

Une rectification est apportée à la question n° 21 concernant les utilisateurs d'Office 2007



1. Faut-il effectuer 30 évaluations de poses et manipulations par service ?

Non, **le chiffre de 30 s'applique aux établissements (chiffre minimum)**. Il est très difficile de recueillir 30 observations par service (il faudrait des services comportant au moins 10 personnels susceptibles de poser ou manipuler un cathéter et les observer 3 fois chacun). Quant à l'auto-évaluation, il n'est possible de remplir qu'une seule fiche par personnel. Pour obtenir un résultat représentatif de l'établissement, il est préférable de réaliser quelques évaluations dans un grand nombre de services plutôt qu'un nombre important d'évaluations dans quelques services.



2. Quel protocole doit-on évaluer s'il existe plusieurs protocoles « Etablissement » ?

Effectivement, cet audit ne prévoit l'évaluation que d'un seul protocole Etablissement. Si deux protocoles existent (un adulte et un pédiatrique par exemple), **il faut privilégier l'évaluation du protocole « adulte »** car l'ensemble des items évalués pour le contenu du protocole (issus des recommandations 2005) correspond à ce qui est attendu chez l'adulte. A l'inverse, certains de ces items ne sont pas forcément applicables chez l'enfant (ex : durée de maintien inférieure ou égale à 4 jours). L'évaluation de l'autre protocole peut être réalisée à l'aide du même type d'outil mais les données ne pourront pas être saisies. L'objectif au niveau national est d'évaluer le pourcentage de protocoles respectant les critères de qualité 2007.

3. Faut-il inclure les EHPAD dans le nombre de lits au niveau de la fiche établissement ?

Non, même si des EHPAD participent en tant que services rattachés à des établissements de santé, **il ne faut pas comptabiliser le nombre de lits d'EHPAD**. En effet, le nombre total de lits est demandé simplement pour décrire la répartition des établissements participants en termes de taille. Ce chiffre ne servira pas pour l'analyse proprement dite des données.

4. Peut-on inclure dans cet audit du matériel de type sous-cutané ou épicroanien ?

Non, cet audit est basé sur des recommandations spécifiques aux cathéters veineux périphériques et cherche à en évaluer le respect tant au niveau du protocole qu'au niveau des pratiques. **Les cathéters sous-cutanés ou les épicroaniennes sont clairement exclus de l'audit** (cf. critères d'exclusion). En revanche, les établissements souhaitant réaliser une évaluation des pratiques relatives à ce type de matériel peuvent employer l'outil localement, sans renvoyer de données au CCLIN. Dans ce cas, les outils de communication (rapport et poster) devront être modifiés car y figurent actuellement le terme de cathéter veineux périphérique, les critères de qualité et les conformités relatives aux CVP.



5. Dans un même service, peut-on utiliser les fiches d'auto-évaluation la nuit et les fiches d'observation en journée ?

Non, il est préconisé d'utiliser **une seule et même méthode d'évaluation des pratiques par service**.



6. Lors des manipulations, doit-on considérer comme une obturation du site d'injection le branchement d'une tubulure ?

Oui, dans cet audit, l'obturation est considérée au sens large (bouchons, lignes de perfusion...). **L'important est de vérifier que le site d'injection n'est pas laissé à l'air libre.**

7. Est-il possible de saisir les données de différents établissements dans un même fichier ?

Non, il faut créer **un fichier par établissement**. Si l'on souhaite grouper les résultats de plusieurs établissements, il est proposé un **module de fusion** qui permet d'éditer un rapport commun.

8. Peut-on faire l'audit en cas d'absence de protocole Etablissement ?

Oui, **les évaluations sont possibles** mais il est conseillé de rapidement prévoir la rédaction d'un tel protocole (axe d'amélioration prioritaire).



9. Que faire si le protocole Etablissement prévoit différentes alternatives pour la préparation cutanée avant insertion du cathéter ?

L'objectif au niveau national est d'évaluer la proportion de **protocoles comportant les principes des recommandations en vigueur**. On ne tiendra donc pas compte d'éventuelles autres procédures citées dans le protocole.



10. Peut-on évaluer la traçabilité et les manipulations dans les services où les cathéters sont posés pour des durées inférieures à 24h ?

Il n'est pas demandé d'évaluer la traçabilité et la durée de maintien dans ce type de services (cf. critères d'exclusion). En effet, l'objectif étant de comparer la durée de maintien à 4 jours, ces cathéters ne sont pas concernés. La surveillance clinique est également limitée pour ce type de cathéter. La traçabilité de la pose aurait pu être évaluée mais il paraissait difficile de demander un audit dans ces services juste pour 1 critère (outil pour la gestion de la durée de maintien). **Les manipulations peuvent, elles, être évaluées.**



11. Dans cet audit, comment doit-on classer le produit Biseptine ?

Ce produit est à classer dans la catégorie « **Chlorhexidine faiblement alcoolisée** ». Cette catégorie permettra de mesurer la proportion exacte d'utilisation de ce produit comparé aux antiseptiques alcooliques classiques que sont la chlorhexidine alcoolique et la polyvidone iodée alcoolique (cf. tableau 1 p. 8 du guide pour l'analyse des données).



12. Peut-on faire remplir la fiche d'évaluation des pratiques par auto-évaluation sans geste de pose ou de manipulation réalisé ?

Non, cet audit n'est pas un audit des pratiques déclarées mais **une évaluation de ce que la personne vient de faire**. Il est bien précisé dans le protocole d'audit que la fiche est à **remplir juste après la pose ou la manipulation** d'un CVP. C'est à cette condition que la méthode d'auto-évaluation a été proposée en alternative à une observation directe des pratiques.

13. Le fait d'avoir peu de CVP mis en place dans un établissement empêche-t-il de s'inscrire à l'enquête ?

Même s'il est a priori conseillé de réaliser les 3 types d'évaluation (protocole, pratiques, traçabilité), **il est possible** dans certains cas (fréquence très faible de pose) **de s'inscrire à l'enquête pour ne réaliser que l'évaluation du protocole Etablissement et son accessibilité dans les services** concernés par la pose de CVP. Cette décision relève de l'établissement après évaluation du rapport bénéfice/investissement (améliorations pouvant être apportées par rapport à l'organisation que suppose un audit).





14. Pour la préparation cutanée, quel type de conformité est attribué au niveau de l'audit à la double application d'un antiseptique alcoolique (polyvidone iodée alcoolique, chlorhexidine alcoolique, chlorhexidine faiblement alcoolisée) ?

→ Une telle procédure de préparation cutanée est considérée comme **conforme du point de vue de l'antisepsie**. En effet, dans cet audit, ces 3 types de produits correspondent à des antiseptiques alcooliques (les recommandations ne précisant pas quel type et quel pourcentage d'alcool minimum sont requis pour une telle appellation).

→ Une telle procédure de préparation cutanée est considérée comme **non conforme du point de vue de la déterision**. En effet, n'étant pas des savons, ces produits ne rentrent pas dans la définition de la déterision au sens des recommandations 2005 et des critères qualité 2007.

Conséquence : cette double application d'un antiseptique alcoolique répond, dans le cadre de cet audit, à la définition de la **procédure en 2 temps** mais pas à celle de la procédure en 4 temps (savonnage + rinçage + séchage + application d'un antiseptique).

15. Quelle est la différence entre les dates limites du 31 mars et du 30 avril 2010 ?

Le **31 mars** est la date limite de **réalisation** de l'audit (l'audit est prévu sur une période de 6 mois, de début octobre à fin mars 2010).

Le **30 avril** est la date limite de **renvoi des données** au CCLIN de rattachement (les établissements ont donc 1 mois de plus pour saisir et renvoyer leurs données). Les fichiers reçus avant cette date pourront être pris en compte pour l'analyse nationale.

Codage

16. Peut-on choisir des codes « service » de type numérique (1,2,3, ...) ?

Oui, mais à condition d'utiliser 3 chiffres au minimum. En pratique, pour ne pas rencontrer de problème, **il est conseillé de faire commencer le code « service » par une lettre**.



17. Peut-on recueillir les éléments de traçabilité au niveau des feuilles de transmission ?

Oui, **les feuilles de transmission constituent un document de base pour rechercher les informations de traçabilité**. L'auditeur peut attester de la traçabilité de la surveillance clinique s'il retrouve une trace écrite de la présence ou de l'absence de signes locaux ou généraux. Dans ce type de document, il y a une plus grande probabilité de retrouver une trace en cas de présence de signes qu'en leur absence.

Dans certains services, il se peut qu'une organisation ait été instaurée pour la surveillance clinique des CVP avec remplissage d'un document spécifique (diagramme de soin, feuille de surveillance, etc...). Dans ce cas, il sera répondu « oui » à l'item 1.3 de la fiche « Traçabilité et durée de maintien » et la recherche d'informations sera faite également sur ce document.

18. Peut-on télécharger l'application informatique à partir du site du GREPHH ?

Oui, c'est possible mais **il faut débiter par une étape de décompression** du fichier. Sur le site du GREPHH, dans la colonne « outil informatique », cliquer sur « application » puis choisir « ouvrir » le fichier. Cliquer avec le bouton droit de la souris sur le fichier et sélectionner « extraire ». Indiquer le dossier dans lequel doit être enregistré le fichier. Cliquer sur « extraire » le fichier. Le fichier est alors copié et prêt à être utilisé.





19. Dans cet audit, de quelle manière est évalué le port de gants avant la pose du cathéter ?

Le port de gants est pris en compte lorsque les gants sont enfilés **juste avant l'insertion**. En effet, l'objectif du port de gants est la protection du personnel vis-à-vis des accidents d'exposition au sang (AES).

→ Méthode par observation : ceci est précisé aux auditeurs dans l'aide au remplissage.

→ Méthode par auto-évaluation : le port de gants est un item dans la partie « insertion du cathéter » qui doit être remplie chronologiquement après la partie « préparation du site d'insertion ».

Le port de gants avant la préparation cutanée n'est pas justifié. Toutefois, si les gants sont enfilés avant la préparation du site d'insertion et qu'il n'est pas observé de faute d'asepsie, il peut être répondu « oui » à l'item 1.13.



20. Combien de cathéters faut-il évaluer pour la partie « Traçabilité et durée de maintien » ?

Il n'y a pas de nombre minimum pour cette partie contrairement à l'audit des pratiques (N > 30). En effet, pour l'évaluation de la traçabilité, il s'agit d'une enquête un jour donné. Ceci signifie que le nombre de cathéters évalués dépend du nombre de cathéters présents le jour de l'enquête. Ce nombre pourra donc varier selon les services et les jours de 0 à plusieurs dizaines de cathéters. Rappel : Le principe de ce type d'enquête est d'évaluer, dans la mesure du possible, l'ensemble des cathéters présents.

21. Peut-on utiliser l'application CVP sous Office 2007 ?

Oui, mais après avoir enregistré le **fichier "pour envoi CCLIN"** (bouton du menu), il faut ouvrir le fichier « CVP-CCLIN-Code ETS », faire « Enregistrer sous » et **sélectionner "Microsoft Excel 97-2003" au niveau du champ "Type de fichier"** (situé sous le champ "Nom du fichier").

En pratique :

1. Enregistrer de manière classique le fichier d'envoi au CCLIN
2. Ouvrir le fichier créé, à savoir "CVP-CCLIN-Code ETS"
3. Cliquer sur « Enregistrer sous »

Dans la nouvelle fenêtre qui apparaît :

- choisir un dossier
- dans le champ « Nom du fichier » apparaît "CVP-CCLIN-Code ETS" par défaut (ne pas modifier)
- dans le champ « Type de fichier » : sélectionner "Classeur Microsoft Excel 97-2003"

4. Enregistrer (l'ancien fichier est remplacé)

Le nouveau fichier peut alors être envoyé au CCLIN.



Codage

22. Comment coder les spécialités de pédiatrie ?

Pour toutes les spécialités pédiatriques, hormis la néonatalogie et la réanimation néonatale (pour lesquelles il existe un code spécifique), **il est demandé de choisir « Pédiatrie »** pour le code « spécialité ». Les établissements qui souhaiteraient, pour leur analyse locale, distinguer ces spécialités (ex : chirurgie pédiatrique, urgences pédiatriques), peuvent créer des codes « service » adaptés incluant le nom de la spécialité.

