

INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE ET PREVENTION ET CONTROLE DE L'INFECTION

Edition 2019

| | |
|---|----|
| Préface | 5 |
| Abréviations et acronymes | 6 |
| Introduction / Contexte | 7 |
| Histoire des métiers de l'hygiène hospitalière | 7 |
| Structuration et stabilisation d'une politique de lutte contre les IN, puis des IAS | 8 |
| Un référentiel métier : une nécessité | 10 |
| Un référentiel métier : sa construction | 10 |
| Le métier cible et les situations professionnelles | 11 |
| Contribution des sciences infirmières dans le domaine de l'hygiène hospitalière | 12 |
| Intégration des pratiques avancées dans le métier de l'infirmier en prévention et contrôle de l'infection | 13 |
| Question de recherche : Dans l'exercice de ses missions, l'infirmier hygiéniste met-il déjà en œuvre les compétences d'un IPA ? | 14 |
| Infirmière praticienne versus infirmière spécialiste clinique | 14 |
| Infirmière en pratique avancée : personne ressource et leadership au cœur des équipes | 15 |
| Quel modèle pour la France ? | 15 |
| Infirmier hygiéniste et Infirmier en pratique avancée | 16 |
| Matériel et méthode | 17 |
| Le référentiel métier hygiéniste appliqué à un métier cible : IPA | 17 |
| Infirmier en pratique avancée en prévention et contrôle de l'infection selon le modèle de Hamric | 20 |
| Vers un référentiel de compétences de l'IPA en PCI | 22 |
| Définir ce qu'est une prise en soins complexe | 22 |
| Définir la pratique clinique experte pour l'IPA en PCI | 23 |
| Définir la consultation | 25 |
| Définir le leadership | 26 |
| Définir l'Evidence Based Nursing | 27 |
| Définir la prise de décision et éthique | 29 |
| Conclusion | 33 |
| Annexes | 37 |

GROUPE DE TRAVAIL

Pilotage

Nouara BAGHDADI

Cadre de santé en réanimation, Lille

Chantal LEGER

Cadre de santé en hygiène, Poitiers

Groupe de rédaction

Michèle AGGOUNE

Cadre supérieur de santé, Paris

Marie-Christine ARBOGAST

Infirmière en hygiène, Bar le Duc

Yolène CARRE

Infirmière en hygiène, Bordeaux

Pascale CHAIZE

Cadre de santé en hygiène, Montpellier

Rachel DUTRECH

Cadre de santé en hygiène, Bordeaux

Marie Gabrielle LEROY

Infirmière en hygiène, Montpellier

Pierre PARNEIX

Praticien hospitalier, Bordeaux

Conseil Scientifique

Olivia KEITA-PERSE (Présidente)

Ludwig-Serge AHO-GLELE

Michèle AGGOUNE

Nouara BAGHDADI

Raoul BARON

Pascale CHAIZE

Arnaud FLORENTIN

Bruno GRANDBASTIEN

Chantal LEGER

Didier LEPELLETIER

Véronique MERLE

Anne SAVEY

Philippe VANHEMS

Jean-Ralph ZAHAR

GROUPE DE LECTURE

Valérie BERGER

Cadre supérieur de santé responsable de la coordination de la recherche, Maître de conférences associé temporaire Université de Bordeaux

Sophia BOUDJEMA

ATER, Infirmière hygiéniste, Université d'Aix Marseille

Martine ERB

Cadre de santé en hygiène, Lille

Bruno GRANDBASTIEN

Praticien en hygiène, CHU de Lausanne

Graziella GUERRE

Cadre de santé en hygiène CPIAS, Dijon

Isabelle LE GUINCHE

Cadre supérieur de santé en hygiène, Paris

Renée Claire HANNEN

Infirmière hygiéniste, Consultante, Metz

Anne LORY

Infirmière hygiéniste, formatrice Marseille

Josiane NUNES

Cadre de santé en hygiène, Bordeaux

Yann OLLIVIER

Infirmier référent en infectiologie, Libourne

Laetitia QUALLA WIDMER

Infirmière experte en prévention des infections associées en soins (EPIAS), Unité cantonale HPIC, Vaud

Béatrice TURCAN

Cadre supérieur de santé en hygiène, Strasbourg

PREFACE

Le poète, philosophe et artiste libanais Gibran Khalil Gibran écrivait en 1923 dans son livre *Le Prophète* : « Et qu'est-ce que travailler avec amour ? ... C'est insuffler en toutes choses que vous façonnez un souffle de votre esprit ». Et ce n'est sûrement pas par hasard que Marie-France Collière, pionnière française de la science des soins infirmiers, a choisi ces phrases pour démarrer l'ouvrage « *Promouvoir la vie* » qu'elle signa en 1982. Si nous avons eu la chance de l'avoir à nos côtés pour ce travail, peut-être nous aurait-elle suggéré de les compléter par cette autre citation issue du même livre de Gibran : « Vague et nébuleux est le commencement de toute chose l'aboutissement ne l'est pas ».

Se lancer dans une réflexion théorique sur la pratique avancée infirmière dans le domaine de la prévention des infections constituait à la fois une évidence et une gageure. Une évidence car la France s'est enfin dotée en 2018, merci Mesdames Touraine et Buzyn, d'un cadre réglementaire pour la pratique avancée infirmière qui manquait tant à notre système de soins. Et c'est donc très naturellement que la SF2H a lancé cette réflexion au sein de son Conseil d'administration dès que les prémices de cette création furent annoncées. Cet élan unanime nous offrait la perspective d'une valorisation tant espérée de la partie infirmière de nos métiers de prévention des infections associées aux soins avec l'intime conviction que nous étions parfaitement légitimes et pertinents à nous engager dans cette voie. Mais il n'y a pas de grande espérance sans obstacle à sa dimension pour y accéder et de gageure il s'agissait bien. Par essence pluriprofessionnelle et transversale, la prévention des infections associées aux soins fait coexister depuis des décennies des professionnels non médicaux et médicaux au sein d'organisations variées qui ont permis de remarquables avancées dans la sécurité des soins délivrés au quotidien aux patients et résidents de notre territoire national. Pour autant, chaque fois que l'exercice réglementaire de définition d'une équipe opérationnelle s'est présenté, au fil des circulaires et instructions ministérielles parues depuis 1995, tout le monde a vite renoncé à essayer de différencier ce qui relevait de l'activité propre de chacun. Jugé trop complexe, trop polémique, trop risqué, le débat fut chaque fois occulté rapidement.

Conscient que l'on ne bâtit pas l'avenir sur un déni, la SF2H a pris conscience qu'il était de sa responsabilité d'avancer sur ce point essentiel si nous ne voulions pas manquer le fort vent de renouveau qui souffle sur le système de santé français. Pour se faire, il fallait d'abord poser les bases de notre profession et transcender la simple coexistence de métiers. Ce fut fait, et bien fait avec la publication de notre premier référentiel métier début 2018. Ce document de référence a enfin décrit par le détail ce que nous faisons, comment nous le faisons et pourquoi nous le faisons. Fort de cette assise, il était enfin possible d'aborder la pratique avancée infirmière dans notre discipline autrement que par une somme d'interrogations. Sous la coordination érudite et experte de Nouara Baghdadi et Chantal Léger, l'ensemble des infirmières de notre Conseil d'administration a entrepris un travail scientifique et méthodologique pour définir cette pratique avancée avec ce qui en relève déjà et ce qui mériterait de se développer pour donner corps et sens à ce nouveau mode d'exercice.

De ce remarquable travail on retiendra qu'il aidera certains à mieux comprendre ce qui constitue l'essence des soins infirmiers et leur place spécifique dans la prévention des infections associées aux soins. Comme l'ensemble des déclinaisons par spécialités de la pratique avancée, ce travail offre une perspective de valorisation et d'évolution pour nos professionnels ce qui est une nécessité dans toute société dynamique. Il offre aussi une opportunité d'adapter la sécurité des soins à l'évolution des parcours patients qui nécessitent une vision décloisonnée et experte de la prise en charge holistique pour être à la hauteur de ces enjeux.

Loin d'affaiblir notre profession cette évolution en serait au contraire un pendant essentiel pour faire face à la création de notre spécialité médicale et aux enjeux démographiques associés. Je formule le vœu que nos décideurs en santé partagent cette vision et remercie encore très sincèrement les auteures de ce document remarquable.

Pierre Parneix
Président de la SF2H

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

| | |
|---------|--|
| APN | Advanced practices nurses |
| ARLIN | Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales |
| ARS | Agence régionale de santé |
| BHRe | Bactérie hautement résistante (aux antibiotiques) émergente |
| BMR | Bactérie Multi Résistante |
| CCLIN | Centre de Coordination et de Lutte contre les Infections Nosocomiales |
| CII | Conseil International des Infirmières |
| CLIN | Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales |
| CNS | Clinical Nurse Specialist |
| CPIAS | Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins |
| CTINILS | Comité Technique des Infections Nosocomiales et des Infections Liées aux Soins |
| EBM | Evidence Based Médecine |
| EBN | Evidence Based Nursing |
| EBP | Evidence Based Practice |
| EHESP | Ecole des Hautes études en Santé Publique |
| EOH | Equipe Opérationnelle d'Hygiène |
| GEA | Gastroentérite aiguë |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| HCSP | Haut Conseil de Santé Publique |
| HUG | Hôpitaux Universitaires de Genève |
| IAS | Infection Associée aux Soins |
| IDE | Infirmière Diplômée d'Etat |
| IPA | Infirmier en Pratique Avancée |
| IRA | Infection respiratoire aiguë |
| ISC | Infirmières Spécialistes Cliniques |
| ONI | Ordre National Infirmier |
| PCI | Prévention et Contrôle de l'Infection |
| PHRIP | Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale |
| PROPIAS | Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins |
| RMH | Référentiel Métier Hygiéniste |
| RNAO | Registered Nurses' Association of Ontario |
| SA | Savoir agir |
| SF2H | Société Française d'Hygiène Hospitalière |

Histoire des métiers de l'hygiène hospitalière

Historiquement, l'hygiène hospitalière en tant que discipline universitaire, trouve sa filiation dans la santé publique. Cette spécialité, qui s'est développée sur la lutte contre les infections hospitalières (fièvre puerpérale...) et les maladies transmissibles (tuberculose, syphilis, coqueluche, rougeole, typhoïde...), évolue avec la modernisation de l'hôpital (hygiène des mains, désinfection du matériel médico-chirurgical, vaccination, antibiothérapie...). L'hygiène hospitalière s'appuyant sur les connaissances scientifiques et les connaissances techniques, permet d'éviter ainsi les infections post opératoires et les épidémies dans les années 50¹.

L'émergence des résistances bactériennes entre les années 50 et 80, va faire de la prévention et du contrôle des infections dans les établissements de santé, une discipline carrefour. Cette spécialité va vivre dans cette période une profonde mutation avec l'évolution de la notion d'infection nosocomiale vers celle d'infection associée aux soins (CTINILS, 2007)² avec un élargissement de son champ d'intervention vers le secteur médico-social et la médecine de ville³. C'est la loi du 4 mars 2002 qui introduit l'usager, comme un acteur et un interlocuteur de la qualité et la sécurité des soins⁴.

La publication dans la presse des indicateurs de la LIN (lutte contre les infections nosocomiales) fait de la prévention des infections « associées aux soins », un enjeu de santé publique et médiatique à partir de 2005⁵. La santé publique n'est plus la seule spécialité responsable de cette question à l'hôpital.

L'hygiène hospitalière se révèle être un champ d'intervention qui a évolué de l'environnement hospitalier à tous les lieux susceptibles d'accueillir des soins et d'une spécialité en santé publique à l'interdisciplinarité entre tous les acteurs.

¹ Le Rat C, Quélier C, Jarno P, Chaperon J. Approche socio-historique de la lutte contre les infections nosocomiales en France. Santé Publique, vol. 22, (4), 367-378. 2010

² CTINILS, Définition des infections associées aux soins, 2007 sur [Rapport_version_courte.pdf](#)

³ INSTRUCTION N°DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/ 202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015 sur [Propias](#)

⁴ LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé sur [Loi 2002 303](#)

⁵ Circulaire DGS/SD 5 C/DHOS/E 2 n° 2003-163 du 31 mars 2003 relative au bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé ; Circulaire DGS/SD5 C/DHOS/E 2 n° 2004-47 du 5 février 2004 relative au bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2003

“ Elle a cette particularité de contribuer à l'obligation de résultat concernant la qualité et la sécurité des soins en maîtrisant la survenue d'infections qui sont susceptibles d'y être associées en milieu de soin. ”

L'hygiène hospitalière porte en elle la notion de complexité, confirmée par la nature de son champ et de son objet d'intervention. En effet, devenue la prévention du risque infectieux, elle s'intéresse au patient tout au long de son parcours de soin, quel que soit le lieu où le soin est dispensé. Elle nécessite la coopération de plusieurs acteurs et doit répondre à une exigence de sécurité des soins portée par les usagers.

Structuration et stabilisation d'une politique de lutte contre les infections nosocomiales, puis des infections associées aux soins (IAS)

Progressivement, les structures qui encadrent la lutte contre les infections nosocomiales se réorganisent tant sur le plan national (CTINILS, HCSP, HAS), sur le plan régional (CCLIN, ARLIN, CPIAS) et sur le plan local (CLIN, EOH, correspondants en hygiène et coordination de la gestion des risques).

La composition des EOH doit être conforme aux cibles chiffrées sur une base pluriprofessionnelle associant à minima un médecin ou pharmacien (un équivalent temps plein pour 800 lits) et un infirmier (un équivalent temps plein pour 400 lits)^{6,7}.

Les missions de l'EOH sont posées depuis 2001 et précisées dans la circulaire de novembre 2011 relative à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins en établissement de santé⁸ :

« L'équipe opérationnelle d'hygiène est experte dans la gestion du risque infectieux concernant les patients, les professionnels et toute personne fréquentant l'établissement... Impulser et coordonner la gestion a priori du risque infectieux nosocomial dans ses différentes dimensions (environnement, acte de soin, état de santé du patient) Impulser et coordonner la gestion a posteriori du risque infectieux nosocomial par le signalement, l'investigation et les interventions lors d'infections, les surveillances, le suivi d'indicateurs... Promouvoir la formation et l'information sur le risque infectieux nosocomial, pour les professionnels, les patients et les usagers »

⁶ Circulaire DGS/DHOS/E2 – N° 645 du 29 décembre 2000, relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé. [Circulaire 645](#)

⁷ Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé sur Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

⁸ Circulaire DGOS/PF2 n° 2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé sur [Circulaire 416](#)

⁹ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (article 1) sur [Loi 2009 879](#)

¹⁰ Circulaire DGOS/PF2 n° 2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé sur [Circulaire 416](#)

Le PROPIAS en 2015 fait de la formation des professionnels de santé un axe prioritaire. Il précise que la formation doit être dispensée par des professionnels spécialisés en hygiène.

En effet, même si les missions sont bien définies, les modalités d'exercice du métier sont hétérogènes (pharmaciens, médecins, infirmiers, cadres de santé, techniciens bio-hygiénistes...). Les professionnels de l'équipe opérationnelle d'hygiène doivent avoir bénéficié d'une formation diplômante adaptée à leurs missions et activités, et avoir des connaissances en management des risques^{9,10}.

La circulaire du 29 décembre 2000¹¹ précise que :

« Le personnel infirmier, outre les connaissances dans les domaines de l'épidémiologie, l'hygiène hospitalière et la gestion du risque infectieux, possédera des compétences en matière d'encadrement, pédagogie et méthodologie (qualité, gestion des risques, évaluation). Dans l'objectif de favoriser la reconnaissance de sa fonction transversale au sein de l'établissement, et selon les ressources et le contexte local, il est souhaitable que cet agent occupe une position hiérarchique légitimant ses actions. De plus, dans les établissements publics, cet agent doit être associé aux travaux de la commission du service de soins infirmiers au titre de personne qualifiée conformément à l'article R. 714-26-8 ».

Cependant les diplômes d'université nécessaires à l'exercice de la fonction sont construits à partir de programmes locaux très variables, en termes de contenu de durée et de validation, ce qui les rend hétérogènes¹². Ils ne permettent pas d'avoir la reconnaissance d'une spécialité d'infirmier hygiéniste.

Le PROPIAS dans son axe 1, demande l'élaboration d'un Référentiel Métier Hygiéniste médical et paramédical. Cette mission a été confiée à la SF2H qui a initié un groupe de travail pour l'élaboration de ce document.

¹¹ Circulaire DGS/DHOS/E2 n° 2000-645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé sur [Circulaire 2000_645](#)

¹² IMEA, État des lieux des formations spécifiques pour les praticiens hospitaliers en hygiène, les infirmiers et cadres hygiénistes, rapport final, janvier 2011 [IMEA](#)

La SF2H, à travers ce « référentiel métier et compétences des spécialistes en hygiène, prévention et contrôle de l'infection en milieu de soins », a souhaité redéfinir le statut professionnel des métiers de l'hygiène.

La nécessité de définir un référentiel s'inscrit dans l'évolution des missions de l'EOH. Les professionnels en tant qu'experts, gèrent le risque infectieux associé aux soins concernant les patients et les professionnels de santé. L'évolution des structures de soins et des besoins en santé ont amené les EOH à développer plus particulièrement certains aspects dans leur exercice :

- la coordination de la gestion du risque sur l'ensemble du parcours de soin ;
- la coordination de la formation et de l'information dans ce domaine auprès des professionnels, des patients (ou résidents) et des usagers ;
- l'amélioration des pratiques professionnelles, de la sécurité et de la qualité de la prise en charge des patients (ou résidents) ;
- le renforcement de la sécurité des professionnels de santé ;
- la coordination entre leur établissement, les structures d'appui régionales et l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Les activités leur permettant de remplir leurs missions sont variées : surveillance et prévention des IAS et de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques, contrôle du risque infectieux environnemental et lié aux dispositifs médicaux, déclaration d'infections inattendues ou inhabituelles et investigation d'évènement infectieux à potentiel épidémique, évaluation des pratiques professionnelles, conseil pour la prise en compte du risque infectieux lors d'actes techniques ou médico-techniques, choix de produits, d'équipements, avis lors de l'aménagement et la construction de locaux, ainsi que la formation et l'information.

Un référentiel métier : sa construction

Pour construire ce document de référence, la SF2H s'est associée à un expert consultant en gestion et développement du professionnalisme, Professeur associé à l'université de Sherbrooke (Canada), Guy Le Boterf.

Selon l'auteur, il y a une distinction entre « être compétent » et « avoir des compétences ». Être compétent, « *c'est être capable de mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente par rapport aux exigences et au contexte d'une situation à traiter en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources (connaissances, savoir-faire, comportements, aptitudes...) alors qu'avoir des compétences, c'est avoir les ressources (connaissances, savoir-faire...) pour agir de façon pertinente en situation* » (Le Boterf, 2011)¹³.

Avoir des compétences est donc une condition nécessaire mais non suffisante pour agir avec pertinence dans une situation à traiter. De fait, le référentiel prend comme point de départ les principaux types de situations professionnelles que doit savoir traiter un professionnel en hygiène. A chacune de ces situations, nommées en termes « d'activité clé » à réaliser, correspond la description d'un « savoir-agir » qui décrit des critères de réalisation souhaitable d'une activité pour atteindre un résultat attendu. C'est en fonction de ces critères qu'un spécialiste en hygiène devra agir de façon pertinente.

¹³ Le Boterf G, « Apprendre à agir et interagir en professionnel compétent et responsable », Éducation permanente, 2011-3, n° 188, p. 97-112

Le métier cible et les situations professionnelles

Les 9 situations professionnelles retenues du Référentiel Métier Hygiéniste et leur savoir-agir correspondant :



1. la gestion d'une épidémie d'infections associées aux soins (IAS) ;
2. le traitement d'un signalement de colonisation ou d'infection associée aux soins ;
3. la réalisation d'une surveillance épidémiologique des infections associées aux soins ;
4. l'élaboration, la promotion et l'accompagnement de la mise en œuvre d'un référentiel de mesures de prévention des infections associées aux soins ;
5. l'élaboration et la conduite d'un programme de prévention des infections associées aux soins intégrant la maîtrise de l'antibiorésistance ;
6. la réalisation de l'évaluation d'une pratique de soins ;
7. l'élaboration et la conduite d'un plan de prévention des risques infectieux liés à l'environnement : air, eau, surfaces ;
8. le conseil des décideurs pour prendre en compte le risque infectieux pour tout projet de construction, d'aménagement ou d'équipement ;
9. la conception et la conduite des activités de formation.

Le référentiel détermine 6 ressources nécessaires aux divers savoir-agir :

1. Connaissances scientifiques : « Connaître »
2. Connaissances méthodologiques et techniques : « Connaître »
3. Connaissances sur le contexte de travail : « Connaître »
4. Savoir-faire méthodologiques et techniques : « Être capable de »
5. Savoir-faire méthodologique de management et de gestion : « Être capable de »
6. Savoir-faire relationnels : « Être capable de ».

La SF2H, à travers ce « référentiel métier et compétences des spécialistes en hygiène, prévention et contrôle de l'infection en milieu de soins », a souhaité redéfinir le statut professionnel des métiers de l'hygiène sans distinction entre les professionnels médicaux et paramédicaux.

Tout ceci nous a conduits à nous interroger sur la contribution des infirmiers dans le domaine de l'hygiène hospitalière.

Il est écrit dans le Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 que :

« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé ».

Dans ce texte les deux rôles de la profession sont rappelés :

- le rôle propre qui consiste à accomplir les actes ou dispenser des soins visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de l'environnement du patient et comprenant son information et celle de son entourage ;
- le rôle sur prescription, pour lequel l'infirmier est habilité à pratiquer des actes précis soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin Certains de ces actes sont réalisables par l'infirmier à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment.

Les soins infirmiers se sont peu à peu médicalisés alors que leur vocation identitaire est d'assurer « la continuité de la vie des hommes et leur raison d'exister »¹⁴. Marie Françoise COLLIERE parle de « maintenir, promouvoir, développer tout ce qui existe ou tout ce qui demeure de potentiel de vie au sein des êtres vivants »¹⁵.

¹⁴ Demaison C, [Griepps](#) ; 2011

¹⁵ Colliere M F, De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers, Promouvoir la vie, MASSON, 1998

¹⁶ Henderson V, [Cours soins infirmiers](#) , consulté le 20 décembre 2018

Le vocabulaire anglais retient deux natures de soins différentes. Il distingue d'une part, les soins coutumiers et habituels, « CARE » : de l'anglais « To care » : avoir soin de... D'autre part, les soins de réparation, « CURE » de l'anglais « to cure » : curer, réséquer, traiter en ôtant le mal... qui sont les soins de réparation ou de traitement de la maladie¹⁴.

Ainsi Marie Françoise COLLIERE qui, dans une réflexion professionnelle et sociologique de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers, nous emmène vers la signification originelle et primordiale des soins et une appréhension de l'essence de notre métier.

Ainsi on peut dire que l'infirmier a pour vocation initiale d'assurer le « CARE », les soins liés aux fonctions de la vie et de la continuité de la vie. Le domaine du « CURE » s'exerçant sur délégation médicale et dans un cadre réglementaire.

Les sciences infirmières se développent donc dans le champ du « CARE » : la santé de la personne dans son environnement. Il s'agit là de savoirs multiples à mobiliser. Le projet de soins au service du projet de vie ne peut que reposer sur une réflexion scientifique (Evidence Based Nursing et recherche) qui guide l'évaluation et un raisonnement clinique guidé par les besoins fondamentaux¹⁶ (diagnostics infirmiers), l'éducation en santé (patient acteur de ses soins). L'exercice de la pratique avancée vient repositionner l'infirmier dans son rôle initial de « prendre soin ».

En France, face aux différents enjeux de santé publique et à l'accroissement des besoins en santé de la population, la Loi de modernisation de notre système de santé encourage la mise en œuvre d'une nouvelle forme d'exercice professionnel pour les infirmiers^{17,18}. Selon la définition proposée par le Conseil international des infirmières (CII, 2002), l'infirmière de pratique avancée (IPA), en anglais Advanced Practice Nurse (APN), est une infirmière diplômée d'état qui a secondairement acquis un savoir spécialisé au cours d'études supérieures au niveau du « Master of Science » ou d'un doctorat.

Ces professionnelles jouent à la fois les rôles d'experte consultante, de leadership¹⁹ clinique et d'enseignante auprès des soignants, des personnes soignées et de leurs proches.

¹⁷ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé sur [Loi 2016 41](#)

¹⁸ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée sur [Decret 2018 629](#)

¹⁹ La notion de leadership est développée page 26

Le leadership est utilisé ici dans le sens donné par l'Ordre National Infirmier (ONI) : « acteur de changement dans la complexité des situations rencontrées dans son domaine de compétence ».

Selon D. Morin²⁰, le leadership clinique s'exerce face aux soins et en interdisciplinarité. Elle décrit 4 formes de leadership :

- « *leadership clinique face aux soins et face aux collègues interdisciplinaires impliqués dans les soins en vue d'une meilleure efficacité, qualité, sécurité (micro) ;*
- *leadership organisationnel face à l'efficacité, à l'éthique et à l'interdisciplinarité en vue d'une meilleure performance et d'une meilleure qualité de vie au travail (méso) ;*
- *leadership politique face aux systèmes de santé performants, aux organismes régulateurs ou payeurs et face à la société en vue d'une meilleure cohérence, efficacité et reconnaissance (macro) ;*
- *leadership disciplinaire face aux soins, aux conceptualisations et au développement de modèles de soins, face à l'utilisation de la recherche, et face à un exercice infirmier contemporain qui permet une meilleure identité professionnelle et une fierté accrue dans un monde interdisciplinaire complexe (micro, méso et macro) ».*

²⁰ Morin D, La pratique infirmière avancée, Rev Med Suisse; 8: 1680-1. 2012

²¹ Cette notion est développée page 21

La pratique avancée repose avant tout sur le leadership clinique ou plutôt la pratique clinique²¹.

Les IPA intègrent la dimension éthique dans leurs modes d'exercice et entraînent une adhésion des équipes à promouvoir la recherche clinique en soins infirmiers. Elles doivent être capables de développer, implémenter et évaluer leurs pratiques infirmières en se basant sur des preuves.

Un autre aspect important de leurs compétences est qu'elles sont capables de prendre des décisions face à des situations complexes et disposent de compétences en pratique clinique pour une pratique des soins élargie.

Question de recherche : Dans l'exercice de ses missions, l'infirmier hygiéniste met-il déjà en œuvre les compétences d'un Infirmier en Pratique Avancée (IPA) ?

Il existe deux modalités pour exercer la pratique infirmière avancée : celle d'infirmière clinicienne spécialisée et celle d'infirmière praticienne spécialisée.

Infirmière praticienne versus infirmière spécialiste clinique

Leurs activités sont semblables et s'exercent toujours autour des axes suivants : la pratique clinique directe, la consultation, le coaching et l'enseignement, la recherche auprès des patients, de leurs proches et aussi des équipes soignantes.

Les IDE praticiennes contrairement aux IDE spécialistes cliniques, peuvent effectuer certaines activités dans le champ de la médecine : évaluation clinique, prescription et / ou orientation des patients. Ces activités dérogatoires, qui doivent être déterminées au préalable, s'exercent dans la complémentarité et impliquent une supervision médicale.

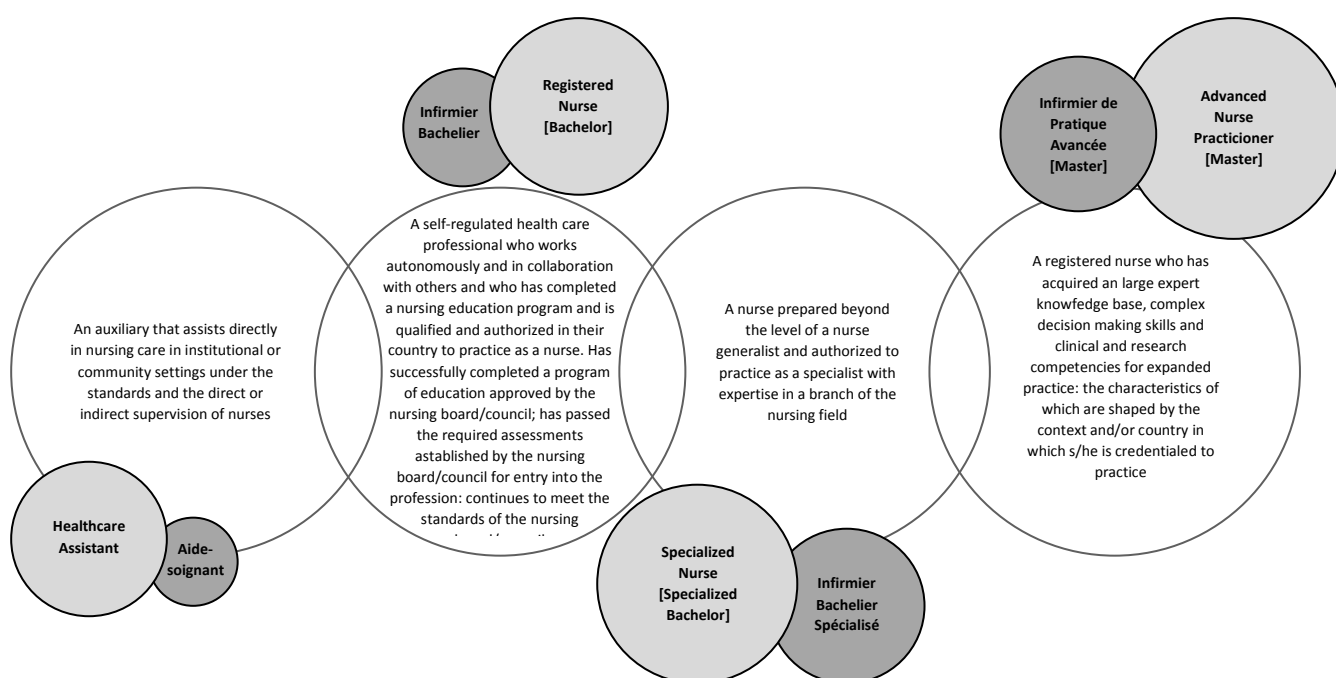


Figure 1 : Hiérarchie des titres et fonctions infirmières²³

Le Conseil International des IDE propose une définition de l'IPA et situe celui-ci dans la hiérarchie des titres et fonction IDE. La fédération européenne des associations IDE promeut cette hiérarchie pour les pays européens. A cela se rajoutent les fonctions d'encadrement²². (Figure 1)

²² Lecocq D, Mengal Y, & Pirson M, Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ? Santé Publique, s1(HS), 105-110. 2015

Infirmière en pratique avancée : Personne ressource et leadership au cœur des équipes

Aux Hôpitaux de Genève, il existe un modèle décrivant les compétences et les sphères d'influence de l'Infirmière Spécialiste Clinique. On y retrouve les axes principaux décrits plus haut :

- La pratique clinique directe qui s'exerce dans des situations de soins complexes et peut conduire à des interventions dans le champ du médical ;
- La consultation, coaching – enseignement qui s'effectue sur demande et nécessite une évaluation de la situation pour élaborer une réponse adaptée. La consultation peut être de première ligne (auprès du patient et/ou de sa famille) ou de deuxième ligne (auprès des équipes dans des situations complexes) ;
- La recherche clinique qui consiste à analyser la littérature et n'utiliser que des données probantes en collaboration inter disciplinaire et dans le respect des règles d'éthique ;
- Le leadership et la collaboration qui nécessitent une bonne connaissance de la structure et des systèmes de soins pour la conduite de projets, la prise de décision en négociant avec les autres professionnels et en valorisant leurs actions ;
- L'éthique qui conduit à toujours assurer un équilibre entre préjudice, risques et bénéfices.

Quel modèle pour la France ?

Dans « Compétences attendues de l'infirmière de pratique avancée en France : recommandations d'experts à partir d'une étude Delphi modifiée », les auteurs décrivent 10 compétences attendues pour l'IPA en France²³ :

- **Compétence n° 1** : Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le champ de compétences ouvert à l'IPA
- **Compétence n°2** : Concevoir et conduire un projet de soins personnalisé
- **Compétence n°3** : Développer des réflexions éthiques dans les situations de soins des personnes soignées
- **Compétence n°4** : Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutiques dans le champ de compétences ouvert à l'IPA
- **Compétence n°5** : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs, préventifs et de dépistage dans le champ des compétences ouvert à l'IPA
- **Compétence n°6** : Etablir des partenariats de soins en vue d'une collaboration centrée sur la personne soignée
- **Compétence n°7** : Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle et celle de ses pairs
- **Compétence n°8** : Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques
- **Compétence n°9** : Organiser une activité de consultation infirmière de pratique avancée
- **Compétence n°10** : Informer, former les patients et les familles.

²³ Ambrosino F, Barrière C, Danan J-L, Lecointre B, Hue G, Meury P, Debout C. Compétences attendues de l'infirmière de pratique avancée en France : recommandations d'experts à partir d'une étude Delphi modifiée, Rev. Francophone Internat. de Recherche Infirmière, Vol. 4, Issue 1, 5-19. 2018

²⁴ Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady, Advanced practice nursing: an integrative approach. 5th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier/Saunders. 2014

Les auteurs proposent de répartir ces compétences dans le cadre défini par Hamric et al²⁴.

Infirmier hygiéniste et Infirmier en Pratique Avancée

Le passage par un profil métier cible a été défini comme un préalable incontournable à la démarche de réalisation d'un référentiel de compétences.

Il s'agit :

- de garantir l'adéquation entre la formation professionnalisante des infirmiers et les besoins des milieux de soins (demande en soins, contexte socio-économique...);
- d'explicitier la méthodologie d'élaboration du référentiel métier « infirmier en pratique avancée en hygiène, prévention, contrôle de l'infection en milieu de soins », basé sur une approche visant le développement des compétences ;
- de définir les certifications : quel diplôme, quel contenu de formation, quelles compétences attendues pour le métier cible ? Quels sont les liens entre elles ?
- de définir des situations complexes dans lesquelles les professionnels sont et seront appelés à mobiliser les savoirs et savoir-faire acquis.

Le référentiel Métier Hygiéniste (RMH) appliqué à un métier cible : IPA

Pour cela, nous avons procédé en 3 étapes.



Etape 1 : L'identification des savoir-agir du RMH concernés pour mettre en œuvre les compétences de l'IPA (tableau 1 en annexe 1)



Au total : 9 savoir-agir (SA) et 10 compétences IPA.

Les **savoir-agir** du référentiel métier :

- SA1 : Gérer une épidémie d'infections associées aux soins
- SA2 : Traiter un signalement de colonisation ou d'infection associée aux soins
- SA3 : Réaliser une surveillance épidémiologique des infections associées aux soins
- SA4 : Elaborer, promouvoir et accompagner la mise en œuvre d'un référentiel des mesures de prévention des infections associées aux soins
- SA5 : Elaborer et conduire un programme de prévention des IAS intégrant la maîtrise de l'antibiorésistance
- SA6 : Réaliser l'évaluation d'une pratique de soins
- SA7 : Elaborer et conduire un plan de prévention des risques infectieux liés à l'environnement : air, eau, surfaces
- SA8 : Conseiller les décideurs pour prendre en compte le risque infectieux pour tout projet de construction, d'aménagement ou d'équipement
- SA9 : Concevoir et conduire des activités de formation continue dans le domaine de la gestion du risque infectieux pour les professionnels de santé

Les **compétences** de l'IPA :

- Compétence 1 : Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le champ de compétences ouvert à l'IPA
- Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet de soins personnalisé
- Compétence 3 : Développer des réflexions éthiques dans les situations de soins des personnes soignées
- Compétence 4 : Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique dans le champ de compétences ouvert à l'IPA
- Compétence 5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs, préventifs et de dépistage dans le champ de compétences ouvert à l'IPA
- Compétence 6 : Etablir des partenariats de soins en vue d'une collaboration centrée sur la personne soignée
- Compétence 7 : Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle et celle de ses pairs
- Compétence 8 : Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques
- Compétence 9 : Organiser une activité de consultation infirmière de pratique avancée
- Compétence 10 : Informer, former les patients et les familles



Etape 2 : L'élaboration d'un tableau pour chaque SA en répertoriant pour chacun, les savoir-faire ou les ressources et connaissances en ciblant ceux que nous avons considérés comme appartenant au domaine de compétence de l'IPA (annexe 2).



Les compétences de l'IPA ont été identifiées telles que citées dans un article de Florence AMBROSINO (REFIRI).

Ce tableau nous a permis :

- d'avoir une représentation globale de la distribution des différents items
- de pouvoir identifier de façon plus précise quels SA étaient à mobiliser pour chaque compétence IPA
- de savoir quels étaient les SA le plus fréquemment sollicités pour l'exercice de l'IPA



Etape 3 : à partir de ces premiers résultats, nous avons recherché les concordances entre les SA du RMH et les compétences de l'IPA et nous les avons complétés par les spécificités et contributions de l'IPA en PCI.



Cette étape est présentée en annexe 3.

Nous avons retenu le modèle international d'Ann Hamric pour décrire les principes de la pratique avancée et développer ainsi un référentiel de compétences.

Ces critères se définissent de la façon suivante :

- La pratique clinique experte : compétences 1, 2, 4 et 5
- La consultation : compétence 9
- La recherche et la pratique fondée sur les données probantes (evidence-based nursing) : compétence 8
- La collaboration : compétence 6
- Le leadership clinique et professionnel : compétence 7
- L'expertise et le conseil : compétence 10
- La prise de décision éthique : compétence 3

Pour exemple :

Tableau 1 : Les différents SA sont classés en fonction des compétences de l'IPA

| COMPETENCES HAMRIC | SAVOIRS FAIRE et compétences IPA | Analyser et interpréter les données d'une évaluation des pratiques professionnelles | Analyser et interpréter des données de surveillance | Analyser le parcours de soins d'un patient | Analyser une pratique de soins par rapport aux recommandations |
|--------------------------------------|----------------------------------|---|---|--|--|
| Pratique clinique experte | IPA1 | | SA3.SA7 | SA1.SA2 | |
| Pratique clinique experte | IPA2 | | SA3.SA7 | SA1.SA2 | |
| Prise de décision éthique | IPA3 | | | SA1.SA2 | |
| Pratique clinique experte | IPA4 | | SA3.SA7 | SA1.SA2 | |
| Pratique clinique experte | IPA5 | | SA3.SA7 | SA1.SA2 | |
| Collaboration | IPA6 | | SA7 | SA1.SA2 | |
| Leadership clinique et professionnel | IPA7 | | SA3 | | |
| Recherche et la pratique EBN | IPA8 | | SA3.SA7 | | |
| Consultation | IPA9 | | | | |
| Expertise et conseil | IPA10 | | SA7 | SA2 | |

Sur le tableau 2 ci-dessous, sont notées en rouge les compétences qui relèvent exclusivement du domaine médical : Estimer la criticité d'un signalement et valider un diagnostic d'une infection associée aux soins.

Tableau 2 : Nombre de citations de ressources des SA (seul ou en association) pour chaque compétence IPA

| COMPETENCES HAMRIC | SAVOIRS FAIRE et compétences IPA | SA1 | SA2 | SA3 | SA4 | SA5 | SA6 | SA7 | SA8 | SA9 | |
|--------------------------------------|----------------------------------|----------------|---------------------|--------------|-------------|--------------------------------|----------------------------|---------------|--------------------------|-----|-----------|
| Pratique clinique experte | IPA1 | 13 | 8 | 8 | | | | 8 | | | |
| Pratique clinique experte | IPA2 | 13 | 8 | 8 | | | | 8 | | | |
| Prise de décision éthique | IPA3 | 13 | 8 | | | | | | | | |
| Pratique clinique experte | IPA4 | 13 | 8 | 8 | | | | 8 | | | |
| Pratique clinique experte | IPA5 | 13 | 8 | 8 | | | | 8 | | | |
| Collaboration | IPA6 | 13 | 8 | 1 | 11 | 8+1 | | 7 | 6+1 | | |
| Leadership clinique et professionnel | IPA7 | | | 6 | 12 | | | 7 | | | |
| Recherche et la pratique EBN | IPA8 | | | 3 | 12 | | 5 | 8 | | 1 | |
| Consultation | IPA9 | | | 3 | | | | | | | |
| Expertise et conseil | IPA10 | | | 1 | 12 | | 6 | 4 | 8 | 1 | |
| | | 78 | 55 | 46 | 47 | | 14 | 9 | 62 | 6 | 2 |
| | | Gérer épidémie | Traiter signalement | Surveillance | Référentiel | Programme IAS + ATB résistance | Evaluation Pratiques soins | Environnement | Conseiller les décideurs | les | Formation |

Savoir Agir médical

L'analyse de ces tableaux a permis de différencier les compétences requises pour l'exercice de l'infirmier en PCI et celles relevant de la pratique experte de l'IPA. Elle nous a permis de mettre en évidence que le RMH est en adéquation avec l'expertise des IPA.

Cette analyse montre que certaines compétences du métier d'hygiéniste en lien avec la pratique clinique experte sont bien développées dans le RMH. Cependant le groupe de travail qui a élaboré ce référentiel, a choisi de se centrer sur un nombre restreint d'activités de l'hygiéniste : SA6, 8, 9 n'apparaissent pas comme des compétences spécifiques IPA dans notre analyse. Elles ont été intégrées aux compétences des infirmiers hygiénistes.

Infirmier(ère) en pratique avancée en Prévention et Contrôle de l'Infection selon le modèle de Hamric

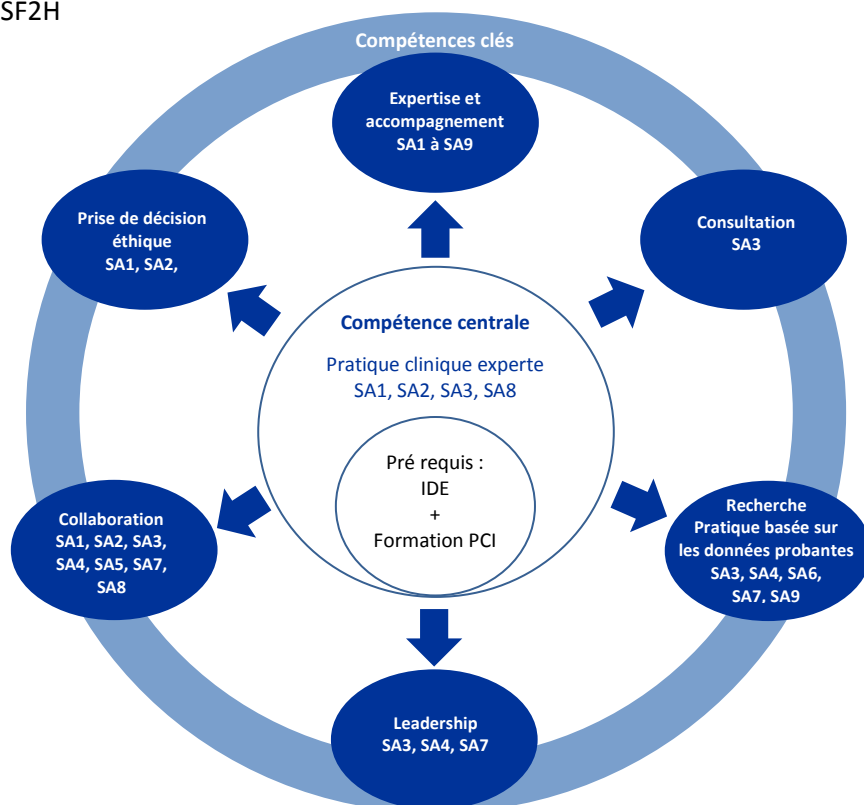
Le schéma d'Hamric propose une modélisation des compétences de l'IPA avec la pratique clinique experte comme compétence centrale et 6 compétences clés qui la confortent : l'expertise et l'accompagnement (guidance, coaching), la consultation, la recherche, la pratique basée sur les données probantes, la collaboration et la prise de décision éthique.

Dans le RMH, la pratique clinique experte (SA 1, 2, 3, 8)²⁵, l'expertise et l'accompagnement (SA 1 à 9), la collaboration (SA 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8) et la recherche (SA 3, 4, 6, 7, 9) sont bien définies.

²⁵ SF2H, Référentiel métier : Spécialistes en Hygiène, Prévention, Contrôle de l'infection en milieu de soins. 2018/03, 73 pages. Consulté le 15/03/2018 sur [Referentiel.metier](#)

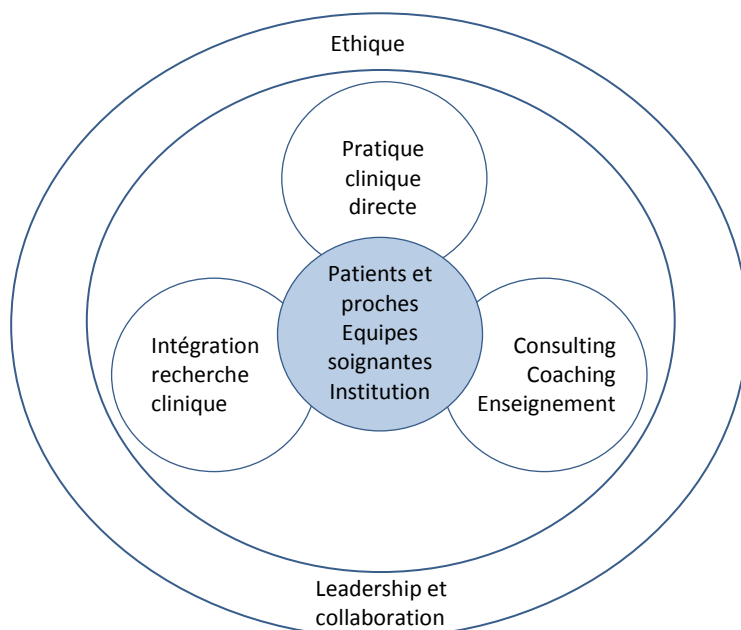
Trois compétences y sont moins développées : il s'agit du leadership (SA3, 4, 7), la prise de décision éthique (1, 2) et la consultation (SA 3).

Figure 2 : Compétences de l'IPA en PCI d'après la représentation d'Hamric & al (2013) et selon le RMH de la SF2H



Ces compétences très dépendantes les unes des autres ont été modélisées selon 3 sphères d'influence pour l'exercice IPA aux hôpitaux de Genève (HUG). Ces derniers ont intégré la pratique avancée dans les équipes de PCI.

Figure 3 : Les trois sphères d'influence et les compétences des infirmières spécialistes cliniques (ISC) aux HUG²⁶



« L'Infirmier Spécialiste Clinique 2020 » développe des compétences dans les cinq familles inspirées par Diane Morin²⁷ (2011) et The National CNS Competency Task Force (2010)²⁸. Ses activités principales s'inscrivent autour des axes suivants :

- la pratique clinique directe
- la consultation/coaching/enseignement
- la recherche.

Ces activités sont réalisées en exerçant un leadership collaboratif tout en respectant les valeurs éthiques. Nous avons choisi de décliner cette vision dans le champ de l'IPA en PCI. D'une part, nous nous appuyons sur le modèle d'Ann Hamric afin de définir la pratique clinique experte. D'autre part, nous avons considéré le modèle des HUG qui propose une vision plus intégrative pour définir les compétences des IPA en PCI : la consultation, le leadership, la prise de décision éthique l'EBN.

Le modèle Suisse est basé sur un exercice de spécialiste clinique. En France, le décret positionne l'IPA en tant qu'infirmière praticienne et prévoit d'intégrer certains actes (actes dérogatoires).

Au niveau conceptuel, les modèles de pratique avancée d'Hamric et Suisse ont été développés respectivement aux Etats Unis et aux Hôpitaux Universitaires de Genève. Ces modèles nécessitent une adaptation au système de soins et de formation en soins infirmiers français. Il est donc souhaitable qu'un modèle français se développe dans les prochaines années.

²⁶ Infirmière spécialiste clinique aux HUG : quelle vision en 2020 ? sur [Direction des soins.pdf](#), consulté le 6/02/2019

²⁷ Morin D., (2011). La pratique infirmière avancée. Présentation réalisée aux HUG, 2 février 2011.

²⁸ The National CNS Competency Task Force (2010). Clinical Nurse Specialist Core Competencies. Consulté le 25 mars 2019 sur [Nacns](#)

Vers un référentiel de compétences de l'IPA en PCI

La revue de la littérature nous a permis de contextualiser les rôles attendus de l'IPA, de retenir des énoncés pour les compétences et de les relier à des situations professionnelles.

Définir ce qu'est une prise en soins complexe

Dans un travail de l'EHESP sur la « coordination des parcours complexes de soins », les auteurs disent qu'il est possible de parler de pratique avancée lorsque l'infirmier acquiert une position particulière qui est celle de coordination d'une équipe de travail, notamment dans une situation de décision relative à la prise en charge²⁹.

Le Conseil International des Infirmiers donne cette définition : « une infirmière qui exerce en pratique avancée est une infirmière diplômée qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer »³⁰.

Le mot « complexe » vient du latin *complexus*, entrelacé, de *complectere*, de cum, avec, et *plectere*, plier. C'est un adjectif qui implique une notion de difficulté, de complications liées à une situation qui embrasse ou contient plusieurs idées, « fait d'éléments différents imbriqués »^{31,32,33}.

Dans un article de Revue Médicale Suisse portant sur la théorie des systèmes complexes, les auteurs expliquent que ces organisations « naissent partout où il y a apparition de nouvelles propriétés. », qu'un système complexe est non linéaire, puisque le nouvel état n'apparaît pas progressivement, mais brusquement³⁴.

« Les compétences clés d'une infirmière de pratique avancée « APN » (advanced practise nursing) ont été définies ainsi : la pratique clinique directe, le coaching en tant qu'experte, la consultation/guidance, le processus de prise de décision éthique, la collaboration interdisciplinaire, le leadership clinique et spécialisé et les compétences en matière de recherche »³⁵.

Les situations professionnelles :

Ces situations ne sont pas définies en tant que situations cibles mais en tant que situations répondant aux critères suivants :

1. Situation nouvelle pour les professionnels avec une difficulté de maîtrise
2. Raisonnement clinique difficile et absence d'étayage scientifique (EBN)
3. Incapacité à contextualiser (difficulté d'analyse du risque, perte des capacités d'analyse dans une situation non maîtrisée, sentiment d'incompétence)

²⁹ EHESP/MIP 2012/Gp10 – Coordination des parcours complexes de soins et pratiques avancées infirmières

³⁰ La pratique avancée en soins infirmiers : définition du CII (Conseil International des Infirmiers), réseau de pratique avancée (2002)

³¹ <https://www.littre.org/definition/complexe>

³² <http://www.cnrtl.fr/definition/academie8/complexe>

³³ <http://www.cnrtl.fr/definition/academie9/complexe>

³⁴ Francis A. Waldvogel et col, Les malades complexes : de la théorie des systèmes complexes à une prise en charge holistique et intégrée Revue Médicale Suisse – www.revmed.ch – 9 mai 2012

³⁵ Morin D et al, Enjeux de santé et pratiques de soins complexes - Le point sur la pratique infirmière avancée, Krankenpflege, Soins infirmiers, Cure infirmieristiche, may 2015

La compétence d'infirmier hygiéniste conduit quotidiennement à gérer la coordination de systèmes complexes liés à des risques émergents. Cette compétence est mobilisable lorsqu'il s'agit de gérer des risques prévisibles, mais également des épisodes de crise avec les questions organisationnelles et éthiques que cela génère. Pour donner quelques exemples :

- épidémies d'IRA, de GEA, gale...,
- maîtrise de la diffusion de BMR, BHRé dans les unités de soins, gestion des cas et des contacts,
- organisation des parcours de soins.

L'ensemble des compétences liées à la pratique clinique experte est majoritairement retrouvé dans les savoir agir du référentiel métier de la SF2H et relèverait bien du rôle de l'IPA en PCI.

Définir la pratique clinique experte pour l'IPA en PCI

La démarche clinique est une démarche d'expert auprès des patients et non une démarche de professionnel spécialisé.

Elle s'appuie sur des compétences spécifiques telles qu'un niveau élevé de connaissances acquises lors d'études universitaires, un savoir-faire infirmier expert, lui permettant ainsi de développer des compétences élargies et approfondies pour pratiquer un niveau avancé de prestations.

Les pratiques cliniques sont basées sur des preuves scientifiques appuyées par des conceptions infirmières (Evidence Based Nursing).

La pratique clinique directe ou experte est essentielle pour réaliser les activités suivantes : évaluer la qualité, l'efficacité et la sécurité des soins ; faire preuve de compétence clinique, établir les besoins d'apprentissage dans l'équipe soignante ; affiner sa propre expertise et sa pratique réflexive. Elle nécessite un haut degré d'autonomie. Pour Ann Hamric la compétence centrale de l'IPA est axée sur la pratique clinique directe.

Les compétences 1, 2, 4 et 5 selon Hamric³⁶ rentrent dans le champ d'activité de pratique clinique experte décrit dans la loi de modernisation du système de santé³⁷ français à partir du travail réalisé sur la base des recommandations d'experts en 2016³⁸.

³⁶ Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. Advanced nursing practice : An integrative approach. Philadelphie : Saunders, 2009

³⁷ Ambrosino F, et al. Compétences attendues de l'infirmière de pratique avancée en France : recommandations d'experts à partir d'une étude Delphi modifiée. Revue francophone internationale de recherche infirmière (2018)

³⁸ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 119 « exercice en pratique avancée ».

L'IPA est capable de :

1. Réaliser un examen clinique et une surveillance clinique et paraclinique

[Art. L. 4301-1.-I, 1°, b)³⁹ : « Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique »] ;

- Par un examen clinique approfondi, incluant l'anamnèse, selon des modalités de supervision médicale définies.
- Si besoin, l'examen clinique est complété par la prescription d'examens paracliniques (dans son champ de compétences). Elle est capable d'utiliser les techniques d'investigation spécifiques à son champ d'exercice et ses missions.
- Sur la base d'un raisonnement clinique infirmier expert, l'IPA est capable d'évaluer une situation de soins complexe, d'adapter un protocole thérapeutique en utilisant les données probantes disponibles et d'élargir son intervention afin d'englober le champ du dépistage pouvant parfois l'amener à identifier un diagnostic.

2. Prescrire selon le cadre législatif

L'élargissement des compétences est prévu dans le cadre d'un renouvellement de traitement ou de prescription d'examens complémentaires ou de produits non soumis à prescription médicale obligatoire [Art. L. 4301-1.-I, 1°, c) : « des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales »].

- Prescrire les examens de dépistage jugés nécessaires au terme du raisonnement clinique en accord avec le champ de compétences ouvert à l'IPA.
- Adapter le traitement si besoin en collaboration avec le médecin.
- Favoriser les auto soins.

3. Mettre en œuvre une dimension éducative dans le champ de la santé est une des activités de l'IPA :

- En guidant, conseillant et éduquant avec la mise en place et l'adaptation de thérapeutique aux besoins et capacités du patient. Elle s'assure de l'observance du patient par une éducation adaptée en tenant compte des innovations en santé.
- Le dépistage constitue un domaine important de la pratique clinique qui peut être investi par l'IPA.
- Elle peut analyser et expliquer les réactions des patients et leurs comportements face à des changements de l'état de santé, face à des problèmes de santé avérés ou potentiels.

La pratique clinique experte fait appel à des connaissances et compétences spécifiques de l'IPA. Un des aspects de cette compétence relève d'actes dérogatoires qui doivent être précisés par voie réglementaire. Un autre volet de la pratique réside en une habileté à communiquer et résoudre les situations complexes tout en mobilisant les ressources de l'équipe inter-professionnelle et celles du patient. L'encadrement et le conseil sont des compétences fondamentales de l'IPA. Ces deux missions peuvent s'exercer lors de la consultation.

³⁹ Code la santé publique : Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

Définir la consultation

Le Boterf⁴⁰ précise qu' : « un professionnel peut de moins en moins souvent être compétent tout seul, avec ses propres « ressources ». C'est particulièrement le cas lorsqu'il doit faire face à des situations complexes. La consultation se présente comme une alternative à la résolution de problèmes complexes. Elle est un des éléments qui permettent à l'IPA d'exercer son leadership en instaurant une collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire ou de manière individuelle avec des professionnels ou/et le patient. Roy et col proposent un tableau répertoriant les situations et personnes concernées par la consultation⁴¹ :

Figure 4 : La compétence de consultation⁴¹

| Consultation et clients éventuels | |
|--|---|
| Types de client | Situation |
| Patient-famille | <ul style="list-style-type: none">• Problèmes complexes• Manque de connaissances et d'habiletés• Soins directs |
| Infirmière/autre professionnel de la santé | <ul style="list-style-type: none">• Difficultés et problèmes cliniques• Assistance et soutien à l'infirmière• Soins indirects |
| Unité/programme | <ul style="list-style-type: none">• Expertise pour orienter les changements et développer des pratiques |
| Organisation | <ul style="list-style-type: none">• Expertise pour orienter les choix sur le plan clinique |

La consultation nécessite de s'appuyer sur des références scientifiques (EBN). Elle se déroule dans le respect méthodologique de la résolution de problèmes.

Les valeurs humanistes, l'écoute, le partage, la transmission de connaissances sont au cœur de la consultation. Elle relève d'une notion spécifique qui est celle de l'accompagnement. L'accompagnement est une posture professionnelle spécifique qui représente « une ressource et non une aide », une relation collaborative. Paul, dans un écrit concernant l'accompagnement dans le champ professionnel, précise qu' : « *en ce qui concerne l'accompagnement auprès des professionnels de la santé, il s'agit, dans leur version la plus connue, de groupes de soutien rebaptisés « groupes d'accompagnement »* »⁴². Il paraît évident que l'organisation de ces groupes suppose un certain environnement institutionnel : une volonté politique d'entendre les difficultés des professionnels et un désir de les doter des moyens nécessaires.

La consultation est un moyen d'assurer cet accompagnement. Elle doit créer un espace de discussion à la recherche d'une alternative acceptable pour tous, tout en garantissant l'atteinte des objectifs de qualité des soins. Roy et col, dans un article centré sur la consultation, expliquent les différentes étapes du processus : l'entrée, le contrat, l'orientation de l'intervention, la détermination du problème, la planification des actions, la réalisation des interventions et, finalement, l'évaluation, la conclusion et le désengagement.

⁴⁰ Le Boterf G, Agir en professionnel compétent et avec éthique », *Éthique publique*[En ligne], vol. 19, n° 1 | 2017, mis en ligne le 21 juillet 2017, consulté le 15 mars 2019. URL : [Journals.openedition](#) ; DOI : 10.4000/ethiquepublique.2934

⁴¹ Roy O, Champagne J, Michaud C. Compétence liée à la pratique avancée, la consultation permet d'améliorer une situation jugée insatisfaisante ou de faciliter la résolution d'un problème. Proposition d'un modèle intégré de consultation

⁴² Paul M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*, 110(3), 13-20. 2012

Pour Le Boterf,

« Plus un problème est complexe, plus les acteurs qui s'attachent à le résoudre sont dépendants les uns des autres. Un professionnel compétent agit non seulement avec d'autres mais en fonction des autres : il prend en compte leurs contraintes, la spécificité de leurs démarches, leurs priorités, leurs temporalités ; il leur communique les informations dont ils ont besoin, il cherche à leur rendre lisibles son action et ses façons d'agir ; il les aide à atteindre leurs propres objectifs... oriente ses pratiques en tenant compte des enseignements qu'il tire, non seulement de sa propre expérience, mais aussi de celles de sa communauté de métiers. »

Nos collègues Québécoises (Roy et col) précisent que « celles qui ont travaillé avec une infirmière consultante améliorent leurs compétences et deviennent notamment plus habiles à solutionner leurs problèmes ».

Deux expériences françaises peuvent illustrer le concept de consultation : dans l'une, un groupe de travail régional a permis la résolution de problèmes rencontrés par des IDE en PCI de différents établissements. Les situations décrites répondaient aux critères de situations complexes et ont été résolues selon la méthodologie du Co-développement professionnel⁴³ ; La 2^{ème} étude montre que le groupe de Co-développement professionnel présente un intérêt dans la coordination, l'accompagnement et la formation des correspondants en hygiène hospitalière dans un centre hospitalier⁴⁴.

Définir le leadership

Selon Hamric, la pratique avancée suppose un élargissement des habilités et un développement des compétences dans un domaine spécifique des soins infirmiers. Dans le champ de la PCI, l'expertise clinique alliée à un niveau d'études académiques permettent aux infirmiers d'acquérir des compétences élargies qui favorisent l'autonomie et la gestion des situations complexes. L'IPA en PCI mobilise ainsi la connaissance des fondements théoriques et les données probantes, la pratique clinique experte et son éthique professionnelle pour prendre des positions et des décisions en collaboration avec les équipes et dans l'intérêt du patient. A travers cette posture professionnelle, l'IPA en prévention et contrôle de l'infection adopte une position de chef de file sans avoir de relation hiérarchique avec les équipes. Hamric définit cette aptitude comme l'une des compétences clefs des IPA : il s'agit du leadership clinique et professionnel.

⁴³ Léger C, Beduchaud A-M, Colette M, Foulonneau I, Perrin M, Landry L. Place et rôle du groupe de codéveloppement professionnel. Techniques hospitalières. 2011

⁴⁴ Léger C, Bouvin F, Beneteau C, Chubilleau C, Venier AG. Impact de la mise en place d'un groupe de codéveloppement professionnel à destination des correspondants en hygiène sur leurs aptitudes et compétences déclarées. Hygienes 2016

Le leadership se définit comme :

« L'état, la qualité d'une personne placée dans une position dominante et qui dans un groupe ou une organisation, exerce une influence en raison de son rôle professionnel, de ses idées, de sa conduite, de sa capacité d'entraînement des autres et de son charisme. Son action permet au groupe d'atteindre ses objectifs de manière efficace. »

Le leadership est indissociable de la compétence développant les pratiques fondées sur les données probantes. La reconnaissance du rôle de l'IPA en PCI, et donc de son leadership, s'appuie principalement sur sa capacité à amener les données scientifiques dans le champ de la pratique grâce au travail de recherche. Ainsi, elle identifie les opportunités d'amélioration, initie et accompagne le changement des pratiques professionnelles, en étroite collaboration avec ses pairs et l'équipe managériale. Son action vise à aider le groupe à atteindre ses objectifs efficacement et à innover. L'IPA en PCI œuvre en interdisciplinarité pour promouvoir et communiquer les valeurs du soin.

Mathieu, dans son article sur « les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée » retient la définition suivante du leadership : « processus par lequel un individu influence un groupe d'individus pour réaliser un but commun »⁴⁵. Il y rattache les trois buts du leadership identifiés par Hamric : l'innovation clinique, la formation, le coaching et l'activisme en faveur du développement des soins et de la discipline infirmière. Mathieu propose à partir du modèle de Sherman et al une adaptation de la notion du leadership à l'exercice de la pratique avancée. Nous pouvons en retenir que des comportements clés accompagnent les savoir-agir en matière de leadership. Ces comportements clés sont : les pratiques cliniques exemplaires, l'efficacité personnelle, la gestion des ressources matérielles, financières et informationnelles, l'efficacité professionnelle et inter professionnelle et la pensée systémique.

Définir l'Evidence Based Nursing

L'EBN est née avec Florence Nightingale. Cette pionnière a recherché quelle pratique de soin était la plus bénéfique au patient au vu des résultats d'expériences et de comparaison de pratiques. Elle a également utilisé la statistique pour prédire la morbidité.

La pratique de soin fondée sur des données probantes a émergé dans la pratique médicale des années 70. A cette époque, dans la communauté médicale les prise en charges pour une même pathologie étaient multiples, dépendantes du clinicien et basées sur des connaissances et savoir-faire empirique⁴⁶. Le concept d'Evidence Based Médecine (EBM) est né, et évolue en Evidence Based Practice (EBP) afin d'englober d'autres métiers que les médecins. Cette généralisation du concept est critiquée par la communauté infirmière. En effet, les données probantes par excellence sont issues d'essais randomisés. Or la pratique infirmière se base sur l'expertise clinique, s'adapte au patient dans un objectif d'individualisation des soins⁴⁷. Des études qualitatives peuvent éclairer de façon non négligeable la pratique infirmière.

⁴⁵ Mathieu L et al. Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière, Volume 2, Issue 2, June 2016, p 105-13

⁴⁶ Mackey A, Bassendowski S. The History of Evidence-Based Practice in Nursing Education and Practice. J Prof Nurs Off J Am Assoc Coll Nurs. févr 2017;33(1):51-5.

⁴⁷ Goulet C, Lampron A, Morin D, Heon M. La pratique basée sur les résultats probants. Partie 1 : origine, définitions, critiques, obstacles, avantages et impact. Rech Soins Infirm. ;(76):12-8. 2004

⁴⁸ French P. The development of evidence-based nursing. J Adv Nurs.;29(1):72-8. 1999

En 1999, French précise la particularité des soins IDE et apporte au concept la notion de connaissances implicites⁴⁸. Ce type de connaissance n'est pas issu d'un apprentissage scolaire mais se développe chez les IDE lors de leur activité de soin et de leur relation privilégiée avec les patients.

De nombreuses définitions ont été proposées pour le concept d'EBN. Scott et McSherry ont relevé 13 définitions issues de la littérature de 1997 à 2004 et ont comparé les éléments clés permettant de différencier EBN et EBP⁴⁹. A l'issue de leur réflexion ils proposent une définition spécifique à l'EBN : « Processus continu par lequel les données probantes, la théorie des soins infirmiers et l'expertise clinique des praticiens sont évaluées de façon critique et examinées avec la participation des patients, afin de leur fournir des soins infirmiers optimaux ».

L'EBN est bien un processus qui s'étend de l'idée ou questionnement de départ jusqu'à l'implémentation d'une solution garantissant des soins de qualité.

Les auteurs utilisent le terme « implémentation » pour évoquer la phase de transferts des données probantes de la littérature dans la pratique de soin. Cette notion peut être traduite par « déploiement » ou « mise en œuvre ». Elle correspond à l'application d'une ligne directrice en utilisant des stratégies de communication efficaces, en identifiant et surmontant les obstacles au changement avec des techniques administratives et éducatives efficaces dans le cadre de la pratique. Ainsi, il ne s'agit pas d'une diffusion passive de recommandations ou de la seule validation actée par l'encadrement⁵⁰.

De nombreux modèles d'implémentation ont été proposés (annexe 4). Certaines étapes sont communes : identification d'une problématique, réalisation d'un état des lieux des connaissances, identification de recommandations, mise en application des recommandations dans la pratique de soin.

Certains modèles apportent des compléments intéressants pour mener à bien le processus.

L'Iowa Model⁵¹ intègre une étape de priorisation des questionnements et, dans sa version de 2001, une notion de feedback, avec un processus qui n'est plus de type marche en avant, mais qui a la possibilité de retour en arrière selon les résultats obtenus à chaque étape. De plus, il est précisé la nécessité de mener un projet de recherche en l'absence d'argument scientifique répondant au questionnement.

Le PARISH Model⁵² évoque trois facteurs déterminant l'utilisation de la recherche : les données probantes, le contexte et la facilitation. Ce modèle accorde une place importante au contexte qui aura un impact sur la facilité d'implantation des nouvelles pratiques. L'importance du contexte est reprise dans le RNAO toolkit⁵³.

En France, le concept d'EBN n'est pas aussi développé. La première raison est historiquement liée à la formation et aux compétences des infirmières françaises. L'intérêt est croissant et les compétences infirmières s'affinent avec l'évolution de la formation initiale. Ainsi les « sciences infirmières » apparaissent clairement dans le programme de formation initiale des IDE de 2009⁵⁴. L'étudiant se doit d'acquérir des compétences d'analyse de la qualité des soins et d'améliorer sa pratique professionnelle ; il se doit également de savoir rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.

⁴⁹ Scott K, McSherry R. Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. J Clin Nurs.;18(8):1085-95. 2009

⁵⁰ Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicales Can.;157(4):408-16. 1997

⁵¹ Titler MG, Kleiber C, Steelman VJ, Rakel BA, Budreau G, Everett LQ, et al. The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. Crit Care Nurs Clin North Am.;13(4):497-509. 2001

⁵² Titler MG, Kleiber C, Steelman VJ, Rakel BA, Budreau G, Everett LQ, et al. The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. Crit Care Nurs Clin North Am.;13(4):497-509. 2001

⁵³ [Rnao](#) consulté le 15/12/2018

⁵⁴ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier (compétence 8 : rechercher et traiter des données professionnelles scientifiques)

La création du Programme Hospitalier de Recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) a également permis aux infirmières de se lancer dans des projets de recherche et d'obtenir un financement.

Il existe cependant un fossé entre la théorie et la pratique ; de ce fait la mise en œuvre complète d'un processus d'EBN reste complexe. Dans son ouvrage traitant de l'intégration des données probantes en pratique clinique, Poiroux propose une liste de freins et de facteurs favorisant à l'utilisation des données scientifiques⁵⁵. Ils sont classés en 3 catégories : caractéristiques personnelles des IDE, caractéristiques professionnelles des IDE, caractéristiques de l'organisation.

Poiroux propose également des axes d'amélioration classés en 3 groupes : apport d'une formation spécifique, management, création de réseaux de personnes sensibilisées.

L'IPA en PCI doit, de par sa formation, posséder les clés lui permettant de mettre en place un processus d'EBN. Elle doit aussi sensibiliser les professionnels de santé à ce processus et accompagner les soignants et les patients dans l'objectif d'améliorer la prévention des IAS.

Définir la prise de décision et éthique

La fonction d'infirmière en pratique avancée suppose un changement de paradigme^{56,57} pour les professionnels paramédicaux. Ces derniers passent d'un exercice pour partie sur prescription à une démarche d'analyse, d'investigation avec évaluation d'une situation et une prise de décision clinique. Dans le champ de la prévention et le contrôle de l'infection, l'IPA intervient non seulement auprès de patients ou de résidents mais aussi auprès des professionnels de santé.

⁵⁵ Poiroux L, Briffault X. L'intégration des données probantes en pratique clinique: réalités et enjeux d'une démarche d'Evidence based nursing. Paris: De Boeck-Estem; 2015.

⁵⁶ Dans son ouvrage sur la structure des révolutions scientifiques, Kuhn décrit le paradigme comme un cadre de référence qui permet et maintient l'unité de l'activité de recherche scientifique à l'intérieur d'un domaine particulier ; il sert à « définir implicitement les problèmes et les méthodes légitimes d'un domaine de recherche » (Kuhn, 1983, p 29). Selon l'auteur l'apparition d'un nouveau paradigme est en fonction des deux caractéristiques : les recherches des personnes qui le partagent sont « suffisamment remarquables pour soustraire un groupe cohérent d'adeptes à d'autres formes d'activités scientifiques concurrentes » et il ouvre « des perspectives suffisamment vastes pour fournir à ce nouveau groupe de chercheurs toutes sortes de problèmes à résoudre »

⁵⁷ Debout, C, Sciences des soins infirmiers : réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 72-82. 2008

La pratique avancée est ainsi indissociable des principes d'éthique puisqu'elle implique de nouvelles responsabilités pour l'infirmière en prévention et en contrôle de l'infection. Sous sa propre responsabilité ou dans un rôle d'accompagnement d'une équipe de soins, il s'agit de concevoir et de conduire un projet de soins personnalisé dans le respect des choix des patients et des données acquises par la science. L'exercice est centré sur la qualité et la sécurité des soins administrés au patient, en collaboration avec lui, en fonction de ses attentes et de son projet de vie. L'IPA est le guide de l'équipe afin de défendre les intérêts du patient et d'aider celui-ci à s'orienter au sein de sa prise en charge.

Dans cette démarche de résolution d'une situation complexe, l'IPA s'appuie sur un examen clinique à partir de la sémiologie, d'un interrogatoire clinique et de l'analyse des résultats. C'est ainsi que l'IPA construit le processus de décision clinique avec les notions de pertinence, d'effets... C'est aussi en mobilisant le savoir scientifique, que l'IPA fait les liens entre ce qu'elle observe et ce qu'elle connaît et qu'elle produit de nouvelles connaissances.

Une pratique infirmière compétente en prévention et en contrôle de l'infection s'enracine donc dans l'utilisation des données issues de la recherche en les contextualisant pour tenir compte de la singularité de la personne ou d'une équipe de soins. En revanche, les questionnements issus de la pratique alimentent à leur tour la recherche infirmière. Bien qu'il soit d'une importance capitale dans le cadre d'une pratique compétente en prévention et en contrôle de l'infection, le savoir pratique ou scientifique, est aussi lié au savoir éthique, car l'IPA doit notamment s'en inspirer en vue de prendre des décisions raisonnables et responsables pour le patient ou l'équipe qu'elle accompagne^{58,59}.

Le savoir éthique

Ricoeur (2015) définit la « *visée éthique* » comme « *une vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes* »^{60,61}. Il explicite longuement la nécessité de la compréhension des différentes positions philosophiques de ce qui est juste et bon, et de ce qui est souhaitable pour la personne. Dans la pratique infirmière, bien qu'il soit généralement associé au cadre déontologique et à la notion d'obligation, le savoir éthique rejoint d'abord et avant tout un processus créatif, conscient et raisonné qui permet de clarifier les valeurs et d'explorer les alternatives lors d'une prise de décision⁶².

Afin de clarifier les fondements de ce savoir, Debout insiste sur l'importance du cadre épistémologique du concept de développement des connaissances en sciences infirmières. Il reprend le modèle de Carper sur la typologie des soins infirmiers⁵⁷ :

« Le savoir éthique est alimenté par des théories éthiques, par des principes éthiques et par des processus de raisonnement éthiques. Il repose sur des postures philosophiques qui serviront de base aux décisions. Le savoir éthique ne prescrit pas une attitude, il aide à identifier les différences de point de vue, les alternatives envisageables, bien que les théories éthiques ressemblent aux théories empiriques dans la mesure où elles peuvent décrire certains aspects de la réalité et mettre en relation certains phénomènes. »

En prévention et en contrôle de l'infection, les décisions s'avèrent nombreuses et empreintes d'une complexité pour répondre ou tenir compte de l'unicité de la personne ou d'une équipe et de leurs valeurs, de leur bien-être et de leurs intérêts. Afin de faire preuve d'un savoir éthique, l'IPA doit connaître les fondamentaux de l'éthique et de la déontologie en médecine, en recherche biomédicale et en expertise sur le risque infectieux. Elle doit aussi acquérir les outils méthodologiques en vue de résoudre des situations complexes⁶¹. L'IPA est aussi capable d'identifier les composantes humaines et relationnelles du processus de décision (les valeurs, les émotions et les principes éthiques)⁶³.

⁵⁷ Debout, C, Sciences des soins infirmiers : réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 72-82. 2008

⁵⁸ Delgado Hito P, « Le processus de production de savoirs dans la pratique infirmière au moyen de la réflexivité », thèse de doctorat en sciences de l'éducation, 2010 Montréal.

⁵⁹ Debout, C, Sciences des soins infirmiers : réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 72-82. 2008

⁶⁰ Ricoeur P, Soi-même comme un autre, Points Essais, 2015, Paris.

⁶¹ Pérotin V, Rôle de facilitateur en éthique dans la qualité de la concertation collégiale, *Éthique & Santé*, Volume 12, Issue 1, 2015, Pages 29-37,

⁶² Doucet H, L'éthique clinique, Presses Universitaires de Montréal, 2014, Montréal

⁶³ Van Hoorebeke D, L'émotion et la prise de décision. *Revue française de gestion*, 182(2), 33-44, 2008

La connaissance des concepts, maîtres des différents courants philosophiques (déontologiste, utilitariste, conséquentialiste, éthique des vertus, éthique de la sollicitude, etc.), constitue le socle indispensable à la résolution des dilemmes éthiques⁶⁴. La capacité à favoriser l'interdisciplinarité, à s'appropriier les règles de l'éthique de la discussion, les principes de l'éthique et aussi les techniques d'argumentation constituent des aptitudes essentielles de l'IPA en prévention et en contrôle de l'infection.

Les principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice

L'IPA en prévention et en contrôle de l'infection construit son processus de décision clinique toujours avec la finalité d'une action centrée sur la singularité, l'intérêt et le bien-être du patient. L'action peut être directement liée au patient ou par l'intermédiaire de l'équipe qu'elle accompagne. Le sens de son action, la complexité des situations et des décisions conduisent à aller vers les autres, à solliciter l'équipe et à organiser une délibération collégiale. C'est cette intervention collective avec la multiplicité des valeurs qui rend nécessaire un cadre normatif, commun de fonctionnement pour la discussion. Ce cadre, dont la fonction est de permettre de réguler la discussion, se définit autour de quatre principes : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice^{65,66}.

Le principe d'autonomie : ce principe renvoie à la liberté. Le patient, en fonction de ses capacités cognitives, est considéré comme un acteur, compétent à participer au processus décisionnel. L'équipe est aussi actrice de ce même processus. « Autonomie » veut dire « autodétermination ». Le principe d'autonomie suppose que le malade soit informé en connaissance de cause. L'équipe quant à elle s'inscrit dans une logique d'autonomisation par l'acquisition de connaissances et de compétences. Il est de la responsabilité de l'IPA de mettre en place les conditions favorables à cette autonomisation. Le principe du respect de l'autonomie se concrétise à la faveur de la posture professionnelle de l'IPA tant dans sa disponibilité, son accessibilité, sa capacité d'écoute qu'au développement des compétences des équipes et des patients.

Le principe de bienfaisance : Le principe de bienfaisance (ou de bienveillance) invite à toujours se soucier d'accomplir une bonne action en faveur du patient⁶⁷. Ce devoir de sollicitude n'implique pas seulement la recherche d'un bénéfice sur le plan thérapeutique, il engage également une réflexion sur les moyens d'améliorer l'état moral du patient. Si être bienfaisant envers le malade revient à respecter sa représentation personnelle de ce qui est préférable pour lui, cela signifie que le principe de bienfaisance n'a de sens que s'il se conjugue avec le principe d'autonomie. On ne saurait faire le bien d'une personne contre son gré. Notons toutefois que c'est la tension entre principe d'autonomie et principe de bienfaisance qui fait naître les cas de conscience éthique.

Le principe de non-malfaisance : ce principe concentre l'esprit de la prévention des risques et donc de l'IPA en prévention et en contrôle de l'infection. Ce principe donne obligation de ne pas exposer le malade au péril d'avoir à subir un mal qui ne serait pas la contrepartie du rétablissement de sa santé. Le principe de non-malfaisance n'a rien d'inédit. Il a pour lointaine origine le *primum non nocere* hippocratique : « D'abord ne pas nuire ». Il réclame d'épargner au patient un préjudice moral ou physique qui ne ferait pas sens pour lui. L'infection associée aux soins est perçue comme une entorse manifeste au principe de non-malfaisance.

⁶⁴ Ricoeur P, De la morale à l'éthique et aux éthiques, consulté en ligne le 17/12/2018 sur [Ricoeur_Morale](#)

⁶⁵ Tom L. Beauchamp & James F. Childress, Les principes de l'éthique biomédicale, Les Belles Lettres, Paris, 2007

⁶⁶ Eric Delassus. Analyse critique du principlisme en éthique biomédicale. 2017 sur [hal_archives](#) consulté en ligne le 17/12/2018

⁶⁷ Gilligan C, Une voix différente : Pour une éthique du care, Paris, Flammarion, 2008.

Le principe de justice : Il s'agit d'être équitable pour tous (*fair opportunity*), à chacun, selon ses besoins socialement et médicalement reconnus. Ce quatrième principe convoque également le politique, engage des arbitrages économiques et des choix de société. On a coutume de dire, pour cette raison, que le principe d'équité est un principe de « macro-éthique », ou encore qu'il se situe dans une « éthique des moyens ». Le principe de justice rappelle que, pour être éthique, la décision doit intégrer en elle le critère du coût des soins administrés au patient ou encore dans le cadre de la prévention et du contrôle de l'infection, l'arbitrage de la notion de risque en matière de santé publique. Ce principe introduit la notion de conflit de valeurs entre le principe de bienfaisance, de santé publique et de valeurs professionnelles au sein d'une équipe.

Principe de doute : « Le principe de doute⁶⁸ » s'attache sans cesse à questionner nos présupposés, nos certitudes, nos croyances, nos valeurs. Le principe de doute c'est la conscience de nos actions. L'engagement dans l'action et les concepts maîtres qui contrôlent les esprits (paradigmes) nous rendent aveugles sur les fondements de nos décisions. Il s'agit alors de se faire méfiant et à travers le doute s'ouvrir aux possibilités avec cette question : si je fais, c'est afin de quoi ? Le doute repose la question de la cohérence avec nos actions et permet la réflexion sur la justesse de sa posture et le bien fondé de ses décisions et de ses actions. Ce qui permet le doute, c'est aussi la confiance en soi (le leadership), en l'équipe ; confiance construite sur l'acceptation de l'un et de l'autre dans son altérité.

Le principe de doute est aussi fondamental dans le processus de recherche. La démarche scientifique nous amène à nous questionner et à douter des théories existantes de la méthode retenue ou de la validité des résultats. C'est le doute sur ces principes qui fait la robustesse des études et qui crée le chemin vers les découvertes.

Principe de retenue : accompagnement

« Le principe de retenue⁶⁹ » s'entrevoyait comme la juste distance entre accompagnant et accompagné. Cette juste distance constitue l'espace nécessaire pour que l'accompagné (patient ou équipe) puisse prendre sa juste place dans le projet de soins. Elle s'ajuste à la singularité de l'accompagné, à son contexte pour permettre l'émergence de ce projet. Cette juste distance est discutée lorsque le cadre de l'accompagnement est posé. C'est ce qui permet à l'équipe d'être valorisée et alors de prendre sa juste place.

⁶⁸ Beauvais M, Des principes éthiques pour une philosophie de l'accompagnement. *Savoirs*, 6(3), 99-113. 2004

⁶⁹ Ricoeur P, De la morale à l'éthique et aux éthiques, consulté en ligne le 17/12/2018 sur [Ricoeur Morale](#)

CONCLUSION

Si nous considérons le rôle de l'Infirmier en Pratique Avancée en Prévention et Contrôle de l'infection d'après la représentation d'Hamric & al (2013) et selon le RMH de la SF2H, trois compétences pour l'exercice de l'IPA sont peu développées dans ce référentiel. Ce sont : la consultation (SA3), la prise de décision éthique (SA1, SA2) et le leadership (SA3, SA4, SA7). Le leadership a été pris cependant en considération dans 3 savoir-agir du référentiel métier. Si nous voulons le définir, il représente une posture qui a pour objectif l'encadrement des professionnels pour la mise en œuvre des autres compétences. Ces trois compétences n'ont pas été prises en considération en raison de la méthode Le Boterf qui a consisté à cibler un nombre volontairement restreint de savoir-agir prioritairement aux méthodes pour les mettre en œuvre.

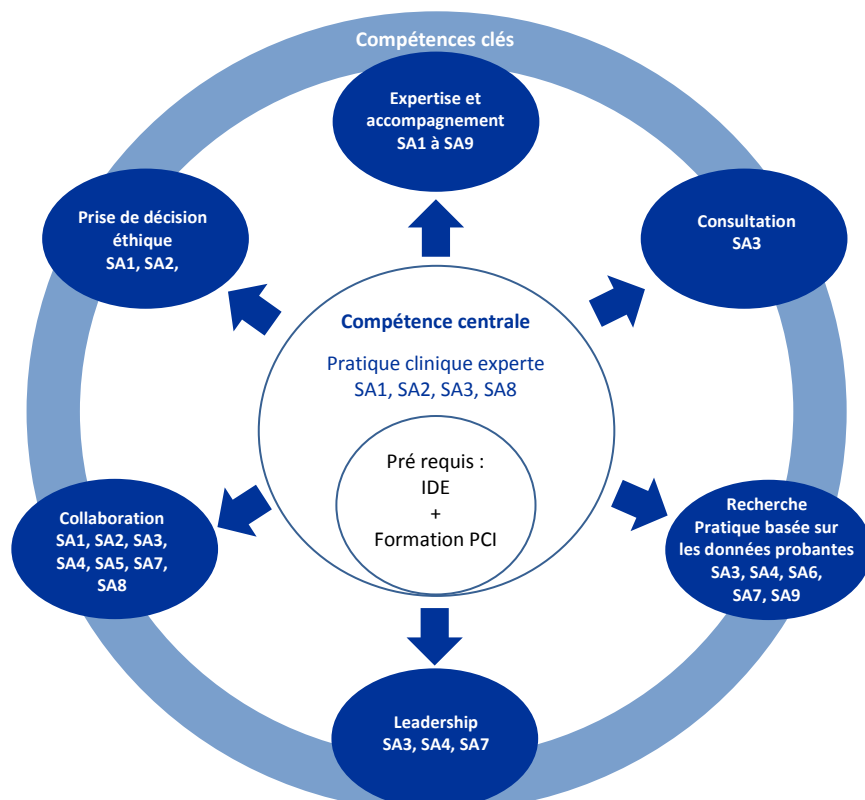
Quel que soit le secteur de l'offre de soins où elle exerce, l'IPA en PCI assure un rôle de leadership et contribue au processus décisionnel de la prise en soins du patient. Sa mission a pour objectif de lui éviter des dommages, de protéger les autres patients et/ou l'équipe qui l'entourent de l'exposition à des risques infectieux. Dans le cadre de la prise de décision éthique, le patient reste au centre du soin, c'est la raison pour laquelle l'IPA en PCI accompagne celui-ci ainsi que l'équipe le prenant en charge.

Ces situations chaque fois nouvelles nécessitent des compétences d'analyse, d'adaptation permanente et de pédagogie car elles représentent des questionnements variant selon les situations et donc complexes pour les professionnels de soins.

Cet accompagnement doit représenter pour chacun une opportunité de croissance.

Les trois compétences : consultation, prise de décision éthique et leadership, sont imbriquées et interdépendantes. Selon le domaine d'exercice de l'infirmier hygiéniste ou son positionnement dans une structure, elles devront être développées et maîtrisées. C'est ce besoin qui motivera la nécessité d'avoir recours à une Infirmière hygiéniste spécialiste clinique.

Pour rappel, le schéma ci-dessous reprend la synthèse des compétences de l'IPA en PCI selon la représentation d'Hamric et les savoirs-agir du RMH de la SF2H.



C'est la pratique clinique qui permet à l'IPA de mettre en œuvre les compétences que nous venons de décrire. Nous pouvons parler d'un exercice des pratiques avancées dans le champ de la PCI. Les principales modalités d'exercice de la pratique clinique experte en PCI sont déclinées dans le tableau ci-dessous. Cette pratique clinique experte prend naissance dans les compétences développées en formation initiale. La pratique clinique lors des premières années d'exercice amène l'infirmier à construire des savoirs expérientiels dans un champ spécifique.

Tableau 3 : Déclinaison de différents modèles de pratique experte clinique

| PRATIQUE CLINIQUE | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| Infirmière Praticienne | Activité majeure de l'IP | Mise en œuvre du raisonnement clinique | Approche intégrative des situations de soins alliant approche infirmière experte et activités dérogoatoires (prescription d'examens paracliniques, diagnostic de pathologie, prescriptions de médicaments) | Suivi des files actives de patients ou personnes vivant dans un territoire donné | Prévention primaire, secondaire et tertiaire |
| Infirmière Spécialiste Clinique | | Mise en œuvre d'un raisonnement clinique infirmier expert tant dans sa partie diagnostique que thérapeutique | Approche des situations de soins complexes présentées par un groupe de patients | | |
| Infirmière en Pratique Avancée | Intègre à la fois les éléments de pratique clinique des infirmières praticienne et spécialiste clinique | Les rôles sont plus ou moins développés en fonction du contexte de la pratique | | | |
| Infirmière en pratique avancée hygiéniste Expérience Suisse | Pratique clinique directe Elle se déroule dans les situations de soins complexes liées à son d'expertise L'IPA peut en fonction des délégations pratiquer des interventions de soins relevant du domaine médical | L'IPA maîtrise : <ul style="list-style-type: none"> - les techniques de soins spécialisées dans son champ d'expertise - les divers outils d'évaluation clinique adaptés à son domaine - le savoir être dans la relation de la personne soignée - les techniques psychorelationnelles - la surveillance experte de l'état de santé et la coordination du suivi clinique - les stratégies de promotion de la santé - l'EBN | | | |
| Proposition d'un modèle d'IPA en PCI en France | Intègre à la fois les éléments de pratique clinique des infirmières praticienne et spécialiste clinique | Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic (savoir agir 1,2,3,7 du référentiel métier) | Concevoir et conduire un projet de soins personnalisé avec une vision transversale des compétences propres à l'IPA hygiéniste (savoir-agir 1,2,3,7 du référentiel métier) 62 compétences citées sur 72 compétences identifiées | Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs (savoir agir 1,2,3,7 du référentiel métier) 62 compétences citées sur 72 | |

La description des expériences réalisées dans différents pays et présentées dans le rapport de Delamaire et Lafortune⁷⁰ fait état de pratiques très différentes. Il peut s'agir de prescrire par exemple des antibiotiques, des antiviraux. Concernant la prescription de narcotiques, certains pays l'autorisent, d'autres pas.

Il est bien précisé dans le décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 que la conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par le médecin. Cette démarche fait appel à de nouveaux modes de collaboration entre professionnels.

L'acte dérogatoire permet à l'IPA d'exercer ces actes en toute autonomie en restant dans le cadre d'une collaboration que ce soit avec le médecin ou l'équipe de soins. Il est dépendant des compétences nouvelles acquises par le cursus de formation de l'IPA.

L'Arrêté du 18 juillet 2018 fixe les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique.

Il s'agit des actes que l'IPA est autorisé à effectuer sans prescription médicale.

Il peut également être amené à en interpréter les résultats pour les examens qui relèvent de son expertise et de son domaine d'intervention.

Sont décrits :

- les actes techniques
- les actes de suivi et de prévention
- les examens de biologie médicale
- les prescriptions de médicaments

Parce que nous sommes les héritières de Florence Nightingale (1820-1910), pionnière des soins infirmiers modernes, des prémices de l'épidémiologie, de l'EBN et de la maîtrise de la transmission de l'infection à l'hôpital, nous proposons à l'autorisation, les actes dérogatoires suivants en regard des 9 savoir-agir du référentiel métier et compétences » :

- Prescription de dépistages microbiologiques et interprétation des résultats
- Prescription et levée des précautions complémentaires
- Suivi de l'antibiothérapie⁷¹ : aide à la réévaluation à 48h et 72h^{72,73}
- Elaboration d'un diagnostic sur le processus organisationnel des soins et les comportements des professionnels en collaboration avec le service de soins
- Accompagnement du changement des pratiques

⁷⁰ Delamaire M, Lafortune G, Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés, Documents de travail de l'OCDE sur la santé, No. 54, Editions OCDE, Paris. 2010

⁷¹ Fildard E, Rôle de l'infirmière dans le bon usage des antibiotiques. Congrès SF2H, 8 juin 2018

⁷² Olans RD, Olans RN, Witt D, Good Nursing Is Good Antibiotic Stewardship. J.Am J Nurs. 2017 Aug;117(8):58-63

⁷³ CDC, Redefining the Antibiotic Stewardship Team: Recommendations from the American Nurses Association/Centers for Disease Control and Prevention Workgroup on the Role of Registered Nurses in Hospital Antibiotic Stewardship Practices, 2017

Certaines de ces propositions ont déjà fait l'objet d'expérimentation locale. D'autres actes, comme par exemple pertinence du maintien du sondage urinaire et des cathéters veineux périphériques, peuvent être réfléchis pour d'autres situations en PCI.

ANNEXES

GERER UNE EPIDEMIE D'INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS

| | | Compétences spécifiques IPA/IDE HH | Connaissances du référentiel HH | Savoirs faire du référentiel HH | Savoirs agir du référentiel HH |
|--------|---|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| n°1 : | Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le champ de compétences ouvert à l'IPA | X | | | |
| n°2 : | Concevoir et conduire un projet de soins personnalisé | X | | | |
| n°3 : | Développer des réflexions éthiques dans les situations de soins des personnes soignées | X | | | |
| n°4 : | Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutiques dans le champ de compétences ouvert à l'IPA | X | | | |
| n°5 : | Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs, préventifs et de dépistage dans le champ des compétences ouvert | X | | | |
| n°6 : | Etablir des partenariats de soins en vue d'une collaboration centrée sur la personne soignée | X | | | |
| n°7 : | Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle et celle de ses pairs | | | | |
| n°8 : | Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques | | | | |
| n°9 : | Organiser une activité de consultation infirmière de pratique avancée | | | | |
| n°10 : | Informers, former les patients et les familles | | | | |

Référentiel métier hygiéniste : SAVOIR AGIR 1 du référentiel hygiéniste (connaissances et savoir-faire) en regard des compétences de l'IPA

| REFERENTIEL METIER HYGIENISTE | | SAVOIR AGIR 1 : GERER UNE EPIDEMIE | |
|--|---|---|---|
| Compétences IPA projet Décret Mai 2018 | Ordre National Infirmier | Compétences IPA/référentiel métier SF2H Connaissances | Compétences IPA/référentiel métier SF2H Savoir-faire |
| | n°1/ Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le champ de compétences ouvert à l'IPA | CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES <ul style="list-style-type: none"> - Les agents infectieux, résistances et mécanismes de transmission - La définition, les mécanismes et facteurs de risque des IAS - Les réservoirs et mode de transmission des MO - La microbiologie environnementale | METHODOLOGIQUES ET TECHNIQUES <ul style="list-style-type: none"> - Valider un diagnostic d'IAS - Utiliser des outils de l'épidémiologie descriptive et analytique - Utiliser les systèmes d'information, et les outils informatiques à disposition dans la structure |
| | n°2/ Concevoir et conduire un projet de soins personnalisé | <ul style="list-style-type: none"> - Le risque infectieux lié à l'environnement des soins - La physiopathologie des IAS - L'épidémiologie des maladies infectieuses et des IAS | <ul style="list-style-type: none"> - Analyser une pratique de soins par rapport aux recommandations - Analyser le parcours de soins d'un patient - Concevoir et réaliser une enquête épidémiologique analytique |
| | n°3/ Développer des réflexions éthiques dans les situations de soin des personnes soignées | <ul style="list-style-type: none"> - Les principales mesures de prévention de la transmission croisée des MO - Les approches socio économiques | <ul style="list-style-type: none"> - Expliquer de façon pédagogique une mesure de prévention, une action, un contexte - Mettre en œuvre les techniques d'analyse approfondie des causes |
| | n°4/ Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique dans le champ des compétences ouvert à l'IPA | CONNAISSANCES METHODOLOGIQUES ET TECHNIQUES <ul style="list-style-type: none"> - Les méthodes de diagnostic microbiologique et de comparaison de souches - Les étapes d'investigation d'une épidémie - Les méthodes d'épidémiologie descriptive et analytique - Les méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles - Les méthodes d'analyse approfondie des causes - Les méthodes de retour d'expériences | <ul style="list-style-type: none"> - Établir un plan d'actions prioritaires de prévention - Évaluer le risque lié à l'environnement - Utiliser une démarche bénéfique risque et coût bénéfique dans les recommandations |
| | n°5/ Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs, préventifs et de dépistage dans le champ de compétences ouvert à l'IPA | <ul style="list-style-type: none"> - Les grands principes de l'annonce d'un dommage - Les mesures de prévention des IAS qui ont fait la preuve de leur efficacité - Les procédures de soins infirmiers, médicotéchniques et médicaux - Les techniques de prélèvements d'environnement | METHODOLOGIQUES DE MANAGEMENT ET DE GESTION <ul style="list-style-type: none"> - Rédiger une note de synthèse - Conduire une réunion pluri professionnelle - Conduire un processus de retour d'expérience - Communiquer de façon compréhensible, pédagogique et adaptée à un public spécifique |
| | n°6/ Etablir des partenariats de soins en vue d'une collaboration centrée sur la personne soignée | CONNAISSANCES SUR LE CONTEXTE DE TRAVAIL <ul style="list-style-type: none"> - Le réseau des expertises mobilisables - Le dispositif d'alerte et de déclaration de la structure de soins - La procédure réglementaire de déclaration - Les principes et organisation de la veille et de l'alerte sanitaire - Les diverses pratiques et techniques de soins - L'organisation de la structure de soins et du territoire de santé - Le contexte épidémiologique local - Le contenu de la prise en charge du patient et son parcours de soins - Les instances locales concernées par la gestion du risque infectieux | SAVOIR-FAIRE RELATIONNELS <ul style="list-style-type: none"> - Etablir une relation de confiance avec les professionnels - Élaborer et défendre avec conviction un argumentaire de décision de projet - Conduire une cellule de crise - Faire appel à une expertise externe lorsqu'une situation le requiert - Effectuer une médiation entre différents acteurs ou service |

En noir : Compétences du référentiel toutes professions confondues

En vert : Domaine de l'IPA

En orange : Domaine médical

Référentiel métier hygiéniste : SAVOIR AGIR 2 du référentiel hygiéniste (connaissances et savoir-faire) en regard des compétences de l'IPA

| REFERENTIEL METIER HYGIENISTE | | SAVOIR AGIR 2 : TRAITER UN SIGNALEMENT | |
|--|--|---|--|
| Compétences IPA projet Décret Mai 2018 | Ordre National Infirmier | Compétences IPA/référentiel métier SF2H Connaissances | Compétences IPA/référentiel métier SF2H Savoir-faire |
| | n°1/ Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le champ de compétences ouvert à l'IPA | CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES - Les agents infectieux, résistances et mécanismes de transmission - La définition, les mécanismes et facteurs de risque des IAS - Les réservoirs et mode de transmission des MO - Le risque infectieux lié à l'environnement des soins - La physiopathologie des IAS - Les produits de santé à visée anti infectieuse - L'épidémiologie des maladies infectieuses et des IAS - Les principales mesures de prévention de la transmission croisée des MO | METHODOLOGIQUES ET TECHNIQUES - Valider un diagnostic d'IAS - Estimer la criticité d'un signalement - Analyser le parcours de soins d'un patient - Mettre en œuvre les techniques d'analyse approfondie des causes - Expliquer de façon pédagogique une mesure de prévention, une action, un contexte |
| | n°2/ Concevoir et conduire un projet de soins personnalisé | | |
| | n°3/ Développer des réflexions éthiques dans les situations de soins des personnes soignées | CONNAISSANCES METHODOLOGIQUES ET TECHNIQUES - Les méthodes de diagnostic microbiologique et de comparaison de souches - Les méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles - Les méthodes d'analyse approfondie des causes - Les méthodes de retour d'expériences - Les grands principes de l'annonce d'un dommage | METHODOLOGIQUES DE MANAGEMENT ET DE GESTION - Rédiger une note de synthèse - Conduire un processus de retour d'expérience - Conduire une réunion pluri professionnelle |
| | n°4/ Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutiques dans le champ de compétences ouvert à l'IPA | | |
| | n°5/ Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs, préventifs et de dépistage dans le champ des compétences ouvert | - Les mesures de prévention des IAS qui ont fait la preuve de leur efficacité - Les procédures de soins infirmiers, médicotechniques et médicaux CONNAISSANCES SUR LE CONTEXTE DE TRAVAIL - Le dispositif d'alerte et de déclaration de la structure de soins - Les principes et l'organisation de la veille et de l'alerte sanitaire - La procédure réglementaire de déclaration - L'organisation territoriale de la veille et de la sécurité sanitaire - Les diverses activités médicales de la structure et leur niveau de risque spécifique | SAVOIR-FAIRE RELATIONNELS - Conduire une cellule de crise - Effectuer une médiation entre différents acteurs ou services |
| | n°6/ Etablir des partenariats de soins en vue d'une collaboration centrée sur la personne soignée | - Le contenu de la prise en charge du patient - Les diverses pratiques de soins - Le réseau des expertises mobilisables - Les instances locales concernées par la gestion du risque infectieux | |
| | n°10/ Informer, former les patients et les familles | | |

En noir : Compétences du référentiel toutes professions confondues

En vert : Domaine de l'IPA

En orange : Domaine médical

Référentiel métier hygiéniste : SAVOIR AGIR 3 du référentiel hygiéniste (connaissances et savoir-faire) en regard des compétences de l'IPA

| REFERENTIEL METIER HYGIENISTE | | SAVOIR AGIR 3 : REALISER UNE SURVEILLANCE | |
|--|--|---|---|
| Compétences IPA projet Décret Mai 2018 | Ordre National Infirmier | Compétences IPA/référentiel métier SF2H Connaissances | Compétences IPA/référentiel métier SF2H Savoir-faire |
| | n°1/ Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le champ de compétences ouvert à l'IPA | CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES - L'épidémiologie des maladies infectieuses et des IAS - Les spécificités de la surveillance épidémiologique des IAS - Les indicateurs d'une surveillance épidémiologique et leurs usages | METHODOLOGIQUES ET TECHNIQUES - Valider un diagnostic d'IAS - Utiliser les outils de l'épidémiologie descriptive et analytique - Vérifier la pertinence et la fiabilité d'une source de données - Valider une base de données de surveillance - Analyser et interpréter les données de surveillance |
| | n°2/ Concevoir et conduire un projet de soins personnalisé | CONNAISSANCES METHODOLOGIQUES ET TECHNIQUES - Les diverses méthodes de diagnostic microbiologique - Les différentes méthodes de surveillance épidémiologique - Les méthodes statistiques utilisées pour l'analyse des données de surveillance | METHODOLOGIQUES DE MANAGEMENT ET DE GESTION - Rédiger une note de synthèse |
| | n°4/ Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutiques dans le champ de compétences ouvert à l'IPA | - Les méthodes d'intervention en santé publique CONNAISSANCES SUR LE CONTEXTE DE TRAVAIL - Les priorités nationales de surveillance épidémiologique - Le contexte épidémiologique local | - Conduire une réunion pluri professionnelle - Conduire un processus de retour d'expérience - Communiquer des résultats de façon compréhensible, pédagogique et adaptée à un public spécifique - Développer des activités en mode projet |
| | n°5/ Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs, préventifs et de dépistage dans le champ des compétences ouvert | - Les organisations des systèmes d'information / source de données - L'organisation de la structure de soins et du territoire de santé - Les parcours de soins des patients/résidents concernés par la surveillance - Les instances locales concernées par la gestion du risque infectieux | SAVOIR-FAIRE RELATIONNELS |
| | n°7/ Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle et celle de ses pairs | | |
| | n°8/ Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques | | |

En noir : Compétences du référentiel toutes professions confondues

En vert : Domaine de l'IPA

En orange : Domaine médical

Référentiel métier hygiéniste : SAVOIR AGIR 4 du référentiel hygiéniste (connaissances et savoir-faire) en regard des compétences de l'IPA

| REFERENTIEL METIER HYGIENISTE | | SAVOIR AGIR 4 : ELABORER, PROMOUVOIR ET ACCOMPAGNER LA MISE EN ŒUVRE D'UN REFERENTIEL DE MESURES DE PIAS | |
|--|---|--|---|
| Ordre National Infirmier | Compétences IPA/référentiel métier SF2H Connaissances | Compétences IPA/référentiel métier SF2H Savoir-faire | |
| Compétences IPA projet Décret Mai 2018 | n°6/ Etablir des partenariats de soins en vue d'une collaboration centrée sur la personne soignée | CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES - Les règles et les mesures de bon usage des antibiotiques - Les approches socio-économiques - Les comportements professionnels et leurs déterminants | METHODOLOGIQUES ET TECHNIQUES - Expliquer de façon pédagogique une mesure de prévention, une action, un contexte - Utiliser une démarche bénéfice risque et coût-bénéfice dans les recommandations - Réaliser une recherche documentaire scientifique, réglementaire et technique - Prioriser les mesures de prévention sur la base des niveaux de preuve |
| | n°7/ Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle et celle de ses pairs | CONNAISSANCES METHODOLOGIQUES ET TECHNIQUES - Les mesures de prévention des IAS qui ont fait la preuve de leur efficacité - Les niveaux de preuve scientifique utilisés dans les référentiels - Les stratégies favorisant le changement des comportements professionnels - Les stratégies pédagogiques de diffusion et de compréhension d'un message - Les principes de l'éducation en santé | METHODOLOGIQUES DE MANAGEMENT ET DE GESTION - Conduire un processus de retour d'expériences - Rédiger une note de synthèse - Développer des activités en mode projet - Assurer le leadership dans le domaine de la prévention des IAS - Construire des outils de communication adaptés à un public spécifique - Communiquer des résultats de façon compréhensible, pédagogique et adaptée à un public spécifique - Organiser une campagne de communication adaptée à un public spécifique |
| | n°8/ Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques | | |
| | n°10/ Informer, former les patients et les familles | CONNAISSANCES SUR LE CONTEXTE DE TRAVAIL | SAVOIR-FAIRE RELATIONNELS - Etablir une relation d'accompagnement des professionnels dans l'évolution de leurs pratiques professionnelles - Elaborer et défendre un argumentaire des mesures de PIAS |

En noir : Compétences du référentiel toutes professions confondues

En vert : Domaine de l'IPA

En orange : Domaine médical

Référentiel métier hygiéniste : SAVOIR AGIR 5 du référentiel hygiéniste (connaissances et savoir-faire) en regard des compétences de l'IPA

| REFERENTIEL METIER HYGIENISTE | SAVOIR AGIR 5 : ELABORER ET CONDUIRE UN PROGRAMME DE IAS INTEGRANT LA MAITRISE DE L'ANTIBIORESISTANCE | |
|---|--|---|
| Ordre National Infirmier | Compétences IPA/référentiel métier SF2H Connaissances | Compétences IPA/référentiel métier SF2H Savoir-faire |
| <p>n°6/ Etablir des partenariats de soins en vue d'une collaboration centrée sur la personne soignée</p> <p>n°10/ Informer, former les patients et les familles</p> | <p>CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les agents infectieux, résistances et mécanismes de transmission - La définition, les mécanismes et facteurs de risque des IAS - L'épidémiologie des maladies infectieuses et des IAS - Le risque infectieux lié à l'environnement des soins - Les éléments de vulnérabilité du patient - Les principales mesures de prévention de la transmission croisée des microorganismes - Les règles et les mesures de bon usage des antibiotiques - Les produits de santé à visée anti infectieuse - Les spécificités de la surveillance épidémiologique des IAS <p>CONNAISSANCES METHODOLOGIQUES ET TECHNIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les principes d'une démarche d'amélioration continue de la qualité dans le domaine du risque infectieux associé aux soins - Les méthodes d'analyse de processus permettant de prioriser et hiérarchiser les actions - Les méthodes d'évaluation d'une action de santé publique - Les méthodes et outils d'évaluation des risques associés aux soins - Les mesures de prévention des IAS qui ont fait la preuve de leur efficacité - Les référentiels de la prévention des IAS et de pratiques cliniques <p>CONNAISSANCES SUR LE CONTEXTE DE TRAVAIL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les priorités nationales et régionales, les normes et réglementation en matière de prévention des IAS et de bon usage des antibiotiques - Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, le projet de soins et le projet médical de la structure et du territoire de santé - Les diverses activités médicales de la structure et leur niveau de risque spécifique - Le contexte épidémiologique local - Le réseau des acteurs impliqués dans le programme de prévention et leur contribution attendue respective - L'organisation du système documentaire et les canaux de communication - Les instances locales concernées par la gestion du risque infectieux | <p>METHODOLOGIQUES ET TECHNIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maîtriser les diverses méthodes d'analyse de processus du risque infectieux associé aux soins - Etablir une cartographie des risques - Identifier les actions prioritaires pertinentes et réalisables - Mettre en œuvre une méthodologie d'élaboration d'un programme de prévention - Mettre en œuvre une méthodologie de pilotage et de suivi d'un programme de prévention - Animer un réseau de correspondants en hygiène hospitalière - Construire et renseigner un tableau de bord d'indicateurs <p>METHODOLOGIQUES DE MANAGEMENT ET DE GESTION</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conduire une réunion pluri professionnelle - Travailler ou développer des activités en mode projet - Travailler en réseau (mode collaboratif) - Conduire un processus de retour d'expériences - Communiquer de façon compréhensible, pédagogique et adaptée à un public spécifique - Assurer le leadership dans le domaine de la prévention des IAS <p>SAVOIR-FAIRE RELATIONNELS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborer et défendre un argumentaire de décision d'un programme de prévention - Ecouter et comprendre le point de vue et le contexte d'un interlocuteur - Etablir une relation de confiance avec les divers partenaires institutionnels |

Compétences IPA projet Décret Mai 2018

En noir : Compétences du référentiel toutes professions confondues En vert : Domaine de l'IPA En orange : Domaine médical

Référentiel métier hygiéniste : SAVOIR AGIR 6 du référentiel hygiéniste (connaissances et savoir-faire) en regard des compétences de l'IPA

| REFERENTIEL METIER HYGIENISTE | | SAVOIR AGIR 6 : REALISER UNE EVALUATION D'UNE PRATIQUE DE SOINS |
|---|---|---|
| Ordre National Infirmier | Compétences IPA/référentiel métier SF2H Connaissances | Compétences IPA/référentiel métier SF2H Savoir-faire |
| <p>n°8/ Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques</p> <p>n°10/ Informer, former les patients et les familles</p> | <p>CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> - La définition, les mécanismes et facteurs de risque des IAS - Le risque infectieux lié à l'environnement des soins - Les principales mesures de prévention de la transmission croisée des microorganismes - Les règles et les mesures de bon usage des antibiotiques - Les principes du traitement des dispositifs médicaux - Les comportements professionnels et leurs déterminants <p>CONNAISSANCES METHODOLOGIQUES ET TECHNIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les principes d'une démarche d'amélioration continue de la qualité dans le domaine du risque infectieux associé aux soins - Les méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles - Les méthodes de gestion des risques permettant de prioriser et hiérarchiser les actions - Les méthodes d'évaluation d'une intervention visant à améliorer les pratiques - Les mesures de prévention des IAS qui ont fait la preuve de leur efficacité - Les référentiels de la prévention des IAS et de pratiques cliniques - Les procédures de soins infirmiers, médicotéchniques et médicaux - Les méthodes de traitement des dispositifs médicaux - Les principes d'une démarche d'amélioration continue de la qualité dans le domaine du risque infectieux associé aux soins - Les stratégies favorisant le changement des comportements professionnels - Les stratégies pédagogiques de diffusion et de compréhension d'un message <p>CONNAISSANCES SUR LE CONTEXTE DE TRAVAIL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les priorités nationales et régionales, les normes et réglementation en matière de prévention des IAS et de bon usage des antibiotiques - Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, le projet de soins et le projet médical de la structure et du territoire de santé - Les diverses activités médicales de la structure et leur niveau de risque spécifique - Les diverses pratiques et techniques de soins et le contenu de la prise en charge d'un patient - Les instances locales concernées par la gestion du risque infectieux et par l'évaluation des pratiques professionnelles - L'organisation de la structure de soins et du territoire de santé | <p>METHODOLOGIQUES ET TECHNIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Définir une situation d'interruption de la procédure en cours (No go) <p>METHODOLOGIQUES DE MANAGEMENT ET DE GESTION</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conduire une réunion pluri professionnelle - Conduire un processus de retour d'expériences - Communiquer de façon compréhensible, pédagogique et adaptée à un public spécifique <p>SAVOIR-FAIRE RELATIONNELS</p> |

Compétences IPA projet Décret Mai 2018

En noir : Compétences du référentiel toutes professions confondues

En vert : Domaine de l'IPA

En orange : Domaine médical

Référentiel métier hygiéniste : SAVOIR AGIR 7 du référentiel hygiéniste (connaissances et savoir-faire) en regard des compétences de l'IPA

| REFERENTIEL METIER HYGIENISTE | | SAVOIR AGIR 7 : ELABORER ET CONDUIRE UN PLAN DE PREVENTION DES RISQUES INFECTIEUX LIES A L'ENVIRONNEMENT | |
|--|--|---|---|
| Compétences IPA projet Décret Mai 2018 | Ordre National Infirmier | Compétences IPA/référentiel métier SF2H Connaissances | Compétences IPA/référentiel métier SF2H Savoir-faire |
| | n°1/ Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le champ de compétences ouvert à l'IPA | CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES <ul style="list-style-type: none"> - La microbiologie environnementale : air, eau et surfaces en milieu de soins - Le risque infectieux lié à l'environnement des soins - Les éléments de vulnérabilité du patient - L'épidémiologie des maladies infectieuses et des IAS | METHODOLOGIQUES ET TECHNIQUES <ul style="list-style-type: none"> - Etablir une cartographie des risques - Construire et renseigner un tableau de bord d'indicateurs - Analyser et interpréter les données de surveillance - Définir une situation d'interruption d'une activité (« No go ») - Utiliser une démarche bénéfique risqué et coût-bénéfice dans les recommandations |
| | n°2/ Concevoir et conduire un projet de soins personnalisé | <ul style="list-style-type: none"> - Les concepts de développement durable applicables en milieu de soins - Les concepts d'architecture, de réseaux et de circuits en milieu de soins | |
| | n°4/ Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutiques dans le champ de compétences ouvert à l'IPA | CONNAISSANCES METHODOLOGIQUES ET TECHNIQUES <ul style="list-style-type: none"> - Les mesures de prévention qui ont fait la preuve de leur efficacité - Les référentiels de la prévention des IAS - Les techniques de prélèvement et d'analyse de l'air, de l'eau et des surfaces - Les méthodes et outils d'évaluation des risques liés aux soins - Les connaissances de base sur les concepts techniques et les méthodes de traitement de l'eau de l'air et des surfaces | METHODOLOGIQUES DE MANAGEMENT ET DE GESTION <ul style="list-style-type: none"> - Rédiger une note de synthèse - Conduire une réunion pluri professionnelle - Conduire un processus de retour d'expériences |
| | n°5/ Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs, préventifs et de dépistage dans le champ des compétences ouvert à l'IPA | <ul style="list-style-type: none"> - Les principes d'une démarche d'amélioration continue de la qualité dans le domaine du risque infectieux associé aux soins | SAVOIR-FAIRE RELATIONNELS |
| | n°6/ Etablir des partenariats de soins en vue d'une collaboration centrée sur la personne soignée | CONNAISSANCES SUR LE CONTEXTE DE TRAVAIL <ul style="list-style-type: none"> - Les diverses activités médicales de la structure et leur niveau de risque spécifique - Les installations de traitement d'air, les circuits d'eau, les plans des structures de soins - Les normes et la réglementation en matière de gestion de l'environnement dans les structures de soins | |
| | n°8/ Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques | <ul style="list-style-type: none"> - Les protocoles de gestion de l'environnement dans la structure de soins - Le réseau des acteurs impliqués dans la gestion de l'environnement et leur contribution attendue respective | |
| | n°10/ Informer, former les patients et les familles | <ul style="list-style-type: none"> - Les instances locales concernées par la gestion du risque infectieux - Les moyens et ressources disponibles | |

En noir : Compétences du référentiel toutes professions confondues

En vert : Domaine de l'IPA

En orange : Domaine médical

Référentiel métier hygiéniste : SAVOIR AGIR 8 du référentiel hygiéniste (connaissances et savoir-faire) en regard des compétences de l'IPA

| REFERENTIEL METIER HYGIENISTE | | SAVOIR AGIR 8 : CONSEILLER LES DECIDEURS | |
|---|---|--|--|
| Ordre National Infirmier | Compétences IPA/référentiel métier SF2H Connaissances | Compétences IPA/référentiel métier SF2H Savoir-faire | |
| n°6/ Etablir des partenariats de soins en vue d'une collaboration centrée sur la personne soignée n°7/ Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle et celle de ses pairs n°8/ Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques | CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES - La microbiologie environnementale : air, eau et surfaces en milieu de soins - Les éléments de vulnérabilité du patient - Le risque infectieux lié à l'environnement des soins - La physiopathologie des IAS - L'épidémiologie des maladies infectieuses et des IAS - Les principes de traitement des dispositifs médicaux - Les approches coût bénéfice appliquées au projet d'aménagement ou d'équipement - Les concepts de développement durable applicables en milieu de soins - Les concepts d'architecture et de circuits en milieu de soins | METHODOLOGIQUES ET TECHNIQUES - Réaliser une recherche documentaire scientifique, réglementaire et technique - Définir une situation d'interruption d'une activité (« No go ») - Utiliser une démarche bénéfique risque et cout bénéfique dans les recommandations - Evaluer le niveau de risque lié au projet | |
| | CONNAISSANCES METHODOLOGIQUES ET TECHNIQUES - Les méthodes de traitement des dispositifs médicaux - Les méthodes et outils d'évaluation des risques associés aux soins - Les connaissances de base sur les concepts techniques et les méthodes de traitement de l'eau, de l'air et des surfaces | METHODOLOGIQUES DE MANAGEMENT ET DE GESTION - Rédiger une note de synthèse - Conduire une réunion pluri professionnelle - Conduire un processus de retour d'expériences - Travailler en mode projet | |
| | CONNAISSANCES SUR LE CONTEXTE DE TRAVAIL - Les normes et réglementations en matière de prévention des IAS en lien avec la construction et les équipements - Les diverses activités médicales de la structure et leur niveau de risque spécifique - Les parcours de soins impactés par le projet - Les circuits administratifs de décision des achats et travaux - L'organisation des services d'ingénierie technique et biomédicale - Le réseau des expertises mobilisables | SAVOIR-FAIRE RELATIONNELS - Communiquer des mesures de prévention de façon compréhensible, pédagogique et adaptée au public concerné - Reformuler une demande pour la clarifier et s'assurer de sa compréhension - Ecouter et comprendre le point de vue et le contexte d'un interlocuteur - Etablir une relation de conseil avec les décideurs - Etablir une relation de confiance avec les divers partenaires institutionnels - Communiquer des mesures de prévention de façon compréhensible, pédagogique et adaptée au public concerné - Elaborer et défendre avec conviction et tact un argumentaire des mesures de prévention des infections associées aux soins - Faire appel à une expertise externe lorsqu'une situation le requiert | |

Compétences IPA projet Décret Mai 2018

En noir : Compétences du référentiel toutes professions confondues

En vert : Domaine de l'IPA

En orange : Domaine médical

Référentiel métier hygiéniste : SAVOIR AGIR 9 du référentiel hygiéniste (connaissances et savoir-faire) en regard des compétences de l'IPA

| REFERENTIEL METIER HYGIENISTE | | SAVOIR AGIR 9 : CONCEVOIR ET CONDUIRE UNE FORMATION CONTINUE | |
|--|---|--|---|
| Compétences IPA projet Décret Mai 2018 | Ordre National Infirmier | Compétences IPA/référentiel métier SF2H Connaissances | Compétences IPA/référentiel métier SF2H Savoir-faire |
| | <p>n°8/ Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques</p> <p>n°10/ Informer, former les patients et les familles</p> | <p>CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les fondements scientifiques sur l'apprentissage et la formation des adultes - Les concepts de compétence individuelle et collective <p>CONNAISSANCES METHODOLOGIQUES ET TECHNIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les concepts de base : besoin de formation, objectif de formation, pratique professionnelle, acquis de formation, transfert des apprentissages - Les divers supports et modalités d'apprentissage, leur pertinence par rapport aux objectifs de formation, leurs évolutions technologiques - Les différents niveaux d'effets d'une action de formation et leur évaluation <p>CONNAISSANCES SUR LE CONTEXTE DE TRAVAIL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les dispositions légales et réglementaires concernant la formation continue des professionnels de santé - Les thématiques de formation des programmes nationaux ou régionaux de prévention des infections associées aux soins et sécurité des soins - Les orientations nationales du développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé - Le programme de formation continue annuel de l'établissement ou du territoire de santé - Les offres et outils pédagogiques existants | <p>METHODOLOGIQUES ET TECHNIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier des besoins de formation et les décrire en termes d'objectifs évaluables - Identifier le niveau de départ des apprenants (attentes, représentation, expérience, acquis de formation...) par rapport aux objectifs d'apprentissage - Utiliser les nouveaux outils et technologies d'apprentissage (simulation, jeux sérieux, enseignement à distance, plateforme d'apprentissage collaboratif...) - Maîtriser et mettre en œuvre une méthodologie de conception d'une action de formation - Maîtriser et mettre en œuvre une méthodologie d'évaluation d'une action de formation et de ses résultats <p>METHODOLOGIQUES DE MANAGEMENT ET DE GESTION</p> <p>SAVOIR-FAIRE RELATIONNELS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etablir une relation d'accompagnement pédagogique ou de tutorat - Comprendre le point de vue et le contexte d'un interlocuteur - S'exprimer de façon claire, didactique et motivante |

En noir : Compétences du référentiel toutes professions confondues

En vert : Domaine de l'IPA

En orange : Domaine médical

COMPETENCES DE L'IPA

SPECIFICITES ET CONTRIBUTION DE L'IPA EN PCI

SA1 : GERER UNE EPIDEMIE

Compétence 1 : Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic

Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet de soins personnalisé

Compétence 3 : Développer des réflexions éthiques dans les situations de soins des personnes soignées

Compétence 4 : Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique

Compétence 5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs, préventifs et de dépistage

Compétence 6 : Établir des partenariats de soins en vue d'une collaboration centrée sur la personne soignée

- Contribuer à la maîtrise des épidémies : Grippe, GEA, gale etc.... en établissement de santé et déployer ces compétences en EMS et dans la communauté :
 - Prescrire des précautions complémentaires "contact", "Gouttelettes" et "Air".
 - Prescrire et réaliser les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique
- Prévenir la transmission et optimiser les mesures barrières dans la gestion des cas, l'utilisation des EPI et l'adaptation de la mise en place des recommandations selon la situation et son évolution.
- Adapter sa communication en situation de crise pour susciter l'adhésion de l'équipe interdisciplinaire à la stratégie à mettre en place.
- Analyser à posteriori les mécanismes ayant conduits à l'épidémie pour assurer la mise en place de mesures de protection réfléchies et réflexes dès la suspicion d'une alerte
- Adapter les mesures au secteur, au risque et à la population concernée
- Implanter une culture de sécurité au sein des équipes en EMS et dans les soins de ville

SA2 : TRAITER UN SIGNALEMENT

Compétence 1 : Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic

Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet de soins personnalisé

Compétence 3 : Développer des réflexions éthiques dans les situations de soins des personnes soignées

Compétence 4 : Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique

Compétence 5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs, préventifs et de dépistage

Compétence 6 : Établir des partenariats de soins en vue d'une collaboration centrée sur la personne soignée

Compétence 10 : Informer, former les patients et les familles

- Travailler en réseau (ville/hôpital) pour permettre l'analyse du parcours patient
- Contribuer à l'identification des causes racines
- Aider à la mise en place de mesures barrière et les suivre dans le temps
- Organiser des consultations d'information et d'éducation du patient acteur de sa sécurité et des professionnels qui le prennent en soins

COMPETENCES DE L'IPA

SPECIFICITES ET CONTRIBUTION DE L'IPA EN PCI

SA3 : REALISER UNE SURVEILLANCE

Compétence 1 : Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic

Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet de soins personnalisé

Compétence 4 : Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique

Compétence 5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs, préventifs et de dépistage

Compétence 7 : Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle et celle de ses pairs

Compétence 8 : Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques

- Gérer les évènements sentinelles (MARS, entrées en périodes épidémiques)

- Élaborer des indicateurs de suivi des risques épidémiques (BMR, BHR)

- Contribuer au déploiement de la culture de sécurité en structure de soins et dans la communauté

- Contribuer à la prise en charge et au suivi des dispositifs invasifs lors des sorties précoces de secteur de soins

SA4 : ELABORER, PROMOUVOIR ET ACCOMPAGNER LA MISE EN ŒUVRE D'UN REFERENTIEL DE MESURES DE PREVENTION DES IAS

Compétence 6 : Établir des partenariats de soins en vue d'une collaboration centrée sur la personne soignée

Compétence 7 : Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle et celle de ses pairs

Compétence 8 : Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques

Compétence 10 : Informer, former les patients et les familles

- Prioriser les mesures de prévention sur la base des niveaux de preuve

- Utiliser une démarche bénéfice risque et coût-bénéfice dans la mise en place des recommandations en les adaptant au secteur et à la population concernée

- Établir une relation d'accompagnement des professionnels dans l'évolution de leurs pratiques professionnelles

- En situations complexes mettre en place des réunions de Co développement professionnel pour accompagner les équipes dans une démarche de compréhension et de résolution de problèmes.

Par exemple : patient présentant des diarrhées à Clostridium difficile, réticences à utiliser les produits hydro alcoolique, conduite à tenir en cas d'épidémies ...

- Accompagner les professionnels de santé à l'évaluation de la pertinence du maintien du sondage urinaire (et du système clos) et des accès vasculaires (PICC, CVP, CSC...) notamment en EMS et en ville

COMPETENCES DE L'IPA

SPECIFICITES ET CONTRIBUTION DE L'IPA EN PCI

SAS : ELABORER, PROMOUVOIR ET ACCOMPAGNER LA MISE EN ŒUVRE D'UN REFERENTIEL DE MESURES DE PREVENTION DES IAS INTEGRANT LA MAITRISE DE L'ANTIBIORESISTANCE

Compétence 6 : Établir des partenariats de soins en vue d'une collaboration centrée sur la personne soignée

Compétence 10 : Informer, former les patients et les familles

- Éduquer le patient à l'observance thérapeutique
- Contribuer à la revue de pertinence de l'antibiothérapie sous supervision médicale notamment en EMS et dans la communauté
- Alerter les prescripteurs sur la réévaluation de l'antibiothérapie à 48 et à 72H et lors de la détection de BMR et BHR

SA6 : EVALUER UNE PRATIQUE DE SOINS

Compétence 8 : Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques

Compétence 10 : Informer, former les patients et les familles

- Coordonner l'évaluation des actes techniques en EMS et en ville (CVC, PICC Line etc...)
- Faire de l'évaluation des pratiques un processus d'amélioration de la qualité
- Développer les capacités d'auto évaluation et de réflexivité des équipes
- Contribuer à l'implantation de la culture positive de l'erreur dans tous les secteurs

SA7 : ELABORER UN PLAN ENVIRONNEMENTAL

Compétence 1 : Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic

Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet de soins personnalisé

Compétence 4 : Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique

Compétence 5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs, préventifs et de dépistage

Compétence 6 : Établir des partenariats de soins en vue d'une collaboration centrée sur la personne soignée

Compétence 8 : Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques

Compétence 10 : Informer, former les patients et les familles

- Construire et coordonner un programme de contrôle et maîtrise de la qualité de l'environnement
- Centrer les actions sur la réglementation, les recommandations et le bénéfice risque correspondant au secteur et à l'épidémiologie locale
- Établir et assurer le suivi de la cartographie des risques selon le secteur (ex : carnet sanitaire en EMS...) **en lien avec les acteurs de terrain**

COMPETENCES DE L'IPA

SPECIFICITES ET CONTRIBUTION DE L'IPA EN PCI

SA8 : CONSEILLER LES DECIDEURS

| | |
|---|--|
| <p>Compétence 6 : Établir des partenariats de soins en vue d'une collaboration centrée sur la personne soignée</p> <p>Compétence 7 : Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle et celle de ses pairs</p> <p>Compétence 8 : Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques</p> | <ul style="list-style-type: none">- Construire et coordonner des réseaux (ES, EMS, Ville)- Élaborer un diagnostic des situations complexes (risques émergents, épidémies...) grâce à une analyse du risque- Présenter l'analyse des situations complexes ou à enjeux (sanitaire ou médiatique) à partir d'éléments de preuve- Proposer des modèles de prévision pour aider à la prise de décision |
|---|--|

SA9 : CONCEVOIR ET CONDUIRE UNE FORMATION

| | |
|---|---|
| <p>Compétence 6 : Établir des partenariats de soins en vue d'une collaboration centrée sur la personne soignée</p> <p>Compétence 8 : Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques</p> <p>Compétence 10 : Informer, former les patients et les familles</p> | <ul style="list-style-type: none">- Garantir l'actualisation des connaissances et compétences des professionnels de santé- Contribuer à la prise en charge et au suivi des dispositifs invasifs lors des sorties précoces de secteur de soins- Contribuer à l'enseignement de base des professionnels de santé (PCI, éthique et EBN) ainsi qu'au développement professionnel continu des équipes.- Développer l'esprit critique (infox) et l'adhésion aux recommandations nationales |
|---|---|

| 1998 MODÈLE : Promoting Action on Research Implementation in Health Services Framework (PARIHS) (6) | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|--|--|---|---|---|---|---|--|
| ETAPES | | Données probantes - Rechercher des preuves issues de la recherche, de l'expérience clinique, de l'expérience du patient et des données et informations locales | | | | | Mise en œuvre innovation en tenant compte du contexte et évaluation | Utiliser les connaissances et les compétences individuelles pour aider à la mise en œuvre du changement de pratique | |
| 2001 MODÈLE : IOWA model Update (7) | | | | | | | | | |
| ETAPES | Identifier une problématique | | Le questionnement est-il une priorité ? | Créer une équipe qui rassemblera et synthétisera les données probantes existantes | Y a-t-il assez de preuves pour répondre au questionnement ? Si oui : étape suivante Si non : mener un projet de recherche | | Créer un programme en vue de la mise en œuvre (étape atteinte dès qu'un programme viable est monté) | Intégration des savoirs dans la pratique | Evaluation des résultats |
| 2002 MODÈLE : RAO toolkit Implementation of Best Practice Guidelines | | | | | | | | | |
| ETAPES | Identifier une problématique | | Quel est le besoin de réponse et les possibilités de mise en place compte tenu du contexte local ? | | | Déterminer les facilitateurs et les obstacles à l'utilisation des connaissances | Adapter et mettre en œuvre les interventions | Surveiller l'utilisation des connaissances | Evaluer et maintenir l'utilisation des connaissances |
| 2004 MODÈLE : Ace Star model of knowledge transformation (8) | | | | | | | | | |
| ETAPES | Découverte d'une problématique | | | Synthèse des savoirs disponibles | | | Transfert des savoirs vers la pratique | Intégration des savoirs dans la pratique | Evaluation des résultats obtenus |

| | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------------------|--|--|---|---|---|--|---|
| 2005 MODÈLE : Dawes et al (9) | | | | | | | | | |
| ETAPES | Passage de l'incertitude à la formulation de la question précise | | | Identification des preuves les plus pertinentes | Analyse critique des preuves disponibles | | | Utilisation des savoirs dans la pratique | Evaluation de la performance après changement de pratique |
| 2011 MODÈLE : JBI model Update (10) | | | | | | | | | |
| ETAPES | Identification d'un besoin de santé publique | Etat des lieux des connaissances | | Synthèse et analyse des résultats de la recherche et des recommandations existantes | | Transfert des connaissances vers les professionnels et les institutions | Mise en œuvre des données probantes Et évaluation du processus et des résultats | | |
| 2011 MODÈLE : Stetler Model | | | | | | | | | |
| ETAPES | Définir et besoin et faire l'état des lieux des connaissances | | | Analyser et synthétiser les données probantes | Décider des données probantes à utiliser pour répondre aux besoins identifiés | | | Mise en œuvre dans la pratique | Evaluation |
| 2017 MODÈLE : Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model (JHNEBP) third edition (11) | | | | | | | | | |
| ETAPES | Identifier une problématique | | | Faire l'état des lieux des connaissances, analyser et synthétiser recommandations selon niveau de preuve | | Transfert dans la pratique à l'aide d'un programme adapté et évaluation des résultats | | | |