

Réflexion sur la place de l'IPA dans un service d'accueil des urgences et en soins primaires

Mathilde Charpigny*, Dalila Hemaidi**



L'infirmière en pratique avancée (IPA) peut exercer actuellement dans 4 domaines d'intervention :

- les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires ;
- l'oncologie et l'hémo-oncologie ;
- la maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale ;
- la santé mentale et la psychiatrie.

L'exercice de l'IPA s'élargit également à la gérontologie.

En réponse à la crise des urgences, il a été annoncé fin 2019 par Mme Agnès Buzyn, alors ministre des Solidarités et de la Santé, la création d'un 5^e domaine d'intervention : IPA aux urgences, dont la formation devait débuter à la rentrée universitaire de 2020. Les travaux de groupe visant à définir les missions de l'IPA aux urgences et à rédiger les décrets d'application ayant été interrompus par la crise du Covid-19, la formation de l'IPA aux urgences débutera lors de la rentrée universitaire 2021.

Les IDE expérimentées en soins de premier recours (médecine de ville ou médecine hospitalière d'urgence) n'ont pas attendu cette déclaration pour s'intéresser à la plus-value qu'une pratique infirmière avancée pourrait apporter aux SAU et aux

personnes qui y font appel. Leurs compétences leur permettent d'analyser le milieu dans lequel elles exercent et, en s'appuyant sur des exemples internationaux [1-3], de définir de quelle manière elles seront le plus efficaces pour les patients et les autres professionnels de santé.

Dans cet article, les auteures souhaitent vous faire partager leurs réflexions sur certaines des opportunités que représente le positionnement de professionnels en pratique avancée dans les dispositifs d'urgences.

Patients présentant une situation complexe au SAU : retour d'expérience

Mathilde Charpigny : Lors de mon stage au SAU de Bichat dans le cadre du diplôme d'État d'infirmière en

pratique avancée mention pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires, j'ai commencé par une phase d'observation et d'analyse. Je me suis ensuite positionnée pour réaliser l'anamnèse et l'examen clinique des patients et comme interlocutrice potentielle des personnes âgées de

La prise en charge des personnes âgées tout au long de leur parcours hospitalier, voire en ville, est délicate, mobilise des compétences particulières et demande de la coordination et du temps. L'IPA avec ses champs de compétences élargis apporte une véritable plus-value.

75 ans et plus. J'ai mené auprès d'elles des entretiens supplémentaires et j'en ai rendu compte aux autres

* IPA, master de santé publique, parcours évaluation des soins, sciences infirmières en gériatrie, centre municipal de santé, Saint-Denis

** IPA, infirmière libérale, Asnières-sur-Seine.



professionnels. J'ai été impressionnée par l'efficacité des prises en charge réalisées, mais j'ai aussi pu identifier certaines situations représentant un risque accru de complications : stress, temps d'attente, isolement par rapport aux proches, incertitudes, etc. J'ai aussi été interpellée quant au risque de rupture que constitue cette prise en charge dans le parcours de santé d'une personne, notamment pour les plus fragiles ou dans les situations complexes. Les retours que j'ai faits aux autres professionnels ont été bien reçus et ont permis un recours de plus en plus fréquent à mes compétences. Une attention particulière était déjà accordée aux personnes les plus fragiles, mais j'ai mis en évidence que leur repérage et leur prise en charge demandaient une expertise dont les professionnels présents ont très rapidement apprécié la plus-value. L'intérêt essentiel était de pouvoir différencier une situation standard, comme la survenue d'une pneumonie acquise en communauté chez une personne robuste (qui nécessitera une mise sous antibiotique et un retour rapide à domicile), et une situation complexe, comme celle d'un patient atteint d'une pneumonie acquise en communauté et présentant un début de troubles neurocognitifs masqués qui a nécessité de repérer ces troubles, d'avoir un entretien approfondi avec sa femme, d'alerter les professionnels du SAU et ceux du service d'aval afin de prévenir le risque de syndrome confusionnel, d'obtenir l'autorisation pour sa femme de rester à ses côtés et de mettre en place un suivi posthospitalier. La prise en charge de ces personnes tout au long de leur parcours hospitalier, voire en ville, est délicate, mobilise des compétences particulières et demande de la coordination et du temps. L'IPA avec ses champs de compétences élargis

et un positionnement plus transversal peut intervenir sur l'ensemble du parcours de ces patients en situation complexe (du repérage à l'orientation en passant par la prise en charge et la prévention des complications). Personnellement, je considère, comme la Société française de gériatrie et gérontologie, qu'un poste dédié pourrait permettre de prévenir plus efficacement le risque de syndrome confusionnel, d'améliorer le parcours hospitalier, le retour à domicile et la transition ville-hôpital pour les personnes fragiles. Il contribuerait également à l'évaluation des prises en charge et à la formation du personnel des urgences.

Passages aux urgences évitables, constat et réflexions

Dalila Hemaidi : Les difficultés du système de santé français concernant le recours aux urgences sont plus que jamais d'actualité. Le vieillissement de la population française [4], la démographie médicale en baisse et le manque de médecins généralistes contribuent à une désorganisation du système de soins avec l'apparition des déserts médicaux [5]. D'après Nicolas Revel, directeur de la CPAM, plus de 5 millions de Français n'ont pas de médecin traitant. Depuis 20 ans, on observe une hausse continue des passages aux urgences atteignant 22 millions en 2018, contre 10 millions en 2010. Dans le même temps, l'offre de soins demeure stable d'après la Cour des comptes [6]. Ce schéma d'une hausse constante du nombre de passages aux urgences (+3,5 % par an) et d'une offre de soins qui n'évolue pas explique en partie "la crise des urgences" apparue en 2019.

Mes 7 années passées aux urgences m'ont fait prendre conscience du problème d'accès aux soins. À l'époque déjà, je voyais des personnes se présenter aux urgences pour des problèmes de santé qui pouvaient être gérés en ville par un médecin généraliste. Certains patients atteints de pathologies chroniques se présentent au SAU pour des renouvellements d'ordonnance. Mon expérience en tant qu'infirmière libérale renforce ce sentiment de désert médical en ville. Mes patients sont à la recherche de médecins généralistes. Les cabinets médicaux sont saturés et les médecins ne peuvent pas accepter de nouveaux patients, ce qui a pour conséquence directe un retard de diagnostic, de prise en charge ou d'adaptation de traitement. Il y a 3 mois, une de mes patientes âgée polypathologique s'est retrouvée sans médecin traitant, à la suite du départ à la retraite de son généraliste. Cette dame isolée, qui ne sort plus de chez elle, se retrouve donc en rupture de traitement, le pharmacien accepte de renouveler l'ordonnance pour 1 mois. Malgré mes appels à plus de 20 cabinets médicaux, j'ai dû faire appel à SOS médecins pour le renouvellement du traitement. Au bout de 3 mois, j'ai pu trouver un médecin généraliste qui a accepté de prendre en charge cette dame à domicile. Actuellement, en master 2 IPA mention pathologies chroniques stabilisées (PCS), je prends conscience que si j'avais déjà été diplômée j'aurais évité à ma patiente une errance médicale de 3 mois. J'aurais assuré le renouvellement de ses ordonnances de médicaments, mais aussi le suivi biologique. Cette dame souffre d'une insuffisance cardiaque, d'un diabète de type 2 avec des douleurs neuropathiques, pathologies listées dans le décret de compétences des IPA PCS.

Mon expérience au sein du SAU, d'une part, en ville, d'autre part, et mon statut d'étudiante en master 2 IPA PCS m'amènent à envisager la nécessité d'IPA PCS avec une formation supplémentaire "Urgences" en amont des services d'urgences. L'intervention des IPA en premier recours me semble indispensable afin

d'élargir l'offre de soins en créant des structures d'accueil de soins non programmés avec des médecins généralistes et des IPA.

Les cabinets médicaux sont saturés et les médecins n'acceptent plus de nouveaux patients, ce qui a pour conséquence directe un retard de diagnostic, de prise en charge ou d'adaptation des traitements.

Le but est d'éviter au maximum le passage par le SAU. Les IPA exerçant en premier recours pourront ainsi, en travaillant avec les médecins de ville, éviter un nombre important de passages aux urgences.

Patients atteints de pathologies chroniques au SAU : perspectives

Mathilde Charpigny : Pendant mon stage, je n'ai pas eu la possibilité de me pencher sur une autre catégorie de personnes qui fréquentent les SAU et pourraient bénéficier des compétences des IPA. Mon expérience des soins primaires me fait envisager la possibilité d'une prise en charge des patients ne relevant pas directement des services d'urgences. Une partie des patients admis aux urgences sont repérés par l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) comme atteints d'une pathologie chronique mais ne présentant pas une situation d'urgence. Il leur est alors proposé de retourner en salle d'attente jusqu'à ce qu'un médecin soit disponible, qui pourra leur proposer une consultation brève avant le retour à domicile. L'IPA pourrait leur apporter son expertise, poser des conclusions cliniques, prodiguer des conseils de santé, prescrire les traitements de pathologies courantes, les orienter et proposer une expertise aux professionnels de santé et aux usagers quant aux parcours de personnes atteintes d'une pathologie chronique. Actuellement, il manque à ces professionnels les possibilités d'exercer une activité clinique directe en premier recours afin de contribuer à la résolution de problèmes de santé, de dépister des pathologies ou d'assurer le suivi de pathologies chroniques au plus près des populations.

Dalila Hemaidi : Forte de mes expériences en ville et au SAU, je me suis également interrogée sur la plus-value de l'IPA concernant la prise en soins du patient âgé. L'IPA aux urgences peut assurer une coordination



urgences-domicile afin d'optimiser un retour à domicile pour éviter une réhospitalisation post-urgences. En effet, les personnes fragiles admises une première fois en urgence ont un risque accru de réadmission en urgence [7]. L'IPA peut, grâce à son expertise, détecter la fragilité de ces personnes et assurer une coordination et un suivi à domicile. La détection des signes de fragilité permet de mettre en place des mesures et des aides à domicile. Lorsqu'une personne est admise pour une décompensation d'insuffisance cardiaque par exemple, mais qu'une hospitalisation n'est pas nécessaire, il est intéressant que l'IPA puisse la suivre à domicile afin de titrer les traitements nécessaires à l'amélioration des symptômes et de la maladie. On peut imaginer cette prise en charge coordonnée urgences-hôpital pour plusieurs pathologies chroniques, mais aussi pour la prévention de la fragilité du sujet âgé et ainsi éviter les réhospitalisations.

J'ai réalisé mon stage de master 2 au sein du SAU et en équipe mobile de gériatrie de l'hôpital Bichat à Paris. Ce stage de 5 mois a permis aux équipes de

prendre conscience de l'intérêt d'une IPA spécialisée en PCS aux urgences et en équipe mobile de gériatrie. En effet, les personnes âgées requièrent une prise en soins spécifique et adaptée. La présence d'un gériatre aux urgences à temps plein n'est pas possible. L'IPA, grâce à ses compétences cliniques, représente un atout dans ces services en orientant les urgentistes dans le parcours de soins du patient âgé. La vision holistique portée par l'IPA permet de prendre en compte les particularités biopsychologiques, sociales et physiques des personnes âgées et ainsi d'apporter des réponses adaptées. Pendant ce stage, j'ai contribué à l'orientation d'un diagnostic en aidant à comprendre si le patient est confus ou atteint de troubles cognitifs par exemple, mais j'ai aussi aidé les urgentistes en apportant rapidement les éléments relatifs au mode de vie et aux conditions de vie des personnes âgées à leur domicile grâce à ma connaissance du terrain (en contactant rapidement l'équipe mobile de gériatrie externe, par exemple, pour savoir si le patient était connu de leur service). Cette connaissance de la ville et de ses acteurs a permis des retours à domicile sécurisés pour les patients, en mobilisant les ressources nécessaires.

Ce stage a mis en évidence l'intérêt de la présence d'une IPA PCS au sein d'un SAU en lien étroit avec les équipes mobiles de gériatrie interne et externe.

Conclusion

Les IPA ont un rôle à jouer à plusieurs moments du parcours des patients aux urgences :

- en proposant une expertise pour les patients les plus fragiles et en favorisant leur prise en charge aux urgences ainsi que la relation avec le service d'aval ou en sécurisant leur sortie ;
- en offrant une alternative pour les patients atteints de pathologies chroniques qui se présentent aux urgences, et en favorisant leur réinsertion dans un parcours extrahospitalier et la relation avec les professionnels de ville ;
- en évitant le recours aux urgences par leur implication en amont dans le fonctionnement des soins primaires et l'amélioration de l'interface ville-hôpital, les IPA pourraient être l'une des solutions à l'engorgement des urgences.



Nous n'avons pas la prétention d'avoir répertorié toutes les opportunités que représente pour les services d'urgences l'arrivée de ces nouveaux professionnels. En effet, nous n'avons pas abordé, par exemple, le rôle qu'ils pourraient jouer dans la prise en charge de la petite traumatologie. Dans toutes ces situations, c'est de l'autonomie qui leur sera accordée que dépendront les bénéfices de leur implantation. ■

Références

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. Pacte de refondation des urgences - 20 décembre 2019. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences-20-decembre-2019>
2. Eriksson I et al. Holistic health care: patients' experiences of health care provided by an Advanced Practice Nurse, *Int J Nurs Pract* 2018;24(1):e12603.
3. Woo BFY et al. The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Hum Resour Health* 2017;15(1):63.
4. Insee. Tableaux de l'économie française édition 2018. Population par âge. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
5. Ministère des Solidarités et de la Santé. Lutter contre les déserts médicaux. 2019. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/>
6. Cour des Comptes. Les urgences hospitalières. Rapport public annuel 2019. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
7. Saint-Pierre T. Facteurs prédictifs de réadmission à 1 mois des patients âgés de plus de 75 ans, évalués par l'équipe mobile de gériatrie lors d'un passage aux urgences et rentrés à domicile sans avoir été hospitalisés. *Médecine humaine et pathologie*. 2018.

Pour en savoir plus

- Décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'Assurance maladie. 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du Code de la santé publique.
- Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale. • Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.
- Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. • Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du Code de la santé publique.
- Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. • Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du Code de la santé publique.
- Arrêté du 12 août 2019 relatif à l'enregistrement des infirmiers en pratique avancée auprès de l'Ordre des infirmiers. • Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.
- Arrêté du 12 août 2019 modifiant les annexes de l'arrêté du 18 juillet

M. Charpigny et D. Hemaidi déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article. Les auteurs remercient Perrine Boursin pour la relecture attentive de cet article.

À DÉCOUVRIR

Notre peau nous parle...

La peau est un organe fascinant qui méritait bien qu'un homme, amoureux de sa spécialité, lui consacre un livre, écrit Marina Carrère d'Encausse en préface. C'est ce que Laurent Misery a fait. Professeur de dermatologie, chef du service de dermatologie du CHU de Brest et directeur du laboratoire de neurosciences de l'Université de Bretagne Occidentale, il a créé la première consultation conjointe de psycho-dermatologie. Il nous explique donc naturellement, dans cet ouvrage, que notre peau nous parle. En abordant biologie, psychologie et génétique, l'auteur explique comment la peau communique avec le cerveau, ce qu'elle nous dit que l'esprit ne peut entendre, comment agir et en prendre soin quand elle est en souffrance... Il explore ainsi son influence sur notre mental et inversement. Un ouvrage qui fourmille d'informations et de cas cliniques qui montrent la complexité et la richesse de cet organe le plus étendu du corps humain !

Ed. Larousse
www.editions-larousse.fr

