



# JNI

14<sup>es</sup> Journées Nationales d'Infectiologie

Clermont-Ferrand et l'interrégion Rhône-Alpes Auvergne

Du mercredi 12 au vendredi 14 juin 2013  
Polydome, centre d'expositions et des congrès



# Gestion du risque infectieux lié aux cathéters à chambre implantable (CCI)

Dr Caroline LAURANS, médecin hygiéniste,  
pour l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène et d'Infectiologie  
Centre Hospitalier de Roubaix

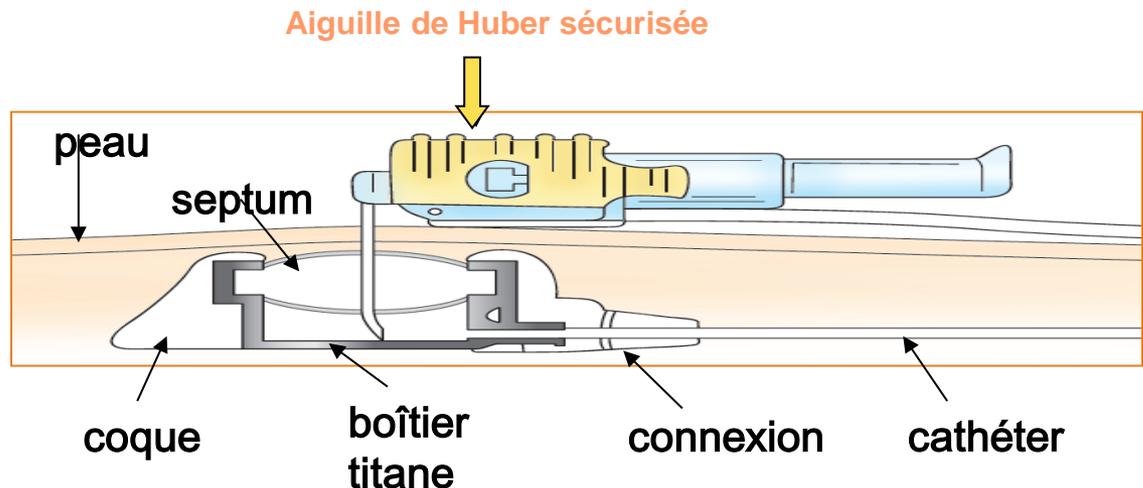
- EOHI : - Mmes S. Nottebaert, S. Waes, R. Ledez -Dr A. Vachée  
- Dr A. Meybeck, infectiologue, Service universitaire-Maladies Infectieuses, Centre Hospitalier de Tourcoing
- Bloc opératoire : Mme F. Gicquel, étudiante IBODE  
- Dr A. Lebas, Dr T. Delebecq, chirurgiens viscéraux / Dr N. Mubiayi, Dr D. Therby, gynécologues
- Pharmacie : Dr F. Ducastel



# Introduction

## Le centre hospitalier de Roubaix:

- CHG (800 lits de MCO, 400 lits SSR/SLD/EHPAD)
  - Dont unités de Gastro-entérologie / Gynécologie / Hématologie / Oncologie Médicale /  
ORL / Pédiatrie / Pneumologie / Soins Palliatifs
  - patients bénéficiant de cathéters à chambre implantable (CCI)
- CCI:
- posés au bloc opératoire
  - par les équipes de Chirurgie Générale et de Gynécologie



# Introduction

- Alerte fin 2009 : cas groupés d'infections sur CCI en Hématologie
  - sur 64 patients ayant bénéficié d'une pose de CCI du 1/1 au 31/10/2009, 12 étaient pris en charge pour Leucémie Aigue
  - 8 patients parmi ces 12 avaient présenté une infection/CCI, dans les 30 jours postopératoires
- Discussions lors de réunions multidisciplinaires  
(hématologues, chirurgiens, personnel du service, EOHI, microbiologiste, infectiologue)
  - antibioprophylaxie chez les patients leucémiques aigus lors de la pose de CCI?
  - opérateur entraîné uniquement?
  - vigilance dans la prévention du risque infectieux lors de l'utilisation des CCI (pose/dépose des aiguilles de Huber, manipulations des lignes veineuses)?

- Arrêt des cas groupés d'infection

- infection = une des complications les plus fréquentes, après la thrombose
  - les patients hématologiques sont les plus à risque
- mesures de prévention de ces infections sur CCI: recommandations de la SF2H de Mars 2012 (pose et utilisation)

➔ Gestion du risque infectieux autour des CCI à poursuivre

# Matériel et Méthodes : Audits

## Identification et analyse du risque

### Premier audit → utilisation des CCI

- début 2012 par l'EOHI
- évaluation des pratiques lors de la pose et dépose de l'aiguille de Huber en Hématologie et en Oncologie (HDJ et HDS)
- grille utilisée inspirée de celle de la HAS (Évaluation de la qualité de l'utilisation et de la surveillance des CCI, 2000) et du CCLIN Sud Ouest (recommandations pour la réduction du risque infectieux lié aux CCI, 2001)
- 30 poses et 30 déposes de l'aiguille ont été auditées (1 mois)

### Deuxième audit → pose des CCI au bloc opératoire

- décembre 2012 à fin Mars 2013: étudiante IBODE et EOHI
- grille construite à partir des données de la littérature
- 30 poses de CCI ont été auditées

# Matériel et Méthodes : 1<sup>er</sup> audit (utilisation)



## Premier audit → utilisation des CCI

- début 2012 par l'E.O.H.I
- évaluation des pratiques lors de la pose et dépose de l'aiguille de Huber en Hématologie et en Oncologie (HDJ et HDS)
- grille utilisée inspirée de celle de la HAS (Évaluation de la qualité de l'utilisation et de la surveillance des CCI, 2000) et du CCLIN Sud Ouest (recommandations pour la réduction du risque infectieux lié aux CCI, 2001)
- 30 poses et 30 déposes de l'aiguille ont été auditées (1 mois)

## Points critiques observés:

- *respect des Précautions « Standard » et de l'asepsie (gants stériles/non stériles)*
- *hygiène des mains (FHA)*
- *port de masque par le patient et le soignant (pose ET dépose)*
- *préparation cutanée du site (5 temps, ATS alcooliques)*
- *rinçage du CCI (10 mL, pulsé)*
- *manipulations des lignes veineuses (hygiène des mains, compresses + ATS)*

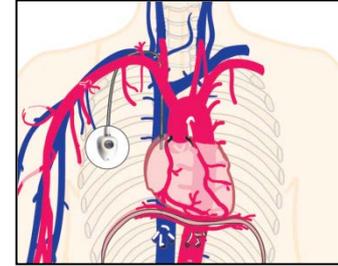
# Résultats : 1<sup>er</sup> audit (utilisation)



	Points à améliorer
<i>Pose des aiguilles</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 45% : pas de port de masque / IDE (40%: ni par patient)</li><li>- 95% des cas: absence des 5 temps de l'antisepsie</li><li>- Rinçage du CCI insuffisant</li><li>- Aiguilles non sécurisées</li></ul>
<i>Dépose des aiguilles</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>60% : pas de port de masque / IDE (75%: ni par patient)</li><li>50% d'hygiène des mains avant la dépose</li><li>35% : pas d'ablation en pression positive</li></ul>
<i>Manipulations des lignes</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>43% des cas: manipulations sans compresses imbibées d'ATS OH</li></ul>

Et d'une façon générale les opportunités d'hygiène des mains

# Matériel et Méthodes : 2<sup>ème</sup> audit (pose)



## Deuxième audit → pose des CCI au bloc opératoire

- décembre 2012 à fin Mars 2013: étudiante IBODE et EOH
- grille construite à partir des données de la littérature
- 30 poses de CCI ont été auditées sur les 2 sites (20 : Chirurgie digestive / 10: Gynécologie)

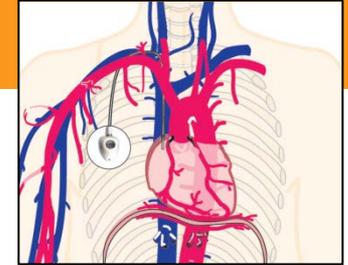
### Points critiques observés:

- tenue et hygiène des mains des opérateurs,
- pose du CCI (indication, technique, durée),
- préparation avant insertion (patient, site, antiseptiques alcooliques, changement de gants),
- pansement stérile,
- traçabilité (check-list, carte d'identification)

# Résultats : 2ème audit (pose)

- **Hospitalisation : ambulatoire 67%** (20/30) (pas d'indication de CCI dans le cadre d'une LA auditée) – **utilisation différée du CCI**
- **Tenue**
  - du patient: conformité 93% (lentilles, bijoux)
  - équipe chirurgicale : 100%
- **Technique:**
  - Pose en jugulaire: 90% (alternative: ss clav / céphalique)
  - Ponction percutanée 100%
  - Avec échoguidage : 40% (12/30)
- **Pas d'antibioprophylaxie associée**
- **Traçabilité:** - fiche de liaison service – bloc: 77% faite
  - carte d'identification remplie et mise dans dossier: 100%

# Résultats : 2<sup>ème</sup> audit (pose)



	Points à améliorer
<i>Pose du CCI</i>	- majorité des cas: site de pose fonction des habitudes de l'opérateur
<i>Préparation avant insertion</i>	20% de rasage (2/10: ambulatoire, service HConventionnelle) 23% (7/30): douche préopératoire non conforme (car celle de la veille non réalisée) 6%: pas de déterision réalisée (1: geste associé, autre?) 6% (2/30) : pas respect temps séchage ATS avant la pose
<i>Traçabilité</i>	70% de check listes non remplies (redondance avec celle du bloc)

# Actions mises en œuvre pour réduire le risque

- Présentation des résultats de l'audit sur l'utilisation des CCI aux équipes (prise de conscience des écarts par rapport aux bonnes pratiques)
- Création d'un groupe de travail: réactualisation du protocole, mise en place d'aiguilles sécurisées de Huber, arrêt d'utilisation des « boîtes roses »
- Diffusion du protocole (disponible sur intranet, relayé par les correspondants en hygiène) → travail avec les Urgences
- Formations dans les services (actualisation et homogénéisation des pratiques)
- Réalisation de la même démarche auprès des chirurgiens concernant la pose des CCI  
(restitution des résultats de l'audit par une étudiante IBODE, à l'origine de cet audit, en poste au sein du bloc)

# Conclusion

- Amélioration des connaissances des utilisateurs
  - Amélioration de la collaboration inter-services (rencontres des IDE d'Hématologie et du bloc,...)
  - Cette identification du risque via les audits, l'analyse et les actions mises en place = 1ère étape dans la GDRI autour des CCI
- ➔ à poursuivre
- 2<sup>ème</sup> évaluations à programmer
  - Elargir vers le service des Urgences (aiguilles de Huber)

# Évaluations / Surveillance

- Suivi du nombre d'infections sur CCI dans l'établissement
  - Mise en place d'une revue de morbi-mortalité sur les infections sur dispositifs intra-vasculaires (CCI, CVC)
- ➔ Objectif : réussir à surveiller en nombre d'infections / 1000 jours cathéters.

# Remerciements

- Aux membres de l'EOHI / CLIN,
- Au Dr Maquik, médecin du Travail
- Aux membres du groupe multidisciplinaire (*Delvinquiere Véronique, Villette Christelle, Chadni Katrien, Matki Fatima, Grimbert Isabelle, Dangleterre Jacqueline, Charles Pascale*)
- Aux « audités »:
  - les chirurgiens de Chirurgie Digestive et de Gynécologie, le personnel du bloc opératoire,
  - les IDE des services d'Hématologie et d'Oncologie