

B. Alvez da Cruz, cadre de santé CH Niort ; B. Le Falher, cadre hygiéniste CH Argenteuil ; F. Lémann, praticien hygiéniste CH Argenteuil ; H. Levert, pharmacien AP-HP Saint Louis ; J. Merckx, anesthésiste honoraire APHP, MSC Groupe Biofluide Paris Diderot ; F. Serratrice, pharmacien CH Aix-les-Bains.

PROJET ET OBJECTIFS

Chaque année 33 millions de Cathéters Veineux Périphériques¹ (CVP) sont posés en France. Cette pratique courante et banalisée n'est pourtant pas sans risque comme le rappelle l'étude de Maki sur les complications liées au CVP².

De nouvelles recommandations sur l'utilisation des CVP ont été publiées par la HAS – SF2H en 2005 puis en 2007³. Ces recommandations sont-elles appliquées,

et comment le sont-elles ?

Un groupe de travail multidisciplinaire s'est constitué en Janvier 2011 lors des Etats Généraux de l'association, le Lien, pour travailler sur cette question et proposer, le cas échéant, des outils pour améliorer l'application au quotidien des recommandations de bonne pratique.

METHODE

Trois étapes ont jalonné le travail du groupe :

Audit des pratiques réalisé par questionnaire sur un échantillon de la population infirmière : 359 IDE et étudiants (51% de diplômés, 40% d'étudiants et 9% d'infirmiers dont l'ancienneté n'est pas connue) de 4 établissements français (CH Aix les Bains, CH Argenteuil, APHP Cochin, CH Niort) ont répondu de décembre 2011 à mars 2012 à 18 questions portant sur la pose, l'utilisation, l'entretien et la traçabilité des CVP.

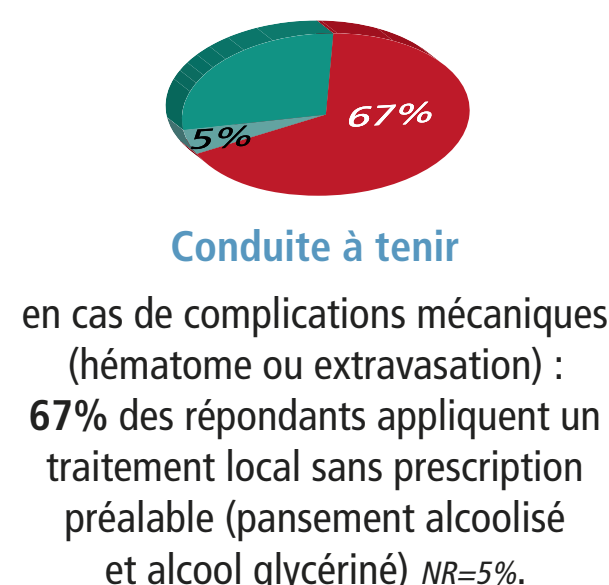
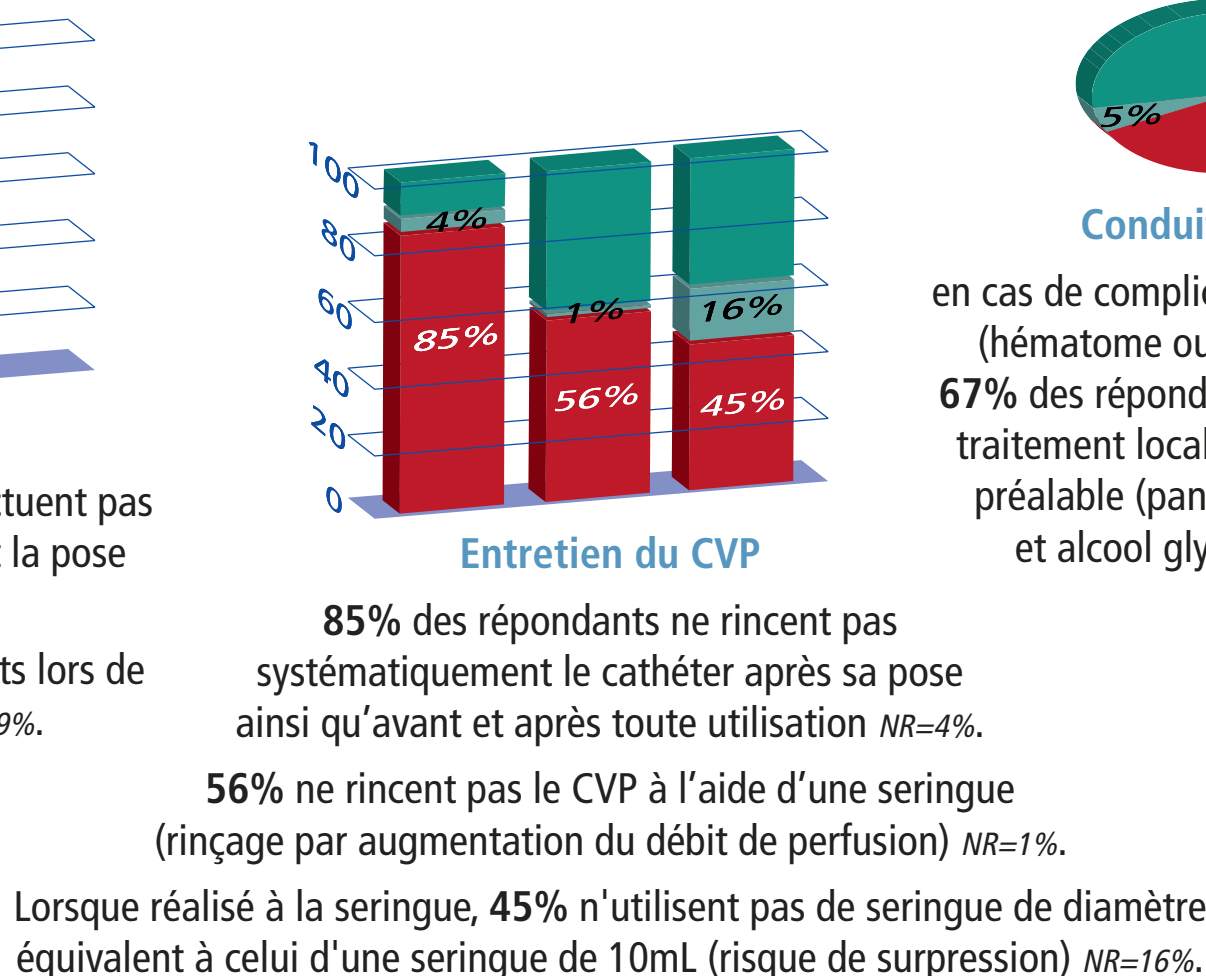
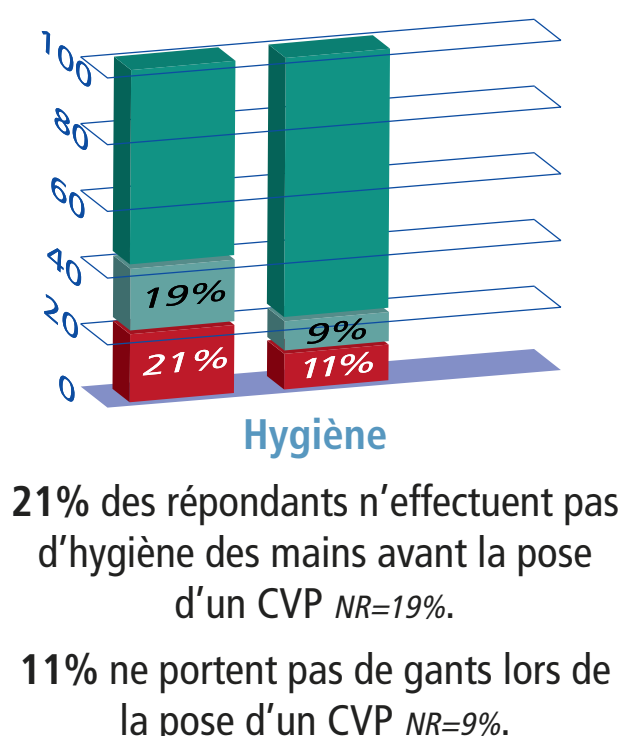
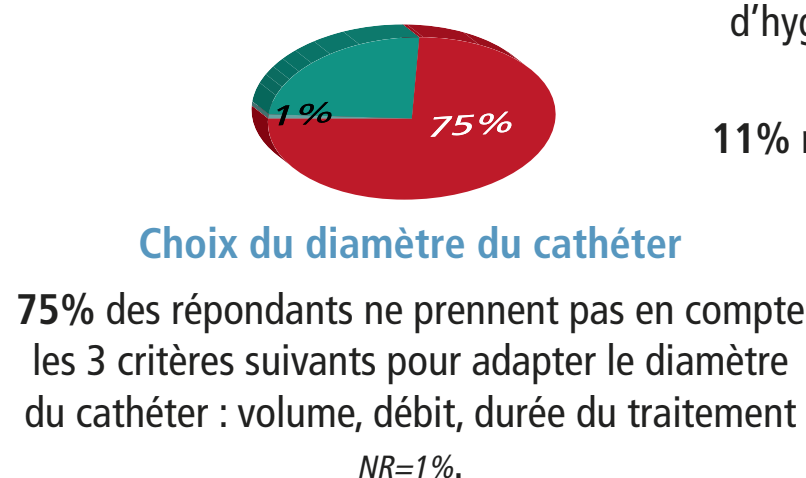
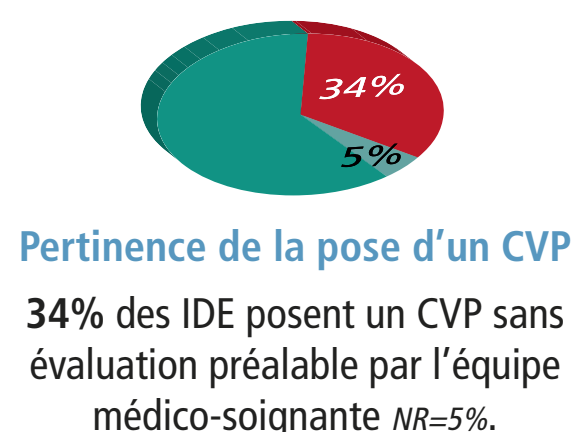
Analyse de la littérature Le groupe a appuyé son travail sur la lecture des recom-

mandations et études actuellement disponibles. Parmi la bibliographie analysée, 42 publications ont été retenues pour conforter la pertinence de la pose du CVP, le choix de la veine, les caractéristiques des dispositifs médicaux à utiliser, l'hygiène et l'entretien entourant chaque administration de médicament ainsi que l'information au patient.

Proposition d'un document à destination des professionnels de santé pour contribuer à améliorer l'application des recommandations de Bonnes Pratiques.

RESULTATS

Les plus significatifs de l'audit des pratiques :



DISCUSSION

Les résultats de l'audit et l'analyse de la littérature ont fait apparaître la nécessité de rappeler certaines bonnes pratiques :

- **L'équipe** médico-soignante doit vérifier la pertinence de la pose du CVP et réévaluer régulièrement sa nécessité ;
- **La pose** systématique d'une perfusion continue non médicamenteuse (garde-veine) n'est pas justifiée ;
- **Les dispositifs** médicaux doivent être adaptés au patient et à son traitement : le diamètre (gauge) et la longueur du cathéter doivent être adaptés au traitement (volume, débit et durée) et à la veine choisie ;
- **La ligne** de perfusion doit être la plus simple possible et respecter le système clos :
 - Limiter les connexions² et les robinets ;
 - Ne jamais reconnecter une ligne de perfusion débranchée ;
 - Regrouper les manipulations ;
 - L'utilisation de valves bidirectionnelles peut aider à maintenir ce système clos.
- **L'entretien** du cathéter doit être effectué par un rinçage pulsé à la pose du CVP ainsi qu'avant et après toute utilisation du CVP (injection et prélèvement)⁴. Matériel : seringue de NaCl 0,9%, idéalement pré-remplie⁵ et présentant les caractéristiques suivantes :
 - Volume : adapté au patient, à la ligne de perfusion et à la thérapeutique (au minimum 2 fois le volume mort)⁶ ;
 - Diamètre : supérieur ou égal à celui d'une seringue de 10mL (diamètre de 15 mm)⁷.
- **L'utilisation** et l'ablation du CVP impose une traçabilité : localisation, type de cathéter (gauge), opérateur, dates de pose /entretien/ablation, préciser la raison de son ablation (fin de traitement ou complication)⁸.
- **Le patient** (et/ou ses proches) doit être informé de l'indication du CVP, des éventuels signes de complications et de la nécessité d'en avertir les soignants.

CONCLUSION

L'audit des pratiques a montré la nécessité d'insister sur les recommandations en vigueur et de diffuser les dernières avancées en la matière.

Un support d'information synthétique et synoptique est en cours d'élaboration pour aider les soignants à appliquer au quotidien les recommandations publiées par la HAS - SF2H en 2007.

1. iDATAResearch. European Markets for vascular access devices 2012.

2. Maki DG, Ringer M. Risk factors for infusion-related phlebitis with small peripheral venous catheters. A randomized controlled trial. Ann Intern Med 1991 ; 114(10):845-54.

3. Recommandations SF2H 2005. Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques. Recommandations HAS, SFHH 2007. Pose et entretien des cathéters veineux périphériques.

4. Merckx et al. Rinçage pulsé et dispositif d'accès vasculaire. STV 2010.

5. Alvez Da Cruz. Pour une amélioration de la chaîne de perfusion. Revue Soins 2005 ; J. Calop and al. Maintenance of peripheral and central intravenous infusion devices by 0.9% sodium chloride with or without heparin as a potential source of catheter microbial contamination. Journal of Hospital Infection 2000 ; Worthington and al. The hospital infection society. Are contaminated flush solutions an overlooked source for catheter-related spesis. Letter to the editor 2001 ; Trautmann et al. Colonization and contamination of IV fluids. Journal of Hospital Infection 1997 ; 37 ; 225-236 ; Van Grafhorst et al. Unexpected high risk of contamination with staphylococci species attribu-

table to standard preparation of syringes for continuous intravenous drug administration in a simulation model in intensive care units.

6. Recommandations INS 2011.

7. Par analogie avec les chambres à cathéter implantée : Conn C. The importance of syringe size when using implanted vascular access devices. J Vascular Access Devices 1993 ; (3)1 ; 11-8.

8. Recommandations SF2H. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins.