 24h ne pouvant être réalisée par d'autres moyens	33	7,8	21	10,4	12	5,4
Recueil d'urines sur 24h ne pouvant être réalisée par d'autres moyens	3	0,7	2	1,0	1	0,5
Incontinence urinaire dans certaines circonstances particulières	13	3,1	10	5,0	3	1,4
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	12	2,8	9	4,5	3	1,4
Difficulté de réaliser les soins de nursing malgré les autres stratégies de prise en charge de l'incontinence	1	0,2	1	0,5	0	0
Situations particulières	47	11,1	29	14,4	18	8,1
Réduction de la douleur aiguë sévère lors des mouvements (autres possibilités d'évacuation des urines impossibles)	14	3,3	12	6,0	2	0,9
Amélioration du confort des patients en fin de vie	12	2,8	10	5,0	2	0,9
Prise en charge d'une hématurie majeure avec caillots	12	2,8	0	0	12	5,4
Autres types de drainage indiqués, mais difficiles à mettre en place ou vidange de la vessie non optimale	9	2,1	7	3,5	2	0,9
Autres	20	4,7	7	3,5	13	5,9
NP	18	4,3	6	3,0	12	5,4
Total	423	100	201	100	222	100

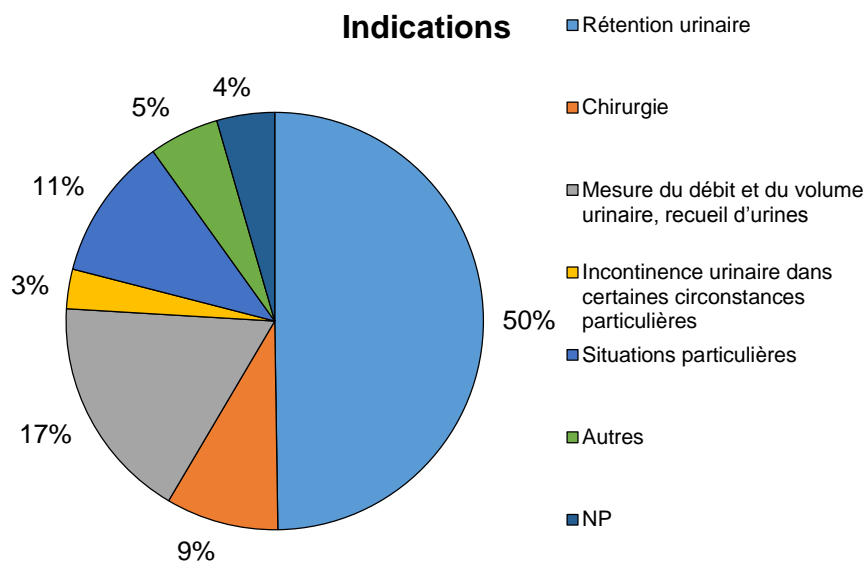


Figure 9 : indications du sondage

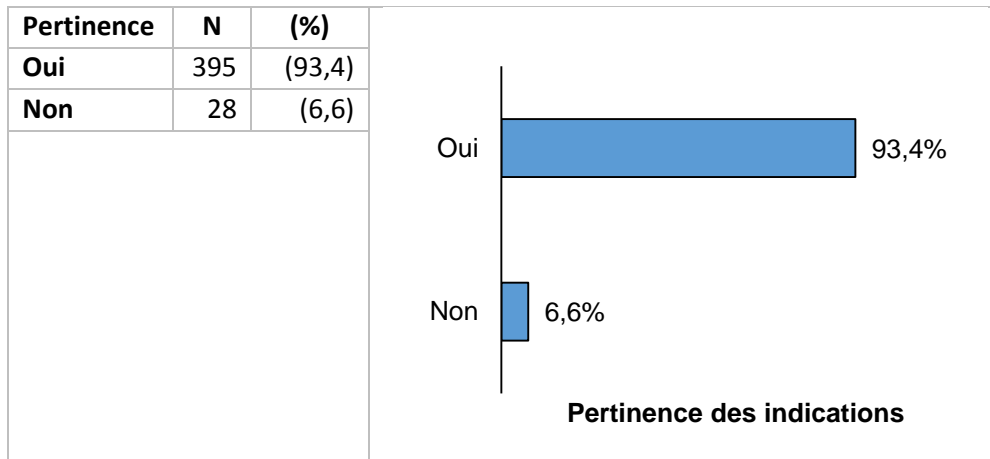
Les autres indications étaient à transcrire par les auditeurs et n'étaient pas présentes dans la liste des indications de la grille d'audit. Elles représentaient 4,7% des indications (N = 20) et comprenaient :

- Confort : 4
- Altération de l'état général : 1
- Insuffisance rénale : 2
- Vessie neurologique : 1
- AVC avec dégradation neurologique sévère : 1
- Escarre ancienne : 1
- Divers : 9
- Non précisé (malgré demande d'information auprès des auditeurs) : 1

3.5.Phase 2 : Revue de pertinence

Au total, 395 indications de sondage urinaire étaient jugées pertinentes, soit une pertinence globale de la pertinence des indications de 93,4% (IC95% : 90,6%-95,4%).

Tableau 12 et figure 10 : pertinence des indications



3.5.1.Pertinence par type ES

Le taux de pertinence était de 93,1% (376/404) pour les CH et de 100% (19/19) pour les cliniques MCO (différence non significative).

3.5.2. Pertinence par secteur

La répartition de la pertinence des indications par secteur était calculée par rapport aux services de pose. Elle était comprise entre 90,2% et 100%. Les 11 valeurs non précisées correspondaient à des services de pose non renseignés.

Sur 22 établissements, 13 ont considéré 100% de leurs prescriptions comme pertinentes et 9 ont évalué au moins une indication non pertinente (avec un taux de pertinence variant de 75,0% à 96,7%).

Tableau 13 et figure 11 : pertinence par secteurs

Secteur	Indications pertinentes N (%)		Indications pertinentes par secteur
EHPAD	46	(90,2)	
HAD	5	(100)	SSR
Court séjour	207	(94,5)	SLD
Psychiatrie	2	(100)	REA
Réanimation	18	(100)	PSY
Soins de longue durée	22	(100)	MCO
SSR	28	(96,6)	HAD
urgences	60	(90,9)	EHPAD
NP	7		

3.5.3. Pertinence selon l'indication

Tableau 14 : pertinence selon indications

Pertinence par indication	Indications pertinentes N (%)	
Rétention urinaire	210	(98,6)
Chirurgie	37	(100)
Mesure du débit et du volume urinaire, recueil d'urines	71	(94,7)
Incontinence urinaire dans certaines circonstances particulières	13	(100)
Situations particulières	46	(97,9)
Autres	18	(90,0)
Indication non précisée	0	(0)

3.5.4. Raisons des indications non pertinentes

Des indications étaient non pertinentes à cause d'un problème de traçabilité (indication non retrouvée) (17 cas, 60,7%). Dans 11 cas (39,3%), l'indication avait été retrouvée et avait été jugée non pertinente. Il s'agissait par exemple de situations où la sonde était posée pour le confort du patient et des cas où des alternatives auraient dû être retenues en 1^{ère} intention.

3.6.Phase 2 : audit clinique ciblé

3.6.1.Prescription

La prescription de la pose était présente pour 46,1% des sondages (N=195) et dans 228 cas (53,9%), il n'y avait pas de prescription associée au sondage. Si la prescription était présente, elle était globalement datée (179, 98,9%), signée (148, 87,1%) et comportait le nom du prescripteur (172, 94,5%) car le logiciel traçait automatiquement ces données.

Tableau 15 et figure 12 : traçabilité des prescriptions

Item	Traçabilité n/N (%)		Traçabilité des prescriptions
Prescription	195/423	(46,1)	
Nom du prescripteur (NP : 13)	172/182	(94,5)	
Prescription signée (NP : 25)	148/170	(87,1)	
Prescription datée (NP : 14)	179/181	(98,9)	

3.6.2.Indications présentes dans le dossier

Dans 29,8% des cas (N=125), l'indication ne figurait pas dans le dossier. Il y avait une justification du maintien de la sonde à 48h tracée dans le dossier dans 31,8% des cas (N=106) et une justification du maintien à 7j dans 42,5% des cas (N=110).

Tableau 16 et figure 13 : traçabilité des indications et du maintien

	Traçabilité n/N (%)		Traçabilité de l'indication et du maintien
Indications (NP : 3)	296/420	(70,5)	
Justification > 48h (NP : 90)	106/333	(31,8)	
Justification > 7j (NP : 164)	110/259	(42,5)	

3.7. Contrôle de la qualité des données et étude complémentaire sur la réalisation de l'audit

Le questionnaire de cette étude complémentaire est présenté en annexe. Les réponses des 22 établissements interrogés sont présentées dans le tableau 17.

Tableau 17 : réponses au questionnaire post-audit

Question	n/N (%)
Comment avez-vous procédé à la revue de pertinence ?	
- En présence d'un ou plusieurs experts	5/22 (22,7)
- Avec l'EOH	10/22 (45,5)
- Seul	3/22 (13,6)
- Non précisé	4/22 (18,2)
Avez-vous considéré la pertinence :	
De l'indication uniquement	6/22 (27,2)
Du maintien uniquement	0/22 (0)
De l'indication et du maintien	10/22 (45,5)
Non précisé	6/22 (27,2)
Les alternatives possibles au sondage ont été considérées pour chaque cas ?	
Oui	5/22 (22,7)
Avez-vous demandé l'indication oralement dans chaque service ? (si non retrouvée dans le dossier)	
A un médecin ou interne uniquement ?	4/22 (18,2)
A l'équipe paramédicale uniquement ?	5/22 (22,7)
Les deux en fonction des services ?	6/22 (27,3)
Personne	2/22 (9,1)
Non précisé	5/22 (22,7)

Cinq établissements avaient demandé une expertise. Les spécialités des experts étaient les suivantes : gériatre (4), interniste (1), infectiologue (1), urologue (1), néphrologue (1).

Les alternatives au sondage étaient considérées 5 fois sur 22. L'indication était fréquemment demandée à l'oral (15 fois) si elle n'était pas précisée dans le dossier.

4. Discussion

La prévalence globale était de 7,3% de patients sondés (IC95% 6,7%-7,9%). Elle était significativement inférieure aux résultats de l'enquête de prévalence de l'ENP de 2017 qui retrouvait une fréquence du SU de 8,6%. Au niveau de l'enquête nationale, les établissements type CLCC, SSR et SLD et tous les services d'hospitalisation étaient inclus ce qui n'était pas toujours le cas dans notre audit. Les ES avaient le choix de sélectionner tous les services ou un échantillon. La prévalence par établissements n'était donc pas comparable, les secteurs choisis et les profils des patients hospitalisés étant différents entre les cliniques spécialisées et les CH. Les secteurs de réanimation avaient une prévalence supérieure aux autres (59,3%), les patients étant la plupart du temps sédatisés, intubés et ventilés.

Globalement, 93,4% (IC95% 90,6%-95,4%) des indications étaient évaluées comme pertinentes. Le taux de pertinence était différent en fonction des indications du sondage.

La rétention aigue d'urine était la 1^{ère} indication du SU (50,4%) avec une pertinence de 98,6%. Cette indication ne laisse en général pas d'alternatives possibles aux soignants que la mise en place d'une sonde à demeure ce qui pouvait justifier le taux élevé de pertinence.

Les « autres indications » étaient rares (4,7%) et le taux de pertinence semblait moins élevé (90,0%). La grille d'audit ne comprenait que les indications évaluées pertinentes par le groupe de travail au vu du manque de clarification sur les indications au niveau national, elle était donc bien documentée. Les autres indications étaient principalement des indications de confort, d'altération de l'état général et diverses autres indications non classables mais pas toujours pertinentes. Les indications pour confort en dehors des situations de fin de vie étaient non pertinentes. Les indications qui n'avaient pas été retrouvées ni à l'oral, ni dans le dossier du patient et qui n'étaient pas claires étaient classées dans les non pertinentes.

Les sondes étaient posées aux urgences dans 15,6% des cas (ce secteur faisant partie des 3 secteurs où les patients étaient les plus souvent sondés). Il s'agit du secteur où le taux de pertinence est le plus faible (90,9%). Le critère d'urgence pouvait influencer sur la qualité de la décision de pose des sondes en dehors des situations de rétention aigue d'urines qui représentaient 38,8% des indications aux urgences.

Au total, 13 établissements sur 22 avaient répondu qu'au moins 1 indication était non pertinente dans leur établissement. Le taux de non pertinence de 6,6% semblait faible au vu des résultats de la littérature internationale. Dans l'étude de *Holroyd-Leduc et al (10)* effectuée sur 535 patients âgés de plus de 70 ans dans des services de médecine générale, 14% des patients sondés n'avaient pas d'indications au sondage. Dans cette cohorte, les patients sondés sans indication médicale spécifique étaient associés à un plus grand risque de décès et à une durée d'hospitalisation plus longue. Dans l'étude de *Knoll et al. (14)* ayant pour objectif de

limiter l'utilisation des sondes urinaires chez les patients par une série de mesures spécifiques, tous secteurs confondus, les indications non justifiées étaient de 22%. L'étude de *FAKIH et al. (15)* réalisée dans 71 hôpitaux du Michigan, répertoriait 56% des sondes non indiquées au début de leur étude. Les indications non pertinentes étaient dans 38,6% des indications de sondage non justifiée et non précisée de façon claire. Dans l'étude de *Greene et al. (16)* effectuée sur 406 hôpitaux en 2009, 30% et 40% des sondes pouvaient ne pas être indiquées. Un usage fréquent du sondage pour l'incontinence urinaire a été retrouvé dans cette étude. Enfin, dans l'étude de *Schuur et al. (11)* réalisée dans des secteurs d'urgences, parmi 8,5% de patients sondés, 64,9% (IC95% 56,9% à 72,9%) étaient potentiellement évitables, c'est à dire, ne correspondant pas à une indication du CDC, recommandations utilisées dans l'audit.

Ces différentes études montrent donc un taux de non pertinence bien plus élevé (allant de 14% à 64%, avec dans certaines études, une grille d'indications différentes de la nôtre) que celui retrouvée dans notre étude laissant penser que la pertinence y a été surestimée. Les recommandations faites aux établissements étaient d'effectuer la revue de pertinence à l'aide « d'experts » médecins et ayant des connaissances dans ce domaine dans leur établissement. La pertinence était donc évaluée par autoévaluation dans chaque établissement. Le premier constat était qu'une faible proportion d'établissement avait eu recours à des experts (22,7%). En dehors des experts, l'expertise était faite soit par le praticien hygiéniste soit par l'infirmier hygiéniste seul.

La « diversité » des experts de spécialité médicale différente apportait un biais de recueil, la revue de pertinence par autoévaluation pouvant être subjective. Les experts étaient plus au moins « stricts » sur la pertinence. Au total, il y avait parmi les experts 4 gériatres, 1 infectiologue, 1 interne, 1 chirurgien urologue et 1 néphrologue. Les médecins « experts » étaient dans certains cas ceux du service. Il était alors difficile de juger de leur objectivité. On peut parler ici du biais de prévarication (exagération consciente de la pertinence ou l'omission volontaire d'un cas non pertinent). Ce type de biais a pu conduire à une surestimation de la pertinence. De plus, les experts n'évaluaient pas toujours la pertinence pour toutes les sondes, mais parfois uniquement pour les dossiers compliqués ou pour lesquels l'indication n'avait pas été retrouvée.

Pour évaluer la pertinence, il était nécessaire d'évaluer les alternatives possibles au sondage à demeure comme par exemple la possibilité de mettre un étui pénien chez un homme immobilisé. Sans cela, la pertinence de la pose d'une sonde ne pouvait pas vraiment être évaluée. Cinq établissements seulement sur 22 ont déclaré avoir évalué ces alternatives.

Au total, 45,5% des établissements évaluaient la pertinence globale du sondage en prenant en compte l'indication et le maintien de la sonde alors que l'objectif principal de l'audit était basé sur la pertinence de l'indication de la pose de SAD uniquement. Il était difficile pour les auditeurs de qualifier la pose de la sonde comme pertinente quand la durée du maintien ne l'était pas. Ce biais est également lié aux auditeurs multiples dans les différents établissements.

La méthode utilisée dans l'audit n'était pas une méthode de consensus mais une méthode de revue de pertinence avec une expertise individuelle (autoévaluation) dans chaque établissement de santé sans réunion à posteriori des experts afin d'arriver à un consensus. Les méthodes de consensus d'experts permettent de monter une revue de pertinence robuste et standardisée mais elles sont longues et nécessitent des moyens importants qui ne sont pas toujours réalisables au niveau régional. Techniquement, l'audit n'avait pas prévu de recruter des experts au niveau régional ce qui aurait permis d'obtenir un consensus sur chaque cas. Il était compliqué de trouver des experts qui acceptent de revoir individuellement chaque cas (soit 423 dans l'audit) afin de déterminer de la pertinence et de les solliciter à nouveau pour obtenir leur consensus en cas de divergence. Les experts étaient recrutés sur la base du volontariat dans chaque établissement. La difficulté était d'imposer une méthode de revue de pertinence précise et contraignante mais standardisée pour l'analyse. Les établissements étaient aussi volontaires pour leur participation et si la méthode de revue de pertinence était trop contraignante, les établissements n'auraient pas tous pu participer. Sans experts commun, il existait donc au final une variabilité humaine dans l'analyse.

Concernant la traçabilité des sondes, elle n'était pas satisfaisante. La sonde urinaire n'était pas prescrite dans 53,9% des cas. Il s'agit pourtant d'un acte de soins dont la prescription est obligatoire. Il existait des freins à la prescription qui étaient difficiles à déterminer (méconnaissance sur la prescription, manque de temps, prescription orale, pratique paramédicale...). Dans certains cas, la sonde était posée sans prescription médicale écrite en dehors d'une situation d'urgence. Cela laisse penser qu'elle a pu être posée suite à une prescription médicale orale ou à l'initiative de l'IDE, ou en référence à un protocole. Ces éléments étaient non précisés dans l'audit mais on peut parler de non-conformité de pratique médicale (non prescription) et paramédicale (pose des sondes sans prescription écrite). La non-prescription de la pose des sondes engendre un problème pour la traçabilité (prescripteurs et professionnels ayant posé la sonde non précisés dans le cadre de prescription informatisée) et pour la continuité des soins. La réévaluation du maintien de la sonde doit être quotidienne. Ce paramètre n'était pas tracé. Au vu de l'ancienneté de certaines sondes, la réévaluation n'avait pas toujours été faite.

Les établissements ont pour projet de mettre en place des actions d'améliorations suite aux résultats de l'audit dans leur établissement. Les principales actions envisagées sont des actions de formation et de sensibilisation aux prescripteurs et poseurs sur la nécessité de traçabilité des sondes au vu du risque important d'infections urinaires associées aux soins liées au sondage. Les établissements prévoient également la révision des procédures concernant le sondage urinaire ainsi que les modalités de prescriptions par le logiciel afin de mettre en place un meilleur paramétrage de la traçabilité et de faire apparaître l'indication du sondage dans les

prescriptions. Des actions de communication sont engagées avec le retour des résultats de l'audit aux instances (commission médicale d'établissement, cadre de santé, CSIRMT, correspondants en hygiène, CLIN).

5. Proposition d'axes d'amélioration

Concernant les actions d'améliorations, nous allons proposer aux établissements de la région de participer à un 2^{ème} tour afin d'évaluer leurs actions avec une version révisée du protocole permettant une mesure plus exacte du taux de pertinence. Une affiche avec les points clés concernant le sondage urinaire (inspiration CDC) et proposant des rappels sur les non conformités observées ainsi qu'une fiche mnémotechnique sur les alternatives au sondage urinaire pourra être proposée.

6. Conclusion

Cet audit réalisé au niveau régional a permis d'évaluer la pertinence des sondes urinaires, avec un taux de pertinence élevé pouvant probablement être expliqué en partie par la méthode choisie pour cette évaluation (auto-évaluation). L'étude montre que la traçabilité de la prescription des sondes urinaires est faible et qu'il en est de même pour la traçabilité de la pose et de sa réévaluation, qui n'est que peu assurée. Cela peut avoir en conséquence un maintien non justifié avec une durée d'hospitalisation plus longue et un risque augmenté d'infections pouvant mener à l'extrême au décès du patient. Des actions doivent être mises en place dans les établissements afin d'améliorer le taux de prescription par la sensibilisation du corps médical et paramédical. Il est 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.

7. Références bibliographiques

1. Enquête nationale de prevalence 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 cout 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. Holroyd-Leduc JM et al. The relationship of indwelling urinary catheters to death, length of hospital stay, functional decline, and nursing home admission in hospitalized older medical patients. *J Am Geriatr Soc.* 2007 Feb;55(2):227-33.
11. Schuur JD et al. Urinary catheter use and appropriateness in U.S. emergency departments, 1995-2010. *Acad Emerg Med.* 2014 Mar;21(3):292-300.
12. 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.
13. 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
14. Knoll BM et al. Reduction of inappropriate urinary catheter use at a Veterans Affairs hospital through a multifaceted quality improvement project. *Clin Infect Dis.* 2011 Jun;52(11):1283-90.
15. Fakhri MG et al. Reducing inappropriate urinary catheter use: a statewide effort. *Arch Intern Med.* 2012 Feb 13;172(3):255-60.
16. Greene MT et al. Urinary catheter indications in the United States: results from a national survey of acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2014 Oct;35 Suppl 3:S96-8.



Audit S.U. : pertinence de l'indication du sondage urinaire à demeure chez l'adulte

Fiche Etablissement

Données administratives

Nom de l'établissement :

Code anonymat (donné par le CPias) :

Nom de la commune :

Code postal :

Type d'établissement :

Prévention et contrôle des infections sur sondage urinaire à demeure (SAD)

Existe-t-il une procédure institutionnelle sur le SAD Oui Non

Si oui :

Cette procédure mentionne-t-elle les indications du SAD ? Oui Non

Cette procédure précise-t-elle la fréquence de la réévaluation ? Oui Non

La prescription de la sonde est-elle informatisée ? Oui, complètement

Oui, partiellement

Non

La traçabilité paramédicale (pose/surveillance/retrait) est-elle informatisée ? ... Oui, complètement

Oui, partiellement



Audit S.U. : phase II Pertinence du sondage urinaire à demeure chez l'adulte

Etiquette

Cas n° :

Patients sondés dans l'établissement (identifiés à la phase I)

Service : _____ Code : |_|_|_|_|_|_|_|

Date de passage: |_|_|_|_|_|

Patient / Sonde urinaire

Sexe : F / H Age : |_|_|_|_|

Service de pose : _____ Code : |_|_|_|_|_|_|_|

Spécialité du médecin prescripteur de la S.U. :

1. Chirurgien 2. Anesthésiste/Réanimateur 3. Médecin, autre spécialité 4. NP

Sonde posée par :

1. Médecin senior 2. Interne 3. Externe 4. IDE 5. Elève IDE 6. NP

Date de pose: |_|_|_|_|_| ou : date non précisée

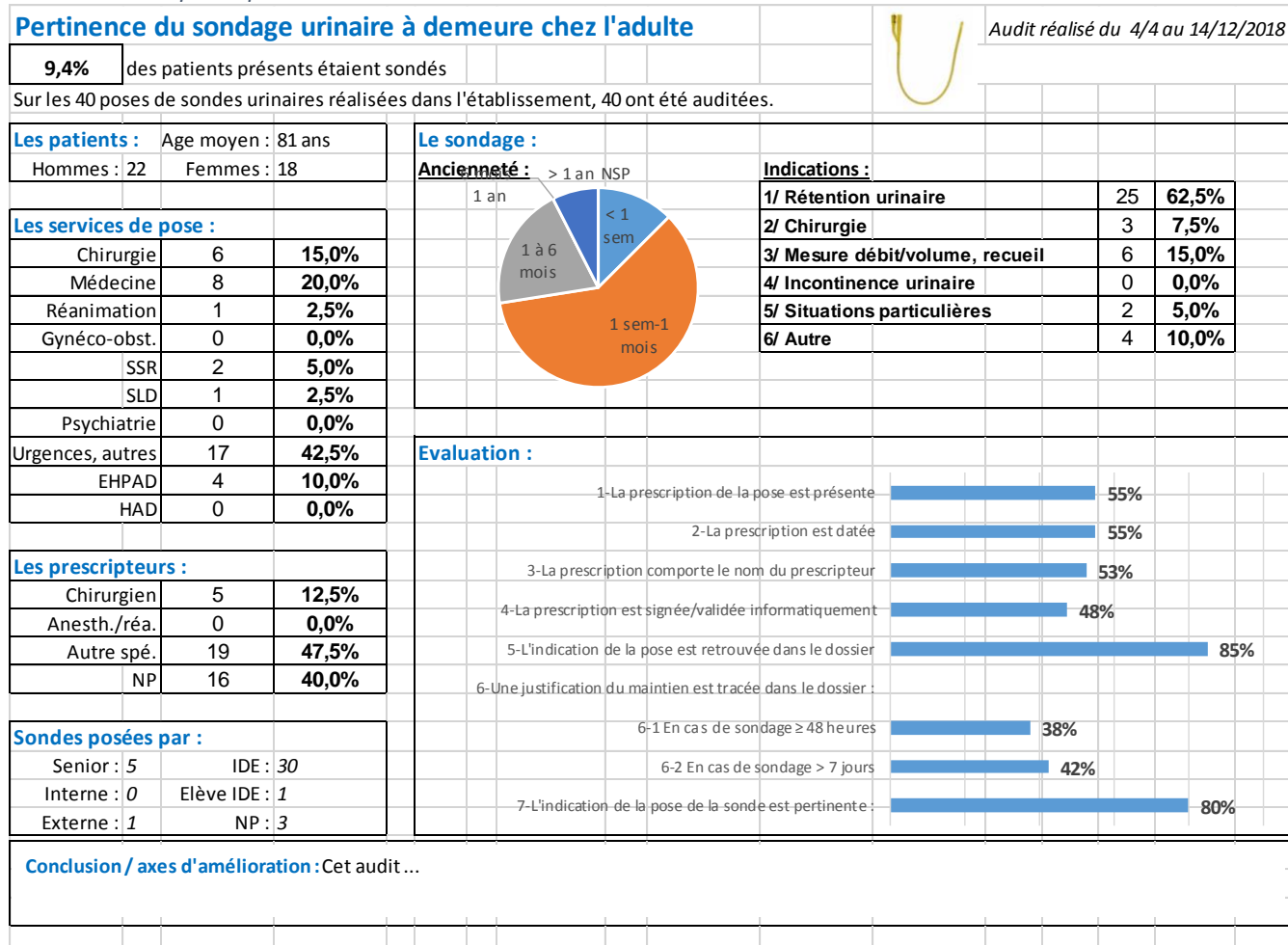
Indication : (ne cocher qu'une seule indication)

1/ Rétention urinaire <input type="checkbox"/> 1.1 Rétention urinaire aiguë avec ou sans obstruction <input type="checkbox"/> 1.2 Rétention urinaire chronique avec obstruction
2/ Chirurgie <i>Préciser la spécialité : CHI _ _ _ _ </i> <input type="checkbox"/> 2.1 Chirurgie pelvienne et urétéro-vésico-prostatique <input type="checkbox"/> 2.2 Anticipation d'une durée opératoire longue <input type="checkbox"/> 2.3 Perfusion de grand volume ou administration de diurétiques pendant la chirurgie <input type="checkbox"/> 2.4 Nécessité de suivre le volume/débit urinaire en per-opératoire <input type="checkbox"/> 2.5 Pré-ou post-opératoire, selon protocole local
3/ Mesure du débit et du volume urinaire, recueil d'urines <input type="checkbox"/> 3.1 Mesure horaire indispensable pour la prise en charge du patient <input type="checkbox"/> 3.2 Mesure du volume sur 24h ne pouvant être réalisée par d'autres moyens <input type="checkbox"/> 3.3 Recueil d'urines sur 24h ne pouvant être réalisée par d'autres moyens
4/ Incontinence urinaire dans certaines circonstances particulières <input type="checkbox"/> 4.1 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 <input type="checkbox"/> 4.2 Difficulté de réaliser les soins de nursing malgré les autres stratégies de prise en charge de l'incontinence
5/ Situations particulières <input type="checkbox"/> 5.1 Réduction de la douleur aiguë sévère lors des mouvements (autres possibilités d'évacuation des urines impossibles) <input type="checkbox"/> 5.2 Amélioration du confort des patients en fin de vie <input type="checkbox"/> 5.3 Prise en charge d'une hématurie majeure avec caillots <input type="checkbox"/> 5.4 Autres types de drainage indiqués, mais difficiles à mettre en place ou vidange de la vessie non optimale
6/ Autre, préciser en clair : <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

Evaluation

Critère	Oui	Non	NA
1. La prescription de la pose de sonde urinaire est présente			
2. Cette prescription est datée			
3. Cette prescription comporte le nom du prescripteur			
4. Cette prescription est signée ou validée informatiquement			
5. L'indication de la pose est retrouvée dans le dossier patient			
6. Une justification du maintien est tracée dans le dossier :			
6.1-En cas de sondage \geq 48 heures -----			
6.2-En cas de sondage > 7 jours -----			
7. L'indication de la pose de la sonde à demeure est pertinente			
Si l'indication est non pertinente, indiquer pourquoi :			
<input type="checkbox"/> L'indication a pu être précisée et a été évaluée non pertinente			
<input type="checkbox"/> L'indication n'a pas été retrouvée, ni dans le dossier ni à l'oral			
<input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____			

Notes :



9. Groupe de travail

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
Valerie MORENO Infirmiere hygiéniste, CHU Caen
Audrey MOUET Praticien hygiéniste, CHU Caen
Severine PAIN Infirmiere hygiéniste, CH Saint-Lo
Stephanie 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
Veronique MERLE Professeur des Universités Praticien hygiéniste, CHU de Rouen
Emmanuel PIEDNOIR Infectiologue, NormAntibio
Xavier TILLOU Urologue, CHU de Caen