



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,

ou au minimum la stabilité, de ces divers indicateurs : qualité de dialyse, bilan phosphocalcique, statut martial, correction de l'anémie.

D'autres indicateurs tels que le poids sec et ses variations, le contrôle tensionnel, les complications des abords vasculaires ont aussi été étudiés sans qu'il y ait de différence significative entre les périodes avec ou sans infirmières de coopération.

En ce qui concerne les hospitalisations, on notait davantage de jours d'hospitalisation dans la phase 2 que 1, mais avec une population présentant plus de co-morbidités et plus d'hospitalisations pour des motifs de fin de vie.

Les résultats de l'étude HAS [34] confirment une faisabilité en sécurité pour le patient, voire une amélioration de la qualité de la prise en charge, et montrent qu'à partir du moment où l'expérimentation a débuté dans le service d'hémodialyse, une progression, parfois statistiquement significative, du pourcentage de malades dans les valeurs cibles lors des phases 2,3 et 4 était observée par rapport à la phase 1, et ce pour la presque totalité des paramètres étudiés.

La plupart des indicateurs de qualité de dialyse se sont améliorés lorsque le service était en activité « expérimentale » (l'infirmière de coopération participe à l'évaluation du malade) par rapport à une activité « standard ».

Si on se limite aux 18 patients présents dans le service d'hémodialyse de janvier 2004 à juin 2007, sans changement de technique de dialyse (donc présents pendant les quatre phases de l'étude), l'étude des paramètres a montré un pourcentage de paramètres dans les valeurs cibles plus important pour les phases 2, 3, 4 par rapport à la phase 1. L'augmentation est statistiquement significative en particulier pour :

- le rapport Kt/v (marqueur de qualité d'une séance de dialyse);
- le rapport Kt/v standardisé (marqueur de qualité de dialyse);
- le NPCR : de 60,8 à 86 % (marqueur de qualité de la nutrition);
- l'hémoglobine (prise en charge de l'anémie);
- la prescription d'érythropoïétine, avec moindre consommation de celle-ci.

Il existe une tendance à l'amélioration, mais non statistiquement significative pour :

- la phosphorémie,
- le produit phosphocalcique (ces deux marqueurs sont importants du fait des risques osseux, mais surtout cardio-vasculaires liés à une augmentation de ceux-ci),
- la ferritinémie (marqueur de carence martiale, prise en charge de l'anémie),
- la prise de poids interdialytique.

L'acceptabilité de cette expérimentation a été estimée grâce à la mesure du taux de refus des malades à participer au projet et à une enquête spécifique cherchant à connaître l'avis du malade sur ce nouveau mode de pratique. Le taux de refus a été nul, et le haut

niveau de satisfaction et de confiance exprimé par les malades, autant pour les informations données par le professionnel paramédical que pour l'acte médical effectué par celui-ci, sont des indicateurs de la bonne acceptabilité de cette nouvelle forme de coopération (enquête HAS).

L'estimation du temps médical gagné dans le service d'hémodialyse et son allocation, à l'hôpital de Lisieux, a été possible grâce à une étude spécifique effectuée dans le service sur l'activité des médecins en situation « standard » et en situation « expérimentale ».

Lors de la première expérimentation, 5 heures de temps médical consacré à l'hémodialyse en centre était « gagné » par semaine, 4 h 30 sur la seconde.

Cela peut paraître peu, mais il ne faut pas oublier que dans les deux expérimentations, en raison des absences réglementaires, congés annuels, etc., les infirmières de coopération n'ont assuré que la moitié des séances ! Il a été constaté aussi une augmentation du temps consacré aux consultations (150 consultations supplémentaires effectuées sur les périodes de référence).

Par ailleurs, il n'y a pas eu d'augmentation des prescriptions biologiques ou radiologiques.

L'étude sociologique du CNEH [14] identifie une délégation d'actes à visée thérapeutique qui peut en partie être normalisée. Elle nécessite des régulations interpersonnelles (entre médecins et IDE) qui se construisent en situation, et donc une clarification des tâches et des responsabilités car elle ne peut se penser qu'en terme d'organisation générale de l'équipe.

Conclusions

Ces expérimentations ont montré :

- la stabilité voire l'amélioration des indicateurs qualité et donc la faisabilité en sécurité;
- l'acceptabilité par les patients de la coopération;
- un gain de temps pour les néphrologues afin d'assurer d'autres tâches;
- la possibilité de faire évoluer le métier infirmier.

Nous instruisons actuellement un dossier afin de solliciter l'agence régionale de santé pour mettre en place, selon l'article 51 de la loi HPST, un protocole de coopération en hémodialyse en centre. Un étudiant en master d'ergonomie au Conservatoire national des arts et métiers nous apporte son aide afin d'identifier clairement les compétences associées aux fonctions assurées par les infirmières de coopération, de définir la formation tant théorique que pratique afin d'acquérir connaissances et savoir-faire et enfin repenser l'organisation générale de l'équipe pour une acceptabilité par tous. 🍷