



Je suis infirmière de recherche clinique « freelance » au sein du département de Pneumologie du CHU de Nancy.

Une IDE....Aller à un congrès de Pneumologie.....pour des pneumologues..... Et pourquoi pas...

Tous les IDEs pourraient, devraient assister à ces manifestations riches de nouveautés et accessibles à notre métier. J'ai assisté à des conférences plénières tout au long de ces journées mais aussi à des ateliers interactifs.

Impact des apnées du sommeil associées aux maladies cardiaques et pulmonaires

- **Apnées du sommeil et risque cardiovasculaire : Etude SAVE**

SAVE est une étude contrôlée, randomisée, ouverte, menée dans 89 centres situés dans 7 pays. Après une période de run-in d'une semaine pour s'assurer d'une observance minimale de 3h par nuit avec une PPC à dose subthérapeutique, 2717 patients âgés entre 45 et 75 ans à risque CV et souffrant de SAOS ont été assignés à recevoir soit une PPC et les soins habituels, soit les soins usuels seuls (le traitement de la pathologie CV et conseils d'hygiène de vie et sur les habitudes de sommeil pour minimiser le SAOS).

L'étude SAVE m'a beaucoup intéressée. On voit que la plus grosse étude menée sur le sujet (SAVE), sponsorisée par les firmes qui vendent la CPAP, est négative. Cela montre bien qu'en médecine, on a des intuitions avec parfois des certitudes qui, au final, ne sont pas du tout validées par la science. Et l'étude SAVE le démontre de façon magistrale. La CPAP améliore la qualité de vie mais elle n'a pas d'impact sur la survie, ni sur les événements cardiaques.

Même si les résultats sont décevants, ils montrent néanmoins que le traitement du SAOS chez les patients avec une pathologie CV mérite d'être conduit parce qu'ils sont beaucoup moins fatigués, dépressifs et que leur qualité de vie et leur productivité sont améliorés.

D'après l'étude SAVE, **pour les patients qui utilisent la machine plus de 4 heures par nuit des résultats positifs (mais pas statistiquement significatifs) ont été démontrés.** Même si la machine n'a pas prouvé son rôle de sauveur de cœurs et de cerveaux dans cette étude, les patients traités ont été moins déprimés, plus éveillés et ont eu une meilleure qualité de vie.

En résumé : Même si vous avez déjà fait des troubles cardiovasculaires utilisez votre machine du mieux possible, si elle ne vous sauve pas la vie, elle améliorera votre qualité de vie

BPCO

- La cohorte PALOMB ?

La BPCO ne survient presque jamais seule

La cohorte PALOMB a été créée le 1^{er} janvier 2014. Il existe très peu de données en « vraie vie » sur la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France, alors même que cette maladie est très fréquente.

L'originalité de la cohorte PALOMB réside dans le fait que les patients BPCO sont suivis quelles que soient les modalités d'exercice (hospitalier et libéral) afin d'obtenir une photographie unique et reflétant la pratique pneumologique dans sa globalité.

L'analyse des 1973 patients inclus durant les deux premières années a été présentée à ce congrès :

72% des personnes souffrent au moins d'une autre maladie en plus de la BPCO

La BPCO ne survient presque jamais seule : seules 28% des personnes BPCO de la cohorte PALOMB n'ont que la BPCO comme maladie. Tous les autres ont une ou plusieurs maladies associées (comorbidités) qu'elles soient cardiovasculaires, rhumatologiques (ostéoporose) ou métaboliques. En moyenne, sur l'ensemble de la cohorte, les patients ont deux comorbidités associées, en plus de la BPCO. L'hypertension artérielle est la plus fréquente devant le syndrome des apnées obstructives du sommeil, la dyslipidémie, la cardiopathie ischémique et les troubles du rythme.

Sévérité de la BPCO : l'intérêt de prendre en compte les comorbidités

Par ailleurs, la fréquence des comorbidités varie en fonction du stade de sévérité de la BPCO, c'est-à-dire que les comorbidités rencontrées diffèrent selon que la BPCO est de stade léger ou de stade sévère. Par exemple, l'hypertension, le syndrome des apnées obstructives du sommeil, la dyslipidémie, la cardiopathie ischémie et les troubles du rythme sont plus fréquemment rencontrés lorsque la BPCO est de stade sévère.

Ces données suggèrent que la sévérité de la BPCO pourrait être évaluée en intégrant d'éventuelles comorbidités, en plus des critères habituels comme la fonction respiratoire, les symptômes et les exacerbations. Par exemple, c'est le cas d'une personne BPCO de stade I ayant cependant une cardiopathie ischémique sévère. Elle sera essoufflée. La prise en charge, notamment sur le plan de l'exercice, sera différente. Or, cette prise en compte au niveau médical n'a pas forcément cours aujourd'hui.

En résumé, au sein de la cohorte PALOMB, la « multi-morbidité » est fréquente, hétérogène et varie en fonction du stade de gravité de la maladie. Des éléments à intégrer par l'ensemble des soignants concernés par la prise en charge de la BPCO, mais aussi par les patients qui doivent leur en faire part.

J'ai découvert aussi 2 nouvelles professions pour les infirmiers dont je vais vous faire la présentation en quelques lignes.

- **La fonction d'infirmier en pratiques avancées**
- **Conseiller médical en environnement intérieur (CMEI)**

IPA

Introduction

La France est aujourd'hui confrontée à des changements qui remettent en question le fonctionnement de son système de santé. Selon l'Institut National de Statistiques et des études économiques (Insee) en 2050, un tiers de la population sera âgée de plus de 60 ans. Aussi, d'après l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) en 2010, 28 millions de personnes suivent un traitement au long cours, 15 millions sont atteintes de maladies chroniques (soit près de 20% de la population française) et 9 millions sont déclarées en affections de longue durée (ALD). De plus, notre pays doit faire face à une baisse du nombre de médecins dont la densité est inégalement répartie sur le territoire, ainsi qu'à une augmentation de la demande de soins, accompagnée de contraintes économiques drastiques.

Ce constat a permis de soulever la question de la place des pratiques avancées. Les différents rapports, puis des expérimentations et initiatives par exemple de la Fédération Hospitalière de France, ont permis d'intégrer la pratique avancée dans le projet de loi santé, présenté au conseil des ministres.

IPA

La pratique avancée partage le cœur du métier d'infirmier, elle se base sur les concepts et les fondements des soins infirmiers dans sa pratique clinique, et peut avoir recours à des actes qui sont réservés à la profession médicale (prescriptions de produits médicamenteux ou d'examens complémentaires).

Un infirmier qui exerce en pratiques avancées est un IDE qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier est autorisé à exercer. Une formation de base de niveau Master 2 est recommandée.

L'IPA peut exercer en milieu rural soit en libéral soit en maison de santé en collaboration étroite avec le médecin, il peut aussi évoluer au sein d'un hôpital en tant que "professionnel ressources" pour apporter une expertise souhaitée par un service ou en proposant des consultations.

Quels enjeux ?

Les enjeux sont multiples et à plusieurs niveaux :

Pour les patients, c'est l'amélioration de l'accessibilité aux soins de proximité, un parcours de soin personnalisé, la sécurisation du maintien au domicile ;

Pour les infirmiers, c'est l'attractivité de la profession et la fidélisation par des perspectives de carrières. Le leadership dans les équipes et l'harmonisation des pratiques permettront une montée en compétences de la profession ;

Pour les médecins, l'IPA permettra un meilleur maillage du territoire, une récupération de temps médical pour les situations les plus complexes et le confort d'un travail en multidisciplinaire ;

Pour la société, c'est une valorisation du champ de la santé publique, la diminution du temps hospitalier, une maîtrise des dépenses de santé par l'aide au développement de certaines activités (chirurgie ambulatoire, chemins cliniques).

Quels obstacles ?

Actuellement le manque de reconnaissance en termes de diplômes, de postes dédiés, de rémunération et la méconnaissance du rôle de l'IPA entraînent des difficultés de positionnement au sein d'une équipe. De plus, le corps médical peut craindre de perdre un certain monopole.

La clarification du concept de pratique avancée est désavantagée par la confusion qui existe entre les titres, les spécialisations, les diplômes universitaires ou certificats d'organismes privés, les protocoles de coopérations, les diverses formations maisons.

A titre individuel, la reprise d'études a un impact sur la fatigue, les finances (surtout pour les libéraux), la vie privée, l'exercice professionnel. De plus, il y a seulement deux sites en France qui proposent cette formation, et les temps de stage sont difficiles à insérer dans un planning professionnel.

Grâce à cette formation, le regard sur sa propre pratique est modifié, la remise en question est permanente et il devient nécessaire d'adapter son cadre de travail à ce nouveau paradigme. Cependant, un des principaux freins reste le manque de lobbying infirmier en France.

Perspectives

Pour les soins de ville, on les retrouvera dans le suivi de maladies chroniques, la création de consultations, les évaluations gériatriques, la surveillance de chimio orales ou de suite de radiothérapie, des missions de coordination de parcours de soins complexes ou d'autres actes délégués, ou dans l'élaboration de protocoles de coopération.

Dans les structures hospitalières, l'IPA peut intervenir aux urgences, il a un rôle de "triage" des patients en fonction de leur pathologie.

Il a aussi un rôle de consultation dans les services (il est un professionnel ressources pour un infirmier d'un service). Différentes consultations infirmières sont déjà en place dans des établissements de santé ce qui favorise la prise en charge holistique du patient : en plaies et cicatrisation, en consultation d'annonce d'une pathologie grave, en éducation thérapeutique et dans les équipes mobile (de gériatrie, d'oncologie, de soins palliatifs, de douleur etc.).

Il a aussi un rôle de suivi régulier des patients et de leur pathologie, ce qui permet d'inhiber les complications et les hospitalisations prolongées. Son exercice se déroule en collaboration étroite avec un médecin. Si l'IPA constate que la situation dépasse ses compétences, il a la possibilité d'adresser le patient vers un médecin ou un médecin spécialiste.

L'IPA est une personne ressource auprès de ses pairs et des autres professionnels de santé. Il peut participer aux réunions du comité d'éthique et peut être convié à apporter sa réflexion et son expertise pour influencer les prises de décisions éthiques (lors de réunions collégiales par exemple). Il apporte aussi des conseils à des infirmiers qui ne disposent pas des outils et du savoir nécessaire pour résoudre certains problèmes de santé ou de prise en charge. Il s'assure prioritairement que la volonté du patient est respectée, et que son choix est pris en compte. Ainsi l'infirmier de pratiques avancées intervient dans des champs divers et variés en collaboration avec le cadre de santé, le médecin et l'équipe de soins. Il est acteur de changement dans l'intérêt du patient et des professionnels.

Pour ne pas conclure...

La pratique avancée n'est pas une fin en soi, mais un levier de changement pour améliorer la qualité des soins... L'IPA va mobiliser l'expertise de chacun des acteurs du parcours de soins pour créer une synergie positive, visant à améliorer la qualité et sécurité des soins prodigués. Cependant, ce système ne peut fonctionner que s'il y a une véritable reconnaissance en termes de diplômes, d'emplois et de rémunération, ce qui implique une révision du cadre d'emploi au niveau national.

Conseiller médical en environnement intérieur (CMEI)

Introduction

Les habitats regorgent de polluants et d'allergènes dont on ne soupçonne pas l'existence. Limiter leurs effets sur la santé, c'est la mission des conseillers médicaux en environnement intérieur.

Dans les pays industrialisés, 80 % du temps est passé à l'intérieur (habitat, bureaux, écoles, transports et lieux publics). Ce qui ne serait pas un problème si l'air n'y était pas 5 à 10 fois plus pollué qu'à l'extérieur, selon l'observatoire de la qualité de l'air intérieur, provoquant au sein des habitats allergies, asthme, insomnies... Au fil du temps, nos intérieurs sont devenus le terrain d'intervention des conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI).

CMEI

Le conseiller médical en environnement intérieur (CMEI) travaille en collaboration avec les médecins pour tenir compte de l'impact de la qualité de l'environnement intérieur (au domicile ou sur les lieux de travail) sur les symptômes ressentis. Son rôle est de mettre en relation les symptômes respiratoires du patient avec les sources allergéniques et chimiques. Il se rend au domicile du patient pour un audit de l'environnement intérieur, enquête, réalise les prélèvements et donne les conseils de mise en œuvre d'éviction de l'allergène.

Il aide les médecins à la fois dans le diagnostic et le traitement des maladies respiratoires et allergiques liées à l'air intérieur. Un conseiller dépêché au domicile du patient, fait suite à une demande, généralement d'un spécialiste (allergologue, pneumologue ou pédiatre).

Formation requise

Diplôme d'Université de Conseiller médical en environnement intérieur : Ce diplôme se prépare à l'université de médecine de Strasbourg. Niveau d'entrée minimum Bac +2 ou +3.

La formation dispensée est complémentaire à une formation initiale de type : infirmier, technicien de laboratoire, travailleur social, puéricultrice, délégué médical ou technicien rattaché aux collectivités locales ou territoriales.

Les candidatures provenant d'autres professions seront étudiées au cas par cas.

Compétences particulières

- recueillir de façon rigoureuse des informations au domicile des malades allergiques et/ou asthmatiques pour effectuer un audit de leur environnement intérieur.
- réaliser des prélèvements d'air et de poussière selon les recommandations pour mesurer les principaux polluants chimiques et biologiques de l'environnement intérieur.
- proposer des méthodes d'éviction pour limiter l'exposition des polluants chimiques et biologiques de l'environnement intérieur responsables de pathologies chez l'allergique et l'asthmatique.
- connaître les bases de réglementations concernant la qualité de l'air intérieur.
- connaître les différents partenaires techniques et institutionnels ainsi que leurs fonctions respectives qui interviennent dans le domaine de l'habitat et la santé.

Employeur potentiel

Hôpitaux, et en règle générale, tous les organismes susceptibles de recevoir et d'héberger du public sont à même de faire appel à des bureaux d'études et d'analyse spécialisés.

Pour conclure :

Un métier qui peine à sortir de l'ombre.

Cette profession méconnue, dont le CHU de Strasbourg est à l'origine, existe pourtant depuis 1991. Un effectif de 177 CMEI diplômés, dont 81 en activité, associé à la faible demande des médecins, maintiennent le métier dans la confidentialité. La formation dispensée par l'université de Strasbourg est accessible aux bac +2 ou +3. Elle vient compléter une formation initiale de : paramédical, technicien de laboratoire, travailleur social, puéricultrice, délégué médical...

Au programme, 210 heures réparties sur 6 semaines non consécutives, réparties en 140 heures de cours théoriques et 70 heures de travaux pratiques pour un coût de 2 850 euros.