

Pratiques avancées et formation spécifique des IDE de réanimation : résultats de l'enquête de la SRLF 2013

Advanced Practices and Specific Training for Intensive Care Nursing: 2013 SRLF Survey Results

I. Bourgeon · A. Campagne · C. Clec'h · K. Couchoux · V. Franja · S. Jeune · S. Lusso · C. Mossadegh · É. Rosset · L. Robriquet · J. Schmitt · S. Valera · J. Tirone · I. Vinatier · A. Soury-Lavergne · Commission du congrès infirmier de la SRLF

Reçu le 27 mai 2015 ; accepté le 15 juin 2015
© SRLF et Lavoisier SAS 2015

Résumé La profession infirmière est en pleine évolution en France, mais la notion de pratiques avancées reste encore méconnue. D'ailleurs, il n'existe pas de données sur le sujet dans les réanimations françaises. Cette enquête rapporte les pratiques, les connaissances et les opinions de 391 professionnels médicaux et paramédicaux qui exercent en réanimation. Les résultats montrent un souhait d'évolution et de reconnaissance des compétences paramédicales, aussi bien de la part des infirmiers que des réanimateurs.

Mots clés Infirmiers · Réanimation · Délégation · Pratiques avancées · Formation

Abstract In France, nurse profession has been in constant evolution for the past few years, but the concept of nurse practitioner is still unknown. No data have yet been published about nurse practitioners in French ICUs. The aim of this research is to report the practice, skills, and opinions of 391 ICU staff members: doctors, nurses and head nurses. The results show a profound requirement from all staff members (intensivists, nurses and head nurses) to have a possible career evolution in the ICU, and the recognition of specific nursing skills.

Keywords Nurses · ICU · Advanced practices · Specific training

I. Bourgeon · A. Campagne · C. Clec'h · K. Couchoux · V. Franja · S. Jeune · S. Lusso · C. Mossadegh · É. Rosset · L. Robriquet · J. Schmitt · S. Valera · J. Tirone · I. Vinatier · A. Soury-Lavergne (✉) · Commission du congrès infirmier de la SRLF
Service de réanimation polyvalente, hôpital Roger-Salengro, CHRU, F-59037 Lille, France
e-mail : a-soury-lavergne@chru-lille.fr

Introduction

Les pratiques avancées semblent être une évolution incontournable de la profession infirmière. Aux États-Unis et au Canada, les infirmières en pratiques avancées sont reconnues depuis 1960. Leur exercice est réglementé, et une formation de niveau master conditionne cette activité. Le conseil international des infirmières en donne cette définition : « Une infirmière praticienne en pratique infirmière avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise est recommandée. » L'infirmière praticienne est spécialisée dans une discipline médicale et a un rôle de substitution, avec une délégation de certaines tâches médicales en collaboration avec les médecins. En France, ce concept apparaît dans les années 1980.

En 2003, en réponse à la modification des besoins en santé sur le territoire, le rapport du Pr Berland préconise la coopération entre professionnels de santé et le transfert de compétences [1]. Des projets d'expérimentation sont menés à leur terme (explorations fonctionnelles digestives, réalisation de ponctions médullaires, réalisation de bilans urodynamiques, prise en charge de maladies chroniques).

Les enjeux de ces transferts de compétences devraient permettre de faire face à la diminution annoncée de la démographie médicale, d'optimiser le système de soins en facilitant l'accès aux soins dans certains territoires, de régulariser des pratiques existantes mais non reconnues, d'apporter une reconnaissance de compétences à certains paramédicaux et de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé [2].

La loi HPST du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dans l'article 51 permet aux professionnels de santé de s'engager dans cette démarche [3]. Un guide méthodologique est élaboré par la Haute Autorité de santé pour faciliter, formaliser et évaluer ce processus afin de garantir la qualité et la sécurité des soins, les autorisations de protocoles de coopération étant données par les agences régionales d'hospitalisation.

Parallèlement à ces évolutions « réglementaires », la formation initiale des IDE évolue et s'inscrit dans un cursus universitaire avec la reconnaissance du niveau licence professionnelle du diplôme d'état d'infirmier. Cela permet, en 2009, la création du premier master en sciences cliniques infirmières. À ce jour, les « spécialisations proposées » sont la cancérologie, la gérontologie, les parcours de soins complexes, la santé mentale et les soins palliatifs.

Ce sujet d'actualité est encore peu connu en réanimation même si la réflexion a débuté notamment lors de l'élaboration du référentiel de compétence de l'infirmier de réanimation par la SRLF [4]. Ce document se voulait une réflexion et une description réelle des missions et des compétences de l'IDE de réanimation, en ne se limitant pas à une liste d'actes pouvant être réalisés, comme c'est actuellement le cas dans les textes régissant la profession [5,6].

La commission du congrès infirmier (CCI) de la SRLF a donc souhaité réaliser un état des lieux des connaissances et des attentes des infirmiers de réanimation et des réanimateurs concernant les pratiques avancées infirmières et la formation spécifique.

Matériel et méthodes

La CCI de la SRLF a élaboré un questionnaire en 2013. Il se divisait en trois parties. La première partie concernait les caractéristiques des personnels et de leur service, la deuxième partie évaluait les pratiques individuelles et dans les services et la troisième partie recueillait l'opinion des soignants sur les pratiques avancées.

Les questions étaient formulées différemment pour les médecins et cadres et pour les infirmiers, mais évaluaient les mêmes critères. Elles étaient anonymes, de type fermé.

La compréhension du questionnaire a été testée auprès d'une vingtaine de personnels médicaux et paramédicaux travaillant dans les services des membres de la commission. La version définitive a été validée par le conseil d'administration de la SRLF en juillet 2013, puis a été mise en forme électronique. L'annonce de l'enquête a été faite en août 2013 via le site Web de la SRLF et par envoi d'e-mails auprès des réanimateurs, des cadres et des IDE inscrits sur les push lists. L'enquête s'est déroulée du 1^{er} août au 15 septembre 2013.

L'analyse statistique descriptive a été réalisée par les membres de la CCI. Les résultats sont présentés par nombre et pourcentage de répondants.

Résultats

Un total de 391 professionnels ont répondu : 237 (61 %) étaient des infirmiers, 35 (9 %) des cadres de santé et 119 (30 %) des médecins. Parmi les répondants, 60 % (235) avaient plus de cinq ans d'ancienneté.

Deux cent vingt-deux répondants (61 %) exerçaient dans un hôpital universitaire, 256 (66 %) dans une réanimation polyvalente et 335 (92 %) en secteur adulte.

Parmi une liste, de soins ou procédures proposés, présentée dans le Tableau 1, les infirmiers interrogés déclaraient ne jamais réaliser sur prescription médicale de changement de cathéter sur guide (91 %), d'intubation (90 %), de pose de voie veineuse centrale (85 %), de pose de cathéter artériel radial (79 %), de pose de voie veineuse jugulaire externe (71 %).

Les médecins et les cadres, dont les résultats sont présentés dans le Tableau 2, affirmaient dans les mêmes proportions que les actes précédemment décrits n'étaient jamais réalisés sur prescription dans leurs services (changement de cathéter sur guide à 97 %, intubation à 95 %, pose de voie veineuse profonde à 92 %, pose de cathéter artériel radial à 84 % et pose de voie veineuse jugulaire externe à 80 %).

À l'inverse, certains actes comme la contention physique étaient fréquemment déclarés comme réalisés à l'initiative des infirmiers. Celle-ci était mise en place dans le cadre des habitudes de service (non formalisé) pour 65 % des infirmiers répondants et pour 30 % dans le cadre d'un protocole de service. L'adaptation des amines n'était jamais réalisée par 11 % des infirmiers, mais 40 % le faisaient dans le cadre des habitudes de service et 40 % disposaient d'un protocole de service. L'adaptation de la sédation analgésie n'était jamais réalisée par 19 % des infirmiers mais avait lieu pour 24 % dans le cadre des habitudes de service, et plus fréquemment avec un protocole de service. Quant à la modification des paramètres de la ventilation, elle n'était jamais réalisée pour 23 % des infirmiers mais effectuée dans le cadre des habitudes de service pour 52 contre 12 % avec un protocole de service.

Les actes déclarés par les infirmiers comme étant ceux plus souvent réalisés dans le cadre des habitudes de service étaient l'instauration de la contention physique (65 %), la modification des paramètres de ventilation (52 %), la décision de première mise au fauteuil (49 %), l'adaptation des amines (40 %) et la décision de prélèvement biologique à visée diagnostique (37 %). Les actes déclarés par les médecins et cadres comme les plus fréquents dans le cadre des

Tableau 1 Soins et procédures effectués par les IDE					
<i>n</i> = 237 * sur prescription médicale	Jamais	Dans le cadre des habitudes de service (non formalisé)	Dans le cadre d'une formation spécifique	Dans le cadre d'un protocole de service	Dans le cadre des pratiques avancées
Instauration contention physique	4 2 %	153 65 %	5 2 %	72 30 %	17 7 %
Décision de première mise au fauteuil	64 27 %	115 49 %	4 2%	37 16 %	29 12 %
Décision de reprise alimentation orale	82 35 %	86 36 %	2 1%	46 19 %	29 12 %
Pose d'une voie veineuse jugulaire externe*	168 71 %	47 20 %	4 2%	5 2 %	18 8 %
Intubation*	213 90 %	6 3 %	2 1 %	13 5 %	6 3 %
Test de sevrage de la ventilation	62 26 %	81 30 %	11 5 %	79 33 %	23 10 %
Pose de cathéter artériel radial*	187 79 %	21 9 %	6 3 %	19 8 %	11 5 %
Pose de voie veineuse profonde*	202 85 %	15 6 %	5 2 %	14 6 %	5 2 %
Changement de KT dialyse sur guide*	215 91 %	8 3 %	3 1 %	7 3 %	5 2 %
Ablation drain thoracique*	120 51 %	59 25 %	6 3 %	38 16 %	18 8 %
Modification des paramètres de ventilation	55 23 %	124 52 %	18 8 %	28 12 %	30 13 %
Adaptation amines	25 11 %	96 40 %	9 4 %	96 40 %	33 14 %
Décision de remplissage vasculaire	151 64 %	48 20 %	3 1 %	18 8 %	22 9 %
Adaptation sédation analgésie	44 19 %	58 24 %	11 5 %	124 52 %	24 10 %
Décision de prélèvement microbiologique à visée diagnostique	81 34 %	75 32 %	5 2 %	65 27 %	25 11 %
Décision de prélèvement biologique à visée diagnostique	82 35 %	88 37 %	7 3 %	43 18 %	29 12 %
Communication d'informations à caractère diagnostique et pronostique	116 49 %	84 35 %	3 1 %	17 7 %	22 9 %

Tableau 2 Soins et procédures déclarés comme effectués dans leurs services par les cadres et médecins					
<i>n</i> = 154 * sur prescription médicale	Jamais	Dans le cadre des habitudes de service (non formalisé)	Dans le cadre d'une formation spécifique	Dans le cadre d'un protocole de service	Dans le cadre des pratiques avancées
Instauration contention physique	5 3 %	100 65 %	7 5 %	49 32 %	5 3 %
Décision de première mise au fauteuil	64 42 %	60 39 %	4 3 %	26 17 %	10 6 %
Décision de reprise alimentation orale	73 47 %	46 30 %	4 3 %	30 19 %	7 5 %
Pose d'une voie veineuse jugulaire externe*	123 80 %	21 6 %	7 5 %	3 2 %	1 1 %
Intubation*	146 95 %	2 1 %	2 1 %	4 3 %	1 1 %
Test de sevrage de la ventilation	57 37 %	26 17 %	11 7 %	58 38 %	10 6 %
Pose de cathéter artériel radial*	129 84 %	9 6 %	7 5 %	6 4 %	5 3 %
Pose de voie veineuse profonde*	142 92 %	6 4 %	2 1 %	2 1 %	3 2 %
Changement de KT dialyse sur guide*	149 97 %	1 1 %	2 1 %	1 1 %	2 1 %
Ablation drain thoracique*	81 53 %	40 26 %	8 5 %	25 16 %	4 3 %
Modification des paramètres de ventilation	66 43 %	48 31 %	13 8 %	27 18 %	14 9 %
Adaptation amines	13 8 %	35 23 %	20 13 %	84 55 %	15 10 %
Décision de remplissage vasculaire	120 78 %	14 9 %	5 3 %	14 9 %	4 3 %
Adaptation sédation analgésie	30 19 %	21 14 %	14 9 %	94 61 %	8 5 %
Décision de prélèvement microbiologique à visée diagnostique	64 42 %	54 35 %	6 4 %	33 21 %	5 3 %
Décision de prélèvement biologique à visée diagnostique	90 58 %	43 28 %	5 3 %	17 11 %	6 4 %
Communication d'informations à caractère diagnostique et pronostique	67 44 %	71 45 %	6 4 %	7 5 %	6 4 %

habitudes de service étaient l'instauration de la contention physique (65 %), la communication d'informations à caractère diagnostique (46 %), la décision de première mise au fauteuil (39 %), la décision de prélèvement microbiologique et la modification des paramètres de ventilation (31 %).

Les procédures faisant le plus souvent l'objet d'un protocole de service étaient dans le même ordre pour les infirmiers et les médecins et cadres, à savoir l'adaptation de la sédation analgésie (52 et 61 %), l'adaptation des amines (40 et 55 %), le test de sevrage de la ventilation (33 et 38 %), l'instauration de la contention physique (30 et 32 %) et la décision de prélèvement microbiologique à visée diagnostique (27 et 21 %).

Les réponses données par les infirmiers étaient cohérentes avec celles données par les médecins et cadres, même si ces derniers avaient tendance à déclarer une proportion plus importante d'actes réalisés dans le cadre des protocoles de service que dans le cadre des habitudes de service par comparaison aux infirmiers.

Il faut noter que les soins et procédures réalisés dans le cadre d'une formation spécifique étaient anecdotiques.

Les infirmiers interrogés se déclaraient favorables à 89 % à la délégation de certains actes (selon un cadre légal et après formation spécifique) par les médecins. Les infirmiers d'avis défavorables (11 %) l'étaient en raison d'une augmentation de la charge de travail pour 89 % d'entre elles, d'une responsabilité trop importante (54 %), car non inclus dans le cadre des fonctions IDE (54 %) et du risque pour les patients (31 %).

Les médecins et les cadres se déclaraient favorables à 94 % à cette délégation, et les avis défavorables l'étaient généralement pour des problèmes de responsabilité juridique.

Les actes pour lesquels les infirmiers étaient le plus généralement d'accord pour une délégation (Tableau 3) étaient : l'adaptation de la sédation analgésie (95 %), la modification des paramètres de ventilation (93 %), le test de sevrage à la ventilation (92 %), l'adaptation des amines (92 %), l'instauration de la contention physique (91 %) et la pose d'une voie veineuse jugulaire externe (82 %). Les souhaits des cadres et médecins étaient un peu différents avec l'adaptation de la sédation analgésie (96 %), l'adaptation des amines (92 %), l'instauration de la contention physique (90 %), le test de sevrage à la ventilation (89 %), l'ablation de drain thoracique (87 %) et la décision de première mise au fauteuil (81 %).

Les actes pour lesquels les infirmiers étaient le moins favorables à une délégation étaient : la pose de voies veineuses profondes sur prescription médicale (37 % d'accord), le changement de cathéter de dialyse sur prescription médicale (44 %), l'intubation sur prescription médicale (45 %), la communication d'informations à caractère diagnostique (51 %) et la décision de remplissage vasculaire (62 %). Les

Tableau 3 Actes recueillant une opinion favorable à la délégation

* sur prescription médicale	IDE n = 211	Cadres Et Médecins n = 144
Instauration contention physique	192 91 %	129 90 %
Décision de première mise au fauteuil	164 78 %	116 81 %
Décision de reprise alimentation orale	149 71 %	87 60 %
Pose d'une voie veineuse jugulaire externe*	173 82 %	111 77 %
Intubation*	96 45 %	35 24 %
Test de sevrage de la ventilation	195 92 %	128 89 %
Pose de cathéter artériel radial*	173 82 %	97 67 %
Pose de voie veineuse profonde*	78 37 %	48 33 %
Changement de KT dialyse sur guide*	92 44 %	63 44 %
Ablation drain thoracique*	152 72 %	126 87 %
Modification des paramètres de ventilation	196 93 %	112 78 %
Adaptation amines	194 92 %	132 92 %
Décision de remplissage vasculaire	130 62 %	51 35 %
Adaptation sédation analgésie	201 95 %	138 96 %
Décision de prélèvement microbiologique à visée diagnostique	147 70 %	93 65 %
Décision de prélèvement biologique à visée diagnostique	146 69 %	77 53 %
Communication d'informations à caractère diagnostique et pronostique	108 51 %	87 60 %

actes pour lesquels les médecins et cadres l'étaient le moins étaient : l'intubation sur prescription médicale (24 %), la pose de voies veineuses profondes sur prescription médicale (33 %), la décision de remplissage vasculaire (35 %), le changement de cathéter de dialyse sur prescription médicale (44 %) et la décision de prélèvement biologique à visée diagnostique (53 %). Les avis sont plutôt convergents, mais il faut souligner l'écart d'opinion concernant le remplissage vasculaire.

La plupart des infirmiers (60 %) et presque la moitié des médecins et des cadres (47 %) déclaraient ne jamais avoir entendu parler des infirmiers de pratiques avancées. Par ailleurs, un petit nombre d'IDE (8 %) et de médecins et cadres (13 %) déclarent qu'il existe des infirmiers de pratiques avancées dans leur service. Ces données sont à nuancer, car il y a très probablement une confusion entre la définition stricte des pratiques avancées et la notion d'« infirmière référente ».

Les perspectives que laissent entrevoir les pratiques avancées étaient respectivement pour les infirmiers et les médecins et cadres : la reconnaissance de compétences spécifiques (91 vs 80 %), une possibilité d'évolution de carrière (48 vs 39 %), une amélioration de la qualité des soins (45 vs 46 %), une amélioration de la qualité du travail (37 vs 42 %). Les avis divergeaient concernant la fidélisation des infirmiers (33 % pour les infirmiers vs 51 % pour les médecins et cadres). Par ailleurs, les pratiques avancées n'étaient pas jugées comme une alternative à la pénurie médicale (9 vs 8 %) et ne permettraient pas une diminution des coûts de soins (4 vs 4 %), ni de la durée de séjour (3 vs 9 %). Enfin, seulement 1 % des IDE et 3 % des médecins et cadres n'y trouvaient aucun intérêt.

Une petite majorité des infirmiers (56 %) et des médecins et cadres (53 %) pensaient que tous les infirmiers ne devaient pas être infirmiers de pratiques avancées, mais que leur sélection devait reposer sur l'évaluation des compétences (60 % des IDE et 81 % des médecins et cadres). De plus, 52 % des infirmiers pensaient que les pratiques avancées devaient rester sur la base du volontariat alors que les médecins et cadres n'étaient que 36 % à le penser.

Les intérêts mis en avant par la présence de ces infirmiers ayant bénéficié d'une formation de type master étaient respectivement pour les infirmiers et les médecins et cadres, l'amélioration de la qualité de l'enseignement paramédical (69 vs 70 %), le développement de la recherche (53 vs 68 %), la facilitation des missions d'enseignement paramédical (41 vs 62 %).

Les infirmiers se déclaraient très majoritairement favorables aux pratiques avancées, ce qui suppose une formation de type master. Mais dans le même temps, ils étaient 74 % à souhaiter que la reconnaissance des compétences spécifiques de réanimation donne lieu à une revalorisation salariale et 38 % à une validation des acquis et de l'expérience, alors que seuls 16 % souhaitaient un master et 36 % un diplôme spécialisé. L'opinion des médecins et celle des cadres étaient similaires, puisque 55 % étaient favorables à une revalorisation salariale, 43 % à une validation des acquis et de l'expérience, 40 % à un diplôme spécialisé et seulement 16 % à un master. L'évolution de la profession infirmière vers un diplôme de type master n'est donc pas encore naturelle pour les répondants à cette enquête.

De plus, le nombre de journées de formation dont les infirmiers avaient pu bénéficier l'année précédant l'enquête

se révélait faible : 46 % avaient bénéficié de moins de deux jours, 37 % entre trois et cinq jours et 17 % de plus de cinq jours. Le constat du faible investissement en matière de formation continue pose la question des moyens financiers et humains nécessaires à la possibilité d'accéder à un master pour les infirmiers.

Discussion

La coopération entre professionnels en réanimation ne doit pas se limiter à un simple transfert d'actes techniques. Elle suppose une véritable réflexion globale sur les pratiques et implique la revalorisation de l'investissement intellectuel par rapport au seul acte médicotechnique. Ainsi, certaines procédures telles que la gestion de la sédation, la gestion de la nutrition ou le sevrage de la ventilation mécanique semblent pouvoir faire l'objet de délégation, sous réserve d'une formation adaptée et d'une procédure établie en équipe et reconnue par tous.

Les résultats de cette enquête doivent être interprétés en tenant compte de ses limites méthodologiques. Le principal biais est la représentativité des personnels et des services qui ont répondu au questionnaire. En effet, la participation était volontaire parmi les inscrits aux push listes de la SRLF et non tirés au sort, technique qui aurait permis d'avoir un échantillon représentatif. De plus, l'évaluation était déclarative et ne permettait pas par exemple de vérifier l'existence réelle de protocoles de service.

Conclusion

Le besoin de faire évoluer l'organisation et les compétences des professionnels de santé semble s'imposer. De nombreux pays ont déjà travaillé en ce sens pour répondre aux mêmes problématiques de santé et ont permis une évolution de leurs professions de santé. Les résultats de cette enquête laissent présager un point de vue plutôt favorable des acteurs en réanimation. La France n'en est qu'aux prémices, avec la concrétisation du niveau licence pour le diplôme d'état d'infirmier et la possibilité d'évolution de la profession au sein d'un véritable cursus universitaire licence, master, doctorat. Les autorités travaillent pour faciliter la tâche des équipes en créant des outils d'aide afin de favoriser la création de postes d'infirmières de pratiques avancées. Cependant, de nombreuses questions, telles que l'insuffisance d'informations données aux professionnels, les moyens réellement mis à disposition et l'évolution de la législation restent en suspens.

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

Références

1. Berland Y (2003) Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape). Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées
2. Delamaire M, Lafortune G (2010) Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. Éditions OCDE
3. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n° 0167 du 22 juillet 2009, page 12184
4. Société de réanimation de langue française (2011) Référentiel de compétence de l'infirmier de réanimation. *Réanimation* 20:S731-S46
5. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, article R.4311-7
6. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, Annexe 1 : référentiel d'activités, ministère de la Santé et des Sports, BO Santé — Protection sociale — Solidarités n° 2009/7 du 15 août 2009, p 261