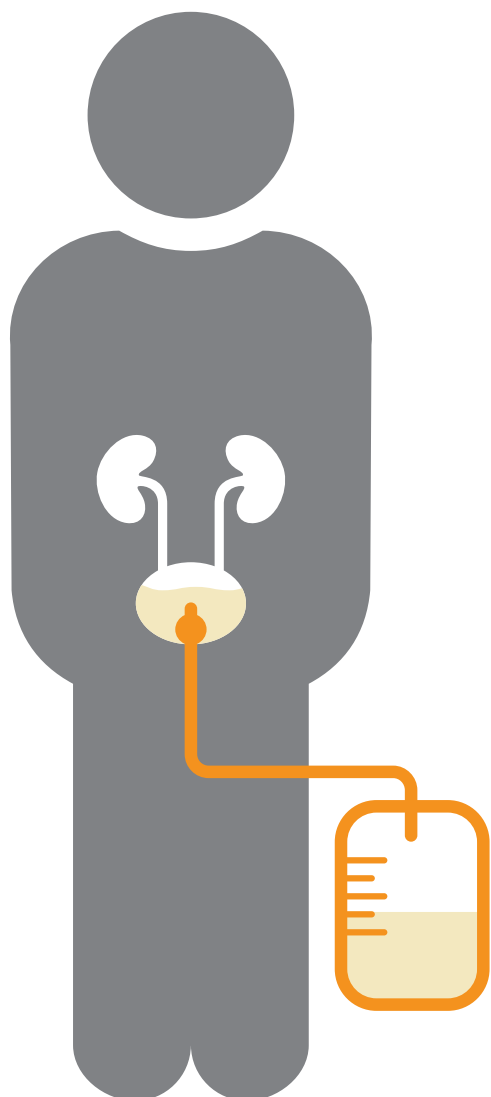


Publication

Sécurité des patients Suisse

N° 09

Update 2018



La sécurité dans le sondage vésical

Recommandations de
progress! La sécurité dans le sondage vésical

Auteure :

Dr sc. nat. Stephanie Züllig, responsable de programme
progress! La sécurité dans le sondage vésical

En collaboration avec l'équipe de programme de Sécurité des
patients Suisse et Swissnoso : Lynn Häsler, Andrea Niederhauser,
Judith Maag, PD Dr med. Jonas Marschall, Prof. Dr David Schwappach,
Dr med. Alexander Schweiger

CONTENU

INTRODUCTION	3
RÉSULTATS PRINCIPAUX	4
FAISCEAU D'INTERVENTIONS	5
DEVICE STEWARDSHIP DU CATHÉTER VÉSICAL	7
ÉLÉMENTS INDISPENSABLES POUR UNE INTRODUCTION RÉUSSIE DU « DEVICE STEWARDSHIP DU SONDAGE VÉSICAL »	8
PERSPECTIVES	10
RÉFÉRENCES	11

INTRODUCTION

La présente mise à jour de la publication n° 9 « La sécurité dans le sondage vésical » regroupe les principaux résultats du programme pilote « progress! La sécurité dans le sondage vésical » (2015–2018) (1). La publication et la présente mise à jour mettent à disposition de nombreuses connaissances de base et un guide pratique permettant de réduire la fréquence d'application des sondes à demeure, également nommées sondes vésicales, ainsi que la durée du sondage chez les patients adultes en hôpital de soins aigus. Ces documents s'adressent à toutes les personnes concernées au quotidien par l'amélioration de la sécurité des patients dans leur établissement, qu'il s'agisse des médecins, infirmiers, spécialistes en hygiène hospitalière, responsables de la gestion des risques, assistants techniques spécialisés en salle d'opération ou de membres de la direction de l'hôpital.

CONTEXTE

Programme pilote

« progress! La sécurité dans le sondage vésical »

« progress! La sécurité dans le sondage vésical » est le troisième programme pilote national mené dans le cadre de la Stratégie fédérale en matière de qualité dans le système de santé suisse. Il a été développé par Sécurité des patients Suisse et Swissnoso et mis en place entre 2016–2018. Ce programme avait pour objectif de réduire le recours à l'emploi du sondage vésical et par conséquent la fréquence des infections des voies urinaires et des complications non infectieuses associées à l'usage des cathéters. Dans le cadre du projet d'approfondissement, sept hôpitaux pilotes, soutenus par une campagne de sensibilisation, ont appliqué un faisceau d'interventions basées sur des données probantes pour la réduction du sondage vésical. Ce projet s'est basé sur la devise : plus sûr, plus court, plus rare.

Le faisceau d'interventions comprenait trois mesures basées sur des données probantes :

- 1) une liste des indications
- 2) un contrôle quotidien de la nécessité de la sonde (réévaluation)
- 3) la formation du personnel pour une gestion sûre des sondes urinaires

Afin de démontrer l'efficacité du faisceau d'interventions, les hôpitaux pilotes ont collecté les données suivantes pendant trois mois avant et après la mise en œuvre du faisceau d'interventions: données concernant l'utilisation des sondes vésicales, la validité de l'indication et l'existence de la réévaluation, ainsi que le nombre d'infections des voies urinaires et de complications non-infectieuses associées aux cathéters (surveillance). Au cours du dernier mois de surveillance, une enquête auprès des collaborateurs a également été réalisée, afin d'identifier les changements en termes de connaissances, d'attitude au niveau de l'organisation et de comportement des collaborateurs dans la gestion des sondes vésicales. La première enquête a été réalisée au début du projet d'approfondissement, la seconde une fois le projet d'approfondissement terminé. L'analyse des données collectées dans le cadre du programme pilote a été réalisée par les collaborateurs de Swissnoso (surveillance) et de Sécurité des patients Suisse (enquête auprès des collaborateurs). Les résultats obtenus et les connaissances acquises doivent favoriser la diffusion dans d'autres hôpitaux et contribuer à l'application du faisceau d'interventions à l'échelle nationale.

Hôpitaux pilotes ayant participé au projet d'approfondissement :

Inselspital Bern
Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) Lugano Civico
Spital Lachen
Luzerner Kantonsspital (LUKS)
Hôpital neuchâtelois (HNE)
Kantonsspital Winterthur (KSW)
UniversitätsSpital Zürich (USZ)

RÉSULTATS PRINCIPAUX

L'EFFICACITÉ DU FAISCEAU D'INTERVENTIONS EN CHIFFRES

Pour vérifier si le faisceau d'interventions s'accompagne d'une amélioration des processus dans les hôpitaux pilotes, et par conséquent d'une diminution du nombre d'infections et des lésions associées à l'usage des cathéters, nous avons relevé la fréquence et la durée des sondages, leur légitimité selon la liste des indications, la fréquence des complications non infectieuses et infectieuses ainsi qu'un certain nombre de variables du processus sur une période définie. Les résultats suivants ressortent de la comparaison des données relevées avant et après le programme, concernant l'utilisation des cathéters et la fréquence des complications associées au sondage:

Fréquence du sondage vésical

Au total, le nombre de sondes vésicales chez les patients hospitalisés a diminué de manière significative, passant de 23.7 % à 21.0 %. Par rapport aux données publiées, le taux de sondage vésical reste encore relativement élevé après la mise en œuvre du faisceau d'interventions (2–5).

Pose de cathéter uniquement en présence d'une indication claire

Le nombre de cathéters posés avec une indication a augmenté de manière significative, de 74,5 à 90 %. Ceci signifie qu'après la mise en œuvre du faisceau d'interventions, une indication était présente pour 9 cathéters sur 10. Ou inversement: seul 1 cathéter sur 10 était posé sans indication documentée. Les cathéters ont été le plus souvent utilisés dans le cadre d'opérations, pour surveiller la diurèse ou en cas de rétention urinaire.

Contrôle quotidien de l'indication

La persistance de l'indication de la sonde vésicale a été contrôlée pour 624 jours de sondage sur 1 000. La situation idéale de 1 000 contrôles pour 1 000 jours de sondage, c'est-à-dire un contrôle quotidien, n'est certes pas encore atteinte, mais on constate une augmentation notable des contrôles quotidiens (réévaluation) par rapport à la mesure en amont (168 / 1 000).

Durée du sondage

Avant l'intervention, la durée du sondage était de 17.4 jours de sondage / 100 jours patient. Elle n'a pas été réduite de manière significative puisque la durée du sondage était de 13.5 jours de sondage / 100 jours patients dans la seconde mesure. Chez les patients sondés au cours de leur hospitalisation, le cathéter est resté en place pendant à peine la moitié de la durée de leur séjour à l'hôpital.

Taux d'infection

Le taux d'infection des voies urinaires associée aux cathéters (CAUTI) était bas dès le début (0.02 infections / 100 jours de sondage ou 1,02 infections / 1 000 jours de sondage) et n'a pas subi de variation significative pendant le programme pilote (0.02 infections / 100 jours de sondage ou 1.33 infections / 1 000 jours de sondage).

Complications non infectieuses

Le nombre de complications non infectieuses (macro-hématurie ou saignement des voies urinaires) a baissé de manière significative, de 0.8 à 0.6 complications / 100 jours patient. Ceci correspond à une réduction relative du risque de 25 %.

Fréquence des infections nosocomiales des voies urinaires dans les hôpitaux suisses (2017)

Une étude ponctuelle de la prévalence (Point Prevalence Survey PPS) menée par Swissnoso en 2017 dans 96 hôpitaux suisses a mis en évidence que 5.9 % de tous les patients souffraient d'une infection nosocomiale. Les infections des voies urinaires représentaient 14.9 % de toutes les infections nosocomiales et étaient la troisième cause d'infection, après les infections du site opératoire (29.0 %) et les infections des voies respiratoires inférieures (18.2 %) (5).

Bien que les taux d'utilisation des cathéters ne puissent être comparés directement en raison des différentes méthodes d'enquête, on constate que les hôpitaux pilotes ont utilisé plus de sondes vésicales, même après le faisceau d'interventions (21.0 % des patients cathétérisés) que les hôpitaux ayant participé à la PPS (16.4 %). Cependant, l'examen des unités organisationnelles participantes montre que le programme pilote comprenait principalement des départements médicaux et chirurgicaux alors que dans la PPS ces départements ne représentaient qu'un peu plus de 50 % de toutes les unités organisationnelles participantes. Le taux élevé de sondage vésical dans les hôpitaux pilotes s'explique par conséquent par la proportion importante de patients hospitalisés en médecine et en chirurgie, pour lesquels un cathétérisme vésical est justifié dans de nombreux cas selon la liste des indications. Si l'on s'intéresse en revanche au faible taux d'infections des voies urinaires associées au cathéter dans les hôpitaux pilotes, on peut supposer que les hôpitaux pilotes ne sont pas représentatifs et réussissaient à éviter les infections associées au cathéter avant leur participation au programme pilote (Dans la PPS, le taux de toutes les infections des voies urinaires était de 14.9 %, que l'expérience permet d'associer pour une part importante au sondage vésical). Par ailleurs, nous savons que les hôpitaux « motivés », qui présentent déjà de bons résultats, participent plus fréquemment aux projets d'amélioration de la qualité (6).

FAISCEAU D'INTERVENTIONS

Comme le montre la surveillance, la mise en œuvre du faisceau d'interventions a permis de réduire l'utilisation des sondes urétrales à demeure dans les hôpitaux de soins aigus suisses. En parallèle, le nombre de cathéters pourvus d'une indication ainsi que la réévaluation quotidienne de la nécessité médicale du cathéter ont augmenté.

Sécurité des patients Suisse et Swissnoso recommandent l'introduction et l'application du faisceau d'interventions dans tous les hôpitaux.

Le faisceau d'interventions se compose des éléments suivants:

Liste des indications

L'introduction et l'utilisation d'une liste des indications reposant sur des données probantes représente la mesure la plus importante pour éviter la pose de cathéters qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical. La liste des indications de « progress ! La sécurité dans le sondage vésical » a fait ses preuves dans les hôpitaux pilotes et sa diffusion à grande échelle est recommandée par Sécurité des patients Suisse et Swissnoso. Cette liste contient six indications accompagnées d'explications qui peuvent facilement être imprimées sur un memento de poche. Pour une évaluation plus précise, il est également utile d'y présenter les situations dans lesquelles la pose d'une sonde n'est pas indiquée du point de vue médical. Les indications doivent être documentées, car documenter favorise en général une réflexion préalable sur la nécessité du sondage. La documentation permet également de vérifier si le cathéter urinaire posé est justifié ou s'il existe un potentiel d'amélioration. L'indication peut être inscrite directement dans le dossier de soins électronique (par exemple au moyen d'un menu déroulant). Si la documentation se fait sur papier, on peut la simplifier en attribuant un numéro d'identification à un chiffre à chaque indication. Comme cela peut être source d'erreur, il convient de vérifier de temps en temps et de manière systématique l'utilisation correcte des chiffres.

L'indication « opération » fait l'objet d'une attention particulière. L'expérience des hôpitaux pilotes a montré que la spécification « opération longue > 4 h » est interprétée et appliquée différemment. Pour éclaircir ce point, Sécurité des patients Suisse et Swissnoso ont spécifié, en accord avec les organisations professionnelles fmCh, LOPS, SSC et SIGA/FSIA, l'indication « opération longue » comme le temps d'incision/suture. Ainsi, la pose d'une sonde vésicale est considérée comme indiquée si le temps d'incision/suture lors d'une opération dépasse 4 heures.

Cette précision est conforme à la recommandation de Sadeghi et al., qui ont défini les critères pour l'insertion d'un cathéter périopératoire dans le cadre d'une procédure de consensus avec 124 chirurgiens et 8 techniciens en salles d'opération (7). Selon cette liste, un cathéter est indiqué si la durée prévue de l'opération est de plus de 4 heures, la durée étant définie comme le temps d'incision/suture (J. Leis, communication personnelle). Par ailleurs, la pratique a démontré que les patients ont souvent une vessie très pleine après une opération de 3,5 à 4 heures, car ils n'ont pu vider leur vessie depuis longtemps étant donné que les mesures de préparation à l'opération peuvent prendre jusqu'à une heure et demie. Par conséquent, en cas de dépassement prévu d'un temps d'incision/suture de 4 heures, un sondage vésical est tout à fait indiqué. Avec un temps d'incision/suture de plus de 4 heures, toute administration périopératoire de liquides ou de diurétiques est prise en compte. En revanche, les récemment publiés critères Michigan Appropriate Perioperative (MAP) jugent indiquée l'insertion d'une sonde vésicale lors d'interventions de chirurgie générale et de chirurgie orthopédique à partir d'une durée d'opération de plus de 2 heures (8). Cette recommandation se base sur la méthode RAND/UCLA Appropriateness selon laquelle 13, respectivement 11 experts avaient évalué la pertinence de la pose d'un cathéter dans 91 scénarios de chirurgie générale, respectivement 36 scénarios de chirurgie orthopédique aux Etats-Unis (9). Dans cette publication, les auteurs mettent également à disposition une liste par intervention relative à l'insertion d'un cathéter périopératoire. De manière générale, l'une des mesures importantes pour éviter le sondage vésical est de faire vider sa vessie au patient avant l'opération, en l'accompagnant aux toilettes ou par une autre méthode d'évacuation contrôlée de l'urine. Pour ancrer l'utilisation de la liste des indications en salle d'opération, l'acceptation et le soutien des chirurgiens, des anesthésistes et du personnel de la salle d'opération sont nécessaires. Ces professionnels doivent impérativement être impliqués lors de la mise en route de la liste des indications.

La spécification « périopératoire » fait référence aux situations dans lesquelles la vessie doit être vide pour des raisons inhérentes aux techniques opératoires. La pose périopératoire d'une sonde vésicale est souvent définie dans les protocoles opératoires standardisés. Sécurité des patients Suisse et Swissnoso recommandent de vérifier et éventuellement de modifier ces protocoles lors de l'introduction de la liste des indications. Par exemple, les avantages d'un sondage de routine chez les femmes qui vont subir une césarienne ne sont pas suffisamment prouvés scientifiquement (10).

Réévaluation quotidienne

La réévaluation quotidienne doit permettre de s'assurer que les cathéters posés ne sont pas oubliés et sont retirés dès qu'ils ne sont plus nécessaires du point de vue médical. Le rappel peut par exemple s'effectuer de manière électronique (fenêtre pop-up dans la documentation de soins) ou peut être inséré comme partie intégrante de la visite. Il est important de définir clairement les responsabilités et de déterminer qui, ou quel groupe professionnel, soulève la question du cathéter et la persistance de son indication médicale, et à quel moment. Dans les hôpitaux pilotes, la documentation quotidienne de la réévaluation dans le parcours de soins a fait ses preuves. En revanche, l'attribution de la responsabilité de l'exécution de la réévaluation au personnel soignant ou au corps médical a eu une moindre importance. Si la réévaluation montre que l'indication du cathéter n'existe plus, celui-ci doit être retiré si possible le jour même. Ceci est plus probable si la réévaluation a lieu pendant la visite du matin. La réduction du nombre de jours de sondage réduit également le risque de bactériémie associée au cathétérisme, qui peut entraîner une infection des voies urinaires ou une sepsis, d'où l'importance, d'un point de vue bactériologique, de retirer le cathéter le plus tôt possible. Comme le montrent les données des hôpitaux pilotes, il existe chez les patients sondés pour rétention urinaire un risque plus élevé de réinsertion, c'est pourquoi une tentative de retrait du cathéter doit être planifiée pour ces patients.

Formation et entraînement pratique

La pose experte et aseptique du cathéter vésical est la condition préalable à un cathétérisme à faible risque d'infection, indolore et sans lésions. A quelques exceptions près, le personnel infirmier est responsable de la pose des cathéters. Le personnel infirmier est en général formé, dans le cadre de sa formation professionnelle, à travailler dans des conditions aseptiques et à poser des cathéters¹. Cependant, il peut arriver que la personne ait été formée depuis longtemps, qu'elle ait peu pratiqué ou que des imprécisions pouvant nuire à la pose correcte de la sonde soient constatées. L'expérience accumulée lors des programmes pilotes a montré que les formations et les simulations sur mannequin (entraînement pratique) sont généralement perçues de manière positive par les collaborateurs et sont appréciées. Les médecins, qui sont souvent appelés en cas de problèmes lors du cathétérisme, ont particulièrement apprécié l'entraînement sur mannequin, car cette formation n'est en général pas prévue lors de leur formation. Les formations théoriques peuvent avoir lieu en temps réel et/ou à l'ordinateur. Les modules d'e-learning, pouvant être suivis à n'importe quel moment, offrent une plus grande flexibilité. Pour être efficace, la formation pratique doit être dispensée en petits groupes par un personnel infirmier expérimenté disposant de connaissances approfondies en matière de prévention des infections, ou par un urologue. Lors de la conception d'un programme de formation et d'entraînement pratique standardisé, il convient de tenir compte de la rotation et de la fluctuation des collaborateurs. Il est judicieux de proposer les formations et les entraînements sur une base annuelle, par exemple dans le cadre de l'introduction des nouveaux collaborateurs.

Film de formation

Le film de formation réalisé par l'équipe d'hygiène hospitalière de l'hôpital universitaire de Berne dans le cadre de « progress! La sécurité dans le sondage vésical », montre la procédure correcte de cathétérisme suivant la directive pour les soins aux adultes porteurs d'un cathéter urétral, établie par l'Hôpital universitaire de Berne et le centre pour personnes âgées de Laupen (11). Par ailleurs, le film contient une brève présentation théorique et quelques questions de connaissances auxquelles il faut répondre à la fin de la séquence. Ce film de formation peut être visionné sur www.swissnoso.ch ou www.securitedespatisiens.ch en allemand, français et italien.

¹ La pose d'un cathéter vésical fait partie intégrante de la formation professionnelle de base des assistants en soins et santé communautaire (ASSC) depuis la nouvelle Ordonnance sur la formation (1er janvier 2009).

DEVICE STEWARDSHIP DU CATHÉTER VÉSICAL

Pour évaluer l'efficacité du faisceau d'interventions, un monitoring adapté doit être mis en place. La fréquence des CAUTI, mesurée en nombre de CAUTI / 1 000 jours de sondage, est en général le principal indicateur de mesure des résultats (surveillance). Jusqu'à présent, l'utilisation des cathéters (jours de sondage / 100 jours patients) représentait principalement une variable du processus. En réalité, le taux de CAUTI présente certaines limites en tant qu'indicateur de résultat. Il en existe d'une part différentes définitions, qui reposent sur différents paramètres cliniques et diagnostiques et rendent ainsi difficile la comparaison des données (CDC NHSN 2015, IDSA) (12). D'autre part, le taux de CAUTI ne montre que les changements dans les infections associées aux cathéters. Les complications non infectieuses (par exemple traumatismes mécaniques de l'urètre, de la prostate et de la vessie ou immobilisation et inconfort dus au cathéter) ne sont quant à elles pas recensées. Dans les programmes d'amélioration se concentrant sur la réduction du recours au sondage vésical, vient s'ajouter le fait que, paradoxalement, en limitant l'usage du sondage vésical, le taux de CAUTI peut augmenter, car l'indication d'une sonde est plus fréquente chez les patients qui présentent un risque d'infection accru en raison de la gravité de leur maladie (13).

C'est également en raison de ces inconvénients que l'utilisation des sondes vésicales est utilisée comme indicateur de résultat (12, 14). En partant de l'observation que le sondage vésical représente un risque de CAUTI et de complications non infectieuses, la réduction du taux de sondage vésical est un indicateur de résultat souhaitable (2, 15, 16). Une réduction de l'utilisation du cathéter peut par conséquent réduire la fréquence des infections associées au cathéter. Contrairement à la surveillance, qui nécessite beaucoup de temps et de ressources, le recours au sondage vésical peut être recensé sans effort majeur. Si la surveillance du sondage vésical et des CAUTI est en général réalisée sous forme de mesure de prévalence ponctuelle ou périodique par contrôle au lit du patient et étude de la documentation du patient, le taux de sondage vésical peut très simplement être calculé à l'aide de la documentation de soins (date de pose et de retrait du cathéter) et du système d'information clinique de l'hôpital (date d'admission et de sortie du patient). Cette mesure est également possible pour les hôpitaux présentant un faible niveau d'informatisation, moyennant un effort supplémentaire raisonnable. La surveillance implique quant à elle un effort plus important, notamment parce qu'une culture d'urine est nécessaire pour poser le diagnostic de l'infection, en plus des symptômes cliniques (définition du CDC NHSN). Cet effort est d'autant plus difficile que les CAUTI sont des événements relativement rares, bien que n'étant pas anodins. Il existe certes des systèmes de surveillance automatisés pour les sondes urétrales à demeure et les CAUTI, cependant ils nécessitent un dossier du patient électronique et doivent être compatibles avec le système de documentation interne de l'hôpital (17, 18).

Sécurité des patients Suisse et Swissnoso recommandent un « Device stewardship du sondage vésical » avec mise en œuvre du faisceau d'interventions et mesure du taux de sondage vésical.

Le terme « Device Stewardship » s'inspire d'« Antibiotic Stewardship », que l'on pourrait traduire librement par « ensemble de mesures cohérentes pour la promotion d'une utilisation responsable des antibiotiques » (19). L'objectif de l'« Antibiotic Stewardship » est d'améliorer la santé des patients, de réduire la résistance aux antibiotiques et d'éviter des coûts non nécessaires. Cet ensemble de mesures prévoit également, en plus du monitoring, une intervention, en général sous forme de faisceau. Pour le « Device Stewardship du sondage vésical », ceci signifie: monitoring de l'utilisation de sondes vésicales et mise en œuvre du faisceau d'interventions qui comprend les trois mesures suivantes: 1) liste des indications, 2) réévaluation quotidienne et 3) formation du personnel.

Le « Device Stewardship du sondage vésical » doit encourager l'utilisation responsable de sondes urétrales à demeure afin d'obtenir le meilleur résultat de traitement en évitant les infections nosocomiales et les lésions iatrogènes.

Limites

Malgré ces avantages, le taux de sondage vésical comme indicateur de résultat présente cependant quelques limites (14). Le taux de sondage vésical ne donne pas d'indication sur le fait que l'utilisation d'un cathéter soit justifiée ou non. Par ailleurs, en cas d'augmentation du taux de sondage vésical, il n'est pas possible d'évaluer si celui-ci est dû à l'augmentation du nombre d'insertions ou à une durée de sondage accrue. Si l'indication est enregistrée sous forme électronique dans le système, il est cependant possible d'indiquer la cause sans gros effort supplémentaire.

Pour pallier ces limites, il est recommandé de corréler la mesure du taux de sondage vésical à la mesure d'une autre variable de résultat (12). Il peut par exemple s'agir du taux d'insertion, qui permet d'évaluer si une augmentation du taux de sondage vésical est due à une augmentation du nombre d'insertions. Néanmoins, le taux de CAUTI doit continuer à être surveillé, même s'il ne nécessite pas une surveillance continue, car la fréquence des CAUTI dans un hôpital fournit de précieuses informations sur la prévention des infections. Étant donné que seule une petite partie des CAUTI cause une sepsis potentiellement mortelle, il peut être suffisant de recenser une fois par an le taux de CAUTI au moyen d'une mesure de prévalence ponctuelle. Ceci est nettement moins chronophage qu'une surveillance continue, notamment si la mesure n'est pas automatisée.

ÉLÉMENTS INDISPENSABLES POUR UNE INTRODUCTION RÉUSSIE DU « DEVICE STEWARDSHIP DU SONDAGE VÉSICAL »

Quels sont les facteurs décisifs pour une amélioration réussie du sondage vésical ? Comment assurer le succès de l'introduction et de la mise en œuvre d'un faisceau d'interventions ? Quels sont éléments nécessaires à la réussite du monitoring ? Les principes d'une mise en œuvre efficace décrits au chapitre 5 de la publication n° 9 « La sécurité dans le sondage vésical » continuent de s'appliquer. En complément, Sécurité des patients Suisse et Swissnoso recommandent, sur la base de l'expérience des hôpitaux pilotes et de la littérature, les approches suivantes :

Identification du potentiel d'amélioration

Pour obtenir des changements, il faut faire un bilan de la situation actuelle et savoir ce que l'on souhaite améliorer. Mieux on connaît le contexte initial (Baseline), plus il est possible d'intervenir de manière ciblée et d'apporter des changements.

Pour déterminer son potentiel d'amélioration concernant l'utilisation de sondes vésicales, un hôpital doit connaître son taux de sondage vésical et si possible également le taux de CAUTI associées. L'étude ponctuelle de la prévalence (PPS) mentionnée au début de la publication et menée par l'université de Genève et Swissnoso a relevé la fréquence des infections nosocomiales dans les hôpitaux suisses, dont la prévalence des infections des voies urinaires (5). Les chiffres obtenus donnent une indication permettant d'évaluer le contexte initial. Ils peuvent être utilisés pour décider si une mesure individuelle de la Baseline est nécessaire.

Le potentiel d'amélioration d'un hôpital dépend également des différents départements et services, ainsi que des patients qui y sont traités. Ainsi, la pose fréquente de cathéter et une durée importante de sondage peuvent être justifiées dans les services prenant en charge des patients gravement malades. Dans ces cas, le potentiel d'amélioration peut être faible. Ces facteurs doivent être pris en compte lors de la conception d'un programme d'amélioration.

Obtention du soutien de la direction de l'hôpital et engagement des ambassadeurs

L'un des facteurs de réussite souvent mentionné est le soutien de la direction de l'hôpital. Cela permet de s'assurer que les changements souhaités sont soutenus et encouragés aux plus hauts niveaux de l'hôpital. En effet, l'utilisation rationnelle du sondage vésical est également une question de culture de l'établissement. Par ailleurs, pour la mise en œuvre de mesures d'amélioration, des ressources financières supplémentaires sont souvent nécessaires en plus des ressources humaines, pour par exemple, la création de supports de formation ou si des changements dans le système de documentation clinique de l'hôpital doivent être faits à des fins de surveillance.

Les champions ou les ambassadeurs contribuent fortement à la mise en place de changements de comportement du personnel médical en ce qui concerne la prévention des infections (20, 21). Ils sont également les garants fondamentaux de la pérennisation des changements obtenus (22). Les ambassadeurs sont des collaborateurs motivés, qui, en raison de leur position et/ou de leur expérience, sont estimés et respectés par leurs collègues. Ils prennent la problématique à bras le corps et s'impliquent afin de convaincre les autres de l'utilité des mesures d'amélioration et les encourager à collaborer. Dans l'idéal, les ambassadeurs sont issus du corps médical et infirmier et ont un bon réseau de relations. Ceci permet d'établir une liaison directe entre la direction du projet et les collaborateurs dans les services et ainsi de se rendre compte de la réalité de l'intervention sur le terrain et de réaliser des ajustements ultérieurs si nécessaire.

Gestion de projet efficace

La responsabilité de la réalisation d'un projet d'amélioration incombe dans l'idéal à une équipe de projet composée de collaborateurs de différentes disciplines et groupes professionnels, c'est-à-dire multidisciplinaire et multi-professionnelle. La direction du projet peut être confiée à une personne du service qualité et gestion des risques et/ou de l'hygiène hospitalière. Il est important que l'hygiène hospitalière soit représentée dans l'équipe, car la gestion des sondes vésicales joue un rôle important dans la prévention des infections nosocomiales. Tous les membres de l'équipe de projet doivent disposer de ressources suffisantes et d'un niveau d'acceptation élevé auprès de leurs collègues. S'ils n'ont pas le temps pour travailler ensemble en groupe, l'intervention ne pourra être mis en œuvre que de manière limitée, et ceci risque d'entamer la motivation des personnes concernées et de compromettre la réussite de l'entreprise. Il est également important que la composition de l'équipe reste constante dans la mesure du possible, les changements fréquents de personnel causant une perte des connaissances, ce qui peut compromettre la pérennisation du projet.

Si possible, le travail dans l'équipe de projet doit reposer sur un cycle Plan Do Study Act (PDSA) (23). Le cycle PDSA comprend un cycle répété de planification, de mise en œuvre, d'évaluation et d'action. Ceci permet de viser un niveau de qualité toujours plus élevé, car il est possible d'exploiter l'expérience acquise et d'optimiser le processus dans son ensemble. La base d'une gestion de projet réussie est une bonne planification, qui doit être détaillée et adaptée au contexte, et une gestion de projet efficace. Le processus de mise en œuvre ne dépend pas uniquement de l'intervention en soi, mais également de différents facteurs inhérents au contexte, par exemple l'environnement, l'hôpital, et les collaborateurs qui y travaillent. L'évaluation régulière de l'état du projet permet d'établir un état des

lieux quantitatif et qualitatif pour la planification et la mise en pratique de l'intervention. Des briefings réguliers de l'équipe permettent à ses membres d'échanger et d'apporter des améliorations concernant l'intervention ou les processus de mise en pratique.

Approche responsable avec des ressources limitées

Les hôpitaux sont confrontés à des processus de changements constants. Ils planifient et mettent en œuvre plusieurs projets d'amélioration de la qualité en simultané, c'est pourquoi une gestion économique des ressources humaines et temporelles disponibles est indispensable. Pour pouvoir faire face à cette exigence, il est possible d'adapter la portée de l'intervention aux besoins réels de l'hôpital et d'adopter une certaine flexibilité dans sa mise en œuvre. Il est important de tenir compte de la situation initiale dans l'hôpital et d'appliquer les éléments centraux de l'intervention de manière à ce qu'ils répondent aux besoins (*one size does not fit all*). La formation des collaborateurs par exemple, est un élément central du faisceau d'interventions, mais son contenu et

ses modalités d'application sont laissés à la discrétion de l'hôpital, en fonction de sa culture. Un hôpital peut par exemple décider de former au cathétérisme sûr à l'aide d'une formation en ligne, tandis que dans un autre un entraînement pratique s'avérera nécessaire.

Communication

Lors de la mise en place de processus d'amélioration, la communication joue un rôle fondamental. Pour communiquer sur le projet d'amélioration dans l'hôpital, il convient de suivre la devise : « Faites les choses bien et faites le savoir ». Ceci signifie présenter la situation initiale, le changement souhaité et communiquer ses modalités de mise en pratique. L'implication du service de communication et de la direction de l'hôpital donnent plus de poids à la communication et étendent sa portée. En parallèle, une communication rapide et informelle, par exemple par l'intermédiaire des ambassadeurs, permet d'accéder directement aux collaborateurs impliqués.

Mise en œuvre réussie d'un projet d'amélioration

La réussite de la mise en œuvre d'un projet d'amélioration dépend des informations factuelles disponibles, de la simplicité relative et de la facilité d'application des différentes mesures et de facteurs institutionnels pouvant favoriser ou entraver la mise en œuvre (24, 25).

PERSPECTIVES

Que se passe-t-il après le programme pilote « progress ! La sécurité dans le sondage vésical » ? Les données collectées ont montré que le recours au sondage vésical a baissé de manière significative dans les hôpitaux pilotes suite à la mise en œuvre d'un faisceau d'interventions basé sur des données probantes (liste des indications, contrôle quotidien de l'indication et formation des collaborateurs). En même temps, le nombre de cathéters pourvus d'une indication a augmenté de manière significative, tandis que le nombre d'infections des voies urinaires associées aux cathéters est resté bas. À ce stade, il ne reste plus qu'à établir des liens afin que les nouveaux processus et les améliorations obtenues dans les hôpitaux pilotes s'établissent comme la nouvelle norme et soient pérennisés. Par ailleurs, le faisceau d'interventions doit être étendu et appliqué dans les autres unités d'organisation des hôpitaux pilotes et dans tous les autres hôpitaux suisses.

Pour ce qui concerne la pérennisation, il est important que les activités se poursuivent et soient intégrées dans le travail quotidien, c'est-à-dire que la liste des indications soit appliquée, que les indications soient documentées et que la réévaluation quotidienne soit effectuée. Pour y parvenir, les connaissances sur l'utilisation correcte des cathéters urétraux doivent régulièrement être mises à jour et mises à disposition des nouveaux collaborateurs. Le moyen idéal est la formation régulière des collaborateurs, par exemple par la remise d'aides visuelles et la mise à disposition d'une formation en ligne ou de cours de formation continue organisés par l'hôpital. Les nouveaux collaborateurs doivent également recevoir une formation pratique. Ceci peut être réalisé sous forme d'ateliers interactifs ou par l'intermédiaire de professionnels formés, dans le cadre d'entretiens individuels. Il est fondamental de continuer à surveiller l'utilisation des cathéters et d'en communiquer les résultats aux collaborateurs. Ils savent ainsi où ils en sont et quel est le potentiel d'amélioration restant. L'échec de la pérennisation du processus signifierait avoir gaspillé le temps et l'argent engagés dans le cadre du projet d'amélioration.

Pour la diffusion du faisceau d'interventions, il est important d'identifier le besoin d'amélioration et qu'il existe une volonté de changement. Il faut pour cela, des dirigeants motivés, qui s'engagent pour le sujet et initient des changements. Il est plus facile de mettre en place de nouveaux processus si l'on peut bénéficier de l'expérience d'autres collègues et s'appuyer sur des supports existants.

À cet effet, tous les supports élaborés au cours du programme pilote sont mis à disposition gratuitement sur www.securitedespatients.ch et www.swissnoso.ch.

La mise en place d'un projet d'amélioration et le maintien des activités dépendent au final des ressources disponibles. Au vu de la charge de travail élevée dans les hôpitaux, il semble raisonnable de rationaliser le plus possible les efforts. Ceci concerne notamment le monitoring. C'est pourquoi Sécurité des patients Suisse et Swissnoso conseillent de surveiller le recours au sondage vésical et de l'utiliser comme indicateur de substitution pour les complications associées aux cathéters.

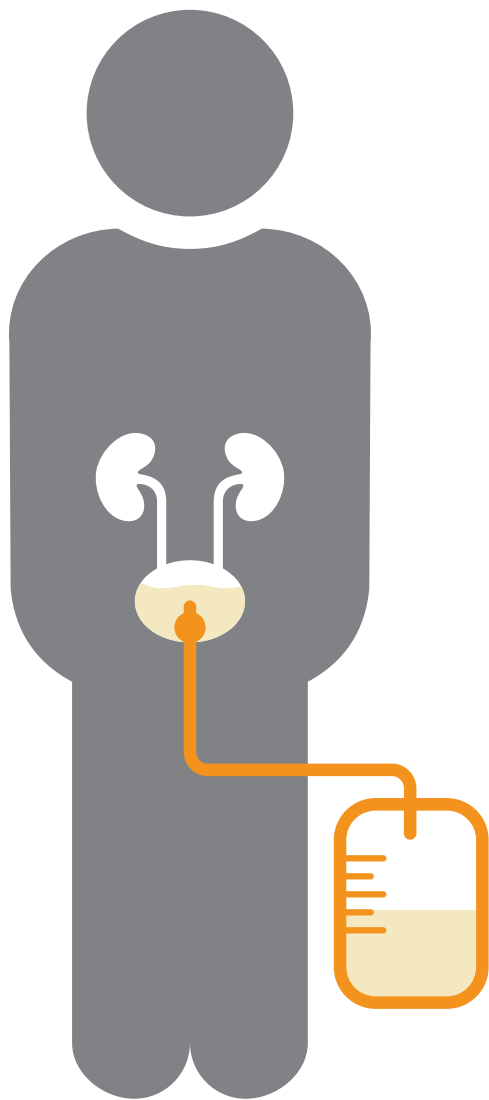
Avec le temps, l'idée que les efforts pour améliorer la sécurité des patients ne doivent pas se limiter à des « dispositifs » particuliers, tels que les cathéters urétraux, fait son chemin, car la prévention des complications est soumise aux mêmes mécanismes pour tous les cathéters. Ainsi, convient-il, pour la prévention des CAUTI et des septicémies associées aux cathéters centraux (CLABSI), d'interrompre le cycle de vie du cathéter (26). L'approche consistant à réduire le risque de complications associées aux cathéters par la mesure du taux d'utilisation des cathéters peut être appliquée à d'autres « dispositifs » (14). Dans ce cas, les dispositifs sont les sondes urétrales à demeure, mais aussi les cathéters veineux centraux et les sondes endotrachéales pour la ventilation mécanique. Il s'agit donc de transférer des connaissances existantes à des domaines similaires.

Naturellement, ceci ne se fait pas du jour au lendemain. Avant que la stratégie de « Device Stewardship » puisse être appliquée à grande échelle, des travaux de recherche et des projets pilotes sont nécessaires. Par exemple, la validation de l'utilisation des cathéters veineux centraux comme indicateur de substitution pour les CLABSI n'est pas encore acceptée. Il est donc nécessaire de poursuivre la recherche et les actions, ce dont Sécurité des patients Suisse et Swissnoso se chargeront volontiers.

RÉFÉRENCES

- (1) Züllig S, Mascherek A. Sicherheit bei Blasenkathetern. Empfehlungen im Rahmen des nationalen Pilotprogramms progress! Sicherheit bei Blasenkathetern. Zürich: Stiftung für Patientensicherheit; 2016.
- (2) Lo E, Nicolle LE, Coffin SE, Gould C, Maragakis LL, Meddings J, et al. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2014;35, Supplement:S32–47.
- (3) Magill SS, Edwards JR, Bamberg W, Beldavs ZG, Dumyati G, Kainer MA, et al. Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections. *N Engl J Med.* 2014;370(13):1198–208.
- (4) Uckay I, Sax H, Gayet-Ageron A, Ruef C, Muhlemann K, Troillet N, et al. High proportion of healthcare-associated urinary tract infection in the absence of prior exposure to urinary catheter: a cross-sectional study. *Antimicrob Resist Infect Control.* 2013;2(1):5.
- (5) Hôpitaux Universitaires de Genève and Swissnoso. Point Prevalence Survey 2017 of healthcare-associated infections and antimicrobial use in Swiss acute care hospitals. Hôpitaux Universitaires de Genève; Swissnoso (2018).
- (6) Wells S, Tamir O, Gray J, Naidoo D, Bekhit M, Goldmann D. Are quality improvement collaboratives effective? A systematic review. *BMJ Qual Saf.* 27(3):226–40.
- (7) Sadeghi M, Leis JA, Laflamme C, Sparkes D, Ditrani W, Watamaniuk A, et al. Standardisation of perioperative urinary catheter use to reduce postsurgical urinary tract infection: an interrupted time series study. *BMJ Qual Saf Epub ahead of print: 2018 May 29; doi:10.1136/bmjqs-2017-007458*
- (8) Meddings J, Skolarus TA, Fowler KE, Bernstein SJ, Dimick JB, Mann JD, et al. Michigan Appropriate Perioperative (MAP) criteria for urinary catheter use in common general and orthopaedic surgeries: results obtained using the RAND/UCLA Appropriateness Method. *BMJ Qual Saf.* Epub ahead of print: 2018 Aug 12. doi:10.1136/bmjqs-2018-008025
- (9) Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lazaro P, van het Loo M, McDonnell J, Vader J and Kahan JP. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica, CA: Rand Cooperation. 2001. Available from: https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html.
- (10) Abdel-Aleem H, Aboelnasr MF, Jayousi TM, Habib FA. Indwelling bladder catheterisation as part of intraoperative and postoperative care for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(4):CD010322.
- (11) Pflege/MTT D. Leitlinie für die Pflege von erwachsenen Personen mit Blasenkatheeter. Bern: Inselspital, Universitäts-spital Bern und Betagtenzentrum Laupen; 2015.
- (12) Fakhri MG, Gould CV, Trautner BW, Meddings J, Olmsted RN, Krein SL, et al. Beyond infection: device utilization ratio as a performance measure for urinary catheter harm. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2016;37(03):327–33.
- (13) Fakhri MG, Greene MT, Kennedy EH, Meddings JA, Krein SL, Olmsted RN, et al. Introducing a population-based outcome measure to evaluate the effect of interventions to reduce catheter-associated urinary tract infection. *Am J Infect Control.* 2012;40(4):359–64.
- (14) Abrantes-Figueiredo JI, Ross JW, Banach DB. Device utilization ratios in infection prevention: process or outcome measure? *Curr Infect Dis Rep.* 2018;20(5):8.
- (15) Chenoweth CE, Gould CV, Saint S. Diagnosis, management, and prevention of catheter-associated urinary tract infections. *Infect Diseases Clin North Am.* 2014;28(1):105–9.
- (16) Hollingsworth JM, Rogers MA, Krein SL, Hickner A, Kuhn L, Cheng A, et al. Determining the noninfectious complications of indwelling urethral catheters: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2013;159(6):401–10.
- (17) Wald HL, Bandle B, Richard A, Min S. Accuracy of electronic surveillance of catheter-associated urinary tract infection at an academic medical center. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2014;35(6):685–91.
- (18) Wald HL, Bandle B, Richard AA, Min SJ, Capezuti E. Implementation of electronic surveillance of catheter use and catheter-associated urinary tract infection at Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE) hospitals. *Am J Infect Control.* 2014;42(10 Suppl):S242–9.
- (19) Dyar OJ, Huttner B, Schouten J, Pulcini C. What is antimicrobial stewardship? *Clin Microbiol Infect.* 2017;23(11):793–8.
- (20) Damschroder LJ, Banaszak-Holl J, Kowalski CP, Forman J, Saint S, Krein SL. The role of the «champion» in infection prevention: results from a multisite qualitative study. *Qual Saf Health Care.* 2009;18(6):434–40.
- (21) Saint S, Kowalski CP, Forman J, Damschroder L, Hofer TP, Kaufman SR, et al. A multicenter qualitative study on preventing hospital-acquired urinary tract infection in US hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2008;29(4):333–41.
- (22) Sax H, Kuster SP, Tehrani YA, Ren R, Uckay I, Agostinho A, et al. Eight-year sustainability of a successful intervention to prevent urinary tract infection: A mixed-methods study. *Am J Infect Control.* 2016;44(7):820–4.
- (23) Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(4):290–8.
- (24) Kaplan HC, Froehle CM, Cassidy A, Provost LP, Margolis PA. An exploratory analysis of the model for understanding success in quality. *Health Care Manage Rev.* 2013;38(4):325–38.
- (25) Kaplan HC, Provost LP, Froehle CM, Margolis PA. The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ): building a theory of context in healthcare quality improvement. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(1):13–20.
- (26) Patel PK, Gupta A, Vaughn VM, Mann JD, Ameling JM, Meddings J. Review of strategies to reduce central line-associated bloodstream infection (CLABSI) and catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) in adult ICUs. *J Hosp Med.* 2018;13(2):105–16.

Publication Sécurité des patients Suisse



Fondation pour la Sécurité des Patients
Asylstrasse 77, CH-8032 Zurich
Tél. +41 43 244 14 80
info@securitedespatients.ch
www.securitedespatients.ch

ISBN 3-905803-22-4



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera