

# GREPWH

GRUPE D'ÉVALUATION DES PRATIQUES EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

## AUDIT CATHÉTERS VEINEUX PÉRIPHÉRIQUES

GUIDE POUR L'ORGANISATION DE L'AUDIT  
ET LE RECUEIL DES DONNÉES - 2009



## GROUPE DE TRAVAIL

---

Martine Besson, cadre hygiéniste, antenne Auvergne du CCLIN Sud-Est, Clermont-Ferrand  
Martine Blassiau, cadre hygiéniste, antenne Champagne-Ardenne du CCLIN Est, Reims  
Pascale Chaize, cadre hygiéniste, CHU de Montpellier, SIIHMF  
Florence Chrétien, cadre hygiéniste, CHI Poissy-Saint-Germain-en-Laye  
Anne-Marie Coulon, infirmière hygiéniste, CHU de Rouen  
Danièle Dupanloup, IADE, Hôpital de Brabois-Vandoeuvre  
Dr Monique Fauchoux, Médecin anesthésiste, CHU Rennes  
Sylvie Jourdain, cadre hygiéniste, CHU de Brest et antenne Bretagne du CCLIN Ouest  
Danièle Landriu, cadre supérieur hygiéniste, CCLIN Paris-Nord, Paris  
Isabelle Lolom, technicienne biohygiéniste, CHU Bichat-Claude Bernard, Paris  
Serge Marie, cadre hygiéniste, antenne Limousin du CCLIN Sud-Ouest, Limoges  
Chantal Mourens, infirmière hygiéniste, RHC-Arlin Centre, CCLIN Ouest, Tours  
Dr Jean-Christophe Séguier, médecin hygiéniste, CHI Poissy-Saint-Germain-en-Laye  
Denis Thillard, infirmier hygiéniste, antenne Haute-Normandie du CCLIN Paris-Nord, Rouen  
Dr Nathalie van der Mee, microbiologiste, praticien hygiéniste, coordonnateur du RHC-Arlin Centre, CCLIN Ouest, Tours  
Dr Xavier Verdeil, médecin hygiéniste, CHU Toulouse, représentant du CCLIN Sud-Ouest, SFHH  
Dr Delphine Verjat-Trannoy, pharmacien, praticien hygiéniste, CCLIN Paris-Nord, Paris

**Création de l'application informatique : Denis Thillard (CCLIN Paris-Nord)**

**Coordination du groupe : Dr Delphine Verjat-Trannoy (CCLIN Paris-Nord)**

## GROUPE DE PILOTAGE ET DE VALIDATION : GREPHH

---

Pr Pascal Astagneau (CCLIN Paris-Nord), Dr Martine Aupée (CCLIN Ouest), Pr Jean-Michel Chabot (HAS), Valérie Drouvot (Ministère de la santé et des sports), Dr Catherine Dumartin (CCLIN Sud-Ouest), Marie-Alix Ertzscheid (CCLIN Ouest), Pr. Jacques Fabry (CCLIN Sud-Est), Dr Marine Giard (CCLIN Sud-Est), Nathalie Jouzeau (CCLIN Est), Danièle Landriu (CCLIN Paris-Nord), Elizabeth Laprugne-Garcia (CCLIN Sud-Est), Pr Benoist Lejeune (CCLIN Ouest), Dr Loïc Simon (CCLIN Est), Dr Delphine Verjat-Trannoy (CCLIN Paris-Nord), Daniel Zaro-Goni (CCLIN Sud-Ouest)

## **GROUPE DE RELECTURE :**

---

Anne-Marie Beneteau, cadre hygiéniste, centre René Huguenin, Saint-Cloud  
 Dr Karine Blanckaert, médecin hygiéniste, Antenne Nord-Pas de Calais du CCLIN Paris-Nord  
 Christine Chemorin, cadre supérieur hygiéniste, Hôpital Henry Gabriel, Lyon, SIIHFF  
 Dr Françoise Karnycheff, pharmacien hygiéniste, Hôpital Foch (PSPH), Suresnes  
 Chantal Léger, cadre hygiéniste, antenne Poitou-Charentes du CCLIN Sud-Ouest, Poitiers, SIHFF  
 Isabelle Raclot, cadre de santé Anesthésie, Centre Alexis Vautrin (CLCC), Vandoeuvre-lès-Nancy  
 Anne-Marie Ryckelynck, infirmière hygiéniste, CH d'Armentières  
 Dr Agnès Vincent, médecin hygiéniste, Antenne Rhône-Alpes du CCLIN Sud-Est, Lyon

**Le groupe de travail tient à remercier toutes les professionnels qui ont participé aux phases de test du protocole d'audit ou de l'outil informatique.**

## **TESTS DE L'APPLICATION INFORMATIQUE :**

---

Pacome ANGORA (CCLIN Ouest), Aline BABEC-ROUMEC (CHU Toulouse), Emmanuelle CAILLAT-VALLET (CCLIN Sud-Est), Fabien DANIEL (CCLIN Paris-Nord), Olivier HOFF (CCLIN Est), Mounir JEBABLI (Resclin Champagne-Ardenne), Karin LEBASCLE (CCLIN Paris-Nord), Muriel PEFAU (CCLIN Sud-Ouest), Karine Saby (CCLIN Est).

## **ÉTABLISSEMENTS-TESTS**

---

- CHU Avicenne (APHP),
- CHU Bichat-Claude Bernard (APHP),
- CH de Bourges,
- CHU de Brest,
- CH de Moulins Yzeure,
- CHU de Nancy,
- CHR d'Orléans,
- CH de Poissy - Saint Germain en Laye,
- CHU de Rouen,
- CHU de Toulouse,
- Hôpital européen Georges Pompidou (APHP),
- Hôpital Paul Brousse (APHP).

## SOMMAIRE

<b>GROUPE DE TRAVAIL</b> .....	<b>2</b>
<b>GROUPE DE PILOTAGE ET DE VALIDATION : GREPHH</b> .....	<b>2</b>
<b>GROUPE DE RELECTURE</b> : .....	<b>3</b>
<b>TESTS DE L'APPLICATION INFORMATIQUE</b> : .....	<b>3</b>
<b>ETABLISSEMENTS-TESTS</b> .....	<b>3</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>4</b>
<b>ACRONYMES</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>6</b>
<b>I. LES CATHETERS VEINEUX PERIPHERIQUES ET LE RISQUE INFECTIEUX</b> .....	<b>6</b>
I.1 DONNEES ISSUES DE L'ENQUETE NATIONALE DE PREVALENCE .....	6
I.2 DONNEES ISSUES DE LA SURVEILLANCE DES BACTERIEMIES NOSOCOMIALES .....	7
I.3 DONNEES PUBLIEES SUR L'INCIDENCE DES BACTERIEMIES ASSOCIEES AUX CATHETERS VEINEUX PERIPHERIQUES ...	8
I.4 RESULTATS DES EVALUATIONS PUBLIEES.....	8
I.5 DONNEES DE LA SURVEILLANCE AES .....	8
<b>II. OBJECTIFS DE L'AUDIT</b> .....	<b>9</b>
<b>III. PRINCIPE</b> .....	<b>10</b>
<b>IV. METHODE</b> .....	<b>11</b>
<b>V. CHAMPS D'APPLICATION</b> .....	<b>13</b>
V.1 CRITERES D'INCLUSION .....	13
V.2 CRITERES D'EXCLUSION .....	15
<b>VI. RAPPEL SUR LA CONDUITE DE L'AUDIT</b> .....	<b>15</b>
VI.1 ROLE DU RESPONSABLE DE L'AUDIT .....	16
VI.2 ROLE DE « L'EQUIPE PROJET » EN FONCTION DU TYPE D'AUDIT .....	17
VI.3 ROLES DES AUDITEURS ET DES PERSONNES RELAIS.....	18
<b>VII. PERIODE ET DUREE DE L'AUDIT</b> .....	<b>19</b>
<b>VIII. RECUEIL DES DONNEES</b> .....	<b>20</b>
VIII.1 FICHE ETABLISSEMENT .....	20
VIII.2 FICHE SERVICE .....	21
VIII.3 FICHE « ÉVALUATION DE LA POSE » .....	22
VIII.4 FICHE « ÉVALUATION DES MANIPULATIONS » .....	22
VIII.5 FICHE « TRAÇABILITE ET DUREE DE MAINTIEN » .....	22
<b>IX. TAILLE ET CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON</b> .....	<b>23</b>
<b>X. VALIDATION DES FICHES</b> .....	<b>24</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>25</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>27</b>

**Les mots comportant un astérisque « \* »  
 ont fait l'objet d'une définition particulière dans le cadre de cet audit  
 → cf. glossaire en annexe**

## ACRONYMES

---

AES : accident d'exposition au sang  
ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé  
BN : bactériémies nosocomiales  
CHR : centre hospitalier régional  
CHS : centre hospitalier spécialisé  
CHU : centre hospitalier universitaire  
CLCC : centre de lutte contre le cancer  
CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales  
CME : commission médicale d'établissement  
CVP : cathéter veineux périphérique  
DSI : direction des soins infirmiers  
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
ENP : enquête nationale de prévalence  
EOH : équipe opérationnelle en hygiène  
EPP : évaluation des pratiques professionnelles  
GERES : groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux  
GREPHH : groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière  
HAD : hospitalisation à domicile  
HAS : haute autorité de santé  
HIA : hôpital d'instruction des armées  
IADE : infirmière anesthésiste diplômée d'état  
IBODE : infirmière de bloc opératoire diplômée d'état  
ICALIN : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales  
IDE : infirmière diplômée d'état  
InVS : institut de veille sanitaire  
MCO : médecine chirurgie obstétrique  
OPTC : objet piquant tranchant coupant  
PHA : produit hydro-alcoolique  
POP : préparation de l'opéré  
RAISIN : réseau alerte investigation surveillance des infections nosocomiales  
SAMU : service d'aide médicale d'urgence  
SFHH : société française d'hygiène hospitalière  
SLD : soins de long séjour  
SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation  
SSPI : salle de surveillance post-interventionnelle  
SSR : soins de suite et réadaptation  
USC : unité de surveillance continue  
USI : unité de soins intensifs

## INTRODUCTION

---

Le programme national 2005-2008 de lutte contre les infections nosocomiales (1) a mis en avant le **développement de l'évaluation des pratiques professionnelles** comme outil d'amélioration des pratiques, en particulier celles ayant un impact sur le risque infectieux. Faciliter cette évaluation en mettant à disposition des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière des outils clé-en-mains est une des missions du Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH).

Après la **préparation cutanée de l'opéré** (audit « POP ») et **l'hygiène des mains** (audit « HYGMAIN »), les **cathéters veineux périphériques** constituent le 3<sup>ème</sup> thème d'audit proposé par le GREPHH. Ce choix est justifié par l'existence d'un risque infectieux non négligeable pour une pratique généralisée et trop souvent banalisée.

Le guide pour la « Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques » élaboré par la Société française d'hygiène hospitalière, avec le soutien de la Haute autorité de santé, édité en novembre 2005, a servi de référence pour la préparation de cet audit (2) L'évaluation des pratiques constitue une des 61 recommandations de ce guide (cf. encadré ci-dessous).

*R61 - Il est recommandé, dans le cadre d'un programme de prévention du risque infectieux lié aux cathéters veineux périphériques, d'évaluer régulièrement les pratiques des professionnels chargés de la pose et de l'entretien des cathéters veineux périphériques.*

En mesurant les écarts entre la pratique et le référentiel en vigueur, la mise en œuvre de cette démarche permettra aux établissements de répondre aux exigences :

- de la certification (EPP),
- du futur programme national de prévention des infections associées aux soins 2009-2012 avec la priorité à donner à la réduction des infections associées aux dispositifs intra-vasculaires.

## I. LES CATHETERS VEINEUX PERIPHERIQUES ET LE RISQUE INFECTIEUX

---

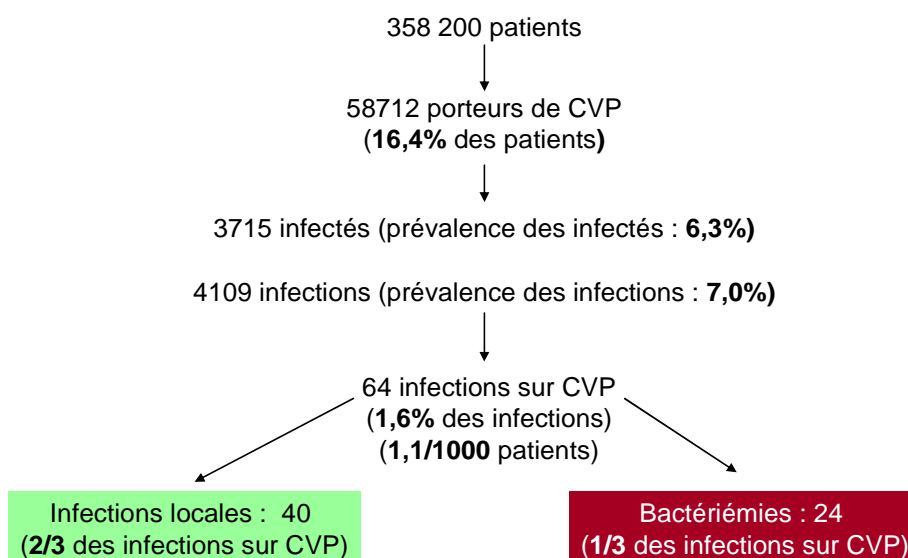
Les cathéters veineux périphériques sont des dispositifs médicaux très fréquemment utilisés : d'après les recommandations 2005 de la SFHH, 25 millions seraient mis en place tous les ans en France (2). Ils concernent tous les secteurs de soins y compris les soins ambulatoires et le secteur libéral. Les cathéters peuvent être à l'origine d'infections locales ou systémiques, potentiellement sévères (bactériémies liées aux soins notamment).

### I.1 Données issues de l'enquête nationale de prévalence

Dans l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales réalisée en 2006 (3), **16,4 %** des patients étaient porteurs d'un **cathéter veineux périphérique** le jour de l'enquête (cf. graphique 1).

Une analyse plus fine des données de l'enquête montre que, cette année-là, **un peu plus d'un patient sur 1000** a développé une infection sur CVP, qu'elle soit locale (2/3 des cas) ou bactériémique (1/3 des cas).

**Graphique 1 : Résultats de l'enquête nationale de prévalence 2006 (RAISIN)**



**Remarque :** ces chiffres relatifs aux infections sur cathéter périphérique sont potentiellement sous-estimés en raison de la nature des critères diagnostiques utilisés pour l'ENP 2006 (adaptés aux cathéters centraux). La mise au point récente d'une définition spécifique (4) permettra une évaluation plus précise des taux de ce type d'infection lors de prochaines enquêtes.

## I.2 Données issues de la surveillance des bactériémies nosocomiales

Une surveillance des bactériémies nosocomiales (BN) à partir du laboratoire est organisée par le Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN) depuis 2002. Les données disponibles sur les **cathéters périphériques** (artériels et veineux), qu'elles soient nationales (5,6) ou inter-régionales (7,8,9,10,11) sont présentées dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 1 : Evolution des bactériémies nosocomiales liées aux CVP (RAISIN)**

Année	2002	2004	2006
Type de données	nationales	nationales	Compilation des données inter-régionales (5 CCLIN)
Nombre d'admissions ou d'entrées directes*	1 403 266	1 121 900	1 301 193
Nombre de bactériémies nosocomiales avec porte d'entrée connue	5 660	4 518	6 695
Nombre de bactériémies nosocomiales avec cathéter périphérique comme porte d'entrée	274	233	311
Part relative des cathéters périphériques parmi les portes d'entrée des BN	4,8%	5,2%	4,6%

\*sur les 3 mois de surveillance

La part relative des CVP comme porte d'entrée des bactériémies nosocomiales est donc d'environ **5%**. Le nombre de **décès à 7 jours** pour lesquels la porte d'entrée de la bactériémie est un cathéter périphérique est passé de **10,4%** (19/182) en 2002 à **6,4%** (15/233) en 2004 (5,6).

### I.3 Données publiées sur l'incidence des bactériémies associées aux cathéters veineux périphériques

La densité d'incidence mesurée par I. Lolom *et al.* (12) entre 2002 et 2006 dans un hôpital universitaire (**0,7** bactériémies / 1000 jours de cathétérisme veineux périphérique) rejoint les résultats précédemment publiés par DG.Maki *et al.* (13) suite à une revue de la littérature internationale de 1966 à 2005 (**0,5** bactériémies / 1000 jours de CVP).

### I.4 Résultats des évaluations publiées

Des audits sur ce sujet ont fait l'objet de publications en France : les articles ont été publiés entre 1995 et 2005, avant la diffusion des recommandations de la SFHH. Ces publications sont en nombre limité (12,14,15,16,17,18) et concernent le plus souvent les pratiques de pose et la traçabilité.

**Pour ce qui est de la pose**, ces études montrent de bons résultats pour l'antisepsie (réalisée dans 95 à 100% des cas) et l'utilisation d'antiseptique alcoolique (81 à 84% des cas). Les gestes de base comme l'hygiène des mains ou le port de gants avant insertion du cathéter sont insuffisamment respectés et très variables selon les études et la méthode d'évaluation utilisée (20% environ à 94% pour l'hygiène des mains et de 25 à 60% environ pour le port de gants). Le respect de la durée de maintien dépend du seuil utilisé : il est plus fréquent à 3 jours qu'à 4 jours et se situe toujours au dessus de 80%.

**La traçabilité de la date de pose** est en général retrouvée au dessus de 70% mais des résultats beaucoup plus faibles peuvent être observés (15%).

Enfin, une publication montre un résultat de 25% pour la **surveillance clinique quotidienne**.

En 2006, le congrès de la SFHH a consacré une session sur la thématique « gestion du risque infectieux lié aux accès vasculaires » donnant lieu à la réalisation de nombreuses communications affichées sur l'évaluation des pratiques (cf. <http://www.sfhh.net>).

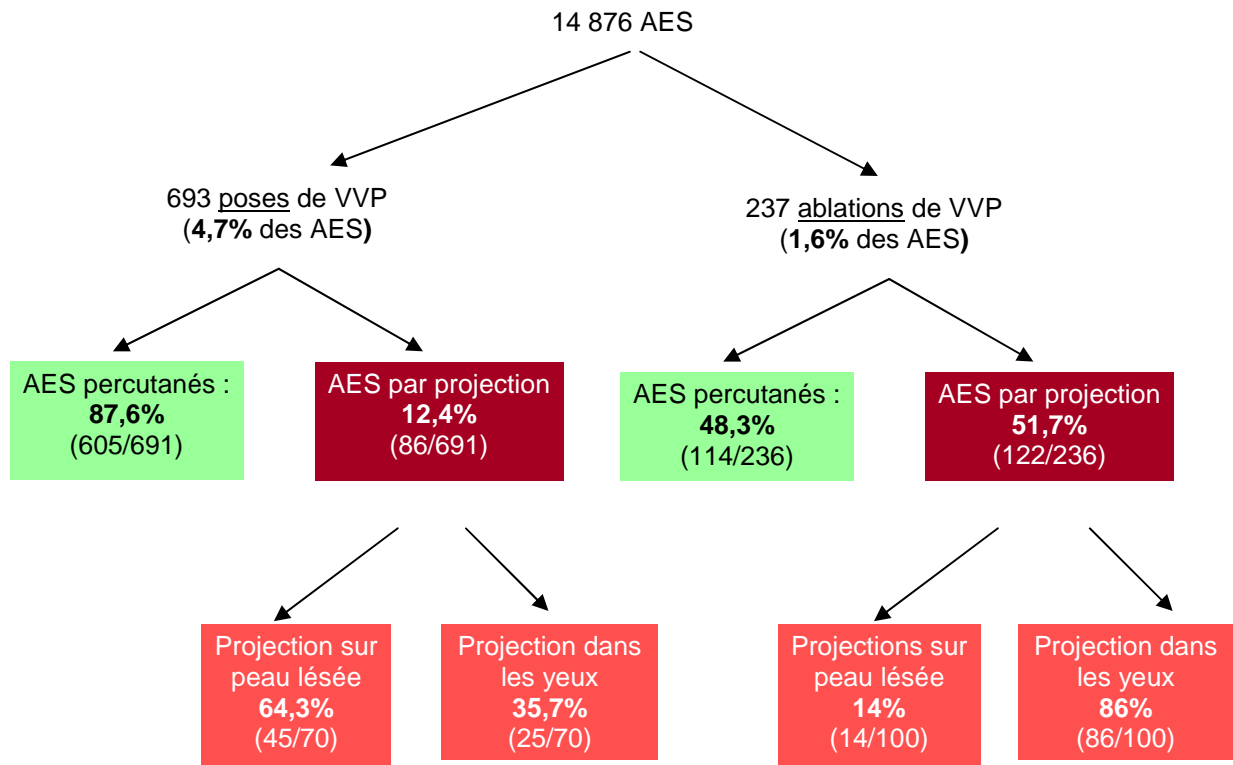
### I.5 Données de la surveillance AES

Une surveillance des accidents d'exposition au sang (AES) est organisée depuis 2002 par le RAISIN en collaboration avec le groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants (GERES). Dans cette surveillance, la pose et l'ablation de voies veineuses périphériques sont évaluées en tant qu'actes infirmiers dans la catégorie « perfusions ».

Lors de la surveillance nationale 2006 (19), la pose et l'ablation d'une voie veineuse périphérique représentait respectivement **4,7%** et **1,6%** des tâches en cours lors de la survenue de l'AES (cf. graphique 2). Au sein des actes infirmiers, ces taux s'élèvent à **10,2%** et **1,9%**.

Par ailleurs, les mandrins de cathéters courts représentent **5,4%** des matériels en cause dans les AES déclarés.

**Graphique 2 : Résultats de la surveillance AES 2006 (RAISIN-GERES)**



**II. OBJECTIFS DE L'AUDIT**

L'objectif principal de cet audit est de mesurer l'application des bonnes pratiques relatives à la pose et à la durée de maintien des cathéters veineux périphériques. Son objectif secondaire est de sensibiliser le personnel aux recommandations en vigueur.

Au-delà de la description du **pourcentage** de respect de chacun des paramètres évalués, cet audit propose de mesurer différents **taux de conformité** (hygiène, sécurité, pose, manipulation, traçabilité...) basés sur une sélection d'éléments jugés incontournables.

Cet audit permettra, le cas échéant, de fournir les principaux éléments pour réajuster les pratiques par rapport au référentiel en vigueur.

### III. PRINCIPE

---

L'audit proposé est un audit mixte qui repose sur les recommandations de 2005 (2) et les critères qualité de 2007 (20) publiés par la SFHH avec le soutien de la Haute autorité de santé (HAS).

Son élaboration a également tenu compte des recommandations pédiatriques de 2007 émises par la SFHH en termes d'antisepsie (21) et des recommandations méthodologiques du guide de l'ANAES de 1998 pour l'évaluation de la qualité de pose et de surveillance des CVP (22).

Cet audit est basé sur les trois grands principes de l'assurance de la qualité :

1. « **Ecrire ce que l'on doit faire** » : l'audit permet de vérifier l'existence, au niveau de l'établissement, d'un protocole\* de soin standardisé contenant les bonnes pratiques définies par les recommandations en vigueur.

**Rappel** : le protocole « dispositifs intra-vasculaires » est un des protocoles considérés comme prioritaires dans le calcul de l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) du tableau de bord des infections nosocomiales (23).

2. « **Faire ce qui est écrit** » : l'audit propose d'évaluer le respect :

- des bonnes pratiques *d'hygiène* (prévention du risque infectieux « patient ») lors de la pose du cathéter et des manipulations des lignes veineuses,
- des bonnes pratiques de *maintenance*\* avec une évaluation de la durée de maintien\* du cathéter,
- des bonnes pratiques de *sécurité* (prévention du risque infectieux « personnel ») en matière de protection du personnel (précautions standard).

**Rappel** : les cathéters de sécurité font partie des moyens reconnus de prévention des accidents d'exposition au sang (24, 25).

3. « **Ecrire ce qui a été fait** » : l'audit vise à vérifier la traçabilité des actes (pose du cathéter et surveillance clinique quotidienne du cathéter)

## IV. METHODE

Trois outils sont proposés pour l'évaluation de ces différents paramètres :

- un audit documentaire pour l'étude du **protocole\* de soin**
- un audit des pratiques (par observation ou par auto-évaluation\* des **poses et manipulations**)
- un autre audit documentaire pour l'évaluation de la **traçabilité** des actes et de la **durée de maintien** du cathéter veineux périphérique

Les logos suivants sont utilisés pour différencier chacun de 3 types d'évaluation :



**Il est fortement conseillé de mettre en œuvre simultanément l'ensemble de ces outils (audits documentaires et audit des pratiques) pour avoir la meilleure évaluation possible de la qualité globale de cette pratique.**



**Pour l'audit des pratiques**, deux méthodes sont proposées au choix :

- *l'observation* basée sur l'intervention d'un auditeur, si possible extérieur au service,
- *l'auto-évaluation\** consistant à faire remplir par chaque opérateur un questionnaire juste après la pose du cathéter ou la manipulation des lignes veineuses.

**Pour un service donné, il est conseillé de se cantonner à une seule méthode (observation ou auto-évaluation\*).**

Pour chaque service de l'établissement, le choix entre ces deux méthodes peut tenir compte des critères figurant dans le tableau 2.

**Tableau 2 : Comparaison des méthodes pour l'évaluation des pratiques**

	<b>Observation</b>	<b>Auto-évaluation</b>
<b>Modalités pratiques</b>	3 fiches maximum par personne observée	1 seule fiche par personnel
<b>Avantages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- est considérée comme la mesure la plus proche de la réalité des pratiques</li> <li>- est réalisable dans des services à forte fréquence de pose (bloc opératoire, radiologie, urgences,...)</li> <li>- permet de renseigner plusieurs fiches pour un même personnel (grille non connue par la personne auditée)</li> <li>- possède un intérêt pédagogique collectif</li> <li>- permet une sensibilisation passive (lors de la restitution)</li> <li>- permet, lors des actes observés, d'évaluer la qualité de réalisation de l'hygiène des mains</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ne nécessite pas d'auditeurs mais seulement des personnes ressources (« relais ») pour rappeler au personnel de renseigner les fiches</li> <li>- est faisable dans les services à faible fréquence de pose</li> <li>- permet d'auditer un nombre plus important de professionnels (indépendant d'un auditeur)</li> <li>- possède un intérêt pédagogique <i>individuel</i> immédiat</li> <li>- permet une sensibilisation <i>active</i> (en incitant à consulter le protocole)</li> <li>- est plus adapté aux horaires décalés (ex : équipes de nuit)</li> </ul>
<b>Inconvénients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nécessite des auditeurs</li> <li>- est difficilement réalisable dans des services à faible fréquence de pose (méthode sur appel de l'auditeur peu rentable en termes de nombre de données recueillies)</li> <li>- peut modifier les pratiques des personnes observées (biais)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ne permet de réaliser qu'une seule fiche par personnel (biais lié à la connaissance du questionnaire pour les actes suivants)</li> <li>- peut donner des résultats parfois surestimés (biais lié au remplissage par le personnel lui-même)</li> <li>- ne permet pas de vérifier au passage la qualité de l'hygiène des mains réalisée</li> </ul>






**Pour l'étude de la traçabilité et de la durée de maintien**, une enquête un jour donné de type prévalence est proposée. La maintenance\* (ou entretien) est évaluée sur un seul critère qui est la « durée de maintien\* » du cathéter.

En pratique, cette méthode mesure un « délai depuis la pose » qui est comparé aux 4 jours maximum recommandés pour la durée de maintien. Une étude réalisée sur 3 années à l'hôpital Bichat-Claude Bernard (12), montre qu'il n'y a pas de différence significative entre les résultats obtenus par enquête rétrospective (durée de maintien des cathéters enlevés) et ceux obtenus par enquête un jour donné (délai depuis la pose évalué sur les cathéters encore en place).




**Remarque :** cette méthode, choisie pour sa plus grande facilité de mise en œuvre, ne nécessite pas l'identification de la date d'ablation du cathéter dont la traçabilité n'est donc pas évaluée en pratique dans cet audit.

## V. CHAMPS D'APPLICATION




### V.1 Critères d'inclusion

			
Type d'audit	Protocole de soins	Poses et manipulations	Traçabilité et durée de maintien
Etablissements	Tous les établissements de soins		
Spécialités	Hospitalisation continue, de jour ou de nuit : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgie</li> <li>- Gynécologie / Obstétrique / Maternité</li> <li>- Médecine</li> <li>- Néonatalogie (dont réanimation néonatale)</li> <li>- Pédiatrie</li> <li>- Psychiatrie</li> <li>- Réanimation / USI / USC</li> <li>- Soins de longue durée (SLD)</li> <li>- Soins de suite et de réadaptation (SSR)</li> <li>- Urgence et services « portes »</li> </ul> Plateau technique : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bloc opératoire</li> <li>- Endoscopie</li> <li>- Explorations fonctionnelles (cardio, pneumo, ....)</li> <li>- Imagerie / Radiologie</li> <li>- Médecine nucléaire</li> <li>- Salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI)</li> </ul> Médecine d'urgence pré-hospitalière : SAMU, SMUR, ...  Hospitalisation à domicile (HAD)		Uniquement les services d'hospitalisation
Matériel	Cathéters veineux périphériques		
Patients	-	Adulte ou enfant <sup>1</sup>	Adulte ou enfant porteurs de cathéters

<sup>1</sup> En référence aux recommandations pour l'antiseptie en pédiatrie de 2007 (21), dans l'audit sont distinguées 4 catégories d'enfant : les prématurés, les enfants de moins de 1 mois, ceux de 1 à 30 mois et enfin ceux de 30 mois à 15 ans.

			
Type d'audit	Protocole de soins	Pose et manipulations	Traçabilité et durée de maintien
<b>Personnes à auditer</b>	-	<p>Tous les professionnels susceptibles de poser des cathéters veineux périphériques, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les infirmières</li> <li>- les infirmières spécialisées (IADE, puéricultrices, IBODE),</li> <li>- les médecins et internes</li> <li>- les sages-femmes,</li> <li>- les manipulateurs radio,</li> <li>- les étudiants en médecine,</li> <li>- les étudiants infirmiers,</li> <li>- les étudiants sages-femmes</li> <li>- les étudiants manipulateurs radio.</li> </ul>	-
<b>Actes à évaluer</b>	-	<p>Poses : toutes les poses de cathéters</p> <p>Manipulations : uniquement les manipulations de lignes veineuses à distance de la pose, c'est-à-dire, indépendantes de la pose (2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> soin....)</p>	-

## V.2 Critères d'exclusion

			
Type d'audit	Protocole de soins	Pose et manipulations	Traçabilité et durée de maintien
<b>Spécialités</b>	Aucune spécialité exclue		Sont exclus les secteurs où les cathéters veineux périphériques sont posés pour une durée très courte (quelques heures, maximum 24h) : <ul style="list-style-type: none"> <li>- secteur ambulatoire</li> <li>- hôpital de jour</li> <li>- bloc opératoire</li> <li>- services médico-techniques (imagerie, endoscopie, ....)</li> </ul>
<b>Actes</b>	-	Les manipulations de ligne veineuse juste après la pose d'un cathéter	-
<b>Matériel</b>	Cathéters sous-cutanés, dispositifs épicroâniens, microperfuseurs ou tout dispositif utilisé pour une perfusion sous-cutanée		

## VI. RAPPEL SUR LA CONDUITE DE L'AUDIT

La stratégie de mise en place de l'audit nécessite :

- une validation par les instances qui portent le projet (CLIN et CME) avec inscription du projet d'audit dans le programme d'action local. Cette validation est essentielle car elle permet de prévoir les coûts générés par l'audit en lien avec les axes d'amélioration (formation, achat de matériel, ...)
- l'information de la direction de l'établissement et de la direction des soins infirmiers (DSI) dont les implications sont indispensables à la conduite du projet et à sa réussite.

Dans chaque établissement, une personne responsable de l'audit doit être identifiée.

## VI.1 Rôle du responsable de l'audit

La coordination de l'audit consiste à :

- informer la direction de l'établissement et les instances du déroulement de l'audit,
- déterminer la composition de l'équipe projet et la coordonner,
- organiser les différentes étapes de l'audit (de sa préparation jusqu'à la diffusion des résultats),
- assurer la validation\* des fiches (en temps réel), si besoin par délégation.

Le responsable de l'audit est aidé dans sa démarche par une équipe projet.





Idéalement, c'est-à-dire si la taille de l'établissement le permet, celle-ci doit être multi-professionnelle et multidisciplinaire et comporter (22) :

- des acteurs de soins,
- des professionnels ayant une expertise ou impliqués en hygiène hospitalière : équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, correspondants ou référents en hygiène, membres du CLIN,
- des professionnels ayant une expertise sur les cathéters veineux périphériques,
- un professionnel ayant des connaissances sur la technique de l'audit.





## VI.2 Rôle de « l'équipe projet » en fonction du type d'audit

L'équipe projet aura à identifier les services à auditer, le type d'audit à mettre en œuvre dans chaque service (audits documentaires, audit des pratiques) et la méthode d'évaluation des pratiques adoptée (observation ou auto-évaluation\*).

A l'échelle de l'établissement, il faudra former des auditeurs (protocole, observation des pratiques, traçabilité et durée de maintien) et également des relais pour les services soumis à auto-évaluation.

			
<b>Protocole de soins</b>	<b>Poses et manipulations par observation</b>	<b>Traçabilité et durée de maintien</b>	<b>Poses et manipulations par auto-évaluation</b>
<b>1</b>	<p>Etablir la liste des <b>auditeurs</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la liste suivante, non exhaustive, propose différents professionnels pouvant être auditeurs : infirmière hygiéniste, praticien hospitalier hygiéniste, correspondants en hygiène (médecin, IDE), médecin, pharmacien, infirmière et infirmière spécialisée, étudiant...</li> <li>- dans la mesure du possible, les auditeurs ne doivent pas faire partie de l'équipe du service audité (auditeurs extérieurs)</li> </ul>		<p>Identifier des <b>relais</b> dans les services en privilégiant le recours aux cadres des services ou aux correspondants en hygiène</p>
<b>2</b>	<p>Assurer l'<b>information</b> des auditeurs :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. expliquer l'objectif de l'audit</li> <li>2. présenter le protocole d'audit et l'utilisation des documents de recueil</li> </ol> <p>S'assurer de la <b>formation</b> des auditeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- au repérage des différents matériels (distinguer ceux inclus et exclus de l'audit)</li> <li>- à la pose de cathéters veineux périphériques et aux manipulations des lignes veineuses</li> </ul>		<p>Assurer l'<b>information</b> des relais dans les services :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. expliquer l'objectif de l'audit</li> <li>2. présenter le protocole d'audit et l'utilisation des documents de recueil</li> </ol>
<b>3</b>	Réaliser et valider la planification de l'audit, notamment l'information des services		
<b>4</b>	Centraliser les résultats des observations et les valider		
<b>5</b>	Organiser le traitement des données (saisie, analyse et édition du rapport)		
<b>6</b>	Organiser leur restitution et proposer des pistes d'amélioration si besoin		
<b>7</b>	Programmer le suivi des réajustements (réévaluer)		




### VI.3 Rôles des auditeurs et des personnes relais

			
<b>Protocole de soins</b>	<b>Poses et manipulations par observation</b>	<b>Traçabilité et durée de maintien</b>	<b>Poses et manipulations par auto-évaluation</b>
<i>Auditeurs</i>		<i>Relais</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- prendre contact avec le cadre de l'unité dans laquelle ils vont effectuer l'évaluation, pour déterminer la (les) date(s) et les périodes horaires de réalisation de l'audit</li> <li>- réaliser le recueil d'informations en veillant à limiter au maximum les données manquantes</li> <li>- remettre les fiches d'évaluation au responsable de l'audit.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- informer les audités sur le principe, les modalités (fiches à remplir et retour des données), et la période de l'auto-évaluation*</li> <li>- distribuer les fiches d'évaluation</li> <li>- effectuer des relances nécessaires auprès des audités pour le remplissage et le retour des fiches</li> <li>- répondre aux éventuelles questions des audités (grâce au document d'aide au remplissage des fiches, réservé à la personne relais)</li> <li>- récupérer les fiches, vérifier le remplissage et faire compléter si besoin</li> <li>- transmission des données au responsable de l'audit pour analyse</li> </ul>	

**Remarque :**

- dans tous les cas, l'anonymat des professionnels audités doit être respecté.
- établir préalablement la liste des produits utilisés dans l'établissement (produits pour l'hygiène des mains, produits pour la préparation\* cutanée) facilite la vérification des données recueillies.

## VII. PERIODE ET DUREE DE L'AUDIT

			
Type d'audit	Protocole de soins	Poses et manipulations	Traçabilité et durée de maintien
Durée de l'audit	<p><b>Protocole « établissement » :</b> l'analyse du contenu du protocole prend <b>environ 1h</b></p> <p><b>Protocole utilisé dans le service :</b> cette évaluation peut être rapidement réalisée dans la mesure où elle peut être couplée à l'un ou l'autre des deux autres audits (audit des pratiques ou audit traçabilité et durée de maintien)</p>	<p>Pour estimer la durée de l'audit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il est recommandé de se renseigner auprès du cadre du service sur la fréquence habituelle de pose de cathéters veineux périphériques.</li> <li>- les quantités de cathéters commandés par service pourront être utilisées comme informations complémentaires.</li> </ul> <p>Il est courant de prévoir <b>4 à 8 semaines au maximum</b> pour ce type d'audit (22)</p> <p><u>Cas des services à forte fréquence de pose</u> : par retour d'expérience, l'audit peut être proposé sur une période plus courte (ex : 15 jours à 3 semaines)</p>	<p><b>En théorie</b> : 1 journée (enquête un jour donné)</p> <p><b>En pratique</b> : selon la taille des établissements et le nombre d'enquêteurs disponibles, la période de l'enquête pourra être étalée sur <b>1 semaine</b> en respectant le principe d'une seule journée par service. Dans ce cas, veiller à passer le même jour dans les services qui échangent régulièrement des patients (exemple : chirurgie et secteur de soins intensifs d'une même discipline, réanimation et services post-réa, ...).</p>
Période de réalisation de l'audit	En journée	En journée ou la nuit <sup>2</sup>	En journée

Au total, il est possible de réaliser l'ensemble des évaluations proposées **en moins de 8 semaines**.

<sup>2</sup> Il n'est pas prévu de différencier les moments de la journée mais il est conseillé de réaliser des audits de pratiques au niveau des équipes de nuit. Au même titre que les autres équipes, elles souhaitent être évaluées et bénéficier des mêmes formations complémentaires.

## VIII. RECUEIL DES DONNEES

---

Il s'effectue au niveau de 5 fiches (cf. annexes) :

- fiche « **Etablissement** »
- fiche « **Service** »
- fiche « **Evaluation de la pose** »
- fiche « **Evaluation des manipulations** »
- fiche « **Traçabilité et durée de maintien** » (1 fiche principale pour les 10 premiers cathéters, 1 fiche complémentaire en cas de présence de plus de 10 cathéters pour un service donné).

Sur ces fiches, le **codage** des données est **direct** dans la grande majorité des cas. Pour les codes des catégories d'établissement et des spécialités de service (disciplines), voir les règles de codage en annexe.

Ces fiches d'audit sont chacune accompagnées d'un **document d'aide au remplissage** (voir en annexe).

### **Aide au remplissage**

**Audit par observation** : il est conseillé d'imprimer le document d'aide au verso de la fiche correspondante.

**Audit par auto-évaluation** : ce document d'aide au remplissage est destiné à la personne relais pour répondre aux questions des audités et ne doit pas être transmis aux audités (et donc pas imprimé au verso de la fiche).

### VIII.1 Fiche Etablissement

Cette fiche comporte :

- une partie relative aux données administratives de l'établissement,
- une partie destinée à l'étude du protocole « établissement ».

Les éléments demandés au niveau de la fiche d'audit sont recherchés dans le protocole\*.

Le contenu du protocole « établissement » ne sera évalué **qu'une seule fois**, sous la responsabilité du coordonnateur de l'audit.

Dans le document d'aide au remplissage sont précisés les **termes attendus, acceptables ou non** pour chaque item.

## VIII.2 Fiche Service

Cette fiche comporte :

- une partie relative à des données générales du service,
- une partie destinée à l'enquête sur le protocole utilisé dans le service.

Cette fiche est à remplir dans chaque service audité.

**Pour les données administratives, le nom du service (intitulé) ne doit pas comporter de « caractères spéciaux » (risque de problèmes lors de la saisie).**

L'enquête sur le protocole\* peut être effectuée lors de la venue dans le service à l'occasion de l'un ou des deux autres types d'audit (évaluation des pratiques ou évaluation de la traçabilité et de la durée de maintien).

L'objectif pour l'auditeur est de vérifier l'**existence** d'un protocole, son **accessibilité** et sa **catégorie** (protocole de l'établissement\* ou protocole spécifique\* au service).

### Existence d'un protocole

L'auditeur doit demander, au cadre ou au correspondant en hygiène du service, à consulter le protocole *utilisé dans le service* (protocole de référence) : il s'agit en principe du protocole de l'établissement\*, témoignant d'un souci d'harmonisation. Dans certains cas particuliers, comme en pédiatrie, il peut s'agir d'un protocole spécifique\*, adapté au service.

### Accessibilité du protocole

Il s'agit de vérifier l'accessibilité *théorique* du protocole.

A l'arrivée dans le service, l'auditeur doit demander à voir le protocole\* et, si celui-ci est déjà sorti, vérifier à quel endroit ce protocole est habituellement rangé.

Le protocole sera jugé accessible :

- s'il n'est pas rangé dans un local fermé à clé,
- s'il est rangé dans un local fermant à clé mais si la clé est accessible à tout moment aux utilisateurs potentiels,
- s'il est possible d'y accéder facilement au niveau informatique le cas échéant (à tester par l'auditeur).

### Catégorie de protocole

L'auditeur doit identifier le type de protocole : protocole établissement\* ou protocole spécifique\* au service.

Remarque : au niveau de cet audit, seule l'évaluation du **contenu du protocole de l'établissement** est attendue (cf. fiche « établissement »). Toutefois, si, lors de l'audit, un protocole de service est identifié, et que le responsable de l'audit souhaite analyser son contenu, il peut le faire en reprenant les items de la partie inférieure de la fiche « établissement ». Ces données n'auront pas à être saisies.

### VIII.3 Fiche « Evaluation de la pose »

Cette fiche peut être utilisée soit par un auditeur (audit par observation), soit par les utilisateurs (audit par auto-évaluation\*).

Toutes les poses de cathéter seront prises en compte (qu'elles soient directement ou non suivies par une manipulation de la ligne veineuse).

**Chaque personnel participant à une auto-évaluation ne peut remplir qu'une seule fiche.**  
En effet, la connaissance du questionnaire entraîne le risque d'orienter les réponses.

**Il est possible de faire plusieurs observations d'un même professionnel mais le nombre d'observations est limité à 3.**

Les audités n'ayant pas accès au questionnaire, il n'y a pas de risque d'adaptation des comportements au renouvellement des observations. Le seul risque reste celui lié à l'observation par un auditeur : il s'estompe en général avec le nombre d'observations. Le nombre d'observation par personne est toutefois limité car il faut garder le principe d'évaluer différentes personnes pour obtenir des chiffres les plus représentatifs possibles d'un service ou de l'établissement.

**Rappel** : il est recommandé, au sein d'un service donné, de ne mettre en œuvre qu'une seule des deux méthodes (observation ou auto-évaluation).

### VIII.4 Fiche « Evaluation des manipulations »

Cette fiche peut être utilisée soit par un auditeur (audit d'observation), soit par les utilisateurs (audit par auto-évaluation\*).

Dans cet audit, les manipulations de la ligne veineuse correspondent au branchement d'une perfusion ou à l'injection directe d'un médicament.

Seules les manipulations de ligne veineuse réalisées **à distance de la pose** de cathéter feront l'objet d'une évaluation.

Ce type de fiche peut être rempli 3 fois pour un même personnel lors des observations mais 1 seule fois lorsqu'il s'agit d'auto-évaluation\*.

**Rappel** : il est recommandé, au sein d'un service donné, de ne mettre en œuvre qu'une seule des deux méthodes.

### VIII.5 Fiche « Traçabilité et durée de maintien »

L'évaluation de la traçabilité et de la durée de maintien\* se fait dans le cadre d'une **enquête un jour donné** et doit porter sur **l'ensemble des patients porteurs** de cathéters veineux périphériques du service le jour de l'évaluation.

Une fiche est à remplir dans chaque service audité (fiche 1 à 10 cathéters). Elle permet le recueil des données relatives à 10 cathéters. Si le nombre de cathéters le jour de l'enquête dépasse ce chiffre ou si plusieurs auditeurs sont en charge d'un même service, il est possible de remplir des fiches complémentaires (ex : cathéters 11 à 20, 21 à 30).

**Remarque** : si le cathéter est en place depuis plus de 4 jours, il est intéressant pour l'établissement d'en rechercher la raison (ex : patient au capital veineux limité, ...)

## IX. TAILLE ET CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON

L'objectif principal est de réaliser les différents audits proposés (audits documentaires et audits des pratiques) **dans une majorité des services** concernés de l'établissement.



**Protocole établissement** : 1 seule fiche par établissement



**Protocole utilisé dans le service** : 1 seule fiche par service audité.



### Traçabilité et durée de maintien

Le nombre de fiches à recueillir dépendra :

- du nombre de services d'hospitalisation audités : au minimum 1 fiche par service concerné
- du nombre de cathéters présents dans chaque service le jour de l'évaluation : 1 fiche par série de 10 cathéters



### Évaluation de la pose ou évaluation des manipulations

Le nombre de fiches dépendra :

- du nombre de services audités,
- du nombre de personnes susceptibles de poser un cathéter dans chaque service : l'objectif est de réaliser cette évaluation auprès **du plus grand nombre possible de professionnels** dans les services audités,
- de la méthode d'évaluation utilisée : l'observation permet le recueil de 3 fiches maximum par personne auditée, l'auto-évaluation\* 1 seule fiche,
- de la durée de l'audit et de la fréquence de pose de cathéters dans le service.

Le nombre **minimal** de fiches d'évaluation des pratiques est fixé à **30 par établissement** (30 poses et 30 manipulations).

#### Exemple :

Service	Méthode	Poses	Manipulations
Service 1	Observation	6	10
Service 2	Auto-évaluation	8	5
Service 3	Observation	5	6
Service 4	Auto-évaluation	7	7
Service 5	Auto-évaluation	6	7
<b>Total établissement</b>		<b>32 (&gt; 30)</b>	<b>35 (&gt; 30)</b>

**Remarques :**

- le seuil de 30 est assez couramment utilisé dans les outils statistiques. Il est repris par l'HAS dans ses différents guides (22) et est référencé dans les annexes des circulaires du 11 août 2005 et du 23 mars 2007 relatives à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière (26,27).
- le rapport global de l'établissement réunit les données issues des deux méthodes d'observation. Toutefois une analyse des données par méthode séparée est possible (cf. guide pour la saisie et l'analyse des données).

## X. VALIDATION DES FICHES

---

La validation\*, à mettre en œuvre pour chaque fiche, est réalisée sous la responsabilité du coordinateur de l'audit.

Pour être validée, une fiche doit être complète. Il s'agit principalement de vérifier *l'absence de données manquantes* et le cas échéant, de tenter de récupérer ces données. Cette validation est à réaliser le plus rapidement possible après le remplissage des fiches.



Le responsable de la validation a également en charge **l'identification de la catégorie des produits utilisés** dans les fiches d'évaluation des pratiques : celle-ci se fait à partir des produits notés sur les fiches par les auditeurs (observation) et les utilisateurs (auto-évaluation) et à l'aide des catégories proposées dans la fiche d'aide au remplissage.

En bas de chaque fiche, une case « oui » est à cocher quand la fiche est validée, ce qui autorise la saisie de la fiche.

Pour la saisie et l'analyse des données : voir le guide spécifique.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- 1 Circulaire n° DHOS/DGS/E2/5C/2004/599 du 13 décembre 2004 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 dans les établissements de santé.
- 2 Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques – Recommandations pour la pratique clinique – Comité des référentiels – SFHH/HAS – Novembre 2005
- 3 Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, France, RAISIN, juin 2006
- 4 Actualisation de la définition des infections nosocomiales. Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports. CTINILS/HCSP – Mai 2007
- 5 Résultats de la surveillance des bactériémies nosocomiales – RAISIN 2002
- 6 Résultats de la surveillance des bactériémies nosocomiales – RAISIN 2004
- 7 Réseau de surveillance des bactériémies nosocomiales – CCLIN Est - Résultats 2006
- 8 Surveillance des bactériémies – CCLIN Ouest – Résultats – Année 2006
- 9 Surveillance des bactériémies à partir du laboratoire – CCLIN Paris-Nord - Résultats de l'enquête 2006
- 10 BN Sud-Est - CCLIN Sud-Est - Rapport annuel 2006
- 11 Surveillance des bactériémies à partir du laboratoire – CCLIN Sud-Ouest – Résultats 2006
- 12 Impact d'un programme prolongé d'amélioration continue de la qualité sur le risque infectieux lié aux cathéters veineux périphériques.  
Lolom I, Deblangy C, Capelle A, Guerinot W, Bouvet E, Barry B, Goyau K, L'héritau F, Bonnal C, Lucet JC. Presse Med, 2008 : 1-9
- 13 The risk of bloodstream infection in adults with different intravascular devices : a systematic review of 200 published prospective studies.  
Maki DG, Kluger DM, Crnich CJ. Mayo Clin Proc, sept 2006, 81 (9) : 1159-1171
- 14 Cathéters veineux courts – Evaluation de la qualité de pose et de surveillance.  
Fourmaux E. Soins, décembre 1995, n°601 : 33-36
- 15 Evaluation de la surveillance.  
Chaize P. Objectif soins, 1997, 54 : 27-34
- 16 Audit de la pose d'un cathéter court veineux périphérique : expérience d'un hôpital d'instruction des armées.  
Desjeux G, Dusseau JY, Lemesle B, Traoré J, Grelaud G, Macutan ML, Lhopital C, Prin JY, Lefebvre C. Med Armees, 2003, vol 31, n°1 : 75-81
- 17 Evaluation du respect des recommandations pour la mise en place des voies veineuses périphériques en médecine d'urgence préhospitalière.  
Lapostolle F, Garrigue B, Monmarteau V, Houssaye T, Vecchi I, Tréoux V, Hospital B, Crocheton N, Adnet F. Ann Fr Anesth Reanim, 2005, 24 : 31-35

- 18 Voies veineuses périphériques : stop à la banalisation – Audit sur la pose et la traçabilité.  
Girard R, Ferrarèse P, Laprune Garcia E, Morandat L, Roule M, Santoro N, Béal R, Pitiot A.  
Hygiènes, 2005, vol XIII, n°3 : 199-205
- 19 Surveillance des accidents d'exposition au sang dans les établissements de santé français en 2006 – Résultats - GERES/RAISIN
- 20 Pose et entretien des cathéters veineux périphériques : critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles - SFHH/HAS - Avril 2007
- 21 Guides des bonnes pratiques de l'antisepsie chez l'enfant – SFHH – Mai 2007
- 22 Evaluation de la qualité de la pose et de la surveillance des cathéters veineux courts – ANAES – juin 1998
- 23 Pondération des items de l'ICALIN 2005 par fonctions et sous-fonctions – Ministère de la santé et des sports [[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/tab\\_bord/icalin/ponderation\\_icalin05.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/tab_bord/icalin/ponderation_icalin05.pdf)]
- 24 Circulaire DGS/DH n° 98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.
- 25 Guide des matériels de sécurité.  
GERES, 2004
- 26 Circulaire n° DGS/SD5C – DHOS/E2/2005/384 du 11 août 2005 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière
- 27 Circulaire n° DHOS/E2/2007/109 du 23 mars 2007 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière pour l'année 2007
- 28 Cas d'inflammation et de brûlures après utilisation d'un antiseptique alcoolique et d'un bistouri électrique : rappel des mises en garde et précautions d'emploi – Afssaps – Avis de matériovigilance du 10 février 2009.

## ANNEXES

### GLOSSAIRE

**Dans le cadre de cet audit, certains termes ont été définis spécifiquement comme suit :**

**ANTISEPTIQUE ALCOOLIQUE (ou ANTISEPTIQUE EN SOLUTION ALCOOLIQUE) :** selon les critères qualité SFHH/HAS 2007 (20), il s'agit d'un produit à base de chlorhexidine alcoolique ou de polividone iodée alcoolique, ces molécules étant citées dans la recommandation R18 de 2005 (2). Selon cette rédaction qui ne précise ni la concentration minimum en chlorhexidine ni la nature et la concentration minimum en alcool de ces préparations, la chlorhexidine faiblement alcoolisée contenant de la chlorhexidine et de l'alcool (alcool benzylique à 4%) n'est pas exclue de cette catégorie. L'appartenance de ce produit à cette catégorie est confirmée dans l'avis de matériovigilance du 10 février 2009 de l'Afssaps (antiseptiques alcooliques et bistouri électrique) (28). En revanche, l'alcool à 70° et l'alcool iodé ne répondent pas à cette définition.

**AUTO-EVALUATION :** méthode d'évaluation basée sur le remplissage, par l'opérateur lui-même, juste après l'acte évalué, d'un questionnaire sur ses propres pratiques. Cette méthode ne nécessite pas d'auditeur mais un relais dans chaque service pour inciter au remplissage du document et récupérer les questionnaires remplis. Le questionnaire doit être rempli en toute honnêteté et reste anonyme (seule figure la profession de l'audité). Cette méthode peut être utilisée lors d'un audit pour comparer les pratiques déclarées avec les recommandations existantes.

**CONTENEUR (OU COLLECTEUR) POUR OBJETS PIQUANTS, TRANCHANTS, COUPANTS (OPTC) :** matériel de sécurité destiné à collecter, immédiatement après utilisation, les déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) piquants, tranchants ou coupants. L'utilisation de ces boîtes est recommandée en prévention des accidents d'exposition au sang (AES).

**DETERSION :** étape de la préparation\* de la peau ayant pour objectif de la débarrasser des souillures avant l'application de l'antiseptique. Selon les recommandations SFHH 2005, la détersion est composée de 3 phases successives : un nettoyage\* par savonnage (à l'aide d'un savon doux ou antiseptique), un rinçage\* et un séchage\*.

**DESINFECTION DES MAINS :** hygiène des mains par friction hydro-alcoolique ou lavage antiseptique. Un lavage simple ne permet pas une désinfection des mains.

**DUREE DE MAINTIEN :** délai entre la pose et le retrait du cathéter. D'après les recommandations SFHH 2005, cette durée ne doit pas dépasser 4 jours chez l'adulte. Dans cet audit, ce qui est mesuré est plus exactement un délai depuis la pose, calculé entre la date de pose (J0) et la date de l'évaluation (J).

**MAINTENANCE (OU ENTRETIEN) DU CATHETER :** opérations consistant à veiller au renouvellement du pansement, du dispositif de perfusion et au retrait du cathéter si nécessaire.

**NETTOYAGE DE LA ZONE D'INSERTION :** première étape de la préparation cutanée\* consistant à éliminer les souillures par une action chimique et mécanique (à l'aide d'une compresse imprégnée). Selon les recommandations SFHH 2005, la technique de nettoyage à utiliser est la détersion\*.

**PREPARATION DU SITE D'INSERTION :** étape préalable à l'insertion du cathéter constituée d'un nettoyage\* de la zone d'insertion\* puis d'une antiseptie\*.

**PROCEDURE EN 4 TEMPS :** détersion\* avec un savon antiseptique ou un savon doux, rinçage\*, séchage\* et application d'un antiseptique (cette procédure est appelée 5 temps lorsque le temps de séchage de l'antiseptique est pris en compte).

PROCEDURE EN 2 TEMPS : 2 applications successives d'un même antiseptique alcoolique\*.

PROCEDURE EN 1 TEMPS : une seule application d'antiseptique (non recommandé).

PRODUIT HYDRO-ALCOOLIQUE (PHA) : produit sous forme de solution (SHA) ou gel (GHA) ou de mousse à base d'alcool utilisé pour la désinfection des mains\* par friction. Ce type de produit ne nécessite ni mouillage des mains, ni rinçage, ni essuyage mais son application doit se faire sur des mains sèches, visuellement propres (non souillées). L'intérêt des PHA réside dans la rapidité de la technique, l'indépendance par rapport à un point d'eau, leur bonne tolérance, leur efficacité.

PROTOCOLE : document présentant les modalités opératoires d'une pratique de soins. Dans le cadre de cet audit, il peut s'agir d'un protocole relatif aux cathéters veineux périphériques ou d'un protocole plus général « dispositifs intra-vasculaires » (comme demandé dans le bilan annuel standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales). Il peut s'agir de plusieurs documents (pose, entretien, ...) qui recouvrent l'ensemble des pratiques relatives aux cathéters veineux périphériques.

PROTOCOLE « ETABLISSEMENT » : protocole élaboré par l'établissement et diffusé à l'ensemble des services concernés de l'établissement. L'existence de ce protocole doit être connue des auditeurs avant leur évaluation du protocole utilisé dans le service.

PROTOCOLE « SPECIFIQUE » : protocole de service (ex : pédiatrie).

RINÇAGE DE LA PEAU : 2<sup>ème</sup> étape de la déterision\* destinée à éliminer le savon. Il s'effectue avec une compresse imprégnée d'eau ou de sérum physiologique.

SAVON ANTISEPTIQUE : solution aqueuse moussante à base de polyvidone iodée (produit iodé) ou de chlorhexidine (biguanide) avec une certaine activité antimicrobienne qui est utilisée pour nettoyer la peau dans le cadre d'une déterision\* de la zone d'insertion du cathéter et pour la désinfection des mains\* (lavage hygiénique).

SECHAGE DE LA PEAU : dernière étape de la déterision\* qui consiste à tamponner la peau avec une compresse sèche.

SERVICE : structure hospitalière constituée d'unités géographiques d'une même discipline ou de différentes disciplines.

SOLUTION ANTISEPTIQUE (OU ANTISEPTIQUE) : produit doté d'activité antimicrobienne destiné à être appliqué sur la peau pour y détruire les bactéries présentes avant un geste invasif comme par exemple l'introduction d'un matériel dans la circulation sanguine à travers la peau.

SUPPORT DE TRACABILITE POUR LA SURVEILLANCE CLINIQUE : il s'agit de tout document du dossier patient contenant un endroit prévu pour enregistrer cette surveillance (diagramme de soins, dossier de soin, feuilles de surveillance...). Les feuilles de transmission ne rentrent pas dans cette définition.

SURVEILLANCE CLINIQUE DU CATHETER : opération consistant à surveiller le site d'insertion à la recherche de signes infectieux.

VALIDATION DE LA FICHE :

Une fiche est considérée comme validée lorsqu'elle est complète (absence de données manquantes) et que toutes les données sont cohérentes (ex : nom et catégorie de produit). Chaque fiche remplie doit être validée avant saisie. Cette validation doit être réalisée le plus rapidement possible après le remplissage des fiches.

## REGLES DE CODAGE

CATEGORIE D'ETABLISSEMENT	CODE
CHR/CHU	<b>1</b>
CH/CHG	<b>2</b>
CHS/Psy	<b>3</b>
Hôpital local (HL)	<b>4</b>
Clinique MCO	<b>5</b>
Hôpital d'instruction des armées (HIA)	<b>6</b>
SSR/SLD	<b>7</b>
Centre de lutte contre le cancer (CLCC)	<b>8</b>
Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	<b>9</b>
Hospitalisation à domicile (HAD)	<b>10</b>
Autre	<b>11</b>

SPECIALITE	CODE
Bloc opératoire – SSPI	<b>1</b>
Chirurgie	<b>2</b>
EHPAD	<b>3</b>
Endoscopie	<b>4</b>
Explorations fonctionnelles	<b>5</b>
Gynécologie – Maternité – Obstétrique	<b>6</b>
Hospitalisation à domicile (HAD)	<b>7</b>
Imagerie - Radiologie	<b>8</b>
Médecine (dont court séjour gériatrique)	<b>9</b>
Médecine nucléaire	<b>10</b>
Néonatalogie – Réanimation néo-natale	<b>11</b>
Pédiatrie	<b>12</b>
Psychiatrie	<b>13</b>
Réanimation – Unité de soins intensifs (USI) – Unité de surveillance continue (USC)	<b>14</b>
SMUR, SAMU, ... (médecine d'urgence pré-hospitalière)	<b>15</b>
Soins de longue durée (SLD)	<b>16</b>
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	<b>17</b>
Urgences – Services porte	<b>18</b>
Autre	<b>19</b>