

## Évaluation des actions mises en oeuvre suite à l'audit national cathéter veineux périphérique du GREPHH dans les établissements de l'inter-région Sud-Est Enquête d'impact - Octobre 2011

### I. Introduction

Suite à l'audit national cathéter veineux périphérique (CVP) du GREPHH mené entre fin 2009 et début 2010, une enquête a été proposée dans l'inter-région Sud-Est.

L'objectif de l'enquête était d'évaluer les améliorations apportées suite à l'audit CVP dans les établissements participants, un peu plus d'un an après la fin de l'audit :

- nature et nombre d'actions mises en place ou prévues,
- bénéfique pour les établissements,
- ressenti des équipes opérationnelles en hygiène des établissements par rapport à la démarche.

### II. Matériel et méthodes

L'enquête a été menée sur une durée de 15 jours en octobre 2011. Les 219 établissements ayant participé à l'audit CVP ont été sollicités par voie de messagerie pour répondre à un questionnaire en ligne.

Le questionnaire était composé de plusieurs parties :

- des données d'identification de l'établissement : nom, catégorie, CCLIN d'appartenance, région,
- une partie « Protocole établissement » : 6 réponses au choix et plusieurs réponses possibles :
  1. la création d'un protocole Etablissement relatif aux CVP
  2. une nouvelle diffusion du protocole.
  3. une amélioration de l'accessibilité du protocole dans les services.
  4. la rédaction d'une nouvelle version du protocole établissement
  5. aucune de ces actions n'est prévue
  6. aucune de ces actions n'est nécessaire
- une partie « Pratiques et organisation » : 8 réponses au choix et plusieurs réponses possibles :
  1. des formations relatives à la pose et l'entretien des CVP
  2. la création d'un groupe de travail et de réflexion
  3. la mise en place ou la révision de documents de traçabilité
  4. une révision de la transmission d'information entre services ou entre établissements pour les CVP
  5. la mise en place d'une surveillance des infections sur CVP
  6. l'élaboration d'une EPP sur ce thème
  7. aucune de ces actions n'est prévue
  8. aucune de ces actions n'est nécessaire
- une partie « Matériels et produits » : 9 réponses au choix et plusieurs réponses possibles de changement :
  1. de cathéters (autre modèle, cathéters de sécurité, ...)
  2. de gants
  3. de collecteurs OPCT
  4. de produits hydro-alcooliques (PHA)
  5. d'antiseptiques (antiseptiques alcooliques, ...)
  6. de pansements
  7. de compresses
  8. aucune de ces actions n'est prévue
  9. aucune de ces actions n'est nécessaire

Un cadre de réponse libre était proposé pour les autres actions envisagées et pour les éventuelles difficultés rencontrées à la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.

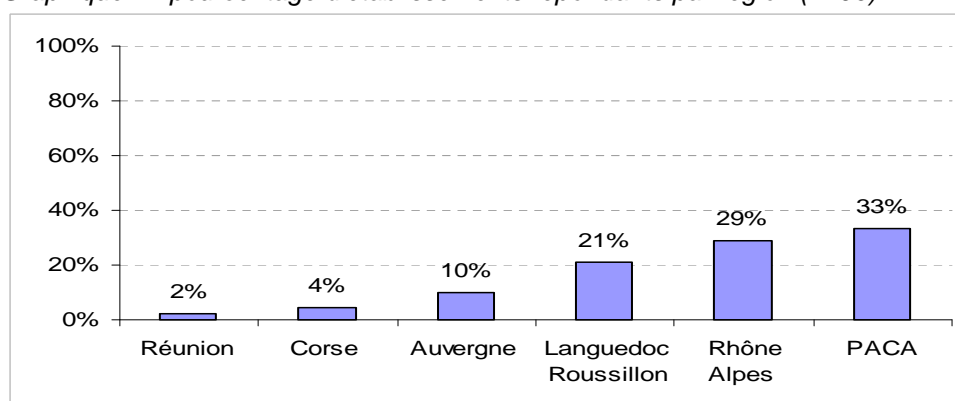
### III. Résultats

#### 1. Participation

Un total de 90 établissements a participé sur les 219 ayant réalisé l'audit CVP du GREPHH de 2009-2010, soit **41% de répondants**.

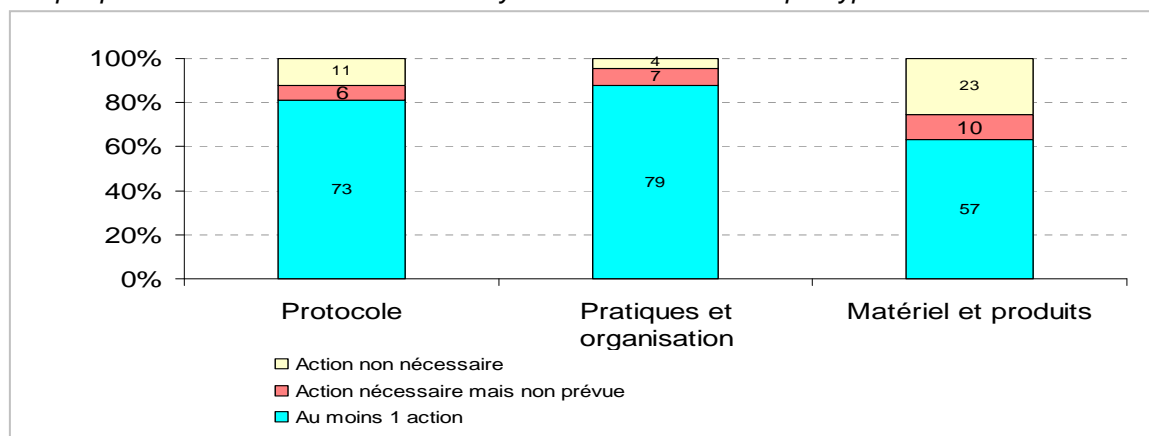
Régions	Ets ayant participé à l'audit CVP		Ets répondant à l'enquête	
	N	N	N	%
Corse	5	4	4	80,0%
Auvergne	16	9	9	56,3%
Languedoc Roussillon	42	19	19	45,2%
Réunion-Mayotte	5	2	2	40,0%
Rhône Alpes	72	26	26	36,1%
PACA	79	30	30	38,0%
<b>Total</b>	<b>219</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>41,1%</b>

Graphique 1 : pourcentage d'établissements répondants par région (n=90)



#### 2. Bilan général des actions

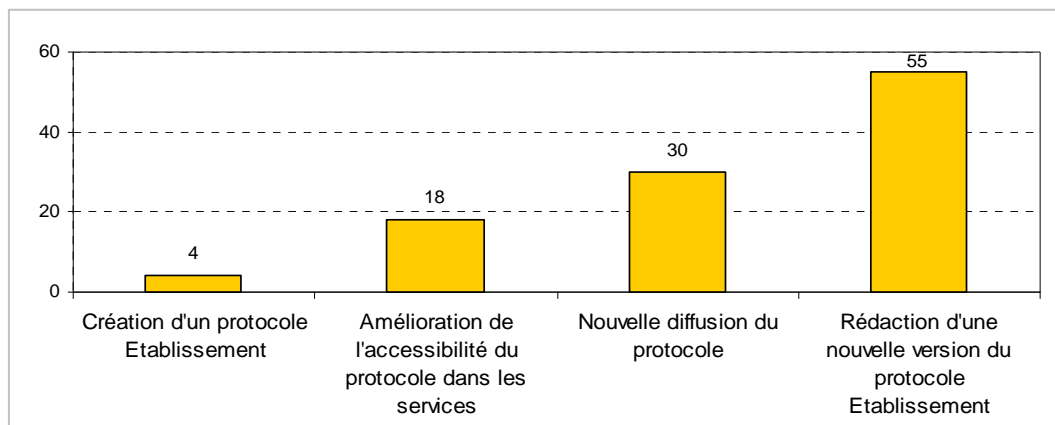
Graphique 3 : nombre d'établissements ayant réalisé des actions par type de critères évalués



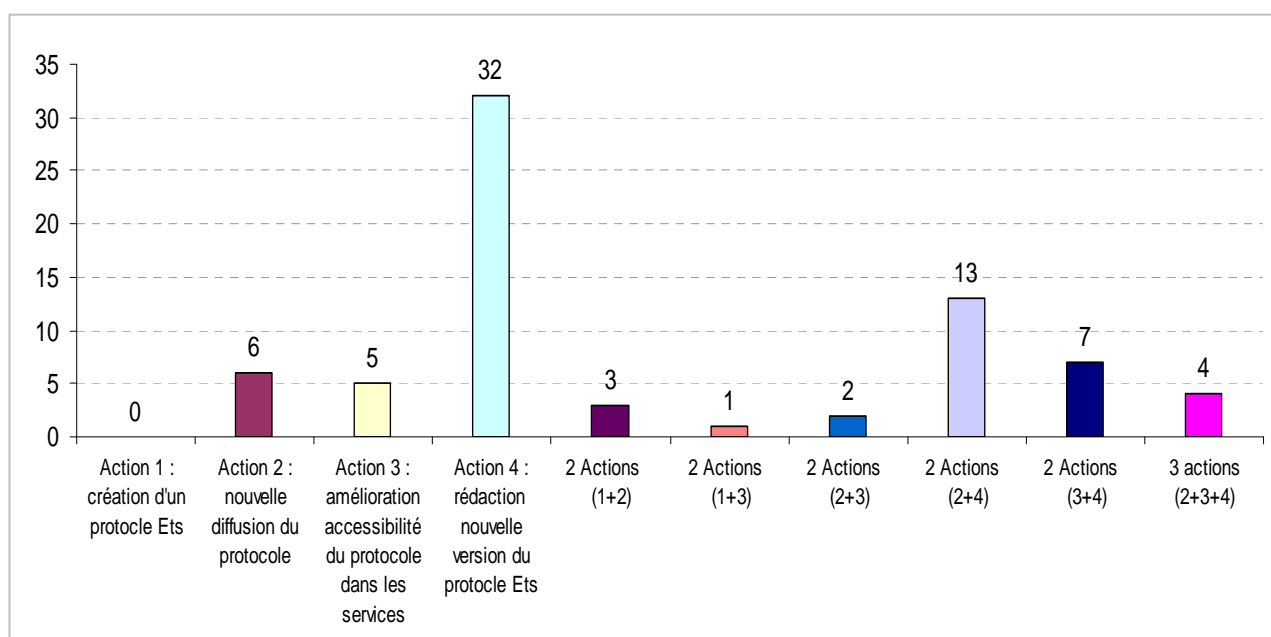
Plus de 80% des établissements ont réalisé une action concernant le protocole ou les pratiques et l'organisation et 60% une action sur le matériel et les produits.

### 3. Protocole établissement

Graphique 4 : nombre d'établissements par type d'action réalisée concernant le protocole



Graphique 5 : nombre d'établissements en fonction des combinaisons d'actions réalisées concernant

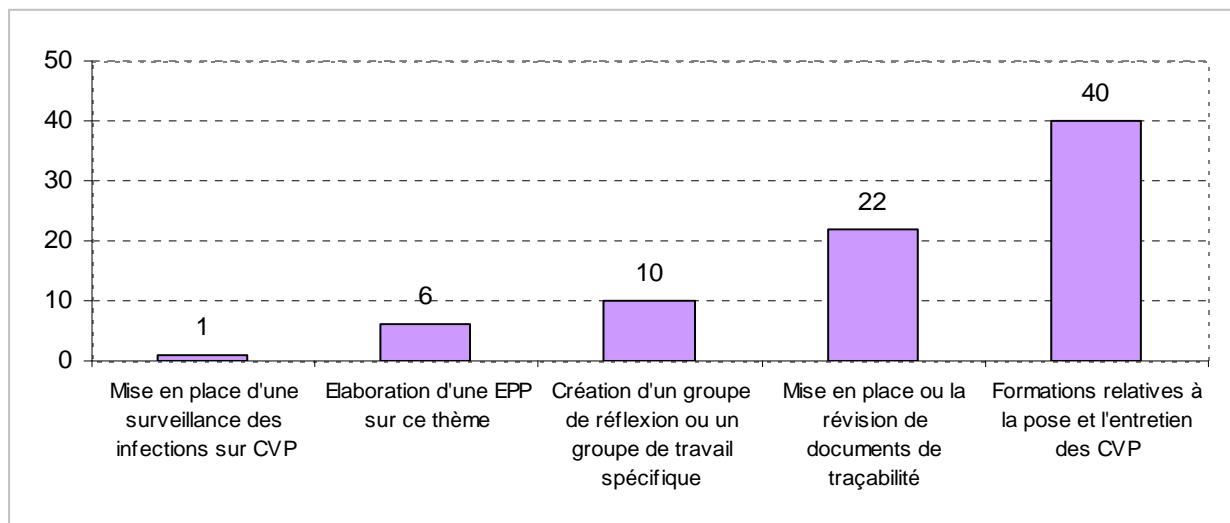


le protocole

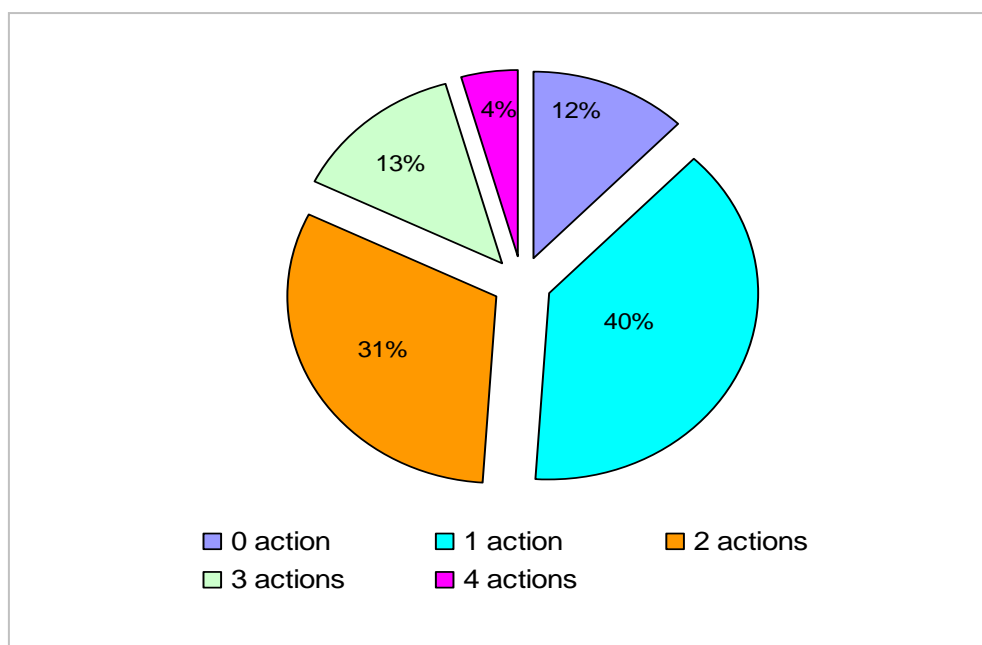
La rédaction d'une nouvelle version du protocole est l'action la plus fréquemment retrouvée parfois accompagnée d'une nouvelle diffusion et d'une meilleure accessibilité du protocole. La création d'un protocole établissement a été systématiquement associée à une autre action : la diffusion du protocole ou l'amélioration de l'accessibilité.

#### 4. Pratiques et organisation

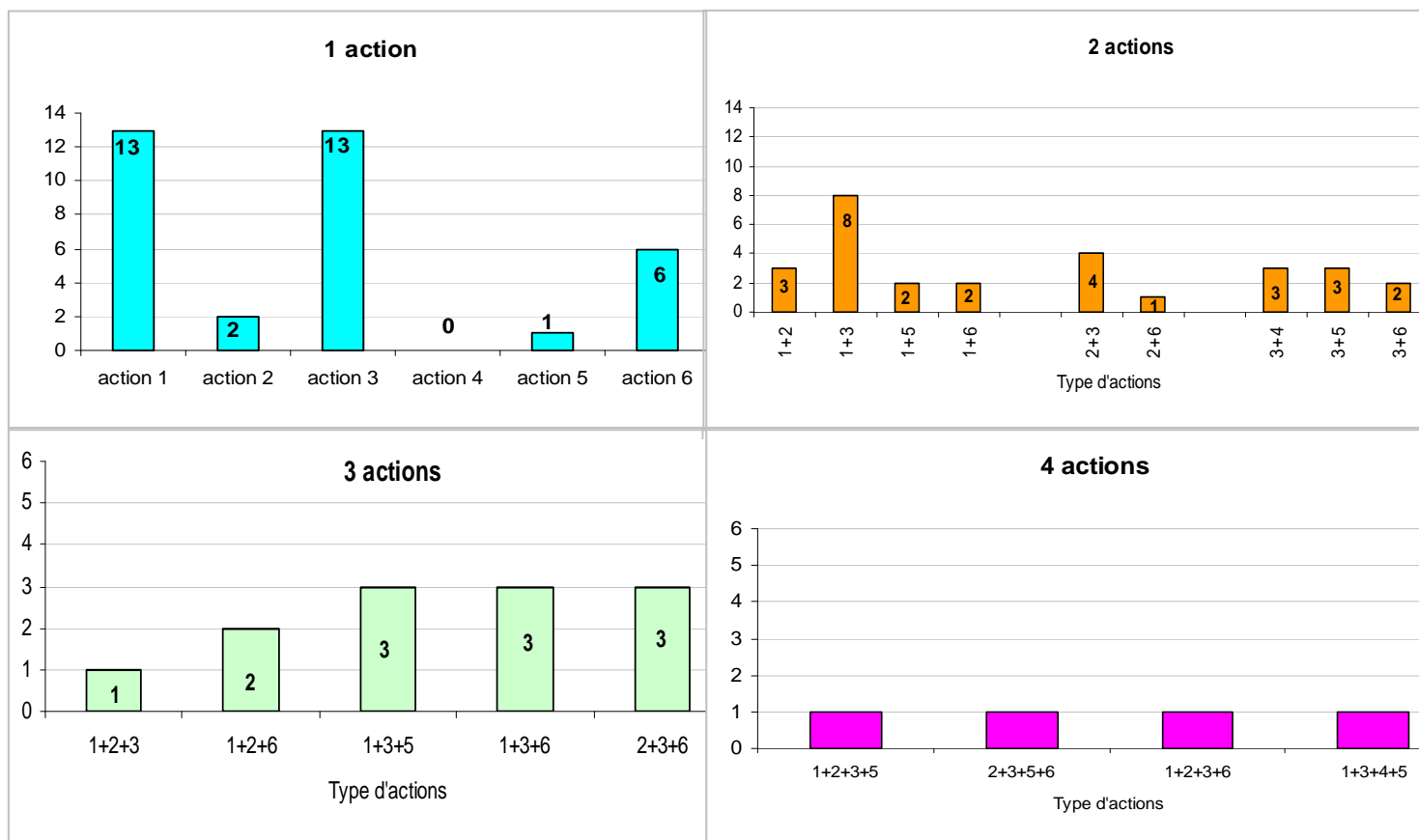
Graphique 6 : nombre d'établissements par type d'action réalisée concernant les pratiques et l'organisation



Graphique 7 : répartition des établissements en fonction du nombre d'actions sur les pratiques et l'organisation réalisées



Graphique 8 : nombre d'établissements en fonction du nombre et du type d'actions réalisées concernant les pratiques et l'organisation

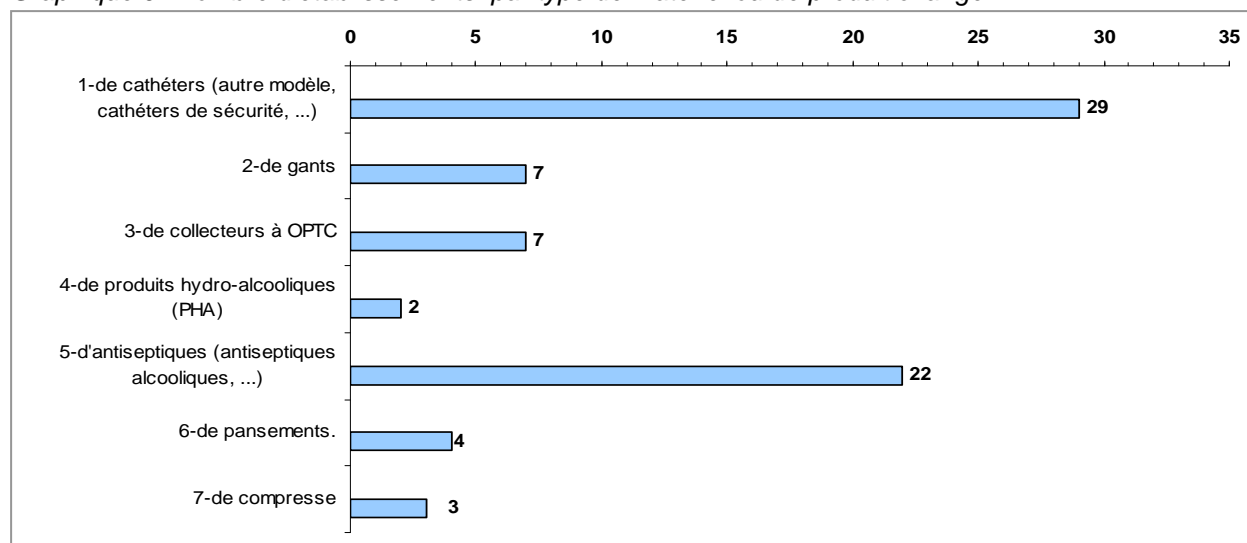


Trois quart des établissements ont réalisé une ou deux actions. Les actions qui sont les plus souvent retrouvées sont des actions de formations et la mise en place ou la révision de documents de traçabilité.

Parmi les 11 établissements qui n'ont pas mis en place d'action, une action n'était pas nécessaire pour seulement 4 d'entre eux.

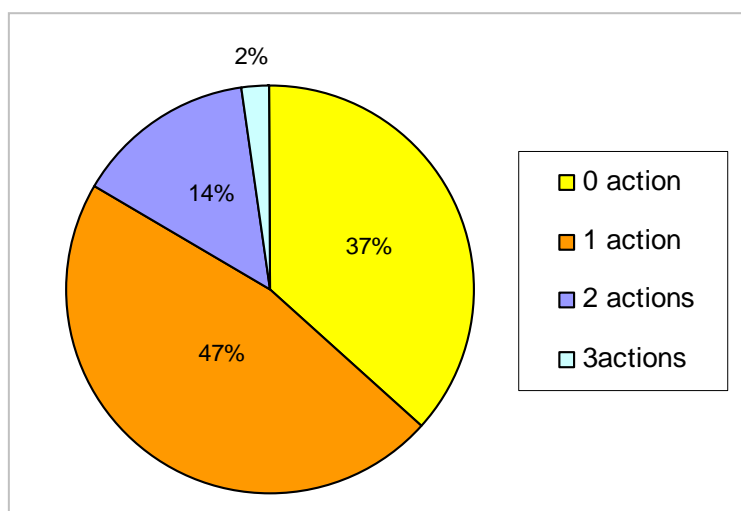
## 5. Matériel et produits

Graphique 9 : nombre d'établissements par type de matériel ou de produit changé

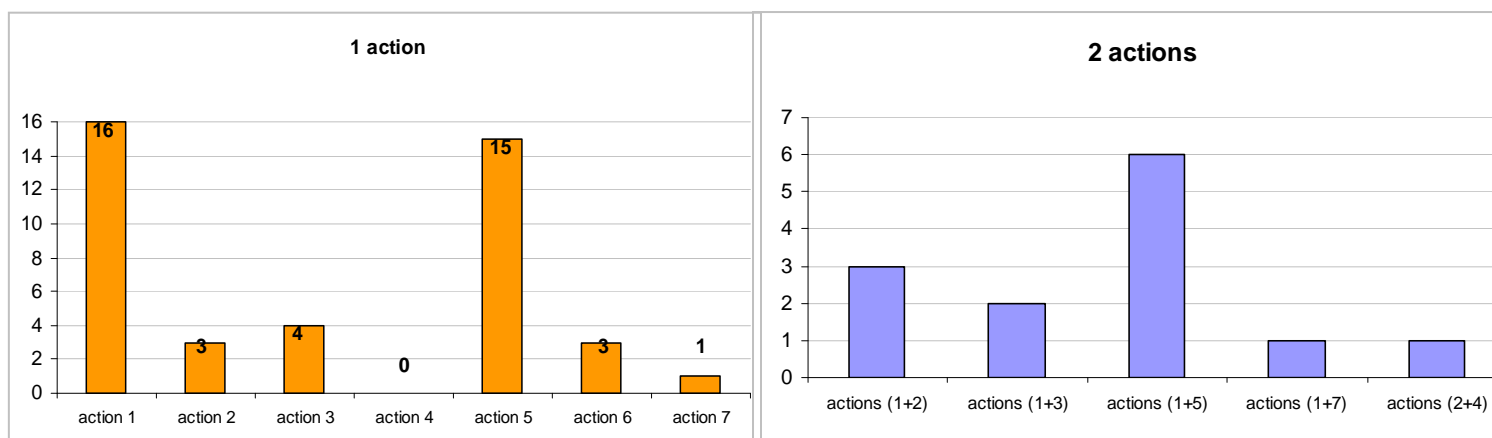


Un tiers des établissements a opéré un changement d'antiseptiques ou de cathéters.

Graphique 10 : répartition des établissements en fonction du nombre d'actions de changements de matériels ou de produits réalisées



Graphique 11 : nombre d'établissements en fonction du nombre et du type d'action réalisée concernant le matériel et les produits



Dans près d'un établissement sur deux, une seule action a été mise en place. Il s'agit essentiellement d'un changement de cathéter ou d'antiseptique. Lorsque deux actions ont été effectuées, ces deux mêmes actions ont été majoritairement associées.

Un total de 33 établissements (37%) n'a mis en place aucune action. Pour 70% d'entre eux, aucune action n'était nécessaire.

## 6. Autres actions réalisées ou envisagées suite à l'audit

- a. Elaboration de documents supports (travail de groupe ou non)
  - Posters.
  - Fiches techniques pour :
    - o la pose et les manipulations des CVP,
    - o l'utilisation des pansements,
    - o la procédure de rinçage.
  - Traçabilité informatique des cathéters: date de pose, changement à 96h, vérification locale du point de ponction.
  - Protocole pour la pédiatrie.
- b. Evaluation
  - Réévaluation en 2011 et 2012.
  - Cartographie des risques a priori.
  - Mise en place d'une *check-list*.
  - Evaluation ciblée sur la désinfection des mains lors de la manipulation de la ligne veineuse et sur la traçabilité de la pose, le retrait et la surveillance.
- c. Formation/sensibilisation
  - Sensibilisation des professionnels par le journal interne et à travers un affichage.
  - Formation/information :
    - o sur la préparation cutanée (rappel de l'importance de la phase de détersion),
    - o sur les manipulations des lignes veineuses,
    - o sur l'hygiène des mains lors des manipulations,
    - o sur la durée maximale de maintien des CVP,
    - o sur la traçabilité de la pose et du retrait,
    - o sur les risques d'AES.
  - Promotion de l'utilisation des antiseptiques alcooliques.
- d. Travail complémentaire
  - Sur les collecteurs à objet piquant coupant tranchant (OPCT) :
    - o ajout des supports aux collecteurs afin de les sécuriser sur les chariots,
    - o mise à disposition de plateaux de soins avec fixation intégrée du collecteur OPCT pour une élimination immédiate des cathéters.
  - Sur l'obturation des cathéters :
    - o mise en place de valve bidirectionnelle à système clos,
    - o suppression des mandrins obturateurs et mise en place de bouchon à usage unique avec rinçure au sérum physiologique.
  - Extension à des actions sur d'autres types de cathéters : CVC, sous-cutanées.

## IV. Discussion

L'audit CVP réalisé en 2009-2010 a permis de proposer des actions d'amélioration permettant de répondre aux exigences d'une démarche qualité. Les résultats de l'audit avaient permis de dégager les axes d'amélioration des pratiques suivants :

- l'enregistrement de la surveillance, en mettant en place des supports de traçabilité adaptés, car la surveillance clinique quotidienne était retrouvée seulement dans 49% des cas. Ce résultat peut être expliqué par le fait que seuls 73% des services avaient un support de traçabilité pour cette surveillance.
- la phase de détersion lors de la préparation cutanée du site d'insertion, car des alternatives en 1 ou 2 temps étaient encore observées et la détersion de la peau chez l'adulte avant la pose de CVP était réalisée seulement dans 58% des cas.
- l'utilisation d'un antiseptique alcoolique pour la pose ou les manipulations des lignes veineuses car utilisé dans 70% des cas.

De la même façon, ces différents items étaient à intégrer dans le protocole écrit.

Les difficultés rencontrées pour la mise en oeuvre des actions restent la résistance au changement de la part des équipes pour modifier leurs habitudes et leurs comportements.

En effet, la désinfection en 5 temps est un message difficile à faire passer auprès de certaines catégories professionnelles ainsi que dans certains secteurs (urgences et radio interventionnelle). La responsabilisation des médecins sur la prescription de la pose et de l'ablation des CVP est notée aussi comme un frein au respect des critères de qualité. Plusieurs modes de traçabilité (outil informatique pour certaines unités et support papier pour d'autres) apparaît également comme une difficulté.

Ces résultats sont en lien avec ceux de l'enquête réalisée par la commission soins de la SF2H en 2010<sup>1</sup> sur les freins à l'application des mesures d'hygiène concernant les recommandations sur les cathéters veineux périphériques.

Les résultats obtenus, via un questionnaire auprès des professionnels de 178 établissements sélectionnés par tirage au sort, ont permis de définir que les freins principaux au respect des recommandations sont des freins liés à la recommandation elle-même comme l'entretien, la détersion, le remplacement des tubulures et la désinfection des embouts/robinets, mais aussi des freins plus généraux comme une carence d'information ou le manque de temps.

Les conclusions de cette enquête sont comparables aux résultats de notre questionnaire et permettent de cibler des pistes de réflexion comme :

- travailler sur l'information (type, mode de diffusion ...),
- adapter les recommandations aux rôles et fonctions des professionnels (des recommandations vers les IDE, vers les médecins),
- effectuer des formations collectives impliquant les professionnels,
- communiquer sur le temps objectivement nécessaire à l'application des recommandations. « Appliquer les recommandations en matière d'hygiène fait-il objectivement perdre du temps? »,
- Initier des démarches d'engagement avec les professionnels.

Fin d'année 2012, des outils pédagogiques téléchargeables gratuitement seront mis à disposition des établissements de santé, médico-sociaux et des instituts de formation. Un groupe de travail constitué d'hygiénistes d'établissements de santé, de l'ARLIN Auvergne et Rhône-Alpes, du CCLIN Sud-Est va proposer des outils pour aider les EOH dans la mise en place des actions de sensibilisation et de formation.

L'objectif final de ces outils est de sécuriser la pratique autour du cathéter périphérique pour le patient et le professionnel afin de prévenir les infections associées aux soins et les accidents d'exposition au sang.

Le support comprend 3 modules : un module cathétérisme veineux périphérique chez l'adulte, un module cathétérisme veineux périphérique chez l'enfant et un module cathétérisme sous cutané. Chaque module compte différents chapitres abordant les indications/complications, le choix du matériel, le choix du site d'insertion, la préparation du soin, le déroulement de la pose, l'entretien et la traçabilité. Il utilise des outils de communication ludiques (quizz, vidéo), avec le libre choix aux utilisateurs d'utiliser la partie qu'ils veulent, sous forme d'autoformation ou de formation de groupe coordonnée par un formateur.

**Nous remercions tous les établissements ayant répondu à l'enquête d'impact de l'audit CVP.**

---

<sup>1</sup> [http://www.sf2h.net/congres-SF2H-productions-2011/bundles-et-check-lists-en-pratique\\_freins-a-l-application-des-recommandations-SF2H.pdf](http://www.sf2h.net/congres-SF2H-productions-2011/bundles-et-check-lists-en-pratique_freins-a-l-application-des-recommandations-SF2H.pdf)