



Katia CATEINE, Coordinatrice RESIR (Réseau de l'Insuffisance Rénale en Nouvelle Calédonie) - **Arnaud GRELIER**, Cadre de Santé UNH Unité Néphrologie et Hémodialyse - NOUMÉA – NOUVELLE CALÉDONIE

Harmonisation des formations de base et continues en hémodialyse : mission du réseau

La Nouvelle-Calédonie

Archipel situé dans l'océan pacifique à 17 000 km de la métropole et à 1500 km à l'est de l'Australie, la Nouvelle-Calédonie s'étire du nord-ouest au sud-est sur près de 400 km en longueur et 50 à 70 km en largeur pour une superficie d'un peu plus de deux fois la Corse.

Elle est centrée autour d'une île principale, la Grande Terre et plusieurs ensembles d'îles plus petites, les îles Belep au nord, l'île des Pins au sud et les îles Loyauté à l'est (Ouvéa, Lifou, Tiga et Maré)

Son chef-lieu ou capitale, Nouméa, en est aussi la principale commune et la seule grande ville. Elle compte un peu moins de 100 000 habitants au dernier recensement de 2009. Nouméa et sa banlieue comptent environ 165 000 habitants, soit les deux tiers de la population totale de l'archipel.

La population est pluri ethnique à majorité mélanésienne (environ 40%), 29 % d'européens (métropolitains et calédoniens), 31% de polynésiens, asiatiques, et autres mélanésiens



La langue officielle est le français et 34 langues vernaculaires sont parlées à travers l'archipel.

Une histoire institutionnelle complexe

Découverte par James Cook en 1774, la Nouvelle-Calédonie devient une colonie pénitentiaire française de 1853 à 1895.

La seconde guerre mondiale marque le début du processus de décolonisation et la Nouvelle-Calédonie devient territoire d'outre mer en 1957.

Les évènements violents des années 1980 marquent un tournant dans l'histoire institutionnelle de la Nouvelle-Calédonie aboutissant à la signature



en 1988 des accords de Matignon prévoyant la mise en place d'un statut transitoire de 10 ans devant se solder par un référendum sur l'indépendance.

Ce référendum a été repoussé de 20 ans par l'accord de Nouméa en 1998 qui a de plus conféré à la Nouvelle-Calédonie un statut particulier de large autonomie: Collectivité sui generis (de son propre genre).





Ce statut a nécessité de créer des textes spécifiques et un transfert des compétences de l'État à la Nouvelle-Calédonie notamment pour les secteurs de la vie publique.

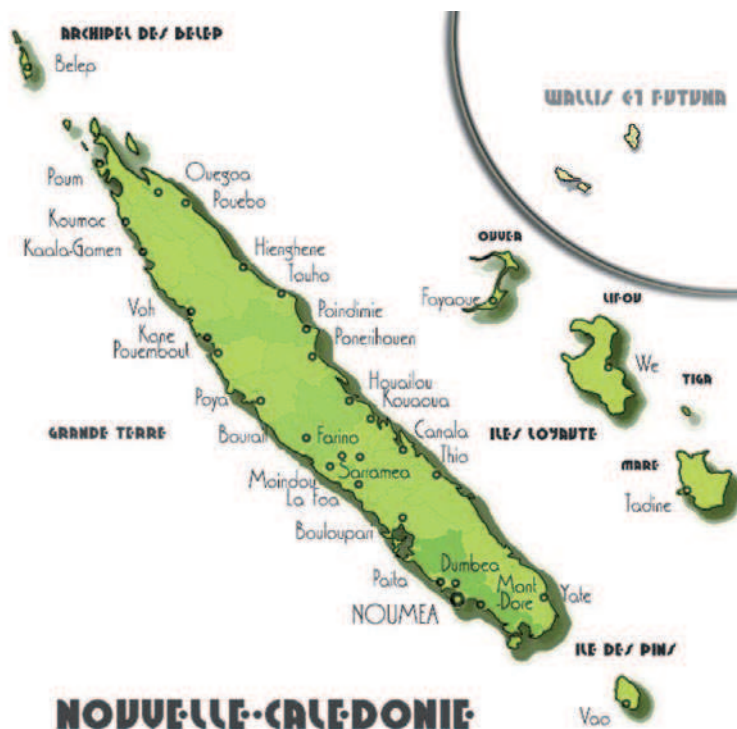
Dans ce contexte nombre de lois régissant notamment le secteur de la santé sont encore à écrire.

En 2014, les calédoniens devront se prononcer pour ou contre l'indépendance.

Les structures de soins en Nouvelle-Calédonie

52 714 patients ont été pris en charge en 2008 dans les :

- 3 centres hospitaliers publics :
 - 1 en province sud (Nouméa),
 - 2 en province nord (Koumac et Poindimié).
- 2 cliniques privées sur Nouméa.
- 27 centres médicosociaux dans chaque commune de l'archipel dont 7 comprennent des lits d'hospitalisation.



Les ressources humaines

- 542 médecins sont en activité en 2008, soit 220 médecins pour 100 000 habitants :
 - 48% de généralistes,
 - 52% de spécialistes.
- 440 Infirmiers pour 100 000 habitants.

L'insuffisance rénale traitée

En 2009, 417 personnes-année étaient traitées pour l'IRC, soit une augmentation de 3,4% par rapport à 2008. Ce nombre inclut les patients de Wallis et Futuna (10 personnes en 2009).

Ce qui donne un taux de prévalence égal à 1 610 par million d'habitants (pm/h), taux brut relativement élevé qui place la Nouvelle-Calédonie au rang des pays les plus touchés comme les Etats-Unis et le Japon.

La prévalence néo-calédonienne est environ deux fois plus élevée que dans les pays scandinaves et au Royaume-Uni et une fois et demie plus élevée qu'en France.

Il faut cependant, rester prudent dans l'interprétation de ces données en raison des structures d'âge différentes des populations de ces pays par rapport à la Nouvelle-Calédonie et des schémas d'accès aux soins qui diffèrent aussi.

Les glomérulonéphrites chroniques, le diabète de type 2 et les néphropathies vasculaires dues à l'hypertension artérielle, sont les trois principales causes de l'insuffisance rénale chronique en Nouvelle-Calédonie avec cependant une place plus importante pour le diabète que dans les pays européens: (27% contre 21% en France par exemple : données 2008 du réseau REIN). Ces trois pathologies représentent 65% des patients traités.

Prise en charge des patients hémodyalisés

Les Promoteurs

La prise en charge des patients hémodyalisés sur le territoire est répartie entre trois promoteurs :

- **Le CHT** : (Centre Hospitalier Territorial), secteur public
 - 17 postes d'hémodyalyse (12 postes de traitement et 5 de repli) sur un seul site.
 - 19 infirmier(ère)s, 3 médecins (temps médical partagé par convention entre ATIR-CHT).
- **L'UNH** : (Unité de Néphrologie et Hémodialyse), secteur privé
 - 27 postes d'hémodyalyse et 2 de repli répartis sur 4 sites.
 - 21 infirmier(ère)s, 4 médecins.
- **L'ATIR** : (Association pour la prévention et le traitement de l'IRC), secteur associatif
 - 56 postes d'hémodyalyse répartis sur 10 sites dont un se trouve sur l'île de Wallis.
 - 36 infirmier(ère)s, 2 médecins (temps médical partagé par convention entre ATIR-CHT).

Au total en 2009, 282 patients ont été pris en charge en hémodyalyse par 3 promoteurs, 9 médecins, 73 infirmier(ère)s répartis sur 15 sites.



Un coordinateur : le RESIR (Réseau de l'Insuffisance Rénale) en Nouvelle-Calédonie.

Historique

Les premières bases de données médicales communes entre le CHT et l'ATIR sont constituées en 1997. L'accès au dossier médical de manière sécurisée via Internet est ensuite mis en place en 2001.

Le RESIR est constitué en novembre 2005 et devient Association loi 1901 fin 2007, puis organisme de formation professionnelle continue en Août 2009.

Objectifs du RESIR

Le RESIR a des objectifs globalement identiques à ceux de métropole, il s'agit ainsi :

- de mettre en place ou renforcer des programmes de prévention des maladies chroniques non transmissibles comme le diabète ou l'hypertension artérielle afin de stabiliser ou de limiter la croissance de l'incidence de l'IRC en Nouvelle-Calédonie et à Wallis et Futuna
- d'améliorer la prise en charge globale et précoce des patients atteints d'insuffisance rénale chronique.
- en plaçant le patient au cœur du dispositif, il a pour vocation de permettre à l'ensemble des acteurs de santé du territoire concernés par l'insuffisance rénale chronique de mieux coordonner leurs actions afin de dépister précocement la maladie, d'en ralentir la progression et de retarder la mise en dialyse mais aussi de prévenir et traiter les complications, d'optimiser le suivi du patient.

L'amélioration de la coordination entre les différentes ressources de soins se fait notamment au travers de la mise en place d'un système informatique commun protégé, vecteur d'informations médicales et de recommandations pratiques.

Un contexte réglementaire particulier

Le statut de collectivité sui generis de la Nouvelle-Calédonie entraîne un certain nombre de vides réglementaires et juridiques que le gouvernement néocalédonien s'emploie à combler.

Les textes de la métropole ne sont pas applicables en NC. Il y avait ainsi jusqu'à très récemment une absence de :

- Schéma d'organisation sanitaire en matière de prise en charge des patients insuffisants rénaux
 - Réglementation fixant les conditions techniques de fonctionnement.
- Les promoteurs appliquaient, chacun selon son interprétation propre, les règles de bonnes pratiques et le cadre réglementaire métropolitains.

Le SOSIRC (Schéma d'Organisation Sanitaire relatif à la prise en charge des patients IRC)

Début 2010, la DASS (direction des affaires sanitaires et sociales) mandatée par le gouvernement de Nouvelle-Calédonie s'est vue attribuer pour mission de rédiger, dans la concertation avec tous les partenaires concernés :

- un schéma d'organisation sanitaire relatif à la prise en charge des patients IRC (SOSIRC),
- une réglementation fixant les conditions d'implantation et de fonctionnement des structures.

Les Objectifs du Schéma sont superposables à ceux de la métropole et doivent permettre :

- D'assurer aux usagers l'accessibilité, la continuité, la proximité, la gradation, la qualité et la sécurité des soins.
- D'encadrer l'offre de soins en veillant à en promouvoir la flexibilité et la mise en réseau, la maîtrise des dépenses de soins et l'aménagement du territoire.
- De définir les stratégies à mettre en œuvre, les conditions à remplir et les opérations à engager pour atteindre ces objectifs.

Une première réunion s'est déroulée en janvier 2010 avec l'ensemble de la filière. (Les représentants des associations de patients, les promoteurs, les organismes tarificateurs et payeurs, les institutions, le réseau).

Les constats et attentes des différents acteurs ont été exposés et au terme des débats il a été décidé de former des groupes thématiques devant plancher sur :

- L'épidémiologie et la prévention
- La Formation des personnels
- La Réglementation
- La Coordination entre les divers acteurs
- L'Education thérapeutique et l'information pré-dialyse.

Le groupe de travail sur la formation des personnels

Le groupe de travail en charge de la formation était composé de :

- La coordinatrice du RESIR (Réseau de l'Insuffisance Rénale en Nouvelle-Calédonie),
- des cadres de santé des trois promoteurs CHT, UNH, ATIR.

Dans un premier temps le groupe s'est attaché à dresser l'état des lieux de la formation des nouveaux personnels au sein de chaque structure (durée, contenu, mode d'encadrement et d'évaluation finale).

Des problématiques ont été mises en évidence :

La première est que l'hémodialyse nécessite un apprentissage lourd (il faut entre 6 mois et un an pour qu'une IDE se sente à l'aise avec la pratique de la technique).

Cette spécialité n'est abordée que de manière très partielle en IFSI. (Institut de Formation en Soins Infirmiers).

D'autres problématiques plus spécifiques et inhérentes aux promoteurs ont également été relevées :

- L'ATIR et l'UNH ont des sites avec des générateurs différents, nécessitant un apprentissage spécifique.
- Il y a un manque de coordination des temps de formation partagés entre l'ATIR et le CHT. L'évaluation finale des infirmiers de l'ATIR dépend du CHT (centre de repli pour l'ATIR), alors que les stagiaires passent plus de temps encadrés par des référents ATIR. Il manque un référentiel de formation permettant de contrôler ce qui est acquis ou pas, en fonction des différents modules à valider.
- La formation des stagiaires est confiée à des référents ayant de l'ancienneté dans le service et en hémodialyse mais dont les connaissances théoriques et pratiques ne sont pas forcément réactualisées.

Il en résulte souvent des contradictions dans les pratiques entre les différentes structures voire les différentes unités de dialyse au sein d'une même structure. Ce qui entraîne une confusion quant « aux bonnes pratiques ».

Les apports théoriques sont inégaux, liés aux connaissances propres du formateur et à sa perception du niveau de connaissance théorique à atteindre pour un infirmier.

En fin de stage, les connaissances pratiques et théoriques ne sont pas forcément évaluées de manière didactique.

Il existe de plus un turnover important des personnels.

Entre 2009 et 2010, 7 nouveaux infirmier(ère)s ont été embauchés (CDD et CDI) à l'UNH, 11 nouveaux Infirmier(ère)s à l'ATIR.

En moyenne sont réalisées de 9 à 10 formations de base à l'hémodialyse par an rien que pour l'UNH et l'ATIR.

Constitution du plan de formation : le rôle du RESIR

Au terme de la première réunion, dans le but de maîtriser et garantir l'acquisition des savoirs, il a été proposé :

- De travailler dans un premier temps à l'élaboration des outils communs de formation et d'évaluation.
- De créer dans chaque structure un plateau d'infirmiers formateurs référents.
- De structurer les formations de base à la pratique de la dialyse sur site selon trois axes :

- Développement des savoirs par des apports théoriques (élaboration d'un diaporama accompagné de commentaires, d'une grille d'évaluation des connaissances théoriques),

- acquisition et maîtrise des gestes techniques par la manipulation des divers matériels (stages pratiques sur site),

- évaluation des acquisitions tout au long de la formation (création d'un livret d'évaluation pratique).

Ces propositions ont conduit à l'élaboration d'un plan structuré de formation globale dont la partie théorique et la création des supports didactiques de même que la formation et le suivi des référents formateurs sont confiés au RESIR et dont la partie pratique demeure assurée par les promoteurs de l'IRC.

Le module théorique a été intégré au catalogue des formations continues proposées par le RESIR.

Les outils et la méthode

Pour la création des outils, le groupe a utilisé la méthode du Benchmarking : c'est-à-dire rechercher ce qui se fait ailleurs et a fait la preuve de son efficacité puis enrichir et adapter ces modèles au

contexte calédonien et aux attentes des promoteurs. Plusieurs réunions étalées sur 4 mois ont ainsi permis de constituer :

Les outils

- Un diaporama théorique (comportant un rappel d'anatomie et de physiologie rénale, des principes d'hémodialyse, du déroulement d'une séance d'hémodialyse, etc...) validé par les médecins néphrologues,
- un questionnaire d'évaluation théorique,
- un livret d'évaluation pratique destinée à accompagner le stagiaire tout au long de son parcours. Il couvre les thèmes suivants :

1. Acquérir les gestes d'hygiène et de sécurité dans un contexte de gestion des risques professionnels,
2. acquérir les techniques et la gestuelle par rapport à chaque type de générateurs,
3. gérer les paramètres et la surveillance du générateur pendant la séance de dialyse,
4. prise en charge du patient durant la séance d'hémodialyse,
5. complications et incidents,
6. la station d'eau,
7. connaître et utiliser (dialysance, profil UF, recirculation,...),
8. Connaître et savoir transmettre (informations nutrition, médicaments,...).

La méthode

• La fonction de « Référents Formateurs » a été instituée dans chaque structure de prise en charge de l'IRC, un appel à candidature a ensuite été lancé auprès des personnels intéressés. Un des critères retenus étant une ancienneté en hémodialyse d'au moins 5 ans.

• Mise en place d'une formation et d'une évaluation de ces référents via le RESIR (formation qualifiante, inscrite Direction de la Formation Professionnelle Continue: DFPC).

• La formation théorique et pratique des stagiaires sera ensuite réalisée par ces référents.

• La durée de la formation est laissée à l'appréciation de chaque structure (en moyenne 2 mois).

Les Référents formateurs

Pour dispenser ces formations au stagiaire, le « Référent formateur » doit posséder des connaissances très solides en hémodialyse et montrer des compétences pédagogiques et méthodologiques affirmées. Il doit en outre pouvoir disposer d'outils pédagogiques validés.



15 référents ont suivi le module de « formation de formateurs en hémodialyse » entre janvier et mars 2011 (4 pour le CHT- 6 pour l'ATIR- 5 pour l'UNH). La formation a été dispensée sur deux jours.

Le contenu de la formation vise à :

- Développer des capacités pédagogiques.
- Former à la communication orale et à l'écoute active.
- Actualiser et perfectionner les connaissances théoriques des référents formateurs par l'élaboration individuelle et en groupe des commentaires accompagnant le diaporama théorique.
- Former à l'utilisation des outils pédagogiques (vidéoprojecteur, internet, visioconférence).

Au terme de la formation la validation des formateurs s'est faite au-travers de :

• La présentation d'une partie du diaporama sous forme de jeux de rôle (un formateur présente et le reste du groupe joue le rôle du stagiaire).

• Un questionnaire d'évaluation des connaissances théoriques.

Démarche qualité oblige, un questionnaire de satisfaction de la formation a également été rempli par les stagiaires.

Le RESIR a ensuite délivré une attestation de « formateur en hémodialyse ».

(Tableau 1 : extrait du livret de suivi et d'évaluation de la formation de base en hémodialyse)

4. Prise en charge du patient durant la séance d'hémodialyse						
		Niveau de compétence*	En cours d'acquisition	Acquis	Non acquis	Observations
						non vu durant le stage
Surveillance peridialytique	Tension	1				
	Débit	1				
	PA	1				
	PV	1				
	Conductivité	1				
	volume total	1				
	Perte de poids horaire	1				
	Poids perdu/temps écoulé	1				
	Observations cliniques (bailllements, pâleur, sueur, frissons, nausées, douleurs, ...)	1				
	Héparine	1				
	injections diverses	1				
	Points de ponction (connexion, écoulements)	1				
	Niveau et aspect des pièges à bulles, (coagulation, collerettes)	1				
	Débranchement	EPO	1			
Qualité restitution		1				
Aspect du rein		1				
Temps d'hémostase		1				
Gant au patient		1				
Nettoyage sérum physio stérile de la zone autour des points de ponction		1				
Paramètres fin de séance	Pansement stérile	1				
	Poids et Tension	1				
	Observations cliniques (bailllements, pâleur, sueur, frissons, nausées, douleurs, ...)	1				
	Vigilance à la levée du patient	1				
	Consignes au patient	2				
	Médications post dialyse sur prescription	1				

* On entend par niveau de compétence le niveau obligatoire requis en fin de formation :
Niveau 1 : acquisition obligatoire, par évaluation en situation pratique,
Niveau 2 : acquisition théorique obligatoire, mais la rareté ou la spécificité de l'item implique que la mise en situation puisse ne pas avoir été vue durant le stage. Dans ce cas dans la colonne observation l'évaluateur précise si la situation a été vue en pratique durant le stage.

Chaque formateur a reçu un support relié du diaporama avec les commentaires, un CD-ROM contenant les supports didactiques et divers documents pouvant servir d'appui à la présentation (dernières recommandations, fiches techniques, articles scientifiques, ...).

Ils ont également reçu les livres édités chez MASSON par l'AFIDTN: « l'infirmière en néphrologie. Clinique, pratique et évaluation de la qualité des soins » et « l'abord vasculaire pour hémodialyse, former pour mieux soigner ». (Tableau 1)

Déploiement et suivi du plan de formation

Les formations vont être mises en œuvre au fur et à mesure de l'arrivée des stagiaires, à ce jour 4 infirmiers nouvellement embauchés à l'ATIR et 1 à l'UNH suivent actuellement ce plan de formation.

Des questionnaires de satisfaction sont en cours d'élaboration et vont être distribués au cours du deuxième semestre aux formateurs et aux stagiaires. Ils permettront d'avoir un premier retour sur la qualité des outils et de la méthode et de préparer l'évaluation annuelle.

Le plan de formation prévoit de réaliser une fois par an une session organisée par le RESIR au cours de laquelle seront effectués :

- Une évaluation et réactualisation des connaissances théoriques, pratiques des référents en adéquation avec les avancées médicales de la spécialité.
- Un bilan des formations réalisées par les référents au cours de l'année écoulée avec retours d'expériences (analyse des questionnaires de satisfaction).
- Un réajustement des outils et de la méthode en fonction de ce bilan.

Dans un avenir proche, le RESIR mettra également en place des audits au sein des trois structures afin d'évaluer en continu les formateurs et garantir la qualité de la formation (respect de la méthodologie, qualité et conformité des informations et des pratiques de soins délivrées).

L'avenir ?

Le Schéma d'organisation sanitaire a été officiellement adopté en Nouvelle-Calédonie le 20 avril 2011.

En plus de la mise en place d'une formation initiale commune, le RESIR s'est vu confier d'autres missions:

- Développement des formations professionnelles continues: deux modules sont d'ores et déjà dispensés aux trois promoteurs :
 - « Surveillance et utilisation de l'abord vasculaire pour hémodialyse ».
 - « Bonnes pratiques d'hygiène en hémodialyse et dialyse péritonéale ».

75 personnels des trois structures ont été formés en 2010 :

- Mise en place de formations à destination des infirmiers et médecins des dispensaires et exerçant en libéral mettant l'accent sur le dépistage précoce de l'IRC, la préservation du capital vasculaire.
- L'élaboration concertée de référentiels et de protocoles de soins: les modalités d'organisation sont en cours.
- La téléformation est également en phase de test avec une première expérience en 2010 entre le site de référence sur Nouméa et l'unité d'hémodialyse de Poindimié (situé à 400 kms de Nouméa).

Cette téléformation du module « surveillance et utilisation de l'abord vasculaire pour hémodialyse » a concerné 5 infirmiers.

Un retour plutôt positif, hormis pour la qualité de l'image jugée un peu déficiente (liée au flux de l'époque et amélioré depuis).

Conclusion

Le Conseil National de l'Ordre des Infirmiers s'est positionné le 14 septembre 2010 en faveur de la création de fonctions d'Infirmier praticien spécialisé dans un

champ médical (dont la néphrologie ferait partie). Cette démarche si elle aboutit devrait amener à ce que la discipline soit enseignée dans le cursus de la formation initiale et non plus dans le cadre de la formation professionnelle continue comme actuellement.

En attendant que l'hémodialyse soit ainsi hissée au rang de spécialité, la mise en place d'une formation de base à la pratique de l'hémodialyse: spécifique, encadrée, maîtrisée mais surtout harmonisée nous est apparue en Nouvelle-Calédonie comme une évidence.

Le côté insulaire a peut-être permis d'aboutir plus facilement à l'harmonisation de cette formation bien que les acteurs soient issus de secteurs différents: public, associatif, privé.

Le réseau a vraiment joué un rôle fédérateur dans le succès de cette démarche demandée par les institutions locales et souhaitée par l'ensemble de la filière.

