

Prise en charge d'un patient porteur de PICC



7 décembre 2021
en visioconférence

14h30 - 16h

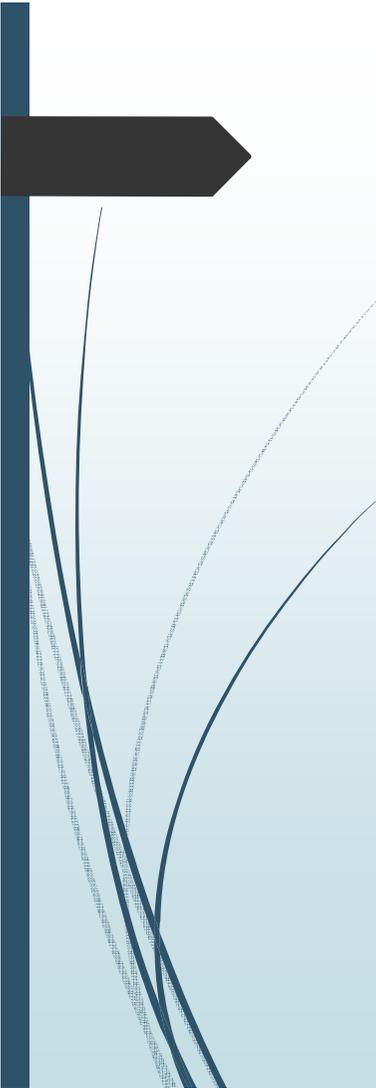
- Etat des lieux national et régional
- Quelles pratiques ?
- Retour d'expérience

CPIas
Occitanie
Centre d'appui pour la prévention
des infections associées aux soins

Evelyne BOUDOT : Cadre de sante hygiéniste CPIAS Occitanie
Site de Montpellier

Hervé VERGNES : Cadre de sante hygiéniste CPIAS Occitanie
Site de Toulouse

CPIas
Occitanie



Éléments de contexte

Problématique
récurrente

Une surveillance
nationale

Une enquête
nationale des IDEL

Audit régional avec
les EHAD

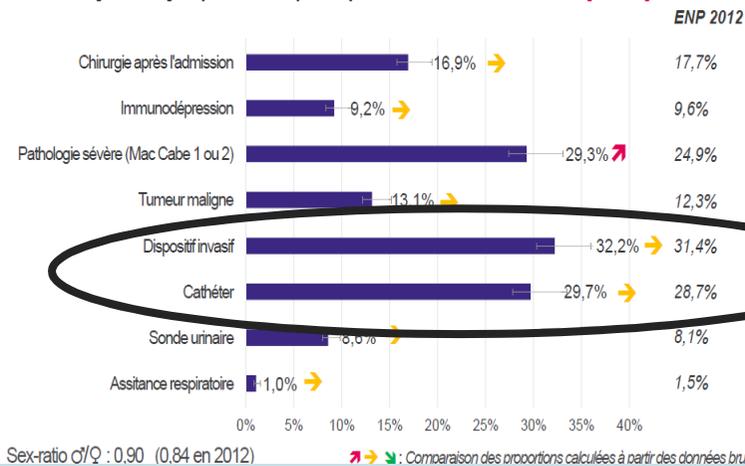
Forum régional des
IDEL d'Occitanie

ENP 2017

19 217 (24%) étaient porteurs d'un cathéter périphérique
3286 (4%) porteurs d'un cathéter sous-cutané

PARTICIPATION ET CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

- 449 ES tirés au sorts et sollicités → 403 ES participants (participation : 90,6 %)
- Nombre de patients enquêtés : 80 988 patients
- Nombre médian [P25-P75] de patients enquêtés par ES dans l'échantillon : 90 [51-202]



ENP 2017

4

ENQUÊTE NATIONALE DE PRÉVALENCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ET DES TRAITEMENTS ANTI INFECTIEUX EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ,
FRANCE, MAI JUIN 2017
SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / JUIN 2018

Par facteur de risque (dispositifs invasifs)

	n	PATIENTS		INFECTÉS		
		Part relative (%)	IC95 %	Prévalence (%)	IC95 %	Ratio de prévalence
Au moins un dispositif invasif						
Non	50 516	67,82	[65,90-69,68]	2,31	[2,12-2,52]	REF
Oui	30 472	32,18	[30,32-34,10]	10,60	[9,85-11,39]	4,59
Au moins un cathéter						
Non	52 547	70,33	[68,40-72,20]	2,60	[2,39-2,82]	REF
Oui	28 441	29,67	[27,80-31,60]	10,63	[9,88-11,39]	4,09
<i>dont cathéter veineux ombilical</i>	53	0,03	[0,02-0,05]	3,14	[2,88-3,40]	11,71
<i>dont cathéter veineux périphérique</i>	19 217	20,18	[18,71-21,73]	7,60	[7,12-8,08]	2,92
<i>dont cathéter sous-cutané</i>	3 286	3,53	[3,11-4,00]	9,17	[7,73-10,85]	3,53
<i>dont chambre implantable</i>	2 822	3,31	[2,88-3,80]	12,24	[10,51-14,2]	4,71
<i>dont cathéter artériel</i>	1 316	1,10	[0,89-1,37]	28,58	[24,84-32,63]	10,99
<i>dont cathéter central à insertion périphérique</i>	1 109	1,03	[0,89-1,19]	30,19	[26,97-33,63]	11,61
<i>dont cathéter veineux central</i>	3 036	2,59	[2,29-2,92]	30,44	[28,43-32,53]	11,71
Sonde urinaire						
Non	73 047	91,45	[90,81-92,04]	3,94	[3,65-4,25]	REF
Oui	7 941	8,55	[7,96-9,19]	16,10	[14,84-17,44]	4,09
Assistance respiratoire						
Non	79 875	98,96	[98,71-99,17]	4,74	[4,40-5,11]	REF
Oui	1 113	1,04	[0,83-1,29]	27,48	[22,85-32,65]	5,80

Lecture : les patients avec un cathéter artériel ont un risque d'être infectés 11 fois supérieur à celui des patients sans cathéter.

Données à rapporter
aux 12,7 millions de
patients hospitalisés en
France en 2017

Un programme national en cours

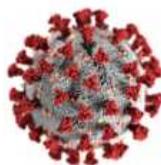
5





Surveillance des bactériémies associées aux dispositifs invasifs

Les faits marquants pour 2020



Lieu d'acquisition des 9725 BAS

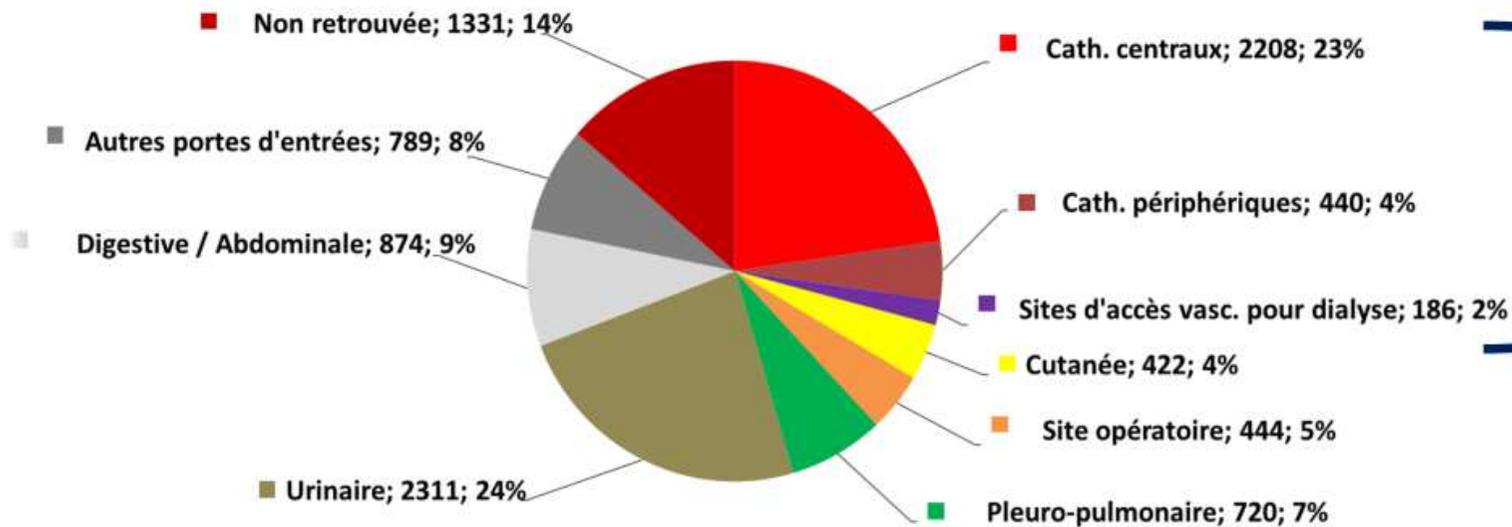
3/4 NOSO

7279
NOSOCOMIALES (75%)

1482
VILLE/DOMICILE (15%)

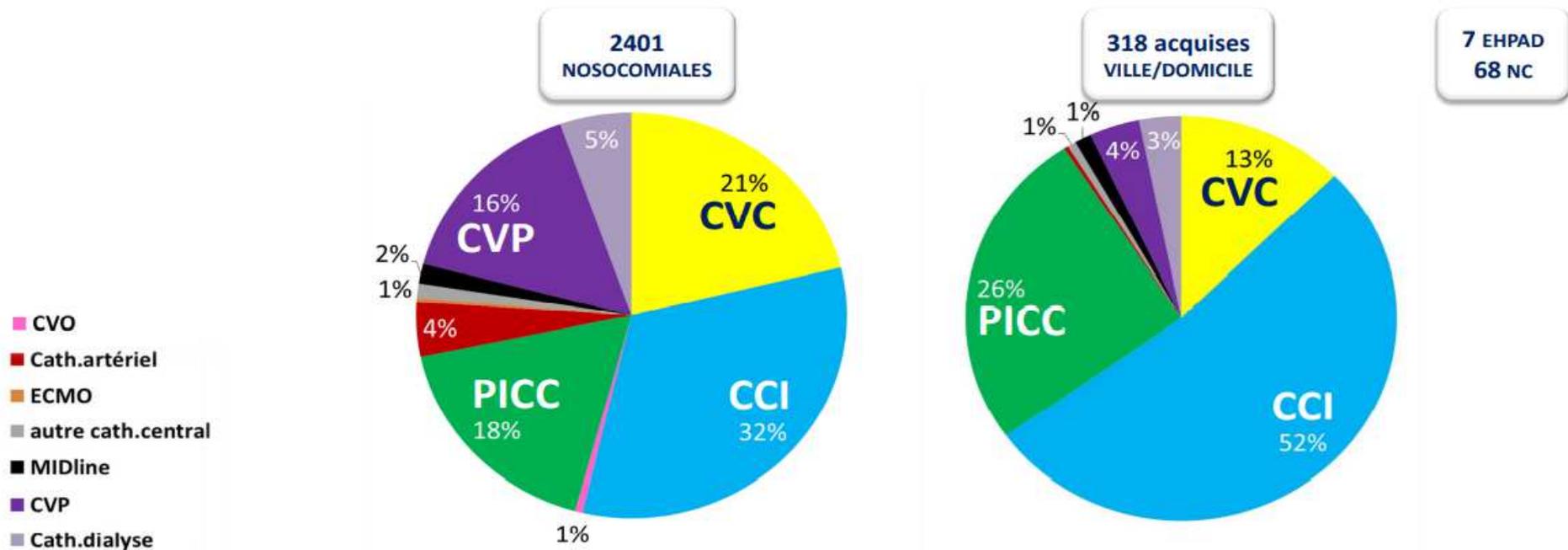
510
EHPAD (5%)

Lieu d'acquisition NC
(5%)



**B-div
=
1/3 des
BAS**

Les dispositifs associés aux 2794 B-div



Les dispositifs en cause sont en tout premier lieu les CCI suivies des CVC, les PICC et les CVP.



Éléments de contexte

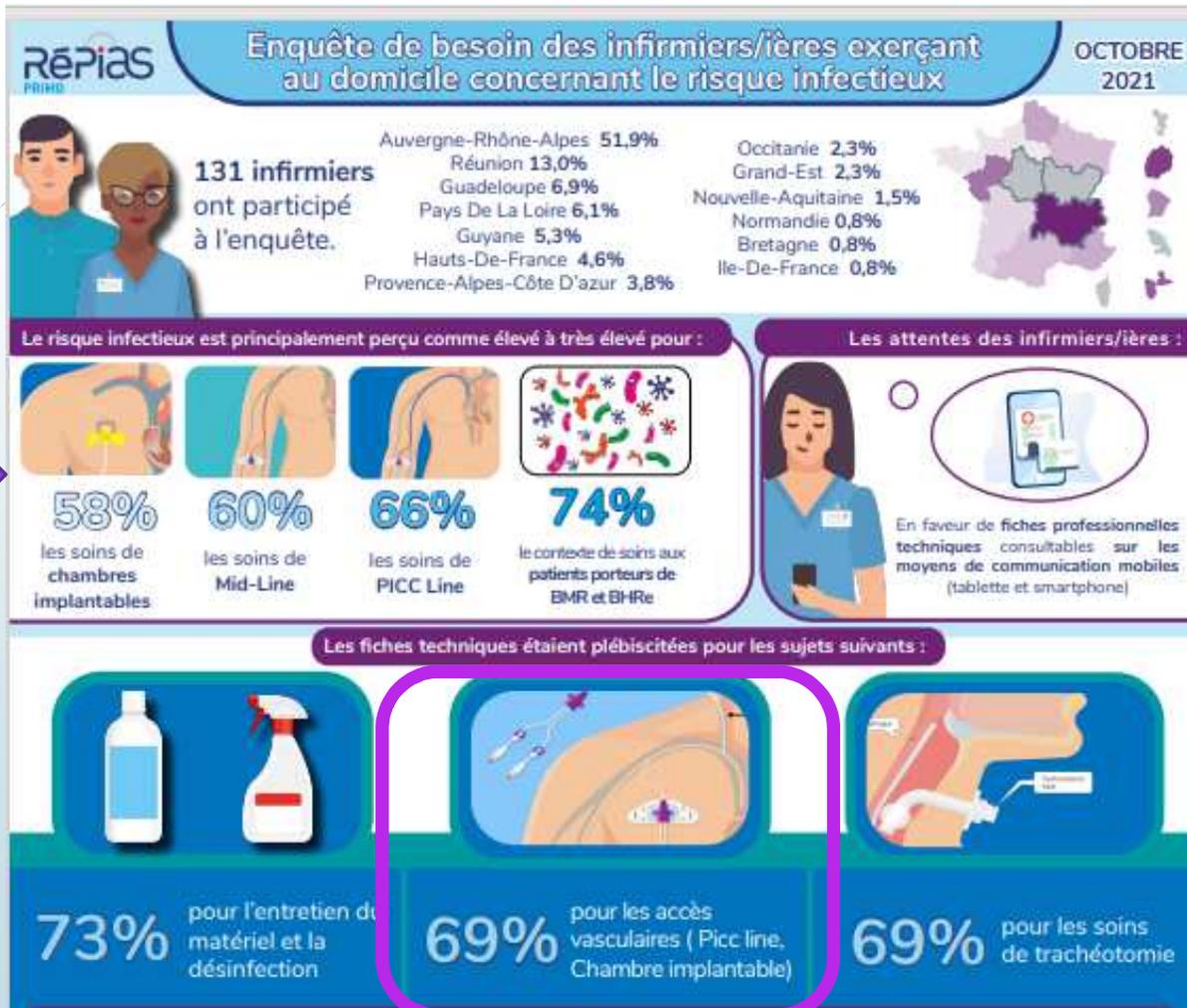
Problématique
récurrente

Une surveillance
nationale

Une enquête
nationale des IDEL

Audit régional avec
les EHAD

Forum régional des
IDEL d'Occitanie





Éléments de contexte

Problématique
récurrente

Une surveillance
nationale

Une enquête
nationale des IDEL

Forum régional des
IDEL d'Occitanie

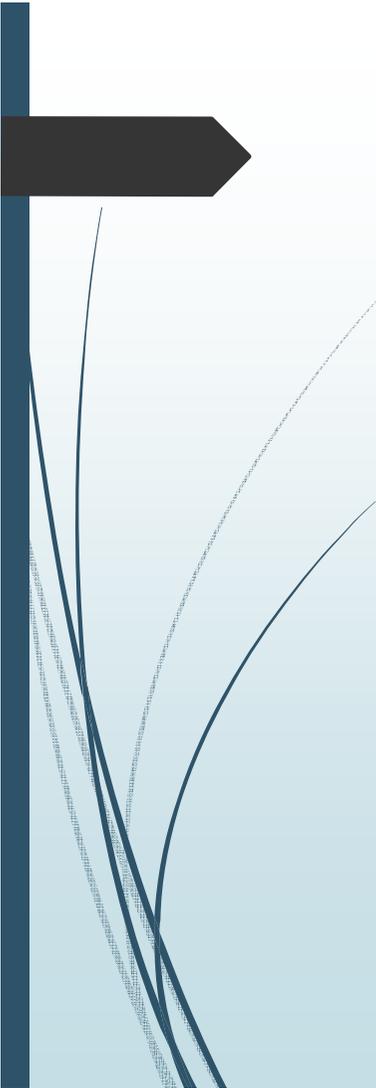
Audit régional avec
les EHAD

25 et 30 Novembre 2021
Toulouse et La Grande-Motte



- CHIMIOThERAPIES
ET BONNES PRATIQUES
DES DISPOSITIFS INTRA-
VASCULAIRES
(PICC-LINE, CCI, VVC) -
MIDLINE





Éléments de contexte

Problématique
récurrente

Une surveillance
nationale

Une enquête
nationale des IDEL

Forum régional des
IDEL d'Occitanie

Audit régional avec
les EHAD

Principes / Méthodologie

Prise en charge d'un patient porteur de PICC en HAD
Enquête régionale, résultats et analyse

CPias Occitanie
Hervé VERGNES, Evelyne BOUDOT, Cécile MOURLAN

► Objectifs

► Évaluer

- la politique institutionnelle, les ressources disponibles
- les connaissances du personnel sur leurs pratiques

► Former aux bonnes pratiques de gestion des PICC

► Champs d'application : les EHAD d'Occitanie avec les IDE salariés de l'HAD et les IDE libéraux rattachés

► Echancier : saisie de la fiche « établissement » du 21 septembre au 1^{er} octobre 2020 et la fiche « soignant » du 2 octobre au 6 décembre 2020

Résultats principaux

Profil des soignants participants

- 23 EHAD inscrits sur 29 EHAD (79 %)
- 541 IDE ont participé

- Parmi ces professionnels : 95% ont déjà pris en charge un patient porteur de PICC

- 216 PICC concernés sur la période des 3 mois pour 15 HAD

**Libéraux: 352 soit
65%**

**Salariés: 189
soit 35%**

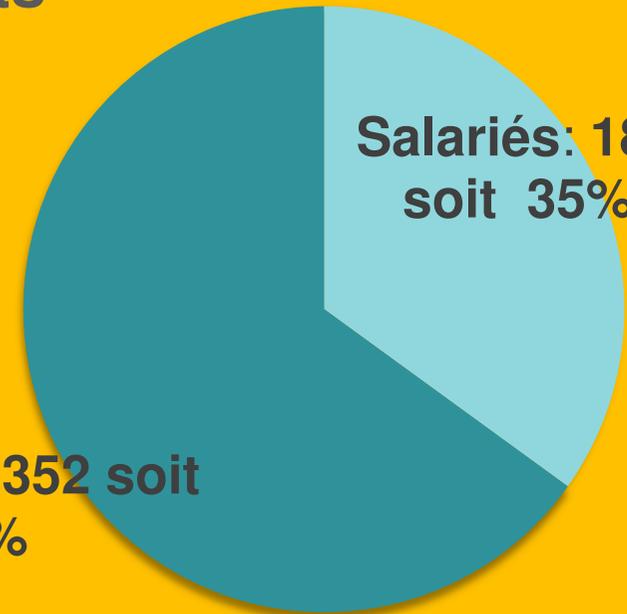
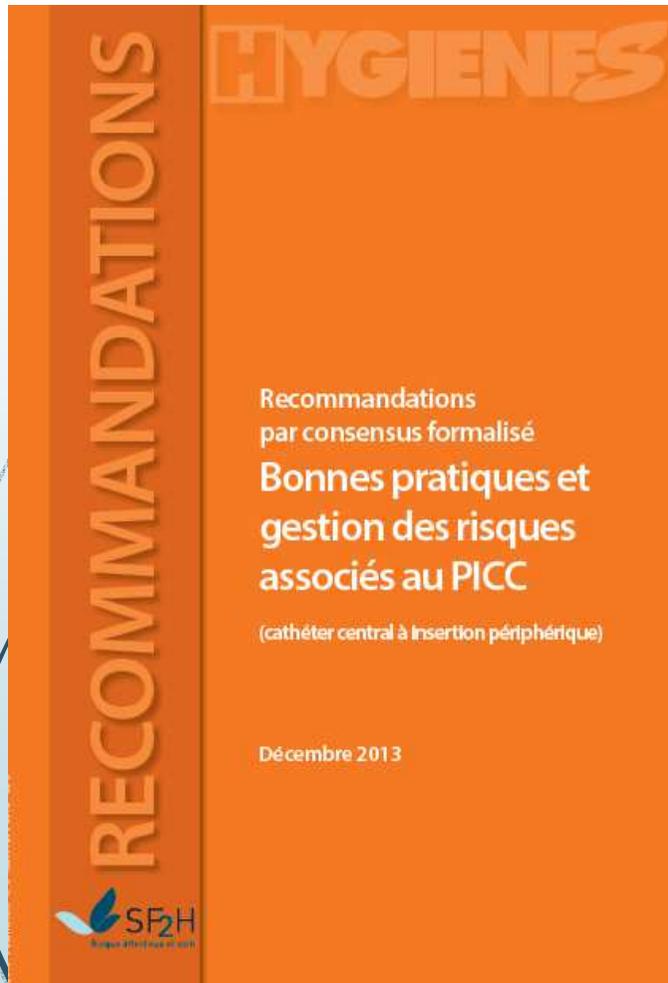


Tableau I – Arbre décisionnel pour le choix d'un accès vasculaire.

1. Quel traitement ?	Toxicité du traitement à perfuser									
	Produit non irritant et non vésicant <900 mOsm/l Abord périphérique possible					Produit irritant ou vésicant Abord central nécessaire				
						Débit de perfusion élevé (>5 ml/s)?				
2. Quelle durée ?	Durée d'implantation prévisionnelle					Durée d'implantation prévisionnelle			Durée d'implantation prévisionnelle	
	7 jours	8 à 14 jours	15 à 30 jours	≥31 jours	≤14 jours	15–30 jours	≥31 jours	≤1 mois	>1 mois	
3. Dispositif de première intention	Capital veineux ?		Midline avec prolongateur intégré ou PICC	PICC	PICC	PICC	PICC ou CVC tunnalisé avec ou sans manchon	PICC ou CVC tunnalisé ou Chambre à cathéter implantable	CVC	CVC tunnalisé avec ou sans manchon
	Bon	Mauvais ¹								
Alternative	CVP inséré sous échoguidage		Midline avec prolongateur intégré	CVC tunnalisé ou chambre à cathéter implantable	CVC en USI					
	CVP									

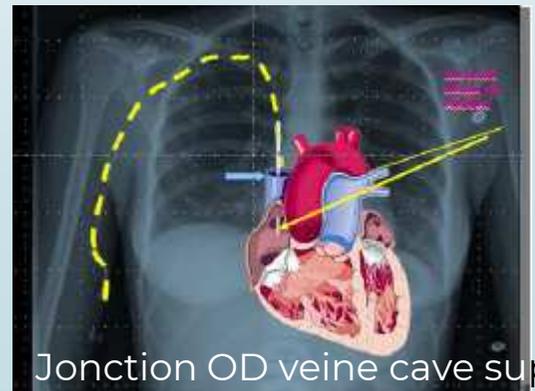
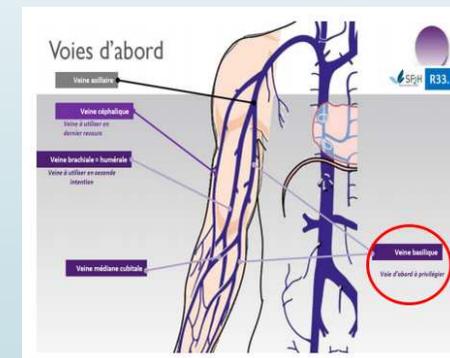
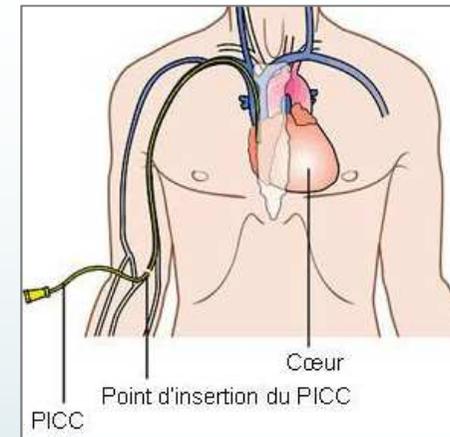
1- Plus d'un échec de pose; aucune veine visualisable; antécédent de difficultés à poser un accès vasculaire (Moureau N, Chopra V. Indications for peripheral, Midline, and Central Catheters: summary of the Michigan Appropriateness Guide for Intravenous Catheters Recommendations. *JAMA* 2016; 21(3):140-148 ou *Br J Nurs*. 2016 Apr 28-May 11;25(8):S15-24. doi: 10.12968/bjon.2016.25.8.S15).



Spécificités PICC

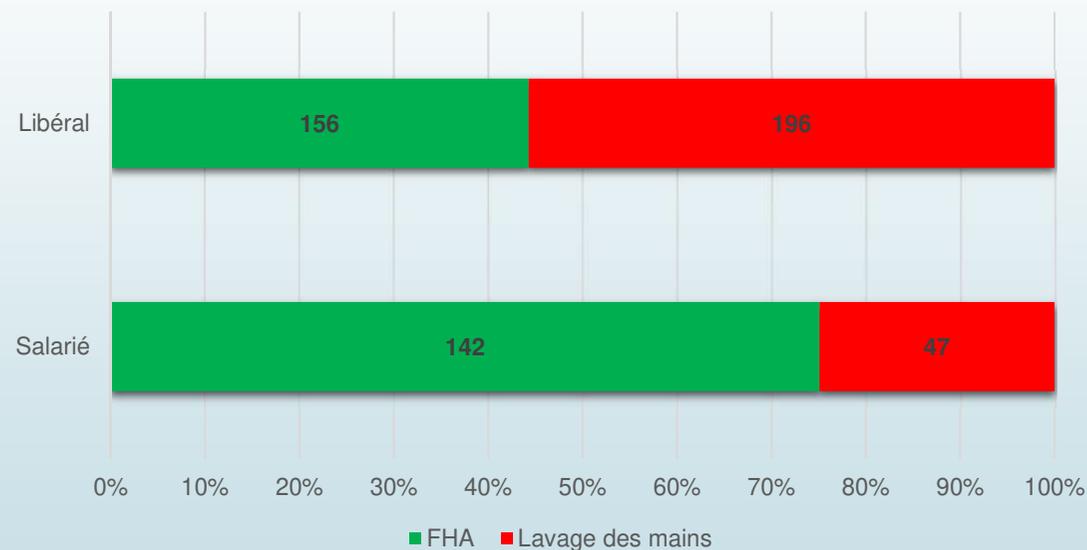
PICC : Peripheral Inserted Central Catheter ou cathéter veineux central inséré par voie périphérique

Dispositifs



Techniques hygiène des mains

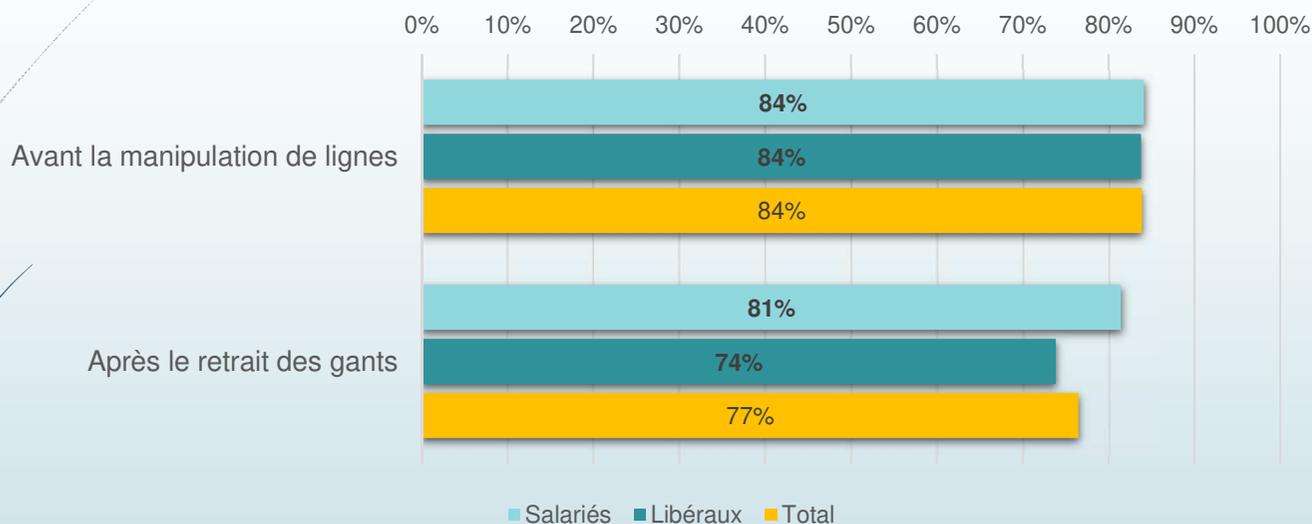
Préférence technique hygiène des mains



Le lavage des mains reste trop souvent réalisé au détriment de la FHA, notamment chez les IDE libéraux

Indications Hygiène des mains

Conformité Hygiène des mains



- La technique d'hygiène des mains à privilégier à domicile pour ces indications est la **friction hydro alcoolique** (FHA).
- L'objectif à se fixer est de 100% d'hygiène des mains pour chacune des indications avec une solution hydro alcoolique.



Utilisation des produits hydro-alcooliques (PHA) priorisée

Dans tous les lieux où sont réalisés des soins (cabinet médical ou paramédical, plateaux techniques, domicile ou hôtel, ou structure d'hébergement type EHPAD, FAM, MAS) :

- pour tous les professionnels de santé
- pour les prestataires internes et externes, bénévoles et autres professionnels (aide ménagère, auxiliaire de vie...)
- pour les patients lors de leurs soins
- pour les visiteurs et les familles lorsqu'ils participent aux soins

L'hygiène des mains par friction hydroalcoolique (FHA) vient en remplacement du lavage simple et du lavage hygiénique, sur des mains visiblement propres et sèches.

Attention, il ne faut pas réaliser systématiquement un lavage simple des mains* avant une FHA car risque :

- de décapage du film cutané lipidique et d'irritation augmentée

* Sauf si mains visiblement souillées

Indications de l'hygiène des mains

Au plus près du soin et notamment lors des séquences et enchaînements de soins

Par friction hydroalcoolique

- ▶ Immédiatement avant tout contact direct avec un patient
- ▶ Avant tout soin propre ou tout acte invasif
- ▶ Entre un soin contaminant et un soin propre ou un acte invasif chez un même patient
- ▶ Après le dernier contact direct ou soin auprès d'un patient
- ▶ Avant d'enfiler des gants pour un soin
- ▶ Immédiatement après avoir retiré des gants
- ☞ Affiche *Les 5 indications à l'hygiène des mains* en annexe que l'OMS a déclinée pour les soins ambulatoires : http://www.who.int/gpsc/5may/EN_GPSC1_PSP_HH_Outpatient_care/fr
- Après tout contact avec des liquides biologiques, immédiatement après le retrait des gants

Par lavage simple préalable à la friction hydroalcoolique

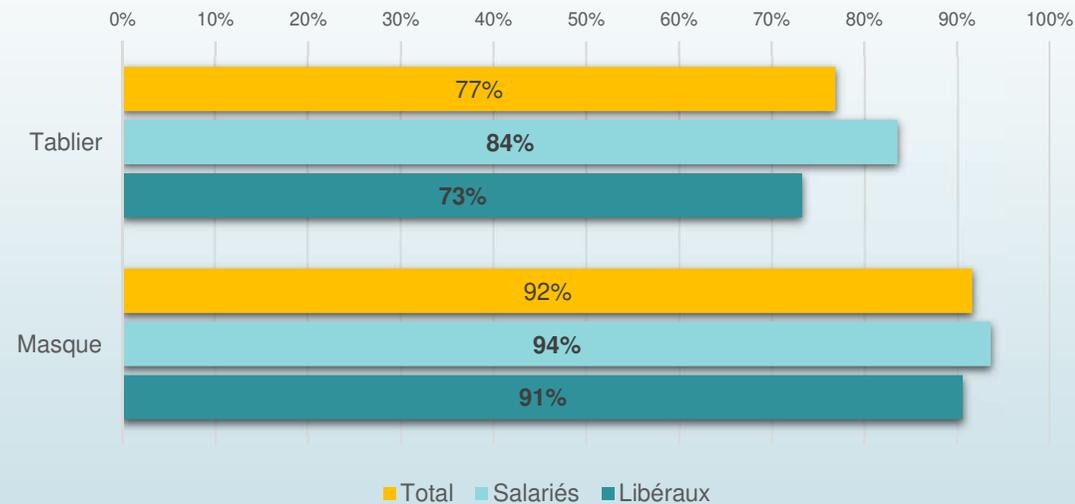
- ▶ En cas de contact avec un liquide biologique,
- ▶ En cas de mains visiblement souillées (par liquide biologique ou poudre de gants),
- ▶ En cas de gale ou infection à *Clostridium difficile* toxigène (après le dernier soin ou contact)

Un séchage soigneux avec des essuie-mains à usage unique (à privilégier) devra être effectué avant la friction hydroalcoolique

☞ Outils hygiène des mains – OMS : http://www.who.int/gpsc/5may/EN_GPSC1_PSP_HH_Outpatient_care/fr

Réfection du pansement

Conformité des EPI à la réfection du pansement



- Sécuriser la réfection du pansement en protégeant sa tenue civile par le **port** systématique **d'un tablier et d'un masque**

Tenue adéquate pour la réfection d'un pansement

Tenue de l'opérateur

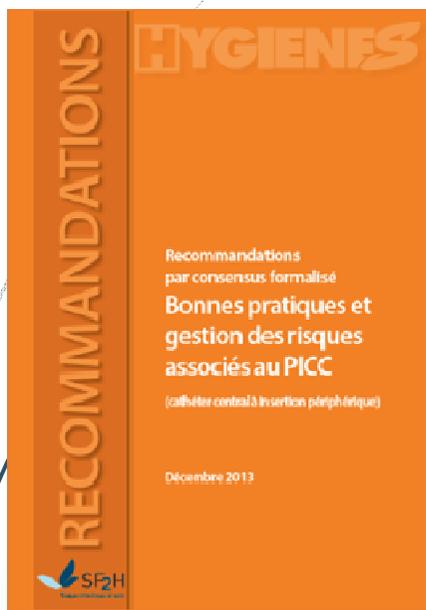


Gants
stériles
(antiseptie
et pose)



Tenue du patient



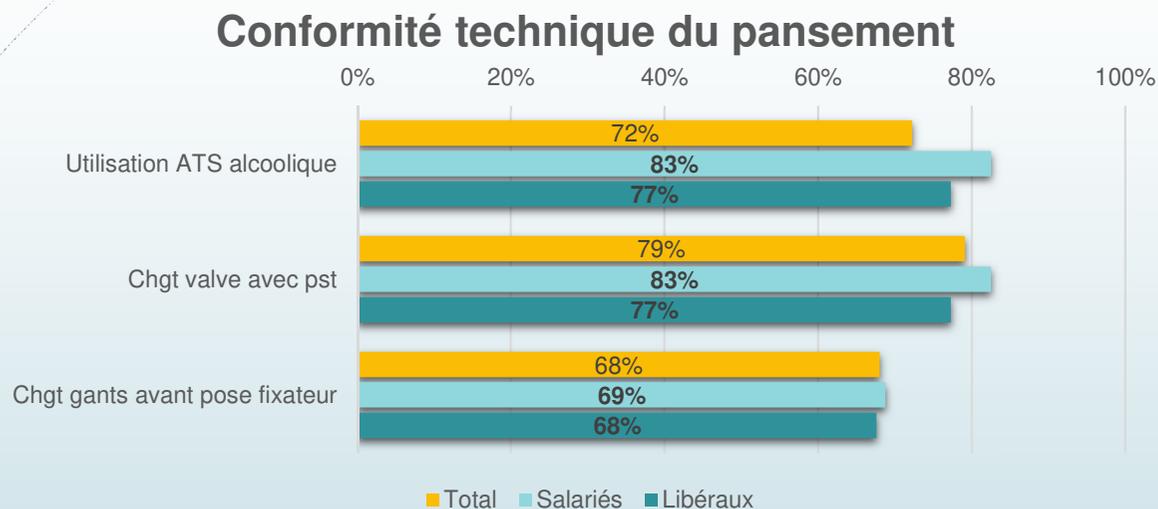


TECHNIQUE DE RÉFECTION DU PANSEMENT

50. L'opérateur porte une tenue professionnelle propre ; à défaut de tenue professionnelle, il porte une blouse à usage unique (AF CCI-R45). Le port d'une casaque stérile n'est recommandé que si le patient est placé en isolement protecteur dans un environnement à empoussièrement maîtrisé

(**Accord simple** CCI-R45). L'opérateur porte un masque de type chirurgical (AF CCI-R45) et une coiffe (**Accord simple** CCI-R45). L'opérateur porte des gants non stériles à usage unique (UU) pour le retrait du pansement (précautions standard) (AF).

Technique de pansement



- Utiliser systématiquement un ATS alcoolique.
- Diminuer les manipulations lors de la réfection du pansement en **changeant la valve dans le même temps.**
- Prévenir le risque infectieux en **changeant de gants au moment de la pose du stabilisateur.**

Chronologie du pansement

Tous les 7 jours ou immédiatement si souillé et décollé

1. **FHA** et Retirer le pansement par étirement sans gants ou gants à UU si pansement souillé



2. Retirer le stabilisateur
3. Sécuriser le PICC par une bandelette adhésive
4. Identifier le nombre de repère



5. **FHA** et à mains nues ou gants à UU non stérile
6. Nettoyer et désinfecter le point de ponction : DéterSION (savon antiseptique), Rinçage (sérum physiologique), Séchage (compresses stériles),
7. Enlever les gants et/ou **FHA**
8. **Porter des gants stériles** Antisepsie (antiseptique alcoolique) avec respect du Temps de séchage = séchage spontané garant de l'efficacité de l'antiseptique / favorise l'adhérence ultérieure du système de fixation
9. Positionner le PICC dans la loge du stabilisateur puis le coller sur la peau du patient
10. Poser le pansement semi perméable transparent qui doit prendre le point de ponction et le stabilisateur

Fixation du PICC



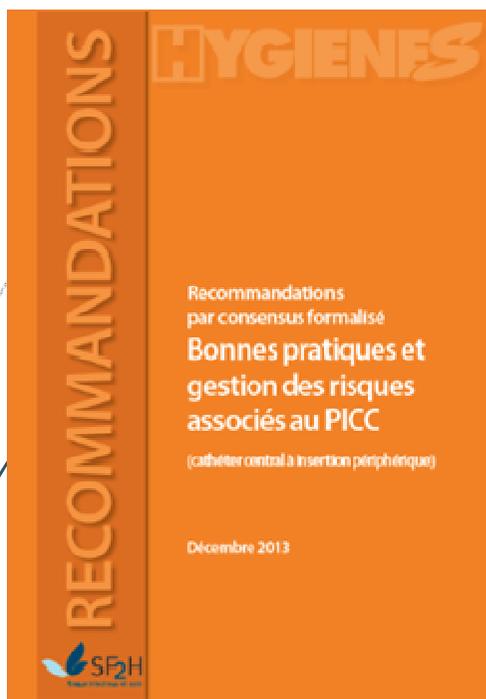
Stabilisateur à changer tous les 7 jours

Tenue de l'opérateur



Tenue du patient





53. Cependant, si des gants stériles ont été utilisés pour l'ablation du système de fixation, ils sont changés pour les manœuvres suivantes (AF).

54. La technique de réfection du pansement répond aux mêmes principes de préparation cutanée que lors de la pose, en respectant les différents temps de l'antiseptie (déterSION, rinçage, séchage, application d'un antiseptique alcoolique) (AF). Pour l'antiseptie cutanée, la mise en place du nouveau système de fixation spécifique (« stabilisateur »), et la mise en place du pansement, l'opérateur porte des gants stériles (AF).

56. La réfection programmée du pansement comprend le changement du stabilisateur et de la valve bidirectionnelle proximale si elle est présente, en tenant compte des recommandations du fabricant (AF).



Film
Réalisation d'un pansement PICC à
domicile

<https://vimeo.com/175220427>

Manipulation des connexions (injections, perfusions)



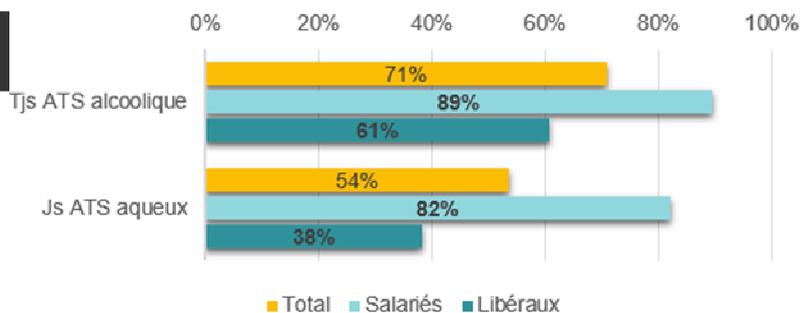
► En proximal : le plus prêt du patient



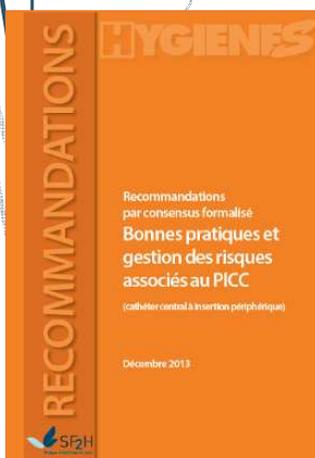
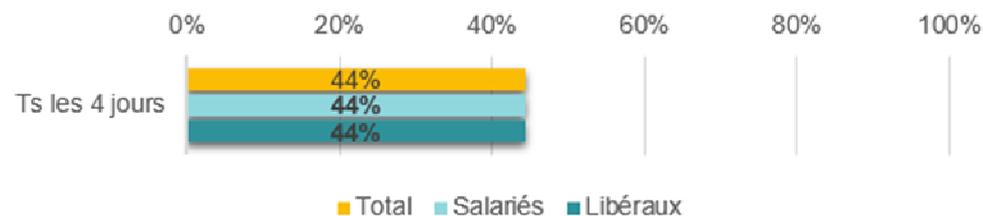
- Désinfection de la valve avec une compresse stérile imprégnée d'un antiseptique alcoolique (alcool 70°)
 - effectuer un geste de friction pendant 30 secondes
- Effectuer un rinçage pulsé avec 10 mL de sérum physiologique avant l'administration
- Connecter la seringue ou la perfusion à la valve
- Effectuer de nouveau un rinçage pulsé avec 10 mL de sérum physiologique, immédiatement après l'administration pour limiter le risque d'obstruction du cathéter

Changement de valve
► 7 jours en même temps que le pansement pour la valve proximale
► 4 jours en même temps que le changement de ligne veineuse en distal

Manipulations des connexions



Conformité chgt de ligne veineuse



R19. Il est fortement recommandé de réaliser une désinfection du septum et du pas de vis de la valve avant son utilisation, par mouvement de friction avec de l'alcool à 70% pendant au minimum 15 secondes (A-3).

Commentaires :

- Il convient d'adapter le temps de friction à la complexité du septum de la valve (relief externe) et d'attendre le temps de séchage de l'antiseptique.
- Il est difficile de se prononcer sur l'indication et l'efficacité des antiseptiques en solution alcoolique sur du matériel (cf. commentaire R20).

58. Pour la manipulation de toute connexion de la ligne veineuse, des compresses stériles imprégnées d'un antiseptique alcoolique sont utilisées (AF CCI-R71).

Valve bidirectionnelle

- L'embout Luer mâle (seringue, prolongateur, perfuseur), en se connectant à l'embout Luer femelle de la valve autorise l'injection comme l'aspiration.
- Elle se referme automatiquement lors du retrait de l'embout Luer mâle.



Utilisation



- **Valve Bidirectionnelle** = autorise l'injection et l'aspiration

Perfusion → Patient (injection) ou Patient → Prélèvement de sang (aspiration)

- Comportement de la valve à la déconnexion d'une seringue ou perfusion
 - **valve à flush / flux / pression négative** : le liquide est aspiré vers l'amont (rentre dans le cathéter)
 - **valve à flush / flux / pression positive** : le liquide est repoussé vers l'aval (vers le patient)
 - valve neutre : le liquide reste en stase dans le cathéter
- Déconnexion de la valve
 - Valve à flush négatif (ou « neutre ») : clamber la voie veineuse & déconnecter l'embout Luer
 - Valve à flush positif : déconnecter l'embout Luer SANS Clamber la voie veineuse
- Si plusieurs valves sont montées en série, cela risque de limiter le débit

Identification

LES VALVES BI DIRECTIONNELLES (ou CONNECTEURS DE SÉCURITÉ)

Avril 2019

DÉFINITION

Valve bi directionnelle = dispositif de perfusion permettant un accès direct à la voie veineuse et assurant son obturation automatique (système clos). La valve est ouverte par la connexion d'un embout Luer mâle (seringue, prolongateur, perfuseur) et autorise les injections et les prélèvements - d'où l'appellation « bi-directionnelle » puis se réfère lors du retrait de l'embout Luer mâle.

Limite les AES (connexion sans aiguille).

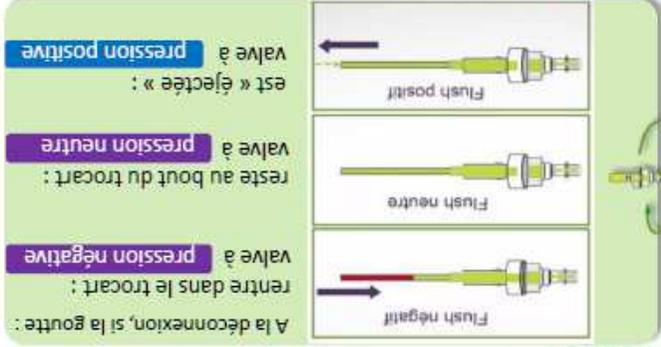
INDICATIONS

Obturation continue des extrémités proximales des dispositifs utilisés dans l'abord parentéral assurant un « système clos ». Ce système permet des injections continues ou discontinues et/ou des prélèvements sur une durée maximale de 7 jours.

Attention !!!

La valve n'est pas un bouchon obturateur. Ne jamais fermer les valves avec un bouchon Luer Lock. Exception : PICC à valve intégrée : mettre un bouchon Luer Lock au niveau du raccord. Forme « olive »

Comment reconnaître le type de valve : positif-négatif-neutre ?



A la déconnexion, si la goutte :

valve à **pression négative** rentre dans le trocart :

valve à **pression neutre** reste au bout du trocart :

est « éjectée » : valve à **pression positive**

1. Prendre une valve non montée. Connecter une aiguille côté Luer de la valve et une seringue remplie de sérum physiologique côté septum.
2. Faire apparaître une goutte de sérum physiologique au bout de l'aiguille sans la faire tomber.
3. Déconnecter la seringue de la valve et observer en même temps la goutte;



Quelles incidences sur la manipulation ?

Valve à pression positive

Ne pas clammer

Clammer

1. Pour la déconnexion de la seringue ou de la tubulure :

le cathéter ni fermer le robinet (sinon annule le principe du flush positif)

2. Avant de changer la valve tous les 7 jours

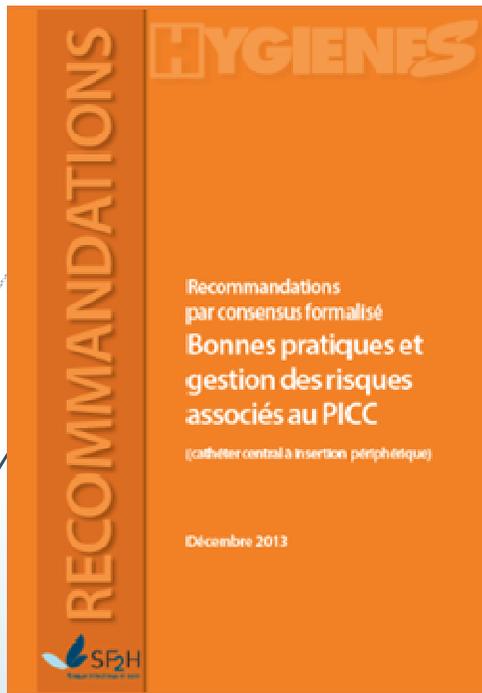
Clammer le cathéter

Désinfection du septum et du pas de vis

Par friction mécanique de l'extrémité pendant 15 secondes minimum avec un antiseptique alcoolique et des compresses stériles



SFZH 2019 : Prévention des infections liées aux cathéters périphériques vasculaires et sous cutanés ; SFZH 2013 : Recommandations des Bonnes pratiques et gestion des risques associés au PICC ; SFZH 2012 : Prévention des infections associées aux chambres à cathéter implantables



67. Pour le rinçage des valves bidirectionnelles à pression positive : rincer en pulsé et déconnecter la seringue sans clamber pour maintenir la pression positive (AF). Pour le rinçage des valves bidirectionnelles à pression négative ou neutre : pratiquer un rinçage pulsé et clamber le temps de la déconnexion de la seringue pour éviter le reflux à l'extrémité distale du PICC (AF).

A défaut, clamber et se former afin de différencier les différents types de valves

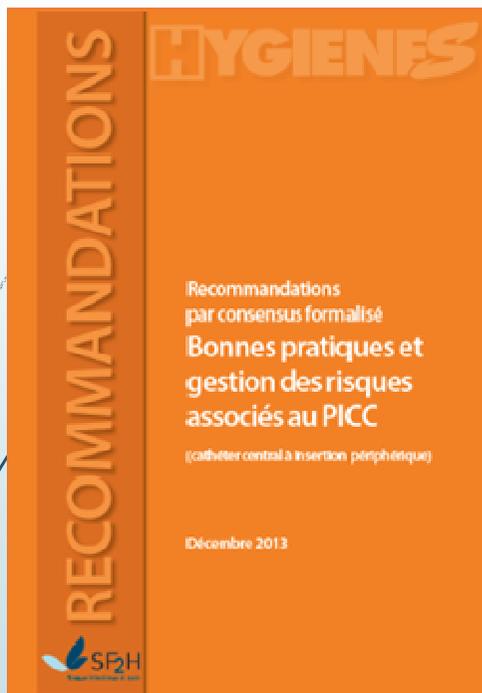
Prélèvement sanguin sur PICC



- Chez des patients à capital veineux limité et nécessitant des prélèvements sanguins répétés
- Utiliser un corps de pompe à usage unique pour tous les prélèvements
- **En proximal : le plus près du patient**
- Les étapes
 - FHA et port de gants stériles
 - Désinfection de la valve
 - Rinçage pulsé avant le prélèvement
 - Purge de 5 mL à 10 mL et effectuer le prélèvement
 - Rinçage pulsé efficace immédiat après le prélèvement



stériles



82. Il est possible de faire des prélèvements sanguins sur le PICC sous réserve de : disposer d'un protocole précis sur la technique, de respecter les règles d'asepsie et de protection des personnels retenues pour les manipulations du raccord proximal, d'utiliser un corps de pompe à usage unique pour tous les prélèvements, y compris pour les hémocultures, de réaliser un rinçage efficace immédiat, de ne pas réinjecter la purge (AF CCI-R82).

83. Pour les prélèvements sanguins, demander au patient de tourner la tête du côté opposé au site du PICC et de placer le bras en abduction pour faciliter le retour veineux. Ne pas utiliser les 5 à 10 premiers ml de sang, sauf pour la réalisation d'hémocultures (en l'absence de verrou antibiotique) (AF).

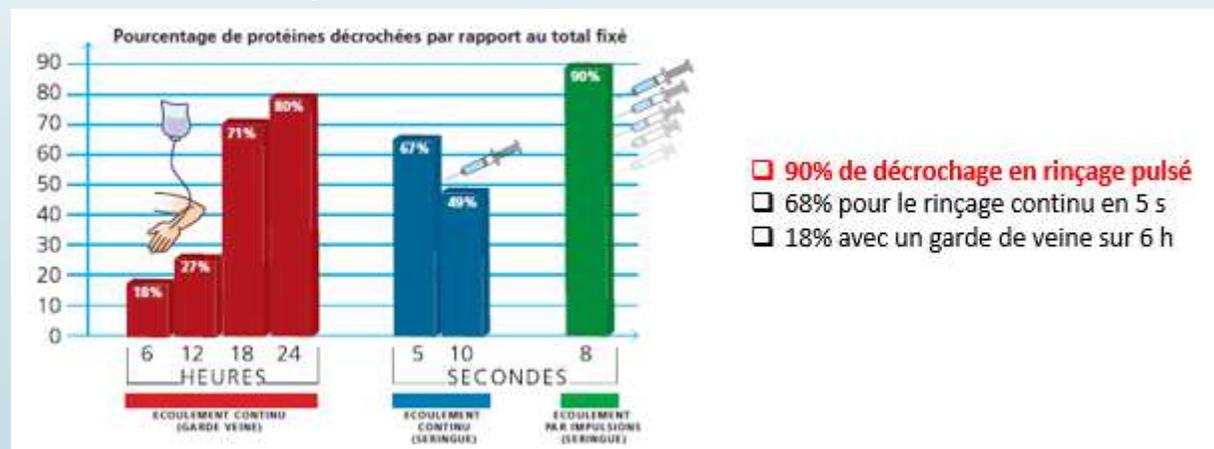
84. En perfusion continue, les prélèvements sanguins se font à partir du robinet proximal (pour faciliter le rinçage de la ligne de perfusion et du PICC et éviter une altération de l'échantillon prélevé). (AF).

Rinçage pulsé

Avant administration (vérification de la perméabilité du PICC reflux sanguin par aspiration) et **après utilisation et tous les 7 jours pour un PICC non utilisé**

- Rinçage avec **au moins 10 mL de NaCl 0.9%** en poussées successives de 1 mL
 - plus efficace car permet 90% de décrochage de particules
- Rinçage avec au moins 20 mL de NaCl 0.9% en poussées successives en cas de produits à haute viscosité : sang, lipides, mannitol

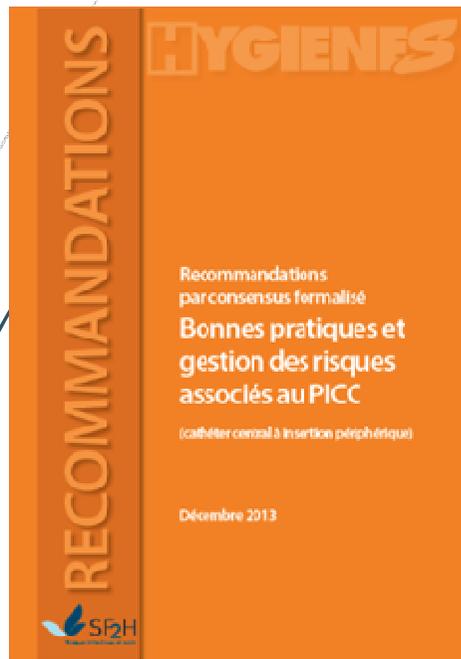
Une perfusion ne constitue pas un rinçage. Le rinçage se fait avec une seringue



Evaluation comparative de l'efficacité de différentes méthodes de rinçage de cathéters intravasculaires

Technique du rinçage pulsé (page 61) :

Par contre, le rinçage était significativement amélioré (90 %) quand l'injection était réalisée par impulsions à l'aide d'une seringue de 10 ml avec 10 impulsions successives de 0,5 seconde à un débit de 150 ml/min, soit une durée totale d'écoulement de 5 secondes [22].



66. Un rinçage efficace consiste en l'injection de 10 ml de NaCl à 0,9 % de manière pulsée par poussées successives. Augmenter le volume de rinçage à 20 ml de NaCl à 0,9 % en cas de produit à haute viscosité : après administration de produits sanguins labiles, de lipides, de mannitol ou de produit de contraste radiologique (AF). L'utilisation de seringues préremplies de NaCl à 0,9 % facilite le respect des bonnes pratiques (Accord simple CCI-R43). L'efficacité de ce rinçage est vérifiée par l'absence de résidus visibles (Accord simple CCI-R42).

65. En cas de non-utilisation du PICC (supérieure ou à égale à 4 jours), le prolongateur est enlevé et la ligne fermée. Pratiquer alors un rinçage systématique lors de la réfection du pansement (AF).

Protection du PICC

► Capuchon

- Protège et s'adapte à la valve



Tampon imprégné d'alcool isopropylique à 70%

► Bouchon Luer

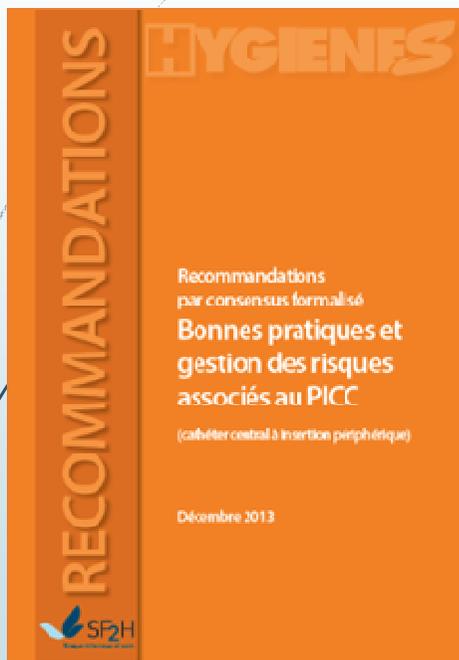
- Ouvre la valve en permanence quand l'embout Luer mâle (bouchon) se connecte à l'embout Luer femelle (valve)

- Ne se positionne jamais sur une valve

- Exception : le PICC à valve intégrée



Début de valve



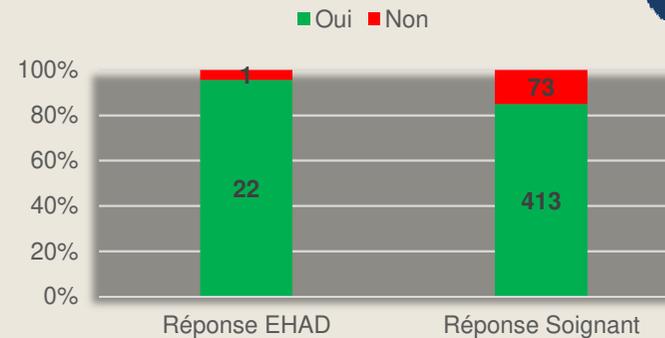
. En matière de prévention du risque infectieux, il n'y a pas d'avantage démontré à l'utilisation des boîtiers de protection imprégnés d'un antiseptique [52]. Les critères de choix d'un dispositif de protection et les modalités de son utilisation dans l'objectif de réduire le risque infectieux ne sont pas établis.

- 44.** En cas d'usage discontinu, l'extrémité du cathéter est protégée par un dispositif stérile et protégeant de l'arrachage (AF).
En cas d'usage continu, la connectique de la ligne veineuse est protégée par un pansement stérile (AM).

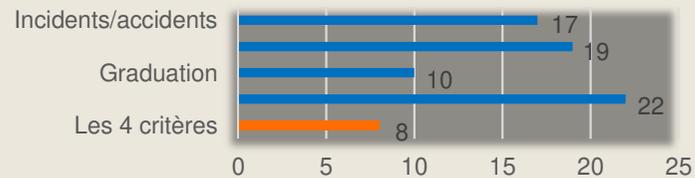
Traçabilité

1 seul EHAD n'a pas de fiche de traçabilité ; 73 professionnels déclarent ne pas l'utiliser.

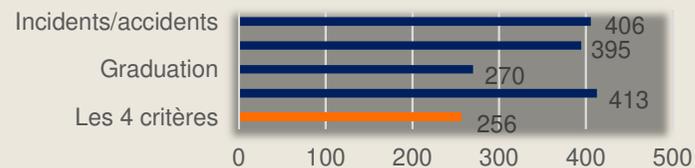
Fiche de traçabilité mise à disposition



Contenu de la fiche (réponse 22 EHAD)



Contenu de la fiche (réponse 256 soignants)



La longueur externalisée du PICC (graduation) est très importante. Elle permet de vérifier si le cathéter est correctement positionné en fonction de la longueur initiale mentionnée lors de la pose du cathéter.

Elle doit interroger le soignant quant à la poursuite de la perfusion ou pas.

Traçabilité

100. 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 (AF).

101. La mutualisation de la fiche de suivi ou carnet de surveillance avec tous les intervenants hospitaliers et extrahospitaliers est recommandée (AF). L'ensemble des professionnels amenés à prendre en charge le patient doit être sensibilisé à l'importance du remplissage consciencieux de la fiche de suivi ou carnet de surveillance (Accord simple

102. La longueur extériorisée du PICC est notée par le soignant lors de chaque réfection de pansement. Si une traction accidentelle du PICC survient, évaluer l'impact sur la position de son extrémité, en comparant la longueur externalisée avec celle initialement notée à la pose. La partie externalisée ne doit pas être réintroduite. En l'absence de données initiales ou en cas de doute sur le bon positionnement de l'extrémité du PICC, réaliser une radiographie sans opacification (AF).



Qui appeler en cas de besoin

 Nom de l'infirmier(e)


 Nom du médecin


 Nom du service


Quels sont les documents à présenter aux professionnels

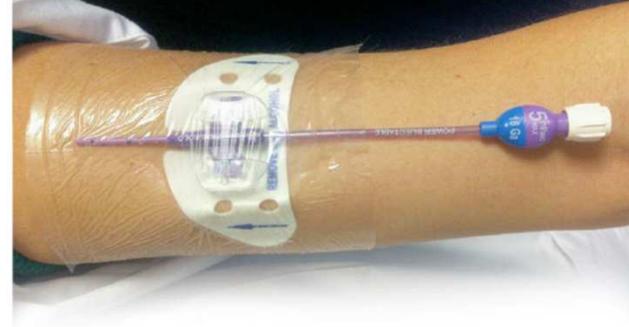
- Le carnet de surveillance / suivi que doit remplir le professionnel à chaque pansement, injection, perfusion.
- La fiche de transfert / lettre de liaison à chaque hospitalisation, à chaque retour à domicile.



Décembre 2016
En partenariat avec les sociétés BD et Experf



Je suis **acteur** de
la **surveillance**
de mon PICC



Comment assurer

la surveillance de mon PICC au quotidien

Vérifier au moins une fois par jour que :



Appeler immédiatement l'infirmier si :

- ☞ Pansement décollé, souillé, mouillé.
- ☞ Cathéter déplacé, arraché.
- ☞ Valve ou bouchon enlevé, arraché.
- ☞ Point d'entrée du cathéter rouge, suintant.
- ☞ Bras dur ou gonflé, perfusion douloureuse.
- ☞ Essoufflement inhabituel.
- ☞ Frissons et / ou une température inexplicquée supérieure à 38°5.

Le quotidien

avec mon PICC

La conduite automobile

est possible.



La douche

est autorisée en évitant d'exposer le bras directement à l'eau, et sous réserve de protéger impérativement le pansement du cathéter par une protection étanche (ex : manchon de protection).

De préférence, prendre la douche le jour de la réfection du pansement par l'infirmier.



L'activité physique

est possible. Il faut éviter le golf, le tennis, le trampoline, les sports violents / de combat.



Le port de charges lourdes

est déconseillé en appui sur le bras porteur du PICC.



Pour le jardinage

porter des gants pour éviter les blessures et bien se laver les mains après l'activité.



La baignade en piscine, en mer

est contre-indiquée.



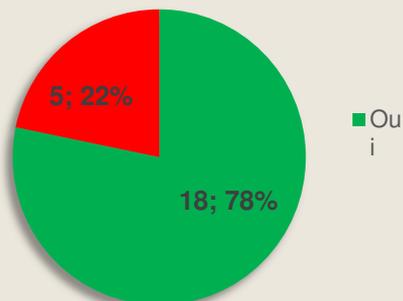
Traçabilité

Propositions :

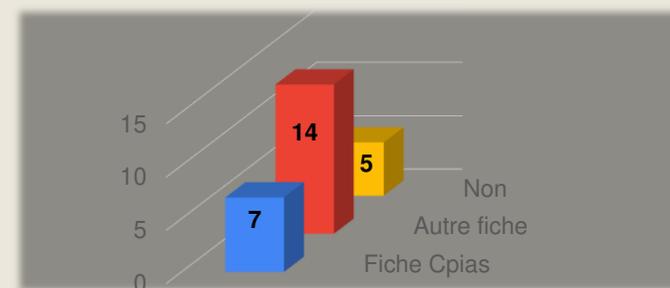
- **Généraliser l'utilisation d'une fiche de traçabilité** par tous les infirmiers intervenant sur le dispositif à domicile.
- **Actualiser les fiches existantes** afin d'y intégrer les critères indispensables à la surveillance du PICC.
- **Insister** lors des formations des infirmiers sur **la traçabilité** des actes réalisés.
- **Se coordonner avec les secteurs en amont** afin d'obtenir les informations relatives à la prise en charge du PICC (carnet de suivi, fiche...).

Fiche de surveillance des incidents

Disponibilité d'une fiche de surveillance EHAD



De quelle fiche s'agit-il ? (n 23 EHAD)

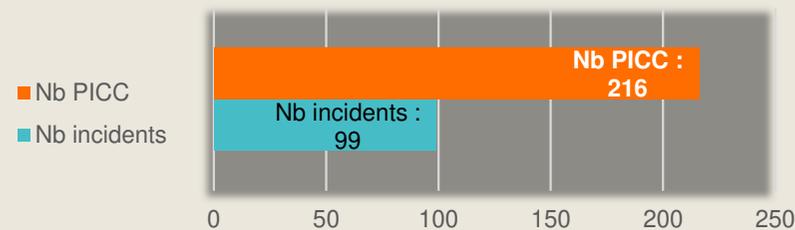


Le CPias a créé une fiche de surveillance en amont de l'enquête afin de pouvoir recenser le nombre et le type d'incidents survenus sur une période de 3 mois. Cette fiche a été mise à disposition des EHAD.

18 établissements sur 23 avaient déjà leur propre fiche de suivi des incidents / accidents liées aux PICC, 7 ont utilisé la fiche CPias.

Incidents liés aux PICC

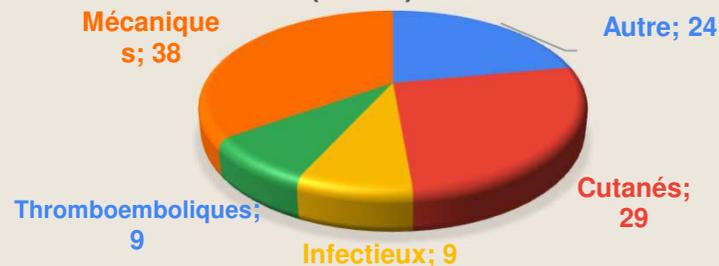
Incidents sur les PICC



216 PICC ont été pris en charge sur une période de 3 mois.

45 % des PICC présentent un incident lors de sa prise en charge à domicile.

TYPOLOGIE DES INCIDENTS / NB TOTAL DE PICC PRIS EN CHARGE (N 216)



Les types d'incidents retrouvés relèvent surtout de complications cutanées (inflammation, œdème) et majoritairement de problèmes mécaniques (occlusion).

L'indication du rinçage pulsé prend tout son sens dans les techniques d'entretien pour optimiser la prise en charge d'un PICC et éviter ces occlusions.

Surveillance

103. Une surveillance clinique régulière à la recherche d'une complication locale ou générale inhérente à la pose ou à l'utilisation est indispensable (AF CCI-R94). La surveillance clinique, les complications observées, le retrait du PICC et le motif du retrait sont notés (AF).

111. A domicile, la survenue d'une complication grave associée à un PICC (bactériémie, occlusion, thrombose avec retentissement clinique, décès, infection justifiant un retrait) fait l'objet d'un signalement à l'équipe d'hospitalisation de référence (AF).

112. En établissement de santé (HAD compris), la survenue d'une infection grave associée à un PICC (bactériémie, décès, infection justifiant un retrait) fait l'objet d'un signalement interne à l'EOH; la décision de signalement externe est de la responsabilité du praticien en hygiène. La survenue d'un événement indésirable associé à un PICC fait l'objet d'un signal d'alerte selon le dispositif prévu par la CME et le coordonnateur de la gestion des risques. La survenue d'un événement indésirable grave (bactériémie, décès, infection ou complication justifiant un retrait) fait l'objet d'une analyse des causes (AF). Tout incident concernant les dispositifs médicaux utilisés pour les soins au patient = matériovigilance doit être signalé (Réglementaire CCI-R33).



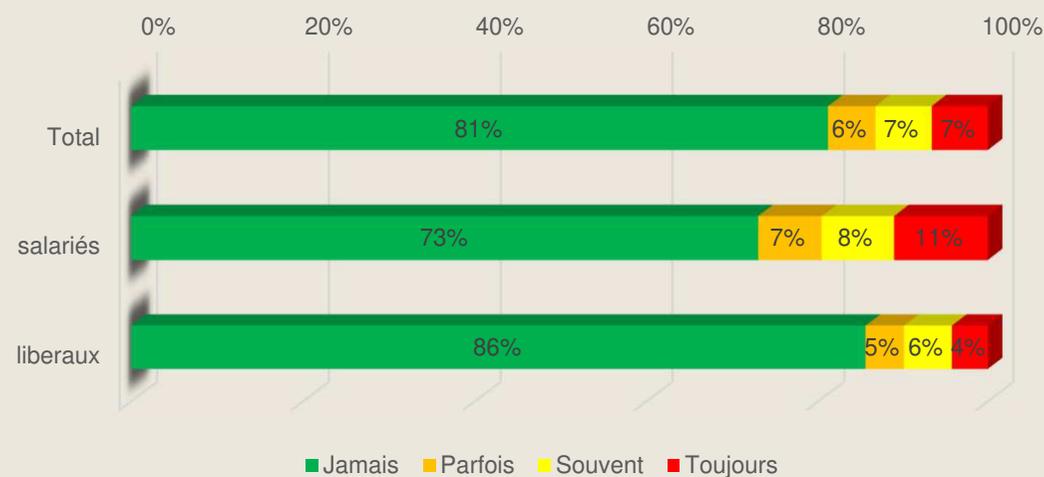
Surveillance

Propositions :

- Généraliser l'utilisation systématique d'une fiche de surveillance et d'incidents pour chaque patient porteur de PICC pris en charge et inclure ce point dans la formation des professionnels pour montrer l'intérêt du suivi des PICC.
- Activer la participation à la surveillance nationale des dispositifs intra vasculaires (SPIADI).
- En cas d'incidents récurrents, s'appuyer sur une analyse approfondie des causes.

Retrait du PICC à domicile

Peut-on retirer le PICC sans présence médicale

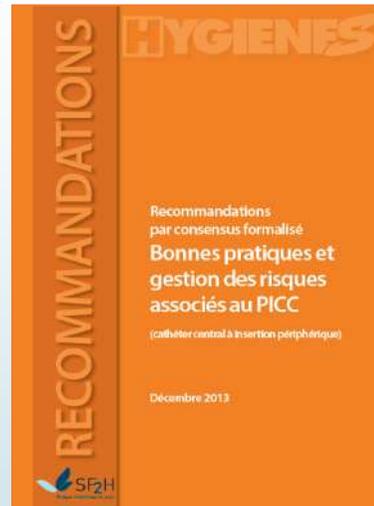


L'ablation du PICC est une décision médicale.

D'après l'article R4311-9 du code de la santé publique :

« L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment : ablation de cathéters centraux et intrathécaux »

Références



<https://www.sf2h.net/publications/bonnes-pratiques-gestion-risques-associes-picc>

- Films à disposition
- Pansement PICC à domicile : <https://vimeo.com/175220427>
- A venir film sur les « trucs et astuces » du CPias Occitanie



<https://www.sf2h.net/publications/bonnes-pratiques-essentielles-hygiene-a-lusage-professionnels-de-sante-soins-de-ville>

Retour d'expérience Equipe Opérationnelle d'Hygiène CH Haguenau (Alsace)

METHODE

- mise en place d'un suivi longitudinal des PICC-Lines posés à l'hôpital sur une période de 6 mois. Evaluer ainsi l'incidence des complications sur PICC-Line.
- Pour chaque PICC-Line posé dans notre hôpital (du 01/01 au 31/07) sont notés : âge, sexe, service, date de pose, côté, marque, nombre de voies, suture et/ou compresse et indications (traitements prévisibles). Puis la surveillance quotidienne porte sur l'état et la réfection du pansement, la fréquence d'utilisation, les prélèvements sanguins, la qualité des rinçages et la description des complications éventuelles.

RESULTATS

- 58 PICC-Lines posés (54 patients) dans 14 services différents.
- Indications : capital veineux faible, antibiothérapie, nutrition parentérale, transfusion itérative...

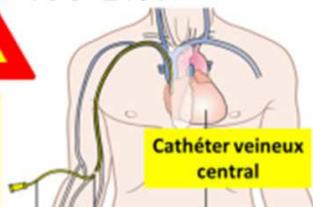
Les patients sont suivis au cours de leur hospitalisation et 14 patients ont pu être suivis hors hôpital (autre établissement, HAD...).

- Durée d'utilisation : 1 à 57 j (moy : 12 j)
- Dans 9 cas, le PICC-Line est arraché par le patient après 4 à 15 j (moy : 6.3 j)
- 9 patients sont décédés et 1 est perdu de vue
- Pose au bras gauche : 70%
- PICC fixé par pansement spécifique et points de suture : 45 %
- Compresse masque le point d'insertion 22 %.

Enfin, dans 15 cas, le PICC-Line a été retiré sur prescription à la fin du traitement après 2 à 35 j d'utilisation (moy : 15 j).

Equipe Opérationnelle d'Hygiène CH Haguenau

Centre Hospitalier de Haguenau
Les infos de l'EOH
Dr O. Meunier, T. Fering, S. Burger, S. North
Janvier 2019



Picc-Line®

Avant et Après chaque manipulation
Injection, branchement, débranchement, prélèvement et réfection de pansement

Rinçage pulsé
10 ou 20 ml de sérum physiologique

Système de fixation adhésif (sans fil)

Hygiène des mains
Masque

Valve bidirectionnelle
Ne pas piquer
À changer à chaque réfection de pansement

Cathéter veineux central

Centre Hospitalier de HAGUENAU
Information
Janvier 2019

Centre Hospitalier de Haguenau
Les infos de l'EOH
Dr O. Meunier, S. Burger, S. North
20 juillet 2018



Picc line®

Ces dernières semaines les Picc line posés au CHH étaient de la marque Bard®

Pour les injections, branchements, réfection de pansement et prélèvements... la procédure est différente.

Raccord Luer

Valve bidirectionnelle

Fermer la valve à l'aide d'un bouchon stérile à usage unique après chaque manipulation.

- Intégrée
- Pas de changement hebdomadaire
- Pas de clamp
- Ne pas ajouter une 2^{ème} valve bidirectionnelle

Le reflux pourrait être difficile à obtenir

Pour la réfection de pansement hebdomadaire, il n'y a pas lieu d'essayer de changer la valve

Centre Hospitalier de HAGUENAU
L'EOH communique...
20 juillet 2018

Equipe Opérationnelle d'Hygiène CH Haguenau

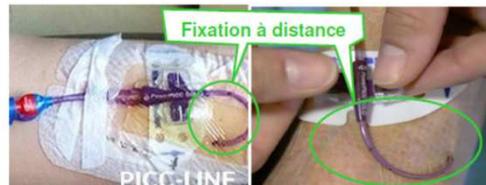


Les IDE nous informent que souvent les systèmes de fixation adhésif des Picc-Line (Stat-lock) sont posés au **contact direct du point d'insertion cutané** du cathéter

Or dans cette situation, la **réfection du pansement** (tous les 7 jours) n'est pas aisée et la **désinfection hebdomadaire du point d'insertion** n'est pas confortable ni pour le soignant, ni pour le patient.



Comme le fabricant le préconise, il convient de **laisser un espace de 2 à 4 cm entre le point d'insertion du cathéter et le système de fixation**, charge au soignant de vérifier après chaque réfection de pansement que le cathéter ne s'est pas déplacé.



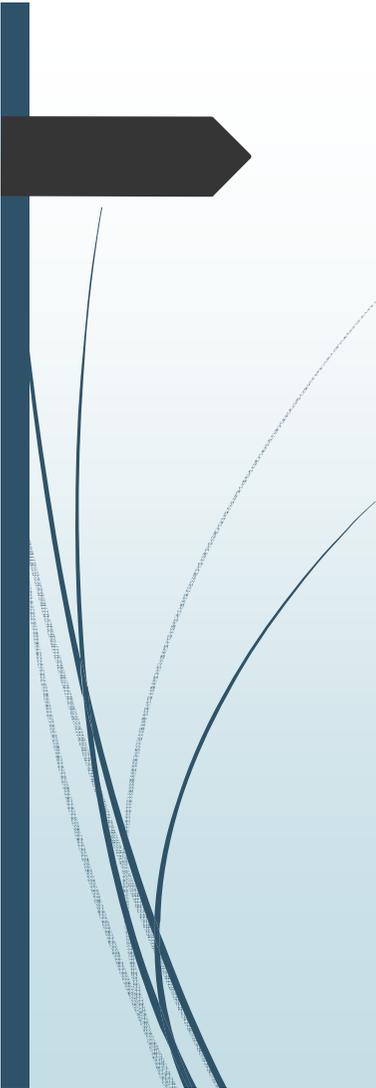
Centre Hospitalier de HAGUENAU

L'EOH communique...

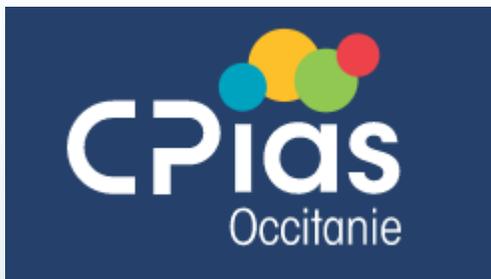
Décembre 2018

Complications :

- 9 obstructions (15,5%, soit 1,3 obst/100 Jpicc)
- 5 Infections (8,6%, soit 0,7 inf/100Jpicc) respectivement à 11, 13, 20, 21 et 25 jours après la pose.



Retour d'expérience
HAD TOULOUSE (Santé relais Domicile)



<https://cpias-occitanie.fr/>



Soins de Ville

Evelyne BOUDOT : e-boudot@chu-montpellier.fr / 04 67 33 74 69

Hervé VERGNES : vergnes.h@chu-toulouse.fr / 05 61 77 73 76