

Le dépassement de tâches infirmier en réanimation : résultats de l'enquête nationale « DeptaREA »

Nurses' Scope of Practice in ICU: "DeptaREA" National Survey Results

J. Bontemps · G. Sauvaget · J. Dauvergne · C. Fadil · S. Lecuyer · V. Bourdon · V. Croizard · H. Lentz · C. Arnaud · M. Ronceray · P.-J. Mahé · et AtlanRéa Group

Reçu le 7 mars 2018 ; accepté le 3 mai 2018
© SRLF et Lavoisier SAS 2018

Résumé Toute action réalisée en dehors du décret de compétences infirmières du 29 juillet 2004 (Code de la santé publique) est à considérer comme un dépassement de tâches (DDT). Dans une première enquête réalisée en 2016 dans les services de réanimation du groupe AtlanRéa (association de recherche clinique en réanimation du Grand Ouest), 94 % des infirmiers interrogés admettaient au moins un DDT par jour. Nous avons approfondi cette problématique fréquente et source d'inquiétude de la part des paramédicaux. L'enquête s'est déroulée sur la journée du 7 mars 2017. 64 % des répondants ont déclaré faire des DDT, 23 % plus de 5 par jour. Le DDT concerne la modification de la FiO₂ dans 52 % des cas, les bolus de sédation 47 %, la modification du mode ventilatoire 41 %. Les raisons du DDT sont : le confort du patient à 71 %, par habitude de service à 63 %. Il y a une

différence de DDT CHU/CHG, $p = 0,019$. Le sentiment d'engendrer un risque pour le patient est de 64 %, pour le soignant de 89 %. Les solutions privilégiées pour diminuer le DDT sont la création d'une spécialité à 75 % et la mise à jour du décret à 54 %. Le DDT en réanimation n'a a priori jamais fait l'objet d'étude. Nous rapportons pour la première fois des données sur le DDT à l'échelle nationale. La motivation principale du DDT est le confort du patient. Il y a une demande de changement avec la création d'une spécialité d'infirmier diplômé d'État (IDE) ou la modification du décret de compétences.

Mots clés Infirmiers · Médecine intensive réanimation · Dépassement de tâches · Décret

J. Bontemps (✉) · G. Sauvaget · V. Croizard · H. Lentz
Service de réanimation chirurgicale, hôpital Trousseau,
CHRU de Tours, avenue de la République,
F-37170 Chambray-les-Tours, France
e-mail : j.bontemps@chu-tours.fr

J. Dauvergne
Service de réanimation chirurgicale polyvalente,
hôpital Nord Laennec, CHU de Nantes, F-44800 Nantes, France

C. Fadil · S. Lecuyer · V. Bourdon
Service de réanimation chirurgicale, CHU de Rennes,
F-35000 Rennes, France

C. Arnaud · P.-J. Mahé
Service de réanimation chirurgicale, Hôtel Dieu,
CHU de Nantes, F-44000 Nantes, France

M. Ronceray
Service de réanimation neurochirurgicale, hôpital Bretonneau,
CHRU de Tours, F-37000 Tours, France

et AtlanRéa Group
Centre Hospitalier et Universitaire de Nantes,
1 place Alexis-Ricordeau,
F-44093 Nantes Cedex 1, France

Abstract Background: Any act completed by a French nurse outside their defined competence (French Public Health Code—29/07/2004) has to be considered as an out of scope event (OSE). In a first survey, done in 2016, in the AtlanRéa Intensive Care Unit (ICU) Group (AtlanRéa Group = West of France ICU Clinical Research Association), 94% of respondent nurses admitted doing at least one OSE a day. We investigated this prevalent problem, as a nurse's source of concern. The survey was made on March 7, 2017.

Materials and methods: An online survey comprising ten multiple choice questions and free space for comments was deployed, followed by phone contact to explain the process. Questions were about unit demography, ICU type, staff, working time, medical attendance, and OSE quantity, type, circumstances, and protocol existence, risk perception, and finally proposed solutions. The statistics involved was descriptive, in percentages, median and interquartile 1 and 3. The data was analyzed using univariate analysis by parametrical tests (χ^2), $P < 0.05$ significant. We collected 526 questionnaires in 94 ICU from 36 counties. We retrospectively estimated the potential participants' number at 1500, assuming response rate of 35%. The distribution was

as follows: 57% in university hospitals, 43% in general hospitals; median diploma year was 2009 [2004–2013], median seniority was 5 years [2–8].

Results: 63% of respondents declared performing OSE, 23% of them more than 5 a day. OSE was about FiO₂ modification for 52% of respondents, sedation bolus administration (47%), and ventilator settings modification (41%). The main reasons were: patient comfort (71%), unit's habit (63%). There was a difference of OSE frequency between university hospitals and general hospitals (69 vs. 59%; $P = 0.019$). Risk perception for the patient was 64% and 89% for the caregiver. Preferred solutions to decrease OSE were: ICU specialization for nurses (75%) and defined skills update (54%).

Conclusion: We report for the first time, national data about OSE in the ICU setting. The main goal is patient comfort. Our findings highlight the need for changes. Specialization in ICU for nurses is mandatory as well as actual implementation of existing laws. A survey among ICU physicians would specify what kinds of skills are expected from such specialized nurses.

Keywords Nurses · Intensive care unit · Out of scope event · Decree of competences

Introduction

La Haute Autorité de santé définit le dépassement de tâches (DDT) comme tout acte réalisé par un professionnel qui n'en a pas la compétence réglementaire. Il correspond pour les infirmiers diplômés d'État (IDE) à toute action réalisée hors du décret de compétences infirmier du 29 juillet 2004 du Code de la santé publique.

Le réseau AtlanRéa [1] a mené une étude [2] en 2016 concernant le DDT infirmier en réanimation. Cette étude, menée par les infirmiers du réseau, a montré que 94 % des IDE effectuent du DDT, dont 54 % d'entre eux plus d'une fois par jour. Cette enquête initiale a permis de mettre en lumière différents actes relevant du DDT, mais également de constater que tous les IDE interrogés considèrent ce DDT comme négatif dans leur pratique quotidienne. En effet, ces actes hors du champ de compétence des IDE peuvent induire un risque pour le patient comme pour le soignant.

La prise en charge du patient de réanimation est en constant renouvellement, et la complexité croissante des actes et pratiques se traduit par une dissociation entre la pratique quotidienne sur le terrain et l'aspect législatif de la profession. Le référentiel de compétences de l'infirmier de réanimation élaboré par la SRLF [3] en était déjà le reflet. Ainsi, bien des actes inhérents à l'exercice en réanimation ne sont pas cités dans le décret de compétences infirmier [4]. Suite à

ce constat, une étude nationale a été réalisée en 2017 par des infirmiers du réseau AtlanRéa (exerçant eux-mêmes dans les réanimations du réseau). L'objectif étant d'une part d'évaluer sur une journée en France la quantité de DDT réalisés par les professionnels, leurs fréquences, d'en préciser les types tout en identifiant les causes et d'autre part d'interroger les professionnels sur les solutions envisagées.

Matériel et méthodes

Description de l'étude

Cette étude était de type « enquête d'un jour », réalisée à une date prédéfinie sur une période de 24 heures. Élaborée de novembre 2016 à février 2017, celle-ci se présentait sous la forme d'un questionnaire en ligne à remplir par les IDE exerçant en réanimation dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les centres hospitaliers (CH) de France. Le démarchage a concerné toutes les réanimations des hôpitaux publics de France métropolitaine et outre-mer.

Ce questionnaire en ligne constitué de dix items, à choix multiples et zones de commentaires libres, comportait des questions concernant : la démographie du service, le type de réanimation, le temps de travail et les plages horaires (jour/nuit), la présence médicale, la quantité, le type et les circonstances des DDT, la présence de protocoles, la notion et la perception de risque et enfin les solutions envisagées.

Pour obtenir les réponses d'un maximum de professionnels, un démarchage fut réalisé auprès de toutes les réanimations de France, via les cadres de santé, pour assurer la promotion et la présentation de l'étude. Pour s'assurer un relais efficace de l'information au sein des services, un entretien téléphonique a été privilégié au mailing. L'entretien préliminaire fut réalisé 15 jours avant la date de l'enquête fixée au 7 mars 2017. Pour consolider cette démarche, une affiche à destination des IDE a été adressée par e-mail. Les dernières recommandations ont été envoyées 48 heures avant le jour de l'enquête. Chaque infirmier du réseau était référent d'une zone géographique. Le 7 mars, jour J, tous les infirmiers enquêteurs étaient disponibles téléphoniquement pour répondre aux questions des IDE et leur faciliter le remplissage du questionnaire, réalisable sur toute la journée. Les équipes infirmières, de jour et de nuit, ont pu participer. Au-delà de ces 24 heures, l'accès au formulaire était verrouillé.

Méthodes d'analyse

Les variables étudiées étaient exprimées en pourcentage ou médiane (interquartile 1 et 3) selon le cas. Les comparaisons de variables qualitatives étaient effectuées par le test du Chi², un $p < 0,05$ étant considéré comme significatif.

Résultats

Les résultats s'appuient sur le recueil de 526 questionnaires concernant 36 départements et 94 services de réanimation. Le nombre de participants potentiels est estimé a posteriori à 1 500. Le taux de réponses était donc d'environ 35 %, plutôt bien réparti sur le territoire. À noter que les départements les plus pourvoyeurs de réponses ne se trouvaient pas être ceux dans lesquels les infirmiers enquêteurs étaient implantés. La répartition s'établissait à 57 % pour les CHU et 43 % pour les CH ; l'année moyenne d'obtention du diplôme des répondants était 2009 [2004–2013] et l'ancienneté médiane de cinq ans [2–8]. 66 % des répondants travaillaient de jour sur cette période, et 31 % de nuit (3 % ne s'étant pas prononcés). Concernant la plage horaire, 59 % des IDE interrogés travaillaient en 12 heures. Un médecin du service était présent dans 96 % des cas, un interne dans 74 %. La présence d'un médecin extérieur au service ne concernait que 15 % des cas.

Le principal résultat était que 64 % des 526 IDE déclaraient avoir fait des DDT sur la journée du 7 mars 2017.

Ainsi, parmi les IDE ayant déclaré au moins un DDT sur la journée, 69 % en avaient effectué un à cinq, 20 % de cinq à dix et 3 % en avaient réalisé dix ou plus (8 % ne s'étant pas prononcés) (Fig. 1). 23 % des IDE ayant effectué des DDT en avaient déclaré plus de cinq par jour. Être titulaire d'un diplôme universitaire de réanimation (9 % des répondants) n'influait pas le DDT ni sa fréquence. Il n'existait pas de différence entre le jour et la nuit ($p = 0,18$), ni entre les IDE travaillant en 12 heures et ceux en 7 heures 40 minutes ou un en 0 heure 00 minute ($p = 0,29$). En revanche, une différence significative était à noter entre les CHU et les CH ($p = 0,019$) ; les IDE des CH étaient 134/227, soit 59 % à avoir effectué des DDT tandis que les IDE des CHU étaient 206/299, soit 69 %.

Le nombre d'années d'exercice en réanimation n'influait pas le DDT ($p = 0,91$) si l'on comparait la totalité des IDE avec ceux ayant deux ans d'ancienneté ou moins. L'année de diplôme n'influait pas non plus le DDT en com-

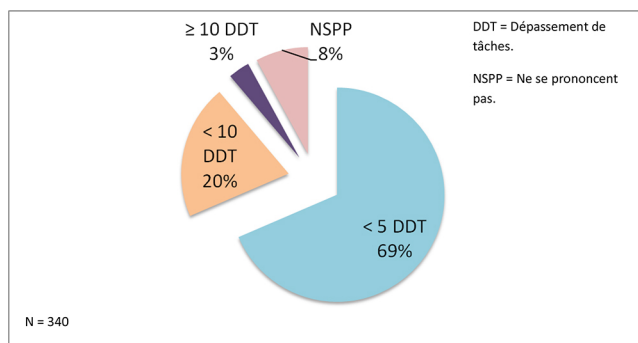


Fig. 1 Fréquence du dépassement de tâches (DDT)/24 heures

parant les infirmiers diplômés en 2015 ou après avec la totalité du groupe ($p = 0,80$). Il n'existait pas non plus de différence entre les différentes catégories de réanimation (par exemple : $p = 0,30$ entre réanimations médicales et chirurgicales).

Les DDT réalisés par les IDE sur cette journée étaient de toutes sortes. La question posée étant à choix multiples, plusieurs actes pouvaient être cochés par un même professionnel (Fig. 2). Les trois principaux étaient : la modification de la fraction inspirée en oxygène (FiO_2) pour 52 % des répondants ayant effectué des DDT, des bolus intraveineux de produits sédatifs (47 %) et des choix de pansements sur plaies complexes (43 %). Étaient concernés également des actes tels que la modification du mode de ventilation du patient (41 %), des prélèvements sanguins ou des ajouts d'analyses non prescrites (37 %), des éditions d'ordonnances à 32 % (albumine, examens de radiologie, antibiotiques spécifiques, ceinture de maintien abdominal postchirurgie...). Il était également retrouvé : des bolus de médicaments tels que catécholamines ou insuline (28 %), des bolus d'antalgiques (25 %), un premier sondage vésical chez un homme (18 %). Les annonces aux familles (diagnostics ou pronostics) étaient citées à 17 %. Les modifications des paramètres de machines d'épuration extrarénale (EER) continue ou intermittente et de circulation extracorporelle (ECMO, etc.) à 13 %. Le monitoring hémodynamique, à savoir les thermodilutions sur des appareils tels que PICCO® ou EV1000® ainsi que des prélèvements et des analyses de saturation veineuse en O_2 pour paramétrages et calibrations de moniteurs Swan-Ganz®, était un choix retenu pour 5 % des IDE. Certains actes cités mais non des moindres restaient un peu plus à la marge, tels que l'ablation de drains thoraciques (7 %), la réalisation de points de suture (3 %) et des touchers rectaux (2 %). La case « autres » concernait 8 % des répondants pour des actes de toutes sortes (choix d'une nutrition parentérale, sevrage ventilatoire, etc.).

Les raisons évoquées pour justifier le DDT étaient diverses. La première était le confort du patient (71 %), les habitudes de service (63 %). L'indisponibilité du médecin était considérée comme une cause du DDT pour plus d'un tiers des répondants. Néanmoins, plus de 30 % des répondants estimaient leur expérience ou leurs connaissances suffisantes pour effectuer ces actes. La récurrence d'un problème déjà signalé était une cause donnée par 19 % des répondants. Le DDT était aussi justifié du fait de prescriptions erronées ou approximatives (15 %) ou de prescriptions d'internes estimées non conformes et non validées par un sénior dans un contexte d'urgence (8 %). Le DDT pouvait être médecin-dépendant (19 %), et la peur de déranger était également un item retenu (6 %) (Fig. 3).

Quarante-deux pour cent des répondants affirmaient l'existence de protocoles de service concernant certains des actes cités précédemment. Des protocoles existaient

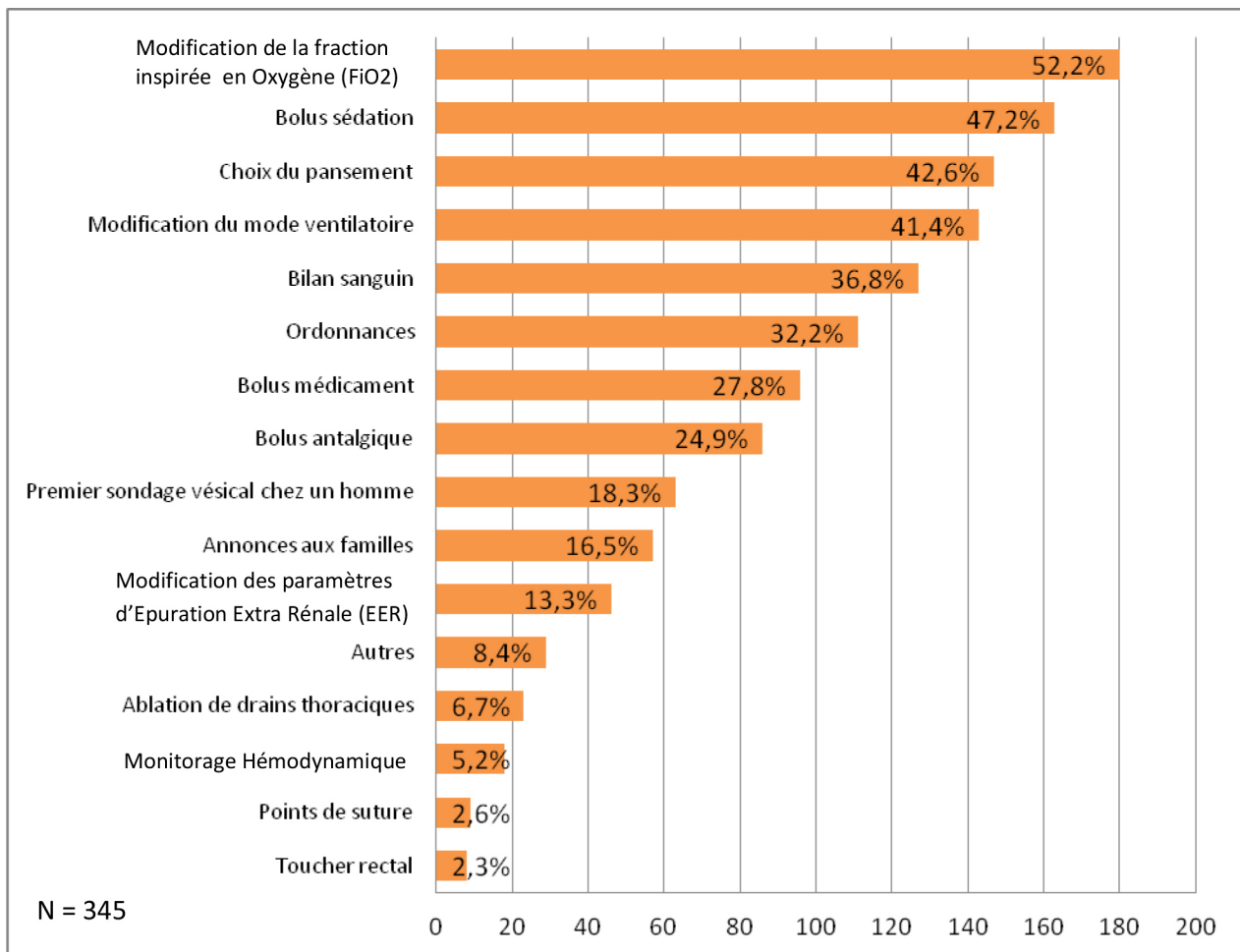


Fig. 2 Actes concernés par le dépassement de tâches (DDT) cités par les IDE

également pour des actes hors décret de compétence IDE [4] : ordonnances (9 %), premier sondage vésical chez un homme (8 %), ablation de drains thoraciques (6 %), points de sutures (1 %) et toucher rectal (1 %). La perception d'engendrer un risque pour le patient était de 64 %, alors que le risque pour le soignant était évalué à 89 %. Les solutions privilégiées par les IDE pour diminuer le DDT s'orientaient vers la création d'une spécialité (75 % d'entre eux), et la mise à jour du décret IDE (54 %). La création d'un master de pratiques avancées était choisie dans 38 % des cas, et la création de protocoles de coopérations dans 35 %. L'instauration de formations spécifiques à la réanimation était retenue pour 19 % des répondants, et la conservation du décret actuel pour 9 %.

Discussion

L'enquête s'appuie sur un questionnaire, ce qui relève de l'analyse quantitative, l'interprétation des résultats est à considérer avec prudence. Sans oublier que l'échantillon

soumis au questionnaire peut inclure une fraction biaisée du fait que les IDE répondants sont intéressés par le sujet. Certaines difficultés ont été rencontrées lors de cette enquête. Prendre contact avec les différents services de réanimation de France s'est avéré chronophage du fait de l'absence d'un fichier national les recensant. Ce qui a abouti à la création de ce dernier. Par ailleurs, les directions de plusieurs hôpitaux ont refusé la participation des professionnels de leurs services. Notre échantillon potentiel a donc été d'emblée réduit, créant de fait un biais de sélection. De plus, l'implication du cadre de santé de proximité a eu un impact direct sur la mobilisation des professionnels. Ainsi, certains cadres n'ont pas adhéré au projet et n'ont donc pas transmis l'information. À noter également que l'accès à Internet étant restreint dans quelques hôpitaux, une procédure dégradée a permis de répondre à l'enquête sur des questionnaires en format papier (210 réponses sur 526). Cela a rendu plus complexe la diffusion et l'exploitation des données. Enfin, la journée du 7 mars 2017 s'est avérée être une journée de grève nationale pour les fonctionnaires hospitaliers. Le processus étant lancé, la date n'a pas pu être modifiée.

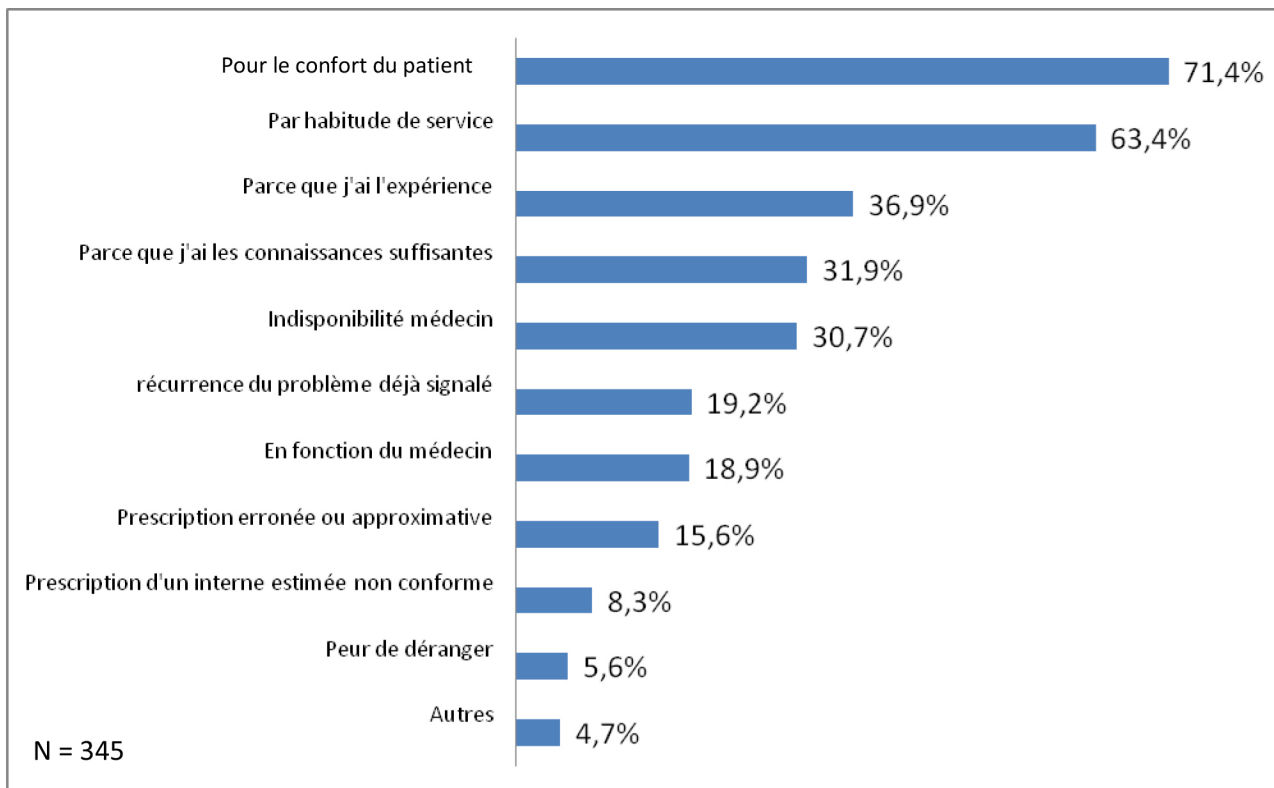


Fig. 3 Raisons citées par les infirmiers diplômés d'État afin d'expliquer le dépassement de tâches (DDT)

D'après nos recherches, le DDT en réanimation n'a visiblement jamais fait l'objet d'étude. Ainsi, nous rapportons pour la première fois des données sur le sujet à l'échelle nationale. La motivation principale du DDT est le confort du patient. Le patient est donc toujours au cœur des attentions, même si le soignant se met en difficulté vis-à-vis de ses prérogatives. Il existe une prise de risque, d'un point de vue juridique, pour assurer la continuité des soins. Cela, sans exclure le danger que le DDT peut représenter pour le patient.

Force est de constater que les pratiques et les connaissances autour des protocoles et de leur valeur légale sont floues, l'appréciation de certains articles du décret [5] étant à la discrétion des professionnels. L'existence de protocoles et la réalisation d'actes par des infirmiers hors du champ de compétence légal démontrent un décret en inadéquation vis-à-vis de la pratique quotidienne en réanimation. Quand bien même les actes concernés par ces protocoles font partie des compétences IDE, ceux-ci sont souvent utilisés comme garde-fou, et peu répondent aux exigences de la loi [6]. Ceux-ci doivent répondre à des normes qualité : être datés et signés après validation par le chef de service et la direction des soins ; ils doivent également être réévalués a minima annuellement [7].

Il est constaté à la lecture des commentaires des IDE et à leurs réponses qu'il existe une demande de changement,

avec la création d'une spécialité IDE de réanimation ou la modification du décret de compétences. Il ressort majoritairement dans les solutions proposées une volonté de formation et de développement des connaissances. Depuis plus de dix ans, certains de nos voisins européens proposent déjà des spécialisations dans le domaine de la réanimation sous diverses formes. L'infirmier de réanimation est, en Allemagne, en Belgique et en Suisse, après une, voire deux années de spécialisation, un métier à part entière [8].

Quant aux IDE de réanimation français, ils peuvent choisir de suivre un diplôme universitaire en réanimation (qui n'est pas un prérequis pour travailler dans ces services). Pour autant, cela ne modifie pas le cadre législatif (décret de compétences).

À ce jour, les pratiques avancées semblent être une possibilité d'évolution de la profession à privilégier. Thème d'actualité certes, mais le décret d'application de l'article 119 de la loi Santé de 2016 [9] n'a toujours pas été publié. De plus, il conviendra de développer par la suite ces pratiques avancées dans nos secteurs, de définir le rôle et le référentiel de formation adapté à l'infirmier de réanimation de demain. Tout reste à créer donc, car l'ouverture du cursus universitaire master n'est pour l'instant disponible en France que pour quelques spécialités [10], et les informations données aux professionnels sont insuffisantes. Il serait également intéressant de mener une réflexion pour déterminer quel

collège de professionnel serait le plus adapté pour conduire ce projet. De plus, nous appuyer sur des modèles déjà présents dans d'autres pays, en tenant compte des réflexions préalablement menées [11], pourrait permettre d'apporter des solutions concrètes et de construire notre future nomenclature de formation.

Les protocoles de coopérations quant à eux semblent trouver leurs limites dans le domaine de l'anesthésie-réanimation. À ce jour, un seul a abouti dans certaines régions à savoir la pose de voie veineuse centrale échoguidée par les IDE [12].

Cette volonté commune d'évolution de la profession, d'accroissement des connaissances, de formations se heurte malheureusement aux limites de notre système de santé actuel. En effet, il est impossible actuellement de négliger l'aspect financier de telles démarches ; que celles-ci concernent la création de formations diplômantes ou la réévaluation des salaires des professionnels paramédicaux qui se justifierait le cas échéant (à noter que les salaires actuels des infirmiers français sont selon l'OCDE [13] inférieurs de 5 % au salaire moyen du pays, ce qui place les IDE français en 26^e position sur les 29 pays classés).

Conclusion

Cette enquête montre une réelle volonté d'évolution de la profession infirmière dans les services de réanimation. Elle met en exergue la réalité du DDT, pratiqué quotidiennement par les IDE et tente d'en expliquer les raisons. Des solutions sont proposées.

Les objectifs finalisés sont :

- maintenir un haut niveau de qualité et de sécurité des soins pour les patients ;
- faire évoluer le cadre réglementaire de la profession IDE par la formation et le développement des compétences, afin de dispenser, en toute légalité, des soins adaptés et efficaces en adéquation avec les besoins actuels.

En complément, il pourrait être pertinent de mener une nouvelle enquête, auprès des médecins anesthésistes-réanimateurs, afin qu'ils puissent préciser leurs attentes en matière de compétences IDE.

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

Références

1. Association régionale médicale et paramédicale de réanimations du Grand Ouest, dont l'objet est la promotion de la recherche médicale, paramédicale et scientifique (<http://www.atlanrea.org>)
2. a. Le dépassement de tâches IDE en réanimation — Abstract SFAR 2016/IREA-1927 RIR5. b. HC (01/11/2016) Le dépassement fait tâche. *L'infirmière Magazine* n° 376 (01/11/2016)
3. Société de réanimation de langue française, (2011) Référentiel de compétence de l'infirmier de réanimation. *Réanimation* 20: S731–S746
4. Articles R.4311-5 et R.4311-7 du décret de compétences infirmier (29/07/2004) du Code de la santé publique
5. Décret relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de la santé publique. 29/07/2004. N° 2004-802
6. Article R.4311-14 et article R.4311-8 du Code de la santé publique
7. Cadre général de mise en place d'un protocole de soins en référence à la circulaire n° 99/84 du 11/02/1999 (circulaire relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médicosociales)
8. Benlahouès D, (2007) La formation des infirmiers de réanimation en Europe. *Soins* 52(714): 52 doi: soinn-04-2007-00-74-0038-0814-101019-200702421
9. Loi de modernisation de notre système de santé (26/01/2016) n° 2016-41
10. Bourgeon I, Campagne A., Clec'h C. Couchoux K., Franja V., Jeune S., Lusso S., Mossadegh C., Rosset É., Robriquet L., Schmitt J., Valera S., Tirone J., Vinatier I., Soury-Lavergne A. et Commission du congrès infirmier de la SRLF, (2015) Pratiques avancées et formation spécifique des IDE de réanimation : résultats de l'enquête de la SRLF 2013. *Réanimation* 24: 608–614
11. *Health Policy*. 2015;119:475–87. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.12.005. Epub 2014 Dec 9 How can a country learn from the experience of another? Expanding nurses' scope of practice in Portugal: lessons from England
12. Avis n° 2013.0050AC/SEVAM du 5 juin 2013 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au protocole de coopération n° 032 « Transfert de compétence : pose de voie veineuse centrale par l'IDE »
13. OCDE, (2017) Panorama de la santé 2017 : les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr