



10^{ème} Journée du Réseau Régional d'Hygiène de Basse-Normandie



Epidémiologie et Prévention des infections urinaires

Marie-Alix Ertzscheid - 23 novembre 2010

Prévention des infections urinaires associées aux soins, une priorité pour les établissements de santé

Une prévention possible

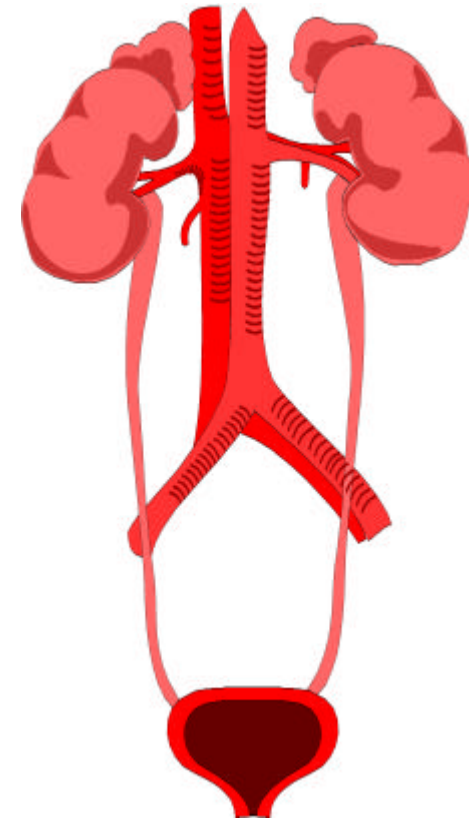
- Évitable pour certaines d'entre elles, des mesures d'efficacité prouvée

Des enjeux importants

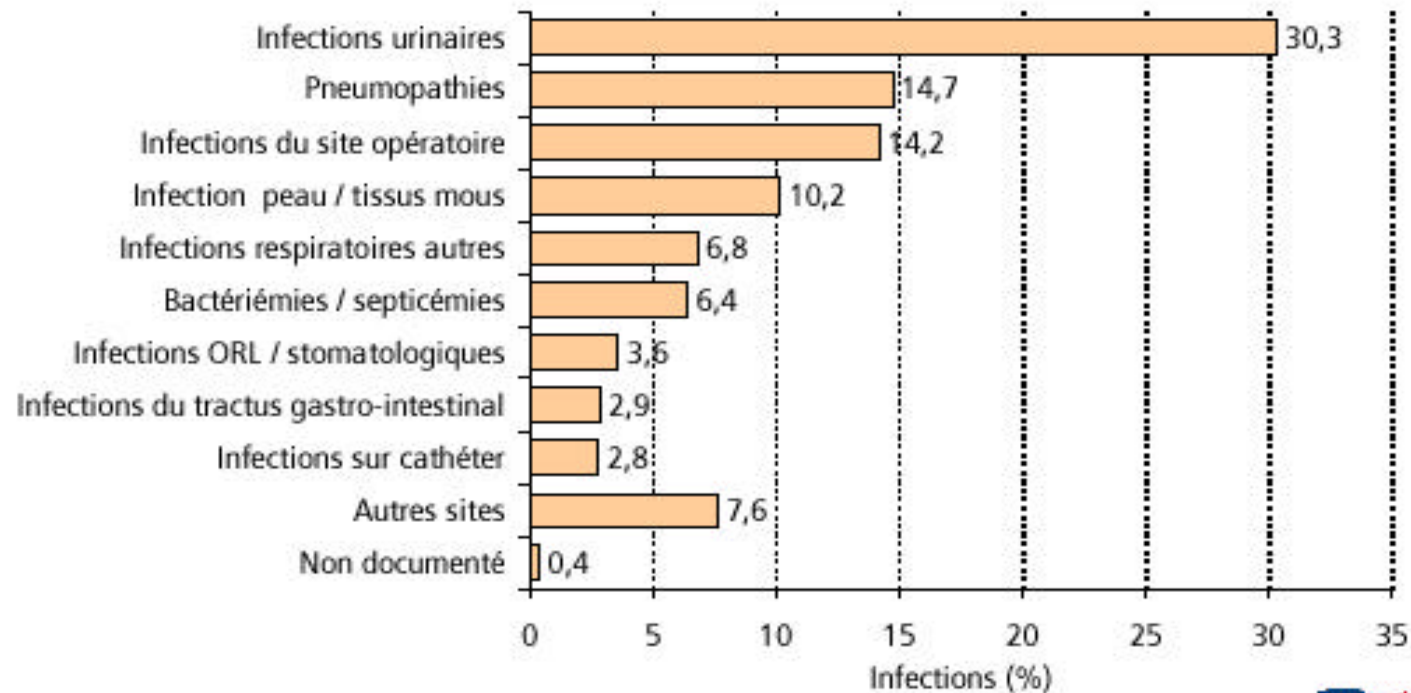
- À associer à un risque de décès non négligeable
 - impact de la prévention sur la diminution de la mortalité en gériatrie
- À considérer un facteur de risque ou un réservoir pour d'autres infections nosocomiales :
 - infection urinaire asymptomatique au moment de la pose d'une prothèse de hanche pouvant entraîner une infection du matériel au même germe.
- À impliquer, pour l'infection urinaire haute, comme une des principales causes de l'évolution vers l'insuffisance rénale chronique.
- À estimer en impacts moindres sur des coûts hospitaliers et sur la durée de séjour que d'autres localisations d'infection.
 - Un surcout estimé à 574 € (frais de laboratoire, de traitement, de chirurgie)
 - Pas d'augmentation sensible des couts de soins liés à la prévention

Prévention des infections urinaires associées aux soins

- Epidémiologie
- Recommandations
- Bonnes pratiques
 - Sondage
 - Cathéter sus pubien
 - Soins et incontinence
 - Prélèvements
- Evaluation

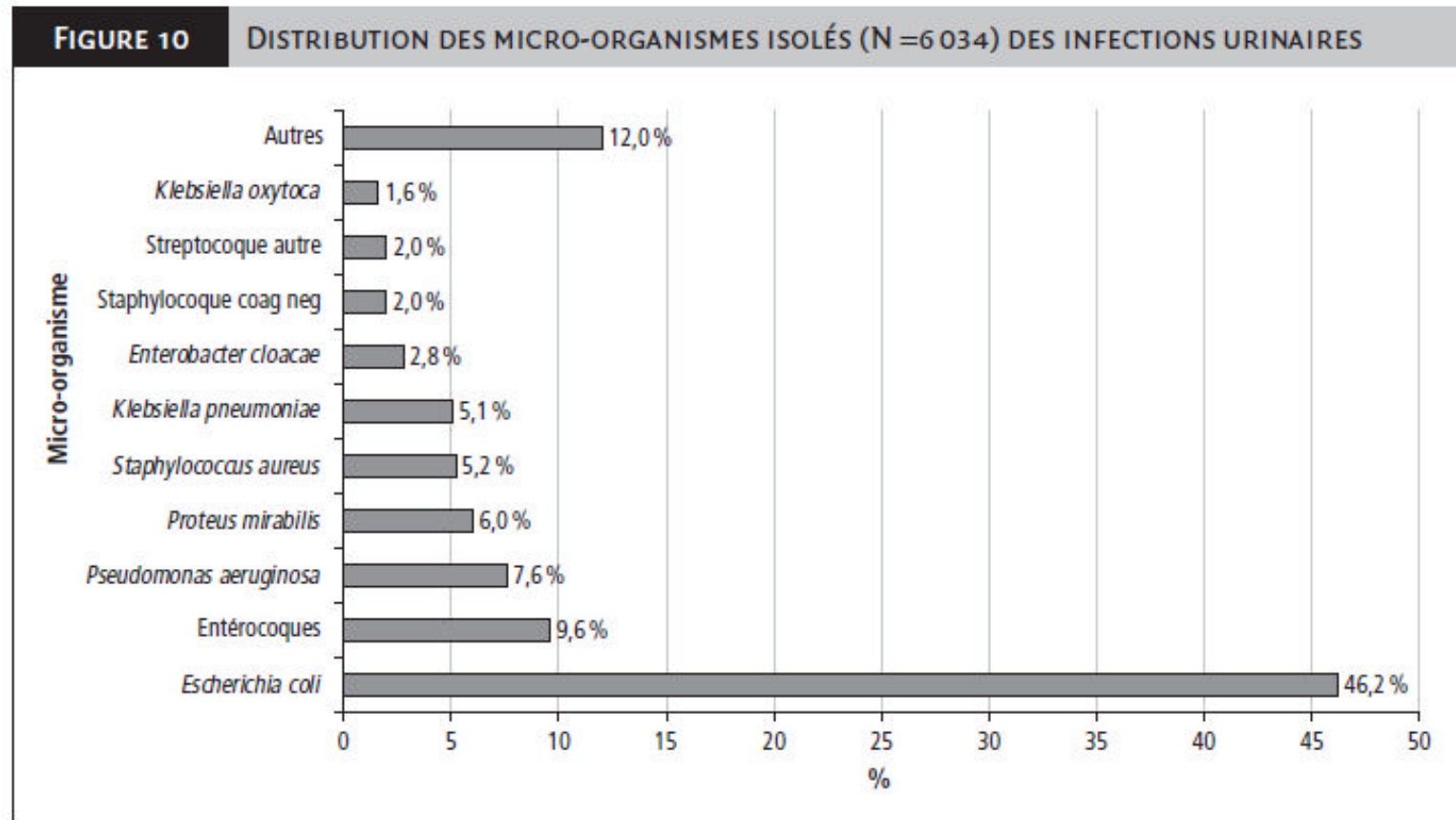


ENP 2006 : infections nosocomiales par site infectieux (N=19 296)



L'infection urinaire représentait 30% des IN recueillies et concernait 1,63 % des patients présents

ENP 2006 - micro-organismes et infections urinaires



Enquête nationale de prévalence, France, juin 2006.

Répartition des IN selon leur site infectieux
Enquête de prévalence des infections nosocomiales 2009 Inter-région Ouest

Siège de l'infection	N	%
IU/bactériuries	131	34,1%
Pneumopathies	73	19,0%
Infections du Site Opératoire	47	12,2%
Peau et tissus mous	34	8,9%
Infections sur Cathéter	18	4,7%
Bactériémies	16	4,2%
Tractus gastro-intestinal	14	3,6%
Os et articulations	12	3,1%
Infections des voies respiratoires	12	3,1%
ORL, Stomatologie	9	2,3%
Autres infections des voies urinaires	9	2,3%
Infections ophtalmologiques	4	1,0%
Infections génitales	2	0,5%
Système cardio-vasculaire	2	0,5%
Système nerveux	1	0,3%
Total	384	100%

Problématique des IU nosocomiales

- Estimation : 15 à 20% des hospitalisés auront un sondage
- Indications
 - Incontinence, rétention, mesure diurèse
 - Justification dans 50 à 80 % des cas
 - Durée argumentée dans 50 % des cas
- Incidence des IU
 - Prévalence IN Ouest 2009 Sur les 723 patients sondés, 25% d'entre eux étaient infectés n=93
 - **Bactériémies dues à l'IU** - Surveillance des bactériémies en 2009 :
 - Porte d'entrée urinaire et dispositif invasif présumé en cause : 109 BN , présence d'une sonde pour 106 d'entre elles
 - Décès : 7% des patients

A signaler : Journée du RHC : 12-10-2010 : prévention des infections urinaires associées aux soins Enquête d'Incidence Bactériémies à porte d'entrée Urinaire - 2010

http://rhc-arlin.com/formationrg_diapo.php :

Difficultés pour mesurer les Infections urinaires

- Distinguer les véritables infections des *colonisations* et des *contaminations* selon des critères cliniques et para-cliniques,
- Diagnostiquer le caractère *nosocomial* des infections en l'absence d'infection pré-opératoire, nécessiter en urologie un examen d'urine pré-opératoire qui seul peut montrer la stérilité des urines,
- Différencier *infection et colonisation nosocomiales* (définitions épidémiologiques) de l'infection clinique qui est seule à traiter
- Evaluer les *conséquences* des infections urinaires sans symptômes.

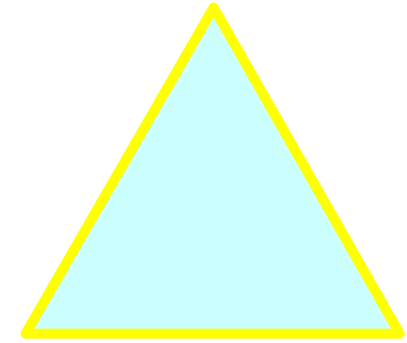
Deux origines peuvent être séparées

- *Origine endogène*
 - L'infection est provoquée par la propre flore du malade dans 2/3 des cas à partir des germes cutanés ou muqueux du périnée ou de la peau de l'abdomen ou digestifs d'origine intestinale.
- *Origine exogène* l'infection est provoquée par un germe provenant d'un autre patient de manière directe ou indirecte par l'intermédiaire de matériel ou de l'environnement, des surfaces ou des mains des soignants.

Deux types d'infection nosocomiale parfois difficile de séparer :

- Germes d'origine **endogène** flore cutanée, muqueuse ou intestinale du patient : *Escherichia coli*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Staphylococcus epidermidis*
- Germes d'origine **exogène** souvent multi-résistantes : *Staphylococcus aureus*, entérobactéries
- Germes **acquis, mécanisme endogène**, y compris les BMR
 - Telles que les SARM, lors d'une hospitalisation antérieure peuvent être responsables d'infections nosocomiales,
 - Également les entérobactéries pourraient devenir résistantes pour le malade lui-même

Facteurs de risques des IU



- Facteurs liés au patient
 - Age, état immunitaire
 - Etat régional : capacité à la vidange, incontinence
 - Etat local : flore
- Facteurs liés aux actes
 - Sondage urinaire(60 à 80% des IUN selon les études)
 - Durée, matériau de la sonde
 - Système clos, déclive...
- Facteurs liés à l'environnement
 - Transmission par les mains, les surfaces
 - A partir des (et vers les) autres patients

Les facteurs de risque liés au patient

- Age : fréquence en augmentation progressive avec l'âge
- Sexe
 - plus fréquente chez les femmes, mieux observable en l'absence de SAD
- Existence d'une pathologie urologique
 - (toute pathologie augmente le risque d'IUN)
- Existence d'une pathologie neurologique
 - la vessie neurologique est un facteur de risque majeur
- Facteurs classiques de risque infectieux nosocomial
 - diabète
 - immunodéficience
 - insuffisance rénale
 - cancer...
- Toute pathologie infectieuse et notamment la présence d'une infection urinaire à l'admission.
- Grossesse

Les facteurs de risque en lien avec le sondage vésical

- Facteur majeur : le type de drainage : ouvert / fermé
 - incontournable et doit impérativement être systématiquement utilisé, quelle que soit la durée du drainage
 - En cas d'irrigation vésicale le drainage clos impératif
- Autres facteurs bien établis :
 - le niveau d'asepsie
 - la qualité de la désinfection et de la stérilisation du matériel et des dispositifs
 - la durée du sondage
 - l'hygiène individuelle et le niveau d'hydratation du patient,
 - l'antibioprophylaxie pour un sondage vésical à demeure peut être associée à un taux plus faible d'IUN précoces,
mais les IUN sont plus souvent dues à des micro-organismes multirésistants aux antibiotiques.

HCSP - SFHH Recommandations 2010

- R70** L'incontinence isolée n'est pas une indication de sondage vésical à demeure. Préférer protections étuis péniers et sondage itératif au sondage vésical à demeure
- R71** Méthode la mieux adaptée au patient évaluée et tracée dans le dossier de soins du patient. Ablation de toute sonde ou de cathéter sus pubien désormais inutile
- R72** Echographie sus pubienne pour définir la méthode de drainage la mieux adaptée au patient et la meilleure périodicité en cas de sondages évacuateurs dans toutes les spécialités
- R73** Recherche systématique de bactériurie déconseillée. Traitement des bactériuries asymptomatiques déconseillées : limité dans des conditions précises de prise en charge telles que un acte chirurgical à risque infectieux
- R74** Formation et entraînement des professionnels de santé aux différentes techniques de sondage et aux soins aux patients sondés. Education des patients et des familles sur leur rôle dans la prévention, formés et entraînés s'ils réalisent le sondage

Cadre réglementaire - quelques rappels (1)

- Code de la santé publique profession d'infirmier ou d'infirmière - Article L4311
 - **Article R. 4311-5**
Dans le cadre de son rôle propre accomplit les actes,
 - 9°) Surveillance de l'élimination ...urinaire et changement de sondes vésicales
 - **Article R. 4311-7** ...habilité à pratiquer les actes sur prescription /protocole
 - 15°) Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie

Sous réserve de l'article suivant :

- **Article R. 4311-10** L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en œuvre **par** le médecin (des techniques suivantes) :
 - 2°) Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention

Cadre réglementaire - quelques rappels (2)

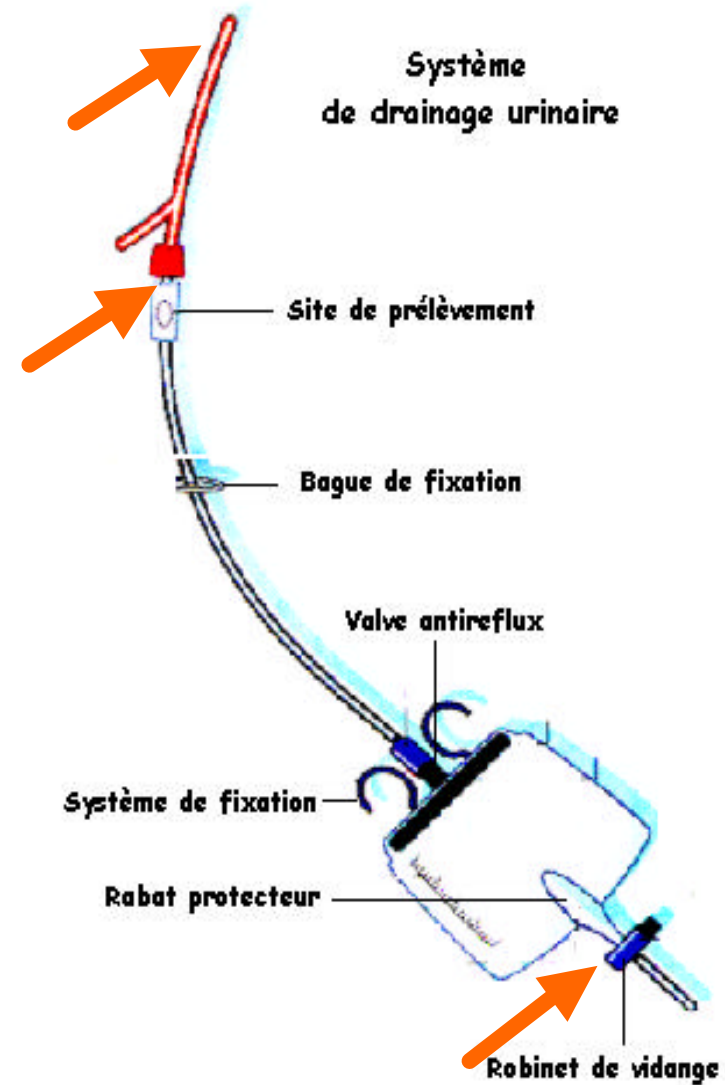
- Arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme d'Etat d'aide-soignant
 - « l'aide-soignant exerce son activité sous la responsabilité de l'IDE...
 - Module 3 : soins liés aux DM ou d'appareillage :
 - Sonde vésicale : surveillance du patient et vidange du sac collecteur
 - Pose de collecteurs externes
 - **Article R. 4311-4**
soins dispensés dans le cadre du rôle propre l'infirmier, sous sa responsabilité, avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques.

Le sondage vésical

Identification des risques

Infections urinaires liées :

- ✉ à des défauts d'asepsie lors de la pose de la sonde, des manipulations ou lors de **déconnexion accidentelle** du système clos.



HCSP - SFHH - Recommandations 2010

sondage vésical à demeure

R75 Choix du matériel adapté aux besoins cliniques selon la durée du sondage. Diamètre de la sonde aussi petit que possible ballonnet env. 10ml. Lubrifiant ou anesthésique en monodose

R76 Drainage clos : au moment du sondage, sonde connectée au sac collecteur stérile S'assurer que le système ne peut être déconnecté en dehors d'impératifs cliniques tels le changement de sac selon les recommandations du fabricant

R77 Autres mesures :

- Désinfection des mains et port de gants avant toute manipulation du montage, y compris la vidange. Désinfection des mains après le retrait des gants
- Utilisation aseptique du site pour tous les prélèvements d'urine
- Vidange du sac collecteur assez souvent pour éviter les reflux (récipient propre)
- Pas d'antiseptique dans le sac, pas d'antibioprophylaxie
- Pas de changement systématique des sondes, sauf indication spécifique du fabricant
- Hygiène personnelle de routine suffisante
- Irrigations et instillations vésicales ne doivent pas être utilisées en prévention systématique d'infection urinaire
- Il peut être utile de changer la sonde en cas d'infection urinaire, mais le changement ne doit pas intervenir avant au moins 24 heures de traitement antibiotique adapté

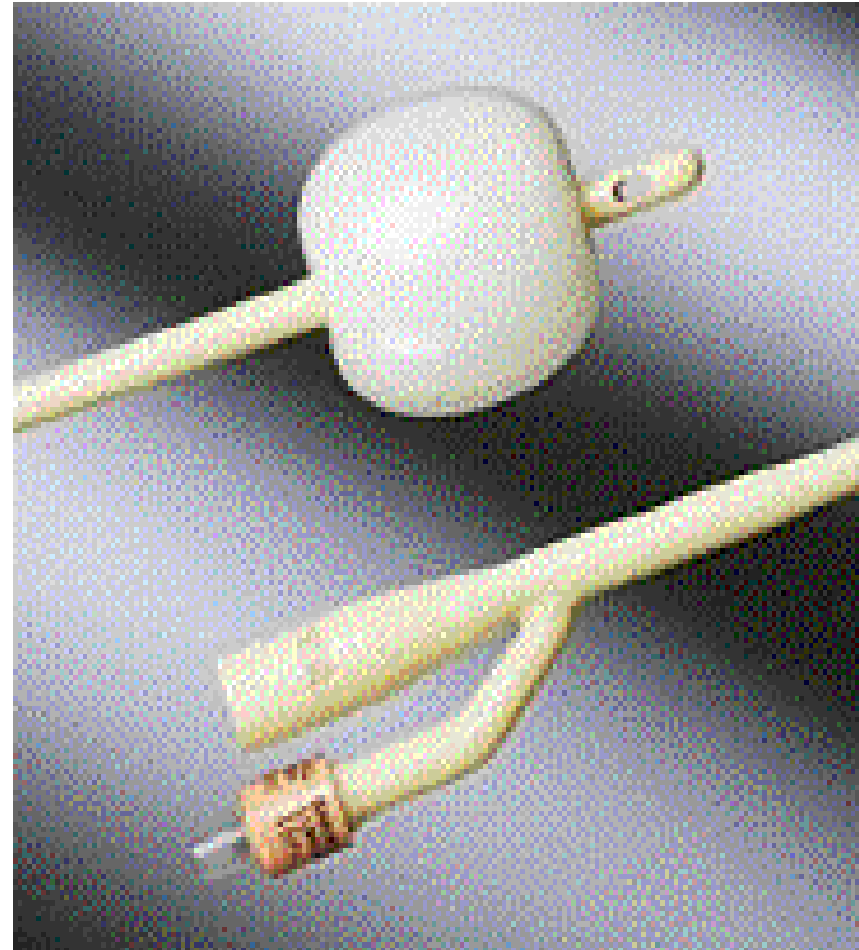
Le sondage vésical

- **Organisation** du soin après la toilette du patient et la réfection du lit.
- Pose si possible avec **une aide**.
- **Choix de la sonde adaptée au type de sondage** Si possible, sonde pré-connectée au collecteur d'urines.
- Sinon connexion de la sonde au sac **avant la pose**.
- **Port de gants stériles** pour l'introduction de la sonde.
- **Traçabilité** de l'acte : **date et type** de sonde sur le dossier du patient.



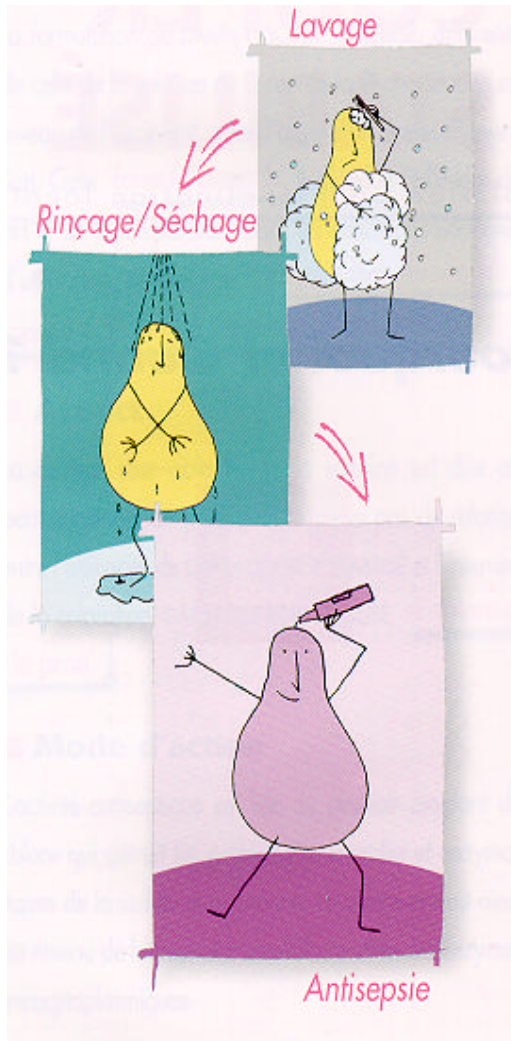
La pratique du sondage urinaire

- Le ballonnet d'une sonde vésicale doit **toujours** être gonflé à l'eau stérile.
- En aucun cas le sérum physiologique ou des produits autres ne doivent être utilisés en raison du risque de porosité et de détérioration du ballonnet.



Préparation locale

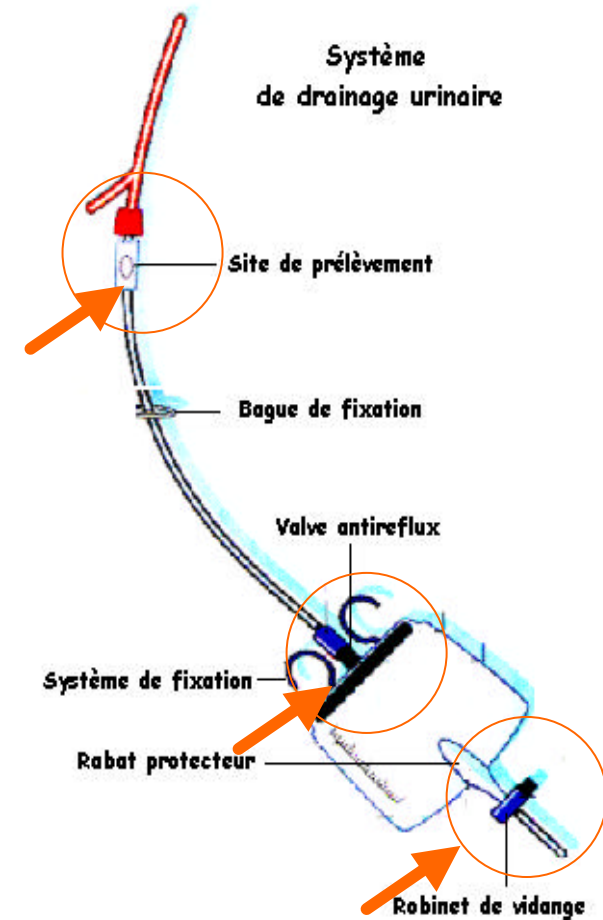
les étapes à respecter ...



- **Toilette génito-anale**
 - lavage avec un savon antiseptique
 - rinçage,
 - séchage
- **Désinfection /antiseptie des muqueuses**
 - application de l'antiseptique de même gamme que le savon (PVPI, Chlorés)
 - respect du temps d'action avant l'introduction de la sonde

L'entretien des sondes urinaires

- **Veiller à la position déclive, "sous la vessie" quelle que soit la position du patient.**
 - Poche maintenue hors sol.
 - **Propreté** du lit.
 - **Toilette** quotidienne et en cas de souillures : savon liquide ordinaire.
 - **Signalement** en cas de déconnexion.
 - **Manipulations aseptiques** (vidange, ECBU).hygiène des mains et port de gants
 - Prélèvements sur **site siliconé**.
- **Surveillance du bon écoulement des urines qui correspond à la mise en place correcte de la sonde.**



Le sondage vésical de longue durée

Situation des soins en ambulatoire (1)

- Conditions de pose identiques au sondage urinaire de courte durée
- Pas de consensus pour le choix du matériau des sondes et la durée du sondage.

- **Dans tous les cas, manipulations rigoureusement aseptiques** du système de montage sac/poche
- désinfection des mains et port de gants
- utilisation de compresses imbibées d'antiseptique pour la manipulation des embouts.

N.B. L'échographie sus-pubienne est préférable au sondage pour mesurer le résidu vésical .

Le sondage vésical de longue durée

Situation des soins en ambulatoire (2)

Fréquence de changement des sacs collecteurs d'urines

- **Poches de jour stériles** type Hollister® : **le moins souvent possible** afin de ne pas rompre le système clos. Changement en cas de problème (déconnexion accidentelle, dépôts persistants, vidange défectueuse...).
- **Poches de jour non stériles**, en l'absence de consensus : **recommandé en moyenne une fois par semaine** en dehors de tout problème (voir poches de jour stériles).
- **Poches de nuit** changement quotidien.

Le sondage urinaire de longue durée

Situation des soins en ambulatoire (3)

Conduite à tenir en cas d'urines troubles ou infectées

- **Dans tous les cas, préférer le "lavage physiologique"* en faisant boire le malade.**
- Le lavage de vessie **systematique** est une technique qui n'est plus recommandée en raison du risque infectieux lié aux conditions de manipulations du système de drainage.
- Cette pratique doit **rester ciblée**, elle relève de la **prescription médicale**.
- Changement de la sonde en cas d'urines troubles.

**Diurèse minimale = 2 à 3 litres par jour.*

Autres recommandations de l'ORIG

- 87 Il est recommandé d'avoir un protocole de pose et de maintenance des sondes urinaires. *Accord fort*
- 88 Il est fortement recommandé de disposer de professionnels formés pour la pose et le changement de sonde urinaire. *Accord fort*
- 89 Il est recommandé d'assurer une traçabilité de la pose de la sonde dans le dossier patient : date de pose, date d'ablation, taille de la sonde, opérateur. *Accord fort*
- 90 Il est recommandé d'assurer une traçabilité des soins et des éventuels incidents dans le dossier de soins du patient. *Accord fort*
- 96 Il est recommandé de fixer le dispositif sonde/sac collecteur pour éviter les risques de tractions et de déconnexion et faciliter l'écoulement des urines. *Accord fort*

...

HCSP - SFHH Recommandations 2010

Cathéter sus-pubien

R79

Pose par un chirurgien entraîné : aseptie de niveau chirurgical (douche pré-opératoire, antiseptie associant la déterision , rinçage, séchage et application d'un antiseptique alcoolique, habillage de l'opérateur, champ stérile protecteur et pose aseptique). Connexion à un sac collecteur stérile pour un drainage clos. S'assurer que le système ne peut être déconnecté en dehors d'impératifs cliniques tels que le changement de sac selon les recommandations du fabricant

R80

Autres mesures

- **Désinfection des mains et port de gants** avant toute manipulation du système y (y compris la vidange du sac), se désinfecter les mains après le retrait des gants
- **Utilisation aseptique du site** pour tous les prélèvements d'urine
- Position aseptique du sac pour éviter les reflux et **éviter le contact avec le sol**
- **Vidange du sac collecteur assez souvent** pour éviter les reflux (récipient propre)
- Pas d'antiseptique dans le sac
- Pas de changement systématique du cathéter, sauf indication spécifique du fabricant
- Irrigations et instillations vésicales ne doivent pas être utilisées en prévention systématique d'infection urinaire
- Tout signe clinique évocateur d'une infection concernant le trajet de la sonde à travers la paroi abdominale doit être immédiatement investigué

Le cathéter sus-pubien

- Mise en place d'une dérivation urinaire **temporaire ou définitive** au moyen d'un cathéter introduit dans la vessie par voie sus-pubienne.
- Technique indiquée en cas de rétention aiguë par obstacle cervico-prostatique, de traumatisme, de chirurgie ou de tumeur de l'urètre, ou de rétention vésicale chronique, de rétention fébrile (prostatite).

Le cathéter suspubien (1)

- **Identification des risques**

- *Infection cutanée* : par défaut d'asepsie au moment de la pose, et/ou lors du pansement
- *Infections urinaires* : fièvre, apparition d'urines troubles et malodorantes, confirmées par l'ECBU.

- **Recommandations**

- Pose réalisée sur un plan dur, dans les services de bloc d'urgence ou de consultations, cas particuliers au lit du patient.
- Conditions d'asepsie rigoureusement observées.
- Préparation cutanée, dépilation réalisées selon les mêmes principes définis pour la préparation du futur opéré.

Le cathéter suspubien (2)

Principes à observer pour la maintenance

- **Surveillances :**
 - **écoulement correct** des urines : absence de pliures ou de coutures du montage poche/sac collecteur, position correcte du cathéter.
 - Position aseptique du sac, hors sol
 - **apports hydriques.**
 - **état du pansement** et toujours le maintenir **propre**. (2 à 3 fois par semaine cf. annexe)
- **Asepsie rigoureuse** observée lors des manipulations des éléments du montage. (recommandations identiques à la maintenance d'une sonde vésicale).
- **Signalement** des incidents sur le dossier de soins du patient.

HCSP - SFHH Recommandations 2010

sondage vésical évacuateur ou itératif

R81 Le sondage évacuateur isolé est un soin réalisé avec le même niveau d'asepsie que la pose d'une SAD et un système clos de drainage des urines. Un matériel spécifique pré-connecté est préférable afin d'éviter la contamination de l'environnement

R82 Le sondage itératif est, par opposition, un geste « propre » évitant uniquement la contamination croisée

R83 Autres mesures :

- Choisir un matériel dont on a l'habitude et préférer un matériel auto ou pré-lubrifié, à usage unique; si ce matériel n'est pas disponible, il est possible d'utiliser plusieurs fois la même sonde chez un patient ambulatoire, à condition de la laver et de la sécher
- Choisir une sonde de diamètre aussi petit que possible, sauf en chirurgie ou en maternité où on choisira un diamètre suffisant pour une évacuation rapide et complète.
- Laver le méat urinaire à l'eau et au savon, puis rincer avant chaque sondage, faire une antiseptie s'il s'agit d'un sondage évacuateur isolé
- Désinfection ou lavage des mains avant le sondage
- L'hygiène personnelle de routine doit être assurée

Autosondage et hétéro- sondage

- But : évacuer régulièrement le contenu de la vessie sans maintenir de dispositif médical en place (sonde, cathéter sus-pubien, poche de stomie).
- **L'efficacité du sondage intermittent est déterminée par l'intervalle entre les sondages en 24 h** : la fréquence des sondages recommandée est généralement de 6 à 7 fois par jour soit toutes les 3 ou 4 h (répartis entre 6h et 23h) pour une diurèse de 1,5 à 2 litres.

Hétérosondage et auto-sondage (1)



- **Identification des risques infectieux**
 - Plus l'intervalle de temps entre 2 manœuvres de sondage est long plus il y a risque de développement de germes dans la vessie.
 - Défauts d'hygiène ou **manœuvres traumatiques** au moment du sondage.
- **Recommandations**
 - **Tenue d'un calendrier mictionnel** (ou fiche de suivi du sondage intermittent) pour **surveiller la diurèse** :
 - volume des boissons,
 - volume des mictions,
 - niveaux de difficultés au moment du sondage (S : Saignement ; DS : Difficultés de sondage ; D : Douleurs)...

Hétérosondage et auto-sondage (2)

Hétérosondage intermittent

- pratiqué par un professionnel (médecin, infirmier, kinésithérapeute) ou par toute personne (proche, famille) possédant la maîtrise du sondage après apprentissage par une équipe soignante

Autosondage intermittent

- pratiqué par le patient. permettre au patient d'assurer seul l'élimination des urines sans l'intervention d'une tierce personne
- technique de soin propre, mais non stérile
- doit pouvoir être réalisée en toutes circonstances (au domicile ou au travail) et en toutes positions (debout, assis au fauteuil ou couché)

Soins infirmiers et incontinence urinaire

- L'incontinence urinaire est un **symptôme** défini par des fuites d'urines involontaires, réversible ou définitive, **accompagnant ou révélant des pathologies urologiques, gynécologiques ou neurologiques**
- Répercussions plus ou moins importantes du handicap pour la personne incontinente (physiques, psychologiques et sociales)
- Infections urinaires et signes d'irritation cutanée pouvant être liés à des défauts d'hygiène et/ou à des traitements inadaptés
- **Consultation d'un Urologue**

Les protections à usage unique

Identifications des risques

- Infections urinaires ou risques locaux : irritations cutanées, escarres, macérations liées à des défauts d'hygiène, et/ou à des protections inadaptées.

Généralités

- Choix déterminé selon le degré d'incontinence (capacité d'absorption,...) et l'autonomie du patient (personne autonome valide par exemple).
- Nombreux circuits de distribution : pharmacies, revendeurs, grandes surfaces, vente par correspondance.
- Coût à la charge du patient ou de sa famille.
 - Estimation ~1500€ /an/patient.
 - Prise en charge : pas envisagée par la Sécurité Sociale, partielle ou totale par certaines mutuelles et l'allocation aide aux personnes âgées.

Recommandations pour le patient à son domicile

- Toilette quotidienne (douche de préférence)
- A chaque change de protection
 - Toilette génito-anale : savon ordinaire, (liquide de préférence), séchage minutieux avec du linge de toilette propre et sec
 - Vérification de l'état cutané
 - Évacuation des protections dans un sac poubelle classique, fermé, éliminé par la filière « déchets ménagers »
 - Lavage des mains (ou SHA ou lingettes) avant et après le soin.
 - Utilisation possible de lingettes pré-imprégnées confort lors de sorties, voyages, activité professionnelle...
- Veiller aux apports hydriques
- Prévoir des sous-vêtements avec une taille supérieure (éviter les tailles basses)

Recommandations Etablissements de santé et d'hébergement ...

- **Toilette quotidienne**
- **A chaque change** de protection
 - Hygiène des mains **et port de gants** à usage unique non stériles jetés entre chaque patient résidant
 - Désinfection des mains après le retrait des gants
 - Toilette génito-anale : au savon liquide ordinaire séchage minutieux avec du linge de toilette propre et sec
 - **Prévention d'escarre systématique**
 - Évacuation des protections : filière déchets assimilés aux ordures ménagères (DAOM), sauf en cas de précautions complémentaires : filière DASRI (déchets à risques infectieux)
- Veiller aux **apports hydriques**
- **Traçabilité des soins**

HCSP -SFHH - Recommandations 2010

Etui pénien

R78

Une hygiène de routine doit être réalisée ; une attention particulière doit être apportée à l'état cutané du patient et l'essuyage après la toilette. L'utilisation d'antiseptiques n'est pas recommandée. Un changement quotidien peut être proposé modulable selon les dispositifs.

Les étuis péniens

- **L'étui pénien en alternative au sondage urinaire est préférable lorsqu'il est médicalement possible**
- **Variétés de modèle** : étuis péniens auto-adhésifs, ou avec joint de fixation, hypoallergéniques...
- **Remboursement Sécurité Sociale** : étuis péniens et collecteurs d'urines.
- **Incontinence nocturne**, mise en place au moment du coucher l'étui pénien relié à un collecteur d'urine de grande contenance, appelé " poche de nuit " .
- **Incontinence diurne associée** : étui pénien + collecteur de contenance inférieure appelée "poche de jour" maintenue à la jambe ou à la cuisse + raccord + "poche de nuit".

Les étuis péniens

Identification des risques

- Irritation, macération, œdème, allergie par défaut d'hygiène et/ou d'étui pénien inadapté.

Recommandations

- Diamètre d'étui approprié afin d'éviter les risques de fuites (trop large) ou des lésions de la verge (trop étroit).
- Le retrait de l'étui doit être ni douloureux, ni irritant. La dépilation n'est pas indispensable. Si la pilosité est importante, la dépilation doit être appréciée par le patient (gêne à la pose, tenue de l'étui pénien...).
- Changement toutes les 24h et toilette de la verge au savon ordinaire + rinçage et séchage minutieux.

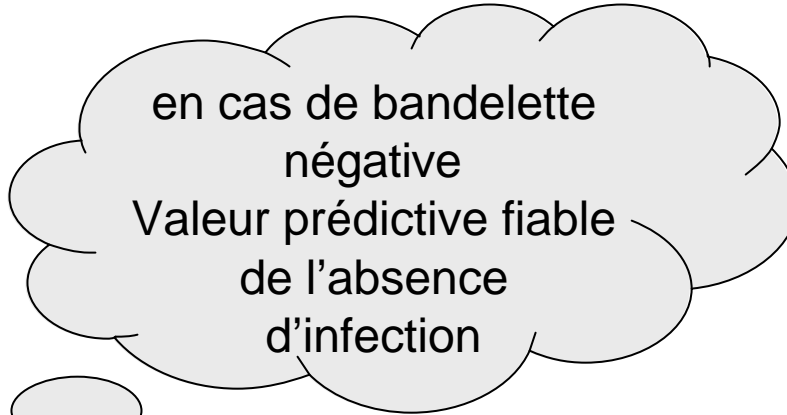
Les étuis péniens - surveillance

- **Absence de couture** de la tubulure
- **Absence de vrille de l'étui**. Préférer le port du slip (meilleur maintien) aux caleçons.
- Laisser un peu de jeu à la tubulure
- Vérifier le **maintien du sac sur la jambe** pour permettre de s'asseoir avec plus de sécurité (limite les risques de traction ou de déconnexion).
- Prévoir une **taille supérieure pour les sous-vêtements**.
- Fréquence de changement des poches : différence jour/ nuit (cf. annexe)
- Etuis péniens et poches éliminés par la filière "déchets ménagers", (sauf en cas d'isolement septique = filière DASRI).



Bandelette urinaire

- Toilette locale soigneuse, recueil au milieu du jet
- Récipient de bonne capacité, propre et sec
- Plonger et retirer immédiatement la bandelette
- Procéder rapidement à la lecture si possible de manière automatique par un lecteur
- Conservation des bandelettes dans un flacon fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité
- Coût ~1 €



en cas de bandelette
négative
Valeur prédictive faible
de l'absence
d'infection

- Fiabilité des bandelettes urinaires polyvalentes (leucocytes et nitrites en particulier) dans la population générale pour le dépistage mais non pour le diagnostic.
- En revanche une bandelette positive doit être suivie d'un ECBU pour affirmer une infection

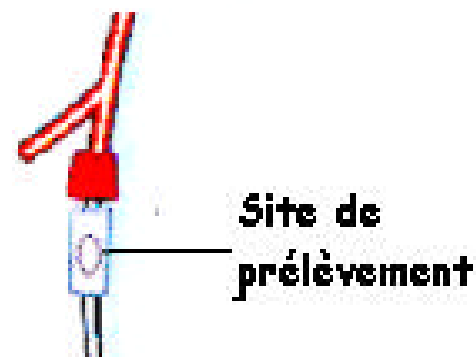
Pratique de l'ECBU (1)

- Sa réalisation répond à des exigences précises pour faciliter son interprétation.
- Résultats exprimés en UFC /ml
- Coût d'un ECBU : B70 ~18,90€
(B à 0,27 €)



* UFC = Unités formant colonie

ECBU Le patient est porteur d'une sonde vésicale



- Clamage de la sonde quelques heures avant le prélèvement,
- Le site de prélèvement doit être prévu sur la tubulure de la poche collectrice (ne pas " débrancher " la tubulure du sac de la sonde)
- Désinfection des mains et port de gants
- Désinfecter le site de prélèvement de la poche collectrice avec un antiseptique type alcool à 70°, Dakin® ou Bétadine dermique® et des compresses stériles.
- Jeter les gants
- Puis se désinfecter les mains

ECBU

Le patient n'est pas sondé

➤ **Recueil par le patient**

- Expliquer la méthode au patient et s'assurer de sa compréhension ou réaliser le prélèvement.
- Se laver soigneusement les mains
- Après une toilette génito-anale soignée au savon liquide ordinaire suivie d'un rinçage à l'eau

- Éliminer le premier jet d'urine,
- Uriner dans une cupule stérile ou dans le pot stérile en évitant de toucher l'intérieur du récipient avec les doigts,
- Remettre le pot ou la cupule à l'infirmière.

➤ **Recueil par sondage aller/retour :**

- Chez la femme lorsque la miction est impossible
 - Après une toilette génito-anale au savon liquide ordinaire :
 - Réaliser l'antisepsie du méat urinaire avec des compresses stériles imbibées de Dakin[®], ou à défaut de Bétadine Gynécologique[®]

- **À éviter chez l'homme: préférer le recueil par étui pénien propre**

ECBU

Transport rapide au labo (<2 heures).

- **But** : Bloquer la pullulation microbienne en diminuant le plus possible le délai entre le prélèvement et l'analyse.

- ↓ Fermer hermétiquement le flacon, l'identifier très précisément. **Date et l'heure de prélèvement.**

- ↓ **Vérifier le bon d'examen** : renseignements cliniques, objet de la recherche...,
- ↓ Veiller à son acheminement le plus rapide possible vers le laboratoire.
- ↓ En cas d'empêchement, on peut le placer pour quelques heures à +4° ou utiliser un tube boraté.











Evaluation

- Nécessité de différents niveaux d'évaluation
 - Suivi épidémiologique : surveillance des taux d' IUN
 - Démarche qualité

- Protocoles
 - Indications
 - Pose
 - Maintenance
 - Indications des bandelettes et des ECBU
- Formation des soignants
- Information et éducation des patients et des proches
- Evaluation des pratiques professionnelles
 - Opportunités
 - Pratiques
 - Mesures correctives
- Bon usage des antibiotiques

Pour en savoir plus ...

-  Recommandations. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. Ministère de la santé et des sports, Haut Conseil de la Santé Publique, Société française d'hygiène hospitalière. 2010. 175 pages
-  Prévention des infections en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes Consensus formalisé d'experts. Observatoire du risque infectieux en gériatrie (ORIG), Société française d'hygiène hospitalière. 2009. 92 pages
-  Pose d'un étui pénien et surveillance d'une sonde urinaire à demeure. Technique de soins. L'aide-soignante. Octobre 2010. p 29-30
-  SPILF, AFU. Infections urinaires nosocomiales de l'adulte. Med Mal Infect 2003; 33 (Suppl 4): 193S - 310 S
-  The Official Journal of the Hospital Infection Society. Guidelines for preventing infections associated with the use of short-term urethral catheters. 2006 S28-S33
-  Société Française de Microbiologie. REMIC - Référentiel en microbiologie médicale - 3ème édition. 2007; 2M2 - Montmorency: 232 pages
-  C.CLIN Sud-Ouest Prévention de l'infection urinaire nosocomiale -Recommandations pour la pose et la gestion d'une sonde vésicale. Version 2, 2003
-  Société Française d'Hygiène Hospitalière. Recommandations pour l'hygiène des mains. HYGIENES 2009; Numéro spécial: 240 pages