

# De la polyvalence à l'autonomisation de l'IDE en infectiologie

FILDARD Céline  
CH Perpignan

## Déclaration d'intérêts de 2014 à 2020

- Intérêts financiers : non
- Liens durables ou permanents : non
- Interventions ponctuelles : non
- Intérêts indirects : non

# Pourquoi parler de polyvalence ?

- **Infectiologie => spécialité étendue, complète**
  - **Circule entre le soin préventif et curatif**
  - **Traite de santé publique comme de santé individuelle**
  - **Multitude de champs de compétences!!!**
- => Chance et complexité ....**

# Champs de compétences en infectiologie

## santé publique:

Vaccination du calendrier / voyage / vaccination immuno-déprimé

Santé sexuelle (Cegidd)

## Hospitaliers:

Antibioréférence

ETP Pvvih

Recherche clinique infirmière

Plaies et cicatrisations

# Autonomisation ?

- Edgar Morin :

« L'autonomie repose sur la capacité de la personne à faire des choix, à assimiler ses propres décisions, à se sentir responsable de ses actes.....à repérer les règles et lois qu'elle respecte et cela en étant conscient du pourquoi elle les respecte »

# Autonomisation professionnelle IDE

## ⇒ le savoir

L'autonomie professionnelle se développe à partir de son jugement clinique et de son jugement stratégique, grâce aux connaissances théoriques et pratiques de chacun dans différents domaines.

## ⇒ Dans un cadre réglementaire

L'autonomie suppose aussi de la sécurité dans l'exercice professionnel.

# Base de l'autonomisation: le savoir..;

Le plus grand défi des IDEs à s'associer à la gestion des antibiotiques :

=> Besoins de connaissances non satisfaits!



The screenshot shows the top portion of a research article. At the top left is the Elsevier logo. The journal title 'American Journal of Infection Control' is centered, with the volume and issue information 'Volume 46, Issue 5, May 2018, Pages 492-497' below it. On the right is a small thumbnail of the journal cover. The article title is 'Exploring the nurses' role in antibiotic stewardship: A multisite qualitative study of nurses and infection preventionists'. Below the title are the authors' names and their credentials: Eileen J. Carter PhD, RN <sup>a, b, c, d, e</sup>, William G. Greendyke MD <sup>c, d, e</sup>, E. Yoko Furuya MD, MS <sup>c, d</sup>, Arjun Srinivasan MD, FSHEA <sup>a</sup>, Alexa N. Shelley MS, FNP-BC <sup>a, b</sup>, Aditi Bothra BS, CHES <sup>f</sup>, Lisa Saiman MD, MPH <sup>c, e</sup>, Elaine L. Larson PhD, RN, FAAN, CIC <sup>a, f</sup>. There are links for 'Show more', 'Add to Mendeley', 'Share', and 'Cite'. The DOI link is 'https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.12.016'. The section 'Background' is visible, starting with 'There is a growing recognition of the need to partner with nurses to promote effective antibiotic stewardship. In this study, we explored the attitudes of nurses and infection preventionists toward 5 nurse-driven antibiotic stewardship practices: 1) questioning the need for urine cultures; 2) ensuring proper culturing technique; 3) recording an accurate penicillin drug allergy history; 4) encouraging the prompt transition from intravenous (IV) to oral (PO) antibiotics; and 5) initiating an antibiotic timeout.'

# Acquisition de compétences va permettre...

=> Autonomie dans la pratique clinique, leadership professionnel et clinique fondés sur des compétences professionnelles

=> Praticien expert et chercheur

=> IDE assume la responsabilité du soin

**Conclusion.** The paper highlights the value of a policy to guide the development of advanced nursing practice. Educational curricula need to be flexible and visionary to prepare the advanced nurse practitioner for practice. The core concepts for the advanced nursing practice role are: autonomy in clinical practice, pioneering professional and clinical leadership, expert practitioner and researcher. To achieve these core concepts the advanced nurse practitioner must develop advanced theoretical and clinical skills, meet the needs of the client, family and the community.

Nurses who accept the challenge to become ANPs assume the responsibility that entails. To ensure the credibility and success of the role, the development and maintenance of ANPs must be based on professional nursing competencies. Advanced nursing practice fosters creativity and innovation in the delivery of client-centred care. It provides an exciting opportunity for nursing to provide holistic autonomous care to patients/clients in a patient-centred quality health service.

## ISSUES IN CLINICAL NURSING

### Advanced nursing practice: policy, education and role development

Eileen Furlong BSN, RSCN, HDsp Onc, RCNT, MS

Lecturer, School of Nursing, Midwifery and Health Systems, University College Dublin, Ireland

Rita Smith BSN, RM, RNT, FRCNSI, MEd

Lecturer, School of Nursing, Midwifery and Health Systems, University College Dublin, Ireland

Submitted for publication: 7 April 2005  
Accepted for publication: 12 April 2005

#### Correspondence:

Rita Smith  
School of Nursing, Midwifery and Health  
Systems  
Health Science Complex  
University College Dublin  
Belfield, Dublin 4  
Ireland  
Telephone: 0035317165586  
E-mail: rita.smith@ucd.ie

FURLONG E & SMITH R (2005) *Journal of Clinical Nursing* 14, 1059-1066

#### Advanced nursing practice: policy, education and role development

**Aims and objectives.** This paper aims to explore the critical elements of advanced nursing practice in relation to policy, education and role development in order to highlight an optimal structure for clinical practice.

**Background.** The evolution of advanced nursing practice has been influenced by changes in healthcare delivery, financial constraints and consumer demand. However, there has been wide divergence and variations in the emergence of the advanced nurse practitioner role. For the successful development and implementation of the role, policy, educational and regulatory standards are required.

**Conclusion.** The paper highlights the value of a policy to guide the development of advanced nursing practice. Educational curricula need to be flexible and visionary to prepare the advanced nurse practitioner for practice. The core concepts for the advanced nursing practice role are: autonomy in clinical practice, pioneering professional and clinical leadership, expert practitioner and researcher. To achieve these core concepts the advanced nurse practitioner must develop advanced theoretical and clinical skills, meet the needs of the client, family and the community.

**Relevance to clinical practice.** In a rapidly changing people-centred healthcare environment the advanced nurse practitioner can make an important contribution to healthcare delivery. The challenges ahead are many, as the advanced nurse practitioner requires policy and appropriate educational preparation to practice at advanced level. This will enable the advanced practitioner to articulate the role, to provide expert client care and to quantify their contribution to health care in outcomes research.

**Key words:** advanced nurse practitioners, advanced nursing practice, education, policy, role development

#### Introduction

For several years nursing has been attempting to conceptualize advanced nursing practice from a professional and educational perspective. The aim of this paper is to outline a national policy document for advanced nursing and midwifery practice, to highlight the key components of an educational framework for practice and to consider the

emergence of the advanced nursing practice role. An overview of the influences and forces that have resulted in the provision of advanced nursing practice is presented, contextualizing the Irish position. The *Report of the Commission on Nursing* (Government of Ireland 1998) identified that promotional opportunities should be available for nurses and midwives wishing to remain in clinical practice, thereby recommending a clinical career pathway from registration to

# Pourquoi ouvrir le champs aux IDEs ?

L'IDE est omniprésente dans la prise en charge du patient !

Clinical Infectious Diseases  
**INVITED ARTICLE**  
 CLINICAL PRACTICE: Ellie J. C. Goldstein, Section Editor

**The Critical Role of the Staff Nurse in Antimicrobial Stewardship—Unrecognized, but Already There**

Richard M. Olson,<sup>1</sup> Eric D. Olson,<sup>2</sup> and Alfred DeMaio<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Lebanon Health System, Inc., Lebanon, Massachusetts; <sup>2</sup>U.S. Institute of Health Professions, School of Nursing, Boston, and <sup>3</sup>Division of Infectious Diseases, Massachusetts Department of Health, William A. Morse State Laboratory Station, Jamaica Plain, Massachusetts

Antimicrobial stewardship who has been unrecognized and underutilized in the “staff nurse.” Although the role has formally been recognized in guidelines for implementing and operating antimicrobial stewardship programs in the medical literature, they have always performed numerous functions that are integral to successful stewardship: antibiotic, first responders, central communicators, coordinators of care, as well as 24-hour bedside and response to antibiotic therapy. An operational analysis of inpatient admission care evaluates these roles and analyzes the potential benefits of nurses’ formal education about, and inclusion into, ASPs. Staff stewardship, an antimicrobial stewardship program, antibiotic resistance, nursing, turnaround time.

ubidie spread of antimicrobial resistance crisis that both the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the World Health Organization (WHO) have labeled a “grave threat to public health.”<sup>1</sup> Repeatedly, in guidelines for the development of ASPs, broad-based, multidisciplinary involvement is highlighted as an essential feature to achieve the goals of antimicrobial stewardship [10–12]. Brief mentions of including staff nurses are made in these recommendations, but is limited to at most 3 or 4 sentences. In 2 articles from the United Kingdom and from Australia [13,14] and in the Institute for Health Improvement/Centers for Disease Control and Prevention (IHACC/CDC) Antibiotic Stewardship Driver Diagram and Change Package [15], comment is made about nursing functions. However, in the latter, the limited secondary drivers are not explicitly assigned or attributed to nurses, and in the 2 infection control journal articles, the interventions are described as “should be implemented” [14] or “could impact” [13] antimicrobial stewardship efforts. We assert that staff nurses are already participating in these activities, albeit not in an acknowledged or integrated fashion. Because of this exclusion, they cannot contribute most effectively to the diverse goals of ASPs. The antimicrobial stewardship literature published in 1998 [6], and prior to antibiotics were promulgated as a [7], formal antimicrobial stewardship developed only in the last 15 years [6], assigned stakeholders in ASPs include

The dichotomy between the omission of nurses from formal ASP guidelines and the reality of daily nursing practice becomes obvious if one examines a stepwise progression through a typical inpatient hospital admission. Table 1 lists the antimicrobial stewardship activities involved in the care of patients, with the traditional stewardship stakeholders who are assigned responsibilities or credit for their operational completion. On

August 2015, published online 11 August 2015.  
 DOI: 10.1093/cid/civ444  
 © 2015 American Medical Association. All rights reserved. For information on this article, visit the journal website at [www.ama-assn.org](http://www.ama-assn.org).  
**SPRINGER**  
 For more information on this article, visit the Infectious Diseases Society of America website at [www.idsa.org](http://www.idsa.org).  
 For more information on this article, visit the Infectious Diseases Society of America website at [www.idsa.org](http://www.idsa.org).

© 2015 American Medical Association. All rights reserved. For information on this article, visit the journal website at [www.ama-assn.org](http://www.ama-assn.org).

© 2015 American Medical Association. All rights reserved. For information on this article, visit the journal website at [www.ama-assn.org](http://www.ama-assn.org).

**Table 1. Overlap of Nursing Activities With Function Attribution in Current Antimicrobial Stewardship Models**

	Nursing	Microbiology	Case Management	Pharmacy	Infectious Diseases	Infection Control	Inpatient Physician	Administration
<b>Patient admission</b>								
Triage and appropriate isolation	•					•		
Accurate allergy history	•			•	•		•	
Early and appropriate cultures	•				•		•	
Timely antibiotic initiation	•				•		•	•
Medication reconciliation	•			•			•	
<b>Daily (24 h) clinical progress monitoring</b>								
Progress monitor and report	•		•		•		•	
Preliminary micro results and antibiotic adjustment	•	•		•	•		•	
Antibiotic dosing and de-escalation	•			•	•		•	
<b>Patient safety &amp; quality monitoring</b>								
Adverse events	•				•		•	
Change in patient condition	•				•		•	
Final culture report and antibiotic adjustment	•	•		•	•		•	
Antibiotic resistance identification	•	•			•		•	
<b>Clinical progress/patient education/discharge</b>								
IV to PO antibiotic, outpatient antibiotic therapy	•		•	•	•		•	
Patient education	•				•		•	
Length of stay	•		•	•	•		•	•
Outpatient management, long-term care, readmission	•		•	•	•		•	•

Abbreviations: IV, intravenous; PO, per os [oral].



# Pourquoi ouvrir le champs aux IDES ?

Plan de carrière : permettre l'évolution professionnelle des paramédicaux!!!

- **Un projet national: Rapport évolution des métiers: « ma santé 2022 »**

## *Au titre de l'évolution de la promotion professionnelle*

- 4.5. Faciliter les parcours des professionnels paramédicaux pour leur permettre de développer leurs compétences tout au long de leur vie professionnelle notamment dans le cadre des coopérations (cf. point 1.5)

## *Démultiplier des dispositifs gradués de coopérations interprofessionnelles pour renforcer les compétences et l'autonomie des soignants*

- 1.5. Renforcer les prérogatives et la responsabilité de l'établissement dans la mise en place des protocoles interprofessionnels de coopération en substituant au dispositif actuel d'autorisation préalable, dit de l'article 51, un simple dispositif d'information de la HAS et de l'ARS pour les protocoles déjà autorisés dans un autre établissement (la HAS conservant ses prérogatives de suspension).

# Pourquoi ouvrir le champs aux IDES ?

- Relation soignant / soigné différente, englobante  
=>climat de confiance
- Valorisation des compétences:  
Reconnaissance intellectuelle  
Reconnaissance financière...
- Permettre accès à plus de formation

# Consultation infirmière : valeurs ajoutées?

- Finalité principale: améliorer la gestion du parcours de soin du patient
- Partenariat dans la PEC=> pluridisciplinarité

**IDE = lien central entre tous les acteurs = renforcer la communication**



# Consultation infirmière : valeurs ajoutées?

- **Dégagement de temps médical**
- **Gestion de projet: coordination d'actions, de sorties, d'équipe....**

# Formation et compétences: Expertise IDE

- Qu'est-ce qu'il s'offre à nous?
- Diplômes universitaires dans tous les domaines
- Formations en interne
- Masters
- Congrès, colloques....
  
- Master en pratiques avancées à l'avenir...

# Les outils de l'autonomisation

- Protocoles de coopération : nouvelle organisation

Levier majeur de la stratégie « Ma Santé 2022 »

- nationaux ou locaux

=>transfert d'actes / d'activités de soin/ de prévention => **A titre dérogatoire!!!**

- Pratiques Avancées ( mais pas encore en infectiologie....)

# Le protocole de coopération: nouveautés

## Le nouveau dispositif des protocoles de coopération entre professionnels de santé

### *La ré-affirmation d'une volonté de faciliter de nouvelles modalités de partage d'activités*

- entre professionnels de santé **volontaires et partageant un exercice en équipe**
- à leur initiative
- par une **déclaration simplifiée de la mise en oeuvre** sur la plateforme ministérielle

### *Deux modèles de protocoles de coopération possibles*

- des protocoles ayant vocation à **être déployés en national** autorisés par arrêté ministériel
- des protocoles locaux, **au seul usage** de l'équipe promotrice, **dont les modalités de mise en oeuvre seront définies ultérieurement**
- en référence à des **exigences essentielles de qualité et de sécurité** définies par décret R. 4011-1 (voir textes de référence)

### *Un pilotage national pour les protocoles nationaux*

- création d'un **comité national des coopérations interprofessionnelles**
- qui publie un appel à manifestation d'intérêt **(AMI)**
- qui sélectionne et **appuie une ou plusieurs équipes rédactrices**
- qui suit et évalue la mise en oeuvre des protocoles nationaux

# Protocoles nationaux établis

LISTE DES PROTOCOLES DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE NATIONAUX AUTORISES					
<i>Mise à jour au 11 juin 2021</i>					
Domaine et secteur concernés	Intitulé du protocole (à reporter avec <u>exactitude</u> dans le formulaire de déclaration disponible en se connectant sur "démarches simplifiées - déclaration d'équipe")	Profession du délégant	Profession du délégué	Date de publication au JO	Arrêté d'autorisation ministériel
29 Vaccination/établissement de santé	Consultation infirmier(e) en médecine du voyage pour le conseil, la vaccination, la prescription de médicaments à titre préventif, la prescription et l'interprétation de sérologies à visée vaccinale, la prescription de vaccins	médecin	infirmier	06/03/2021	<a href="https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043220434">https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043220434</a>

=> Vaccination du voyage

# Protocole nationaux: Appels à Manifestation d'Intérêts

## Comité national des coopérations interprofessionnelles

**APPEL A MANIFESTATION D'INTERET (AMI)  
POUR L'ELABORATION  
D'UN PROTOCOLE DE COOPERATION NATIONAL**

*Conformément à l'article 66 de la Loi OTSS relatif au dispositif des protocoles de coopération entre professionnels de santé*

**Thématique cible :**

**Consultation infirmière en santé sexuelle, en lieu et place du médecin**

<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/appels-a-manifestation-d-interet-ami>

# Protocoles locaux

- Les différentes thématiques tiennent compte de la spécificité de l'activité , du contexte et des besoins locaux

## Code de la santé publique

- ▣ **Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)**
  - ▣ **Quatrième partie : Professions de santé (Articles L4001-1 à L4444-3)**
    - ▣ **Livre préliminaire : Dispositions communes (Articles L4001-1 à L4061-7)**
      - ▣ **Titre Ier : Coopération entre professionnels de santé (Articles L4011-1 à L4011-5)**
        - ▣ **Chapitre unique : Protocoles de coopération (Articles L4011-1 à L4011-5)**

Section 3 : Protocoles expérimentaux locaux (Articles L4011-4 à L4011-4-8)

Naviguer dans le sommaire du code

### ▸ Article L4011-4

Modifié par LOI n°2020-1525 du 7 décembre 2020 - art. 97

I.-Des professionnels de santé exerçant en établissement de santé public ou privé ou au sein d'un groupement hospitalier de territoire mentionné à l'article L. 6132-1 peuvent, à leur initiative, élaborer et mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération, sur décision du directeur de l'établissement et, dans les établissements publics de santé, après avis conforme de la commission médicale d'établissement ou, le cas échéant, de la commission médicale de groupement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Dans les établissements de santé privés, l'avis conforme est rendu par les instances mentionnées aux articles L. 6161-2 et L. 6161-2-1.

# La pratique avancée: décret du 18 juillet 2018

- Les infirmiers en pratique avancée disposeront de compétences élargies, à l'interface de l'exercice infirmier et de l'exercice médical.
- Les bénéficiaires:
  1. Pour les infirmiers : de nouvelles perspectives de carrière, avec l'opportunité d'un mode d'exercice plus autonome et d'une meilleure reconnaissance, y compris financière
  2. Pour les médecins : du temps médical retrouvé et de nouvelles possibilités de coopération
  3. Pour les patients : une amélioration de l'accès aux soins, une prise en charge diversifiée et une meilleure articulation des parcours entre ville et hôpital

# Inconvénients vs avantages

## • Protocoles coopération

Les « + »

Cadre réglementaire clair et défini

Valorisation de l'activité par rapport d'activité annuel

Applicables à la pratique libérale

Formation courte

Les « - »

Champs de compétences restraints Contre-indications limitantes (situations cliniques limitantes)

Reconnaissance financière minime

## • Pratiques avancées

Les « + »

Autonomie plus large

Champs de compétences plus variés

Formation plus complète plus large

Reconnaissance financière approprié à l'acquisition de compétences

Les « - »

N' existe pas en infectiologie

# Perspectives....

- Elaboration de **nouveaux protocoles de coopération** comme:
  - => la vaccination et la PEC du risque infectieux chez le patient immunodéprimé
  - => PEC des patients candidats à la Prep
- **Master en infectiologie** qui permettrait d'aborder tous les champs de compétences: de la santé publique à l'antibioréférence en passant par l'immunodépression....

**Merci pour votre attention**