



Expériences concrètes

Focus sur des expérimentations de coopérations entre professionnels en milieu hospitalier ou libéral, dans le cadre régional ou d'un programme de santé publique.

L'infirmière référente en neuro-oncologie à la Pitié-Salpêtrière

Christelle Lecaille

Infirmière référente

Pr Jean-Yves

Delattre

Chef du service

Sylvie Lebesgue

Cadre supérieur de

santé

Joëlle Perennes

Infirmière référente

Marie-Dominique

Cantal Dupart

Infirmière référente

Service neurologie 2,

Pôle MSN,

groupe hospitalier

Pitié-Salpêtrière

C'est à l'initiative du Pr Jean Yves Delattre et de Marie-Hélène Lorreyte, cadre supérieur de santé, que le projet et l'expérimentation de la nouvelle fonction de l'infirmière en neuro-oncologie voit le jour en 2001 avec l'aval de la direction de l'hôpital.

Ce projet a été inspiré des « *nurses practitioners* » en Amérique du Nord, conforté d'une part en 2003 par le Plan cancer, avec les mesures nationales pour développer la prise en charge des patients atteints de cancer, et aussi le rapport du Pr Berland préconisant la coopération des professionnels de santé dans le transfert des tâches et des compétences.

Cette fonction transversale, à l'interface des différents acteurs de soins, a pour objectif d'améliorer la continuité de la prise en charge des patients atteints de tumeur cérébrale, de l'annonce diagnostique à la fin de vie, que le patient soit hospitalisé ou au domicile. Cette fonction s'est envisagée autour de nouvelles compétences nécessitant une formation spécifique préalable, universitaire et clinique, afin d'acquérir des connaissances médicales dans la spécialité.

Une formation d'une durée de six mois

- Trois mois d'enseignement théorique à la faculté de médecine, en suivant et validant l'ensemble du module de neurologie des étudiants en médecine.

- L'acquisition de ces connaissances a permis à l'infirmière de développer un raisonnement diagnostique face aux patients. L'obtention du certificat en neurologie était nécessaire pour légitimer cette nouvelle fonction et mieux comprendre les décisions médicales pour les reformuler aux patients.

- Trois mois de formation clinique pour acquérir les compétences pratiques telles que la réalisation de l'examen clinique, la lecture des altérations essentielles sur le tomodensitomètre (TDM) et l'IRM cérébraux, l'introduction des différents traitements (chimiothérapie, corticoïdes...) et leurs effets secondaires. Cette formation s'est d'abord déroulée au sein du service, en observant les neurologues en consultation et en hospitalisation, puis sous forme de stages dans les différents services où le patient atteint de tumeur cérébrale est amené à séjourner tels que la neurochirurgie, la radiothérapie, l'unité de soins palliatifs, la neuroradiologie, l'anatomopathologie et l'unité mobile d'accompagnement et de soins palliatifs.

À l'issue de cette formation, l'infirmière a intégré l'équipe de neuro-oncologie pendant six mois, sous forme de compagnonnage avec un neurologue.

En neuf ans d'exercice, cette fonction s'est développée; l'évaluation effectuée par la Haute Autorité de santé en 2007, ayant pour objectif de déterminer la fiabilité des informations collectées par les infirmières référentes lors

de l'examen clinique et paraclinique des patients, ainsi que la concordance de leur proposition thérapeutique en matière de stratégie de reconduction de la chimiothérapie a été très positive et plaide en faveur de la délégation de cette activité vers les infirmières, avec aujourd'hui trois infirmières référentes et plusieurs types d'activités.

Une activité de consultation

Une consultation hebdomadaire, organisée dans les jours qui suivent la consultation médicale d'annonce, destinée à tout nouveau patient adressé par le neurologue référent.

Elle se déroule comme suit :

- Présentation du service, du rôle et des missions des soignants
- Reformulation du diagnostic
- Explication du projet de soins
- Réponses aux questions
- Remise d'un classeur de suivi contenant les différentes coordonnées des professionnels pouvant intervenir au cours du parcours de soins ; les principales informations médicales du patient nécessaires en cas d'urgence ; des informations concernant la maladie, les principaux symptômes et la conduite à tenir devant ceux-ci ; personne de confiance, directives anticipées...

Cette consultation dure environ une heure et marque le début de la prise en charge de l'infirmière référente. Celle-ci évalue la situation familiale, sociale et psychologique du patient afin d'anticiper les difficultés pouvant survenir lors de l'évolution de la maladie. Elle oriente, si besoin, vers le professionnel concerné (assistante sociale, psychologue...).

Une activité clinique

L'activité clinique est effectuée principalement en hôpital de jour auprès des patients en cours de chimiothérapie. L'infirmière référente fait l'examen clinique neurologique du patient, compare l'imagerie, analyse les résultats biologiques et prescrit la chimiothérapie sous la supervision du neurologue.

Cette activité permet à l'infirmière d'ajuster la prise en charge à chaque passage en hôpital de jour, en fonction de l'évolution clinique du patient. Elle permet la mise en place d'aides à domicile appropriées au handicap, voire d'anticiper les recherches de structures adaptées avec l'assistante sociale lorsque le maintien à domicile devient difficile.

Une activité de suivi et soutien des patients au domicile

Une activité de suivi et de soutien des patients au domicile, réalisée tout au long de la maladie, que le patient soit en phase curative ou en phase palliative. L'infirmière répond aux nombreux appels téléphoniques. Son rôle consiste à écouter, répondre aux interrogations, soutenir psychologiquement, voire trouver des solutions rapides lorsqu'une complication survient ou que le maintien au domicile ne peut plus s'envisager.

Cette activité a permis de renforcer les liens avec les médecins traitants et ainsi d'améliorer la liaison ville/hôpital. En fonction des problèmes posés, l'infirmière en réfère au neurologue référent du patient ou/et à l'assistante sociale : c'est un rôle de coordination dans la prise en charge. Parfois, une cellule mobile composée d'un neurologue, d'une infirmière référente et d'une psychologue se déplace au domicile pour y rencontrer le médecin traitant et le réseau afin de faire le point sur le projet de vie du patient.

Un rôle d'anticipation des placements en structures spécialisées

Un rôle d'anticipation des placements en structures spécialisées, que l'on déclenche à différents temps de la maladie, en fonction des difficultés. Qu'elles soient d'ordre médical avec l'aggravation d'un déficit neurologique, ou social lorsque le maintien au domicile n'est plus possible (épouse qui travaille, enfants en difficultés ou patient sans entourage).

Deux types de structures sont à notre disposition :

Les cliniques médicalisées, adaptées pour un patient en cours de chimiothérapie qui a besoin d'aide au quotidien et de kinésithérapie.

Les unités de soins palliatifs, adaptées pour les patients en échappement thérapeutique pour qui seuls les soins de confort se poursuivent.

La décision d'orientation dans ces structures se fait sur décision médicale en entretien avec la famille. L'infirmière référente reformule, explique les différentes structures afin d'obtenir l'accord de la personne de confiance, tout cela en étroite collaboration avec l'assistante sociale pour trouver la structure la plus appropriée et la plus proche du domicile. L'infirmière motive les demandes d'admission et l'assistante sociale suit le dossier jusqu'à l'obtention d'une place dans les meilleurs délais.

Une activité en hospitalisation

Une activité s'est développée, plus récemment, avec l'arrivée d'une troisième infirmière référente qui reprend celles citées précédemment, avec la particularité pour l'infirmière de s'intégrer dans une équipe déjà constituée avec pour objectif, en plus d'améliorer la prise en charge globale des patients hospitalisés, d'améliorer la communication inter-équipes, de faciliter la transmission des informations et des décisions prises.

L'infirmière, collaboratrice avisée et permanente dans la salle, provoque les temps d'échange entre les personnels paramédicaux et médicaux, notamment lors des décisions d'arrêt de traitement curatif. Elle veille à l'application des procédures d'accompagnement et les transmet par écrit. Un temps important est consacré aux entretiens avec les familles afin que le projet de vie du patient soit en accord avec les décisions prises.

Elle participe à la fluidité des séjours en hospitalisation et contribue de ce fait à la prévention de l'épuisement professionnel et à la diminution des délais d'attente de places en hospitalisation.




C'est aussi l'occasion de mener des projets d'équipe transversaux, en créant de nouveaux outils de travail, de nouveaux supports tout en respectant la place de chacun.

Conclusion

Après neuf ans d'exercice, cette fonction montre plusieurs intérêts à la fois pour le patient et sa famille, mais aussi pour les professionnels de santé hospitaliers ou au domicile qui interviennent auprès d'eux. L'éva-

luation positive de la Haute Autorité de santé permet de montrer que cette coopération médico-infirmière participe à l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de tumeur cérébrale.

L'arrêté concernant, entre autres cette délégation de compétence, signé le 31 décembre 2009, est publié dans le *Journal officiel* depuis le 15 octobre 2010. Nous allons soumettre notre expérience afin qu'elle soit pérenne. 

Le rôle de l'infirmier en hémodialyse en centre à Lisieux

Isabelle Landru

Néphrologue
chef du service
d'hémodialyse,
Centre hospitalier de
Lisieux

L'expérimentation portant sur le rôle de l'infirmier diplômé d'état (IDE) expert en hémodialyse en centre s'est inscrite dans le cadre des travaux initiés depuis décembre 2003 par le ministre de la Santé sur le thème des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé.

La délégation du suivi du malade hémodialysé en centre a été autorisée par un arrêté du 13 décembre 2004.

Ses objectifs étaient multiples : tester la faisabilité en sécurité d'une coopération, évaluer si une part du temps médical pouvait être redistribuée vers d'autres activités en néphrologie, et enfin réfléchir à une nouvelle voie de promotion infirmière.

La première expérimentation a donné lieu à une évaluation concluant à la faisabilité d'une telle délégation, sans danger pour le malade, voire avec une amélioration de la qualité. Cela a permis la reconduction de celle-ci, autorisée par l'arrêté du 30 mars 2006, et qui s'est déroulée entre le 16 octobre 2006 et le 10 juin 2007, sous l'autorité de la Haute Autorité de santé (HAS).

Mise en œuvre

Les sociétés savantes (Société de néphrologie et Société francophone de dialyse) ainsi que l'AFIDTN (Association des infirmiers de néphrologie, dialyse, transplantation) ont participé avec l'ONDPS à l'écriture du protocole de délégation.

Deux infirmières de coopération ont été choisies après la création d'une fiche de poste établie par le médecin responsable de l'expérimentation et le cadre de santé. Elles ont travaillé toutes deux à mi-temps pour cette coopération et à 30 % dans l'équipe, d'où une présence pour la coopération sur environ 60 % des séances.

Après une formation théorique et pratique de deux mois et demi, elles ont débuté l'expérimentation en réalisant les actes dérogatoires définis par l'arrêté de décembre 2004 :

- évaluation de la situation clinique et diagnostic de situation avec visites réalisées par les infirmières de

coopération sans la présence d'un néphrologue dans l'unité de dialyse, (mais présent dans l'établissement), prescription du poids sec (une visite de néphrologue par semaine obligatoire) ;

- vérification des critères biologiques, analyse de ceux-ci, propositions de modifications thérapeutiques ou prescription si le protocole le permet ;

- prescription des examens complémentaires dans le cadre d'un protocole (abord vasculaire, artérite des membres inférieurs) ;

- information des patients sur la pathologie et le traitement ;

- tenue du carnet vaccinal, prescription et réalisation du vaccin selon le protocole ;

- renouvellement de prescription à partir d'un protocole médical.

Elles ont aussi réalisé un suivi plus poussé des abords vasculaires, des indicateurs de qualité de dialyse.

Résultats

Quatre phases ont été définies pour ces expérimentations :

- Phase 1 : janvier 2004 à janvier 2005,
- Phase 2 : janvier 2005 à janvier 2006 (avec infirmières de coopération),
- Phase 3 : février 2006 à octobre 2006,
- Phase 4 : octobre 2006 à juillet 2007 (avec infirmières de coopération).

L'analyse des deux expérimentations s'est faite, pour les phases 1 et 2, sur la population de tous les hémodialysés en centre, sur les phases 3 et 4 sur un échantillon de patients présents dans les deux phases. Enfin, la HAS a réalisé une étude statistique centrée sur les indicateurs de qualité durant les quatre phases.

Nous avons donc étudié des indicateurs de qualité (pourcentage de patients adéquats pour une norme reconnue – européenne EBPG ou américaine DOQUI – comparée à une étude de morbi-mortalité internationale (DOPPS) [32]) et nous avons pu constater l'amélioration,

*Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale p. 65.*