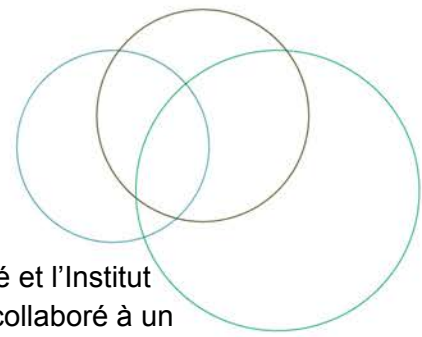




RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR
LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

La septicémie



REMERCIEMENTS

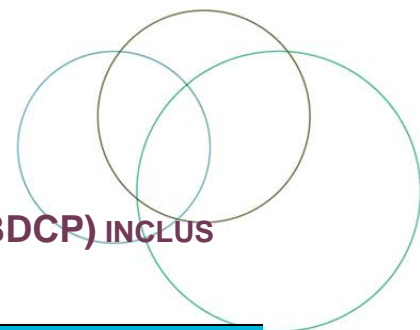


L'Institut canadien d'information sur la santé et l'Institut canadien pour la sécurité des patients ont collaboré à un ensemble de travaux pour corriger les lacunes des indicateurs de préjudices et pour contribuer aux efforts d'amélioration de la sécurité des patients dans les hôpitaux canadiens.

La Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital a été élaborée par l'Institut canadien pour la sécurité des patients pour servir de complément à la mesure des préjudices à l'hôpital développée par l'Institut canadien d'information sur la santé. Elle fait le lien entre la mesure et l'amélioration en fournissant des ressources fondées sur des données probantes qui soutiendront les efforts d'amélioration de la sécurité des patients.

L'institut canadien pour la sécurité des patients tient à remercier et à souligner l'importante contribution du Dr Denny Laporta, MD, FRCPC CSPQ, pour la révision et l'approbation de cette Ressource d'amélioration.

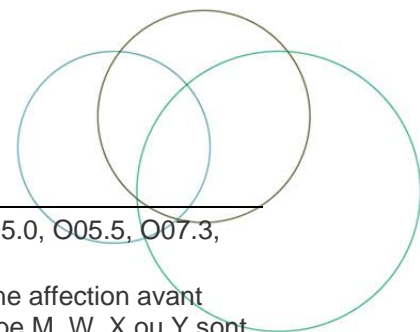




CODES DE BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (BDGP) INCLUS DANS CETTE CATÉGORIE CLINIQUE :

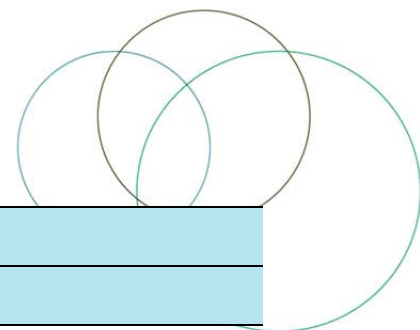
B17 : Septicémie							
Concept	Sepsie décelée au cours d'un séjour à l'hôpital, à l'exclusion de la sepsie du nouveau-né.						
Remarques	Ce groupe clinique comprend les épisodes de sepsie survenus à l'hôpital; l'infection qui mène à la sepsie peut toutefois avoir été contractée dans la collectivité ou à l'hôpital.						
Critères de sélection	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; vertical-align: top;"> A40.– A41.– B37.7 R57.2 R65.1 </td> <td style="vertical-align: top;"> Code inscrit comme diagnostic de type (2) OU Code inscrit comme diagnostic de type (3) ET code T80.2, T81.4, T82.6, T82.7–, T83.5, T83.6, T84.5–, T84.6–, T84.7, T85.7 ou T88.0 comme diagnostic de type (2) ET code du bloc Y60-Y84 avec le même indicateur de série OU Code inscrit comme diagnostic de type (3) ET code O03.0, O03.5, O04.0, O04.5, O05.0, O05.5, O07.3 ou O08.0– comme diagnostic de type (2) sur le même abrégé OU Code inscrit comme diagnostic de type (3) ET code O98.502 ou O98.802 comme diagnostic de type (M), (1), (2), (W), (X) ou (Y) sur le même abrégé </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">O85.002</td> <td style="vertical-align: top;">Code inscrit comme diagnostic de (M), (1), (2), (W), (X) ou (Y)</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">R57.2</td> <td style="vertical-align: top;">Code inscrit comme diagnostic de type (3) ET code T81.1 inscrit comme diagnostic de type (2) ET code du bloc Y60-Y84 avec le même indicateur de série</td> </tr> </table>	A40.– A41.– B37.7 R57.2 R65.1	Code inscrit comme diagnostic de type (2) OU Code inscrit comme diagnostic de type (3) ET code T80.2, T81.4, T82.6, T82.7–, T83.5, T83.6, T84.5–, T84.6–, T84.7, T85.7 ou T88.0 comme diagnostic de type (2) ET code du bloc Y60-Y84 avec le même indicateur de série OU Code inscrit comme diagnostic de type (3) ET code O03.0, O03.5, O04.0, O04.5, O05.0, O05.5, O07.3 ou O08.0– comme diagnostic de type (2) sur le même abrégé OU Code inscrit comme diagnostic de type (3) ET code O98.502 ou O98.802 comme diagnostic de type (M), (1), (2), (W), (X) ou (Y) sur le même abrégé	O85.002	Code inscrit comme diagnostic de (M), (1), (2), (W), (X) ou (Y)	R57.2	Code inscrit comme diagnostic de type (3) ET code T81.1 inscrit comme diagnostic de type (2) ET code du bloc Y60-Y84 avec le même indicateur de série
A40.– A41.– B37.7 R57.2 R65.1	Code inscrit comme diagnostic de type (2) OU Code inscrit comme diagnostic de type (3) ET code T80.2, T81.4, T82.6, T82.7–, T83.5, T83.6, T84.5–, T84.6–, T84.7, T85.7 ou T88.0 comme diagnostic de type (2) ET code du bloc Y60-Y84 avec le même indicateur de série OU Code inscrit comme diagnostic de type (3) ET code O03.0, O03.5, O04.0, O04.5, O05.0, O05.5, O07.3 ou O08.0– comme diagnostic de type (2) sur le même abrégé OU Code inscrit comme diagnostic de type (3) ET code O98.502 ou O98.802 comme diagnostic de type (M), (1), (2), (W), (X) ou (Y) sur le même abrégé						
O85.002	Code inscrit comme diagnostic de (M), (1), (2), (W), (X) ou (Y)						
R57.2	Code inscrit comme diagnostic de type (3) ET code T81.1 inscrit comme diagnostic de type (2) ET code du bloc Y60-Y84 avec le même indicateur de série						
Exclusions	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abrégés dont l'âge à l'admission est inférieur à un an 2. Abrégés de patients dont la durée du séjour est inférieure à 2 jours 3. Abrèges dont les soins palliatifs sont inscrits à titre de diagnostic principal (code Z51.5 de la CIM-10-CA Z51.5) 4. Abrégés dans lesquels la sepsie est également codifiée comme une affection avant l'admission sont exclus du numérateur : <ul style="list-style-type: none"> • Abrégés avec des codes de sepsie (CIM-10-CA : A40.–, A41.–, B37.7, R65.1, R57.2) ou les codes de complication postopératoire connexes (CIM-10-CA : T80.2, T81.1, T81.4, T82.6, T82.7–, T83.5, T83.6, T84.5–, T84.6–, T84.7, T85.7, T88.0) consignés comme diagnostics avant l'admission [type (M), (1), (2), (W), (X) ou (Y)] • Abrégés indiquant une sepsie chez les patientes en soins obstétricaux dans lesquels le code de sepsie puerpérale ou le code d'infection connexe liée à l'obstétrique est consigné comme un diagnostic avant l'admission [CIM-10-CA : O85.004, O85.009, O98.501, O98.503, O98.504, O98.509, O98.801, O98.803, O98.804, O98.809 — tout type 						





	<p>de diagnostic ou O03.0, O03.5, O04.0, O04.5, O05.0, O05.5, O07.3, O08.0 comme type (M), (1), (2), (W), (X) ou (Y)]</p> <p>À titre d'exception, la sepsie n'est pas considérée comme une affection avant l'admission quand les codes ci-dessus consignés comme type M, W, X ou Y sont aussi désignés comme type (2) ou qu'ils figurent dans un scénario de codification de la sepsie après l'admission (code de sepsie comme type (2), code de sepsie comme type (3) ou un code d'infection connexe comme type (2) dans la sepsie comme complication postopératoire ou obstétricale).</p>
Codes	Description des codes
A40.–	Sepsie à streptocoques
A41.–	Autres sepsies
B37.7	Sepsie à Candida
O03.0	Avortement spontané, incomplet, compliqué d'une infection de l'appareil génital et des organes pelviens
O03.5	Avortement spontané, complet ou sans précision, compliqué d'une infection de l'appareil génital et des organes pelviens
O04.0	Avortement médical, incomplet, compliqué d'une infection de l'appareil génital et des organes pelviens
O04.5	Avortement médical, complet ou sans précision, compliqué d'une infection de l'appareil génital et des organes pelviens
O05.0	Autres formes d'avortement incomplet, compliqué d'une infection de l'appareil génital et des organes pelviens
O05.5	Autres formes d'avortement complet ou sans précision, compliqué d'une infection de l'appareil génital et des organes pelviens
O07.3	Échec d'une tentative d'avortement, avec complications
O08.0–	Complications consécutives à un avortement, une grossesse ectopique et molaire; infection de l'appareil génital et des organes pelviens
O85.002	Sepsie puerpérale, accouchement, avec mention de complications post-partum
O98.502	Autres maladies virales compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, accouchement, avec mention de complications post-partum
O98.802	Autres maladies infectieuses et parasitaires de la mère compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, accouchement, avec mention de complications post-partum
R57.2	Choc septique
R65.1	Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance organique aiguë

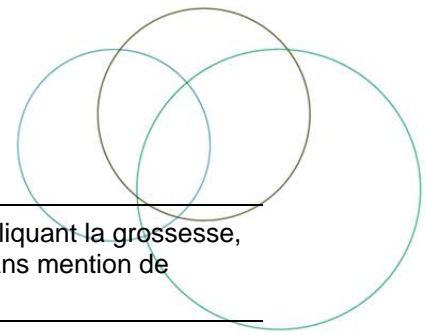




Codes additionnels	
Inclusions	
T80.2	Infections consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion
T81.4	Infection après une procédure, non classée ailleurs
T81.1	Choc pendant ou résultant d'une procédure, non classé ailleurs
T82.6	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse valvulaire cardiaque
T82.7–	Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires
T83.5	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant et une greffe de l'appareil urinaire
T83.6	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant et une greffe de l'appareil génital
T84.5–	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne
T84.6–	Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne [toute localisation]
T84.7	Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes orthopédiques internes
T85.7	Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes internes
T88.0	Infection consécutive à vaccination
Y60-Y84	Complications de soins médicaux et chirurgicaux (voir l'annexe 6)
Exclusions	
O85.004	Sepsie puerpérale, avec troubles ou complications post-partum
O85.009	Sepsie puerpérale, épisode de soins non précisé ou sans objet
O98.501	Autres maladies virales compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O98.503	Autres maladies virales compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, troubles ou complications antepartum
O98.504	Autres maladies virales compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, troubles ou complications postpartum
O98.509	Autres maladies virales compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, épisode de soins non précisé ou sans objet



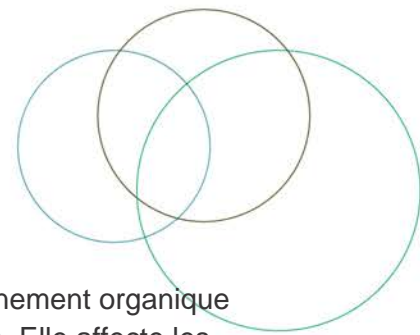
RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL
La septicémie



O98.801	Autres maladies infectieuses et parasitaires de la mère compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O98.803	Autres maladies infectieuses et parasitaires de la mère compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, troubles ou complications antepartum
O98.804	Autres maladies infectieuses et parasitaires de la mère compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, troubles ou complications post-partum
O98.809	Autres maladies infectieuses et parasitaires de la mère compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, épisode de soins non précisé ou sans objet
Z51.5	Soins palliatifs

Pour la description des codes de causes externes associés aux complications de soins médicaux ou chirurgicaux (Y60-Y84), veuillez consulter les notes techniques : [Indicateur Préjudices à l'hôpital : Annexes du Répertoire des indicateurs](#)





SURVOL

Récemment, la sepsie (septicémie) a été redéfinie comme un « dysfonctionnement organique mortel causé par la réponse perturbée de l'hôte à l'infection » (Singer, 2016). Elle affecte les patients néonataux, pédiatriques et adultes dans le monde entier et est distincte d'une infection non compliquée en vertu de la réponse dérégulée de l'hôte à l'infection et du dysfonctionnement aigu des organes. La septicémie peut se présenter comme ou évoluer vers le choc septique, récemment redéfini comme « *un sous-ensemble de la septicémie où des anomalies cellulaires, métaboliques et circulatoires particulièrement profondes sont associées à un plus grand risque de mortalité que la septicémie seule* » (Singer, 2016).

Pour le dépistage du patient, le dysfonctionnement des organes peut être représenté par une augmentation du pointage « Sequential Organ Failure Assessment » (SOFA) (Vincent, 1996) de deux points ou plus, qui est associée à une mortalité à l'hôpital de plus de 10 pour cent. Les patients atteints de choc septique peuvent être identifiés par une exigence de vasopresseur pour maintenir une pression artérielle moyenne de 65 mm Hg ou plus ET un niveau de lactate sérique supérieur à 2 mmol/L en l'absence d'hypovolémie (par exemple, après une réanimation liquidienne adéquate). Cette combinaison est associée à des taux de mortalité à l'hôpital de plus de 40 pour cent (Singer, 2016).

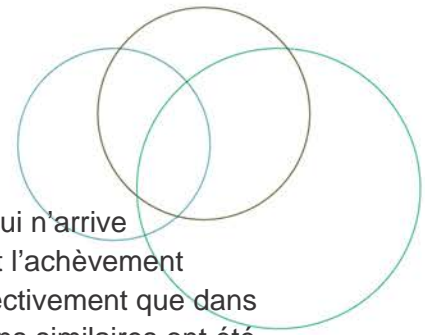
Ces modifications récentes ont été effectuées afin de mieux intégrer les définitions, étant donné l'évolution des concepts liés à ce syndrome. En attendant des rapports futurs, les définitions et les critères de diagnostic pour la septicémie pédiatrique et néonatale doivent être considérés comme étant similaires aux définitions adultes, incluant les valeurs seuils spécifiques à l'âge (Goldstein 2005, Dellinger 2013). La septicémie maternelle est une septicémie survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période puerpérale. Elle comprend un scénario clinique compliqué en raison de la présence d'un autre patient (le fœtus) et des changements cardiorespiratoires, immunologiques et métaboliques significatifs causés par la grossesse.

IMPLICATIONS

La septicémie est un problème de santé croissant au Canada ainsi que dans le reste du monde (ICIS 2009, Adhikari 2010). Dans les pays occidentaux, l'incidence de l'infection chez les adultes et les enfants continue d'augmenter malgré un taux de mortalité qui a fortement diminué, mais qui à 20-30 % est encore inacceptable (Annane 2003; Dombrovskiy 2007; Angus 2001, 2013; Friedman 1998; Stevenson 2014; Lagu 2012; Kaukonen 2015).

Malgré les progrès réalisés sur le plan de la physiopathologie de la septicémie et de la formation des prestataires; une meilleure surveillance et le suivi et l'amorçage rapide de la thérapie, il y a encore beaucoup à améliorer puisque la septicémie demeure l'une des conditions constatées à l'arrivée aux urgences ou acquise à l'hôpital les plus mortelles (Donald 2015). Comme pour d'autres troubles urgents tels que le polytraumatisme, les infarctus ou les accidents vasculaires cérébraux, la vitesse et la pertinence du traitement administré dans les premières heures après l'émergence de la septicémie sont susceptibles d'affecter les résultats. Ces éléments suggèrent la possibilité d'améliorer les résultats de ces patients grâce à la





reconnaissance et à la gestion ponctuelles de la septicémie (Liu 2014), ce qui n'arrive malheureusement pas souvent. En effet, dans deux études, le démarrage et l'achèvement ponctuels d'une gestion adéquate de la septicémie ne se produisaient respectivement que dans 40-58 % et 10-43 % des cas (Mikkelsen 2010, Ferrer 2008). Des observations similaires ont été relevées pour la septicémie pédiatrique et maternelle (*Soins de santé plus sécuritaires maintenant! La septicémie*, 2015).

La septicémie peut être évitée de deux façons :

1. le traitement d'infections le plus tôt possible et de manière appropriée avant qu'elles ne deviennent une septicémie.
2. identifier, atténuer ou prévenir les facteurs de risque liés soit au patient, soit à la suite de soins qui leur est livrée.

Exemples de facteurs de risque :

- l'âge (risque plus élevé chez les nourrissons et les personnes âgées que dans les autres groupes d'âge),
- les maladies chroniques avec/sans dysfonctionnement grave d'un organe .
- l'immunodéficience.
- les agents immunosuppresseurs.
- l'utilisation inappropriée d'antibiotiques.
- la présence de dispositifs médicaux implantés (intravasculaire ou autre).
- la prématurité.
- l'infection est plus susceptible de se produire lorsque l'anatomie normale est altérée par un processus - bénin ou malin – lequel soit obstrue un passage normal (par exemple, la cholécystite calculueuse, la prostatite), soit pénètre et s'introduit dans un système précédemment stérile (par exemple, une rupture de la peau par un traumatisme, des conditions dermatologiques).
- les patients incapables de communiquer leurs symptômes sont souvent traités à des étapes plus avancées de leur maladie, ces derniers atteints souvent de septicémie.

Les facteurs de risque liés au développement de la septicémie maternelle comprennent également les facteurs affectant la grossesse même (l'accouchement à domicile dans des conditions insalubres, un faible statut socio-économique, des antécédents d'infection pelvienne ou d'infection streptococcique du groupe B, une mauvaise nutrition, le diabète, l'anémie, la primiparité, la rupture prolongée des membranes, un travail prolongé, une grossesse multiple, la manipulation/les procédures génitales liées à la grossesse (multiple (> 5)), les examens vaginaux durant le travail), le cerclage du col utérin, l'amniocentèse, les techniques de reproduction artificielle, les manœuvres obstétricales, l'accouchement par voie vaginale sans aide, la césarienne, la prééclampsie et l'hémorragie du post-partum.





Les infections nosocomiales peuvent mener à une septicémie et à ses conséquences délétères (Riley 2012). Les infections nosocomiales sont la complication la plus commune affectant les patients hospitalisés aujourd'hui - actuellement de 5 à 10 pour cent des patients dans les hôpitaux de soins de courte durée acquièrent une ou plusieurs infections. Les infections du tractus urinaire associées à l'usage de sonde (ITUAUS), les infections liées aux cathéters intravasculaires centraux (CIC), les infections du site opératoire (ISO) et la pneumonie acquise sous ventilation (PAV) constituent la grande majorité de toutes les infections nosocomiales. Chaque année, environ 8 000 Canadiens meurent d'infections nosocomiales et 220 000 autres sont infectés (Zoutman 2003). Le non-respect des pratiques de prévention des infections nosocomiales fondées sur des données probantes augmente l'incidence de la septicémie nosocomiale.

OBJECTIF

Diminuer la morbidité et la mortalité causées par la septicémie et prévenir la septicémie nosocomiale dans la population pédiatrique et adulte hospitalisée.

IMPORTANCE POUR LES PATIENTS ET LEURS FAMILLES

La sepsie est une maladie potentiellement mortelle qui survient lorsque la réponse systémique de l'organisme à une infection atteint ses propres tissus et organes. C'est une condition qui peut affecter les nouveau-nés, les enfants et les adultes, et qui peut mener à des maladies graves et même la mort. La reconnaissance ponctuelle et le traitement approprié de la septicémie se sont beaucoup améliorés au cours de la dernière décennie, mais empêcher complètement l'infection demeure la meilleure stratégie. Des pratiques préventives appropriées pour des procédures, interventions et opérations spécifiques peuvent diminuer l'incidence des infections et de la septicémie en milieu hospitalier.

Récits de patients

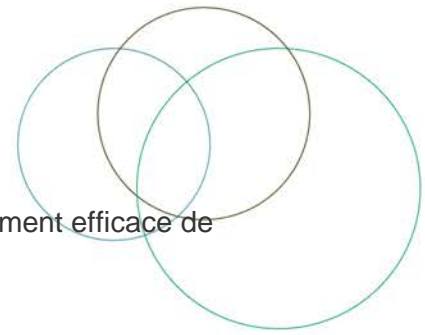
[Surviving Sepsis: A Human Factors Approach](#)

PatientStories.org et the Winchester and Eastleigh Healthcare NHS Trust au Royaume-Uni ont créé [Surviving Sepsis: A Human Factors Approach](#); un court-métrage documentant leur approche novatrice utilisant les facteurs humains pour identifier et gérer la septicémie (PatientStories.org 2013).

[L'histoire de Julie](#)

Ce court documentaire accompagne « [l'histoire de Julie](#) ». En 2008, Julie Carman est victime d'un accident de la route alors qu'elle part en vacances pour faire du cyclotourisme. Elle subit des blessures au visage, à mâchoire et aux jambes, mais récupère bien dans un premier temps et prévoit être de retour au travail dans les trois mois qui suivent, mais trois ans plus tard, elle se fait encore traiter et a dû aller aux urgences deux fois en raison d'une cellulite aiguë et de la septicémie. Dans ce court-métrage, Julie explique comment une série d'échecs





« banals » de communication ont ensemble causé des retards dans le traitement efficace de ses problèmes (PatientStories.org 2013).

PRATIQUES ÉCLAIRÉES PAR LES DONNÉES PROBANTES

Dépistage

Le dépistage de la septicémie améliore l'identification précoce et lorsque combiné avec une approche de gestion comme des éléments faisant partie d'un processus d'amélioration de la performance, il diminue la mortalité liée à la septicémie (Levy 2010, 2014; Schorr 2009; Noir 2012; Moore 2009; Rivers 2008).

« Quick SOFA » (qSOFA) : au service d'urgence ou dans le contexte des services hospitaliers généraux de l'hôpital, les patients adultes atteints d'infection soupçonnée peuvent être rapidement identifiés comme étant plus susceptibles d'avoir des résultats médiocres typiques de la septicémie s'ils présentent au moins 2 des 3 critères du pointage qSOFA (fréquence respiratoire de 22/min ou plus, changement dans l'état mental ou pression artérielle systolique de 100 mm Hg ou moins).

Ensembles de mesures de prévention pour les infections associées aux soins

Prévention des IU (non ITUAUS)

(Saskatchewan 2013)

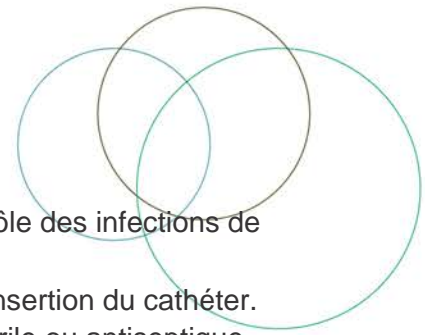
1. Assurer une hydratation et une nutrition appropriées.
2. Assurer une bonne hygiène périnéale.
3. Promouvoir des habitudes de miction saines.

Prévention des ITUAUS

(APIC 2014, Meddings 2014, IHI 2011, Gould 2010, Lo 2014)

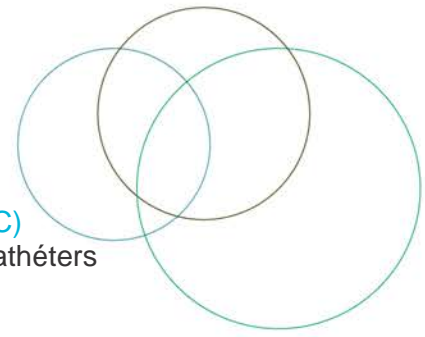
1. Évaluation des risques d'ITUAUS :
 - a. Évaluer si un programme organisationnel efficace existe.
 - b. Évaluer la population à risque.
 - c. Évaluer les données de référence.
2. Mesure / surveillance : programme de suivi et de rapports en place avec définitions normalisées.
3. Insertion : utiliser une technique appropriée pour l'insertion du cathéter :
 - a. Seules des personnes formées doivent insérer et entretenir les cathéters.
 - b. Insérer des cathéters urinaires seulement si requis pour les soins aux patients et laisser en place uniquement le temps requis par les exigences cliniques.
 - c. Envisager d'autres méthodes de gestion de la vessie, comme le cathétérisme intermittent, s'il y a lieu.





- d. Utiliser de bonnes pratiques d'hygiène des mains et de contrôle des infections de routine.
 - e. Utiliser une technique aseptique et du matériel stérile pour l'insertion du cathéter.
 - f. Utiliser des gants, draps et éponges stériles; une solution stérile ou antiseptique pour le nettoyage du tissu urétral; et un paquet stérile de gelée lubrifiante à usage unique pour l'insertion.
 - g. Utiliser un cathéter aussi petit que possible avec un bon drainage afin de minimiser le traumatisme urétral.
4. Entretien : assurer l'entretien approprié des cathéters :
- a. Correctement fixer les cathéters à demeure après l'insertion pour empêcher le mouvement et la traction sur l'urètre.
 - b. Maintenir un système de drainage stérile et à fermeture permanente.
 - c. Remplacer le cathéter et le système de collecte en utilisant une technique aseptique lorsque des ruptures dans la technique aseptique, des déconnexions ou des fuites se produisent.
 - d. Pour l'examen de l'urine fraîche, prélever un petit échantillon d'urine par aspiration depuis l'orifice d'échantillonnage sans aiguille avec un adaptateur à seringue / canule stérile après le nettoyage de l'orifice par désinfectant. Obtenir aseptiquement de plus grands volumes d'urine pour des analyses spéciales de la poche de drainage.
 - e. Assurer un écoulement d'urine sans obstruction :
 - i. Maintenir le sac de collecte en dessous du niveau de la vessie en tout temps; ne pas placer le sac sur le sol.
 - ii. S'assurer que le cathéter et le tube de collecte n'ont pas de plis.
 - iii. Vider le sac de collecte régulièrement en utilisant un contenant de collecte distinct pour chaque patient. Éviter de toucher le robinet de vidange du contenant de collecte.
 - f. Appliquer les mesures d'hygiène de routine; le nettoyage de la zone méatale avec des solutions antiseptiques n'est pas requis.
 - g. Ne pas changer les cathéters à demeure ou les sacs de drainage urinaire à des intervalles fixés arbitrairement
5. Retrait : revoir la pertinence de la nécessité du cathéter quotidiennement par rapport aux critères préétablis :
- a. Rappels concernant les cathéters urinaires.
 - b. Ordonnances d'arrêt automatique des cathéters urinaires.
 - c. Directives médicales pour le retrait du cathéter urinaire dirigé par l'infirmière.
6. Soins post-cathéter :
- a. Élaborer un protocole pour la gestion de la rétention urinaire postopératoire, y compris l'utilisation dirigée par l'infirmière du cathétérisme intermittent et des scanners de la vessie.





Prévention des Infections liées aux cathéters intravasculaires centraux (CIC)
(*Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* bactériémies associées aux cathéters intravasculaires centraux (BACC), 2012).

- L'ensemble Insertion :
 1. L'hygiène des mains.
 2. Les précautions de barrière maximale.
 3. La désinfection cutanée à la chlorhexidine.
 4. La sélection optimale du type de cathéter et du site d'insertion.
- L'ensemble Soins :
 1. Évaluer quotidiennement si le cathéter est toujours requis et retirer rapidement les cathéters qui ne le sont plus.
 2. Accès aseptique aux lumières du cathéter.
 3. Soins liés au site d'insertion et entretien des tubulures.

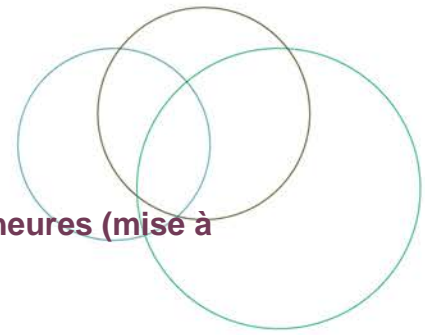
Prévention de la Pneumonie acquise sous ventilation (PAV)
(*Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Pneumonie acquise sous ventilation, 2012).

1. Élévation de la tête de lit à 45° dans la mesure du possible, sinon envisager de tenter de maintenir la tête de lit à plus de 30°.
2. Évaluation quotidienne de la disposition à l'extubation.
3. Utilisation de sondes endotrachéales avec drainage des sécrétions subglottiques.
4. Soins buccaux et décontamination orale au moyen de la chlorhexidine.
5. Initiation de la nutrition entérale de façon sécuritaire dans les 24 à 48 heures suivant l'admission à l'USI.

Prévention des Infections du site opératoire
(*Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Infections du site opératoire, 2014)

1. Traitement antimicrobien péri opératoire
 - a. Utilisation appropriée de l'antibioprophylaxie.
 - b. Utilisation d'un agent antiseptique.
 - c. Décolonisation.
 - d. Suture enduite d'un agent antiseptique.
2. Épilation appropriée
3. Maintien du contrôle de la glycémie périopératoire.
4. Normothermie périopératoire.





Survivre à la septicémie – Ensembles de mesures 3-heures et 6-heures (mise à jour 2015) :

À effectuer dans les 3 heures suivant la présentation du patient * :

1. Mesurer l'acide lactique.
2. Obtenir des cultures sanguines avant les antibiotiques.
3. Administrer des antibiotiques à large spectre.¹
4. Administrer 30ml/kg de cristalloïde pour l'hypotension ou ≥ 4 mmol/L de lactate.

À effectuer dans les 6 heures suivant la présentation du patient * :

5. Appliquer des vasopresseurs² (pour l'hypotension qui ne répond pas à la réanimation liquidienne initiale) afin de maintenir une pression artérielle moyenne (PAM) ≥ 65 mmHg.
6. En cas d'hypotension persistante après l'administration de fluide initiale (PAM < 65 mmHg) ou si lactate initial était ≥ 4 mmol/L, réévaluer l'état du volume et perfusion tissulaire et les conclusions du document.³
7. Mesurer de nouveau le lactate si lactate initial élevé.

* « L'heure de présentation » est définie comme le l'heure de triage au service d'urgence ou, si le patient se présente en provenance d'un autre établissement de soins, l'heure de la première remarque au dossier cohérente avec tous les éléments de la septicémie établie par l'examen du dossier.

¹ Administrer des antibiotiques dès que possible, de préférence dans la première heure suivant la reconnaissance du choc septique ou de la septicémie (SS/SSSS/SS).

² Norépinéphrine est le vasopresseur de premier choix pour maintenir une tension artérielle moyenne ≥ 65 mm Hg.

³ Documenter la réévaluation du statut du volume et de la perfusion tissulaire :

soit en :

- répétant l'examen ciblé établissant des conclusions (après la réanimation liquidienne initiale) par un praticien indépendant autorisé concernant les éléments suivants : signes vitaux, cardiopulmonaire, remplissage capillaire, pouls et peau.

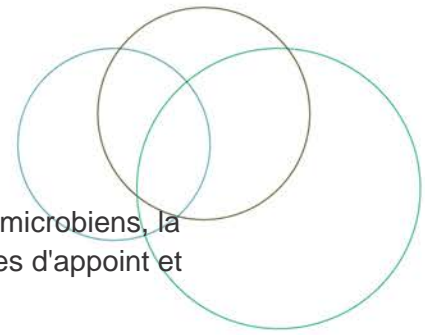
ou en effectuant deux des mesures suivantes :

- Mesurer la PVC.
- Mesurer ScvO₂.
- Échographie cardiovasculaire au chevet.
- Évaluation dynamique de la réactivité fluide avec élévation de la jambe passive ou un défi fluide.

Composantes de soins supplémentaires fondées sur des données probantes :

Le lecteur est prié de consulter la campagne *Surviving Sepsis Campaign 2012* (Dellinger 2013) pour y trouver d'autres stratégies liées à la pratique qui sont complémentaires à la gestion





primaire de la septicémie, comme les fluides de réanimation, les agents antimicrobiens, la source et le contrôle de l'infection, le soutien hémodynamique et les thérapies d'appoint et d'autres thérapies de soutien (Dellinger 2013).

Considérations particulières pour la septicémie pédiatrique et maternelle :

Veillez consulter la campagne *Surviving Sepsis Campaign 2012* (Dellinger 2013) et la [Trousse de départ sur la septicémie](#) Soins de santé plus sécuritaires maintenant!, (*Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* La septicémie, 2015).

Autres recommandations :

- Ne pas attendre le transfert à l'unité de soins intensifs avant de prendre des mesures de réanimation.
- Procéder à l'identification des sources et au contrôle de l'infection le plus tôt possible selon la situation clinique.
- Réévaluer la désescalade de la thérapie antimicrobienne quotidiennement s'il y a lieu.

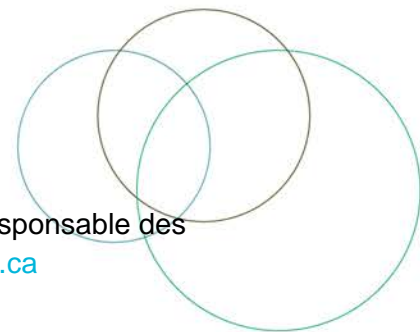
INDICATEURS

La mesure est au cœur de l'amélioration de la qualité, surtout lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre des interventions. Les indicateurs choisis permettront de déterminer s'il y a des retombées (résultat principal), si l'intervention est bel et bien mise en œuvre (indicateurs de processus) et s'il y a des conséquences imprévues (indicateurs d'équilibre).

Voici quelques indicateurs recommandés que vous pouvez utiliser au besoin pour suivre vos progrès. En choisissant vos indicateurs, envisagez les éléments suivants :

- Lorsque possible, utilisez des indicateurs dont vous vous servez déjà pour collecter des données pour d'autres programmes.
- Évaluez votre choix d'indicateurs en fonction de l'utilité des résultats finaux et des ressources nécessaires pour les obtenir; essayez de maximiser l'utilité tout en minimisant les ressources.
- Essayez d'inclure des indicateurs de processus et de résultats dans votre système de mesure.
- Vous pouvez utiliser différents indicateurs ou modifier les indicateurs décrits ci-dessous pour les rendre plus appropriés et/ou utiles à votre contexte particulier. Cependant, il faut savoir que la modification des indicateurs peut limiter la comparabilité de vos résultats à d'autres.
- Afficher vos résultats de mesure dans votre établissement est une excellente façon de garder vos équipes motivées et conscientes des progrès. Essayez d'inclure des indicateurs que votre équipe trouverait pertinents et passionnants (IHI, 2011).





Pour en savoir plus sur la mesure visant l'amélioration, contacter l'équipe responsable des mesures de l'Institut pour la sécurité des patients : measurement@cpsi-icsp.ca

Indicateurs de résultats

1. Taux d'infections nosocomiales : infections urinaires (associées aux cathéters ou non), infections liées aux cathéters intravasculaires centraux, infections du site opératoire chez les patients propres-contaminés et propres, pneumonies acquises sous ventilation (*Soins de santé plus sécuritaires maintenant!*, Système d'indicateurs de la sécurité des patients, 2015).
2. Incidence de septicémie secondaire aux infections urinaires (associées aux cathéters ou non), aux infections liées aux cathéters intravasculaires centraux, aux infections du site opératoire et aux pneumonies acquises sous ventilation.
3. Taux de mortalité après 28 jours de septicémie.

Indicateurs de processus

Dépistage

(Dellinger 2013)

1. Pourcentage de patients gravement malades potentiellement infectés qui ont été sujets à un dépistage de la septicémie.

ITUAUS

(Gould 2010)

1. Cathéters urinaires inutiles ou jours de cathéter inutiles.
2. Pourcentage d'insertions inutiles de cathéters urinaires.
3. Conformité avec les ensembles d'éléments d'insertion et d'entretien de cathéter urinaire.

Infections liées aux CIC

(*Soins de santé plus sécuritaires maintenant!*, Système d'indicateurs de la sécurité des patients, 2015)

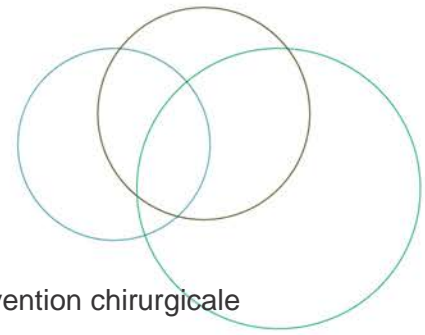
1. Conformité avec les ensembles d'éléments (soins) d'insertion et d'entretien de CIC.

ISO

(*Soins de santé plus sécuritaires maintenant!*, Système d'indicateurs de la sécurité des patients, 2015)

1. Pourcentage de patients en chirurgie propres ou propres/contaminés qui ont reçu.
 - a. Un nettoyage préopératoire avec du savon ou un agent antiseptique.
 - b. Un nettoyage préopératoire approprié de la peau intacte.
 - c. Une antibioprophylaxie appropriée.
 - d. 2 grammes de céfazoline administrés en antibioprophylaxie (adultes).
 - e. L'administration ponctuelle d'antibioprophylaxie.





- f. Un redosage de l'antibioprophylaxie approprié.
 - g. Une interruption de l'antibioprophylaxie en temps opportun.
 - h. La normothermie dans les 15 minutes suivant la fin de l'intervention chirurgicale ou à l'arrivée à l'unité des soins post-anesthésie (USPA).
2. Pourcentage de patientes ayant subi une césarienne propre ou propre/contaminée et qui ont reçu une antibioprophylaxie en temps opportun pour la césarienne.
 3. Pourcentage de patients préopératoires chirurgicaux qui ont subi une épilation appropriée des poils.
 4. Pourcentage de patients en chirurgie atteints de diabète ou à risque de glycémie élevée dont le niveau de glucose sérique postopératoire est contrôlé aux jours 0, 1 et 2 après l'intervention chirurgicale.

PAV

(Soins de santé plus sécuritaires maintenant!, [Système d'indicateurs de la sécurité des patients, 2015](#))

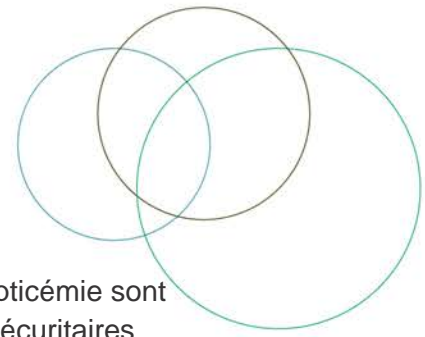
1. Conformité avec l'ensemble d'éléments PAV (adulte, pédiatrique).

SEPTICÉMIE

(Dellinger 2013, *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!*, [Système d'indicateurs de la sécurité des patients, 2015](#))

1. Conformité avec les ensembles de mesures 3 et 6 heures (modifiés) pour la septicémie.
2. Pourcentage de patients atteints d'une maladie septique qui ont reçu des antibiotiques IV dans les 3 heures suivant leur présentation.
3. Pourcentage de patients ayant eu des cultures de sang prélevées avant le début des antibiotiques IV.
4. Pourcentage de patients atteints de maladie septique ayant reçu un défi fluide approprié pour l'hypotension ou la lactatémie dans un délai approprié.
5. Pourcentage de patients avec mesure initiale de lactate appropriée.
6. Pourcentage de patients avec mesure répétée de lactate appropriée.
7. Pourcentage de patients atteints d'hypotension ou d'hypoperfusion qui reçoivent la réanimation liquidienne adéquate et en temps opportun.
8. Pourcentage de patients réanimés par fluide atteints de septicémie qui reçoivent une mesure répétée de lactate en temps opportun.
9. Pourcentage de patients atteints d'hypotension liée à la septicémie réfractaires à la réanimation liquidienne qui reçoivent l'administration de vasopresseurs en temps opportun.





Concepts de changement

Plusieurs « concepts de changement » pour améliorer les résultats de la septicémie sont proposés dans la [Trousse de départ sur la septicémie Soins de santé plus sécuritaires maintenant!](#) (*Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* La septicémie, 2015).

Mise en œuvre des stratégies

La campagne *Surviving Sepsis Campaign (SSC)* a créé un partenariat avec l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) afin d'élaborer un guide de mise en route (*Surviving Sepsis 2013*). Ce guide fournit des orientations concernant les équipes, l'établissement d'indicateurs de processus et de résultats et d'objectifs, la création d'un protocole, la formation des utilisateurs et une description détaillée des ensembles de mesures pour la septicémie et d'autres thérapies de soutien.

Ces suggestions et d'autres sont également détaillées dans les [Trousse de départ sur la septicémie Soins de santé plus sécuritaires maintenant!](#) (*Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* La septicémie, 2015) et du British Columbia Patient Safety and Quality Council (BC Patient Safety and Quality Council, 2012).

NORMES ET PRATIQUES ORGANISATIONNELLES REQUISES

Pratiques organisationnelles requises

Aucunes qui s'appliquent directement à la septicémie.

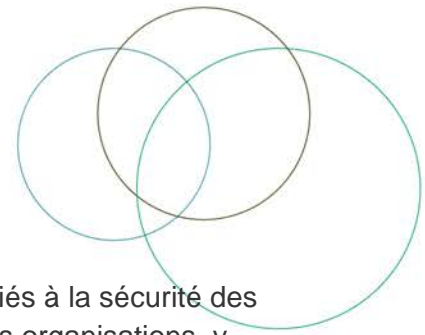
Normes d'Agrément Canada

Les normes de soins critiques exigent :

- L'utilisation d'un protocole pour obtenir un contrôle glycémique.
- La mise en œuvre de l'ensemble de mesures PAV *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* pour les clients sous ventilation (critères de priorité élevée).
- La mise en œuvre de l'ensemble de mesures CIC *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* pour les clients nécessitant une ligne centrale (critères de priorité élevée).
- Les normes concernant les services périopératoires et les procédures invasives exigent que :
 - les antibiotiques prophylactiques soient administrés par la bonne personne au bon moment (critères de priorité élevée).

Conformité avec les mesures d'hygiène des mains : nécessite l'évaluation de la conformité avec les pratiques acceptées d'hygiène des mains. www.accreditation.ca/publications-menu (partage des connaissances - manuels de POR).





ALERTES MONDIALES SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Alertes mondiales sur la sécurité des patients donne accès à des incidents liés à la sécurité des patients spécifiques et offre la possibilité de tirer des enseignements d'autres organisations, y compris des alertes, des avis, des conseils et des solutions pour améliorer les soins et la prévention des incidents.

Termes de recherche recommandés :

- Septicémie
- Septicémie grave
- Choc septique

EXEMPLES DE RÉUSSITE

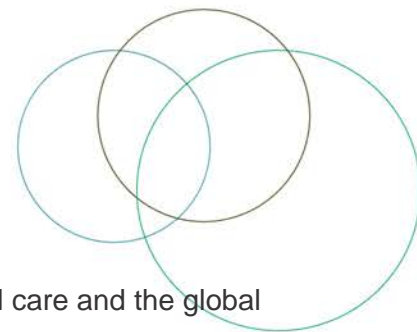
Déclaration mondiale sur la septicémie!

La Déclaration mondiale sur la septicémie est un appel à l'action - pour réduire l'incidence de la septicémie de 20 % d'ici 2020. À l'échelle internationale, plus de 4 200 organismes et individus ont signé cette déclaration pour montrer leur soutien. Des organismes et individus de partout au Canada y participent. L'engagement comprend la sensibilisation, la mise en œuvre des meilleures pratiques et le suivi de l'impact positif des soins et de la gestion de la septicémie.

Autres anecdotes concernant la septicémie

- [Anyone can get sepsis \(la septicémie peut toucher n'importe qui\)](#)
- [The turning Point – Surviving Sepsis \(survivre la septicémie\)](#)
- [Howard Hoover: A Sepsis Survival Story \(histoire de survie : la septicémie\)](#)
- [RSF Sepsis A Hidden Crisis Exposed \(la crise cachée de la septicémie dévoilée\)](#)

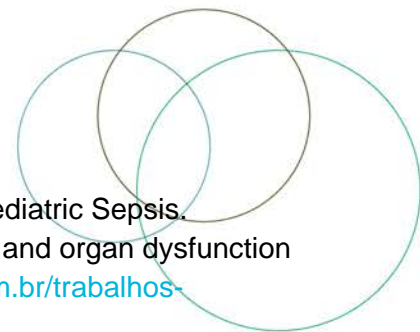




RÉFÉRENCES

- Adhikari, N. K., Fowler, R., Bhagwanjee, S., & Rubenfeld, G. D. (2010). Critical care and the global burden of critical illness in adults. *The Lancet*, 376(9749), 1339-1346
- Angus DC1, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, Clermont G, Carcillo J, Pinsky MR. Epidemiology of septic illness in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. *Crit Care Med*. 2001 Jul;29(7):1303-10.
- Angus DC, van der Poll T. Severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med*. 2013; 369 (9): 840-851. doi: 10.1056/NEJMra1208623. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1208623> [Erratum, *N Engl J Med*. 2013; 369 (21): 2069.]
- Annane D, Aegerter P, Jars-Guinestre MC, Guidet B, CUB-Réa Network. Current epidemiology of septic shock: The CUB-Réa Network. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003; 168 (2): 165–172.
- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC). Guide to preventing catheter-associated urinary tract infections. 2014; APIC. http://apic.org/Resource/_EliminationGuideForm/0ff6ae59-0a3a-4640-97b5-eee38b8bed5b/File/CAUTI_06.pdf
- BC Patient Safety and Quality Council. Sepsis Guide: Improving care for sepsis. A 'Getting Started Kit' for sepsis improvement in emergency departments. BC Sepsis Network; 2012. <https://bcpsqc.ca/documents/2012/12/Sepsis-Sepsis-Guide.pdf>
- Black MD, Schorr C, Levy MM. Knowledge translation and the multifaceted intervention in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2012; 40 (4): 1324-1328. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182431673.
- Canadian Institute for Health Information, In Focus: A National Look at Sepsis (Ottawa, Ont.: CIHI, 2009)
- Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. *Crit Care Med*. 2013; 41 (2): 580–637. doi: 10.1097/CCM.0b013e31827e83af. <http://www.sccm.org/Documents/SSC-Guidelines.pdf>
- Dombrovskiy VY, Martin AA, Sunderram J, Paz HL. Rapid increase in hospitalization and mortality rates for severe sepsis in the United States: A trend analysis from 1993 to 2003. *Crit Care Med*. 2007; 35 (5): 1244-50.
- Donald M, Yealy DT, Huang A et al. Recognizing and managing sepsis: what needs to be done? *BMC Medicine*. 2015; 13:98
- Ferrer R, Artigas A, Levy MM, et al. Improvement in process of care and outcome after a multicenter severe sepsis educational program in Spain. *JAMA*. 2008; 299 (19): 2294 – 2303. doi: 10.1001/jama.299.19.2294.
- Friedman G, Silva E, Vincent JL. Has the mortality of septic shock changed with time? *Crit Care Med*. 1998; 26 (12): 2078-86.





- Goldstein B, Giroir B, Randolph A, International Consensus Conference on Pediatric Sepsis. International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. *Pediatr Crit Care Med*. 2005; 6 (1): 2–8. <http://www.slacip.com.br/trabalhos-cientificos/Goldstein.pdf>
- Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. *Infection Control Hospital Epidemiology*. 2010; 31 (4): 319-326. <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/cauti/cautiguide2009final.pdf>
- Institute for Healthcare Improvement. How-to Guide: Prevent catheter-associated urinary tract infections. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. <http://www.ihl.org/resources/pages/tools/howtoguidepreventcatheterassociatedurinarytractinfection.aspx>
- Kaukonen KM, Bailey M, Pilcher D, Cooper DJ, Bellomo R. Systemic inflammatory response syndrome criteria in defining severe sepsis. *N Engl J Med*. 2015; 372 (17): 1629-1638. doi: 10.1056/NEJMoa1415236. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1415236>
- Kleinpell R, Aitkin L, Schorr CA. Implications of the new international sepsis guidelines for nursing care. *Am J Crit Care*. 2013; 22 (3): 212-222. doi: 10.4037/ajcc2013158. <http://ajcc.aacnjournals.org/content/22/3/212.long>
- Lagu T, Rothberg MB, Shieh MS, Pekow PS, Steingrub JS, Lindenauer PK. Hospitalizations, costs, and outcomes of severe sepsis in the United States 2003 to 2007. *Crit Care Med*. 2012; 40 (3):754-61. doi: 10.1097/CCM.0b013e318232db65. [Erratum, *Crit Care Med*. 2012; 40 (10):2932.]
- Levy MM, Dellinger RP, Townsend SR, et al. The Surviving Sepsis Campaign: results of an international guideline-based performance improvement program targeting severe sepsis. *Crit Care Med*. 2010; 38 (2): 367-374. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181cb0cdc.
- Levy MM, Rhodes A, Phillips GS et al. Surviving Sepsis Campaign: association between performance metrics and outcomes in a 7.5-year study. *Intensive Care Med*. 2014 ; 40 (11): 1623-33. doi: 10.1007/s00134-014-3496-0.
- Liu V, Escobar GJ, Greene JD et al. Hospital deaths in patients with sepsis from 2 independent cohorts. *JAMA*. 2014; 312 (1): 90-92.
- Lo E, Nicolle LE, Coffin SE, et al. (2014). Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals: 2014 Update. *Infection Control Hosp Epidemiol*. 2014; 35 (5): 464-479. doi: 10.1086/675718. <http://www.jstor.org/stable/10.1086/675718>
- Meddings J, Rogers MA, Krein SL, Fakih MG, Olmsted RN, Saint S. Reducing unnecessary urinary catheter use and other strategies to prevent catheter-associated urinary tract infection: an integrative review. *BMJ Quality & Safety*. 2014; 23 (4): 277-89. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001774. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3960353/>





- Mikkelsen ME, Gaieski DF, Goyal M, et al. Factors associated with nonadherence with early goal-directed therapy in the ED. *Chest*. 2010; 138 (3): 551-558. doi: 10.1378/chest.09-2210.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2939882/>
- Moore LJ, Jones SL, Kreiner LA, et al. Validation of a screening tool for the early identification of sepsis. *J Trauma*. 2009; 66 (6): 1539-1546. doi: 10.1097/TA.0b013e3181a3ac4b.
- Riley C., Wheeler DS. Prevention of sepsis in children: A new paradigm for public policy. *Crit Care Res Pract*. 2012; 2012: 1-7. doi: 10.1155/2012/437139.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3246692/>
- Rivers EP, Ahrens T. Improving outcomes for severe sepsis and septic shock: tools for early identification of at-risk patients and treatment protocol implementation. *Crit Care Clin*. 2008; 24 (3 Suppl): S1-S47. doi: 10.1016/j.ccc.2008.04.002.
- Safer Healthcare Now!* Patient Safety Metrics. 2015. <https://psmetrics.utoronto.ca/metrics/>
- Safer Healthcare Now!* Prevent sepsis: Getting Started Kit. Canadian Patient Safety Institute: 2015.
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Topic/Pages/Sepsis.aspx>
- Saskatchewan Infection Prevention and Control Program. Guidelines for the prevention and treatment of urinary tract infections (UTIs) in continuing care settings. Government of Saskatchewan Ministry of Health; 2013. <http://www.ipac-canada.org/IPAC-SASKPIC/UTI%20Guidelines%2019April2013.pdf>
- Schorr C. Performance improvement in the management of sepsis. *Crit Care Clin*. 2009; 25 (4): 857-867. doi: 10.1016/j.ccc.2009.06.005.
- Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ et al. Assessment of Clinical Criteria for Sepsis For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8):762-774
- Singer M, et. al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *Journal of the American Medical Association*. 2016; 315 (8): 801-810
- Stevenson EK, Rubenstein AR, Radin GT, Wiener RS, Walkey AJ. Two decades of mortality trends among patients with severe sepsis: A comparative meta-analysis. *Crit Care Med*. 2014; 42 (3): 625-31. doi: 10.1097/CCM.000000000000026.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4313930/>
- Surviving Sepsis Campaign. Complete implementation and improvement guide.
<http://www.survivingsepsis.org/Guidelines/Pages/default.aspx>
- Surviving Sepsis Campaign. Implementation kit. 2013.
<http://www.survivingsepsis.org/Improvement/Pages/Implementation-Kit.aspx>
- Sweet D and the BC Clinical Expert Group. BC Sepsis Network Special Communication on the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3).
<https://bcpsqc.ca/documents/2012/09/SepsisLetter.pdf> . Last accessed April 26 2016.



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

La septicémie



Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al; Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. *Intensive Care Med.* 1996;22(7):707-710

Zoutman DE, Ford BD, Bryce E, et al. The state of infection surveillance and control in Canadian acute care hospitals. *Am J Infect Control.* 2003; 31 (5): 266–273.

RESSOURCES CONCERNANT LA SEPTICÉMIE

Associations professionnelles et sites Web utiles

- [Conseil sur la sécurité des patients et la qualité de la C.-B. : Sepsie](#)
 - Pour sensibiliser davantage à la sepsie, le réseau *Sepsis* de C.-B. a créé des cordons et des étiquettes d'information en 2015 pour rappeler les signes de sepsie.
- [Centers for Disease Control and Prevention : Sepsie](#) (Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis)
- [Global Sepsis Alliance](#) (Alliance internationale en matière de sepsie)
- [Prévention et contrôle des infections Canada](#)
- [Soins de santé plus sécuritaires maintenant! Sepsie](#)
- [Sepsis Trust](#) (Groupe britannique voué à la sepsie)
 - Trousses d'outils qui comprennent des directives et suggèrent des normes pour les services d'urgence, de médecine générale, de soins de courte durée et de soins pédiatriques.
- [Surviving Sepsis](#) (Survivre à la sepsie)
 - Ressource pédagogique du groupe britannique *Sepsis Trust* articulée autour de la détection précoce et du traitement immédiat de la sepsie – à l'aide des « Sepsis Six » - pour répondre aux besoins des professionnels de la santé.
- L'information de base du *National Health Service* (service national de santé du Royaume-Uni) pour les patients et le grand public
 - [Sepsis](#)
 - [Septic shock](#)
 - [World Sepsis Day](#)

Lignes directrices cliniques relatives à la septicémie

BC Patient Safety and Quality Council. BC sepsis guideline algorithm. BC Sepsis Network; 2013.
<https://bcpsqc.ca/documents/2013/09/algorithm-only-sept-11-2013.pdf>

BC Patient Safety and Quality Council. Sepsis Guide: Improving care for sepsis. A 'Getting Started Kit' for sepsis improvement in emergency departments. BC Sepsis Network; 2012.
<https://bcpsqc.ca/documents/2012/12/Sepsis-Sepsis-Guide.pdf>





Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. *Crit Care Med.* 2013; 41 (2): 580–637. doi: 10.1097/CCM.0b013e31827e83af. <http://www.sccm.org/Documents/SSC-Guidelines.pdf>

Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. *Infection Control Hospital Epidemiology.* 2010; 31 (4): 319-326. Available from <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/cauti/cautiguide2009final.pdf>

Institute for Healthcare Improvement. How-to Guide: Prevent catheter-associated urinary tract infections. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. <http://www.ihl.org/resources/pages/tools/howtoguidepreventcatheterassociatedurinarytractinfection.aspx>

Safer Healthcare Now! Prevent central line-associated bloodstream infections (CLABSI): Getting Started Kit. 2012. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Pages/CLI-resources-Getting-Started-Kit.aspx>

Safer Healthcare Now! Prevent sepsis: Getting Started Kit. Canadian Patient Safety Institute: 2015. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Topic/Pages/Sepsis.aspx>

Safer Healthcare Now! Prevent surgical site infections (SSI): Getting Started Kit. 2014. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsresources/pages/ssi-resources-getting-started-kit.aspx>

Safer Healthcare Now! Prevention of ventilator-associated pneumonia (VAP): Getting Started Kit. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Pages/VAP-resources-Getting-Started-Kit.aspx>

Saskatchewan Infection Prevention and Control Program. Guidelines for the prevention and treatment of urinary tract infections (UTIs) in continuing care settings. Government of Saskatchewan Ministry of Health; 2013. <http://www.ipac-canada.org/IPAC-SASKPIC/UTI%20Guidelines%2019April2013.pdf>

Autres ressources concernant la prévention de la septicémie

Barton JR, Sibai BM. Severe sepsis and septic shock in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2012; 120 (3): 689–706. doi: 10.1097/AOG.0b013e318263a52d.

Burke C. Perinatal sepsis. *J Perinat Neonat Nurs.* 2009; 23 (1): 42–51. doi: 10.1097/JPN.0b013e31819614ed

Fernandez-Perez ER, Salman S, Pendem S, Farmer JC. Sepsis during pregnancy. *Crit Care Med.* 2005; 33 (10 Sup): S286-S293.

Kumar G, Kumar N, Taneja A, et al. Nationwide trends of severe sepsis in the 21st century (2000-2007). *Chest.* 2011; 140 (5): 1223-31. doi: 10.1378/chest.11-0352.

Yealy DT, Huang A, Delaney A, et al. Recognizing and managing sepsis: what needs to be done? *BMC Med.* 2015; 13: 98. doi: 10.1186/s12916-015-0335-2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4410741/>

