

AUDIT DES PRATIQUES

CATHETERS VEINEUX PERIPHERIQUES

RESULTATS 2009-2010

RAPPORT INTER-REGION EST

Octobre 2010

ELABORATION DE LA METHODOLOGIE ET DE L'OUTIL NATIONAL DU GREPHH

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, SIIHHF
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 Faucheux, 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, 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

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).

EXPLOITATION DES RESULTATS DE L'INTERREGION EST

Sandrine MARIANI

REDACTION DU RAPPORT INTERREGIONAL

Dr Loïc SIMON, C.CLIN Est

Nathalie JOUZEAU, C.CLIN Est

RELECTURE

Marie-Thérèse CLAUDEPIERRE, Isabelle VARNIER

RESUME/DISCUSSION

Entre le 01 octobre 2009 et le 30 mars 2010, les établissements de santé (ES) ont été sollicités à l'échelon national pour participer à un audit portant sur les cathéters veineux périphériques (CVP). Cet audit s'intéressait à la pose et la manipulation des CVP.

Cet audit fait partie du programme d'évaluation des pratiques développé par le Groupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière (GREPHH). C'est donc sur la base d'une méthodologie commune élaborée par un groupe de professionnels et reposant sur un référentiel «Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques» créé par la Société Française d'Hygiène Hospitalière, avec le soutien de la Haute autorité de santé (HAS), édité en novembre 2005, ainsi que sur les critères qualité de 2007 publiés également par la SFHH que les ES ont pu réaliser cette évaluation.

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

La méthodologie proposée et retenue par le GREPHH a été l'étude du protocole de soins en vigueur dans l'établissement, l'observation directe ou l'autoévaluation des poses et manipulations, l'évaluation de la traçabilité des actes et la durée de maintien du CVP.

Dans l'inter région Est, **29% (120/410) des établissements ont participé à l'audit** et renvoyé leurs données au C.CLIN Est. 93% (112/120) des établissements ont réalisé l'ensemble des évaluations (protocole ES, protocole utilisé dans le service, évaluation de la pose, évaluation des manipulations, traçabilité et durée de maintien).

La méthode la plus fréquemment utilisée a été l'autoévaluation (67% des poses) suivie par l'observation (33% des poses).

Il est important de souligner que 98% (113/115) des structures participantes ont un protocole Etablissement validé par les instances en charge de la prévention des infections nosocomiales.

L'évaluation de la préparation du site d'insertion était proposée dans cet audit. **Il faut rappeler que, seule une procédure en 4 temps, était préconisée et recommandée chez l'adulte (recommandations SFHH 2005/ CQ 2007) au moment de la création du document d'évaluation alors que les Recommandations récemment diffusées: « Surveiller et prévenir les Infections Associées aux Soins », (SFHH, Ministère de la Santé et des Sports, Haut Conseil de la Santé Publique, Septembre 2010) recommandent pour les CVP dont la pose est de courte durée et en présence d'une peau visuellement propre, la possibilité de réaliser une préparation cutanée par deux applications successives d'un antiseptique alcoolique suivi d'un séchage complet (R112).**

Considérer comme inadéquate toute mise en place de cathéter veineux périphérique au cours de laquelle l'existence des 4 temps n'est pas rapportée serait excessif. A l'inverse, considérer systématiquement que

toutes les poses de cathéter veineux périphérique au cours desquelles la préparation du site s'est faite en deux temps est conforme serait aussi un raisonnement erroné.

Lors de cet audit, 41 % des poses renseignées chez l'adulte utilisent la procédure en 4 temps. Les infirmiers (46%) suivis des sages-femmes (33%) et des manipulateurs de radiologie (33%) sont les trois catégories professionnelles qui utilisent le plus largement cette procédure.

La procédure en deux temps (double application d'un même antiseptique alcoolique) concerne 35 % des poses renseignées. A noter que 83% des poses se rapportant à cette catégorie font l'usage d'un antiseptique faiblement alcoolisé.

La conformité globale des bonnes pratiques d'hygiène de la pose qui comprend la déterision de la peau, l'utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie, la désinfection des mains avant l'insertion et la pose de pansement stérile après insertion s'élève à 18%.

On peut supputer que l'application des nouvelles recommandations de septembre 2010 aurait permis de faire progresser la conformité d'un plus grand nombre de poses.

Néanmoins, il est important de souligner que dans cet audit 92% des CVP posés chez les adultes ont une durée de pose inférieure ou égale à 4 jours se rapprochant au plus près des recommandations en vigueur.

La traçabilité de la date de pose du CVP dans le dossier patient est de 85 % quand ce dernier est posé dans le service alors qu'elle est de 51% lorsque celui-ci a été posé dans un autre établissement. La conformité globale de la traçabilité (cathéters posés depuis au moins 24 h et pour lesquels la date de pose et la surveillance clinique quotidienne sont tracées) s'élève à 35%.

Ce premier audit proposé sur le thème des CVP a suscité une belle mobilisation des équipes. La présence d'un protocole dans les établissements souligne l'implication des hygiénistes dans les structures ; néanmoins certaines étapes du protocole, au vu des résultats de l'audit, sont à explorer. Une analyse plus fine, par spécialités par exemple, permettrait peut-être de cibler au mieux les actions à engager, les mesures d'amélioration à mettre en place.

Sigles et abréviations

ATS : Antiseptique

CH/CHG : Centre Hospitalier / Centre Hospitalier Général

CHR/CHU : Centre Hospitalier Régional / Centre Hospitalier Universitaire

CHS/Psy : Centre Hospitalier Spécialisé

CQ : Critère de Qualité

CVP : Cathéter Veineux Périphérique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ES : Etablissement de Santé

GREPHH : Groupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière

PSPH : Participant au Service Public Hospitalier

SSR/SLD : Soins de Suite et de Réadaptation / Soins de Longue Durée

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
METHODOLOGIE.....	7
I. DESCRIPTION DES ETABLISSEMENTS PARTICIPANTS	8
II. DESCRIPTION DES SERVICES AUDITES	10
III. DESCRIPTION DES EVALUATIONS REALISEES.....	11
IV. RESULTATS DES EVALUATIONS	12
IV.1. PROTOCOLE ETABLISSEMENT (N = 120).....	12
IV.2. PROTOCOLE UTILISE DANS LES SERVICES (N = 1173 SERVICES).....	14
IV.3. TRAÇABILITE ET DUREE DE MAINTIEN	15
<i>IV.3.1. Analyse de la traçabilité.....</i>	<i>16</i>
<i>IV.3.2. Analyse de la durée de maintien.....</i>	<i>18</i>
IV.4. POSES DE CATHETERS VEINEUX PERIPHERIQUES	19
<i>IV.4.1. Préparation cutanée du site d'insertion.....</i>	<i>21</i>
<i>IV.4.2. Insertion du cathéter.....</i>	<i>30</i>
IV.5. MANIPULATIONS DES CATHETERS VEINEUX PERIPHERIQUES.....	33
ANNEXE A : ANALYSE DES CRITERES DE QUALITE PAR CATEGORIES D'ETABLISSEMENTS	39
ANNEXE B : ANALYSE DES CRITERES DE QUALITES PAR SPECIALITE DES SERVICES.....	41
ANNEXE C : ANALYSE DES CRITERES DE QUALITE PAR METHODES D'EVALUATION ET PAR STATUT DE L'AUDITE	43
ANNEXE D : EVALUATION DU LIEN ENTRE PROTOCOLE ET PRATIQUES	44
ANNEXE E : POSTERS DE SYNTHESE DE L'INTER-REGION EST ET PAR REGION	45
ANNEXE F : ANALYSE DES DONNEES MANQUANTES	57
ANNEXE G : LISTE DES ETABLISSEMENTS PARTICIPANTS.....	59

Introduction

Contexte

Après la **préparation cutanée de l'opéré** (audit « POP ») et l'**hygiène des mains** (audit « HYGMAIN »), les **cathéters veineux périphériques** constituent le 3ème 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. 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 oeuvre 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 2009-2013 avec la priorité à donner à la réduction des infections associées aux dispositifs intra vasculaires.

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.

I TYPE D'AUDIT

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

- un audit documentaire pour l'étude du **protocole de soins**
- 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.

Pour l'audit des pratiques, deux méthodes étaient 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 l'étude de la traçabilité et de la durée de maintien, une enquête un jour donné de type prévalence a été proposée. La maintenance (ou entretien) était évaluée sur un seul critère qui est la «durée de maintien» du cathéter.

II CHAMPS D APPLICATION

Tous les établissements de santé quels que soient leur statut, leur catégorie.

Tous les services, pôles ou Unité Fonctionnelle.

III CRITERES D INCLUSION

Population étudiée :

Tous les professionnels susceptibles de poser des cathéters veineux périphériques, soit :
les infirmières, les infirmières spécialisées (IADE, puéricultrices, IBODE), les médecins et internes, les sages-femmes, les manipulateurs en radiologie, les étudiants en médecine, les étudiants infirmiers, les étudiants sages-femmes, les étudiants manipulateurs en radiologie.

Fiches : Protocole de soins / Poses et manipulations :

Hospitalisation continue, de jour ou de nuit, plateau technique, médecine d'urgence pré hospitalière, hospitalisation à domicile (HAD).

Fiche : Traçabilité et durée de maintien :

Uniquement les services d'hospitalisation.

IV SITUATIONS A OBSERVER

Poses de cathéters veineux périphériques : toutes les poses de cathéters.

Manipulations : uniquement les manipulations de lignes veineuses à distance de la pose, c'est-à-dire indépendantes de la pose (2ème, 3ème soin...).

I. Description des établissements participants

Sur l'ensemble de l'inter région Est, 29,3% des établissements inscrits ont participé à l'audit des pratiques « Cathéters Veineux Périphériques 2009/2010 » ; 120 établissements ont participé à l'enquête de l'inter région Est 2009/2010.

Dans le rapport national de l'audit Cathéter Veineux Périphériques 2009/2010, seulement 118 établissements ont été intégrés dans l'analyse des données. Deux établissements ont envoyé leurs données avec du retard.

Tableau 1 : Catégorie des établissements participants (N = 120)

Catégorie	Nombre total d'ES de l'inter-région Est	Nombre d'ES participant (%)	% de chaque catégorie
CHR/CHU	7	6 (5.0)	85.7
CH/CHG	79	51 (42.5)	64.6
CHS/Psy	28	0 (0.0)	0.0
Hôpital local (HL)	80	9 (7.5)	11.2
Clinique MCO	88	43 (35.8)	48.9
Hôpital d'instruction des armées (HIA)	1	1 (0.8)	100.0
SSR/SLD	89	5 (4.2)	5.7
Centre de lutte contre le cancer (CLCC)	4	3 (2.5)	75.0
Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	6	0 (0.0)	0.0
Hospitalisation à domicile (HAD)	5	0 (0.0)	0.0
Autre	23	2 (1.7)	8.7
Total	410	120 (100.0)	29.3

Remarque : même si l'audit était ouvert aux EHPAD, la faible fréquence d'utilisation des CVP dans ce type d'établissement explique probablement l'absence de participation à cet audit.

Tableau 2 : Répartition des établissements participants par région (N = 120)

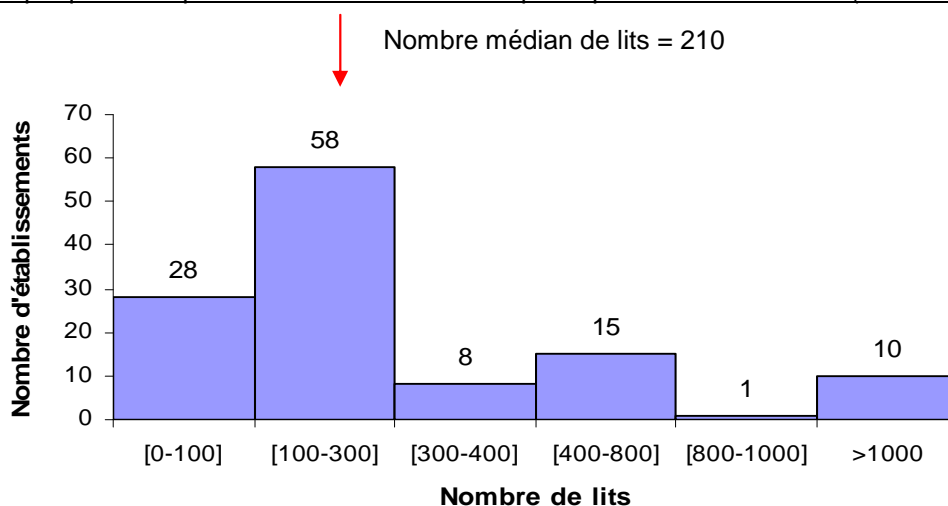
Région	Nb d'ES total *	Nb d'ES participant à l'audit	% d'ES participants dans la région
Alsace	103	22	21.4
Bourgogne	99	27	27.3
Champagne-Ardenne	50	20	40.0
Franche-Comté	46	15	32.6
Lorraine	112	36	32.1
Total	410	120	29.3

* Source : annuaire du CCLIN-Est en 2009

Tableau 3 : Statut des établissements participants (N = 120)

Statut	Effectif	%
Public	69	57.5
Privé	33	27.5
PSPH	18	15.0
Total	120	100.0

Graphique 1 : Répartition des établissements participants selon leur taille (N = 120)



Evaluations réalisées

La taille de l'échantillon demandé était de 30 poses et 30 manipulations par établissement. Le respect de ce principe n'a été possible que pour certains établissements (tableau 4).

Tableau 4 : Nombre d'actes évalués par les établissements en fonction de leur catégorie

Catégorie d'établissement	Taux d'établissements par catégorie ayant évalué :			
	au moins 30 poses (nb étab = 120)		au moins 30 manipulations (nb étab = 118)	
	Effectif	%	Effectif	%
CHR/CHU	6	100.0	6	100.0
CH/CHG	44	86.3	40	80.0
HL	0	0.0	0	0.0
Clinique MCO	34	79.1	32	74.4
HIA	1	100.0	1	100.0
SSR/SLD	0	0.0	0	0.0
CLCC	3	100.0	3	100.0
Autre	1	50.0	0	0.0
Total	89	74.2	82	69.5

II. Description des services audités

Tableau 5 : Spécialité des services audités (N = 1173)

Services	Effectif	%
Bloc opératoire – SSPI	101	8.6
Chirurgie	242	20.6
EHPAD *	14	1.2
Endoscopie	8	0.7
Explorations fonctionnelles	2	0.2
Gynécologie – Maternité – Obstétrique	65	5.6
Hospitalisation à domicile (HAD)	6	0.5
Imagerie - Radiologie	52	4.4
Médecine (dont court séjour gériatrique)	328	28.0
Médecine nucléaire	8	0.7
Néonatalogie – Réanimation néo-natale**	17	1.4
Pédiatrie **	38	3.2
Psychiatrie	5	0.4
Réanimation – Unité de soins intensifs (USI) – Unité de surveillance continue (USC)	88	7.5
SMUR, SAMU, ... (médecine d'urgence pré-hospitalière)	5	0.5
Soins de longue durée (SLD)	26	2.2
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	69	5.9
Urgences – Services porte	66	5.6
Autre	33	2.8
Total	1173	100.0

**la pose de CVP est peu fréquente en EHPAD **enfants exclusivement*

III. Description des évaluations réalisées

Tableau 6 : Répartition des établissements selon le type d'évaluation effectuée (N = 120)

Type d'évaluation	Nombre d'établissements	% d'établissements participant
Protocole ES	120	100.0
Protocole utilisé dans le service	120	100.0
Evaluation de la pose	120	100.0
Evaluation des manipulations	118	98.3
Traçabilité et durée de maintien	112	93.3

93.3% (112/120) des ES ont réalisé l'ensemble des évaluations.

Tableau 7 : Répartition des services selon le type d'évaluation effectuée (N = 1173)

Type d'évaluation	Nombre de services	% de services participant
Protocole utilisé dans le service	1 173	100.0
Evaluation de la pose	999	85.2
Evaluation des manipulations *	925	78.9
Traçabilité et durée de maintien *	608	51.8

**Des pourcentages plus faibles sont observés pour les manipulations et la traçabilité mais tous les services n'étaient pas concernés par ces évaluations. En effet, certains services ne font que de la pose de CVP (CVP posés pour une durée courte, pas de manipulations à distance) et certaines spécialités étaient exclues de l'évaluation de la traçabilité (secteurs où CVP posés pour moins de 24h).*

40.8% (478/1173) des services ont réalisé l'ensemble des évaluations.

Tableau 8 : Répartition des actes en fonction de la méthode d'évaluation utilisée

Méthode d'évaluation	Poses		Manipulations	
	Effectif	%	Effectif	%
Observation	2 456	33.3	2 291	35.3
Auto-évaluation	4 916	66.7	4 196	64.7
Total	7 372	100.0	6 487	100.0

IV. Résultats des évaluations

AUDIT DOCUMENTAIRE

PROTOCOLE



IV.1. PROTOCOLE ETABLISSEMENT (N = 120)

Existence d'un protocole ES

Résultat CQ : 95.8% des établissements ont un protocole Etablissement (harmonisé et standardisé) (115/120).

Type de protocole ES

Tableau 9 : Orientation du protocole ES (N = 115 protocoles renseignés)

Orientation	Nombre de protocoles	%
Adulte	68	59.1
Pédiatrique	1	0.9
Mixte (adulte et enfants)	46	40.0
Total	115	100.0

99.1% des protocoles concernent les adultes (59.1% strictement adultes, 40.0% mixtes). Un seul protocole évalué est à orientation pédiatrique.

Validation du protocole ES

98.3% des établissements ont un protocole ES validé par les instances en charge de la prévention des infections nosocomiales (113 protocoles validés/115 établissements ayant un protocole).

Contenu du protocole ES

Présence des items concernant les adultes dans les protocoles adultes et mixtes (10 items)

Tableau 10 : Répartition des ES en fonction du nombre d'items conformes aux critères de qualité parmi ceux possédant un protocole « adulte » ou « mixte » (N = 114 établissements)

Nombre d'items conformes	Effectif	%
0/10	0	0
1/10	0	0
2/10	0	0
3/10	1	0.9
4/10	5	4.3
5/10	14	12.3
6/10	12	10.5
7/10	15	13.2
8/10	18	15.8
9/10	18	15.8
10/10	31	27.2
Total	114	100.0

Case surlignée : respect des recommandations en vigueur

Résultat CQ :

Cas des ES avec protocole « adulte » ou « mixte » : 27.2% des établissements avec protocole adulte ou mixte ont un protocole totalement conforme aux 10 critères de qualité (31/114).

Tableau 11 : Conformité du protocole Etablissement en fonction de l'item évalué renseigné quand protocole « adulte » ou « mixte » existe (N = 114 établissements)

Items évalués	Recommandation CVP 2005 ou autre texte de référence	Niveau de recommandation	Nombre de protocoles conformes /Nombre total de protocoles	% de protocole respectant les items
Détersion de la peau	R16	B2	108 / 113	95.6
Utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie	R18	B1/B3	91 / 113	80.5
Désinfection des mains avant insertion	R12	A1	80 / 114	70.2
Port de gants pour l'insertion	R13	A Réglementaire	107 / 114	93.9
Elimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité	Circulaire 1998	-	92 / 114	80.7
Désinfection du site d'injection avec compresses stériles et ATS alcoolique ou alcool 70°	R36	B2	74 / 113	65.5
Traçabilité de la date de pose	R26	B3	111 / 114	97.4
Traçabilité de la date d'ablation	R26	B3	66 / 114	57.9
Traçabilité de la surveillance clinique quotidienne	R45	A3	59 / 113	52.2
Durée de maintien inférieure ou égale à 4 jours	R49	B2	98 / 114	86.0

Présence des items concernant les enfants dans les protocoles pédiatriques et mixtes (7 items)

Tableau 12 : Répartition des ES en fonction du nombre d'items conformes aux critères de qualité parmi ceux possédant un protocole « pédiatrique » ou « mixte » (N = 47 établissements)

Nombre d'items conformes	Effectif	%
0/7	0	0.0
1/7	0	0.0
2/7	1	2.1
3/7	7	14.9
4/7	8	17.0
5/7	7	14.9
6/7	9	19.1
7/7	15	31.9
Total	47	100.0

Case surlignée : respect des recommandations en vigueur

Résultat CQ :

Cas des ES avec protocole « pédiatrique » ou « mixte » : 31.9% des ES avec protocole pédiatrique ou mixte ont un protocole conforme aux 7 critères de qualité qui concernent les enfants (15/47).

Le résultat CQ relatif au protocole chez l'enfant n'est calculé que sur 7 items. En effet, sur les 10 items définis au départ comme base de l'évaluation, 3 d'entre eux ne s'appliquent pas de façon systématique chez les enfants :

- d'autres techniques que le savonnage sont autorisées pour la préparation cutanée avant pose de CVP
- la possibilité d'utiliser des antiseptiques alcooliques dépend de la formulation des produits et de l'âge de l'enfant
- les CVP peuvent être posés pour des durées supérieures à 4 jours.

Tableau 13 : Conformité du protocole Etablissement (pédiatrique) en fonction de l'item évalué dans les protocoles « pédiatrique » et « mixte » (N = 47 protocoles)

Items évalués	Recommandation CVP 2005 ou autre texte de référence	Niveau de recom- mandation	Nombre de protocoles conformes /Nombre total de protocoles	% de protocoles respectant les items
Désinfection des mains avant insertion	R12	A1	35 / 47	74.5
Port de gants pour l'insertion	R13	A réglementaire	45 / 47	95.7
Elimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité	Circulaire 1998	-	37 / 47	78.7
Désinfection du site d'injection avec compresses stériles et ATS alcoolique ou alcool 70	R36	B2	32 / 46	69.6
Traçabilité de la date de pose	R26	B3	46 / 47	97.9
Traçabilité de la date d'ablation	R26	B3	30 / 47	63.8
Traçabilité de la surveillance clinique quotidienne	R45	A3	24 / 45	53.3

IV.2. PROTOCOLE UTILISE DANS LES SERVICES (N = 1173 SERVICES)

Un protocole existe dans 95.9% des services (1125/1173) et est accessible dans 96.5% des situations (1086/1125).

Présence du protocole Etablissement dans les services

Dans 98.3% de ces services ayant un protocole, il s'agit du protocole Etablissement (1106/1125).

Résultat CQ : Le protocole ES est présent et accessible dans 95.0% des services audités (1069/1125).



IV.3. TRAÇABILITE ET DUREE DE MAINTIEN

Cette partie de l'audit a été évaluée par 112 établissements pour un nombre total de 608 services, dont la répartition par spécialité figure dans le tableau ci-dessous.

Services audités

Tableau 14 : Répartition des services audités, du nombre de cathéters évalués et du nombre de patients présents dans le service le jour de l'évaluation, selon la spécialité

Spécialité des services	Services audités		Nombre total de cathéters évalués		Nombre de patients	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Chirurgie	190	31.3	1 300	37.5	33 191	40.5
EHPAD	3	0.5	3	0.1	247	0.3
Gynécologie – Maternité – Obstétrique	38	6.3	121	3.5	1 636	2.0
Hospitalisation à domicile (HAD)	3	0.5	5	0.1	39	<0.1
Médecine (dont court séjour gériatrique)	249	41.0	1 492	43.0	38 748	47.3
Psychiatrie	1	0.2	1	<0.1	20	<0.1
Réanimation – Unité de soins intensifs (USI)						
– Unité de surveillance continue (USC)	63	10.4	328	9.5	2 847	3.5
Soins de longue durée (SLD)	7	1.2	11	0.3	344	0.4
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	34	5.6	75	2.2	2 094	2.6
Urgences – Services porte	13	2.1	92	2.7	1 889	2.3
Autre	7	1.2	39	1.1	909	1.1
Total	608	100.0	3 467	100.0	81 964	100.0

Nombre de patients

Le nombre total de patients le jour de l'enquête est de 81 964. Parmi ces patients, 36.5% étaient porteurs de CVP (29 881/81 964).

Le nombre total de cathéters évalués est de 3 467, dont 3 423 CVP portés par des adultes (98.7%) et 44 CVP portés par des enfants (1.3%).

Support de traçabilité pour la surveillance clinique des cathéters veineux périphériques

58.6% des services audités **ayant des patients porteurs de CVP le jour de l'enquête** ont un support de traçabilité (355/606).

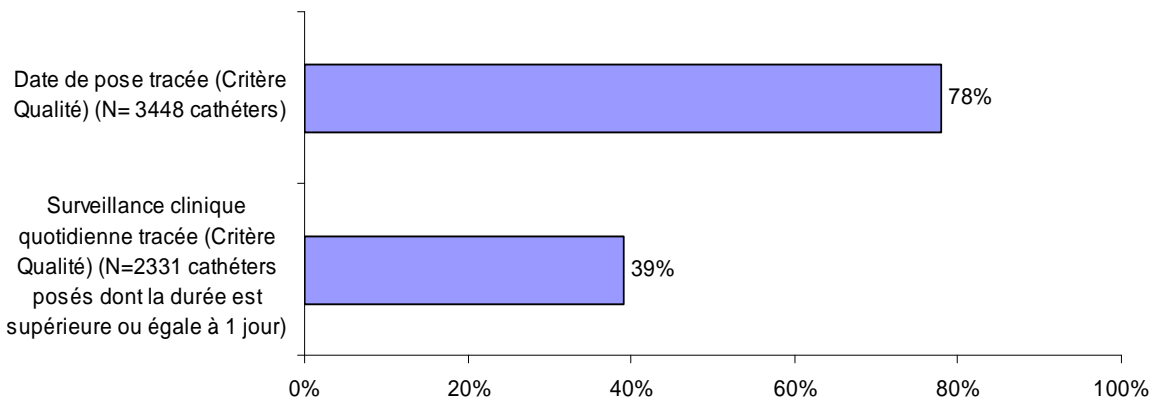


IV.3.1. Analyse de la traçabilité

Lors de cet audit, la traçabilité a été évaluée pour la date de pose et pour la surveillance clinique quotidienne.

Principaux résultats

Graphique 2 : Traçabilité de la date de pose et de la surveillance clinique quotidienne du cathéter



Conformité globale de la traçabilité : 35.5% (824/2322)

C'est-à-dire :

- posés depuis au moins 24h
- et, pour lesquels la date de pose et la surveillance clinique quotidienne sont tracées.

Détail de la traçabilité

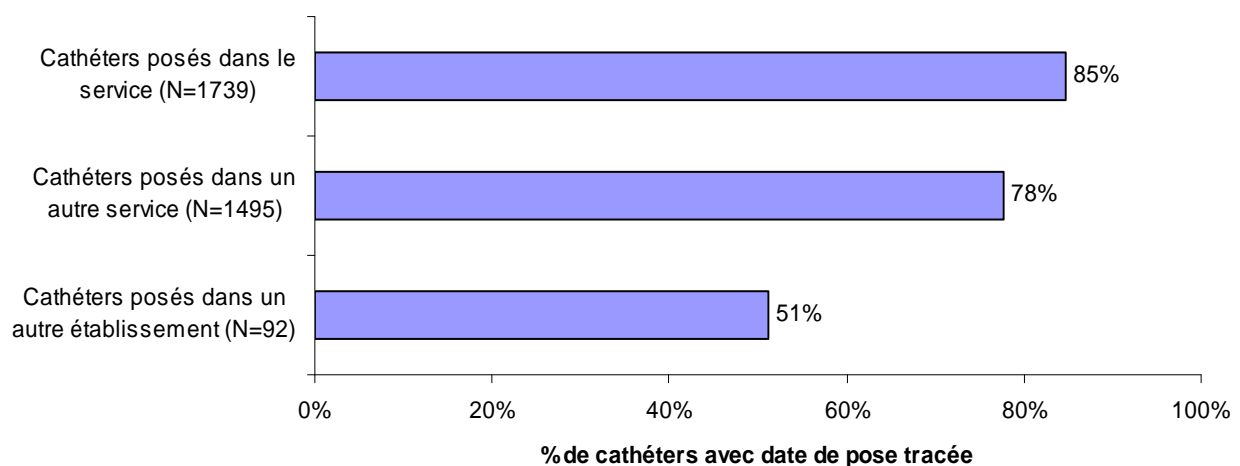
Date de pose

CRITERE DE QUALITE : Traçabilité de la date de pose du cathéter dans le dossier patient

Résultat CQ : 78.1% des cathéters ont une date de pose tracée (2692/3448).

Lieu de pose

Graphique 3 : Traçabilité de la date de pose en fonction du lieu de pose

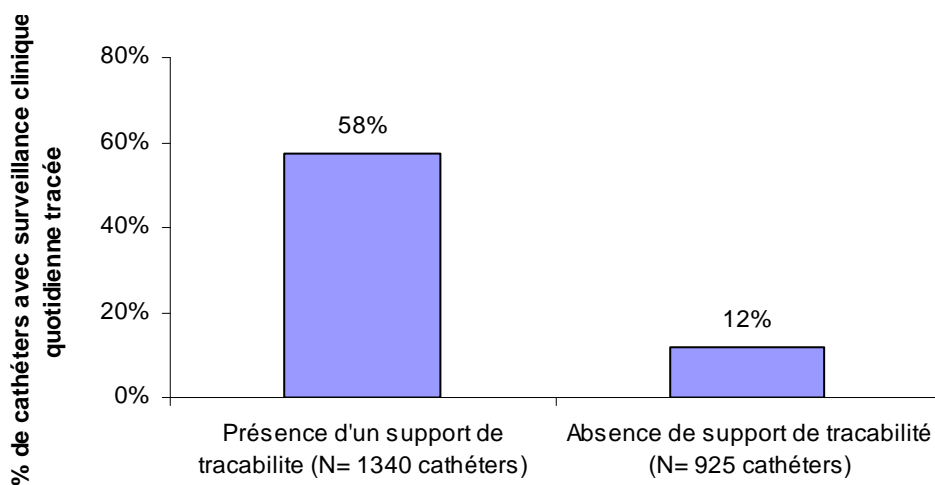


**Surveillance clinique quotidienne**

CRITERE DE QUALITE : Traçabilité des éléments de la surveillance clinique quotidienne (présence ou absence de signes locaux ou généraux) du site d'insertion dans le dossier du patient.

Résultat CQ : La surveillance clinique quotidienne est tracée pour 39.0% des cathéters posés depuis au moins 24h (910/2331).

Graphique 4 : Traçabilité de la surveillance clinique quotidienne en fonction de l'existence d'un support de traçabilité dans le service (cathéters posés depuis au moins 24h)





IV.3.2. Analyse de la durée de maintien

CRITERE DE QUALITE : Durée du cathétérisme inférieure ou égale à 4 jours (chez l'enfant : non applicable).

Résultat CQ : Chez l'adulte, 92.4% des cathéters ont une durée de pose inférieure ou égale à 4 jours (2803/3034).

Tableau 15 : Répartition des cathéters selon la durée de maintien

Durée de maintien	Adultes		Enfants	
	Effectif	%	Effectif	%
≤ 4 jours	2803	92.4	43	100.0
5 à 7 jours	166	5.5	0	0.0
8 à 15 jours	56	1.8	0	0.0
> 15 jours	9	0.3	0	0.0
Total	3034	100.0	43	100.0

Cases surlignées : conforme aux recommandations en vigueur

Tableau 16 : Répartition des cathéters posés depuis plus de 4 jours chez les adultes en fonction de la spécialité des services

Spécialité des services	> 4 jours	
	Effectif	%
Chirurgie	59	5.2
Gynécologie – Maternité – Obstétrique	1	1.0
Hospitalisation à domicile (HAD)	2	40.0
Médecine (dont court séjour gériatrique)	132	10.1
Psychiatrie	1	100.0
Réanimation – Unité de soins intensifs (USI) – Unité de surveillance continue (USC)	25	8.5
Soins de longue durée (SLD)	3	42.9
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	8	12.3
Total	231	7.6



IV.4. POSES DE CATHETERS VEINEUX PERIPHERIQUES

Cette évaluation portait sur la préparation cutanée avant la pose et l'insertion du cathéter.

Cette partie de l'audit a été évaluée par 120 établissements pour un nombre total de 999 services, dont la répartition par spécialité figure dans le tableau ci-dessous.

Au total, 7372 poses de cathéters ont été évaluées.

Services audités

Tableau 17 : Répartition des services et des poses évaluées en fonction de la spécialité

Spécialité des services	Services audités		Poses évaluées	
	Nombre de services	%	Nombre de poses	%
Bloc opératoire – SSPI	97	9.7	1050	14.2
Chirurgie	198	19.8	1207	16.4
EHPAD *	10	1.0	50	0.7
Endoscopie	7	0.7	37	0.6
Explorations fonctionnelles	1	0.1	1	< 0.1
Gynécologie - Maternité - Obstétrique	57	5.7	356	4.8
Hospitalisation à domicile (HAD)	4	0.4	13	0.2
Imagerie - Radiologie	45	4.5	463	6.3
Médecine (dont court séjour gériatrique)	284	28.4	2190	29.7
Médecine nucléaire	8	0.8	62	0.8
Néonatalogie – Réanimation néo-natale **	14	1.4	70	0.9
Pédiatrie **	34	3.4	193	2.6
Psychiatrie	5	0.5	24	0.3
Réanimation – Unité de soins intensifs (USI) – Unité de surveillance continue (USC)	67	6.7	528	7.2
SMUR, SAMU, ... (médecine d'urgence pré-hospitalière)	4	0.4	29	0.4
Soins de longue durée (SLD)	21	2.1	73	1.0
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	50	5.1	206	2.8
Urgences - Services porte	63	6.3	677	9.2
Autre	30	3.0	143	1.9
Total	999	100.0	7372	100.0

* La pose de CVP est peut fréquente en EHPAD

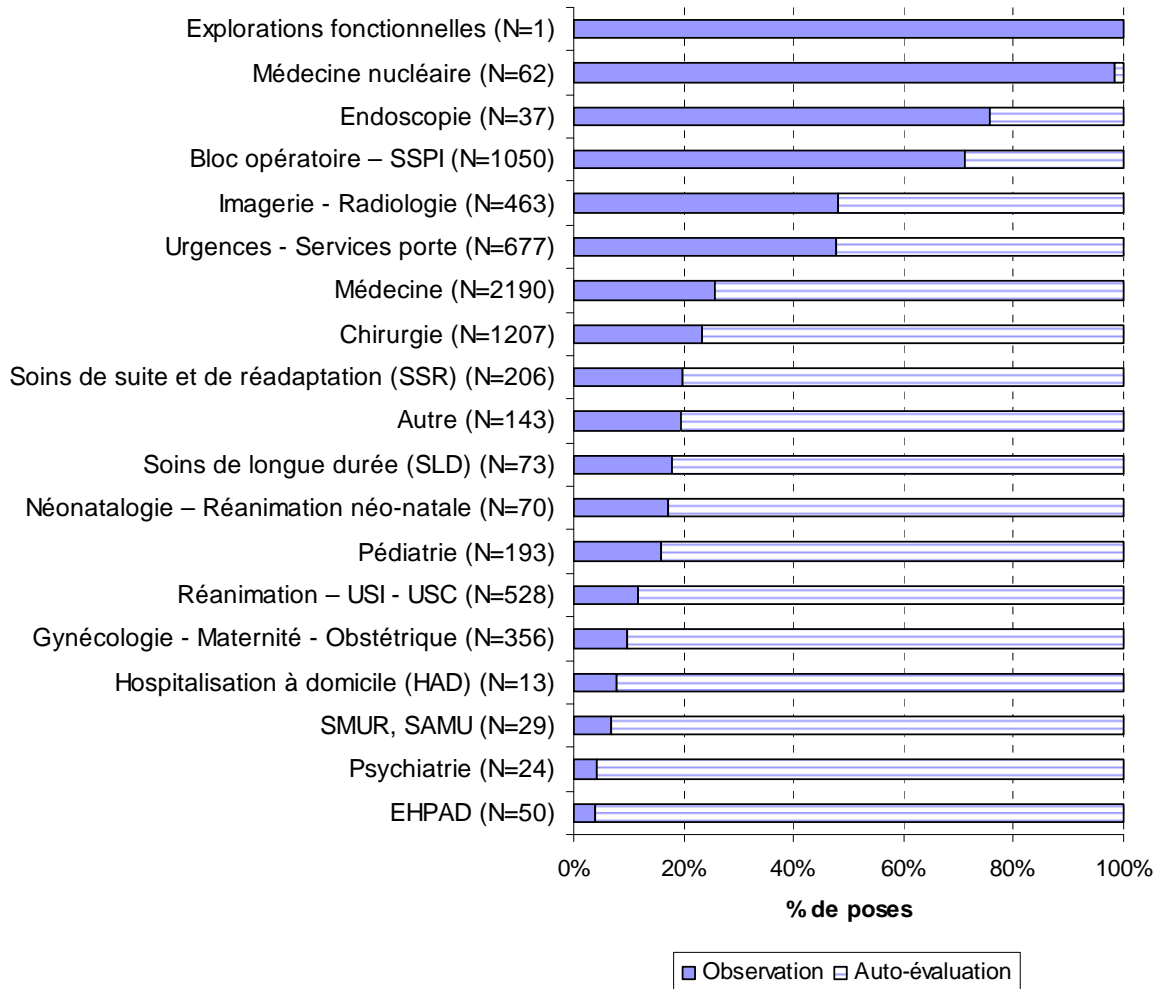
**Enfants exclusivement



Méthodes d'évaluations

66.7% des poses ont été évaluées par la méthode d'auto-évaluation (4916/7372).

Graphique 5 : Pourcentage de poses évaluées par méthode d'évaluation en fonction de la spécialité des services



Catégorie professionnelle et statut de l'audité

Graphique 6 : Répartition du nombre de poses selon la profession (N = 7372)

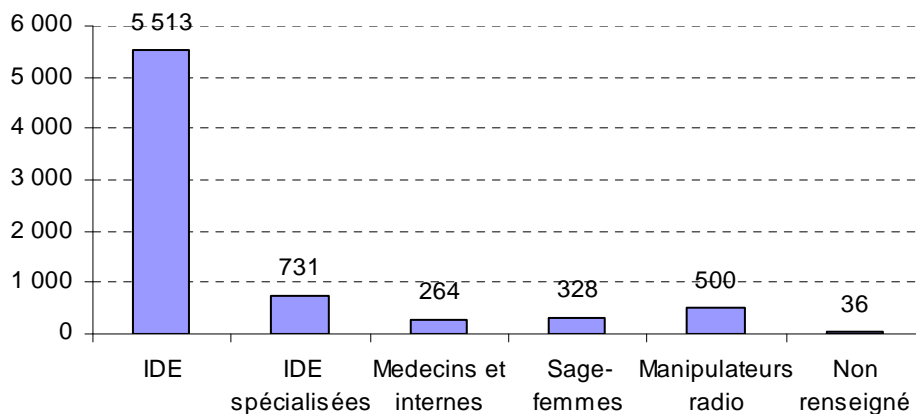


Tableau 18 : Répartition de la catégorie professionnelle de l'audité selon qu'il soit professionnel ou étudiant (N = 6856)

Statut	IDE	IDE spécialisées	Médecins et internes	Sage-femme	Manipulateurs radio	Non renseigné	Total
Professionnel	4 749	686	248	291	452	2	6 428
Etudiant	369	11	12	13	16	7	428
Total	5 118	697	260	304	468	9	6 856

6.2% (428/6856) des poses renseignées sont réalisées par des étudiants allant de 1.6% chez les IDE spécialisées à 7.2% chez les IDE.

Age des patients

Tableau 19 : Répartition des poses par âge des patients (N = 7318)

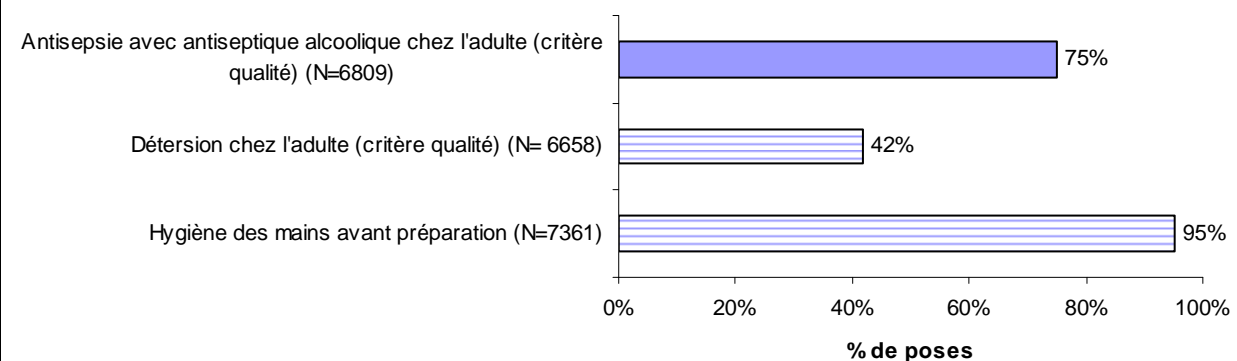
	Age	Effectif	%
	Adultes	6 898	94.3
	30 mois-15 ans	195	2.7
	1 mois-30 mois	126	1.7
Enfants	0-1 mois	49	0.7
	Prématurés	50	0.6
	Total	7 318	100.0

IV.4.1. Préparation cutanée du site d'insertion

Principaux résultats

Le pourcentage de poses réalisées sans préparation de la peau (sans détersion et sans application d'un antiseptique) est de 0.7% (47/7085).

Graphique 7 : Principaux résultats de l'évaluation de la préparation (sur l'ensemble des poses renseignées)



Taux de conformité des bonnes pratiques d'hygiène pour la préparation cutanée chez l'adulte : 25.6% (1691/6617)

Pourcentage de poses pour lesquelles le nettoyage est réalisé avec un savon suivi d'un rinçage et d'un séchage (détersion) et l'antisepsie est faite avec un antiseptique alcoolique, chez les adultes.



Détail de la préparation

Hygiène des mains avant préparation

95.2% des poses sont précédées d'un geste d'hygiène des mains avant préparation (7009/7361).

Tableau 20 : Répartition des gestes d'hygiène des mains avant préparation (N = 7336)

Type de savon	Nombre de poses	%
Friction hydro-alcoolique	4303	58.7
Lavage hygiénique	911	12.4
Lavage simple	1770	24.1
Absence d'hygiène des mains	352	4.8
Total	7 336	100.0

La friction hydro-alcoolique représente 58.7% des gestes d'hygiène des mains réalisés (4303/7336).

Détersion du site d'insertion

CRITERE DE QUALITE : Réalisation d'une phase de détersion (savonnage suivi d'un rinçage et d'un séchage) avant l'application de l'antiseptique (chez l'enfant : autres techniques possibles*).

* Référence : guide SFHH 2007 des bonnes pratiques de l'antiseptie chez l'enfant.

Résultat CQ : Dans 41.9% des poses chez l'adulte, une détersion est réalisée (2789/6658).

Chez l'enfant, la détersion représente 19.2% des poses (75/390).

Tableau 21 : Savons utilisés pour la détersion en fonction de l'âge du patient

Type de savon	Adulte		30 mois-15 ans		1 mois-30 mois		0-1 mois		Prématurés	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Savon doux	49	1.8	4	9.8	0	0.0	1	10.0	0	0.0
Chlorhexidine sol. moussante	353	12.6	22	53.6	14	93.3	9	90.0	8	88.9
PVPi sol. moussante	2 387	85.6	15	36.6	1	6.7	0	0.0	1	11.1
Total	2 789	100.0	41	100.0	15	100.0	10	100.0	9	100.0
Taux de conformité produit	-	100.0	-	100.0	-	93.3	-	100.0	-	0.0

Cases surlignées : conforme aux recommandations en vigueur

Antiseptie de la peau

CRITERE DE QUALITE : Utilisation d'un antiseptique en solution alcoolique (chez l'enfant : dépend de l'âge *).

* Référence : guide SFHH 2007 des bonnes pratiques de l'antiseptie chez l'enfant.

Une antiseptie est réalisée dans 98.8% des poses (7267/7354).

Produits utilisés

Tableau 22 : Produits utilisés pour l'antisepsie chez l'adulte

Type d'antiseptique	Nombre de poses	%
PVPi alcoolique	2 248	33.4
Chlorhexidine alcoolique	594	8.8
Chlorhexidine faiblement alcoolisée	2 259	33.6
Alcool à 70°	402	6.0
Solutés chlorés	4	0.1
PVPi aqueuse	1 136	16.9
Autre produit	83	1.2
Total	6 726	100.0

Cases surlignées : conforme aux recommandations en vigueur

Résultat CQ : Chez l'adulte, 42.2% des poses renseignées sont réalisées avec un antiseptique alcoolique (PVPi alcoolique et Chlorhexidine alcoolique) (2842/6726).
 Chez l'adulte, 33.6% des poses renseignées sont réalisées avec de la chlorhexidine faiblement alcoolisée (2259/6726).

Tableau 23 : Produits utilisés pour l'antisepsie chez l'enfant

Type d'antiseptique	30 mois-15 ans		1 mois-30 mois		0-1 mois		Prématurés	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
PVPi alcoolique	16	8.4	3	2.5	0	0.0	1	2.0
Chlorhexidine alcoolique	39	20.4	16	13.1	6	12.2	13	26.0
Chlorhexidine faiblement alcoolisée	98	51.3	82	67.2	36	73.5	31	62.0
Solutés chlorés	0	0.0	6	4.9	0	0.0	0	0.0
Alcool à 70°	24	12.6	7	5.7	3	6.1	2	4.0
PVPi aqueuse	8	4.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Autre produit	6	3.1	8	6.6	4	8.2	3	6.0
Total	191	100.0	122	100.0	49	100.0	50	100.0
Taux de conformité produit	-	80.1	-	85.2	-	73.5	-	62.0

Cases surlignées : conforme aux recommandations en vigueur

Compresses (adulte et enfant)

Le pourcentage de poses avec utilisation de compresses stériles est de 97.2% (6944/7140).

Séchage (adulte et enfant)

La technique de séchage attendue est un séchage spontané avec attente du séchage complet sauf chez le prématuré pour lequel un séchage par tamponnement est préconisé après application de l'antiseptique.

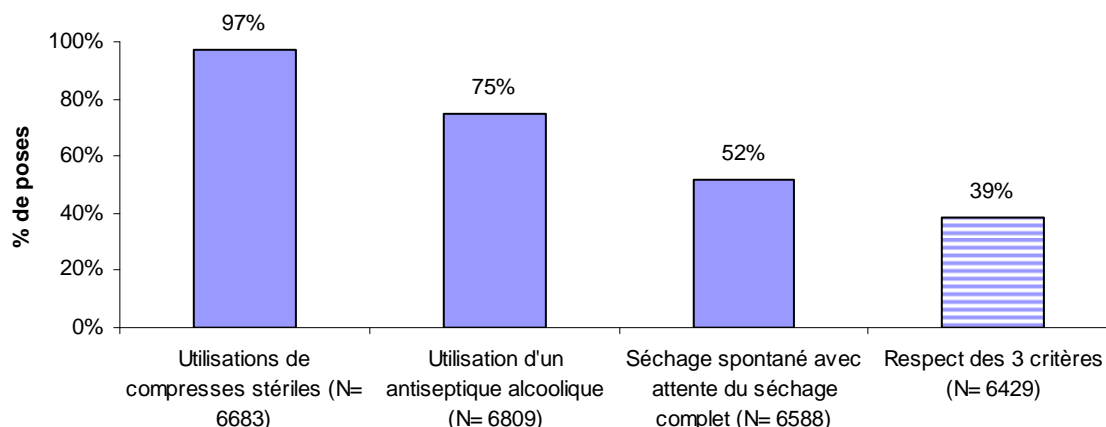
Tableau 24 : Type de séchage après application de l'antiseptique en fonction de l'âge

Age	Spontané avec attente du séchage complet		Spontané sans attente du séchage complet		Par tamponnement		Total		
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
	Adultes	3400	51.6	2492	37.8	696	10.6	6588	100.0
Enfants	30 mois-15 ans	91	48.9	76	40.9	19	10.2	186	100,0
	1 mois-30 mois	58	50.0	31	26.7	27	23.3	116	100,0
	0-1 mois	15	33.3	22	48.9	8	17.8	45	100,0
	Prématurés	21	44.7	18	38.3	8	17.0	47	100,0
Total	3585	51.3	2639	37.8	758	10.9	6982	100.0	

Cases surlignées : conforme aux recommandations en vigueur



Graphique 8 : Mode opératoire chez l'adulte (sur l'ensemble des poses renseignées)



Procédure (technique) utilisée pour la préparation du site d'insertion

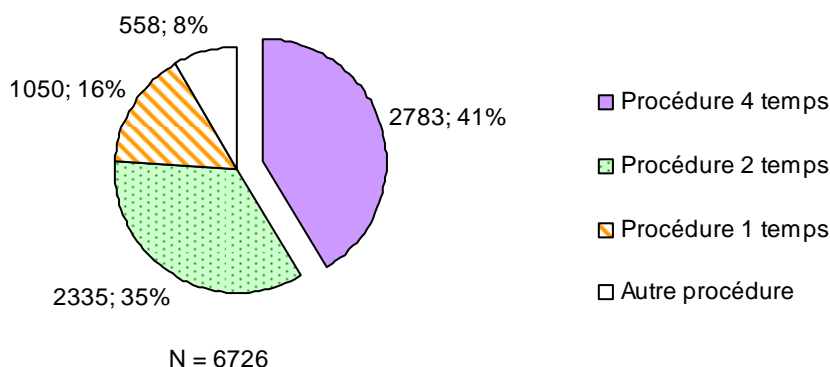
Lors de cet audit, 3 principales procédures de préparation cutanée ont été évaluées : la procédure « 4 temps », la procédure « 2 temps » et la procédure « 1 temps ». Les définitions retenues pour cet audit figurent dans l'encadré suivant :

4 temps : nettoyage avec savon (doux ou antiseptique) + rinçage + séchage + application d'un antiseptique (alcoolique ou non alcoolique)
2 temps : 2 applications d'un même antiseptique alcoolique
1 temps : 1 seule application d'un antiseptique

Chez l'adulte

Pour la préparation du site d'insertion, seule une procédure en 4 temps est actuellement préconisée chez l'adulte (Reco 2005 / CQ 2007). Le produit de nettoyage doit être un savon, le produit antiseptique un antiseptique si possible alcoolique.

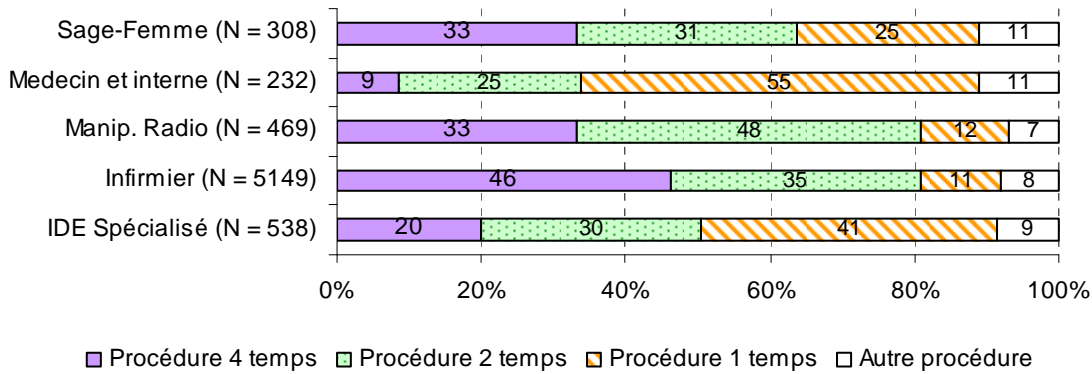
Graphique 9 : Nombre et proportion de poses selon la procédure de préparation cutanée utilisée chez l'adulte (sur l'ensemble des poses renseignées)





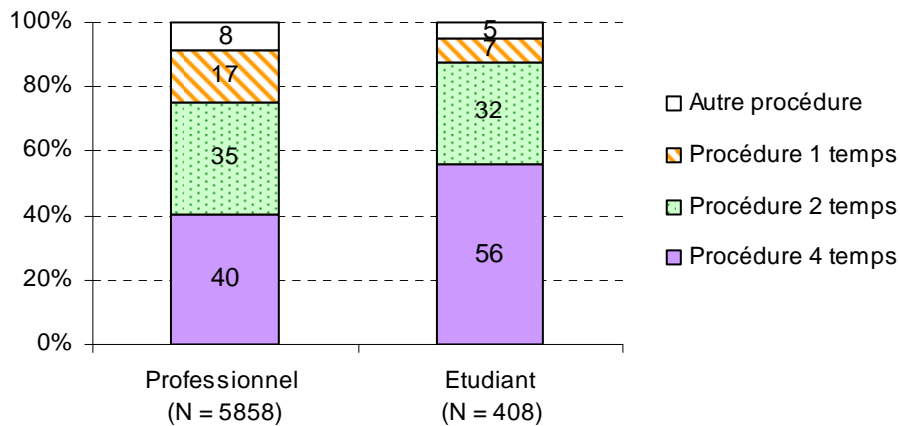
Procédure utilisée en fonction de la catégorie de personnel

Graphique 10 : Procédure utilisée en fonction de la catégorie de personnel (sur l'ensemble des poses renseignées chez l'adulte) (étudiant ou non)



Procédure utilisée par les étudiants

Graphique 11 : Procédure utilisée en fonction du personnel étudiant ou non (sur l'ensemble des poses renseignées chez l'adulte)



Procédure 4 temps : elle consiste en l'application d'un savon (suivi d'un rinçage et d'un séchage) puis d'un produit antiseptique cohérent en termes de gamme. Le tableau 25 présente les associations de produits rencontrées lors de l'audit lorsqu'une procédure 4 temps est mise en œuvre.

Tableau 25 : Couples de produits utilisés pour la procédure 4 temps chez l'adulte

Type de savon	Type d'antiseptique	Effectif	%
Savon doux (N = 49)	PVPi alcoolique	7	0,3
	Chlorhexidine alcoolique	8	0,3
	Chlorhexidine faiblement alcoolisée	21	0,7
	Solutés chlorés	0	0,0
	Alcool à 70°	0	0,0
	PVPi aqueuse	6	0,2
	Autre produit	7	0,3
Chlorhexidine solution moussante (N = 351)	PVPi alcoolique	46	1,6
	Chlorhexidine alcoolique	245	8,8
	Chlorhexidine faiblement alcoolisée	14	0,5
	Solutés chlorés	0	0,0
	Alcool à 70°	9	0,3
	PVPi aqueuse	15	0,5
	Autre produit	22	0,8
PVPi solution moussante (N = 2377)	PVPi alcoolique	1340	48,3
	Chlorhexidine alcoolique	8	0,3
	Chlorhexidine faiblement alcoolisée	2	0,1
	Solutés chlorés	1	0,0
	Alcool à 70°	7	0,3
	PVPi aqueuse	1010	36,4
	Autre produit	9	0,3
Total		2777	100,0

Cases surlignées : associations autorisées (produits de même gamme)

Taux de conformité pour l'association de produits : 95.5% (2651/2777).

Chez les adultes où les poses de cathéters sont réalisées en 4 temps, le pourcentage d'utilisation du séchage spontané avec attente du séchage complet est de 57.4% (1564/2727).

Autres procédures de préparation cutanée utilisées chez l'adulte

Ces procédures ne font pas partie des recommandations en vigueur chez l'adulte.

Procédure 2 temps : dans cet audit, cette procédure a été définie comme la double application d'un même antiseptique alcoolique. Le tableau 26 décrit les antiseptiques utilisés lors de ce type de procédure.

Tableau 26 : Produit antiseptique à utiliser lors des procédures en 2 temps chez l'adulte (N = 2 335 poses)

Double application de :	Effectif	%
PVPi alcoolique	230	9.9
Chlorhexidine alcoolique	169	7.2
Chlorhexidine faiblement alcoolisée	1 936	82.9
Total	2 335	100.0



Procédure 1 temps : dans cet audit, cette procédure a été définie comme l'application d'un antiseptique, qu'il soit alcoolique ou non. Le tableau 27 décrit les antiseptiques utilisés quand ce type de procédure est utilisé.

Tableau 27 : Produit antiseptique utilisé lors des procédures en 1 temps chez l'adulte (N = 1 048 poses)

Simple application de :	Effectif	%
PVPi alcoolique	498	47.5
Chlorhexidine alcoolique	136	13.0
Chlorhexidine faiblement alcoolisée	152	14.5
Solutés chlorés	1	0.1
Alcool à 70°	210	20.0
PVPi aqueuse	33	3.2
Autre produit	18	1.7
Total	1048	100.0

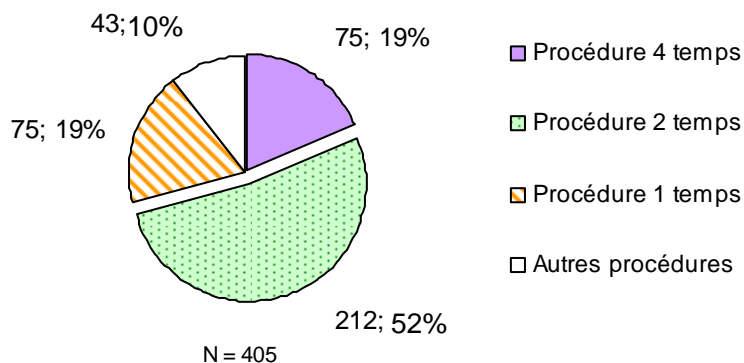
Chez les adultes, 60.5% des poses de cathéters réalisées en 1 temps sont faites avec un antiseptique alcoolique (PVPi alcoolique, chlorhexidine alcoolique) (634/1048).

Chez les adultes, 14.5% des poses de cathéters réalisées en 1 temps sont faites avec de la chlorhexidine faiblement alcoolisée (152/1048).

Chez l'enfant

Remarque : Chez l'enfant, la procédure en 4 temps n'est pas la seule préconisée.

Graphique 12 : Nombre et proportion de poses selon la procédure de préparation cutanée utilisée chez l'enfant (sur l'ensemble des poses renseignées)



**Procédure 4 temps :**

Dans le tableau 28 ne sont décrits que les couples de produits attendus chez les enfants. Les antiseptiques ne figurant pas dans les recommandations sont classés dans « autres ATS ».

Tableau 28 : Couples de produits utilisés pour la procédure 4 temps chez l'enfant (N = 65)

Enfants de 30 mois à 15 ans			
Type de savon	Type d'antiseptique	Effectif	%
Savon doux (N = 4)	PVPi alcoolique	0	0.0
	Chlorhexidine alcoolique	4	9.8
	Chlorhexidine faiblement alcoolisée	0	0.0
	Solutés chlorés	0	0.0
	Autres ATS	0	0.0
Chlorhexidine solution moussante (N = 22)	Chlorhexidine alcoolique	13	31.7
	Chlorhexidine faiblement alcoolisée	4	9.8
	Autres ATS	5	12.1
PVPi solution moussante (N = 15)	PVPi alcoolique	7	17.1
	Autres ATS	8	19.5
Total		41	100.0
Taux de conformité association produits			68.4
Enfants de 1 à 30 mois			
Type de savon	Type d'antiseptique	Effectif	%
Savon doux (N = 0)	Chlorhexidine alcoolique	0	0.0
	Chlorhexidine faiblement alcoolisée	0	0.0
	Solutés chlorés	0	0.0
	Autres ATS	0	0.0
Chlorhexidine solution moussante (N = 14)	Chlorhexidine alcoolique	6	42.9
	Chlorhexidine faiblement alcoolisée	1	7.1
	Autres ATS	7	50.0
Total		14	100.0
Taux de conformité association produits			50.0
Enfants de 0 à 1 mois			
Type de savon	Type d'antiseptique	Effectif	%
Savon doux (N = 1)	Chlorhexidine faiblement alcoolisée	0	0.0
	Solutés chlorés	0	0.0
	Autres ATS	1	10.0
Chlorhexidine solution moussante (N = 9)	Chlorhexidine faiblement alcoolisée	4	40.0
	Autres ATS	5	50.0
Total		10	100.0
Taux de conformité association produits			40.0
Prématurés			
Type de savon	Type d'antiseptique	Effectif	%
Savon doux (N = 0)	Chlorhexidine faiblement alcoolisée	0	0.0
	Solutés chlorés	0	0.0
	Autres ATS	0	0.0
Total		0	100.0
Taux de conformité association produits			0.0

Case surlignée : respect des recommandations

Séchage après application de l'antiseptique :

Chez les enfants de 0 à 15 ans non prématurés, le pourcentage de poses pratiquées en 4 temps avec un séchage spontané avec attente du séchage complet est de 50.0% (33/66).

Chez les prématurés, aucune pose n'est réalisée en 4 temps avec un séchage par tamponnement (0/8).



Procédure 2 temps : dans cet audit, cette procédure a été définie comme la double application d'un antiseptique alcoolique. Le tableau 29 décrit les antiseptiques utilisés lors de ce type de procédure.

Tableau 29 : Produit antiseptique à utiliser lors des procédures en 2 temps chez les enfants (N = 212 poses)

Double application de :	Effectif	%
Chlorhexidine faiblement alcoolisée	190	89.6
Chlorhexidine alcoolique	20	9.4
PVPI alcoolique	2	1.0
Total	212	100.0

Case surlignée : respect des recommandations

Chez les enfants de 0 à 15 ans non prématurés, le pourcentage de poses réalisées en 2 temps avec un séchage spontané avec attente du séchage complet est de 46.9% (82/175).

Chez les prématurés, le pourcentage de poses réalisées en 2 temps avec un séchage par tamponnement est de 17.2% (5/29).

Procédure 1 temps : dans cet audit, cette procédure a été définie comme l'application d'un antiseptique, qu'il soit alcoolique ou non. Le tableau 30 décrit les antiseptiques utilisés quand ce type de procédure est utilisé.

Tableau 30 : Produits antiseptiques utilisés en simple application (procédure 1 temps) chez l'enfant en fonction de l'âge

Simple application de :	30 mois-15 ans		1 mois-30 mois		0-1 mois		Prématurés	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
PVPi alcoolique	5	13.2	1	5.6	0	0.0	0	0.0
Chlorhexidine alcoolique	7	18.4	6	33.3	0	0.0	2	22.2
Chlorhexidine faiblement alcoolisée	8	21.0	5	27.8	8	80.0	5	55.6
Solutés chlorés	0	0.0	4	22.2	0	0.0	0	0.0
Alcool à 70°	18	47.4	2	11.1	2	20.0	2	22.2
PVPi aqueuse	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Autre produit	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	38	100.0	18	100.0	10	100.0	9	100.0



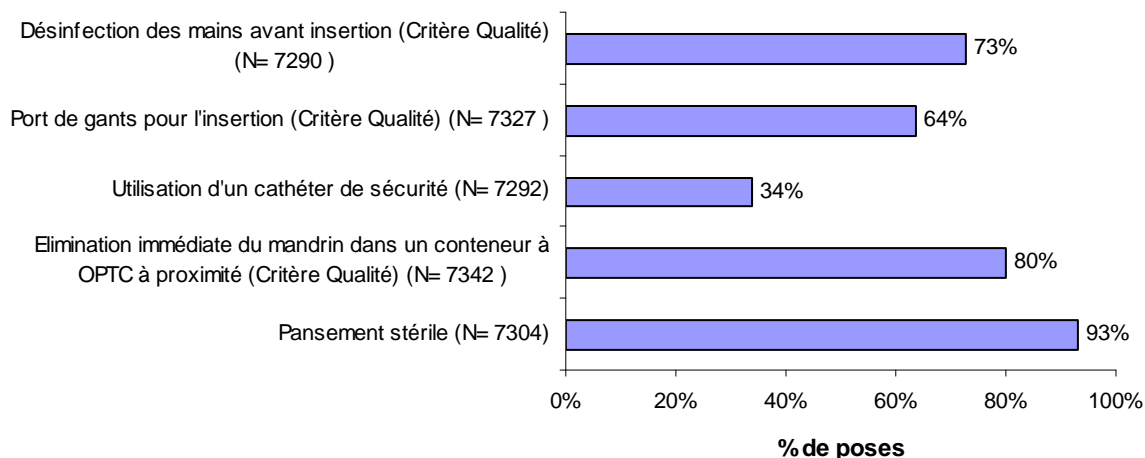
IV.4.2. Insertion du cathéter

CRITERES DE QUALITE :

- Réalisation d'une désinfection des mains immédiatement avant l'insertion du cathéter
- Port de gants pour l'insertion d'un cathéter
- Elimination immédiate du mandrin du cathéter dans un conteneur pour OPTC situé à proximité

Principaux résultats

Graphique 13 : Principaux résultats de l'évaluation sur l'insertion (sur l'ensemble des poses renseignées)



Taux de conformité des bonnes pratiques d'hygiène de l'insertion : 67.5% (4875/7226)

Pourcentage de poses pour lesquelles une désinfection des mains est faite immédiatement avant l'insertion et un pansement stérile est posé après insertion.

Taux de conformité de la sécurité de la pose (protection du personnel) : 53.0% (3872/7302)

Pourcentage de poses pour lesquelles des gants sont enfilés pour l'insertion et le mandrin est éliminé immédiatement dans un collecteur à proximité.

Détail des résultats

Hygiène des mains avant insertion

Avant insertion, une hygiène des mains est réalisée dans 74.4% des poses (5430/7300).

Tableau 31 : Répartition des poses selon le produit utilisé quand un geste d'hygiène des mains est réalisé :

	Effectif	%
Friction hydro-alcoolique	5 151	70.7
Lavage hygiénique	149	2.0
Lavage simple	120	1.6
Sans hygiène des mains	1 870	25.7
Total	7 290	100.0

Cases surlignées : respect des recommandations SFHH en vigueur (CVP novembre 2005 et Hygiène des mains juin 2009)

La friction hydro-alcoolique représente 70.7% des gestes d'hygiène des mains (5151/7290).

Résultat CQ : Dans 72.7% des poses, une désinfection des mains est réalisée (5300/7290).



Port de gants

Résultat CQ : Avant insertion, le port de gants est réalisé dans 63.8% des poses (4674/7327).

Cathéters de sécurité :

- **Mise à disposition dans les services**

Les cathéters de sécurité sont à disposition dans 34.4% des services audités (403/1173).

Tableau 32 : Répartition des cathéters de sécurité à disposition en fonction de la spécialité (N = 1 173)

Spécialité des services	Nombre total de services	Nombre de services avec CVP de sécurité	% de services avec CVP de sécurité
Bloc opératoire – SSPI	101	36	35.6
Chirurgie	242	75	31.0
EHPAD *	14	5	35.7
Endoscopie	8	3	37.5
Explorations fonctionnelles	2	1	50.0
Gynécologie – Maternité – Obstétrique	65	19	29.2
Hospitalisation à domicile (HAD)	6	2	33.3
Imagerie - Radiologie	52	18	34.6
Médecine (dont court séjour gériatrique)	328	109	33.2
Médecine nucléaire	8	1	12.5
Néonatalogie – Réanimation néo-natale**	17	5	29.4
Pédiatrie**	38	8	21.1
Psychiatrie	5	4	80.0
Réanimation – Unité de soins intensifs (USI) – Unité de surveillance continue (USC)	88	36	40.9
SMUR, SAMU, ... (médecine d'urgence pré-hospitalière)	5	3	60.0
Soins de longue durée (SLD)	26	7	26.9
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	69	24	34.8
Urgences – Services porte	66	34	51.5
Autre	33	13	39.4
Total	1 173	403	34.4

* La pose de CVP est peu fréquente en EHPAD

** Enfants exclusivement

- **Utilisation dans les services**

Dans les services ayant des CVP de sécurité à disposition, 80.0% des poses sont faites avec un cathéter de sécurité (2127/2659).



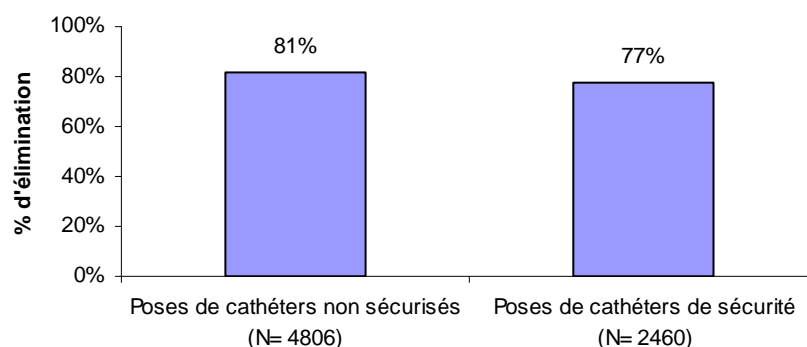
Elimination du mandrin

Résultat CQ : Dans 80.0% des poses, le mandrin est éliminé immédiatement dans un conteneur à OPTC situé à proximité (5880/7342).

Elimination du mandrin et utilisation de cathéters de sécurité

L'élimination du mandrin doit être faite dans un collecteur à OPTC quel que soit le type de cathéter utilisé (Geres. 2004). Une dépose transitoire étant autorisée après utilisation de cathéters sécurisés (sous réserve d'une certitude de mise en sécurité), il est possible que certains cathéters de sécurité ne soient pas éliminés immédiatement. Le graphique 14 compare la proportion de cathéters éliminés selon le type de cathéter (sécurisé ou non).

Graphique 14 : Elimination immédiate du mandrin dans un conteneur en fonction du type de cathéter posé (N = 7266)



Pansement stérile

Le nombre de poses de CVP avec pansement stérile (ou prévu) est de 93.1% (6802/7304).

Conformité des bonnes pratiques d'hygiène de la pose : 17.7 % (1227/6926)

Pourcentage de poses renseignées pour lesquelles la préparation et l'insertion sont conformes :

- détergence de la peau
- utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie
- désinfection des mains avant insertion
- pose de pansement stérile après insertion

Conformité de la sécurité de la pose : 53.0% (3872/7302)

Pourcentage de poses pour lesquelles l'insertion est réalisée en conditions de sécurité optimale (protection du personnel) :

- port de gants pour l'insertion du cathéter
- élimination immédiate du mandrin dans un collecteur situé à proximité



IV.5. MANIPULATIONS DES CATHETERS VEINEUX PERIPHERIQUES

Cette partie de l'audit a été évaluée par 118 établissements pour un nombre total de 925 services, dont la répartition par spécialité figure dans le tableau ci-dessous.

6 487 poses de cathéters ont été évaluées.

Services audités

Tableau 33 : Répartition des services audités et des manipulations évaluées par spécialité

Spécialité des services	Services audités		Manipulations évaluées	
	Effectif	%	Effectif	%
Bloc opératoire – SSPI	67	7.2	562	8.7
Chirurgie	217	23.5	1530	23.6
EHPAD *	10	1.1	45	0.7
Endoscopie	2	0.2	13	0.2
Explorations fonctionnelles	1	0.1	12	0.2
Gynécologie - Maternité – Obstétrique	46	5.0	237	3.7
Hospitalisation à domicile (HAD)	5	0.5	17	0.3
Imagerie – Radiologie	35	3.8	281	4.3
Médecine (dont court séjour gériatrique)	288	31.1	2303	35.5
Médecine nucléaire	4	0.4	27	0.4
Néonatalogie – Réanimation néo-natale *	13	1.4	65	1.0
Pédiatrie *	32	3.5	162	2.5
Psychiatrie	2	0.2	9	0.1
Réanimation – Unité de soins intensifs (USI)	69	7.5	581	9.0
– Unité de surveillance continue (USC)				
SMUR, SAMU,... (médecine d'urgence pré-hospitalière)	2	0.2	8	0.1
Soins de longue durée (SLD)	19	2.1	58	0.8
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	48	5.2	170	2.6
Urgences - Services porte	43	4.6	309	4.8
Autre	22	2.4	98	1.5
Total	925	100.0	6487	100.0

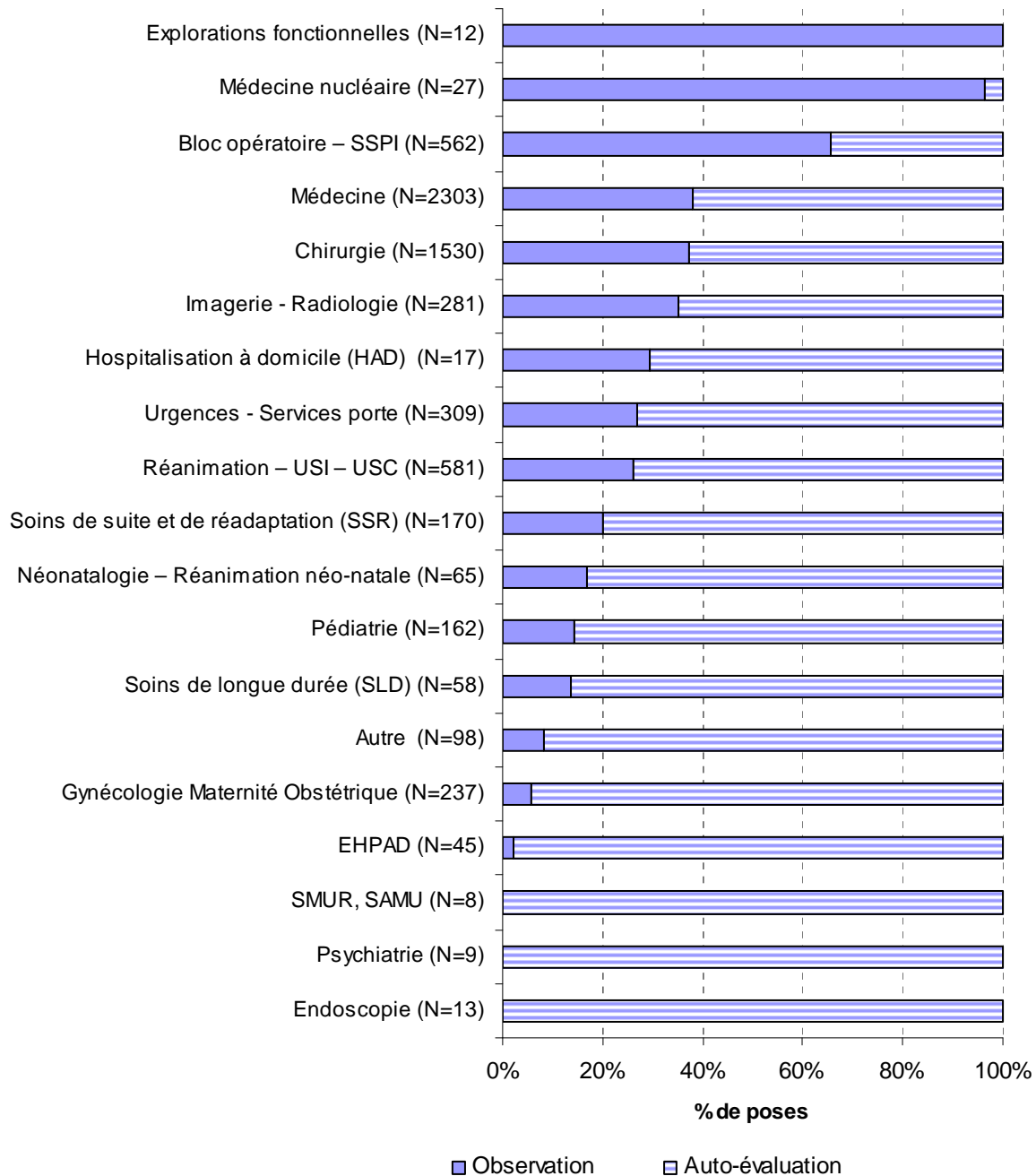
* Enfants exclusivement



Méthodes d'évaluations

66.7% des manipulations ont été évaluées par la méthode d'auto-évaluation (4196/6487).

Graphique 15 : Pourcentage de manipulations évaluées en fonction de la méthode d'évaluation et de la spécialité des services



Catégorie professionnelle et statut de l'audité

7.2% (435/6012) des manipulations renseignées sont réalisées par des étudiants allant de 1.7% chez les IDE spécialisées à 7.9% chez les IDE.



Tableau 34 : Répartition du nombre de manipulations selon la profession des audités (étudiants ou non) (N = 6487)

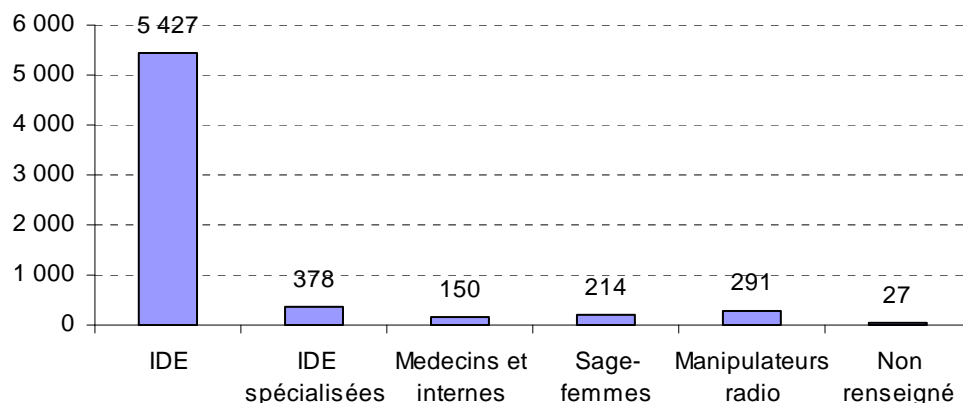


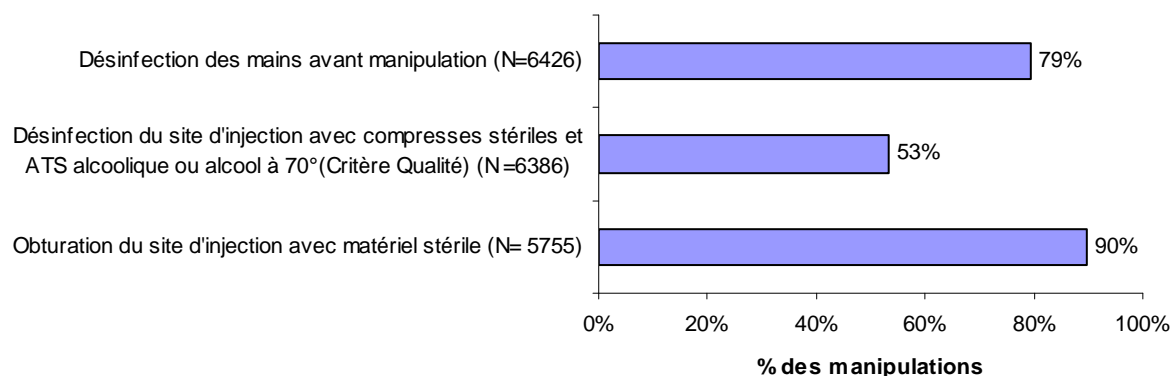
Tableau 35 : Répartition de la catégorie professionnelle de l'audité selon qu'il soit professionnel ou étudiant (N = 6012)

Statut	IDE	IDE spécialisées	Medecins et internes	Sage-femmes	Manipulateurs radio	Non renseigné	Total
Professionnel	4 652	340	137	183	263	2	5 577
Etudiant	398	6	7	6	6	12	435
Total	5 050	346	144	189	269	14	6 012

7.2% (435/6012) des poses renseignées sont réalisées par des étudiants allant de 1.7% chez les IDE spécialisées à 7.9% chez les IDE.

Principaux résultats

Graphique 16 : Principaux résultats de l'évaluation des manipulations (sur l'ensemble des manipulations renseignées)



Conformité des bonnes pratiques d'hygiène des manipulations : 44.7 % (2833/6331)

Pourcentage de manipulations pour lesquelles les mains sont désinfectées avant et le site d'injection est désinfecté avec des compresses stériles imprégnées d'un antiseptique alcoolique ou d'alcool à 70°.



Détail des manipulations

Hygiène des mains avant manipulation

Avant manipulation, 91.4% des manipulations renseignées sont précédées d'une hygiène des mains (5919/6477).

Une désinfection des mains est réalisée dans 79.5% des manipulations renseignées (5106/6426).

Tableau 36 : Répartition des manipulations selon le produit utilisé quand un geste d'hygiène des mains est réalisé :

	Effectif	%
Friction hydro-alcoolique	4 670	72.7
Lavage hygiénique	436	6.8
Lavage simple	762	11.8
Absence d'hygiène des mains	558	8.7
Total	6 426	100.0

Cases surlignées : respect des recommandations SFHH en vigueur (CVP novembre 2005 et Hygiène des mains juin 2009)

La friction hydro-alcoolique représente 72.7% des gestes d'hygiène des mains.

Désinfection du site d'injection

CRITERE DE QUALITE : Désinfection des embouts et des robinets avant leur manipulation à l'aide de compresses stériles imprégnées d'un antiseptique alcoolique.

Résultat CQ : 53.4% des manipulations renseignées sont accompagnées d'une désinfection du site d'injection avec compresses stériles imprégnées d'antiseptique alcoolique ou d'alcool à 70° (3413/6386).

Tableau 37 : Répartition des manipulations selon les produits utilisés pour la désinfection

	Effectif	%
PVPi alcoolique	1 832	37.2
Chlorhexidine alcoolique	612	12.4
Alcool à 70°	620	12.6
Chlorhexidine faiblement alcoolisée	840	17.1
Solutés chlorés	9	0.2
PVPi aqueuse	375	7.6
Autre produit	636	12.9
Total	4 924	100.0

Cases surlignées : conforme aux recommandations en vigueur

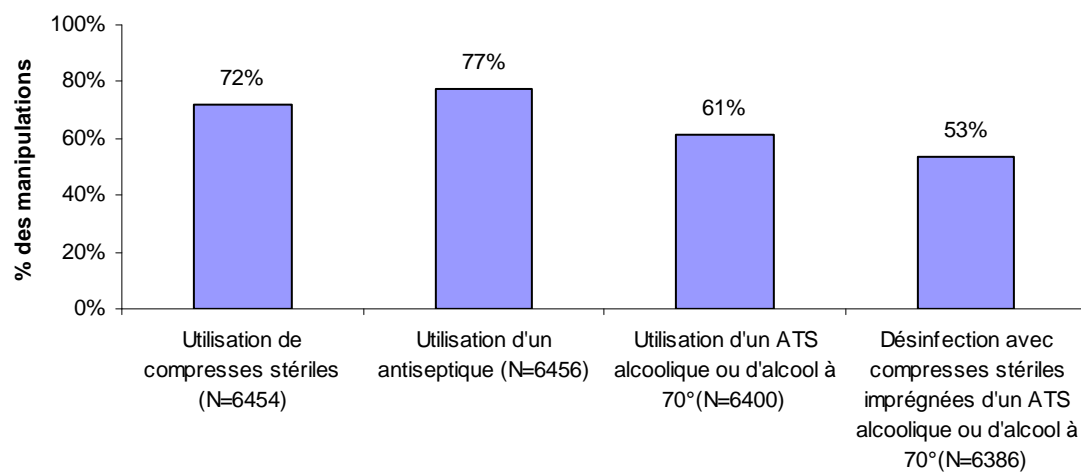
Parmi les manipulations où le site d'injection est désinfecté, 62.2% d'entre elles sont réalisées avec un antiseptique alcoolique (PVPi alcoolique, Chlorhexidine alcoolique) ou alcool à 70° (3064/4924).

Le site d'injection est désinfecté avec de la chlorhexidine faiblement alcoolisée dans 17.1% des manipulations (840/4924).

Remarque : certains embouts de CVP ne seraient pas compatibles avec l'alcool.



Graphique 17 : Mode opératoire de désinfection du site d'injection (sur l'ensemble des manipulations renseignées)



ANNEXES

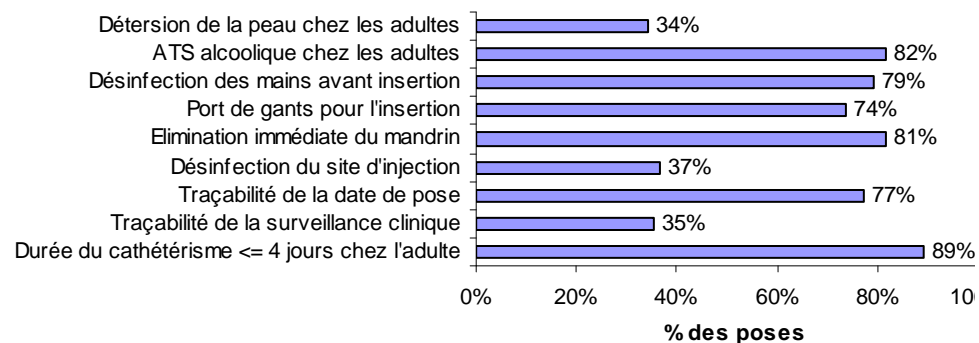
Annexe A : Analyse des critères de qualité par catégories d'établissements

Tableau 38 : Nombre d'évaluations renseignées répondant aux critères de qualité en fonction de la catégorie des établissements

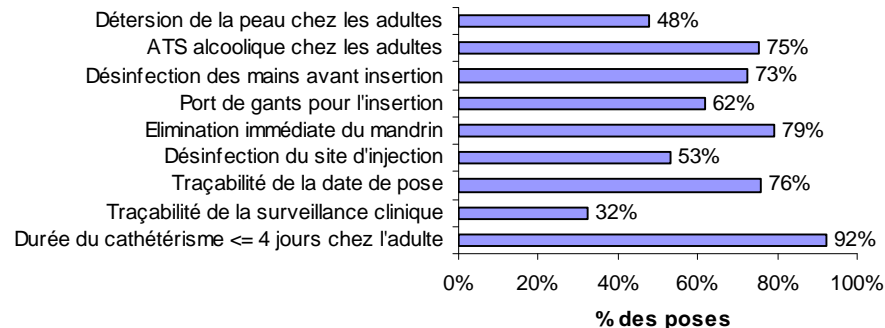
CQ évalués	Toutes catégories confondues	CHR/CHU	CH/CHG	HL	Clinique MCO	HIA	SSR/SLD	CLCC	Autre
Détersion de la peau chez les adultes	2 789	314	1 669	84	586	27	29	49	31
Utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie chez les adultes	5 101	778	2 683	61	1 348	43	34	110	44
Désinfection des mains avant insertion	5 300	866	2 777	97	1 336	37	41	109	37
Port de gants pour l'insertion	4 674	805	2 382	84	1 124	58	41	142	38
Elimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité	5 880	898	3 064	109	1 545	45	43	143	33
Désinfection du site d'injection lors des manipulations de ligne veineuse	3 413	302	1 740	60	1 168	35	22	61	25
Traçabilité de la date de pose	2 692	342	1 314	22	931	12	16	40	15
Traçabilité de la surveillance clinique quotidienne	910	104	387	7	380	2	6	13	11
Durée du cathétérisme inférieure ou égale à 4 jours chez l'adulte	2 803	352	1 370	23	980	10	16	45	7

6 groupes d'établissements sont créés dans le but de les comparer les uns aux autres. Ci-dessous, 6 graphiques illustrent le taux d'évaluations qui répondant aux critères de qualités, dans chaque groupe d'établissements.

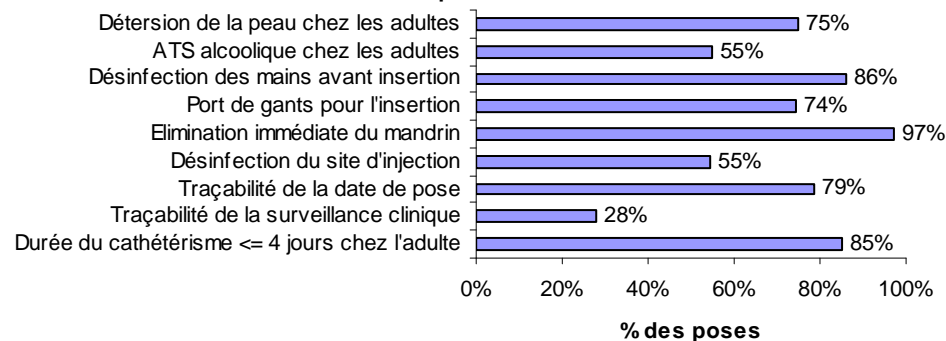
Graphique 18 : Proportion des poses présentant le CQ évalué pour les CHR/CHU



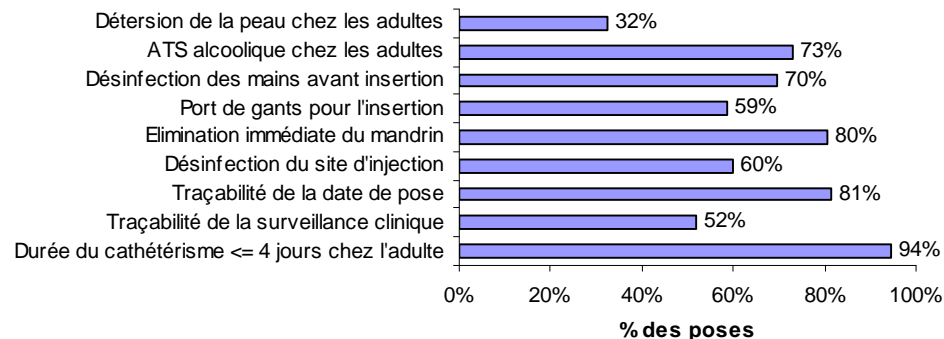
Graphique 19 : Proportion des poses présentant le CQ évalué pour les CH/CHG



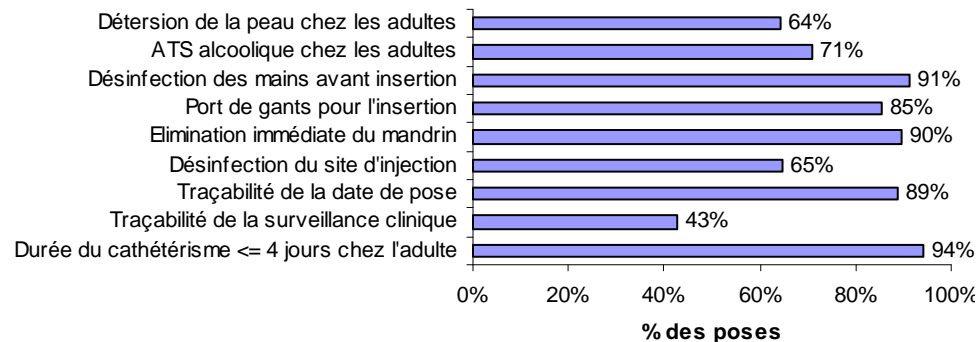
Graphique 20 : Proportion des poses présentant le CQ évalué pour les hôpitaux locaux



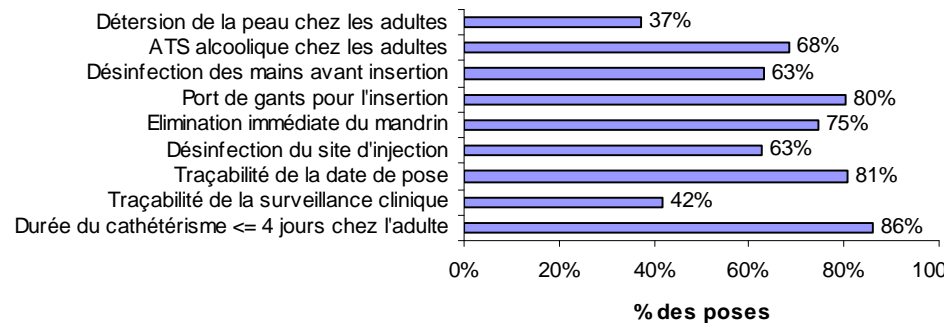
Graphique 21 : Proportion des poses présentant le CQ évalué pour les cliniques MCO



Graphique 22 : Proportion des poses présentant le CQ évalué pour les SSR/SLD



Graphique 23 : Proportion des poses présentant le CQ évalué pour les autres (HIA, CLCC...)



Annexe B : Analyse des critères de qualités par spécialité des services

Médecine et chirurgie

Tableau 39 : Taux d'évaluations renseignées répondant aux critères de qualités dans les services de médecine et chirurgie (court séjour)

CQ évalués	Médecine	Pédiatrie	Psychiatrie	Gynéco Mater. Obst.	Chirurgie
Détersion de la peau chez les adultes	52%	14% *	52% *	36%	47%
Utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie chez les adultes	71%	71% *	58% *	78%	66%
Désinfection des mains avant insertion	81%	81%	79% *	74%	85%
Port de gants pour l'insertion	66%	23%	75% *	44%	68%
Elimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité	84%	76%	88% *	69%	85%
Désinfection du site d'injection lors des manipulations de ligne veineuse	56%	67%	89% *	50%	55%
Traçabilité de la date de pose	77%	-	100% *	84%	79%
Traçabilité de la surveillance clinique quotidienne	34%	-	0% *	45%	44%
Durée du cathétérisme inférieure ou égale à 4 jours chez l'adulte	90%	-	0% *	99%	95%

* Effectifs < 30

Services médico-techniques

Tableau 40 : Taux d'évaluations renseignées répondant aux critères de qualités dans les services médico-techniques

CQ évalués	Bloc SSPI	Médecine nucléaire	Endoscopie	Explorations fonctionnelles	Imagerie radio
Détersion de la peau chez les adultes	21%	50%	17%	0% *	32%
Utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie chez les adultes	80%	92%	97%	100% *	94%
Désinfection des mains avant insertion	41%	31%	43%	0% *	60%
Port de gants pour l'insertion	52%	95%	70%	100% *	67%
Elimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité	66%	66%	78%	0% *	89%
Désinfection du site d'injection lors des manipulations de ligne veineuse	32%	0% *	33% *	75% *	36%

* Effectifs < 30

Urgences et réanimation

Tableau 41 : Taux d'évaluations renseignées répondant aux critères de qualités dans les service d'urgences et de réanimation

CQ évalués	Réanimation USI USC	Réanimation néonatale	Urgence Service porte	SMUR SAMU
Détersion de la peau chez les adultes	45%	0% *	37%	12% *
Utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie chez les adultes	78%	100% *	87%	93% *
Désinfection des mains avant insertion	88%	76%	63%	48% *
Port de gants pour l'insertion	69%	48%	75%	82% *
Elimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité	79%	84%	79%	66% *
Désinfection du site d'injection lors des manipulations de ligne veineuse	61%	49%	63%	38% *
Traçabilité de la date de pose	81%	-	75%	-
Traçabilité de la surveillance clinique quotidienne	46%	-	13%	-
Durée du cathétérisme inférieure ou égale à 4 jours chez l'adulte	91%	-	100%	-

* Effectifs < 30

Moyen et long séjour

Tableau 42 : Taux d'évaluations renseignées répondant aux critères de qualités dans les services de moyen et long séjour

CQ évalués	SSR	SLD	EHPAD	HAD
Détersion de la peau chez les adultes	49%	61%	61%	69% *
Utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie chez les adultes	62%	49%	58%	69% *
Désinfection des mains avant insertion	90%	94%	72%	77% *
Port de gants pour l'insertion	72%	59%	76%	46% *
Elimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité	88%	88%	88%	92% *
Désinfection du site d'injection lors des manipulations de ligne veineuse	60%	54%	58%	47% *
Traçabilité de la date de pose	84%	55% *	67% *	100% *
Traçabilité de la surveillance clinique quotidienne	28%	17% *	50% *	80% *
Durée du cathétérisme inférieure ou égale à 4 jours chez l'adulte	88%	57% *	100% *	60% *

* Effectifs < 30

Annexe C : Analyse des critères de qualité par méthodes d'évaluation et par statut de l'audit

Tableau 43 : Répartition des évaluations répondant aux critères de qualités en fonction de la méthode d'évaluation utilisée

CQ évalués	Observation		Autoévaluation		Total Effectif	p
	Effectif	%*	Effectif	%*		
Détersion de la peau chez les adultes	936	40.1	1853	42.9	2789	0,029
Utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie chez les adultes	1822	77.7	3279	73.5	5101	<0.001
Désinfection des mains avant insertion	1225	50.2	4075	84.0	5300	<0.001
Port de gants pour l'insertion	1604	65.3	3070	63.0	4674	0.051
Elimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité	1775	72.5	4105	83.9	5880	<0.001
Désinfection du site d'injection lors des manipulations de ligne veineuse	1162	50.9	2251	54.8	3413	0.003

* Pourcentage de poses répondant aux CQ parmi le nombre de poses dans chaque méthode d'évaluation

Tableau 44 : Répartition des évaluations répondant aux critères de qualités en fonction du statut étudiant ou non du personnel audité

CQ évalués	Etudiants		Professionnels		Total Effectif	p
	Effectif	%*	Effectif	%*		
Détersion de la peau chez les adultes	228	56.2	2357	40.7	2585	<0,001
Utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie chez les adultes	292	70.9	4469	75.4	4761	0.039
Désinfection des mains avant insertion	312	73.4	4581	71.9	4893	0.515
Port de gants pour l'insertion	399	93.4	3944	61.7	4343	<0.001
Elimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité	372	87.5	5085	79.4	5457	<0.001
Désinfection du site d'injection lors des manipulations de ligne veineuse	284	66.0	2867	52.2	3151	<0.001

* Pourcentage de poses répondant aux CQ, parmi le nombre de poses dans chaque statut du personnel.

Tableau 45 : Répartition des évaluations répondant aux critères de qualités en fonction de la catégorie professionnelle (étudiants ou non)

CQ évalués	Infirmier		IDE spécialisé		Médecin et interne		Sage-femme		Manipulateurs radio		Total Effectif
	Effectif	% *	Effectif	% *	Effectif	% *	Effectif	% *	Effectif	% *	
Détersion de la peau chez les adultes	2388	46,9	109	20,4	20	8,7	102	33,5	157	33,9	2776
Utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie chez les adultes	3780	72,5	443	81,4	161	68,8	250	78,9	446	94,7	5080
Désinfection des mains avant insertion	4328	79,4	351	48,2	87	33,5	231	71,7	277	55,7	5274
Port de gants pour l'insertion	3682	67,1	396	54,6	86	32,7	133	40,9	351	70,8	4648
Elimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité	4557	83,0	478	65,7	163	61,7	220	67,3	429	85,8	5847
Désinfection du site d'injection lors des manipulations de ligne veineuse	3032	56,7	152	41,3	25	16,8	101	48,1	91	32,0	3401

* Pourcentage de poses répondant aux CQ, parmi le nombre de poses dans chaque catégorie professionnelle.

Annexe D : Evaluation du lien entre protocole et pratiques

Comparaison des résultats en relation avec l'existence d'un protocole Etablissement conforme

Tableau 46 : Comparaison des critères de qualité évalués en pratique en fonction de l'existence et de la conformité du protocole CVP

Critères de qualité évalués en pratique	PROTOCOLE CVP		
	ES avec protocole	ES sans protocole *	
	Contenu du protocole conforme (10 items/10)	Contenu du protocole partiellement conforme (< 10 items/10)	Nb ES (% **)
Nb ES (% **)	31 établissements	84 établissements	5 établissements
POSE			
Détersion de la peau	29 (93%)	72 (86%)	3 (60%)
Utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie	31 (100%)	83 (99%)	5 (100%)
Désinfection des mains avant insertion	31 (100%)	83 (99%)	5 (100%)
Port de gants pour l'insertion	31 (100%)	84 (100%)	5 (100%)
Elimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité	31 (100%)	84 (100%)	5 (100%)
MANIPULATIONS			
Désinfection du site d'injection lors des manipulations de ligne veineuse	30 (97%)	81 (98%)	4 (100%)
TRACABILITE			
Traçabilité de la date de pose	29 (100%)	78 (99%)	4 (100%)
Traçabilité de la surveillance clinique quotidienne	25 (86%)	60 (76%)	2 (50%)
DUREE DE MAINTIEN			
Durée du cathétérisme inférieure ou égale à 4 jours	29 (100%)	79 (100%)	4 (100%)

** Proportion d'établissement pratiquant un critère de qualité selon l'existence ou non d'un protocole.

Annexe E : Posters de synthèse de l'inter-région Est et par région

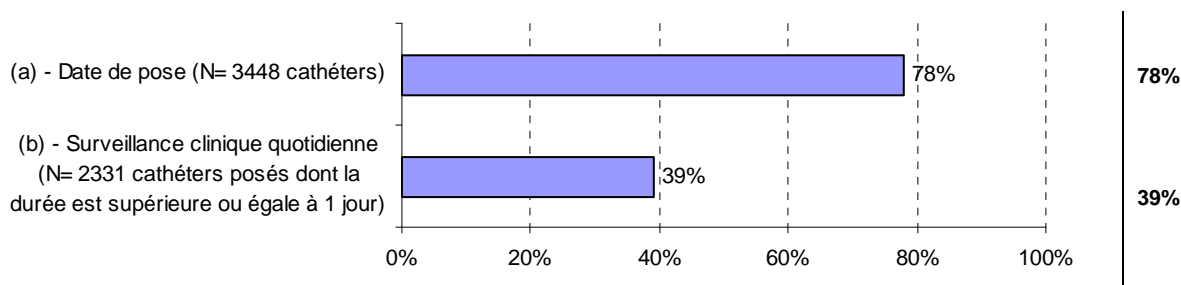
1. INTER-REGION EST : 120 établissements et 1173 services étudiés

Protocole CVP (N = 120 établissements)	Objectif SFHH/HAS 2007 : standardiser la pratique de pose et d'entretien des CVP
---	--

Items	% de protocole répondant aux items	Critères de qualité SFHH/HAS 2007
Un protocole existe au niveau de l'établissement	95.8	95.8%
Il est validé par les institutions en charge de la lutte contre les infections nosocomiales	98.3	
Utilisation et accessibilité du protocole « Etablissement » dans les services	95.0	95.0%
Le protocole « Etablissement », à orientation adulte ou mixte, est conforme aux recommandations en vigueur en ce qui concerne :		
1. La déterision de la peau (R16)	95.6	Tous les items conformes : 27.2%
2. L'utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie (R18)	80.5	
3. La désinfection des mains avant insertion (R12)	70.2	
4. Le port de gants pour l'insertion (R13)	93.9	
5. L'élimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité (Circulaire 1998)	80.7	
6. La désinfection du site d'injection lors des manipulations de ligne veineuse (R36)	65.5	
7. La traçabilité de la date de pose (R26)	97.4	
8. La traçabilité de la date d'ablation (R26)	57.9	
9. La traçabilité de la surveillance clinique quotidienne (R45)	52.2	
10. La durée de maintien inférieure à 4 jours (R49)	86.0	

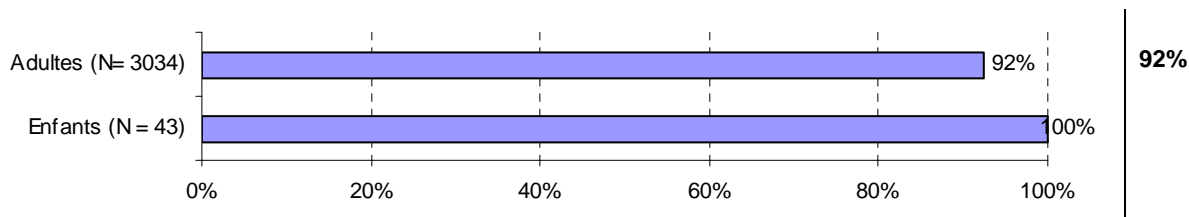
Traçabilité et durée de maintien du CVP (N = 3467 CVP évalués)	Objectif SFHH/HAS 2007 : évaluer le maintien du cathétérisme
---	--

Traçabilité de la date de pose et de la surveillance clinique quotidienne du CVP



(a+b) Conformité de la traçabilité (N = 2322 cathéters posés dont la durée est supérieure ou égale à 1 jour) : 35.5%.

Durée de maintien du CVP inférieure ou égale à 4 jours

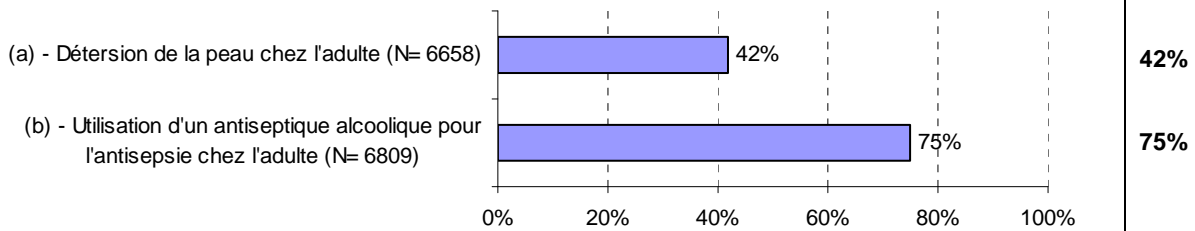


Mise en garde générale : prudence sur l'interprétation des résultats quand l'effectif (N) est inférieur à 30.

Pose du CVP (N= 7372)	Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie lors de la pose
------------------------------	--

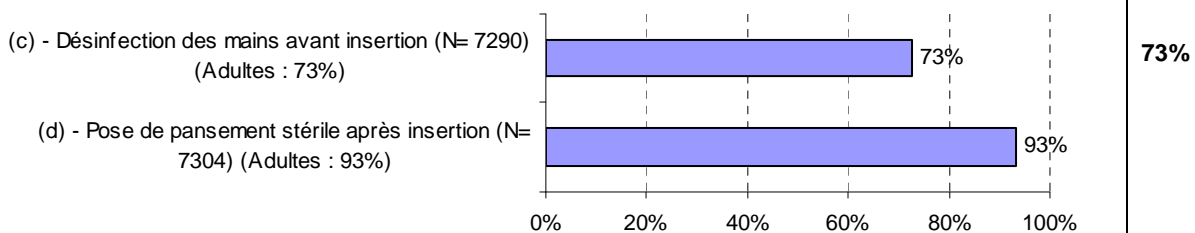
Critères de qualité SFHH/HAS 2007

Préparation du site d'insertion de CVP chez l'adulte



(a+b) Conformité de la préparation du site d'insertion chez l'adulte (N= 6617) : 25.6%

Pratiques d'hygiène de l'insertion de CVP

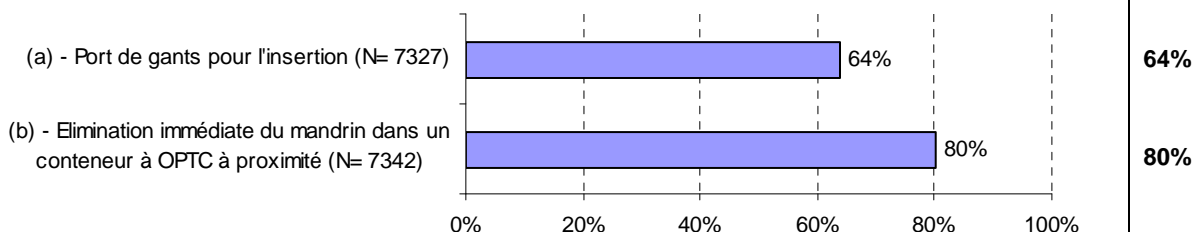


(c+d) – Conformité des bonnes pratiques d'hygiène de l'insertion (N=7226) : 67.5% (adultes : N= 6763; 67.5%)

(a+b+c+d) Conformité des bonnes pratiques d'hygiène de la pose chez l'adulte (N=6501) : 18.2%
--

Pose du CVP (N= 7372)	Objectif SFHH/HAS 2007 : appliquer les précautions standard
------------------------------	---

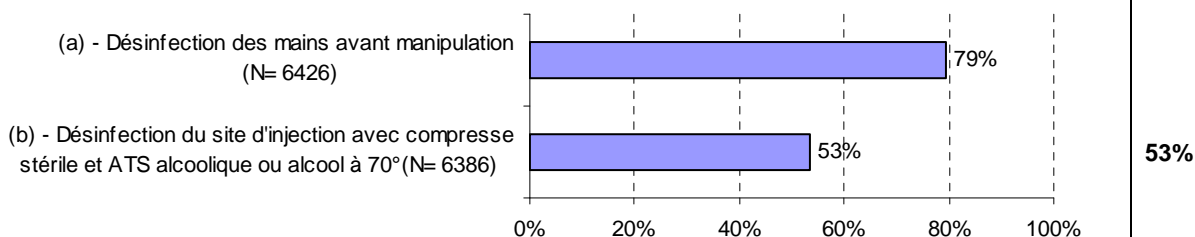
Sécurité de la pose de CVP



(a+b) – Conformité de la sécurité de la pose (N= 7302) : 53.0%

Manipulations du CVP (N= 6487)	Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie pour les manipulations du cathéter, des tubulures et des robinets
---------------------------------------	--

Bonnes pratiques d'hygiène des manipulations



(a+b) – Conformité des bonnes pratiques d'hygiène des manipulations (N= 6331) : 44.7%

Mise en garde générale : prudence sur l'interprétation des résultats quand l'effectif (N) est inférieur à 30
--

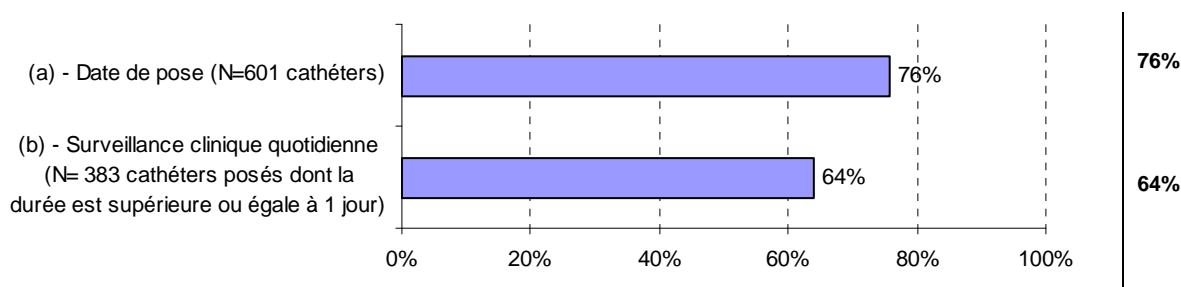
2. ALSACE : 22 établissements et 220 services étudiés

Protocole CVP (N = 120 établissements)	Objectif SFHH/HAS 2007 : standardiser la pratique de pose et d'entretien des CVP
---	--

Items	% de protocole répondant aux items	Critères de qualité SFHH/HAS 2007
Un protocole existe au niveau de l'établissement	95.4	95.4%
Il est validé par les institutions en charge de la lutte contre les infections nosocomiales	100.0	
Utilisation et accessibilité du protocole « Etablissement » dans les services	96.8	
Le protocole « Etablissement », <u>à orientation adulte ou mixte</u> , est conforme aux recommandations en vigueur en ce qui concerne :		
1. La détergence de la peau (R16)	90.5	Tous les items conformes : 28.6%
2. L'utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie (R18)	80.9	
3. La désinfection des mains avant insertion (R12)	61.9	
4. Le port de gants pour l'insertion (R13)	95.2	
5. L'élimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité (Circulaire 1998)	66.7	
6. La désinfection du site d'injection lors des manipulations de ligne veineuse (R36)	0.50	
7. La traçabilité de la date de pose (R26)	100.0	
8. La traçabilité de la date d'ablation (R26)	57.1	
9. La traçabilité de la surveillance clinique quotidienne (R45)	71.4	
10. La durée de maintien inférieure à 4 jours (R49)	66.7	

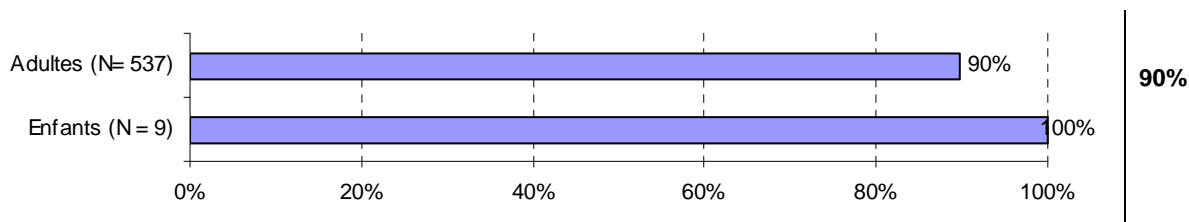
Traçabilité et durée de maintien du CVP (N = 613 CVP évalués)	Objectif SFHH/HAS 2007 : évaluer le maintien du cathétérisme
--	--

Traçabilité de la date de pose et de la surveillance clinique quotidienne du CVP



(a+b) Conformité de la traçabilité (N = 376 cathéters posés dont la durée est supérieure ou égale à 1 jour) : 54.3%.

Durée de maintien du CVP inférieure ou égale à 4 jours

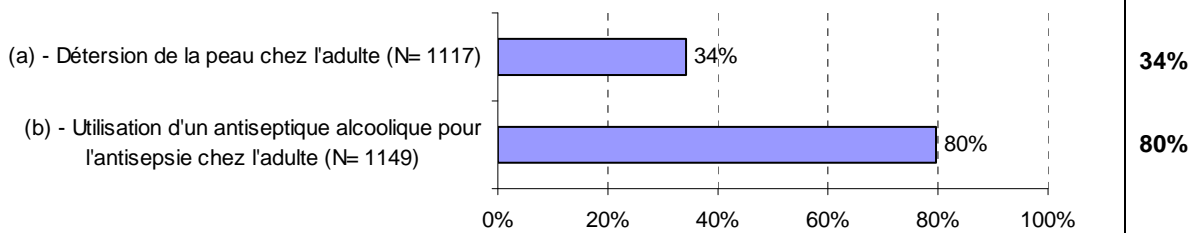


Mise en garde générale : prudence sur l'interprétation des résultats quand l'effectif (N) est inférieur à 30.

Pose du CVP (N=1232)	Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie lors de la pose
-----------------------------	--

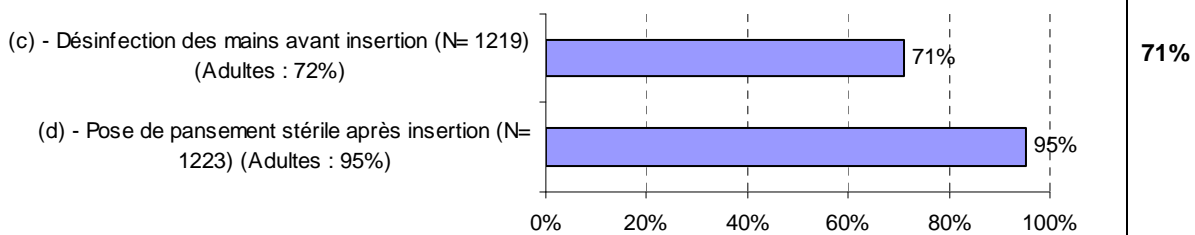
Critères de qualité SFHH/HAS 2007

Préparation du site d'insertion de CVP chez l'adulte



(a+b) Conformité de la préparation du site d'insertion chez l'adulte (N= 1111) : 23.8%

Pratiques d'hygiène de l'insertion de CVP

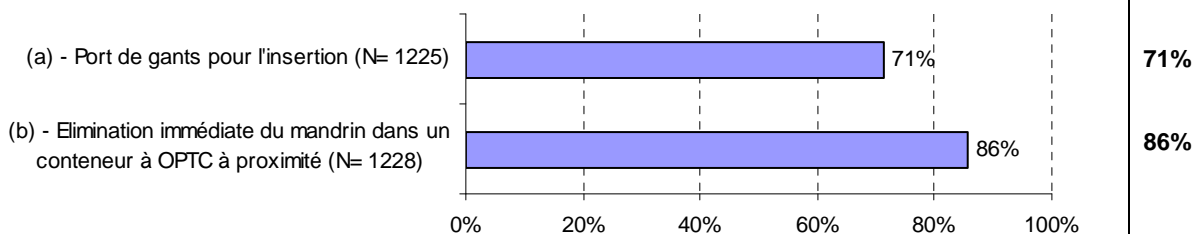


(c+d) – Conformité des bonnes pratiques d'hygiène de l'insertion (N= 1212) : 67.1% (adultes : N=1148 ; 67.5%)

(a+b+c+d) Conformité des bonnes pratiques d'hygiène de la pose chez l'adulte (N= 1098) : 14.2%

Pose du CVP (N=1232)	Objectif SFHH/HAS 2007 : appliquer les précautions standard
-----------------------------	---

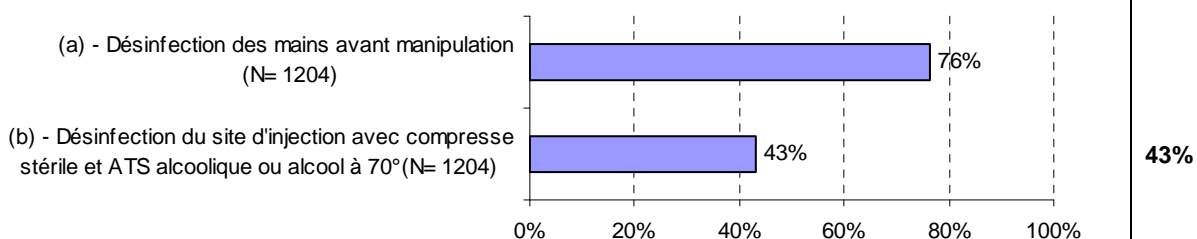
Sécurité de la pose de CVP



(a+b) – Conformité de la sécurité de la pose (N= 1222) : 61.7%

Manipulations du CVP (N=1223)	Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie pour les manipulations du cathéter, des tubulures et des robinets
--------------------------------------	--

Bonnes pratiques d'hygiène des manipulations



(a+b) – Conformité des bonnes pratiques d'hygiène des manipulations (N= 1189) : 35.3%

Mise en garde générale : prudence sur l'interprétation des résultats quand l'effectif (N) est inférieur à 30
--

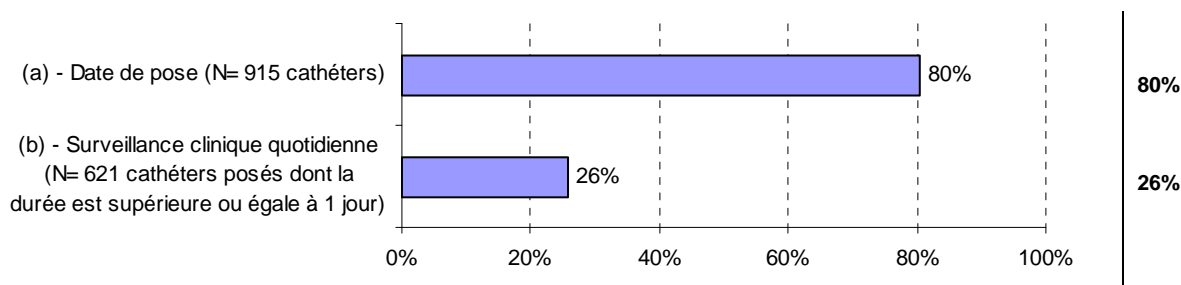
3. BOURGOGNE : 27 établissements et 257 services étudiés

Protocole CVP (N = 27 établissements)	Objectif SFHH/HAS 2007 : standardiser la pratique de pose et d'entretien des CVP
--	--

Items	% de protocole répondant aux items	Critères de qualité SFHH/HAS 2007
Un protocole existe au niveau de l'établissement	96.3	96.3
Il est validé par les institutions en charge de la lutte contre les infections nosocomiales	96.1	
Utilisation et accessibilité du protocole « Etablissement » dans les services	92.0	92.0
Le protocole « Etablissement », <u>à orientation adulte ou mixte</u> , est conforme aux recommandations en vigueur en ce qui concerne :		
1. La déterision de la peau (R16)	100.0	Tous les items conformes : 20.0%
2. L'utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie (R18)	68.0	
3. La désinfection des mains avant insertion (R12)	72.0	
4. Le port de gants pour l'insertion (R13)	96.0	
5. L'élimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité (Circulaire 1998)	68.0	
6. La désinfection du site d'injection lors des manipulations de ligne veineuse (R36)	60.0	
7. La traçabilité de la date de pose (R26)	100.0	
8. La traçabilité de la date d'ablation (R26)	60.0	
9. La traçabilité de la surveillance clinique quotidienne (R45)	32.0	
10. La durée de maintien inférieure à 4 jours (R49)	88.0	

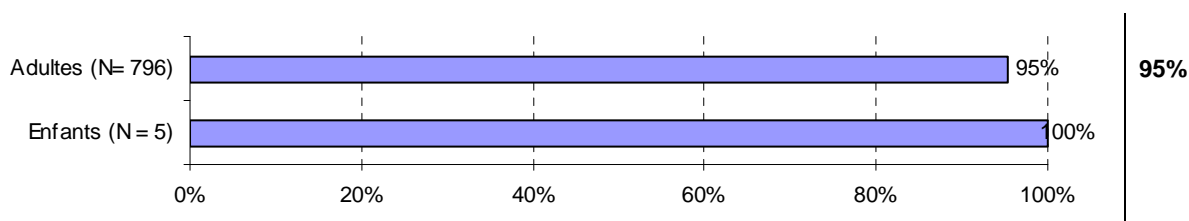
Traçabilité et durée de maintien du CVP (N = 916 CVP évalués)	Objectif SFHH/HAS 2007 : évaluer le maintien du cathétérisme
--	--

Traçabilité de la date de pose et de la surveillance clinique quotidienne du CVP



(a+b) Conformité de la traçabilité (N = 621 cathéters posés dont la durée est supérieure ou égale à 1 jour) : 25.6%.

Durée de maintien du CVP inférieure ou égale à 4 jours

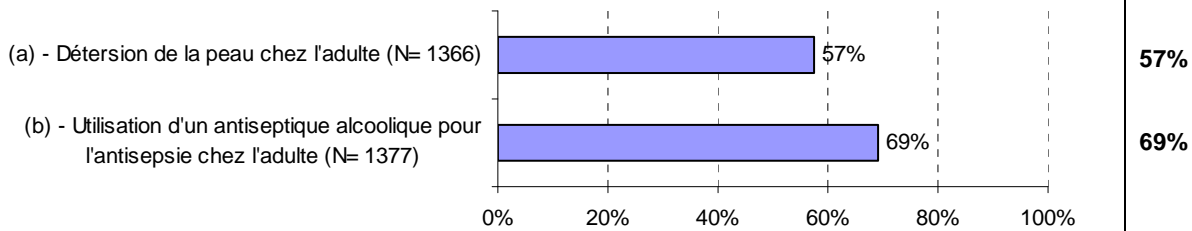


Mise en garde générale : prudence sur l'interprétation des résultats quand l'effectif (N) est inférieur à 30

Pose du CVP (N= 1447)	Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie lors de la pose
------------------------------	--

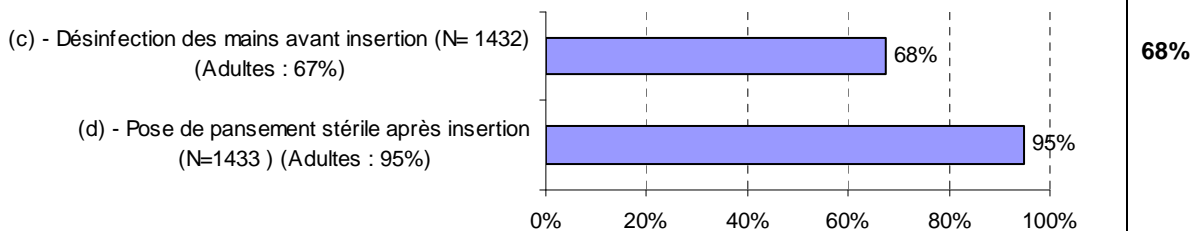
Critères de qualité SFHH/HAS 2007

Préparation du site d'insertion de CVP chez l'adulte



(a+b) Conformité de la préparation du site d'insertion chez l'adulte (N= 1363) : 33.2%

Pratiques d'hygiène de l'insertion de CVP

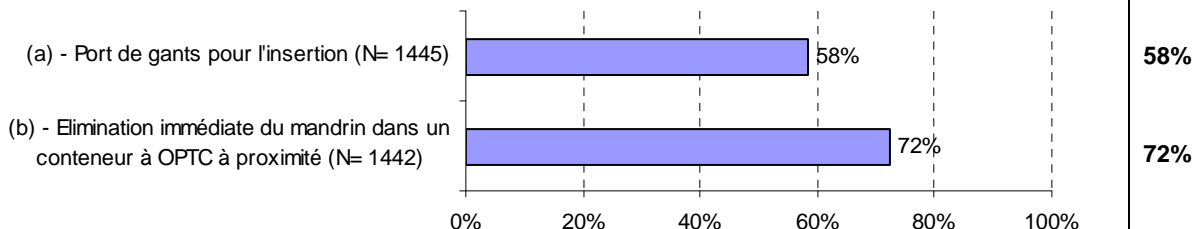


(c+d) – Conformité des bonnes pratiques d'hygiène de l'insertion (N= 1419) : 64.6% (adultes : N= 1356; 64.4%)

(a+b+c+d) Conformité des bonnes pratiques d'hygiène de la pose chez l'adulte (N=1336) : 25.7%
--

Pose du CVP (N=1447)	Objectif SFHH/HAS 2007 : appliquer les précautions standard
-----------------------------	---

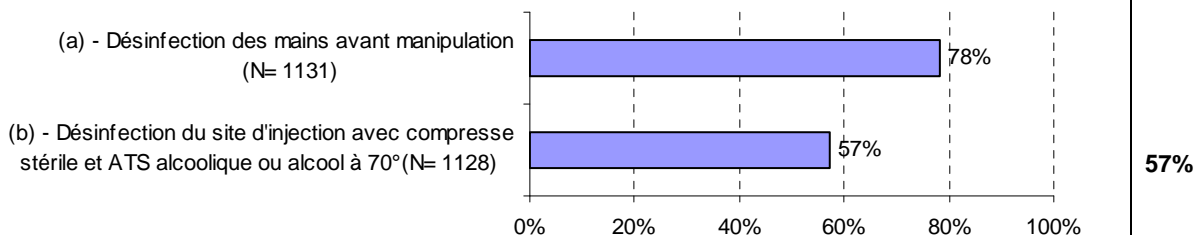
Sécurité de la pose de CVP



(a+b) – Conformité de la sécurité de la pose (N= 1441) : 43.4%

Manipulations du CVP (N=1138)	Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie pour les manipulations du cathéter, des tubulures et des robinets
--------------------------------------	--

Bonnes pratiques d'hygiène des manipulations



(a+b) – Conformité des bonnes pratiques d'hygiène des manipulations (N= 1121) : 48.0%

Mise en garde générale : prudence sur l'interprétation des résultats quand l'effectif (N) est inférieur à 30
--

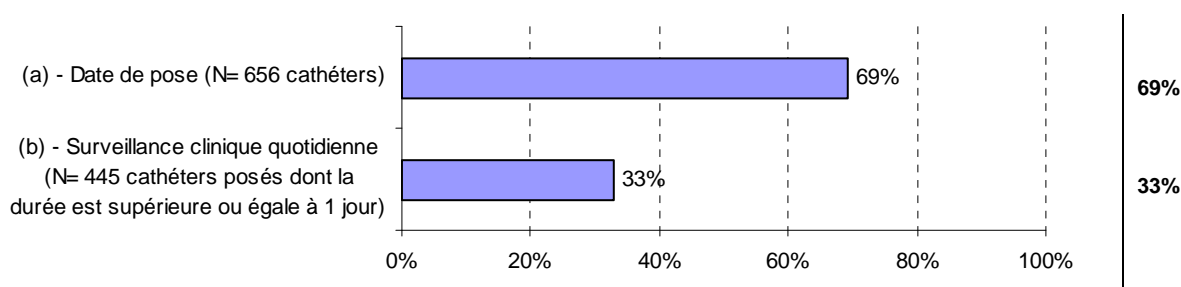
4. CHAMPAGNE-ARDENNE : 20 établissements et 229 services étudiés

Protocole CVP (N = 20 établissements)	Objectif SFHH/HAS 2007 : standardiser la pratique de pose et d'entretien des CVP
--	--

Items	% de protocole répondant aux items	Critères de qualité SFHH/HAS 2007
Un protocole existe au niveau de l'établissement	95.0	95.0%
Il est validé par les institutions en charge de la lutte contre les infections nosocomiales	100.0	
Utilisation et accessibilité du protocole « Etablissement » dans les services	93.0	
Le protocole « Etablissement », <u>à orientation adulte ou mixte</u> , est conforme aux recommandations en vigueur en ce qui concerne :		
1. La déterision de la peau (R16)	100.0	Tous les items conformes : 42.1%
2. L'utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie (R18)	78.9	
3. La désinfection des mains avant insertion (R12)	73.7	
4. Le port de gants pour l'insertion (R13)	89.5	
5. L'élimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité (Circulaire 1998)	78.9	
6. La désinfection du site d'injection lors des manipulations de ligne veineuse (R36)	63.2	
7. La traçabilité de la date de pose (R26)	89.5	
8. La traçabilité de la date d'ablation (R26)	52.6	
9. La traçabilité de la surveillance clinique quotidienne (R45)	57.9	
10. La durée de maintien inférieure à 4 jours (R49)	94.7	

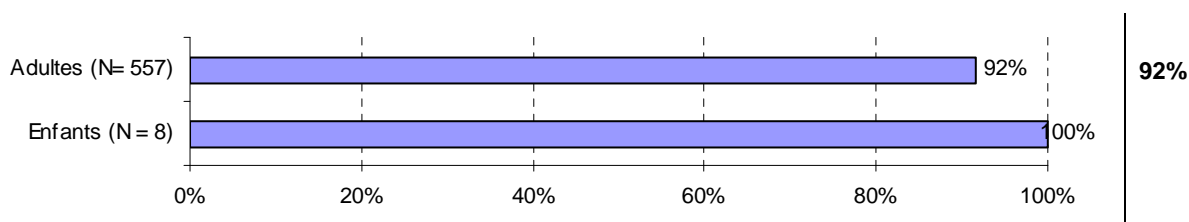
Traçabilité et durée de maintien du CVP (N = 660 CVP évalués)	Objectif SFHH/HAS 2007 : évaluer le maintien du cathétérisme
--	--

Traçabilité de la date de pose et de la surveillance clinique quotidienne du CVP



(a+b) Conformité de la traçabilité (N = 443 cathéters posés dont la durée est supérieure ou égale à 1 jour) : 27.8%.

Durée de maintien du CVP inférieure ou égale à 4 jours

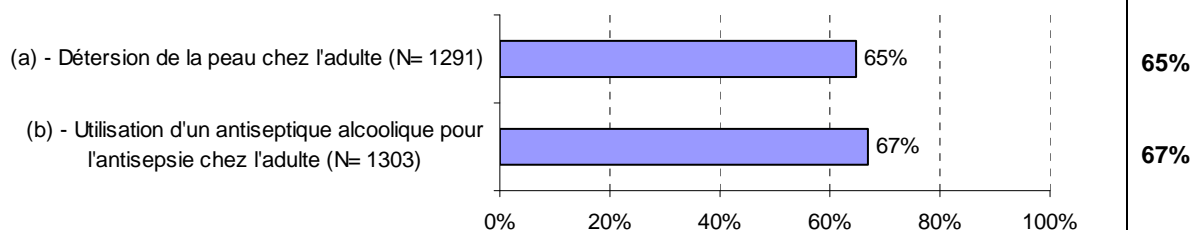


Mise en garde générale : prudence sur l'interprétation des résultats quand l'effectif (N) est inférieur à 30

Pose du CVP (N= 1418)	Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie lors de la pose
------------------------------	--

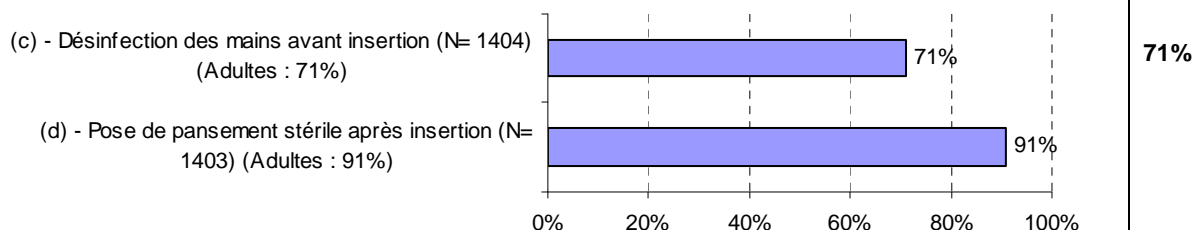
Critères de qualité SFHH/HAS 2007

Préparation du site d'insertion de CVP chez l'adulte



(a+b) Conformité de la préparation du site d'insertion chez l'adulte (N= 1283) : 40.4%

Pratiques d'hygiène de l'insertion de CVP

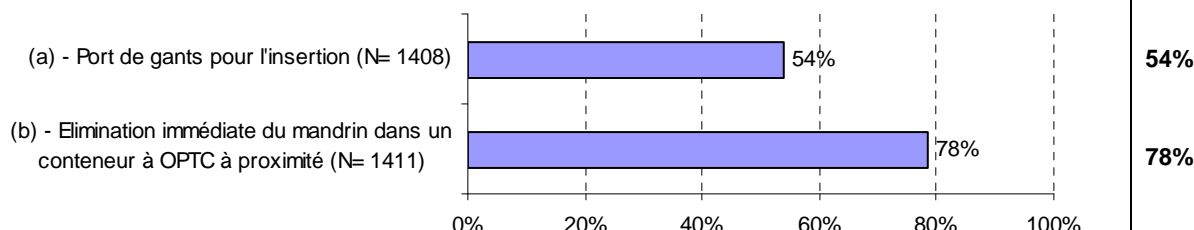


(c+d) – Conformité des bonnes pratiques d'hygiène de l'insertion (N=1389) : 64.0% (adultes : N=1296; 64.0%)

(a+b+c+d) Conformité des bonnes pratiques d'hygiène de la pose chez l'adulte (N=1262) : 27.6%
--

Pose du CVP (N= 1418)	Objectif SFHH/HAS 2007 : appliquer les précautions standard
------------------------------	---

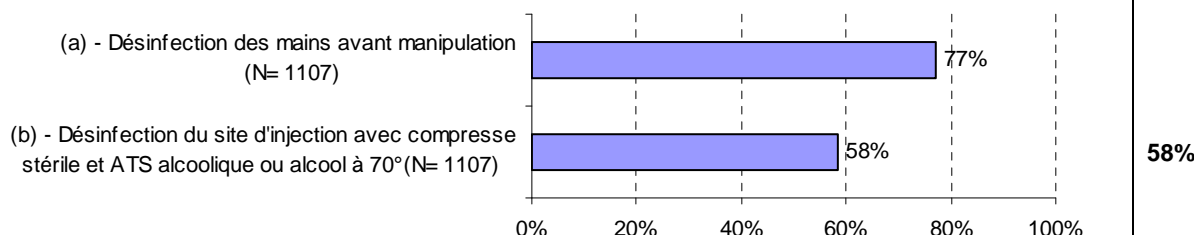
Sécurité de la pose de CVP



(a+b) – Conformité de la sécurité de la pose (N=1401) : 44.6%

Manipulations du CVP (N= 1117)	Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie pour les manipulations du cathéter, des tubulures et des robinets
---------------------------------------	--

Bonnes pratiques d'hygiène des manipulations



(a+b) – Conformité des bonnes pratiques d'hygiène des manipulations (N=1098) : 46.7%

Mise en garde générale : prudence sur l'interprétation des résultats quand l'effectif (N) est inférieur à 30
--

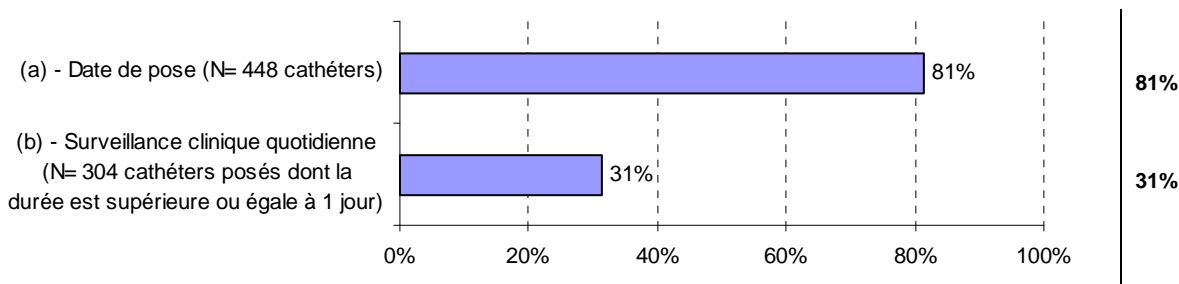
5. FRANCHE-COMTE : 15 établissements et 117 services étudiés

Protocole CVP (N = 15 établissements)	Objectif SFHH/HAS 2007 : standardiser la pratique de pose et d'entretien des CVP
--	--

Items	% de protocole répondant aux items	Critères de qualité SFHH/HAS 2007
Un protocole existe au niveau de l'établissement	100.0	100.0%
Il est validé par les institutions en charge de la lutte contre les infections nosocomiales	93.3	
Utilisation et accessibilité du protocole « Etablissement » dans les services	94.8	94.8%
Le protocole « Etablissement », <u>à orientation adulte ou mixte</u> , est conforme aux recommandations en vigueur en ce qui concerne :		
1. La déterision de la peau (R16)	93.3	Tous les items conformes : 6.7%
2. L'utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie (R18)	71.4	
3. La désinfection des mains avant insertion (R12)	53.3	
4. Le port de gants pour l'insertion (R13)	86.7	
5. L'élimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité (Circulaire 1998)	86.7	
6. La désinfection du site d'injection lors des manipulations de ligne veineuse (R36)	40.0	
7. La traçabilité de la date de pose (R26)	93.3	
8. La traçabilité de la date d'ablation (R26)	60.0	
9. La traçabilité de la surveillance clinique quotidienne (R45)	33.3	
10. La durée de maintien inférieure à 4 jours (R49)	86.7	

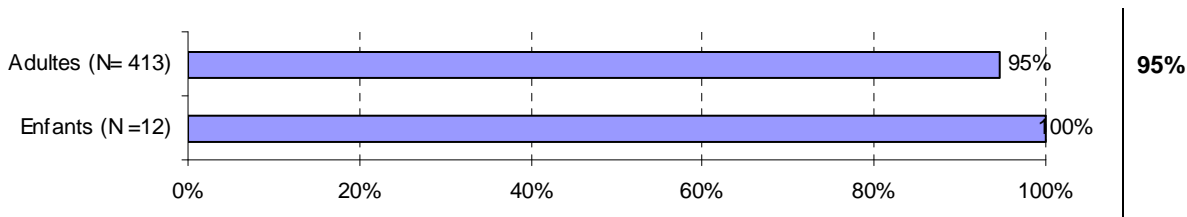
Traçabilité et durée de maintien du CVP (N = 448 CVP évalués)	Objectif SFHH/HAS 2007 : évaluer le maintien du cathétérisme
--	--

Traçabilité de la date de pose et de la surveillance clinique quotidienne du CVP



(a+b) Conformité de la traçabilité (N =304 cathéters posés dont la durée est supérieure ou égale à 1 jour) : 28.0%.

Durée de maintien du CVP inférieure ou égale à 4 jours

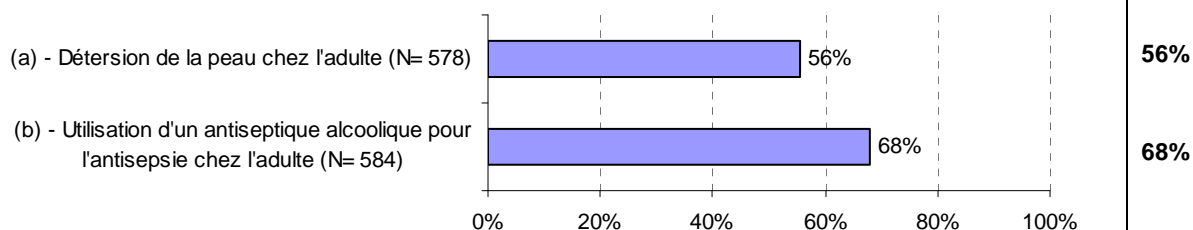


Mise en garde générale : prudence sur l'interprétation des résultats quand l'effectif (N) est inférieur à 30

Pose du CVP (N= 626)	Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie lors de la pose
-----------------------------	--

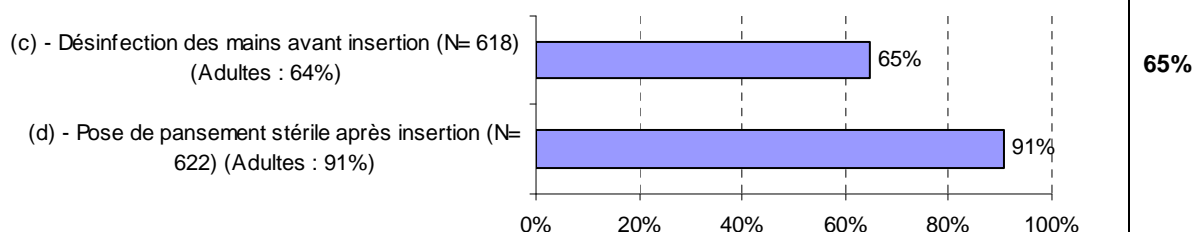
Critères de qualité SFHH/HAS 2007

Préparation du site d'insertion de CVP chez l'adulte



(a+b) Conformité de la préparation du site d'insertion chez l'adulte (N= 575) : 32.7%

Pratiques d'hygiène de l'insertion de CVP

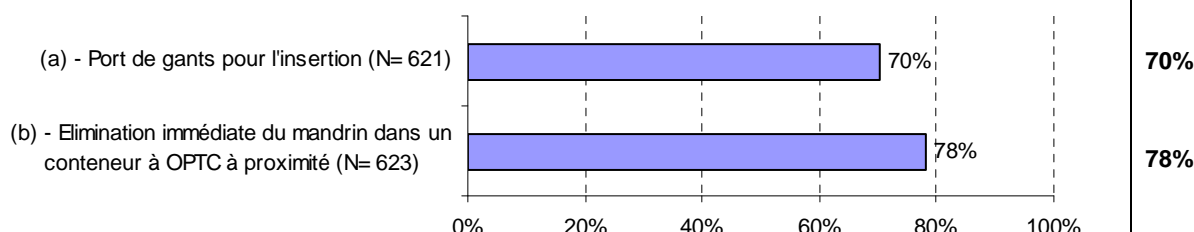


(c+d) – Conformité des bonnes pratiques d'hygiène de l'insertion (N= 615) : 58.7% (adultes : N=580; 58.1%)

(a+b+c+d) Conformité des bonnes pratiques d'hygiène de la pose chez l'adulte (N= 565) : 21.8%
--

Pose du CVP (N= 626)	Objectif SFHH/HAS 2007 : appliquer les précautions standard
-----------------------------	---

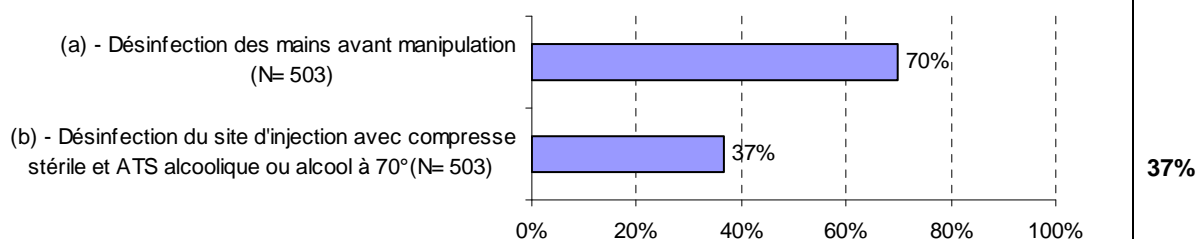
Sécurité de la pose de CVP



(a+b) – Conformité de la sécurité de la pose (N= 619) : 57.0%

Manipulations du CVP (N= 510)	Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie pour les manipulations du cathéter, des tubulures et des robinets
--------------------------------------	--

Bonnes pratiques d'hygiène des manipulations



(a+b) – Conformité des bonnes pratiques d'hygiène des manipulations (N= 496) : 28.2%

Mise en garde générale : prudence sur l'interprétation des résultats quand l'effectif (N) est inférieur à 30
--

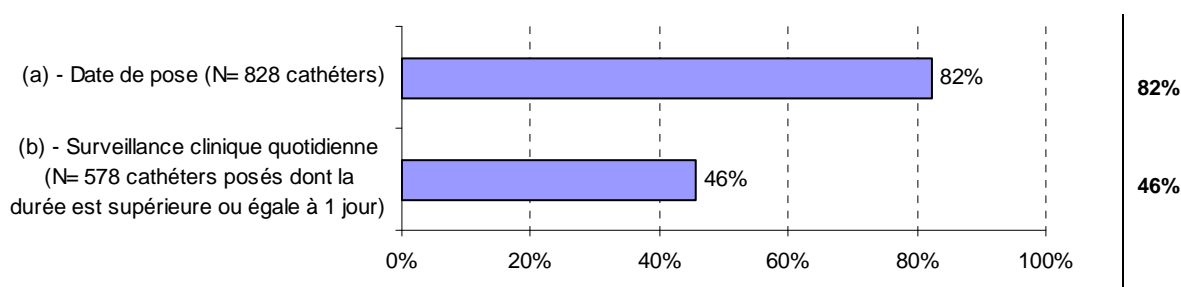
6. LORRAINE : 36 établissements et 350 services étudiés

Protocole CVP (N = 36 établissements)	Objectif SFHH/HAS 2007 : standardiser la pratique de pose et d'entretien des CVP
--	--

Items	% de protocole répondant aux items	Critères de qualité SFHH/HAS 2007
Un protocole existe au niveau de l'établissement	94.4	94.4%
Il est validé par les institutions en charge de la lutte contre les infections nosocomiales	100.0	
Utilisation et accessibilité du protocole « Etablissement » dans les services	97.3	
Le protocole « Etablissement », <u>à orientation adulte ou mixte</u> , est conforme aux recommandations en vigueur en ce qui concerne :		
1. La déterision de la peau (R16)	93.9	Tous les items conformes : 32.3
2. L'utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie (R18)	94.1	
3. La désinfection des mains avant insertion (R12)	79.4	
4. Le port de gants pour l'insertion (R13)	97.1	
5. L'élimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité (Circulaire 1998)	97.1	
6. La désinfection du site d'injection lors des manipulations de ligne veineuse (R36)	91.2	
7. La traçabilité de la date de pose (R26)	100.0	
8. La traçabilité de la date d'ablation (R26)	58.8	
9. La traçabilité de la surveillance clinique quotidienne (R45)	60.6	
10. La durée de maintien inférieure à 4 jours (R49)	91.2	

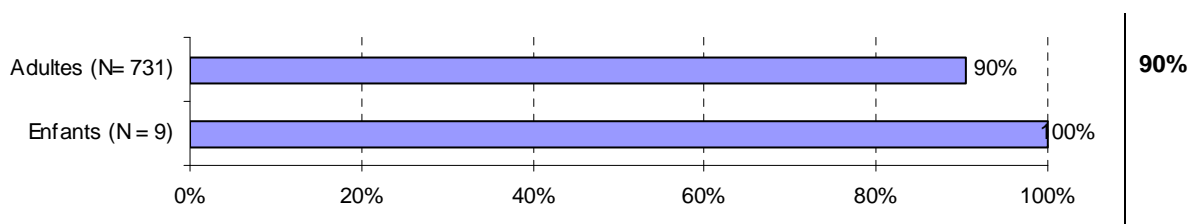
Traçabilité et durée de maintien du CVP (N = 830 CVP évalués)	Objectif SFHH/HAS 2007 : évaluer le maintien du cathétérisme
--	--

Traçabilité de la date de pose et de la surveillance clinique quotidienne du CVP



(a+b) Conformité de la traçabilité (N = 578 cathéters posés dont la durée est supérieure ou égale à 1 jour) : 43.8%.

Durée de maintien du CVP inférieure ou égale à 4 jours

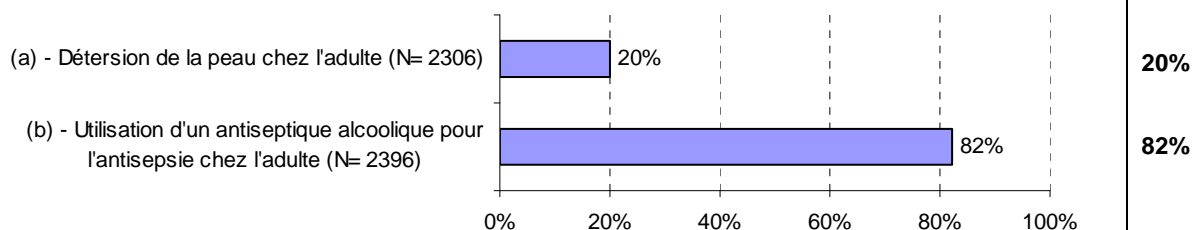


Mise en garde générale : prudence sur l'interprétation des résultats quand l'effectif (N) est inférieur à 30

Pose du CVP (N= 2649)	Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie lors de la pose
------------------------------	--

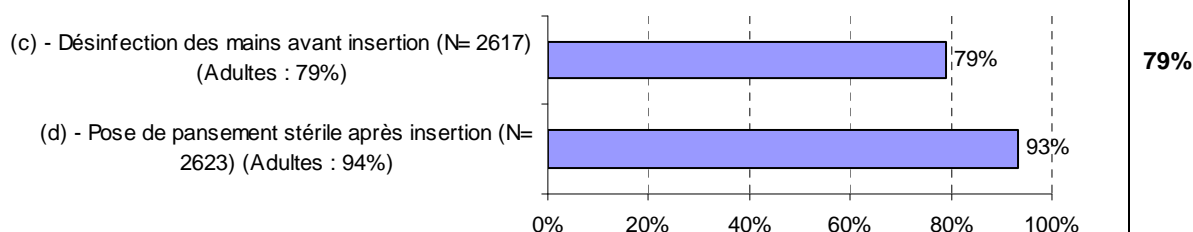
Critères de qualité SFHH/HAS 2007

Préparation du site d'insertion de CVP chez l'adulte



(a+b) Conformité de la préparation du site d'insertion chez l'adulte (N=2285) : 11.7%

Pratiques d'hygiène de l'insertion de CVP

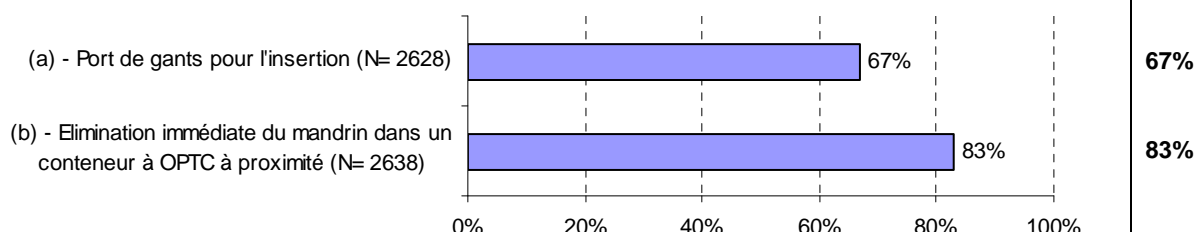


(c+d) – Conformité des bonnes pratiques d'hygiène de l'insertion (N=2591) : 73.2% (adultes : N=2383; 73.3%)

(a+b+c+d) Conformité des bonnes pratiques d'hygiène de la pose chez l'adulte (N= 2240) : 9.4%
--

Pose du CVP (N= 2649)	Objectif SFHH/HAS 2007 : appliquer les précautions standard
------------------------------	---

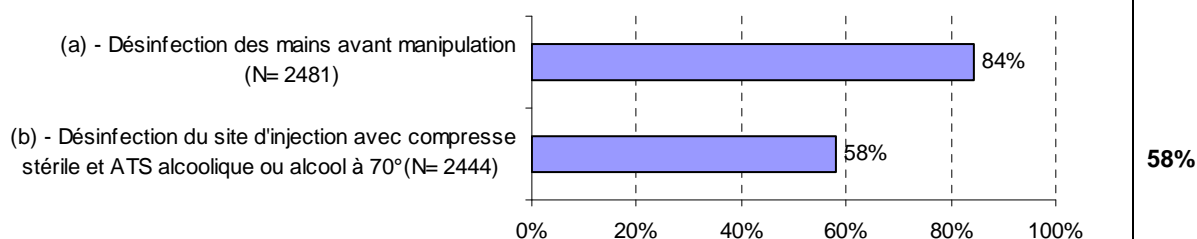
Sécurité de la pose de CVP



(a+b) – Conformité de la sécurité de la pose (N= 2619) : 57.8%

Manipulations du CVP (N= 2499)	Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie pour les manipulations du cathéter, des tubulures et des robinets
---------------------------------------	--

Bonnes pratiques d'hygiène des manipulations



(a+b) – Conformité des bonnes pratiques d'hygiène des manipulations (N= 2427) : 50.3%

Mise en garde générale : prudence sur l'interprétation des résultats quand l'effectif (N) est inférieur à 30
--

Annexe F : Analyse des données manquantes

Tableau 47 : Données non renseignées (NR)

Dans ce tableau, seuls figurent les items pour lesquels la réponse NR était possible. Les fiches « établissement » et « service » ne sont donc pas décrites.

Items	Nombre total de résultats sans les NR	Nombre de NR	% NR
FICHE POSE (N = 7372)			
Spécialité du service	7372	0	0,0
Méthode d'évaluation	7372	0	0,0
Catégorie professionnelle	7336	36	0,5
Etudiant	6856	516	7,0
Age	7318	54	0,7
Nettoyage de la zone d'insertion	7348	24	0,3
<i>Catégorie du produit</i>	7290	82	1,1
<i>Rinçage</i>	7180	192	2,6
<i>Séchage</i>	7213	159	2,2
Application d'un antiseptique	7354	18	0,2
<i>Compresses stériles</i>	7140	232	3,1
<i>Catégorie du produit</i>	7274	98	1,3
<i>Séchage de l'antiseptique</i>	7116	256	3,5
Utilisation d'un cathéter de sécurité	7292	80	1,1
Port de gants pour insertion du cathéter	7327	45	0,6
Elimination immédiate du mandrin	7342	30	0,4
Pansement stérile posé	7304	68	0,9
Hygiène des mains avant préparation du site d'insertion	7361	11	0,1
<i>Produit utilisé</i>	7336	36	0,5
Hygiène des mains avant l'insertion du cathéter	7300	72	1,0
<i>Produit utilisé</i>	7290	82	1,1
FICHE MANIPULATION (N = 6487)			
Spécialité du service	6487	0	0,0
Méthode d'évaluation	6487	0	0,0
Catégorie professionnelle	6460	27	0,4
Etudiant	6012	475	7,3
Hygiène des mains avant manipulation	6477	10	0,2
<i>Produit utilisé</i>	6426	61	0,9
Compresses stériles	6454	33	0,5
Utilisation d'un antiseptique	6456	31	0,5
<i>Catégorie du produit utilisé</i>	6400	87	1,3
Obturation du site d'injection par du matériel stérile	6403	84	1,3
FICHE TRACABILITE (N = 3467)			
Spécialité du service	3467	0	0,0
Date d'évaluation	3465	2	0,1
Nombre de patients présents dans le service	3411	56	1,6
Nombre de patients porteurs de CVC	3465	2	0,1
Existence d'un support de traçabilité	3366	101	2,9
Age du patient	3467	0	0,0
Date de pose tracée	3448	19	0,5
Date de pose (JJMMAA)	3079	388	11,2
Lieu de pose du cathéter	3345	122	3,5
Surveillance clinique quotidienne tracée	3410	57	1,6
Durée de pose du cathéter	3077	390	11,2

Tableau 48 : Données non renseignées pour les poses et manipulations selon la méthode d'évaluation

Items	Observation			Auto-évaluation		
	Nombre résultats	Nombre de NR	% NR	Nombre résultats	Nombre de NR	% NR
FICHE POSE (N = 7372)						
Spécialité du service	2456	0	0,0	4916	0	0,0
Méthode d'évaluation	2456	0	0,0	4916	0	0,0
Catégorie professionnelle	2449	7	0,3	4887	29	0,6
Etudiant	2322	134	5,5	4534	382	7,8
Age	2456	0	0,0	4862	54	1,1
Nettoyage de la zone d'insertion	2451	5	0,2	4897	19	0,4
<i>Catégorie du produit</i>	2448	8	0,3	4842	74	1,5
<i>Rinçage</i>	2437	19	0,8	4743	173	3,5
<i>Séchage</i>	2439	17	0,7	4774	142	2,9
Application d'un antiseptique	2453	3	0,1	4901	15	0,3
<i>Compresses stériles</i>	2417	39	1,6	4723	193	3,9
<i>Catégorie du produit</i>	2445	11	0,4	4829	87	1,8
<i>Séchage de l'antiseptique</i>	2409	47	1,9	4707	209	4,3
Utilisation d'un cathéter de sécurité	2455	1	0,0	4837	79	1,6
Port de gants pour insertion du cathéter	2455	1	0,0	4872	44	0,9
Elimination immédiate du mandrin	2448	8	0,3	4894	22	0,4
Pansement stérile posé	2440	16	0,7	4864	52	1,1
Hygiène des mains avant préparation du site d'insertion	2451	5	0,2	4910	6	0,1
<i>Produit utilisé</i>	2441	15	0,6	4895	21	0,4
Hygiène des mains avant l'insertion du cathéter	2443	13	0,5	4857	59	1,2
<i>Produit utilisé</i>	2440	16	0,7	4850	66	1,3
FICHE MANIPULATION (N = 6487)						
Spécialité du service	2291	0	0,0	4196	0	0,0
Méthode d'évaluation	2291	0	0,0	4196	0	0,0
Catégorie professionnelle	2286	5	0,2	4174	22	0,5
Etudiant	2185	106	4,6	3827	369	8,8
Hygiène des mains avant manipulation	2288	3	0,1	4189	7	0,2
<i>Produit utilisé</i>	2274	17	0,7	4152	44	1,0
Compresses stériles	2291	0	0,0	4163	33	0,8
Utilisation d'un antiseptique	2290	1	0,0	4166	30	0,7
<i>Catégorie du produit utilisé</i>	2281	10	0,4	4119	77	1,8
Obturation du site d'injection par du matériel stérile	2272	19	0,8	4131	65	1,5

Annexe G : Liste des établissements participants

Tableau 49 : Liste des établissements participants

ETABLISSEMENT	VILLE
ALSACE	
Centre Hospitalier Saint Morand	ALTKIRCH
Centre Hospitalier Départemental	BISCHWILLER
Hôpitaux Civils	COLMAR
Centre Hospitalier	GUEBWILLER
Clinique Saint François	HAGUENAU
Centre Hospitalier	HAGUENAU
Clinique Ste Odile	HAGUENAU
Hôpital du Neuenberg	INGWILLER
Clinique gérontologique Saint Damien	MULHOUSE
Fondation de la Maison du Diaconat	MULHOUSE
Clinique St Sauveur	MULHOUSE
SIHCUS-CMCO	SCHILTIGHEIM
Centre hospitalier	SELESTAT
HUS Centre hospitalier universitaire	STRASBOURG
Groupe Hospitalier St Vincent	STRASBOURG
Clinique Sainte Odile	STRASBOURG
Clinique ADASSA	STRASBOURG
Clinique de l'Orangerie	STRASBOURG
Clinique des Diaconesses	STRASBOURG
Centre Paul Strauss	STRASBOURG
Centre Hospitalier St Jacques	THANN
Centre Hospitalier de la Lauter	WISSEMBOURG
BOURGOGNE	
Centre Hospitalier d'Autun	AUTUN CEDEX
Polyclinique Sainte Marguerite	AUXERRE
Centre Hospitalier	AUXERRE
Hospices civils	BEAUNE
Centre Hospitalier d'Aligré	BOURBON LANCY
Clinique Sainte Marie	CHALON SUR SAONE
Centre Hospitalier William Morey	CHALON SUR SAONE
Clinique	COSNE SUR LOIRE
CHU - Hôpital du Bocage	DIJON
Centre Georges François LECLERC	DIJON
C.R.F. Divio	DIJON
Clinique de Fontaine	FONTAINE LES DIJON
Centre Hospitalier	JOIGNY
Hôpital Local de La Clayette	LA CLAYETTE
Fondation Hôtel Dieu	LE CREUSOT
Clinique Val de Seille	LOUHANS
Hôpital Local de Louhans	LOUHANS CHATEAURENAUD
Centre Hospitalier	MONTBARD
Hôpital Jean Bouveri	MONTCEAU LES MINES
Centre Hospitalier Pierre Bérégovoy	NEVERS
Centre Hospitalier Le Morvan	SAULIEU
Centre Hospitalier Robert Morlevat	SEMUR EN AUXOIS
Clinique Paul Picquet	SENS
Centre Hospitalier GASTON RAMON	SENS
Clinique Benigne Joly	TALANT
Hôpital Roland Bonnon	VILLENEUVE-SUR-YONNE
Hôpital Local	VITTEAUX

CHAMPAGNE-ARDENNE

Hôpital Local	BAR SUR AUBE
Centre hospitalier	CHALONS EN CHAMPAGNE
Polyclinique Priollet - Courlancy	CHALONS EN CHAMPAGNE
Centre Hospitalier de Manchester	CHARLEVILLE MEZIERES
Centre Hospitalier	CHAUMONT
CH Auban Moët	EPERNAY
Clinique de la Compassion	LANGRES
Centre Hospitalier	LANGRES
Groupe St André	REIMS
Centre hospitalier universitaire	REIMS
Polyclinique Courlancy	REIMS
GHSA	RETHEL
Centre Hospitalier	SAINT DIZIER
Centre Hospitalier d'Argonne	SAINTE MENEHOULD
Centre Hospitalier	SEDAN
Clinique de Champagne	TROYES
Polyclinique des Ursulines	TROYES
Centre Hospitalier	TROYES
Clinique Dr l'Hoste	VILLERS SEMEUSE
Centre Hospitalier	VITRY LE FRANCOIS

FRANCHE-COMTE

Centre hospitalier Belfort-Montbéliard	BELFORT
SA Clinique de la Miotte	BELFORT CEDEX
Clinique St Vincent	BESANCON
Clinique de l'Orangerie	BESANCON
Centre hospitalier universitaire Jean Minjoz	BESANCON
Polyclinique de Franche-Comté	BESANCON
Polyclinique du Parc	DOLE
Centre hospitalier Louis Pasteur	DOLE
Centre Hospitalier	LONS-LE-SAUNIER
Clinique de Montbéliard	MONTBELIARD
Hôpital Local	MORTEAU
Hôpital Local	NOZEROY
Centre Hospitalier	PONTARLIER
Clinique Saint-Pierre	PONTARLIER CEDEX
Centre Hospitalier Louis Jaillon	SAINT-CLAUDE CEDEX

LORRAINE

Centre Hospitalier Jeanne d' Arc	BAR LE DUC
Polyclinique du Parc	BAR LE DUC
Hôpital le Secq de Crepy	BOULAY
Centre Hospitalier	COMMERCY
Centre Hospitalier Jean Monnet	EPINAL
Polyclinique Louis Pasteur	ESSEY LES NANCY
Hospitalor CH Sainte Barbe	FORBACH
Hôpital Marie Madeleine	FORBACH
Hôpital de la SSM	FREYMING MERLEBACH
Centre Hospitalier	GERARDMER
Alpha Santé	HAYANGE
Association Hospitalière	JOEUF
Hôpital Local de Lamarche	LAMARCHE
Centre Hospitalier	LUNEVILLE
CHR Metz-Thionville	METZ
Hôpitaux Privés de Metz	METZ
HIA Legouest	METZ
Alpha Santé	MONT SAINT MARTIN

Hôpital Saint-Maurice	MOYEUVRE-GRANDE
Centre hospitalier universitaire	NANCY
Clinique Ambroise Paré	NANCY
Polyclinique de Gentilly	NANCY
Centre Hospitalier	NEUFCHATEAU
Centre Hospitalier	PONT A MOUSSON
Centre Hospitalier	REMIREMONT
Hospitalor	SAINT AVOLD
Hôpital Lemire	SAINT AVOLD
Centre Hospitalier St Charles	SAINT DIE
Hôpital Saint Anne	SAINT MIHIEL
Centre hospitalier Saint Nicolas	SARREBOURG
Centre Hospitalier Robert Pax	SARREGUEMINES
Clinique Notre Dame	THIONVILLE
Clinique Ambroise Paré	THIONVILLE
Hôpital St Charles	TOUL
Centre Alexis Vautrin	VANDOEUVRE LES NANCY
Centre Hospitalier de Verdun	VERDUN
