



Chambre à Cathéter Implantable (CCI)

Outil d'évaluation
de la pose, de l'utilisation et de l'entretien de la CCI

Guide pour l'organisation de l'audit
et le recueil des données

Arlin Réunion Mayotte

Antenne Régionale Cclin FELIN Réunion Mayotte
Centre Hospitalier de la Réunion
Site Félix Guyon
Allée des Topazes
CS 11021
97400 St Denis

Tél : 02 62 90 57 80

1

E-mail : ant.cclin.felin@chr-reunion.fr

Site Internet : <http://www.felin.re/>

GROUPE DE TRAVAIL

BESNIER Marie Françoise, BOYER Régine, CALOGINE Marie Paule, DALLEAU Jessy, DEURVEILHERS Liliane, FAILLA Valérie, GAMBAROTTO Karine, GAUVILLE Danièle, GOUPIL Jean, JAUBERT Julien, LE COQ Muriel, LEGRAND Loïse, LIGNEREUX Anne, LINARES Sandrine, LUGAGNE Nathalie, LYANNAZ Laetitia, MOURLAN Cécile, OUDIN Caroline, PAYET Catherine, TROVALET Gladys, SIMAC Catherine, YOU SEEN Jacqueline, ZITTE Marie-Jeanne

CONCEPTION DE L'OUTIL INFORMATIQUE

Muriel LE COQ et Laetitia LYANNAZ

RELECTURE ET VALIDATION

Docteur Sylvie PARER, praticien hygiéniste, anesthésiste, réanimateur, CHU Montpellier

ETABLISSEMENT-TESTS

Groupe Hospitalier Sud Réunion : GHSR

Le groupe de travail tient à remercier toutes les personnes qui ont participé aux phases de relecture, de test du protocole ou de l'outil informatique.

Abréviations

CClin : centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales

CH : centre hospitalier

CHG : centre hospitalier général

CHU : centre hospitalier universitaire

EOH : équipe opérationnelle d'hygiène

HAD : hospitalisation à domicile

HCSP : haut conseil de santé public

IDE : infirmier diplômé d'état

MCO : médecine chirurgie obstétrique

ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif

SF2H : société française d'hygiène hospitalière

Méthodologie

1. Contexte

Les cathéters à chambre implantable (CCI) sont des dispositifs médicaux largement utilisés dans les établissements de santé mais aussi en ambulatoire afin de permettre de délivrer de façon efficace et sûre des traitements de longue durée en intraveineux.

Le respect des précautions visant à limiter le risque infectieux lors de la manipulation d'une CCI est essentiel. Pour tous les professionnels de santé réalisant de telles manipulations, il est fondamental de bien comprendre l'importance de l'antisepsie et de connaître les pré-requis à l'obtention d'une antisepsie de qualité.

La production de recommandations par la société française d'hygiène hospitalière (SF2H) en 2012 permet de redéfinir les bonnes pratiques.

L'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux (ENP) 2012 rapporte que 7% des patients sont porteurs d'un accès central veineux (4,3 % CVC, 2,5% PAC, et 2% PICC).

Au total, 4,3% des patients sont porteurs d'une Infection nosocomiale (IN), mais si le patient est porteur d'une CVC la prévalence est de 28%, 13% si PAC et 40% si PICC (Source ENP 2012). Par contre, la proportion de bactériémie nosocomiale acquise dans l'établissement chez les patients porteurs d'un CCI varie de 2,2 à 6,5% suivant le type de séjour.

Les bactériémies sont la 3ème cause d'IN à la Réunion: 16,8% des IN (dans les autres régions 11%), la majorité de ces bactériémies est liée à un accès veineux central (7,2%).

Une réflexion a été menée sur la nécessité de créer un groupe de travail régional sur le thème de la CCI.

Ce groupe de travail régional a pour missions d'élaborer:

- des grilles d'audit sur la pose, les manipulations et l'entretien,
- un document de conduite à tenir pour le diagnostic en cas de suspicion d'infection sur CCI,
- une fiche d'investigation des cas d'infection,
- une plaquette ou livret pour l'éducation des patients,
- une fiche pratique sur les manipulations et le changement de ligne (à destination des HAD),

Mais également d'organiser une formation sur deux jours sur les dispositifs invasifs intra vasculaires et la prévention du risque infectieux.

Le groupe s'est réuni sept fois depuis novembre 2012 pour élaborer la grille d'audit, qui est le premier point du projet.

Il a été soumis à critique lors de la formation des 24 et 25 octobre 2013.

Cet audit a pour but d'aider les établissements à évaluer les ressources disponibles pour le respect des bonnes pratiques autour de la CCI et les attitudes des personnels concernant la pose, les manipulations et l'entretien de ces CCI.

L'établissement pourra mettre en place les améliorations nécessaires à partir des indications proposées par l'exploitation des données.

2. Objectifs et principes de l'audit

2.1 Objectifs

Objectifs pour l'établissement

- Mesurer le niveau d'organisation pour la gestion d'une CCI.
- Mesurer l'application des bonnes pratiques lors de la pose.
- Mesurer l'application des bonnes pratiques lors de la manipulation.
- Mesurer l'application des bonnes pratiques lors de l'entretien.

Objectifs pour la région

- Mesurer le niveau d'application des recommandations de la SF2H de 2012
- Evaluer les écarts dans les prises en charge hospitalière et HAD
- Objectifs secondaires : sensibiliser le personnel aux recommandations en vigueur.

2.2 Référentiels majeurs

Recommandations de la SF2H : « Prévention des infections associées aux chambres à cathéter implantables pour accès veineux » - mars 2012

Audit régional du réseau des Hygiénistes du Centre (RHC) : « Manipulations sur les chambres à cathéter implantable » - janvier 2012.

Rapport de l'expérimentation nationale : « audit clinique ciblé appliqué aux chambres à cathéter implantables » - HAS – juin 2006

2.3 Type d'étude et méthodes de mesure

Si au départ du projet il avait semblé possible d'observer les pratiques professionnelles, il est rapidement apparu à l'ensemble des membres du groupe de travail que cette ambition serait irréalisable en pratique, sauf à rester immergé dans le bloc opératoire ou dans un service sans en bouger. Les choix ont donc été orientés vers deux types de recueil d'information : audit documentaire et évaluation des pratiques concernant la CCI.

Type d'audit :

Audit mixte, organisationnel (ressources documentaires, organisations) et de pratiques rapportées (ou d'attitudes).

Niveau de l'audit :

Services :

Pour la pose : bloc opératoire, service de réanimation, autre service de pose de CCI.

Pour les manipulations et l'entretien : tous services.

Professionnels concernés :

Pour la pose : praticiens (chirurgiens, anesthésistes).

Pour les manipulations et l'entretien : praticiens poseurs et infirmiers de tous les services.

2.4 Champs d'application

Etablissements concernés : tout établissement de santé, quel que soit son statut (public, privé, ESPIC) et sa catégorie (CHU, CH et CHG, clinique MCO) dans lequel est posée ou utilisée une CCI ainsi que les HAD.

Services concernés : les blocs opératoires, les services d'imagerie médicale et l'ensemble des services adultes et enfants.

Professionnels concernés : médecins seniors, assistants et internes, sages-femmes, infirmier(e)s spécialisé(e)s, infirmier(e)s.

Population exclue : étudiants toutes catégories professionnelles, aides-soignants, ASH.

2.5 Données recueillies

Documents de recueil de données :

Questionnaire pour le service (ou l'établissement).

Questionnaires individuels pour le personnel.

Méthode de mesure :

Evaluation des ressources à l'échelon du service (ou de l'établissement).

Evaluation des pratiques sur les habitudes pratiques et non pas sur les seules connaissances à l'échelon du personnel par remplissage individuel de la grille (autoévaluation) ou par interview.

2.6 Critères évalués

Existence d'une procédure et son contenu.

Lieux et conditions de pose d'une CCI.

Pratiques professionnelles : la formation professionnelle, la pose d'aiguille, l'entretien de la voie, le pansement, le retrait de l'aiguille et la traçabilité des activités.

2.7 Taille et constitution de l'échantillon

- fiche n°1 « avant la pose de CCI » : 1 seule fiche par établissement.

- fiche n°2 « pose de CCI » : 1 fiche par professionnel impliqué dans les services poseurs de CCI (chirurgien, anesthésiste, radiologue ou autre médecin).

- fiche n°3 « pose d'aiguille et pansement / ablation de l'aiguille / utilisation de la CCI » : 1 fiche par professionnel impliqué dans le geste.

Le nombre de fiches à recueillir dépend du nombre de personnels travaillant dans chaque service. L'objectif est de faire réaliser cette évaluation par le plus grand nombre de professionnels. La diversité des fonctions présentes dans l'établissement doit être représentée.

Cependant, pour la fiche n°3 un échantillon de 30 fiches est souhaitable. Le fait de ne pas atteindre cet objectif n'empêche pas l'identification d'éventuelle anomalie. Dans ce cas, l'analyse sera uniquement qualitative et les pourcentages seront à interpréter avec prudence.

2.8 Calendrier

Durée de l'audit : la durée ne doit pas excéder 2 à 4 semaines maximum afin d'assurer un retour rapide des résultats dans les services audités.

Après la mise en place d'axes d'amélioration ou d'actions de formation, prévoir une nouvelle évaluation dans un délai de 9 à 12 mois avec la même grille.

Le retour des données à l'ARLIN-FELIN doit avoir lieu entre le 5 mai et le 4 juillet 2014

3. Organisation de l'audit

Une personne responsable de l'audit doit être identifiée.

3.1 Rôle du responsable de l'audit

Il coordonne la mise en place de l'audit :

- Information et accord du chef de service, du coordonnateur de la gestion des risques, de la direction des soins et de la direction de l'établissement.
- Organisation des différentes étapes de l'audit (de sa préparation jusqu'à la diffusion des résultats).
- Information des audités sur le principe, les modalités (fiches à remplir, retour des données), et la période de l'auto-évaluation.
- Distribution des fiches d'évaluation après avoir complété le nom de l'établissement ou si choix d'un audit par interview : remplissage de la fiche en direct avec le soignant ou encore délégation aux correspondants en hygiène hospitalière ou une autre personne formée à l'audit.
- Effectuer des relances nécessaires auprès des audités pour le remplissage et le retour des fiches.
- Réponses aux éventuelles interrogations des audités.
- Récupération des fiches, vérification du remplissage et demande de complément si besoin.
- Organisation du traitement des données (saisie, analyse et édition du rapport).
- Organisation de la restitution des résultats et proposition de pistes d'amélioration si besoin en collaboration avec les responsables des services.
- Programmation du suivi des réajustements (réévaluation à programmer).

3.2 Mise en œuvre

Les outils de recueil des données sont constitués de 3 fiches :

- fiche n°1 « avant la pose de CCI » : à remplir par le responsable de l'audit, par l'EOH.
- fiche n°2 « pose de CCI » : 1 seule fiche par professionnel impliqué dans les services poseurs de CCI (chirurgien, anesthésiste, radiologue ou autre médecin). Elle est à remplir par le praticien qui pose les CCI ou par le responsable de l'audit par interview (qui peut être membre de l'EOH, le correspondant en hygiène hospitalière du service ou une autre personne formée à l'audit).
- fiche n°3 « pose d'aiguille et pansement / ablation de l'aiguille / utilisation de la CCI » : 1 seule fiche par professionnel impliqué mais plusieurs fiches recommandée dans le même service, si possible. Elle est à remplir par le personnel qui effectue les gestes sur les CCI ou par le responsable de l'audit par interview (qui peut être membre de l'EOH, le correspondant en hygiène hospitalière du service ou une autre personne formée à l'audit) auprès de chacun des personnels.

3.3 Validation des données

Cette étape est nécessaire avant la saisie informatique. Elle garantit la qualité de l'information saisie. Elle est effectuée sous le contrôle du responsable de l'audit.

3.4 Guide de remplissage

Les réponses seront soit

Des cases à cocher : Oui ou NON

Ou bien selon la nuance : T= toujours, S= souvent, P=parfois, J=jamais ou NC = non concerné

Ou encore : des réponses ouvertes à renseigner.

Les fiches ne seront prises en compte que si elles sont entièrement remplies. Si une fiche est partiellement remplie, elle sera exclue et non comptabilisée.

Fiche n°1 : « Avant la pose de CCI »

- 1-1 Répondre OUI si la check-list est mise en place dans l'établissement
- 1-2 Répondre OUI même si le shampoing n'est pas noté en systématique.
- 1-3 Cocher le ou les items prévu(s) dans les protocoles
- 1-4 Cocher plusieurs cases si les poses de CCI se font dans différents lieux de l'établissement
- 1-5 Cocher plusieurs cases si les retraits de CCI se font dans différents lieux de l'établissement
- 1-6 a) Répondre OUI si la notion d'information est clairement prévue et si OUI compléter 1-6 b
- b) Cocher le ou les thème(s) abordés lors de cette information
- 1-7 Répondre OUI si la gestion du carnet de suivi est notée dans le protocole
- 1-8 Cocher le ou les item(s) figurant dans votre protocole
- 1-9 Répondre OUI si la procédure est écrite et disponible à tout moment
- 1-10 Répondre OUI si la procédure est écrite et disponible à tout moment
- 1-11 a) Répondre NON si jamais réalisé ou il y a plus de 3 ans
- b) Répondre NON si jamais réalisé ou il y a plus de 3 ans

Fiche n°2 « Pose de CCI »

- 2-1 Noter pour chacune des fiches le mode de renseignement
- 2-2 Plusieurs réponses possibles concernant le lieu privilégié de pose de la personne auditée
- 2-3 Noter la fonction de la personne auditée
- 2-4 à 2-8 Noter l'habitude de la personne auditée
- 2-9 Noter l'habitude de la personne auditée concernant le reflux veineux
- 2-10 Noter l'habitude de la personne auditée
- 2-11 Noter l'habitude de la personne auditée
- 2-12 Noter l'habitude de la personne auditée
- 2-13 Noter NON si vous n'avez pas suivi de formation récente (< 3 ans)

Fiche n°3 « Utilisation de la CCI et Gestion du pansement»

A) Pose d'aiguille et Gestion du pansement

- 3-1 a) Noter le service d'affectation de la personne auditée au moment de l'audit
- b) Noter pour chacune des fiches le mode de renseignement
- 3-2 Noter NON si la personne auditée n'a pas eu de formation récente (<3 ans)
- 3-3 à 3-13 Noter l'habitude de la personne auditée
- 3-14 Noter l'habitude de la personne auditée (Répondre NC si non concerné : exemple HAD)
- 3-15 Plusieurs réponses possibles selon les habitudes de la personne auditée
- 3-16 à 3-17 Noter l'habitude de la personne auditée

- 3-18** a) Noter l'habitude de la personne auditée
b) Noter l'habitude de la personne auditée. Noter *JAMAIS* s'il n'existe pas de carnet de surveillance instauré
- 3-19** a) Noter l'habitude de la personne auditée
b) Noter l'habitude de la personne auditée. Noter *JAMAIS* s'il n'existe pas de carnet de surveillance instauré

B) Ablation de l'aiguille de Huber ou Gripper

- 3-20 à 3-22** Noter l'habitude de la personne auditée
- 3-23** Noter l'habitude de la personne auditée dans le cadre de l'ablation de l'aiguille
- 3-24** Noter l'habitude de la personne auditée s'il y a présence de points de suture
- 3-25** a) Noter l'habitude de la personne auditée. Si la personne auditée utilise des aiguilles sécurisées, noter NC.
b) Si la personne auditée utilise un système de protection, notez sa référence ou décrivez-le
- 3-26** Noter l'habitude de la personne auditée concernant le rinçage avant le retrait de l'aiguille
- 3-27 à 3-30** Noter l'habitude de la personne auditée
- 3-31** a) Noter l'habitude de la personne auditée
b) Noter l'habitude de la personne auditée. Noter *JAMAIS* s'il n'existe pas de carnet de surveillance instauré

C) Utilisation de la CCI (pratique générales)

- 3-32 à 3-39** Noter l'habitude de la personne auditée
- 3-40** a) Noter l'habitude de la personne auditée
b) Noter l'habitude de la personne auditée. Noter *JAMAIS* s'il n'existe pas de carnet de surveillance instauré
- 3-41** Noter l'habitude de la personne auditée
- 3-42** Noter l'habitude de la personne auditée

3.5 Saisie informatique des données

L'accès à l'outil se fait par Internet à l'adresse <http://arlin.progiciel.re/>

Vous devez vous identifier avec le nom d'utilisateur et le mot de passe qui vous ont été transmis après en avoir fait la demande par mail à l'ARLIN FELIN (ant.cclin.felin@chu-reunion.fr)

Un tutoriel est disponible pour aider à l'utilisation de l'application et à la saisie des données.

3.6 Résultats attendus

Les résultats sont présentés en termes de pourcentage de réponses. Ceux-ci sont détaillés par question pour l'ensemble de l'établissement dans un rapport automatisé.

Une analyse des résultats est nécessaire pour identifier les écarts par rapport aux recommandations nationales (non automatique).

Bibliographie

1. Audit de pratiques : l'utilisation des chambres à cathéter implantables – CCLIN Sud-ouest 2003
2. Recommandations pour la réduction du risque infectieux lié aux chambres à cathéter implantables - CCLIN Sud -ouest 2001
3. Techniques de manipulations et d'entretien d'une chambre implantable. Réseau Régional de Cancérologie Rhône-Alpes (ONCORA). Version validée du 08/06/2010
4. Diaporama : Soins sur Chambre à Cathéter Implantable (C.C.I). C. DUPONT, hôpital Cochin, AP-HP. 25/03/2011. Réseau Interrégional des Professionnels en Hygiène Hospitalière. CCLIN Sud-est –AP-HP.
5. ARLIN Bretagne : fiche observation pose et fiche observation manipulation
6. La bonne gestion des chambres implantables – l'expérience des 20 CLCC – GPIC (Groupe de Prévention des Infections en Cancérologie)
7. Diaporama : Recommandations d'utilisation des cathéters à chambre implantable en cancérologie. Caen le 23 novembre 2010. F. LEMARIE, B. POTTECHER, B. TEQUI. CLCC Caen, Strasbourg, Nantes - GPIC (Groupe de Prévention des Infections en Cancérologie)
8. Grille d'audit utilisation des CCI en HAD – Nord Pas de Calais
9. Rapport de l'expérimentation nationale : Audit clinique ciblé appliqué aux chambres à cathéter implantables, juin 2006, HAS.
10. Audit Régional : Réseau des Hygiénistes du Centre : RHC, janvier 2012.
11. Prévention des infections associées aux chambres à cathéter implantables pour accès veineux – Recommandations professionnelles par consensus formalisé d'experts – SF2H – mars 2012
12. Rapport ENP 2012 national + Réunion