© 2018 - SFAR. Tous droits réservés.

Transfert de compétence : Pose de VVC par un IDE

IADE Cadre Supérieur de Santé de Pôle Christophe RECCHIA

Hospices Civils de Lyon, Groupement Hospitalier Nord, 103, grande rue de la Croix Rousse 69004 Lyon

Email : christophe.recchia@chu-lyon.fr

Aucun conflit d'intérêts.

Points Essentiels

- Le Groupement Hospitalier Sud (HCL) est un hôpital à dominante carcinologique qui nécessite une infrastructure adaptée pour mettre en place les accès vasculaires des patients. Il devenait important de structurer l'offre de mise en place de ces dispositifs.
- En juin 2013, profitant de l'expérimentation menée au Centre Léon Bérard (Centre de lutte contre le cancer) nous avons déposé un dossier d'autorisation de mise en œuvre d'un protocole de coopération à l'ARS dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST. Selon les modalités de ce protocole des IADE ont été spécifiquement formés. Cette coopération des professionnels de santé exige le suivi de nombreux indicateurs.
- Le regroupement de cette activité permet de rationaliser le choix des accès vasculaires centraux (PICC, PAC) en respectant les indications et les protocoles de pose et de suivi (taux d'infection, d'obstruction et d'ablation). Des médecins référents « délégants » peuvent intervenir à tout moment à la demande des 4 infirmiers « dits délégués » qu'il s'agisse d'un problème d'indication, ou d'un problème technique.
- Le service rendu à l'établissement est immense, et les patients sont les premiers ravis de pouvoir bénéficier de ces accès vasculaires dans un contexte de qualité des soins et de délais très courts. Le personnel soignant voit ainsi son activité complétée par une approche différente mais complémentaire de son cœur de métier originel.

DÉFINITION
L'HAS définie les protocoles de coopération comme suit :
L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain (inscrits à l'art. L. 4011-1 du Code de la santé publique), de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients.
Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération transmis à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé, avant de le soumettre pour validation à la HAS.
Un protocole de coopération ne rentre pas dans le cadre des pratiques avancées des infirmières.
Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

Contexte
Le contexte dans lequel a été réfléchi ce protocole de coopération est celui d'une demande forte de pose de dispositifs de voie centrale de type voie centrale à insertion périphérique (PICC) ou chambre implantable (PAC), avec l'absence d'une organisation structurée, des équipes médicale peu disponibles et aux pratiques très différentes. De fait, certains patients ne bénéficiaient pas de ces dispositifs (PICC) ou bien ces dispositifs étaient posés dans des établissements extérieurs privés (PAC). Ces pratiques engendrant un coût pour l'établissement et des difficultés de suivi des patients et de leur dispositif.

La volonté a été de mettre en œuvre un guichet unique pour l'ensemble des acteurs de l'hôpital, en rationnalisant les dispositifs utilisés, et en uniformisant les indications et les protocoles de pose. Cette organisation permettant également un réel suivi d'indicateurs comme : les taux d'infection, d'obstruction et d'ablation. Améliorant ainsi la qualité des soins par analyse rétrospective de nos pratiques. Notre dernier objectif étant de réduire le délai d'attente pour une pose d'une semaine à 48h00. (> 24h00 pour les urgences)

La pénurie de temps médicale et la volonté de professionnaliser au maximum la pratique (on ne fait bien que ce que l'on fait souvent) nous ont orientés vers l'étude d'un protocole de coopération comme défini par l'article 51 de la loi HPST.

La coopération comporte des exigences légales comme, un suivi strict des indicateurs mis en place, des fiches de suivi d'action d'amélioration, attestation de validation des compétences acquises, l'information du patient qu'il entre dans un protocole de coopération (qu'il peut refuser) etc…

Le protocole
Nous avons rédigé notre protocole en tenant compte des exigences réglementaires avec l'aide des pharmaciens, des hygiénistes, de la direction et des anesthésistes-réanimateurs de l'établissement.

Le protocole détaille le programme de formation des IADE « délégués », les protocoles de pose, les conditions de pose et la sécurisation des actes (Des médecins « délégants » peuvent intervenir à tout moment à la demande des 4 IADE qu'il s'agisse d'un problème d'indication, ou d'un problème technique).

Un chapitre détaillé sur le suivi de l'activité et des patients a également été rédigé.
Après la validation de ce protocole par les instances, 4 IADE ont été sélectionnés en fonction de leur expérience et de leur positionnement professionnelle. Les IADE sont restés à mi-temps à l'unité d'accès vasculaire et à mi-temps au bloc opératoire/SSPI. Une attention particulière a été aussi portée au recrutement de la secrétaire qui est un maillon essentiel à la réussite du projet.
Puis une grande campagne d'information a eu lieu sur l'établissement, pour informer de la création d'une Unité d'Accès Vasculaire (UAV) et des conditions de réalisation des actes.

© 2018 - SFAR. Tous droits réservés.

En pratique
Le programme a consisté à sécuriser la pose des PICC pendant un an puis de mettre en place les PAC une fois la première étape sécurisée.
Les demandes sont examinées systématiquement la veille par le médecin responsable.
Les IADE réalisent leur geste sous contrôle échographique (ponction) puis à l'aide d'un repérage électromagnétique. (Placement du cathéter à la jonction atrio-cave). Avant ou durant le geste les IADE utilisent également des techniques de relaxation au bénéfice du patient (RESC, Hypnose,…)
Des médecins référents « délégants » peuvent intervenir à tout moment à la demande des 4 infirmiers « dits délégués » qu'il s'agisse d'un problème d'indication, ou d'un problème technique.

Le contrôle radiologique n'a plus lieu pour la pose des PICC, le tracé ECG figure dans le compte rendu opératoire.

Pour les PAC, les indications difficiles sont posées par le médecin. Les poses se réalisent presque toutes encore sous scopie.

Depuis maintenant plus de 4 ans, aucun évènement grave n'a été reporté, l'activité de l'UAV compte près de 3000 PICC posés par an et 850 PAC posés par an.

Conclusion
Le retour des patients est très positif, en particulier de la part de ceux qui ont bénéficié de pose avant l'UAV puis à l'UAV. Les indicateurs de suivi sont également très concluants. Cette UAV a pu structurer à l'échelle d'un établissement la pose des cathéters centraux tout en assurant un service de qualité. Cette expérience a débouché, du fait de la saturation de l'UAV du Groupement Hospitalier Sud, sur la création d'une deuxième au Groupement Hospitalier Est des HCL. Ces deux UAV travaillent de façon coordonnées en harmonisant les protocoles par le biais d'un COPIL et en optimisant les délais de rendez-vous par des contacts quotidiens des secrétariats.

Repérage échographique puis guidage électromagnétique

Références :

[1] Krein, SL., Kuhn L., Ratz D., Chopra V., Use of Designated Nurse PICC Teams and CLABSI Prevention Practices Among U.S. Hospitals: A Survey-Based Study. J Patient SAF. 2015 Nov 10.

[2] Walker G., Todd A., Nurse-led PICC insertion: is it cost effective? BR J Nurs. 2013. Oct 24-Nov 23;22(19):S9-15

[3] Bedford E., Waterhouse D., Service development of a nurse-led community-based PICC insertion service. BR J Nurs. 2017 Jan 26 ;26(2):S22-S27