

Faculté de santé publique

**Implémentation d'une fonction infirmière dans le
secteur de la consultation oncologique
ambulatoire aux Cliniques universitaires Saint-Luc**

Mémoire réalisé par
Funda Kutlu

Promoteur(s)
Professeur Jean-Pascal Machiels

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite tout particulièrement remercier mon promoteur le professeur Jean-Pascal Machiels, pour son aide, sa disponibilité, son implication et ses précieux conseils durant toute l'élaboration de mon mémoire.

Merci Isabelle Demelenne et Caroline Dumont, accompagnées du professeur Machiels, de m'avoir guidée dans le choix du sujet de mémoire et d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

Merci aux lecteurs, le professeur Jean Macq et le docteur Filomena Mazzeo, pour le temps octroyé à la lecture et la défense de mon travail.

Je remercie également les différents membres du personnel des Cliniques universitaires Saint-Luc d'avoir pris le temps de répondre à mes questions et de s'être penchés sur le sujet. Tout particulièrement à madame Van Maanen de m'avoir aiguillée dans la compréhension et l'interprétation des résultats statistiques.

Également, je remercie Frédéric Maddalena pour les différents échanges sur le sujet et de m'avoir aidée à voir plus loin dans la construction de mon projet.

Enfin, je remercie mes proches et mon conjoint de m'avoir soutenue et accompagnée tout au long de mon parcours.

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.

Table des matières

I. INTRODUCTION	3
II. ANALYSE THEORIQUE	5
1. Au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc.....	5
2. Organisation	6
3. Plusieurs fonctions, plusieurs options	9
3.1 Définitions des différentes fonctions infirmières.....	10
3.1.1 L'infirmier responsable de soins généraux	10
3.1.2 L'infirmier spécialisé	11
3.1.3 L'infirmier consultant.....	11
3.1.4 L'infirmier de pratique avancée	11
3.1.5 L'infirmier clinicien.....	11
3.2 Deux profils pour le projet	12
3.2.1 L'infirmier consultant.....	12
3.2.2 L'infirmier en pratique avancée	13
4. Choix de profil infirmier	15
5. Conclusion partie théorique	17
III. ANALYSE PRATIQUE	18
1. Matériel et méthodes	18
1.1 Organisation théorique.....	18
1.2 Prémisses d'application	20
1.3 Évaluation et adaptations	22
2. Conclusion partie pratique	23
IV. RESULTATS.....	25
1. Données qualitatives.....	25
2. Données quantitatives	26
V. DISCUSSION.....	32
VI. CONCLUSION	35
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	36

Liste des figures

- Figure 1 : En J-1, modalités des consultations pré-thérapeutiques au sein du service d'oncologie ambulatoire
- Figure 2 : En J-0, modalités des consultations pré-thérapeutiques au sein du service d'oncologie ambulatoire
- Figure 3 : Modèle de fonctions pour les soins infirmiers du futur (autorisation d'exercer) par le CFAI
- Figure 4 : Les différentes fonctions infirmières gravitant autour d'un patient soigné au sein du service d'oncologie ambulatoire aux Cliniques universitaires Saint-Luc
- Figure 5 : Box-plot de la distribution des deux groupes (G1-G2) pour la variable du temps

Liste des tableaux

- Tableau 1 : Nombre de journées forfaitaires en oncologie ambulatoire au centre de traitement ambulatoire de 2010 à 2019
- Tableau 2 : Chronométrage des consultations proches sans l'intervention de l'infirmière sur une période de 14 jours (Groupe 1)
- Tableau 3 : Chronométrage des consultations proches avec l'intervention de l'infirmière sur une période de 14 jours (Groupe 2)
- Tableau 4 : Résumé des chronométrages des consultations oncologiques ambulatoires avec le G1 et le G2 sur une période de 14 jours
- Tableau 5 : Test de normalité par le test Shapiro-Wilk des deux groupes observés
- Tableau 6 : Scores de Wilcoxon-Mann-Whitney (sommés de rang) pour la variable du temps classés par groupe de variables
- Tableau 7: Test Kruskal- Wallis (ANOVA)
- Tableau 8 : Chronométrage des consultations proches avec l'intervention de l'infirmière et l'assistant oncologue en gardant le patient dans la même cabine de consultation (G3)
- Tableau 9 : Statistiques descriptives pour les consultations du groupe 3 (G3)

Abréviations

CFAI : Conseil Fédéral de l'Art Infirmier

CII : Conseil International des Infirmières

CSO : Coordinateur de Soins Oncologiques

CSMSMG : Conseil Supérieur des Médecins Généralistes

CUSL : Cliniques Universitaires Saint-Luc

CTA : Centre de Traitement Ambulatoire

CTAI : Commission Technique de l'Art Infirmier

CUSL : Cliniques Universitaires Saint-Luc

ECOG : Eastern Cooperative Oncology Group

IC : Infirmier Consultant

ICS : Infirmier Clinicien Spécialisé

IP : Infirmier Praticien Spécialisé

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

IRAII : Institut Roi Albert II

JF : Journée forfaitaire

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAC : Port-A-Cath

SWOT : Strengths, Weakness, Opportunities, Threats

TPI2 : Dossier Patient Informatisé

I. INTRODUCTION

Les soins de santé doivent faire face à des demandes de plus en plus croissantes et complexes dû au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques, à l'individualisation des soins et au poids des coûts des soins sur notre système de santé. Au fil des années, les traitements du cancer sont de plus en plus efficaces ; ce qui engendre des attentes plus élevées de la population¹. Dans le contexte actuel, les interventions de soins doivent avoir une efficacité optimale, en ayant un coût minimal². Il y a donc une exigence quant à la qualité, la sécurité et la continuité des soins au sein de notre système de santé.

Partout dans le monde, une révision des rôles des prestataires de soins de santé se fait dans le but d'améliorer la qualité des soins. L'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), démontre dans une étude de 2010, que le développement de nouveaux rôles infirmiers peut améliorer l'accès aux services de soins et réduire les temps d'attente³. Les tendances internationales pour le secteur infirmier mettent l'accent sur une formation générale marquée, le développement de formations spécialisées, des glissements de tâches médicales vers les infirmiers et l'apport des soins de qualité. En 2005, les directives européennes demandent une harmonisation quant à la formation des infirmiers⁴. Par la suite, en 2013, de nouvelles directives européennes sont publiées dont le but est de fournir des soins infirmiers de qualité et de sécurité⁵. Et ce n'est qu'en 2014, qu'en Belgique, la formation de l'art infirmier a été modifiée pour répondre aux critères européennes⁶.

Une telle révision de la formation et des rôles pourrait poser question sur le coût impactant notre système de santé. Il a été démontré que le développement de nouveaux rôles pour substituer certaines tâches mène à une réduction voire une stabilité des coûts. A cela se ajoute un taux élevé de satisfaction des patients ; par le biais du temps infirmier consacré aux patients. Cela a un impact sur les informations et les conseils donnés aux patients dans le domaine spécifique des soins³.

En plus d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins, le développement des profils infirmiers favorise l'attractivité du secteur et permet de fidéliser la profession en améliorant les perspectives de carrière³. De plus, indirectement l'intégration professionnelle sera valorisée au sein de l'équipe.

En tenant compte de l'évolution de la fonction infirmière, tant au niveau national qu'international, il a fallu réfléchir à la meilleure stratégie d'implémentation de la fonction pour assurer des résultats optimaux. L'objectif principal de notre étude, objet de ce mémoire, est d'offrir des soins de qualité, tout en profitant de l'expertise infirmière. Indirectement, cela permet d'anticiper un trou fonctionnel dans les soins oncologiques ambulatoires. C'est-à-dire d'éviter un manquement dans les soins ; tout en gardant à l'esprit la réponse aux besoins, une qualité et continuité des soins et une prise en charge globale.

L'idée du projet s'est développée dans un souci d'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients traités en oncologie ambulatoire. Les Cliniques universitaires Saint-Luc (CUSL) sont renommées comme étant un hôpital de soins de haut niveau, lieu d'enseignement et de recherche, prodiguant des soins personnalisés et accessibles. Les CUSL assurent un service de pointe, tout en visant un service de proximité, fiable et de qualité pour les patients⁷. En décembre 2012, un plan stratégique nommé « Saint-Luc2.Excellence », a été élaboré et est constitué de différents projets. Dernièrement, deux projets d'envergure ont vu le jour, l'accréditation niveau platine en 2019 et l'implémentation du dossier du patient informatisé (TPI2) en 2020. Un projet important reste à venir, le projet « Hôpital 2025 » avec, entre autres, la construction de l'Institut Roi Albert II (IRAI) ayant comme objectif de regrouper toutes les disciplines intervenant dans le trajet de soins des patients du secteur de l'onco-hématologie⁸. Cela permettra une prise en charge complète et optimale.

Dans un premier temps, les différents concepts théoriques et organisationnels à prendre en compte pour le projet sont évoqués. Cela permet de comprendre les enjeux et implications tant d'un point de vue macro- que micro-organisationnel.

Par la suite, la méthodologie suivie et les ajustements appliqués seront développés pour déterminer les points d'attention à prendre en compte dans la stratégie à adopter lors de l'implémentation d'une fonction infirmière en consultation oncologique.

Et pour finir, les résultats obtenus seront présentés et discutés en tenant compte des gaps et limites du projet rencontrés au fur et à mesure de l'avancement du projet.

II. ANALYSE THEORIQUE

1. Au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc

Le centre de traitement ambulatoire (CTA) est un service où tout patient autonome se rend pour recevoir un traitement par perfusion, et a donc la possibilité de retourner à son domicile après l'administration du traitement prescrit par le médecin. La majorité des patients sont des patients d'oncologie médicale, mais le CTA accueille d'autres spécialités comme la rhumatologie, la neurologie, l'ophtalmologie, la dermatologie, la gastro-entérologie, etc. L'activité du service ne cesse de croître, particulièrement en oncologie médicale.

Tableau 1 : Nombre de journées forfaitaires en oncologie ambulatoire au centre de traitement ambulatoire de 2010 à 2019

CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE	2010	2015	2016	2017	2018	2019
Nombre journées forfaitaires (JF)	13323	13293	14695	14825	15408	15699
Nombre JF oncologie médicale	7531	6724	7321	8016	8628	8575

Le secteur de l'oncologie au sein des CUSL voit une augmentation constante, concernant l'activité au sein de l'IRAIL, en 2019, on compte 3341 nouveaux patients⁹. Le nombre de journées forfaitaires, au sein du CTA, est passé de 6.724 en 2015 à 8.575 en 2019. Ce qui équivaut à une augmentation de 27% de l'activité au sein de l'oncologie médicale ambulatoire entraînant par conséquent une charge de travail plus élevée⁹.

A côté de cette augmentation d'activité, nous risquons d'avoir une diminution du nombre de médecins assistants en oncologie médicale dans les années à venir. Il est donc important d'anticiper le problème afin de pouvoir assurer une continuité et une qualité des soins performantes aux CUSL.

Deux raisons expliquent un possible déficit futur en assistants oncologues :

- 1) Numerus clausus instauré pour les étudiants de médecine ce qui engendre une diminution du nombre d'assistants spécialistes dans les structures hospitalières¹⁰.
- 2) La double cohorte engendrée par le passage de la médecine en 6 années au lieu de 7 années, responsable aujourd'hui d'une augmentation artificielle du nombre d'assistants.

Actuellement, le secteur de l'oncologie au sein des CUSL requiert la mobilisation d'au moins sept assistants en oncologie. Il arrive souvent qu'ils prestent des heures supplémentaires suite à un planning très chargé. L'équipe des assistants d'oncologie travaille à différents endroits au sein des CUSL : les services d'hospitalisation, les consultations avec les superviseurs oncologues, les consultations de patients ayant un traitement au CTA le lendemain, les consultations et permanence ambulatoire. Ils réalisent des tournantes pour acquérir les connaissances et la pratique sur les différentes prises en charge possibles auprès de patients oncologiques.

2. Organisation

Avant tout traitement oncologique, le patient doit avoir recours à une prise de sang et une évaluation clinique dans le but de déterminer si le traitement peut être administré en toute sécurité.

En oncologie, deux modalités de consultations pré-thérapeutiques existent pour les patients traités : la consultation dite « consultation proche » et la consultation téléphonique dite « consultation téléphonique ». Pour des questions de sécurité, ces consultations sont toujours réalisées la veille de l'administration du traitement.

Figure 1 : En J-1, modalités des consultations pré-thérapeutiques au sein du service d'oncologie ambulatoire

J-1 du traitement thérapeutique

1. Proche consultation



2. Proche téléphonique



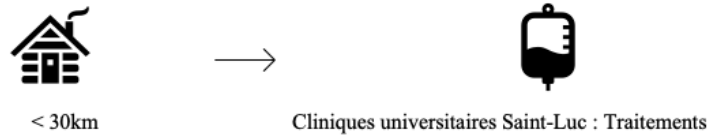
La veille du traitement (J-1) :

1. Pour les patients habitant à moins de 30 km des CUSL, on leur demande de venir aux CUSL pour réaliser leur prise de sang et leur consultation. Ces consultations sont nommées « consultations proches ».
2. Pour les patients habitant au-delà des 30 km des CUSL, ils réalisent alors leur prise de sang près de leur domicile (médecin traitant, polyclinique, hôpital, etc.). Les patients sont ensuite contactés par téléphone pour leur évaluation de l'état clinique. Ces consultations sont nommées « consultations téléphoniques ». Si la prise de sang révèle de bons résultats, c'est un infirmier du CTA qui réalise la consultation pré-thérapeutique et l'évaluation clinique au moyen d'un questionnaire standardisé. Si la prise de sang indique une perturbation, c'est l'assistant d'oncologie qui réalise la consultation téléphonique et l'évaluation clinique. Il y a donc en quelque sorte déjà une application de l'expertise infirmier lors de la réalisation de ces consultations téléphoniques.

Figure 2 : En J-0, modalités des consultations pré-thérapeutiques au sein du service d'oncologie ambulatoire

J-0 : traitement oncologique

1. Proche consultation



2. Proche téléphonique



Le jour du traitement (J-0) :

1. La consultation proche ne nécessite plus de mesures particulières. Les patients peuvent recevoir le traitement, sauf en cas de changements depuis la veille. Pour cela, les infirmières du CTA s'assurent que les paramètres et conditions spécifiques au traitement soient respectés (pas de fièvre, d'hypertension, de douleurs thoraciques ou une prise de prémédication à domicile, etc.)
2. La consultation téléphonique nécessite que le patient soit vu par un médecin le jour du traitement par l'assistant oncologue présent ce jour pour réaliser l'évaluation clinique du patient.

Le principal sujet concerne les consultations dites « consultations proches » dans le but de mener cette expertise au profit de l'institution, des professionnels et des patients.

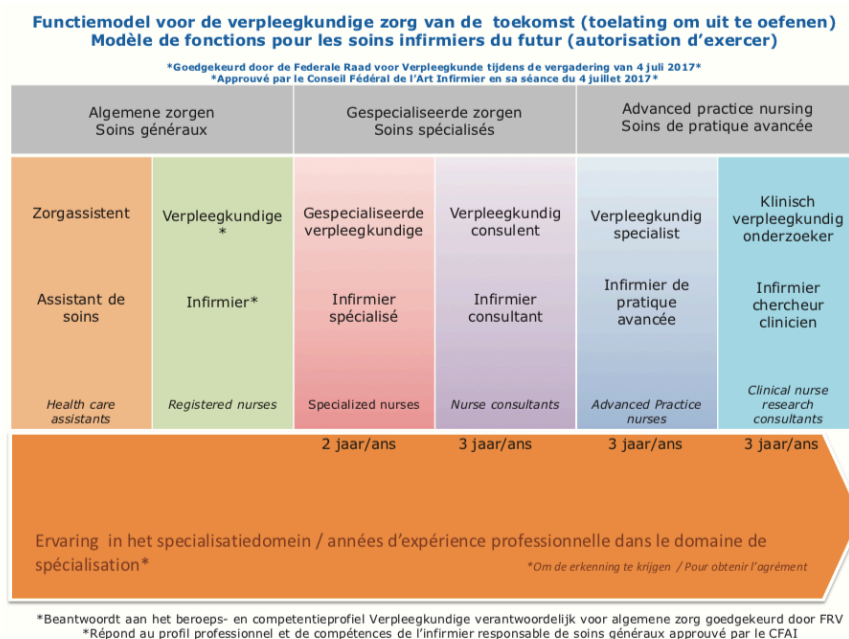
Au niveau de l'organisation dite spatiale, les consultations oncologiques se font au même étage que le CTA. Cela permet de regrouper les différents services au même endroit, ce qui amène à des adaptations d'organisation plus rapides en cas de nécessité ; comme transfuser rapidement un patient, donner le traitement le même jour que la consultation, ou toute autre possibilité de prise en charge rapide.

3. Plusieurs fonctions, plusieurs options

Un rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) met en avant, qu'en Belgique, la différenciation horizontale est bien développée par l'existence d'un grand nombre de spécialisations et de qualifications professionnelles différentes pour les infirmiers. Pour la différenciation verticale descendante, le cadre légal se voit modifier par la délégation d'actes infirmiers aux aides-soignants¹¹. Depuis, le cadre légal est toujours en constante évolution pour répondre aux normes européennes.

Le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier (CFAI) a publié, en 2017, les différentes fonctions des soins infirmiers du futur. On y retrouve cinq profils différents : l'infirmier responsable de soins généraux, l'infirmier spécialisé, l'infirmier consultant, l'infirmier en pratique avancée et l'infirmier chercheur clinicien¹².

Figure 3 : Modèle de fonctions pour les soins infirmiers du futur (autorisation d'exercer) par le CFAI ¹²



Le CFAI distingue dans son modèle trois catégories de soins infirmiers avec six fonctions différentes :

- Les soins généraux avec l'assistant de soins et l'infirmier bachelier.
- Les soins spécialisés avec l'infirmier spécialisé et l'infirmier consultant.
- Les soins de pratique avancée avec l'infirmier de pratique avancée et l'infirmier chercheur clinicien.

Actuellement, le Conseil Supérieur des Médecins Généralistes (CSMSMG), le CFAI et la Commission Technique de l'Art Infirmier (CTAI) travaillent sur la publication légale des différents profils. Plusieurs points sont développés : la description des activités, le raisonnement clinique particulier, la coopération interdisciplinaire et les mesures transitoires. Suite au contexte actuel de santé publique, il faut revoir de manière générale la fonction et la formation de soins infirmiers en Belgique¹³ ; dans le but de répondre à la pénurie des infirmières en Europe qui est bien réelle¹⁴.

A partir de l'année académique 2021-2022, la Belgique francophone aura un nouveau master universitaire pour les infirmiers nommé « master en sciences infirmières ». Il fait le lien avec la pratique avancée et il est toujours en cours de développement. Il y aura un consensus quant à la formation et à l'aboutissement de la pratique clinique des infirmières en Belgique. Une analyse réalisée montre qu'en Belgique, un transfert de tâches traditionnellement réservées aux médecins s'effectue vers les infirmiers ; mais ce n'est pas systématiquement le cas. Contrairement, la majorité de pays au sein de l'Europe transfère déjà ces tâches vers les infirmiers qui ont dès lors acquis une autonomie professionnelle quant aux activités cliniques¹⁵.

En partant du modèle proposé par le CFAI, il est essentiel de définir chaque fonction pour comprendre les rôles et compétences demandés. En partant de ces différentes définitions, le but est d'identifier la fonction répondant aux besoins et aux demandes du service d'oncologie ambulatoire.

3.1 Définitions des différentes fonctions infirmières

3.1.1 L'infirmier responsable de soins généraux

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'art infirmier comme : « La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social... Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmiers travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé. »¹⁶.

3.1.2 L'infirmier spécialisé

Le Conseil International des Infirmières (CII) définit l'infirmier spécialisé comme : « Une infirmière préparée à tous les niveaux afin de se spécialiser dans un domaine particulier ou une branche des soins infirmiers »¹⁷. Il s'agit d'une infirmière responsable de soins généraux réalisant une spécialisation dans un domaine spécifique : l'oncologie, la pédiatrie, la santé communautaire, la santé mentale, les soins intensifs et aide médicale urgente, les soins opératoires ou la gériatrie.

3.1.3 L'infirmier consultant

L'infirmier consultant (IC) se distingue de l'infirmier spécialisé par le fait qu'il peut travailler de manière transdépartementale, réaliser des consultations infirmières dans le trajet de soins en étroite collaboration avec le médecin et/ou l'infirmier de pratique avancée (IPA)¹².

Le CFAI spécifie que l'IC peut être employé à mi-temps ou temps plein ; c'est-à-dire qu'il peut combiner la fonction d'IC et la fonction d'infirmier spécialisée au sein d'un groupe de patients spécifiques ou d'un département¹².

3.1.4 L'infirmier de pratique avancée

Le Conseil International des Infirmières définit l'IPA de la manière suivante : « Une infirmière qui exerce en pratique avancée est une infirmière diplômée qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise est recommandée. »¹⁷.

3.1.5 L'infirmier clinicien

L'infirmier clinicien est défini comme étant : « un infirmier disposant d'une formation de doctorat et qui, quel que soit le secteur d'activité dans lequel il exerce, travaille en collaboration structurelle avec l'université. En vertu de son rôle clinique, l'infirmier chercheur clinicien accomplit principalement des activités de recherche et d'enseignement dont l'objectif essentiel

est le développement de connaissances nouvelles et la mise en œuvre de pratiques « Evidence-Based » dans les soins et l’art infirmier »¹².

Ces différentes fonctions sont encore en construction, le cadre légal va permettre de différencier les rôles et les compétences spécifiques de chacune d’entre elles. Lors de l’avis publié par le CFAI, chaque profil est défini selon sept rôles : responsable du processus de soins, communicateur, collaborateur, acteur d’un développement professionnel, promoteur de la santé, organisateur et coordinateur de soins, et promoteur de la qualité. Les fonctions se rapportant au projet de l’étude sont : l’infirmier consultant et l’infirmier en pratique avancée.

3.2 Deux profils pour le projet

3.2.1 L’infirmier consultant

a. Histoire

La consultation infirmière est peu connue en Belgique, et pourtant pratiquée depuis longtemps. A la fin du 19^e siècle, Florence Nightingale agissait à titre d’infirmière consultante ; et Patricia Benner décrivait la consultation comme étant une compétence dans un domaine spécifique faisant partie du métier de l’infirmier¹⁸. Il existe dans différents pays, dont la France, des consultations infirmières qui sont le pendant des consultations médicales¹⁸. Pour d’autres pays, ayant intégré la pratique avancée dans leur système de soins, la compétence de consultation a été prise dans le champ d’actions des infirmiers de pratique avancée.

Certains infirmiers, présents aussi aux CUSL, ayant une description de fonction spécifique (Annexe I), exercent déjà au quotidien la compétence de consultation mais il n’existe pas de cadre légal précis quant à la fonction de l’IC. Il existe très peu de littérature existante sur le sujet en Belgique, contrairement au Canada, à la France ou aux États-Unis.

b. Définition

En pleine construction du profil d'infirmier consultant, le CFAI définit l'IC comme étant : « L'infirmier consultant remplit une triple mission en fonction transdépartementale/ clinique spécialisée / domaine infirmier : expert clinique (modèle), coach (pour patients/clients et soignants) et consultant (avis à la demande du prestataire de soins et enseignement au chevet du patient/client). L'infirmier consultant organise des consultations infirmières dans le trajet de soins en étroite collaboration avec le médecin et/ou l'infirmier de pratique avancée. »¹².

Les prémisses de ce profil précisent que le titre d'IC doit être précédé par un titre d'infirmier. Mais il mentionne également le fait qu'il faut posséder une expérience professionnelle de 3 années dans le secteur spécifique. Il détient trois grandes compétences : le domaine de spécialisation, de formation et de consultation.

c. Législation en Belgique

Actuellement, les différents profils infirmiers sont discutés au sein du ministère belge de la santé. Aucune formation spécifique n'a été mentionnée pour ce profil infirmier. Il faut donc attendre la publication du cadre légal pour connaître la formation, les compétences et rôles précis de cette fonction, mais aussi d'en connaître les mesures transitoires.

3.2.2 L'infirmier en pratique avancée

a. Histoire

Au milieu des années 60, l'IPA fait son apparition aux États-Unis, en prenant de nouveaux rôles et en évoluant au fil du temps. Ensuite, il fait son apparition dans différents pays comme le Canada, la Suisse, le Royaume-Uni, la France¹⁹.

Dans certains pays comme la Suisse et le Canada, il existe une distinction en deux modalités pour exercer en tant qu'IPA : infirmier clinicien spécialisé (ICS) et infirmier praticien spécialisé (IP). Le premier rôle nommé, consiste en une offre de soins infirmiers à une population ayant des besoins de soins complexes dans une spécialité ; alors que le second rôle consiste en une offre de soins infirmiers et médicaux à une population présentant des problèmes de santé qui requièrent un suivi médical standardisé².

Il existe un consensus au niveau international spécifiant que la fonction d'IPA nécessite une formation d'un niveau master universitaire²⁰. Mais chaque pays va adapter les rôles et les compétences de l'IPA selon le fonctionnement de son système de santé.

En Belgique, la question portant sur la pratique avancée est présente tant dans notre système de soins actuels que dans le contexte politique. Dans certains hôpitaux belges, comme aux CUSL, la pratique d'infirmier expert spécialisé dans un domaine existe mais elle n'est pas reconnue comme telle au niveau légal.

b. Définition

Dans la littérature, il existe de multiples définitions de l'infirmier en pratique avancée ; elles sont adaptées au système de soins du pays concerné. La plupart des définitions de l'IPA au niveau international rejoignent celle du CII. Les éléments spécifiques identifiés sont la nécessité d'une formation déterminée accompagnée de compétences cliniques pour pouvoir répondre à des problèmes de santé complexes.

La définition adaptée au contexte belge où Maggie De Block définit les IPA comme : « 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 (...), 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 »²¹.

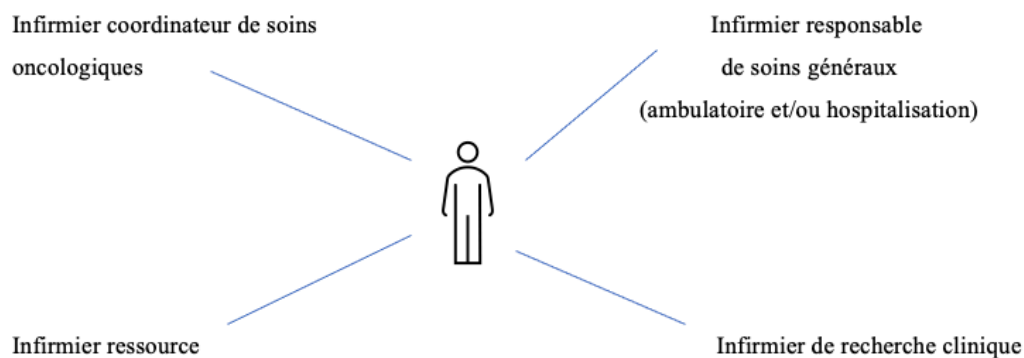
c. Législation en Belgique

Le 28 mai 2019, la ministre de la santé, Maggie De Block a demandé un avis consolidé au CSMSMG, au CFAI et CTAI sur la pratique avancée¹³(Annexe II). Il y a une réflexion quant aux rôles, compétences et mesures transitoires à la pratique avancée en Belgique.

4. Choix de profil infirmier

Il est important de tenir compte des fonctions existantes au sein des CUSL, et des personnes qui gravitent autour des patients avant d'intégrer une nouvelle fonction pour éviter toutes superpositions. En oncologie ambulatoire, le patient voit différents professionnels infirmiers graviter autour de lui.

Figure 4 : Les différentes fonctions infirmières gravitant autour d'un patient soigné au sein du service d'oncologie ambulatoire aux Cliniques universitaires Saint-Luc



Aux CUSL, il existe déjà des fonctions se rapportant aux fonctions définies précédemment. Chacune d'elles détiennent leur propre description de fonction (Annexe I), ses rôles et les connaissances requises.

Premièrement, la fonction de l'infirmier consultant existe avec le même titre ou sous le titre d'infirmier ressource dans un domaine spécifique comme la diabétologie, les plaies chroniques, la stomathérapie, etc. Ces différentes fonctions peuvent intervenir dans la prise en charge des patients en oncologie mais ne sont pas des consultations spécifiques à l'oncologie. Au sein du service d'oncologie ambulatoire, elle est réalisée au CTA pour les consultations téléphoniques mais ne comporte pas de titre de fonction ou de compétences spécifiques. C'est-à-dire qu'une infirmière travaillant au CTA peut, après quelques mois d'expérience, effectuer les consultations téléphoniques. Cela fait lien avec la définition de l'IC précisant qu'il est possible pour l'infirmier d'effectuer cette fonction à temps plein ou en combinaison avec une autre fonction infirmière. Mais cette fonction n'existe pas pour les consultations dites « consultations proches ».

Deuxièmement, la pratique avancée est exercée par certains professionnels comme les coordinateurs de soins oncologiques (CSO) tant dans les rôles que dans les compétences. Le cadre législatif en évolution devrait modifier et reconnaître leur statut.

Les deux fonctions demandent de l'autonomie et de la responsabilité à l'infirmier. La consultation est une des compétences de la pratique avancée, elle est donc une compétence parmi d'autres demandées aux infirmiers de pratique avancée.

Le choix de profil, en lien avec les objectifs et attentes du projet, a été déterminé sur base d'une analyse SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, threats – forces, faiblesses, opportunités, menaces) pour chacune des possibilités (Annexe III). La fonction choisie est l'infirmier consultant.

Il correspond aux attentes suivantes :

- Offrir une continuité et une qualité optimale de soins dans la prise en charge des patients.
- Avoir une attractivité dans le secteur infirmier.
- Indirectement répondre au manque de médecins assistants oncologues dans les années à venir.
- Répondre au processus d'offres et de demandes spécifiques au secteur d'oncologie.
- Valoriser l'expertise clinique acquise par l'équipe infirmière du CTA et favoriser la mobilité au sein de l'équipe.
- Favoriser la collaboration interprofessionnelle.

5. Conclusion partie théorique

Dans notre contexte de soins de santé, l'augmentation des besoins dans les soins oncologiques amène à se questionner sur la stratégie à adopter. Cette dernière permettrait de répondre aux différentes inquiétudes quant à l'évolution des soins oncologiques ; mais aussi à l'évolution de notre système de soins de santé. De plus, la pénurie de médecins, la promotion de la continuité et la qualité des soins, l'augmentation des maladies chroniques, le vieillissement de la population sont des raisons supplémentaires pour se préparer à anticiper des gaps et d'instaurer un plan d'action.

Théoriquement, plusieurs avantages peuvent être amenés par l'apport de la nouvelle fonction. Pour cela, il faut anticiper les obstacles et identifier les leviers pour permettre d'adopter une stratégie d'implémentation de la fonction. Cela part tout d'abord du choix de la fonction à adopter pour définir le rôle et les compétences attendues de l'infirmier en consultation.

En pleine réflexion quant à la fonction infirmière en Belgique ; ce changement engendre la possibilité de répondre à plusieurs éléments d'amélioration des soins. En plus de tenter de répondre à un futur manque d'assistants au sein des hôpitaux, cela pourrait permettre d'augmenter l'attractivité du métier d'infirmier, d'améliorer la qualité et la continuité des soins et de permettre une mobilité des infirmiers au sein de l'équipe du service ambulatoire.

En comparaison aux deux modalités d'IPA au Canada, l'IP correspond au profil de l'IC en assurant un suivi de routine des patients souffrant de maladies chroniques. On se dirige donc vers une substitution de certaines tâches médicales par les infirmiers. L'ICS correspond au profil spécifique de la pratique avancée en Belgique, en ayant une vision plus transversale dans son domaine de spécialisation.

De manière plus spécifique à l'organisation du service, il serait plus pratique d'avoir la fonction d'IC comme compétence de l'équipe du CTA. Les différents avantages à cela sont les suivantes : l'expérience de consultations téléphoniques, la mobilité plus facile au sein de l'unité, la présence d'une continuité dans la prise en charge, la collaboration interprofessionnelle, et pas de nécessité de formation supplémentaire.

III. ANALYSE PRATIQUE

1. Matériel et méthodes

Le projet a pour objectif principal de créer une fonction infirmière pour optimiser la prise en charge des patients en oncologie, tout en valorisant l'expertise acquise de l'infirmier. Par ce biais, indirectement cela pallie le futur manque d'assistants et favorise la mobilité de l'équipe infirmière du CTA. Tout en gardant à l'esprit, un maintien de la continuité et de la qualité des soins.

Le lancement du projet s'est organisé en trois étapes :

- 1) Organisation théorique : la planification d'un plan d'action pour l'implémentation de la fonction.
- 2) Prémisses d'applications : les observations sur le terrain et premières applications.
- 3) Évaluation et adaptations : une reprise des mesures selon la modalité choisie et une évaluation des prémisses.

Avant chaque consultation, l'organisation de la journée a été décidée avec l'assistant oncologue du jour. Un accord est préalablement demandé au patient après lui avoir expliqué la raison du projet.

1.1 Organisation théorique

Tout d'abord, une demande a été soumise auprès du comité d'éthique des CUSL pour obtenir l'autorisation de réaliser le projet qui n'a jamais eu de réponse favorable. En parallèle à cette demande, l'élaboration de l'organisation théorique a été finalisée pour permettre d'avoir une idée claire du lancement du projet.

Ensuite, différents entretiens (Annexe IV) ont été menés au sein du personnel des CUSL pour identifier les postes existants, se rapprochant des deux fonctions étudiées lors de la construction du projet. Ces entretiens ont été menés auprès du service des ressources humaines, dans le cadre du secteur de l'oncologie et de la statisticienne du secteur.

Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis, ils ont été choisis en ayant comme objectif de viser la majorité des consultations oncologiques ; et donc d'éviter de prendre en compte certains biais d'observations.

1.1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion sont :

- Pour les patients : patients sous traitement oncologique suite à la consultation, dans le système de proche consultation, qui acceptent la présence de l'infirmier.
- Pour les professionnels : assistants oncologues réalisant des consultations proche, acceptant la collaboration avec un infirmier, infirmier ayant une expertise au sein du service d'oncologie ambulatoire.

Les critères d'exclusion sont :

- Pour les patients : nouveaux patients ou première consultation en système « consultation proche », patients refusant la consultation infirmière, sous système « consultation téléphonique », bénéficiant d'un traitement de chimiothérapie oral uniquement, venant pour une consultation de suivi.
- Pour les professionnels : assistants oncologues n'ayant aucune expérience de consultation oncologique, refusant la collaboration avec l'équipe infirmière en consultation.

1.1.2 Indicateurs

En tenant compte de ces différents critères, des indicateurs ont été déterminés pour permettre de cibler les éléments à évaluer lors des périodes d'observations. Les indicateurs déterminés au lancement du projet sont les suivantes :

- Satisfaction des professionnels de santé : les assistants oncologues, les infirmiers du CTA, les pharmaciens.
- Taux de refus des patients.
- Temps de consultation avec ou sans intervention d'infirmière.
- Sécurité et qualité des soins.
- Efficience (nombre de consultation versus coût).
- Fluidité de la prise en charge.
- Relation de soins (continuité des soins, suivi des patients, etc.).

Différents questionnaires de satisfaction ont été élaborés pour évaluer l'impact auprès des différents acteurs, tant pour les patients que pour les assistants oncologues ou les pharmaciens (Annexe V). Par manque d'accord venant du comité d'éthique, les questionnaires n'ont pu être distribués auprès des personnes concernées.

1.2 Prémisses d'application

Les périodes de consultations s'étalent de 8h30 à 17h00 permettant d'avoir un large éventail sur l'évolution des consultations au cours de la journée. En tenant compte d'une pause midi, cette fonction correspond à un équivalent temps plein.

Un échantillon de 30 consultations en système « consultation proche » a été déterminé ; avec et sans l'intervention infirmière. Le nombre de consultations totales (avec et sans infirmière) équivaut à 60 consultations observées sur une période de 14 jours : 30 consultations sans intervention infirmière et 30 consultations avec l'intervention infirmière

L'infirmière réalisant les observations est l'auteure du mémoire et travaille tant au CTA que dans l'équipe des CSO. Ceci lui permet d'avoir l'expertise requise et la possibilité d'adapter rapidement les actions selon les objectifs du projet.

En premier lieu, ce fonctionnement a été imaginé sur base d'un infirmier en plus au sein de l'équipe du CTA. Cette variable est adaptée en fonction de l'évolution des consultations oncologiques. Par ce biais, cela permet d'avoir une continuité des soins au sein du service ambulatoire, un renforcement de la relation soignant-soigné. De plus, cela amène l'expertise infirmière acquise et évite des problèmes de manque d'infirmiers s'il y a une absence. Et cela, tout en favorisant la mobilité dans le service. On se rapproche donc fortement de la consultation téléphonique déjà existante au sein du CTA.

En tenant compte de l'espace et de l'organisation temporelle actuelle des consultations ; les deux cabines de consultations ont été utilisées. Chacune munie d'un accès informatique et du matériel nécessaire à l'examen clinique.

Les consultations ont été chronométrées au moment de l'entrée du patient et à la clôture du dossier du patient. Les premières journées de consultations n'ont pas été chronométrées, elles ont servi à prendre des repères et à identifier les éléments soumis aux compétences infirmières.

Pour la plupart des consultations, le temps jusqu'à la prescription n'a pas pu être mesuré car tous les éléments nécessaires n'étaient pas encore disponibles. Pour cela, les données ont été retranscrites de telle sorte que l'on tienne compte de cette limite d'observations. Chaque temps mesuré par le chronomètre a été arrondi : en-dessous de 30 secondes l'arrondi se faisait au chiffre en-dessous et inversement.

L'infirmière a des missions bien particulières durant ces consultations :

- Prise des paramètres : poids, tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène, température.
- Vérification de la médication prise à domicile.
- Évaluation clinique via le questionnaire standardisé et évaluation de l'échelle de performance Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG). Cette évaluation est identique à la consultation téléphonique déjà réalisée au sein du CTA.
- Réalisation de soins infirmiers : réfection de pansement, retrait des points de sutures, ponction de port-à-cath (PAC), ponction veineuse, etc.
- Révision des prescriptions de perfusion et des rendez-vous suivants (perfusion, bilan, scanner ou Pet scanner, etc.) pour permettre une prise en charge globale.
- Administration d'un médicament prescrit par le médecin si nécessaire.

Ces différentes missions sont des compétences spécifiques aux infirmiers que les assistants ne peuvent réaliser. Actuellement, si ces actes sont présents en consultation, les assistants oncologues demandent l'intervention du CTA ; cela en plus de leur charge de travail. Ce qui met en avant la plus-value de la présence d'un infirmier au sein des consultations.

L'organisation des consultations avec l'intervention de l'infirmière a été adaptée selon la demande de l'assistant oncologue présent ce jour, dans le but d'éviter de perturber le travail habituel des assistants. Les observations ont été réalisées auprès de 6 assistants oncologues différents ; dont quatre avaient une faible expérience pratique en oncologie. Pour éviter une erreur de mesure, avec chacun des assistants ; une partie de ces consultations a été faites avec

l'intervention infirmière et l'autre sans l'intervention infirmière. Cela permet d'éviter de fausser les résultats sur base de leur apprentissage, ou sur la charge de la journée.

Des documents sont mis à disposition pour aider l'infirmière à réaliser une évaluation de la situation, cela permet d'étayer les principaux points clés de la consultation. On y retrouve deux échelles utilisées en consultation (Annexe VI), les éléments de la biologie selon le traitement oncologique (Annexe VII), les grades des symptômes à évaluer (Annexe VIII).

1.3 Évaluation et adaptations

Une seconde partie d'application sur le terrain est organisée en tenant compte des éléments pertinents retenus de la première application.

Pour cela, une réunion a été fixée avec les différents assistants oncologues et le chef de service (Professeur Machiels) pour décider d'une trame de consultation à suivre. Différents scénarios sont possibles quant à l'organisation de la consultation :

1. L'infirmier et l'assistant oncologue présents dans la même salle de consultation.
2. L'infirmier et l'assistant oncologue travaillent dans des cabines séparées, le patient se présente chez l'un et puis l'autre en repassant par la salle d'attente.
3. L'infirmier et l'assistant oncologue travaillent dans des cabines séparées, le patient reste dans la cabine et c'est le soignant qui se déplace.

Ces différents scénarios ont été développés sur base de la première expérience, les avantages et les inconvénients pour chacune ont été discutés.

Voici ce qu'il en ressort c'est :

- 1) Modalité de consultation : l'infirmier et l'assistant oncologue travaillent dans des cabines séparées, le patient reste dans la cabine et c'est le soignant qui se déplace.
- 2) Temps de répartition : le temps de consultation reste identique c'est-à-dire 20 minutes par consultation. Il n'y a pas de répartition précise entre l'infirmier et l'assistant.
- 3) Tâches de l'infirmière : réaliser une anamnèse et remplir le questionnaire standard de consultation, prendre les paramètres (tension artérielle, pouls, saturation en oxygène, poids), vérifier des prochains rendez-vous.

Concrètement, l'infirmier réalise une première anamnèse de l'évaluation clinique et via le système informatique, il prévient l'assistant qu'il termine. Cela permet à l'assistant de profiter de ce temps pour lire le dossier du patient, surveiller la prise de sang ou de prescrire les traitements des patients. Dans un souci d'éviter une longue attente au patient, d'optimiser le temps de consultation et de permettre une meilleure gestion de la consultation ; c'est la méthode, où le soignant se déplace, qui a été choisie. Cette dernière a été pratiquée avec une assistante oncologue lors des prémisses d'application. Cela évite d'avoir des conséquences liées à une mauvaise organisation, à une superposition des activités ou à des gaps dans la prise en charge des patients.

De plus, pour cette dernière étape, il a été décidé de réaliser dans un avenir proche une mesure auprès de la pharmacie préparant les médicaments. Dans le but de mesurer l'impact sur l'organisation au sein de la pharmacie, et au lendemain dans l'organisation du CTA. L'accord pour cette période de changement a été accordé par la pharmacie.

L'application et la mesure de cette partie n'a pas pu aboutir par manque de temps et d'un accord favorable du comité d'éthique.

2. Conclusion partie pratique

L'organisation théorique a permis d'avoir une vision des objectifs à atteindre lors du lancement du projet ; et d'instaurer un cadre de départ. Les patients et les temps de consultation ont pu être déterminés ; tout en imaginant une organisation future avec le personnel au sein du CTA.

Un équivalent temps plein permettrait de couvrir les consultations nécessitant un infirmier ; tout en réalisant une tournante dans l'équipe. Cela permet de favoriser la mobilisation du personnel, et de profiter de l'expertise acquise pour venir en aide aux assistants oncologues. Cette consultation infirmière permettrait d'amener de la qualité et de la continuité des soins pour les patients en oncologie ambulatoire ; mais surtout de faire gagner du temps tant aux assistants oncologues présents qu'aux infirmiers pouvant anticiper ce qui pourrait être bloquant le jour du traitement.

L'étape des prémisses d'application a été menée avec succès et a pu être évaluée ; contrairement à la dernière partie où les éléments souhaités n'ont pu être travaillés. Il aurait été bénéfique d'amener cette partie à terme. Les objectifs visés par cette partie sont : évaluer la satisfaction du personnel et des patients impliqués, réaliser une mesure de comparaison aux premières données évaluées et évaluer l'impact au sein des préparations des traitements au sein de la pharmacie.

L'accord du comité d'éthique manquant a un impact important quant à l'aboutissement du projet de manière efficiente. De plus, le manque de temps bloque le fait de clôturer le projet ; mais surtout d'avoir un élément de comparaison quant aux premiers résultats obtenus. Cette dernière partie peut faire l'objet d'un autre projet ou mémoire ; cela permettrait d'appliquer les différents actes, d'observer les différences mais surtout d'investiguer la satisfaction et l'efficience d'une nouvelle fonction au sein des consultations oncologiques.

IV. RESULTATS

Une demande de projet a été soumise au comité d'éthique, elle n'a pas eu de réponse favorable. De plus, la période d'observations étant limitée ; l'échantillon est constituée de 60 consultations.

Lors de la période des prémisses d'application sur le terrain, en plus des observations directement en consultation, 60 consultations ont été chronométrées. Les trente premières consultations ont été chronométrées avec l'intervention de l'infirmière et la seconde partie sans intervention de l'infirmière.

1. Données qualitatives

Ces données concernent principalement des actes infirmiers effectués lors de cette période d'observation :

- Deux réfections de pansements complexes dont l'un qui a demandé l'organisation d'une consultation auprès de l'infirmière spécialisée en plaie. A cette fin, il a fallu contacter l'infirmière ressource des plaies pour organiser une consultation selon les disponibilités de l'infirmière.
- Ponction d'un PAC pour pouvoir effectuer une opacification et un écho-doppler : le service de radiologie interventionnelle demande que le PAC soit perfusé avant que le patient ne se présente mais lors de la consultation, il n'y avait pas d'infirmier pouvant poser l'acte. Le CTA est souvent sollicité pour réaliser ces actes en plus de leur travail.
- Contact avec les CSO pour différentes prises en charge.
- Éducation thérapeutique quant à la gestion des effets secondaires (application de vernis à base de silicium, éviter de boire de l'eau froide, etc.) : elle se fait déjà au sein des consultations mais vu le turn-over constant des assistants, il leur faut toujours un certain temps avant de connaître ces effets et les attitudes à adopter. L'expertise et la valeur ajoutée de l'infirmière a toute son importance dans cet exemple.

De plus, après la période des prémisses d'applications, les assistants oncologues ont relayés l'apport positif de l'intervention infirmière au sein des consultations. Un assistant a exprimé sa crainte quant à la vision globale de la prise en charge des patients.

2. Données quantitatives

Tableau 2 : Chronométrage des consultations proches sans l'intervention de l'infirmière sur une période de 14 jours (Groupe 1)

	Intervention sans infirmier consultant (G1) Temps (minutes)
1	29 :00
2	26 :00
3	43 :00
4	43 :00
5	20 :00
6	20 :00
7	44 :00
8	20 :00
9	43 :00
10	18 :00
11	18 :00
12	28 :00
13	22 :00
14	30 :00
15	35 :00
16	39 :00
17	17 :00
18	32 :00
19	45 :00
20	33 :00
21	26 :00
22	29 :00
23	32 :00
24	36 :00
25	43 :00
26	25 :00
27	18 :00
28	21 :00
29	23 :00
30	38 :00

Les chronomètres du groupe 1 correspondent aux consultations uniquement réalisées par les assistants oncologues présents lors des jours d'observations ; c'est-à-dire sans l'intervention de l'infirmière.

Le temps de consultation varie de 17 minutes à 45 minutes. Ces observations varient d'un patient à l'autre selon les effets thérapeutiques à prendre en charge et les questions ou besoins des patients.

Tableau 3 : Chronométrage des consultations proches avec l'intervention de l'infirmière sur une période de 14 jours (Groupe 2)

	Intervention avec l'infirmier consultant (G2)		
	Temps de l'IC (minutes)	Temps médical (minutes)	Temps total (minutes)
1	16 :00	25 :00	41 :00
2	8 :00	10 :00	18 :00
3	12 :00	8 :00	20 :00
4	10 :00	6 :00	16 :00
5	8 :00	10 :00	18 :00
6	15 :00	25 :00	30 :00
7	8 :00	10 :00	18 :00
8	6 :00	8 :00	14 :00
9	8 :00	25 :00	33 :00
10	11 :00	15 :00	26 :00
11	5 :00	7 :00	12 :00
12	7 :00	8 :00	15 :00
13	8 :00	35 :00	43 :00
14	15 :00	17 :00	32 :00
15	12 :00	15 :00	27 :00
16	20 :00	15 :00	35 :00
17	15 :00	20 :00	35 :00
18	16 :00	18 :00	34 :00
19	8 :00	15 :00	23 :00
20	21 :00	20 :00	41 :00
21	7 :00	23 :00	30 :00
22	9 :00	15 :00	24 :00
23	14 :00	10 :00	24 :00

24	12 :00	25 :00	37 :00
25	15 :00	17 :00	32 :00
26	11 :00	6 :00	17 :00
27	8 :00	17 :00	25 :00
28	8 :00	21 :00	29 :00
29	6 :00	18 :00	24 :00
30	5 :00	7 :00	12 :00

Pour le groupe 2, avec l'intervention de l'infirmière, deux temps sont pris en compte : le temps de consultation de l'infirmier consultant et le temps de consultation médicale. On retrouve également le cumule des deux consultations pour avoir un temps de comparaison au groupe 1.

Le temps de consultation varie de 12 minutes à 43 minutes. Les consultations infirmières varient de 5 minutes à 21 minutes ; et les consultations médicales varient de 6 minutes à 35 minutes. Ces observations varient d'un patient à l'autre selon les effets thérapeutiques à prendre en charge et les questions ou besoins des patients.

Tableau 4 : Résumé des chronométrages des consultations oncologiques ambulatoires avec le G1 et le G2 sur une période de 14 jours

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Med	30	17,00	45,00	29,8667	9,24283
Inf	30	12,00	43,00	26,1667	8,97538
N valide (liste)	30				

Med (groupe 1) : groupe constitué que des consultations médicales
 Inf (groupe 2) : groupe constitué des consultations médicales et infirmières
 N = nombre de consultations

Pour le groupe 1, le temps de consultation moyen est de 30 minutes ; et pour le groupe 2, il est de 26 minutes. Ce qui équivaut à une différence de 4 minutes entre les deux groupes.

Tableau 5 : Test de normalité par le test Shapiro-Wilk des deux groupes observés

Tests de normalité						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
Med	,122	30	,200 [*]	,920	30	,027
Inf	,119	30	,200 [*]	,963	30	,358

*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.
a. Correction de signification de Lilliefors

Med (groupe 1) : groupe constitué que des consultations médicales
 Inf (groupe 2) : groupe constitué des consultations médicales et infirmières
 Ddl = degré de liberté
 Sig. = valeur p, risque de commettre une erreur en déclarant une différence

L'étude comporte un petit échantillon, il faut donc se baser sur le test Shapiro-Wilk. Un des deux groupes ne suit pas une distribution normale, et au vu de l'analyse pour comparer les deux groupes ; il faut appliquer le test non paramétrique de Mann-Whitney (équivalent paramétrique t-test).

L'hypothèse nulle est qu'il n'y a pas de différence entre les 2 groupes, et l'hypothèse alternative est qu'il existe une différence entre les deux groupes.

Tableau 6 : Scores de Wilcoxon (sommés de rang) pour la variable du temps pour le groupe 1 et le groupe 2

Wilcoxon Scores (Rank Sums) for Variable time					
Classified by Variable groupe					
groupe	N	Sum of Scores	Expected Under H0	Std Dev Under H0	Mean Score
G1	30	1016.0	915.0	67.543771	33.866667
G2	30	814.0	915.0	67.543771	27.133333
Average scores were used for ties.					
Wilcoxon Two-Sample Test					
Statistic		1016.0000			
-		-			
Normal Approximation					
Z		1.4879			
One-Sided Pr > Z		0.0684			
Two-Sided Pr > Z 		0.1368			
-		-			
t Approximation					
One-Sided Pr > Z		0.0710			
Two-Sided Pr > Z 		0.1421			
Z includes a continuity correction of 0.5.					

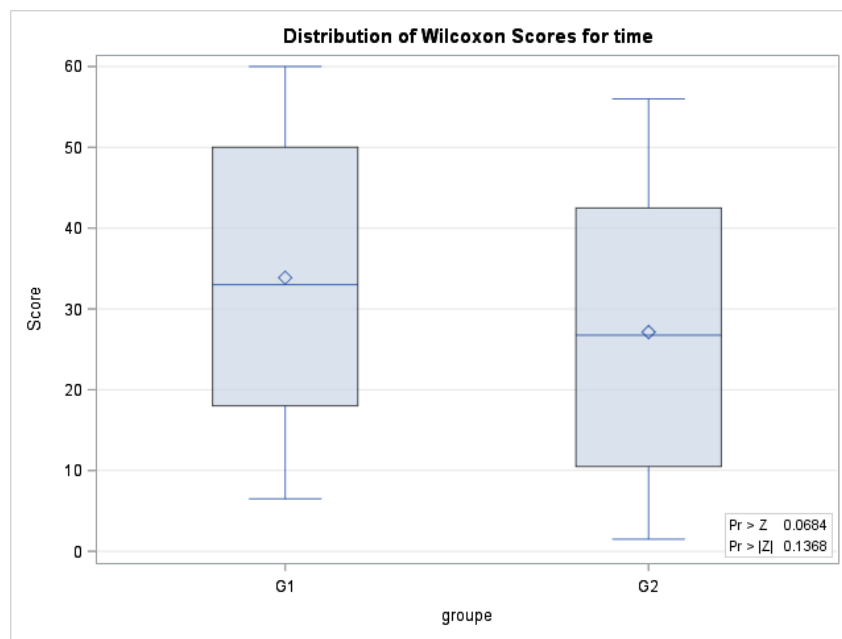
Sur base du test Wilcoxon-Mann-Whitney pour les deux groupes observés, il apparaît que $p = 0,137$, il est donc probable de commettre une erreur en rejetant l'hypothèse nulle.

Tableau 7: Test Kruskal-Wallis (ANOVA)

Kruskal-Wallis Test	
Chi-Square	2.2360
DF	1
Pr > Chi-Square	0.1348

Le test Kruskal-Wallis permet de réaliser un chi carré pour observer si la différence entre les temps de consultations, des deux groupes, est significatif.

Figure 5: Box-plot de la distribution des deux groupes (G1-G2) pour la variable du temps



L'effet des intervenants sur le temps de consultation est analysé en comparant les temps des deux groupes en utilisant un test de Wilcoxon non paramétrique. En effet, il a été démontré que les données d'un des groupes ne suivaient pas une distribution normale. Il apparaît par conséquent que la différence de temps n'est pas significative à 5% ($p=0.137$). On ne peut donc conclure une différence de temps entre les consultations du groupe 1 et du groupe 2.

Tableau 8: Chronomètres des consultations proches avec l'intervention de l'infirmière et l'assistant oncologue en gardant le patient dans la même cabine de consultation (G3)

Intervention avec l'infirmier consultant (G3)			
	IC (minutes)	Médecin (minutes)	Total (minutes)
1	8 :00	15 :00	23 :00
2	21 :00	20 :00	41 :00
3	7 :00	23 :00	30 :00
4	9 :00	15 :00	24 :00
5	14 :00	10 :00	24 :00

Ces données correspondent à la modalité de consultation choisie pour la partie de l'évaluation et des adaptations. Cette modalité étant déjà appliquée lors des prémisses d'applications ; les mesures ont été identifiées pour correspondre aux mesures finales souhaitées. Ces sont donc des données reprises directement des données du groupe 2, constituant directement un troisième groupe (G3) pour tenir compte de la modalité de travail choisie.

Tableau 9 : Statistiques descriptives pour les consultations du groupe 3 (G3)

Statistiques descriptives					
	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Total	5	23,00	41,00	28,4000	7,56968
N valide (liste)	5				

N = nombre de consultations

Pour le groupe 3, avec l'intervention de l'infirmière, le temps de consultation varie de 23 minutes à 41 minutes. Les consultations infirmières varient de 7 minutes à 21 minutes ; et les consultations médicales varient de 10 minutes à 23 minutes. Ces observations varient d'un patient à l'autre selon les effets thérapeutiques à prendre en charge et les questions ou besoins des patients.

En vue du petit échantillon, et des premiers résultats non significatifs ; l'analyse statistique pour la dernière partie du travail, doit prendre cours sur une période plus longue.

V. DISCUSSION

D'un point de vue de santé publique, chaque projet ou intervention de soins doit tenir compte de la triade « besoins-demandes-réponses ». Pour amener une réponse aux besoins, il faut tenir compte des notions de demande et d'offre. La notion de besoin, dans notre situation, exprime l'écart entre la situation réelle et la situation désirée.

L'élément principal de l'étude est le choix de la fonction à l'aide d'une analyse SWOT sur base des deux fonctions correspondant aux attentes. Un fois cet élément déterminé, il a fallu évaluer la légitimité de la création d'une nouvelle fonction au sein des consultations. Les premiers résultats amènent à dire que les bénéfices sont multiples tant d'un point de vue de la qualité des soins institutionnels que pour les professionnels au sein du service ambulatoire.

De manière plus concrète, il y a un manque d'assistants oncologues à anticiper mais il n'y a pas d'intervention sur le terrain; cela fait référence à notre situation réelle. Le fait d'anticiper le problème en formant le personnel infirmier et en créant une dynamique de travail correspond à une situation désirée.

Avec cet objectif, indirectement, cela crée une valorisation de l'expertise infirmière, une mobilité dans le service et augmente l'attractivité de la fonction. Par conséquent, en voulant répondre à un manque futur d'assistants, on valorise le métier d'infirmier. Cela nécessite tout de même d'engager un membre du personnel supplémentaire dans l'équipe du CTA et de le former. Mais étant donné qu'une majorité de l'équipe réalise déjà les consultations téléphoniques, elle connaît déjà le fonctionnement de la consultation. La dynamique, l'organisation et les actes infirmiers restent différents.

La Commission européenne présente, actuellement, son plan pour vaincre le cancer ; ce qui fait le lien avec différents enjeux de santé publique en oncologie. En lien direct avec le projet de mémoire, elle souhaite garantir un personnel de santé de haute qualité c'est-à-dire qu'elle crée « un programme de formation interspécialité dans le domaine du cancer ». Axé sur le domaine de l'oncologie, la chirurgie et la radiologie, l'objectif est de fournir des professionnels plus qualifiés et plus mobiles grâce à des formations et des échanges d'informations transfrontalières. Pour correspondre à la formation infirmière, le niveau a déjà évolué en

Belgique. Mais, contrairement à nos voisins, la pratique avancée et l'expertise infirmière est peu mise en avant ou quasi inexistante.

La force principale du projet est que la consultation, malgré qu'elle soit peu reconnue, est pratiquée au sein du CTA ; l'équipe mobilisée pour ce poste connaît le travail et a l'expertise nécessaire. De plus, l'auteur du projet, a déjà travaillé et acquis l'expertise dans le service d'oncologie ambulatoire. Cela peut être vu comme une force dans l'organisation du projet mais aussi une limite par manque d'objectivité dans l'analyse des résultats.

En plus des différents avantages à la fonction d'infirmier ; le projet favorise la collaboration interprofessionnelle. A chaque nouvelle équipe de médecins assistants, il faut un certain temps d'adaptation et de formation ; ce qui peut être comblé par l'expertise et la pratique infirmière au sein des consultations. De plus, les assistants oncologues faisant déjà appel au CTA pour combler les actes infirmiers présents en consultation ; c'est une plus-value d'avoir un infirmier présent directement en cabine de consultation.

Sur base du type de traitement et des effets secondaires observés, il y a une grande variabilité de temps d'une consultation à l'autre. Ces données indiquent en moyenne une différence de 4 minutes entre les deux groupes. Malgré la tendance observée de diminution de temps, celle-ci n'est pas significative, probablement en raison du faible nombre d'observations. Il serait judicieux d'envisager une période d'observations plus longue ; dans le but d'obtenir un échantillon plus grand.

Les données qualitatives répondent, en partie, à l'indicateur de la sécurité et la qualité des soins lors de la prise en charge. Et les données quantitatives répondent à l'indicateur du temps de consultation avec ou sans l'intervention infirmière. Tous les autres indicateurs n'ont pu être évalués par manque d'accord favorable du comité d'éthique ; et par manque de temps pour pouvoir réaliser une plus longue période d'observations.

L'impact souhaité par l'implémentation de cette nouvelle fonction est l'offre d'une qualité de soins aux patients en oncologie, tout en gagnant du temps à la prescription du traitement et à la consultation. Indirectement, grâce à une prescription plus rapide, un gain de temps se ferait ressentir auprès de la pharmacie et impacterait sur les administrations de traitement au CTA. Mais les résultats de l'étude ne sont pas significatifs que pour conclure d'un réel gain de temps

entre les différentes modalités de consultations. Il serait intéressant de réaliser l'étude sur une longue durée (une période test), avec la récolte des données qualitatives auprès du personnel impliqué et des patients ; mais aussi les données quantitatives plus conséquentes pour obtenir des résultats plus valides et précis.

Les limites évidentes sont le manque de temps et de réponse favorable du comité d'éthique pour le projet. La définition de la fonction n'étant pas légalement finalisée; cela engendre un cadre flou pour la création de cette nouvelle fonction. C'est un avancement à tâtonnement qui peut être influencé ou changé en fonction des décisions qui seront prises dans le futur pour en définir le cadre légal.

Dans les mesures des données du projet, plusieurs biais sont à prendre en compte. Les assistants débutaient leur formation en oncologie, la possibilité de réaliser des superpositions, le temps de prescription n'a pas été pris en compte dans les mesures ; et il n'y a pas eu de mesures de comparaisons.

Seuls certains indicateurs ont pu être travaillés : le temps de consultation, la sécurité des soins, la fluidité de la prise en charge. Les résultats obtenus et le manque de comparaison ne permettent pas de mettre en évidence l'avantage de créer cette fonction de manière objective. Cependant, de manière théorique, le projet peut amener énormément d'avantages, et répondrait à de futures demandes tant nationales qu'internationales.

VI. CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en avant que la différenciation de fonctions peut amener à une amélioration de l'offre et de la qualité des soins apportés aux patients ; tout en valorisant l'expertise infirmière. La conséquence indirecte est qu'il est possible d'anticiper le possible manque futur d'assistants oncologues et d'augmenter la collaboration interprofessionnelle au sein de l'équipe ambulatoire.

Ayant déjà une pratique similaire au sein des consultations téléphoniques, des fonctions d'infirmier de consultation et l'expertise acquise par l'équipe infirmière du CTA ; cela n'implique pas de formations particulières. Il s'agit plus d'une organisation et une évaluation des bénéfices d'une nouvelle fonction dans la prise en charge des patients.

De manière générale, l'intervention d'une infirmière au sein des consultations serait un bénéfice pour la continuité, la globalité et la qualité de la prise en charge. La complexité de l'identification des rôles et des compétences des professionnels gravitant autour du patient amène à se questionner quant au risque de superpositions des activités lors de la prise en charge des patients. La construction du cadre légal va permettre d'éclaircir l'avenir de la profession infirmière.

Une des perspectives du projet est qu'une évaluation soit faite en incluant la satisfaction des membres du personnel et des patients impliqués. Il serait intéressant de réaliser l'étude sur une longue durée, par exemple une période test d'une année. Par conséquent, l'échantillon serait plus important et on pourrait évaluer l'impact sur les consultations oncologiques mais aussi sur l'organisation auprès de la pharmacie et du CTA.

Ce projet fait lien au questionnement de l'avenir de la fonction infirmière et de l'implication que cela aura sur la qualité des soins et sur l'organisation institutionnelle. Il serait intéressant de le proposer dans les futurs projets au sein des CUSL.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Vlayen J. Indicateurs de qualité en oncologie: Pré-requis pour l'élaboration d'un système de qualité. Published online 2011:92.
2. La pratique infirmière avancée - Revue Médicale Suisse. Accessed February 3, 2021. <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-352/La-pratique-infirmiere-avancee>
3. *Les pratiques infirmières avancées: Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés*. Vol 54.; 2010. doi:10.1787/5km4hv77vw47-fr
4. LE PARLEMENT EUROPÉEN ET LE CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE. Journal officiel de l'Union européenne: DIRECTIVE 2005/36/CE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Published online September 30, 2005.
5. LE PARLEMENT EUROPÉEN ET LE CONSEIL DE L'UNION EURO- PÉENNE. Journal officiel de l'Union européenne :DIRECTIVE 2013/55/UE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) no 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur («règlement IMI»). Published online December 28, 2013.
6. profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux. Santé Publique. Published February 1, 2017. Accessed June 16, 2021. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/profil-professionnel-et-de-competences-de-linfirmier-responsable-de-soins-generaux>
7. Missions - Cliniques universitaires Saint-Luc. Accessed March 8, 2021. <https://www.saintluc.be/institution/missions.php>
8. Les Cliniques universitaires Saint-Luc révèlent leur transformation. Accessed March 8, 2021. <https://www.saintluc.be/transformation.php>
9. Notre institut | Institut Roi Albert II. Accessed February 3, 2021. <https://www.institutroialbertdeux.be/fr/notre-institut>
10. Avis concernant le Numerus clausus. Published 20120730. Accessed April 3, 2021. <http://www.armb.be/index.php?id=1475>
11. Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers : possibilités et limites. Accessed July 19, 2021. </fr/diff%C3%A9renciation-de-fonctions-dans-les-soins-infirmiers-possibilit%C3%A9s-et-limites>
12. CFAI 2017.01 Avis concernant le modèle de fonctions pour les soins infirmiers du futur | Santé Publique. Accessed April 17, 2021. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfai-201701-avis-concernant-le-modele-de-fonctions-pour-les-soins-infirmiers-du-futur>

13. Avis 2020-04 du CFAI concernant l'infirmier de pratique avancée. Santé Publique. Published December 9, 2020. Accessed April 28, 2021. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/avis-2020-04-du-cfai-concernant-linfirmier-de-pratique-avancee>
14. CPCP - Pénurie d'infirmiers ? - Analyse n° 106. CPCP. Accessed July 23, 2021. <http://www.cpcp.be/publications/penurie-infirmiers-v2/>
15. « Future of Nursing : improving health, driving change ». SPF Santé Publique. Published February 4, 2019. Accessed January 1, 2021. <https://www.health.belgium.be/fr/future-nursing-improving-health-driving-change>
16. Blanchon C. Le toucher relationnel au coeur des soins. Published online 2011.
17. Conseil international des infirmières. Rapport sur la Réglementation des soins infirmiers. Published online 1986.
18. Roy O, Champagne J, Michaud C. [Competence of consultation]. *Infirm Qué Rev Off Ordre Infirm Infirm Qué*. 2003;10:39-44.
19. Lecocq D, Mengal Y, Pirson M. Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ? *Sante Publique (Bucur)*. 2015;S1(HS):105-110.
20. *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries*. Vol 54.; 2010. doi:10.1787/5kmbrcfms5g7-en
21. Arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Accessed May 29, 2021. <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/9/9497/1.html?doc=8789>