

RHC Arlin

RHC Arlin

RHC Arlin

RHC Arlin

RHC Arlin

RHC Arlin

RHC Arlin

RHC Arlin

RHC Arlin

RHC Arlin

RHC Arlin

RHC Arlin

RHC Arlin

2012

RHC Arlin
Réseau des Hygiénistes du Centre

Audit régional Manipulations sur CCI



Réseau des Hygiénistes du Centre

Résultats Généraux
et Résultats par établissement

Résultats – Décembre 2012

SOMMAIRE

I. Contexte

II. L'audit

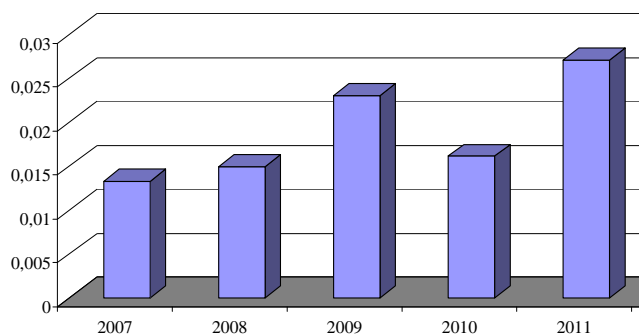
III. Les Résultats régionaux

IV. Conclusion pour les résultats régionaux

V. Les résultats présentés par établissement

I. CONTEXTE

La surveillance des bactériémies constitue depuis 2000 une priorité régionale. Depuis plusieurs années, et particulièrement en 2010, nous observons une augmentation de l'incidence des bactériémies staphylococciques nosocomiales associées aux chambres implantables. Ces résultats doivent nous inciter fortement à revoir les conditions d'utilisation des CCI.



**Evolution de l'incidence (/1000 JH) des bactériémies nosocomiales associées aux CCI
(cohorte régionale, évolution 2007-2011)**

En 2011, l'audit régional portant sur la préparation cutanée avant un geste invasif a montré un taux de non-conformité élevé dans le cas des manipulations sur CCI, suggérant une sous-estimation du risque infectieux associé à ces manipulations.

Le programme national 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.

Dans ce contexte, le RHC a proposé en 2012 la réalisation d'un audit régional des pratiques concernant les manipulations des CCI et destiné à l'ensemble des professionnels concernés par ces manipulations.

L'objectif principal de cet audit était de mesurer l'application des bonnes pratiques, et de fournir des éléments pour améliorer les formations relatives à l'utilisation des CCI.

II. L'AUDIT

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

L'auto-évaluation des pratiques (audit par questionnaire) est proposée à l'ensemble des personnels susceptibles de réaliser ces gestes invasifs au sein des établissements de santé, de l'HAD, des SIAD et des EHPAD. L'audit doit permettre de vérifier la connaissance et le respect des bonnes pratiques.

L'audit repose sur les recommandations actuelles en matière de prévention de gestion du risque infectieux associé aux manipulations des CCI.

35 établissements de santé ont participé à l'Audit : 16 centres hospitaliers, 6 cliniques, 5 ESSR, 2 hopitaux locaux, 6 HAD. 670 fiches ont pu être analysées : 400 en service de Médecine, 112 en Chirurgie, 66 en SSR-SLD, 17 en EHPAD, 66 en HAD (9 fiches avec service non déterminé).

Liste des établissements participants (nombre de fiches exploitables)

CH Vierzon (8)	ESSR C. de France, Blois (4)
CH Bourges (35)	ESSR Velpeau, Tours (8)
CH St Amand Montrond (26)	ESSR Buissonnets, Olivet (16)
CH Chateaudun (16)	ESSR Luynes (11)
CH Nogent le Rotrou (7)	ESSR Manoir en Berry, Poulligny (10)
CH Chartres (67)	
CH Le Blanc (24)	HL Lour Picou, beaugency (5)
CH Issoudun (12)	HL Sully sur Loire (6)
CH La Châtre (12)	
CH Ste Maure de Touraine (8)	HAD 18 (15)
CHIC Amboise (32)	HAD Val de Loire (8)
CH Romorantin (5)	HAD 36 (8)
CH Vendome (5)	HAD 41 (9)
CH Montargis-Amilly (82)	HAD Montargis (10)
CH Gien (24)	HAD Orléans (12)
CHR Orléans (41)	
CL G de Vayre, St Douichard (14)	CL PSLV Tours (42)
CL Grainetières, St Amand Montrond (5)	CL Blois (26)
CL Alliance Tours (8)	CL L'Archette, Olivet (4)

III. LES RESULTATS REGIONAUX

Les fiches ont été saisies directement sur le WEB.

491 fiches concernant des personnels manipulant les CCI ont pu être analysées.

L'analyse des résultats a été faite par le RHC.

Les résultats régionaux ont fait l'objet d'une présentation lors de la journée régionale de formation portant sur le thème, le 19 juin 2012.

Les principaux résultats obtenus sont présentés et analysés ci-dessous.

Les recommandations de la SF2H (Mars 2012) qui se rapportent aux propos, sont insérées dans le texte à titre de rappel.

III a. PROTOCOLES FORMATION EVALUATION

→ Protocoles validés à disposition

R93 : les opérateurs doivent disposer de protocoles de bonnes pratiques en matière de prévention du risque infectieux, protocoles écrits et actualisés concernant la pose, l'utilisation et la surveillance de la CCI. Ces protocoles sont communs dans un même réseau de soins (Accord fort).

R82 : il est possible de faire des prélèvements sanguins sur CCI sous réserve de disposer d'un protocole précis sur la technique, respecter les règles d'asepsie et de protection des personnels retenues pour les manipulations du raccord proximal, utiliser un corps de pompe à UU pour tous les prélèvements, y compris les hémocultures, réaliser un rinçage efficace immédiat (R42), ne pas injecter la purge (Accord fort).

Avoir un protocole à disposition a été retrouvé dans 75 % des cas (366/491). Le protocole concerne le plus souvent la pose de l'aiguille de Huber (42 %), la réfection du pansement (36 %), les perfusions sur CCI (31 %). Plus rares sont les protocoles pour le retrait l'aiguille de Huber (27 %) ou les manipulations distales (28 %). Les protocoles pour les prélèvements sur CCI sont rarement à disposition (3 %).

Des protocoles régionaux vont être élaborés et diffusés.

III b. FORMATION SPECIFIQUE AUX GESTES

→ Formation spécifique aux gestes

R92 : (...) Seul le personnel ayant reçu une formation spécifique est autorisé à poser et à utiliser une CCI. Tout changement de modalités de prise en charge ou de matériels utilisés fait l'objet d'une information ou d'une formation de l'ensemble des professionnels du réseau de soins (Accord fort).

R85 : toute personne susceptible de retirer une aiguille sécurisée doit être informée et formée à la technique. En l'absence d'aiguille sécurisée, il faut utiliser un accessoire de protection de la main pour le retrait de l'aiguille (Accord fort).

Une formation récente a été déclarée pour un personnel sur deux (261/491, 53 %). Les formations ont concernées le plus souvent la pose de l'aiguille de Huber (20 %), la conduite à tenir en cas d'obstruction (22 %) ou d'extravasation (21 %), ou la réfection du pansement (18 %). Les formations sont rares pour le retrait l'aiguille de Huber (9 %) ; les perfusions sur CCI (8 %), les manipulations distales (8 %) et les prélèvements sur CCI (2 %).

La mise en place de formation des personnels réalisant les gestes est un point essentiel.

Des formations doivent être organisées à destination des personnels concernés.

Les personnels réalisant les gestes avec une plus grande fréquence sont significativement mieux formés que ceux qui réalisent les gestes de façon moins fréquente

- **pour la pose de l'aiguille de Huber**, 30/111 (27 %) pour les personnels réalisant le geste plusieurs fois par semaine, vs 38/227 (17 %) pour les personnels réalisant le geste moins d'une fois par mois (p=0.027)
- **pour le retrait de l'aiguille de Huber**, 17/111 (15 %) pour les personnels réalisant le geste plusieurs fois par semaine, vs 15/267 (6 %) pour les personnels réalisant le geste moins d'une fois par mois (p=0.002)

% FORMATION							
	Nb	Pose d'aiguille	Retrait d'aiguille	Prél. sanguins	Perfusions	Réfection pansement	Manipulations distales
plusieurs fois/sem. ou 1/sem	63	21	9	3	2	17	11
de 1 fois/ sem. à 1 fois/ mois	19	16	5	5	5	21	5

Les personnels réalisant un nombre limité d'actes ne doivent pas être « oubliés ».

III c. EVALUATION DES PRATIQUES

➔ Evaluation des pratiques

R95 : les connaissances et les pratiques des professionnels chargés de la pose des CCI et ceux chargés de l'utilisation des CCI sont régulièrement évaluées (...) (Accord simple).

Une évaluation récente (<24 mois) des pratiques a été peu fréquente. Le plus souvent, l'évaluation a concerné la pose de l'aiguille de Huber (18 %) ou le retrait l'aiguille de Huber, (12 %). des répondants concernés

L'évaluation des pratiques doit être encouragée. Les efforts doivent être particulièrement marqués auprès des personnels qui ne réalisent pas les gestes de façon régulière.

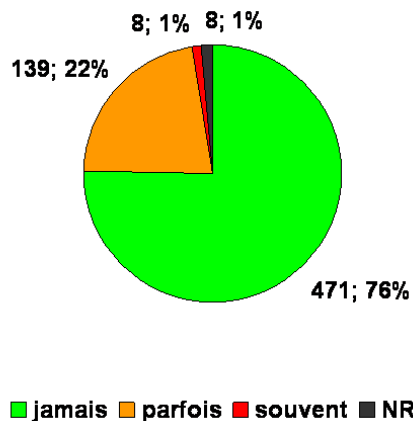
III.d LES MANIPULATIONS PROXIMALES

R44 : (...) il est préférable d'éviter la pose d'une aiguille sur un site opératoire non encore cicatrisé (Accord simple). L'absence de signes cutanés locaux (rougeur, douleur, gonflement, œdème) est vérifiée avant la pose de l'aiguille (Accord fort).

R87 : (...) l'existence de signes locaux impose le retrait de l'aiguille (Accord fort).

R94 : une surveillance clinique régulière à la recherche d'une complication locale ou générale inhérente à la pose ou à l'utilisation est indispensable (Accord fort).

R58 : tout pansement souillé ou décollé doit être refait sans délai (Accord fort).



En présence de signes locaux d'infection,

- 76 % des répondants n'utilisent jamais la CCI
- 22 % l'utilisent parfois
- **1 % l'utilisent souvent**
- 45 % déclarent retirer **systématiquement** l'aiguille en présence de signes locaux.

Les ponctions ne se font pas au même point pour 74 % des répondants.

Le pansement est changé lorsqu'il est souillé pour 93 % des répondants.

III. d1. LA TENUE

R73 : pour les manipulations proximales, l'opérateur porte une tenue professionnelle propre ; à défaut de tenue professionnelle, il porte une blouse à UU en milieu hospitalier (Accord fort) et en soins extrahospitaliers (Accord simple).

R74 : pour les manipulations proximales, et quel que soit le lieu, en plus de la tenue propre, l'opérateur porte un masque de type chirurgical (Accord fort) et des gants stériles (Accord simple).

→ Pour la pose de l'aiguille de Huber

R45 : l'opérateur porte une tenue professionnelle propre ; à défaut de tenue professionnelle, il porte une blouse à UU (Accord fort). Le port d'une casaque stérile n'est demandé que si le patient est placé en isolement protecteur dans un environnement à empoussièremement maîtrisé (Accord simple). L'opérateur porte un masque de type chirurgical (Accord fort) et une coiffe (Accord simple). L'opérateur réalise une désinfection des mains par friction hydro-alcoolique au plus près de la pose de l'aiguille et met des gants stériles au plus près du moment de la ponction (Accord fort).

La tenue est conforme—tenue propre (71 %) ou à UU (41 %), masque chirurgical (93 %), gants stériles (98 %)—, à l'exception de la coiffe (30 %). Néanmoins, 19 déclarent porter des gants non stériles (3 %) et 43 n'utilisent pas de masque (7 %).

→ Pour le retrait de l'aiguille de Huber

R83 : l'opérateur réalise une désinfection des mains par friction (Accord fort). Il porte un masque de type chirurgical et des gants de protection non stériles pour le retrait de l'aiguille (Accord simple).

La tenue comprend le plus souvent une tenue propre (74 %) ou à UU (31 %). Le masque chirurgical (69 %) n'est pas systématique, ni les gants stériles (62 %). Les gants non stériles sont portés dans 35 % des cas. La coiffe est portée pour 23 % des répondants. **22 déclarent ne pas porter de gants (4 %).**

→ Pour les prélèvements sanguins

La tenue comprend le plus souvent une tenue propre (78 %) ou à UU (17 %). Le masque chirurgical (60 %) n'est pas systématique, ni les gants stériles (60 %). Les gants non stériles sont portés dans 35 % des cas. La coiffe est portée pour 12 % des répondants. **24 déclarent ne pas porter de gants (6 %).**

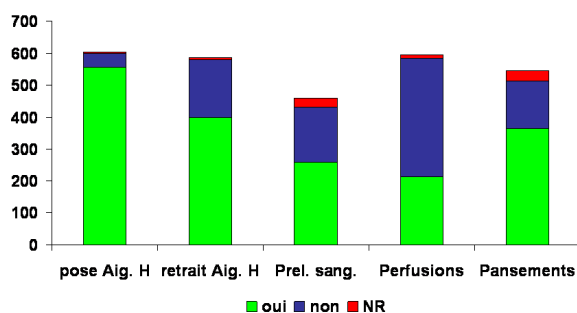
→ Pour les perfusions en proximal.

La tenue comprend le plus souvent une tenue propre (81 %) ou à UU (21 %). Le masque chirurgical (37 %) est peu utilisé, ni les gants stériles (38 %). Les gants non stériles sont portés dans 29 % des cas. La coiffe est portée pour 15 % des répondants. 202 déclarent ne pas porter de gants (35 %).

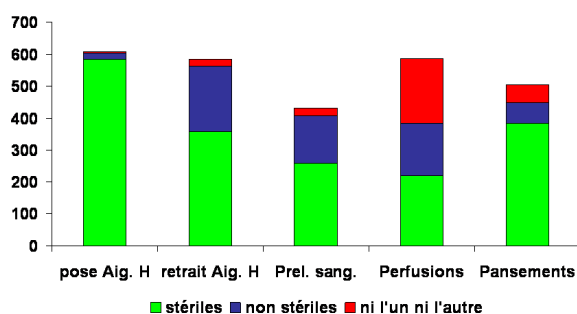
→ Pour la réfection du pansement

R55 : lors de la réfection du pansement, la tenue de l'opérateur et du patient seront les mêmes que lors de la pose de l'aiguille (Accord fort).

La tenue comprend le plus souvent une tenue propre (75 %) ou à UU (31 %). Le masque chirurgical (71 %) est fréquemment utilisé, ainsi que les gants stériles (75 %). Les gants non stériles sont portés dans 13 % des cas. La coiffe est portée pour 10 % des répondants. **55 déclarent ne pas porter de gants (11 %).**



Port du masque
en fonction des opportunités



Port des gants en fonction des opportunités

La tenue des personnels concernés n'est pas toujours optimale.

En particulier, le port des gants stériles et le port du masque nécessitent d'être rappelés lors des manipulations proximales.

III. d2. LES DISPOSITIFS UTILISES

R35 : il est fortement recommandé d'utiliser des aiguilles de Huber (Réglementaire) préférentiellement d'un diamètre de 22 Gauge même en cas de perfusion de médicaments visqueux (type nutrition parentérale, produits sanguin labile)(Accord fort). Si l'emploi d'une aiguille de 19 Gauge s'avère nécessaire, il est préférable de la retirer dès la fin de la perfusion (Accord simple).

R36 : il est préférable d'utiliser une aiguille de Huber de type 2, c'est-à-dire munie d'un prolongateur afin de limiter les manipulations de l'embase de l'aiguille (Accord fort) sauf pour les injections à haut débit où l'aiguille de type 1 sans prolongateur sera préférée (Accord simple). La longueur de l'aiguille doit être adaptée à la profondeur de la chambre et à la corpulence du patient (Accord fort).

R38 : il est souhaitable d'utiliser des aiguilles de Huber de type 2 avec connecteur de sécurité intégré (Accord fort).

R39 : Si un connecteur de sécurité est utilisé, un système à valve avec septum pré-fendu est préféré au système à valve mécanique au regard du risque infectieux lié à certains dispositifs. Il est alors nécessaire de mettre en place une surveillance de l'incidence des bactériémies associées aux CCI (Accord fort).

R34 : il est fortement recommandé d'utiliser du matériel sécurisé (Réglementaire) répondant aux critères du GERES et de s'assurer que tous les dispositifs constituant la ligne sont compatibles afin de minimiser les altérations de débit, les fuites et les cassures (Accord fort).

→ l'aiguille : 267/568 (47 %) répondants utilisent une aiguille de 22 gauge. 37 % utilisent une aiguille de 19 gauge et 14 % de 20 gauge.

→ matériels sécurisés. Pour 400/603 (66 %) des répondants, l'aiguille est sécurisée. 166/348 répondants (48 %) déclarent ne pas utiliser d'accessoire de protection de la main en cas de non-utilisation d'aiguilles sécurisées.

III. d3. HYGIENE DES MAINS

R64 : une désinfection des mains par friction hydro-alcoolique est réalisée avant toute préparation de perfusion. (...)

R71 : toutes les manipulations sont effectuées de façon aseptique et après une désinfections de mains par friction hydro-alcoolique. (...)

Avant une manipulation proximale, 615/626 (98 %) des répondants déclarent réaliser une hygiène des mains, friction (67 %) ou lavage (31 %) respectivement. Le résultat est satisfaisant avant une manipulation distale (604/640, 94 %)

Après une pose d'aiguille, et à la suite du retrait des gants, 554/610 (91 %) des répondants déclarent réaliser une hygiène des mains.

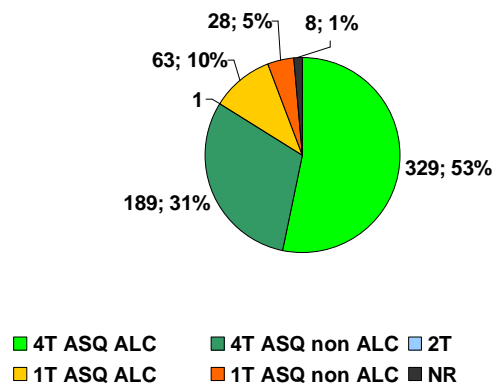
III. e. PREPARATION CUTANEE LORS DE LA POSE DE L'AIGUILLE DE HUBER

R46 : une préparation cutanée est réalisée avant l'insertion de l'aiguille. Lors d'un changement d'aiguille, elle intervient juste avant de reponctionner la CCI. Une dénudation suffisante du patient doit permettre une large désinfection cutanée. La préparation cutanée comporte une phase de déterision avant une désinfection cutanée avec un antiseptique alcoolique majeur. La chorexidine en solution acqueue à 0.05% ne doit pas être utilisée. L'application de dégraissant ou tout autre produit irritant cutané est déconseillée. La pose de l'aiguille est réalisée après séchage spontané de l'antiseptique. Si l'utilisation d'un topique anesthésique est nécessaire, il est préférable d'utiliser une présentation monodose (Accord fort). La dépilation du site d'insertion de l'aiguille est déconseillée (Accord simple) mais si elle est indispensable pour assurer une bonne tenue du pansement, la tonte sera privilégiée (Accord fort).

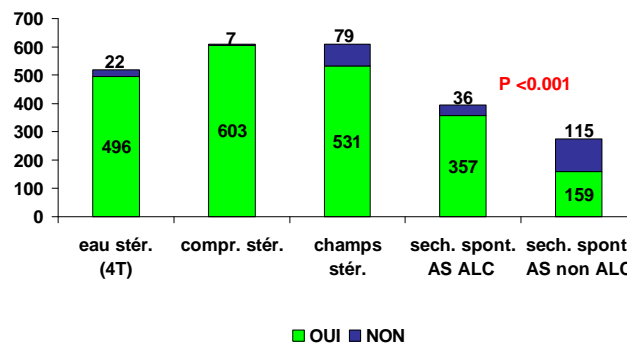
R40 : l'utilisation de set facilite la réalisation des soins, plus particulièrement à domicile (Accord fort).

R41 : toutes les compresses utilisées pour les manipulations doivent être stériles (Accord fort).

Seuls 329/618 (53 %) des répondants réalisent une antisepsie en 4 temps avec un antiseptique alcoolique. 189/329 (31 %) réalisent une préparation en 4 temps avec un antiseptique NON alcoolique, et 91/618 (15 %) réalisent une préparation en 1 temps avec un antiseptique alcoolique (63 cas) ou non (28 cas). La préparation en 2 temps n'est pas utilisée.



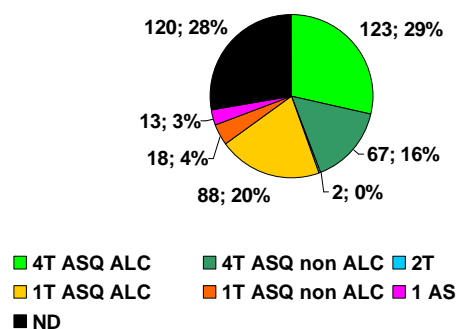
Pour la préparation cutanée, l'eau utilisée est stérile (496/518, 96 %), les compresses sont stériles (603/610, 99 %), et l'utilisation de champs stériles est fréquente (531/610, 87 %). 357/393 (91 %) des répondants concernés déclarent attendre le séchage spontané de l'antiseptique alcoolique ; par contre, seulement 159/274 (58 %) déclare attendre ce séchage spontané lorsqu'ils sont des utilisateurs d'antiseptique non alcoolique. La différence est significative entre les 2 groupes, soulignant à nouveau la meilleure adhésion au respect du temps d'action de l'antiseptique lorsqu'un antiseptique est alcoolique ($p < 0.001$).



La nécessité de réaliser une préparation cutanée en 4 temps utilisant un antiseptique alcoolique doit être ré-affirmée avec force.

III. f. PRELEVEMENTS SANGUINS

Seuls 123/311 (39 %) des répondants réalisent une antiseptie en 4 temps avec un antiseptique alcoolique. 67/311 (21 %) réalisent une préparation en 4 temps avec un antiseptique NON alcoolique, et 119/311 (38 %) réalisent une préparation en 1 temps avec un antiseptique alcoolique (88 cas).



La nécessité de réaliser une préparation cutanée en 4 temps utilisant un antiseptique alcoolique doit être ré-affirmée avec force.

- Les personnels utilisent un corps de pompe à UU dans 319/419 cas (76 %).
- La CCI est rincée immédiatement après le prélèvement (435/454, 96 %).
- 39/427 (9 %) des répondants déclarent ré-injecter la purge.

III. g. AUTOUR DU RETRAIT DE L'AIGUILLE DE HUBER

R86 : la CCI doit être rincée avant le retrait de l'aiguille. le retrait se fait tout en exerçant une pression positive. Après le retrait de l'aiguille, le point de ponction est comprimé légèrement à l'aide d'une compresse stérile imprégnée d'antiseptique (Accord fort).

R53 : au retrait de l'aiguille, un pansement adhésif stérile avec compresse sèche est appliqué sur le point de ponction pendant 1 h. Après cicatrisation du site de pose, il n'est pas utile d'appliquer un pansement sur une CCI non perfusée sans aiguille en place (Accord fort).

Avant le retrait de l'aiguille, la CCI est rincée par la plupart des répondants (580/609, 95 %). Après le retrait, le point de ponction est comprimé à l'aide d'une compresse imbibée d'antiseptique alcoolique pour 397/602 des répondants (66 %). Le pansement est stérile (573/593, 97 %).

III. h. CONCERNANT LES INJECTIONS ET LA REFECTION DU PANSEMENT

R37 : Pour tout geste sur la CCI ou sur la ligne de perfusion, il est fortement recommandé de n'utiliser que des seringues de volume au moins égal à 10 mL pour éviter une hyperpression qui pourrait endommager la CCI (Réglementaire).

R42 : un rinçage efficace consiste en l'injection de 10 mL de NaCl à 0.9% de manière pulsée par poussées successives (Accord fort). L'efficacité de ce rinçage est vérifiée par l'absence de résidus visibles (Accord simple).

R43 : l'utilisation de seringues de NaCl à 0.9% facilite le respect des bonnes pratiques (Accord simple).

R76 : avant administration de soluté : tester la perméabilité de la CCI (absence de résistance à l'injection, débit observé correspondant au débit attendu), rechercher l'absence d'extravasation (absence de douleur, d'œdème local). Chercher le reflux veineux en cas de mauvais fonctionnement et avant administration d'un produit dangereux (vésicant et nécrosant). la vérification du reflux veineux doit être impérativement suivie d'un rinçage efficace (R42) (Accord fort).

R80 : les sites d'injection doivent toujours être désinfectés avant utilisation. Si l'injection se fait dans un robinet (sans connecteur de sécurité), il est obstrué immédiatement après emploi avec un bouchon stérile. Chaque voie non utilisée est obstruée par un dispositif stérile (Accord fort).

R81 : lorsqu'un connecteur de sécurité est utilisé, il est nécessaire de réaliser une désinfection efficace avec un antiseptique alcoolique avant toute injection ; il est essentiel de rincer la lumière interne après toute utilisation (Accord fort). Si un connecteur de sécurité est placé en proximal, il est changé tous les 8 jours au changement d'aiguille (Accord simple).

R71 : toutes les manipulations sont effectuées de façon aseptique et après une désinfection des mains par friction hydro-alcoolique. Elles sont limitées et regroupées autant que possible. Pour la manipulation de toute connexion de la ligne veineuse, des compresses stériles imprégnées d'un antiseptique alcoolique sont utilisées (Accord fort).

R77 : après administration du traitement, pour éviter la précipitation de produits incompatibles dans la CCI, un rinçage efficace (R42) de la CCI est systématiquement réalisé et l'absence de résidus visibles dans les tubulures et connectiques est vérifiée. Après administration du traitement et quel que soit le soluté, et plus particulièrement pour les émulsions lipidiques et les produits sanguins, un rinçage est réalisé au niveau des connexions immédiatement après le débranchement (Accord fort).

R49 : le bon fonctionnement de la CCI est vérifié par les indicateurs suivants : présence de reflux veineux, absence de douleur spontanée ou à l'injection, bon débit de perfusion, infection à la seringue aisée (Accord fort).

R56 : la technique de réfection du pansement répond aux mêmes principes de préparation cutanée que lors de la pose de l'aiguille. Lorsque l'aiguille est déjà en place, les différents temps de l'antisepsie doivent être effectués avec des gants stériles. L'application d'une pommade antimicrobienne au point d'insertion n'est pas indiqué. Le pansement est appliqué après séchage spontané complet de l'antiseptique (Accord fort).

→ **Avant l'injection**, un test de perméabilité est réalisé pour 468/580 des répondants (81 %).

Le site d'injection fait l'objet d'une désinfection avec un antiseptique alcoolique pour 463/575 des répondants (81 %).

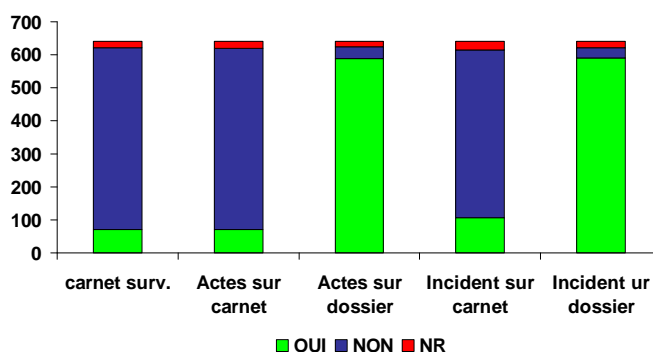
→ **Après l'injection**, la CCI est rincée par la plupart des répondants (469/586, 80 %) et le fonctionnement de la CCI est vérifié (469/570, 82 %).

III. i. SURVEILLANCE ET TRACABILITE

R33 : il est fortement recommandé de signaler tout incident concernant les dispositifs médicaux utilisés pour les soins au patient (Réglementaire).

R95 : (...) L'ensemble des professionnels amenés à prendre en charge le patient doit être sensibilisé à l'importance du remplissage consciencieux du carnet de surveillance. La traçabilité des gestes s'appuie sur le carnet de surveillance avec sa mutualisation (intervenants hospitaliers et extrahospitaliers) (Accord simple).

Les actes sont généralement tracés sur le dossier (589/623, 94 %). Le carnet de surveillance n'est pas utilisé (551/622, 89 %).



IV. CONCLUSIONS GENERALES POUR LES RESULTATS REGIONAUX

Les résultats de l'audit permettent de mieux appréhender la réalité des manipulations des CCI aujourd'hui : les acteurs concernés sont nombreux, présents dans tous les types d'établissements, y compris en HAD, et divers. Certains réalisent les gestes très régulièrement, mais un grand nombre réalise les gestes avec une fréquence très limitée.

Les axes d'amélioration possibles sont nombreux. Il est vraisemblable qu'une part des infections associées aux CCI observées aujourd'hui en région pourrait être évitée par une meilleure adhésion des personnels aux recommandations actuelles en matière de manipulations des CCI.

Les besoins en formation, la mise à disposition de protocoles devront être des priorités.

La formation de l'ensemble des acteurs concernés devrait permettre d'améliorer significativement les pratiques.

Les recommandations émises par la SF2H cette année doivent être appliquées.

La réalité de la préparation cutanée, que ce soit pour la pose de l'aiguille ou pour les prélèvements sanguins par exemple, suggère que les personnels qui réalisent ces manipulations à haut risque infectieux (patient fragile, matériel en place pour une longue durée) n'ont pas pris la mesure du niveau de risque infectieux associé aux gestes qu'ils effectuent. Les moments de formation devront être l'occasion **d'expliquer les enjeux d'une préparation cutanée de qualité avant le geste invasif.**

Les résultats pour le port des gants (fréquence du port de gant peu élevée pour des gestes à risque d'AES) et ceux portant sur l'utilisation d'accessoire pour la protection de la main lors du retrait d'une aiguille de Huber non sécurisée, doivent nous inciter à **renforcer notre message concernant la prévention des AES.**

V. RESULTATS PRESENTES PAR ETABLISSEMENT

Les résultats par établissements sont présentés sous forme de tableau.

Ces résultats ne sont diffusés qu'aux participants à l'audit.

Pour les établissements ayant transmis au moins 10 grilles d'audit, les résultats sont présentés avec les pourcentages.