Flash
sécurité patient

MESURER
& AMÉLIORER
LA QUALITÉ

Cathéters et infections associées aux soins

Trop longtemps il restera, une infection tu risqueras

9 novembre 2023

Ça peut aussi vous arriver

Événement 1

MAINTIEN PROLONGÉ D'UN CATHÉTER PÉRIPHÉRIQUE RESPONSABLE D'UNE VEINITE IMPORTANTE

Une patiente âgée de 50 ans subit une colectomie gauche sous cœlioscopie pour une diverticulose chronique. L'opération se déroule sans problème ni particularité et un protocole de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) est décidé par le chirurgien. Deux jours après la chirurgie, la patiente développe une fièvre, sans point d'appel clinique retrouvé. Le lendemain, devant l'augmentation de la fièvre, elle se voit prescrire des antibiotiques, mais la fièvre persiste. Au cinquième jour post-opératoire, au cours d'une visite de suivi spécialisée, le chirurgien constate une importante veinite sur le cathéter de perfusion et retire ce dernier. Le traitement est adapté et la patiente sort finalement huit jours après la date initialement prévue.

Que s'est-il passé ? *Cause immédiate*

Le cathéter a été maintenu malgré la fièvre.

Pourquoi est-ce arrivé ? *Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes*

- La communication entre le chirurgien et les équipes de soins concernant l'instauration du protocole RAAC a été défaillante. Les actes de soins prescrits directement par le chirurgien et les consignes du protocole RAAC se sont révélés contradictoires.
- Les soignants du service n'avaient pas d'expérience des protocoles RAAC et aucune formation ne leur a été donnée.
- La surveillance de l'état cutané en regard du cathéter et la traçabilité de la durée d'utilisation du cathéter n'ont pas été réalisées.
- L'évènement s'est déroulé lors d'un jour férié (période de vulnérabilité).

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Événement 2

CONTAMINATION D'UN CATHÉTER PÉRIPHÉRIQUE ENTRAÎNANT LE DÉCÈS

Un patient de 78 ans se présente à l'hôpital pour une douleur thoracique aiguë. Lors de son admission, l'équipe soignante lui pose un cathéter veineux périphérique. Des complications infectieuses surviennent 48 h après la mise en place, sous la forme d'une veinite sur le cathéter périphérique, suivie d'une bactériémie à Staphylococcus aureus. Plus tard, la situation du patient s'aggrave avec l'apparition d'un coma fébrile puis de nombreuses complications septiques, menant au décès du patient malgré son transfert dans le service de réanimation.

Que s'est-il passé ? *Cause immédiate*

Le cathéter veineux périphérique a été contaminé lors de la pose.

Pourquoi est-ce arrivé ? *Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes*

- Les recommandations de bonnes pratiques et les protocoles relatifs à la pose d'un cathéter disponibles au sein de l'établissement n'étaient pas parfaitement connus par les soignants et par conséquent n'ont pas été respectés.
- La pose du cathéter a été difficile chez ce patient au capital veineux réduit, augmentant le risque de contamination lors de cette étape.
- Le cathéter a été laissé en place 96 h, ce qui était justifié au regard de la difficulté de la pose. Cependant, la durée d'utilisation et l'évolution de l'état cutané n'ont pas été consignées dans le dossier patient.
- L'évènement s'est produit lors d'un pic d'activité dans cette unité de soins.

Événement 3

INSUFFISANCE D'ASEPSIE LORS DE LA POSE D'UN CATHÉTER PÉRIDURAL ENTRAÎNANT DES TROUBLES NEUROLOGIQUES GRAVES

Lors de l'accouchement par voie basse d'une femme âgée de 34 ans, une pose de cathéter péridural à visée analgésique est réalisée par l'anesthésiste de garde. Trois jours après son accouchement, la patiente regagne son domicile avec un traitement antalgique en raison de douleurs cervicales et lombaires. Vingt-quatre heures plus tard, la situation se dégrade rapidement avec l'apparition de troubles sensitifs dans la région périnéale et des troubles sphinctériens. La patiente est hospitalisée et une IRM objective la présence d'un abcès épidural entraînant une compression neurologique. La patiente est opérée en urgence par un neurochirurgien afin d'évacuer l'abcès, et une antibiothérapie probabiliste est débutée rapidement. L'intervention permet de stabiliser l'état général de la patiente, mais celle-ci présente désormais un déficit neurologique grave et chronique.

Que s'est-il passé ? *Cause immédiate*

Il y a eu un défaut d'asepsie lors de la mise en place du cathéter péridural.

Pourquoi est-ce arrivé ? *Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes*

- Lors de la mise à jour du protocole d'asepsie de l'établissement, l'ensemble de la phase de détersion concernant les gestes sur le système nerveux central a été omis.
- Le geste aseptique précédant la mise en place du cathéter péridural a été insuffisant.

Événement 4

CONTAMINATION D'UN CATHÉTER VEINEUX CENTRAL CHEZ UN NOUVEAU-NÉ PRÉMATURÉ ENTRAÎNANT SON DÉCÈS

Un nouveau-né, prématuré à 26 semaines, fait l'objet d'une intervention chirurgicale abdominale lourde par laparotomie. Son état clinique nécessite la mise en place d'un cathéter veineux central sous-clavier droit. Le nouveau-né présente par la suite une diarrhée motrice secondaire à la chirurgie, puis contracte une septicémie grave à Klebsiella pneumoniae. Malgré l'instauration de traitements adaptés, le nouveau-né décède.

Que s'est-il passé ? *Cause immédiate*

Le cathéter veineux central a été contaminé.

Pourquoi est-ce arrivé ? *Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes*

- La manipulation fréquente et prolongée du nouveau-né a potentialisé le risque de contamination du cathéter mais permettait d'assurer :
  - la réfection du pansement abdominal de la cicatrice de laparotomie ;
  - sa toilette pluriquotidienne du fait de la diarrhée ;
  - la réfection des pansements du cathéter, car ils se décollaient lors des toilettes.
- Les protocoles de réalisation des actes de toilettes et de réfection de pansement n'ont pas été suivis.
- L'établissement n'a pas élaboré de protocole de surveillance des cathéters veineux centraux, les soignants n'ont donc pas pu s'y référer.
- Le diagnostic d'infection liée au cathéter chez le nouveau-né a été difficile en raison de la présence inconstante des signes locaux, d'un taux normal de protéine C-réactive (CRP) et de l'absence de syndrome infectieux général au début de l'apparition des signes locaux.
- Les signes de choc ont été masqués et ont retardé l'instauration des antibiotiques.

Mots clés : *contamination – infections associées aux soins – infections liées aux dispositifs invasifs – cathéter veineux – cathéter péridural*

Pour que cela ne se reproduise pas

En 2022, Santé publique France a conclu au travers de l'enquête nationale de prévalence des infections associées aux soins (IAS) que 33 % des patients hospitalisés sont porteurs d'au moins un cathéter. Par ailleurs, la HAS évalue à 25 millions le nombre de cathéters mis en place tous les ans en France et la mission nationale de surveillance et de prévention des infections associées aux dispositifs invasifs (SPIADI) rapporte que 30 % des 9 103 bactériémies associées aux soins identifiées sont liées à un cathéter. La pose, l'utilisation et l'entretien d'un cathéter sont donc des actes de soins extrêmement fréquents. Loin d'être anodins, ces dispositifs peuvent être à l'origine d'infections locales ou systémiques, potentiellement sévères. Aussi, afin de limiter le nombre d'IAS générées par des cathéters, il convient, pour tous les acteurs concernés, exerçant aussi bien en ville qu'à l'hôpital, d'être attentifs aux recommandations ci-dessous. Cette démarche s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance portée par le ministère des Solidarités et de la Santé.

- → Évaluer systématiquement **la pertinence et la balance bénéfices/risques** de la pose d'un cathéter **et réévaluer ces critères quotidiennement** pour décider de son maintien.
- → Être vigilants devant tout signe d'infection, **apprendre à reconnaître les signes infectieux atypiques chez les personnes les plus vulnérables et en particulier chez les nouveau-nés. Tout signe infectieux chez un patient porteur de cathéter doit amener une suspicion de contamination et un retrait de celui-ci (recommandations de bonne pratique)**.
- → S'assurer de la réalisation et de la traçabilité dans le dossier patient des éléments de surveillance clinique quotidienne relatifs au cathéter.
- → Veiller à rendre facilement accessibles aux professionnels les recommandations de bonnes pratiques relatives aux cathéters et les protocoles correspondants régulièrement mis à jour. Les protocoles doivent être validés par l'équipe opérationnelle d'hygiène.
- → Toujours faire réaliser la pose, l'utilisation, l'entretien et l'ablation des cathéters par du personnel dont les compétences tant théoriques que pratiques sont régulièrement évaluées.

La collection « Flash sécurité patient »

La collection « Flash sécurité patient » sensibilise les professionnels de santé à la gestion des risques à partir d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) auxquels ils ont été confrontés, et qui sont toujours liés à une succession de dysfonctionnements. **La HAS ne modifie pas et n'interprète pas ces EIAS déclarés dans les bases de retour d'expérience nationales par les professionnels et sélectionnés dans les FSP.** Ce flash s'intéresse aux EIAS relevant d'infections associées aux soins liées à l'utilisation de cathéter. Pour ce flash spécifique, les évènements décrits ne le sont pas dans leur ensemble et les analyses reportées ont été focalisées sur les causes profondes liées à la mauvaise gestion des cathéters.

Pour en savoir plus

Prévention des infections liées aux cathéters périphériques vasculaires et sous-cutanés, mai 2019.

Antisepsie de la peau saine avant un geste invasif chez l'adulte, mai 2016.

Pose et entretien des cathéters veineux périphériques.

Rapport national de surveillance des infections associées à un dispositif invasif pour 2022.

Déclarer les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS).

Flash sécurité patient : outil d'amélioration des pratiques professionnelles.

La HAS rappelle que les déclarations d'EIGS concernant les infections associées aux soins répondant aux critères du décret n° 2017-129 sont également à signaler *via* le portail e-SIN.

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé — Novembre 2023