





Savoir être...

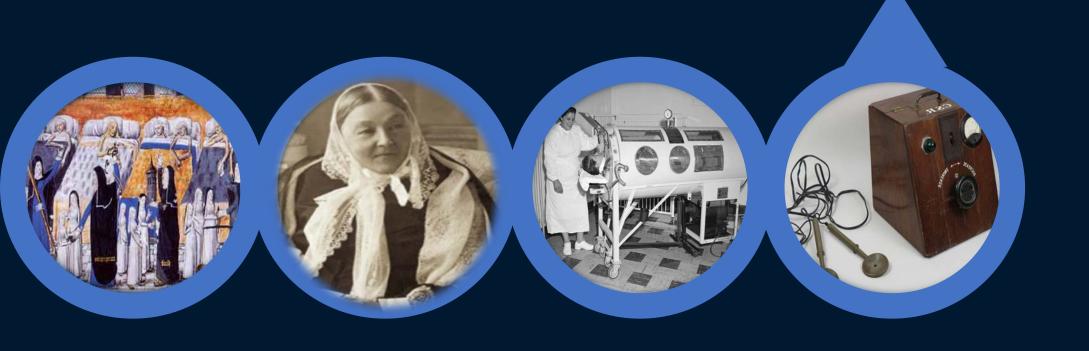
Florence Nightingale 1820-1910 Naissance du soin intensif & de la recherche infirmière





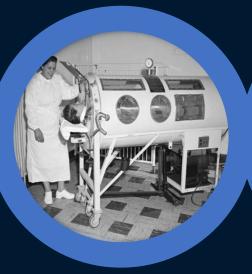
1950-1970 Développement des techniques de suppléances d'organes

1960's Délégation de la défibrillation aux infirmiers de soins intensifs





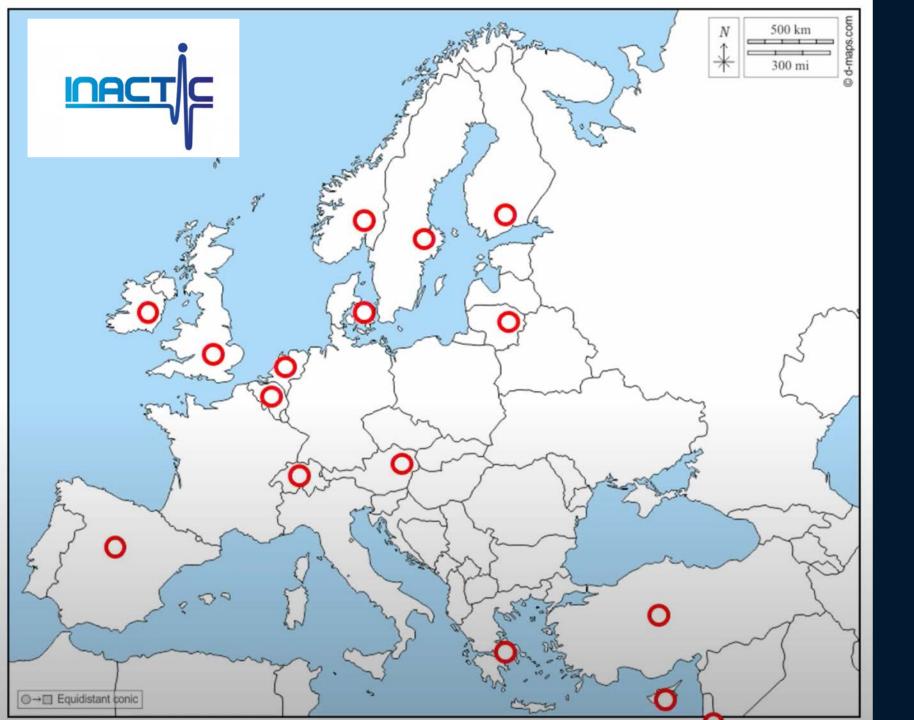








1990 : infirmière praticienne de soins aigus (USA)



- 24 pays :
 > 17 avec une formation spécifique pour les IDE en réa
- > 14 reconnaissent la spécialité





Hier



Plus de 21 compétences qui n'entrent pas dans les clous de la loi R4311-5 et R4311 – 7

- □ Dialyse : Déceler une dysfonction cathéter ou autre dysfonctionnement technique et le corriger
- ☐ Analyser un état d'agitation, en trouver les causes, et les corriger
- □ Participer à la mise en œuvre et utiliser un monitorage neurologique
- ☐ Identifier et évaluer la gravité d'une défaillance respiratoire
- ☐ Extuber un patient

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

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

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

Actes recueillant une opinion favorable à la délégation

	IDE n = 211	Cadres Et Médecin n = 144
Instauration contention physique	192	129
	91 %	90 %
Décision de première mise au fauteuil	164	116
	78 %	81 %
Décision de reprise alimentation orale	149	87
	71 %	60 %
Pose d'une voie veineuse jugulaire	173	111
externe*	82 %	77 %
Intubation*	96	35
	45 %	24 %
Test de sevrage de la ventilation	195	128
	92 %	89 %
Pose de cathéter artériel radial*	173	97
	82 %	67 %
Pose de voie veineuse profonde*	78	48
	37 %	33 %

	IDE n = 211	Cadres Et Médecins n = 144
Changement de KT dialyse sur guide*	92	63
	44 %	44 %
Ablation drain thoracique*	152	126
	72 %	87 %
Modification des paramètres	196	112
de ventilation	93 %	78 %
Adaptation amines	194	132
	92 %	92 %
Décision de remplissage vasculaire	130	51
	62 %	35 %
Adaptation sédation analgésie	201	138
	95 %	96 %
Décision de prélèvement	147	93
microbiologique à visée diagnostique	70 %	65 %
Décision de prélèvement biologique à	146	77
visée diagnostique	69 %	53 %
Communication d'informations à	108	87
caractère diagnostique et pronostique	51 %	60 %



Aujourd'hui

Protocoles de coopération

> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 article 51:

« Par dérogation, les professionnels de santé (cités à l'article L. 4011-1 du CSP) peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient »

➤ Enjeux ?

- > extension des champs d'intervention des professions paramédicales
- recentrage des activités médicales sur des missions d'expertise plus complexes grâce au temps dégagé
- > Améliorer l'organisation des soins
- > Réduire les délais de prise en charge







- Transfert d'actes
- Modèle économique, financement
- Population cible (inclusion/exclusion)
- Description/protocolisation y compris situations d'urgence ou d'échec
- Conditions de la supervision
- Indicateurs de suivi





Répond à un besoin de santé





- Avis qualité & sécurité
 - Expérience et f° du délégué
 - Accès à des soins de qualité
 - Maîtrise des risques inhérents à cette nouvelle prise en charge
 - Respect des recommandations en vigueur



Application et duplication du protocole Prime de coopération : 100 € Tout professionnel intéressé peut adhérer







Demain



La pratique avancée

« Un.e infirmier.e de pratique avancée est un.e infirmier.e diplomé.e ou certifié.e qui a acquis :

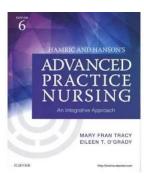
les connaissances théoriques,

le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes,

de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier,

pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier.e sera autorisé à exercer. »

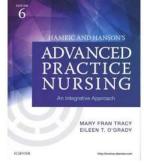
Conseil international des infirmier.e.s 2002

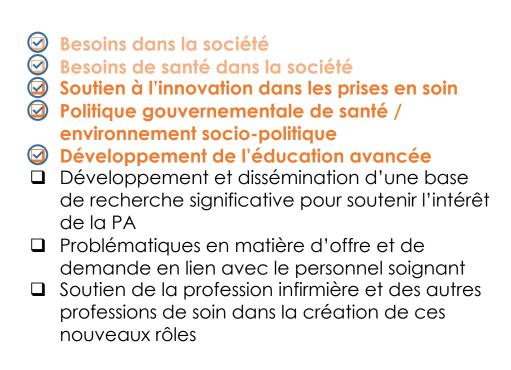


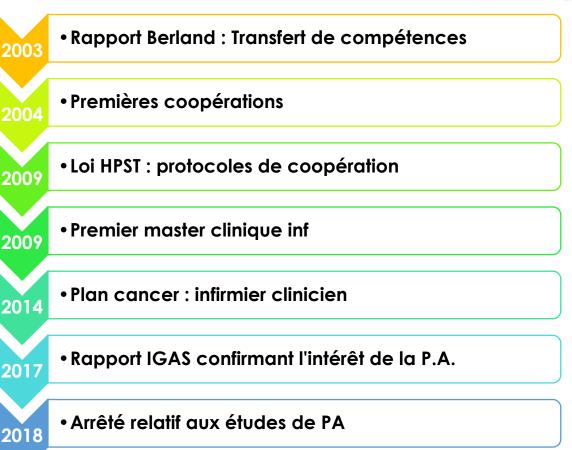
HAMRIC AND HANSON'S ADVANCED PRACTICE NURSING An integrative Approach MARY FRAN THACY EILEEN T. O'GRADY

- Besoins dans la société
 Besoins de santé dans la société
- ☐ Soutien à l'innovation dans les prises en soin
- Politique gouvernementale de santé / environnement socio-politique
- ☐ Développement de l'éducation avancée
- Développement et dissémination d'une base de recherche significative pour soutenir l'intérêt de la PA
- Problématiques en matière d'offre et de demande en lien avec le personnel soignant
- Soutien de la profession infirmière et des autres professions de soin dans la création de ces nouveaux rôles









Facteurs nécessaires au développement de rôles en pratique avancée;

- Besoins dans la société
- Besoins de santé dans la société
- Soutien à l'innovation dans les prises en soin
- Politique gouvernementale de santé / environnement socio-politique
- Développement de l'éducation avancée
- Développement et dissémination d'une base de recherche significative pour soutenir l'intérêt de la PA
- □ Problématiques en matière d'offre et de demande en lien avec le personnel soignant
- Soutien de la profession infirmière et des autres professions de soin dans la création de ces nouveaux rôles



MARY FRAN TRACY

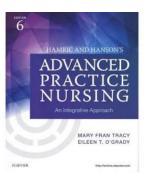


Facteurs nécessaires au développement de rôles en pratique avancée :

- Besoins dans la société
- Besoins de santé dans la société
- Soutien à l'innovation dans les prises en soin
- Politique gouvernementale de santé / environnement socio-politique
- Développement de l'éducation avancée
- Développement et dissémination d'une base de recherche significative pour soutenir l'intérêt de la PA
- ☐ Problématiques en matière d'offre et de demande en lien avec le personnel soignant
- ☐ Soutien de la profession infirmière et des autres professions de soin dans la création de ces nouveaux rôles

La pratique avancée infirmière améliore :

- ✓ La fluidité du parcours de soin
- ✓ La coordination des soins
- ✓ La qualité et la sécurité des soins
- √ La satisfaction des patients
- ✓ La satisfaction des infirmier.e.s
- ✓ L'adhésion thérapeutique
 ✓ Le devenir des patients



- Besoins dans la société
- Besoins de santé dans la société
- Soutien à l'innovation dans les prises en soin
- Politique gouvernementale de santé / environnement socio-politique
- Développement de l'éducation avancée
- Développement et dissémination d'une base de recherche significative pour soutenir l'intérêt de la PA
- ☐ Problématiques en matière d'offre et de demande en lien avec le personnel soignant
- Soutien de la profession infirmière et des autres professions de soin dans la création de ces nouveaux rôles



La pratique avancée en réa?

Quelle place pour des IDE en pratique avancée en soins critiques ?

A Role for Critical Care Nurse Practitioners in France

A. Roch (Réanimateur) · P.-Y. Blanchard (Infirmier coordinateur en réanimation) · A. Courte (Réanimateur) · S. Dray (Directrice des soins) · J.-C. Farkas (Réanimateur) · L. Poiroux (Cadre supérieur de santé, coordonnateur paramédical de la recherche) · A. Soury-Lavergne (Cadre supérieure de santé) · P.-E. Bollaert (Réanimateur) · pour le Conseil national professionnel de médecine intensive—réanimation

Reçu le 20 février 2019; accepté le 1 avril 2019 © SRLF et Lavoisier SAS 2019

Secteur de soins	Amélioration de l'accès aux soins	Amélioration de la qualité des soins	Attractivité des carrières	Maîtrise des coûts
Réanimation ± USC/ USI	• Participation à la PDS avec le médecin permettant le maintien des capacités d'accueil (services de grande taille nécessitant auparavant plusieurs médecins de garde)	 Compétences techniques Encadrement des soins Diffusion des connaissances Continuité des soins Maintien du personnel dans le même service par attractivité 	 Compétences techniques Encadrement des soins Diffusion des connaissances Recherche Progression financière 	 Recentrage et rationalisation du temps médical en journée Réduction du coût de la PDS (1 médecin + 1 IPASC vs 2 médecins si service de grande taille)
USC/USI autonome	Participation à la PDS en autonomie avec astreinte médicale permettant le maintien de capacités d'accueil	 Compétences techniques Encadrement des soins Diffusion des connaissances Continuité des soins 	 Compétences techniques Encadrement des soins Diffusion des connaissances Progression financière Détachement périodique sur USC isolées depuis réa de rattachement 	Réduction du coût de la PDS (1 IPACS vs 1 médecin)

La pratique avancée en réa?

- PA AUTORISÉ À EFFECTUER SANS PRESCRIPTION MÉDICALE ET, LE CAS ÉCHÉANT, À EN INTERPRÉTER LES RÉSULTATS:
- Réalisation d'un débitmètre de pointe.
- Holter tensionnel, prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux.
- Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie.
- Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles.
- Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions.
- Recueil aseptique des urines.
- Réalisation et surveillance de pansements spécifiques.
- Ablation du matériel de réparation cutanée.
- Pose de bandages de contention.
- Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention
- Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux
- Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10.
- Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-àgoutte rectal.
- Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie.

- Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique.
- Utilisation de techniques de médiation à visée thérapeutique.
- Réalisation d'une échographie de vessie.
- Echoguidage des voies veineuses périphériques difficiles.
- Pose de cathéter veineux court.
- Pose de sonde gastrique.
- Pose de sonde vésicale à demeure y compris le premier sondage chez l'homme.
- Toucher rectal.
- Spirométrie et mesure du monoxyde de carbone expiré.
- Méchage pour épistaxis (hors ballonnet).
- Anesthésie locale et topique.
- Gypsothérapie.
- Immobilisations au moyen d'attelles, orthèses et autres dispositifs.
- Réalisation de sutures (sauf visage et mains) comprenant les arcades sourcilières, le crâne et la pose/ ablation de crins ;
- Incision et drainage d'abcès, méchage.
- Tests rapides d'orientation diagnostiques inscrits au tableau 3 de l'arrêté du 1er août 2016 ainsi que ceux recommandés en cas d'épidémie ou de pandémie.
- Dosage de l'hémoglobine par " HemoCue ".
- Pose d'une oxygénothérapie (< 15l/ min).
- Défibrillation manuelle.

Uniquement dans le cadre du parcours médico-paramédical du domaine d'intervention Urgences :

- Test à la trinitrine.
- Recueil du signal et des images en échographie à l'aide de la technique FAST.
- Pose de cathéter intra osseux, veineux profond (type "Désilet"), de pression artérielle sanglante.
- Pose d'une oxygénothérapie haut débit, d'une ventilation non-invasive.
- Pose d'une canule oropharyngée, d'un masque oropharyngé, mise en place d'un dispositif de ventilation sans laryngoscopie.
- Ponction d'ascite.
- Décompression d'un pneumothorax suffocant.
- Pose d'attelle de traction.
- Aide à la réduction de fractures.

La pratique avancée en réa?

Harmoniser le champ de l'exercice des infirmiers de réanimation en France

Sécuriser en l'adossant à une formation solide une autonomisation inévitable et déjà largement développée...

Conserver l'expertise dans les services en la valorisant



Les grands défis





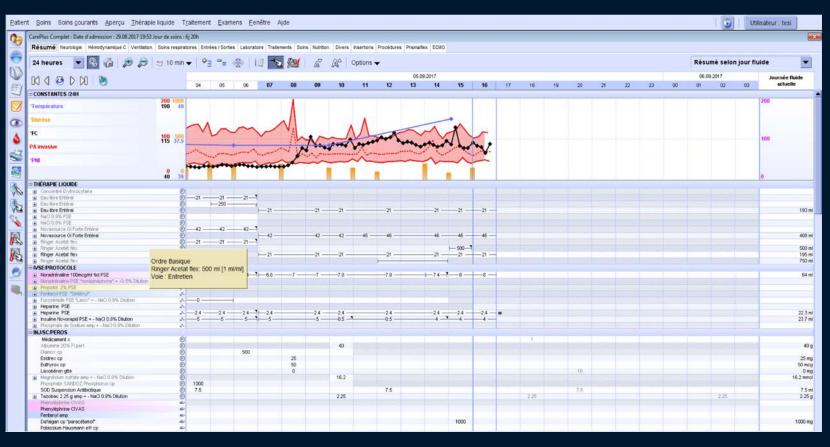








Pour monitorer la qualité des soins prodigués





Pour monitorer la qualité des soins prodigués





Pour développer la recherche sur des thématiques infirmières







Pour affirmer les exigences de qualité de la profession

Nurse staffing and education and hospital mortality in nine ((*) European countries: a retrospective observational study



Background Austerity measures and health-system redesign to minimise hospital expenditures risk adversely affecting Redeled or patient outcomes. The RN4CAST study was designed to inform decision making about nursing, one of the largest february 26, 2014 components of hospital operating expenses. We aimed to assess whether differences in patient to nurse ratios and nurses' educational qualifications in nine of the 12 RN4CAST countries with similar patient discharge data were associated with variation in hospital mortality after common survical procedures.

Methods For this observational study, we obtained discharge data for 422730 patients aged 50 years or older who "Members are losed at end of underwent common surgeries in 300 hospitals in nine European countries. Administrative data were coded with a standard protocol (variants of the ninth or tenth versions of the International Classification of Diseases) to estimate Center for Health Outcomes 30 day in-hospital mortality by use of risk adjustment measures including age, sex, admission type, 43 dummy variables suggesting surgery type, and 17 dummy variables suggesting comorbidities present at admission. Surveys of dramphrala should in the property of the prop 26516 nurses practising in study hospitals were used to measure nurse staffing and nurse education. We used ### Option | generalised estimating equations to assess the effects of nursing factors on the likelihood of surgical patients dying DM Source PhD. within 30 days of admission, before and after adjusting for other hospital and patient characteristics.

Findings An increase in a nurses' workload by one patient increased the likelihood of an inpatient dving within 30 days of admission by 7% (odds ratio 1-068, 95% CI 1-031-1-106), and every 10% increase in bachelor's degree (CBroyneal MS. nurses was associated with a decrease in this likelihood by 7% (0.929, 0.886-0.973). These associations imply that patients in hospitals in which 60% of nurses had bachelor's degrees and nurses cared for an average of six patients would have almost 30% lower mortality than patients in hospitals in which only 30% of nurses had bachelor's degrees Southampton, Southampton, and nurses cared for an average of eight patients.

Interpretation Nurse staffing cuts to save money might adversely affect patient outcomes. An increased emphasis on bachelor's education for nurses could reduce preventable hospital deaths.

Funding European Union's Seventh Framework Programme, National Institute of Nursing Research, National Institutes of Health, the Norwegian Nurses Organization and the National Institutes of Health, the Norwegian Nurses Organization and the National Institutes of Health, the Norwegian Nurses Organization and the National Institutes of Health, the Norwegian Nurses Organization and the National Institute of Nursing Research, National Institutes of Health, the Norwegian Nurses Organization and the National Institute of Nursing Research, National Institutes of Health, the Norwegian Nurses Organization and the National Institute of Nurse Organization and Nurse Orga Institutes of Health, the Norwegian Nurses Organisation and the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Swedish Association of Health Professionals, the regional agreement on medical training and clinical Athem, Greece research between Stockholm County Council and Karolinska Institutet, Committee for Health and Caring Sciences (M Dismission PhD) and Strategic Research Program in Care Sciences at Karolinska Institutet, Spanish Ministry of Science and Ingression and Management, University

European Surgical Outcomes Study' across 28 countries staffing too." European Surgical Outcomes Study' across 28 countries staffing too."

staffing too."

Research that could potentially guide policies and Mainty 1902; instituted Norsing Science, Bast, mortality and substantial between country variation in practices on safe hospital nurse staffing in Europe has substantial

Nursing is a so-called soft target because savings can be Constraint of health expenditure growth is an important made quickly by reduction of nurse staffing whereas Science, pagiellonian University policy objective in Europe despite concerns about savings through improved efficiency are difficult to Geogram Medicon England adverse outcomes for quality and safety of health care." achieve. The consequences of trying to do more with less Poland (Prof M.Kiska PRO). Hospitals are a target for spending reductions. Health- are shown in England's Francis Report, which discusses towers Biostatistics and system reforms have shifted resources to provide more how nurses were criticised for failing to prevent poor tastistical Bointonnutics. care in community settings while shortening hospital care after nurse staffing was reduced to meet financial Segue more (Leadin-Phila) length of stay and reducing inpatient beds, resulting in targets. Similarly, results of the Keogh review' of **meno-methodshours** increased care intensity for inpatients. The possible to the hospital trusts in England showed that inadequate combination of fewer trained staff in hospitals and more staffing was an important factor in persistently **Members-Cacha-ROLL*** (More-Cacha-ROLL***). intensive patient interventions raises concerns about high mortality rates. Austerity measures in Ireland and Rosence Nightingula School of whether quality of care might worsen. Findings of the Spain have been described as adversely affecting hospital Norsing and Midwifter, King's

been scarce. Jarman and colleagues' reported an

50140-6726/14160188-4

Research, Catholic Universit

Health Sciences, University of Department of Health Care

anement WHO Systems, Research and Nursing, University of Athens,

of Eastern Finland, Kuopio, Finland (Prof.) Kinnunen Phil

0883-9441/0 2019 Elsevier Inc. All rights reserved.

Journal of Critical Care 54 (2019) 205-211

Contents lists available at ScienceDirect **Journal of Critical Care**

journal homepage: www.journals.elsevier.com/journal-of-critical-care



Measuring the nursing workload in intensive care with the Nursing Activities Score (NAS): A prospective study in 16 hospitals in Belgium



Arnaud Bruyneel, RN, CCN, MSc a.b.c.*, Jérôme Tack, RN, CCN, MSc a.d., Marie Droguet, CCN, RN a.e., Iulie Maes. RN, CCN d, Xavier Wittebole, MD D, Reis Miranda, MD, PhD B, Lionel Di Pierdomenico, RN, MSC D

- 4 SIZ Nursing A Society of Intensive Care Nurses, Belgium
- Haute Ecole Provinciale Condorcet, Mons, Belgium Intensive Care Unit, CHU Tivoli, Belgium
- ⁴ Intensive Care Unit, Hospital Erasme University Libre de Bruvelles, Belgium
 ⁵ Pediatric Intensive Care Unit, Queen Fabiola Children's Hospital, Belgium
 ⁵ Intensive Care Unit, Cliniques Saint-Luc, University Catholique de Louvain, Brussels, Belgium
- University Medical Center of Graningen, the Netherlands
- ^b Research Center of Health Economics, Health Facility Administration and Nursing Science Université Libre de Bruselles, Belgium

ARTICLE INFO

Available online xxxx

Nursing activities score

Purpose: The evaluation of nursing worldoad is a common practice in intensive care units (ICUs). It allows the calculation of an optimal nurse/patient ratio (N/P) which is a major challenge to ensuring the quality of care while controlling the costs of health care. The objectives of this study were, therefore, to evaluate the N/P ratio and to tudy nursing activities in intensive care in French-speaking Belgium.

Methods: The Nursing Activities Score (NAS) was prospectively recorded by shift for two periods of one month each in 16 French-speaking Belgian hospitals for a total of 316 ICU beds in 24 ICUs.

Results: We included 3377 patients in the study, of which 64% were medical (versus surgical). The results for 24hour NAS (68.6%) were significantly different from the NAS per shift (Morning: 61.3%, Afternoon: 58.4%, Night: 55.0%). Outliers were significantly more prevalent among men and patients who died and outliers had longer stays in the ICU. Finally, mobilization-positioning and clinical-administrative tasks took, on average, more time

Conclusions: There is a significant difference in N/P ratio between the Belgian regulation (1/3) and the one calcu-

In Europe, intensive care units represent 4.5% of hospital beds but consume 15% to 20% of total hospital expenditure. Nursing staff account for 60% of the direct costs of the Intensive Care Unit (ICU) budget [1]. Thus, an objective strategy to evaluate nursing activities is essential to optimize the use of resources and to avoid overstaffing, especially with current budget constraints [2-4].

In fact, insufficient nurse staffing is detrimental to the outcomes of intensive care patients [5,6]. Studies have demonstrated an association between inadequate nurse-to-patient ratio (N/P) and high mortality [6-11]; an increase in complications and adverse events [6,10,12-14] an increase in nosocomial infections [12.15-18]; poor satisfaction of relatives and families of the patient [12,19,20]; an increase in pressure

Corresponding author at: 185, rue Longtain, 7100 La Louvière, Belgium.

ulcers [12,21,22]; missing care [23]; poor pain management [24]; increased length of stay due to surgical complications [25]; and more musculoskeletal injuries and burnout injuries in nurses [26]. In addition, these factors increase hospital costs. However, the optimal N/P ratio in intensive care has not been fully

established and depends mainly on expert opinion [27,28] even though a 1/2 ratio was determined to be a threshold limit according to a recent observational study [11]. This ratio, however, varies from one country to another because it is dependent upon the organization of ICUs and the triage practices for admission [29]. In addition, in recent decades, ICUs have been constantly evolving by admitting older patients with multiple comorbidities [30,31]. This leads to more complex care and procedures with closer monitoring, leading to an increase in the nursing workload [32]. In Belgium, a 1998 federal law set arbitrarily, and without foundation, a minimum N/P ratio of 1/3 [33], It is, therefore, important to evaluate the needs of the patient to allow for an adequate assessment of the optimal N/P ratio.

JAMA | Original Investigation | CARING FOR THE CRITICALLY ILL PATIENT

Effects of a Multimodal Program Including Simulation on Job Strain Among Nurses Working in Intensive Care Units A Randomized Clinical Trial

Radia El Khamali, RN; Atika Mouaci, RN; Sabine Valera, RN; Marion Cano-Chervel, RN; Camille Pinglis, RN; Céline Sanz, RN; Amel Allal, RN; Valérie Attand RN: Islie Malardier RN: Magali Delfino RN: Fifina (YAnna RN: Pierre Rostini MD: Sténhan Aquillard RN: Karine Berthias RN: Béatrice Cresta, RN; Frédéric Iride, RN; Valérie Reynaud, RN; Jérémie Suard, RN; Wlady Syja, RN; Cécile Vankiersbilck, RN; Nicole Chevalier, RN; Karen Inthavong, RN: Jean-Marie Forel, MD: Karine Baumstarck, MD. PhD: Laurent Papazian, MD. PhD: for the SISTRESSREA Study Group

IMPORTANCE Nurses working in an intensive care unit (ICU) are exposed to occupational stressors that can increase the risk of stress reactions, long-term absenteeism, and turnover.

OBJECTIVE To evaluate the effects of a program including simulation in reducing work-related stress and work-related outcomes among ICU nurses.

DESIGN SETTING AND PARTICIPANTS Multicenter randomized clinical trial performed at 8 adult ICUs in France from February 8, 2016, through April 29, 2017. A total of 198 ICU nurses were included and followed up for 1 year until April 30, 2018.

INTERVENTIONS The ICU nurses who had at least 6 months of ICU experience were randomized to the intervention group (n = 101) or to the control group (n = 97). The nurses randomized to the intervention group received a 5-day course involving a nursing theory recap and situational role-play using simulated scenarios (based on technical dexterity, clinical approach, decision making, aptitude to teamwork, and task prioritization), which were followed by debriefing sessions on attitude and discussion of practices.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES The primary outcome was the prevalence of job strain assessed by combining a psychological demand score greater than 21 (score range, 9 [best] to 36 [worst]) with a decision latitude score less than 72 (score range, 24 [worst] to 96 [best]) using the Job Content Questionnaire and evaluated at 6 months. There were 7 secondary outcomes including absenteeism and turnover

RESULTS Among 198 ICU nurses who were randomized (95 aged ≤30 years [48%] and 115 women (58%1), 182 (92%) completed the trial for the primary outcome. The trial was stopped for efficacy at the scheduled interim analysis after enrollment of 198 participants. The prevalence of job strain at 6 months was lower in the intervention group than in the control group (13% vs 67%, respectively; between-group difference, 54% [95% CI. 40%-64%]; P < .001). Absenteeism during the 6-month follow-up period was 1% in the intervention group compared with 8% in the control group (between-group difference, 7% [95% CI, 1%-15%]; P = .03). Four nurses (4%) from the intervention group left the ICU during the 6-month follow-up period compared with 12 nurses (12%) from the control group (between-group difference, 8% [95% CI, 0%-17%]; P = .04).

CONCLUSIONS AND RELEVANCE Among ICU nurses, an intervention that included education, role-play, and debriefing resulted in a lower prevalence of job strain at 6 months compared with nurses who did not undergo this program. Further research is needed to understand which components of the program may have contributed to this result and to evaluate whether this program is cost-effective.

TRIAL REGISTRATION ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02672072

AMA. doi:10.1001/jama.2018.14284 Published online October 24, 2018. **Editorial**

Visual Abstract

Supplemental content

Author Affiliations: Author affiliations are listed at the end of the

Group Information: The members of the SISTRESSREA Study Group appear at the end of this article.

Papazian, MD, PhD, Médecine Chemin des Bourrely, 13/015 Marseille France (laurent papazian@ap-hm.fr) Section Editor: Derek C. Angus, MD. MPH, Associate Editor, JAMA (angusdc@upmc.edu).

www.thelancet.com Published online February 26, 2014 http://dx.doi.org/10.1016/50140-6786(13)62611-8

Savoir, c'est pouvoir...





The SARS-CoV-2 epidemic, a step towards recognizing the speciality of critical care nursing in France

Laurent Poiroux RN, PhD 🕰 Adrien Constan RN, Pierre-Yves Blanchard RN, Raphaële Morfin RN ... See all authors 🗡

La recherche infirmière en réanimation : historique et perspectives

F 10/06/21

Nursing research in intensive care: history and perspectives

Doi: 10.1016/j.oxy.2021.04.005

Laurent Poiroux **, [| : infirmier PhD, cadre supérieur de santé, coordonnateur para centre hospitalier d'Angers et maître de conférences associé, département de science de santé d'Angers, Pierre-Yves Blanchard **: Infirmier en pratique avancée, Adrien C santé, Jérôme Dauvergne d' : Infirmier

Bentre hospitalier universitaire d'Angers, 4 rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, Franch
 Service de réanimation et unité de soins continue médico-chirurgicale, hôpital Teno

Hôpitaux de Paris, 4 rue de la Chine, 75020 Paris, France

Service de réanimation et surveillance continue adulte, centre hospitalier intercommunal, 40 avenue de Ver
94000 Crétell, France

d Service d'anesthésie et de réanimation chirurgicale, hôpital G. Laënnec, centre hospitalier universitaire de Nantes, 1 place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes cedex 1, France

L'épidémie de Covid-19, une mise à l'épreuve réussie pour les infirmiers de réanimation - 07/03/21

COVID-19 epidemic, a challenge successfully overcome by intensive care nurses
Doi: 10.1016/S0038-0814(21)00021-9

Centre hospitalier intercommunal, 40 avenue de Verdun, 94000 Créteil, France Centre hospitalier universitaire de Grenoble, hôpital couple enfant, quai Yermoloff, 38700 La Tronche, France

Infirmier de réanimation en 2021, de l'expertise à

10/12/21

Intensive care nurse in 2021, from expertise to recognition
Doi: 10.1016/i.soin.2021.11.011

Laurent Faivre ^{a,} ,, ^b 🗹 : Infirmier, coordonnateur des soins techniques en réanin conseil d'administration de la Fédération nationale des infirmiers de réanimation, Infirmière, service de médecine intensive-réanimation, membre du conseil d'admi nationale des infirmiers de réanimation, Audrey Massard ^d : Infirmière, équipe cer réanimation, soins intensifs et urgences, Bérengère Huet ^{b, e} : Infirmière, service réanimation, membre du bureau de la Fédération des infirmiers de réanimation

- a Hôpital Nord Franche-Comté, 100 route de Moval, 90400 Trevenans, France
- b Fédération nationale des infirmiers de réanimation, 31 avenue Alexandre-Dumas, 13008 Marseille, France
- ^c Institut de cardiologie, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, AP-HP, 47-83 boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France
- ^d Centre hospitalier universitaire Dijon Bourgogne, 2 boulevard Maréchal-de Lattre-de-Tassigny, 21000 Dijon, France
- e Hôpital Henri-Mondor, AP-HP, 51 avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94010 Créteil, France

Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques

- « Art. D. 6124-27-2.-Le titulaire d'une autorisation de soins critiques dispose sur site :
- « 1° D'un outil informatisé de gestion des lits mis à jour quotidiennement et interconnecté avec les outils de régulation territoriale et de recueil de données sur l'offre de soins critiques ;
- « 2° D'outils numériques nécessaires aux activités de télésanté :
- « 3° D'un dossier patient numérisé adapté à l'organisation des soins critiques ;
- « 4° D'un plan de flexibilité de l'organisation de son capacitaire et de ses ressources humaines permettant d'anticiper un surcroît d'activité en réanimation, dans un contexte de variations saisonnières ou de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan comprend un volet de formation afin de constituer et maintenir sur site une réserve de professionnels de santé formés pour venir en renfort des équipes de réanimation et de soins intensifs en cas de situation sanitaire exceptionnelle;
- « 5° D'un plan de formation aux soins de réanimation prévoyant notamment une période de formation pour les infirmiers prenant leur fonction dans l'unité de réanimation, sur site et dont la durée est de huit semaines, pouvant être réduite en cas d'expérience antérieure en réanimation.

> Article 3

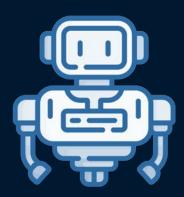
- I. Les dispositions du présent décret entrent en vigueur à compter du 1er juin 2023.
- II. Le ministre de la santé remet au Premier ministre dans un délai de dix-huit mois à compter de la publication du présent décret, un rapport d'évaluation de la charge en soins infirmiers de réanimation, et du niveau d'adéquation du ratio mentionné au 1° de l'article D. 6124-88-4, en fonction des besoins de soins des patients, par rapport à d'autres spécialités médicales, dans la perspective d'une évolution, dans les cinq ans à compter de sa remise, du ratio mentionné au 1° de l'article D. 6124-28-4 vers un infirmier pour deux lits ouverts. Ce rapport comporte également une évaluation des capacités de formation initiale des infirmiers diplômés d'état.
- III Sous réserve que soient remplies les conditions prévues aux <u>1° et 2° de l'article L. 6122-2 du code de la santé publique</u>, l'autorisation est accordée à la condition que le demandeur s'engage à se mettre en conformité avec les dispositions des articles D. 6124-27 à D. 6124-34-3 du même code dans leur rédaction résultant du présent décret, dans un délai de deux ans à compter de la notification de l'autorisation.

Par dérogation à l'alinéa précédent, l'autorisation de soins critiques de mention 1 à 5 mentionnées à l'article R. 6123-34-1 ou de mention 1 à 3 mentionnées à l'article R. 6123-34-2 est accordée à la condition que le demandeur s'engage à se mettre en conformité avec les dispositions du 1° des articles respectivement D. 6124-28-5, D. 6124-29-3, D. 6124-30-3, D. 6124-31-3 et D. 6124-33-5 dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'autorisation.

Lorsqu'à l'expiration de ces délais, il est constaté que le titulaire de l'autorisation n'est pas en conformité avec les dispositions mentionnées à l'alinéa précédent, l'autorisation fait l'objet des mesures prévues à l'article L. 6122-13 du même code.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne sont pas applicables aux hôpitaux des armées.

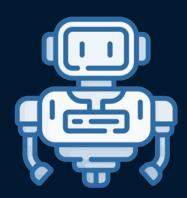
^{*}Auteur correspondant.



S'approprier les nouvelles technologies

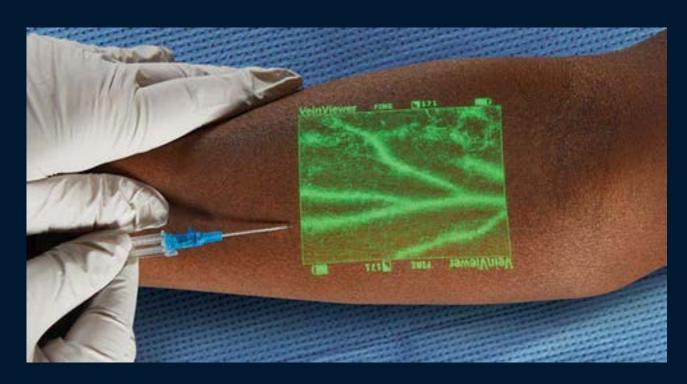
Pour sécuriser la prise en charge et améliorer l'expérience patient



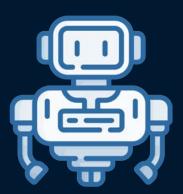


S'approprier les nouvelles technologies

Pour sécuriser la prise en charge et améliorer l'expérience patient







S'approprier les nouvelles technologies

Pour améliorer la communication : avec les patients, leurs proches, mais également au sein de la discipline











Remettre le patient au centre

Utiliser notre place privilégiée d'infirmier.e.s, pour recueillir les PROM et les PREM

PROM

Patient reported outcome measures

= retours des patients quant aux résultats de la prise en charge

PREM

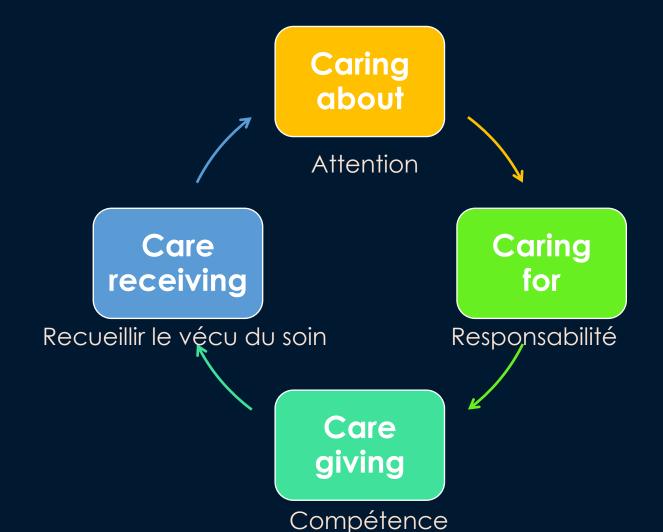
Patient reported experience measures

= vécu rapporté par le patient de l'expérience des soins



Repartir des dimensions du soin

un monde vulnérable





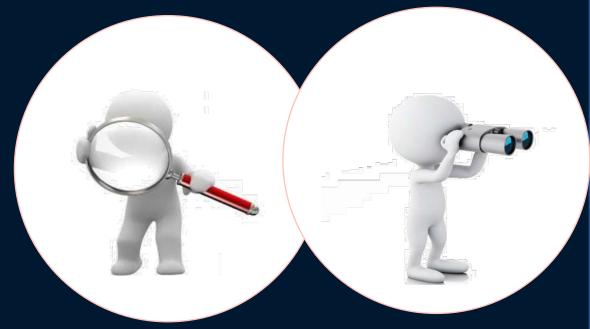
Remettre le patient au centre

Mieux comprendre l'expérience patient en reconnaissant la spécificité du regard infirmier



Point de vue infirmier == point de vue médical

- Temporalités différentes
- Rapport au patient différent
- Rapport à la maladie différent
- Rapport au soin différent
- Mise en œuvre du soin différente
- Outils thérapeutiques différents





- « La fin de l'abondance » en réa :
 - enjeux écologiques
 - mais aussi éthiques,
 - économiques,
- Les enjeux épidémiques à venir :
 - qu'a-t-on appris du COVID sur la gestion des compétences des infirmiers de réa?
 - Education scientifique du grand public, communication efficace des informations
 - « quoi qu'il en coûte » : une stratégie à reproduire ?





Redonner du sens à notre pratique



Mentoring Millennials

Jennifer F. Waljee, MD, MPH, MS¹; Vineet Chopra, MD, MSc²; Sanjay Saint, MD, MPH³

JAMA May 5, 2020 Volume 323, Number 17

Table. Mentoring Millennials: Myths, Truths, and Best Practices

Myth vs Reality	Millennials' Reasons	What to Avoid	What to Embrace
Impatient vs efficient	Accustomed to rapid information and distillation	Inertia	Innovation
Entitled vs motivated	Do not view social distinctions in hierarchy as previous generations	Hierarchy	Autonomy
Lazy vs balanced	Motivated by purpose, organizational mission, and skill over "time in rank" or traditional advancement metrics	Busywork	Purpose
Narcissistic vs empowered	Desire early advancement based on vision and deliverables	Subordinate	Leadership
Social vs collaborative	Have a greater sense of global consciousness	Uniformity	Diversity
Needy vs engaged	Used to instant responses due to social media and technology	Isolation	Community



Faire évoluer nos organisations



« Capacités »

- Utilisation d'une grande variété de ressources pour maximiser la production et résoudre les problèmes
- Fonctionne dans des contextes prédictibles et un environnement contrôlé
- Envisage le travail qui peut être réalisé en fonction du nombre d'employés



- Utilisation d'un large champ de savoirs, compétences, qualités personnelles et de compréhension, employés de façon efficace
- Fonctionne dans des contextes imprédictibles
- Envisage le travail qui peut être réalisé en fonction des compétences du groupe





Faire évoluer nos organisations



« Effectuer de petits ajustements dans votre exercice quotidien afin de mieux ajuster les différentes caractéristiques de votre exercice avec vos propres forces, besoins, centres d'intérêt et capacités »





Redonner son sens au mot « soin »



Redonner son sens au mot « soin »





Take home messages

- Faire corps
 - Développer la recherche de notre profession
 - Construire une communauté des infirmiers de réanimation
 - Faire valoir notre expertise
- Rester à l'écoute du monde
 - Data
 - Réseaux professionnels
 - Veille, actualités, nouvelles technologies
 - Et mettre tout ça en lien avec la pratique
- Garder le cap d'un soin qui a du sens
 - S'emparer de la question du soin vécu par le patient
 - Se débarrasser des organisations pyramidales
 - Utiliser au mieux l'envie, l'intérêt de chacun

Merci de votre attention!



