



DU d'Hygiène Hospitalière et de Prévention de la Contagion

Lundi 07 Décembre 2020



Infections sur dispositifs vasculaires Cathétérisme veineux et artériel, PICC-Line, Port-à-Cath

Pr Florence Fenollar

**IHU Méditerranée Infection
Pôle de Maladies Infectieuses, AP-HM
VITROME**

florence.fenollar@univ-amu.fr

Quels sont les dispositifs vasculaires?

- Cathéter (KT)
 - = **dispositif médical** consistant en un tube, de largeur et de souplesse variables,
fabriqué en différentes matières selon les modèles ou les usages pour lesquels ils sont destinés
 - Le cathéter est destiné à être inséré dans la lumière d'une cavité du corps ou d'un **vaisseau sanguin** et permet le drainage ou l'infusion de liquides, ou encore un accès pour d'autres dispositifs médicaux

Les cathéters

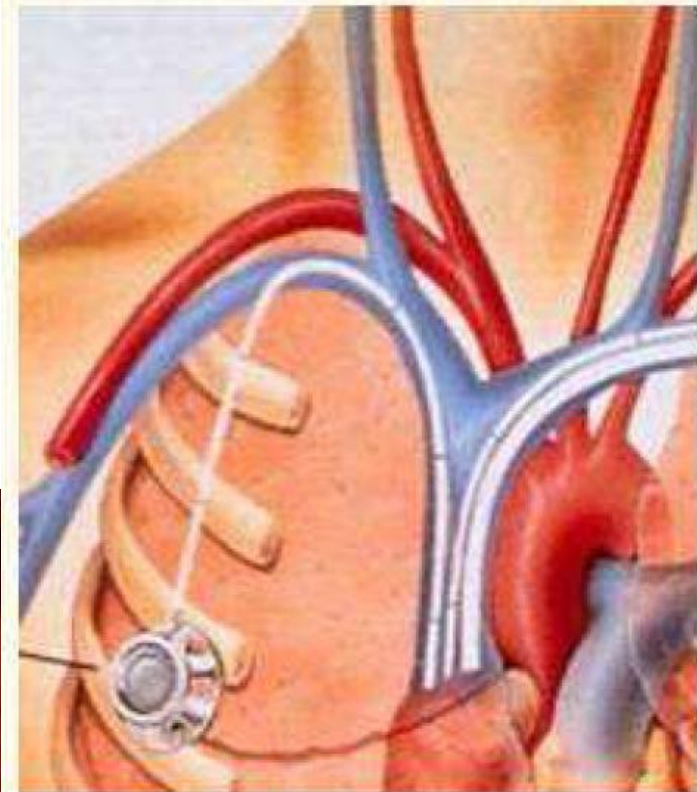
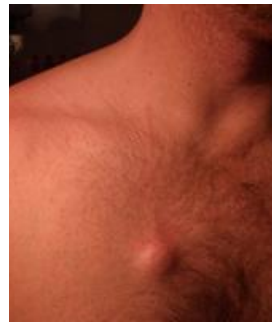
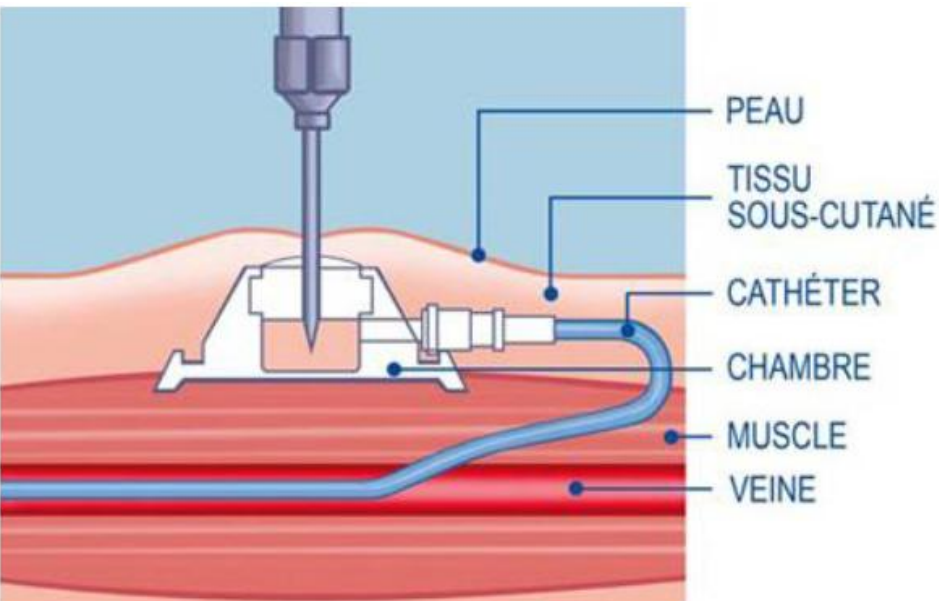
1. Périphériques

2. Centraux courte durée

- réanimation, dialyse, traitement intraveineux de courte durée

3. Centraux longue durée

- chambre implantable ou Port-à-Cath, cathéter tunnelisé



Qu'est-ce qu'une chambre implantable?

Chambre implantable percutanée (CIP)

Port-à-Cath (PAC)

Cathéter à chambre implantable (CCI)

- **Boitier** (réservoir ou chambre) implanté en **sous cutané** et raccordé à un **cathéter veineux central**

- **KT veineux central**: tuyau stérile très fin biocompatible, 1 - 2 mm de diamètre et d'une vingtaine de centimètres de long

Introduit le plus souvent dans une **veine de la base du cou**

Veine céphalique, veine sous clavière, veine jugulaire interne

- A chaque utilisation: piquer la peau pour accéder à la chambre

- Aiguille utilisée= **aiguille de Huber**, aussi appelée Gripper® ou aiguille pour chambre implantable, restant souvent en place **5 à 7 j**

Quand utiliser une chambre implantable?

- Apparue dans les années 1980
- 45 000 CCI (PAC ou CIP) posées par an en France (données 2011)
- **Traitements** de longue durée (>3 mois) nécessitant un accès au réseau veineux
 - Chimiothérapie,
 - Nutrition parentérale,
 - Traitement anti-infectieux
- Meilleures conditions de confort et de sécurité pour le patient et pour l'équipe soignante, par rapport aux cathéters veineux centraux

Qui pose les chambres implantables?

- Pose par ponction percutanée (réalisable sous anesthésie locale):

Médecin anesthésiste

Veine sous-clavière recommandée

- Ou par dénudation chirurgicale (le plus souvent sous AG):

Chirurgien

Veines jugulaires interne ou externe

Veine céphalique

Au bloc opératoire dans des conditions d'asepsie chirurgicale

Intervention dure en moyenne 30 minutes

RX de contrôle

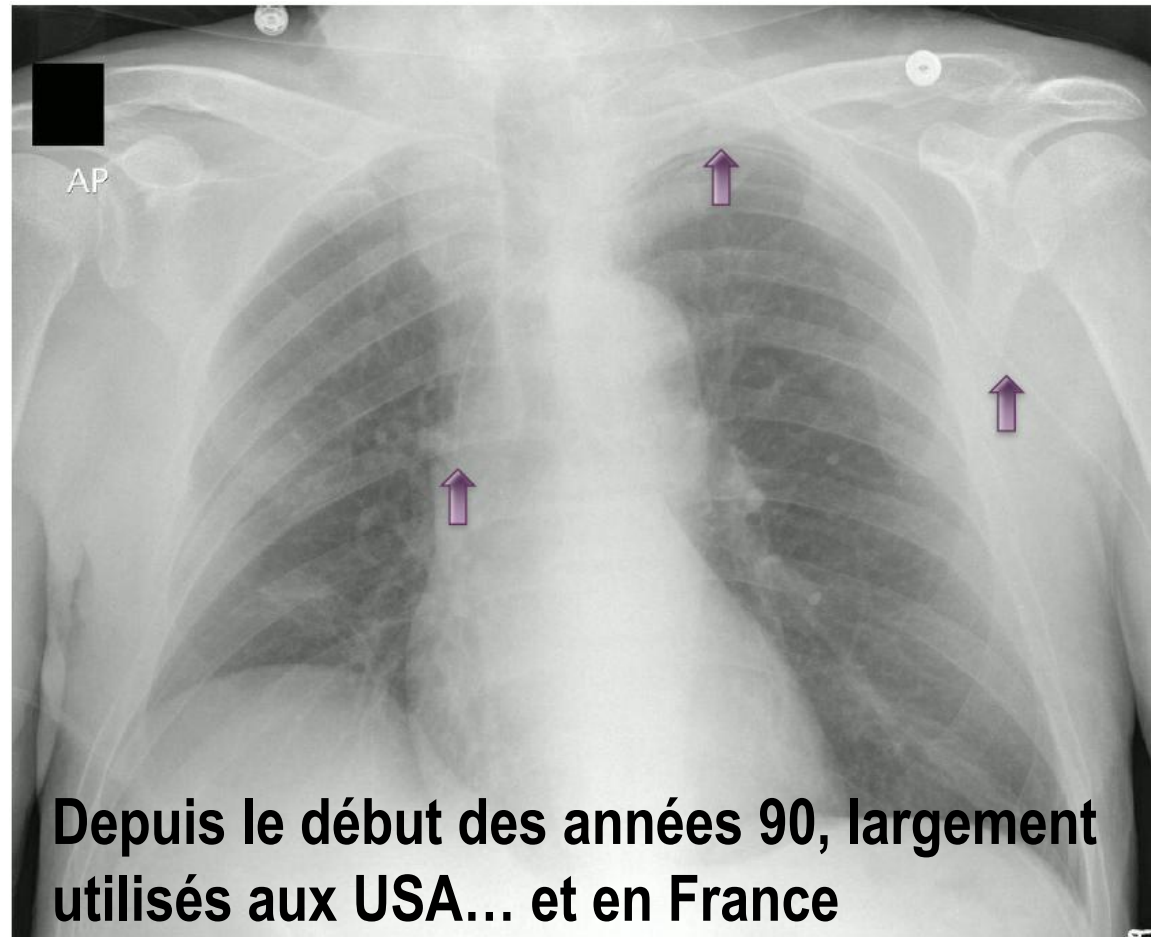
4. PICC: **P**eripherally **I**nserted **C**entral **C**atheter

Cathéter central à insertion périphérique



Cathéter veineux **inséré dans une veine périphérique profonde du bras, ...**

....Dont l'extrémité est placée à la **terminaison** de la **Veine Cave Supérieure**



Depuis le début des années 90, largement utilisés aux USA... et en France

Comment se pose un PICC-line?

- Un PICC est posé dans les **veines** du **membre supérieur**,
 - Sous anesthésie locale
 - De préférence, par repérage écho. d'une veine profonde du bras
- en préférant la veine basilique,
- à défaut la veine humérale (brachiale)
- en dernier recours, la veine céphalique peut être utilisée
- Il n'y a pas de consensus sur le choix du bras non dominant



- La pose d'un PICC peut être réalisée :
 - dans une salle à empoussièrement maîtrisé (**bloc opératoire**)
 - en salle de **radiologie interventionnelle**
 - en **réanimation**

Avec un contrôle radiologique à la fin

Longueur ajustable par le poseur

Quand utiliser des cathéters centraux à insertion périphérique?

- Toutes disciplines confondues, un PICC peut être proposé:
 - dès qu'un **abord veineux fiable d'une durée attendue supérieure ou égale à 7 j consécutifs** est nécessaire (à la place d'un accès périphérique), et si la durée du traitement prévue est **inférieure ou égale à 3 mois**, chez l'adulte et l'enfant,
 - chez un patient atteint de thrombopénie ou de neutropénie,
 - chez un patient **refusant** une **chambre implantable** (CCI) ou en cas de **contre-indication** temporaire d'une CCI,
 - chez un **adulte** ou un **enfant** traité à domicile.

Combien de PICC-line sont posés en une année?

Qui les pose?

Plein essor dans les années 90 en Amérique du Nord

Introduction sur l'AP-HM durant la deuxième moitié des années 2000

Dans le monde en 2011, nombre de PICC-Line posés:

- USA 2 500 000
- UK 70 000
- Italie 30 000
- Espagne 15 000
- Scandinavie 13 000
- France 7 000
- Benelux 5 000
- Allemagne 2 000

Geste infirmier

Geste médical, protocole de coopération IADE Lyon
Depuis 4 ans, manipulateurs radio. Aussi
Nombre de pose en augmentation constante

Qu'est ce qu'une infection liée aux cathéters (ILC)?

Présence de **micro-organismes** à la **surface interne** et/ou **externe** du **cathéter** responsable d'une **infection**:

Locale

Infection superficielle (Inflammation cutanée au point de ponction)
Abscess de la loge de la chambre implantée
Cellulite

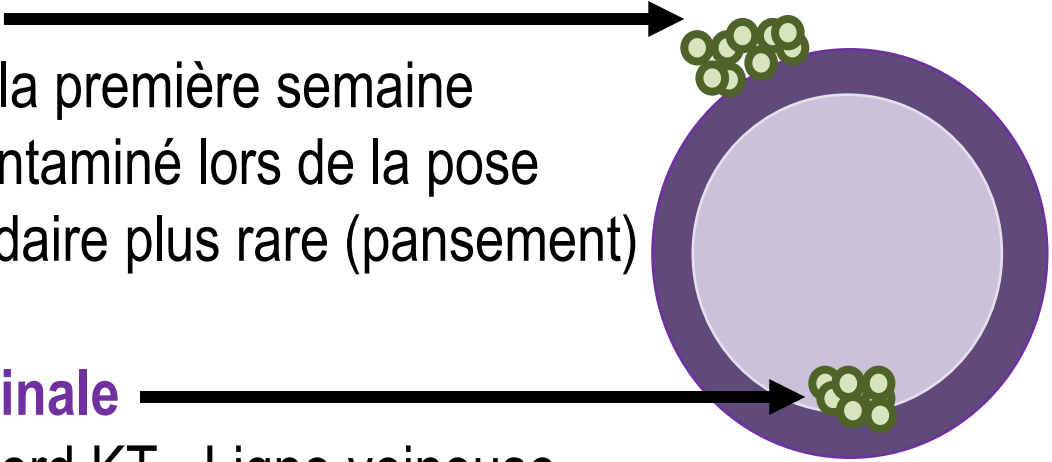

et/ou

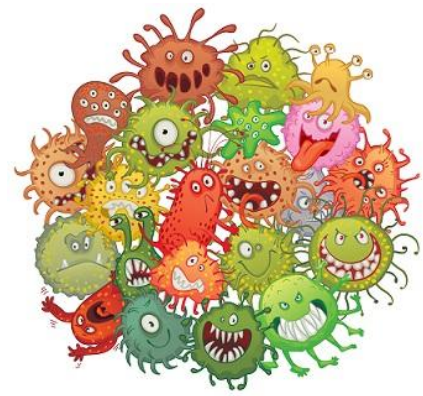
Générale: Bactériémie (Signes systémiques)

Un tiers des bactériémies acquises en réanimation sont liées à une infection de cathéter

Réactualisation de la douzième conférence de consensus de la SRLF :
infections liées aux cathéters veineux centraux en réanimation (2002)

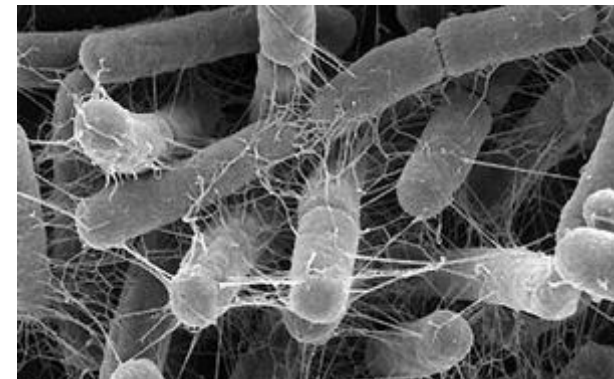
Quelle est la pathogénèse des ILC?

- **Infection extraluminale** 
 - Mécanisme dominant la première semaine
 - Site d'insertion contaminé lors de la pose
 - Contamination secondaire plus rare (pansement)
- **Contamination endoluminale** 
 - Colonisation d'un raccord KT - Ligne veineuse
 - Manipulations septiques (injections, déconnexion...)
 - Flore hospitalière colonisant les mains du personnel soignant
- **Hématogène (<10%)**
 - secondaire à un foyer infectieux à distance
- **Contamination de l'infusat**

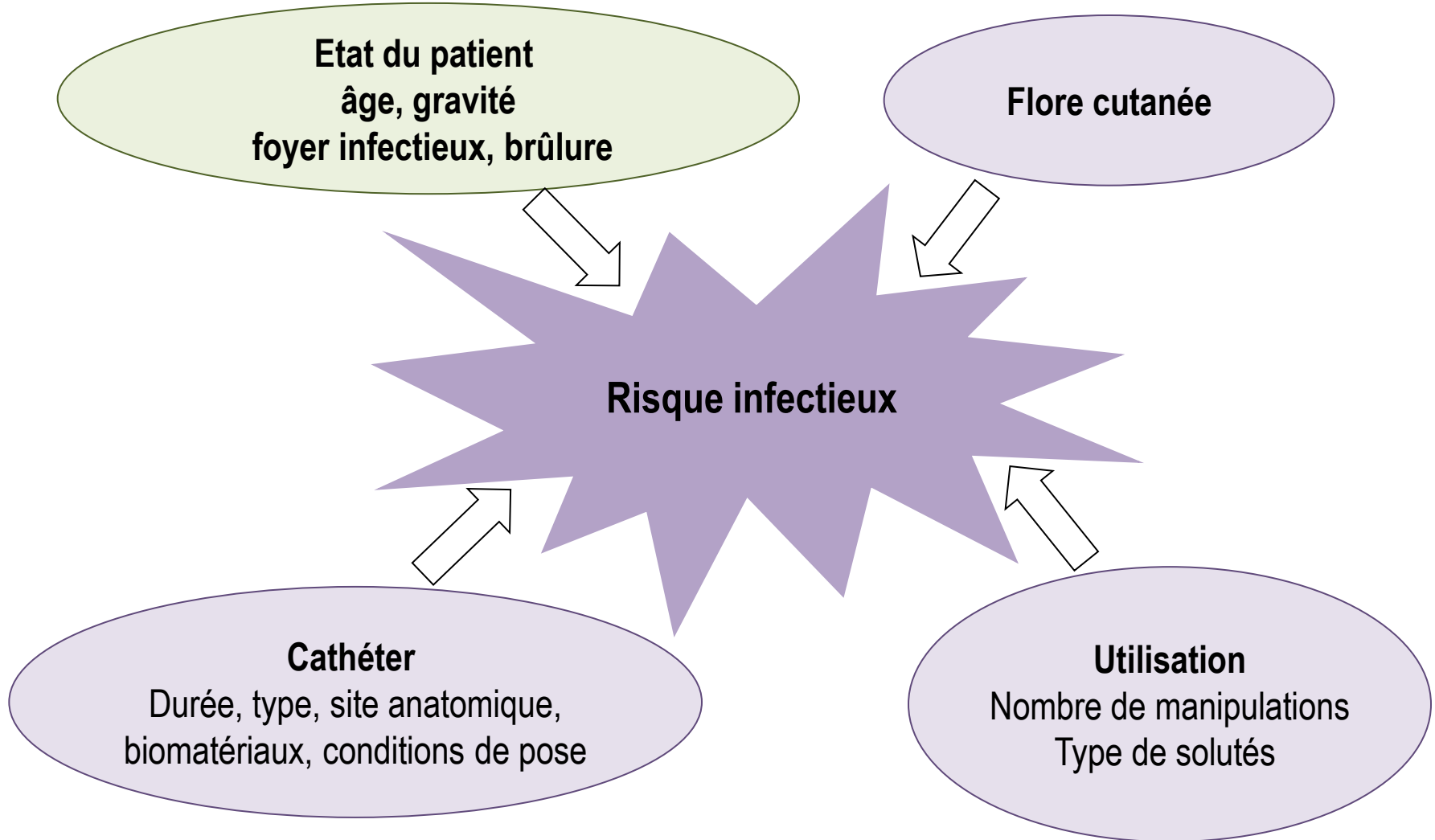


Qu'est-ce que le biofilm?

- Infection sur **matériel inerte** → Constitution d'un **BIOFILM**
 - > apparition dès 24h
 - = Dépôt d'un film protéique et plaquettaire sur le cathéter
 - avec adhésion et accumulation de microorganismes
 - avec production par certaines bactéries de substances
 - polysaccharidiques favorisant l'adhésion (slime)
- **Risque dépendant**
 - de la **durée d'implantation** du KT
 - du **microorganisme**

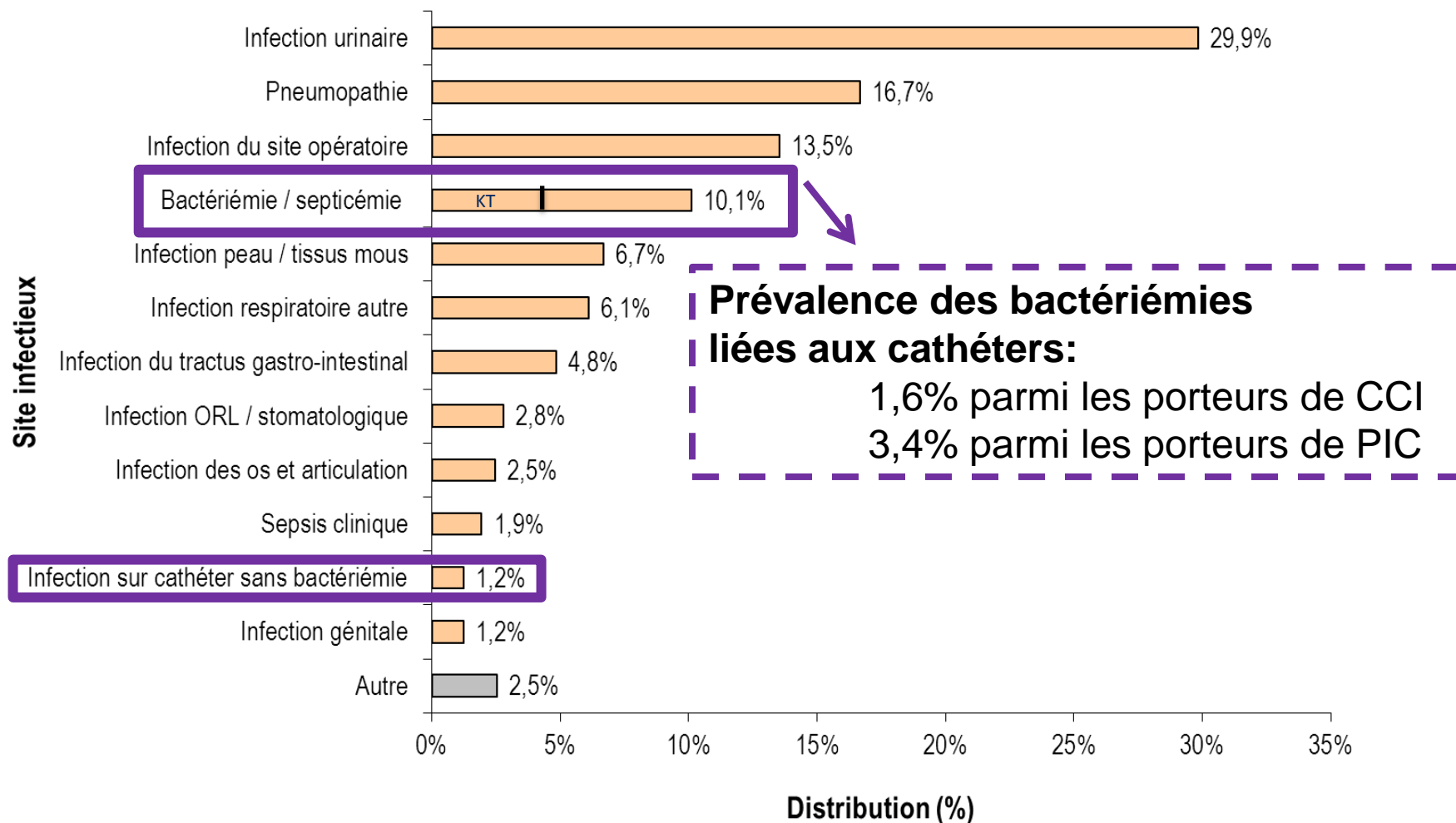


Quels sont les facteurs de risque des ILC?



**Quelle est l'épidémiologie des
infections liées aux cathéters (ILC)
et des bactériémies associées aux cathéters (BAC)?**

Enquête Nationale de Prévalence 2012, INVS : Infections nosocomiales (IN), par site (N=16 024)



Rapport complet disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/enp>

Prévalence des IN par site infectieux et année

Analyse restreinte aux 1 718 ES ayant participé aux deux enquêtes. ENP, France, 2006 et 2012.

Localisation infectieuse	2006 (N=281 661)		2012 (N=266 954)		Evolution (%)
	N	%	N	%	
Infections urinaires	4 807	1,7	3 878	1,5	-14,9
Pneumonies	2 265	0,8	2 501	0,9	16,5
Infections du site opératoire	2 252	0,8	1 981	0,7	-7,2
Peau et tissus mous	1 492	0,5	970	0,4	-31,4
Bactériémie/Septicémie	1 301	0,5	1 496	0,6	21,3
Autres inf. respiratoires	1 008	0,4	891	0,3	-6,7
ORL/stomato.	543	0,2	391	0,1	-24,0
Tractus gastro-intestinal	455	0,2	699	0,3	62,1
Os et articulations	245	0,1	352	0,1	51,6
Inf. ophtalmo.	235	0,1	79	<0,1	-64,5
Inf. systémiques	201	0,1	104	<0,1	-45,4
Inf. génitales	167	0,1	178	0,1	12,5
Infections sur KT sans bactériémie	175	0,1	188	0,1	13,3
Syst. cardio-vasculaire	51	<0,1	137	0,1	183,4
Syst. nerveux central	39	<0,1	46	<0,1	24,4
Sepsis clinique	0	0,0	289	0,1	(-)
Total	15 236	5,4	14 180	5,3	-1,8

Fréquence relative des portes d'entrée de 4 548 bactériémies nosocomiales

RAISIN 2004

Porte d'entrée suspectée	n	%
Urinaire	946	20,8
Foyer digestif	574	12,6
Cathéter central	507	11,1
Pleuro pulmonaire	434	9,5
Cutanée	306	6,7
ISO	249	5,5
Cathéter veineux périphérique	233	5,1
Chambre à cathéter implantable	209	4,6
Autre	208	4,6
Neutropénie sans porte d'entrée	146	3,2
Inconnue chez un patient non neutropénique	706	15,5
Non renseignée	30	0,7

RAISIN. Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales.
Surveillance des bactériémies nosocomiales en France. Résultats 2004. INVS, 2008.

Revue de la littérature

BLC par type de KT

Revue 200 études prospectives: Exprimé en bactériémies/1000 J KT

Type de dispositif vasculaire	Site anatomique d'insertion et spécificités éventuelles	Durée moyenne de maintien habituellement observée ¹	Taux de bactériémie associée au cathéter/1 000 jours d'exposition ²
Cathéter veineux périphérique	Veines de l'avant-bras, de la main ou du pied chez le nouveau-né	Très courte 2 à 4 jours	0,5 [0,2 - 0,7]
Cathéter artériel périphérique	Artère radiale ou fémorale. Monitoring des paramètres hémodynamiques et accès vasculaire pour prélèvements répétés de gaz du sang	Courte	1,7 [1,1 - 2,3]
Cathéter veineux central	Inséré dans des conditions d'asepsie chirurgicale dans la veine sous-clavière, jugulaire interne, ou fémorale	Courte	2,7 [2,6 - 2,9]
Cathéter veineux central de dialyse, non tunnellisé	Insertion fémorale ou jugulaire interne d'un cathéter à double lumière	Courte	4,8 [4,2 - 5,3]
Cathéter veineux central inséré par voie périphérique (PICCline)	Inséré dans la veine basilique ou céphalique, au dessus du pli du coude, sous contrôle radiologique, jusqu'à la veine cave supérieure pour un traitement parentéral de longue durée	Longue (jusqu'à 6 mois)	1,1 [0,9 - 1,3]
Cathéter veineux central tunnellisé (type Canaud,...)	Insertion chirurgicale en vue d'une hémodialyse d'une durée prévisible > 3 semaines dans l'attente éventuelle d'une fistule artérioveineuse fonctionnelle	Longue (jusqu'à 18 mois)	1,6 [1,5 - 1,7]
Chambre à cathéter implantable ou chambre de perfusion veineuse ou « PAC »	Accès veineux profond inséré chirurgicalement pour traitement répété de longue durée > 3 mois, ou veinotoxique ou en absence de capital veineux	Longue (jusqu'à plusieurs années)	0,1 [0,0 - 0,1]

1. Fonction des recommandations, de la nécessité du cathéter et de sa fonctionnalité.

2. Selon Maki et al [11].

Quels sont les enjeux et impacts des ILC?

Enjeu et impact **économique** :

Une infection sur cathéter coûte par infection :

Entre 34 000 à 56 000 \$ aux USA

296 millions à 2,3 milliards \$ par an (CDC, 2002)

Entre 3.000 et 11.000 € en Europe

Prolongation du séjour à l'hôpital de 5 à 20 jours (1 semaine environ)



Etude de l'IRDES

Institut de Recherche et Développement en Economie de la Santé

Estimation du coût de 9 événements indésirables graves
en établissement de santé

(Données PMSI et ENCC 2007, Etude publiée en décembre 2011)

Infection liée aux soins médicaux (**sur cathéter vasculaire**)

4 273 séjours

Durée moyenne de séjour + 14,7 jours

Surcoût moyen 10 800 €

Coût total 46 238 384 €

Enjeu et impact **médical** :

Mortalité des ILC bactériémiques

- 0 à 35% dans la littérature
- Majoration de la mortalité de 4 à 20% (SRLF 2002)
- Risque Relatif (RR) de mortalité à 2,01 (Soufir, ICHE 1999) après ajustement sur les facteurs pronostiques à l'admission (RR à 1,3 à J3)

Enquête mortalité CCLIN Paris-Nord 2002

Mortalité : 2% des décès liés aux IAS sont liés à une infection sur cathéter central ou périphérique

Quels sont les micro-organismes impliqués?

Fréquence relative des microorganismes isolées dans des bactériémies nosocomiales,
À porte d'entrée potentiellement associée à un dispositif invasif, RAISIN 2004

Porte d'entrée (nombre)	<i>Staphylococcus aureus</i>	Staphylocoque à coagulase négative	<i>Escherichia coli</i>	<i>Klebsiella, Enterobacter, Serratia</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Autres
Urinaire (n = 1 009)	7	3	52	15	6	17
Cathéter central (n = 549)	27	40	3	9	5	17
Cathéter veineux périphérique (n = 249)	37	33	4	12	4	10
Chambre à cathéter implantable (n = 229)	17	38	5	11	7	22
Pleuro-pulmonaire (n = 477)	22	9	9	18	14	28

RAISIN. Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales.
Surveillance des bactériémies nosocomiales en France. Résultats 2004. INVS, 2008.

Penser aux *Candida* sp. aussi!

Importance de l'Hygiène des mains +++

- Une évidence depuis le milieu du XIXème siècle
- Une **compliance** de 23,1% à 64,5% diminue de:
77% la survenue d'**ILC** avec **bactériémie** (Rosenthal, American Journal Infection Control 2005)
- Gants stériles seuls + champs stériles « petits » :
 - 6 fois plus de bactériémies sur ILC,
 - 3 fois plus de colonisation (microorganismes cutanés)

Cathéters vasculaires périphériques

(CVP)

Comment prévenir les infections sur cathéter périphérique?

Ne pas laisser en place un cathéter veineux périphérique

Plus de 72 – 96 heures

Afin de réduire le risque d'infection ou de phlébite

Comment prévenir les infections sur cathéter périphérique?

1. Stop orders

- **Prescription médicale limitée** dans le **temps**
- Par exemple, un cathéter périphérique est prescrit pour 3 ou 4 jours
 - Il sera donc systématiquement retiré à la fin de cette période

2. Reminder

- **Système** qui **rappelle quotidiennement** au médecin et à l'infirmière qu'un dispositif médical est présent

Meddings J. et al. Systematic review and meta-analysis. CID 2010;51:550-560

3. Check-list de l'insertion des cathéters périphériques

- **Éléments à valider:**

- Evaluation du **besoin** d'un cathéter périphérique+++
- **Hygiène** des **mains** avec une **solution hydro-alcoolique** et port de **gants stériles** et non talqués avant de réaliser la procédure et après retrait des gants
- Désinfection de la peau (2 temps si macroscopiquement propre ou 4 temps) en laissant à l'antiseptique le temps de sécher
- **Insertion aseptique** du cathéter sécurisé
- **Fixation** du cathéter
- Couverture du cathéter par un **pansement transparent**
- **Date** et heure de pose du cathéter placés **sur le pansement**

4. Check-list de l'entretien des cathéters périphériques

- Effectuer une **friction** avec une **solution hydro-alcoolique avant** et **après** tout contact avec le patient, avant toute manipulation de la ligne veineuse, site d'injection
- Vérifier **quotidiennement** si le **cathéter** est toujours **nécessaire**
 - Si ce n'est pas le cas le cathéter doit être enlevé
- **Examen** du site d'insertion au moins **1 fois / jour** pour rechercher des signes d'**infection**
- Un **pansement transparent, intact, adhérent** et **sec** doit être présent
- Les **tubulures** doivent être **remplacées** immédiatement après administration de sang ou de produits sanguins et toutes les 72 heures pour les autres produits
- **Manipulation** de la ligne veineuse, raccords, sites d'injection à l'aide de **compresses stériles imbibées d'antiseptique alcoolique**
- Les **cathéters périphériques** doivent être **retirés**:
 - après **72 à 96 heures ou plus tôt s'ils ne sont plus utiles**.

Exemple de check-list « cathéters périphériques »



CHECK LIST : CATHETER VEINEUX PERIPHERIQUE

Etiquette patient

Service : _____

Date de retrait : __/__/__

Pose du cathéter périphérique

DATE DE POSE	HYGIENE DES MAINS 1	GANTS 2	PREPARATION CUTANEE 3	PANSEMENT 4
	<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

Surveillance du cathéter périphérique

JOUR	HYGIENE DES MAINS 1	UTILITE DU CATHETER 2	INSPECTION DU SITE 3	PANSEMENT 4	ACCES AU CATHETER 5	CHANGEMENT DE TUBULURE 6	REMPLACEMENT DU CATHETER 7
J1	<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	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J2	<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	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J3	<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	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J4	<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	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Prévention des AES

- Collecteur à OPCT à 50 cm
- Dispositif médical sécurisé
- Port de gants
- Elimination immédiate du matériel de ponction



Commentaires :

Cathéters centraux

Quel est l'impact des bactériémies associées aux cathéters centraux (BAC)?

- BAC cause majeure de morbidité et de mortalité
 - Mortalité attribuable > 35%
 - Allongement moyen de la durée de séjour: 24 jours
- Utilisation de cathéter central, facteur de risque important de bactériémie
- > 250.000 BAC aux Etats-Unis chaque année

Pittet et al. JAMA 1994; 271 1598-1601.

Klevens et al. Public Health Reports 2007;122:160-6.

Quels sont les facteurs de risque modifiables?

Caractéristiques	Hiérarchie des facteurs de risque
Insertion	Urgence > programmée
Formation du poseur	Générale > spécialisée
Site d'insertion	Fémoral > jugulaire > sous-clavier
Antisepsie cutanée	70% alcool, 10% povidone-iodine > 2% chlorhexidine?
Catheter lumens	Multicanal > canal unique
Durée d'utilisation du cathéter	Risque augmente en fonction de la durée
Barrière	Submaximal > maximal
Biomatériaux	Téflon et PVC > polyuréthane et silicone

Quelles stratégies de prévention?

- Michigan Keystone Project
- Diminution de 66% des BAC dans 103 réanimations de l'état du Michigan
- Interventions:
 - Hygiène des mains
 - Barrière maximale lors de l'insertion
 - Antisepsie cutanée à la chlorhexidine alcoolique
 - Eviter le site fémoral
 - Retirer les cathéters inutiles
 - Utilisation des check-lists
 - Promotion de la sécurité des patients

Retirer les cathéters inutiles

- 9% des cathéters centraux inutiles
- Evaluer quotidiennement l'utilité des cathéters et retirer sur le champ les cathéters inutiles
- Le personnel infirmier doit être encouragé à signaler aux médecins les cathéters inutiles
- Utiliser de préférence des cathéters périphériques

Hygiène des mains

- Socle de la prévention des BAC lors de l'insertion et de l'entretien du cathéter
- Interventions:
 - Assurer l'accès **facile** aux **solutions hydro-alcooliques** et à des lavabos
 - **Former** le personnel soignant et les patients
 - Réaliser des **audits** de bonne pratique de l'hygiène des mains, particulièrement avant et après contact avec des cathéters centraux
 - **Restitution** la plus rapide possible des résultats de l'**audit (Formation!)**

« Evidence based »

Mesures de prévention des infections

- Enlever les cathéters inutiles
- Pratiquer l'hygiène des mains
- Utiliser les « maximal barrier precautions »
- Utiliser la chlorhexidine alcoolique pour l'antisepsie de la peau
- Eviter d'insérer des cathéters en site fémoral

« Maximal barrier precautions »

- Pour le soignant:

- Hygiène des mains
- Cheveux couverts et port de masque
- Gants et surblouse stériles

- Pour le patient:

- Couvrir la tête et le corps du patient avec un champ stérile

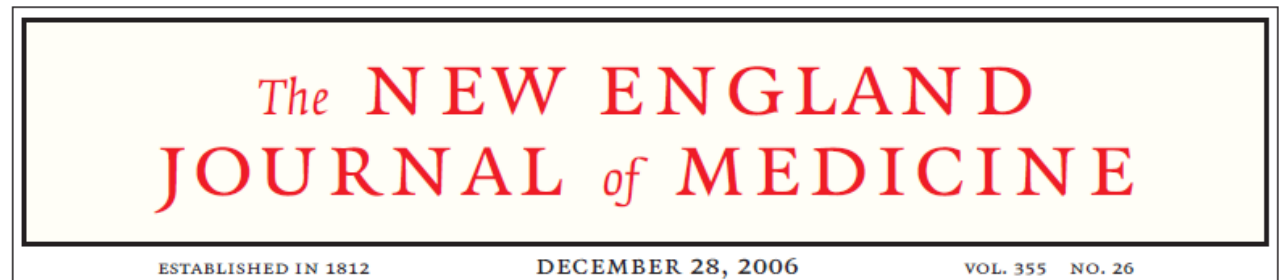
Genèse des check-lists en réanimation

- Les soins sont des procédures souvent complexes
- Un patient en réanimation fait l'objet de 178 actes pendant 24 heures
- Observations montrent qu'infirmières et médecins font 1% d'erreurs soit 2 erreurs par jour et par patient
- Analogie avec l'aviation pour laquelle des check-lists ont été développées

Qu'est-ce que la check-list?

- Opération consistant à vérifier méthodiquement les étapes nécessaires d'une procédure pour qu'elle se déroule avec le maximum de sécurité
- Cette opération se déroule généralement à voix haute et/ou en cochant une liste écrite de procédure

Exemple:



An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU

Peter Pronovost, M.D., Ph.D., Dale Needham, M.D., Ph.D., Sean Berenholtz, M.D., David Sinopoli, M.P.H., M.B.A., Haitao Chu, M.D., Ph.D., Sara Cosgrove, M.D., Bryan Sexton, Ph.D., Robert Hyzy, M.D., Robert Welsh, M.D., Gary Roth, M.D., Joseph Bander, M.D., John Kepros, M.D., and Christine Goeschel, R.N., M.P.A.

Check-list proposée

- Pour la pose des **cathéters centraux** les mesures de prévention à mettre en place et à cocher sont:
 - **Hygiène** des **main**s
 - **Barrière stérile maximale**
 - Antisepsie de la peau avec de la chlorhexidine
 - Non-utilisation du site fémoral
 - **Retrait rapide** des cathéters qui ne sont plus indispensables

Stratégie d'évaluation

- 28 unités de soins intensifs de l'état du Michigan
- 1981 mois de données
- 357 757 jours avec cathéters
- 1 médecin et 1 infirmière désignée comme « team leader » chargés de former le personnel et de récolter les données
- Utilisation de la check-list de l'hôpital John Hopkins

Diminution des taux d'infections++++

Table 3. Rates of Catheter-Related Bloodstream Infection from Baseline (before Implementation of the Study Intervention) to 18 Months of Follow-up.*

Study Period	No. of ICUs	No. of Bloodstream Infections per 1000 Catheter-Days				
		Overall	Teaching Hospital	Nonteaching Hospital	<200 Beds	≥200 Beds
		<i>median (interquartile range)</i>				
Baseline	55	2.7 (0.6–4.8)	2.7 (1.3–4.7)	2.6 (0–4.9)	2.1 (0–3.0)	2.7 (1.3–4.8)
During implementation	96	1.6 (0–4.4)†	1.7 (0–4.5)	0 (0–3.5)	0 (0–5.8)	1.7 (0–4.3)†
After implementation						
0–3 mo	96	0 (0–3.0)‡	1.3 (0–3.1)†	0 (0–1.6)†	0 (0–2.7)	1.1 (0–3.1)‡
4–6 mo	96	0 (0–2.7)‡	1.1 (0–3.6)†	0 (0–0)‡	0 (0–0)†	0 (0–3.2)‡
7–9 mo	95	0 (0–2.1)‡	0.8 (0–2.4)‡	0 (0–0)‡	0 (0–0)†	0 (0–2.2)‡
10–12 mo	90	0 (0–1.9)‡	0 (0–2.3)‡	0 (0–1.5)‡	0 (0–0)†	0.2 (0–2.3)‡
13–15 mo	85	0 (0–1.6)‡	0 (0–2.2)‡	0 (0–0)‡	0 (0–0)†	0 (0–2.0)‡
16–18 mo	70	0 (0–2.4)‡	0 (0–2.7)‡	0 (0–1.2)†	0 (0–0)†	0 (0–2.6)‡

* Because the ICUs implemented the study intervention at different times, the total number of ICUs contributing data for each period varies. Of the 103 participating ICUs, 48 did not contribute baseline data. P values were calculated by the two-sample Wilcoxon rank-sum test.

† P≤0.05 for the comparison with the baseline (preimplementation) period.

‡ P≤0.002 for the comparison with the baseline (preimplementation) period.

Autres données chiffrées des Etats Unis

- **Entre 2001 et 2009:**
 - 25 000 bactériémies sur cathéters centraux en réanimation ont été prévenues grâce à une diminution de l'utilisation des cathéters
 - 6 000 vies ont été sauvées
 - 414 000 000 \$ économisés

Source: MMWR 4 mars 2011. Vital Signs: Central lines-associated blood stream infections. USA, 2001, 2008 and 2009

Utilisation des check-lists

- Les check-lists ont été étendues à:
 - La **maintenance** des **cathéters centraux**
 - **L'insertion** et la **maintenance** des cathéters périphériques
 - **L'insertion** et la **maintenance** des sondes urinaires
 - Les **précautions complémentaires**
- Les check-lists sont **utilisées** en **routine** aux Etats Unis, en Angleterre et dans d'autres pays européens

Cathéters centraux à insertion périphérique

(PICC ou PICC-Line)

= Peripheral Inserted Central Cathéter

Comment prévenir les infections lors de la pose du PICC?

- La pose d'un PICC est réalisée dans des **conditions d'asepsie chirurgicale**:
 - Hygiène des mains
 - Habillage de l'opérateur
- Le patient bénéficie d'une **préparation cutanée adaptée** aux recommandations de la SFH:
 - Préparation préopératoire
 - Modalités de dépilation
 - Champs larges
 - Antiseptique alcoolique
 - Respect des temps...
- Le patient porte un **masque chirurgical** et une **coiffe**

Comment prévenir les infections lors de l'entretien du PICC?

- Le **pansement initial** protégeant le site d'insertion du PICC est **stérile** et **absorbant**
en raison des exsudations ou saignements à la pose
- Une **désinfection** des **mains** par **friction**
avec un **produit hydro-alcoolique** est réalisée
avant toute manipulation du pansement
- Toutes les **compresses** utilisées pour les manipulations
doivent être **stériles**

Comment prévenir les infections lors de l'entretien du PICC?

- Le point d'insertion et le système de fixation du PICC sont protégés (clamp exclus) par un **même pansement stérile**
- Le **pansement** doit être **suffisamment grand**
 - pour assurer l'**étanchéité** et le **maintien**
- L'emploi d'un **pansement transparent semi-perméable stérile**
 - répondant à la norme EN 13726-2 est préférable
 - car il permet l'inspection du site de ponction
- En cas d'usage discontinu, l'extrémité du cathéter est protégée
 - par un dispositif stérile et protégeant de l'arrachage
- En cas d'usage continu, la connectique de la ligne veineuse est protégée
 - par un pansement stérile

Quelle est la fréquence des pansements du PICC ?

- 24 heures après la pose si compresse ou Mépore* à l'insertion (visibilité du point de ponction)
- Réfection tous les 8 jours
- Sans délai si pansement décollé, souillé, humide ou sanglant



Comment manipuler les lignes du PICC?

- 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

Surveillance clinique et traçabilité du PICC++

- La **traçabilité** est une **obligation légale** quel que soit le lieu de prise en charge du patient porteur de PICC
- La traçabilité/compte rendu de la pose du PICC s'appuie sur le **dossier du patient** ET la **fiche de suivi** ou le **carnet de surveillance**
- En établissement de santé (HAD compris), la traçabilité des soins s'appuie sur le dossier patient ET la fiche de suivi ou carnet de surveillance
- Pour le patient à domicile, la traçabilité des soins s'appuie sur la fiche de suivi ou carnet de surveillance

PICC: Education du patient nécessaire

- Porter des manches amples
- Eviter les charges lourdes au niveau du bras
- Douche déconseillée sauf si « protège plâtre » de bras
- Risque de retrait inopiné

Complications des PICC-Line

- Marseille AP-HM 2006-2007

Tableau I

Type de complications au cours du suivi des PICCs (127).

Type de complication	Nombre	Taux en %
Complications mécaniques	14	11 %
Occlusion du PICC	9	7 %
Rupture du PICC	2	1,6 %
Retrait accidentel du PICC	3	2,4 %
Complications organiques	7	5,5 %
Infection du PICC	4	3,1 %
Thrombose veineuse	3	2,4 %
TOTAL	21	16,5 %

Évaluation prospective des complications des PICCs

V Vidal , C Muller, JM Bartoli

J Radiol 2008;89:495-8

- Bordeaux 2010-2011

Suivi prospectif de 7 mois

267 PICC dont 200 suivis jusqu'à l'ablation

Médiane maintien: 17 j

Antibiothérapie 68% / Chimiothérapie 9%

Retrait prématuré: 68 soit 34%

Obstruction: 16

Retrait accidentel: 14

Thrombose: 5

Autre problème cutané: 9

Inconnu: 4

Infection prouvée/probable: 20 (10%), dont:

ILC: 0,64/1000JKT

BLC: 0,86/1000JKT

- Clermont Ferrand 2012/2013

Suivi prospectif de 6 mois

204 PICC/5116 Jours cathéters

Durée moyenne 21,1 jours

194 PICC retirés / 58 pour complications

ILC: 0,39 /1000JKT (0,98%)

BLC: 0,98 /1000JKT (2,5%)

Autres

35 PICC obstrués dont 12 retraits

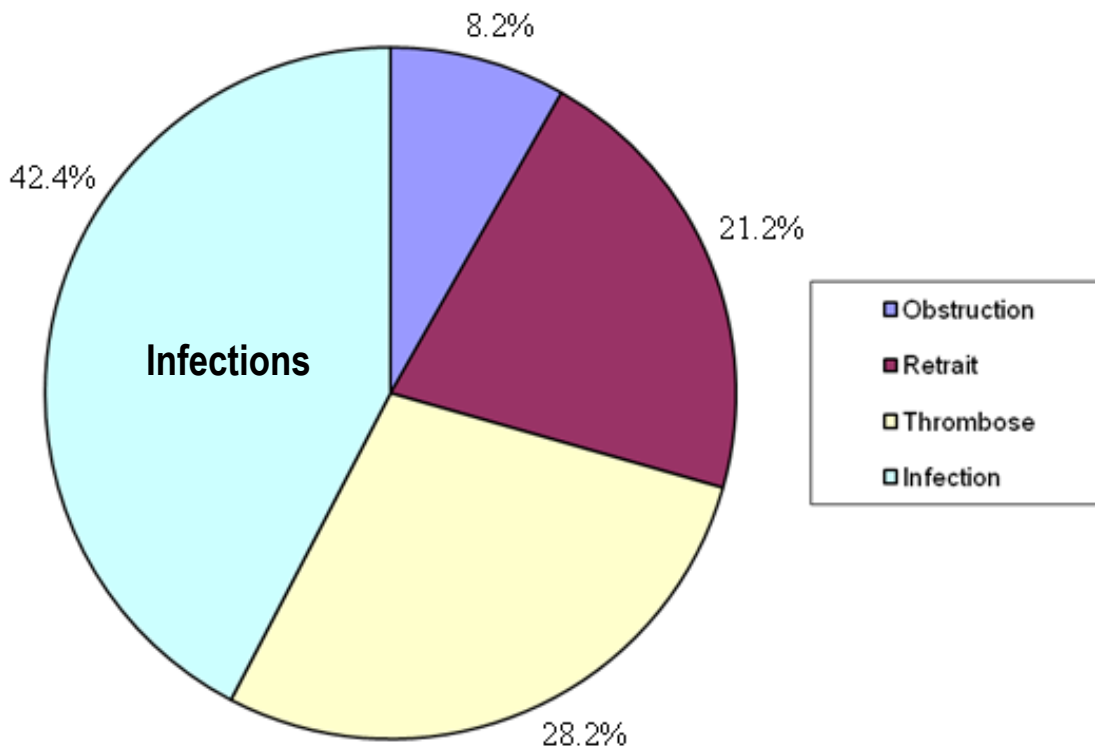
18 retraits involontaires

-Centre Becquerel Haute-Normandie

495 PICC : 192 Hématologie, 303 Oncologie (452 patients)
Indication: chimiothérapie

Complications: 17.2% des PICC-Line

Types de complications



Microorganismes retrouvés

Staphylococcus aureus 44%
Staph. à coag. Négative 13%
Escherichia coli 13%
Pseudomonas aeruginosa 10%

David M. Congrès SF2H 2014

Résultats Etude AP-HM

Incidence / an Bactériémie liée au PICC-line :

2010 : 39 / 1330 soit 2.93 %

2011 : 59 / 1547 soit 3.81 %

2012 : 47 / 1655 soit 2.83 %

2013 : 29 / 1600 soit 1.81 %

2014 : 28 / 1859 soit 1.50 %

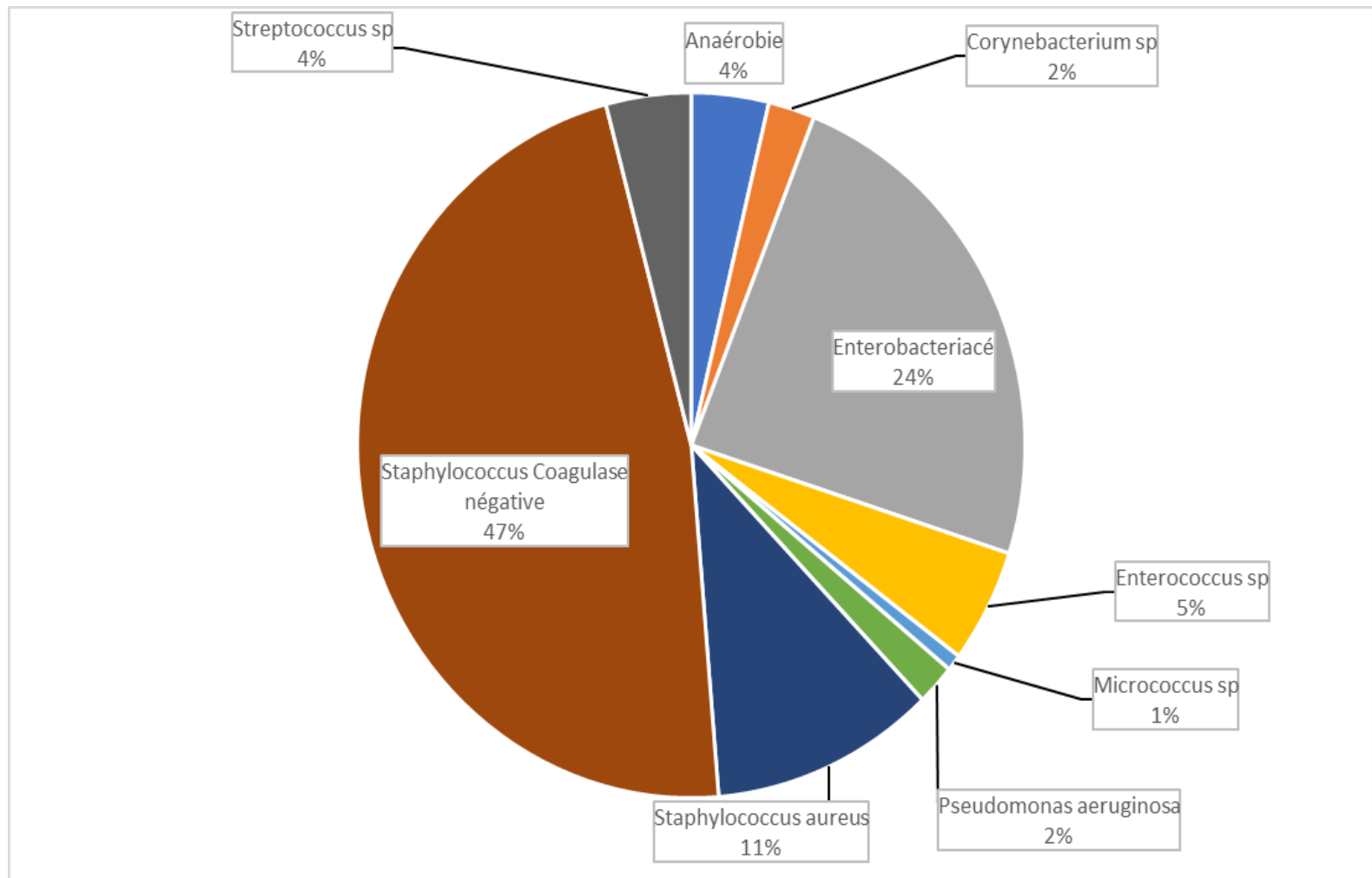
2015 : 22 / 1748 soit 1.25 %

2016 : 34 / 1595 soit 2.13 %

Global : 258 / 11 334 soit 2.27 %

Bactériologie

Bactéries identifiées parmi les cas de bactériémies sur PICC-line de 2010-2016



Quel traitement pour les infections sur PICC-Line?

- Antibiothérapie
- Monitoring de progression de l'infection

→ Ablation du cathéter

Comment retirer un PICC-Line?

- Ablation comme un cathéter périphérique

Procédure indolore

- A l'hôpital ou à domicile

Médecin ou infirmière entraînée pour pouvoir gérer les complications

- Résistance due à un spasme veineux

Ne pas forcer sur le cathéter

- Mesurer le cathéter et comparer sa longueur

Examen du bout du cathéter

- Compression du point de ponction avec une compresse stérile

Pansement pendant 24 heures

Chambre à Cathéter Implantable (CCI)

Port-à-Cath (PAC)

Quels sont les facteurs de risque de survenue des infections sur CCI?

- **Le poseur :**

Qualité technique et aseptique de la pose, nature du biomatériel utilisé

- **Le manipulateur :**

Asepsie de manipulation, durée du cathétérisme, nbre de manipulations et manipulateurs

- **Le patient :**

Pathologie initiale (hémopathie, VIH), niveau de gravité, aplasie, infections intercurrentes, âge, hygiène...

- **Les traitements :**

Nature des traitements utilisés (aplasiant), nutrition parentérale

Quelles sont les infections sur chambre implantable?

Locorégionales ou générales

Circonstances de la contamination du CCI:

Lors de sa **pose**

Infections précoces lors des premier mois d'utilisation

Lors des **ponctions** de la **chambre**

Lors de la **manipulation** des **tubulures** et des **raccords** par le personnel soignant

Infections tardives, après plusieurs mois d'utilisation

Comment définir les infections sur CCI????!!

- Témoin d'une infection locale:

Pour certains:

Un seul signe d'inflammation (rougeur ou œdème supérieur à 2 cm de diamètre) suffit

Pour d'autres:

L'association de plusieurs signes cliniques est nécessaire

- Définition de bactériémie liée au cathéter comprend:

Pour certains:

Tous les sepsis liés au CCI (définition clinique)

Pour d'autres:

Uniquement les septicémies dont le diagnostic repose sur les hémocultures quantitatives (définition microbiologique)

Etude observationnelle prospective à Paris, de 2009 à 2010

- 1728 PAC → 72 infections sur PAC (4,2%) et **2 endocardites** (0,12%)
- PAC : haut taux de morbidité : **18% de choc septique ou sepsis sévère** (mortalité à 12 semaines: 46%)

TABLE 2. Characteristics and Microbiologic Data of 72 Episodes of TIVAP-Related Infection

Infection Characteristic	Value
Timing of infection	
Time since catheter insertion, d, median [range]	135 [6–1406]
Time since last antineoplastic chemotherapy, d, median [range]	16 [3–1234]
Nosocomial acquisition of this infection, n (%)	29 (40)
Laboratory and microbiologic characteristics	
PMN cells/mm ³ , median [range]	5915 [200–55,000]
CRP level, mg/L, median [range]	76 [2–451]
Neutropenia, n (%)	2 (3)
Polymicrobial infection, n (%)	7 (10)
Time to positivity of the first blood culture, h, median [range]	11 [3–24]
Management data	
Catheter removal, n (%)	46 (64)
Delay between day 0 and catheter removal, d, median [range]*	1 [0–30]
Use of systemic antibiotics, n (%)	63 (88)
Use of antibiotic lock therapy, n (%)	28 (39)
No appropriate antibiotic as initial regimen, n (%)	19 (26)
Delay between day 0 and appropriate systemic antibiotics, d, median [range]	0 [0–12]
Delay between first clinical symptoms and appropriate systemic antibiotics, d, median [range]	2 [0–22]

*Day 0 was defined as the first day of clinical suspicion of TIVAP-related infection.

TABLE 5. Microorganisms Responsible for TIVAP-Related Infections, Present and Previous Reports

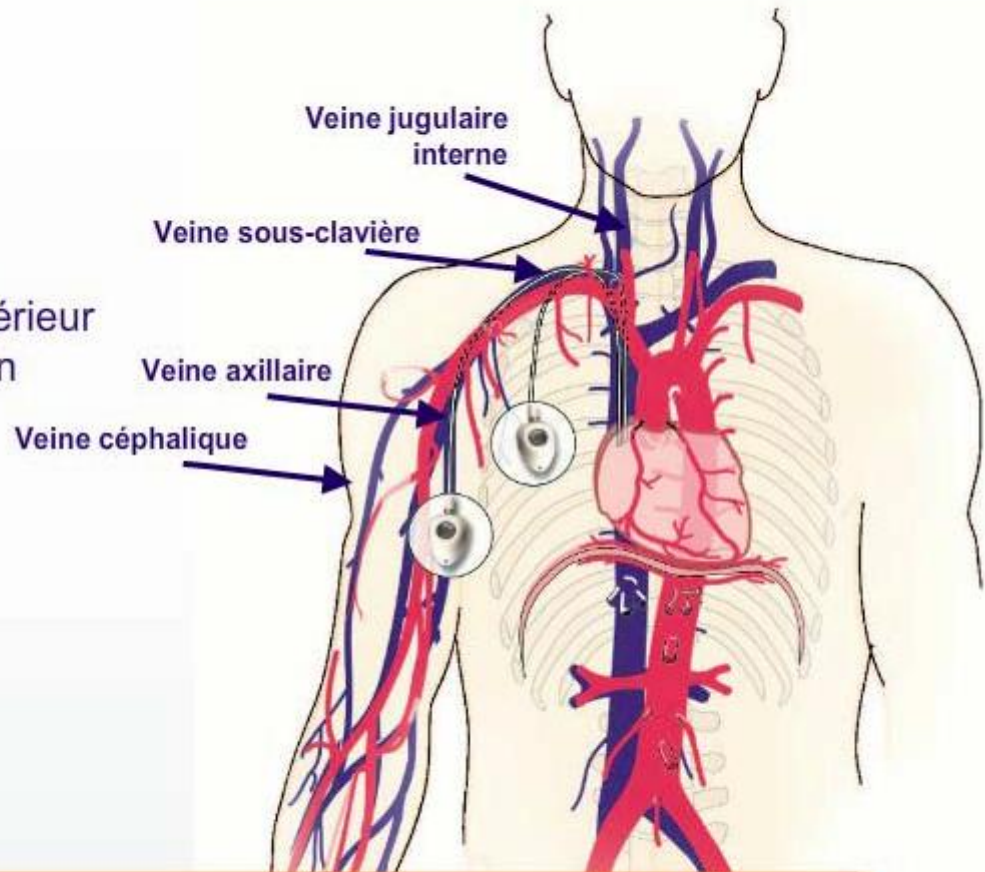
Microorganism	Present Report (N = 83)	Previous Reports First Author (Ref)						
		Samaras ⁵⁶ (N = 9)	Adler ¹ (N = 113)	Chang ¹⁴ (N = 30)	Kuizon ³³ (N = 23)	Sotir ⁵⁹ (N = 45)	Groeger ²⁸ (N = 29) ¹	Mueller ⁴² (N = 14)
Gram-positive cocci								
Coagulase-negative staphylococci, n (%)	24 (29)	4 (44)	52 (46)	6 (20)	6 (27)	10 (22)	17 (57)	5 (36)
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	15				3			3
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	2							2
<i>Staphylococcus schleiferi</i>	1							
<i>Staphylococcus lugdunensis</i>	1							
<i>Staphylococcus capitis</i>	1							
Non-characterized CoNS	4				3			
<i>Staphylococcus aureus</i> , n (%)	16 (19)	2 (22)		3 (10)	9 (39)	11 (24)	2 (7)	1 (7)
<i>Enterobacteriaceae</i> , n (%)	19 (23)	1 (11)	20 (18)	3 (10)	3 (13)	12 (27)	3 (10)	3 (21)
<i>Escherichia coli</i>	5		7	1	2	3		1
<i>Proteus mirabilis</i>	1		1			1		
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4		9	1	1	4		1
<i>Citrobacter koseri</i>	1							
<i>Enterobacter cloacae</i>	5							
<i>Morganella morganii</i>	1					1		
<i>Citrobacter freundii</i>	1							1
<i>Pantoea agglomerans</i>	1							
Other <i>Enterobacteriaceae</i>	0		3	1		3		
Aerobic Gram-negative rods, n (%)	10 (12)	1 (11)	9 (8)	8 (27)	3 (13)	6 (13)	1 (3)	2 (14)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	7	1	7	4	3	3	1	2
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	2		2	2				
<i>Acinetobacter baumannii</i>	1			2		3		
Yeast, n (%)	6 (7)		6 (5)	7 (23)			1 (3)	1 (7)
<i>Candida albicans</i>	4			6			1	
<i>Candida parapsilosis</i>	1							
<i>Candida kefyr</i>	1							
Other yeast	0			1				1
Other, n (%)	8 (10) ²	1 (11) ³	26 (23) ⁴	3 (10) ⁵	2 (9) ⁶	6 (13) ⁷	5 (17) ⁸	2 (14) ⁹

Quelles sont les conditions de pose d'1 CCI?

- Acte opératoire programmé, exécuté par un opérateur entraîné ou encadré
- Pose réalisée dans une salle à empoussièrement maîtrisé dans des conditions d'asepsie chirurgicale
- Préparation du site opératoire avant la pose selon les recommandations en vigueur et le protocole de l'établissement pour toute intervention chirurgicale :
 - Hygiène corporelle (douche \pm shampooing)
 - Dépilation chimique ou à la tondeuse (uniquement si nécessaire)
 - Préparation du site opératoire avec un antiseptique alcoolique

> Localisation possible

- L'accès veineux privilégié est le système cave supérieur.
- L'accès dans le système cave inférieur est proposé en deuxième intention car majeure le risque infectieux et thrombotique.



R11 Un accès veineux dans le système cave supérieur doit être privilégié sauf en cas de tumeur médiastinale comprimant la veine cave supérieure (Accord fort).

Comment prévenir les infections sur CCI?

Prévention du risque infectieux (CLIN AP-HM):

- Indications d'utilisation d'un CCI?
- Hygiène des **mains**
 - Friction à la **solution hydro-alcoolique avant et après toute manipulation**
- Tenue du soignant et du patient
- Gestion du CCI
 - Pose du gripper sécurisé
 - Manipulation de la voie veineuse
 - Retrait de l'aiguille
- Surveillance
- Entretien
- Traçabilité

Quelle tenue mettre?

Respect des précautions standard tout au long du soin

Le soignant, tenue propre et adaptée au secteur d'activité

Port du masque chirurgical **systématique** pour le **soignant** et le **patient**

Si patient aplasique ou neutropénique coiffe plus surblouse pour le soignant et une coiffe pour le patient

Port de gants stériles lors de la pose de perfusion sur CCI

Comment poser une perfusion sur CCI? (respect du système clos)

Antisepsie en 5 temps

4 premiers temps d'antisepsie de la peau réalisés à main nue

nettoyage avec une solution antiseptique moussante

rinçage à l'eau stérile à usage unique

essuyage avec des compresses stériles

antisepsie avec une solution antiseptique dermique alcoolique (2 applications) et laisser sécher

Avec une seringue remplie de sérum physiologique **purger le système aiguille sécurisé + robinet / prolongateur (avec gants stériles)**

Passer une **2ème couche d'antiseptique dermique alcoolique**, laisser sécher

Mettre le champ stérile troué (avec gants stériles)

Manipulation de la ligne veineuse et du site, compresses stériles imbibées d'antiseptique dermique alcoolique **(avec gants stériles)**

Pansement occlusif

Quelles gestion et manipulations de la ligne veineuse?

Changement des tubulures et rampes

Toutes les 72 heures

et

De façon systématique après l'administration de produits sanguins labiles ou soluté lipidiques

Pas d'indication de verrou antibiotique, ni anticoagulant

Quand et comment retirer l'aiguille?

Effectuer à la fin du traitement et/ou au plus tard

- tous les 7 jours maximum (perfusion continue)
- toutes les 72 h si patient HIV

Hygiène des mains par friction à la SHA et utilisation de gants non stériles

Application d'un antiseptique dermique alcoolique

Pression positive sur le piston de la seringue

Verrouillage après retrait du système de sécurité

Pose d'un pansement stérile (24h)

Surveillance, entretien et traçabilité++

Surveillance quotidienne du point de ponction

- douleur
- rougeur
- œdème
- écoulement

Réfection du pansement tous les 5 à 7 jours ;
toutes les 72 heures chez le patient HIV ; systématique si pansement décollé ou souillé

Rinçage de la chambre à l'aide d'une seringue remplie de sérum physiologique après retrait de l'aiguille

Purge de la ligne veineuse à chaque pose de perfusion

Traçabilité écrite sur le dossier de soin et livret CCI

LES DIX COMMANDEMENTS DE LA CCI

- 1.** Au geste réalisé, ta tenue tu adapteras.
- 2.** Une aiguille de Huber de type II, sécurisée tu choisiras et tous les 8 jours tu la changeras.
- 3.** A réaliser une préparation cutanée du site de ponction en quatre temps tu veilleras.
- 4.** Le septum avec l'aiguille de Huber tu traverseras sans écraser la pointe de l'aiguille et les points de ponction tous les 8 jours tu varieras.
- 5.** Un pansement stérile, occlusif, semi perméable et transparent tu appliqueras.

- 6.** Une seringue d'un volume supérieur ou égal à 10 ml tu utiliseras.
- 7.** Toute manipulation avec des compresses stériles imprégnées d'antiseptique alcoolique tu effectueras.
- 8.** Le retrait de l'aiguille en pression positive tu feras.
- 9.** Un rinçage pulsé après chaque utilisation tu réaliseras.
- 10.** Tout acte, tout problème, sur le carnet de surveillance et le dossier du patient tu traceras.

Quel traitement pour les infections sur CCI?

- Question centrale: GARDER ou ENLEVER la CCI ?
- Tient compte de:
 - Microorganisme isolé
 - Levures: Ablation indiscutable
 - S. aureus*, *P. aeruginosa*, autres bacilles Gram nég. non fermentant: Ablation recommandée
 - Staph. coag.neg (sauf *S. lugdunensis*), entérobactéries, entérocoques: Maintien possible avec verrou
 - La présentation clinique initiale: complications ou non?
 - « Situation carcinologique » du patient
- Moyens thérapeutiques autres ? Verrou antibiotique?

Quelle est la place des verrous antibiotiques dans le traitement des ILC?

- Nombre d'études en soins intensifs : 0
- Verrous à la Vancomycine versus Héparine :
 - Diminution significative de la colonisation et des ILC
 - Ne diminue pas le nombre total de bactériémie chez Carratala (patients cancéreux recevant une chimiothérapie neutropénique)
 - Cathéter en place en moyenne entre 137 et 350 jours

(Carratala, Antimicrob Agents Chemother 1999 et Safdar, Clin Infect Dis 2006)

Est-ce qu'il existe d'autres moyens de prévention des infections liées aux cathéters?

Quelle place pour les cathéters imprégnés?

(Chlorhexidine- Sulfadiazine argent)

Recommandations SRLF 2002 :

- L'utilisation de **cathéters imprégnés d'agents anti- infectieux** n'est **pas recommandée en première intention**.
- Utilisation de cathéters imprégnés est à **réserver aux unités où l'incidence des ILC demeure élevée** malgré l'implantation et/ou le renforcement des mesures préventives recommandées qui ne font pas appel aux anti-infectieux.
 - **Persistance d'un risque d'ILC élevé**
 - Patient avec un abord veineux limité avec une ILC récurrente ou un antécédent d'ILC
- L'utilisation de cathéters imprégnés d'antibiotiques est conditionnée par des études complémentaires (point non résolu)

Quelle place pour l'antibioprophylaxie?

Van de Wetering, Cancer Treatment Review 2005
(Revue Cochrane) :

AUCUNE

Utilisation judicieuse des dispositifs médicaux!

- La présence de **dispositifs invasifs** favorise la **colonisation bactérienne**
- Plus un dispositif invasif reste en place longtemps plus le risque infectieux est grand!
 - Impossible d'éradiquer une bactérie colonisant un corps étranger
 - **Antibiotiques: risque** de sélection des **bactéries résistantes**
 - Cathéters périphériques: risque infectieux élevé après 3 à 4 jours
- **Recommandations:**
 - Réfléchir à la nécessité d'utiliser des dispositifs invasifs
 - Prescriptions limitées dans le temps
 - Evaluation quotidienne de l'utilité du dispositif
 - Retrait du matériel, si nécessaire...

**Etude de la traçabilité des dispositifs invasifs
effectuée lors de l'Enquête Nationale de
Prévalence 2012**

Hôpitaux de la Timone adultes et enfants

But de l'étude

- La durée d'utilisation des dispositifs invasifs représente un des principaux facteur de risque d'infection
- Pour retirer à temps un dispositif invasif, il faut savoir quand il a été posé
- Interrogatoire du médecin traitant et de l'infirmière pour connaître la date de pose du dispositif

Nombre de patients inclus et proportion de dispositifs invasifs

- Timone adultes: 331 patients
- Timone enfants: 131
- Total: **462 patients**

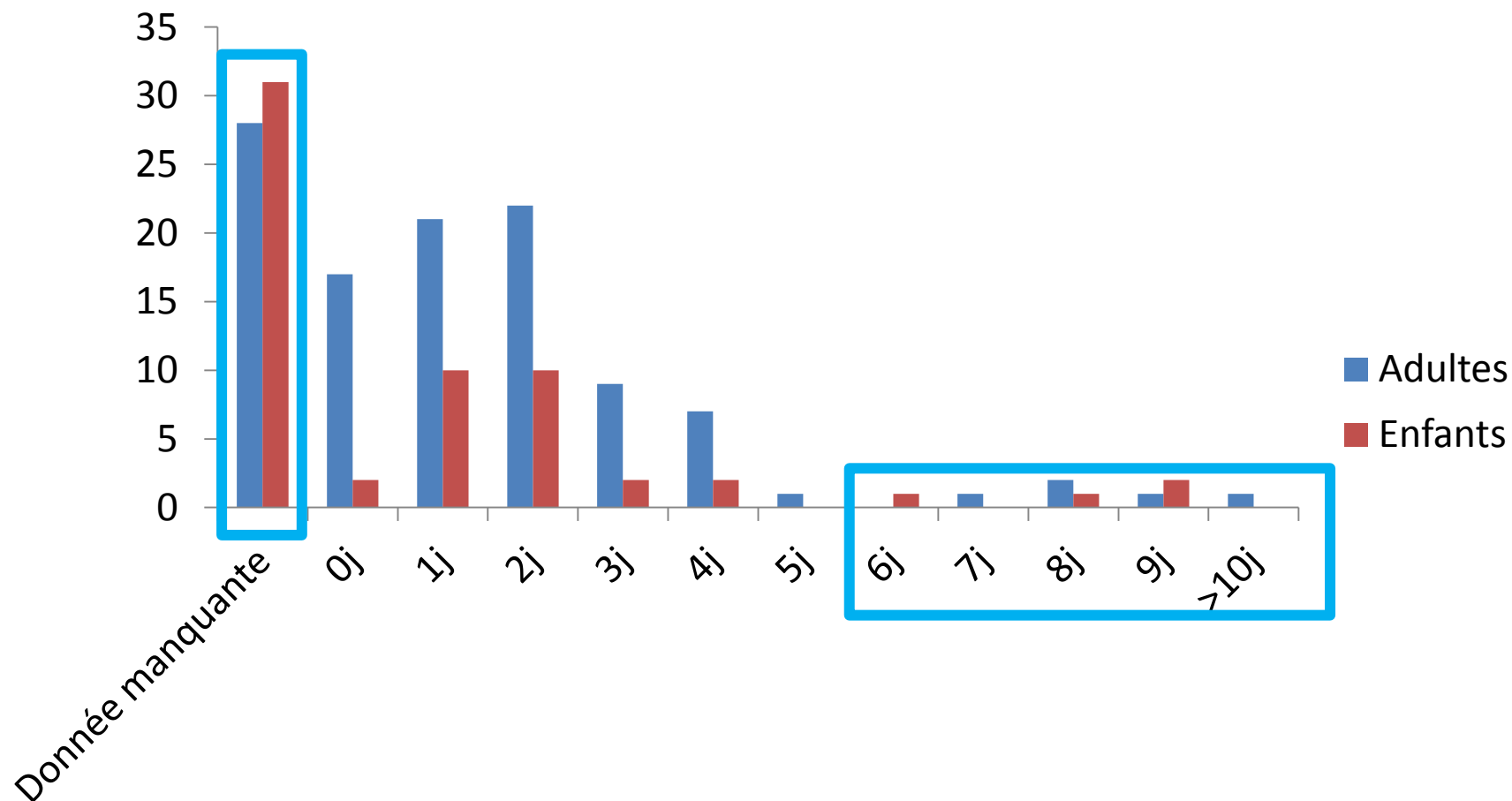
Utilisation des dispositifs invasifs par établissement

	Timone adultes	Timone enfants	Total Timone	Moyenne des CHU français étude nationale de prévalence 2006
Nombre et % de patients ayant au moins un dispositif invasif	178 (53,8%)	92 (70,2%)	270 (58,4%)	37,6%

Utilisation de cathéters périphériques

Adultes	Enfants	Total
110 (33,2%)	61 (46,6%)	171 (37%)

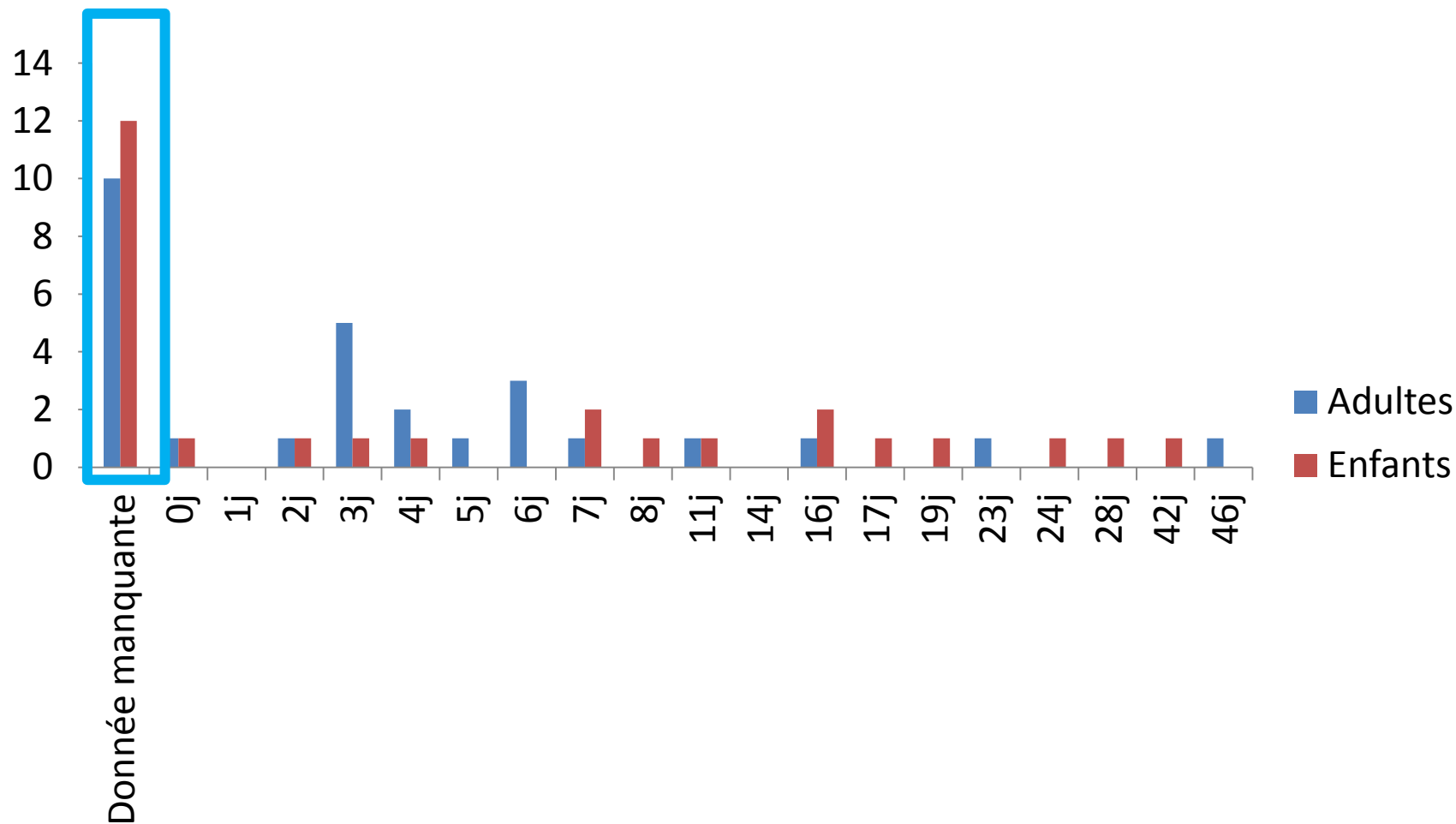
Durée d'utilisation des cathéters périphériques



Utilisation de cathéters centraux

Adultes	Enfants	Total
28 (8,5%)	28 (21,4%)	56 (12%)

Durée utilisation cathéters centraux



Utilisation des PICC-line

Adultes	Enfants	Total
13 (4%)	3 (2,3%)	16 (3,5%)

Utilisation des CCI

Adultes	Enfants	Total
35 (10,6%)	12 (9,2%)	47 (10,2%)

Aucune traçabilité!

Devenir des patients avec des CCI!!!

Conclusion de l'enquête sur la traçabilité des dispositifs invasifs

- Il est **difficile de retirer/remplacer** à temps des dispositifs invasifs dont la **date de pose ne peut être retrouvée**.
- Des cathéters périphériques restent en place plus de 10 j alors qu'il est recommandé de ne pas les laisser plus de 4 j.



AUDIT CLIN Hôpital Nord

Mise en place d'un PICC-LINE
Service de radiologie



Objectifs

Evaluer les Bonnes Pratiques de pose des PICC-Line

Auditeur

Yves Seccia IDE EOH CLIN Hôpital Nord



Personnels audités :

- Médecins
- Manipulateurs Radio

Contexte :

- Audit réalisé de septembre à octobre 2016
- Audit réalisé suite à une augmentation des infections sur Picc Line dans les services de soins
- Audit réalisé dans en salle de radiologie interventionnelle de l'hôpital Nord



Méthodologie: Validée par le Dr N.CASSIR

- Utilisation de la grille d'évaluation du protocole du CLIN :
- PE : 04 06 04 de février 2014
- 10 observations de pose ont été réalisées
- Observations aléatoires alternant médecins et MERM



Résultats de l'audit :

- Toutes les poses ont été réalisées dans un environnement aseptique approprié (salle d'artériographie)

 - Tenue vestimentaire de base appropriée
 - de l' Aide (tenue propre, coiffe ,masque)
- Conforme dans 60% des cas** (présence de bagues et de vernis à ongles)
- de l' Opérateur conforme dans tous les cas



- Port du masque chirurgical et gants stériles par l'opérateur dans tous les cas
- Port du masque chirurgical par l'aide dans tous les cas
- Port du masque chirurgical correctement positionné par le patient dans **90% des cas** (une observation masque sous le nez)



Respect de la désinfection des mains avec un PHA

- Avant la mise en place de gants : réalisé dans tous les cas
- Après le retrait des gants : **réalisé dans 60% des cas!**



Préparation cutanée

- Réalisée en 4 temps dans tous les cas (Gamme PVPI)
- Le rinçage est réalisé systématiquement avec de l'eau stérile pour préparations injectables en **flacon de 500 ml utilisé pour plusieurs patients.**
- L'utilisation d'un antiseptique alcoolique pour la phase dermique est **réalisée dans 60% des cas**
- Utilisation d'un flacon de Lidocaïne pour l'anesthésie locale pour 2 patients



- Le rinçage pulsé est réalisé avec du sérum physiologique en flacon de 1 litre, versé dans une cupule servant à de nombreux patients (le flacon n'est parfois pas rebouché immédiatement)
- Mise en place de pansement stérile, transparent, semi-perméable, occlusif avec boîtier de protection dans tous les cas
- La traçabilité de la pose se fait systématiquement sur le logiciel spécifique à la radio (Xplore)



Lors des observations il n'a pas été mis en évidence de pratiques différentes au niveau de la pose entre les médecins et les MERM



Points à améliorer : Recommandations du CLIN

- Ne pas porter de bijoux ni vernis à ongles pour une bonne hygiène des mains.
- Positionner correctement le masque chirurgical sur les patients pendant la pose.
- Réaliser systématiquement une hygiène des mains avec un PHA après retrait des gants.
- Lors de la préparation cutanée avant la pose, utiliser pour le rinçage de l'eau PPI à patient unique.
- Lors de la préparation cutanée, utiliser systématiquement un antiseptique alcoolique pour la phase dermique.
- Utiliser un flacon de Lidocaïne par patient.
- Pour le rinçage pulsé, utiliser un flacon de sérum physiologique pour chaque patient (petit conditionnement)



Actions à mettre en place :

- Rendu d'audit dans l'ensemble des unités auditées.
- Formation du personnel sur les Bonnes Pratique de pose du PICC Line
- Réalisation d'un quick audit pour mesurer l'amélioration des pratiques en janvier 2017



AUDIT CLIN Hôpital Nord

Mise en place d'un PICC LINE
Service de radiologie

CLIN - Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière
Hôpital Nord - Mars 2017



Objectifs

Evaluer les bonnes pratiques de pose des PICC Line et la mise en place de correctif suite à l'audit réalisé en 2016

Auditeur

Yves Seccia IDE EOH CLIN Hôpital Nord



Personnels audité :

- Médecins et
- Manipulateurs Radio

Contexte :

- Audit réalisé en mars 2017
- Quick audit programmé
- Audit réalisé dans en salle de radiologie interventionnelle de l'hôpital Nord



Méthodologie: Validée par le Dr N.CASSIR

- Utilisation de la grille d'évaluation du protocole du CLIN :
- PE : 04 06 04 de février 2014
- 5 observations de pose ont été réalisées
- Observations aléatoire alternant médecins et MERM



Résultats de l'audit :

2016	2017
<p>→ Toutes les poses ont été réalisées dans un environnement aseptique approprié (salle d'artériographie)</p> <p>→ Tenue vestimentaire de base appropriée</p> <ul style="list-style-type: none">- De l'<u>Aide</u> (tenue propre, coiffe, masque) Conforme dans 60% des cas (présence de bagues et de vernis a ongle)- De l'<u>Opérateur</u> conforme dans tous les cas	<p>→ Toutes les poses ont été réalisées dans un environnement aseptique approprié (salle d'artériographie)</p> <p>→ Tenue vestimentaire de base appropriée</p> <ul style="list-style-type: none">- De l'<u>Aide</u> (tenue propre, coiffe, masque) Conforme dans 100% des cas- De l'<u>Opérateur</u> conforme dans tous les cas



2016

→ Port du masque chirurgical et gants stériles par l'opérateur dans tous les cas

→ Port du masque chirurgical par l'aide dans tous les cas

→ Port du masque chirurgical correctement positionné par le patient **dans 90% des cas** (une observation masque sous le nez)

2017

→ Port du masque chirurgical et gants stériles par l'opérateur dans tous les cas

→ Port du masque chirurgical par l'aide dans tous les cas

→ Port du masque chirurgical correctement positionné par le patient **dans 80% des cas** (une observation sans masque)



2016

Respect de la désinfection des mains avec un PHA

→ Avant la mise en place de gants : réalisé dans tous les cas

→ Après le retrait des gants : Réalisé dans 60% des cas

2017

Respect de la désinfection des mains avec un PHA

→ Avant la mise en place de gants : réalisé dans tous les cas

→ Après le retrait des gants : Réalisé dans tous des cas



2016

Préparation cutanée

→ Réalisée en 4 temps dans tous les cas (Gamme PVPI)

→ Le rinçage est réalisé systématiquement avec de l'eau stérile pour préparations injectable en **flacon de 500 ml utilisé pour plusieurs patients.**

→ L'utilisation d'un antiseptique alcoolique pour la phase dermique est **réalisé dans 60% des cas**

→ **Utilisation d'un flacon de Lidocaïne pour l'anesthésie locale pour 2 patients**

2017

Préparation cutanée

→ Réalisée en 4 temps dans tous les cas (Gamme PVPI)

→ Le rinçage est réalisé systématiquement avec de l'eau stérile pour préparations injectable en flacon de 500 ml ou en dosette de 20 ml à patient unique

→ L'utilisation d'un antiseptique alcoolique pour la phase dermique est réalisé dans tous les cas

→ Utilisation d'un flacon de Lidocaïne pour l'anesthésie locale est réalisé à patient unique



2016

→ Le rinçage pulsé est réalisé avec du sérum physiologique en flacon de 1 litre versé dans une cupule servant à de nombreux patients (le flacon n'est parfois pas rebouché immédiatement)

→ Mise en place de pansement stérile , transparent , semi-perméable, occlusif avec boîtier de protection dans tous les cas

→ La traçabilité de la pose se fait systématiquement sur le logiciel spécifique à la radio (Xplore)

2017

→ Le rinçage pulsé est réalisé systématiquement avec de l'eau stérile pour préparations injectable en flacon de 500 ml ou en dosette de 20 ml à patient unique

→ Mise en place de pansement stérile , transparent , semi-perméable, occlusif avec boîtier de protection dans tous les cas

→ La traçabilité de la pose se fait systématiquement sur le logiciel spécifique à la radio (Xplore)



2016

Lors des observations il n'a pas été mis en évidence de pratiques différentes au niveau de la pose entre les médecins et les MERM

2017

Lors des observations il n'a pas été mis en évidence de pratiques différentes au niveau de la pose entre les médecins et les MERM

Lors de l'ouverture des dosettes de sérum physiologique de 20 ml, l'ouverture de l'opercule de la dosette se fait systématiquement à main nue

(Cf. Bonnes pratiques et gestion des risques associés au Picc décembre 2013, R74)



Points à améliorer : Recommandation du CLIN

2016

- Ne pas porter de bijoux ni vernis à ongle pour une bonne hygiène des mains
- Positionner correctement le masque chirurgical sur les patients pendant la pose
- Réaliser systématiquement une hygiène des mains avec un PHA après retrait des gants
- Lors de la préparation cutanée avant la pose utiliser pour le rinçage de l'eau PPI à patient unique
- Lors de la préparation cutanée utiliser systématiquement un antiseptique alcoolique pour la phase dermique
- Utiliser un flacons de Lidocaïne par patient
- Pour le rinçage pulsé utiliser un flacon de sérum physiologique pour chaque patient (petit conditionnement)

2017

- Positionner correctement le masque chirurgical sur les patients ou tête tournée côté opposé du PICC pendant la pose
- Utiliser des compresses stériles imbibé d'un antiseptique dermique alcoolique pour l'ouverture des dosettes de sérum physiologique de 20 ml



Actions à mettre en place :

- Rendu d'audit
- Respecter les recommandations sur l'ouverture des dosettes du sérum physiologique et le port du masque chirurgical systématique pour les patients
- Quick audit en 2018