



Dr Vincent Morel  
Président de la SFAP

**Conseil scientifique :**  
Dr Guillemette Laval,  
Présidente  
CHU Grenoble (38)  
GLaval@chu-grenoble.fr

Dr Sylvie Chapiro  
Hôpital P. Brousse – Villejuif (94)  
sylvie.chapiro@pbr.aphp.fr

Dr Laure Copel  
Institut M. Curie – Paris (75)  
laure.copel@curie.net

Dr Véronique Danel-Brunaud  
Hôpital R. Salengro – Lille (59)  
veronique.danel@chru-lille.fr

Dr Sarah Dauchy  
Institut G. Roussey – Villejuif (94)  
sdauchy@igr.fr

Dr Nathalie Denis-Delpierre  
CHU Nantes (44)  
Nathalie.denis@chu-nantes.fr

Dr Frédéric Guirimand  
Maison J. Garnier – Paris (75)  
fguirimand@adc.asso.fr

Dr Nathalie Michenot  
CH Versailles (78)  
boutiniere@orange.fr

Dr Jean-Christophe Mino  
Observatoire national de la fin de  
vie Paris (75)  
jc-mino@croix-saint-simon.org

Dr Sylvie Rostaing  
Hôpital St Antoine, Paris (75)  
Sylvie.rostaing@sat.aphp.fr

Evelyne Malaquin-Pavan, cadre  
de santé  
Hôpital C. Celton – Issy les  
Moulineaux (92)  
evelyne.malaquin-  
pavan@ccl.aphp.fr

Elisabeth Gudmer, cadre de  
santé  
CHU Montpellier (34)  
elisabethgudmer@orange.fr

Marie-Claude Dayde, Infirmière  
libérale  
Colomiers (31)  
mc.dayde@wanadoo.fr

Jérôme Alric, psychologue  
CHU Montpellier (34)  
j-alric@chu-montpellier.fr

Hélène Brocq, psychologue  
CHU Nice (06)  
Brocq,h@orange.fr

Tanguy Chatel, sociologue  
La Celle Saint Cloud (78)  
t.chatel@cegetel.net

Paula La Marne, philosophe  
Rouen/Caen (76/14)  
Paule.la-marne@ac-rouen.fr

Damien Le Guay, philosophe  
Boulogne Billancourt (92)  
Damien.le-guay@aposte.net

## AVIS 018 du 26 juin 2013 DU COMITE SCIENTIFIQUE DE LA SFAP

Concernant les recommandations nationales de « Bonnes pratiques et gestion des risques  
associés au PICC (Cathéter central à insertion périphérique) »

Société Française d'hygiène hospitalière (SF2H)  
Coordination Pr J-C Lucet (Paris) – juin 2013

**Objet :** Demande de relecture auprès de plusieurs sociétés savantes dont la SFAP, des recommandations nationales de bonnes pratiques quant à leur validité et applicabilité.

**Préambule :** il s'agit d'un texte émanant d'un groupe d'experts constitué de médecins de spécialités différentes (réanimateur, anesthésiste, nutritionniste, radiologue, hygiéniste, infectiologue, pneumologue, pédiatre, généraliste médecine palliative), de pharmaciens, d'infirmiers, d'un documentaliste et d'un méthodologiste. Ces recommandations traitent des indications des PICC, de la pose des PICC, des pansements et des aspects de politique générale (éducation thérapeutique, formation des professionnels, surveillance et traçabilité, évaluation des pratiques...). Cent onze propositions sont détaillées et argumentées avec de nombreuses références bibliographiques ainsi que plusieurs tableaux de synthèse.

**L'avis du Comité scientifique,** après échanges de courriels, échanges téléphoniques et réunion téléphonique avec 5 de ses membres le 26/06/13 est le suivant :

- Travail très complet et d'excellente qualité méthodologique et d'une grande rigueur scientifique.
- Quelques questions, propositions et suggestions de précisions comme suit :

	Contenu
A enlever	
A ajouter	Ne faudrait-il pas profiter de ces recommandations pour mettre en annexe la liste des produits incompatibles selon que PICC monolumière ou multilumière ?
	Ne faudrait-il pas faire un chapitre sur les patients non communicants ou hors d'état d'exprimer leur volonté, notamment lors du chapitre sur l'information du patient (page 18, ligne 24-25) ? A ce propos, le chapitre de l'argumentaire (question 6) pages 75-77 sur l'information et l'éducation du patient, est particulièrement intéressante. Il mériterait d'être complété par quelques lignes relatives à cette situation.
	Pour le chapitre soins palliatifs, page 47 (lignes 22-31) et quelques lignes aussi sur les soins palliatifs page 43 (lignes 34-37) : il faudrait apporter un élément comparatif dans la dernière phrase « plus confortable » (que quoi ?), référence bibliographique n°61. Le CS de la SFAP souligne un moindre confort pour le patient sous PICC par rapport à ceux sous CCI (Chambre pour cathéter implantable) pour les soins, douches et bains. Le CS s'interroge aussi sur les risques inhérents à la pathologie et au traitement : risques thrombotiques et infectieux élevés nécessitant une discussion au cas par cas.
	Pour le patient en phase palliative avancée ou en phase terminale, la discussion pourrait être plus précise sur les arguments amenant au choix de la technique, place respective d'un CVP, d'un PICC, d'un CVC tunnelisé ou non tunnelisé, de la voie sous-cutanée ?
	Ne faut-il pas faire un point sur PICC et traitement anticoagulant (les embolies pulmonaires sont fréquentes dans la maladie cancéreuse et nécessitent un traitement anticoagulant prolongé) ?
	Ne faudrait-il pas faire un chapitre spécifique sur la prise en charge à domicile ? (propositions 93, 110 et 111).

## SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS

Siège social & secrétariat : 106, avenue Émile Zola - 75015 Paris - France - Tél : 01 45 75 43 86 - Fax : 01 45 78 90 20

E-mail : sfap@sfap.org - http://www.sfap.org - Siret N° 390 473 353 000 22

Association reconnue d'utilité publique par décret du 24 juin 2008



Page	Ligne	Commentaires / Proposition de corrections	Toute proposition de modification nécessite une justification
9	32-33	Il n'y a pas de consensus sur la vérification que la veine choisie présente un flux modulable vérifié par écho Doppler avant la mise en place d'un PICC.	Il faudrait peut-être clarifier la formulation.
10		Chapitre intéressant sur l'onco-hématologie, mais le chapitre sur l'oncologie est succinct.	Ne faudrait-il pas lister les situations où la CCI est contre-indiquée ou inutilisable et puis faire un chapitre spécifique en fonction du terrain (PICC pour un patient traité pour cancer) ?
12	11 12-14	- en réanimation (AF). Il n'y a pas de consensus sur la possibilité de pose d'un PICC dans la chambre du patient (hors réanimation).	N'y a-t-il pas accord d'expert pour les USI ?
12	16	En cas d'anesthésie locale par topique, celle-ci est réalisée avant l'antisepsie (AF).	Si les auteurs pensent à la crème EMLA, il faut qu'ils le précisent et qu'ils indiquent le délai de 90 minutes. Peut-être faut-il ajouter qu'il n'y a pas de consensus sur l'intérêt à réaliser une analgésie locale en prévention de la douleur.
41	28-31	<b>En conclusion</b> , entre PICC et cathéter veineux périphérique, le choix ne se discute pas s'il s'agit d'un petit enfant ; chez l'adulte, si la durée de perfusion prévue est > à 6 jours et si <u>l'incidence de thrombophlébites superficielles sur abord veineux périphérique est élevée</u> dans la structure de soins, le PICC est une alternative sous réserve d'une surveillance rigoureuse du risque thrombotique.	Ne faut-il pas être plus précis ?