



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Guidelines SFGM-TC

Transfert de compétence : la mise en place d'un statut infirmier(ère) de greffe pour le suivi post-greffe : un rapport par la SFGM-TC



Transfer of skills: Implementing post-transplant follow-up care status for transplant nurses: A report by the SFGM-TC



J. Cornillon^a, R. Peffault de Latour^b, S. Apaza^c, M.-A. Bourg^d, C. Courbon^a, S. Evard^e, M. Guiraud^f, L. Le Bars^e, S. Petit^g, L. Magro^h, S. Schmittⁱ, L. Tardieu^j, O. Samsonova^k, R. Tipton^l, I. Yakoub-Agha^{h,*}

^a Département d'hématologie clinique, institut de cancérologie Lucien-Neuwirth, 42000 Saint-Étienne, France

^b Service d'hématologie, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75475 Paris cedex 10, France

^c Institut de formation en soins infirmiers, CHRU de Lille, rue du Docteur-Schweitzer, 59037 Lille cedex, France

^d Direction des soins infirmiers Saint-Étienne, institut de cancérologie Lucien Neuwirth, 42000 Saint-Étienne, France

^e Service d'onco-hématologie pédiatrique, CHU de Rennes, 16, boulevard de Bulgarie, 35203 Rennes, France

^f Service d'hématologie pédiatrique, CHU de Montpellier, 371, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34085 Montpellier, France

^g Service d'hématologie clinique, hôpital Sud, CHU d'Amiens, 54, rue Laënnec, 80054 Amiens cedex, France

^h Maladies du sang, CHRU de Lille, rue Michel-Polonovski, 59037 Lille cedex, France

ⁱ Unité de greffe de moelle osseuse, CHRU de Strasbourg, 1, avenue Molière, 67098 Strasbourg, France

^j Service d'hématologie, centre hospitalier Dupuytren, 2, avenue Martin-Luther-King, 87042 Limoges cedex, France

^k Service d'hématologie secteur 1G, 165, chemin du Grand-Revoyet, 69495 Pierre-Benite, France

^l Société de greffe de moelle et de thérapie cellulaire, 152, rue du Dr-Yersin, 59120 Loos, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 22 avril 2014

Accepté le 14 mai 2014

Disponible sur Internet le 24 juin 2014

Mots clés :

Délégation de tâches

Protocole de coopération

Responsabilité partagée

Keywords:

Cooperation protocol

Shared responsibility

Task delegation

R É S U M É

Le nombre de greffes de cellules souches hématopoïétiques (CSH) reste en constante progression sans que cette augmentation se soit accompagnée d'un ajustement des effectifs médicaux assurant le suivi des patients. Parallèlement à cette insuffisance concernant les greffes, plusieurs disciplines médicales ont mis en place des délégations de tâches voire un transfert de compétences. En hématologie, il existe en France peu de données sur la délégation de tâches, même si quelques centres ont instauré une délégation de certaines prises en charge spécifiques comme le post-greffe à des infirmières dédiées. Dans une démarche qui vise à uniformiser les procédures d'allogreffe de CSH, la Société française de greffe de moelle et de thérapie cellulaire (SFGM-TC) a organisé les quatrièmes ateliers d'harmonisation des pratiques en septembre 2013 à Lille. Dans cet atelier nous abordons la question du transfert de compétence et la mise en place d'un statut infirmier de greffe pour le suivi post-greffe.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

The number of Hematopoietic Stem Cell Transplantations has globally taken off in the past decade. However, this increase in transplantation activity has put in the spotlight the need to create a special transplantation-skilled population of nurses. This type of specialisation allocated solely to this activity has not existed within the French nursing community until now. In the attempt to harmonize clinical practices between different French transplantation centers, the French Society of Bone Marrow

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sfgm-tc-iaa@live.fr (I. Yakoub-Agha).

Transplantation and Cell Therapy (SFGM-TC) sets up its forth annual series of workshops which brought together practitioners from all member centers and took place in September 2013 in Lille. Here we report our results and recommendations regarding the implementation of a transplant nurse status for post-transplant follow-up care.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

L'activité de greffes de cellules souches hématopoïétiques (CSH) reste en constante progression sur les 10 dernières années entraînant une augmentation de la file active de patients suivis en post-greffe. Cette augmentation ne s'est pas accompagnée pour autant d'une augmentation suffisante des effectifs médicaux devant assurer ce suivi. Il avait déjà été acté lors des deuxièmes ateliers que le ratio greffe/soignants était globalement insuffisant et que le ratio évalué ne correspondait pas à la réalité du terrain.

Parallèlement à cette insuffisance concernant les greffes de CSH, plusieurs disciplines médicales ont mis en place des délégations de tâches voire un transfert de compétences. Ces transferts ont par exemple été initiés en diabétologie et en hémodialyse (Délégation, recommandations, HAS 2008). En hématologie, il existe en France peu de données sur la délégation de tâches, même si quelques centres ont instauré une délégation sur certaines prises en charge spécifiques du post-greffe à des infirmières dédiées (congrès EBMT 2010, abstract n° 1111).

Les tutelles se sont penchées sur ces transferts de compétences et des recommandations ont été édictées par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2008 (Délégation, recommandations, HAS 2008). Basé sur les premières expérimentations, le rapport constate plusieurs problèmes non encore résolus comme la limitation des activités et des actes en fonction du type de profession médicale ou paramédicale régie par le Code de santé publique. Il existe donc des limites à redéfinir sur le plan de la formation mais aussi sur les plans juridique et économique.

Des demandes spécifiques de création de transfert de tâches peuvent être envisagées mais nécessitent en amont d'en fixer de façon précise les modalités. L'atelier a pour but de définir les prérogatives pour une demande future de délégation de tâches dans le cadre du suivi post-greffe.

2. Questions posées

Quel profil de poste pour les infirmiers(ières) spécialisés en greffe ? Quel périmètre de travail ? Quelles responsabilités ? Quelles formations ? Et quel statut à proposer ?

3. État actuel de la question

Des recommandations ont été édictées par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2008 (Délégation, recommandations, HAS 2008) [1]. Il n'existe aucune donnée dans le domaine de la greffe de CSH. Certains pays ont déjà mis en place des infirmières spécialisées dans différents domaines. Les États-Unis et le Canada restent pour l'instant les plus avancés dans le domaine avec les *nurses practitioners*.

4. Méthodologie

Méthode de travail : le groupe s'est basé sur les rapports d'expérimentation en coopération (français et autres), les recommandations de l'HAS 2008 et la Loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) 2009 [2].

5. Recommandations

5.1. Délégations de tâches : périmètres de travail–responsabilités [3,4]

L'infirmier(ère) diplômé(e) d'état (IDE) doit être capable de déterminer les anomalies (cliniques, biologiques) afin d'orienter la prise en charge médicale. La responsabilité est par définition une responsabilité partagée.

La responsabilité partagée se baserait sur une traçabilité de l'évaluation validée de façon conjointe par l'infirmier(ère) clinicien(ne) spécialisé(e) en greffe et de thérapie cellulaire (ICSG) et le médecin après chaque visite.

Le périmètre de travail doit comprendre :

- la coordination pré-greffe ;
- la consultation post-greffe :
 - évaluation clinique basée sur une check-list avec mise en alerte immédiate du médecin en cas d'anomalie (*Annexe A*),
 - évaluation de la maladie du greffon contre l'hôte (GVHD) : possibilité de déterminer l'apparition et/ou l'évolution d'une GVHD,
 - évaluation biologique :
 - récupération et première évaluation des résultats,
 - capacité d'orientation vers un avis médical en cas d'anomalie constatée,
 - suivi et détermination des besoins transfusionnels,
 - récupération des dosages des immunosuppresseurs, adaptation des dosages (*selon les règles établies pour chaque centre et après avis*), transmission des modifications de doses aux patients ;
 - prescription :
 - renouvellement d'ordonnance médicamenteuse en l'absence d'anomalie clinique ou biologique constatée,
 - examens complémentaires : radiographie pulmonaire, hémocultures, explorations fonctionnelles respiratoires et autres examens programmés systématiquement dans le cadre du suivi,
 - prescription de gammaglobulines, d'aérosols, d'anticorps monoclonaux (*après validation par le médecin greffeur ou lors d'une réunion de concertation multidisciplinaire - RCP*)...
 - possibilité de prescription de produits sanguins labiles (*concernant par exemple des transfusions sur un mode chronique*),
 - prescription et suivi des vaccinations ;
 - éducation thérapeutique :
 - actes téléphoniques : pour donner des avis et assurer suivi des patients ne présentant pas de complications (expérience hollandaise, projet de l'hôpital Saint-Antoine à Paris),
 - suivi post-don,
 - consultation conjointe avec le médecin greffeur des patients présentant des complications.

L'ICSG doit être détaché(e) de l'activité de soins de l'hôpital de jour :

- participation à la recherche clinique ;
- participation à la gestion qualité/à l'accréditation européenne JACIE.

5.2. Formations

En fonction du niveau de compétence et du transfert de compétence proposé, on peut envisager la réalisation d'un protocole de coopération interprofessionnelle sur la base d'un dossier élaboré à l'échelle nationale. Dans l'hypothèse de cette coopération, une formation théorique minimale supplémentaire est à envisager et pourrait s'appuyer sur le diplôme universitaire (DU) d'allogreffe et sur une expérience de 5 ans minimum dans un service de greffe de CSH.

Cependant, le niveau de responsabilité sera probablement plus limité et les objectifs cités précédemment ne pourront pas être réalisables dans leur totalité, notamment en ce qui concerne la prescription.

Par ailleurs, si, à terme, on souhaite augmenter le niveau de compétence et donc le niveau de responsabilité, il paraît difficilement envisageable de proposer dans la durée ce type de poste à des IDE sur la seule base du volontariat sans reconnaissance statutaire. Si l'on veut susciter de l'intérêt, une reconnaissance professionnelle spécifique doit être négociée au niveau national, entraînant une nouvelle échelle salariale. Ce changement statutaire restreint à la greffe de CSH risque probablement de susciter peu d'écho de la part des tutelles.

Dans l'hypothèse d'un changement de statut, proposer une évolution de carrière sur une nouvelle fonction hospitalière dans un domaine restreint (la greffe de CSH) risque de cloisonner la possibilité de changement d'orientation des candidats potentiels et donc à terme de décourager les nouvelles vocations. La formation ne peut donc pas dans la durée se cantonner uniquement à la greffe de CSH mais doit s'étendre probablement à d'autres domaines de la greffe en gagnant d'autres domaines de compétence.

L'objectif serait donc de créer une nouvelle spécialité infirmière clinique. Pour prétendre à ce type de poste, un certain niveau de connaissance et une expérience suffisante sont indispensables. La validation par un diplôme de niveau master 2 doit donc être envisagée.

Le master en vue du diplôme « d'infirmière clinique spécialisée en greffe et thérapie cellulaire » serait composé de 2 années réparties :

- 1^{re} année : tronc commun avec les greffes d'organes :
 - module coordination pré-greffe,
 - module suivi greffe,
 - module recherche clinique,
 - module éducation thérapeutique,
 - module thérapie cellulaire,
 - module qualité, gestion des risques,
 - stage clinique ;
- 2^e année de spécialisation :
 - formations théoriques (communes avec LMD d'organes du cursus médical),
 - stage pour « spécialisation d'organes »,
 - validation finale avec mémoire.

Le niveau d'ancienneté requis serait de 5 ans minimum en service de greffe ou de thérapie cellulaire. En cas d'expérience suffisante (5 ans) en coordination de greffe, on peut envisager de valider uniquement la 2^e année, considérant la 1^{re} année comme étant déjà acquise. Une validation des acquis d'expérience est dans ce cas nécessaire.

Cette spécialisation doit déboucher sur une reconnaissance statutaire spécifique comportant en corollaire une reconnaissance salariale.

Statut final « d'infirmière clinique spécialisée en greffe et thérapie cellulaire (ICSG) ».

5.3. Conclusion

Un protocole de coopération interprofessionnelle constituerait un premier pas vers une délégation de tâches spécifiques mais serait limité dans ses possibilités. Un objectif plus ambitieux d'IDE clinique proche des *nurses practitioners* américaines serait plus intéressant mais nécessite la création d'un métier nouveau dans le cadre infirmière et doit s'accompagner d'un statut et d'une valorisation correspondants. Dans cette hypothèse, il nous paraît difficile d'aller plus avant dans les seules greffes de CSH.

5.4. Annexes

Grille d'évaluation – patient ([Annexe A : fiche S1, voir le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article](#)).

Profil de poste ([Annexe A, fiche S2](#)).

6. Questions résiduelles à explorer

Les questions résiduelles à explorer sont :

- gestes techniques : quel type de geste peut-on déléguer. Exemple du prélèvement de moelle (en collaboration avec un médecin) ;
- possibilité d'adaptation des doses des immunosuppresseurs en fonction des dosages sans avis médical en l'absence de complications ;
- intérêt d'intégrer des visites d'évaluation à domicile ;
- création d'une cotation spécifique de consultation post-greffe d'ICSG, (PMSI-DGOS). Il n'existe pas à l'heure actuelle de cotation de consultations d'infirmière ;
- bons de transport ;
- le niveau de rémunération (équivalent infirmière anesthésiste ?) ;
- quel ratio nombre d'ICSG par nombre de greffes ? Pour assurer la coordination, le suivi, la recherche et la qualité, un minimum de 2 postes fonctionnels quotidiens pour 30 greffes/an est nécessaire.

Déclaration d'intérêts

La SFGM-TC reçoit l'aide financière des laboratoires Amgen, Astellas, Biosafe, Celgene, Chugai, Eusapharma, Gentium, Sanofi, Gilead, Janssen, Macopharma, MSD, Mundipharma, OrpheliPharm, Pfizer, Pierre Fabre, Sandoz, Spectrum, Takeda, Teva, Therakos, Vifor pharma.

Annexe A. Matériel complémentaire

Du matériel complémentaire (fiches S1 et S2) accompagnant cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et <http://dx.doi.org/10.1016/j.patbio.2014.05.003>.

Références

- [1] HAS. Délégation, transferts, nouveaux métiers... comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé. Recommandations HAS en collaboration avec l'ONDPS. Saint-Denis: HAS; 2008, 61 pp.
- [2] Loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), article 51, Loi n° 2009-879 [21 juillet 2009].
- [3] Berland Y, Bourgeuil Y. Rapport : « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé ». Paris: ONDPS; 2006, 135 pp.
- [4] HAS. Coopération entre professionnels de santé—Mode d'emploi. Saint-Denis: HAS; 2012, 6 pp.