

Quelques actualités...

Journée « Bon usage des antibiotiques et prévention de la
résistance bactérienne en Nouvelle Aquitaine »

20 juin 2019

Prévention des IU chez le sujet âgé

- Groupe de travail régional (1^{er} semestre 2019)
 - URPS ML, URPS biologistes, Cpias, FFAMCO, ARS
- 3 **fiches pratiques** et une **plaquette** synthétique
 - Diagnostic
 - Réalisation des examens paracliniques
 - Traitement



- Diffusion avec le bulletin trimestriel de l'URPS ML
- Courrier d'information adressé aux directeurs d'Ehpad et Médecins coordonnateurs (Juin 2019)
 - + info DGOS, CNAM



Prévention des IU chez le sujet âgé

Fiche pratique « Diagnostic »

LES INFECTIONS URINAIRES CHEZ LE SUJET ÂGÉ

DIAGNOSTIC

L'infection urinaire (IU) est une infection fréquente notamment chez la personne âgée. Le diagnostic d'une infection urinaire est complexe chez le sujet âgé car la symptomatologie est souvent fruste ou atypique. L'enjeu est de pouvoir distinguer une IU d'une simple colonisation urinaire et de ne réserver le traitement antibiotique qu'aux seules infections. Les objectifs sont à la fois de limiter l'émergence d'une flore bactérienne résistante et de limiter les effets secondaires d'un traitement antibiotique inapproprié.

Pour définir l'infection urinaire chez la personne âgée il est indispensable de procéder à un examen clinique précis et concis et de pouvoir disposer d'informations biologiques fiables.

Comment caractériser une IU chez le sujet âgé ?

L'augmentation du risque d'infection s'applique chez les sujets âgés définis ainsi :

- âge supérieur à 75 ans,
- ou âge supérieur à 65 ans et fragiles (≥ 3 critères de Fried*)



Quels sont les symptômes évocateurs d'une IU chez le sujet âgé ?

La suspicion d'IU est liée à la présence de symptômes. Ces signes cliniques évocateurs d'IU doivent être confirmés médicalement. Les symptômes évocateurs d'une IU du sujet âgé peuvent être spécifiques et/ou aspécifiques :



Remarque : Des urines faecales ou malodorantes ne sont pas des symptômes d'infection urinaire mais évoquent un déficit d'apport hydrique.

Le recueil des renseignements cliniques est primordial pour l'interprétation des résultats biologiques.

Comment caractériser une IU chez le sujet âgé ?

Le diagnostic d'IU ne peut être réalisé qu'après confirmation médicale d'un ou de plusieurs symptômes évocateurs d'IU associé(s) systématiquement à un examen paraclinique positif (le plus souvent un examen cyto bactériologique des urines [ECBU] positif).

Enq : l'ECBU n'est pas exigible en cas de bandelette urinaire positive pour une cyttie algue simple chez la femme âgée.

Des résultats biologiques positifs, sans signes cliniques associés, ne permettant pas de définir une infection urinaire, mais sont le probable témoin d'une colonisation.

En l'absence de symptômes, il est inutile de réaliser une bandelette urinaire ou un ECBU.

Quand et comment réaliser les examens paracliniques ?

Place de la bandelette urinaire :

La bandelette urinaire est une méthode de dépistage rapide. Ce dépistage par bandelettes ne reste qu'un test d'orientation et non un test diagnostique. Le test à la bandelette ne se substitue pas à l'ECBU.

La bandelette urinaire ne doit pas être utilisée chez des patients porteurs d'une sonde urinaire à demeure ou chez les patients avec trouble neurologique (faux positifs).

La IU à une bonne valeur pronostique négative chez la femme. Chez l'homme symptomatique une IU positive permet de conforter l'orientation diagnostique, mais une IU négative ne permet pas d'éliminer une infection urinaire.

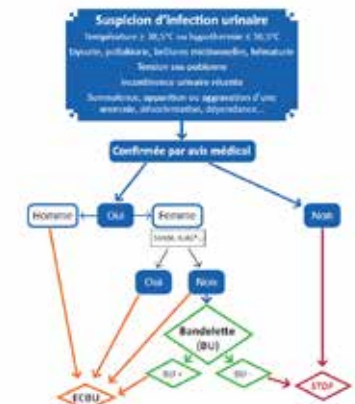
Toute bandelette positive doit conduire à la réalisation d'un ECBU chez l'homme âgé et chez la femme âgée fragile, avant antibiothérapie (seule la cyttie de la femme jeune ou âgée vigoureuse ne requiert pas d'ECBU préalable).

Place de l'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) :

L'ECBU est le seul examen permettant d'identifier et d'identifier le microorganisme responsable de l'infection et de tester sa sensibilité aux antibiotiques.

L'ECBU est l'un des examens biologiques les moins coûteux, mais son étape pré-analytique est l'une des plus critiques en microbiologie.

Conduite à tenir



Pas de contrôle de l'ECBU sauf en cas de non réponse ou d'aggravation clinique
Prévalence de signes cliniques et ECBU positif = infection urinaire probable
Pas de signes cliniques et ECBU positif = colonisation urinaire très probable

*ARS : Infection urinaire associée aux soins

Conduite à tenir issue de la plaquette « Démarche diagnostique d'une infection urinaire chez le sujet âgé » - ARS Haute Normandie 2015

Prévention des IU chez le sujet âgé

Fiche pratique « Examens paracliniques »

LES INFECTIONS URINAIRES CHEZ LE SUJET ÂGÉ

RÉALISATION DES EXAMENS PARACLINIQUES

Pour une interprétation fiable, il est indispensable de respecter rigoureusement les conditions de prélèvement, de transport et de conservation des urines avant analyse.



1. Recueil des urines pour la BU

Le test utilisant la bandelette doit être réalisé immédiatement après le recueil des urines selon les recommandations du fournisseur en respectant les conditions de lecture.

Recueil d'urines pour Bandelette
Pas de nécessité de toilette périnéale préalable

Urines fraîchement émises
Deuxième jet urinaire
(élimination du 1er jet souillé par la flore uro-génitale)
Récipient propre et sec mais non stérile
Lecture à température ambiante
1 à 2 mn (selon les tests utilisés) après trempage



Respect strict du temps de lecture

Conduite à tenir issue de la plaquette « Démarche diagnostique d'une infection urinaire chez le sujet âgé » - ARUN Haute Normandie 2016

2. Recueil des urines pour l'ECBU

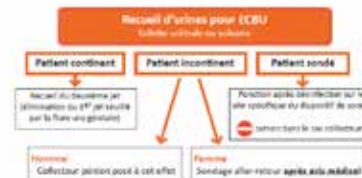
Chez l'homme afin d'éviter les prostatites, il est préférable de recourir à un collecteur pénien propre, voire par cathétérisme suprapubien en cas de rétention d'urine.

Chez la femme, le recueil d'urines par sondage urinaire aller/retour à l'aide d'une sonde de petit calibre n'est acceptable que si le recueil des urines lors de la miction est impossible. Cependant le sondage n'est pas indispensable et un prélèvement après toilette génitale soignée est accepté, même chez la femme incontinente.

Le prélèvement urinaire chez le patient sondé doit se faire au niveau du site de prélèvement du dispositif de sondage (pas de déconnexion de la sonde et du sac collecteur, pas de prélèvement de l'urine du sac collecteur).

Lorsqu'un ECBU est demandé à l'occasion d'un changement de sonde, il est recommandé de recueillir l'urine à partir de la nouvelle sonde.

Les urines doivent être acheminées rapidement vers le laboratoire. Elles ne doivent jamais être conservées plus de 2h à température ambiante avant la mise en culture (afin d'éviter la prolifération microbienne). Les urines devront être conservées à une température de 4°C pour une durée maximale de 24h. L'utilisation de flacons de recueil disposant d'un conservateur permet une conservation prolongée à température ambiante (24/48 heures) (Tableau II page 186 du REMIC 2018).



Conduite à tenir issue de la plaquette « Démarche diagnostique d'une infection urinaire chez le sujet âgé » - ARUN Haute Normandie 2016

3. Interprétation de l'Examen cyto bactériologique des urines (ECBU)

L'ECBU est le seul examen permettant d'isoler et d'identifier le micro-organisme responsable de l'infection et de tester sa sensibilité aux anti-infectieux.



Données d'interprétation en présence de dispositif endo-urinaire :
Ne pas tenir compte de la leucocyturie
Seuils de bactériurie 10^3 UFC/ml chez l'homme et la femme

Données d'interprétation en l'absence de dispositif endo-urinaire :
Seuil de leucocyturie $\geq 10^4$ /ml
Seuils de bactériurie (pour un patient symptomatique avec leucocyturie $\geq 10^4$ /ml) :

Espèces bactériennes	Seuil de significativité	Sexe
<i>E. coli</i> , <i>S. agalactiae</i>	10^3 UFC/ml	Homme ou femme
Entérobactéries autres que <i>E. coli</i> , entérocoque, <i>C. urealyticum</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>S. aureus</i>	10^4 UFC/ml	Homme
		Femme

En cas de problème d'interprétation ou en cas de discordance entre la clinique et la bactériologie, un nouveau prélèvement doit être réalisé.

Prévention des IU chez le sujet âgé

Fiche technique « Traitement »

LES INFECTIONS URINAIRES CHEZ LE SUJET ÂGÉ

TRAITEMENT

Quand et comment traiter ?

Il n'y a pas d'urgence à instaurer une antibiothérapie sans signe clinique franc et sans résultat bactériologique fiable.

Des référentiels nationaux décrivent les traitements à mettre en œuvre en fonction des pathologies urinaires, de leur caractère communautaire ou nosocomial [1,2].

<http://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

Cystite à risque de complication de la femme âgée

BU positive puis ECBU systématique

Délivrer chaque fois que possible l'antibiothérapie pour prescrire d'emblée un traitement adapté à l'antibiogramme. Privilégier selon la sensibilité :

- 1er choix : amoxicilline 1 g x 3/1 (DDT = 7 jours)
- 2e choix : pivmecillinam 400 mg x 2/1 (DDT = 7 jours)
- 3e choix : nitrofurantoin 100 mg x 3/1 (DDT = 7 jours)
- 4e choix : fosfomycine trométamol 5 g à D1-D5
- 5e choix : triméthoprim (TMP) 300 mg 1 x 1 (DDT 5 jours)

Traitement probabilité : uniquement dans les cas où il est difficile de définir le traitement (patient très symptomatique, terrain particulier)

- nitrofurantoin 100 mg x 1/1 (excepté DFG < 40 ml/min) ou fosfomycine-trométamol 5 g à J1, puis adaptation à l'antibiogramme dès que possible.

Pyélonéphrite aiguë

BU positive puis ECBU systématique

Traitement probabilité recommandé (avant résultat de l'ECBU) :

- ceftriaxone 1 g /1
- Si allergie de type I : ciprofloxacine 500 mg x 2/1, si non prescrite au cours des 6 derniers mois (demi-dose si Cockcroft < 30 ml/min)
- Si sévère, + amikacine 30 mg /kg/1 < 72h.

Après antibiogramme, privilégier :

- 1er choix : amoxicilline 1 g x 3 (DDT = 10 jours)
- 2e choix : cotrimoxazole forte : 1 ca x 2 (demi-dose si Cockcroft < 30 ml/min) (DDT = 10 jours)

Toutes les infections urinaires masculines (dont prostatites aiguës) DDT = 14 jours

Avant résultat de l'ECBU :

- ceftriaxone 1 g/1
- Si sévère, avant transfert SAM :
+ 1 dose de gentamicine 6 mg /kg

Après antibiogramme, privilégier :

- cotrimoxazole forte : 1 ca x 2/1 (demi-dose si Cockcroft < 30 ml/min) ou
- ciprofloxacine, ofloxacine, levofloxacine : posologie adaptée à la fonction rénale (furadantoin, cotrimox et amoxicilline + acide clavulanique diffusent mal dans la prostate).

Pyélonéphrite ou prostatite chez un patient âgé porteur de BLSE*

Avant résultat de l'ECBU :

- ceftriaxone 2 g/1 + 1 dose de gentamicine 6 mg /kg.

Après antibiogramme, cf. « pyélonéphrite aiguë ou prostatite aiguë sans BLSE »

En l'absence de traitement oral possible (ne pas prescrire de furadantoin, ni fosfomycine-trométamol) : transfert SAM**

*BLSE : bactérie multirésistante productrice de Bêta-Lactamase à Spectre Étendu

**SAM : Service d'accueil et de traitement des urgences

Des sites internet permettent également d'orienter les prescripteurs

<https://antibioclic.com/> (gratuit)

<http://medequi.fr/> (gratuit avec inscription)

<https://www.epqi.fr/> (payant avec inscription)

<http://www.antibiogarde.org/> (payant)

Référentiels

- Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte – SPILF 2017 <http://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>
- Révisions des recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge et la prévention des infections urinaires associées aux soins (IUAS) de l'adulte – SPILF 2015 <http://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>
- Infections urinaires – REMIC 2018
- Démarche diagnostique d'une infection urinaire chez le sujet âgé – ARLIN Haute Normandie 2016

Plaquette synthétique: Les infections urinaires chez le sujet âgé

Les infections urinaires chez le sujet âgé

Diagnostic

L'infection urinaire (IU) est une infection fréquente notamment chez la personne âgée. Le diagnostic d'une infection urinaire est complexe chez le sujet âgé car la symptomatologie est souvent floue ou atypique. L'enjeu est de pouvoir **distinguer une IU d'une simple colonisation urinaire** et de **ne réserver le traitement anti-infectieux qu'aux seules infections**. Les objectifs sont à la fois de limiter l'émergence d'une flore bactérienne résistante et de limiter les effets secondaires d'un traitement antibiotique inapproprié. Pour définir l'infection urinaire chez la personne âgée il est indispensable de procéder à un examen clinique précis et concis et de pouvoir disposer d'informations biologiques fiables.

1 Conduite à tenir

Suspicion d'infection urinaire

- Température $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ ou hypothermie $\leq 36,5^{\circ}\text{C}$
- Dysurie, pollakiurie, brûlures mictionnelles, hématurie
- Tension sus-pubienne
- Incontinence urinaire récente
- Somnolence, apparition ou aggravation d'une anorexie, désorientation, dépendance,...

- Pas de contrôle de l'ECBU sauf en cas de non réponse ou d'aggravation clinique
- Présence de signes cliniques et ECRU positif = infection urinaire probable
- Pas de signes cliniques et ECRU positif = colonisation urinaire très probable



Conduite à tenir issue de la plaquette **+** Démarche diagnostique d'une infection urinaire chez le sujet âgé, ARS, Haute-Normandie 2016

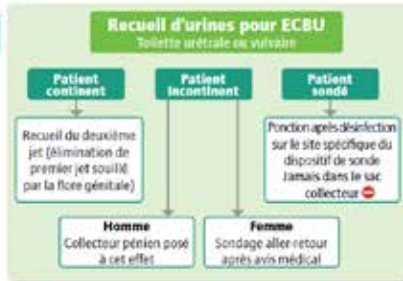
2 Recueil des urines pour la BU

Le test utilisant la bandelette doit être réalisé immédiatement après le recueil des urines selon les recommandations du fournisseur en respectant les conditions de lecture.

Recueil des urines pour bandelette

Pas de nécessité de toilette périnéale préalable

- Urines fraîchement émis
- Deuxième jet urinaire (élimination du premier jet souillé par la flore oro-génitale)
- Récipient propre et sec mais non stérile
- Lecture à température ambiante
- 1 à 2 mn (selon les tests utilisés) après trempage
- Respect strict du temps de lecture



3 Interprétation de l'Examen cyto bactériologique des urines (ECBU)

LECBU est le seul examen permettant d'isoler et d'identifier le micro-organisme responsable de l'infection et de tester sa sensibilité aux anti-infectieux.

Chronologie des résultats d'ECBU - Schéma synoptique de réalisation

Prélèvement d'urines	J0 Examen cytologique Quantitatif Cernes Leucocyturie/Pyurie	J1 à J2 Examen bactériologique Dénombrement Observation des cultures Différenciation des colonies	J2 à J4 Éventuellement identification(s) Antibiogramme(s)
----------------------	--	---	--

Données d'interprétation en présence de dispositif endo-urinaire :

- Ne pas tenir compte de la leucocyturie
- Seuil de bactériurie $\geq 10^4$ UFC/ml chez l'homme et la femme

Données d'interprétation en l'absence de dispositif endo-urinaire :

- Seuil de leucocyturie $\geq 10^3$ /ml
- Seuil de bactériurie (pour un patient symptomatique avec leucocyturie $\geq 10^3$ /ml)

Espèces bactériennes	Seuil de significativité	Sexe
<i>E. coli</i> , <i>S. saprophyticus</i>	10^4 UFC/ml	Homme ou Femme
Entérobactéries autres que <i>E. coli</i> , <i>aerobactero</i>	10^4 UFC/ml	Homme
<i>C. urealyticum</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>S. aureus</i>	10^4 UFC/ml	Femme

En cas de problème d'interprétation ou en cas de discordance entre la clinique et la biologie, un nouveau prélèvement doit être réalisé.

Traitement : quand et comment traiter ?

Il n'y a pas d'urgence à instaurer une antibiothérapie sans signe clinique franc et sans résultat bactériologique fiable. Des référentiels nationaux décrivent les traitements à mettre en œuvre en fonction des pathologies urinaires, de leur caractère communautaire ou nosocomiale [1,2] : www.infectiologie.com/fr/recommandations.html

Cystite à risque de complication de la femme âgée

BU positive puis ECRU systématique

- Différer chaque fois que possible l'antibiothérapie pour prescrire d'emblée un traitement adapté à l'antibiogramme. Privilégier selon la sensibilité :
- 1^{er} choix : amoxicilline 1 g x 3 / J (DTT = 7 jours)
 - 2^{ème} choix : pivmécillinam 400 mg x 2 / J (DTT = 7 jours)
 - 3^{ème} choix : nitrofurantoina 100 mg x 3 / J (DTT = 7 jours)
 - 4^{ème} choix : fosfomycine trométamol 3 g à J1 - J3 - J5
 - 5^{ème} choix : triméthoprime (TMP) 300 mg 1 x / J (DTT 5 jours)

Traitement probabiliste : uniquement dans le cas où il est difficile de différer le traitement (patient très symptomatique, terrain particulier).

- nitrofurantoina 100 mg x 3 / J (excepté DFG < 400 ml/min) ou fosfomycine trométamol 3 g à J1, puis adaptation à l'antibiogramme dès que possible

Pyélonéphrite aiguë

BU positive puis ECRU systématique

Traitement probabiliste recommandé (avant résultat de l'ECRU) :

- ceftriaxone 1g / J
- si allergie de type I : ciprofloxacine 500 mg x 2 / J, si non prescrite au cours des 6 derniers mois (demi dose si Cockcroft < 30 ml/min)
- si sévère, + amikacine 30 mg/kg/j x 2 J
- Après antibiogramme, privilégier :
 - 1^{er} choix : amoxicilline 1 g x 3 / J (DTT = 10 jours)
 - 2^{ème} choix : cotrimoxazole forte : 1 cp x 2 (demi dose si Cockcroft < 30 ml/min) (DTT = 7 jours)

Toutes les infections urinaires masculines (dont prostatites aiguës) DTT = 14 jours

Avant résultat de l'ECBU

- ceftriaxone 1g / J
- si sévère, transfert SAU* : + 1 dose de gentamicine 6 mg / Kg

Après antibiogramme, privilégier :

- cotrimoxazole forte : 1 cp x 2 / J (demi dose si Cockcroft < 30 ml/min) ou
- ciprofloxacine, ofloxacine, levofloxacine : posologie adaptée à la fonction rénale (furadantine, céfixime et amoxicilline + acide clavulanique diffusent mal dans la prostate).

Pyélonéphrite ou prostatite chez un patient âgé porteur de BLSE**

Avant résultat de l'ECBU

- ceftriaxone 1g / J + 1 dose de gentamicine 8 mg / Kg

Après antibiogramme, cf + pyélonéphrite aiguë ou prostatite aiguë sans BLSE :

En l'absence de traitement oral possible (ne pas prescrire de furadantine, ni de fosfomycine-trométamol) : transfert SAU

*SAU : Service d'Urologie et de Traitement d'Infectiologie. **BLSE : Bactérie multirésistante produisant de la bêta-lactamase à spectre étendu

Pour accéder aux fiches complètes : www.ars-normandie.fr/articles/infections-urinaires-chez-le-sujet-age



QUI SOMMES NOUS ? COMMISSIONS ET DÉLÉGATIONS INFORMATIONS PUBLICATIONS DOSSIERS MED+TV



S'identifier



Infections associées aux soins et infections urinaires chez les personnes âgées

L'Union des médecins libéraux de Nouvelle-Aquitaine s'est mobilisée, en réponse à la demande du Ministère de la Santé, pour participer à la lutte contre les IAS et notamment dans la prise en charge des infections urinaires dans les EHPAD.

Un groupe de travail associant l'URPS médecins libéraux, l'URPS Biologistes, le Centre d'Appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins (CPIAS) et la Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs aboutissant à l'élaboration d'un guide avec des recommandations et un arbre décisionnel facile à utiliser.

Validée par le Pr Paccalin du CHU de Poitiers, ces recommandations sont à destination des médecins traitants et des médecins coordonnateurs intervenant en EHPAD.

Vous pouvez télécharger les 3 plaquettes réalisées :

- [Diagnostic](#)
- [Réalisation des examens para-cliniques](#)
- [Traitement](#)

<https://www.urpsml-na.org/fr/article/infections-urinaires-chez-le-sujet-age>





14 juin 2019

Mieux diagnostiquer et prendre en charge les infections urinaires chez la personne âgée

Un groupe de travail régional (URPS médecins libéraux, URPS biologistes, CPIas NA, FFAMCO, ARS NA) a élaboré de nouveaux supports d'aide à la prise en charge des infections urinaires (IU) chez la personne âgée.

Un document de synthèse est accompagné de trois fiches pratiques portant sur le diagnostic, la réalisation des examens para-cliniques et le traitement des IU.

Ces supports ont été adressés aux Directeurs et médecins coordonnateurs des EHPAD de Nouvelle-Aquitaine.

- >> Téléchargez le document de [synthèse](#)
- >> Téléchargez la fiche sur le [Diagnostic](#)
- >> Téléchargez la fiche sur la [Réalisation des examens para-cliniques](#)
- >> Téléchargez la fiche sur le [Traitement](#)

www.cpias-nouvelle-aquitaine.fr

CET ARTICLE VOUS A ÉTÉ UTILE ?
PARTAGEZ-LE !



Tweets de @CPIASNA

CPIAS NA a retweeté

RéPias
@Prev_Infection

Participez à notre webinaire le 21 juin 2019 !
Objectif : vous présenter la boîte à outils Hygiène des mains et proposer une stratégie de mise en œuvre de ces outils au sein de votre établissement. Pour en savoir plus et s'inscrire, c'est par ici : buff.ly/2Kmi72K



16h

CPIAS NA a retweeté

En Pleine Forme



Soyez le premier de vos amis à aimer ça.





Campagne régionale eFORAP 2018

ANTIBIOPROPHYLAXIE

EN CHIRURGIE ET EN MEDECINE INTERVENTIONNELLE

Résultats en Nouvelle-Aquitaine

Objectifs de la campagne

- Evaluer la conformité des pratiques d'antibioprophylaxie
 - 9 interventions ciblées
- Comprendre les écarts de pratiques observés
- Mettre en place des actions d'amélioration
- Disposer d'un indicateur simple et pertinent de la qualité des prescriptions d'antibioprophylaxie

Méthodologie

Trois étapes complémentaires :

- Audit organisationnel à l'échelle de l'établissement et des services
- Audit de pratique clinique de la prescription par le(s) service(s)
- Analyse approfondie des causes des écarts par le(s) service(s)

AUDIT DE PRATIQUE

- Nombre total de dossiers évalués : 2 423

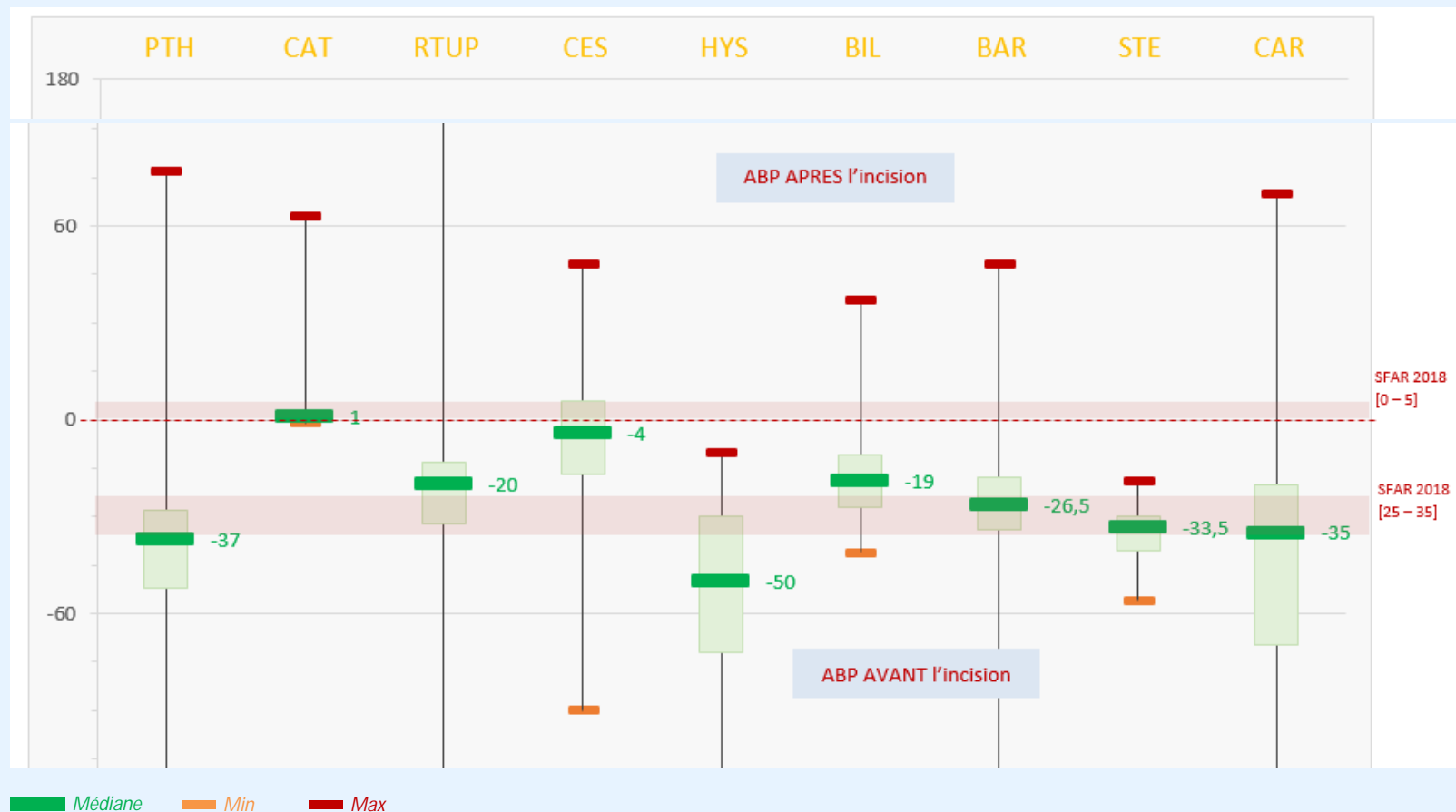
Actes traceurs		Nombre d'établissements participants	Nombre de dossiers évalués
Prothèse totale de hanche de première intention	PTH	26 (79%)	784 (32%)
Cataracte	CAT	9 (27%)	255 (11%)
Résection transurétrale de prostate	RTUP	7 (21%)	249 (10%)
Césarienne	CES	15 (45%)	503 (21%)
Hystérectomie (voie haute ou basse)	HYS	2 (6%)	55 (2%)
Chirurgie des voies biliaires	BIL	4 (12%)	122 (5%)
Chirurgie bariatrique	BAR	9 (27%)	272 (11%)
Endoprothèse vasculaire, stent	STE	1 (3%)	21 (1%)
Mise en place d'un stimulateur cardiaque	CAR	5 (15%)	162 (7%)
TOTAL		33 (100%)	2423 (100%)

Indicateurs de conformité de l'ABP

- ò IND1 : réalisation d'une ABP
- ò IND2 : conformité de la molécule d'ABP
- ò IND3 : conformité du délai d'injection de l'ABP
(délai entre l'injection et l'incision)
- ò IND4 : conformité de la dose d'ABP administrée
- ò IND5 : conformité de la réinjection d'ABP
- ò IND6 : conformité de la durée de l'ABP
- ò **INDG : conformité globale de l'ABP**

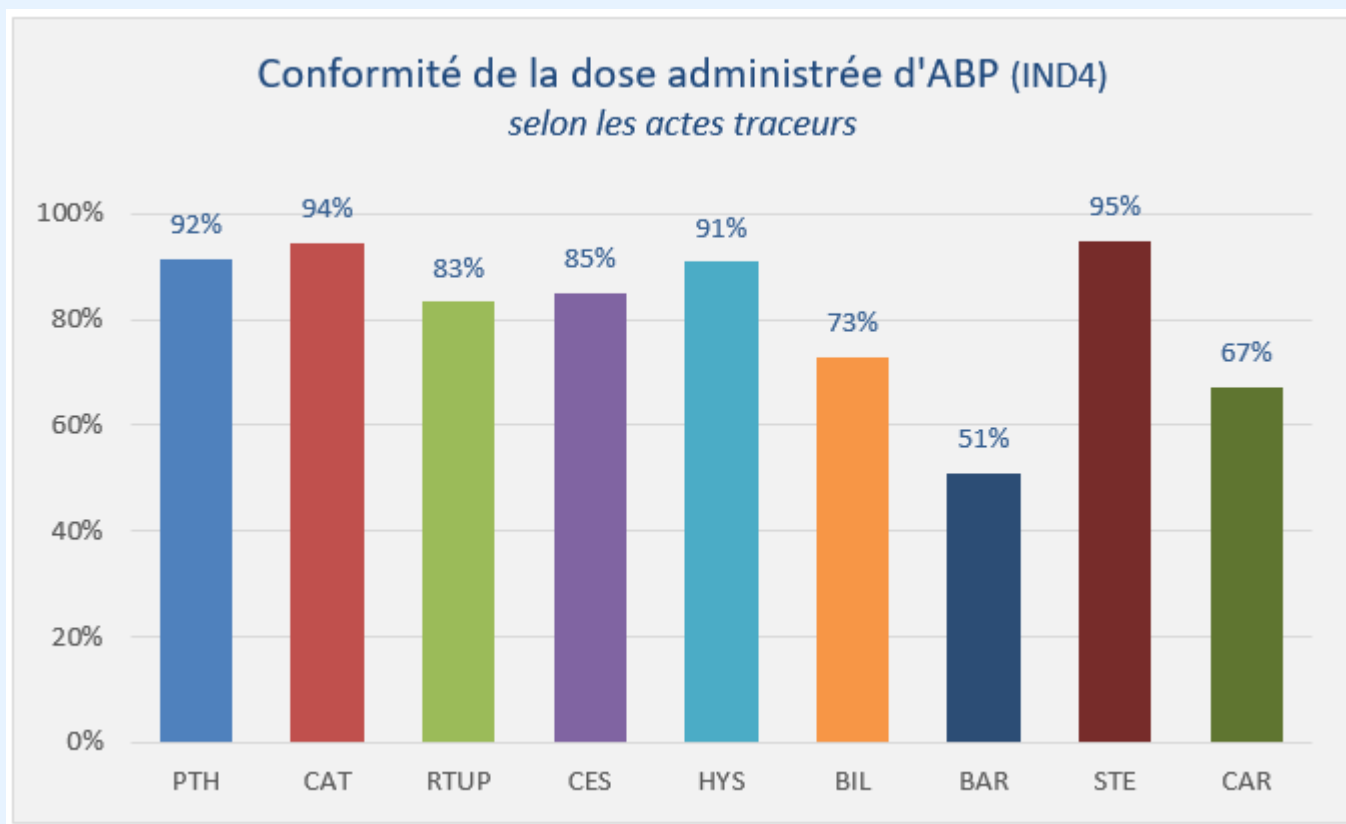
Conformité du délai d'injection de l'ABP (IND3)

- Distribution des délais d'injection de l'ABP



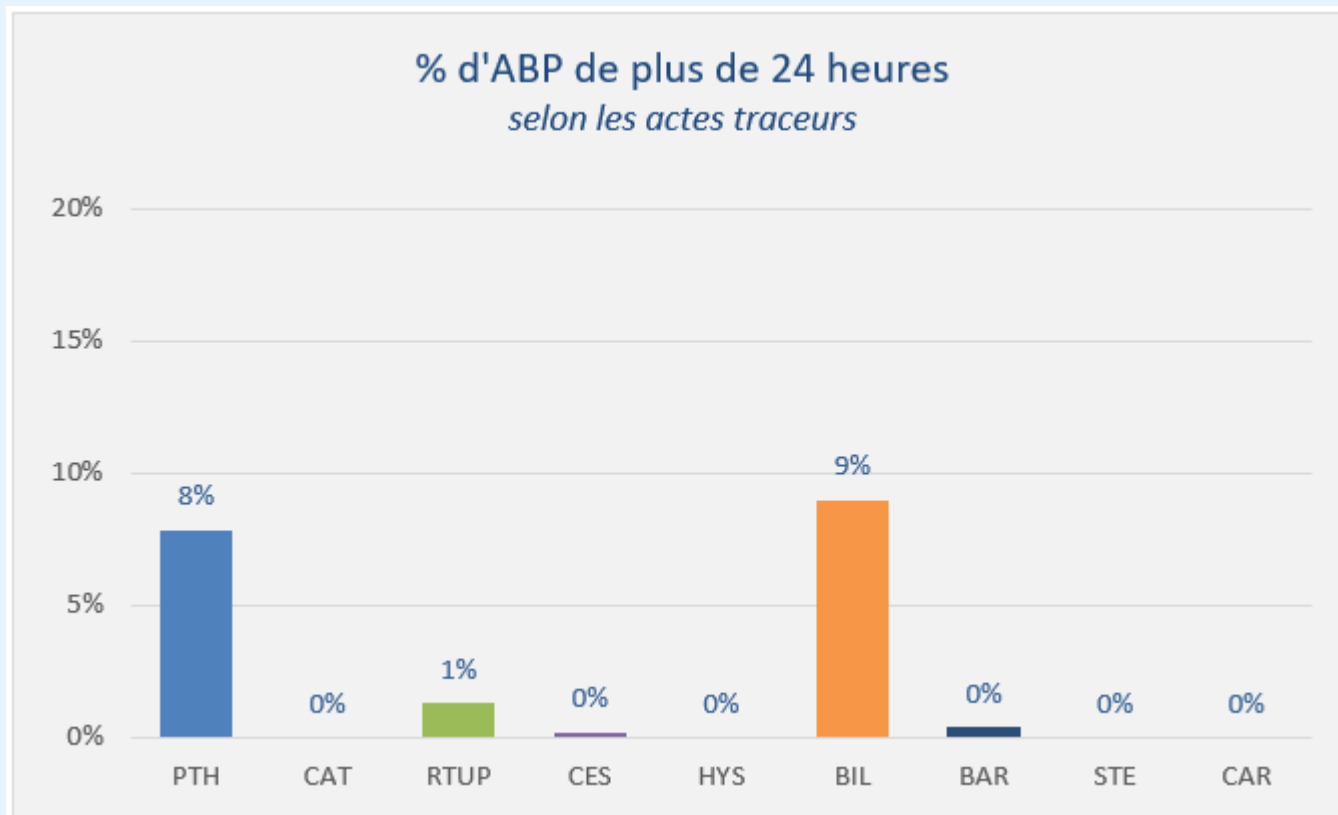
Conformité de la dose administrée d'ABP (IND4)

â % des patients pour lesquels une ABP a été réalisée avec la bonne molécule à une dose conforme (SFAR 2018) [total = 83%]



% d'ABP de plus de 24 heures

â % des patients pour lesquels l'ABP a duré plus de 24 heures [total = 3%]



ANALYSE APPRONFONDIES DES ECARTS DE PRATIQUE

- Nombre total d'établissements ayant réalisé au moins une AAE : **12**
- Nombre total de d'AAE réalisées : **26**
- Principalement **Césarienne** et **PTH**
- **1 à 4 AAE** par établissement

Moyens de défense, évitabilité, enseignements ⁽¹⁾

- Mise à jour des protocoles
- Sensibilisation/formation
 - Réactualisation des connaissances
 - Diffusion de l'information aux prescripteurs et aux personnels
 - Rappel des recommandations en conseil de bloc
 - Affichage du nouveau protocole
 - Formation nouveaux arrivants, compagnonnage
- Réunions de services, staffs, topos, défaillance identifiée en staff hebdomadaire en cas de non réalisation, de la visite, de contrôle des dossiers
- Définition des rôles de chacun
- Rappel des horaires au chirurgien
- Respect de la charte de bloc par tous les acteurs et de la check-list
- Calcul du poids/IMC (césarienne), calcul de IMC en consultation d'anesthésie
 - Installation d'une balance en salle de naissance

Moyens de défense, évitabilité, enseignements (2)

- **Organisation**

- Réorganisation de l'installation et de la préparation du malade au bloc
- Revoir le lieu d'administration en salle d'induction, en salle d'opération selon la chirurgie
- Revoir le moment de l'ABP en fonction des impératifs d'installation du patient en salle

- **Communication**

- Discussion entre anesthésistes et pédiatres
- Avis demandés au référent ATB, à des structures extérieures
- Vérification des différents actes par le médecin anesthésiste réanimateur

- **Sécurisation des logiciels**

- Dossier informatisé avec présence de pancarte injection à faire au bloc (sauf vancomycine)
- Revue du paramétrage de la traçabilité dans la feuille d'anesthésie et vérification des connexions informatiques
- Création d'alertes (poids, allergie,...)

- **Autres propositions**

- Réinjection de rattrapage au bloc
- Mise en place de prescriptions anticipées



Pour en savoir plus...



LES RENDEZ-VOUS D'ARCACHON

26 & 27 SEPTEMBRE 2019

Thématiques

- Regards croisés manager / soignant sur la gestion des risques (théorie, REX)
- Formation qualité sécurité des soins (formation, e-learning...)
- Améliorer la mesure des résultats obtenus pour le patient / résident (hygiène des mains, indicateurs)

2 ateliers*

Atelier CCECQA

Antibioprophylaxie en chirurgie

Atelier CPIAS NA

Cellule de crise : de la théorie à la pratique grâce à la simulation en santé

Deux tarifs d'inscription

<p>150 euros pour la participation à un atelier ainsi qu'aux séances plénières</p> <p>*places limitées à 25 personnes</p>	<p>100 euros pour la participation aux séances plénières des jeudi après-midi et vendredi</p>
--	--

numéro de formation continue : 72.33.04450.33

Pour tout renseignement contacter le CPIAS Nouvelle-Aquitaine par mail : cpias.na@chu-bordeaux.fr

#RDVA19

Ne pas jeter sur la voie publique