



GROUPE HOSPITALIER  
BICHAT - CLAUDE BERNARD

Isabelle Lolom  
CHU Bichat – Claude Bernard (APHP)  
Unité d'Hygiène et de Lutte contre l'Infection Nosocomiale  
46, rue Henri Huchard  
75877 PARIS Cedex 18

# Gestion du risque infectieux lié aux cathéters veineux périphériques (CVP)

Evaluation du risque, des pratiques, et indicateur de suivi des actions :  
14 ans d'expérience



ASSISTANCE  
PUBLIQUE



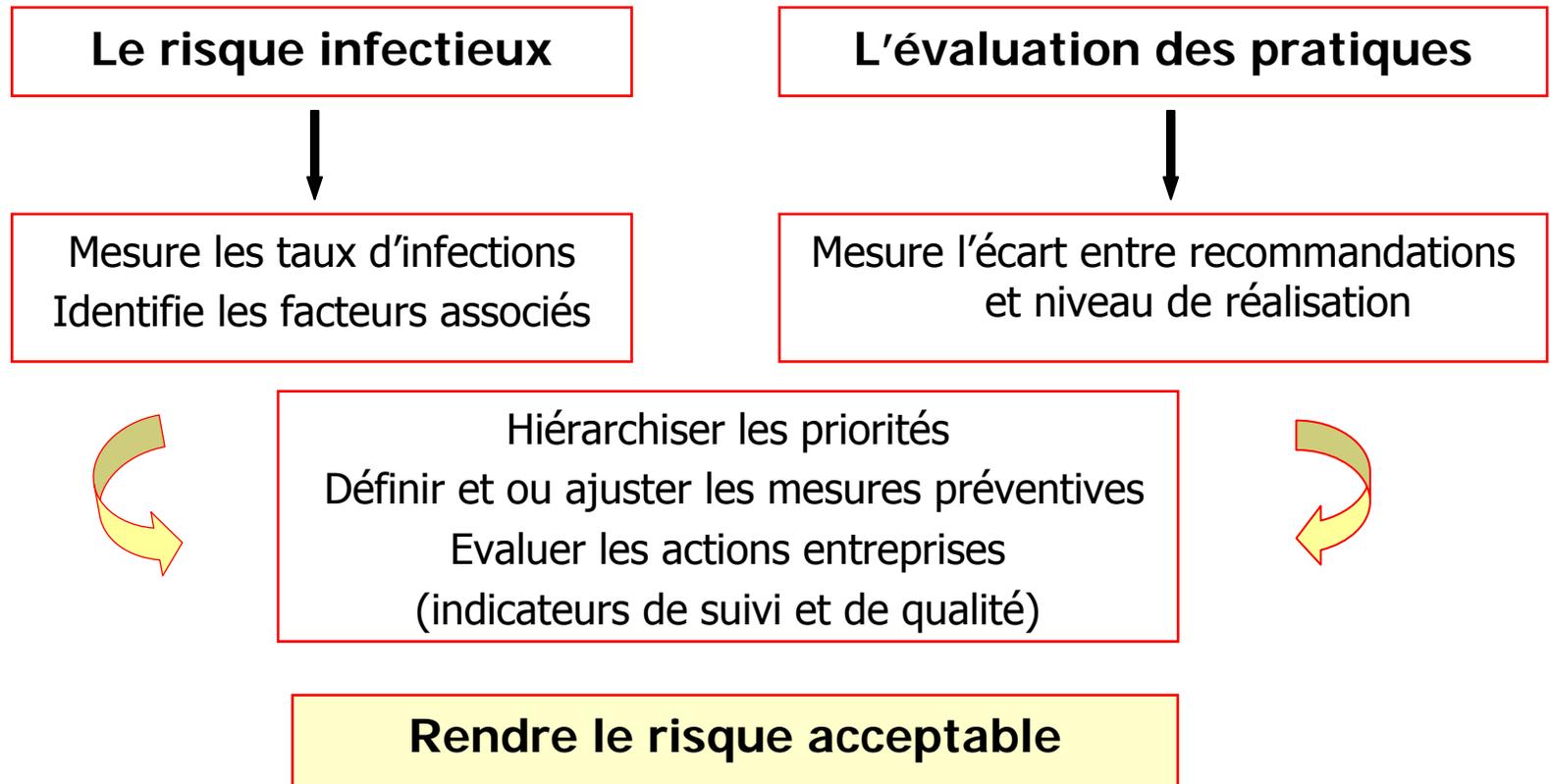
HÔPITAUX  
DE PARIS



# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

*Pourquoi évaluer le risque et les pratiques ?*

- **Ethique professionnelle** : assurer des soins de qualité
- **Risque infectieux = reflet/témoin direct** des pratiques de soins



# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

---

## *L'origine de la démarche*

- ✿ **A Bichat** : prise en charge de patient immunodéprimé par VIH très fréquente
- ✿ **Une étude en 1992 montrait :**
  - durée moyenne CVP ↗ chez Pat. VIH+ : 4.5 j. (vs 3.4 j. Pat. VIH-)
  - taux de colonisation élevé (env. 24%) non associé au statut VIH
  - absence de corrélation entre signes locaux et risque de colonisation
- ✿ **La tendance** : durée de perfusion prolongée
  - éviter de repiquer les patients
  - capital veineux limité
  - diminuer le risque AES
  - éviter le recours à la voie centrale (risque +++)

# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

---

## *Le contexte*

- ✿ **Procédure invasive la plus fréquente** ( $\approx$  25 millions CVP posés/an)
- ✿ **Risque infectieux**
  - ✓ méconnu ou banalisé
  - ✓ pas de recommandations nationales de prévention
  - ✓ peu de données dans la littérature
- ✿ **Porte d'entrée des bactériémies** : CVP rarement évoqué par le clinicien
- ✿ **Conséquences parfois graves** : endocardites ...
- ✿ **Relatif désintérêt pour l'infection de CVP / CVC** : moins à risques !!!
  - CVP : 1 Bact./1000 j-cathéter ; 5 à 15% des Bactériémies
  - CVC : 2-5 Bact./1000 j-cathéter ; 10 à 15% des Bactériémies

## GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

### *Fréquence de la procédure CVP*

	CCLIN Nord 2001	ENP France 2006	Bichat 2001	Bichat 2006
Nbre Hôpitaux	399	2 337		
Nbre de patients	89 135	358 467	997	748
Procédures CS*				
<b>Cathéter périphérique</b>	<b>17.8%</b>	<b>16.4%</b>	<b>21.8%</b>	<b>31.8%</b>
Cathéter central	5.1%	4.7%	5.1%	7.5%
Sonde urinaire (< 7j.)	9.7%	6.2%	19.7%	7.3%
Chirurgie (dans les 30j)	?	21.3%	23.2%	32.5%

\*Enquête de prévalence

\*Le jour de l'enquête

# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

---

## *Les différents axes d'évaluation*

- ✿ Entre 1996 et 1999
- ✿ Hôpital universitaire de 950 lits d'aiguës :
  - ✓ tous types d'activité sauf hématologie, neurochirurgie et pédiatrie
  - ✓ 240 000 à 270 000 journées d'hospitalisation/an
- ✿ Axes de travail :
  - ✓ **Audit des pratiques : pose et entretien des CVP**  
(auditeur externe, 6 services : 1 semaine/unité, 2 périodes d'évaluation)
  - ✓ **Enquête par questionnaire auprès du personnel infirmier**  
(30 services, pratiques déclaratives, 2 semaines, objectif : 3 /unité)
  - ✓ **Incidence et facteurs de risque de colonisation** : culture du cathéter à l'ablation (4 services, 2 périodes en 1996 et 1999)
  - ✓ **Enquêtes de prévalence sur la durée de maintien des CVP** (tous services)
  - ✓ **Rétro-information des données recueillies et actions de formation**

# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

---

## *Pratiques observées et déclarées : évaluation initiale 1996*

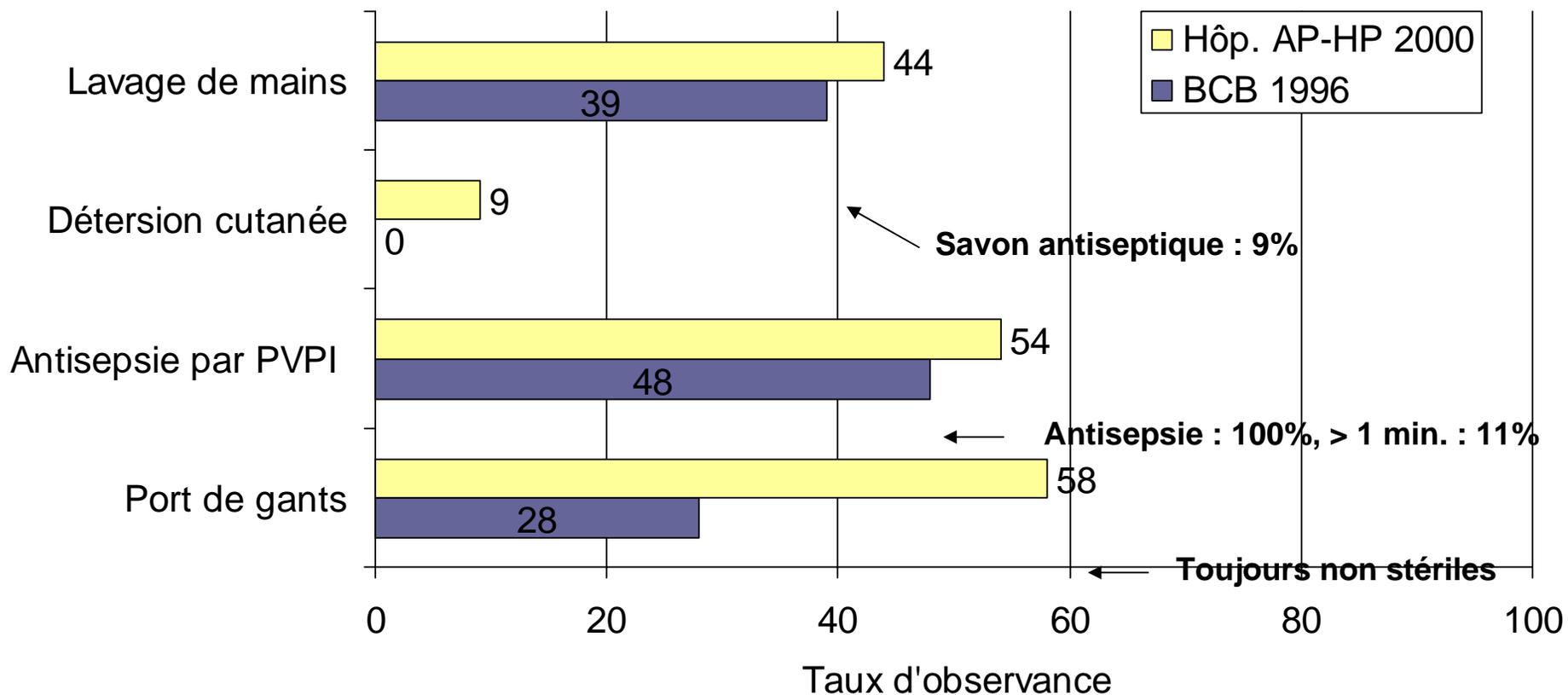
- **Evaluation des pratiques (pose et entretien)**
  - ✓ 52 poses de CVP observé
  - ✓ 62 pour l'entretien des lignes veineuses
- **Evaluation des connaissances (pose et entretien)**
  - ✓ 322 questionnaires distribués
  - ✓ 208 récupérés et évalués (taux de réponse : 64.5%)
- **Evaluation de la durée de maintien des CVP**
  - ✓ prévalence : 169 CVP inclus
  - ✓ rétrospectif : 246 CVP inclus



*Durée totale  
1 ETP  
8 mois*

# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

## Principaux résultats de l'audit de pose des CVP en 1996

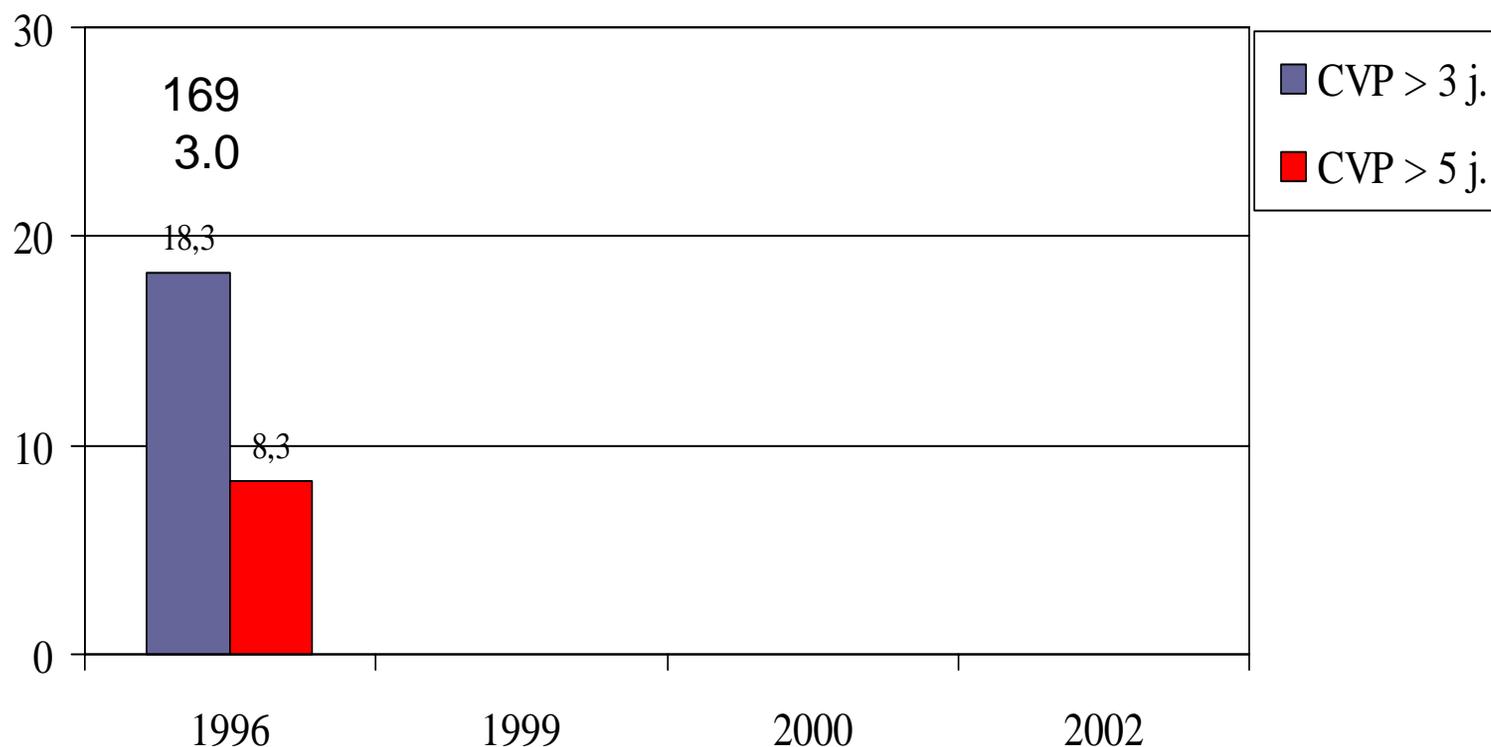


60% des IDE interrogées déclaraient ne pas connaître l'existence de recommandations écrites

# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

*Durée de maintien des CVP en 1996 : enquête de prévalence*

Durée moyenne : 3 jours (1 – 11 jours)



**Enquête rétrospective : 246 CVP, durée moyenne identique**

# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

## *Facteurs de risque de colonisation*

	Fréquence	RR (IC95%)	P
■ <b>1996</b> (313 CVP, taux de col. = 16%, bactériémie : < 1/1000 j.)			
- Durée > 3 j.	29%	2.11 (1.31-3.41)	0.002
- Pose hors du service	21%	2.57 (1.60-4.15)	0.0001
- ATB i.v. (effet protecteur)	66%	0.59 (0.35-0.93)	0.02
■ <b>1999</b> (302 CVP, taux de col.= 11%, bactériémie : < 1/1000 j.)			
- Durée > 3 j.	19%	3.16 (1.67-5.99)	0.0003
- Pose hors du service	26%	1.40 (0.70-2.75)	NS
- ATB i.v.	61%	0.61 (0.32-1.16)	NS

### ✿ **Autres points marquants**

- signes cliniques peu prédictifs et spécifiques de la colonisation
- rougeur = seul signe le plus souvent associé à la colonisation ; p = 0.06

# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

---

## *Méthode (1)*



- ✿ **Depuis 2000 : audit institué sur la durée de maintien**
- ✿ **Action ciblée sur un des facteurs de risque principaux**
- ✿ **Données recueillies :**
  - ✓ date, heure et service de pose (dossier de soins)
  - ✓ au site d'insertion : fixation du CVP, pansement (type, adhérence), inscription de la date de pose
  - ✓ pratiques déclarées (2 IDE/service) : antiseptie cutanée et déterision
- ✿ **Un des indicateurs de qualité en hygiène (conférence budgétaire annuelle)**
- ✿ **Peu chronophage :**
  - ✓ enquête 1 jour donné : hôpital entier
  - ✓ 10 à 15 auditeurs externes formés

# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

## Tableau de bord des indicateurs de qualité en hygiène

Excel - TDB\_BCB\_2008\_CVP\_uhlin AFGRIS

Édition Affichage Insertion Format Outils Données Fenêtre ? Tapez une question

100% Arial 8 G I S

Répondre en incluant des modifications... Terminer la révision...

**Nombre de CVP > 3j.**

TABLEAU DE BORD DE PILOTAGE DES PÔLES		BCB	Pôle chirurgie				CHIR A	CHIR B	CHIR C	CHIR D	CHIR
année 2008		2008	2007	2006	2005	Cible	2008	2007	2006		
<b>Lutte contre les infections nosocomiales</b>											
Nb	Nb acquisition SARM		91					28,0			
Nb	Nb acquisition BLSE							14,0			
<b>Respect recom. / cathéters veineux périph</b>											
Audit CVP 1 jr	Nb de cath. vein. Périph. Audités	202		178	176		46		41	15	5
%	Tx cath périph. > 3 jours	5,9		9	7,4		2,2		14,6	0	20
<b>Surveillance des bactériémies</b>											
Nb	Bactériémies / cath. périph.	6	6	10	10	0	1	3	2		1
<b>Surveillance des infections du site opératoire</b>											
Nb serv. oui et O/N	existence d'1 surveillance	6/7	6/7	6/7			5/5	5/5	5/5		

**Bactériémies à point de départ CVP**

# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

---

## Méthodes (2)

### ❁ Modifications des pratiques pour améliorer l'observance des recommandations :

- ✓ 1999 : inscription date de pose (pansement)
- ✓ 2000 : introduction des SHA (désinfection des mains)
- ✓ 2002 : introduction de la Betadine® alcoolique



### ❁ Surveillance des bactériémies nosocomiales depuis 2002 :

- ✓ évaluations des portes d'entrée avec référent médical
- ✓ interventions ciblées si bactériémies sur CVP



# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

## *Surveillance des bactériémies (BSN) : méthodologie (1)*

- ✿ **Avant 2002** : surveillance à partir du laboratoire selon protocole CCLIN Paris Nord (tous les deux ans, durant trois mois)
- ✿ **A partir de 2002** :
  - surveillance continue annuelle, porte d'entrée évaluée avec référent médical
  - 2003 : 2 nouveaux critères relevés « hémoculture significative » et « antibiothérapie
  - 2004 : introduction de l'indice de Mac Cabe
  - Janvier 2005 à juin 2006 : évaluation de « l'évitabilité » par enquête auprès d'un clinicien
    - selon échelle « **CCECQA** » :
      - ✓ 1,2 : certainement ou probablement « évitables » ,
      - ✓ 3,4 : « évitabilité » incertaine,
      - ✓ 5,6 : certainement ou probablement « non évitables »
    - critères utilisés pour coder l'évitabilité :
      - porte d'entrée retrouvée,
      - lien avec le soin : procédure invasive (CVC, CVP, SU), prise en charge (ATB, réfection d'un pansement ...)
      - facteurs de risque patient...
  - Puis validation finale par discussion contradictoire

# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

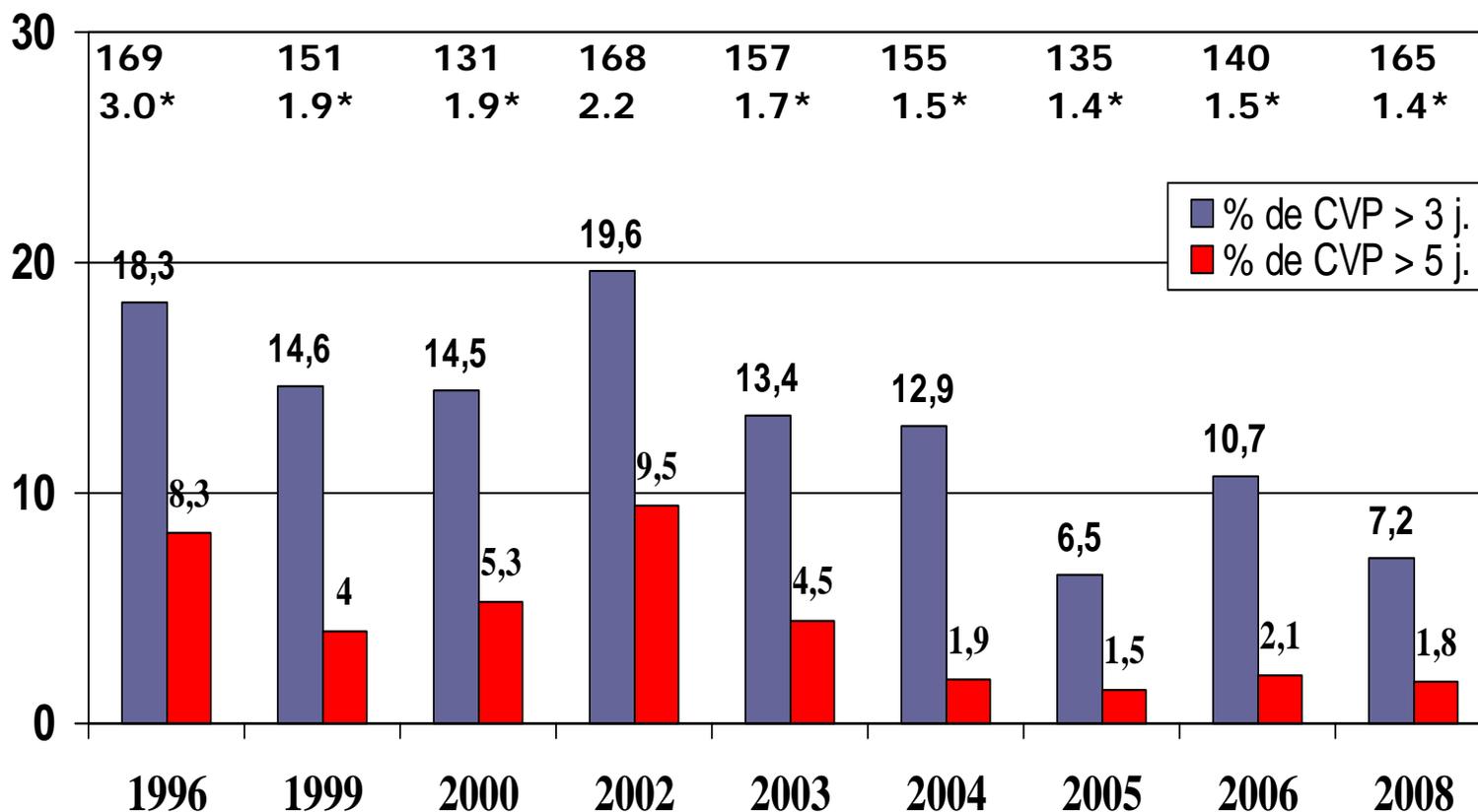
---

## *Surveillance des bactériémies (BSN) : méthodologie (2)*

- juillet 2006 : seules les **bactériémies significatives nosocomiales** sont suivies
- janvier 2006 : surveillance des infections sur KT de Canaud en hémodialyse par mesure du nombre de jours cathéter/an
- janvier 2008 : évaluation de l'antibiothérapie
  - ✓ antibiothérapie « adaptée » : en adéquation avec les recommandations en usage sur l'hôpital, en fonction des données cliniques et microbiologiques disponible le jour du rendu de l'examen direct
  - ✓ antibiothérapie « efficace » : au moins un antibiotique prescrit est actif sur l'antibiogramme de la bactérie isolée (a posteriori)

# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

## Résultat 1 : durée de maintien des CVP (hors réanimation)



\*Durée moyenne de cathétérisme en jours

## GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

### Résultats 2 : pratique au site de pose (hors réanimation)

	99	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2008
<b>CVP inclus</b>	151	135	143	169	154	144	152	<b>196</b>
<b>Fixation CVP (sous Pst)</b>	64	64%	55%	64%	67%	80%	79%	<b>87%</b>
<b>Protection Site pose</b>								
Pst.conforme	99%	91%	/	96%	98%	99%	94%	<b>96%</b>
Adhérence	99%	75%	69%	80%	89%	84%	90%	<b>92%</b>
<b>Date pose inscrite (Pst)</b>	<b>3%</b>	17%	19%	28%	51%	45%	49%	<b>65%</b>

## GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

### Résultats 3 : pratiques déclarées à la pose (hors réanimation)

	2004 (126 pers.)	2005 (89 pers.)	2006 (111 pers.)	2008 (137 pers.)
<b>Antiseptie cutanée</b>				
Alcool	13.4%	7.8%	9.0%	3.1%
Bétadine® alcoolique	64.0%	74.0%	68.4%	<b>82.8%</b>
Bétadine® dermique	18.0%	13.5%	18.0%	11.7%
Hibitane® champ	4.0%	3.3%	1.8%	0.8%
Autre				1.6%
<b>Détersion cutanée</b>				
Jamais		38.2%	36.0%	45.2%
Parfois		24.7%	28.0%	8.0%
Toujours		36.0%	36.0%	46.8%

# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

## Résultats 4 : surveillance des bactériémies

### Taux d'incidence des bactériémies

	2002 n= 477	2003 n= 561	2004 n= 611	2005 n=557	2006	2007	2008	2009
Nosocomiales	222 (46%)	224 (40%)	253 (41%)	236 (42%)	317	262	248	281
Incidence /1000 JH	0.75	0.76	0.93	0.97	1.21	0.97	0.91	1.06

L'incidence des bactériémies nosocomiales est variable sans qu'il y ait d'explications claires hormis la fermeture du SLD en 2006

# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

## Résultats 5 : porte d'entrée des bactériémies

Portes d'entrée (PE)	2002 (n=219)	2003 (n=226)	2004 (n=253)	2005 (n=236)	2006 (n=317)	2007 (n=262)	2008 (n=249)	2009 (n=281)
Site op.*	34	37	51	28	45	28	37	44
Urinaire	31	33	47	40	57	41	46	44
Pulmonaire	19	17	26	15	36	16	30	29
Abdominal	32	29	25	40	35	27	27	31
CVC	29	14	21	22	27	26	25	20
<b>CVP</b>	<b>23</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>5</b>
CI**	7	14	9	7	12	16	15	17
Autres KT	ND	ND	ND	ND	3	2	2	1
Cutané	10	17	11	11	17	11	11	15
Autres	34	50	48	63	75	89	50	75

\*Site opératoire, Cathéter veineux central, Cathéter veineux périphérique, \*\*Chambre implantable

- principales portes d'entrée des BSN : site opératoire, urines et cathéters
- BSN à point de départ CVC : 69/184 (38%) surviennent chez des patients de réanimation et 43/184 (23%) chez des patients de néphrologie
- Cette surveillance, en néphrologie, a permis de diminuer l'incidence des infections sur cathéter d'hémodialyse de 2.6 à 1.8/100 jours cathéter
- BSN à point de départ cathéter veineux périphérique : 23 à 5 par an sous l'effet conjoint de la surveillance et d'un audit annuel sur le CVP

# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

## Résultats 6 : surveillance des bactériémies

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Bact. significatives</b>	<b>477</b>	<b>561</b>	<b>611</b>	<b>557</b>	<b>392</b>	<b>284</b>	<b>360</b>	<b>432</b>
Bact. nosocomiales	222	224	253	235	214	262	248	281
<b>Porte d'entrée CVP</b>	<b>23</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>5</b>
<b>Germes en cause</b>								
<i>S. aureus</i>	13	3	8	5	5	2	2	5
S. coag. neg.	5	6	1	3	1		1	
Entérobactéries	3	3	4	2	2	2	1	
Autres BGN	2					1	1	
<i>P. aeruginosa</i>	1	3						
Autres	1		1	1	1	1	1	

# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

## Résultats 7 : évitabilité des bactériémies

De janvier 2005 à juin 2006, l'évitabilité a été étudiée sur 378 BSN dont 221 avec porte d'entrée retrouvée et liés aux soins

	KT	Urines	Site Op.	Poumon	Abdo-minale	Cutanée	Autres	Total
Nombre évaluées	73	49	45	21	16	10	7	221
Évitables	48	9	6	1	1	3	0	68
Évitab.incertaine	23	27	27	14	2	4	2	99
Non évitables	2	13	12	6	13	3	5	54

- 68/378 bactériémies sont évaluées comme étant certainement ou probablement « évitables »,
  - ✓ 48 sont liées à un cathéter (71%),
  - ✓ 17/68 surviennent chez des patients Mac Cabe = 0
- 99/378 des BSN (26%) sont difficiles à évaluer (évitabilité « incertaine »)
- 211/378 des BSN (56%) sont évaluées comme étant « non évitables » ou sans porte d'entrée retrouvée ou non liées au soin

# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

## *Gestion du risque infectieux et EPP*

### • **La démarche répond à la définition d'une EPP**

- ✓ analyse de la pratique professionnelle
- ✓ en référence à des recommandations
- ✓ selon une méthode validée (HAS)

### • **Elle comprend**

- ✓ la mise en œuvre d'actions d'améliorations
- ✓ un plan de suivi des actions entreprises : évaluation annuelle et mise en place d'indicateur

### • **Le choix du thème est justifié**

- ✓ gestes de soin très fréquent
- ✓ pratiques qui concernent tous les secteurs et plusieurs catégories professionnelles
- ✓ facteurs de risque de survenue de l'infection connus :
  - qualité de la pose
  - qualité de la manipulation et de l'entretien
- ✓ possibilité d'améliorer les pratiques : formation, réactualisation de protocole, réflexion sur l'antisepsie, traçabilité
- ✓ majorité d'infections évitables par l'application des mesures préventives

Validation par l'HAS en  
2007 comme EPP médicale

# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

---

## *Conclusion (1)*

- ✿ **La démarche est prolongée (début en 1996) : impact tardif**
- ✿ **L'enquête de prévalence annuelle :**
  - ✓ outil de recueil de donnée simple
  - ✓ lors de l'enquête : échanges et sensibilisation dans les services
- ✿ **Autres éléments déterminants :**
  - ✓ information large dans l'hôpital (IFSI, ...)
  - ✓ adaptation des mesures préventives
  - ✓ restitutions des résultats : analyse globale et par service
  - ✓ utilisation de la durée de pose comme indicateur de qualité
  - ✓ courrier personnalisé pour chaque bactériémie sur CVP (2002)
- ✿ **insister sur d'autres points critiques**
  - ✓ préparation cutanée : déterision et antiseptie
  - ✓ importance de la traçabilité : changement des CVP à 3 jours

# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

---

## *Conclusion (2)*

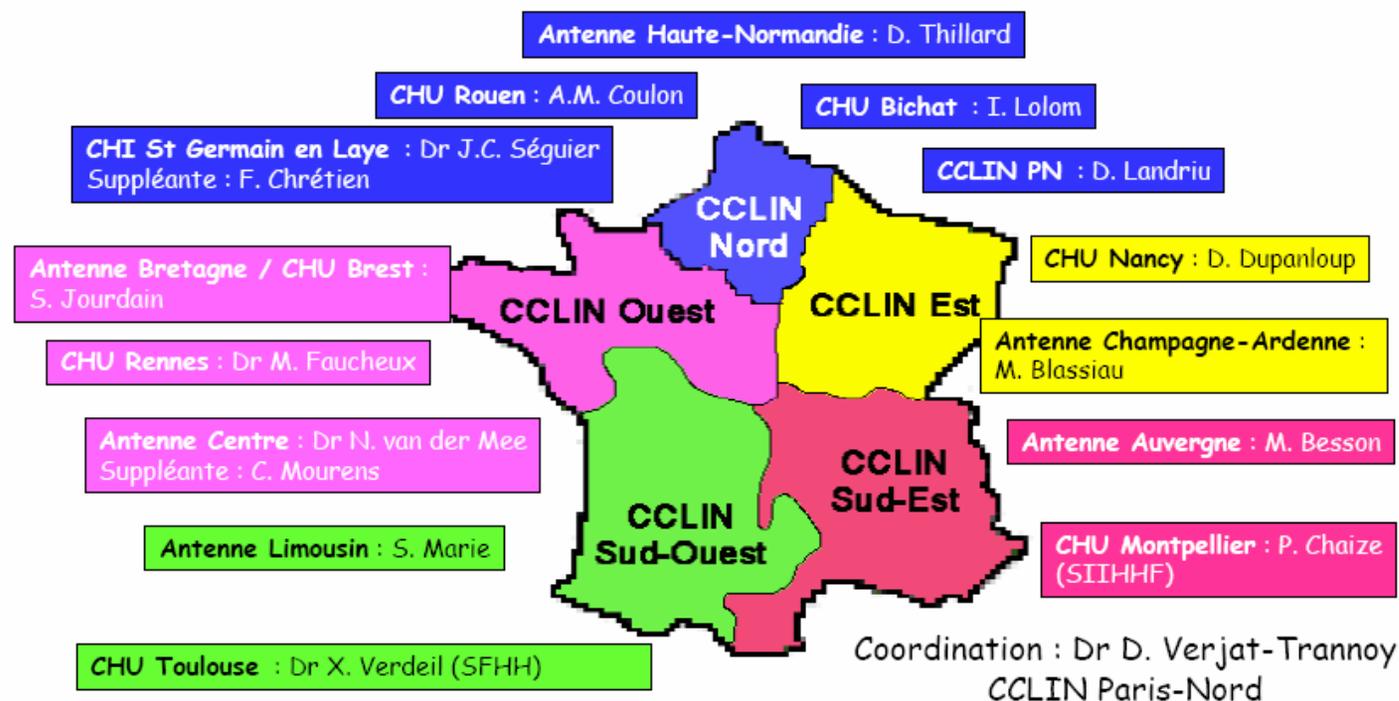
### ✿ Surveillance des bactériémies

- outil complémentaire aux évaluations de pratiques
- permet de cibler les actions à entreprendre
- outil efficace pour la mise en œuvre d'une politique d'hygiène et de bon usage des antibiotiques
- Intérêt du dialogue hebdomadaire avec les médecins référents pour les impliquer dans la démarche de réflexion sur la qualité des soins

### ✿ Démarche à poursuivre : enquête nationale CVP 2009 / 2010

# AUDIT NATIONAL SUR LA POSE ET L'ENTRETIEN DES CATHETERS VEINEUX PERIPHERIQUES

- 3<sup>ème</sup> outils d'évaluation des pratiques développés par le GREPHH (groupe de travail inter CCLIN)
- Groupe de travail CVP coordonné par Delphine Verjat-Trannoy, CCLIN Paris Nord



# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

*Une thématique nationale 2009 - 2012*

---

## ✿ Evolution réglementaire :

- E.P.P : recommandations de l'HAS
- Indicateur de qualité : programme national (objectifs quantifiés)

## Programme PILS 2009 – 2012 : objectifs nationaux

### AMELIORER LA PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX ACTES INVASIFS

- Entre 2008 et 2012, l'incidence des bactériémies associées aux cathéters veineux centraux (CVC) et cathéters veineux périphériques a diminué de 50% et est inférieure à 1/1000 jours pour les cathétérismes veineux centraux

## Programme PILS 2009 – 2012 : objectifs locaux

### AMELIORER LA PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX ACTES INVASIFS

- En 2012, 100 % des établissements de santé ont un protocole de gestion et soins des voies veineuses périphériques qui fait l'objet d'évaluation régulière
- 100% des établissements de santé mettent en œuvre des outils d'évaluation des pratiques professionnelles portant sur la gestion du risque infectieux

## ✿ Demande du terrain d'outils d'évaluation

# AUDIT NATIONAL SUR LA POSE ET L'ENTRETIEN DES CATHETERS VEINEUX PERIPHERIQUES

## *Historique des textes CVP*

**Juin 1998** : Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Evaluation de la qualité de la pose et de la surveillance des **cathéters veineux courts**, ANAES

**2005** :

- **Programme national 2005-2008** de lutte contre les infections nosocomiales : développement de l'évaluation des pratiques professionnelles (pratiques avec impact sur le risque infectieux)
- Recommandation n° 61 du guide « Prévention des infections liées aux CVP » de la SFHH : « **évaluer régulièrement les pratiques des professionnels chargés de la pose et l'entretien des CVP** »

**Avril 2007** : Critères de qualité SFHH/HAS pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles : **pose et entretien des CVP**

**2009** : **Programme national 2009-2012** de prévention des infections associées aux soins : priorité à la réduction des infections associées aux **dispositifs intra-vasculaires**



# AUDIT NATIONAL SUR LA POSE ET L'ENTRETIEN DES CATHETERS VEINEUX PERIPHERIQUES

## Objectifs et référentiels utilisés

### Objectifs :

- ✓ mesurer l'application des bonnes pratiques
- ✓ Sensibiliser le personnel aux recommandations en vigueur

### Référentiels :

**HAS/SFHH 2005** : recommandations spécifiques pour le CVP (consensus d'expert et notion de niveau de preuve)

**SFHH 2007** : guide de bonnes pratiques de l'antisepsie chez l'enfant

**HAS/SFHH 2007** : critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles (pose et entretien des CVP)

[www.sfh.net](http://www.sfh.net)



# AUDIT NATIONAL SUR LA POSE ET L'ENTRETIEN DES CATHETERS VEINEUX PERIPHERIQUES

## Méthodologie (1)

- Enquête proposée par les CCLIN du 1<sup>er</sup> octobre 2009 au 31 mars 2010
- Outils validés et testés
- 3 volets (au choix) :

Audit documentaire



Présence  
Contenu  
Accessibilité

Audit des pratiques



Observation  
Auto évaluation

Audit documentaire

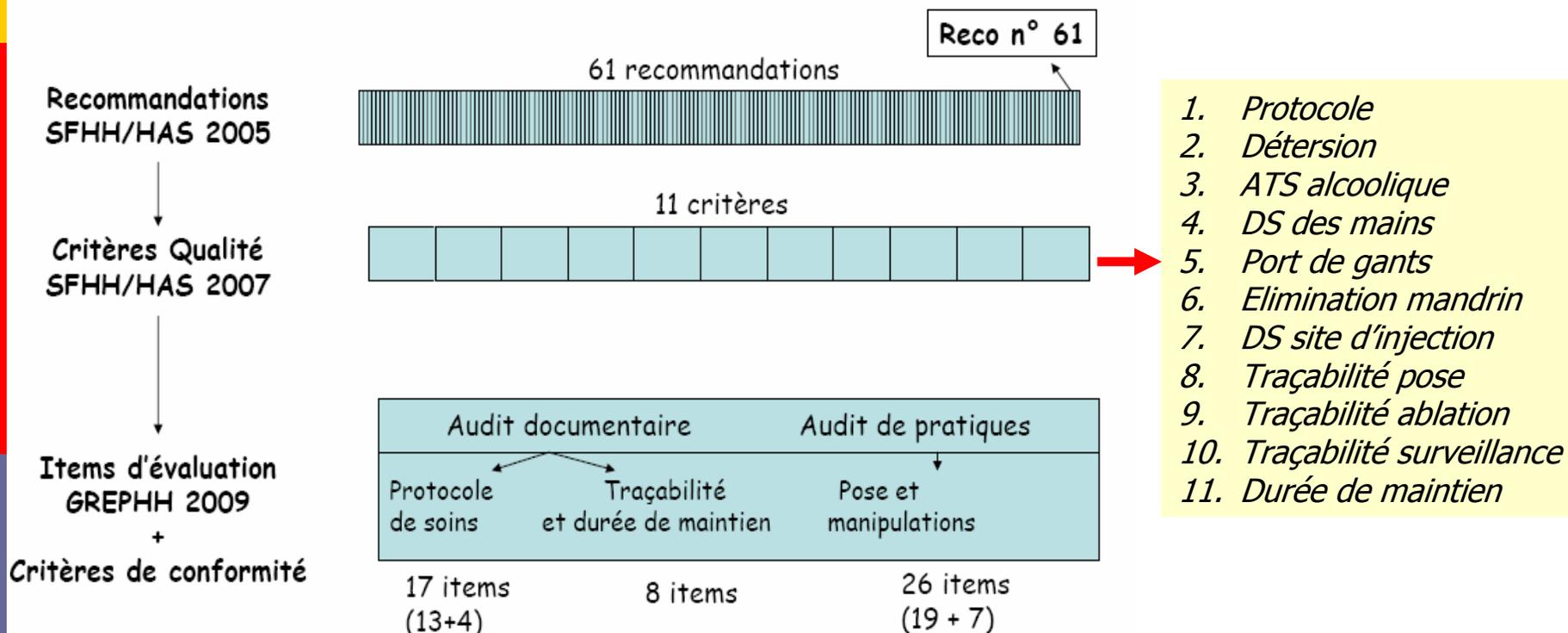


Enquête de prévalence  
1 jour donné

Comparaison au recommandations nationales

# AUDIT NATIONAL SUR LA POSE ET L'ENTRETIEN DES CATHETERS VEINEUX PERIPHERIQUES

## Méthodologie : item des évaluations



# AUDIT NATIONAL SUR LA POSE ET L'ENTRETIEN DES CATHETERS VEINEUX PERIPHERIQUES

D. Verjat-Trannoy et al. SFHH 2010

## Taux de participation

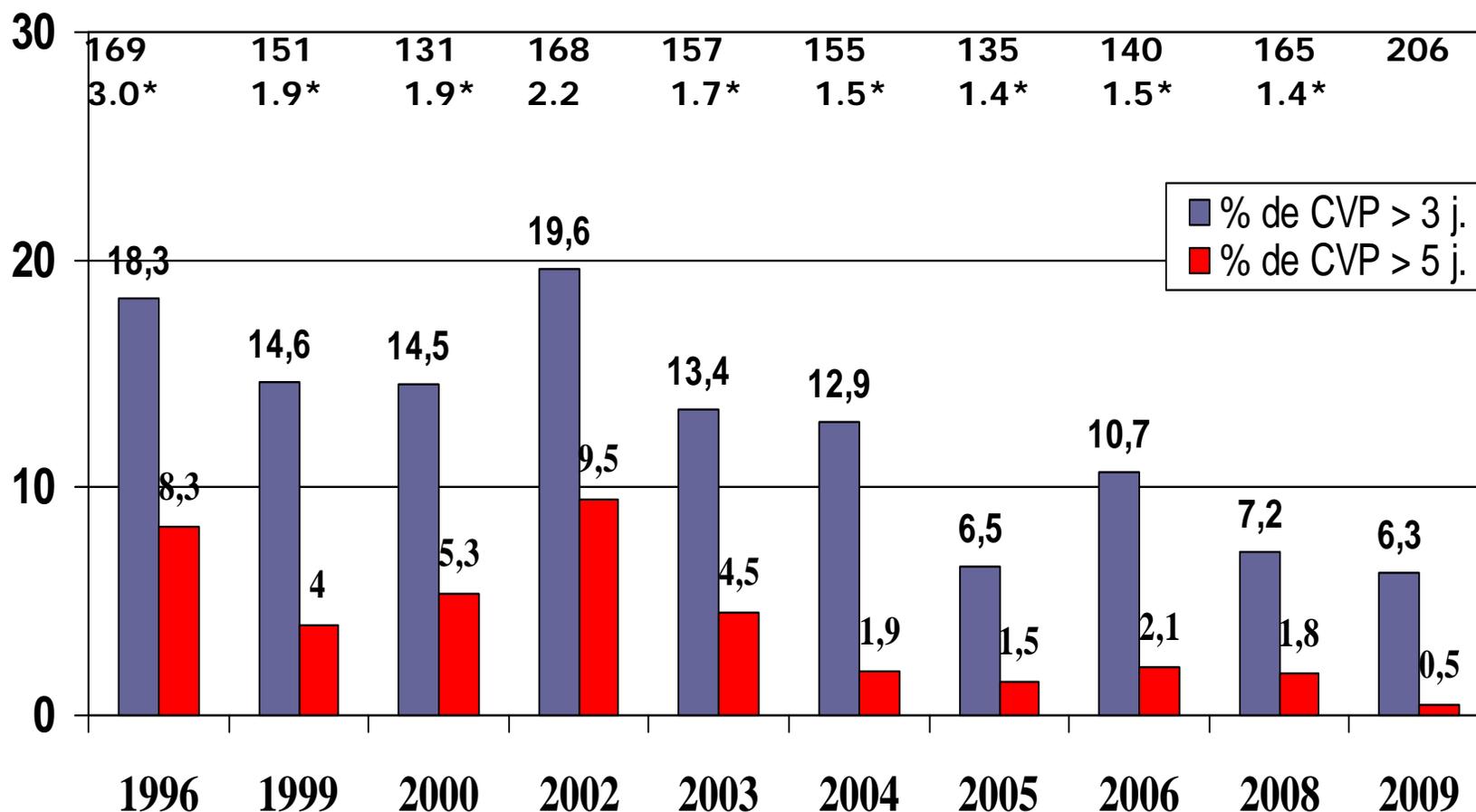
- ✿ Nombre d'établissements analysés : **920**
  - ✿ Nombre de services analysés : **8255**
  - ✿ Protocole : **902 protocoles étudiés**
  - ✿ Pratiques
    - ✓ 46 529 poses évaluées
    - ✓ 40 933 manipulations évaluées
  - ✿ Traçabilité : **29 646 CVP évalués**
- }- observation : 1/3  
}- auto-évaluation : 2/3

## Calendrier de restitution

- ✿ Données préliminaires présentées SFHH 2010
- ✿ Rapport détaillé en cours (diffusion fin 2010 – début 2011)
- ✿ Document d'aide rédigé pour passage de l'audit à l'EPP
- ✿ Comparaison des données avec étude SFHH : « *Identification des freins à l'application des recommandations de bonnes pratiques : CVP* »

# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

*Résultat 2009 : durée de maintien des CVP*



\*Durée moyenne de cathétérisme en jours

# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIÉ AUX CVP : évaluation du risque, des pratiques et indicateur de suivi des actions

---

## *Conclusion générale*



**Rien n'est acquis !!!**

- La prise de conscience des professionnels du risque lié aux CVP est récente
- Le choix des éléments de la surveillance doivent être réfléchis : bactériémies, durée d'exposition au risque, observation des pratiques professionnelles ou audit ciblé sur un facteur de risque, incidence ou prévalence : les outils d'évaluation doivent être discutés localement
- L'évaluation du risque (infectieux et/ou des pratiques) est une démarche nécessaire à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
- L'amélioration des connaissances est nécessaire mais n'est pas suffisante pour changer les attitudes et comportement