

**Faculté de santé publique**

# **Comment développer la fonction de l'infirmier de pratique avancée dans des systèmes de soins oncologiques ?**

Mémoire réalisé par  
**Célia Meurillon**

Promoteur(s)  
**Jean Macq**  
**Frédéric Maddalena**

Année académique 2021-2022  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**



**Faculté de santé publique**

# **Comment développer la fonction de l'infirmier de pratique avancée dans des systèmes de soins oncologiques ?**

Mémoire réalisé par  
**Célia Meurillon**

Promoteur(s)  
**Jean Macq**  
**Frédéric Maddalena**

Année académique 2021-2022  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**

## Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont aidé au succès de la réalisation de ce mémoire. Je voudrais dans un premier temps remercier le promoteur et le co-promoteur de celui-ci, Monsieur Macq et Monsieur Maddalena, qui m'ont accompagnée lors de son élaboration. Tout au long de l'année, ils se sont montrés disponibles pour des relectures attentives et leurs judicieux conseils ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je remercie également l'équipe des coordinateurs de soins en oncologie des cliniques universitaires Saint-Luc qui m'ont accordé leur temps et qui m'ont accueillie et guidée lors de mon stage.

Enfin, un tout grand merci à ma famille et à mes amis, pour leur soutien et leurs encouragements pendant la réalisation de ce laborieux master. Plus particulièrement, je remercie Maxence Jassogne pour sa patience et Lucie Buysens pour son aide dans la correction de ce travail mais aussi, et surtout, pour sa présence ainsi que sa ténacité face à l'adversité de ces deux dernières années.

## **Le plagiat**

*Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.*

*Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.*

## Liste des abréviations

|        |                                               |
|--------|-----------------------------------------------|
| APN    | Advanced practice nursing                     |
| AR     | Arrêté Royal                                  |
| CFAI   | Conseil Fédéral de l'Art Infirmier            |
| CII    | Conseil International des Infirmières         |
| COM    | Concertation Oncologique Multidisciplinaire   |
| CSO    | Coordinateur de Soins en Oncologie            |
| CUSL   | Cliniques universitaires Saint-Luc            |
| EBP    | Evidence Base Practice                        |
| IPA    | Infirmier de Pratique Avancée                 |
| IRA II | Institut Roi Albert II                        |
| KCE    | Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé |

## Table des matières

|             |                                                                               |    |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>I.</b>   | <b>Cadre théorique</b>                                                        | 1  |
| 1.          | Introduction                                                                  | 1  |
| 2.          | L'évolution en oncologie                                                      | 2  |
| 2.1.        | Le cancer                                                                     | 2  |
| 2.2.        | Le vieillissement de la population                                            | 2  |
| 2.4.        | L'évolution des traitements en oncologie                                      | 3  |
| 2.5.        | L'évolution dans nos systèmes de soins                                        | 4  |
| 3.          | L'infirmier de pratique avancée                                               | 5  |
| 3.1.        | Contexte historique                                                           | 5  |
| 3.2.        | Dans la littérature                                                           | 5  |
| 3.3.        | Dans le monde                                                                 | 8  |
| 3.3.1.      | Formation et compétences avancées dans le monde                               | 9  |
| 3.5.        | En Belgique                                                                   | 9  |
| 3.5.1.      | Les critères de reconnaissance de l'infirmier de pratique avancée en Belgique | 10 |
| 3.6.        | L'IPA dans le domaine de l'oncologie                                          | 11 |
| 3.7.        | Le cas des CUSL                                                               | 12 |
| 3.7.1.      | Le constat aux CUSL                                                           | 12 |
| 3.7.1.1.    | Le profil du coordinateur en soins oncologiques                               | 13 |
| 3.7.1.2.    | L'infirmier ressource en oncologie                                            | 14 |
| 3.8.        | Les recommandations pour l'implantation de l'IPA en oncologie                 | 14 |
| 4.          | Conclusion de la partie théorique                                             | 15 |
| <b>II.</b>  | <b>Cadre pratique</b>                                                         | 15 |
| 1.          | Matériel et méthodes                                                          | 15 |
| 1.1.        | Énoncé de la problématique                                                    | 15 |
| 1.2.        | Le choix de la méthode                                                        | 16 |
| 1.3.        | L'échantillon                                                                 | 17 |
| 1.3.1.      | Le milieu                                                                     | 17 |
| 1.3.2.      | Le public cible                                                               | 17 |
| 1.3.3.      | Échantillonnage                                                               | 18 |
| 1.3.4.      | Considérations éthiques                                                       | 18 |
| 1.3.5.      | Méthodes de collecte des données                                              | 18 |
| 1.3.6.      | Déroulement des entretiens                                                    | 20 |
| 1.3.7.      | Méthode d'analyse des données                                                 | 20 |
| 2.          | Résultats                                                                     | 20 |
| 2.1.        | Définition de l'infirmier de pratique avancée                                 | 22 |
| 2.2.        | Les compétences                                                               | 23 |
| 2.2.1.      | Expert clinique                                                               | 23 |
| 2.2.2.      | Promotion de la qualité                                                       | 29 |
| 2.2.3.      | Chercheur                                                                     | 31 |
| 2.2.4.      | Leadership                                                                    | 33 |
| 2.2.5.      | Promotion de la santé                                                         | 35 |
| 2.2.6.      | Communication                                                                 | 37 |
| 2.2.7.      | Collaboration                                                                 | 38 |
| 2.3.        | Implémentation de l'IPA en oncologie                                          | 39 |
| 2.3.1.      | La plus-value                                                                 | 39 |
| 2.3.2.      | Un statut trop vague pour les CSO                                             | 39 |
| 2.3.3.      | Valoriser les CSO en les nommant IPA ?                                        | 39 |
| 2.3.4.      | Financement de l'IPA                                                          | 40 |
| 2.3.5.      | Une fonction à adapter                                                        | 40 |
| 2.3.6.      | Une fonction individuelle dans un travail d'équipe                            | 42 |
| 3.          | Discussion                                                                    | 43 |
| 3.1.        | La connaissance de l'IPA en oncologie                                         | 43 |
| 3.2.        | La fonction d'IPA en oncologie                                                | 43 |
| 3.3.        | Une fonction collaborative interprofessionnelle                               | 44 |
| 3.4.        | Les compétences de l'IPA en oncologie                                         | 45 |
| 3.5.        | CSO-IPA : une distinction ou une transition entre ces deux fonctions          | 48 |
| 3.6.        | Les limites de l'étude                                                        | 49 |
| 4.          | Conclusion                                                                    | 51 |
| <b>III.</b> | <b>Bibliographie</b>                                                          | 53 |
| <b>IV.</b>  | <b>Annexes</b>                                                                | 58 |

# I. Cadre théorique

## 1. Introduction

Les soins de santé se complexifient et amènent, de manière exponentielle, une pression sur nos systèmes de soins. Ceux-ci font face à des augmentations des dépenses en soins de santé avec, de plus en plus, de contraintes financières. Morin et al., expliquent la provenance de ces coûts par la croissance de la population, son vieillissement, la présence accrue de maladies chroniques et l'importance accordée aux soins de santé. (2015). Face à ces contraintes et pour accompagner l'évolution des besoins de la population, on a vu apparaître, dans de nombreux pays, l'infirmier de pratique avancée (IPA). Celui-ci serait une solution afin d'améliorer la prise en charge des pathologies chroniques et de leurs besoins nouveaux, d'amener une qualité et une accessibilité aux soins à moindres coûts. (Maier et al., 2017).

A l'image de nombreux rapports internationaux, le rapport belge *Future of Nursing* recommande également de développer les *advanced practice nurses* (infirmier(es) de pratique avancée), dans les différents secteurs de soins de santé. (Sermeus et al., 2018). En validant en 2019 la loi sur la pratique avancée, la législation belge a laissé l'opportunité aux paramédicaux de développer et d'exercer un métier d'expertise, tout en laissant s'installer une incohérence quant aux compétences attribuées à cette fonction. En effet, les activités et les conditions d'exercices de la pratique infirmière avancée ne sont pas précisées dans la modification de la législation proposée en février 2019, par Maggie De Block.

La Belgique n'est qu'aux prémices d'une implantation officielle de la pratique avancée. Elle n'existe pas encore de manière formelle dans nos structures de soins. Pourtant, elle y est bien présente. Notamment, dans le domaine de l'oncologie avec des fonctions regroupant des praticiens hautement spécialisés. Ces derniers ont développé des compétences afin de faire face au volume croissant de patients, à une plus grande complexité des traitements et de la gestion des symptômes, à une population vieillissante affectée par diverses comorbidités. La volonté de ce mémoire est d'élaborer les recommandations qui permettraient l'introduction structurée et réfléchie de la mission d'infirmière de pratique avancée dans le domaine de l'oncologie.

## 2. L'évolution en oncologie

Nos systèmes de soins sont confrontés à une augmentation du nombre de patients diagnostiqués du cancer et de la gravité de leurs besoins. Cette problématique s'explique par différents points, subdivisés et expliqués dans les différentes parties subséquentes.

### 2.1. Le cancer

Le terme cancer désigne « *un grand groupe de maladies pouvant toucher n'importe quelle partie de l'organisme. L'un des traits caractéristiques du cancer est la multiplication rapide de cellules anormales à la croissance inhabituelle, qui peuvent ensuite envahir des parties voisines de l'organisme, puis migrer vers d'autres organes. On parle alors de métastases, lesquelles constituent la principale cause de décès par cancer* ». (OMS, 2021, para 1).

En 2016, en Belgique, il y a eu 68.216 nouveaux diagnostics de cancer, dont 36.243 chez les hommes et 31.973 chez les femmes. (Belgian cancer registry, 2018). D'ailleurs, on s'attend à ce que les chiffres liés au cancer dans le monde empirent, conséquence de la croissance de la population et de son vieillissement. « *En l'absence de mesures décisives, les cas de cancer devraient augmenter de presque 25% d'ici à 2035 et devenir ainsi la principale cause de décès dans l'Union.* ». (Commission Européenne, 2021).

### 2.2. Le vieillissement de la population

De manière générale, la médecine évolue. Au cours de ces dernières années, on a pu constater une nouvelle organisation des soins, des nouveaux traitements, des découvertes fondamentales et des meilleures techniques « diagnostics » telles que des techniques d'imagerie médicale plus sensible, une meilleure connaissance des caractéristiques cellulaires permettant de réaliser un traitement plus ciblé, des chirurgies moins invasives, etc. Tous ces progrès remarquables amènent une opulence des capacités de la médecine permettant d'augmenter l'espérance de vie, surtout dans le domaine de l'oncologie. La mortalité des cancers est en baisse et on observe des survies plus longues. (Registre du cancer., 2019).

En parallèle, d'après l'OMS, « *entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va presque doubler, passant de 12% à 22%.* ». On constate donc un vieillissement de la population. (OMS, 2021, para 3).

### 2.3. L'espérance de vie

Malheureusement, vivre plus longtemps ne signifie pas vivre davantage tout en étant en bonne santé. En effet, en Belgique, « *entre 2004 et 2016, le nombre de nouveaux cancers à partir de 70 ans a augmenté de 18% (passant de 26.361 à 31.053), principalement en raison du*

*vieillesse de la population.* ». (Belgian cancer registry, 2018). Les personnes de 70 ans et plus représentent actuellement 13% de la population belge totale, et chaque année, environ la moitié des nouveaux cancers (46%) sont diagnostiqués au sein de ce groupe d'âge. (Belgian cancer registry, 2018).

#### 2.4. L'évolution des traitements en oncologie

Tout ceci a amené une évolution dans les traitements en oncologie. Ces derniers cherchent à éliminer les cellules cancéreuses et à empêcher leur prolifération. Les premiers traitements face à cette maladie visaient une approche locale : enlever ou réduire la masse tumorale par de la chirurgie et par de la radiothérapie.

Durant ces dernières années, la réponse thérapeutique n'a pas cessé d'évoluer. On a pu assister à l'apparition de traitements innovants. En effet, on a commencé à pointer une physiologie ou une activité particulière du cancer. C'est le cas des traitements comme la chimiothérapie, l'hormonothérapie, les thérapies ciblées et l'immunothérapie. Par ailleurs, combiner différentes approches est devenu une stratégie thérapeutique fréquente car l'action complémentaire des divers traitements permet d'en augmenter l'efficacité. De surcroît, il y a eu une prise de conscience des répercussions que ces derniers pouvaient provoquer sur le patient, ses activités quotidiennes, son contexte de vie et son entourage.

Les traitements du cancer génèrent des effets secondaires importants, tant au niveau psychique, physique, financier ou social. Afin d'encadrer correctement les patients cancéreux, il faut une panoplie de professionnels de la santé tels que des oncologues, radiologues, chirurgiens, infirmiers, coordinateurs en soins oncologiques, psychologues, diététiciens, kinésithérapeutes, assistants sociaux, etc.

De manière générale, dans les structures hospitalières, il y a eu une spécialisation et une professionnalisation des rôles et des tâches. Tout ceci a amené les patients à devoir se référer à une multitude de praticiens et, parfois même, à des organisations différentes pour bénéficier de soins et de services adéquats. Il est d'ailleurs crucial d'éviter des problèmes d'efficacité et de qualité découlant de la fragmentation des rôles et des responsabilités. Schultz et Mc Donald (2014), mettent en évidence des problèmes probables comme étant des duplications, des lacunes, des incohérences, ou des discontinuités dans la prestation des services.

L'approvisionnement des soins résulte donc de plus en plus d'une collaboration entre professionnels de la santé. Cette prise en charge multidisciplinaire induit une coordination efficace. A l'instar d'autres pays, comme le Canada ou les États-Unis, la Belgique a vu croître

l'importance de la coordination des soins oncologiques en vue de répondre aux besoins du suivi clinique, de l'accompagnement psycho-social et de coordination.

Dans de nombreux pays, les décideurs politiques ont une volonté d'optimiser et de moderniser les rôles des infirmiers dans le but de faire face à la hausse de la demande en soins de santé (du fait des causes précédemment citées), avec la contrainte de l'offre limitée de médecins et du respect du budget.

## 2.5. L'évolution dans nos systèmes de soins

Comme d'autres pays, la Belgique se métamorphose en matière de soins de santé. Cela provient de l'évolution de la demande en soins, particulièrement à cause des maladies chroniques et des besoins nouveaux (promotion de la santé et éducation thérapeutique). Au vu de l'évolution constante des besoins en matière de soins de santé des patients et des défis auxquels notre système doit faire face tels que le vieillissement de la population, la croissance des pathologies chroniques, la pénurie en personnel soignant, l'évolution rapide des technologies médicales et des traitements personnalisés, etc., notre gouvernement a élaboré un plan d'action. L'un des objectifs de celui-ci est « *de miser avant tout sur des stratégies qui permettent d'affecter les moyens d'une manière plus intelligente, de créer plus de valeur avec les budgets disponibles (value based care). Ceci passe par une réorganisation du paysage des soins de santé.* ». (De Block, 2015). La pratique avancée se veut être une réponse : « *les infirmières de pratique avancée (IPA) peuvent améliorer la santé des patients et la qualité des soins pour différentes populations tout en diminuant le recours aux soins de santé, le coût qui y est associé.* ». (Bryant-Lokusius., et al., 2015).

Cette discipline permettrait l'amélioration des performances du système belge et leurs « *signaux d'alerte* » mis en évidence dans un rapport du KCE comme « *son accessibilité, sa qualité, son efficience, sa soutenabilité et son équité.* ». (KCE., 2019). La qualité des soins est définie par le KCE comme étant « *la mesure dans laquelle les services de santé offerts aux individus et populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats de santé souhaités et rejoignent les connaissances professionnelles du moment.* ». (KCE., 2015, p24). Cette notion contient cinq éléments : l'efficacité, la pertinence, la sécurité, la continuité et l'approche centrée sur le patient. (KCE., 2015).

### 3. L'infirmier de pratique avancée

Les patients sont donc de plus en plus nombreux à être traités, avec divers profils amenant une complexification des soins. L'un des changements identifiables pour les professionnels de la santé est celui de la pratique avancée. Cette fonction recouvre de multiples pratiques dont le périmètre d'action varie d'un pays à l'autre. Ce chapitre a pour but de définir la pratique avancée et de faire un état des lieux de cette fonction.

#### 3.1. Contexte historique

Le concept d'infirmier de pratique avancée a émergé au début du XX<sup>e</sup> siècle aux États-Unis pour répondre à des besoins de santé de plus en plus spéciaux, notamment dans le domaine de l'anesthésie et de l'obstétrique. Celui-ci s'est ensuite développé au Canada afin de prodiguer et de fournir des soins de santé aux populations isolées. À l'heure actuelle, « *plus de 70 pays ont introduit ces rôles ou envisagent de le faire* ». (Bryant-Lukosius et al., 2015). En effet, depuis quelques années, la pratique avancée s'est fortement développée, simultanément et dans différents pays du monde.

#### 3.2. Dans la littérature

Le Conseil international des infirmiers (CII) a proposé une définition consensuelle, adoptée en 2008 : « *Une infirmière de pratique avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée 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'infirmière sera autorisée à exercer.* ». Hamric et al (2013) clarifient cette définition par : « *la pratique avancée infirmière est l'application, centrée sur le patient, d'un éventail élargi de compétences pour améliorer les indicateurs de santé pour les patients et les populations dans un domaine clinique spécialisé de la discipline très large des soins infirmiers.* ».

Comme le souligne Hamric., et al., le socle de base pour définir l'IPA repose sur des conditions cumulatives. Tout d'abord, les auteurs énoncent des critères primordiaux : avoir atteint et maintenir un haut niveau de maîtrise des compétences et des connaissances infirmières par le biais d'une expérience clinique confirmée, parachevée d'une formation universitaire, et en s'inscrivant dans une pratique centrée sur le patient, sa santé et son environnement. (Lecoq., et al., 2015). Selon Hamric., la « pratique clinique directe » est une compétence centrale de l'IPA. Grâce à son expertise, à son esprit critique, à l'actualisation de ses pratiques et à l'autonomie qui lui est accordée, l'IPA peut répondre adéquatement aux besoins du patient. Elle est qualifiée

pour « *identifier un processus pathologique, à compléter son raisonnement diagnostique en prescrivant et en interprétant des examens paracliniques, à prescrire des médicaments/dispositifs médicaux/soins paramédicaux ou à adresser le patient à un professionnel possédant les compétences nécessaires pour traiter son problème de santé.* ». (Debout., 2018).

Ensuite, HAMRIC A. énumère six compétences additionnelles et interdépendantes allouées à l'IPA. (2019). Le schéma de son modèle se trouve en annexe 1.

- Evidence-based practice

Afin de rester hautement spécialisé dans son domaine, l'infirmier de pratique avancée, doit perpétuellement développer son niveau de compétences, de connaissances et de performances. Pour se faire, il doit fonder sa pratique sur des données probantes. L'Evidence-based practice est défini comme étant « *l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient.* ». (Sackett, 1996). La démarche EBP améliore la pratique clinique de l'IPA. Cela amène l'optimisation des résultats pour le patient, la prise de décisions objectives tout en assurant sa responsabilité en soins infirmiers. (AIIC, 2002). En effet, « *a problem solving approach to clinical decision making that incorpo-rates a search for the best and latest evidence, clinical expertise and assessment, and patient preference values within a context of caring.* ». (CII, 2012).

- Coaching et guidance

L'un des rôles de l'IPA est le déploiement de ses connaissances : en impliquant le patient dans son parcours de soins, en contribuant à la formation des étudiants en stage clinique et auprès des équipes soignantes. La dimension éducative est essentielle pour, d'une part, augmenter la littératie en santé<sup>1</sup>, valoriser la prise de décision et l'autogestion chez le patient et, d'autre part, pour améliorer la qualité des soins. Il incombe donc à l'IPA de s'adapter au niveau de littératie en santé car celui-ci peut favoriser ou, au contraire, pénaliser le patient. (Richard., et al., 2009). Auprès des équipes soignantes, l'IPA diffuse ses savoirs et initie ses collègues à l'intérêt scientifique.

---

<sup>1</sup> La littératie en santé « *englobe les connaissances, la motivation et les capacités sollicitées d'un individu pour trouver, comprendre, sopeser et utiliser de l'information ayant trait à la santé en vue de développer une opinion et de prendre des décisions au quotidien en matière de soins de santé, de prévention de maladie et de promotion de la santé au quotidien et d'ainsi maintenir ou augmenter sa qualité de vie.* ». (OMS, 2013).

- Leadership

Le leadership est « *un processus par lequel une personne influence un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun.* ». (Northouse, 2013, p5). Des études prouvent que celui-ci permet d'améliorer l'effet des soins auprès des patients, d'exalter les systèmes de soins et de faciliter le développement de la profession infirmière. (Hamric., 2014. Matthieu., 2016). Cela se produit par le développement des indicateurs de qualité de soins qui conduit à des effets positifs tels que la diminution des infections nosocomiales, des chutes et des erreurs de médicaments. (Higgins., 2015. Laschinger., 2013). L'IPA peut donc être un acteur de changements dans les soins infirmiers. En se basant sur des savoirs scientifiques récents, il peut impulser des projets et introduire des innovations ou des nouveaux protocoles dans les pratiques de soins. (Ambrosino., et al., 2018). Cependant, diriger le changement est un processus complexe et encore mal interprété. (Nelson-Brantley., et al., 2017).

- Collaboration

Ambrosino affine le concept de collaboration en abordant la transversalité. Dans ce cadre, l'IPA « *collabore avec le patient et ses proches, avec le médecin et avec tous les professionnels acteurs du parcours de soin. Elle adapte son discours et ses propositions thérapeutiques aux besoins et aux capacités du patient, à son contexte de vie et à son projet personnel. Elle sait orienter en cas de besoins vers les professionnels compétents. Par ailleurs, elle assure la traçabilité de ses interventions en rédigeant des transmissions claires et argumentées.* ». (2018). Au vu de l'affluence des intervenants, notamment dans le parcours de soins d'un patient oncologique, il est essentiel d'avoir une organisation et une collaboration entre ceux-ci afin de prévenir une prise en charge discontinue, avec des oublis, des redits ou des manquements pouvant générer un stress et des questionnements fatigants, en outre, pour le malade et sa famille déjà épuisés. (Saint-pierre M., Sevigny A., 2009).

- Consultation

« *Dans la pratique infirmière avancée, la consultation poursuit plusieurs objectifs primordiaux : l'adaptation des personnes à de nouvelles situations ou la résolution de problèmes difficiles, l'échange d'avis et de renseignements sur divers aspects des soins, l'amélioration de leur qualité, l'accroissement des connaissances et des habiletés cliniques des infirmières, la facilitation des changements et la collaboration intra et interdisciplinaire.* ». (ROY., et al., 2003).

Selon les auteurs, le processus de consultation intègre sept étapes : l'entrée, le contrat, l'orientation de l'intervention, la détermination du problème, la planification des actions, la réalisation des interventions et, dernièrement, l'évaluation, la conclusion et le désengagement.

▪ Ethical decision-making skills :

Tous les professionnels de la santé se doivent de respecter les droits du patient imposés par les aspects législatifs et déontologiques. « *L'exercice de la pratique avancée expose à de nombreux dilemmes éthiques qu'il incombe à l'IPA de repérer et d'aborder au mieux dans le cadre de la mise en œuvre d'un processus de raisonnement éthique idéalement conduit, en y associant les parties prenantes concernées.* ». (Debout, 2018).

Il incombe à l'IPA de préserver et de respecter les droits du patient tout au long de son parcours de soins.

### 3.3. Dans le monde

Les pays ne sont pas au même niveau d'avancement au sujet de l'implémentation de l'infirmier de pratique avancée. Certains d'entre eux, comme les États-Unis, le Canada et le Royaume-Uni ont expérimenté et introduit des rôles d'infirmiers avancés depuis des décennies. (Delamaire, Lafortune., 2010). Chez eux, le terme « pratique avancée » englobe les infirmiers praticiens et les infirmiers cliniciens spécialisés. (Maier et al., 2017 ; Tracy, O'Grady, 2019).

Les deux fonctions sont distinctes à travers leurs rôles et leurs responsabilités même si elles peuvent coïncider dans une certaine mesure (Tracy, Sendelbach., 2019).

Selon le CII (2020), l'infirmier clinicien spécialisé a un rôle « *clinicien expert de pratique avancée en dispensant des soins directs complexes et spécialisés, avec une approche systémique de la prestation des services de soins de santé.* ». Dès lors, il assure, de manière autonome, le suivi des patients nécessitant des soins complexes tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins. Alors que l'infirmier praticien, quant à lui, a un rôle « *clinicien autonome capable de diagnostiquer et de traiter des affections en fonction des directives reposant sur des données probantes.* ». Une différence importante demeure entre ces deux fonctions : les infirmiers praticiens possèdent « *l'autorité législative, les connaissances et les aptitudes pour poser un diagnostic, commander des tests diagnostiques et les interpréter, ordonner un traitement (y compris les médicaments) et procéder à des interventions particulières (dans le cadre de leur champ d'exercice réglementé) de façon autonome.* ». (AIIC, 2019).

Dans le but d'identifier clairement les similitudes et les différences entre ces deux profils, j'ai incorporé un schéma des Hôpitaux Universitaires de Genève et un tableau du CII en annexe 2.

Je ne vais pas m'attarder à distinguer ces deux profils puisqu'en Belgique, un seul terme, reprenant les deux attributions de fonctions est appliqué : l'infirmier de pratique avancée (IPA). Peu importe que la contenance et que le champ de ses actions oscillent plutôt d'un profil IP ou d'un profil ICS, celui-ci travaillera toujours selon le même cadre de compétences.

### 3.3.1. Formation et compétences avancées dans le monde

La publication de Maier et Aiken (2016) démontrent le contraste qu'il peut y avoir face aux actes médicaux délégués, sous certaines conditions, aux infirmiers (annexe 3). Ils ont effectué une analyse et une comparaison sur sept activités cliniques (prescrire, poser un diagnostic, demander des examens et des tests, suivre une cohorte de patients, mettre en place un traitement, orienter et servir de premier point de contact pour le patient) dans 37 pays. Il en ressort qu'il « *existe un groupe de pays (Australie, Canada, États-Unis, Royaume-Uni, etc.) dans lesquels le transfert de tâches traditionnellement réservées aux médecins à des infirmières est déjà largement organisé. La Belgique peut être classée dans un second groupe de pays dans lesquels certaines de ces tâches sont déjà incluses, mais pas très largement ni systématiquement.* ». (Sermeus et al., 2018).

### 3.4. Implémentation de l'IPA

Chaque pays a donc un système de soins et une législation qui leur sont propres, il est donc important de tenir compte de ces spécificités avant d'implémenter une nouvelle fonction telle que celle de l'infirmier de pratique avancée. (Lecocq et al., 2015). Afin d'y arriver, ces auteurs proposent une approche en trois étapes : dans un premier temps, adopter un modèle conceptuel de l'IPA, dans un second temps, établir un registre structuré des pratiques infirmières existantes, et, dans un troisième temps, adopter une stratégie d'implantation méthodique de l'IPA. A cette fin, ils soumettent l'utilisation du modèle PEPPA (*Participatory, evidence-based, patient-focused process for advanced practice nursing (APN) role development*). La déclinaison francophone du modèle PEPPA se trouve en annexe 4.

### 3.5. En Belgique

L'introduction de l'IPA dans nos systèmes de soins a donc pour but de mieux répondre aux nouveaux besoins de santé. Dans le Moniteur belge, on peut remarquer l'absence des termes « infirmier clinicien spécialisé et infirmier praticien » mentionnés plus haut. Un seul terme existe : celui de l'infirmier de pratique avancée. La loi, du 22 avril 2019, portant sur la modification de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice de professions des soins de santé évoque que :

*« Art. 46/1. § 2. En plus de l'exercice de l'art infirmier tel que visé dans l'article 45, l'infirmier de pratique avancée pratique, dans le cadre des soins infirmiers complexes, des actes médicaux en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé du patient. Les soins visés dans le premier alinéa sont pratiqués par rapport à un groupe cible de patients bien défini et sont posés en étroite coordination avec le médecin et les éventuels autres professionnels de soins de santé. ».* (Service Public Fédéral Santé Publique., 2019).

En Belgique, à l'heure actuelle, le contenu exact du profil de compétences et les domaines d'action de l'infirmier de pratique avancée n'est pas encore précisé par un arrêté royal. Néanmoins, afin d'éclaircir cette fonction, le groupe de travail composé de membres du Conseil Fédéral de l'art infirmier (CFAI), de la commission Technique de l'art infirmier (CTAI) et du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes (CSMSG) ont approuvé le profil de fonction et de compétences de l'infirmier de pratique avancée du CFAI (2018). Celui-ci définit l'IPA comme étant :

*« une fonction d'expertise en art infirmier qui répond aux conditions du concept APN (Advanced Practice Nursing englobant les rôles de clinical nurse specialist, de nurse practitioner, de nurse midwife et de nurse anesthetist) – Hamric (2014). L'infirmier de pratique avancée contribue de manière significative à l'amélioration et à la professionnalisation de l'art infirmier et ce, au moyen de la spécialisation et de l'extension/expansion de sa propre profession.*

*L'expansion des soins fait référence à l'utilisation de nouvelles connaissances et compétences qui vont au-delà de l'art infirmier « classique ». A cet égard, il s'agit de réaliser des tâches médicales peu complexes et/ou des tâches médicales spécialisées bien définies, de réaliser des tâches infirmières hautement spécialisées et complexes et d'avoir des compétences supplémentaires en matière de coordination des soins, d'éducation des patients/clients, d'autogestion, de responsabilisation et de soins psychosociaux.*

*L'infirmier de pratique avancée contribue à l'actualisation continue, à la modernisation et à l'étayage sur des données probantes de l'art infirmier, afin de promouvoir la qualité des soins aux patients/clients et à leur entourage et de rendre visibles les effets de ces optimisations. ».* (CFAI, 2018).

De plus celui-ci énumère et explicite les rôles, les responsabilités, les caractéristiques, les plus-values et les compétences de l'infirmier de pratique avancée. (Annexe 5).

### 3.5.1. Les critères de reconnaissance de l'infirmier de pratique avancée en Belgique

Qu'importe les domaines d'action qui seront légiférés, pour pouvoir pratiquer cette fonction, il faudra répondre aux conditions énoncés dans la loi du 22 avril 2019 :

*« Art. 46/1. § 1<sup>er</sup> Nul ne peut porter le titre d'infirmier de pratique avancée s'il n'est porteur d'un diplôme ou d'un titre d'infirmier ou d'infirmière tel que visé à l'article 45 et s'il ne répond pas aux dispositions du présent article.*

*Le Roi fixe, après avis du Conseil fédéral de l'art infirmier, les critères pour obtenir le titre d'infirmier de pratique avancée. Ces critères prévoient au minimum un diplôme de master en sciences infirmières. ».* (SPF., 2019).

Il s'agit d'un master en deux ans (120 ECTS) correspondant au niveau 7 du profil des fonctions du CFAI (2018., mis en annexe 6), avec un minimum de 200 heures de stage professionnel à effectuer dans la spécialité. Le rapport belge *Future of Nursing* ajuste les critères en émettant d'autres recommandations concrètes, lorsque la législation belge aura établi un arrêté royal sur le statut, les compétences et les conditions de travail appropriées, comme : répondre aux compétences (basées sur le modèle d'Hamric ou de CanMeds) et répondre à des exigences en matière d'expérience de travail (général et dans le domaine de spécialisation).

### 3.6. L'IPA dans le domaine de l'oncologie

Dans certains de nos pays avoisinants, les domaines de la pratique avancée sont actés et légiférés. Par exemple, en France, le décret relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, fait surgir le périmètre d'activités et les domaines d'exercice de la profession. L'oncologie en fait partie. Cela semble évident puisque « *depuis le premier rapport sur les rôles et les résultats de l'IPA en oncologie en 1985, l'IPA en oncologie a été associée à plusieurs reprises à l'amélioration des soins aux patients et à une grande satisfaction des patients.* ». (Decadt., 2020).

En Belgique, à l'heure où est écrit ce mémoire, rien n'est mentionné à ce sujet. Cependant, force est de constater que l'oncologie est un *domaine clinique spécialisé* repris par l'une des filières de formation ayant pour finalité l'obtention du Master en Sciences infirmières. Il s'agit de celle implémentée à Bruxelles. On peut donc s'attendre à ce que l'oncologie soit un domaine de pratique avancée reconnu au niveau de la législation belge.

En effectuant des recherches, je me suis rendue compte que, de manière générale, le modèle conceptuel d'Hamric est souvent retenu. D'ailleurs, dans le profil de fonction et de compétences de l'infirmier de pratique avancée du CFAI (annexe 3), basé sur le modèle intégratif d'Hamric., on les retrouve avec d'autres intitulés ; « *expert en soins infirmiers et pratique clinique, communicateur, collaborateur, acteur d'un développement professionnel, promoteur de la santé, organisateur et coordonnateur des soins et promoteur de la qualité.* ». (CFAI., 2018). Mais, lors de mes investigations, je me suis aperçue de l'existence d'autres profils de compétences élaborés sur base d'un autre modèle : celui de CanMEDS. En effet, celui-ci comprend sept rôles ; avec en place central, « l'expert clinique et praticien » duquel découlent, directement ou indirectement, six autres rôles : « *organisateur de soins de santé de qualité et leader de l'innovation, leader clinique et professionnel, collaborateur, chercheur, communicateur, promoteur de la santé* ». A titre d'exemple, la *Belgische Vereniging Verpleekundig Specialisten* a concrétisé un *Conceptnota Functie – en competentieprofiel* de

l'IPA sur base du modèle CanMEDS. Je n'approfondirais pas ce modèle étant donné que mon but n'est pas de le décrire mais juste de mettre en évidence la diversité des profils de compétences de l'IPA que l'on peut retrouver actuellement en Belgique. Cela démontre la nécessité de définir les compétences et le champ d'action de l'IPA dans le domaine de l'oncologie. En attendant, étant donné l'absence de ces clarifications, le but de ce mémoire est de les échauffer afin d'implanter l'IPA en oncologie de manière structurée et réfléchie.

### 3.7. Le cas des CUSL

Actuellement, il n'existe pas d'IPA exerçant de manière officielle au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc. Cependant, des infirmiers spécialisés en oncologie, exercent des fonctions qui pourraient relever de la pratique avancée. Pourtant, comme nous pouvons le voir dans la figure du CFAI (en annexe 3), l'infirmier spécialisé et l'infirmier de pratique avancée ne se situent pas au même niveau. En effet, même si les soins infirmiers spécialisés nécessitent une connaissance approfondie d'un domaine spécifique, et que ceux-ci partagent certaines caractéristiques, « *ils ne reflètent pas la portée et la profondeur des connaissances qui caractérisent l'infirmière de pratique avancée.* ». (MacDonald., et all., 2006).

Je n'ai pas pour prétention d'énoncer ou d'évaluer si tel ou tel poste pourrait être reconnu comme étant de la pratique avancée. En gardant comme objectif de constituer des recommandations et étant donné le large éventail de métiers exercés par un panel d'infirmiers aux profils très divers, ce mémoire se spécifiera sur la fonction d'infirmier en coordination en oncologie dans une structure hospitalière, au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc (CUSL).

#### 3.7.1. Le constat aux CUSL

Dans le cadre de l'option coordination du Master en Santé Publique, j'ai réalisé un stage au sein du département de coordination des CUSL. Depuis la fin des années 2000, le Plan Cancer a mis en évidence l'importance de la coordination dans le parcours de soins du patient oncologique. La fonction de CSO a pris de l'ampleur vers 2008, avec la ministre des affaires sociales et de la santé publique, Madame Laurette Onkelinx. Celle-ci avait lancé le Plan National du Cancer contenant 35 actions en lien avec la prévention, le dépistage, les soins, les traitements, le soutien aux patients et à la recherche, les technologies innovantes et les données épidémiologiques.

« *Il s'agit d'un plan d'action à long terme qui intègre tous les aspects de la lutte contre la maladie. Il vise à soutenir tant les médecins que les patients et leur famille, et plus généralement toutes les personnes qui luttent au quotidien contre cette pathologie* ». (Plan National du Cancer., 2008).

Depuis lors, il y a eu une émergence de la fonction de coordinateur de soins en oncologie. Afin de garantir et de faire bénéficier d'une prise en charge globale tout en étant personnalisée au contexte de vie et au parcours de soins du patient, le nombre de CSO de l'IRA II s'est étendu au fur et à mesure. On en compte désormais 20. Lors de mon stage, j'ai pu suivre différents CSO, travaillant chacun dans un secteur spécifique en lien avec une pathologie ou un groupe de pathologies (sénologie, gynécologie, gastro-entérologie, urologie, pneumologie, etc.). Ce stage d'observation m'a permis de comprendre le quotidien et de percevoir les limites des CSO ; tous, façonnant leurs fonctions de manière différente, notamment par rapport au degré d'autonomie. Effectivement, on aperçoit des divergences dans l'exécution des tâches. Je mettrai en évidence la réalisation des consultations infirmières autonomes, la préparation des concertations oncologiques médicales (COM), la réaction aux demandes émanant des COM (la mise en place d'un Port-à-Cath, la nécessité de prise de rendez-vous pour réaliser un PET-SCAN ou une entrevue pour parler d'une progression de la maladie, etc.) et la prescription de la continuité du traitement de chimiothérapie orale si tout est en ordre, avec l'accord de l'oncologue.

On peut éclaircir ce problème par le fait, qu'à l'heure actuelle, l'encadrement de cette occupation de l'infirmier de coordination n'est toujours pas clairement défini dans le Moniteur belge. D'ailleurs, en fonction de l'institution, le profil de fonction, le rôle et les tâches effectuées diffèrent. Tout comme l'intitulé de cette fonction qui peut se présenter de diverses manières : onco-coach, infirmier-pivot, case manager, coordinateur de soins en oncologie, etc. On espère une reconnaissance et une clarification de ce poste avec l'arrivée de l'infirmière de pratique avancée.

#### 3.7.1.1. Le profil du coordinateur en soins oncologiques

De manière générale, le rôle du coordinateur de soins oncologiques est d'accompagner le patient et sa famille durant toute la durée du traitement. Il permet d'assurer une coordination car il doit faire le lien entre les différents prestataires durant les diverses phases du traitement. Il est aussi amené à rendre l'information accessible au patient; le CSO doit s'assurer de la bonne compréhension et des connaissances du patient. Si le patient n'a pas réellement compris toutes les explications du médecin, le CSO prend le relais. Le CSO peut aussi être là en cas de besoin émotionnel : être présent pour écouter le patient tout en le dirigeant vers d'autres professionnels impliqués si le besoin s'en fait ressentir. La description du profil de fonction se trouve en Annexe 7.

### 3.7.1.2. L'infirmier ressource en oncologie

Il me semble judicieux de mentionner, à titre informatif, la création et l'introduction d'un nouveau poste au sein des CUSL. Le poste d'infirmier ressource en oncologie est né afin de maintenir la qualité, la cohérence et la sécurité dans les pratiques de soins face à l'expansion des patients oncologiques en dehors des unités d'onco-hématologie. Il y a eu, en 2019, 3792 patients diagnostiqués « oncologiques » dans toute l'institution et 3281 traitements hors secteur oncologique. (CUSL., 2021). Ce poste a pour ambition d'être associé à de la pratique avancée. La description du profil de fonction reprend d'ailleurs les compétences d'Hamric. (Annexe 8). Comme énoncé ultérieurement, je ne m'appuierai pas sur cette fonction pour échafauder la suite de mon mémoire. Vu la récente création de ce poste et le fait qu'il ne soit pas encore pourvu, je préfère me focaliser sur la fonction de coordinateur en soins oncologiques.

### 3.8. Les recommandations pour l'implantation de l'IPA en oncologie

Afin de construire cette partie de mon travail et face à la disparité des informations actuellement disponibles sur la pratique infirmière en oncologie, j'ai épluché et sondé des articles scientifiques en m'intéressant aux navigateurs « *infirmier de coordination en oncologie* », « *infirmier de pratique avancée en oncologie* » et « *infirmier pivot en oncologie* ». Cela m'a permis de décortiquer les actes clés dont l'infirmier de pratique avancée en oncologie devrait pouvoir assurer.

Le cancer est une maladie complexe qui amène des besoins spécifiques (dimension multifactorielle : bio-psycho-socio-culturelle). Le concept de continuum des soins contre le cancer (figure 3) permet de prioriser les besoins sur lesquels agir. Les infirmiers de pratique avancée ont « *une myriade de rôles tout au long du continuum des soins contre le cancer, y compris l'examen physique, les évaluations cliniques de la chimiothérapie, la communication des résultats d'analyses et la réalisation de procédures.* ». (Young., 2020). En annexe 9, se trouve le schéma du Care cancer continuum. Cette annexe contient aussi une énumération des pratiques existantes que j'ai pu relever lors de mes observations faites lors de mon stage d'observation et le recensement d'activités, basées sur la littérature scientifique, que l'infirmier de pratique avancée en oncologie devrait assurer.

## 4. Conclusion de la partie théorique

Face aux enjeux de santé publique, l'IPA pourrait être une solution, afin de maximiser la prise en charge des pathologies oncologiques, de leurs besoins nouveaux et d'amener une qualité et une accessibilité aux soins, à moindres coûts. Cependant, tout au long de cette partie théorique, nous avons pu appréhender le désordre du cadre législatif de cette fonction et la difficulté de l'implémenter. Actuellement, ce rôle contient une multitude de pratiques variant d'un hôpital à un autre. Toutefois, il ressort de cette partie théorique que pour assurer les nombreuses activités citées précédemment, les infirmiers de pratique avancée en oncologie doivent d'une part, dans une dimension managériale, jouer le rôle de facilitateur afin d'articuler les professionnels de la santé dans le but d'améliorer la performance conjointe de chacun, et d'autre part, disposer de compétences cliniques d'évaluation, de diagnostic et de prescription, pour mesurer la pertinence des solutions proposées et conseiller des remédiations. (Henart et al., 2011).

L'objectif de ce mémoire est d'essayer d'amener une clarification de ce poste en élaborant des recommandations pour le domaine de l'oncologie et adaptées au contexte belge.

## II. Cadre pratique

Dans cette partie, je vais développer le processus méthodologique de cette étude. De manière générale, je vais aborder ce projet en recueillant des données, dans une démarche inductive, au cours d'interviews, à un moment précis. Cette démarche permet d'« *explorer le réel, sans hypothèses de départ fortes, avec seulement, un thème d'enquête, mais sans présupposer sur les résultats.* ». (Alami, et al. 2019).

L'objectif est de représenter la situation telle qu'elle est actuellement et ce qu'il faudrait concrétiser pour l'optimiser. La méthodologie de l'enquête menée sera détaillée en différentes parties : l'énoncé de la problématique, le choix de la méthode, l'échantillon, la collecte des données et son analyse.

### 1. Matériel et méthodes

#### 1.1. Énoncé de la problématique

Ce mémoire-recherche a pour ambition d'élaborer les recommandations pour l'implémentation de l'infirmier de pratique avancée dans une structure hospitalière, dans le domaine de l'oncologie. Ce qui nous conduit à la question de recherche qui nous guidera tout au long de ce

travail : « *Comment développer la fonction de l'infirmier de pratique avancée dans des systèmes de soins oncologiques ?* »

Afin, de mener à bien mes entretiens, pour répondre à cette question de recherche, il me semble important de préciser celle-ci. Dès lors, une sous-question plus adéquate apparaît : « *Quelles sont les recommandations à élaborer pour la mise en place de la pratique avancée en oncologie, dans une structure hospitalière ? Le cas du service de coordination en oncologie des Cliniques universitaires Saint-Luc.* ».

### 1.2. Le choix de la méthode

Pour cibler la réponse à ma question de recherche, j'avais d'abord choisi la méthode qualitative. De manière générale, elle «  *vise non seulement à décrire, mais aussi à aider, à obtenir des explications plus significatives sur un phénomène. La recherche qualitative est également utile pour générer des hypothèses.* ». (Sofaer., 1999). De plus, elle me semblait la plus appropriée puisqu'elle permet « *d'appréhender les problématiques liées aux soins de santé d'une manière particulière, en se penchant par exemple plus spécifiquement sur les perceptions, les représentations et les expériences des différents intervenants. Elles constituent souvent l'éclairage nécessaire à une compréhension complète d'une problématique dont certains aspects ne peuvent être appréhendés au moyen de techniques quantitatives.* ». (Kohn et Chirstiaens., 2014).

Après réflexion et faisant lien avec l'approche de Lecocq et al. (2015), énoncée dans la partie théorique, il me semblait essentiel de commencer par évaluer les activités de l'équipe des CSO des CUSL. C'est pourquoi, j'ai voulu enrichir ma recherche par la méthode quantitative, en interrogeant les CSO par le biais de questionnaires : je voulais obtenir des données sur les tâches effectuées, ou non, actuellement ; si celles-ci relevaient de leur rôle actuel ou non et, dans le cas contraire, s'ils seraient prêts à les faire en tant qu'IPA. Le but de ce questionnaire était donc de faire un état des lieux de la situation actuelle de leurs activités professionnelles et de cibler les recommandations à creuser, avant de débiter mes entrevues. Selon les retours reçus, cela m'a permis d'avoir un détail par rapport aux activités proposées, pour, dans un second temps, établir des entretiens semi-dirigés afin d'interroger les CSO. Le but était d'avoir un aperçu global sur ces activités, je ne vais donc pas les détailler une à une.

Il s'agit donc d'une recherche qui se déroule en deux étapes successives : une phase de récolte de données quantitatives, suivie d'une phase de récolte des données qualitatives. Il s'agit d'un « design séquentiel explicatif ». Celui-ci permet d'approfondir et d'expliquer les résultats obtenus lors de la phase quantitative. (Aujoulat., 2020).

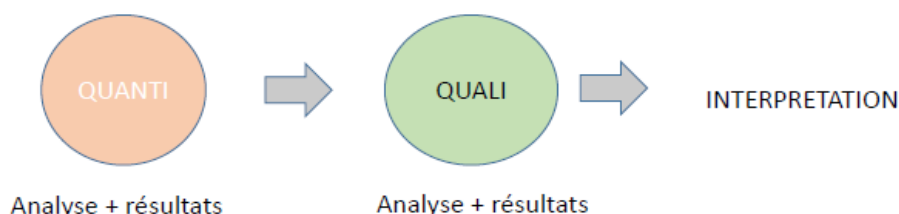


Figure n°1 : design séquentiel explicatif (Aujoulat., 2020)

### 1.3. L'échantillon

#### 1.3.1. Le milieu

L'étude se déroule au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc. En plus d'être reconnues pour des soins de qualité, les CUSL sont aussi renommées pour leurs activités d'enseignement et de la recherche. Afin de rester un établissement de haute qualité des soins et à la pointe, les CUSL sont soucieuses de leur évolution et de leur amélioration continue.

L'Institut Roi Albert II des CUSL est un centre de référence incontournable en Europe et leader en Belgique francophone. A titre d'information, pour comprendre l'ampleur du flot d'animations dans le domaine de l'oncologie, l'IRA II s'occupe de tous les cancers de l'adulte et de l'enfant. Cela représente plus de 4500 patients traités chaque année, soit 20% de l'activité globale des Cliniques universitaires Saint-Luc. L'IRA II englobe 180 protocoles de recherche clinique ouverts, 16 groupes multidisciplinaires composés chacun de médecins spécialistes du cancer, 25 coordinateurs de recherche clinique médicale, 3 statisticiens et de 20 infirmiers coordinateurs de soins en oncologie. (Cliniques universitaires Saint-Luc., 2020).

#### 1.3.2. Le public cible

L'enquête s'intéresse aux infirmiers du service de coordination en oncologie des CUSL. Par souci de facilité, de praticité, de coût et d'accessibilité, j'ai choisi de réaliser mes entretiens sur mon lieu de travail. Cela concerne un échantillon de convenance. Cette étude n'a donc pas la volonté de généraliser des résultats en assurant une représentativité.

L'oncologie est une spécialité large englobant un certain nombre de domaines et un éventail de métiers exercés par un panel d'infirmiers. J'ai choisi de ne me focaliser que sur la fonction de CSO car celle-ci regroupe énormément d'éléments que j'ai pu lire dans mes recherches. C'est

donc en connaissance de cause, que je n'ai pas pris en compte d'autres fonctions pouvant relever de la pratique avancée comme des infirmiers ressources en douleur, en stomathérapie, etc. Ces derniers ont un rôle pertinent dans le parcours de soins du patient oncologique mais ceux-ci ne travaillent pas spécifiquement dans le domaine de l'oncologie. Étant donné que le poste d'infirmier ressource en oncologie n'est toujours pas pourvu à l'heure où est écrit ce mémoire, je suis dans l'impossibilité de connaître la pratique de cette fonction sur le terrain actuellement.

- Critères d'exclusion

Je considère qu'il n'y a pas de critères d'exclusion. En effet, quels que soient son expérience, son temps de travail et ses diplômes, chaque praticien peut émettre un avis sur la pratique avancée en oncologie.

- Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion considérés sont donc : des praticiens exerçant actuellement en unité de coordination en oncologie, homme ou femme, de toute catégorie d'âge, porteur ou non du diplôme de spécialisation en oncologie, occupant des régimes différents de temps de travail.

### 1.3.3. Échantillonnage

L'échantillonnage s'est déroulé en deux temps mais par la même approche. J'ai envoyé des e-mails au personnel ciblé ; premièrement pour amasser des données par le biais du questionnaire et, deuxièmement, dans le but de recruter des répondants potentiels pour mes entretiens.

J'ai réalisé mes entretiens avec ceux qui le souhaitent. Ils étaient donc volontaires pour participer à cette étude. En fonction des répondants, j'ai choisi minimum cinq personnes correspondant aux critères d'inclusion cités auparavant.

### 1.3.4. Considérations éthiques

Le comité d'éthique des CUSL m'a autorisée en date du 13 décembre 2021 à interviewer, les membres du personnel du service de coordination en oncologie, et à réaliser les entretiens au sein de l'institution. Le document se trouve en annexe 10.

### 1.3.5. Méthodes de collecte des données

Après avoir conceptualisé ma partie théorique sur base d'articles de revues scientifiques trouvés en épluchant des sites tels que PubMed, Google Scholar, LibelluleUCL, etc., j'ai réalisé ma partie pratique. La réalisation de la partie théorique est également basée sur les cours du Master de Santé publique. Les textes de référence provenant de mon promoteur et mon co-promoteur ont été un socle de base pour la création de celle-ci.

Pour ma partie pratique, la collecte des données débute par la construction d'un questionnaire.

Les questionnaires, dont la copie disponible en annexe 11, ont été envoyés par e-mail le 11 janvier. Un rappel a été fait le 19 janvier. La collecte finale des questionnaires a été réalisée le 24 janvier 2021.

Le questionnaire énumère des activités provenant de la littérature scientifique et d'observations effectuées lors de mon stage. Elles sont énoncées, de manière aléatoire, afin de ne pas influencer les répondants ayant des connaissances dans le domaine de la pratique avancée.

Les questions sont des mises en situation où il est demandé à l'infirmier de se positionner en cochant chaque affirmation par un « Je le fais/ Je ne le fais pas / Je le fais en partie » pour évaluer si ce sont des tâches effectuées actuellement, ou non. Ensuite, il est demandé à l'infirmier de marquer, par un « Oui/ Non », si ces activités relèvent de leur rôle actuel ou non et, dans le cas contraire, ils doivent mentionner, par un « Oui/ Non », s'ils seraient prêts à les faire en tant qu'IPA. Il n'y a qu'une seule question ouverte où il leur est possible d'évoquer des remarques éventuelles.

La collecte des données s'est poursuivie avec la construction du guide d'entretien, disponible en annexe 12. Ce dernier, couvre l'ensemble des thèmes à aborder et des activités à approfondir, avec principalement des questions ouvertes. J'ai développé et enrichi le guide d'entretien, en fonction du déroulement des entrevues avec les différents professionnels. Cela fait partie de la démarche inductive qui demande « *une souplesse dans le déroulement de l'enquête, comme par exemple de changer, en cours d'enquête, de technique de recueil de l'information ou de questionnements.* ». (Alami., et al. 2019).

Ci-dessous, la figure n°5, reprend les différentes étapes de la collecte des données.

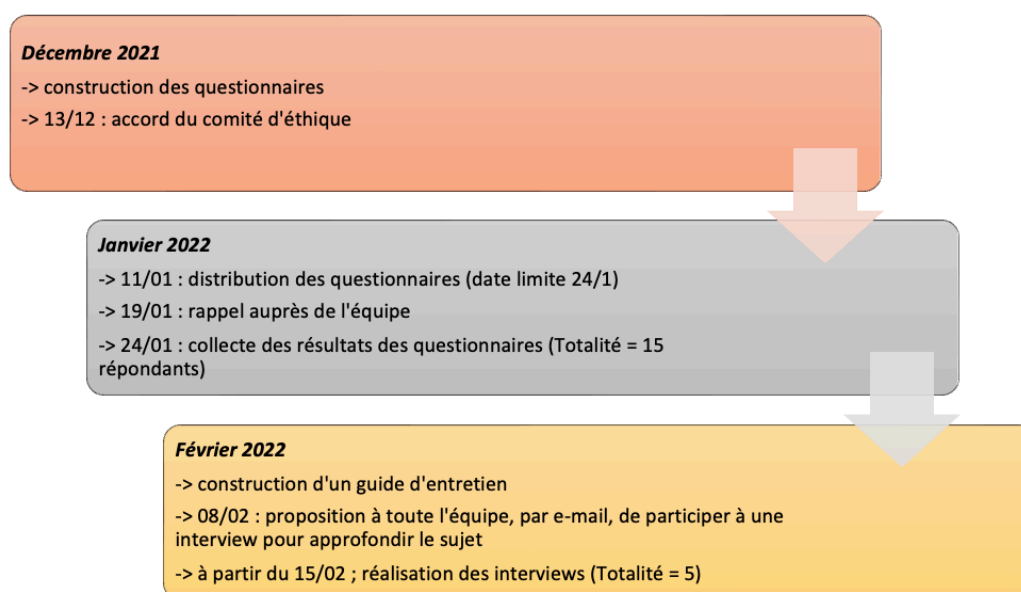


Figure n°2 : Ligne du temps de la collecte des données

### 1.3.6. Déroulement des entretiens

J'ai sondé 5 infirmiers de coordination en oncologie des Cliniques universitaires Saint-Luc sur la période du 15 février au 1 mars 2022.

Les entretiens semi-dirigés, basés sur le guide d'entretien, se sont déroulés sur le lieu de travail des répondants, dans une pièce à huit clos et fermée.

### 1.3.7. Méthode d'analyse des données

Pour les questionnaires, j'ai regroupé les différentes activités en diverses catégories.

Ces catégories correspondent aux compétences de l'IPA. J'ai employé le logiciel Microsoft Excel pour encoder les réponses des questionnaires et pour réaliser les histogrammes par catégorie. Ces derniers se trouvent en Annexe 13.

Concernant les interviews, chacune d'entre elles a été retranscrite grâce aux enregistrements. Sur base de cela, j'ai effectué une analyse thématique descriptive. Pour se faire, j'ai débuté par le codage de mes entretiens. Cela m'a permis d'identifier et de visualiser les différents thèmes évoqués dans la partie théorique et d'en faire émerger d'autres. Par la suite, j'ai pu réaliser une analyse de ces différents codes afin de mettre en évidence une corrélation ou une discordance entre eux. Aucun logiciel n'a été utilisé. Cet exercice a été effectué à la main, sur un fichier Word imprimé. L'entretien du répondant n°1 a été mis en annexe 14 pour exemple.

## 2. Résultats

Après avoir détaillé la méthodologie de ma recherche, je vais maintenant exposer l'échantillon constitué et les résultats obtenus.

Même si la collecte des données s'est développée en deux temps : tout d'abord, les questionnaires destinés à l'équipe des coordinateurs en soins oncologiques et ensuite, les entretiens réalisés auprès de certains d'entre eux, j'ai envisagé la présentation des résultats dans leur ensemble. Je commence par utiliser la méthode qualitative afin de répondre aux questions générales sur la définition de la pratique avancée. Ensuite, je vais la combiner à la méthode qualitative pour exposer les résultats concernant les compétences et les activités relevant ou non, de la pratique avancée en oncologie. Il est important de stipuler que, vu la multitude d'activités proposées dans le questionnaire, je ne vais pas les décortiquer une à une. Il s'agissait d'avoir un registre actuel des activités effectuées ou non par les CSO. L'analyse quantitative a permis de mettre, en avant, les activités réalisées et les activités pouvant poser problème. Celles-ci ne sont pas détaillées une à une. Il ne s'agit d'ailleurs pas réellement d'une analyse quantitative étant donné le peu d'effectif (n=15). Cette méthodologie a donc plutôt pour but

d'exposer et de cibler les activités que les CSO n'effectueraient pas, même en tant qu'IPA. Cela laisse échapper l'idée que cela ne relève donc pas de la pratique avancée.

Pour chaque catégorie, je vais donc exposer les résultats quantitatifs et qualitatifs afin de décrypter si cela relève du rôle de l'IPA en oncologie ou non.

## Caractéristiques de l'échantillon

### L'échantillon des questionnaires

- Quinze infirmiers de coordination en oncologie (sur un équipe de vingt) : 75% de répondants
- Total anonymat ; je n'ai aucune information concernant ces répondants
- Diverses pathologies du domaine de l'oncologie

### L'échantillon des entretiens

- Cinq infirmiers de coordination en oncologie
- Age : entre 31 et 46 ans (moyenne : 38,5 ans)
- Proportion du porteur d'un diplôme de spécialisation : 60%
- Proportion de personnes porteuses d'un diplôme de niveau master : 40%
- Durée moyenne des entretiens : 51 minutes (41 minutes pour le plus court et 61 minutes pour le plus long)
- Diverses pathologies du domaine de l'oncologie
- Deux des cinq répondants n'ont pas répondu aux questionnaires envoyés

| <b>Répondant</b> | <b>1</b>                                                 | <b>2</b>                                                                                      | <b>3</b>                                                 | <b>4</b>                                                                  | <b>5</b>                   |
|------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Âge</b>       | 38 ans                                                   | 46 ans                                                                                        | 31 ans                                                   | 45 ans                                                                    | 39 ans                     |
| <b>Genre</b>     | Femme                                                    | Femme                                                                                         | Femme                                                    | Femme                                                                     | Homme                      |
| <b>Diplômes</b>  | Bachelier soins infirmiers + spécialisation en oncologie | Bachelier Soins infirmiers + spécialisation en santé communautaire + master en santé publique | Bachelier soins infirmiers + spécialisation en oncologie | Bachelier soins infirmiers + master en science de la famille et sexologie | Bachelier soins infirmiers |

|                                           |                                   |            |              |           |                |
|-------------------------------------------|-----------------------------------|------------|--------------|-----------|----------------|
| <b>Expérience globale</b>                 | 15 ans                            | 22 ans     | 8 ans        | 23 ans    | 11 ans         |
| <b>Travail en tant que CSO</b>            | 12 ans                            | 12 ans     | 1 an et demi | 15 ans    | 1 an et demi   |
| <b>Domaine du travail en tant que CSO</b> | Gynécologie-pelvienne et urologie | Pulmonaire | Hématologie  | Sénologie | Oeso-gastrique |
| <b>Temps de travail</b>                   | 60%                               | 80%        | 75%          | 80%       | 50%            |

## Résultats quantitatifs et qualitatifs

Je vais maintenant exposer les résultats obtenus.

### 2.1. Définition de l'infirmier de pratique avancée

J'ai pu constater que les cinq répondants avaient tous une certaine notion de ce qu'était l'infirmier de pratique avancée. Cela s'explique par le fait qu'à leur actuelle, les coordinateurs de soins en oncologie tentent de faire reconnaître leur profession. *« Je m'intéresse un peu à la pratique avancée car on en parle dans des discussions qui se font entre coordinateurs de soins... vu que l'objectif, c'est que la fonction soit officiellement reconnue. »*. (Répondant n°1). De ce fait, la plupart d'entre eux, s'informent et assistent à des réunions sur la pratique avancée avec d'autres professionnels de la santé. *« On a eu une réunion sur la pratique avancée avec les infirmières ressources et puis avec les CSO à un moment donné. »* (Répondant n°5).

L'un des répondants amène le fait, que le sujet émerge, mais qu'au niveau de la législation belge, le cadre n'est pas encore réellement posé. Celui-ci, énonce même, des pays de référence en matière de pratique avancée. *« On en parle un peu plus maintenant... En Belgique, [...] c'est en cours d'élaboration [...] rien encore de complètement reconnu de ce côté-là [...] que dans la littérature on se réfère beaucoup à ce qu'on voit, entre autres au Canada sur la pratique avancée... de mémoire en Suisse aussi ... »*. (Répondant n°4). Un autre répondant possède d'ailleurs des informations plus étoffées, basées sur la réalité d'une fonction existant déjà ailleurs. *« Je sais aussi ce que c'est parce que j'ai ma mère qui est médecin aux États-Unis. Elle travaille avec des infirmières de pratique avancée. »*. (Répondant n°1).

Pour deux d'entre eux, même si la pratique avancée semble encore être un sujet un peu abstrait, ils attribuent tout de même une notion assez claire à cette fonction. *« C'est un peu flou pour moi. J'imagine que la pratique avancée c'est un infirmier qui a un domaine d'expertise et qui est capable, plus qu'un autre infirmier certainement, de poser certains diagnostics et de mettre en place des actions un peu plus poussées. »* (Répondant n°5).

De manière générale, ils allèguent donc tous une idée assez précise de la fonction d'IPA.

*« C'est d'avoir une vision globale du patient dans toute sa prise en charge [...] C'est une personne qui est proactive et qui coordonne une prise en charge interdisciplinaire ; donc dans plusieurs disciplines et dans plusieurs étages différents. Et qui prend le temps de réexpliquer, donc il maîtrise tant la pathologie que tous les traitements qu'on propose aux patients. »* (Répondant n°2).

Ils indiquent que c'est une infirmière qui vient appuyer les autres (équipes paramédicales et médicales) et que celle-ci, en positionnant le patient au centre, favorise la prise en charge et l'accompagnement de ce dernier tout au long de son trajet de soins. *« Ce n'est pas une infirmière qui est dans le soin aux patients en première ligne mais plutôt .... l'idée... d'être plutôt comme un référent au patient ...que c'est de pouvoir faire de l'éducation au patient. C'est pouvoir rendre le patient assez autonome aussi dans la prise en charge de son traitement donc favoriser un petit peu l'empowerment... vérifier tout l'aspect aussi littéracie en santé du patient [...] pouvoir conseiller, en fonction évidemment de sa capacité ou du moins de sa fonction infirmière et éventuellement d'être autonome pour certains types de prescription. ».* (Répondant n°4).

## 2.2. Les compétences

Les activités, recensées lors de mes stages et provenant de la littérature, ont été proposées, de manière aléatoire, lors du questionnaire envoyé aux CSO. Je les ai regroupées en catégories correspondant aux compétences retrouvées dans la littérature. Les différents histogrammes reprenant ces catégories se trouvent en annexe 13.

### 2.2.1. Expert clinique

Tous se rejoignent pour dire que c'est un infirmier qui doit être spécialisé, expert dans son domaine. Certains mentionnent la nécessité d'avoir, en plus, un jugement clinique.

*« il faut avoir des compétences cliniques : il faut savoir faire une anamnèse, dépister les problèmes des patients, trouver des solutions, faire un plan de soins en accord avec l'équipe médicale bien sûr [...] L'IPA, pour moi, c'est une infirmière qui est spécialiste dans son domaine et qui est capable de suivre les patients au long de son trajet de soins et qui est capable de suivre de manière clinique les patients au niveau des effets secondaires et aussi au niveau de l'éducation thérapeutique qui va avec... pour des thérapies bien ciblées. Ça doit être une infirmière qui est aussi capable, non seulement de suivre le patient mais aussi de faire l'éducation de la famille et aussi être référent du patient au sein de l'équipe vu qu'elle connaît le patient de manière plus pointue que d'autres membres de l'équipe. ».* (Répondant n°1).

Tous entrevoient une corrélation entre la pratique avancée et le nouveau master en sciences infirmières. *« Qu'est-ce que tu connais de la pratique avancée ? Qu'il y a un nouveau master en pratique avancée... ».* (Répondant n°3). Pour autant, tous s'accordent pour dire qu'être en possession d'un master ne suffit pas pour exercer une fonction de pratique avancée.

*« On ne peut pas faire d'emblée de la pratique avancée, il faut non seulement un diplôme adéquat mais il faut surtout une expérience professionnelle avant d'y arriver. ».* (Répondant n°2).

Le répondant n°4 met en évidence l'importance *« d'une expérience globale en soins de santé et de l'hôpital »* et la nécessité de *« connaître un petit peu la structure hospitalière. »*. Selon ce répondant, cela permet d'avoir une confiance en soi, nécessaire pour assurer un rôle autonome tel que celui-ci. *« avoir une expérience d'étage [...] m'a permis de me sentir bien et de pouvoir prendre du recul et de me sentir plus à l'aise en fait par rapport aux patients. ».*

Le répondant n°3 précise un nombre d'années nécessaire, afin de développer un jugement clinique : *« mon expérience de terrain m'a beaucoup aidé à avoir un jugement clinique. Il faudrait peut-être dire plutôt 5 ans d'expériences sur le terrain... trois ans cela me paraît un peu juste. ».*

Le répondant n°5 sème l'idée d'approfondir le jugement clinique de l'IPA par le biais de formations spécifiques complémentaires aux éléments cités précédemment : *« je pense qu'il faudrait aussi passer plus de temps avec les médecins justement... en consultation etc. pour essayer d'avoir un jugement clinique plus important... Une espèce de stage ou de formation avec un médecin [...] ce serait un complément. ».* (Répondant n°5).

Tous les répondants citent donc, à l'unanimité, un champ d'actions plus élargi et un rôle autonome. Pour se faire, ils mettent tous, en avant, d'autres compétences à avoir. Notamment, la compétence organisationnelle qui ressort fortement, pour pouvoir assurer le suivi du patient. *« Il faut pouvoir organiser son temps de manière autonome et pouvoir aussi organiser pour le*

*patient, accompagner le patient dans l'organisation aussi de son suivi. ».* (Répondant n°1). Le répondant n°5 ajoute à cela, des compétences comportementales : *« il faut être très rigoureux, bien réfléchi, avoir un esprit d'analyse en fait, une capacité de remise en question. ».* Le répondant n°3 les accentuent : *« savoir prendre des initiatives, avoir un bon esprit d'observation pour pouvoir bien suivre les patients. ».* Le répondant n°1 énumère des compétences plus spécifiques : *« il faut aussi avoir des compétences qui permettent d'autonomiser le patient. Il faut avoir des compétences, on va dire, un minimum scientifique parce qu'il faut pouvoir aller se documenter, faire des recherches aussi... savoir où trouver les informations pour pouvoir se former de manière continue. [...] Vu le rôle autonome, on ne peut pas se permettre juste de se tenir sur les acquis parce que les thérapies évoluent et donc, il faut qu'on puisse suivre et être à jour. Il faut aussi avoir des conséquences pédagogiques. ».* (Répondant n°1). Le répondant n°4 mentionne l'importance de *« connaître un petit peu les innovations du secteur dans lequel on travaille. ».*

Tout ceci apparaît cohérent avec les résultats obtenus, pour une partie des activités proposées dans cette catégorie, reprises dans l'histogramme numéro 1, en annexe 13. Les activités telles que : *« suivre des patients sous chimiothérapie orale à distance ou non, pour évaluer la bonne intégration, résistance du produit. »*, *« être la personne évaluant les situations problématiques à référer au médecin et/ou demandant une hospitalisation »*, *« planification du planning thérapeutique : organisation du traitement, en fonction du patient et de son contexte de vie »*, *« être la personne de référence, même à distance en cas d'urgence : patient qui a de la température, qui a de gros effets secondaires (par exemple : 8 à 10 diarrhées par jour) »*, sont déjà réalisées actuellement par les CSO.

Le répondant n°3 met en évidence ceci, par le biais d'un exemple : *« le patient m'appelle pour me dire « voilà, j'ai ça, j'ai ça, j'ai ça ... ».* [...] *Je lui demande : « quoi, combien » : une petite anamnèse, je demande s'il y a d'autres soucis puis je vois un peu ce qu'il a comme traitement déjà prescrit... [...] je leur donne des petits conseils genre par rapport aux diarrhées ou des choses comme ça. ».* Le répondant n°5 ajoute qu'il faut *« pouvoir analyser un petit peu l'état clinique du patient au téléphone, pour pouvoir l'orienter en fait. ».*

Comme nous pouvons le constater via le graphique numéro 2, en annexe 13, il émane cependant une certaine divergence concernant les activités d'évaluation (clinique et/ou biologique) et de prescription (d'examen diagnostiques et/ou de traitements de chimiothérapie). On retrouve cet écart dans les entretiens :

### Les activités de prescriptions de thérapies orales

Pour le répondant n°1, il paraît évident que ces activités soient associées aux tâches du CSO, et par extension à celles de l'IPA en oncologie. « *On a un rôle clinique déjà hyper important, on ne fait pas que de l'organisation. On ne fait pas que de la coordination comme dans d'autres groupes, on ne fait pas que de l'accompagnement à l'annonce. On suit vraiment les patients sous thérapies orales et donc du coup, ça correspond tout à fait.* ». Le répondant n°4 rejoint l'avis du répondant n°1, en précisant tout de même ; « *represcrire la thérapie orale donc ça veut dire « ne pas prescrire la première fois.* ».

A l'inverse, le répondant n°5, qui assure le suivi clinique du patient, est plus réticent face à l'évaluation biologique et à la reconduction d'une prescription de thérapies orales : « *je téléphone au patient pour connaître un petit peu les effets indésirables, savoir comment ils se sentent etc., si la prise du traitement est réalisée correctement .... Je les éduque à la prise du traitement, et aux effets indésirables et, par téléphone, j'évalue un petit peu l'état du patient ... et si le traitement se passe bien, le contrôle bio je m'assure qu'il l'est fait et ensuite, par contre c'est l'oncologue qui vérifie la prise de sang, c'est l'oncologue qui le voit en consultation et qui reconduit le traitement.* ».

Le répondant n°1 et n°4 mentionnent des exemples de prise en charge complète d'un patient sous thérapie orale une fois que celle-ci a été démarrée par l'oncologue ;

« *Par exemple, le Xeloda... fin du cycle 1, il fait une première prise de sang ... on évalue où en sont les globules blancs... si les globules blancs sont au-delà de 1500 neutrophiles, il peut reprendre un nouveau cycle à condition bien sûr qu'on est évalué aussi la toxicité au niveau mains-pieds, les diarrhées, l'appétit ... toute sorte d'autres toxicités [...] on fait cette évaluation et quand on a le résultat de la prise de sang. On leur dit « Ok, c'est bon vous pouvez reprendre un nouveau cycle ».* ».

Ils mentionnent même l'implication de leurs rôles dans l'adaptation des doses des thérapies orales. « *On a deux thérapies orales pour laquelle on adapte les doses en général nous-mêmes. [...] si je vois la prise de sang du patient et que je vois qu'il est en thrombopénie de grade 3 ou grade 4, je ne vais pas attendre pour dire stop. Je vais stopper le traitement, on voit s'il faut une transfusion ou pas [...] Si par contre, dans la prise de sang, le taux de plaquettes est un peu au-dessus, je dis stop pour le traitement, je prévois une prise de sang pour la semaine prochaine et là je mets une note et je transmets l'information à l'oncologue. Et quand les plaquettes seront normalisées, si la patiente va bien... je n'attends pas l'accord du médecin pour la refaire démarrer, à dose réduite ... mais c'est aussi parce qu'on a des plans de traitements*

*et on en a discuté avec l'équipe médicale. Donc, on ne ferait jamais cela pour un nouveau patient mais pour un suivi de patient connu, dans un plan qui a été discuté, à ce moment-là, on le fait. Donc c'est vraiment chaque fois dans des protocoles préétablis. ».*

### La gestion des chimiothérapies intraveineuses

Deux des répondants spécifient que les chimiothérapies et les immunothérapies ne relèvent pas du rôle de l'IPA, mais du domaine médical. *« Concernant les chimiothérapies [...] je ne le ferais pas car il y a des adaptations de doses qui sont un peu plus complexes. ».* (Répondant n°1). *« Un suivi de thérapies ciblées... ça c'est complètement différent et c'est plus dans nos cordes. Une chimio il y a quand même aussi plus de risque derrière ... d'hématotoxicité. On n'est pas médecin. ».* (Répondant n°2).

### La gestion de la douleur

Les répondants sont du même avis de dire que cela pourrait être du rôle de l'IPA de prescrire des antidouleurs du palier 1<sup>2</sup> et reconduire une prescription du palier 2<sup>3</sup>. (Coudert., et all., 2021). *« Pour les douleurs... oui, instaurer un palier 1[...] On a parfois aussi conseiller des anti inflammatoires [...] On a la fonction rénale dans l'ordinateur, on peut checker... ce n'est pas une personne âgée non plus ... Ok, elle peut prendre un peu d'Ibuprofène et voir ce que ça donne par exemple. ».* (Répondant n°1). Le répondant n°5 nuance que le palier 3<sup>4</sup> reste du domaine médical : *« Après le palier 3, on est quand même sur des morphiniques donc je pense que ça nécessite toujours l'avis d'un médecin. ».*

Pour l'adaptation de doses des antidouleurs, les avis diffèrent. Certains le font, d'autres non. *« Par exemple pour une douleur qui n'est pas encore gérée ou bien parfois revoir les dosages des anti-douleurs. Ça c'est déjà arrivé avec du Contramal : la patiente prend 50mg matin et soir de Contramal et elle n'est pas assez soulagée ...je lui dis qu'elle peut, sans problème, monter à 100 mg matin et soir. Et je la rassure sur le dosage qu'on peut prendre, de lui signaler qu'elle peut nous rappeler en fonction. ».* Le répondant n°5 aborde quant à lui, l'utilisation des guidelines pour assurer ces tâches : *« ça pourrait être bien de fonctionner avec des guidelines*

---

<sup>2</sup> Antalgiques non opioïdes pour les douleurs légères à modérées (ex : Dafalgan®, Ibuprofène®)

<sup>3</sup> Antalgiques centraux, opioïdes faibles pour les douleurs modérées à sévères (ex : Tramadol®, Dafalgan codéine®)

<sup>4</sup> Analgésiques morphiniques forts pour les douleurs très sévères (ex : Oxynorm®, Oxycontin®)

*ou des procédures [...] si on est face à une situation comme cela justement où on doit réadapter des antalgiques. ».*

Les guidelines semblent essentielles pour certaines personnes de l'équipe afin d'avoir une sécurité sur laquelle se fier lorsqu'un médecin serait indisponible. Comme par exemple, avoir un protocole préétabli pour pouvoir gérer les thérapies orales est mis en avant, par le répondant n°1. *« Je pense à une patiente qui avait une mucite de grade 3, limite de grade 4, je n'ai pas attendu d'avoir l'accord. J'ai directement dit à la patiente d'arrêter son traitement et je mets une note dans le dossier et je préviens l'oncologue. Parce qu'on sait que, dans le protocole, on arrête à ce moment-là, jusqu'à à résorption ... jusqu'au retour d'un grade 1. On propose de la thérapie par laser. ».*

#### Les activités de prescriptions d'examens

De manière générale, concernant la prescription d'examens, la majorité des répondants le font dans le cadre du bilan. Il semble que c'est quelque chose de courant dans leur pratique : *« je prescris déjà tous les bilans : pré-greffe et post greffe... ».* (Répondant n°3). Les examens complémentaires pour des patients, en cours de bilan, sont prescrits par nos répondants après avoir eu la confirmation du médecin ou parce qu'ils suivent un protocole. *« Je le prescris parce que ça a été demandé en COM et je sais que je ne fais pas d'erreur en le faisant ... un scanner, un PETSCAN, une prise de sang... ».* (Répondant n°5).

Dans le cadre d'un examen à réaliser en urgence, le répondant n°3 mentionne qu' *« il faut qu'il y ait des règles un peu prédéfinies à l'avance... genre que le médecin me dise à l'avance « voilà, si le patient se plaint de dyspnée ou autre chose, alors oui, tu peux prescrire un CT-thorax. » Il faut un cadre. ».* Le répondant n°2 ajoute même : uniquement pour les patients connus, ayant leur dossier médical au sein de l'institution. Il énonce un exemple d'un patient ayant un cancer pulmonaire venant d'un autre hôpital, pour avoir un second avis, *« A ce stade-là, je ne vais pas, moi, lui prescrire une bronchoscopie [...] il faut que le médecin check le scanner, regarde où est la masse ? est-ce que c'est possible par bronchoscopie ? ou est-ce qu'on va faire une écho-endoscopie ? ou est-ce qu'on va faire une PTT (une ponction trans-thoracique) ? ... donc ça pour moi c'est de la responsabilité d'un médecin. ».*

Pour le répondant n°5, il n'est pas envisageable que, dans sa pratique actuelle, il puisse prescrire de lui-même un examen pour un patient qui se présente en urgence, même connu. *« Dans l'état actuel des choses, moi je ne sentirais pas capable de le faire sans l'avis d'un médecin de toute façon. ».* L'avis, à ce propos, diffère pour le répondant n°4 : *« c'est déjà arrivé. C'est par*

*exemple... une patiente qui manifeste des symptômes d'infections urinaires ... par facilité... et si c'est le seul symptôme, s'il n'y pas spécialement de température ... pour éviter de les faire passer par les urgences ... on prescrit une analyse urinaire avec culture urinaire. [...] une patiente me disait être beaucoup plus accablée, beaucoup plus abattue, beaucoup plus si ... j'ai dit « vous savez ce médicament peut quand même donner de l'anémie [...] on ne peut pas l'exclure donc on va peut-être refaire une prise de sang pour s'assurer qu'il n'y a pas de problème de ce côté-là ». Donc, j'ai fait la prescription prise de sang et on check [...] j'appelle l'oncologue et c'est lui qui me dira en fonction des symptômes de la patiente et des valeurs de la prise de sang, si on prescrit une unité de globules rouges. ». Le répondant n°1 fait le lien avec ceci en mettant en évidence que son expertise lui permet d'amener un accès et une rapidité dans les soins : « les patientes qui entre deux bilans, nous rappellent en disant qu'elles ont de plus en plus mal au ventre avec des soucis de transit, avec le ventre qui ballonne, ben, on suspecte alors une récurrence. A ce moment-là, on va demander, prévenir l'oncologue en disant que la patiente décrit ça ; est-ce qu'on ne ferait pas un marqueur tumoral ? et est-ce qu'on n'avancerait pas la date du scanner ? Donc c'est toujours avec accord médical mais on doit pouvoir suivre, enfin il faut qu'on puisse gérer ça. Mais, donc je pense, en effet, que ça va accélérer. Si on doit attendre que les patients voient leur médecin, ben, elles vont perdre du temps parce qu'elles vont demander d'avancer le rendez-vous mais le rendez-vous va être en 3 semaines et entre-temps elles seront en souffrance pendant 3 semaines. ». Le répondant n°2 exprime quelque chose de comparable : « un patient que je connais bien, qui n'est pas bien chez lui, à la maison, qui m'appelle : « je suis essoufflé, ça ne va pas bien », je pourrais prescrire une radio du thorax, mettre un rendez-vous et puis prévenir le médecin en disant : « écoute, j'ai déjà prescrit une bio parce qu'il est essoufflé, on va quand même voir son hémoglobine. ».*

### 2.2.2. Promotion de la qualité

Dans le graphique (numéro 3) de la compétence promotion de la qualité, se trouvant en annexe 13, il ressort un éventail de réponses dévoilant un champ d'activités tout à fait différent d'une personne à une autre. Il émane des réticences, plus particulièrement, dans la concrétisation de soins alternatifs, de soutien dans le domaine des soins palliatifs, dans la gestion des alertes cliniques et dans le développement de pratiques et de procédures.

Ces réticences ne transparaissent pas réellement dans les entretiens que j'ai pu réaliser. Le répondant n°1 donne un exemple concret où il a pu soutenir un professionnel de la santé dans un milieu extérieur à celui de l'hôpital dans lequel il travaille : « j'ai déjà eu un infirmier domicile qui m'a contacté parce qu'il était en difficulté par rapport à du matériel...un nouveau

*patient et du matériel oncologique auquel l'infirmier en domicile n'a pas accès à l'extérieur mais le patient soins palliatifs n'était plus déplaçable à l'hôpital et donc du coup... [...] J'ai coordonné ça [...] pour que le patient ne doive pas venir mais qu'il ne risque pas une infection. ».*

Au cours de notre entretien, le répondant n°1 amène aussi le fait que des soins alternatifs sont proposés aux patients, parfois l'idée émane des médecins eux-mêmes ; *« il a parlé d'une étude sur les impacts de l'acupuncture dans les bouffées de chaleur [...] on a vu que ça correspondait pour nos patients et, du coup maintenant, on le recommande aussi aux patients. »*. Le répondant n°4 achemine l'idée que des soins alternatifs peuvent provenir de domaines auxquels on ne penserait pas mais qui conduirait à un bien-être physique et/ou psychologique pour le patient : *« on essaie quand même d'avoir beaucoup de coordonnées de corps de métiers différents. Même en dehors de Saint Luc qui peuvent apporter aux patients justement du bien être ou aider dans la prise en charge donc... tout ce qui est perruquier [...] et tout ce qui est plus dermo-cosmétique aussi... »*.

Le répondant n°1 parle même de mettre des projets en place, en se basant sur des données probantes, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients : *« pour améliorer un processus... il faut faire un peu de recherches sur ce qui se fait ailleurs, quelles sont les données pour s'assurer d'aller dans le bon sens ... en gynéco, on aimerait mettre en place une consultation post-traitement ou entre autres, on discuterait de l'aspect sexualité, intimité des patients parce qu'on n'a pas beaucoup l'occasion d'en parler ... Ce qui est un peu une lacune. »*. D'autres projets, comme la révision d'une brochure ou d'une procédure, ont été réalisés dans le but de promouvoir la qualité : *« on était interpellé justement pour la procédure autour du picc-line [...] on a aussi revu une petite procédure ensemble. »*. (Répondant n°4).

En faisant un parallèle avec la compétence d'expert clinique, on entrevoit aussi la possibilité de maximiser la qualité des soins de santé. En effet, faire preuve d'expertise et d'esprit critique permet une prise en charge du patient efficace, rapide et à moindres coûts. Cela permet aussi d'éviter de réaliser des examens inutiles : *« un exemple concret : un petit papy de nonante ans [...] chez qui on avait dit « peut-être un traitement local, sous réserve qu'il pédale sur le vélo pour faire son épreuve d'effort et sous réserve d'un avis onco-gériatrique » [...] en COM, les médecins se sont rendus compte que c'était trop ambitieux, qu'on ne pourrait pas opérer ... [...] Du coup, moi j'ai dit un peu sur le ton de la boutade « j'imagine que si on fait des soins palliatifs, un avis onco-gériatrique et le faire pédaler sur le vélo, on pourrait le supprimer. »*. (Répondant n°2).

Cela permet, entre autres, d'amener une barrière de sécurité et d'éviter des effets indésirables trop nuisibles pour les patients ; *« je me dis qu'il en va de la sécurité du patient... [...] Imaginons que je n'ai pas le médecin pour une raison X ou Y, s'il en va de la sécurité pour le patient, je préfère qu'il arrête son traitement... en discuter avec le médecin dès que c'est faisable et quitte à reprendre après ... mais je trouve qu'il faut viser la sécurité des patients avant toute chose. Surtout dans les médicaments oncologiques... »*. (Répondant n°4).

Concernant la gestion des alertes cliniques, c'est le répondant n°4 qui attire l'attention sur le fait que leur nouveau programme informatique permet cela : *« le programme informatique « je me gère » le fait aussi...c'est même le patient seul qui peut en fonction des codes « orange ou rouge » ... se voit proposer des alternatives. Par exemple, je pense aux diarrhées... un patient qui aurait une diarrhée de grade 2 et bien spontanément, on va leur dire que le patient peut prendre de l'Immodium. Donc, c'est même le système informatique qui leur envoie cette proposition-là... de la même façon que nous on pourrait les voir et faire une anamnèse. »*.

### 2.2.3. Chercheur

Même si le répondant n°1 le mentionne précédemment, pour implémenter de nouveaux projets, c'est quelque chose, qu'actuellement, les CSO ne font pas réellement : 11 sur 15 déclarants le spécifient dans le questionnaire. À l'exception de deux personnes, la majorité trouve qu'il en va du rôle de l'IPA de se baser sur des données probantes afin d'établir un protocole. On l'entrevoit à travers l'histogramme numéro 4, se trouvant en annexe 13.

Les résultats obtenus dans le questionnaire correspondent relativement bien à la pratique actuelle des CSO. Ils s'informent et se tiennent à jour mais ils ne s'appuient pas sur des données probantes. *« Oui, pas assez, je l'admets, mais oui. Je fais de la formation continue donc je veux dire...quand il y a des formations ou des, enfin, que ce soit des symposiums ou des congrès enfin ce n'est pas toujours, avec le COVID, ça a été plus compliqué mais j'essaie d'aller régulièrement. »*. (Répondant n°1). *« J'essaie de me renseigner lorsque je tombe sur quelque chose que je ne connais pas c'est à dire qu'en fait peut être ....que je ne vais pas encore assez... le minimum oui. »*. (Répondant n°5). *« Je ne lis pas d'articles scientifiques. Je vais à des journées de formation. »*. (Répondant n°3). *« J'ai été à des congrès également [...] ça j'aime bien, j'aime bien comprendre. Voilà maintenant, tout ce qui est étude clinique, ce n'est vraiment pas mon dada. »*. (Répondant n°2).

Cependant, même s'ils ne se basent pas actuellement sur des données probantes, les répondants voient un réel intérêt d'échafauder leur pratique en partant de cela. *« On est allé revoir un peu les dernières recommandations pour être sûr de transmettre une bonne information... Ce qui*

*était l'occasion aussi pour nous finalement de refaire une mise au point ; est-ce qu'on est toujours actuel ou pas ? en fait en donnant des cours ou en donnant des informations, cela nous aide aussi à nous de garder à jour. »* (Répondant n°1). Le répondant n°2 rejoint celui-ci : *« on organise des guidelines où je coordonne... où là, on a des thématiques pour revoir nos manières de faire, au sein de notre groupe, notre prise en charge appuyée sur base aussi de recommandations suite à des études. Si je dois préparer quelque chose, je vais me renseigner mais de lire régulièrement des articles, je n'ai pas assez de temps... »*.

Il semblerait donc que, par manque de temps, les répondants ne se plongeraient dans la littérature scientifique uniquement que lorsqu'ils ont un travail (formation, congrès, présentation, guidelines, etc.) à effectuer, remanier. Le répondant °2 met d'ailleurs en évidence le fait qu'aller à des formations (en tant qu'orateur ou pour se former) fait partie du rôle de l'infirmier de pratique avancée. *« Ça c'est vraiment dans nos missions et ... c'est de la pratique avancée ... ce n'est pas, juste être ici, avec le patient, c'est aussi se déplacer le soir pour aller écouter une réunion, aller à un congrès, à des conférences. »*. Le répondant n°5 est du même avis : *« avoir un rôle de formation et d'enseignement ... ça je trouve ça hyper chouette et je pense que ça fait partie du rôle, oui. »*.

D'ailleurs, en creusant dans les entretiens, je me suis rendue compte que les répondants avaient, pour la majorité, des activités dans le domaine de la formation : *« donc ça, j'en ai déjà fait en immunothérapie, j'ai donné pas mal de cours... pour la SIO...notamment, avec un médecin, pour parler d'immunothérapie, donc je l'ai fait 2-3 fois. [...] J'avais parlé, à une table, ronde où je devais être la modératrice sur un sujet pour le poumon. On a eu des réunions d'experts entre CSO poumons et donc ça, j'aime beaucoup... échanger avec d'autres et être invité [...] On a aussi créé ... avec une firme, une plateforme et là-dedans on a été interviewé pour parler du bien-être, pour les patients atteints d'un cancer du poumon. Et donc, ils ont créé une plateforme. Donc là, on a fait aussi des petites capsules vidéos... »*. (Répondant °2). *« J'ai expliqué le rôle du CSO. Et on m'avait demandé aussi d'expliquer le PAC et donc voilà un rôle d'enseignement ... il y a d'ailleurs une CSO de notre équipe qui enseigne en spécialisation onco. »*. (Répondant n°5). *« Par exemple, j'ai déjà été invitée à le faire pour le cours d'onco-gynéco dans le cours des spécialisations en oncologie. »* (Répondant °1).

Seul, un des répondants n'envisage pas de faire ce genre d'activités en présentiel mais, vu la conjoncture actuelle, pourrait envisager de le faire en distanciel ; *« je déteste parler en public. [...] Par contre, cela ne me dérangerait pas de participer à une réunion teams. »*

Pour approfondir, j'ai questionné les répondants sur la possibilité de réaliser, par eux-mêmes, une étude et d'écrire un article scientifique. Les avis divergent : pour certains, ce n'est pas concevable : *« participer à certains types de congrès, revoir la littérature et agir avec mon expérience... parler avec mon expérience... une revue de la littérature et par exemple, un case-report... ça, c'est d'accord. Mais, écrire vraiment un article scientifique, c'est juste que ce n'est pas mon truc ...c'est très personnel [...] rédiger...formuler... non. »*. (Répondant n°4). Le répondant n°5 poursuit, lui aussi, dans ce sens : *« non [...] J'ai une expérience de terrain, de pratique mais sur le plan intellectuel... il y a un besoin de formation supplémentaire avant d'arriver à ce genre de chose. J'ai besoin de ... et c'est peut-être là que le master est intéressant ...justement ...mais moi j'ai surtout une pratique de terrain, une expérience de terrain mais réaliser un article scientifique, non. »*. (Répondant n°5). Pour d'autres, cela semble envisageable pour autant que cela fasse partie de la pratique quotidienne : *« Un article scientifique... Je pourrais aller interroger des patients pour voir si les massages au niveau des jambes sont bénéfiques pour les patients et écrire quelque chose en fonction de ça ... Oui, ça je pourrais... »*. (Répondant n°3). Le répondant n°2 relève le fait qu'il a déjà eu l'occasion d'écrire un article mais qui n'était pas scientifique : *« écrire un article, j'en ai déjà fait un ici, dans la brochure de Saint Luc : il fallait parler de différents jobs dans Saint-Luc un peu moins connus et donc il y avait le job du CSO... »*. (Répondant n°2).

#### 2.2.4. Leadership

Dans cette catégorie, les avis sont réellement partagés pour chaque activité. Il est intéressant de mentionner que, pour certains répondants (5 sur 15), il n'est pas du rôle de l'IPA de collaborer avec des associations professionnelles. Un répondant sur 15 trouve que ce n'est pas à l'IPA, de travailler en groupe multiprofessionnel, afin d'élaborer des lignes directrices sur les soins, en vue d'en améliorer la qualité ou même de reconnaître sa détresse morale ou celle des autres soignants.

En voyant ces résultats, on a l'impression qu'il est donc compliqué pour certains, d'imaginer réaliser des activités relevant de la compétence Leadership. Pourtant, même si cela transparaît au travers de l'histogramme numéro 5 (en annexe 13), ce n'est pas ce qui ressort de mes entretiens. En effet, pour le répondant n°1, il apparaît évident qu'*« il faut aussi avoir des conséquences pédagogiques parce qu'il faut pouvoir aussi ... enseigner aux patients mais aussi aux collègues car, en étant le premier référent au patient, on doit pouvoir apprendre non seulement aux étudiants mais aussi aux autres collègues qui ne sont pas spécialistes. Il faut faire des formations, je pense, ponctuellement. Pour que les autres infirmières puissent comprendre le*

*type de patients qu'elles sont amenées à croiser dans leurs services respectifs et puis... pourquoi pas aussi pouvoir donner cours aux étudiants. ». Le répondant n°4 a déjà eu l'occasion d'aller dans d'autres hôpitaux pour coacher d'autres CSO qui sont moins à l'aise avec certains traitements : « les onco-nurses n'ont pas bien l'habitude ...donc les firmes nous invitent à les former à la prise en charge de ce traitement, autour du patient ».*

Le répondant n°2 mentionne que, d'une certaine manière, elle reste sensible à la détresse morale des équipes infirmières. Elle prend le temps de discuter des sujets éthiques avec celles-ci, comme par exemple, sur un projet thérapeutique qui pose question : *« je monte régulièrement au 73, au 51 ou ici, au 42 et je communique régulièrement des choses, réexpliquer le contexte. Par exemple, au 73 : « on a un patient pourri, pourquoi un tel référent lui fait de la chimiothérapie ? C'est de l'acharnement thérapeutique ». Et donc, là, je réexplique... « bah je ne suis pas tout à fait d'accord avec vous... j'étais là à la consultation de l'annonce... oui, c'est vrai qu'il est âgé mais il a vraiment envie d'essayer quelque chose... ». Donc, faire du lien et réexpliquer c'est quoi l'immunothérapie. »*. Le répondant n°5 partage le fait d'être parfois soi-même confronté à des difficultés ou à une détresse morale ; *« moi j'ai eu une situation difficile... de détresse morale... vis-à-vis des soins et là ça a été difficile pour moi... »*. Le répondant n°4, quant à lui, mentionne sa réflexion éthique : *« parfois, j'ai quand même été interpellé ... mais, par rapport à moi. Je me souviens d'une patiente où je me disais « mais enfin, est-ce que c'est vraiment nécessaire de lui redonner une chimio ? ... ». [...] il y avait une espèce d'incohérence dans le truc qui me faisait dire « est-ce que vraiment il fallait mettre un traitement ? ». [...] C'est parfois moi qui m'interroge. Après, l'oncologue peut l'entendre et peut dire « peut-être que t'as raison et je serai plus vigilant à ça » ... ou peut-être qu'il dira que lui n'a pas perçu ça [...] C'est pour ça que c'est intéressant ce type de discussion par rapport à ce qu'on pense ou par rapport à ce que l'on ressent. »*.

Le répondant n°1 amène une information précieuse quant au leadership ; la nécessité de détecter les besoins en formation. *« On est quand même des référents donc si une infirmière de deuxième ligne est en difficulté, je pense, par contre, qu'on doit pouvoir être capable de réfléchir à des pistes de formation... voir s'il y a des formations envisageables ou des choses comme cela ... cela ne me paraît faisable...aller coacher une équipe pourquoi pas... ou alors organiser au sein de Saint Luc des formations si on voit qu'il y a des soucis récurrents... »*.

### 2.2.5. Promotion de la santé

Dans cette catégorie (histogramme numéro 6, annexe 13), les activités que certains répondants ne feraient pas, même en étant IPA, sont l'évaluation des besoins pour organiser un retour à domicile et la prévision d'une réunion interprofessionnelle pour accompagner un patient. Une troisième activité semble pour certains ne pas relever de la pratique avancée : la prise en compte des répercussions financières pour le patient, dans le cas des antiémétiques. Pourtant, les répondants énoncent de nombreux exemples où ils sont soucieux des revenus financiers des patients ; *« si c'est un patient qui n'a pas de mutuelle, par exemple, on va le signaler parce que ça peut avoir un impact sur le traitement : on va proposer un traitement qui est un peu moins onéreux, vu que le patient paiera tout de sa poche. »*. (Répondant °1). Le répondant n°4 spécifie la difficulté de gérer cette notion lorsqu'il s'agit de viser la guérison d'un patient. Lorsqu'il s'agit d'un traitement validé, il faut peser le pour et le contre, entre la possibilité de guérir le patient et le fait de ne pas l'en impacter financièrement : *« on est quand même dans des standards de types de traitements. Surtout en adjuvant... donc c'est difficile de ne pas proposer le « moule-frite-salade » si on sait que c'est « le moule frite saladé » qui va les guérir. [...] Parfois on a quand même une démarche sociale où on a réussi que les patientes soient finalement prises en charge par les CPAS, etc. mais ce n'est pas toujours faisable. »*. (Répondant n°4). Le répondant n°5 essaye d'éviter des dépenses inutiles en faisant preuve d'ingéniosité : *« elle devait venir en transport et ce n'était pas remboursé. On n'avait pas trouvé de solution de remboursement donc du coup, on s'est adapté en la faisant se déplacer pour plusieurs examens en même temps. C'est-à-dire qu'en un déplacement, on essayait de concentrer les examens sur une même journée pour qu'elle n'ait à se déplacer qu'une seule fois. »*.

Il advient de ces entretiens qu'il faut prendre en compte le contexte socio-économique du patient, la diversité culturelle, les connaissances du patient (la littéracie en santé) et les autres influences, comme la fragilité de certains patients. *« On a des patients qui sont dans des contextes d'éthylismes ou dans des contextes sociaux un peu compliqués ...qui sont peut-être d'un milieu un peu moins éduqué et qui ne comprennent pas ...et à qui on n'arrive vraiment pas à faire comprendre et qui sont ne pas compliants et qui ne sont pas observants. On essaye de s'adapter et on essaye de faire en sorte que soit le mieux pris en charge possible. »*. (Répondant n°5). *« On a de plus en plus de problèmes de croyances, de personnes qui ont vraiment un problème de confiance par rapport au monde médical et qui ont l'impression que si elles commencent à bien manger, à prendre des thérapies alternatives (un petit peu de plantes à gauche, un petit peu de plantes à droite), elles vont s'en sortir. »*. (Répondant n°4). Cela fait intervenir

une notion très importante pour la compétence de la promotion de la santé, l'IPA améliore l'éducation thérapeutique générale des patients en réfrénant : « *des pistes qui sont complètement erronées. [...] Je pense qu'il faut pouvoir faire de l'éducation à la santé en disant « le sucre c'est important quand même. On en a besoin au niveau cérébral mais effectivement c'est l'excès... ce sont les sucres raffinés... c'est privilégier les sucres des fruits... manger des fruits des légumes c'est important ...ce sont des recommandations ...et les renvoyer parfois vers des sites aussi où c'est un discours qui est validé scientifiquement.* ». (Répondant n°4). Le répondant n°5 complète que cela permet l'empowerment du patient : « *s'il connaît les effets indésirables, s'il connaît bien ses traitements etc, ... il va déjà pouvoir, lui-même, analyser certaines choses et nous faire un retour en fait.* ».

Par ailleurs, il faut aussi tenir compte des sujets difficiles à aborder et de susciter les discussions sur des sujets complexes. « *Parce que dans certains cas, on peut être la voix du patient, si l'équipe ne l'entend pas et par rapport à la détresse du patient, on doit pouvoir être à l'écoute. [...] On doit prendre le patient de manière globale, on va donc tenir compte de son état psychologique et idem, pour la famille. Même si on ne soigne pas la famille... en prenant en charge le patient dans sa globalité, on doit s'inquiéter ou se sentir concerner de ce qui se passe dans son entourage pour aider le patient et puis aussi pour aiguiller éventuellement la famille.,* ». (Répondant n°1).

### ***Des sujets comme ;***

La sexualité ; « *L'aspect sexualité que j'avais envie... qu'il puisse être une facette qu'on n'oublie pas dans la prise en charge patiente.* ». (Répondant n°4).

Les soins palliatifs ; « *Accompagner, d'expliquer en quoi ça consiste, ça c'est tout à fait dans nos cordes, dans nos missions et d'être facilitateur.* ». (Répondant n°2). « *Il y en a qui sont dans le combat jusqu'à la fin et ou c'est vraiment plus compliqué d'aborder la possibilité d'avoir des soins palliatifs. Il faut pouvoir s'adapter à ce que chaque patient est prêt à entendre, ça reste important.* ». (Répondant n°4).

L'euthanasie ; Le répondant n°3 aborde l'euthanasie. « *On organise, nous, une réunion avec le médecin, la psychologue et la famille...Du coup, on s'arrange pour amener le patient à faire entendre sa volonté à la famille...et/ou la famille à écouter le patient.* ». (Répondant n°3).

Le refus de soin ; « Si c'est un problème de communication, ça peut assez facilement se résoudre [...] il faut savoir pourquoi il ne veut pas les soins non plus. [...] Ça reste son choix ... ». (Répondant n°4). Le répondant n°2 ajoute qu'il faut « s'assurer de sa décision [...] l'idée c'est de trouver ce juste milieu entre « c'est votre décision et on la respecte tout à fait et si ça a du sens pour vous bah ça a du sens pour nous finalement » mais [...] est-ce que vous souhaitez qu'on mette une consultation chez le médecin pour refaire un suivi ou pour en discuter ? ».

L'impact des traitements sur la qualité de vie ; « Si clairement, je vois qu'il y a un gros impact sur la qualité de vie et que ça me paraît vraiment anormal... je vais dire à l'oncologue [...] est-ce qu'il ne faut pas revoir les choses ? est-ce qu'il faut vraiment aller jusqu'au bout ? et est-ce qu'il ne faut pas faire autrement ? ». (Répondant n°4).

#### 2.2.6. Communication

« Il faut avoir des compétences en communication ». (Répondant n°1). Dans cette compétence-ci, (histogramme numéro 7, annexe 13), même si certains ne réalisent pas actuellement ces activités, tous se rallient pour dire qu'elles relèvent de la pratique avancée. « D'une part, en oncologie, la communication est d'autant plus importante qu'on est face à des patients qui ont un diagnostic d'une maladie grave et pour lesquels la communication doit être assez accessible. [...] si on a un patient qui est déjà un petit peu dans le milieu médical ou quoi, on va s'adapter aussi et on essaiera d'avoir un discours un petit peu plus scientifique que chez une patiente qui n'est pas du tout dans le milieu ...chez qui, on essaiera d'avoir un langage clair et de voir aussi ce qu'elle comprend et ce qu'elle n'a pas compris. Dans la communication, je pense que c'est toujours important de formuler... enfin de faire reformuler ce que le patient a entendu. ». (Répondant n°4). Le répondant n°2 est du même avis : il faut évaluer ce que le patient a entendu, retenu et compris de la consultation avec l'oncologue : « j'aime bien entendre comment le médecin explique les choses, les questions que le patient pose parce que j'aime bien repartir de là, moi, en général. ». Le répondant n°5 y voit le même intérêt : « souvent, on les voit en consultation après qu'ils aient vu le médecin. Ça nous permet de clarifier un peu les choses, avec le patient. ». Le répondant n°4 souligne le fait, qu'en plus d'évaluer la compréhension et de réexpliquer le traitement, c'est lors de cette consultation que l'organisation de traitement se fait. Le répondant n°5, quant à lui, met l'accent sur le côté psychologique et la nécessité de pouvoir rediriger les patients vers des professionnels plus compétents si cela s'avère nécessaire. « On est parfois face à des situations où on doit réagir directement, sur l'instant et donc... de pouvoir

*quand même rassurer le patient, sur le moment ...le prendre à part, discuter, l'écouter, gérer la situation de crise et ensuite diriger vers un psychologue... ».*

#### 2.2.7. Collaboration

Les résultats de cette catégorie se trouvent dans l'histogramme numéro 8, annexe 13. « *Avoir la capacité de travailler en multidisciplinarité aussi et donc pouvoir faire facilement appel aux ressources, à la fois médicales et paramédicales, donc bien connaître l'équipe qui peut et qui est censée graviter autour du patient.* ». (Répondant n°4). « *On a pas mal aussi d'interactions avec les kinés pour le post-chirurgical ou les massages cicatrices ou ce genre de choses. [...] la diététicienne [...] c'est beaucoup plus en termes d'éducation et de promotion de la santé que la diététicienne à son rôle et qu'on l'interpelle pour nos patientes. [...] Et on collabore beaucoup avec l'assistante sociale. On a beaucoup d'interactions avec elle... On a des patients [...] qui sont sans-papiers... il faut voir ce qu'on peut faire ou ne pas faire comme démarches. On a des patientes qui sont des patientes indépendantes qui ont des revenus d'indépendants...[...] Pour des patients qui sont en situation précaire, au niveau financier, où on préfère qu'elle soit là pour checker, « regardez ce qu'on peut demander comme aides supplémentaires ». Pour les patientes qui ont un problème de langue ou qui ne savent pas gérer le côté administratif et ... l'assistante sociale jette un œil aussi, là-dedans. Et puis des patientes qui ont besoin d'instaurer de l'aide à domicile ...soit par exemple après une chirurgie ou pendant une chimiothérapie... ».* (Répondant n°4).

En fonction des demandes émanant du patient, il est nécessaire de prévoir d'autres consultations avec d'autres professionnels de la santé : « *ça peut arriver que lors de la consultation d'annonce, on voit que le patient se projette déjà par rapport à ça et a tellement de questions par rapport à la cystectomie et donc à la stomie, du coup, on va prendre les devants et lui faire rencontrer la stomathérapeute avant.* ». (Répondant n°1).

Le répondant n°5 cite le fait que, dans sa pathologie, il a beaucoup d'interactions en extra-muros. Cela provient du fait qu'il a « *des patients qui arrivent de l'extérieur, qui font leur chimiothérapie, à proximité de leur domicile, par exemple, à Tournai, et qui viennent se faire opérer ici, en fait.* ». Quand il y a quelque chose à renseigner sur leur patient : « *je le transmets au CSO de l'hôpital d'origine du patient.* ». Le répondant n°1, aussi, énonçait plus haut le fait qu'il avait des relations avec des personnes externes à l'hôpital, notamment des infirmiers de soins à domicile, pour communiquer des informations ou pour faciliter l'accès à du matériel complexe. Il y a donc une certaine mobilisation des réseaux des professionnels de santé.

## 2.3. Implémentation de l'IPA en oncologie

### 2.3.1. La plus-value

Les répondants voient l'implémentation de l'IPA en oncologie comme un gain. Celle-ci serait gage de qualité, d'accessibilité et de sécurité dans la prise en charge du patient atteint d'une maladie cancéreuse.

*« Je pense qu'il y a vraiment une plus-value à avoir quand on est dans une pathologie qui est de plus en plus chronique ... [...] d'avoir une infirmière qui, [...] est le point de référence d'un patient avec son oncologue, [...] du début à la fin, sachant qu'il y a une vingtaine d'autres intervenants, qui, à un moment donné, passeront : ça a dû sens et je pense, que ça sécurise le patient et que ça a un gain pour une qualité de prise en charge. ».* (Répondant n°2).

### 2.3.2. Un statut trop vague pour les CSO

Pour l'instant, les CSO n'ont pas de cadre défini. Cette problématique surgit à travers les réponses fournies dans mon questionnaire en ligne. On constate un écart dans le champ des activités réalisées par les CSO. Pour le répondant n°3, il serait judicieux de redéfinir la fonction de CSO : *« nos tâches sont très larges ... trop larges. Il n'y a pas vraiment de cadre. ».*

Ce dernier n'est pas le seul à évoquer des tâches trop étendues. Le répondant n°1 le mentionne aussi et amène l'importance de réorganiser et de cadrer leur fonction actuelle : *« il faudrait [...] refaire une mise au point de l'utilisation des coordinateurs de soins. [...] Je dirais, un recadrage, pour diriger ce qui doit aller au secrétariat, augmenter et que ce soit mieux financer pour que cela corresponde à l'activité clinique réelle. ».*

### 2.3.3. Valoriser les CSO en les nommant IPA ?

Les CSO des CUSL sont désireux d'être reconnus comme étant de la pratique avancée. A cet effet, ils sont actuellement en train de réaliser des démarches pour obtenir ce statut. Pour certains d'entre eux, il est évident que leurs rôles relèvent de la pratique avancée : *« je serais curieuse de voir si un jour on sera pratique avancée ou pas ... Je pense vraiment qu'on le fait...J'en suis convaincue mais on est un peu le nez dans le guidon et on n'a pas de repères, de ce que d'autres font. ».* (Répondant n°2). Le répondant n°4 pense qu'actuellement, il n'y a que certaines personnes de l'équipe qui ont exalté des compétences en pratique avancée. *« Je pense qu'on est une partie dans l'équipe qui ont avancé et qui pour nous, ça va de soi, que nous, on est assimilé entre guillemets à la pratique avancée [...] parce qu'on fait une grosse partie de ce qu'on va trouver dans les définitions de la littérature... ».* Celui-ci mentionne la nécessité d'un cadre légal pour la fonction d'IPA afin d'harmoniser les rôles et les tâches au sein de l'équipe :

*« le fait que ce soit validé au niveau statut ...ben, là, on va donner un cadre et donc, on va peut-être aussi permettre à d'autres personnes de l'équipe de s'investir, peut-être plus, là-dedans aussi... oui, d'avoir un autre investissement en se disant, bah tiens, maintenant, je dois quand même montrer mon travail et, donc, il y a des choses que je dois faire, que je ne faisais peut-être pas avant. ».* (Répondant n°4).

Ceci jaillit d'ailleurs de l'enquête réalisée auprès des CSO. Pour de nombreuses activités, certaines personnes de l'équipe ont répondu qu'elles ne le faisaient pas, pour le moment, mais qu'elles le feraient si elles étaient reconnues en tant qu'IPA. Pour expliquer cela, le répondant n°5 émet l'hypothèse que : *« peut-être ... parce qu'en fait ce sont des choses qu'on ne leur demandent pas à l'heure actuelle mais que si elles en avaient la formation, elles accepteraient de le faire. »*. Le répondant n°1 consent à ce discours. Il reconnaît même des items pouvant rebuter ses collègues : *« si elles font référence à des items de recherche ou des items de suivi clinique... par exemple, de manière plus autonome, prévoir les bilans d'extension, d'adaptation de doses et tout ça... je pense qu'il faudra un cadre légal clair. Pour l'instant, on fait des choses sans réel cadre...dans les prescriptions tout ça, donc je pense que pour certaines ...ça les rassureraient et aussi parce qu'en tant qu'IPA, notre rôle serait plus clair. »*. (Répondant n°1).

#### 2.3.4. Financement de l'IPA

Le répondant n°1 exprime l'idée que *« peut-être que, certains pourraient dire ça parce qu'ils se disent, bah, voilà financièrement on n'est pas rémunéré pour un tel rôle. »*.

En plus du cadre, pour certains, il faudrait donc une reconnaissance financière : *« si on a la confirmation qu'on sera assimilé IPA, il faudra de toute façon qu'ils adaptent le financement, sinon c'est clair qu'on sait pas tout faire ou je dirais on le fait...on fait comme on peut et on fait certainement déjà beaucoup et plus qu'ailleurs, je pense. »*. (Répondant n°1). D'autres sont dubitatifs par rapport à une quelconque compensation salariale : *« est-ce que vraiment on sera plus reconnu parce qu'on est pratique avancée ? ... Je n'en sais rien... moi, je considère, que je fais déjà de la pratique avancée et je serais contente que ce soit officiellement reconnu et qu'on ait un salaire qui colle plus avec ça. »*. (Répondant n°2).

#### 2.3.5. Une fonction à adapter

Les entretiens ont permis de mettre en évidence que l'IPA devrait nuancer et articuler son rôle en fonction de la pathologie dans laquelle elle travaillerait, des équipes médicales et en fonction de son temps de travail.

### Au regard des équipes médicales

« En soit, je ne pense pas que mon boulot va changer. Moi, je pense que ce que je fais, je vais continuer à le faire mais, par contre, j'ai des choses à moduler avec un médecin ou un autre. ». En évoquant cela, le répondant n°2 fait part de son inquiétude quant aux dérives, notamment pour les prescriptions d'examens médicaux : « il y a un côté je trouve, un peu frustrant, de juste prescrire pour un médecin [...] Je dépanne [...] facilite son travail ... donc est-ce que ça c'est de la pratique avancée ? Pour moi, pas. ».

Le répondant n°4 mentionne aussi la différence de son travail, en fonction des médecins, avec qui il travaille : « alors, il faut savoir que certains oncologues comptent vraiment sur nous ... je parle notamment pour les thérapies orales ; d'autres oncologues qui fonctionnent plus en autonomie et qui gèrent eux-mêmes et qui nous demandent juste d'intervenir quand ils sont, par exemple, en congé. ». Le répondant n°2 interpelle aussi sur la possibilité d'une mauvaise utilisation de l'IPA : « il ne faut pas que ça fasse double emploi. ».

### Au regard des pathologies

« Le rôle est le même mais les tâches sont variées parce que bon bah voilà... des thérapies sont vraiment propres à chaque groupe, et les prises en charge sont vraiment propre à chaque groupe et à chaque cancer. On ne prend pas en charge de la même façon tous les cancers. ». (Répondant n°5). Celui-ci mentionne le fait que, dans sa pathologie, il suit beaucoup de patients sur une courte durée et concernant une partie plus administrative. « J'ai beaucoup de patients qui arrivent de l'extérieur [...] où je dois juste m'occuper de rapatrier le dossier médical et qui sont pris en charge uniquement pour la chirurgie. Mais ces patients-là, moi, je les vois beaucoup moins. ». Ce type de patients lui confère donc un rôle plus administratif et peut-être un rôle moins autonome. D'autant plus que celui-ci ajoute aussi, qu'en comparaison à d'autres groupes, il a moins de thérapies orales ; « c'est vrai que dans d'autres groupes [...] ils ont un rôle un peu plus important vis-à-vis des thérapies orales. [...] Mais c'est vrai que moi j'ai moins ce rôle-là [...] c'est moins développé... Je n'ai pas beaucoup de thérapie orale en oeso-gastrique. ». (Répondant n°5). Le répondant n°2 évoque la même chose : « nos thérapies ciblées, ça il n'y en a pas beaucoup, donc je ne le fais pas souvent. ».

### Au regard du temps de travail

Dans les questionnaires envoyés aux CSO, certains m'ont fait part d'une notion très importante : le temps et la charge de travail.

Voici, deux commentaires provenant de mon questionnaire :

*« Je serais prête à (presque) tout faire, mais il faut rester réaliste. Pour une prise en charge optimale des patients, il faut en limiter le nombre, ce qui n'est pas toujours le cas. ».*

*« Une grande partie des « je le fais en partie » sont liés à une limitation de temps. Des choix doivent être faits avec les temps de travail impartis. ».*

En approfondissant cette notion, lors de mes entrevues, il s'avère que c'est une réelle problématique vécue, à l'heure actuelle, par la majorité :

*« Je cours tout le temps... ».* (Répondant n°2). *« Mais... du temps, sinon je vois quand les patients... parce qu'après on fait finalement que de l'administratif et donc les patients, on ne les voit pas. ».* (Répondant n°3). *« C'est sûr que, avoir un rôle clinique élaboré, ça demande de pouvoir avoir du temps pour s'occuper justement des patients ...répondre à leurs questions... les rencontrer ...faire leur suivi ....noter ....oui, je comprends la notion de temps ... ».* (Répondant n°4).

#### 2.3.6. Une fonction individuelle dans un travail d'équipe

Certaines activités refroidissent certains membres de l'équipe, comme écrire un article scientifique, parler en public, etc. Le répondant n°1 n'y voit pas d'inconvénients. Selon lui, il n'est pas indispensable que chacun fasse individuellement toutes les activités : *« je pense que ce n'est pas obligatoire mais c'est indispensable dans toutes les équipes, qu'il y ait au moins certaines personnes qui le font... ».* (Répondant n°1).

Le répondant n°5 revendique le fait que l'oncologie est un domaine bien trop large et qu'il faudrait des IPA de différents domaines pour englober le champ de l'oncologie : *« je pense qu'il y a des infirmières ressources pour tel et tel domaine et je pense qu'il faut bien scinder les domaines. Et être expert dans un domaine... c'est mieux que d'avoir un ... on ne va pas tout prendre en charge ... [...] Ça permettrait surtout que les tâches soient réparties. ».*

Ayant détaillé tous les éléments de réponses provenant du questionnaire et des entretiens, je vais procéder à la discussion de ceux-ci.

### 3. Discussion

Cette partie consiste à expliquer et interpréter les résultats afin de répondre à ma question de recherche. Pour y arriver, j'avais précisé celle-ci avec une sous-question plus appropriée : « Quelles sont les recommandations à élaborer pour la mise en place de la pratique avancée en oncologie, dans une structure hospitalière ? Le cas du service de coordination en oncologie des Cliniques universitaires Saint-Luc. ».

Au travers de cette recherche, j'ai obtenu des résultats par l'analyse quantitative des questionnaires envoyés à l'équipe des CSO et par l'analyse qualitative des entretiens menés auprès de certains d'entre eux, me permettant de répondre à cette question.

Je vais débiter ce chapitre en reprenant et interprétant les divers éléments de cette recherche en les reliant à ma partie théorique. Ensuite, j'exposerai les limites de cette étude. Je terminerai en émettant des recommandations pour l'implémentation de l'infirmier de pratique avancée en oncologie et adaptées au contexte belge.

#### 3.1. La connaissance de l'IPA en oncologie

La majorité des CSO des CUSL disposent d'informations concernant l'infirmier de pratique avancée. Ayant pour objectif, l'obtention de ce statut, la plupart d'entre eux s'informent et assistent à des réunions sur la pratique avancée. Une personne de l'équipe est actuellement en train de réaliser le master en sciences infirmières et d'autres songent à le réaliser, à l'avenir. Par ailleurs, nombre d'entre eux sont membres d'associations professionnelles, telle que la SIO, ou sont régulièrement invités à participer, à des congrès et/ou symposiums. Par ce biais, ils ont donc fréquemment des informations concernant les nouveautés dans leurs domaines.

#### 3.2. La fonction d'IPA en oncologie

Les répondants ont des connaissances sur la pratique avancée. Il est intéressant de noter que des pays de références ont été cités lors de mes entrevues, à savoir : les États-Unis, le Canada, la Suisse ou même encore, la France. Malgré cela, aucun des répondants n'a souligné les deux profils différents utilisés dans ces pays : l'infirmier clinicien spécialisé et l'infirmier praticien. Il s'agit d'une information capitale à mentionner, car elle adhère au contexte belge. En effet, en Belgique, il apparaît qu'un seul profil y sera appliqué : celui de l'infirmier de pratique avancée. Concernant les acquis de base à avoir pour exercer une fonction de pratique avancée, les répondants rejoignent ce qui se dit dans la littérature. En effet, ils leur semblent indispensable

d'avoir une expérience de terrain et d'être en possession du master en sciences infirmières. Tous voient l'importance de se former et de se mettre à jour régulièrement. Certains d'entre eux émettent même l'idée de réaliser des formations beaucoup plus spécifiques comme, par exemple, suivre les médecins afin de développer des capacités en jugement clinique.

### 3.3. Une fonction collaborative interprofessionnelle

Les répondants ont soulevé l'importance de clarifier le champ d'exercices et des compétences pour cette fonction en regard à d'autres, notamment avec les médecins ou avec d'autres IPA provenant de différents domaines (douleur, stomathérapeute, etc.). En effet, il y aura une forte interdépendance professionnelle entre ces différents prestataires. Il apparaît donc essentiel pour éviter des oublis, des doublons ou une confusion (amenant à l'un de supposer à tort que l'autre réalisera l'intervention requise), « *que tous les membres de l'équipe interprofessionnelle saisissent bien le partage des responsabilités que se sont donnés respectivement les professionnels de la santé.* ». (Benoit et al., 2017).

L'IPA n'a pas pour but de remplacer mais d'être un complément à d'autres fournisseurs de soins de santé. Par exemple, en Ontario, afin de différencier le travail collaboratif entre le médecin et l'IPA, il y a une distinction claire entre leur rôle et leurs tâches.

| MÉDECIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | INFIRMIÈRE PRATICIENNE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RÔLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | RÔLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Les médecins <b>soignent les maladies</b> physiques et mentales des personnes.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les IP agissent en tant que personnes-ressources auprès des patients, de leur famille et des collectivités dans la <b>dispensation des soins</b> [47].</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| TÂCHES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | TÂCHES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Ils consacrent leur temps à interroger, <b>examiner, étudier, diagnostiquer et recommander des traitements</b> [46].</li> <li>Ils interrogent leur patient sur leur état de santé ; recueillent des informations sur leurs antécédents médicaux ; avec leur consentement, ils les examinent physiquement ; commandent des examens, des tests de laboratoire, des rayons X, réalisent des techniques invasives et d'autres procédures.</li> <li>Ils diagnostiquent enfin des conditions médicales, prescrivent et administrent des médicaments, exécutent des chirurgies mineures, ajustent les traitements selon la condition de santé du patient, donnent des conseils en matière de santé et contribuent à la réadaptation à la suite d'une maladie ou d'une blessure [46].</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Elles promeuvent et maintiennent l'état de santé, ainsi qu'elles préviennent les problèmes de santé. Pour se faire, elles peuvent communiquer un diagnostic, prescrire certains médicaments et ordonner certains examens à rayons X et à ultrasons [49]. Leurs tâches s'inscrivent surtout <b>en santé communautaire et publique puisqu'elles exercent en première ligne.</b></li> <li>Elles peuvent également orienter la clientèle vers les ressources appropriées du réseau des soins et services de santé.</li> <li>Elles contribuent à la conception, l'application et l'évaluation des programmes se rapportant à sa spécialité et elles participent au développement et à l'implantation des programmes d'enseignement aux personnes, à leurs proches et à des groupes de personnes.</li> </ul> |

Figure 3 : tableau comparatif entre rôle et tâches du médecin et de l'IPA en Ontario (Benoit et al., 2017)

### 3.4. Les compétences de l'IPA en oncologie

A titre informatif, lors de l'élaboration de ce travail, il s'est révélé que les compétences, développées dans ma partie théorique, issues de la littérature (les compétences d'Hamric., (2014) ne correspondaient pas réellement à la réalité du contexte belge. J'ai donc envisagé de proposer des compétences plus adaptées au contexte belge. Celles-ci sont toutefois issues de la littérature scientifique, base du modèle d'Hamric et de CanMEDS.

| Hamric                                                        | CanMEDS                              |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Klinische praktijkvoering                                     | Klinisch behandelaar                 |
| Consultverlening                                              | Communicator                         |
| Multidisciplinaire samenwerking                               | Samenwerkingspartner                 |
| Expert coaching en guidance                                   | Gezondheidsbevorderaar               |
| Klinisch en professioneel leiderschap                         | Professional                         |
| Kwaliteit van zorg bevorderen en innovatieve zorg ontwikkelen | Organisator<br>Kwaliteitsbevorderaar |
| Onderzoeksvaardigheden                                        | Praktijkonderzoeker                  |
| Ethische besluitvorming                                       | Reflectieve professional             |

Figure n°4 : tableau comparatif des intitulés des compétences entre le modèle d'Hamric et de CanMEDS. (BVVS., 2018).

Mon choix s'explique par le fait que certaines compétences du modèle d'Hamric sont un peu réductrices et peuvent porter à confusion. Je pense notamment à la compétence *Consultation* et à la compétence *Ethical decision-making skills*. Selon moi, la compétence *Consultation* devrait faire partie de la compétence *Promoteur de la qualité* et la compétence *Ethical decision-making skills* devrait être assimilée à la compétence *Communicateur*.

Sur base de cela, de ce qui découle des entretiens et de la littérature, les compétences que j'aimerais proposer pour les structures de soins oncologiques belges sont :



Figure n°5 : proposition personnelle d'un schéma des compétences de l'IPA en oncologie, basé sur le modèle d'Hamric et de CanMEDS

Je les envisage de cette manière ;

### Expert clinique

Cette compétence fait référence à la « pratique clinique directe » d'Hamric (2014). Pour rappel, celle-ci est une compétence **centrale** en tant qu'IPA. Elle invoque l'importance d'avoir un haut niveau de maîtrise des compétences et des connaissances infirmières par le biais d'une expérience clinique confirmée. Grâce à son expertise, à son esprit critique, à l'actualisation de ses pratiques et à l'autonomie qui lui est accordée, celle-ci peut répondre adéquatement aux besoins du patient.

Il ressort des entretiens et de la littérature que l'IPA doit être capable d'avoir un jugement clinique aiguisé afin de mettre en place des actions adaptées. Pour se faire, la prise en compte du patient doit se faire dans sa globalité et d'une manière personnalisée. Il me paraît donc essentiel que l'IPA doit être capable d'élaborer un plan de soins, de traitements en accord avec le patient et l'équipe médicale. A ce titre, il doit avoir de grandes compétences en organisation. Il coordonne le patient, et sa famille, entre les différents prestataires durant les diverses phases du traitement.

Cette compétence lui confère aussi un rôle plus autonome. Dans ce cadre, il est capable de recevoir un patient en consultation. Il est donc essentiel que l'IPA ait un raisonnement clinique pouvant l'amener à évaluer et à prendre des décisions vis-à-vis du patient ; celui-ci devra donc avoir un esprit d'analyse et d'initiatives, être capable d'observer et d'élaborer une anamnèse complète, reprenant les domaines physiques, psychiques, sociologiques et économiques du patient. L'IPA doit rendre l'information accessible au patient, s'assurer de la bonne compréhension et des connaissances du patient tout en s'adaptant au niveau d'éducation du patient.

Dans les limites de ses compétences et de son expertise, l'IPA doit être capable de faire face à un problème : de l'identifier, de le dépister et d'y réagir directement. La notion de « problème » fait référence à l'émergence d'effets indésirables ou d'urgence. A cet effet, l'IPA peut prescrire certains examens et en interpréter les résultats afin d'accélérer une prise en charge, pour permettre d'établir un diagnostic plus rapide.

Les examens visés sont les prélèvements de liquides biologiques (prises de sangs, d'urines, de selles, de frottis (naso-pharyngés, salivaires, etc.), etc.). En ce qui concerne les examens médico-techniques, il faudra des protocoles et/ou un accord médical.

L'IPA aura aussi un pouvoir de gestion de certains médicaments, à savoir :

- La continuité de la prescription du traitement des thérapies orales. Adapter la dose des thérapies orales, s'il y a des effets secondaires, stopper celle-ci de manière préventive si elle induit des effets indésirables
- Prescrire, reconduire et adapter les doses des antidouleurs du palier 1 et 2

Ces différentes tâches permettront à l'IPA d'amener une qualité et une accessibilité aux soins et d'agir de manière qualitative sur les systèmes de soins de santé et, par extension, d'avoir un impact sur les dépenses en soins de santé : en diminuant le passage aux urgences, en mettant une barrière de sécurité afin d'éviter des effets indésirables trop nuisibles pour les patients et/ou en stoppant l'administration de médicaments oncologiques afin d'en diminuer les conséquences, en évitant l'utilisation inadéquate ou répétitive d'examens médicaux, en diminuant des hospitalisations inutiles, en agissant plus vite sur des problèmes potentiels, etc.

Autour de cette compétence d'expertise clinique, gravite donc, six autres compétences : la promotion de la qualité, la communication, la collaboration, la recherche, le leadership et la promotion de la santé.

En combinant ce qu'il ressort des entretiens et de la littérature, il advient que l'IPA a un rôle de référent tout au long du trajet de soins du patient et pour toutes les personnes étant dans son orbite : que ce soit l'entourage du patient ou des professionnels de la santé.

A ce titre, il ressort l'importance de prendre en compte le contexte socio-économique du patient, sa diversité culturelle, les connaissances du patient (la littératie en santé) et la prise en compte financière, et ce dans la globalité d'un traitement, ainsi que les autres influences, comme la fragilité de certains patients. Sur base de cela, l'IPA s'adapte aux patients et améliore leur éducation thérapeutique générale, en réfrénant des pistes ou des informations génériques erronées. Il élabore et organise un plan de traitement pour le patient. Tout au long du parcours de soins, l'IPA doit tenir compte des sujets difficiles à aborder et susciter les discussions sur des sujets complexes, comme : la sexualité, les soins palliatifs, l'euthanasie, le refus de soins, l'impact des traitements sur la qualité de vie, etc. Pour ce faire, il nécessite à l'IPA de créer une relation de confiance avec les patients. Par ailleurs, cela permettra aussi de déceler et de signaler les risques de santé existants pour le patient.

L'IPA a donc de nombreux rôles, notamment dans le domaine de la qualité. Il est de son devoir de l'initier et de stimuler la qualité des soins auprès des professionnels de la santé que ce soit en intra ou extrahospitalier. L'IPA doit faire le lien et coordonner la multitude de praticiens fréquentant l'environnement du patient. Il optimise la collaboration interprofessionnelle que ce soit au sein de son institution ou en dehors de celle-ci. Cela s'applique à d'autres structures de soins mais aussi à des associations professionnelles, à des institutions d'enseignement, à des firmes pharmaceutiques ou à divers corps de métiers, etc. Dans le but de garantir des soins de qualité, de confort et de bien-être pour le patient, l'IPA s'engage à proposer des soins complémentaires et/ou alternatifs : par exemple, des perruquiers, de l'acupuncture, des huiles essentielles, etc.

L'IPA promeut la qualité en détectant les besoins de formation, en décelant les anomalies ou les améliorations pouvant être apportées à des procédures de soins. C'est en se basant sur des données probantes que l'IPA intègre des protocoles adaptés aux situations de soins (complexes ou non), met en place des pratiques innovantes, achemine des projets et des changements. Il conduit des recherches, en synthétise les résultats et les diffuse (par le biais de publication, lors de congrès, etc.). Il peut former et coacher d'autres personnes (étudiants, autres praticiens, etc.). Mais, en parallèle de cela, l'IPA doit continuellement mettre à jour ses connaissances scientifiques.

En s'engageant dans une démarche d'amélioration continue, l'IPA incorpore une pensée éthique. Il repère précocement les dilemmes ou les questions éthiques émanant du patient, de sa famille ou des équipes soignantes. L'IPA n'hésite pas à entamer la discussion à ce sujet et à contribuer au processus décisionnel.

### 3.5. CSO-IPA : une distinction ou une transition entre ces deux fonctions

Le but de ce mémoire n'était pas d'évaluer si la fonction de CSO relevait ou non de la pratique avancée. Cependant, arrivant à la fin de cette recherche, une réponse éclot d'elle-même.

A l'heure actuelle, l'occupation de l'infirmier de coordination n'est toujours pas clairement défini dans le Moniteur belge. D'ailleurs, un écart est visible dans le fonctionnement des CSO des CUSL. Celui-ci transparaît au travers du questionnaire que ceux-ci ont complété en ligne. Il y a une part ostensible d'entre eux qui espère une reconnaissance et une clarification de ce poste avec l'arrivée de l'infirmier de pratique avancée. Au demeurant, certains d'entre eux considèrent, déjà, effectuer des tâches relevant de la pratique avancée. Néanmoins, les répondants sont conscients et relèvent, avec justesse, la carence de certaines des compétences

de pratique avancée. Les répondants mettent en évidence les items de : suivi clinique, de rôle autonome, de recherche et d'enseignement. Certains de ces manquements actuels, dans le poste d'infirmier en coordination de soins oncologiques pourraient être parachevés par la fonction de pratique avancée.

Certains de l'équipe sont en transition, vers une reconnaissance en tant qu'IPA. C'est un fait qui ressort, non seulement, au travers des entretiens, mais aussi par le biais du questionnaire. En effet, pour une multitude des activités non effectuées actuellement, une grande partie des répondants mentionnent le fait qu'ils les réaliseraient en tant qu'IPA. Malgré cela, je n'ai pu m'empêcher de constater qu'au travers des réponses émanant du questionnaire, il y a pourtant un, parfois deux répondants qui n'accomplissent pas ces activités et qui ne les affectent pas à de la pratique avancée. Cela m'a intriguée et m'a amenée à me poser des questions sur ma recherche. Cela m'amène à exposer les limites de mon étude.

### 3.6. Les limites de l'étude

L'une des principales limites de cette étude est le fait que je n'ai interrogé qu'une seule catégorie de professionnels. Je me suis focalisée sur une fonction dans une seule et même institution. Ce choix méthodologique peut conduire à une surreprésentation des bénéfices de cette fonction. D'autant plus que, comme mentionné à plusieurs reprises, les CSO espèrent l'obtention de ce statut. Il aurait été intéressant d'aller interroger dans d'autres hôpitaux, notamment en Flandre, où certains praticiens de la santé se proclament infirmier de pratique avancée en oncologie. Tout comme il aurait été intéressant d'aller interroger des médecins pour appréhender leur vision de cette fonction et comment celle-ci pourrait s'intégrer en complémentarité, sans interférer leur travail.

Malheureusement par manque de temps et de moyens, cela n'a pas été fait. Il serait néanmoins judicieux de poursuivre cette recherche à plus grande échelle afin d'établir clairement les rôles et les activités que les IPA pourraient endosser.

Une autre limite peut être la récolte des données. Celle-ci s'est déroulée en deux étapes, je vais donc la critiquer en deux étapes succinctes :

#### Concernant le questionnaire en ligne

Des répondants m'ont évoqué le fait qu'il y avait de très nombreuses activités et qu'ils avaient complété le questionnaire en plusieurs fois : par manque de temps ou parce qu'ils étaient souvent interrompus. Cela peut sous-entendre : répondre trop vite ou de manière erronée.

Par ailleurs, afin que les répondants puissent comprendre et compléter le questionnaire, certaines activités avaient été traduites de l'Anglais au Français ; cela ne transmettait pas la finesse de la notion en Anglais. Par ailleurs, certains énoncés du questionnaire étaient biaisés, comme par exemple « *la prise en compte des répercussions financières pour le patient, dans le cas des antiémétiques.* ». Je pense que celui-ci est un peu trop réducteur, il aurait fallu mentionner la prise en compte financière dans la globalité d'un traitement pour un patient. En effet, dans ce cadre-là, les répondants ont évoqués de nombreux exemples.

### Concernant les entretiens

Pour faire le lien avec ce qui a été dit précédemment ; dans les réponses provenant du questionnaire, il y a de manière générale, régulièrement des réponses négatives quant à la réalisation d'activités, même en tant qu'IPA. La majorité des activités proviennent pour la plupart de la littérature et quelques-unes de mes observations faites en stage (dans ce cas, il s'agit d'activités faisant référence au rôle autonome et d'expertise). Face à ce constat, je n'ai pas pu m'empêcher d'aller regarder plus en profondeur les réponses aux questionnaires ; pour savoir s'il s'agissait de réponses négatives aléatoires ou s'il s'agissait d'un ou deux répondants ayant une réticence face aux activités sortant de leur rôle actuel.

Il s'avère, qu'il y a une certaine réserve de la part des membres de l'équipe quant à la réalisation d'activités relevant de la pratique avancée.

Ceci n'est pas dans le but de critiquer ou de pointer du doigt les volontaires ayant répondu de cette façon. Pour rappel, les questionnaires étaient anonymes. Il est cependant intéressant de noter que, par le biais d'un questionnaire anonyme, des personnes ont émis le ressenti de ne pas avoir la volonté de devenir IPA. Et cela m'amène à une autre limite de cette étude : il est plus aisé de donner un avis négatif contre la fonction, par le biais d'un questionnaire anonyme en ligne, que de l'expliquer au cours d'un entretien. Le biais de cette recherche est que les personnes ayant bien voulu répondre à mon entretien, sont peut-être plus ouvertes à la discussion et plus intéressées par le domaine. Il aurait été intéressant d'avoir une personne qui fut contre ces activités de pratique avancée afin d'en connaître les raisons, et de savoir si elle aurait voulu effectuer ces activités et évoluer vers ce rôle de pratique avancée ou si sa situation actuelle était celle qui lui convenait.

#### 4. Conclusion

À l'instar d'autres pays, la Belgique fait face à une mutation en matière de soins de santé. Les soins de santé se complexifient et amènent, de manière exponentielle, une pression sur nos systèmes de soins. Ceux-ci font face à des augmentations des dépenses en soins de santé avec, de plus en plus, de contraintes financières. Cela provient de l'évolution de la demande en soins, particulièrement à cause des maladies chroniques, et plus particulièrement les cancers. Au vu de l'augmentation constante du nombre de patients diagnostiqués du cancer et de la gravité de leurs besoins, la pratique avancée se veut être une réponse. Cette discipline permettrait l'amélioration des performances du système belge en améliorant la prise en charge des pathologies cancéreuses, d'amener une qualité, une rapidité et une accessibilité aux soins à moindres coûts.

J'ai choisi de m'intéresser à un type de praticiens, déjà, hautement spécialisés : les infirmiers de coordination de soins en oncologie. Cette étude a pu mettre en avant certains éléments à la mise en place de l'implémentation de l'infirmier de pratique avancée en oncologie dans une structure hospitalière de soins. Notamment, l'importance d'avoir des acquis de base avant de travailler en tant qu'IPA. Ces derniers ont mis en lumière l'expérience de terrain, les études de master en sciences infirmières et même, pour certains, une formation spécifique auprès des médecins afin de développer leur jugement clinique. Cela fait le lien avec la partie théorique de ce mémoire où il est démontré que l'IPA se doit d'être doté de compétences, telles que : expert clinique, la promotion de la qualité, la communication, la collaboration, la recherche, le leadership et la promotion de la santé. Les répondants s'entendent tous pour dire qu'implémenter l'IPA apporterait une plus-value pour le patient et pour les équipes para-médicales, et qu'il existe des manquements que celui-ci pourrait combler.

Cette étude a mis en évidence l'importance d'implémenter un infirmier de pratique avancée adapté au domaine de l'oncologie et au contexte belge. Il ressort, de tout ceci, que l'IPA devra s'adapter au regard de la pathologie, de l'équipe médicale, du temps de travail. Il faudra par ailleurs trouver une complémentarité avec les autres fonctions (notamment le médecin), afin de ne pas interférer dans le travail et dans le champ d'actions des divers praticiens de la santé, il sera essentiel de définir explicitement les limites du champ d'interventions dans chaque contexte de soins (thérapies ciblées, gestion de la douleur, prescription d'exams, etc.).

Cette étude, réalisée en deux temps, a permis tout d'abord la réalisation d'un registre des activités. Celui-ci a fait jaillir une différence flagrante dans le fonctionnement et dans la pratique des CSO des CUSL. Cet écart a pu être creusé lors des entretiens qualitatifs. Les répondants sont conscients et relèvent avec justesse un décalage dans les pratiques au sein de leur équipe. Il en ressort que certains membres de l'équipe ont évolué et se sont adaptés afin de répondre aux besoins des patients cancéreux. Cette recherche a donc fait surgir le fait que certains CSO effectuaient déjà des tâches relevant de la pratique avancée. Une transition vers un statut de pratique avancée permettrait de parachever leur fonction actuelle et de combler ces manquements actuels. Les répondants sont toutefois clairvoyants face aux carences qu'ils ont dans certaines des compétences de pratique avancée. Les répondants mettent en évidence les items de : suivi clinique, de rôle autonome, de recherche et d'enseignement. Pour la majorité des personnes interviewées, obtenir le statut de pratique avancée permettrait d'établir un consensus dans les pratiques au sein de l'équipe.

Ce mémoire-recherche a permis d'élaborer clairement des recommandations générales pour l'implémentation de l'IPA en oncologie. J'ai recensé un relevé d'activités en lien avec les compétences afin de cibler la fonction de l'IPA. J'espère que ce mémoire sera utile aux praticiens désirant une reconnaissance de ce statut ou impliqués dans la mise en route de cette fonction. Ce type d'étude devrait être élargie auprès d'autres établissements et d'autres professionnels de la santé.

### III. Bibliographie

ALAMI S., DESJEUX D., GARABUAU-MOUSSAOUI I. (2019). Chapitre premier: l'approche qualitative. Les Méthodes qualitatives. 9-32.

ALLEN D. (2014). Re-conceptualising holisme in the contemporary nursing mandate ; from individual to organizational relationships, cité par YATIM F., SEBAI J. (2020). Activités des infirmiers de coordination des parcours complexes. Proposition d'une typologie. Management et avenir santé, 6(1), 105 à 125.

ASSOCIATION DES INFIRMIERES ET DES INFIRMIERS DU CANADA. (2019). Les soins infirmiers en pratique avancée : un cadre pancanadien. Disponible à l'adresse : [https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/UploadedImages/05255e6e-9517-43bc-8bc1-f1768316d4e5/Documents/Advanced\\_Practice\\_Nursing\\_framework\\_FR.pdf](https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/UploadedImages/05255e6e-9517-43bc-8bc1-f1768316d4e5/Documents/Advanced_Practice_Nursing_framework_FR.pdf), consulté le 15 octobre 2021.

ASSOCIATION DES INFIRMIERES ET DES INFIRMIERS DU CANADA. (2006). Le leadership de la profession infirmière : position de l'AIIC. Disponible à l'adresse : [https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/le-leadership-de-la-profession-infirmiere\\_enonce-de-position.pdf](https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/le-leadership-de-la-profession-infirmiere_enonce-de-position.pdf), consulté le 9 novembre 2021.

ASSOCIATION DES INFIRMIERES ET DES INFIRMIERS DU CANADA. (2002). Les soins infirmiers en pratique avancée, cité par MACKEY A., BASSENDOWSKI S. (2017). The history of Evidence-base practice in nursing education and practice. *Journal of Professional Nursing*, 33(1), 51-55.

AUJOULAT I. (2020). WFSP2106 : Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique [Présentation PowerPoint]. Faculté de santé publique, UCLouvain, Belgique.

BELGIAN CANCER REGISTRY (2018). Cancer in an Ageing Population in Belgium 2004-2016. Disponible à l'adresse : [https://kankerregister.org/media/docs/SKR\\_publicatie2018\\_CancerinanAgeingPopulation\(landscape\)5\\_12\\_2018.pdf](https://kankerregister.org/media/docs/SKR_publicatie2018_CancerinanAgeingPopulation(landscape)5_12_2018.pdf), consulté le 30 septembre 2021.

BELGIAN CANCER REGISTRY (2019). Cancer incidence in Belgium. Disponible à l'adresse : [https://kankerregister.org/Statistiques\\_chiffres](https://kankerregister.org/Statistiques_chiffres), consulté le 2 octobre 2021.

BOUBARTISUE P., BOUTEILLER J. (2006). Jongleuses en blouse blanche. La construction sociale des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières, cité par YATIM F., SEBAI J. (2020). Activités des infirmiers de coordination des parcours complexes. Proposition d'une typologie. Management et avenir santé, 6(1), 105 à 125.

BRYANT-LUKOSIUS D., CARTER N., REID K., DONALD F., MARTIN-MISENER R., KILPATRICK K., HARBMAN R., KAASALAINEN S., MARSHALL D., DICENSO A. (2015). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care : a systematic review. *Journal of Evaluation Clinical Practice*, 21, 763-781.

CAMPBELL C., NOWELL A., KARAGHEUSIAN K., GIROUX J., KITELEY C., MARTELLI L., MCQUESTION M., QUINN M., SAMADHIN ROWE Y., TOUW M., MOODY L. (2020). Innovation pratique : infirmières en pratique avancée et soins du cancer. *Canadian oncology nursing journal*, 30(1), p 16-22.

CENTRE FEDERAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTE. (2015). L'hospitalisation à domicile : orientations pour un modèle Belge. Disponible à l'adresse : [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_250Bs\\_hospitalisation\\_a\\_domicile\\_Synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_250Bs_hospitalisation_a_domicile_Synthese.pdf), consulté le 14 octobre 2021.

CENTRE FEDERAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTE. (2011). Indicateurs de qualité en oncologie : pré-requis pour l'élaboration d'un système de qualité. Disponible à l'adresse suivante : [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/kce\\_152b\\_indicateurs\\_de\\_qualite\\_en\\_oncologie.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/kce_152b_indicateurs_de_qualite_en_oncologie.pdf), consulté le 17 novembre 2021.

CENTRE FEDERAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTE. (2013). Performance du système de santé belge : rapport 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://kce.fgov.be/fr/performance-du-systeme-de-sante-belge---rapport-2019>, consulté le 17 septembre 2021.

CHAMBRE DES REPRESENTANTS DE Belgique. (2019). Proposition de loi. Disponible à l'adresse : [https://www.infirmieres.be/sites/default/files/content-site/pdf/proposition\\_de\\_loi\\_-\\_ipa\\_-\\_approbation\\_com\\_sante\\_26fev2019.pdf](https://www.infirmieres.be/sites/default/files/content-site/pdf/proposition_de_loi_-_ipa_-_approbation_com_sante_26fev2019.pdf), consulté le 8 octobre 2021.

CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC. (2020). Institut Roi Albert II. Disponible à l'adresse : <https://uclouvain.be/fr/decouvrir/institut-roi-albert-ii-ira-2.html>, consulté le 3 novembre 2021.

CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC. (2019). Hôpital 2025/Institut Roi Albert II. Disponible à l'adresse : <https://hopital2025.be/institut-roi-albert-ii/?cn-reloaded=1>, consulté le 3 novembre 2021.

COMMISSION EUROPEENNE (2021). Communication de la commission au parlement européen et au conseil : Plan européen pour vaincre le cancer. Disponible à l'adresse : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/fr/TXT/?uri=COM%3A2021%3A44%3AFIN>, consulté le 2 octobre 2021.

CONSEIL FEDERAL DE L'ART INFIRMIER. (2018). Avis du Conseil Fédéral de l'Art Infirmier concernant l'infirmier spécialisé, l'infirmier consultant et l'infirmier de pratique avancée. Disponible à l'adresse suivante : [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/avis\\_2018-03\\_-\\_final\\_signe.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/avis_2018-03_-_final_signe.pdf), consulté le 8 novembre 2021.

CONSEIL FEDERAL DE L'ART INFIRMIER. (2018). Profil de fonction de l'infirmier de pratique avancée. Disponible à l'adresse suivante : [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/profil\\_infirmier\\_pratique\\_avancee-verpleegkundig\\_specialist\\_2.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/profil_infirmier_pratique_avancee-verpleegkundig_specialist_2.pdf), consulté le 4 novembre 2021.

CONSEIL FEDERAL DE L'ART INFIRMIER. (2018). Avis du Conseil Fédéral de l'Art Infirmier concernant le projet d'avis consolidé du groupe de travail composé des membres du Conseil fédéral de l'art infirmier (CFAI), de la Commission Technique de l'art infirmier (CTAI) et du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes.

Disponible à l'adresse suivante : [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/avis\\_2020-04\\_cfai\\_-\\_ipa-20-11-10-final.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/avis_2020-04_cfai_-_ipa-20-11-10-final.pdf), consulté le 8 novembre 2021.

CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIERES. (2020). Directives sur la pratique infirmière avancée. Disponible à l'adresse : [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN\\_APN%20Report\\_FR\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_APN%20Report_FR_WEB.pdf), consulté le 3 novembre 2021.

CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIERES. (2008). Cité par Delamaire M-L., Lafortune G. (2010). Documents de travail de l'OCDE sur la santé N°54 : Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluations des expériences dans 12 pays développés. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5km4hv77vw47-fr.pdf?expires=1639132335&id=id&accname=guest&checksum=FD939A14794462404AD2AA27B4824AEA>, consulté le 8 décembre 2021.

CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIERES. (2012). Directives sur la pratique infirmière avancée, cité par MACKEY A., BASSENDOWSKI S. (2017). The history of Evidence-base practice in nursing education and practice. *Journal of Professional Nursing*, 33(1), 51-55.

COOKS S., et al. (2013). Principaux domaines d'exercice et compétences associées des infirmières œuvrant à titre de navigateurs professionnels en oncologie, cité par YATIM F., SEBAI J. (2020). Activités des infirmiers de coordination des parcours complexes. Proposition d'une typologie. *Management et avenir santé*, 6(1), 105 à 125.

COUDERT P., DECROZANT E. (2021). La lutte contre la douleur : une priorité. Les médicaments de la douleur. *Actualités pharmaceutiques*, 603, 31 à 35.

DEBOUT C. (2018). Advanced practice nurse in France : first outline. *Soins*, 63(824), 59-65.

DE BLOCK. (2019). Plan d'actions e-santé 2019-2021. Disponible à l'adresse : [https://www.ehealth.fgov.be/file/view/AWjHQ9zDgwwToiwBkfl3?filename=Actieplan%202019-2021%20e-Gezondheid\\_final.pdf](https://www.ehealth.fgov.be/file/view/AWjHQ9zDgwwToiwBkfl3?filename=Actieplan%202019-2021%20e-Gezondheid_final.pdf), consulté le 6 octobre 2021.

DECADT I., GOOSSENS GA., COURTENS A., DAEM M., DECOENE E., REYMEN M., VANDEZANDE L., COOLBRANDT A. (2020). The advanced practice nurse (APN) in oncology: an opportunity to meet the fast evolving needs in cancer care. *BJMO review oncology*, 14, 93-99.

FILLION L., COOK S., VEILLETTE A-M., et al. (2012). Professional navigation framework : elaboration and validation in a Canadian context, cité par YATIM F., SEBAI J. (2020). Activités des infirmiers de coordination des parcours complexes. Proposition d'une typologie. *Management et avenir santé*, 6(1), 105 à 125.

FROGER R., ALLENET B., GUILLEM P. (2017). Coordonner la prise en charge complexe : construction d'un outils d'orientation des patients atteints de cancer vers l'infirmière de coordination. *Recherche en soins infirmiers*, 128(1), 54-65.

HAMRIC A-B. (2014). *Advanced Practice Nursing : An integrative approach*. (5<sup>th</sup> edition). Elsevier/Saunders.

HAMRIC A-B., HANSON C-M., TRACY M-F., O'GRADY E-T. (2019). *Advanced Practice Nursing : An integrative approach*. (6<sup>th</sup> edition). Saint-Louis, Elsevier.

HENART L., BERLAND Y., CADET D. (2011). Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire - professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer, cité par YATIM F., SEBAI J. (2020). Activités des infirmiers de coordination des parcours complexes. Proposition d'une typologie. *Management et avenir santé*, 6(1), 105 à 125.

HIGGINS EA. (2015). The influence of nurse manager transformational leadership on nurse and patient outcomes : mediating effects of supportive practice environments, organizational citizenship behaviours, patient safety culture and nurse job satisfaction, cité par MATHIEU L., BELL L., RAMELET A-S., MORIN D. (2016). Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : proposition d'un développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 2, p 105-113.

KOHN L., CHRISTIAENS W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, Tome LIII(4), 67-82.

LASCHINGER HKS., FIDA R. (2013). A time-lagged analysis of the effect of authentic leadership on workplace bullying, burnout, and occupational turnover intentions, cité par MATHIEU L., BELL L., RAMELET A-S., MORIN D. (2016). Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : proposition d'un développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 2, p 105-113.

LECOCQ D., MENGAL Y., PIRSON M. (2015). Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ? *Santé publique*, 27(1), 105-110.

MACDONALD J-A., HERBERT R., THIBEAULT C. (2006). *Advanced Practice Nursing : Unification Through a common identity*. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 172-179.

MAIER C., AIKEN L., BUSSE R. (2017). Nurses in advanced roles in primary cares : policy levers for implementation, cite par CONSEIL INTERNATIONAL DES. INFIRMIERES. (2020). Directives sur la pratique infirmière avancée. Disponible à l'adresse : [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN\\_APN%20Report\\_FR\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_APN%20Report_FR_WEB.pdf), consulté le 3 novembre 2021.

MAGNON R., LEPESQUEUX M., DECHANOZ G. (1995). Dictionnaire des soins infirmiers cité par WARCHOL N. (2007). La consultation infirmière : un pas vers l'autonomie professionnelle. *Recherche en soins infirmiers*, 91(4), 76-96.

MATHIEU L., BELL L., RAMELET A-S., MORIN D. (2016). Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : proposition d'un développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 2, p 105-113.

NELSON-BRANTLEY H-V., FORD D-J. (2017). Leading change : a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 73(4), 834-846.

NORTHOUSE P. (2013). Leadership – Theory and Practice, 6ème ed. (Version électronique). Los Angeles : SAGE publications Inc. 485p. Disponible à l'adresse : [shareill.org/freebooks/download/asin=1483317536&type=full](http://shareill.org/freebooks/download/asin=1483317536&type=full), consulté le 17 novembre 2021.

ONKELINX L. (2008). Plan National Cancer. Disponible à l'adresse : [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/32\\_actions\\_f.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/32_actions_f.pdf), consulté le 4 octobre 2021.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS/WHO). (2013). L'instruction en santé : les faits. Disponible à l'adresse : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2013/health-literacy.-the-solid-facts>, consulté le 10 novembre 2021.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS/WHO). (2021). Vieillesse et santé. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>, consulté le 10 octobre 2021.

REPUBLIQUE FRANCAISE. (2018). Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115>, consulté le 7 novembre 2021.

RICHARD C., LUSSIER M-T. (2008). La littératie en santé, une compétence en mal de traitement. *Pédagogie médicale*, 10(2), 123-130.

ROULIN M-J. s.d. Pratique infirmière avancée ou pratique infirmière spécialisée : quelles compétences pour quelles activités ? Disponible à l'adresse suivante : [https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/direction\\_des\\_soins/documents/mjroulin\\_si\\_dief\\_25\\_9\\_2017.pdf](https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/direction_des_soins/documents/mjroulin_si_dief_25_9_2017.pdf), consulté le 8 décembre 2021.

ROY D-J. (1995). La bioéthique : ses fondements et ses controverses. Edition du Renouveau pédagogique. Cité par ROY O., CHAMPAGNE J., MICHAUD C. (2003). La compétence de consultation. Disponible à l'adresse : [https://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Infirmiere/vol10no6/p39\\_44.pdf](https://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Infirmiere/vol10no6/p39_44.pdf), consulté le 5 novembre 2021.

SACKETT D-L. (1996). Evidence-based medicine, cité par MACKEY A., BASSENDOWSKI S. (2017). The history of Evidence-base practice in nursing education and practice. *Journal of Professional Nursing*, 33(1), 51-55.

SERMEUS W., VAN DER AUWERA C., VAN HECKE A. (2018). Future of Nursing : improving health, driving change : Lessen uit de internationale literatuur en studiedagen 2017.

Disponible à l'adresse : [http://files.bvvs.be/200001309-ba31dbb2c0/future\\_of\\_nursing\\_rapport.pdf?fbclid=IwAR1u5B4kydkS\\_cWE2XO8uCzS21BXQFtSuh\\_v1XEhIJWFFdqUwZIBKHV9IYo](http://files.bvvs.be/200001309-ba31dbb2c0/future_of_nursing_rapport.pdf?fbclid=IwAR1u5B4kydkS_cWE2XO8uCzS21BXQFtSuh_v1XEhIJWFFdqUwZIBKHV9IYo), consulté le 8 décembre 2021.

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT. (2019). La loi, du 22 avril 2019, portant sur la modification de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice de professions des soins de santé. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2019/04/22/2019012159/moniteur>, consulté le 9 décembre 2021.

SOFAER S. (1999). Qualitative methods : what are they and why use them, cité par KOHN L., CHRISTIAENS W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique, Tome LIII(4), 67-82.

SCHULTZ E., McDONALD K. (2014). What is care coordination? *Int J of Care Coord*, 17(1-2), 5-24.

STATBEL (2021). Tables de mortalité et espérance de vie. Disponible à l'adresse : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/tables-de-mortalite-et-esperance-de-vie>, consulté le 10 octobre 2021.

TRACY M-F., O'GRADY E-T. (2013). Advanced Practice Nursing : An integrative approach. (5<sup>th</sup> edition). Saint-Louis, Elsevier.

TRACY M-F., O'GRADY E-T. (2019). Advanced Practice Nursing : An integrative approach. (6<sup>th</sup> edition). Saint-Louis, Elsevier.

TRACY M-F., SENDELBACH S. (2019). The Clinical Nurse Specialist, cité par TRACY M-F., O'GRADY E-T. (2019). Advanced Practice Nursing : An integrative approach. (6<sup>th</sup> edition). Saint-Louis, Elsevier, 343-373.

WELLS K., MEADE C., CALCANO E., LEE J. (2011). Quel mode d'action publique pour la coordination des soins ?, cité par YATIM F., SEBAI J. (2020). Activités des infirmiers de coordination des parcours complexes. Proposition d'une typologie. *Management et avenir santé*, 6(1), 105 à 125.

YATIM F., SEBAI J. (2020). Activités des infirmiers de coordination des parcours complexes. Proposition d'une typologie. *Management et avenir santé*, 6(1), p 105 à 125.

YOUNG A-M., CHARALAMBOUS A., NJODZEKA B., OLDENMENDER W-H., ALQUDIMAT M-R., KW SO W. (2020). Essential Oncology nursing care along the cancer continuum. *The lancet*, 21, p 555-563.

