

## Transfert de compétence : Pose de PAC

Mme Cécile Mordelet, Dr Jean Pierre Fulgencio

*Service d'anesthésie – réanimation, Hôpital Tenon, 4, rue de la Chine 75020 Paris*

Auteur correspondant : Cécile Mordelet

E-mail : [cecilemordelet@hotmail.com](mailto:cecilemordelet@hotmail.com)

Aucun conflit d'intérêt à déclarer.

### Points Essentiels

- L'article 51 de la Loi HPST du 21 juillet 2009 permet le transfert d'actes ou d'activités entre professionnels de santé. Ainsi, des échographies, des consultations, des suivis de patients ou des poses de voies veineuses centrales sont réalisés par des infirmiers diplômés d'état (IDE).
- Le centre de lutte contre le cancer Léon Bérard à Lyon a élaboré un protocole de coopération "Pose de voie veineuse centrale par l'infirmière" pour maintenir cette activité en son sein malgré la pénurie médicale.
- Dans son sillage, l'APHP a engagé un plan de récupération de cette activité en incitant les hôpitaux à adhérer à ce protocole. Cette adhésion implique une formation théorique d'au moins 20 heures, et une formation pratique avec la réalisation de 120 gestes organisés en 4 tranches de 30 poses, d'autonomie croissante du délégué en présence du délégant.
- Après validation des formations, et instruction du dossier de demande d'adhésion au protocole, l'ARS enregistre la demande, permettant au délégué d'exercer en autonomie, avec le délégant à proximité.
- Cette pratique procure une double satisfaction au délégué : professionnelle par l'enrichissement de ses connaissances théoriques et pratiques, et personnelle par le service rendu au patient.
- Ce nouveau champ d'exercice enrichit et diversifie sa pratique quotidienne. Il permet d'acquérir une nouvelle expertise technique.
- Participer à ce projet permet également d'aborder la dimension humaine par l'approche relationnelle imposée par l'anesthésie locale, et le suivi après la pose.
- Le développement du projet permettra de créer une unité dédiée à l'accès vasculaire, avec la conjonction de professionnels partageant une pratique et des modes de raisonnement dans ce domaine. Une équipe pluridisciplinaire peut ainsi proposer des

accès vasculaires en adéquation avec les besoins du patient pour optimiser son séjour, généraliser les bonnes pratiques, et améliorer la formation des professionnels de l'hôpital.

Les modifications de pratiques médicales, et les restrictions budgétaires ont mené à créer une pénurie médicale relative. La cancérologie est une activité importante des hôpitaux publics, et les structures qui n'étaient pas bien organisées dans la mise en place des abords vasculaires pour l'administration des chimiothérapies, ont progressivement délégué une partie de cette mission vers des structures privées, en particulier pour les cathéters à chambre implantable.

L'article 51 de la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009 permet le transfert d'actes ou d'activités entre professionnels de santé, selon certaines modalités.

Presque dix ans après, des échographies, des consultations, des suivis de patients ou des poses de voies veineuses centrales sont réalisés par des infirmiers diplômés d'état. Le centre Léon Bérard de Lyon fut précurseur dans ce dernier domaine.

Dans son sillage, l'APHP a engagé un plan de récupération de l'activité de cathétérisme veineux central en incitant les hôpitaux à adhérer à ce protocole. Dans un contexte de pénurie médicale, en particulier chez les médecins anesthésistes, le transfert de ces compétences est une réponse adaptée pour dégager du temps médical.

L'arrêté numéro DOSMS 2014/2016 autorise l'application en île de France du protocole de coopération entre professionnels de santé «transfert de compétence : pose de voie veineuse centrale par l'infirmière ».

Ce dernier précise que le protocole est autorisé dans les établissements posant au moins 1000 voies veineuses centrales par an dont au moins 5 par professionnel et par semaine et 20 % par les médecins délégués.

Pour participer au protocole, les infirmiers délégués doivent avoir au moins 3 ans d'ancienneté professionnelle. Deux formations sont requises. Une première théorique, d'au moins 20 heures, balaye l'ensemble des connaissances nécessaires : l'anatomie du réseau vasculaire, la physiologie du réseau veineux, l'imagerie thoracique, les principes de la lecture d'une radiographie du thorax, les indications des voies veineuses centrales, le matériel et les dispositifs, les complications précoces et tardives liées à la pose etc.

La seconde est une formation pratique, réalisée dans l'établissement hospitalier et organisée par le médecin délégué. Elle comprend 120 gestes : répartis comme suit : 30 poses où le délégué est observateur, 30 poses où le délégué exerce le rôle d'aide à l'opérateur, 30 poses où le délégué prend l'initiative du geste assisté par le délégué, et enfin 30 poses où le délégué est autonomisé en présence du délégué qui observe et corrige au besoin.

Après validation des formations par le médecin délégué, une demande d'instruction du dossier d'adhésion au protocole est adressée à l'ARS sur la plateforme COOP-PS. Après validation des éléments du dossier, l'enregistrement de la demande vaut autorisation, ce qui permet à l'infirmier délégué d'exercer dans le champ défini par le protocole.

La formation progressive par paliers permet d'acquérir et de maîtriser la technique tout en s'appuyant sur des bases solides. Ainsi, l'infirmier est armé face aux difficultés potentielles ou aux situations de stress. La formation établit également une relation de confiance entre le médecin déléguant et l'infirmier délégué, ce qui rend le travail en collaboration plus efficace.

En tant qu'un infirmier anesthésiste, nous développons déjà au quotidien ce mode de fonctionnement avec les médecins anesthésistes, en prenant des décisions de manière autonome et en collaboration avec ces derniers.

Ce protocole de coopération médico-infirmière permet de renforcer encore un peu plus le binôme médecin anesthésiste-infirmière anesthésiste grâce à la complémentarité de nos fonctions au quotidien.

Cette nouvelle fonction procure une double satisfaction : professionnelle grâce à l'enrichissement des connaissances théoriques et pratiques, et personnelle par la satisfaction de rendre service au patient.

Ce nouveau champ d'exercice enrichit et diversifie la pratique quotidienne. Il permet l'acquisition de nouvelles expertises techniques. L'apprentissage de l'accès veineux vasculaire profond écho guidé passe aussi par l'accès vasculaire périphérique écho guidé. Cette pratique apporte une plus grande autonomie au quotidien pour la pose d'accès vasculaires au bloc opératoire et dans les services de soins.

En effet, les infirmiers anesthésistes interviennent comme premières personnes ressources dans les différents secteurs de soins de l'hôpital en matière d'abord veineux lorsqu'il s'avère difficile. Aujourd'hui, l'acquisition de la ponction écho guidée rend totalement autonome en la matière. Elle apporte une réponse beaucoup plus rapide aux patients et aux services de soins, et permet même de dégager du temps médical puisque les médecins sont moins sollicités pour des abords vasculaires profonds urgents faute d'abord périphérique.

La participation à ce projet développe également la relation humaine entre le soignant et les patients. Au contraire d'une grande partie de la pratique anesthésique où le patient est endormi, la pose du dispositif se fait sous anesthésie locale. Le contact et l'échange avec le patient sont primordiaux. Il faut gérer ses angoisses et trouver les moyens de le rassurer. Cette activité demande un sens aigu du relationnel.

La multiplicité des dispositifs implantés (chambres implantables, PICC, cathéters de Canaud), la multiplicité des abords (veineux profonds et veineux périphériques pour des midlines) et des intervenants (médecins, infirmiers) permet d'envisager un projet plus large que de simples poses de voies centrales. Il apparaît licite de créer une unité d'accès vasculaires, opérationnelle aux heures ouvrables, voire plus si possible. Ces unités présentent plusieurs avantages :

- pour les patients : une prise en charge globale, avec l'implantation du dispositif le plus adapté au patient, à ses traitements, et à leurs durées d'utilisation, et permettre le suivi après la mise en place (gestion de l'entretien et des complications) ;
- pour les soignants : un service d'aide unique plus facilement joignable (identification des personnes ressources), la diffusion des bonnes pratiques et une meilleure formation à l'utilisation et l'entretien de ces différents dispositifs.

La création d'un service d'accès vasculaires facilite la formalisation de la formation institutionnelle des soignants aux différents dispositifs intravasculaires.

Mais dans le contexte actuel des finances de l'hôpital public, la mise en place d'un protocole de coopération de cette nature et la création d'une unité d'accès vasculaires demandent une implication sans limites des professionnels concernés. L'absence de lieu dédié à la pose, la gestion quotidienne des programmations et l'organisation matérielle sont extrêmement chronophages.

La valorisation personnelle ne vient initialement que du sentiment du travail bien fait et d'être utile aux patients, comme en attestent la satisfaction recueillie auprès des patients et des équipes de soins après les implantations.

Au fur et à mesure, la multiplication des actes et la diversité des gestes réalisés permettent l'acquisition d'une vraie expertise. Mais que deviendra-t-elle après quelques années ou en cas de fin du protocole ? L'expérience acquise deviendra-t-elle un jour pérenne ? Le décret sur les pratiques avancées permettra-t-il d'entériner ou de simplifier certains aspects de ces pratiques ? Pour le moment, il n'y a pas de réponses à ces questions.