

## **Pneumonies associées aux soins de réanimation**

### **Évaluation des Pratiques Professionnelles**

Cette EPP est basée sur les Recommandations Formalisées d'Experts « Pneumonies associées aux soins de réanimation » de 2017 établies sous l'égide de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR) et de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), en collaboration avec l'Association Des Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Françaises (ADARPEF) et le Groupe Francophone de Réanimation et d'Urgence Pédiatrique (GFRUP).

Elle peut être réalisée dans le cadre d'un audit clinique chez les tous les malades présents, pendant 5 jours, tous les jours. Un document correspond à un patient donné et à un jour donné.

Un programme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consiste en l'analyse des pratiques professionnelles en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé. Le programme doit comporter ensuite la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Les critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques reposent sur des objectifs de qualité à atteindre. Ces critères ont vocation à être intégrés dans des démarches variées d'amélioration de la qualité. D'une manière générale, les démarches d'amélioration de la qualité comportent quatre étapes distinctes se succédant indéfiniment : planifier, faire, analyser, améliorer.

1. Planifier : étape de définition de la démarche d'amélioration de la qualité, d'évaluation traduite par le référentiel, d'identification des professionnels et des structures impliquées et enfin de programmation des étapes et des critères choisis.
2. Faire : étape de mesure de la pratique au regard du référentiel, au cours de laquelle les données sont recueillies.
3. Analyser : le praticien analyse sa pratique en référence aux critères sélectionnés (identification des points forts et analyse des écarts par rapport au référentiel) et selon la démarche d'amélioration de la qualité adoptée.
4. Améliorer : Les professionnels mettent en œuvre des actions correctrices en vue d'améliorer leur organisation et leurs pratiques. Ils en évaluent périodiquement l'impact.

**Référence** : « Pneumonies associées aux soins de réanimation »

**Cibles professionnelles** : Médecins réanimateurs.

**Patients concernés** : Tout patient ventilé au moins 48 heures en réanimation.

**Structures impliquées** : services de réanimation adultes ou pédiatriques.

**Objectifs de qualité recherchés** :

Objectif 1 : Disposer de protocoles adaptés et d'un programme de prévention des pneumonies associées aux soins

Objectif 2 : Mettre en œuvre les explorations diagnostiques nécessaires

Objectif 3 : Savoir utiliser à bon escient les médicaments antibiotiques

**Méthodes proposées :** La première partie de cette évaluation repose sur un audit général de votre service, la deuxième partie correspond à un audit clinique pour un patient donné devant une suspicion de pneumonie associée aux soins.

La présence ou l'absence de chacun des critères cités sera relevée.

La seconde étape comportera une analyse des écarts, de leurs causes et de leurs conséquences. Des actions de suivi et d'amélioration devront être proposées.

## **PARTIE 1 :**

### **AUDIT DE VOTRE SERVICE**

A - Il existe au sein du service un protocole écrit de prévention des pneumonies associées aux soins de réanimation.  OUI  NON

B - Si la prévalence des BMR est inférieure à 20 % dans votre service, une décontamination digestive sélective (DDS) est appliquée associant un antiseptique par voie entérale et une antibioprophylaxie par voie systémique pour une durée inférieure à 5 jours.  OUI  NON

## **PARTIE 2 :**

### **AUDIT CLINIQUE POUR UN PATIENT DONNE**

Item	OUI	NON	Remarques
<b>Objectif 1 : Disposer de protocoles adaptés et d'un programme de prévention des pneumonies associées aux soins</b>			
Le recours à la VNI a été favorisé afin d'éviter l'intubation			
Les doses de sédatifs et d'analgésiques ont été limitées grâce à une évaluation régulière de la sédation et de la douleur par des scores ou des échelles appropriées.			
La pression du ballonnet de la sonde d'intubation a été contrôlée au moins toutes les 6 heures.			
Une aspiration sous-glottique a été effectuée toutes les 6 à 8 heures.			
L'intubation a été effectuée par voie oro-trachéale.			
Une nutrition entérale a été initiée précocément (dans les 8 heures après l'intubation).			
Une DDS (association antiseptique entérale + antibioprophylaxie systémique < 5 jours) a été appliquée.			
<b>Objectif 2 : Mettre en œuvre les explorations diagnostiques nécessaires</b>			
Une imagerie thoracique a été effectuée le jour de la suspicion de pneumonie.			
Un prélèvement microbiologique des voies aériennes a été effectué avant l'instauration de l'antibiothérapie.			
<b>Objectif 3 : Savoir utiliser à bon escient les médicaments antibiotiques</b>			
Les facteurs de risque de BMR ont été pris en compte avant l'initiation de l'antibiothérapie.			
En l'absence de signes de gravité (choc septique ou SDRA) ou de facteurs de risque de BMR, le patient a été traité par une mono-antibiothérapie probabiliste.			
Si la suspicion de pneumonie a été infirmée, l'antibiothérapie a été arrêtée.			
Le spectre antibiotique a été réduit au vu des résultats de l'antibiogramme.			
En dehors des situations suivantes (immunodépression, empyème, pneumonie nécrosante ou abcédée), la durée de l'antibiothérapie n'excédait pas 7 jours.			