

# AUDIT

## CATHETERS VEINEUX PERIPHERIQUES

### RESULTATS FEVRIER 2011

**CCLIN Sud-Ouest**

Groupe hospitalier Pellegrin  
33076 BORDEAUX

Tél. 05 56 79 60 58  
Fax 05 56 79 60 12  
E-mail : [cclin.so@chu-bordeaux.fr](mailto:cclin.so@chu-bordeaux.fr)

**2009 – 2010**

GREP  H

GRUPE D'ÉVALUATION DES PRATIQUES EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

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

---

Martine BESSON	Cadre hygiéniste, ARLIN Auvergne CCLIN Sud-Est, Clermont-Ferrand
Martine BLASSIAU,	Cadre hygiéniste, ARLIN Champagne-Ardenne CCLIN Est, Reims
Pascale CHAIZE,	Cadre hygiéniste, CHU de Montpellier, SIIHMF
Florence CHRETIEN,	Cadre hygiéniste, CHI Poissy-Saint-Germain-en-Laye
Anne-Marie COULON,	Infirmière hygiéniste, CHU de Rouen
Danièle DUPANLOUP,	IADÉ, Hôpital de Brabois-Vandoeuvre
Dr Monique FAUCHEUX,	Médecin anesthésiste, CHU Rennes
Sylvie JOURDAIN,	Cadre hygiéniste, CHU de Brest et ARLIN Bretagne CCLIN Ouest
Danièle LANDRIU,	Cadre supérieur hygiéniste, CCLIN Paris-Nord, Paris
Isabelle LOLOM,	Technicienne biohygiéniste, CHU Bichat-Claude Bernard, Paris
Serge MARIE,	Cadre hygiéniste, ARLIN Limousin CCLIN Sud-Ouest, Limoges
Chantal MOURENS,	Infirmière hygiéniste, RHC-Arlin Centre, CCLIN Ouest, Tours
Dr Jean-Christophe SEGUIER,	Médecin hygiéniste, CHI Poissy-Saint-Germain-en-Laye
Denis THILLARD,	Infirmier hygiéniste, ARLIN Haute-Normandie CCLIN Paris-Nord, Rouen
Dr Nathalie VAN DER MEE,	Microbiologiste, praticien hygiéniste, coordonnateur du RHC-Arlin Centre, CCLIN Ouest, Tours
Dr Xavier VERDEIL,	Médecin hygiéniste, CHU Toulouse, représentant du CCLIN Sud-Ouest, SFHH
Dr Delphine VERJAT-TRANNOY,	Pharmacien, praticien hygiéniste, CCLIN Paris-Nord, Paris

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

**Coordination du groupe : Dr Delphine VERJAT-TRANNOY (CCLIN Paris-Nord)**

## EXPLOITATION DES RESULTATS DE L'INTERREGION SUD-OUEST REDACTION DU RAPPORT INTERREGIONAL

---

Muriel PEFAU  
Daniel ZARO-GONI

Cet audit sur la pose, les manipulations et la traçabilité de cathéters veineux périphériques a été effectué dans 166 établissements de santé de l'inter région Sud-Ouest soit un taux de participation peu élevé de 35 %. Concernant la participation des différentes régions du CCLIN Sud-Ouest, deux régions (Midi-Pyrénées et Aquitaine) enregistrent les plus fortes participations, conforme aux chiffres d'autres audits. A l'inverse on peut s'étonner de la très faible participation (Guyane et Guadeloupe) pour un audit encouragé par un texte officiel.

La traçabilité de la date de pose et d'ablation est retrouvée dans 72 et 62 % : ces chiffres sont encore trop bas et devraient être améliorés dans les établissements par la mise à disposition d'un support adapté, qui améliore de manière significative cette traçabilité. Concernant la surveillance clinique quotidienne c'est 62% des dossiers qui respectent cette recommandation. Ce résultat insuffisant devrait être amélioré.

Chez l'adulte, 91 % des cathéters ont une durée de maintien inférieure ou égale à 4 jours. 440 cathéters sur les 4 967 posés ont des durées de maintien supérieures à 4 jours (70 % de 5 à 7 jours et 5 % plus de 15 jours), même s'il n'est pas possible d'expliquer les raisons de ces durées, il faut attirer l'attention des équipes sur ces dépassements très importants de certains cathétérismes. Les explications les plus fréquentes sont : l'état veineux et/ou l'état général du patient. La recommandation R-49 « Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques » SFHH 2005, indique « chez le patient au capital veineux limité.....il est possible de laisser en place le cathéter pour une durée plus longue ».

8 843 poses de cathéters ont été évaluées dans 163 établissements et dans 1 230 services. Deux modalités étaient proposées : l'observation directe des pratiques (37 %) par un auditeur externe et l'auto-évaluation (63 %) réalisée par l'opérateur dès la fin de la pose. La préparation cutanée avant la pose débute par une hygiène des mains respectée par 93 % des opérateurs, suivi par une déterision (58,5 %) de la peau (chez l'adulte savon antiseptique + rinçage + séchage) du site d'insertion, en priorité avec une PVPI savon et enfin par l'application d'un antiseptique alcoolique pour 69,5 % des poses. Cette préparation cutanée en 4 temps du site d'insertion correspond à celle recommandée par la SF2H 2005.

100 % des établissements ont formalisé un protocole écrit, qui est validé par la quasi totalité des établissements (99,4 %) par le CLIN. Ce protocole établissement est accessible dans les services cliniques. Ces protocoles devraient faire l'objet (pour les deux tiers) d'une réactualisation : seulement 35 % sont conformes aux dernières recommandations de la SFHH, ce qui 5 ans après la large diffusion des recommandations est insatisfaisant.

Chez l'adulte, plus de 58 % des cathéters ont été posés en respectant les 4 temps. Il reste encore du chemin à parcourir pour améliorer la qualité de la pose, mais si l'on compare ces chiffres à ceux d'un audit que nous avons proposé pour évaluer la pose de CVP au cours d'une endoscopie (CCLIN Sud-Ouest 2005), on constate une évolution très favorable : à cette époque, seulement 19 % des cathéters périphériques étaient posés après une préparation cutanée du point de ponction selon le principe des 4 temps (détersion, rinçage, séchage, antisepsie). Ce chiffre très bas en 2005 a été très fortement amélioré au cours des 5 dernières années par les équipes sur le terrain. Mais il faudra mettre en place les mesures pour faire progresser ces pratiques et poursuivre le travail auprès des professionnels concernés.

Chez l'enfant, la déterision n'est réalisée que dans 35 % des poses mais attention, en fonction de l'âge, d'autres modalités de préparation sont possibles.

Parmi toutes les poses de CVP enfants, 33 % d'entre elles font l'objet d'une procédure 4 temps suivie d'un séchage spontané, mais une procédure en 2 temps peut être pratiquée. Elle consiste en l'application de Chlorhexidine faiblement alcoolisée et a été évaluée au cours de l'audit à 26 %. Ces résultats ne sont pas entièrement satisfaisants, il faudra revenir auprès des équipes pour comprendre et formaliser avec les professionnels concernés les mesures capables de les améliorer.

7 682 manipulations de CVP ont été évaluées dans 1 163 services cliniques, 62 % de ces évaluations ont été faites par auto-évaluation. Près de 91 % des manipulations sont précédées d'une hygiène des mains (79 % SHA)

64,5 % des manipulations sont précédées d'une désinfection (embouts et robinets) avec une compresse stérile et un antiseptique alcoolique. Ce résultat est très insuffisant, on peut craindre qu'un nombre important (2 727) de manipulations soient réalisées sans une désinfection préalable.

Concernant l'application des recommandations « précautions standard » (port des gants, utilisation des cathéters de sécurité, conteneur à objets piquants) les résultats sont à améliorer seulement 66 % des professionnels portent des gants et ils sont 40 % à utiliser des CVP sécurisés. L'élimination immédiate du mandrin dans un conteneur progresse et semble rentrer dans les pratiques (76 %).

La méthodologie de cet audit laissait le choix entre une auto-évaluation et les observations directes des pratiques. Il est intéressant de constater une différence significative dans les résultats obtenus selon la méthode retenue. Pour les 6 critères mesurés, exception pour l'un d'entre eux, la conformité mesurée est meilleure lors des auto-évaluations. Cette méthode d'auto-évaluation comporte des biais qui peuvent donner des résultats surévalués. Le remplissage des grilles d'évaluation par l'opérateur qui réalise l'acte évalué, peut expliquer ces surévaluations. Les résultats sont donc à regarder avec prudence mais la méthode par auto-évaluation est reconnue pour des actions pédagogiques plus fortes que la méthode d'évaluation par observation, elle est performante pour améliorer la connaissance des recommandations de bonnes pratiques par les professionnels.

**L'équipe du CCLIN Sud-Ouest remercie l'ensemble des participants à cet audit**

# SOMMAIRE

	<u>Page</u>
<b>RESUME / DISCUSSION</b> .....	3
<b>INTRODUCTION</b> .....	6
<b>METHODOLOGIE</b> .....	7
I – Type d’audit .....	7
II – Critères d’inclusion.....	7
III – Critères d’exclusion.....	8
<b>DONNEES GENERALES</b> .....	9
I – Participation .....	9
II – Description.....	10
<b>PROTOCOLE DE SOINS</b> .....	11
I – Dans l’établissement .....	11
II – Dans les services.....	11
<b>TRAÇABILITE ET DUREE DE MAINTIEN</b> .....	12
I – Traçabilité .....	12
II – Durée de maintien.....	13
<b>POSES ET MANIPULATIONS</b> .....	15
I – Poses de CVP.....	15
I.1. Préparation cutanée du site d’insertion.....	16
I.2. Insertion du cathéter.....	20
II – Manipulations de CVP.....	21
<b>COMPARAISON DES RESULTATS SELON LA METHODE D’EVALUATION</b> .....	24
<b>CONCLUSION</b> .....	25
<b>SYNTHESES DES RESULTATS</b> .....	26
<b>LES REGIONS</b> .....	29
<b>ANNEXES</b> .....	37
Annexe 1 : Grilles d’audit .....	38
Annexe 2 : Règles de codage .....	49
Annexe 3 : Liste des établissements participants .....	50

## INTRODUCTION

---

### ↳ CONTEXTE

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

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

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

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

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

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

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

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

Une analyse plus fine des données de l'enquête montre que, cette année-là, **un peu plus d'un patient sur 1 000** a développé une infection sur CVP, qu'elle soit locale (2/3 des cas) ou bactériémique (1/3 des cas).

### ↳ OBJECTIFS

1. **Mesurer** l'application des bonnes pratiques relatives à la pose et à la durée de maintien des cathéters veineux périphériques.
2. **Sensibiliser** le personnel aux recommandations en vigueur.
3. **Mesurer** différents taux de conformité (hygiène, sécurité, pose, manipulation, traçabilité...) basés sur une sélection d'éléments jugés incontournables.
4. **Repérer** les points à améliorer et définir des axes d'amélioration pour lesquels des actions pourront être menées.

## METHODOLOGIE

### I. TYPE D'AUDIT

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

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

L'audit se décompose en trois parties :

- un audit documentaire pour l'étude du **protocole de soins**,
- un audit des pratiques des **poses et manipulations**,
- un 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 sont proposées au choix :

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

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

### II. CRITERES D'INCLUSION

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

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

### III. CRITERES D'EXCLUSION

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

## DONNEES GENERALES

Dans ce rapport, les calculs sont effectués en retirant les données non renseignées (NR).

### I. PARTICIPATION

Au total, 166 établissements de l'inter-région Sud-Ouest ont participé à l'audit et renvoyé leurs données au CCLIN SO (cf. annexe 3).

La répartition des établissements participants est présentée dans les tableaux 1 à 3.

**Tableau 1** : Répartition des établissements participants selon leur type

Type d'établissement	Nb d'établissements sollicités	Nb d'établissements participants	% de participation
CHU	6	5	83,3
Centres hospitaliers*	90	58	64,4
Etablissements psychiatriques	59	5	8,5
Hôpitaux locaux	52	16	30,8
Cliniques MCO	113	70	61,9
SSR/SLD	118	11	9,3
CLCC	2	1	50,0
HAD	10	0	0,0
Autres	24	0	0,0
<b>Total</b>	<b>474</b>	<b>166</b>	<b>35,0</b>

\* dont HIA

**Tableau 2**: Répartition des établissements participants selon leur statut

Statut	Nb d'établissements sollicités	Nb d'établissements participants	% de participation
Privé	253	72	28,5
Public	172	80	46,5
PSPH	49	14	28,6
<b>Total</b>	<b>474</b>	<b>166</b>	<b>35,0</b>

**Tableau 3**: Répartition des établissements participants selon la région

Région	Nb d'établissements sollicités	Nb d'établissements participants	% de participation
Aquitaine	174	66	37,9
Guadeloupe	25	3	12,0
Guyane	7	1	14,3
Limousin	37	10	27,0
Martinique	20	4	20,0
Midi-Pyrénées	141	57	40,4
Poitou-Charentes	70	25	35,7
<b>Total</b>	<b>474</b>	<b>166</b>	<b>35,0</b>

## II. DESCRIPTION

Parmi les 166 établissements ayant retourné leurs données,

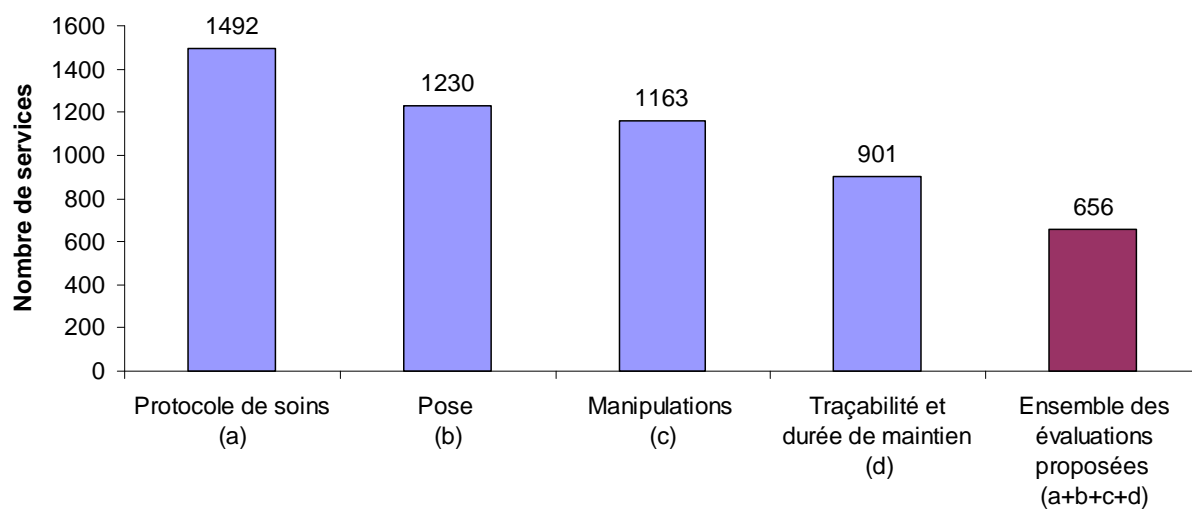
- 163 ont réalisé l'évaluation de la pose (soit 98,2 %),
- 153 ont réalisé l'évaluation des manipulations (soit 92,2 %),
- 149 ont réalisé l'évaluation de la traçabilité et de la durée de maintien (soit 89,8 %).

Au total, ont été évalués:

- 166 protocoles,
- 8 843 poses,
- 7 682 manipulations,
- 5 788 cathéters veineux périphériques pour la traçabilité et la durée de maintien.

Ces 166 établissements comptaient 1 492 services audités.

**Graphique 1: Types d'évaluation réalisée dans les services (N=1 492)**



## PROTOCOLE DE SOINS

---

Critère de qualité défini en 2007 par la SFHH/HAS (CQ):

**Existence et accessibilité d'un protocole écrit et conforme aux dernières recommandations nationales sur la pose et l'entretien des cathéters veineux périphériques.**

### I. DANS L'ETABLISSEMENT

**CQ** : un protocole Etablissement existe dans 100,0 % des établissements (166 / 166).

Il est à orientation adulte pour 64,8 % (107 / 165\*) des établissements et mixte pour 35,2 % (58 / 165\*).

Il est validé par les instances chargées de la lutte contre les infections nosocomiales dans 99,4 % des établissements (165 / 166).

**Tableau 4** : Proportion de protocoles Etablissement conformes selon l'item évalué

Item (N° de la recommandation SFHH 2005 correspondante)	%	(n/N)
Détersion de la peau (R16) (adulte/mixte)	97,6	(162/166)
Utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie (R18) (adulte/mixte)	83,1	(138/166)
Désinfection des mains avant insertion (R12)	79,5	(132/166)
Port de gants pour l'insertion (R13)	97,0	(161/166)
Elimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité (Circulaire 1998)	83,7	(139/166)
Désinfection du site d'injection lors des manipulations de ligne veineuse (R36)	78,9	(131/166)
Traçabilité de la date de pose (R26)	98,2	(163/166)
Traçabilité de la date d'ablation (R26)	75,9	(126/166)
Traçabilité de la surveillance clinique quotidienne (R45)	62,7	(104/166)
Durée de maintien inférieure ou égale à 4 jours (R49) (adulte/mixte)	94,5	(156/165*)

**CQ** : seuls 35,5 % des protocoles Etablissement contiennent les 10 critères de qualité détaillés dans le tableau 4 et sont donc conformes aux recommandations en vigueur (59 / 166).

### II. DANS LE SERVICE

Un protocole existe dans 98,8% des services (1 474 / 1 492).

Dans 98,6 % de ces services, il s'agit du protocole Etablissement (1 453 / 1 474).

Dans 98,1 % de ces services, le protocole utilisé (que ce soit le protocole Etablissement ou le protocole spécifique au service) est accessible (1 446 / 1 474).

**CQ** : le protocole Etablissement est accessible dans 95,6% des services (1 426 / 1 492).

---

\* NA exclus du calcul

## TRAÇABILITE ET DUREE DE MAINTIEN

Pour cette partie de l'audit, 149 établissements et 901 services ont participé.  
On compte 18 268 patients, 5 788 cathéters et 5 688 patients porteurs de CVP soit 31,1% des patients (certains patients étaient porteurs de 2 CVP).

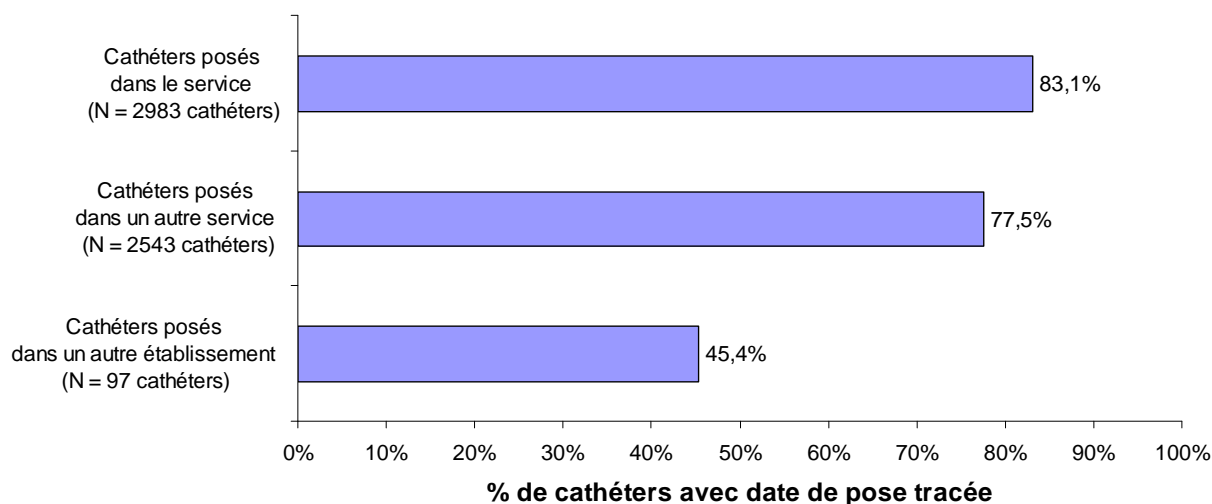
### I. TRAÇABILITE

#### ↳ Date de pose

Critère de qualité défini en 2007 par la SFHH/HAS (CQ):  
**Traçabilité de la date de pose du cathéter dans le dossier patient.**

**CQ** : Au total, 78,2 % des cathéters ont une date de pose tracée (4 507 / 5 767).

**Graphique 2:** Traçabilité de la date de pose en fonction du lieu de pose

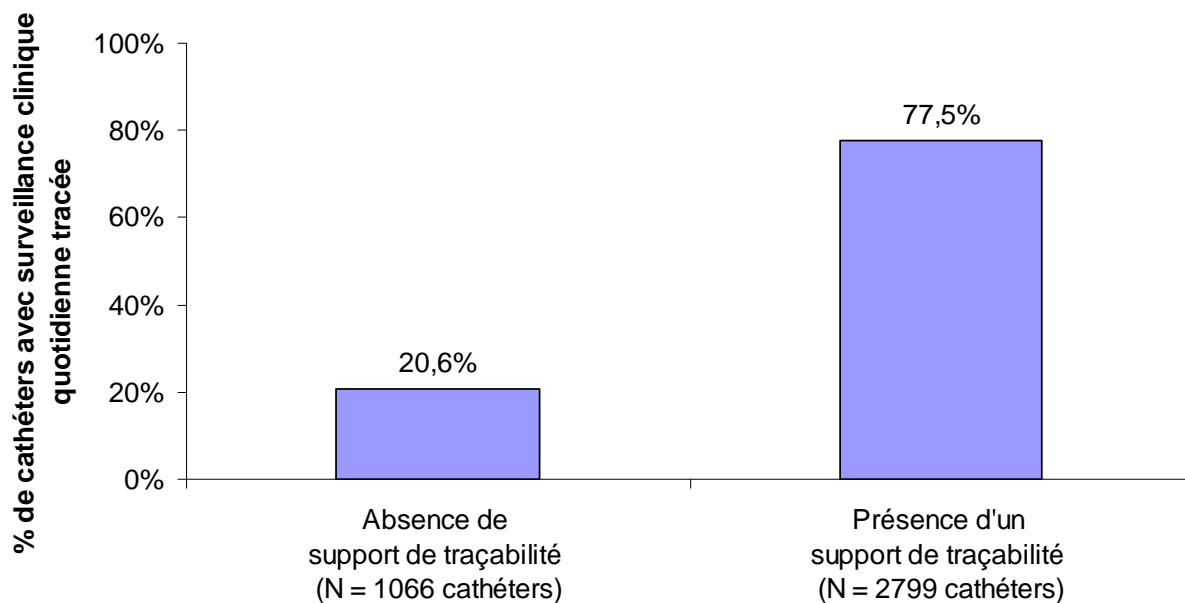


#### ↳ Surveillance clinique quotidienne

Critère de qualité défini en 2007 par la SFHH/HAS (CQ):  
**Traçabilité des éléments de la surveillance clinique quotidienne (présence ou absence de signes locaux ou généraux) du site d'insertion dans le dossier patient.**

**CQ** : La surveillance clinique quotidienne est tracée pour 62,0 % des cathéters posés depuis au moins 24 h (2 472 / 3 985).

**Graphique 3 :** Traçabilité de la surveillance clinique quotidienne en fonction de l'existence d'un support de traçabilité dans le service (cathéters posés depuis au moins 24 h)

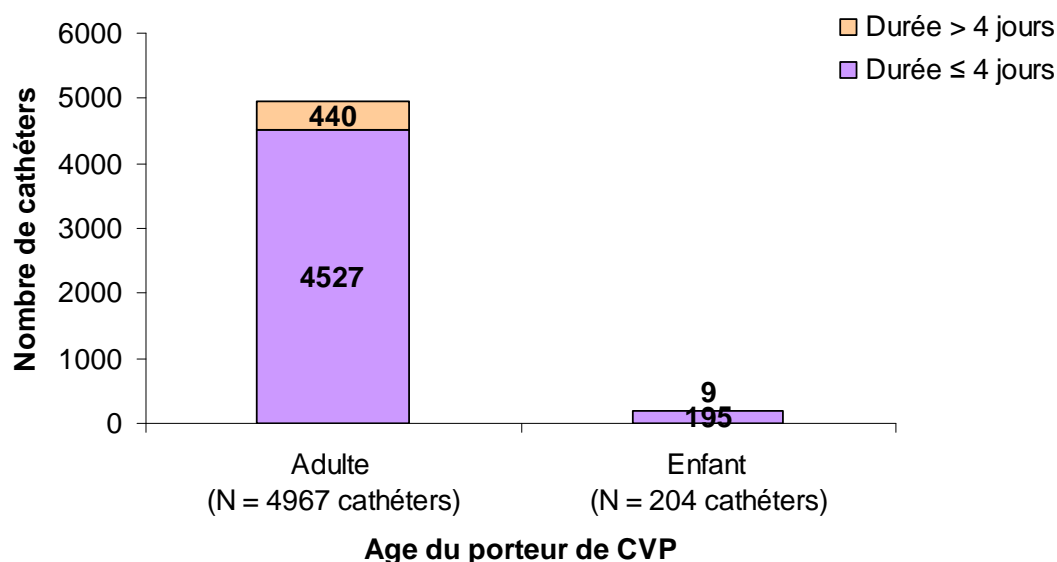


## II. DUREE DE MAINTIEN

Critère de qualité défini en 2007 par la SFHH/HAS (CQ):

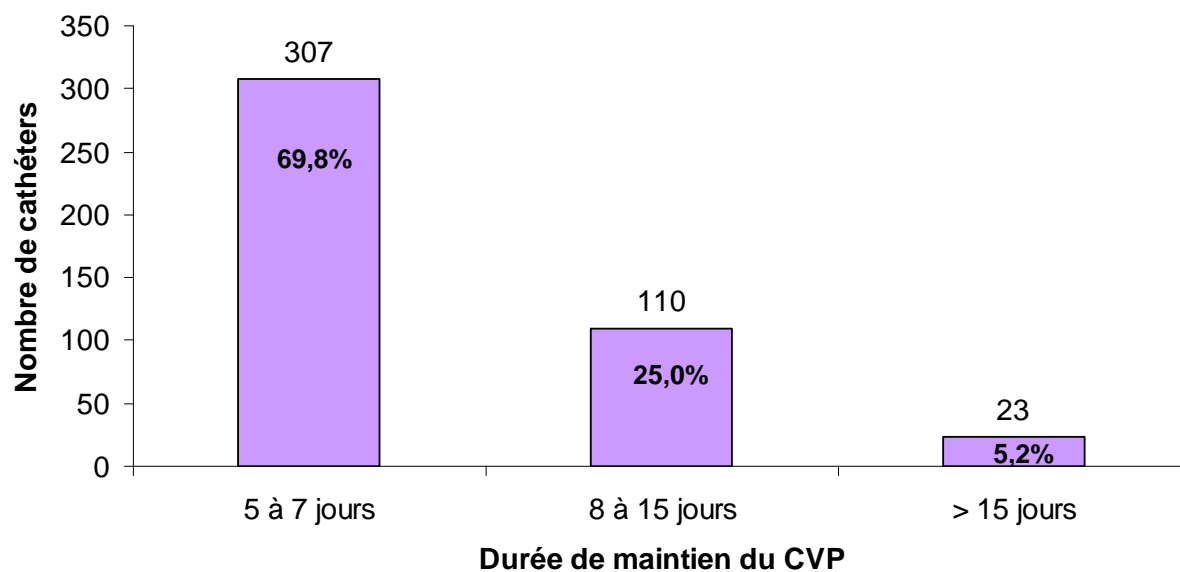
**Durée du cathétérisme inférieure ou égale à 4 jours (chez l'enfant: critère non applicable).**

**Graphique 4:** Répartition des cathéters en fonction de la durée de maintien et de l'âge du patient (N=5 171)



**CQ :** Chez l'adulte, 91,1 % des cathéters ont une durée de pose inférieure ou égale à 4 jours (4 527 / 4 967).

**Graphique 5:** Répartition des cathéters en cas de durée de maintien supérieure à 4 jours chez l'adulte (N=440)



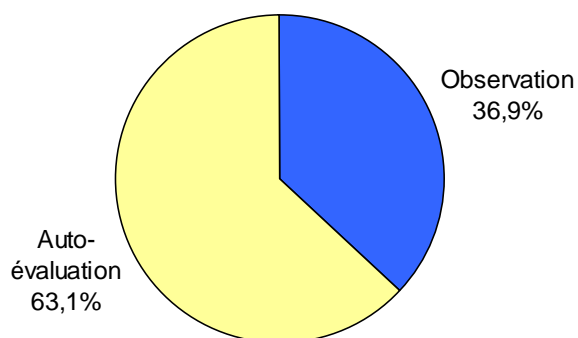
Parmi les 440 cathéters dont la durée de maintien était supérieure à 4 jours, 5,2 % ont une durée supérieure à 15 jours alors que pour 69,8 % d'entre eux la durée varie de 5 à 7 jours.

## POSES ET MANIPULATIONS

### I. POSES DE CVP

Cent soixante-trois établissements et 1 230 services ont évalué la pose de CVP, pour un total de 8 843 poses.

**Graphique 6** : Répartition des poses de CVP selon la méthode d'évaluation (N=8 843)

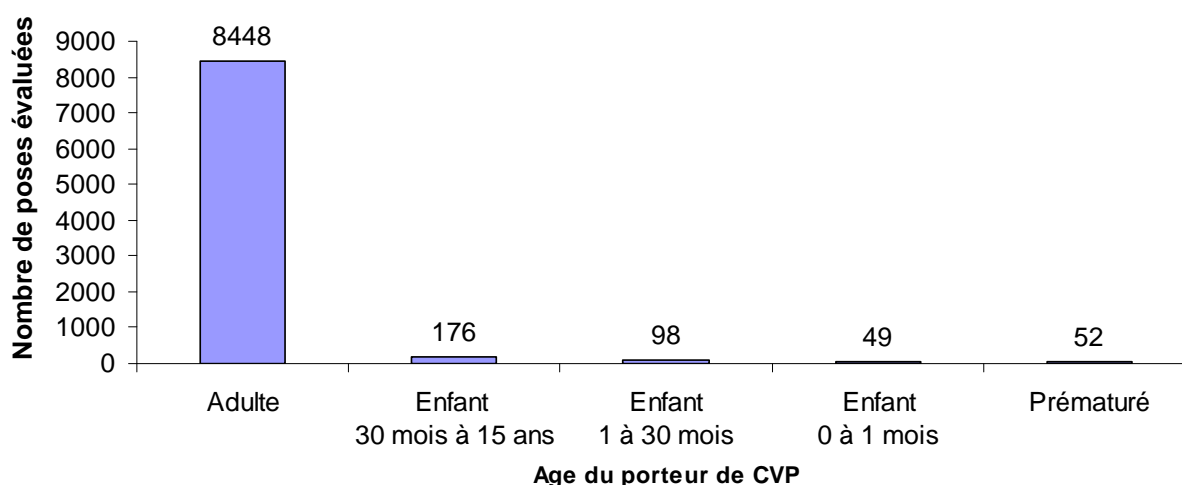


Les infirmiers sont la catégorie professionnelle la plus représentée: ils effectuent 76,8% des poses (tableau 5).

**Tableau 5** : Répartition des poses de CVP selon la catégorie professionnelle (N=8 818)

Catégorie professionnelle	N	%
IDE	6 771	76,8
IDE spécialisé	800	9,1
Médecin et interne	367	4,2
Sage-Femme	438	5,0
Manipulateur radio	442	5,0
<b>Total</b>	<b>8 818</b>	<b>100,0</b>

**Graphique 7** : Répartition des poses de CVP selon l'âge du patient (N= 8 823)

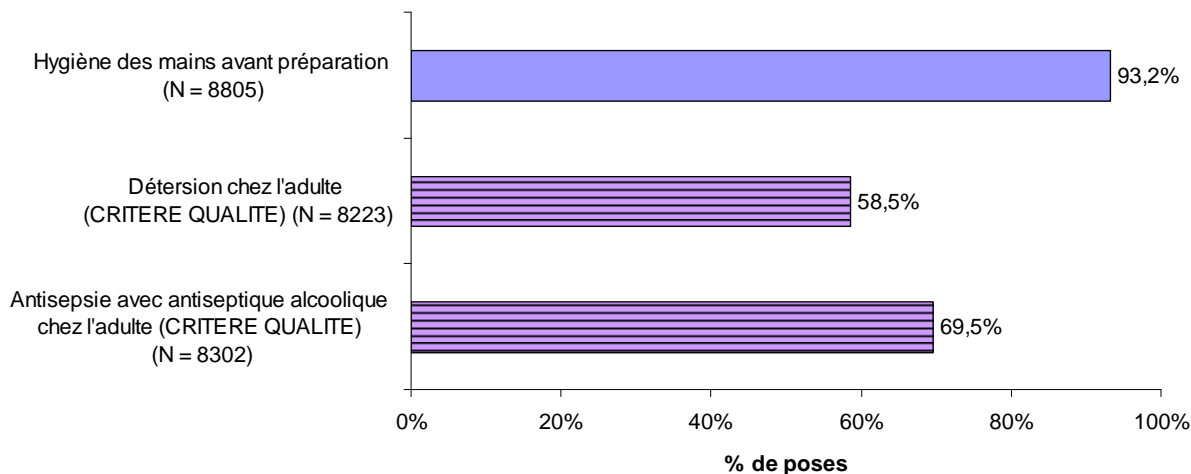


Les poses de cathéters concernent 95,7 % des adultes (8 448 / 8 823) et 4,3 % des enfants (375 / 8 823).

## I.1. Préparation cutanée du site d'insertion

Les poses réalisées sans préparation de la peau c'est-à-dire sans nettoyage de la zone d'insertion ni application d'antiseptique représentent 0,1% des poses (10 / 8 771).

**Graphique 8 :** Principaux résultats de l'évaluation de la préparation (sur l'ensemble des poses renseignées)

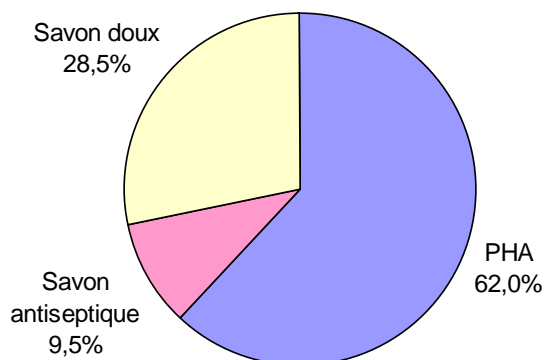


La détersion s'entend comme le nettoyage de la zone d'insertion avec un savon doux ou antiseptique (chlorhexidine solution moussante, polyvidone iodée solution moussante ou savon doux) suivi d'un rinçage et d'un séchage.

Dans le cadre de cet audit, l'antiseptique alcoolique est défini comme suit: selon les critères qualité SFHH/HAS 2007, il s'agit d'un produit à base de chlorhexidine alcoolique ou de polyvidone iodée alcoolique, ces molécules étant citées dans la recommandation R18 de 2005. Selon cette rédaction qui ne précise ni la concentration minimum en chlorhexidine ni la nature et la concentration minimum en alcool de ces préparations, la chlorhexidine faiblement alcoolisée contenant de la chlorhexidine et de l'alcool (alcool benzylique à 4 %) n'est pas exclue de cette catégorie. L'appartenance de ce produit à cette catégorie est confirmée dans l'avis de matériovigilance du 10 février 2009 de l'AFSSAPS (antiseptiques alcooliques et bistouri électrique). En revanche, l'alcool à 70° et l'alcool iodé ne répondent pas à cette définition.

### HYGIENE DES MAINS AVANT PREPARATION

**GRAPHIQUE 9 :** Répartition des produits utilisés quand un geste d'hygiène des mains avant préparation est réalisé (N= 8 141)



Dans 93,2 % des poses, un geste d'hygiène des mains avant la préparation du site d'insertion est réalisé (8 208 / 8 805).

## NETTOYAGE DU SITE D'INSERTION

Critère de qualité défini en 2007 par la SFHH/HAS (CQ):

**Réalisation d'une phase de déterSION (savonnage suivi d'un rinçage) avant l'application de l'antiseptique (chez l'enfant: autres techniques possibles).**

**CQ** : Dans 58,5 % des poses chez l'adulte, une déterSION est réalisée (4 812 / 8 223).

Dans 13,8 % des poses chez l'adulte, cette étape est remplacée par une première application d'antiseptique alcoolique (1 149 / 8 344).

Le tableau 6 détaille les techniques observées et les résultats chez l'enfant.

**Tableau 6** : Répartition en % des produits utilisés en fonction de l'âge (quand un produit est appliqué lors de la phase de nettoyage)

	Catégorie de produit utilisé	Chez l'adulte (N=6541)	Chez l'enfant 30 mois à 15 ans (N=118)	Chez l'enfant 1 à 30 mois (N=70)	Chez l'enfant 0 à 1 mois (N=37)	Chez le prématuré (N=32)
<b>Nettoyage avec un savon</b>	Chlorhexidine solution moussante	7,5	18,6	11,4	13,5	-
	Polyvidone iodée solution moussante	70,1	34,7	12,9	10,8	9,4
	Savon doux	0,5	2,5	10,0	32,4	34,4
	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Application d'un antiseptique alcoolique</b>	Chlorhexidine faiblement alcoolisée	6,7	22,9	32,9	27,0	37,5
	Polyvidone iodée alcoolique	7,9	5,1	-	-	-
	Chlorhexidine alcoolique	2,9	5,9	17,1	5,4	3,1
	Autre produit	4,3	10,2	15,7	10,8	15,6
	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

## ANTISEPSIE DE LA PEAU

Critère de qualité défini en 2007 par la SFHH/HAS (CQ):

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

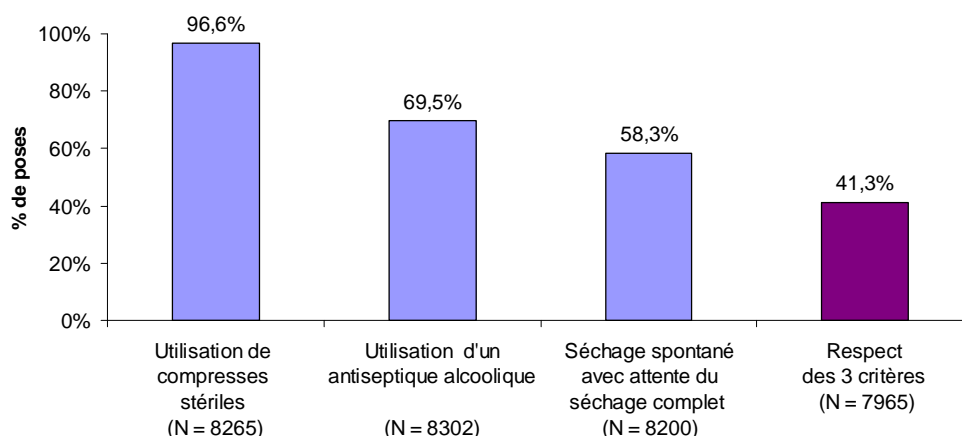
Une antisepsie est réalisée dans 99,2% des poses (8 739 / 8 811).

**CQ** : Chez l'adulte, un antiseptique alcoolique est utilisé dans 69,5% des poses (5 771 / 8 302).

Le tableau 7 détaille les produits utilisés et les résultats chez l'enfant.

**Tableau 7** : Répartition en % des produits utilisés en fonction de l'âge (quand une antiseptie est réalisée)

Catégorie de produit utilisé		Chez l'adulte (N=8233)	Chez l'enfant 30 mois à 15 ans (N=172)	Chez l'enfant 1 à 30 mois (N=97)	Chez l'enfant 0 à 1 mois (N=48)	Chez le prématuré (N=51)
<b>Antiseptiques alcooliques</b>	Polyvidone iodée alcoolique	54,3	28,5	4,1	-	3,9
	Chlorhexidine alcoolique	8,6	15,1	28,9	12,5	9,8
	Chlorhexidine faiblement alcoolisée	7,2	22,1	34,0	39,6	41,2
<b>Autres antiseptiques</b>	Alcool à 70°	4,1	8,7	3,1	-	2,0
	Solutés Chlorés	0,3	3,5	16,5	25,0	29,4
	Polyvidone iodée aqueuse	23,3	16,3	8,2	8,3	5,9
	Autre produit	2,2	5,8	5,5	14,6	7,8
<b>Total</b>		<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Graphique 10**: Mode opératoire chez l'adulte (sur l'ensemble des poses renseignées)

Les tableaux 8 et 8 bis détaillent les pratiques observées et les résultats chez l'enfant.

**Tableau 8** : Utilisation des compresses stériles en % en fonction de l'âge (quand une antiseptie est réalisée)

		Chez l'adulte (N=8196)	Chez l'enfant 30 mois à 15 ans (N=169)	Chez l'enfant 1 à 30 mois (N=92)	Chez l'enfant 0 à 1 mois (N=47)	Chez le prématuré (N=49)
<b>Compresses stériles</b>	Oui	97,4	98,8	97,8	100,0	95,9
	Non	2,6	1,2	2,2	-	4,1
	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 8 bis** : Répartition en % du mode de séchage en fonction de l'âge (quand une antiseptie est réalisée)

		Chez l'adulte (N=8131)	Chez l'enfant 30 mois à 15 ans (N=171)	Chez l'enfant 1 à 30 mois (N=95)	Chez l'enfant 0 à 1 mois (N=48)	Chez le prématuré (N=51)
<b>Séchage</b>	spontané sans attente	33,1	29,2	30,5	37,5	33,3
	spontané avec attente	58,8	62,0	56,8	52,1	43,1
	par tamponnement	8,1	8,8	12,6	10,4	23,5
	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

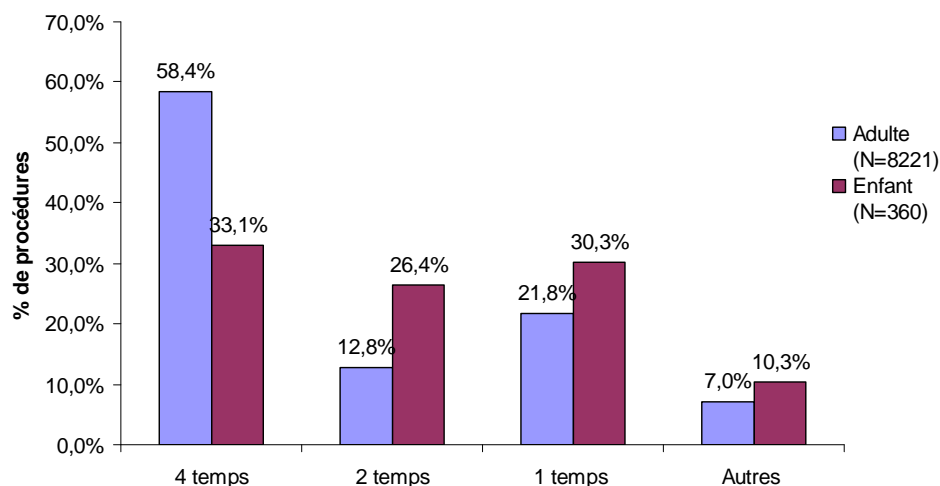
## PROCEDURE UTILISEE POUR LA PREPARATION DU SITE D'INSERTION

La procédure utilisée pour la préparation du site d'insertion s'effectue majoritairement en 4 temps.

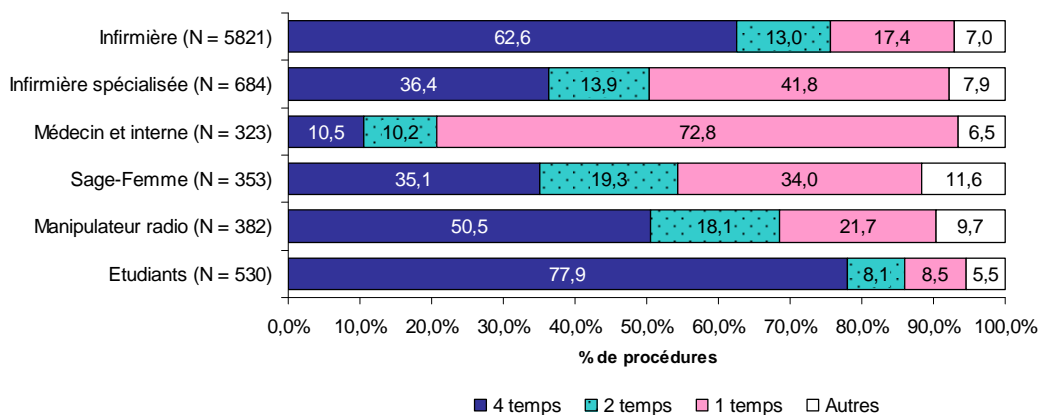
**RAPPEL :**

- 4 temps :** Nettoyage avec savon (doux ou antiseptique) + rinçage + séchage + application d'un antiseptique
- 2 temps :** 2 applications d'un antiseptique alcoolique
- 1 temps :** 1 seule application d'un antiseptique

**Graphique 11 :** Répartition des procédures utilisées selon l'âge du patient



**Graphique 12 :** Répartition des procédures utilisées selon la catégorie professionnelle



Les associations les plus utilisées lors de la procédure en 4 temps sont les suivantes:

- 51,6 % PVPI solution moussante puis PVPI alcoolique (2 525 / 4 891)
- 35,6 % PVPI solution moussante puis PVPI aqueuse (1 740 / 4 891)
- 6,1 % Chlorhexidine solution moussante puis chlorhexidine alcoolique (297 / 4 891)

Au total, 93,3 % des procédures en 4 temps sont réalisées avec des produits de la même gamme.

## I.2. Insertion du cathéter

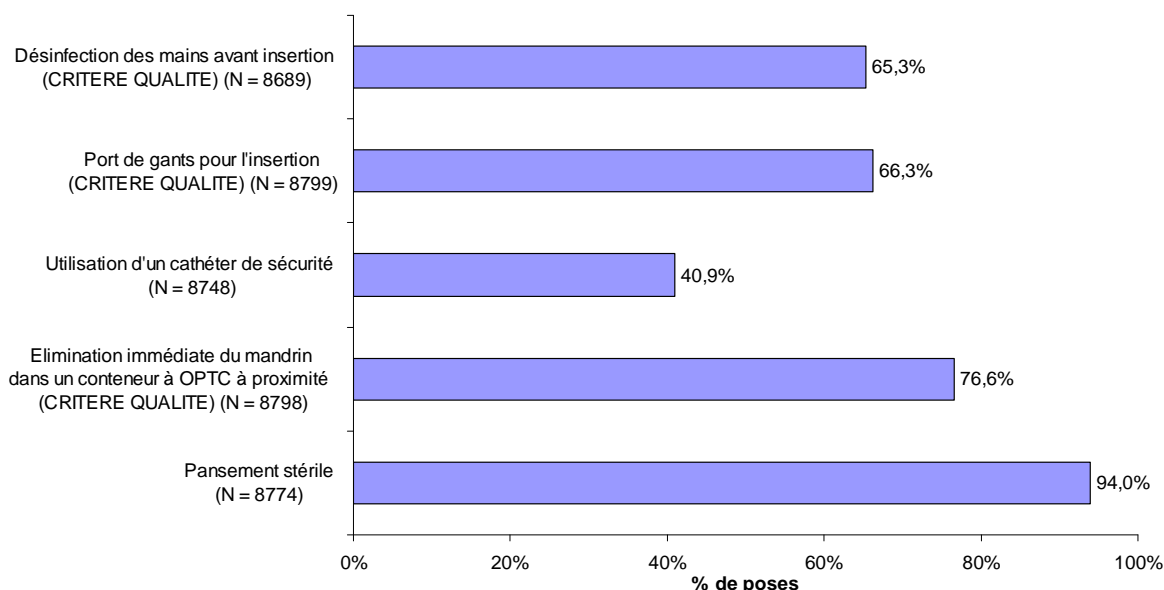
Critère de qualité défini en 2007 par la SFHH/HAS (CQ):

**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.**

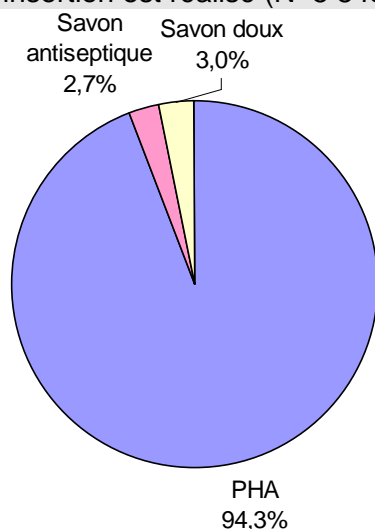
**Graphique 13** : Principaux résultats de l'évaluation sur l'insertion (sur l'ensemble des poses renseignées)



### HYGIENE DES MAINS AVANT INSERTION

Une hygiène des mains est réalisée dans 67,5 % des poses (5 888 / 8 729).

**Graphique 14** : Répartition des produits utilisés quand un geste d'hygiène des mains avant insertion est réalisé (N=5 848)



Sur les 5 848 gestes d'hygiène des mains effectués avant insertion du cathéter, 93,4% sont réalisés avec un produit hydro-alcolique.

La désinfection des mains s'entend comme la friction hydro-alcoolique ou le lavage hygiénique avec un savon antiseptique.

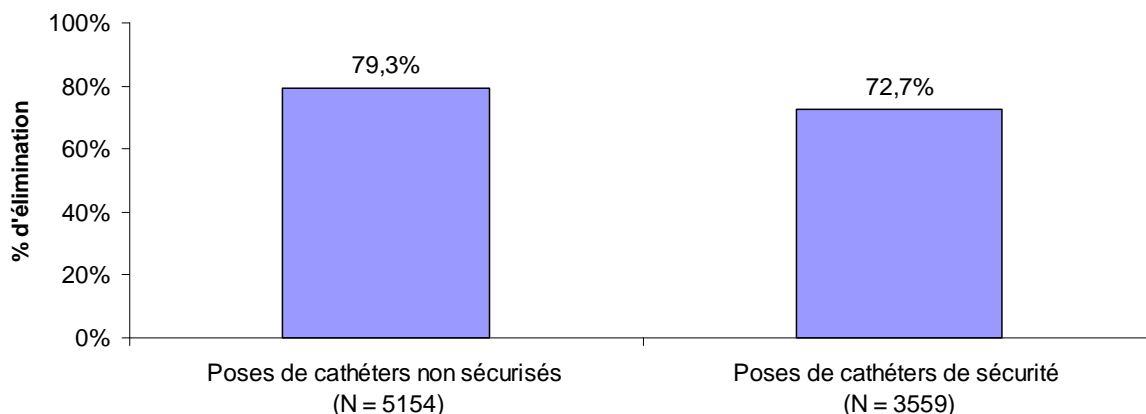
**CQ** : Une désinfection des mains est réalisée dans 65,3 % des poses (5 674 / 8 689).

## ÉLIMINATION DU MANDRIN

**CQ** : dans 76,6 % des poses, le mandrin est éliminé immédiatement dans un conteneur à OPTC situé à proximité (6 739 / 8 798).

Les cathéters de sécurité sont mis à disposition dans 38,0% des services audités (567 / 1 492). Dans ces services, 85,9 % des poses sont réalisées avec un cathéter de sécurité (3 125 / 3 639).

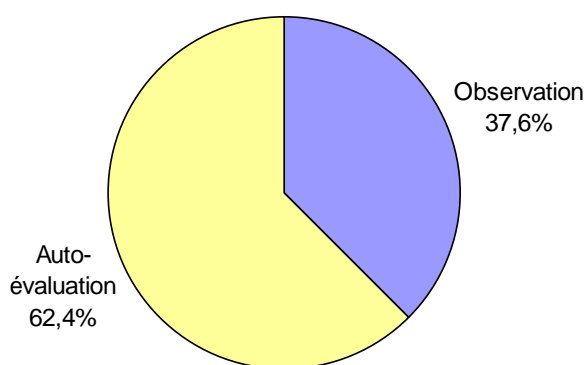
**Graphique 15** : Elimination immédiate du mandrin dans un conteneur selon le type de cathéter posé



Parmi les 5 154 poses de cathéters non sécurisés, 79,3 % s'accompagnent d'une élimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPCT situé à proximité.

## II. MANIPULATIONS DE CVP

**Graphique 16** : Répartition des manipulations de CVP selon la méthode d'évaluation (N=7 682)



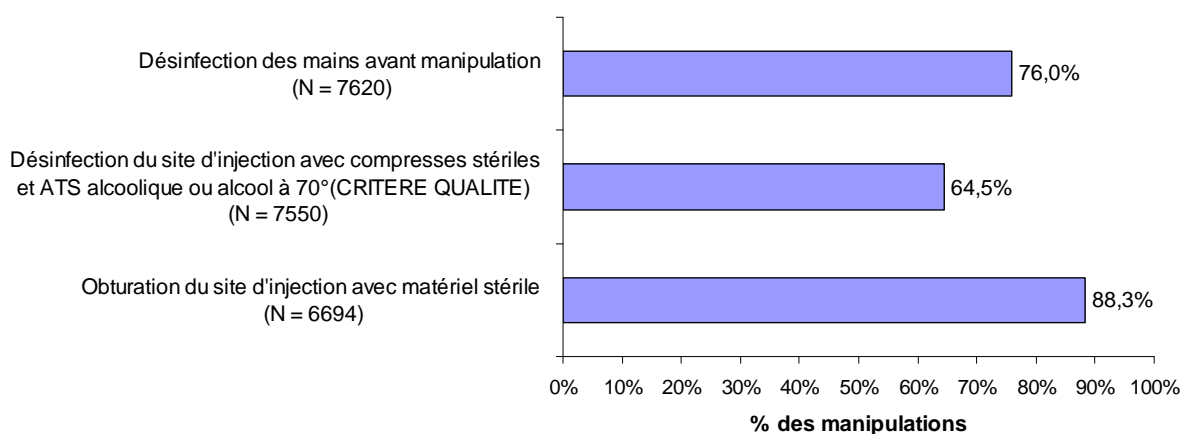
On compte 153 établissements et 1 163 services qui ont évalué les manipulations de CVP, pour un total de 7 682 manipulations.

Les infirmiers sont la catégorie professionnelle la plus représentée: ils effectuent 83,9 % des manipulations (tableau 9).

**Tableau 9 : Répartition des manipulations de CVP selon la catégorie professionnelle (N= 7 671)**

Catégorie professionnelle	N	%
IDE	6 439	83,9
IDE spécialisé	460	6,0
Médecin et interne	198	2,6
Sage-Femme	309	4,0
Manipulateur radio	265	3,5
<b>Total</b>	<b>7 671</b>	<b>100,0</b>

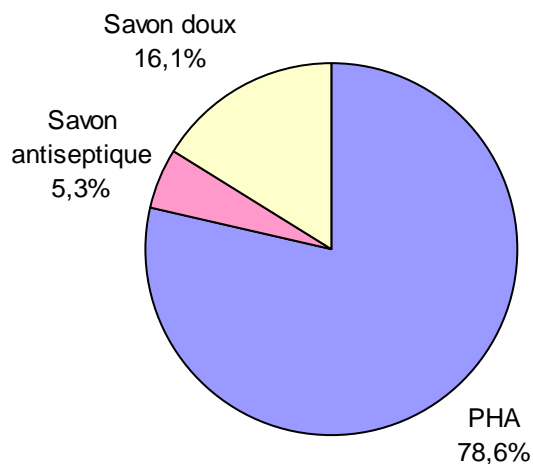
**Graphique 17: Principaux résultats de l'évaluation des manipulations (sur l'ensemble des manipulations renseignées)**



### HYGIENE DES MAINS AVANT MANIPULATION

Une hygiène des mains est réalisée dans 90,7 % des manipulations (6 948 / 7 764).

**Graphique 18 : Répartition des produits utilisés quand un geste d'hygiène des mains avant manipulation est réalisé (N=6 904)**



Dans 76,0 % des manipulations, une désinfection des mains est réalisée (5 790 / 7 620).

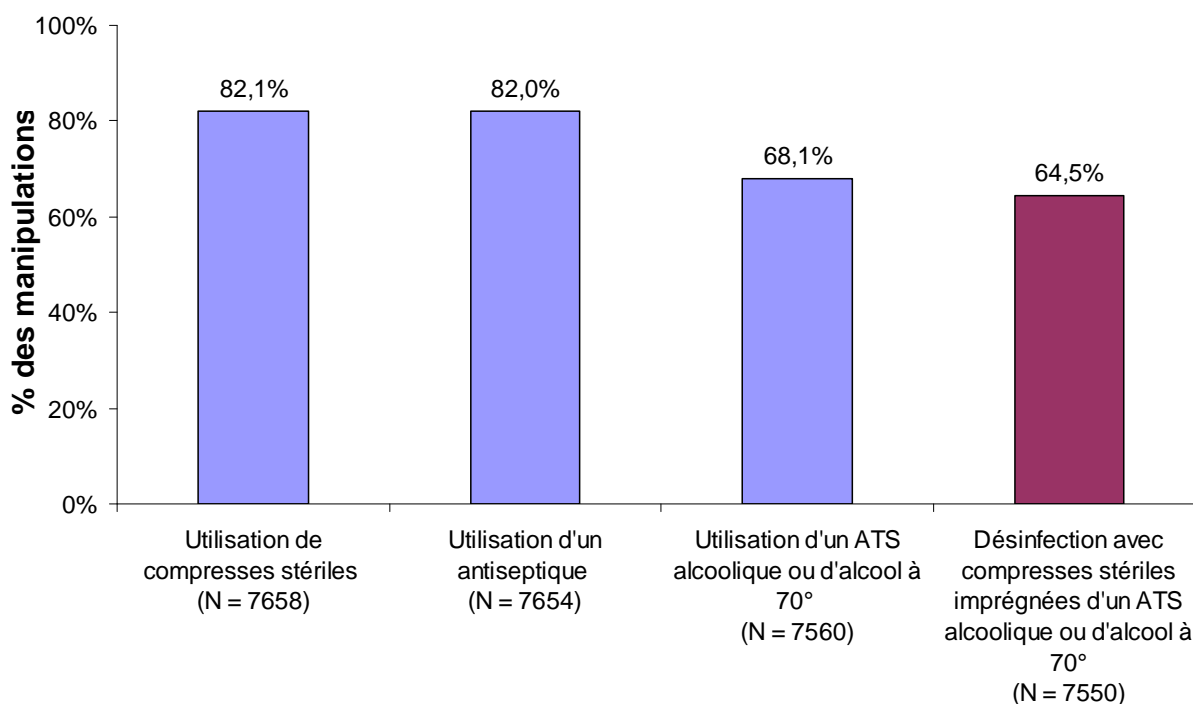
## DESINFECTION DU SITE D'INJECTION

Critère de qualité défini en 2007 par la SFHH/HAS (CQ):

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

**CQ :** La désinfection du site d'injection avec compresses stériles imprégnées d'antiseptique alcoolique ou d'alcool à 70° est réalisée dans 64,5 % des manipulations (4 867 / 7 550).

**Graphique 19 :** Mode opératoire de désinfection du site d'injection (sur l'ensemble des manipulations renseignées)



**Tableau 10 :** Répartition des produits utilisés pour la désinfection du site d'injection (quand un antiseptique est utilisé) (N= 6 184)

Produit utilisé	N	%
PVPI alcoolique	3 310	53,5
Alcool à 70°	797	12,9
PVPI aqueuse	741	12,0
Chlorhexidine alcoolique	570	9,2
Chlorhexidine faiblement alcoolisée	471	7,6
Autre produit	205	3,3
Solutés chlorés	90	1,5
<b>Total</b>	<b>6 184</b>	<b>100,0</b>

## COMPARAISON DES RESULTATS SELON LA METHODE D'EVALUATION

L'audit de pratiques des poses et manipulations permettait l'utilisation de deux méthodes d'évaluation: l'observation par un auditeur et l'auto-évaluation.

Plus de 60 % des poses et manipulations ont fait l'objet d'une auto-évaluation. Il semblait intéressant de comparer la conformité des critères de qualité (CQ) selon la méthode d'évaluation utilisée (tableau 11).

**Tableau 11** : Comparaison des résultats CQ selon la méthode d'évaluation utilisée (% de conformité)

CQ évalués	Observation	Auto-évaluation	p*
Détersion de la peau (N=8 223)	52,3	62,3	p<0,05
Utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie (N=8 302)	77,9	64,4	p<0,05
Désinfection des mains avant insertion (N=8 689)	43,7	78,1	p<0,05
Port de gants pour l'insertion (N=8 799)	60,5	69,7	p<0,05
Elimination immédiate du mandrin dans un conteneur OPTC à proximité (N=8 798)	68,5	81,3	p<0,05
Désinfection du site d'injection lors de manipulations de ligne veineuse (N=7 550)	61,3	66,4	p<0,05

\*Test du chi-deux

On constate une différence significative des conformités des critères de qualité selon la méthode d'évaluation utilisée.

Pour tous les critères, hormis l'utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie lors de la pose, la conformité est meilleure en cas d'auto-évaluation.

## CONCLUSION

---

La pose des cathéters veineux périphériques concerne de plus en plus de patients dans les établissements de santé. Près de 25 millions de CVP sont posés chaque année en France. Cet audit a permis d'analyser la qualité de pose et de gestion de ces CVP et met en lumière les points d'amélioration que nous devons travailler dans le but de les améliorer.

Le travail des EOH sur le terrain ainsi que l'existence des recommandations produites et diffusées par la Société Française d'hygiène Hospitalière (SF2H) sont certainement à l'origine des améliorations obtenues au cours de ces dernières années et pointées par cet audit. Ces guides permettent l'écriture plus rapide et argumentée des protocoles dans les établissements de santé.

L'évaluation des pratiques professionnelles, étape indispensable dans l'amélioration de la qualité des soins, est aujourd'hui mieux organisée. Les audits « clés en mains » proposés par le Groupe d'Évaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière (GREPHH) facilitent leur mise en œuvre, sont d'envergure nationale et ainsi permettent aux établissements de se comparer et de progresser.

Le rapport national « audit CVP » sera mis en ligne prochainement sur le site du GREPHH.

Pour terminer l'équipe du CCLIN Sud Ouest et toutes les ARLIN remercient les établissements qui ont participé à cet audit.

# SYNTHESE DES RESULTATS

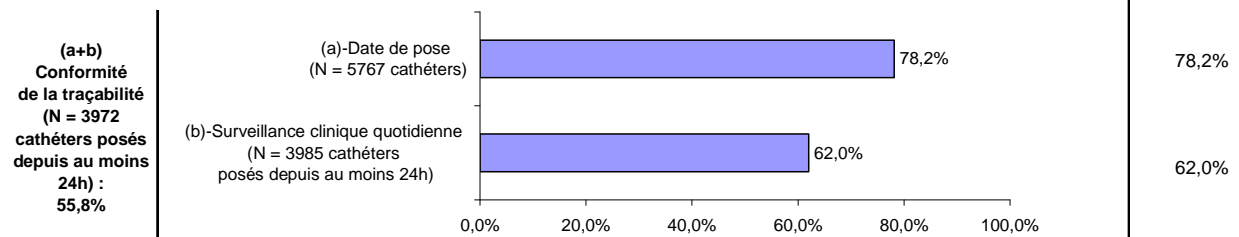
Nombre d'établissements : 166

Nombre de services : 1 492

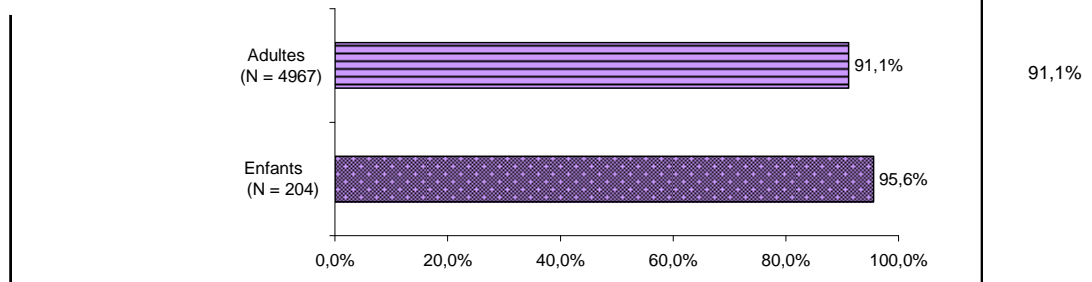
Résultats Critères de conformité GREPHH 2009	<b>Audit documentaire</b>		Résultats Critères de qualité SFHH/HAS 2007
	<b>PROTOCOLE CVP (N = 166)</b>	Objectif SFHH/HAS 2007 : standardiser la pratique de pose et d'entretien des CVP	
	Un protocole existe au niveau de l'établissement :	100,0%	100,0%
	Il est validé par les institutions en charge de la lutte contre les infections nosocomiales :	99,4%	
	Utilisation et accessibilité du protocole Etablissement dans les services (1426 services/1492) :	95,6%	95,6%
	Le protocole Etablissement est conforme aux recommandations en vigueur en ce qui concerne :		
	1 La déterision de la peau (R16)	97,6%	Tous les items conformes : 35,5%
	2 L'utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie (R18)	83,1%	
	3 La désinfection des mains avant insertion (R12)	79,5%	
	4 Le port de gants pour l'insertion (R13)	97,0%	
	5 L'élimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité (Circulaire 1998)	83,7%	
	6 La désinfection du site d'injection lors des manipulations de ligne veineuse (R36)	78,9%	
	7 La traçabilité de la date de pose (R26)	98,2%	
	8 La traçabilité de la date d'ablation (R26)	75,9%	
	9 La traçabilité de la surveillance clinique quotidienne (R45)	62,7%	
	10 La durée de maintien inférieure à 4 jours (R49)	94,5%	

	<b>TRACABILITE ET DUREE DE MAINTIEN DU CVP (N = 5788)</b>	Objectif SFHH/HAS 2007 : évaluer le maintien du cathétérisme
--	---	--

**Traçabilité de la pose et de la surveillance**



**Durée de maintien du cathéter ≤ 4 jours**

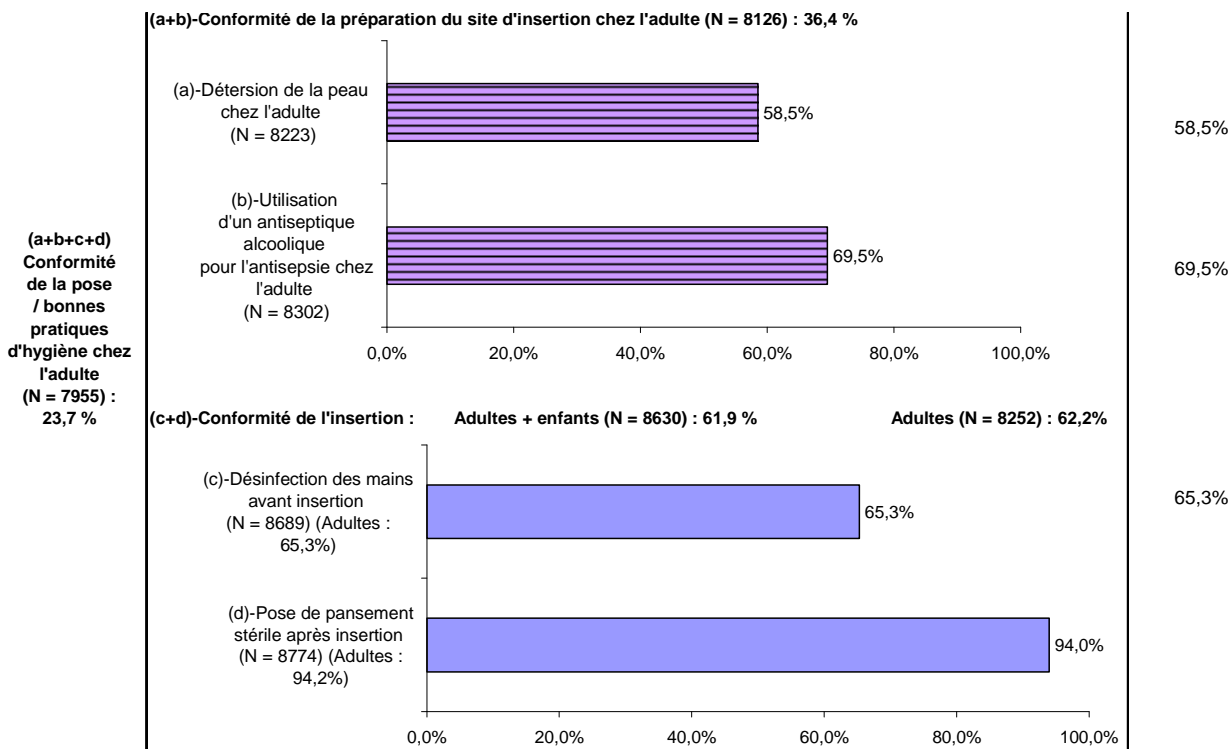




### AUDIT DES PRATIQUES

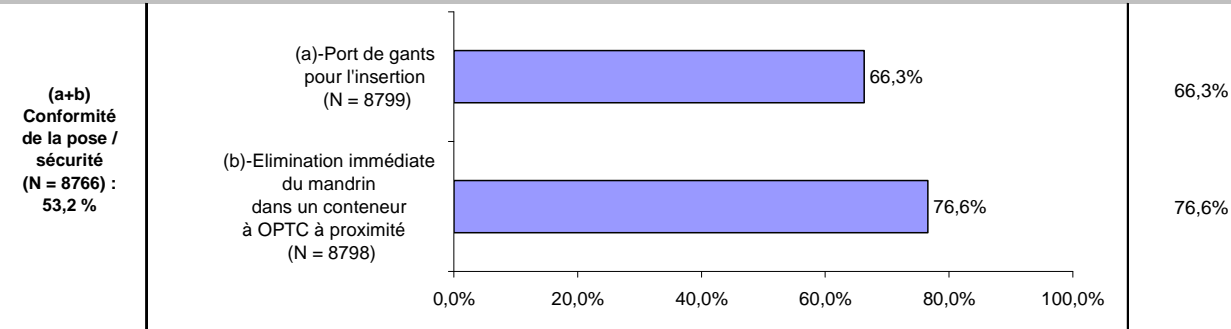
POSE DU CVP (N = 8843)

Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie lors de la pose



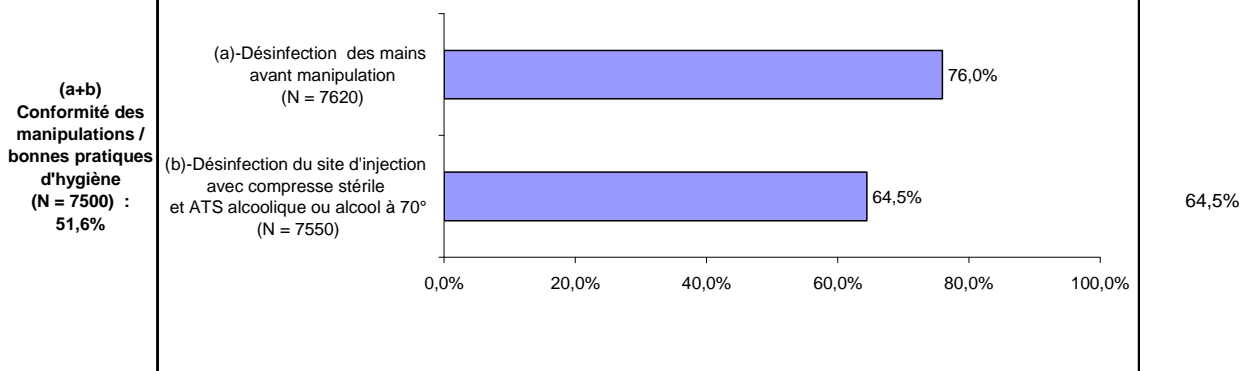
POSE DU CVP (N = 8843)

Objectif SFHH/HAS 2007 : appliquer les précautions standard



MANIPULATIONS DU CVP (N = 7682)

Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie pour les manipulations du cathéter, des tubulures et des robinets



# LES REGIONS

# AQUITAINE

En Aquitaine, 66 établissements ont participé à cet audit :

- 1 CHU
- 18 CH (dont HIA)
- 3 établissements psychiatriques
- 3 hôpitaux locaux
- 34 cliniques MCO
- 6 SSR/SLD
- 1 CLCC

Ces 66 établissements comptaient 544 services audités.

Au total, ont été évalués :

- 66 protocoles
- 2 962 poses
- 2 893 manipulations
- 2 228 cathéters veineux périphériques pour la traçabilité et la durée de maintien



## Audit Cathéters veineux périphériques - Poster de Synthèse Aquitaine - Année : 2009 - 2010

Nombre d'établissements : 66

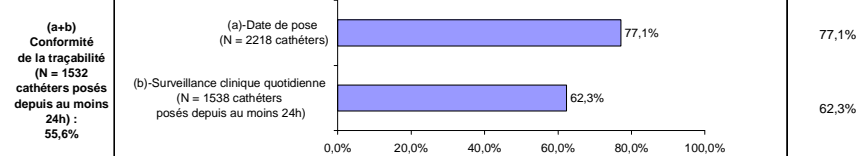
Nombre de services : 544

Résultats Critères de conformité GREPPIH 2009	Audit documentaire	Résultats Critères de qualité SFHH/HAS 2007
	<b>PROTOCOLE CVP (N = 66)</b> Objectif SFHH/HAS 2007 : standardiser la pratique de pose et d'entretien des CVP	
	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 : 100,0%	100,0%
	Utilisation et accessibilité du protocole Etablissement dans les services (523 services/544) : 96,1%	96,1%
	Le protocole Etablissement est conforme aux recommandations en vigueur en ce qui concerne :	
	1 La détergence de la peau (R16) 97,0%	Tous les items conformes : 37,9%
	2 L'utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie (R18) 84,8%	
	3 La désinfection des mains avant insertion (R12) 83,3%	
	4 Le port de gants pour l'insertion (R13) 98,5%	
	5 L'élimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité (Circulaire 1998) 87,9%	
	6 La désinfection du site d'injection lors des manipulations de ligne veineuse (R36) 80,3%	
	7 La traçabilité de la date de pose (R26) 98,5%	
	8 La traçabilité de la date d'ablation (R26) 71,2%	
	9 La traçabilité de la surveillance clinique quotidienne (R45) 57,6%	
	10 La durée de maintien inférieure à 4 jours (R49) 95,4%	

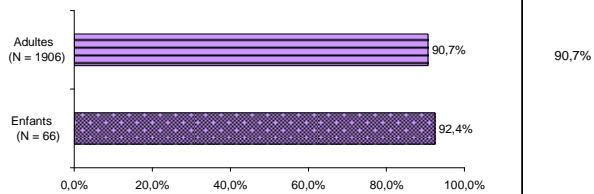
### TRACABILITE ET DUREE DE MAINTIEN DU CVP (N = 2228)

Objectif SFHH/HAS 2007 : évaluer le maintien du cathétérisme

Traçabilité de la pose et de la surveillance



Durée de maintien du cathéter ≤ 4 jours

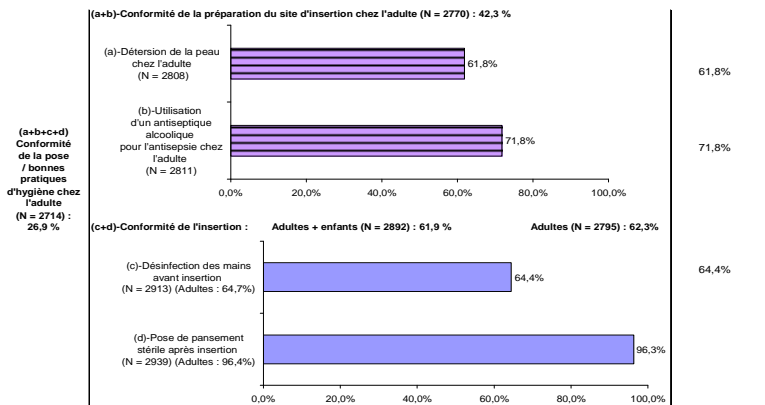


### AUDIT DES PRATIQUES

Résultats Critères de conformité GREPPIH 2009

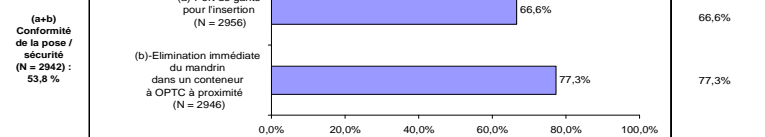
Résultats Critères de qualité SFHH/HAS 2007

POSE DU CVP (N = 2962) Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie lors de la pose



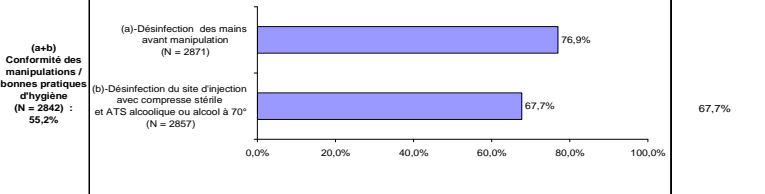
### POSE DU CVP (N = 2962)

Objectif SFHH/HAS 2007 : appliquer les précautions standard



### MANIPULATIONS DU CVP (N = 2893)

Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie pour les manipulations du cathéter, des tubulures et des robinets



En Guadeloupe, 3 établissements ont participé à cet audit : il s'agit de 3 cliniques MCO.

Ces 3 établissements comptaient 13 services audités.

- Au total, ont été évalués :
- 3 protocoles
  - 100 poses
  - 65 manipulations
  - 9 cathéters veineux périphériques pour la traçabilité et la durée de maintien



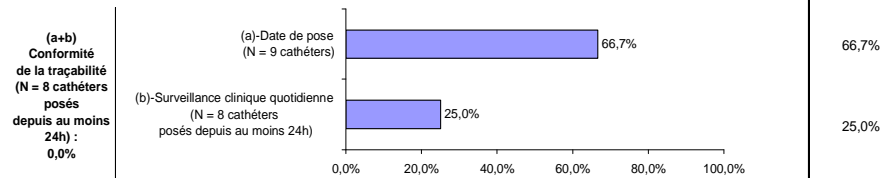
## Audit Cathéters veineux périphériques - Poster de Synthèse Guadeloupe - Année : 2009 - 2010

Nombre d'établissements : 3  
Nombre de services : 13

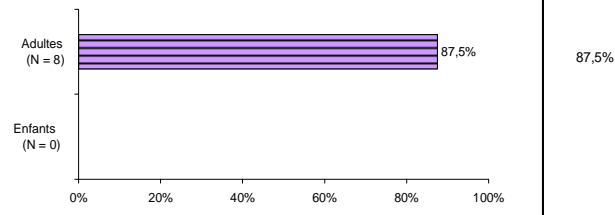
Résultats Critères de conformité GREP/HH 2009	Audit documentaire	Résultats Critères de qualité SFHH/HAS 2007
	<b>PROTOCOLE CVP (N = 3)</b> Objectif SFHH/HAS 2007 : standardiser la pratique de pose et d'entretien des CVP	
	Un protocole existe au niveau de l'établissement : 100,0%	100,0%
	Il est validé par les institutions en charge de la lutte contre les infections nosocomiales : 100,0%	
	Utilisation et accessibilité du protocole Etablissement dans les services (12 services/13) : 92,3%	
	Le protocole Etablissement est conforme aux recommandations en vigueur en ce qui concerne :	
	1 La déterision de la peau (R16)	100,0%
	2 L'utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie (R18)	66,7%
	3 La désinfection des mains avant insertion (R12)	66,8%
	4 Le port de gants pour l'insertion (R13)	100,0%
	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)	33,3%
	7 La traçabilité de la date de pose (R26)	100,0%
	8 La traçabilité de la date d'ablation (R26)	33,3%
	9 La traçabilité de la surveillance clinique quotidienne (R45)	33,3%
	10 La durée de maintien inférieure à 4 jours (R49)	66,7%
		Tous les items conformes : 33,3%

### TRACABILITE ET DUREE DE MAINTIEN DU CVP (N = 9) Objectif SFHH/HAS 2007 : évaluer le maintien du cathétérisme

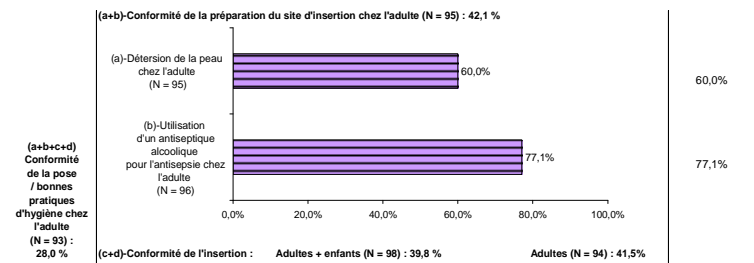
#### Traçabilité de la pose et de la surveillance



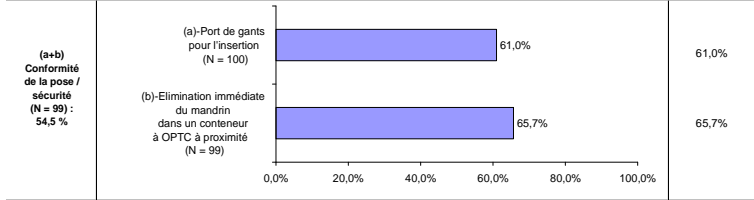
#### Durée de maintien du cathéter ≤ 4 jours



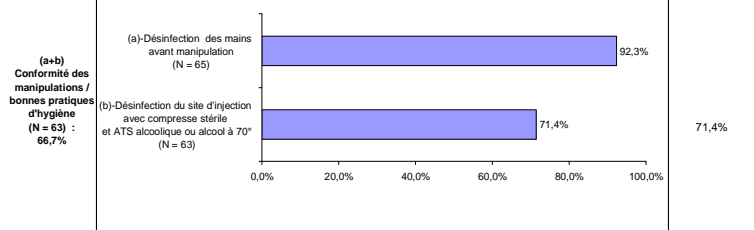
### AUDIT DES PRATIQUES Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie lors de la pose



### POSE DU CVP (N = 100) Objectif SFHH/HAS 2007 : appliquer les précautions standard



### MANIPULATIONS DU CVP (N = 65) Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie pour les manipulations du cathéter, des tubulures et des robinets



## GUYANE

---

Un seul établissement ayant participé à cet audit, il n'est pas possible de présenter les résultats concernant cette région.

En Limousin, 10 établissements ont participé à cet audit :

- 1 CHU
- 1 CH
- 7 cliniques MCO
- 1 SSR/SLD

Ces 10 établissements comptaient 75 services audités.

Au total, ont été évalués :

- 10 protocoles
- 513 poses
- 349 manipulations
- 300 cathéters veineux périphériques pour la traçabilité et la durée de maintien



## Audit Cathéters veineux périphériques - Poster de Synthèse Limousin - Année : 2009 - 2010

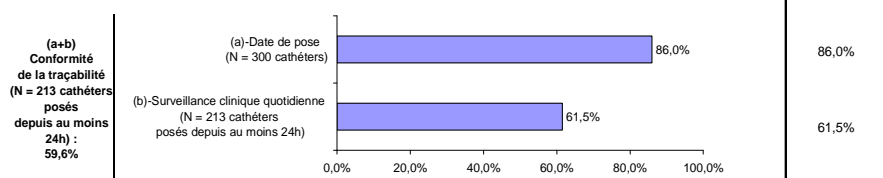
Nombre d'établissements : 10  
Nombre de services : 75

Résultats Critères de conformité GREPHH 2009	Audit documentaire	Résultats
	<b>PROTOCOLE CVP (N = 10)</b>	<b>Critères de qualité SFHH/HAS 2007</b>
	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 : 100,0%	100,0%
	Utilisation et accessibilité du protocole Etablissement dans les services (73 services/75) : 97,3%	97,3%
	Le protocole Etablissement est conforme aux recommandations en vigueur en ce qui concerne :	
	1 La déterision de la peau (R16) 100,0%	
	2 L'utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antiseptie (R18) 90,0%	
	3 La désinfection des mains avant insertion (R12) 90,0%	
	4 Le port de gants pour l'insertion (R13) 100,0%	
	5 L'élimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité (Circulaire 1998) 100,0%	
	6 La désinfection du site d'injection lors des manipulations de ligne veineuse (R36) 90,0%	
	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) 70,0%	
	10 La durée de maintien inférieure à 4 jours (R49) 90,0%	
		Tous les items conformes : 50,0%

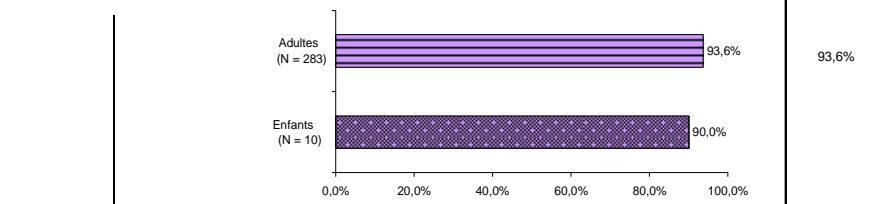
### TRACABILITE ET DUREE DE MAINTIEN DU CVP (N = 300)

Objectif SFHH/HAS 2007 : évaluer le maintien du cathétérisme

Traçabilité de la pose et de la surveillance



Durée de maintien du cathéter ≤ 4 jours



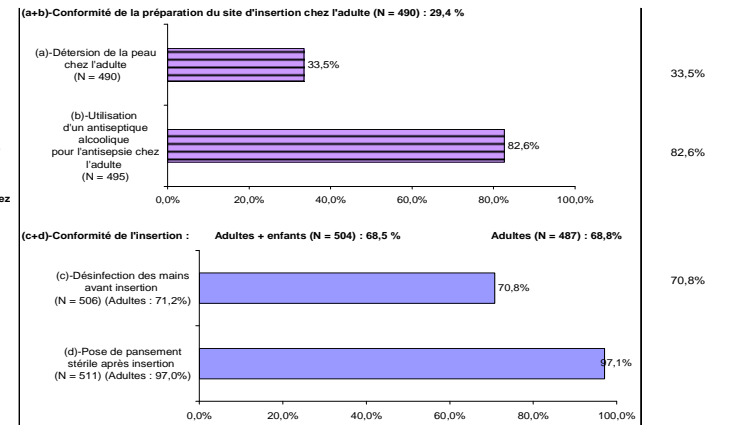
Résultats  
Critères de  
conformité  
GREPHH  
2009



### AUDIT DES PRATIQUES

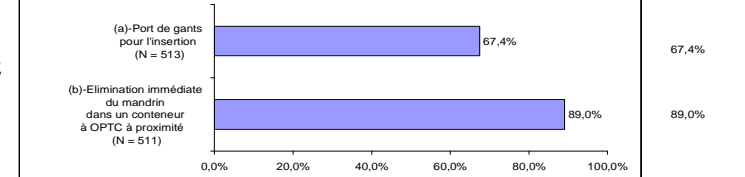
Résultats  
Critères de qualité  
SFHH/HAS  
2007

POSE DU CVP (N = 513) Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antiseptie lors de la pose



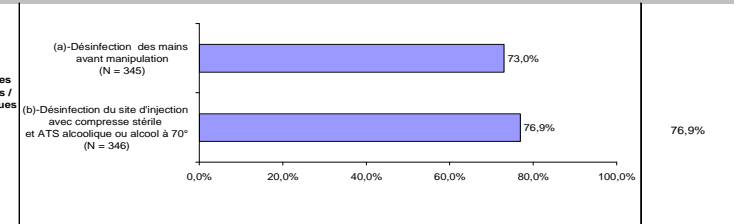
### POSE DU CVP (N = 513)

Objectif SFHH/HAS 2007 : appliquer les précautions standard



### MANIPULATIONS DU CVP (N = 349)

Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antiseptie pour les manipulations du cathéter, des tubulures et des robinets



En Martinique, 4 établissements ont participé à cet audit :

- 1 CHU
- 3 CH

Au total, ont été évalués :

- 4 protocoles
- 130 poses
- 160 manipulations
- 109 cathéters veineux périphériques pour la traçabilité et la durée de maintien

Ces 4 établissements comptaient 41 services audités.



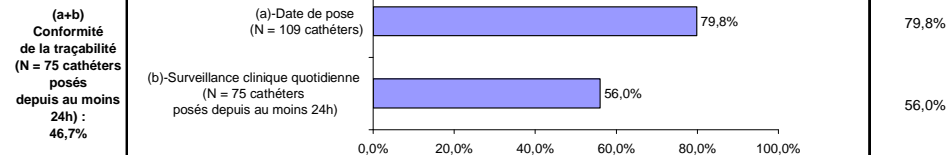
## Audit Cathéters veineux périphériques - Poster de Synthèse Martinique - Année : 2009 - 2010

Nombre d'établissements : 4  
Nombre de services : 41

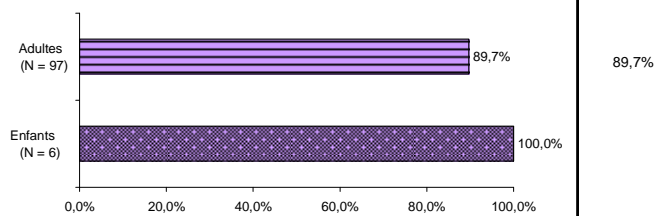
Résultats Critères de conformité GREP HH 2009	Audit documentaire	Protocole CVP (N = 4)	Objectif SFHH/HAS 2007 : standardiser la pratique de pose et d'entretien des CVP	Résultats Critères de qualité SFHH/HAS 2007
	Un protocole existe au niveau de l'établissement :	100,0%	100,0%	100,0%
	Il est validé par les institutions en charge de la lutte contre les infections nosocomiales :	100,0%	100,0%	100,0%
	Utilisation et accessibilité du protocole Etablissement dans les services (26 services/41) :	63,4%	63,4%	63,4%
	Le protocole Etablissement est conforme aux recommandations en vigueur en ce qui concerne :			Tous les items conformes : 50,0%
	1 La détergence de la peau (R16)	75,0%		
	2 L'utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie (R18)	100,0%		
	3 La désinfection des mains avant insertion (R12)	75,0%		
	4 Le port de gants pour l'insertion (R13)	100,0%		
	5 L'élimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité (Circulaire 1998)	50,0%		
	6 La désinfection du site d'injection lors des manipulations de ligne veineuse (R36)	50,0%		
7 La traçabilité de la date de pose (R26)	100,0%			
8 La traçabilité de la date d'ablation (R26)	100,0%			
9 La traçabilité de la surveillance clinique quotidienne (R45)	50,0%			
10 La durée de maintien inférieure à 4 jours (R49)	100,0%			

### TRACABILITE ET DUREE DE MAINTIEN DU CVP (N = 109) Objectif SFHH/HAS 2007 : évaluer le maintien du cathétérisme

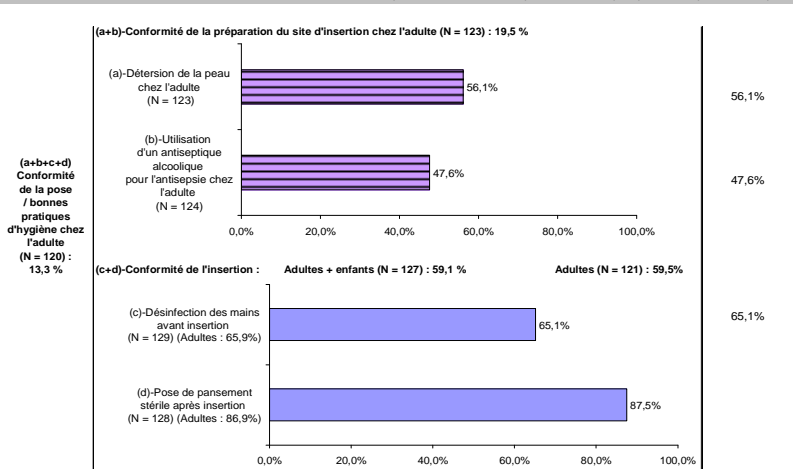
Traçabilité de la pose et de la surveillance



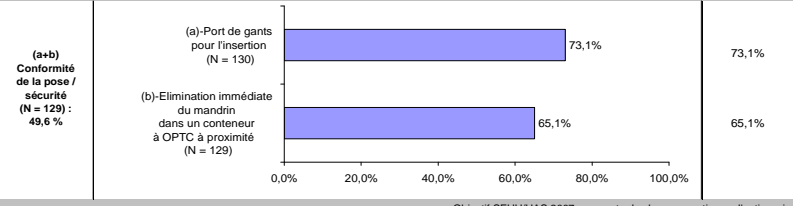
Durée de maintien du cathéter ≤ 4 jours



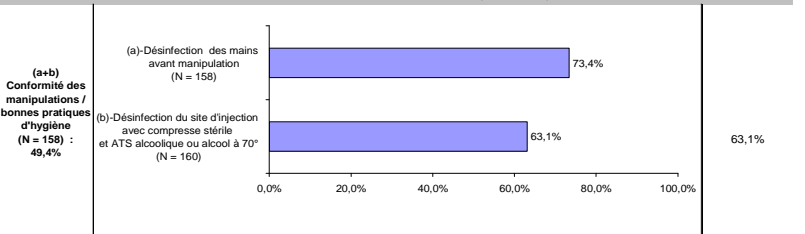
### AUDIT DES PRATIQUES Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie lors de la pose



### POSE DU CVP (N = 130) Objectif SFHH/HAS 2007 : appliquer les précautions standard



### MANIPULATIONS DU CVP (N = 160) Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie pour les manipulations du cathéter, des tubulures et des robinets



En Midi-Pyrénées, 57 établissements ont participé à cet audit :

- 1 CHU
- 21 CH
- 1 établissement psychiatrique
- 11 hôpitaux locaux
- 19 cliniques MCO
- 4 SSR/SLD

Ces 57 établissements comptaient 552 services audités.

Au total, ont été évalués :

- 57 protocoles
- 3 369 poses
- 3 016 manipulations
- 1 976 cathéters veineux périphériques pour la traçabilité et la durée de maintien



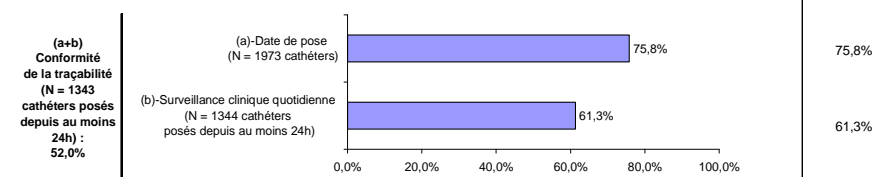
## Audit Cathéters veineux périphériques - Poster de Synthèse Midi-Pyrénées - Année : 2009 - 2010

Nombre d'établissements : 57  
Nombre de services : 552

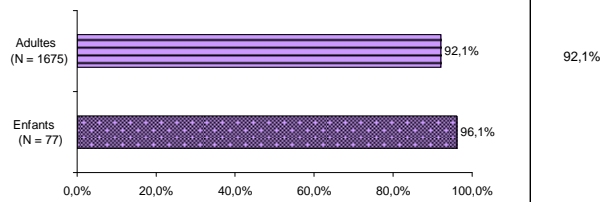
Résultats Critères de conformité GREPHH 2009	Audit documentaire	PROTOCOLE CVP (N = 57)	Objectif SFHH/HAS 2007 : standardiser la pratique de pose et d'entretien des CVP	Critères de qualité SFHH/HAS 2007	Résultats
		Un protocole existe au niveau de l'établissement :	100,0%	100,0%	
		Il est validé par les institutions en charge de la lutte contre les infections nosocomiales :	98,2%		
		Utilisation et accessibilité du protocole Etablissement dans les services (526 services/552) :	95,3%	95,3%	
		Le protocole Etablissement est conforme aux recommandations en vigueur en ce qui concerne :			
		1 La déterction de la peau (R16)	100,0%		
		2 L'utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antiseptie (R18)	73,7%		
		3 La désinfection des mains avant insertion (R12)	75,4%		
		4 Le port de gants pour l'insertion (R13)	96,5%		
		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)	80,7%		
		7 La traçabilité de la date de pose (R26)	96,5%		
		8 La traçabilité de la date d'ablation (R26)	80,7%		
		9 La traçabilité de la surveillance clinique quotidienne (R45)	64,9%		
		10 La durée de maintien inférieure à 4 jours (R49)	93,0%		
					Tous les items conformes : 29,8%

### TRACABILITE ET DUREE DE MAINTIEN DU CVP (N = 1976) Objectif SFHH/HAS 2007 : évaluer le maintien du cathétérisme

Traçabilité de la pose et de la surveillance



Durée de maintien du cathéter ≤ 4 jours

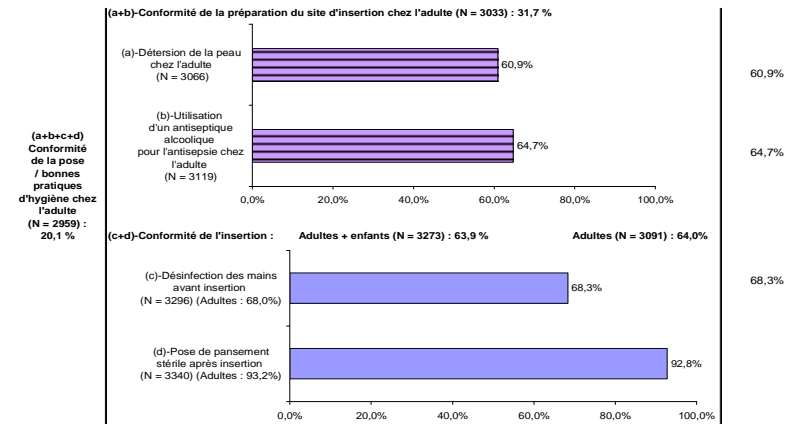


## AUDIT DES PRATIQUES

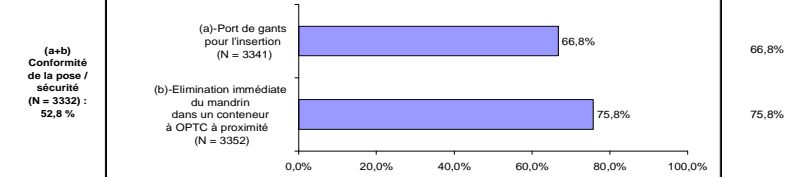


POSE DU CVP (N = 3369)

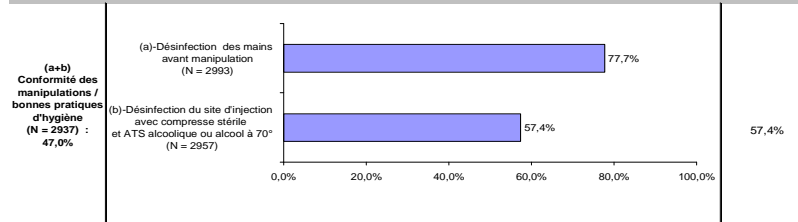
Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antiseptie lors de la pose



### POSE DU CVP (N = 3369) Objectif SFHH/HAS 2007 : appliquer les précautions standard



### MANIPULATIONS DU CVP (N = 3016) Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antiseptie pour les manipulations du cathéter, des tubulures et des robinets



En Poitou-Charentes, 25 établissements ont participé à cet audit :

- 1 CHU
- 14 CH
- 1 établissement psychiatrique
- 2 hôpitaux locaux
- 7 cliniques MCO

Ces 25 établissements comptaient 251 services audités.

Au total, ont été évalués :

- 25 protocoles
- 1 734 poses
- 1 182 manipulations
- 1 097 cathéters veineux périphériques pour la traçabilité et la durée de maintien



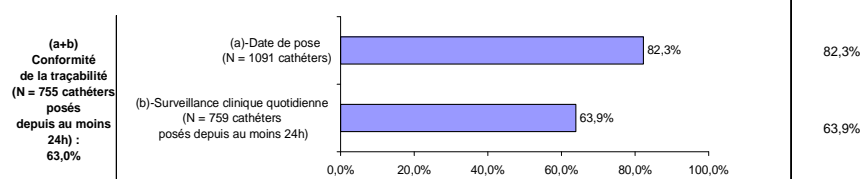
## Audit Cathéters veineux périphériques - Poster de Synthèse Poitou-Charentes - Année : 2009 - 2010

Nombre d'établissements : 25  
Nombre de services : 251

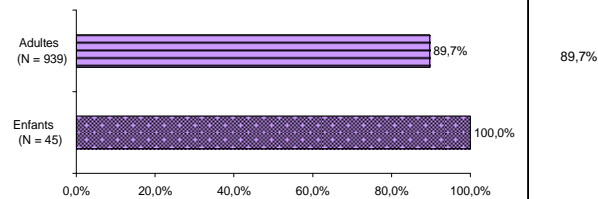
Résultats Critères de conformité GREPHH 2009	Audit documentaire	Résultats Critères de qualité SFHH/HAS 2007
	<b>PROTOCOLE CVP (N = 25)</b> Objectif SFHH/HAS 2007 : standardiser la pratique de pose et d'entretien des CVP	
	Un protocole existe au niveau de l'établissement : 100,0%	100,0%
	Il est validé par les institutions en charge de la lutte contre les infections nosocomiales : 100,0%	100,0%
	Utilisation et accessibilité du protocole Etablissement dans les services (250 services/251) : 99,6%	99,6%
	Le protocole Etablissement est conforme aux recommandations en vigueur en ce qui concerne :	
	1 La déterision de la peau (R16) 96,0%	Tous les items conformes : 36,0%
	2 L'utilisation d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie (R18) 96,0%	
	3 La désinfection des mains avant insertion (R12) 76,0%	
	4 Le port de gants pour l'insertion (R13) 92,0%	
	5 L'élimination immédiate du mandrin dans un conteneur à OPTC à proximité (Circulaire 1998) 84,0%	
	6 La désinfection du site d'injection lors des manipulations de ligne veineuse (R36) 80,0%	
	7 La traçabilité de la date de pose (R26) 100,0%	
	8 La traçabilité de la date d'ablation (R26) 84,0%	
	9 La traçabilité de la surveillance clinique quotidienne (R45) 72,0%	
	10 La durée de maintien inférieure à 4 jours (R49) 100,0%	

### TRACABILITE ET DUREE DE MAINTIEN DU CVP (N = 1097) Objectif SFHH/HAS 2007 : évaluer le maintien du cathétérisme

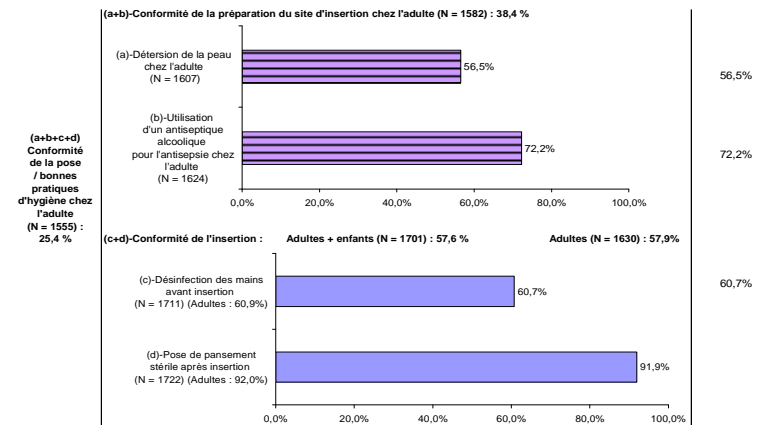
Traçabilité de la pose et de la surveillance



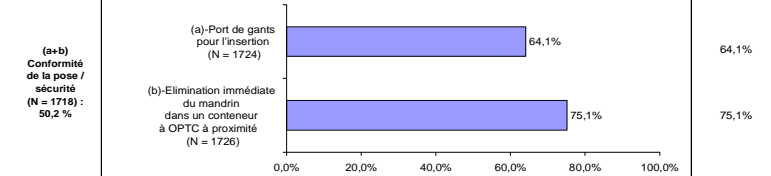
Durée de maintien du cathéter ≤ 4 jours



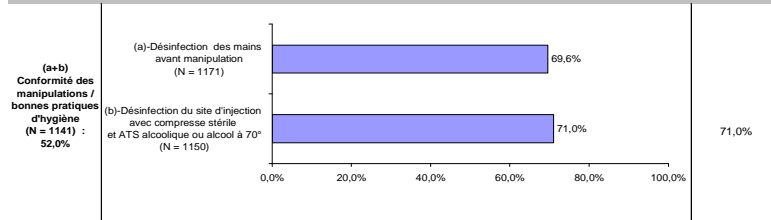
### AUDIT DES PRATIQUES Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie lors de la pose



### POSE DU CVP (N = 1734) Objectif SFHH/HAS 2007 : appliquer les précautions standard



### MANIPULATIONS DU CVP (N = 1182) Objectif SFHH/HAS 2007 : respecter les bonnes pratiques d'antisepsie pour les manipulations du cathéter, des tubulures et des robinets



# ANNEXES

**ANNEXE 1 :** Grilles d'audit

**ANNEXE 2 :** Règles de codage

**ANNEXE 3 :** Liste des établissements participants

DONNEES  
GENERALES

## FICHE ETABLISSEMENT

Code établissement (*attribué par CCLIN*)

|\_|\_|\_|\_|

Statut de l'établissement :

 Public  Privé  PSPH

Catégorie d'établissement :

|\_|\_|

CCLIN de rattachement :

 Est  Ouest  P-Nord  S-Est  S-Ouest

Nombre total de lits autorisés dans l'établissement

|\_|\_|\_|\_|

## AUDIT DOCUMENTAIRE

## PROTOCOLE « ETABLISSEMENT »



## EXISTENCE D'UN PROTOCOLE

1.1 Un protocole « établissement » existe

 oui  non

1.2 Ce protocole est à orientation

 adulte  pédiatrique  mixte

## VALIDATION DU PROTOCOLE

1.3 Le protocole est validé par les instances chargées de la lutte contre les infections nosocomiales

 oui  non

## CONTENU DU PROTOCOLE

**Pose du cathéter** : les informations suivantes figurent dans le protocolePréparation de la peau

2.1 DéterSION avant application de l'antiseptique

 oui  non

2.2 Utilisation d'un antiseptique en solution alcoolique pour l'antiseptisie

 oui  nonInsertion du cathéter

2.3 Désinfection des mains juste avant le port de gants

 oui  non

2.4 Port de gants avant l'insertion du cathéter

 oui  non

2.5 Elimination immédiate du mandrin dans un conteneur OPTC situé à proximité

 oui  non

2.6 Traçabilité de la date de pose dans le dossier patient

 oui  non**Manipulations de la ligne veineuse** : les informations suivantes figurent dans le protocole :

3.1 Désinfection des embouts et robinets avec des compresses stériles imprégnées d'un antiseptique alcoolique ou d'alcool à 70°

 oui  non**Surveillance du cathéter** : les informations suivantes figurent dans le protocole :

4.1 Traçabilité des données de surveillance clinique quotidienne du site d'insertion dans le dossier patient

 oui  non**Retrait du cathéter** : les informations suivantes figurent dans le protocole :

5.1 Retrait du cathéter au bout de 4 jours (ou 96 h) maximum

 oui  non

5.2 Traçabilité de la date d'ablation dans le dossier patient

 oui  nonFICHE VALIDEE :  oui (réservé au responsable de la validation)

## FICHE ÉTABLISSEMENT : AIDE AU REMPLISSAGE DE LA FICHE

Nombre total de lits autorisés dans l'établissement : ensemble des lits de l'établissement

Protocole « établissement » : cf. définition du glossaire

### PROTOCOLE « ETABLISSEMENT » AIDE AU REMPLISSAGE DE LA FICHE



La partie « Protocole établissement » est à remplir une seule fois, dans le cas où un tel protocole existe.

**1.3.** Instances chargées de la lutte contre les infections nosocomiales : CLIN ou toute sous-commission chargée des mêmes attributions.

**2.1.** Les 3 étapes de la déterision\* doivent être retrouvées dans le protocole : savonnage, rinçage, séchage. Le savonnage doit être identifié soit par la technique soit par le produit préconisé.

	<i>Technique</i>	<i>Produit</i>
<i>Termes attendus</i>	Savonnage	Savon, savon doux, savon antiseptique, solution moussante antiseptique, scrub, antiseptique scrub ou nom du produit correspondant
<i>Termes non adaptés</i>	Tout terme autre que savonnage sans précision du produit à utiliser (savon)	Antiseptique ou solution antiseptique

**2.2.** Antiseptique alcoolique : cf. définition du glossaire

**2.3.** Désinfection des mains : cf. définition du glossaire. Vérifier qu'une désinfection des mains est préconisée juste avant le port de gants.

<i>Termes attendus</i>	Friction, friction hydro-alcoolique, traitement hygiénique des mains par friction Lavage antiseptique, lavage hygiénique, traitement hygiénique par lavage Désinfection des mains avec un PHA (SHA ou GHA) ou avec un savon antiseptique ou nom du produit correspondant Hygiène des mains avec un PHA (SHA ou GHA) ou avec un savon antiseptique ou nom du produit correspondant
<i>Terme acceptable</i>	Désinfection des mains (sans précision du produit)
<i>Termes non adaptés pour la désinfection des mains</i>	Lavage simple Hygiène des mains avec un savon doux Hygiène des mains ou lavage (sans précision du type de savon)

**2.4.** Vérifier que le port de gant est préconisé juste avant l'insertion du cathéter.

**2.5.** Pour l'élimination, chaque notion a son importance : vérifier que les termes « immédiat », « conteneur OPTC » (ou équivalent) et « à proximité » sont bien présents dans le texte

<i>Termes attendus</i>	Boîte, conteneur, collecteur pour OPTC Boîte, conteneur, collecteur de sécurité Boîte, conteneur, collecteur à aiguilles souillées ou jette-aiguilles
<i>Termes acceptables</i>	Boîte, conteneur, collecteur

**2.6 / 4.1 / 5.2.** Dossier patient : doit être considéré comme dossier patient, tout document relatif aux soins prodigués au patient, et destiné à rejoindre le dossier à la sortie du patient.

**3.1.** Désinfection des embouts et robinets : le terme « désinfection » est à prendre au sens large : il s'agit de *désinfection* pour les embouts, systèmes percutables, bioconnecteurs et valves. Pour les robinets, bouchons et lignes veineuses, il s'agit plus précisément d'une *manipulation* avec des compresses stériles imprégnées d'antiseptique alcoolique ou d'alcool à 70°.

<i>Termes attendus</i>	- Compresses stériles - Antiseptique alcoolique* ou tout nom de produit de cette catégorie ou alcool à 70°
------------------------	---

**DONNEES  
GENERALES****FICHE SERVICE**

Service (intitulé) : .....

Code service :

| \_\_\_\_\_ |

Spécialité : .....

Code spécialité :

| \_ | \_ |

Cathéters de sécurité à disposition dans le service :

 oui  non**AUDIT  
DOCUMENTAIRE****PROTOCOLE UTILISE DANS LE SERVICE**

<b>1</b>	Un protocole existe	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>2</b>	Le protocole est accessible	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>3</b>	Le protocole présenté est :	<input type="checkbox"/> le protocole « établissement » <input type="checkbox"/> un protocole spécifique au service

**FICHE VALIDEE** :  **OUI** (réservé au responsable de la validation)**FICHE SERVICE : AIDE AU REMPLISSAGE DE LA FICHE**

Spécialité (discipline) du service : il n'est possible de noter qu'une seule spécialité par service. Dans le cas d'un service à plusieurs spécialités, il est demandé de noter la spécialité principale (en fonction du nombre de lit).

1. Le protocole à évaluer est le protocole présenté comme le plus utilisé (protocole de référence du service)
2. L'auditeur doit accéder facilement au protocole ou vérifier que tous les moyens sont donnés pour le rendre accessible.
3. Protocole « établissement » et protocole spécifique : cf. définitions du glossaire

**AUDIT DE  
PRATIQUES****EVALUATION DE LA POSE**

Service (intitulé) : .....

Code service : | \_\_\_\_\_ |

<b>Méthode d'évaluation :</b>  <b>cocher la case</b>	<input type="checkbox"/> <b>AUTO-EVALUATION</b> → remplir 1 fiche juste après l'acte 1 seule fiche par personnel	<input type="checkbox"/> <b>OBSERVATION</b> (auditeur : .....) → remplir 1 fiche par acte observé 3 fiches maximum par personnel
--	--	--

Statut de  
l'audité

Catégorie professionnelle :  infirmier     infirmier spécialisé     médecin ou interne  
 manipulateur radio     sage-femme  
 Etudiant :  oui     non (penser à cocher la catégorie professionnelle ci-dessus)

**POSE DE CATHETER**

- 1.1 Patient**     Adulte  
 Enfant :  Prématuré     < 1 mois     de 1 à 30 mois     de 30 mois à 15 ans

**Préparation du site d'insertion**

- 1.2** Nettoyage de la zone d'insertion     oui     non  
**1.3** Nom du produit utilisé (en toute lettre) : .....  
 Non codé  
**1.4** Catégorie du produit (réservé au responsable de la validation de la fiche) : .....  
**1.5** Rinçage     oui     non  
**1.6** Séchage     oui     non  
**1.7** Application d'un antiseptique     oui     non  
**1.8** Utilisation de compresses stériles     oui     non  
**1.9** Nom du produit utilisé (en toute lettre) : .....  
 Non codé  
**1.10** Catégorie du produit (réservé au responsable de la validation de la fiche) : .....  
**1.11** Séchage de l'antiseptique avant insertion     spontané avec attente du séchage complet  
 spontané sans attente du séchage complet  
 par tamponnement à l'aide d'une compresse

**Insertion du cathéter**

- 1.12** Utilisation d'un cathéter de sécurité     oui     non  
**1.13** Port de gants pour l'insertion du cathéter     oui     non  
**1.14** Elimination immédiate du mandrin dans un collecteur situé à proximité     oui     non  
**1.15** Pansement stérile posé (ou prévu, en cas d'échec de pose du cathéter)     oui     non

**Hygiène des mains**

- 1.16** Avant la préparation du site d'insertion     oui     non  
**1.17** Produit utilisé :     produit hydro-alcoolique     savon antiseptique     savon doux  
**1.18** Avant l'insertion du cathéter     oui     non  
**1.19** Produit utilisé :     produit hydro-alcoolique     savon antiseptique     savon doux

FICHE VALIDÉE :  OUI (réservé au responsable de la validation)



(Document réservé à l'auditeur ou au relais pour les questions relatives à l'auto-évaluation)

## CRITERES D'INCLUSION/D'EXCLUSION

**Matériel concerné** : cathéters veineux périphériques

**Matériel non concerné** : cathéters sous-cutanés, dispositifs épicroâniens, microperfuseurs, tout dispositif utilisé pour la perfusion sous-cutanée

**Patient** : Adulte ou enfant

**1.2.** Nettoyage\* de la zone d'insertion : au bloc opératoire, la douche pré-opératoire ne remplace pas l'étape de déterision\*

**1.4.** Pour la catégorie du produit, préciser parmi les propositions suivantes :

Produits cités dans les recommandations (adultes ou pédiatriques) pour le nettoyage :	Autres produits observables lors de la phase de nettoyage :
<ul style="list-style-type: none"> <li>- chlorhexidine solution moussante (savon antiseptique)</li> <li>- polyvidone iodée solution moussante (savon antiseptique)</li> <li>- savon doux</li> <li>- chlorhexidine faiblement alcoolisée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- polyvidone iodée alcoolique</li> <li>- chlorhexidine alcoolique</li> <li>- autre produit</li> </ul>

**1.10.** Pour la catégorie du produit utilisé pour l'antiseptie, préciser parmi les propositions suivantes :

- polyvidone iodée alcoolique
- chlorhexidine alcoolique
- chlorhexidine faiblement alcoolisée
- alcool à 70°
- solutés chlorés
- polyvidone iodée aqueuse
- autre produit

**1.11.** Séchage de l'antiseptique :

- chez les adultes et les enfants (hormis les prématurés), un séchage spontané est attendu, c'est-à-dire sans essuyage ni tamponnement à l'aide d'une compresse (à titre indicatif, environ 30 s quand l'antiseptique est alcoolique).
- chez les prématurés, l'application de l'antiseptique doit être suivie d'un rinçage à l'eau stérile et d'un séchage par tamponnement avec compresse stérile.

**1.13.** Port de gants : il s'agit de gants, stériles ou non, enfilés juste avant l'insertion du cathéter

**1.15.** Pansement stérile : il doit s'agir d'un pansement commercialisé, prêt à l'emploi.

**1.18.** Hygiène des mains avant l'insertion du cathéter : il s'agit de l'hygiène des mains réalisée avant de mettre les gants et de piquer.

N° de saisie : \_\_\_\_\_

**AUDIT DE PRATIQUES**

**EVALUATION DES MANIPULATIONS**



Service (intitulé) : .....

Code service : | \_\_\_\_\_ |

<b>Méthode d'évaluation :</b>  <b>cocher la case</b>	<input type="checkbox"/> <b>AUTO-EVALUATION</b> → remplir 1 fiche juste après l'acte 1 seule fiche par personnel	<input type="checkbox"/> <b>OBSERVATION</b> (auditeur : .....) → remplir 1 fiche par acte observé 3 fiches maximum par personnel
--	--	--

Statut de l'audité

Catégorie professionnelle :  infirmier     infirmier spécialisé     médecin ou interne  
 manipulateur radio     sage-femme  
Etudiant :  oui     non (penser à cocher la catégorie professionnelle ci-dessus)

<b>MANIPULATION DE LA LIGNE VEINEUSE A DISTANCE DE LA POSE</b>	
<b>2.1</b> Hygiène des mains avant manipulation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>2.2</b> Produit utilisé:	<input type="checkbox"/> produit hydro-alcoolique <input type="checkbox"/> savon antiseptique <input type="checkbox"/> savon doux
<b>2.3</b> Désinfection du site d'injection	
<b>2.4</b> Utilisation de compresses stériles	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>2.5</b> Utilisation d'un antiseptique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>2.6</b> Nom du produit utilisé (en toute lettre) : .....	Non codé
<b>2.7</b> Catégorie du produit (réservé au responsable de la validation de la fiche) :	.....
<b>2.8</b> Obturation du site d'injection par du matériel stérile (bouchons, ...)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NA (en cas de valves)

**FICHE VALIDEE :  OUI** (réservé au responsable de la validation)



(Document réservé à l'auditeur ou au relais pour les questions relatives à l'auto-évaluation)

### CRITERES D'INCLUSION/D'EXCLUSION

**Actes concernés :** manipulations à distance de la pose du cathéter

**Actes non concernés :** manipulations juste après la pose du cathéter

**Matériel concerné :** cathéters veineux périphériques

**Matériel non concerné :** cathéters sous-cutanés, dispositifs épicroâniens, microperfuseurs, tout dispositif utilisé pour la perfusion sous-cutanée

**Patient :** Adulte ou enfant

**2.4 2.5 2.6** Lors des manipulations de lignes veineuses, l'utilisation de compresses stériles imprégnées d'un antiseptique doit être observée pour :

- la *désinfection* des embouts, valves, systèmes percutables et bioconnecteurs,
- la *manipulation* des robinets, bouchons et de la ligne veineuse à proximité du site d'injection.

**2.7.** Pour la catégorie du produit, préciser parmi les propositions suivantes :

- polyvidone iodée alcoolique
- chlorhexidine alcoolique
- chlorhexidine faiblement alcoolisée
- alcool à 70°
- polyvidone iodée aqueuse
- solutés chlorés
- autre produit

**2.8.** Pour les systèmes avec valves ou équivalent, cet item est non adapté (NA).

N° de saisie : \_\_\_\_\_

**AUDIT  
DOCUMENTAIRE**

**FICHE TRACABILITE ET DUREE DE MAINTIEN**

**Cathéters 1 à 10**



DATE Evaluation (J) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Service (intitulé) : ..... Code service : \_\_\_\_\_

1.1	Nombre de patients présents dans le service	_ _	1.3	Existence d'un support de traçabilité pour la surveillance clinique quotidienne du cathéter veineux périphérique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
1.2	Nombre de patients porteurs de cathéter(s) veineux périphériques	_ _		

	Cathéter	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5
2.1	Porteur du cathéter :	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant
2.2	Date de pose tracée :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2.3	Date de pose (J0) (JJMMAA) :	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
2.4	Cathéter posé dans : le service un autre service un autre établissement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.5	Surveillance clinique quotidienne tracée :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

	Cathéter	N°6	N°7	N°8	N°9	N°10
2.1	Porteur du cathéter :	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant
2.2	Date de pose tracée :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2.3	Date de pose (J0) (JJMMAA) :	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
2.4	Cathéter posé dans : le service un autre service un autre établissement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.5	Surveillance clinique quotidienne tracée :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

*Si plus de 10 cathéters dans le service → remplir une fiche complémentaire*

**FICHE VALIDÉE :  OUI** (réservé au responsable de la validation)



### CRITERES D'INCLUSION/D'EXCLUSION

**Matériel concerné :** cathéters veineux périphériques

Tous les cathéters d'un service présents le jour de l'enquête doivent être évalués.

**Matériel non concerné :** cathéters sous-cutanés, dispositifs épicroâniens, microperfuseurs, tout dispositif utilisé pour la perfusion sous-cutanée

**Patient :** adulte ou enfant

Si un patient est porteur de plusieurs cathéters, il faut recueillir les données pour chaque cathéter (une colonne par cathéter)

**1.1.** Nombre de patients présents le jour de l'enquête

**1.2.** Nombre de patients porteurs d'un ou plusieurs cathéters

**1.3.** Support de traçabilité pour la surveillance\* : il s'agit de tout document du dossier patient contenant un endroit prévu pour enregistrer cette surveillance (diagramme de soins, dossier de soin, feuilles de surveillance...). Sous cette appellation ne rentrent pas les feuilles de transmission. Le support peut être informatisé ou non. L'auditeur doit se renseigner auprès du cadre de l'organisation mise en place pour la surveillance des cathéters veineux périphériques dans le service.

**2.1.** Enfant : jusqu'à 15 ans

**2.2.** Date de pose tracée : cette vérification doit être faite au niveau du dossier patient au sens large du terme (fiches anesthésie...).

**2.3.** Date de pose : si cette information n'est pas tracée dans le dossier patient, elle pourra être récupérée par d'autres moyens à condition d'être fiable.

**2.4.** Lieu de pose :

- Service : pour les cathéters posés dans le secteur de soin où l'évaluation est menée
- Autre service : pour les cathéters posés dans une autre secteur de soins du même établissement
- Autre établissement : pour les cathéters posés dans un autre établissement que l'établissement où est mené l'audit

Si le lieu de pose est une HAD ou un SMUR, il faudra remplir :

- « autre service » si ces services sont rattachés à l'établissement,
- « autre établissement » si ces services sont indépendants de l'établissement.

**2.5.** Surveillance quotidienne tracée : il s'agit de retrouver au moins une indication écrite de la surveillance chacun des jours depuis la date de pose (ou depuis la date d'arrivée du patient dans le service si le cathéter a été posé ailleurs).



Service (intitulé) : ..... Code service : | \_\_\_\_\_ |

	Cathéter	N°...	N°...	N°...	N°...	N°...
2.1	Porteur du cathéter :	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant
2.2	Date de pose tracée :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2.3	Date de pose (J0) (JJMMAA) :	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
2.4	Cathéter posé dans : le service un autre service un autre établissement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.5	Surveillance clinique quotidienne tracée :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

	Cathéter	N°...	N°...	N°...	N°...	N°...
2.1	Porteur du cathéter :	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant
2.2	Date de pose tracée :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2.3	Date de pose (J0) (JJMMAA) :	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
2.4	Cathéter posé dans : le service un autre service un autre établissement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.5	Surveillance clinique quotidienne tracée :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

FICHE VALIDEE :  OUI (réservé au responsable de la validation)



### CRITERES D'INCLUSION/D'EXCLUSION

**Matériel concerné :** cathéters veineux périphériques

Tous les cathéters d'un service présents le jour de l'enquête doivent être évalués.

**Matériel non concerné :** cathéters sous-cutanés, dispositifs épicroâniens, microperfuseurs, tout dispositif utilisé pour la perfusion sous-cutanée

**Patient :** adulte ou enfant

Si un patient est porteur de plusieurs cathéters, il faut recueillir les données pour chaque cathéter (une colonne par cathéter)

**2.1.** Enfant : jusqu'à 15 ans

**2.2.** Date de pose tracée : cette vérification doit être faite au niveau du dossier patient au sens large du terme (fiches anesthésie....).

**2.3.** Date de pose : si cette information n'est pas tracée dans le dossier patient, elle pourra être récupérée par d'autres moyens à condition d'être fiable.

**2.4.** Lieu de pose :

- Service : pour les cathéters posés dans le secteur de soin où l'évaluation est menée
- Autre service : pour les cathéters posés dans une autre secteur de soins du même établissement
- Autre établissement : pour les cathéters posés dans un autre établissement que l'établissement où est mené l'audit

Si le lieu de pose est une HAD ou un SMUR, il faudra remplir :

- « autre service » si ces services sont rattachés à l'établissement,
- « autre établissement » si ces services sont indépendants de l'établissement.

**2.5.** Surveillance quotidienne tracée : il s'agit de retrouver au moins une indication écrite de la surveillance chacun des jours depuis la date de pose (ou depuis la date d'arrivée du patient dans le service si le cathéter a été posé ailleurs).

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

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

## AQUITAINE

AGEN	Clinique Esquirol - Saint Hilaire
AGEN	Centre Hospitalier d'Agen
ANGLLET	Clinique Mirambeau
ARCACHON	Clinique d'Arcachon
ARES	CMC Wallerstein
BAYONNE	Clinique Saint Etienne
BAYONNE	Clinique Capio Paulmy
BAYONNE	Clinique Lafourcade
BAYONNE	CHIC de la Côte Basque
BAYONNE	Clinique Lafargue
BERGERAC	Centre Hospitalier Samuel Pozzi
BERGERAC	Clinique Pasteur de Bergerac
BIARRITZ	Polyclinique d'Aguiléra
BILLERE	Maison Sainte Odile
BIZANOS	Clinique Médicale et Cardiologique de Bizanos
BLAYE	Centre Hospitalier Saint Nicolas
BORDEAUX	Polyclinique Bordeaux Tondu
BORDEAUX	Clinique Théodore Ducos
BORDEAUX	Clinique Saint Augustin
BORDEAUX	CHU de Bordeaux
BORDEAUX	Polyclinique Bordeaux Nord
BORDEAUX	Clinique Saint Antoine de Padoue
BORDEAUX	Clinique Tivoli
BORDEAUX	Centre Hospitalier Charles Perrens
BORDEAUX	Institut Bergonié
BRUGES	Aquitaine Santé - Polyclinique Jean Villar
CADILLAC SUR GARONNE	Centre Hospitalier de Cadillac
CAMBO LES BAINS	La Maison Basque
CAMBO LES BAINS	Centre Médical de Cambo - Beaulieu
CENON	Polyclinique Bordeaux Rive Droite
DAX	Centre Hospitalier de Dax
FUMEL	Hôpital Local "Elisabeth Desarnauts"
ISPOURE	Clinique Luro
LA REOLE	Centre Hospitalier de La Réole
LA TESTE DE BUCH	Centre Hospitalier d'Arcachon
LANGON	Centre Hospitalier Pasteur
LANGON	Clinique Sainte Anne
LE BOUSCAT	Hôpital Suburbain du Bouscat
LEOGNAN	CSSR Châteauneuf
LESPARRE	Clinique Mutualiste du Médoc
LIBOURNE	Centre Hospitalier Robert Boulin
LIBOURNE	Clinique du Libournais
LORMONT	CSSR Les Lauriers
MARMANDE	Polyclinique du Marmandais
MARMANDE	Clinique Magdelaine
MONT DE MARSAN	Centre Hospitalier Layné
NERAC	Centre Hospitalier de Nérac
OLORON SAINTE MARIE	Centre Hospitalier d'Oloron
OLORON SAINTE MARIE	Clinique d'Oloron Ste Marie
ORTHEZ	Clinique d'Orthez
PAU	Centre Hospitalier de Pau

PAU	Clinique Marzet
PENNE D'AGENAIS	Centre Delestraint-Fabien
PENNE D'AGENAIS	Hôpital de Penne d'Agenais
PERIGUEUX	Centre Hospitalier de Périgueux
PERIGUEUX	Clinique Francheville
PESSAC	Clinique Mutualiste de Pessac
PESSAC	Clinique Saint Martin
SAINT PALAIS	Polyclinique Sokorri
SAINT PIERRE DU MONT	Clinique des Landes
SAINT SEVER	Centre Hospitalier de St Sever
SAINTE FOY LA GRANDE	Centre Hospitalier de Ste Foy la Grande
SARLAT	Centre Hospitalier Jean Leclair
TALENCE	MSPB Bagatelle
VILLENAVE D'ORNON	Hôpital d'Instruction des Armées R. Picqué
VILLENEUVE SUR LOT	Clinique de Villeneuve

## **GUADELOUPE**

ABYMES	Polyclinique de la Guadeloupe
BASSE TERRE	Clinique Saint Pierre
BASSE TERRE	Centre Médico-Social de Basse Terre

## **GUYANE**

CAYENNE	Centre Hospitalier Andrée Rosemon
---------	-----------------------------------

## **LIMOUSIN**

BRIVE LA GAILLARDE	Centre Médico-Chirurgical Les Cèdres
BRIVE LA GAILLARDE	Clinique Saint Germain
GUERET	Clinique de la Marche
LIMOGES	Clinique des Emaillieurs
LIMOGES	Clinique FRANCOIS CHENIEUX
LIMOGES	CHU de Limoges
LIMOGES	Clinique du Colombier
MOUTIER ROZEILLE	Clinique de la Croix Blanche
SAINT JUNIEN	Centre Hospitalier de St Junien
SAINTE FEYRE	Centre Médical National MGEN de Ste Feyre

## **MARTINIQUE**

FORT DE FRANCE	CHU de Fort de France
LE LAMENTIN	Centre Hospitalier du Lamentin
LE MARIN	Hôpital du Marin
TRINITE	Centre Hospitalier Louis Domergue

## **MIDI-PYRENEES**

ALBI	Fondation Bon Sauveur d'Alby
ALBI	Clinique Toulouse Lautrec
ALBI	CMC Claude Bernard
ALBI	Centre Hospitalier d'Albi

AUCH	Centre Hospitalier d'Auch
AUCH	Clinique Chirurgicale du Dr CARLIER
BAGNERES DE BIGORRE	Centre Hospitalier de Bagnères de Bigorre
BONDIGOUX	Clinique du Château de Vernhes
BRETENOUX	CSSR Notre Dame
CAHORS	Centre Hospitalier de Cahors
CASTRES	Polyclinique du SIDOBRE
CASTRES	CHIC Castres-Mazamet
DECAZEVILLE	Centre Hospitalier de Decazeville
ESPALION	Hôpital Jean Solinhac
FIGEAC	Centre Hospitalier de Figeac
FLEURANCE	Hôpital Local de Fleurance
FOIX	Centre hospitalier du Val d'Ariège
GIMONT	Hôpital Local de Gimont
GOURDON	Centre Hospitalier Jean Coulon
GRAMAT	Hôpital Local Louis Conte
LAVOUR	Centre Hospitalier de Lavour
LAVELANET	Centre hospitalier de Lavelanet
LOMBEZ	Hôpital Local de Lombez
LOURDES	Centre Hospitalier de Lourdes
MAUVEZIN	Hôpital Local de Mauvezin
MIRANDE	Hôpital Local de Mirande
MOISSAC	CHIC Castelsarrasin - Moissac
MONTAUBAN	Centre Hospitalier de Montauban
MONTAUBAN	Clinique du Pont de Chaume
MONTAUBAN	Clinique Honoré Cave
NOGARO	Hôpital Local de Nogaro
RODEZ	Clinique Saint Louis - Saint Michel
RODEZ	Centre Hospitalier de Rodez
SAINT AFFRIQUE	Centre Hospitalier E. Borel
SAINT CERE	Centre Hospitalier de St Céré
SAINT GAUDENS	Centre Hospitalier Comminges Pyrénées
SAINT GENIEZ D'OLT	Hôpital Local Etienne Rivié
SAINT GIRONS	Centre Hospitalier Ariège - Couserans
SAINT JEAN	Nouvelle Clinique de l'Union
SAINT JEAN	Clinique du Marquisat
SAINT JEAN DELNOUS	Maison de "La Clauze"
SEVERAC LE CHATEAU	Centre Médical Maurice Fenaille
TARBES	Polyclinique de l'Ormeau
TARBES	Centre Hospitalier de Bigorre
TOULOUSE	Clinique Néphrologique Saint-Exupéry
TOULOUSE	Clinique Saint-Jean Languedoc
TOULOUSE	Clinique Ambroise Paré
TOULOUSE	Clinique Pasteur de Toulouse
TOULOUSE	Clinique Saint-Nicolas
TOULOUSE	Clinique Sarrus Teinturiers
TOULOUSE	Polyclinique du Parc
TOULOUSE	CHU Toulouse Rangueil
TOULOUSE	Clinique Médipôle Garonne
TOULOUSE	Hôpital Joseph Ducuing
VIC-FEZENSAC	Hôpital Local de Vic-Fezensac
VILLEFRANCHE DE LAURAGAIS	Clinique Monié
VILLEFRANCHE DE ROUERGUE	Centre Hospitalier de Villefranche de Rouergue

## POITOU-CHARENTES

ANGOULEME	Clinique Saint Joseph
BARBEZIEUX	Hôpitaux du Sud Charente
CHATELLERAULT	Centre Hospitalier Camille Guérin
COGNAC	Centre Hospitalier Intercommunal du Pays de Cognac
COGNAC	Clinique de Cognac
CONFOLENS	Centre Hospitalier Labajouderie
JONZAC	Centre Hospitalier de Jonzac
LA ROCHELLE	Centre Hospitalier de La Rochelle
LA ROCHELLE	Cliniques du Mail
LOUDUN	Hôpital Renaudot
MELLE	Hôpital local de Melle
MONTMORILLON	Centre Hospitalier de Montmorillon
NIORT	Polyclinique Inkermann
NIORT	Centre Hospitalier de Niort
PARTHENAY	Centre Hospitalier Nord Deux Sèvres
POITIERS	CHU de Poitiers
POITIERS	Centre Hospitalier Henri Laborit
PUILBOREAU	CMC de l'Atlantique
RUFFEC	Centre Hospitalier de Ruffec
SAINT JEAN D'ANGELY	Centre Hospitalier de St Jean d'angély
SAINT MAIXENT L'ECOLE	Hôpital Local de St Maixent
SAINT MICHEL	Centre Hospitalier d'Angoulême
SAINTES	Clinique Richelieu
SAINTES	Centre Hospitalier de Saintonge
SOYAUX	Centre Clinical