

La lecture des résultats du sondage initié par l'ARS Ile-de-France et le GIFAV appellent quelques commentaires et hypothèses (en l'absence de discussion possible avec les personnes interrogées) :

1. Le **cathéter Hickman** semble en voie de disparition car réservés à des services très spécialisés (nutrition, hématologie). Or ses indications sont plus vastes : traitement de l'hypertension artérielle, patient agité, alternative à la suite d'un cathéter central infecté, Le risque est de l'oublier faute d'en connaître les potentialités. C'est une perte de chance pour les patients.
2. Le **Midline** est encore peu utilisé et mal connu. Il est considéré comme une « voie d'urgence » ou une alternative à un PICC prescrit pour une antibiothérapie par ex. « Voie d'urgence » car l'urgence est souvent de réduire le délai entre la prescription et la pose ; or ce cathéter ne nécessite ni recours radiologique ni salle à empoussièrément maîtrisé.
3. Le **délai de pose** reste un problème majeur. Reste à savoir si toutes les indications posées sont justes et si le prescripteur n'attend pas d'être confronté à un problème d'abord veineux périphérique ou central pour s'intéresser trop tard à un sujet qu'il connaît mal.
4. Les patients sont très peu adressés à l'extérieur, probablement pour des raisons économiques et uniquement en cas d'augmentation jugée inacceptable du délai de pose. L'**adressage extérieur** est en effet un manque à gagner voire une dépense supplémentaire pour l'établissement qui ne peut répondre lui-même à la demande.
5. L'**entretien et la gestion des complications** sont organisés dans 80 % des cas mais là encore avec des problèmes de délais jugés trop longs et de qualité de prise en dans plus de 30 % des cas. Bref, c'est organisé mais pas efficient.
6. La **protocolisation** n'est pas excellente, notamment pour ce qui concerne les outils les plus récents ou les moins fréquents ; et surtout elle n'est pas assez souvent remise à jour. Le cathétérisme périphérique court est banalisé.
7. Le problème est le même en ce qui concerne le **suivi épidémiologique** de base.
8. Les **protocoles de coopération** qui concernent moins de 20 % des établissements audités et qui occupent 80 % du temps des congrès ne semblent pas une préoccupation majeure ni une demande des soignants.

En résumé, les sept premiers points sont liés au fait que la réflexion concernant la prescription de l'abord veineux n'est pas concomitante avec celle du traitement I.V. Le dernier point souligne que s'ils épargnent du temps médical, les protocoles de coopération - encore trop centrés sur la pose- ne résoudront pas le problème organisationnel et pluridisciplinaire pré cité.

Le message est donc le même depuis vingt ans : il faut organiser l'activité et identifier un chef d'orchestre de l'équipe pluridisciplinaire pour y parvenir. Il faut d'avantage inviter les sciences comportementales lors de l'élaboration des projets de service et d'établissement.

Irène Kriegel,

Médecin anesthésiste, Institut Curie, Paris.