

# LA DELEGATION

L'expérience du Centre Léon Bérard:  
**les Accès Veineux Centraux.**



**VANNES le 2 Octobre 2015**

**Camille THOUMAZET I.D.E.**

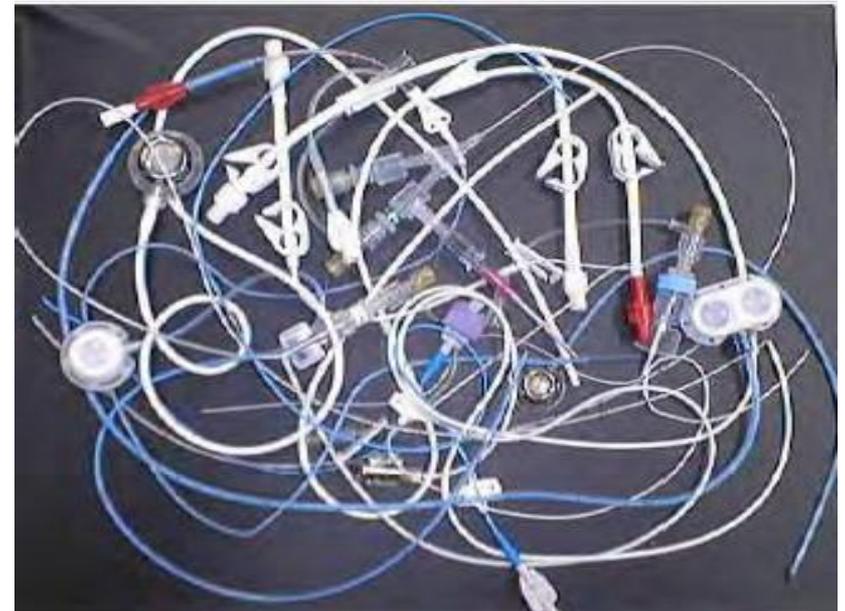
# Le contexte

Le Centre Léon Bérard, est totalement dédié à la **cancérologie**:



- Tous les traitements du cancer (chirurgie, oncologie, radiothérapie), soins de supports (nutrition, antibiothérapie, soins palliatifs, douleurs)
- Recherche clinique et fondamentale

- Les patients : 250 lits d'hospitalisation, 800 lits SAD/HAD.
- **Le département d'anesthésie (11 médecins):  
opérateurs exclusifs pour toutes les VVC.  
Chambres implantables, VVC tunnelisées,  
PICC (2009).**
- **2600 actes /an.**



# Notre histoire sur l'accès veineux central

- Nombreuses externalisations: environ 800 /an
- Nombreux mécontentements
- Nombreuses complications
- Délai élevé, problèmes d'organisation



- L'indisponibilité des médecins poseurs étant un des facteurs limitant
- Patients non satisfaits
- **Repenser autrement la pose de la voie veineuse centrale**

# **2005:Analyse du chemin clinique d'un patient devant bénéficié d'une VVC.**

- **Centralisation des demandes**
  - Formulaire de demande informatisé
- **Gestion par le secrétariat du DAR**
  - Courrier d'information
  - Ordonnance de biologie
  - **Contrôle des résultats**
  - **Appels du J-1 ou -3**
- **Amélioration concomitante de la gestion des plages de bloc opératoire,**
  - mais une augmentation contemporaine de l'activité chirurgicale
- **2008: 1800 VVC, externalisation de 800 VVC**

# Est-ce le rôle des médecins de poser toutes les VVC?



# Ailleurs...dans le monde

- Aux USA, GB, en Chine, NL, en Australie, au Brésil, en Suède... les VVC sont posées par des « nurses ».
- Il existe des **unités d'accès vasculaires (IV Team)**:
  - Qui gèrent la pose des accès vasculaires
  - Qui suivent les complications
  - Qui élaborent les recommandations
  - Qui effectuent les formations et le suivi

**Table 3. Outcomes on insertion of central venous catheters (CVCs)**

Complications on insertion, <i>n</i> (%)	Clinician type		<i>P</i>
	Anaesthetic medical staff	Clinical nurse consultant	
Uneventful	194 (79%)	96 (78%)	0.91
Multiple passes	18 (7%)	5 (4%)	0.32
Arterial puncture	1 (<1%)	0	1.00
Failed venous access	12 (5%)	8 (7%)	0.69
Misplaced CVC tip	1 (<1%)	0	1.00
Difficult feed*	4 (2%)	4 (3%)	0.53
Difficult access	11 (4%)	9 (7%)	0.33
Pneumothorax	2 (1%)	0	0.55
Haematoma	2 (1%)	1 (1%)	0.56

\* Difficult feed refers to difficulty in feeding either the guide wire or the catheter itself after vessel cannulation.

**Table 4. Outcomes of central venous catheter (CVC) tip surveillance**

	Clinician type		<i>P</i> <sup>†</sup>
	Anaesthetic medical staff*	Clinical nurse consultant*	
<b>Routine CVC tip surveillance<sup>‡</sup> (<i>N</i> = 159)</b>	103 (42%)	56 (58%)	
No tip growth	79 (77%)	51 (91%)	0.01
Tip growth	24 (23%)	5 (9%)	<0.01
<b>Clinically indicated CVC tip surveillance,<sup>§</sup> (<i>N</i> = 56)</b>	46 (19%)	10 (8%)	<0.01
No tip growth	20 (44%)	9 (90%)	0.04
Tip growth only	7 (15%)	0	0.33
BC growth only	3 (6%)	0	1.00
CRBSI	16 (35%)	1 (10%)	0.24
CRBSIs/1000 catheters	2.5	0.4	0.04
Catheter-related thrombosis	1 (<1%)	0	1.00

BC = blood culture. CRBSI = catheter-related bloodstream infection.

\* Figures are number (%), except where otherwise indicated.

† Continuous data analysis using *t*-test and categorical data analysis using Fisher's exact test. ‡ No blood culture. § Tip and blood culture.

## Central venous catheter insertion by a clinical nurse consultant or anaesthetic medical staff: a single-centre observational study





3, rue Danton  
92240 Malakoff  
Tél. Standard. 01.41.17.15.15  
Tél. Assistante. 01.41.17.15.46  
Fax. 01.41.17.15.71  
www.cneh.fr

HAUTE AUTORITE DE SANTE



REALISATION D'UNE ETUDE SUR  
L'ÉVALUATION QUALITATIVE DES EXPERIMENTATIONS DE  
COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE



RAPPORT FINAL

Février 2008

Cette étude a été coordonnée par Gilles Poutout, elle a été réalisée par Pascale Augé, Marie-Hélène Cabé, Jean-Louis Pépin et Gilles Poutout, avec la collaboration de Delphine Bogard et Mariana Lecarpentier

Rapport final - CNEH - Février 2008

LES NOUVELLES FORMES DE COOPÉRATION  
ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ :  
LES ASPECTS JURIDIQUES

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

## Bases méthodologiques pour la réalisation d'un cahier des charges

Intégrer de nouvelles formes de coopération au sein d'une organisation  
existante

Avril 2008

## Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?

Recommandation HAS  
en collaboration avec l'ONDPS

Avril 2008

# Loi HPST

## Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

### Textes de référence

l'article 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004,

- Article 51 de la loi du 21 juillet 2009, qui vise à étendre le principe des coopérations entre professionnels de santé en les sortant du cadre expérimental
- Arrêté du 31 décembre 2009 qui précise les pièces nécessaires à l'examen des demandes (demande d'autorisation d'un protocole et demande d'adhésion à un protocole autorisé), les délais d'instruction, les consultations possibles, les retours d'information vers les organisations professionnelles

# Qu'est ce qui a motivé le médecin responsable de département:

Réactive Attitude

≠

Proactive attitude



**Malveillance**



**Bienveillance**

# Qu'est ce qui a motivé le médecin déléguant?

- Offre de **qualité**
- Qualité de l'accueil.
- Délais courts: **suppression des chimio sur VVP.**
- **Extrémité distale bien placée.**
- **Gestes non douloureux:** Ponction sous échographie.

# Qu'est ce qui a motivé le médecin délégant?

- **La prise en charge global, par un même métier** pour une meilleure intégration des différentes étapes (pose, maintenance, traçabilité...)
- **Maitrise de la trajectoire patient**
- **Aspect managérial:**
  - Lassitude de l'équipe médicale
  - Favoriser une évolution de carrière pour les soignants

# Gestion du projet: différentes étapes

- **2008** DG, DSI
- Projet d'établissement 2009-2014
- DAR : médecins, IADE, IDE
- **2010** Appel à candidatures: **Mary et Camille**
- **2010** même activité VVC avec 2 médecins en moins
- 1 autre candidate: **Anne Laure**

# Qu'est ce qui a motivé l'infirmière ?

- Proposition d'un projet **global** :
  - Prise en charge du pré, per et post pose VVC.
  - Education patient
- **Projet expérimental**, challenge
- Dynamique de formations
- Envie de changement, de nouveautés
- Retrouver une relation « plus intense » soignant/patient
- Reconnaissance nouvelle

# Craintes et difficultés

- Ne pas être à la « hauteur »: savoir, savoir-faire, savoir-être
- Etre responsable d'une complication
- Risque de déstabilisation professionnelle au sein de mon équipe d'infirmières ou IADE
- Ne pas trouver sa place dans les équipes MAR, IBODE, services hospitaliers ...
- Gestion des émotions personnelles, le patient et ses souffrances lors de difficultés techniques

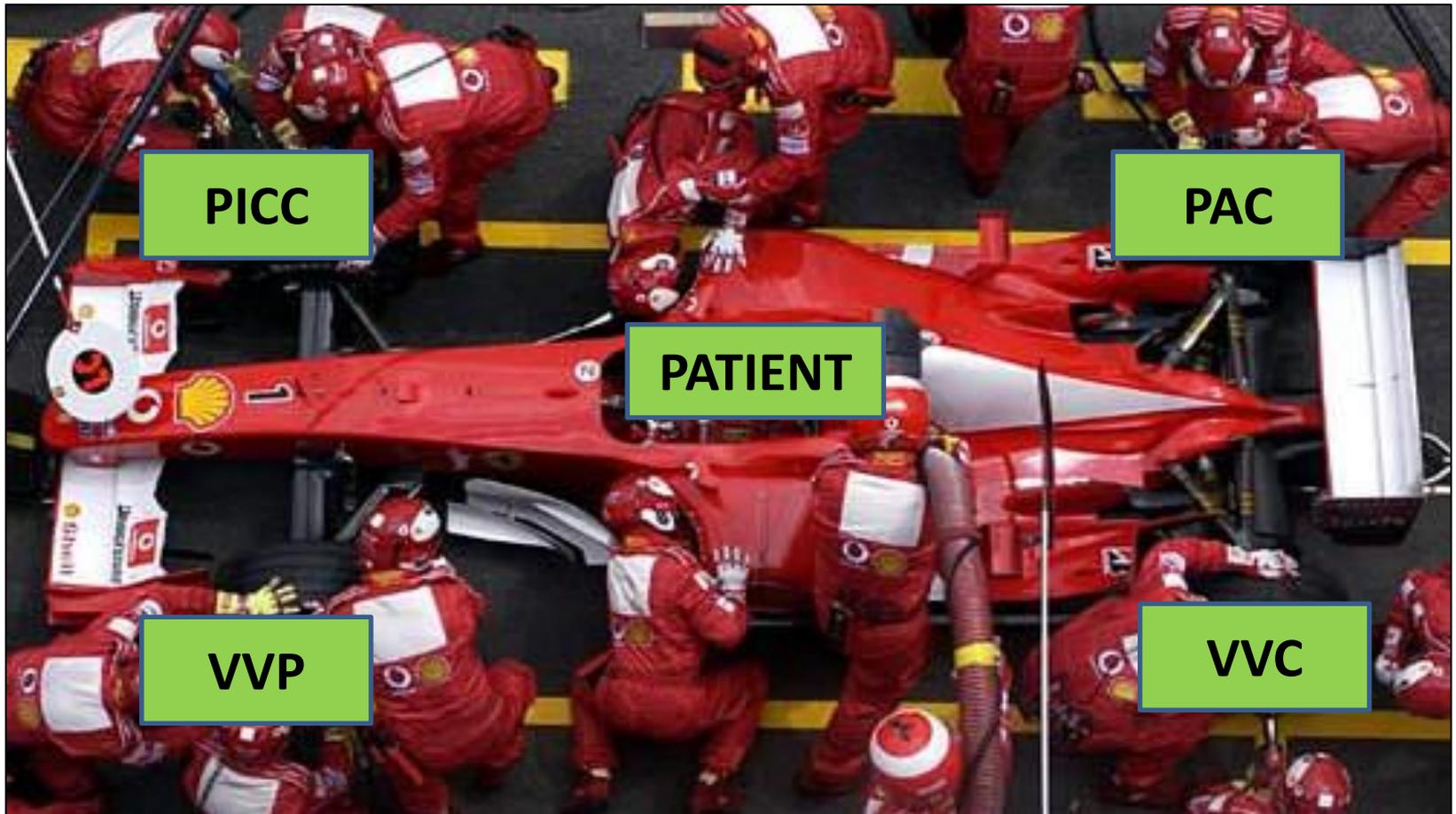
# Nos ressources



- Dr Rosay et les autres MAR
- Médecins, chirurgiens, le bloc opératoire, les collègues
- L'institution
- Les partenaires industriels, les congrès, les formations
- La nouvelle légitimité acquise par la compétence.
- **Reconnaissance des patients**

# Unité d'Accès Vasculaire

« Le bon cathéter, Pour le bon patient, Au bon moment, Pour toute la durée du traitement, En tenant compte du choix du patient »



# Déroulement de la formation

- **Congrès voies veineuses centrales en Décembre 2009 à LYON (MACOVA)** Rencontre avec des IDEs étrangères anglaises, hollandaises, suédoises...
- **Début de la formation en janvier 2010**
- **Formation théorique** réalisée par le Dr Rosay, Dr Guyennon (Radiologue) et Cécile Cumin (IBODE), Dr Labidie (Oncologue), Dr Toussoun (Chirurgien plastique)

# La formation dans le détail...

- **Théorique ( 12h )**
  - Anatomie vasculaire
  - Apprentissage des règles d'asepsie et du matériel stérile au bloc
  - Les sutures, les instruments, ...
  - Les différents cathéters
  - Les indications
  - Les trajectoires du patient
  - Complications aiguës: CAT

## – Echographie:

- Principe
- Manipulation sur les collègues, mannequin
- Ponction sur cuisse de dinde



# La formation dans le détail...

- **Pratique:**

Compagnonnage par l'ensemble des MAR

Pour chaque type de cathéter lors des sessions de poses de VVC:

- **30 actes observés**

- **30 actes assistés**

- **30 actes supervisés**

Débriefing post pose puis GO du Dr Rosay

# Création d'une grille d'acquisition de compétences

Examiner le dossier des patients pour connaître :	0	1	2	3	Commentaires
Le médecin en charge du patient, les caractéristiques du traitement programmé				x	
Les intolérances du patient (allergies/ incapacité/ compréhension)				x	
Le bilan de coagulation du patient				x	
Les contre-indications de placement d'accès vasculaire				x	
Les antécédents				x	

Pose de VVC : être capable de :					
Installer le patient				x	
Repérage échographique				x	
Se laver les mains				x	
S'habiller avant le geste				x	
Enfiler les gants stériles				x	
Réaliser la seconde préparation cutanée du patient, puis le champage				x	
Réaliser la préparation du matériel (cf. procédure)				x	
Réaliser l'anesthésie locale				x	
Réaliser les gestes opératoires (ponction échoguidée)				x	
Réaliser le cliché de contrôle				x	
Poser le pansement (éventuellement boucle de sécurité)				x	
Expliquer au patient le matériel mis en place				x	
Informers les patients des complications immédiates				x	
Gérer son stress pendant l'acte				x	

# Notre expérience

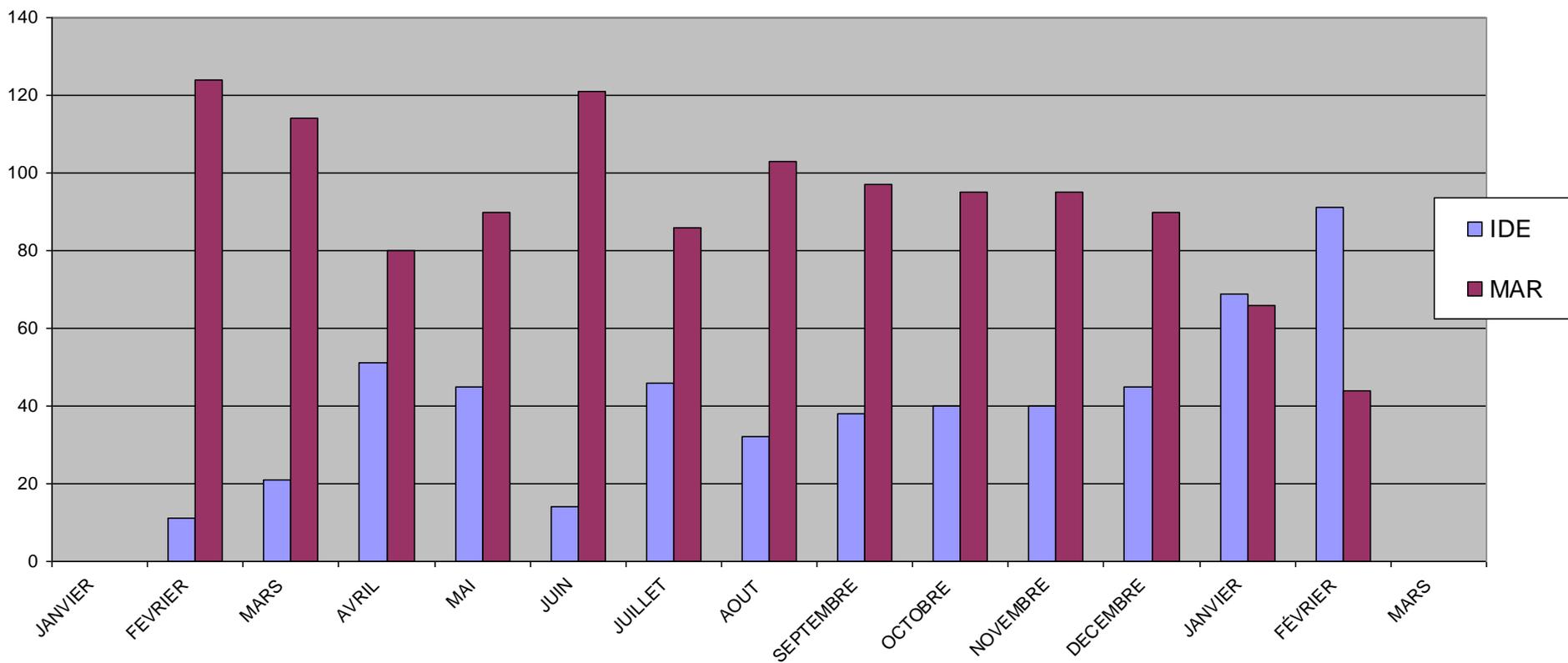


# Cadre de pratique strict

1. **3 essais de ponction** puis appel MAR
2. Pour les PAC, **uniquement les jugulaires internes**
3. Uniquement des ponctions **échoguidées**
4. Appel d'un MAR au moindre doute (pour conseil ou intervention)
5. Pose sur les **adultes** uniquement

# Montée en puissance en 2010

Repartition mensuelle des poses de VVC



# Résultats

- **Absence de complications**
- **100% des KT à la jonction atrio-cave**
- **Diminution de délais**
- **Satisfaction des patients**
- Gestion des urgences
- Satisfactions des prescripteurs

# Résultats

- 2 ponctions artérielles carotidiennes (0,30%), 3 ponctions artérielles brachiales en 5 ans
- Pas de pneumothorax
- 70% de toutes les VVC du CLB posées par l'UAV soit environ 1600 actes /an
- **Mais**, 800 externalisations en 2010, 400 en 2014 avec 3 semaines de délai pour un pose de PAC!

# En 2011

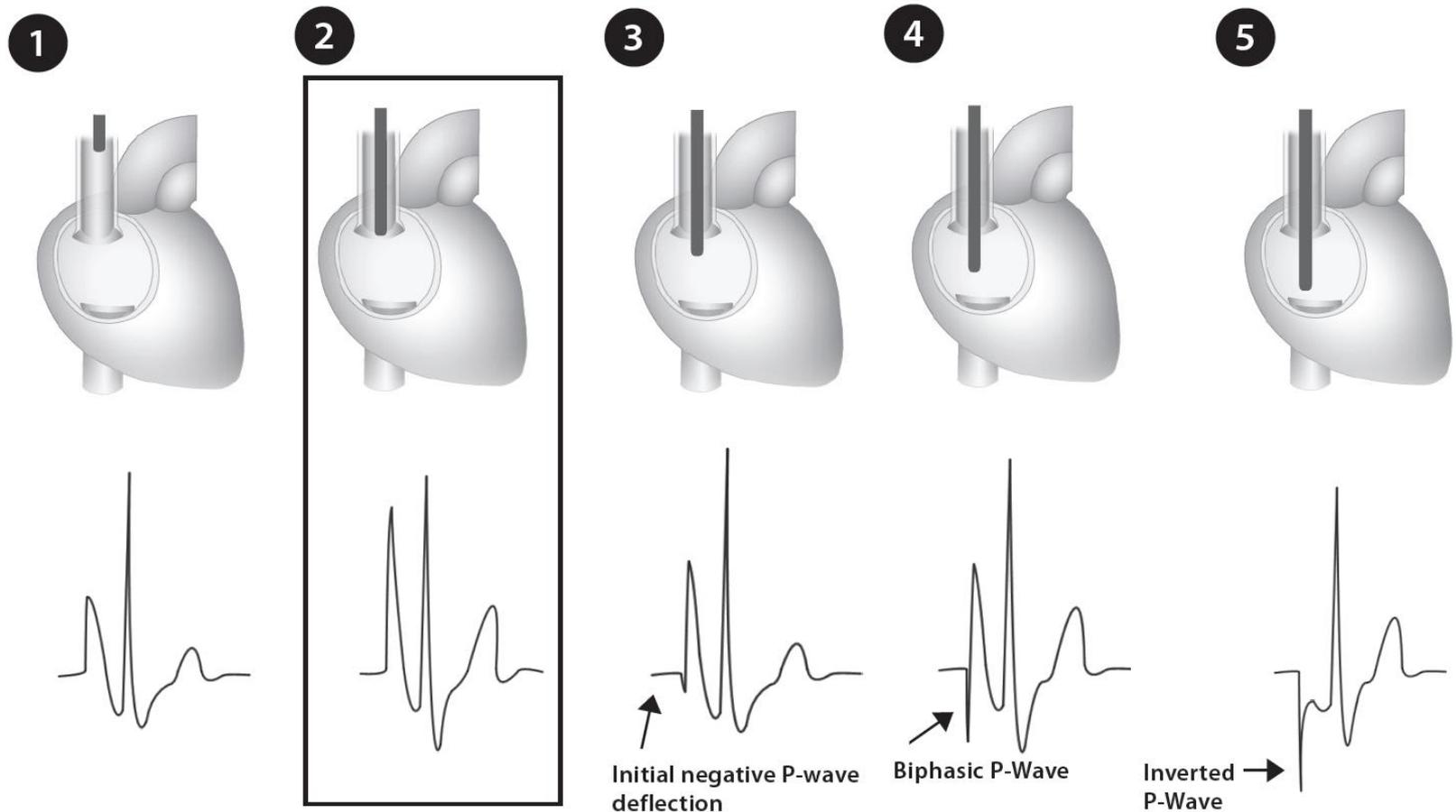
- Création d'une hotline pour les appels internes (VVC bouchées, ...) ainsi que pour les professionnels externes (problèmes de pansements, absence de reflux sanguin...)
- Création d'un observatoire des poses de VVC
- Formations de médecins à la pose des PICC

# En 2012

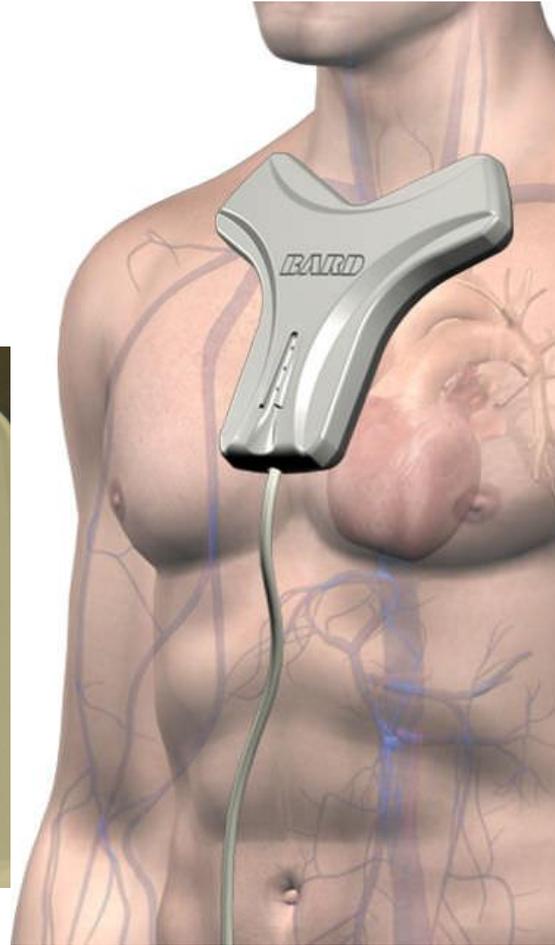
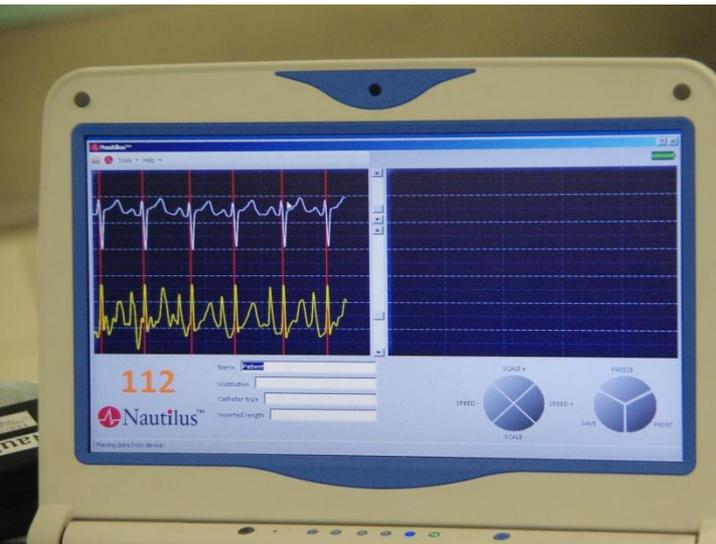
- Formations des I.D.E. libérales aux pansements et à l'entretien des VVC
- Début de positionnement des VVC sans la radioscopie mais avec la technique de l'ECG endocavitaire



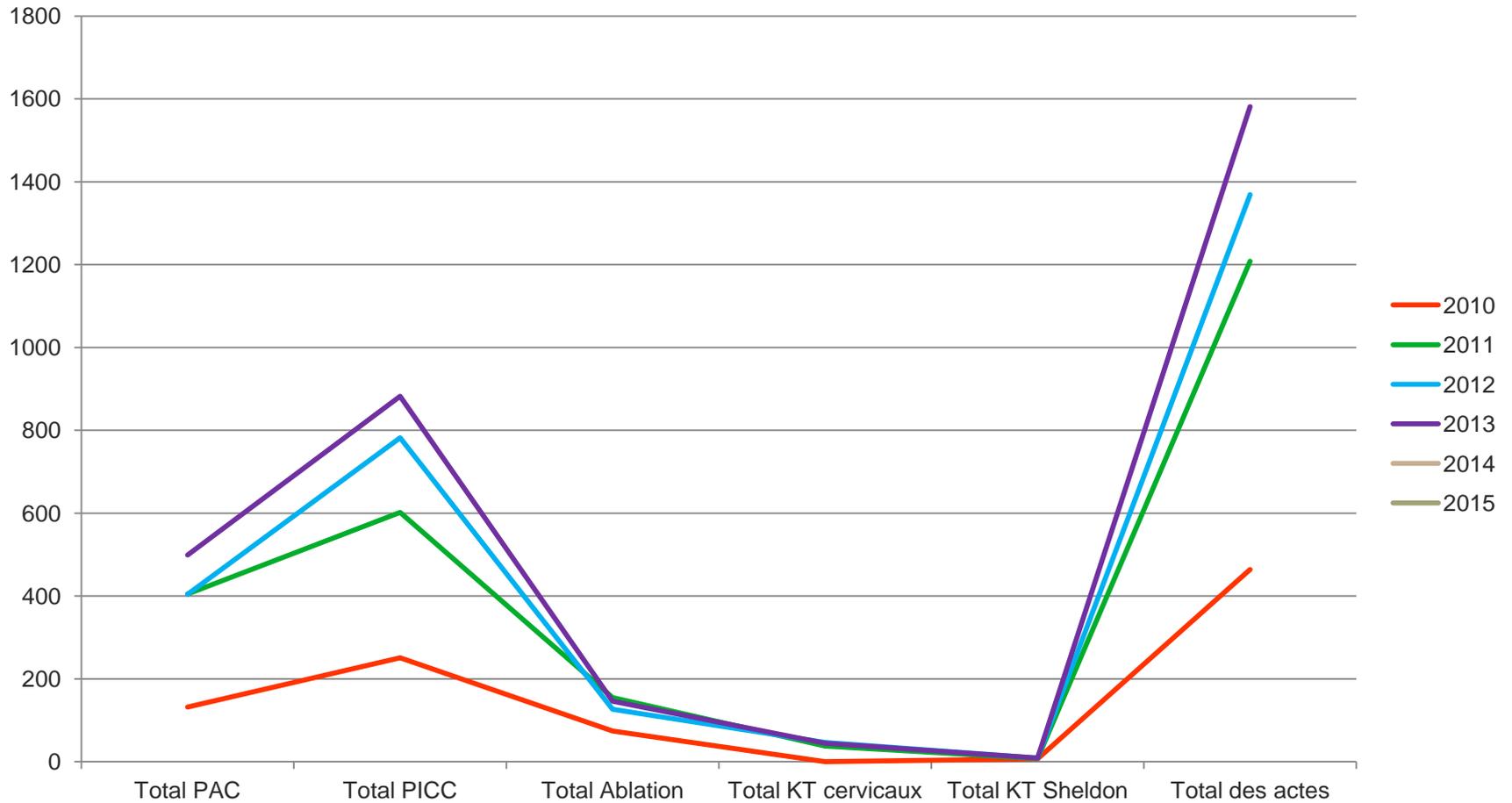
# 100% des cathéters placés en atrio-cave grâce à la technique de l'ECG endocavitaire



# Systemes utilisés

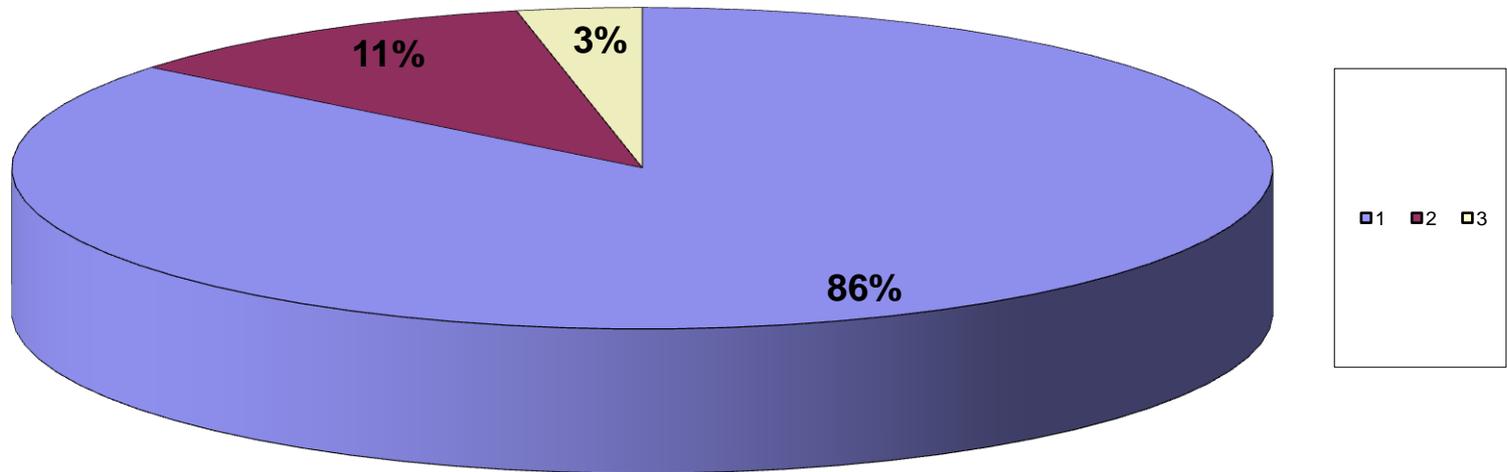


# Evolution activité UAV



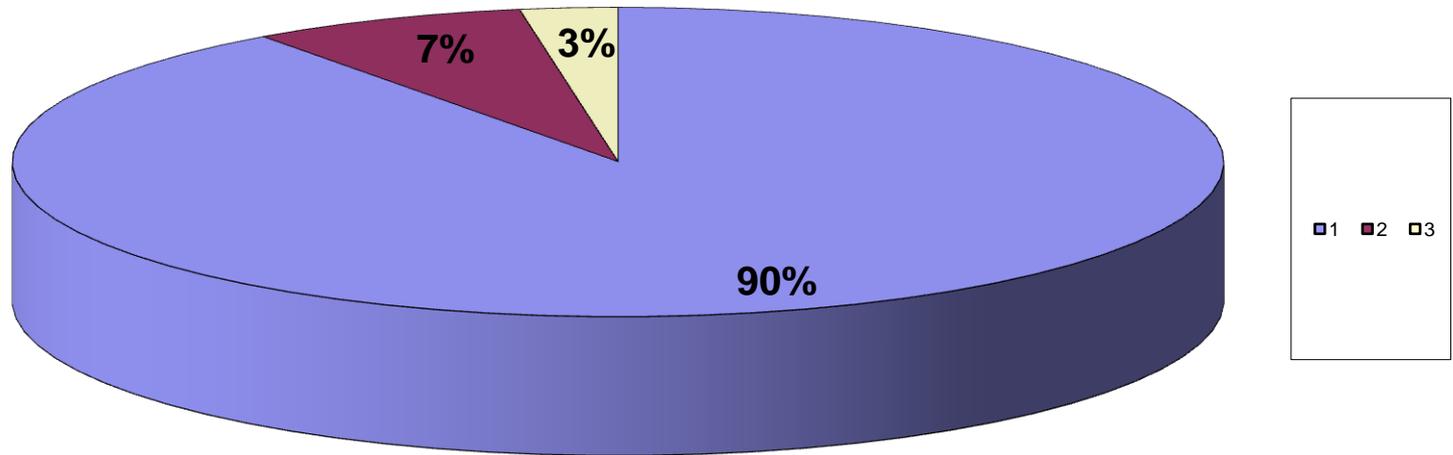
# Pourcentage de ponctions lors des poses de PAC

Nombre de ponctions lors des poses de PAC



# Pourcentage de ponctions lors des poses de PICC

Nombre de ponctions lors des poses de PICC



# Points clés de la réussite

## 1. **Compétence: Qualité de la formation**

- Théorique
- Pratique

**Pose sous écho et vérification de la bonne position de l'extrémité distale du KT en per opératoire.**

## 2. **Sécurité:**

Médecin référent joignable à **tous moments** et discussion d'évaluation

### **3. Une bonne organisation**

Partenariat avec les assistantes médicales

Vérifications des bilans

Demandes bien remplies, informatisées et centralisées

### **4. Supervision:**

Radios contrôlées, débriefing des difficultés, compte rendus, tableaux de bord d'activité...

# Création d'un tableau de bord d'indicateurs

Camille	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE	TOTAUX
POSE DE PAC SEULE	20	14	22	19	10	17	11	9	15	12	20	18	187
POSE DE PAC ASSISTEE													
POSE DE PAC OBSERVEE													
POSE DE PICC SEULE	17	13	37	31	18	28	27	14	24	32	32	39	312
POSE DE PICC ASSISTEE													
POSE DE PICC OBSERVEE													
ABLATION DE PAC SEULE	4	8	6	5	6	8	4		7	6	6	5	65
ABLATION DE PAC ASSISTEE													
ABLATION DE PAC OBSERVEE													
POSE DE SHELTON SEULE		2			1							1	4
POSE DE SHELTON ASSISTEE													
POSE DE SHELTON OBSERVEE													
POSE DE KT TUNNELISE SEULE	6		4	4			1	1	3		1	3	23
POSE DE KT TUNNELISE ASSISTEE													
POSE DE KT TUNNELISE OBSERVEE													
REPOSITIONNEMENT DE PAC ASSISTE													
REPOSITIONNEMENT PAC SEULE													
FORMATION PICC IDE												23	
FORMATION PICC MAR			5	1	4		1		2	3	4		20
REPARATION PICC							1						
REPOSITIONNEMENT PICC										1			
APPEL MAR INDICATION	2	1	1				2	1	2	2	3	1	15
APPEL MAR INTERVENTION	1		1	2	2	3	1	1	1	2	1	1	16
Ponction artérielle PICC				1									
Ponction artérielle PAC													
LOCALISATION ECG	22	12	44	42	25	43	37	22	43	21	21	22	354
Sherlock				3	2				9	24	36	35	109

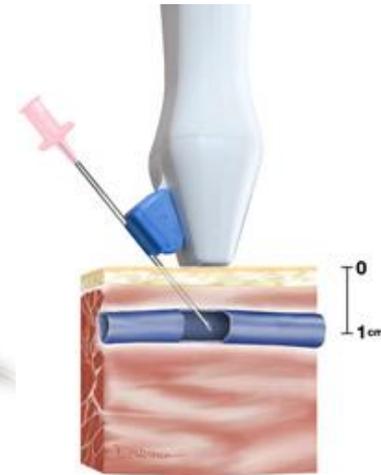
# Les points clés: matériel

## 5. Le matériel: évolution de la technologie.

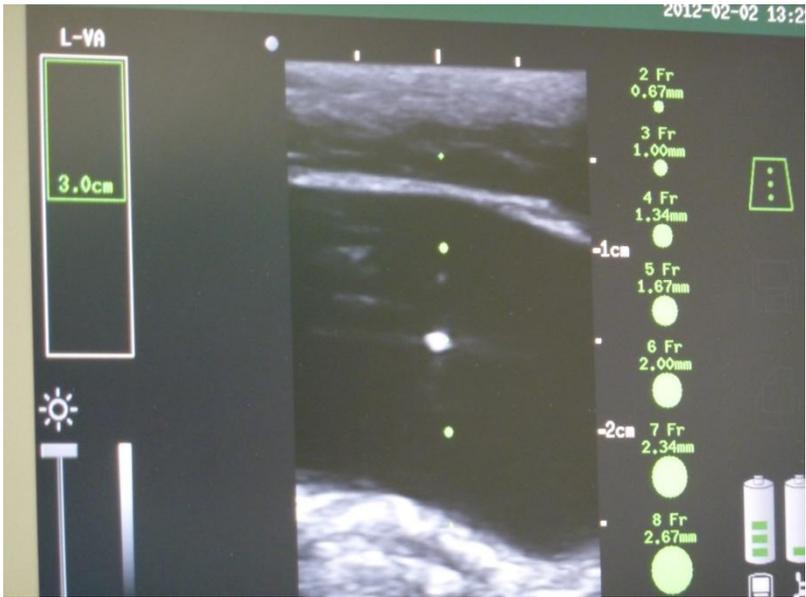
### Facteur essentiel

Echographe Site Rite 5

Apprentissage rapide  
avec le guide aiguille



**Ponction fiable dans 100% des tentatives**



- **PICC:** facilité de pose, absence de complications, idéal pour commencer la délégation.
- **Valves Groshung sur les PAC:** Sécurité dans la manipulation et le long terme

## 6. La confiance!



By Frits Ahlefeldt

# Quelles difficultés avons-nous rencontré?

- L'indication:

**Absence de recommandations et d'arbre décisionnel dans notre établissement**

# ARBRE DECISIONNEL

TROUBLES DE L'HEMOSTASE (plaq < 80000, TP < 50% AVK, Plavix, Arixtra)

NON

Traitement continu

NON

Traitement discontinu

OUI

Durée du TTT env 4 mois

Durée du TTT > 4 mois

Choix du patient

PICC-TUNN

PICC-TUNN

PAC

PICC

Aspect écho de la veine  
ATCD Xie cervicale  
ATCD thrombose  
Choix du patient

PICC 4 Fr Groshung si ATB, hydratation, chimio

PICC 4 Fr polyuréthane si transfusion, Mannitol, AP, scanner

# Le 5 Juin 2013

REPUBLIQUE FRANCAISE



**AVIS N° 2013.0050AC/SEVAM du 5 juin 2013 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au protocole de coopération n° 032 « Transfert de compétence : pose de voie veineuse centrale par l'IDE »**

Le collège de la Haute Autorité de santé ayant valablement délibéré en sa séance du 5 juin 2013,

Vu les articles L. 4011-1 et suivants du code de la santé publique,  
Vu la demande d'avis transmise par le Directeur général de l'ARS Rhône-Alpes, le 10 décembre 2012, en application de l'article L 4011-2 du code de la santé publique,  
Vu l'avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 8 janvier 2013,  
Vu l'avis du Conseil National de l'Ordre des Infirmiers du 11 février 2013,  
Vu l'avis du Conseil National de Cancérologie du 14 mars 2013,  
Vu l'avis du Conseil d'Orientation de l'Anesthésie Réanimation du 11 février 2013,  
Vu l'avis de l'Union Nationale des Professionnels de Santé, du 26 février 2013,  
Vu l'avis du Syndicat National des Infirmiers en Anesthésie du 24 décembre 2012,  
Vu l'avis de l'Institut National de Cancérologie du 12 avril 2013,

Considérant que ce protocole consiste à confier à une infirmière l'acte de ponction échoguidée et la pose d'une voie veineuse centrale en lieu et place d'un médecin anesthésiste,  
Considérant que les modalités d'analyse des pratiques professionnelles sont prises en compte,  
Considérant que le protocole permet de garantir la qualité de la prise en charge du patient fragilisé,  
Considérant toutefois que des précisions doivent être apportées concernant les conditions d'organisation pour les professionnels et l'établissement,

ADOpte l'avis suivant

Le collège de la Haute Autorité de Santé est favorable à l'autorisation du protocole de coopération Transfert de compétence : pose de voie veineuse centrale par l'IDE » sous réserve que :

- la mise en œuvre du protocole soit limitée à un établissement posant au moins 1000 voies veineuses centrales / an dont au moins 5 par professionnel et par semaine et 20% par les médecins délégués,
- soient apportées les précisions et modifications suivantes :

# Avis favorable du collège de l'H.A.S. N°2013.0050AC/SE VAM

# En Octobre 2013



## ARRÊTÉ n° 2013-2656

Objet : Arrêté portant attribution du protocole de coopération «Transfert de compétences : pass de soins réalisés contrôlé par l'infirmerie»

### LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ RHÔNE-ALPES

Vu le code de santé publique, notamment les articles L4814 et suivants et D4814-1 et suivants ;

Vu l'arrêté du 31 décembre 2009 modifié relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé et notamment l'article 2, III ;

Vu l'arrêté du 21 juillet 2008 relatif au suivi de la mise en œuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé et à la décision d'y mettre fin ;

Vu le décret n°2010-836 du 20 mai 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 24 novembre 2011 portant nomination de directeur général de l'agence régionale de santé Rhône-Alpes – M. Christophe LACROIXET ;

Vu la demande déposée le 11 mai 2011 par des professionnels de santé exerçant au Centre Léon Béraud, auprès du directeur général de l'agence régionale de santé Rhône-Alpes en vue de l'approbation du projet de protocole «Transfert de compétences : pass de soins réalisés contrôlé par l'infirmerie» ;

Vu l'avis favorable n° 2013.0008/AC/MS/VALM du 8 juin 2011 du Collège de la Haute Autorité de Santé relatif au protocole de coopération «Transfert de compétences : pass de soins réalisés contrôlé par l'infirmerie» avec sous réserve que :

« la mise en œuvre du protocole soit limitée à un établissement possédant au moins 1 800 soins réalisés contrôlés dont au moins 3 par professionnel et par semaine et 20% par les médecins obligés ;

# • Arrêté N° 2013-2656

- En Décembre 2013, **76%** des cathéters sont placés en atrio-cave grâce à la technique ECG.
- En Décembre 2014, **99%** des PICC et **96%** des PAC étaient posés avec la technique de l'ECG endocavitaire.

# En 2014

- Début de formation de 2 nouvelles recrues pour l'UAV.
- Formation hypno analgésie et utilisation pour les patients les plus stressés

# Facturation

- Le financement n'est pas modifié pour l'instant car il s'inscrit dans le prix de séjour (Groupes Homogènes de Malades) en médecine de jour ou ambulatoire.

# Délégation et responsabilités

- Les actes médicaux accomplis sur délégation requièrent un degré accru de vigilance tant de la part du médecin déléguant que de l'infirmier qui les réalise.
- Cela suppose ou exige la maîtrise des conditions de délégation afin d'éviter une éventuelle responsabilité pénale de l'infirmier.

# Responsabilités

- Si plainte civile: la responsabilité du médecin et de l'I.D.E. est partagée et c'est l'hôpital qui règle le problème.
- Si plainte pénale: c'est la responsabilité de l'I.D.E. qui est engagée (il faut que la faute soit délibérée).

# La délégation: sujet de passions?

- « Posté le 19/02/14 par Rédaction Weka HOSPIMEDIA – Le Syndicat national des anesthésistes-réanimateurs de France (Snarf) a appris « **avec stupéfaction** » l'autorisation d'un protocole de transfert de compétence aux infirmiers initié au Centre de lutte contre le cancer (CLCC) Léon Bérard de Lyon. Un protocole, validé depuis plusieurs mois, que le Snarf ne voudrait pas voir s'étendre. »

- Heartbeat: « **un IDE qui pose des VVC pour 1500€** sous le couvert de l'article 51 HPST = ça me choque et m'inquiète pour notre exclusivité de compétence à nous les IADE »
- San80: « Je trouve **scandaleux** que ce soit les IDE qui posent des jugues ou des sous-claves. Aucune reconnaissance !!! »
- Stropha: « Suis-je une des seul(e)s à trouver cela **scandaleux**? »











# Autres UAV en France

- **CH Lyon Sud** (équipe formée au CLB)



- **CH de St Denis à La Réunion** rendu célèbre par « le PICC de Koh Lanta ». Equipe formée au CLB.

- **CH Thonon les Bains**

- CAC Nice, Clinique mutualiste Grenoble...



# Merci

