

La pratique avancée en soins infirmiers : mise au point et perspectives pour la réanimation

Advanced Practice Nursing: Update and Perspectives in Intensive Care Unit

F. Ambrosino · A. Fishman · G. Decormeille · C. Debout

Reçu le 16 avril 2015 ; accepté le 17 septembre 2015
© SRLF et Lavoisier SAS 2015

Résumé La nature des besoins en soins et les contraintes qui sont appliquées au système de santé imposent de repenser l'offre de soins. Nombre de pays confrontés au même constat ont introduit le concept de pratique avancée en soins infirmiers et obtiennent des résultats cliniques satisfaisants. Le projet de loi de santé actuellement en discussion prévoit dans son chapitre « innovation » d'instaurer la pratique avancée pour les infirmières. Dans ce contexte, il est nécessaire de clarifier ce concept à l'aide des cadres de référence internationaux validés. C'est une étape préliminaire à la déclinaison de cette fonction en France. La pratique avancée en soins infirmiers est résolument centrée sur la pratique clinique et repose avant tout sur une solide expertise infirmière. L'infirmière de pratique avancée (IPA) travaille en collaboration avec l'équipe pluriprofessionnelle. Le leadership qui caractérise l'IPA l'amène à adopter une approche systémique et à promouvoir l'innovation dans les milieux de soins. La contribution possible d'une IPA dans un service de réanimation sera envisagée, afin de mieux comprendre la nature et l'intérêt de ce nouveau métier infirmier.

Mots clés Pratique avancée en soins infirmiers · Infirmière spécialiste clinique · Infirmière praticienne · Soins infirmiers en réanimation · Expertise infirmière

Abstract The supply of care should be reorganized because of health care needs and the constraints that are applied to the health system. Number of countries facing the same conclusion introduced the concept of advanced practice nursing and

obtained satisfactory clinical outcomes. The health law currently under discussion in French parliament propose to establish advanced practice for nurses. In this context, it is necessary to clarify the concept of advanced practice nursing using validated international frameworks. This is a preliminary step to the introduction of this function in France. Advanced practice nursing is mainly focused on clinical practice and is based primarily on a strong nursing expertise. The advanced practice nurse (APN) is working with the multiprofessional team. The leadership that characterizes the APN leads to a systemic approach, and to promote innovation in health care environments. The possible contribution of APN in an intensive care unit will be considered in order to understand better the nature and the interest of this new nursing role.

Keywords Advanced practice nursing · Clinical nurse specialist · Nurse practitioner · Critical care nursing · Nursing expertise

Introduction

L'allongement de la durée de la vie de la population, l'augmentation de l'incidence des maladies chroniques associés aux caractéristiques de la démographie médicale en France accentuent les difficultés d'accès aux soins pour les usagers de notre système de santé. Il est fréquent de devoir attendre plusieurs mois pour obtenir un rendez-vous chez un médecin spécialiste ou de devoir recourir aux services d'accueil des urgences faute de médecin omnipraticien disponible. La réduction des durées moyennes de séjour au sein des établissements de santé et l'involution des dotations en personnel soignant laissent peu de place à l'éducation thérapeutique, à la prise en compte des situations complexes des patients et à la préparation de leur retour à domicile. La prévention et l'éducation en santé, qui pourtant permettraient une modification des comportements à risque, restent à améliorer dans notre pays. Comme le souligne Da Silva [1], ces constats

F. Ambrosino (✉) · A. Fishman · G. Decormeille
Gic Repasi, 16, impasse de la Chapelle,
F-13013 Marseille, France
e-mail : fambrosino13@gmail.com

F. Ambrosino · C. Debout
Institut de soins infirmiers supérieurs (ISIS)

C. Debout
Chaire santé, Sciences Po/IDS UMR, Inserm 1145

appellent à opérer un changement de paradigme en matière d'offre de soins. Une approche plus globale des patients, notamment atteints de maladies chroniques, et de leurs proches améliorerait les résultats cliniques, ainsi que leur qualité de vie. Dans le contexte économique contraint actuel, il est nécessaire de repenser les organisations ainsi que la contribution apportée par les professionnels de santé, individuellement et en équipe, aux usagers à la lumière des nombreux travaux de recherche publiés dans ce domaine. Nombre de pays rencontrent en effet les mêmes difficultés, et certains développent des stratégies dont l'efficacité a été prouvée dans des études d'impact. La pratique avancée en soins infirmiers est l'une de ces stratégies permettant de mieux répondre à des besoins actuellement non couverts et de contribuer à fluidifier les parcours de soins. L'objectif de cet article est d'opérer une clarification de la notion « d'infirmière de pratique avancée » (IPA) qui figure dans l'article 30 du projet de loi de santé actuellement en discussion. Cette clarification permet de mieux appréhender les missions qui pourraient être attachées à cette fonction et d'en anticiper la plus-value pour le système de santé. Plus spécifiquement, ce profil d'infirmière aurait-il sa place dans un service de réanimation, et quelle serait sa contribution spécifique au sein de l'équipe pluriprofessionnelle dans ce type d'unité ?

Nouveaux besoins, nouvelles attentes et évolution de l'offre de soins

Les besoins et les attentes des usagers en matière de soins de santé ne cessent d'évoluer. Les facteurs de cette évolution sont multiples : caractéristiques démographiques et épidémiologiques de la population, mais aussi évolution du niveau d'éducation et accès facilité aux technologies de l'information et de la communication en matière de santé. Dans ce contexte, une approche globale et individualisée des situations de chaque patient est de plus en plus attendue des professionnels de santé. Toutefois, les contraintes budgétaires imposées au sein du système de santé rendent difficile l'individualisation des parcours de soins. De plus, les problèmes démographiques qui touchent certaines professions de santé ou encore les disparités de dotation de certains territoires rendent peu aisée la mise en adéquation de la demande et de l'offre de soins.

Des constats similaires dans nombre de pays occidentaux, des stratégies ayant prouvé leur efficacité

Ces constats sont partagés par nombre de pays industrialisés. Certains ont favorisé une pratique collaborative entre professions de santé afin de mieux répondre à cette situation nouvelle.

Depuis le début des années 1950, il existe dans de nombreux pays des IPA (pas d'étude exhaustive à ce jour disponible) qui exercent en réponse aux nouveaux besoins en santé avec un taux de satisfaction important des usagers. Une étude dans le *Journal of American Medicine Association* en 2000 a montré qu'il n'y avait pas de différence en termes de qualité entre la prise en charge sur des soins primaires par une infirmière praticienne (NP) ou par un médecin [2]. Morin et Eicher [3] décrivent également l'impact de la pratique avancée dans l'amélioration de l'accès aux prestations et dans la réduction du temps d'attente. Ce sont généralement les contraintes économiques et les diminutions de ressources humaines disponibles qui favorisent l'émergence de nouveaux métiers, ceux-ci devant être portés par les systèmes de santé et les politiques [4]. Un rapport de 2010 a étudié l'état des lieux de la pratique avancée dans 12 pays de l'OCDE et conclut que « le développement de nouveaux rôles infirmiers plus avancés peut contribuer à améliorer l'accès aux soins dans un contexte d'offre de médecins limitée, voire en diminution. Cela pourrait aussi permettre de contenir les coûts en déléguant certaines tâches d'une main-d'œuvre médicale onéreuse aux infirmières » [5].

Pratique avancée en soins infirmiers : un concept en expansion, un cadrage international

Grâce aux travaux du réseau de pratique avancée en soins infirmiers du Conseil international des infirmières, une définition internationale des pratiques avancées en soins infirmiers est désormais disponible (2008) : « *L'infirmier(ère) qui exerce en pratique avancée est un(e) infirmier(ère) diplômé(e), qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier(ère) sera autorisé(e) à exercer. Un diplôme de type master est recommandé* ».

Les trois éléments qui constituent l'énoncé du concept permettent de mieux le cerner :

- « **pratique** » : l'activité clinique est une caractéristique essentielle ;
- cette pratique est qualifiée d'« **avancée** » dans la mesure où elle se distingue de celle habituellement mise en œuvre par une infirmière généraliste. Cette distinction est liée au niveau d'expertise atteint dans un champ d'activité spécifique et éventuellement à la mise en œuvre d'activités situées en dehors du champ de compétence ouvert à une infirmière généraliste ;

- la pratique avancée « **en soins infirmiers** » est résolument ancrée dans le cœur du métier infirmier, elle en partage les valeurs et en adopte les cadres de référence.

On distingue cinq domaines d'activités classiquement assumés par l'IPA :

- la **pratique clinique** nécessite un haut degré d'autonomie professionnelle et requiert des compétences élargies dans le domaine du raisonnement clinique, ainsi que dans la gamme des interventions de soins mises en œuvre ;
- la réalisation de **consultations** (de première ligne et/ou de deuxième ligne) ;
- la contribution au **développement professionnel continu** des soignants ;
- l'expression d'un **leadership clinique** infirmier au cœur des équipes soignantes ;
- l'intégration des résultats de la **recherche** dans la pratique.

La pratique avancée en soins infirmiers est une notion faïtière qui regroupe deux fonctions d'IPA : l'infirmière spécialiste clinique (ISC) et l'infirmière praticienne. L'ISC développe une expertise dans le champ clinique infirmier, tel qu'il est défini dans la réglementation encadrant la pratique des soins infirmiers. Ses activités (éducation thérapeutique, relation d'aide...) sont orientées à destination de populations de patients spécifiques (insuffisants cardiaques, diabétiques...), mais aussi d'équipes soignantes (développement professionnel continu, introduction d'innovations...). L'**infirmière praticienne**, quant à elle, développe également une expertise clinique infirmière, mais elle intègre à son domaine de compétences certaines activités jusqu'alors exclusivement réservées au médecin. Elle apporte ainsi une contribution singulière à la prise en charge des patients, dans la mise en œuvre de compétences d'évaluation clinique élargie, de diagnostic (pathologies et réactions humaines), de prescription (interventions pharmacologiques et non pharmacologiques) ou encore d'orientation des patients. Ce type d'exercice repose sur un cadre réglementaire adapté intégrant ces activités dérogatoires, ainsi que des modalités de supervision médicale clairement définies.

Ce métier s'appuie sur le métier socle infirmier. Il représente une des réponses possibles à des besoins de santé non ou mal couverts. Il repose sur le principe de subsidiarité qui préconise qu'un professionnel ne devrait pas réaliser un acte (ou une « tâche ») qu'un professionnel moins qualifié pourrait faire. C'est une optimisation de la ressource humaine et des compétences permettant à chacun d'exercer au maximum son potentiel. La plus-value apportée par chacun des acteurs du parcours de soins se trouve ainsi mise en avant, les patients bénéficiant d'un parcours fluidifié, d'une approche prenant davantage en compte leurs attentes, leurs ressources et leurs craintes.

Domaine de compétences de l'IPA et compétences requises

Hamric [6] décrit cette pratique, dite « avancée », et définit les compétences d'une IPA. Elle s'appuiera sur des données probantes pour guider ses décisions cliniques, restera centrée sur le patient et ses besoins, au plus proche de la clinique par le développement d'une relation thérapeutique de confiance et exercera un leadership d'équipe, que ce soit au sein des établissements ou en exercice libéral, en collaboration avec le médecin traitant ou hospitalier.

Par ailleurs, la recension internationale des expériences réussies d'introduction des pratiques avancées réalisée par l'équipe de la chaire de pratiques avancées en soins infirmiers, dirigée par A. Di Censo au sein de l'université de McMaster, a permis de mettre en évidence quatre clés du succès :

- la création d'un **titre professionnel protégé** ;
- l'existence d'une **formation qualifiante de niveau master** ;
- la mise en œuvre d'une **régulation professionnelle spécifique** ;
- un **accompagnement** de l'introduction des IPA au sein du système de santé.

Quelle contribution la profession infirmière peut-elle apporter dans le contexte français ?

Si l'infirmière arrive toujours en bonne place dans les enquêtes de popularité menées auprès de la population, force est de constater que cette profession, en dépit du rôle thérapeutique autonome qui lui a été attribué en 1978, est souvent mal connue

Depuis 2009, en France, une infirmière diplômée d'État (IDE) valide une licence, grade universitaire de premier cycle. Elle exerce dans un domaine de compétences défini, de façon autonome (soins d'entretien de la vie, éducation, prévention) ou sur prescription médicale (thérapeutiques médicamenteuses, actes invasifs...).

À ce jour, les infirmières peuvent trouver réponse à leurs besoins en formation de différentes façons :

- grâce à des **formations courtes** (formation professionnelle continue, DPC) ;
- dans des **formations certifiantes** réservées aux IDE (stomathérapeute, consultation, éducation thérapeutique du patient, « infirmière clinicienne certifiée » [IC]) ;
- dans des **formations qualifiantes** : diplômes universitaires réservés aux IDE (soins infirmiers en réanimation, hygiéniste...) ou non exclusifs (douleur, cicatrisation, éducation thérapeutique du patient...) ;

- des **formations universitaires de deuxième cycle** (master) : là encore, soit réservées aux IDE (sciences cliniques infirmières) ou non (éducation, éducation thérapeutique du patient — ETP —, santé publique). Le troisième cycle (formation doctorale), bien qu'en développement, reste encore peu investi. Il sera préparé dans une discipline connexe (santé publique, sciences de l'éducation, sciences sociales...), les sciences infirmières n'étant pas encore reconnues en tant que telles en France.

L'IDE peut également choisir de se spécialiser. Pour cela, il existe trois **spécialités cliniques** : infirmière anesthésiste, infirmière de bloc opératoire ou infirmière puéricultrice. Elle peut aussi choisir d'intégrer un institut de formation des cadres de santé pour exercer ensuite des fonctions en management ou dans le secteur de la formation. Elle pourra enfin tenter le concours d'entrée à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) dans la filière des directeurs des soins. À ce jour, les perspectives de carrière dans la filière soins restent limitées aux spécialités.

Afin de fidéliser la profession, il semble important de permettre à une partie des IDE qui souhaitent une évolution professionnelle différente de la spécialisation ou de la fonction de cadre de santé de pouvoir développer leur expertise tout en restant au cœur de la pratique clinique.

Expérience peu concluante des coopérations entre professionnels de santé

L'article 51 de la loi Hôpital Patients Santé Territoire (Loi HPST du 21 juillet 2009) a introduit la notion de coopération entre professionnels de santé. Son but est de répondre à la demande en soins, de susciter des initiatives, de faire bouger les lignes et légiférer sur certaines pratiques déjà en vigueur. De plus, il peut dans certains cas pallier aux déserts médicaux.

Un protocole de coopération réunit un délégant (le plus souvent un médecin) et un délégué (en général un auxiliaire médical). Il porte sur un acte dérogatoire et répond à un besoin en santé identifié sur un territoire. Il permet au délégué de pratiquer un acte normalement réservé au délégant, sous sa responsabilité.

La Haute Autorité de santé (HAS) a mis en évidence de nombreuses limites dans ce dispositif dans le rapport d'évaluation publié en 2013. Il s'agit d'un contrat établi nominativement entre deux personnes, automatiquement caduc si l'une d'elles se désengage du protocole. Il ne confère pas de qualification à l'auxiliaire médical après arrêt du contrat, ni n'entraîne d'élargissement des compétences de l'IDE y souscrivant. « D'une manière générale, peu d'équipes adhèrent aux protocoles au-delà des promoteurs initiaux », souligne la HAS dans ce bilan à deux ans [7]. La lourdeur administrative et les diverses validations institutionnelles peuvent également être un frein à leur expansion.

Il semble nécessaire d'éviter d'adopter une approche réductrice de la pratique avancée en en faisant un synonyme d'un exercice au sein de protocoles de coopérations (qui pour la plupart sont des actes délégués) [8].

Deux initiatives universitaires visant à promouvoir l'introduction de la pratique avancée

Depuis 2009, les IDE peuvent poursuivre un cursus universitaire en filière infirmière en validant un « master clinique infirmier » leur permettant d'approfondir leur raisonnement clinique, surtout dans le champ du rôle autonome et de la recherche. Deux programmes de cette nature sont habilités à ce jour : l'un est mis en œuvre à l'université de Versailles–St-Quentin-en-Yvelines (master « sciences cliniques en soins infirmiers ») et le second à Aix-Marseille université (master « sciences cliniques infirmières »).

Cent vingt ECTS sont nécessaires à la validation de ce master. Le programme est mis en œuvre sur le principe de l'alternance, les cours théoriques (regroupement mensuel) étant complétés par des stages professionnels.

Plusieurs orientations sont offertes aux étudiants : la « cancérologie », la « gérontologie », la « coordination de parcours complexes de soins » pour AMU, la prise en charge des « maladies chroniques », de la « douleur et soins palliatifs » ou de la « santé mentale » pour l'université de Versailles–St-Quentin-en-Yvelines.

Les compétences visées par ces programmes reprennent les connaissances qui portent sur la **nature du savoir infirmier** (les cadres théoriques et concepts en soins et la construction des savoirs scientifiques), les approches **éthiques, déontologiques et législatives**, la conduite de **projets** (ETP, consultation, coordination de parcours de soins complexes), la **démarche qualité** (chemins cliniques, mesure des écarts, protocoles de soins, patient traceur) et la **prise de décisions complexes** grâce à un raisonnement clinique expert.

Le diplôme de Master délivré en sortie de cursus ne garantit toutefois pas un poste à ces professionnels dans la mesure où il n'existe pas à ce jour en France de correspondance « métier » en termes de fonction, de statut ou de rémunération.

Il faut en outre souligner qu'un modèle d'introduction de la pratique avancée a été développé dès 2012 sous l'égide de la Fédération hospitalière de France [9].

Vers l'instauration de la pratique avancée dans le Code de santé publique ?

Le projet de loi de santé actuellement examiné par les parlementaires comporte un article (article 30) qui prévoit la création d'un « exercice paramédical en pratique avancée ».

La mise en œuvre de ces mesures concernerait dans un premier temps la profession infirmière.

Il faut tout de même souligner que tout n'est pas à créer dans ce domaine. En France, dès les années 1980, les premières formations d'approfondissement de la clinique infirmière ont été introduites, préparant des « infirmières cliniciennes » et des « ISC » certifiées (IC) au terme d'une ou deux années de cursus mis en œuvre en discontinu [10]. Plusieurs organismes de formation ont donc permis à de nombreuses IDE de prendre pied dans la filière clinique. Cependant, le terme d'« infirmière clinicienne certifiée » n'a pas été introduit dans les textes.

On retrouve les IC et les ISC en grand nombre auprès des patients atteints de cancer ou en soins palliatifs, dans des rôles de personnes ressources douleur, de relation d'aide, en consultation. Elles sont positionnées comme référentes d'équipes et exercent un leadership auprès de leurs collègues.

IPA en France : quel champ de compétences et quelles missions ?

La pratique avancée permet de développer l'expertise infirmière, notamment le raisonnement clinique, l'éducation thérapeutique, la démarche qualité, la connaissance des systèmes de santé et surtout l'*evidence based nursing*, la pratique fondée sur des données probantes.

L'objectif est d'initier un suivi, un accompagnement et une démarche éducative adaptée à la situation des patients vulnérables (diabète, cancer, perte d'autonomie, situation de handicap...).

Les médecins pourront réinvestir du temps médical à la gestion des cas les plus complexes, les IPA réalisant le suivi de patients chroniques, le dépistage, la prévention... Les médecins seront alertés en cas de dégradation ou de complications dans la poursuite du traitement.

Le leadership de l'IPA, complémentaire du leadership managérial des cadres, est observable à plusieurs niveaux :

- au cœur de l'**activité clinique**, il repose sur l'expertise métier développée et lui permet de gérer au mieux des situations complexes en adoptant une pratique exemplaire ;
- au **sein de l'équipe** et en accord avec le cadre de santé, l'IPA s'inscrit en agent de changement, évaluant les besoins en formation, proposant des activités de formation in situ et permettant ainsi aux membres des équipes de développer leurs compétences. L'IPA peut également jouer un rôle moteur dans la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques ou de protocoles de soins et promouvoir l'analyse des pratiques professionnelles ;

- au niveau **systémique** (l'organisation, le territoire...), en portant à un niveau institutionnel ou territorial des projets, des propositions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

L'expertise clinique de l'IPA lui permet de contribuer activement à la formation des soignants (initiale et DPC). Il est assez pertinent d'envisager que des infirmières déjà titulaires d'un Master enseignent la science infirmière dans le cadre de partenariats universitaires. La recherche en soins est également un des champs sur lequel l'IPA pourra apporter une contribution concrète, en favorisant notamment l'utilisation des résultats de recherche dans la pratique.

Schober souligne que « le manque de différenciation des IPA au regard des autres catégories d'infirmiers peut générer de l'incertitude et conduire au développement d'attitudes négatives à l'égard des IPA » [11]. Néanmoins, l'IPA ne concurrence ni ne vient en doublon d'aucun des membres de l'équipe soignante. Le médecin reste le prescripteur qui établit un diagnostic et décide (seul ou en concertation) de la stratégie thérapeutique la plus appropriée, le cadre de santé est le garant de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins dans le service. Il gère les conflits, fait le lien entre les médecins, les patients et la direction des soins, coordonne les projets de service et gère l'administratif. L'IPA sera expert dans un domaine et pourra bénéficier d'une exclusivité pour réaliser certaines activités.

Et concrètement ?

Concrètement, cela évoque par exemple la situation complexe de ce patient qui n'arrive pas à gérer son parcours fait d'hospitalisations et d'examen complémentaires, de visites à différents médecins spécialistes avec absence de concertation thérapeutique. Qu'il soit atteint de diabète, d'une maladie cardiovasculaire ou d'un cancer, qu'il soit en situation de précarité ou isolé, il peut se trouver en difficulté face à la mise en œuvre de son projet de soins qui parfois lui paraît éloigné de son projet de vie. Il en résulte des risques de non-observance, d'iatrogénie, de rupture de parcours par méconnaissance ou par lassitude. Les conséquences de ce phénomène sont multiples : aggravation de son état, impact sur sa qualité de vie, mais aussi sur le système de santé lorsque les hospitalisations sont répétées. Une IPA référente de parcours patient sera une personne ressource permettant une sécurisation du parcours. Elle créera un lien avec les acteurs du soin et facilitera la mise en place de documents de transmission.

C'est cette attente de six à huit mois pour obtenir une consultation chez un médecin spécialiste, entraînant parfois des consultations aux urgences non justifiées, au détriment des cas les plus graves (cas fréquents en pédiatrie, de recours

aux urgences par anxiété des parents). Une IPA de premier recours, exerçant au sein d'une équipe coordonnée par un médecin spécialiste, sera apte à pratiquer un examen clinique et définir un ordre de priorité ou d'urgence de consultation, voire prescrire certains examens paracliniques qui permettront au praticien spécialiste d'orienter son diagnostic lors de sa consultation. Le champ de l'algologie est un des domaines phares dans lequel une IPA peut proposer une antalgie de première intention, grâce à une évaluation fine de la douleur.

C'est ce patient diabétique qui ne connaît pas les règles élémentaires de nutrition et ne sait pas identifier les signes d'hyper- ou d'hypoglycémie. Qui ignore les principes de base de l'insulinothérapie ou ne connaît pas toutes les précautions à prendre afin de maintenir son état de santé et qui va développer des complications rénales (entraînant une mise sous dialyse), ischémiques (nécessitant bien souvent une amputation), cardiovasculaires... Ou encore, il s'agit du patient à qui on induit une insulinothérapie sans s'assurer au préalable qu'il sait lire, problème fréquent de nos jours. Le rôle éducatif et préventif de l'IPA peut s'exprimer dans le cadre de consultations intermédiaires planifiées en alternance avec celles du médecin spécialiste, permettant de reformuler les objectifs du patient et de mesurer ses acquis. L'objectif de ces actions de soutien et d'accompagnement serait de favoriser l'observance thérapeutique, et diminuer les risques d'aggravation et de réhospitalisation.

C'est cette personne en précarité, âgée, isolée et qui va décompenser du fait de sa dénutrition, alors qu'elle est rentrée à son domicile seule sans préparation ni assurance d'y être en sécurité. On voit ici la nécessité d'une concertation en amont de la sortie, et d'une mise en lien avec les acteurs du secteur social.

C'est cette unité de soins qui fonctionne selon des protocoles établis depuis longtemps, mais peu suivis ni réajustés, par manque de temps, de connaissance, de formation, de motivation... Un audit du service, de ses besoins permettra d'adapter les protocoles à la réalité de ses utilisations et des attentes de l'équipe soignante.

C'est cette équipe qui voudrait développer de nouvelles techniques ou pratiques ou chemins cliniques, mais qui ne sait à qui s'adresser pour évaluer les besoins, faire une revue de la littérature, poser un cadre de travail et l'aider dans la réalisation des documents.

Les exemples sont nombreux, et une IPA apportera sa contribution dans différents domaines et champs d'activités, en clinique pure, en santé publique, en gestion de projet ou en démarche qualité.

IPA dans un service de réanimation

La complexité est un maître mot en réanimation. L'état du patient admis en réanimation est par nature complexe et

nécessite la mobilisation coordonnée d'une multitude d'acteurs afin de mettre en œuvre les interventions adéquates dans un environnement hautement technique.

Aussi est-il nécessaire de rechercher en permanence la mise en adéquation entre les besoins des patients de réanimation et ceux de leurs proches avec les compétences présentes au sein de l'équipe pluriprofessionnelle. Il convient également de mettre en place une organisation des soins appropriée à ce type de secteur de soins.

Pratique avancée en réanimation : en 20 ans de recul

C'est dans le but de résoudre cette équation que, depuis plus de 20 ans, le concept de pratique avancée en soins infirmiers a été introduit au sein des équipes de réanimation. Les États-Unis ont été précurseurs dans ce domaine, sous l'impulsion de l'American Association of Critical Care Nurses (AACN). Dans les années 1990, un profil de fonction spécifique a été développé, assorti d'un cursus de formation de niveau master complété par un processus de certification individuel des infirmiers.

Historiquement, la fonction d'ISC a d'abord été introduite (*critical care clinical nurse specialist*). Ses missions étaient orientées à la fois sur les patients et leurs proches, mais aussi sur l'équipe soignante. Elles articulaient les cinq domaines d'activités classiquement dévolus aux IPA : pratique clinique experte, consultation (notamment dans les services d'hospitalisation conventionnels), formation, leadership clinique et interface recherche/pratique.

Au regard de l'évolution des besoins et des contraintes hospitalières, la fonction d'infirmière praticienne (*acute care nurse practitioner*) a été introduite dans l'environnement de la réanimation en 1996 [12]. Des activités déléguées sont attribuées à cette fonction dans le champ du diagnostic de pathologie, de prescription et d'orientation des patients. De plus, des domaines spécialisés ont été introduits afin de mieux préparer les IPA à répondre aux besoins spécifiques des populations de patients accueillis en réanimation. On distingue désormais les IPA en réanimation pédiatrique/néonatale de celles qui exercent auprès d'adultes et de personnes âgées. Chacun de ces profils partage des caractéristiques communes, mais a aussi des spécificités. Chacune de ces spécialités correspond à une certification spécifique.

Caractéristiques de l'activité des IPA en réanimation

Depuis l'instauration de la fonction d'*acute care nurse practitioner*, une étude de cohorte a été entreprise par Kleinpell [13], afin d'examiner la nature de la contribution apportée

par ces infirmières dans les environnements de soins où elles exercent, les caractéristiques de leurs interventions et les résultats qui leur sont imputables.

Si on examine les activités les plus communément réalisées par les IPA incluses dans cette étude, l'accompagnement des familles, la prescription, l'interprétation d'examen paracliniques et l'organisation de la sortie des patients de réanimation arrivent en tête. Toutefois, la formation, la participation à des travaux de recherche, l'intégration de résultats de recherche dans la pratique et la participation à des instances/groupes de travail institutionnels font aussi partie du quotidien des IPA.

Si la réanimation et les soins intensifs restent les environnements de pratique les plus communément cités par les répondants à cette étude, il apparaît toutefois qu'un nombre croissant d'unités de soins intègrent désormais ce profil d'IPA.

Si on s'intéresse enfin aux résultats imputables à cette catégorie d'infirmières, on constate que les résultats cliniques obtenus et l'accroissement de la performance de l'équipe qui en résulte génèrent un haut degré de satisfaction. Leur employabilité est également élevée. La reconnaissance de la plus-value qu'elles apportent se traduit dans le salaire qui leur est attribué.

On constate donc que plus de 20 ans après son introduction au sein des unités de réanimation américaines, l'IPA est devenue une fonction incontournable au sein de l'équipe pluriprofessionnelle.

Le profil d'IPA présente-t-il un intérêt pour les unités de réanimation en France ?

Cette question semble aller au-devant des préoccupations des infirmiers si on en croit l'étude en cours, menée en 2013 par la commission infirmière de la Société de réanimation de langue française (SRLF) [Pratiques avancées et formation spécifique des IDE de réanimation].

Une expertise infirmière requise

Si l'environnement de la réanimation en France est très réglementé et soumis à agrément [14], on constate que contrairement à d'autres pays d'Europe comme l'Allemagne, la Belgique ou la Suisse, il n'existe pas en France de spécialisation ou de diplôme spécifique à l'exercice en réanimation pour une infirmière. Afin de mieux cerner les spécificités de ce type de fonction, la SRLF, le Collège de réanimation et d'urgence des hôpitaux extra-universitaires de France (CREUF), le Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques (GFRUP) et la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) ont identifié la néces-

sité de concevoir des documents pédagogiques ou de formation [15]. Le référentiel développé est centré sur la spécificité de la réanimation. Les situations rencontrées y sont déclinées en « savoir », « aptitude » et « compétence ». Une infirmière travaillant en service de réanimation acquiert des compétences cliniques afférentes aux pathologies rencontrées (détresse respiratoire, urgence vitale, polytraumatisme, prélèvements d'organes...). Elle s'emploie à allier haute technicité et capacité relationnelle auprès des patients et de leur famille dans une approche d'équipe. Ce profil semble correspondre à celui d'une infirmière experte capable de répondre adéquatement à des besoins très spécifiques dans son domaine d'activités.

Elle ne bénéficie cependant pas d'un élargissement de son domaine de compétences ni d'une exclusivité de fonction. Son exercice allie rôle autonome et rôle prescrit fondé sur la mise en œuvre de protocoles et de prescriptions médicales. Elle peut également enrichir son raisonnement clinique par des données probantes et ainsi modifier ou impulser une technique ou une pratique de soins innovante. Elle sera toutefois rarement rémunérée spécifiquement pour cette plus-value apportée. Enfin, selon les cas, elle pourra participer à des travaux de recherche, voire être à leur initiative.

Certains établissements ont fait le choix d'affecter quelques IADE au sein des unités de réanimation, mais ce mode d'organisation semble peu répandu. Les IADE peuvent se voir assigner des missions en lien avec leur domaine d'intervention spécialisé (techniques de ventilation, techniques de surveillance invasives...) ou être recrutés en qualité de cadre de santé.

Une adaptation à l'emploi des infirmiers plus lourde à mettre en œuvre

Bien que les autorités de tutelle restent sourdes quant au projet d'instaurer une spécialité en réanimation, on constate une complexité accrue des situations de soins auxquelles les infirmiers de ces unités sont confrontés dans un contexte d'hyperspécialisation croissante. En outre, des contraintes nouvelles sont appliquées sur ces secteurs en termes de gestion des risques, de recherche accrue d'efficacité et de quête de performance.

L'adaptation à l'emploi des infirmiers nouvellement affectés dans ce type d'unité est plus lourde à organiser depuis la mise en œuvre du référentiel de formation infirmier issu de la réforme de 2009 (Société française des infirmiers de soins intensifs.). Ce dernier accorde désormais moins de place aux soins de réanimation dans les enseignements et ne rend plus obligatoire la validation d'un stage clinique dans ce type d'unité, alors que les services de réanimation restent attractifs pour les jeunes diplômés.

Il faut également souligner que la gouvernance actuelle des établissements de santé modifie les activités des cadres de santé en les recentrant sur le management. Ils se trouvent de facto de plus en plus éloignés des soins, alors que le besoin de disposer d'une expertise clinique au cœur des situations de soins se fait sentir au sein de l'équipe soignante.

Intégration d'IPA en réanimation : une stratégie permettant de dépasser ces difficultés ?

Si le transfert d'activités n'est pas toujours nécessaire, le besoin d'expertise clinique infirmière et de leadership clinique au sein de l'équipe soignante est en revanche constant. L'IPA peut idéalement répondre à ce besoin. La plasticité du concept de pratique avancée permet, selon les besoins, de privilégier un profil d'infirmière praticienne ou d'ISC.

Une IPA affectée à un service de réanimation contribuera au parcours du patient et à l'accompagnement des familles. Elle pourra mettre en œuvre des soins relationnels auprès des familles ou encore engager une éducation en santé en vue de préparer un retour prochain au domicile. Elle sera à même d'évaluer les besoins, les aptitudes et les freins à une bonne compréhension des règles hygiénodietétiques et des précautions à prendre dans la vie quotidienne, afin de permettre au patient la meilleure adaptation à son nouvel état de santé (cas de patients blessés médullaires, en état semi-végétatif, ayant subi des amputations invalidantes, induction d'insuline lors d'un séjour en réanimation, etc.).

Elle sera identifiée par l'équipe comme une personne ressource.

Son activité transversale permettra de soulager les équipes soignantes et les cadres dans la conception, la mise en œuvre et l'actualisation des protocoles mis en place. Elle sera agent de changement, en lien avec les attentes des soignants ou des patients. Elle pourra impulser de nouvelles habitudes de travail par l'utilisation de grilles et d'échelles de mesure validées, en formant les équipes à leur utilisation et à leur interprétation, via des groupes d'analyse de pratiques.

Lors de l'organisation de revues morbidité/mortalité ou lors d'évaluations de pratiques professionnelles, elle pourra, en amont de la réunion, rechercher des cas similaires dans la littérature, s'appuyer sur des données et résultats déjà validés, proposer des axes en lien avec les familles, en collaboration avec les cadres de santé et les médecins du service.

Grâce à un leadership systémique, elle peut stimuler les membres de l'équipe afin qu'ils contribuent à des projets innovants, qu'ils communiquent lors de congrès ou publient dans des revues spécialisées, afin de valoriser certaines initiatives qui restent souvent trop locales. Elle pourra aussi être à l'initiative de la rédaction, de la mise en œuvre et de la

valorisation de protocoles de recherche pouvant être financés dans le cadre du programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) par exemple.

On voit qu'il est possible d'articuler au sein d'une équipe de réanimation des infirmières et des IPA en réanimation, l'objectif n'étant bien entendu pas que tous les infirmiers affectés au sein d'une unité de réanimation soient IPA.

Restera à envisager la place des IADE dans cette reconfiguration. La polyvalence de la fonction a été conservée dans les référentiels récemment validés [16]. Si exercer en réanimation constitue l'objectif de certains IADE [17], on constate toutefois que le phénomène semble rester marginal. Des passerelles pourraient être envisagées entre les deux fonctions.

Conclusion

La profession d'infirmière tout au long de son histoire a connu de nombreuses évolutions du domaine de compétences qui lui était dévolu. Nous sommes, dans le cadre de la pratique avancée, dans une nouvelle phase de cette évolution. Celle-ci devrait permettre de promouvoir l'expertise infirmière au cœur de métier infirmier. C'est bien là qu'il faut rechercher les fondations de la pratique avancée, et non pas dans les activités déléguées qui seront attribuées à cette fonction. Le chemin sera encore long, mais des prémices de cette évolution nécessaire sont observables. Il est urgent de modifier la structuration de l'offre de soins et de repenser les contours des professions de santé. Ces nouvelles perspectives de carrière permettront très probablement d'attirer et de fidéliser les infirmières.

La pratique avancée sera un des axes importants dans l'optimisation du maintien en santé de la population française, en synergie avec les autres acteurs du parcours de soins, permettant de répondre de façon adaptée à une demande non couverte actuellement. Le manque de moyens humains et les contraintes financières offrent peu d'espace aux soins « invisibles », non tarifés, mais pourtant indispensables.

Afin de permettre d'ancrer ce concept dans le concret, nous avons recueilli deux récits d'expériences pouvant s'apparenter à de la pratique avancée en réanimation (cf. supplément en ligne).

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Borgès Da Silva G (2015) Maladies chroniques : vers un changement du paradigme des soins. *Santé Publique* 7(suppl 1):S9-S11

2. Munding MO, Kane RL, Lenz ER, et al (2000) Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *JAMA* 5;283:59
3. Morin D, Eicher M (2012) La pratique infirmière avancée. *Rev Med Suisse* 352:1680–1
4. Carter N, Martin-Misener R, Kilpatrick K, et al (2010) The role of nursing leadership in integrating clinical nurse specialists and nurse practitioners in healthcare delivery in Canada. *Nurs Leadersh* 23:167–85
5. Delamaire ML, Lafortune G (2010) Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés [Internet]. [cited 2015 Jun 2]. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/les-pratiques-infirmieres-avancees_5km4hv77vw47-fr
6. Hamric AB (ed) (2014) *Advanced practice nursing: an integrative approach*. 5th edition. St Louis, Missouri: Elsevier/Saunders 726 p.
7. HAS. Rapport d'activité 2013 : les protocoles de coopération art. 51 de la loi HPST [Internet]. 2013. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/rapport_dactivite_2013_-_article_51.pdf
8. Ambrosino F (2015) Infirmière de pratique avancée : une coopération peu protocolaire... [Internet]. [cited 2015 Jun 2]. Available from: <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/cooperation-pratique-avancee-stop-amalgames.html>
9. Fédération hospitalière de France (2012) Propositions pour la mise en œuvre des recommandations du « rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire »
10. Debout C (2014) La filière clinique en soins infirmiers, éléments de clarification dans le contexte français. *Soins* 59:26–31
11. Schober M (2015) Identification des facteurs essentiels favorisant l'intégration des rôles infirmiers en pratique avancée : une étude ethnographique. *Rev Francoph Int Rech Infirm* 1:71–7
12. Kleinpell-Nowell R (1999) Longitudinal survey of acute care nurse practitioner practice: Year 1. *AACN Advanced Crit Care* 10:515–20
13. Kleinpell RM (2005) Acute care nurse practitioner practice: results of a 5-year longitudinal study. *Am J Crit Care* 14:211–9
14. Décret no 2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation [Internet]. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222059>
15. 2011) Référentiel de compétences de l'infirmière de réanimation. *Réanimation* 20:737–46
16. Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste. AFSH1229694A
17. Aäri RL, Tarja S, Helena LK (2008) Competence in intensive and critical care nursing: a literature review. *Intensive Crit Care Nurs* 24:78–89
18. Briggs LA, Brown H, Kesten K, Heath J (2006) Certification: a benchmark for critical care nursing. *Crit Care Nurse* 26:47–53
19. Decormeille G (2015) Gestion paramédicalisée de la sédation en unité de réanimation. *Oxymag* 17–20
20. Baron C, Decormeille G (2013) Le silence en réanimation : un répit pour les patients et l'expression d'une compétence soignante [Internet]. 41^e congrès international de la SRLF, Paris. Available from: <http://www.srlf.org/Data/upload/Images/Design/Formations/Congr%C3%A8s/2013/20121129-ProgCongres-Infirmier.pdf>