

## IV. Annexes

**Annexe 1** : Les compétences de l'infirmier de pratique avancée selon Hamric (2014)

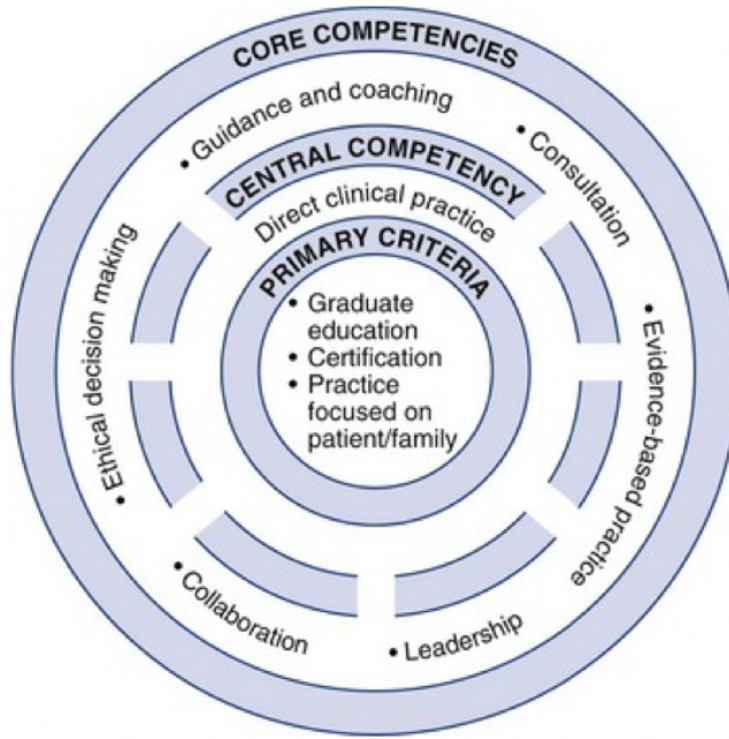
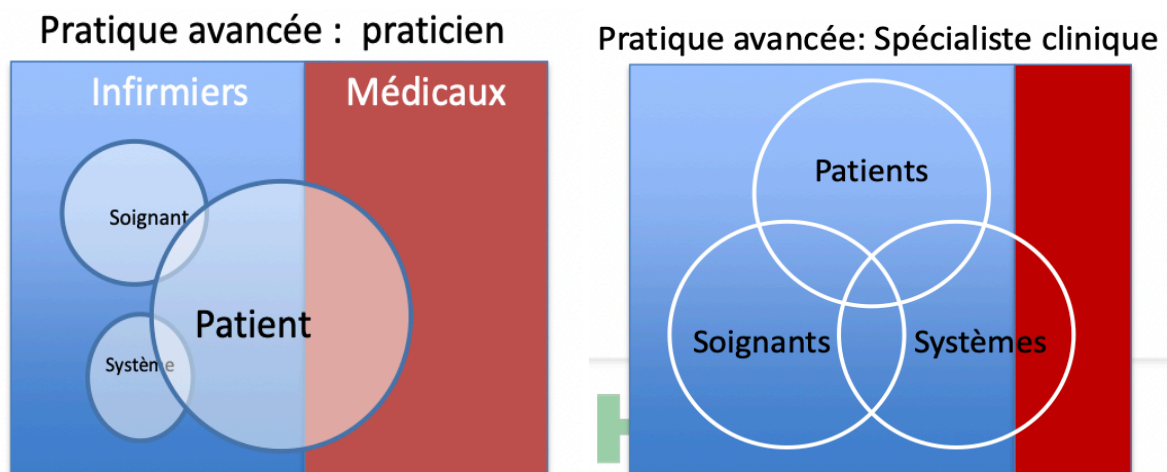


Figure 1: Integrative Model of APN (HAMRIC, 2014)

**Annexe 2** : Les similitudes et les divergences entre l'infirmier clinicien spécialisé et l'infirmier praticien

1. Les schémas comparatifs entre le champ d'activité de l'Infirmier praticien et de l'Infirmier clinicien spécialisé (Roulin ., s.d.).



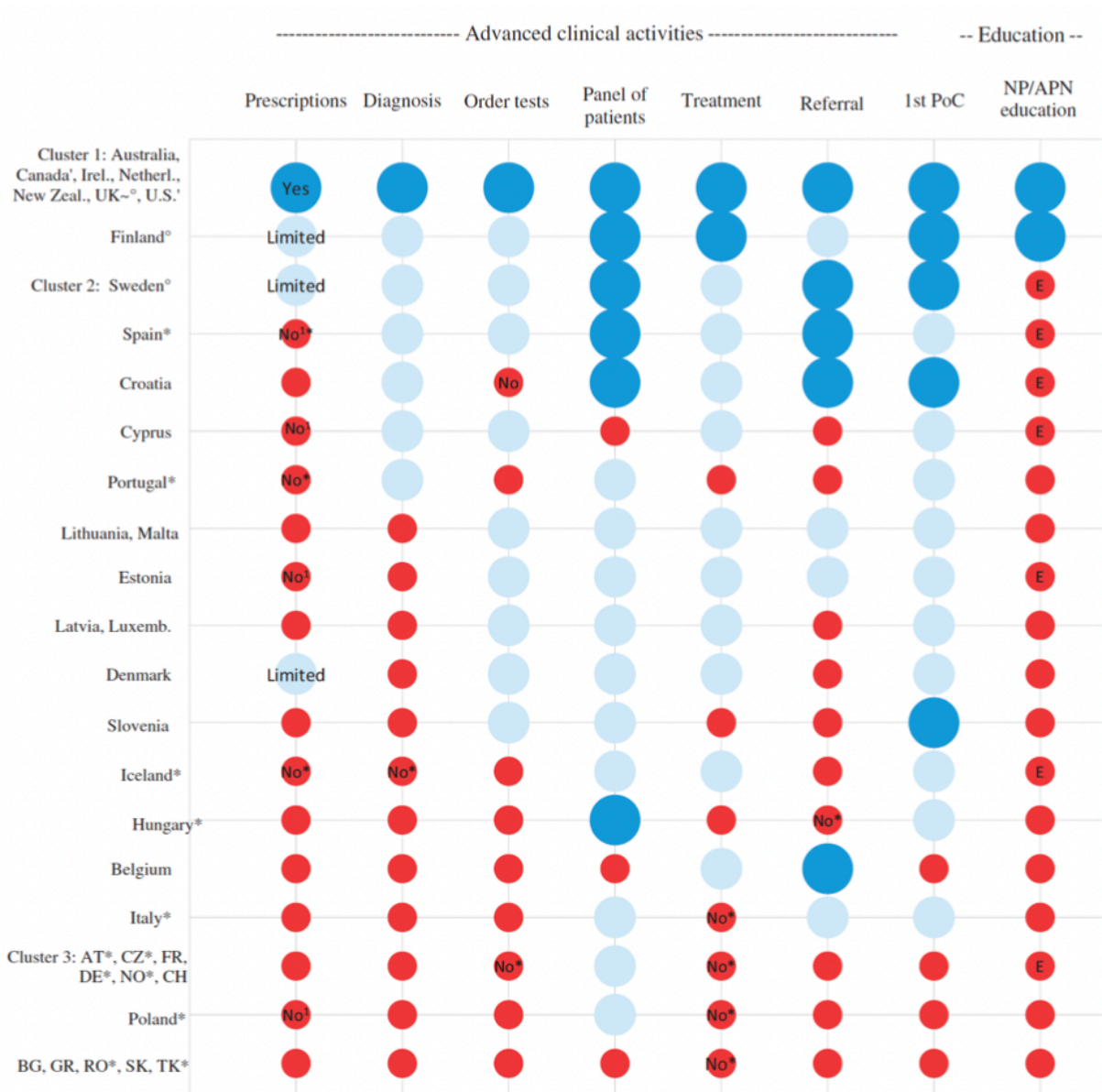
2. Le tableau des similitudes entre les deux fonctions de l'infirmier spécialisé clinicien et l'infirmier praticien (CII., 2020).

ICS et IP
• Titulaires d'un diplôme d'enseignement de niveau master au minimum
• Autonomes et responsables à un niveau avancé
• Dispensent des soins aux patients de façon compétente et sûre, grâce à une fonction ou un niveau de pratique infirmière désigné(e)
• Possèdent à la base une qualification d'infirmière généraliste
• Ont des fonctions à des niveaux de compétences plus importants et quantifiables
• Ont acquis la capacité d'appliquer les compétences théoriques et cliniques de la pratique infirmière avancée à travers la recherche, la formation, le leadership et les compétences cliniques diagnostiques
• Disposent de compétences et de normes définies, périodiquement révisées pour maintenir la pertinence de la pratique
• Inspirées par l'environnement mondial, social, politique, économique et technologique
• Reconnaittent leurs limites et entretiennent leurs compétences cliniques à travers une formation professionnelle continue
• Respectent les normes déontologiques du secteur infirmier
• Dispensent des soins globaux
• Sont reconnues grâce à un système d'accréditation

3. Les différentes caractéristiques entre l’infirmier spécialisé clinicien et l’infirmier praticien (CII., 2020).

<b>INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE</b>	<b>INFIRMIÈRE PRATICIENNE</b>
Domaine de pratique défini dans une spécialité identifiée	Domaine de pratique complet, propre aux IP, les activités comprenant l'établissement d'ordonnance, la gestion du diagnostic et du traitement
Dispense des soins directs et indirects, généralement à des patients dont le diagnostic est établi	Prodigue habituellement des soins cliniques directs aux patients dont l'affection n'a pas encore été diagnostiquée, outre qu'elle dispense des soins continus aux patients dont le diagnostic a déjà été établi
Travaille dans un champ de pratique spécialisé	Travaille de façon générique dans différents contextes et champs de pratique
Travaille auprès de populations définies de patients (p. ex., oncologie, gestion de la douleur, cardiologie)	Travaille auprès de plusieurs populations différentes de patients
Travaille de façon autonome et collabore avec une équipe, en faisant appel à une approche systémique, avec le personnel infirmier et d'autres prestataires et organisations de soins de santé	Travaille de façon autonome et en collaboration avec d'autres professionnels de santé
Partage fréquemment la responsabilité clinique avec d'autres professionnels de santé	Assume l'entière responsabilité clinique et la gestion de sa population de patients
Conseille les infirmières et d'autres professionnels de santé dans la gestion de problèmes complexes de soins des patients	Procède à des évaluations et des examens de santé avancés et complets pour établir des diagnostics différentiels
Dispense des soins cliniques liés à un diagnostic différencié	Initie et évalue un plan de gestion du traitement d'après des évaluations et des examens de santé avancés, fondés sur la réalisation de diagnostics différentiels
Influe sur la pratique clinique et infirmière spécialisée à travers le leadership, la formation et la recherche	S'investit dans les domaines du leadership, de la formation et des recherches cliniques
Dispense des soins reposant sur des données probantes et aide les infirmières et d'autres professionnels de santé à faire de même	Dispense des soins fondés sur des éléments de preuve
Évalue les résultats chez les patients afin d'identifier et d'influencer les améliorations cliniques du système	Est souvent autorisée à orienter et à faire admettre des patients
Peut, ou non, disposer d'un certain niveau d'autorisation d'établir des ordonnances dans une spécialité	Est habituellement autorisée à établir des ordonnances

**Annexe 3** : Le transfert de tâches des médecins aux infirmières pour 7 activités cliniques avancées et exigences de formation dans 37 pays



(Maier et Aiken., 2016)

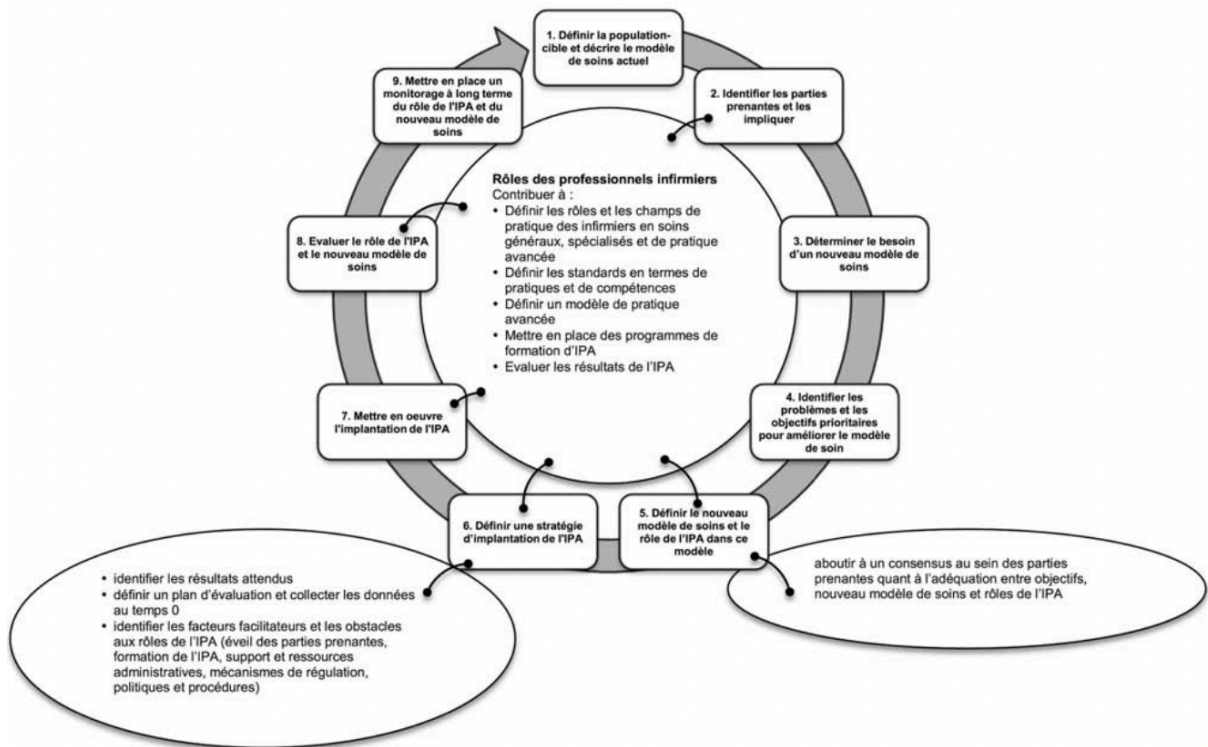
**Légende :**

Grand cercle bleu foncé (= oui) : cadre législatif – compétence large

Cercle moyen bleu clair (= oui) : cadre législatif-compétence limitée

Petit cercle rouge (= non) : pas de cadre législatif

**Annexe 4** : La déclinaison francophone du modèle PEPPA(Bryant-Lukosius & Dicenso, 2004)



**Annexe 5** : L'avis du CFAI concernant profil de l'IPA, validé par 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 (CSMSMG).

**Avis CFAI**



CFAI/2020/AVIS-04

FRV/2020/ADVIES-04

10/11/2020

Avis du Conseil Fédéral de l'Art Infirmier concernant le projet d'avis consolidé du 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 (CSMSMG) concernant l'infirmier de pratique avancée

Advies van de Federale Raad voor Verpleegkunde betreffende het ontwerpadvies van de werkgroep samengesteld uit leden van de Federale Raad voor de verpleegkunde (FRV), de Technische commissie voor de verpleegkunde (TCV) en de Hoge Raad voor arts-specialisten en huisartsen (HRGSH) betreffende de verpleegkundig specialist

Direction générale Soins de Santé  
Professions de santé et pratique professionnelle  
Cellule organes d'avis et réglementation  
Place Victor Horta 40, bte 10 - 1060 Bruxelles  
[www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be)

Directorat-generaal Gezondheidszorg  
Gezondheidsberoepen en  
Beroepsuitoefening  
Cd-adviesorganen en regelgeving  
Victor Hortaplein 40, bus 10 - 1060 Brussel  
[www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be)

CONSEIL FEDERAL DE L'ART INFIRMIER Avis du Conseil Fédéral de l'Art Infirmier concernant le projet d'avis consolidé du 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 (CSMSMG) concernant l'infirmier de pratique avancée	FEDERALE RAAD VOOR VERPLEEGKUNDE Advies van de Federale Raad voor Verpleegkunde betreffende het ontwerpadvies van de werkgroep samengesteld uit leden van de Federale Raad voor de verpleegkunde (FRV), de Technische commissie voor de verpleegkunde (TCV) en de Hoge Raad voor arts-specialisten en huisartsen (HRGSH) betreffende de verpleegkundig specialist
CFAI/2020/AVIS-04	FRV/2020/ADVIES-04

**Origine**

Le 14 mai 2019 a été publiée la loi du 22 avril 2019 portant modification de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé afin d'intégrer l'infirmier de pratique avancée par l'article 46/1 « § 1er. 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.

§ 2. En plus de l'exercice de l'art infirmier tel que visé dans l'article 46, 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.

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, après avis de la Commission technique de l'art infirmier et du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, les activités que l'infirmier de pratique avancée peut pratiquer. Il peut

**Oorsprong**

Op 14 mei 2019 werd de wet van 22 april 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen gepubliceerd met het oog op de opname van de verpleegkundig specialist in artikel 46/1.

§ 1. Niemand mag de titel van verpleegkundig specialist dragen als hij niet in het bezit is van een in artikel 45 bedoeld diploma of titel van verpleegkundige en als hij niet aan de bepalingen van dit artikel beantwoordt.

De Koning bepaalt, na advies van de Federale raad voor verpleegkunde, de criteria om de titel van verpleegkundig specialist te verkrijgen. Deze criteria voorzien minstens een masterdiploma in verpleegkundige wetenschappen.

§ 2. Bovenop de uitoefening van verpleegkunde zoals vermeld in art. 46 verricht de verpleegkundig specialist, in het kader van complexe verpleegkundige zorg, medische handelingen met het oog op het behoud, de verbetering en het herstel van de gezondheid van de patiënt.

De in het eerste lid bedoelde zorg wordt verricht met betrekking tot een welbepaalde patiënten doelgroep en gebeurt in nauwe afstemming met de arts en de eventuele andere gezondheidszorgbeoefenaars.

De Koning bepaalt bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, na advies van de Technische commissie voor verpleegkunde en de Hoge Raad voor Artsen-specialisten en Huisartsen, de activiteiten die de verpleegkundig specialist kan uitvoeren. Hij

CONSEIL FEDERAL DE L'ART INFIRMIER	FEDERALE RAAD VOOR VERPLEEGKUNDE
<i>Avis du Conseil fédéral de l'art infirmier concernant le projet d'avis consolidé du 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 (CSMSMG) concernant l'infirmier de pratique avancée</i>	<i>Advies van de Federale Raad voor Verpleegkunde betreffende het ontwerpadvies van de werkgroep samengesteld uit leden van de Federale Raad voor de verpleegkunde (FRV), de Technische commissie voor de verpleegkunde (TCV) en de Hoge Raad voor arts-specialisten en huisartsen (HRGSH) betreffende de verpleegkundig specialist</i>
CFAI/2020/AVIS-04	FRV/2020/ADVIES-04

également, après avis de la Commission technique de l'art infirmier et du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, fixer les conditions dans lesquelles l'infirmier de pratique avancée peut accomplir ces activités.

§ 3. Les prestations infirmières de pratique avancée, telles que visées dans le paragraphe 2, sont consignées dans un dossier infirmier. »

La Ministre de la Santé publique, Maggie De Block, a demandé dans son courrier du 28 mai 2019 un avis consolidé au Conseil Supérieur des Médecins Spécialistes et des Médecins Généralistes (CSMSMG), au Conseil Fédéral de l'Art Infirmier (CFAI) et à la Commission Technique de l'Art Infirmier (CTAI) sur la profession d'infirmier de pratique avancée.

La ministre De Block souhaite obtenir plus d'informations à ce sujet :

- la description générique des activités de l'infirmière de pratique avancée ;
- le raisonnement clinique particulier et les diagnostics infirmiers associés à la fonction d'infirmier de pratique avancée ;
- la coopération interdisciplinaire avec les médecins et les autres prestataires de soins de santé ;
- les aspects de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé qui peuvent être applicables à l'infirmière de pratique avancée (par exemple, la prescription groupée) ;
- de déterminer ou non des mesures transitoires.

kan eveneens, na advies van de Technische commissie voor verpleegkunde en de Hoge Raad voor Artsen-specialisten en Huisartsen, de voorwaarden bepalen waaronder de verpleegkundig specialist deze activiteiten kan uitvoeren.

§ 3. De specialistische verpleegkundige verstrekkingen bedoeld in paragraaf 2, worden opgetekend in een verpleegkundig dossier. »

De Minister van Volksgezondheid, Maggie De Block, vroeg in haar brief van 28 mei 2019 een geconsolideerd advies aan de Hoge Raad voor Arts-Specialisten en Huisartsen (HRGSH), de Federale Raad voor Verpleegkunde (FRV) en de Technische Commissie voor Verpleegkunde (TCV) over het beroep van verpleegkundig specialist.

Minister De Block wil graag meer informatie over dit onderwerp:

- de generieke omschrijving van de activiteiten van de verpleegkundig specialist;
- het bijzonder klinisch redeneren en de verpleegkundige diagnostiek die met de functie van verpleegkundig specialist gepaard gaan;
- de interdisciplinaire samenwerking met artsen en andere gezondheidszorgverleners;
- de aspecten van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering die van toepassing kunnen zijn voor de verpleegkundig specialist (bijvoorbeeld het groepsvoorschrift);
- het al dan niet bepalen van overgangsmaatregelen.

<sup>1</sup> Un avis consolidé est un avis approuvé par différents conseils. Le projet d'avis ou un texte de discussion est préparé par les représentants des différents conseils.

CONSEIL FEDERAL DE L'ART INFIRMIER	FEDERALE RAAD VOOR VERPLEEGKUNDE
<i>Avis du Conseil fédéral de l'art infirmier concernant le projet d'avis consolidé du 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 (CSMSMG) concernant l'infirmier de pratique avancée</i>	<i>Advies van de Federale Raad voor Verpleegkunde betreffende het ontwerpadvies van de werkgroep samengesteld uit leden van de Federale Raad voor de verpleegkunde (FRV), de Technische commissie voor de verpleegkunde (TCV) en de Hoge Raad voor arts-specialisten en huisartsen (HRGSH) betreffende de verpleegkundig specialist</i>
CFAI/2020/AVIS-04	FRV/2020/ADVIES-04

Le groupe de travail mixte composé de représentants des trois Conseils a approuvé un projet d'avis le 3 septembre 2020. Cet avis reprend les éléments suivants :

- la description générique des activités de l'infirmier de pratique avancée ;
- le raisonnement clinique particulier et les diagnostics infirmiers associés à la fonction d'infirmier de pratique avancée ;
- les critères d'agrément
- les mesures transitoires
- la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé

#### Avis du CFAI

Le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier reconnaît la plus-value de l'infirmier de pratique avancée dans la pratique infirmière (expertise clinique), la recherche scientifique, l'innovation et le support. Pourtant le développement de la fonction de l'infirmier de pratique avancée ne peut en aucun cas limiter les compétences des autres fonctions infirmières. La définition du rôle de l'infirmier de pratique avancée fait partie d'une discussion globale du modèle des fonctions infirmières y inclus une révision des compétences de tous les infirmiers, dont l'importance vient d'être soulignée par la crise que nous avons connue.

Tout comme le groupe de travail mixte (CSMSMG - CFAI - CTAI), le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier estime qu'il est impératif

De gemengde werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van de drie Raden, heeft op 3 september 2020 een ontwerpadvies goedgekeurd. Dit advies omvat de volgende elementen:

- de generieke omschrijving van de activiteiten van de verpleegkundig specialist;
- het bijzonder klinisch redeneren en de verpleegkundige diagnostiek die met de functie van verpleegkundig specialist gepaard gaan;
- erkenningscriteria
- overgangsmaatregelen
- wet op de kwaliteitsvolle praktijkvoering

#### Advies van de FRV

De Federale Raad voor Verpleegkunde erkent de meerwaarde van de verpleegkundig specialist in de verpleegkundige praktijk (klinische expertise), wetenschappelijk onderzoek, innovatie en ondersteuning. De ontwikkeling van de functie van de verpleegkundig specialist mag echter in geen geval de competenties van de andere verpleegkundige functies beperken. De definitie van de rol van de verpleegkundig specialist maakt deel uit van een algemene discussie over het functioneel model voor de verpleegkundige zorg, met inbegrip van een herziening van de competenties van alle verpleegkundigen, waarvan het belang recent werd benadrukt door de crisis die we hebben meegemaakt.

Net zoals de gemengde werkgroep (HRGSH - FRV - TCV) is de Federale Raad voor Verpleegkunde van mening dat het

CONSEIL FEDERAL DE L'ART INFIRMIER	FEDERALE RAAD VOOR VERPLEEGKUNDE
<i>Avis du Conseil fédéral de l'art infirmier concernant le projet d'avis consolidé du 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 (CSMSMG) concernant l'infirmier de pratique avancée</i>	<i>Advies van de Federale Raad voor Verpleegkunde betreffende het ontwerpadvies van de werkgroep samengesteld uit leden van de Federale Raad voor de verpleegkunde (FRV), de Technische commissie voor de verpleegkunde (TCV) en de Hoge Raad voor arts-specialisten en huisartsen (HRGSH) betreffende de verpleegkundig specialist</i>
CFAI/2020/AVIS-04	FRV/2020/ADVIES-04

d'entamer une révision globale des différentes fonctions pour les soins infirmiers (infirmier responsable de soins généraux, infirmier spécialisé, infirmier de pratique avancée). En effet, les enjeux de santé publique dont la crise sanitaire « Covid-19 » que nous vivons montrent qu'il est urgent de revoir l'ensemble des fonctions des soins infirmiers et non seulement la fonction d'infirmier de pratique avancée. De plus, l'évolution escomptée des autres fonctions aura un impact direct sur la fonction de l'infirmier de pratique avancée.

Le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier rappelle son avis 2017-01 (a et b) du 4 juillet 2017 concernant le modèle de fonctions pour les soins infirmiers du futur, et les suivants :

- avis 2016-01 du 12 janvier 2016 concernant le profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux ainsi que le profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux, approuvé en ses séances du 1<sup>er</sup> avril 2015 et du 12 janvier 2016
- avis 2018-01 du 6 février 2018 concernant l'assistant de soins ainsi que le profil professionnel et de compétences de l'assistant de soins, approuvé en ses séances du 4 juillet 2017 et du 6 février 2018
- avis 2018-03 du 8 mai 2018 concernant l'infirmier spécialisé, l'infirmier consultant et l'infirmier de pratique avancée ainsi que les profils de fonction et de compétences :

noodzakelijk is om een globale herziening van de verschillende verpleegkundige functies (algemene verpleegkundige, gespecialiseerde verpleegkundige, verpleegkundig specialist) aan te vatten. Uitdagingen voor de volgezondheid zoals de "Covid-19"-gezondheidsrisico die we nu meemaken, tonen aan dat het dringend noodzakelijk is om alle verpleegkundige functies te herzien en niet alleen de functie van de verpleegkundig specialist. Bovendien zal de verwachte evolutie van de andere functies een directe impact hebben op de functie van de verpleegkundig specialist.

De Federale Raad voor Verpleegkunde herinnert aan zijn advies 2017-01 (a en b) van 4 juli 2017 betreffende het functioneel model voor de verpleegkundige zorg van de toekomst, en aan de volgende adviezen:

- advies 2016-01 van 12 januari 2016 betreffende het beroeps- en competentieprofiel van de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg alsook het beroeps- en competentieprofiel verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, goedgekeurd tijdens de vergaderingen van 1 april 2015 en 12 januari 2016
- advies 2018.01 van 6 februari 2018 betreffende de zorgassistent alsook het beroeps- en competentieprofiel van de zorgassistent, goedgekeurd tijdens de vergaderingen van 4 juli 2017 en van 6 februari 2018
- advies 2018-03 van 8 mei 2018 betreffende de gespecialiseerde verpleegkundige, de verpleegkundige consultant en de verpleegkundig specialist alsook het functie- en competentieprofiel van de

CONSEIL FEDERAL DE L'ART INFIRMIER	FEDERALE RAAD VOOR VERPLEEGKUNDE
<i>Avis du Conseil fédéral de l'art infirmier concernant le projet d'avis consolidé du 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 (CSMSMG) concernant l'infirmier de pratique avancée</i>	<i>Advies van de Federale Raad voor Verpleegkunde betreffende het ontwerpadvies van de werkgroep samengesteld uit leden van de Federale Raad voor de verpleegkunde (FRV), de Technische commissie voor de verpleegkunde (TCV) en de Hoge Raad voor arts-specialisten en huisartsen (HRGSH) betreffende de verpleegkundig specialist</i>
CFAI/2020/AVIS-04	FRV/2020/ADVIES-04

- o de l'infirmier spécialisé, approuvé en ses séances du 13 juin 2017 et du 17 avril 2018
- o de l'infirmier consultant, approuvé en ses séances du 13 juin 2017 et du 8 mai 2018
- o de l'infirmier de pratique avancée, approuvé 13 juin 2017 et du 8 mai 2018
- avis 2019-02 du 14 mai 2019 concernant l'infirmier chercheur clinicien ainsi que le profil de fonction et de compétences de l'infirmier chercheur clinicien, approuvé en ses séances du 13 juin 2017 et du 14 mai 2019

Ces différents avis, profils professionnels/fonctions et de compétences sont une base pour débiter la révision de l'ensemble des fonctions pour les soins infirmiers.

Le projet d'avis du groupe de travail mixte (CSMSMG - CFAI - CTAI) donne les bases générales de l'infirmier de pratique avancée. Le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier rappelle que son avis 2018-03 du 8 mai 2018 concernant l'infirmier spécialisé, l'infirmier consultant et l'infirmier de pratique reprend les éléments du projet d'avis du groupe de mixte (CSMSMG - CFAI - CTAI) concernant l'infirmier de pratique avancée. Et ce, de façon détaillée, c'est-à-dire :

- les compétences
- la différenciation entre l'infirmier spécialisé / l'infirmier consultant et l'infirmier de pratique avancée
- le public cible
- les études et les formations
- les critères de reconnaissance
- les domaines de pratique / domaine de soins

- o gespecialiseerde verpleegkundige, goedgekeurd tijdens de vergaderingen van 13 juni 2017 en van 17 april 2018
- o verpleegkundige consultant, goedgekeurd tijdens de vergaderingen van 13 juni 2017 en van 8 mei 2018
- o verpleegkundig specialist, goedgekeurd tijdens de vergaderingen van 13 juni 2017 en van 8 mei 2018
- advies 2019-02 van 14 mei 2019 betreffende de klinisch verpleegkundig onderzoeker alsook het functie- en competentieprofiel van de klinisch verpleegkundig onderzoeker, goedgekeurd tijdens de vergaderingen van 13 juni 2017 en van 14 mei 2019

Deze verschillende adviezen, beroeps-/ functie- en competentieprofielen vormen een basis voor het aanvangen van de herziening van alle verpleegkundige functies.

Het ontwerpadvies van de gemengde werkgroep (HRGSH-FRV-TCV) geeft de algemene krijtlijnen voor de verpleegkundig specialist. De Federale Raad voor Verpleegkunde herinnert eraan dat zijn advies 2018-03 van 8 mei 2018 betreffende de gespecialiseerde verpleegkundige, de verpleegkundige consultant en de verpleegkundig specialist de elementen van het ontwerpadvies van de gemengde werkgroep (HRGSH-FRV-TCV) betreffende de verpleegkundig specialist overneemt. En dat in detail, dat wil zeggen:

- de competenties
- differentiatie tussen de gespecialiseerde verpleegkundige / verpleegkundige consultant en de verpleegkundig specialist
- de doelgroep
- studies en opleiding
- erkenningscriteria
- werkveld - zorgdomeinen

CONSEIL FEDERAL DE L'ART INFIRMIER	FEDERALE RAAD VOOR VERPLEEGKUNDE
<i>Avis du Conseil Fédéral de l'Art Infirmier concernant le projet d'avis consultatif du 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 (CSMSMG) concernant l'infirmier de pratique avancée</i>	<i>Advies van de Federale Raad voor Verpleegkunde betreffende het ontwerpadvies van de werkgroep samengesteld uit leden van de Federale Raad voor de Verpleegkunde (FRV), de Technische Commissie voor de Verpleegkunde (TCV) en de Hoge Raad voor Arts Specialisten en Huisartsen (HRGSH) betreffende de verpleegkundig specialist</i>
CFAI/2020/AVIS-04	FRV/2020/ADVIES-04

<ul style="list-style-type: none"> <li>• énumérer les plus-values de l'infirmier de pratique avancée</li> <li>• énumère et explicite les compétences de l'infirmier de pratique avancée <ul style="list-style-type: none"> <li>o expert clinique</li> <li>o communication et collaborateur</li> <li>o acteur d'un développement professionnel</li> <li>o promoteur de la santé</li> <li>o promoteur de la qualité</li> </ul> </li> </ul> <p>Concernant les mesures transitoires, le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier recommande de tenir compte des infirmiers qui ont euvré à la mise en place de la fonction d'infirmier de pratique avancée sans toutefois avoir un diplôme de master. Ces infirmiers ont ouvert la voie à la reconnaissance qui est légalement ancrée aujourd'hui. La valorisation de leurs compétences acquises doit être prise en compte au même titre que le diplôme de master.</p> <p>Le projet d'avis du groupe de travail mixte (CSMSMG – CFAI – CTAI) propose également les éléments pour l'infirmier de pratique avancée concernant le portfolio, la prescription de groupe et le registre de pratique mentionnés dans la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé. Le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier estime que ceux-ci doivent dans un premier temps être définis pour l'ensemble des fonctions des soins infirmiers et des autres professionnels des soins de santé avant de définir les spécificités propres à l'infirmier de pratique avancée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• het geeft een opsomming van de meerwaarde van de verpleegkundig specialist</li> <li>• het geeft een opsomming van de competenties van de verpleegkundig specialist en licht ze toe <ul style="list-style-type: none"> <li>o klinisch expert</li> <li>o communicator en samenwerker</li> <li>o professionele ontwikkelaar</li> <li>o gezondheidsoverdrager</li> <li>o kwaliteitspromotor</li> </ul> </li> </ul> <p>Met betrekking tot de overgangmaatregelen beveelt de Federale Raad voor Verpleegkunde aan om rekening te houden met verpleegkundigen die hebben gewerkt aan de invoering van de functie van verpleegkundig specialist zonder dat hij/zij een masterdiploma hebben behaald. Deze verpleegkundigen hebben de weg vrijgemaakt voor de erkenning die vandaag de dag wettelijk is verankerd. Er moet rekening worden gehouden met hun verworven vaardigheden, evenwaardig met het masterdiploma.</p> <p>Het ontwerpadvies van de gemengde werkgroep (HRGSH-FRV-TCV) stelt ook de elementen voor de verpleegkundig specialist voor met betrekking tot de portfolio, het groepsvoorschrift en het praktijkregister die vermeld worden in de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering. De Federale Raad voor Verpleegkunde is van mening dat deze eerst moeten worden gedefinieerd voor alle verpleegkundige functies en de andere gezondheidszorgbeoefenaars alvorens de specifieke kenmerken van de verpleegkundig specialist te definiëren.</p>
---	--

8 / 9

CONSEIL FEDERAL DE L'ART INFIRMIER	FEDERALE RAAD VOOR VERPLEEGKUNDE
<i>Avis du Conseil Fédéral de l'Art Infirmier concernant le projet d'avis consultatif du 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 (CSMSMG) concernant l'infirmier de pratique avancée</i>	<i>Advies van de Federale Raad voor Verpleegkunde betreffende het ontwerpadvies van de werkgroep samengesteld uit leden van de Federale Raad voor de Verpleegkunde (FRV), de Technische Commissie voor de Verpleegkunde (TCV) en de Hoge Raad voor Arts Specialisten en Huisartsen (HRGSH) betreffende de verpleegkundig specialist</i>
CFAI/2020/AVIS-04	FRV/2020/ADVIES-04

<p>D'autre part, le profil de fonction et de compétences de l'infirmier de pratique avancée (approuvé par le CFAI en ses séances du 13 juin 2017 et du 8 mai 2018) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• définit la fonction de l'infirmier de pratique avancée</li> <li>• énumère et explicite les rôles de l'infirmier de pratique avancée : <ul style="list-style-type: none"> <li>o responsable du processus de soins : expert en soins infirmiers et pratique clinique</li> <li>o communicateur</li> <li>o collaborateur</li> <li>o acteur d'un développement professionnel</li> <li>o promoteur de la santé</li> <li>o organisateur et coordonnateur des soins</li> <li>o promoteur de la qualité</li> </ul> </li> <li>• énumère les responsabilités de l'infirmier de pratique avancée</li> <li>• énumère et explicite les caractéristiques de l'infirmier de pratique avancée : <ul style="list-style-type: none"> <li>o la relation de soins</li> <li>o l'éthique et la déontologie de la profession d'infirmier</li> <li>o le processus de réflexion critique de l'infirmier de pratique avancée</li> <li>o l'exercice autonome de l'infirmier de pratique avancée</li> <li>o la formation (académique et spécialisation)</li> <li>o fort accent clinique</li> <li>o l'infirmier de pratique avancée travaille à l'échelle de l'organisation ou du secteur</li> <li>o l'infirmier de pratique avancée exécute des consultations infirmières autonomes dans son domaine de spécialisation et travaille en étroite collaboration avec les médecins</li> </ul> </li> </ul>	<p>Daarnaast doet het functie- en competentieprofiel van de verpleegkundig specialist (goedgekeurd door de FRV op de vergaderingen van 13 juni 2017 en 8 mei 2018) de volgende zaken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• het definieert de functie van de verpleegkundig specialist.</li> <li>• het geeft een opsomming van de rollen van de verpleegkundig specialist en licht ze toe: <ul style="list-style-type: none"> <li>o verantwoordelijk voor het zorgproces: verpleegkundig expert en klinisch behandelaar</li> <li>o communicator</li> <li>o samenwerker</li> <li>o professionele ontwikkelaar</li> <li>o gezondheidsoverdrager</li> <li>o organisator en coördinator van zorg</li> <li>o kwaliteitspromotor</li> </ul> </li> <li>• het geeft een opsomming van de verantwoordelijkheden van de verpleegkundig specialist</li> <li>• het geeft een opsomming van de kenmerken van de verpleegkundig specialist en licht ze toe: <ul style="list-style-type: none"> <li>o de zorgrelatie</li> <li>o de ethiek en de deontologie van het verpleegkundig beroep</li> <li>o het proces van kritische reflectie van de verpleegkundig specialist</li> <li>o de zelfstandige praktijk van de verpleegkundig specialist</li> <li>o opleiding (academisch en specialisatie)</li> <li>o sterke klinische focus</li> <li>o de verpleegkundig specialist werkt op het niveau van de organisatie of de sector;</li> <li>o de verpleegkundig specialist voert zelfstandig verpleegkundige consulten uit in haar vakgebied en werkt nauw samen met artsen;</li> </ul> </li> </ul>
--	--

7 / 9

CONSEIL FEDERAL DE L'ART INFIRMIER	FEDERALE RAAD VOOR VERPLEEGKUNDE
<i>Avis du Conseil Fédéral de l'Art Infirmier concernant le projet d'avis consultatif du 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 (CSMSMG) concernant l'infirmier de pratique avancée</i>	<i>Advies van de Federale Raad voor Verpleegkunde betreffende het ontwerpadvies van de werkgroep samengesteld uit leden van de Federale Raad voor de Verpleegkunde (FRV), de Technische Commissie voor de Verpleegkunde (TCV) en de Hoge Raad voor Arts Specialisten en Huisartsen (HRGSH) betreffende de verpleegkundig specialist</i>
CFAI/2020/AVIS-04	FRV/2020/ADVIES-04

<p>Annexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avis 2018-03 du CFAI du 8 mai 2018 concernant l'infirmier spécialisé, l'infirmier consultant et l'infirmier de pratique avancée</li> <li>• Profil de fonction et de compétences de l'infirmier de pratique avancée (approuvé par le CFAI en ses séances du 13 juin 2017 et du 8 mai 2018)</li> </ul>	<p>Bijlagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Advies 2018-03 van de FRV van 8 mei 2018 betreffende de gespecialiseerde verpleegkundige, de verpleegkundig consultant en de verpleegkundig specialist</li> <li>• Functie- en competentieprofiel van de verpleegkundig specialist (goedgekeurd door de FRV tijdens de vergaderingen van 13 juni 2017 en van 8 mei 2018)</li> </ul>
--	--

Edgard Peters

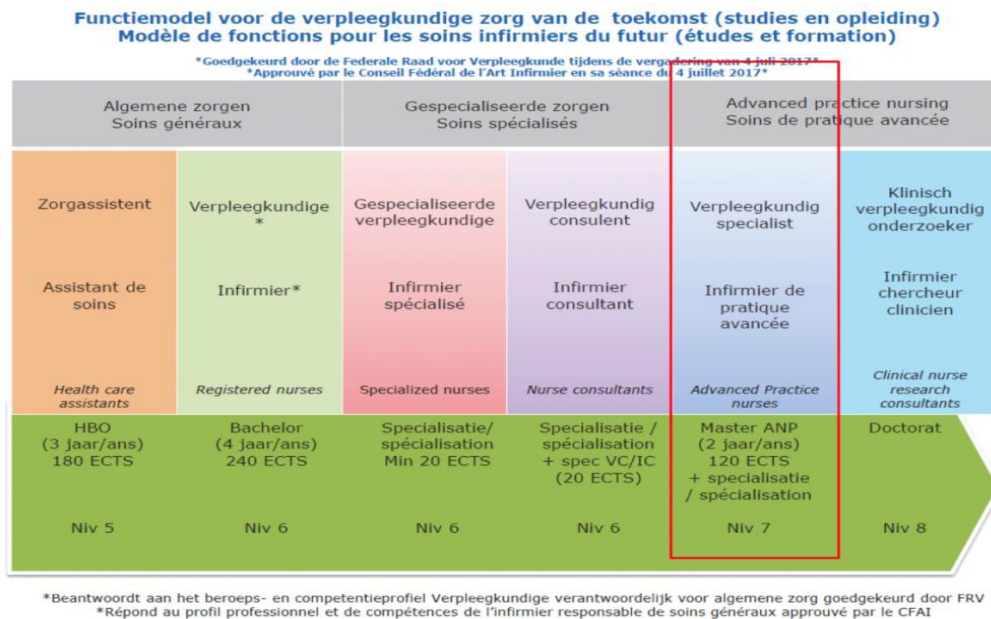


Président du Conseil fédéral de l'art infirmier

Voorzitter van de Federale Raad voor Verpleegkunde

9 / 9

## Annexe 6 : Le modèle de fonctions pour les soins infirmiers du futur (CFAI., 2017)



## Annexe 7 : La description du profil de fonction du CSO aux CUSL



Université catholique de Louvain  
**Cliniques universitaires Saint-Luc**  
 association sans but lucratif

### DESCRIPTION DE FONCTION

#### IDENTIFICATION DE LA FONCTION

Titre de la fonction : Coordinateur de soins en oncologie (CSO)  
 Département : Institut Roi Albert II (IRA II)  
 Service : IRA II/ Groupe multidisciplinaire ...  
 Titre du supérieur : Responsable de la coordination de soins en oncologie  
 Evalueur : Responsable de la coordination de soins en oncologie après concertation avec le responsable du groupe multidisciplinaire ad hoc, le président de l'IRA II et/ou un membre du Collège de Direction de l'IRA II

#### MISSION

Objectif global et raison d'être de la fonction

Le coordinateur de soins en oncologie (CSO) est une personne indispensable dans la prise en charge des patients cancéreux. Cette fonction couvre deux dimensions: la qualité/sécurité de la prise en charge et l'accompagnement du patient et de son entourage.

Le poste de CSO a été initialement créé pour offrir à chaque patient atteint d'une tumeur cancéreuse une prise en charge d'une rigueur égale à celle qui existe pour les patients inclus dans des protocoles de recherche clinique. Sa fonction (servir de fil conducteur) permet un meilleur cheminement du patient entre les différentes étapes de sa mise au point, de son traitement et de son suivi.

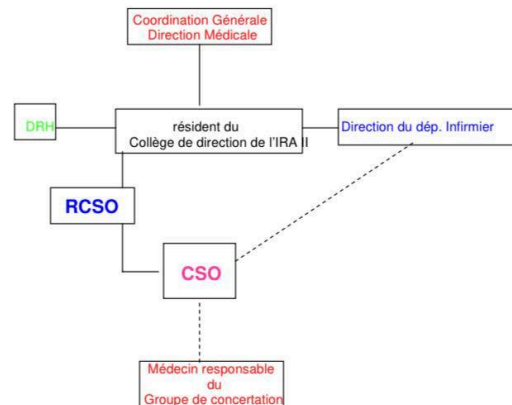
Le CSO a également un rôle de soutien, d'accompagnement du patient ainsi qu'un rôle dans la prévention, l'information et le suivi des patients.

Disponible pour répondre à toutes ses questions, il/elle est la personne clé pour faire le lien entre les différentes phases du traitement et orienter le patient tout en s'assurant d'une bonne compréhension des situations.

Par un meilleur service aux patients, le CSO jouera un rôle déterminant pour une prise en charge de qualité et humaine et ainsi contribuera à l'image de marque et à la visibilité de l'Institut Roi Albert II.

### PLACE DE LA FONCTION DANS L'ORGANIGRAMME

Carte de l'organigramme :



#### Liaison hiérarchique

Le responsable de la coordination de soins en oncologie

#### Liaisons fonctionnelles (transversales, extérieures...):

Un médecin responsable du groupe multidisciplinaire  
 Le CSO a également un lien fonctionnel avec la direction du département infirmier.

## ACTIVITES PRINCIPALES

### Ensemble des responsabilités et des activités – clés de la fonction

Dans l'organisation matricielle de l'IRA II, le CSO assurera la prise en charge globale de tous les patients ayant fait l'objet d'une CMO (concertation multidisciplinaire oncologique). Le médecin référent présentera chaque nouveau patient au CSO du groupe concerné.  
Chaque patient pourra rencontrer le CSO aux différentes étapes définies du trajet de soins. Le patient pourra entrer en contact avec le CSO par téléphone et/ou par e-mail et le CSO veillera à donner une réponse ou un suivi rapide et précis.

### Activités en lien avec le patient

Coordination entre les différents collaborateurs :

- au sein de l'hôpital : pharmacie, imagerie, laboratoire, infirmières, médecins de chaque spécialité, groupes pluridisciplinaires, ...
- à l'extérieur de l'hôpital : patient, famille, médecin traitant, autres institutions, ...

Référence pour les patients tout au long de sa prise en charge : (ne remplace pas les médecins ni les infirmières)

- Etablissement d'une relation de confiance au long court
- Evaluation de la situation, du contexte et des besoins du patient et de sa famille avec détermination des problèmes actuels et/ou potentiels
- Information pertinente et compréhensible par le patient : connaissances médicales, expérience, ...
- Ecoute active et empathie
- Orientation correcte du patient vers le bon intervenant
- Réponse aux questions les plus fréquentes concernant les examens, les interventions, les traitements, les effets secondaires, la maladie, les services d'aide
- Orientation du patient dans les démarches administratives (sans être le remplaçant de l'AIA, de la secrétaire de consultation ou de l'AS)
- Prévention, éducation thérapeutique et suivi de patient, du traitement, aide à la gestion des effets secondaires et rôle de tri (urgences) avec capacité de renvoyer vers le bon intervenant

Veille à la bonne organisation du traitement, du suivi du patient, de la consultation pluridisciplinaire, des critères de prise en charge établis par le groupe pluridisciplinaire (conformité par rapport aux 'guidelines')

### Autres activités

Organisation des réunions pluridisciplinaires et suivis

Encodage et rédaction régulière des conclusions des rapports de CMO suivis de la validation et envoi sans délais au service de facturation

Participation à la rédaction des 'guidelines' (lignes de conduites) du groupe pluridisciplinaire

Participation à la mise à jour des 'guidelines' du groupe de concertation pluridisciplinaire

Encodage des informations nécessaires vers le Registre national du cancer pour tous les patients ayant fait l'objet d'une CMO.

Responsable des procédures pour les traitements à usage compassionnel, pour les patients pris en charge au sein du groupe de concertation.

Participation active au développement d'itinéraires cliniques

Optimisation des processus organisationnels liés à la prise en charge du patient

De manière ponctuelle, en cas d'absence pour congé ou maladie d'un collègue, remplacement de collègue après accord du responsable de la coordination de soins en oncologie.

## PROFIL DE COMPETENCES

### Qualifications requises (diplôme(s), formations, connaissances spécifiques,...) :

Le candidat a suivi un enseignement supérieur de type court dans le domaine infirmier.

Connaissances de base en cancérologie.

La spécialisation en oncologie est un atout

Le certificat universitaire de « Coordination de Soins en Oncologie » est un atout

La connaissance des langues (Anglais/Néerlandais) est un atout.

Notions scientifiques de base permettant une participation active dans l'élaboration, la rédaction et le suivi des guidelines du groupe de concertation.

Notions de base en informatique (Suite Windows, Traitement de texte, Base de données, Tableaux, ...)

### Expérience requise (savoir-faire):

Une expérience préalable dans le milieu hospitalier et particulièrement dans le domaine de la cancérologie au sens large est appréciable.

### Attitudes comportementales (savoir-être):

La capacité de travailler de manière autonome mais aussi au sein d'un groupe pluridisciplinaire ainsi qu'avec les autres collègues CSO et CRCM est indispensable.

Une importance particulière sera accordée aux qualités humaines et relationnelles (Compétences communicationnelles), au sens de l'empathie, à la curiosité intellectuelle, à la capacité de remise en question, à la rigueur, à l'esprit d'initiative, à la ponctualité, au sens des responsabilités et de l'organisation et à l'aptitude à réévaluer de façon quotidienne les priorités.

La fonction ne peut s'envisager sans l'acceptation d'un certain degré de flexibilité.

# Annexe 8 : La description du profil de fonction de l'infirmier ressource en oncologie aux CUSL



## Description de Fonction

### IDENTIFICATION DE LA FONCTION

**Titre de la fonction :** Infirmier Ressource senior (IRS)  
**Département :** Département Infirmier (DI)  
**Service:** Fonction transversale institutionnelle  
**Titre du responsable hiérarchique :** Cadre Infirmier de Département (CID)  
**Titre de l'évaluateur<sup>1</sup> :**

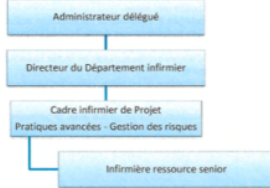
### MISSION

L'infirmier Ressource Senior (IRS) a une quintuple fonction :

- Innovateur
- Coach
- Leader clinique
- Conseiller politique
- Chercheur

Il se différencie de l'infirmier ressource junior et des autres infirmières par une approche organisée par projets et par degré de complexité de la dispensation des soins. Il réalise des tâches infirmières hautement spécialisées et complexes. Il a des compétences supplémentaires en matière de coordination des soins, d'éducation patient/client, d'autogestion, de responsabilisation et de soins psycho-sociaux.

### ORGANIGRAMME ET LIENS FONCTIONNELS



<sup>1</sup> si différent du responsable hiérarchique

- Prodiger des soins personnalisés basés sur le raisonnement clinique et selon un plan de soins tenant compte des besoins spécifiques et des capacités du patient/client et de son entourage
- Organiser, coordonner et contrôler la diffusion et la transmission de l'information auprès des patients et leurs proches
- Mettre en œuvre les actions nécessaires en vue de la gestion préventive des risques

#### 2. Rôle dans le processus de formation

- Participer à l'organisation de la formation théorique et pratique d'un groupe cible bien défini (médecins, infirmiers, patients/clients, aidants proches, Ecoles, Associations de patients) :
  - Signaler les besoins de formation
  - Contribuer à l'expertise des infirmiers et autres professionnels
  - Organiser la formation clinique dans son domaine d'expertise
- Participer activement à l'élaboration des programmes de formation des infirmiers et autres professionnels de la santé dans son domaine d'expertise
- Se présenter comme référent pour une nouvelle pratique infirmière
- S'assurer que les soins dispensés sous sa responsabilité par un stagiaire en soins infirmiers ou en formation, dans son domaine de compétence, soient conformes aux plans de soins, aux ordres médicaux, à la démarche en soins, aux politiques et procédures établies

#### 3. Promotion de la santé

- Donner dans un cadre structuré, de l'éducation et des conseils aux patients/clients et à leurs aidants proches afin de promouvoir des comportements sains, des diagnostics et des processus de soins
- Conseiller et soutenir le patient/client dans un retour ou un maintien d'une qualité de vie
- Collaborer avec d'autres professionnels auprès des organismes gouvernementaux, régionaux, des groupes de soutien pour la promotion de la santé et les intérêts des patients/clients

#### 4. Promotion de la qualité

- Donner des conseils sur le choix des matériaux et équipements dans son domaine d'expertise
- Constater et analyser les événements dans les soins de santé qui nécessitent une amélioration de la qualité et les signaler aux responsables des soins infirmiers
- Initier, coordonner et/ou participer activement à des recherches
- Partager les résultats des recherches avec des collègues et/ou d'autres intervenants
- Induire la culture de son domaine d'expertise

#### 5. Communication

- Développer du matériel pédagogique et d'information pour le patient/client.
- Utiliser et maîtriser les nouvelles technologies de communication
- Assurer régulièrement des réunions d'équipe s'il y a plusieurs personnes qui ont le même domaine d'expertise
- Participer et organiser des réunions thématiques régulières en coordination avec les équipes médicales et paramédicales, en vue d'une prise en charge de qualité du patient
- Organiser des feedbacks inhérents à la gestion au Cadre infirmier.

### PROFIL DE COMPÉTENCES

#### Savoir et Savoir-faire :

- Diplôme(s), Certificat(s), Agrément(s), ou autres requis pour la fonction
  - Bachelier en soins infirmiers
  - Master en Santé Publique ou Diplôme d'École des cadres
  - Avoir réussi la formation dans son domaine de compétence si elle existe en Belgique ou à l'étranger

### Liens fonctionnels

L'IRS entretient des relations fonctionnelles avec :

- le médecin chef de département, de service,
- les médecins associés, les paramédicaux et tous les intervenants auprès du patient
- les services financiers, administratifs et logistiques

### ETENDUE DES RESPONSABILITES

L'infirmier ressource senior :

- ✓ adhère à la philosophie et aux missions des Cliniques Universitaires Saint Luc et à la vision des soins infirmiers du Département infirmier.
- ✓ Il se conforme au règlement de travail des Cliniques et respecte les politiques et procédures établies.
- ✓ Il respecte les valeurs institutionnelles (Coopération, Respect, Qualité et Excellence, Ouverture au Changement, Responsabilités).
- ✓ Il respecte la législation se rapportant à la pratique professionnelle, aux droits du patient, à la protection de la vie privée, aux règles de déontologie professionnelle, d'éthique ainsi que du secret professionnel.
- ✓ Il se préoccupe du respect de l'image de marque de son service et de l'institution.
- ✓ Il est soucieux de sa propre formation.
- ✓ Il poursuit un objectif de qualité et de sécurité dans l'accomplissement de sa fonction et contribue à fournir le meilleur service au patient.
- ✓ Avec son responsable hiérarchique, il est responsable de l'utilisation optimale des moyens en vue d'assurer des soins infirmiers de qualité.
- ✓ Il participe aux réunions mensuelles des infirmières ressources
- ✓ Il participe aux réunions multidisciplinaires où sa présence est requise ou souhaitée
- ✓ Il rédige un rapport d'activité une fois par an, comprenant :
  - Un bilan de l'activité écoulée par rapport aux objectifs, aux activités réalisées et au nombre de patients suivis
  - Des indicateurs spécifiques liés au domaine
  - Les objectifs pour l'année suivante

### ACTIVITES PRINCIPALES

#### 1. Responsabilité dans le processus de soins

- Fournir et coordonner les soins spécialisés aux patients/clients en mettant un accent particulier sur l'éducation, le soutien à l'autogestion, l'autonomisation et la fonction conseil
- Détecter des nouveaux besoins et problèmes et développer des nouvelles approches ou interventions
- Promouvoir la continuité et la qualité des soins
- Soutenir la prise de décision partagée et favoriser la participation active du patient
- Organiser et pratiquer de manière autonome des consultations infirmières dans le trajet de soins en étroite collaboration avec les autres professionnels de la santé
- Référer le patient au besoin à d'autres professionnels et porter l'attention voulue au maintien de la continuité des soins
- Contribuer à l'élaboration, l'actualisation et au renouvellement des contenus des processus de soins dans son domaine d'expertise
- Etablir une relation de soins éthique et déontologique avec le patient/client dans un climat de confiance et de sécurité
- Rédiger et tenir à jour les procédures de soins dans son domaine de compétence et encadrer l'IR « Junior » dans ce domaine, selon l'Evidence Based Nursing (EBN) ou Medicine (EBM)

➢ Expérience requise (dans la fonction, en management, en gestion de projets, etc.) :

- Expérience professionnelle de 5 ans en milieu hospitalier en qualité de praticien infirmier
- Expérience de 3 ans (de préférence ETP ou min. 75%) comme IRJ dans le même domaine de compétences

- Autres connaissances requises (logiciels informatiques, langues, etc.)

- Français impeccable, tant à la rédaction qu'à l'oral.
- Le néerlandais et l'anglais sont des atouts.
- Aptitudes aux outils informatiques.

- Autres compétences :

- Communication orale / écrite :
  - Etre capable de présenter un exposé scientifique.
  - Etre capable de synthétiser une situation, un exposé, un texte et d'en rédiger un rapport.
  - Documenter ses écrits et présenter une information complète.
  - Etre capable de transmettre un message de manière claire, complète et précise.
  - Optimiser la collaboration et la communication réciproque au sein de l'équipe multidisciplinaire, les médecins traitants et les professionnels des soins à domicile.
  - Ajuster son langage à la situation et à l'auditoire, communiquer efficacement aux divers niveaux hiérarchiques de l'institution.
  - Encadrer et superviser les IRJ (Infirmiers Ressources Juniors) dans ce sens en stimulant leur participation active à divers congrès ou séminaires ;

#### Savoir-être :

##### Aptitudes managériales ou autres

- Sens des responsabilités
- Ouverture au changement
- Sens de l'organisation et de la continuité des soins
- Capacité d'encadrement et de coordination des différents IR selon la taille de l'équipe
- Sens du travail en équipe pluridisciplinaire
- Créativité, animation d'équipe
- Gestion du stress
- Capacité de prendre des décisions, gestion de l'imprévu et de l'urgence
- Bonne connaissance des différentes structures de la filière et des services institutionnels ou externes pertinents
- Esprit d'initiative

##### Aptitudes relationnelles

- Capacités relationnelles et maîtrise de soi
- Empathie, énergie positive
- Aptitude à communiquer, négocier et fédérer autour de projets

##### Aptitudes intellectuelles

- Bonne connaissance de soi et confiance personnelle,
- Assertivité
- Capacité à se remettre en question et d'adapter
- Sens de l'éthique
- Capacité d'observation, de discernement et de jugement
- Volonté de perfectionnement professionnel

### SPECIFICITES DE LA FONCTION

Horaires (+ week-end éventuel) :

Horaires essentiellement de jour compris entre 07h00 et 19h00.  
Pas de pontage.  
Participation possible à des activités se déroulant à l'extérieur.

**Annexe 9 :** Les activités de l'IPA provenant d'observations lors de mon stage et de la littérature scientifique.

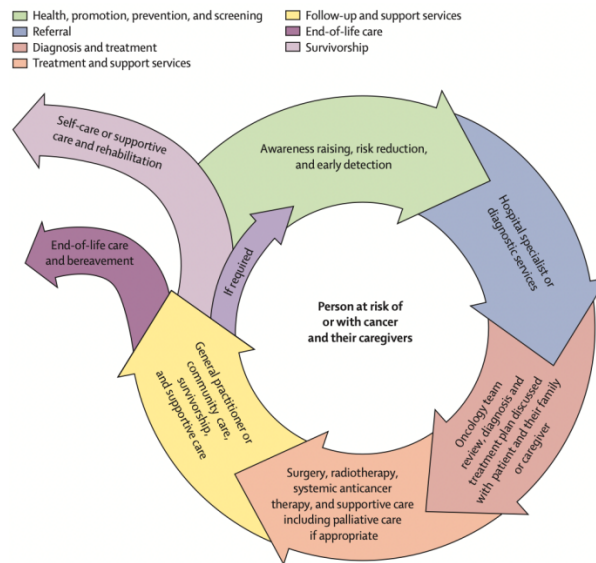


Figure 3: Care cancer continuum (Young., 2020).

Sur base de mes observations faites lors de mon stage d'observation, j'ai pu relever des pratiques existantes tout au long de ce « Care cancer continuum » comme :

- Être présent lors de l'annonce du diagnostic : accompagnement, soutien et explication pour le patient et son entourage
- Planification du bilan d'extension : le CSO prend les rendez-vous pour les examens médicaux et explique les consignes s'il y en a à respecter
- 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, patient qui a de gros effets secondaires (par exemple : 8 à 10 diarrhées par jour)
- Être la personne évaluant les situations problématiques à référer au médecin et/ou demandant une hospitalisation
- Suivre les patients hospitalisés : que ce soit des nouveaux patients qui débutent leurs traitements ou des patients qui viennent pour traiter les effets secondaires de leurs traitements oncologiques
- Suivre des patients sous chimiothérapie orale, à distance ou non, pour évaluer la bonne intégration, résistance du produit ?

- Évaluer l'état clinique du patient, analyser sa biologie afin de poursuivre ou non son traitement de chimiothérapie orale
- Prescrire la continuité du traitement de chimiothérapie orale si tout est en ordre, avec l'accord de l'oncologue
- Collaborer avec les différents prestataires de soins : psychologues, assistants sociaux, kinésithérapeutes, etc.
- Être la personne faisant le lien entre le domicile et l'hôpital : contact avec les familles, les infirmiers à domicile, les maisons de repos, les médecins traitants, les structures palliatives, etc.
- Préparer les concertations oncologiques multidisciplinaires (COM)
- Réagir aux demandes émanant des COM : mise en place d'un Port-à-Cath, nécessité de prise de rendez-vous pour réaliser un PET-SCAN ou une entrevue pour parler d'une progression de la maladie, etc.
- Implanter des nouveaux projets afin d'améliorer la prise en charge du patient
- Utilisation des outils d'évaluation ou de communication pour améliorer la prise en charge du patient oncologique

En me basant sur la littérature, j'ai pu recensé des activités que l'infirmier de pratique avancée en oncologie devrait assurer, telles que :

- *Réaliser une évaluation des besoins et l'organisation de la sortie du patient (Yatim., et al., 2020)*
- *Suivre des patients et gérer des alertes cliniques à distance (Yatim., et al., 2020)*
- *Expliquer le protocole et les techniques de soins (Yatim., et al., 2020)*
- *Aider à la compréhension et à la gestion du parcours de soins (Yatim., et al., 2020)*
- *Alerter sur des problèmes techniques liés à la réalisation des soins (Yatim., et al., 2020)*
- *Collecter et transmettre des données du dossier patient (Yatim., et al., 2020)*
- *Avoir un certain leadership clinique et managérial (Cook et al., 2013)*
- *Mobiliser des réseaux de professionnels (Allen., 2014 ; Bloch et al., 2011)*
- *L'IPA peut offrir des examens diagnostiques complexes pour améliorer l'accès aux soins, de même que la coordination des soins entre les équipes, particulièrement quand le diagnostic est urgent (Campbell., et al., 2020)*

- *Identifier, développer et soutenir des rôles, des pratiques et des procédures cliniques complexes pour appuyer les programmes et les équipes de services spécialisés en oncologie (Campbell.,et al., 2020)*
- *L'IPA peut offrir des services de santé mentale aux patients atteints de cancer, ce qui peut améliorer le bien-être psychologique et social découlant de leurs besoins de santé mentale. Ces services peuvent prendre la forme d'aide psychologique, de psychothérapie, de soutien et d'aiguillage vers d'autres ressources (Campbell.,et al., 2020)*
- *L'IPA peut offrir des soins de soutien complémentaire, notamment pour répondre aux besoins particuliers en matière de fertilité, de santé sexuelle et de besoins psychosociaux complexes (Campbell.,et al., 2020)*
- *L'IPA peut offrir des soins alternatifs et complémentaires aux patients en clinique externe pour les soutenir et les aider à contrôler leurs symptômes (Campbell.,et al., 2020)*
- *L'IPA peut prodiguer des soins alternatifs, complémentaires et complexes pour le contrôle des symptômes et les soins palliatifs. Dans ce rôle, l'IPA offre soins de soutien dans tous les milieux de soins externes, particulièrement pour les patients dont la maladie est avancée (Campbell.,et al., 2020)*
- *L'IPA navigue, informe et accompagne les patients atteints de cancer pour prévenir, détecter et faire face aux conséquences de leur maladie et de leur traitement (Decadt., et al., 2020)*
- *L'IPA en oncologie offre des soins de survie à la transition entre le traitement et le suivi, dépiste les besoins supplémentaires et oriente les professionnels de santé adéquats (Decadt., et al., 2020)*
- *L'IPA offre un enseignement et un encadrement aux infirmiers en oncologie impliquées dans l'éducation des patients et l'accompagnement à l'autogestion pendant le traitement du cancer (Decadt., et al., 2020)*
- *L'IPA évalue les besoins de formation des infirmiers en matière de développement professionnel et développe des outils pour soutenir ces soins (Decadt., et al., 2020)*
- *L'IPA peut conseiller des infirmiers en oncologie ou des oncologues par rapport à des accès veineux, l'utilisation du système de refroidissement du cuir chevelu pour prévenir la chute des cheveux (Decadt., et al., 2020)*

- *Après la COM, l'IPA initie une réunion interprofessionnelle pour discuter des objectifs de soins et de l'accompagnement d'un patient débutant un traitement (Decadt., et al., 2020)*
- *L'IPA est engagé dans un groupe de travail multiprofessionnel afin d'élaborer des lignes directrices sur les soins en vue d'en améliorer la qualité (gestion de projets) (Decadt., et al., 2020)*
- *L'IPA collabore avec les multiples praticiens de santé (au sein d'une structure hospitalière ou avec une équipe de première ligne) afin d'optimiser la gestion des sorties des patients atteints de cancer (Decadt., et al., 2020)*
- *L'IPA développe et évalue un programme éducatif combinant des conseils pour organiser l'éducation et le suivi des patients atteints d'un cancer (de manière individuelle ou en groupe) (Decadt., et al., 2020)*
- *L'IPA collabore activement dans des associations professionnelles pour influencer l'élaboration des politiques et les nouvelles réglementations concernant l'IPA (par exemple, conseils sur les aspects juridiques concernant l'élaboration de l'arrêté royal sur l'IPA) (Decadt., et al., 2020)*
- *L'IPA assure le suivi de nouvelles preuves dans les soins de support des soins et élabore un protocole sur des données probantes et met en œuvre de nouvelles données probantes dans sa pratique quotidienne (par exemple, les soins et le suivi de plaies en radiothérapie-oncologie) (Decadt., et al., 2020)*
- *L'IPA explore les sujets concernant le patient dans sa globalité (par exemple, la sexualité). (Decadt., et al., 2020)*
- *L'IPA prend en compte la volonté des patients et explore les demandes d'euthanasie ou de soins palliatifs (Decadt., et al., 2020)*
- *Lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des lignes directrices sur les antiémétiques, l'IPA tient compte des répercussions financières pour le patient (Decadt., et al., 2020)*
- *L'IPA reconnaît sa détresse morale ou celle des autres soignants et met en place des stratégies pour enseigner la réflexion éthique (Decadt., et al., 2020)*

## Annexe 10 : L'accord du comité d'éthique

### FORMULATION de l'AVIS DU CEHF

**Titre de l'expérimentation : Comment développer la pratique de l'infirmière avancée dans des systèmes de soins oncologiques ?**

**Référence du CEHF: 2021/15NOV/474 (à mentionner lors de toute correspondance ultérieure)**

**N° d'enregistrement belge : B 403 /**

**Investigateur Responsable : MACQ Jean**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Etude rétrospective                              |
| <input type="checkbox"/> Etude sur matériel corporel humain résiduel      |
| <input type="checkbox"/> Création d'une base données / Registre           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Analyse de pratiques professionnelles |

Le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain a bien reçu, examiné l'ensemble des documents relatifs au projet de recherche susmentionné :

- Formulaire de soumission simplifiée
- Document d'information et de consentement (DIC)
- Résumé de l'expérimentation
- Protocole
- Questionnaire – enquête
- CV de l'investigateur principal (MEURILLON Célia)
- Conditions financières / de transfert
- Questionnaire 1 RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données)
- Autre(s): Guide d'entretien

---


#### L'avis du CEHF est

**favorable**: le projet peut être initié

*En cas d'étude rétrospective : Aucun contact avec les patients n'est autorisé*

**défavorable** : le projet ne peut pas être initié

justification :

Date et signature : Professeur J.M. MALOTEAUX Président CEHF

13.12.2021

## Annexe 11 : Le questionnaire envoyé à l'équipe des CSO des CUSL

### ***Questionnaire sur les activités infirmières en oncologie***

Dans le cadre de mon mémoire, j'ai comme projet d'identifier les recommandations pour introduire l'infirmier(e) de pratique avancée en oncologie dans le service de coordination des CUSL. Dans un premier temps, j'ai réalisé un questionnaire anonyme qui me permettra de récolter votre avis sur les activités que vous effectuez déjà et si ces dernières relèvent de la pratique avancée, ou non.

Pour ce faire, je vous demande de cocher la case correspondant à votre choix pour chaque activité énoncée ; « est-ce que c'est quelque chose que vous réalisez ou non, en tant que CSO? ».

Ensuite, je vous demande de cocher si cette activité relève de votre rôle ou non ; est-ce une activité qui devrait faire partie de votre fonction ou est-elle/devrait-elle être réalisée par un autre praticien ?

Pour conclure ce questionnaire, s'il y a des activités que vous ne réalisez pas en tant que CSO, je vous demande de répondre à la question : « est-ce que vous seriez prêt(e) à le faire en tant qu'IPA ? » en cochant la case oui ou non.

Les activités recensées proviennent d'observations effectuées lors de mon stage et de la littérature scientifique. Elles sont énoncées de manière aléatoire afin de ne pas vous influencer. Cependant, je les regrouperai dans des catégories par la suite.

Le but de ce questionnaire est de faire un état des lieux de la situation actuelle de vos activités professionnelles et de cibler les recommandations à creuser. Dans un second temps, des entretiens semi-dirigés seront établis afin d'analyser en détail vos retours reçus. De cette manière, lors des entrevues, vous pourrez donner des explications ou émettre des critiques quant aux activités proposées.

Faculté de santé publique

Année académique 2021-2022

Célia Meurillon

Dans quel secteur de coordination en oncologie travaillez-vous ? (dans quelle pathologie) :

<b><i>Activités</i></b>	<b><i>En tant que CSO</i></b>			<b><i>Cette activité relève de votre rôle actuel</i></b>		<b><i>Si vous ne faites pas cette activité en tant que CSO, Seriez-vous prêt(e) à le faire en tant qu'IPA ?</i></b>	
	<b><i>Je le fais déjà</i></b>	<b><i>Je ne le fais pas</i></b>	<b><i>Je le fais en partie</i></b>	<b><i>Oui</i></b>	<b><i>Non</i></b>	<b><i>Oui</i></b>	<b><i>Non</i></b>
Être présent lors de l'annonce du diagnostic : accompagnement, soutien et explication pour le patient et son entourage							
Planification du bilan d'extension : le CSO prend les rendez-vous pour les examens médicaux et explique les consignes s'il y en a à respecter							
Planification du planning thérapeutique : organisation du traitement, en fonction du patient et de son contexte de vie							

Faculté de santé publique

Année académique 2021-2022

Célia Meurillon

Être la personne de référence, même à distance, en cas d'urgence : patient qui a de la température, patient qui a de gros effets secondaires (par exemple : 8 à 10 diarrhées par jour)							
Être la personne évaluant les situations problématiques à référer au médecin et/ou demandant une hospitalisation							
Suivre les patients hospitalisés : que ce soit des nouveaux patients qui débutent leurs traitements ou des patients qui viennent pour traiter les effets secondaires de leurs traitements oncologiques							
Suivre des patients sous chimiothérapie orale, à distance ou non, pour évaluer la bonne intégration, résistance du produit ?							
Évaluer l'état clinique du patient, analyser sa biologie afin de poursuivre ou non son traitement de chimiothérapie orale							

Faculté de santé publique

Année académique 2021-2022

Célia Meurillon

Prescrire la continuité du traitement de chimiothérapie orale si tout est en ordre, avec l'accord de l'oncologue							
Collaborer avec les différents prestataires de soins : psychologues, assistants sociaux, kinésithérapeutes, etc.							
Être la personne faisant le lien entre le domicile et l'hôpital : contact avec les familles, les infirmiers à domicile, les maisons de repos, les médecins traitants, les structures palliatives, etc.							
Préparer les concertations oncologiques multidisciplinaires (COM)							
Réagir aux demandes émanant des COM : mise en place d'un Port-à-Cath, nécessité de prise de rendez-vous pour réaliser un PET-SCAN ou une entrevue pour parler d'une progression de la maladie, etc.							
Implanter des nouveaux projets afin d'améliorer la prise en charge du patient							

Faculté de santé publique

Année académique 2021-2022

Célia Meurillon

Utilisation des outils d'évaluation ou de communication pour améliorer la prise en charge du patient oncologique							
<i>Réaliser une évaluation des besoins et l'organisation de la sortie du patient (Yatim., et al., 2020)</i>							
<i>Suivre des patients et gérer des alertes cliniques (Yatim., et al., 2020)</i>							
<i>Expliquer le protocole et les techniques de soins (Yatim., et al., 2020)</i>							
<i>Aider à la compréhension et à la gestion du parcours de soins (Yatim., et al., 2020)</i>							
<i>Alerter sur des problèmes techniques liés à la réalisation des soins (Yatim., et al., 2020)</i>							
<i>Collecter et transmettre des données du dossier patient (Yatim., et al., 2020)</i>							
<i>Avoir un certain leadership clinique et managérial (Cook et al., 2013)</i>							
<i>Mobiliser des réseaux de professionnels</i>							

Faculté de santé publique

Année académique 2021-2022

Célia Meurillon

(Allen., 2014 ; Bloch et al., 2011)							
<i>L'IPA peut offrir des examens diagnostiques complexes pour améliorer l'accès aux soins, de même que la coordination des soins entre les équipes, particulièrement quand le diagnostic est urgent (Campbell.,et al., 2020)</i>							
<i>Identifier, développer et soutenir des rôles, des pratiques et des procédures cliniques complexes pour appuyer les programmes et les équipes de services spécialisés en oncologie (Campbell.,et al., 2020)</i>							
<i>L'IPA peut offrir des services de santé mentale aux patients atteints de cancer, ce qui peut améliorer le bien-être psychologique et social découlant de leurs besoins de santé mentale. Ces services peuvent prendre la forme d'aide psychologique, de psychothérapie, de soutien et d'aiguillage vers d'autres ressources (Campbell.,et al., 2020)</i>							

Faculté de santé publique

Année académique 2021-2022

Célia Meurillon

<i>L'IPA peut offrir des soins de soutien complémentaire, notamment pour répondre aux besoins particuliers en matière de fertilité, de santé sexuelle et de besoins psychosociaux complexes (Campbell,,et al., 2020)</i>							
<i>L'IPA peut offrir des soins alternatifs et complémentaires aux patients en clinique externe pour les soutenir et les aider à contrôler leurs symptômes (Campbell,,et al., 2020)</i>							
<i>L'IPA peut prodiguer des soins alternatifs, complémentaires et complexes pour le contrôle des symptômes et les soins palliatifs. Dans ce rôle, l'IPA offre soins de soutien dans tous les milieux de soins externes, particulièrement pour les patients dont la maladie est avancée (Campbell,,et al., 2020)</i>							
<i>L'IPA navigue, informe et accompagne les patients atteints de cancer pour prévenir,</i>							

Faculté de santé publique

Année académique 2021-2022

Célia Meurillon

<i>détecter et faire face aux conséquences de leur maladie et de leur traitement (Decadt., et al., 2020)</i>							
<i>L'IPA en oncologie offre des soins de survie à la transition entre le traitement et le suivi, dépiste les besoins supplémentaires et oriente les professionnels de santé adéquats (Decadt., et al., 2020)</i>							
<i>L'IPA offre un enseignement et un encadrement aux infirmiers en oncologie impliqués dans l'éducation des patients et l'accompagnement à l'autogestion pendant le traitement du cancer (Decadt., et al., 2020)</i>							
<i>L'IPA évalue les besoins de formation des infirmiers en matière de développement professionnel et développe des outils pour soutenir ces soins (Decadt., et al., 2020)</i>							
<i>L'IPA peut conseiller des infirmiers en oncologie ou des oncologues par rapport à</i>							

Faculté de santé publique

Année académique 2021-2022

Célia Meurillon

<i>des accès veineux, l'utilisation du système de refroidissement du cuir chevelu pour prévenir la chute des cheveux (Decadt., et al., 2020)</i>							
<i>Après la COM, l'IPA initie une réunion interprofessionnelle pour discuter des objectifs de soins et de l'accompagnement d'un patient débutant un traitement (Decadt., et al., 2020)</i>							
<i>L'IPA est engagé dans un groupe de travail multiprofessionnel afin d'élaborer des lignes directrices sur les soins en vue d'en améliorer la qualité (gestion de projets) (Decadt., et al., 2020)</i>							
<i>L'IPA collabore avec les multiples praticiens de santé (au sein d'une structure hospitalière ou avec une équipe de première ligne) afin d'optimiser la gestion des sorties des patients atteints de cancer (Decadt., et al., 2020)</i>							
<i>L'IPA développe et évalue un programme</i>							

Faculté de santé publique

Année académique 2021-2022

Célia Meurillon

<i>éducatif combinant des conseils pour organiser l'éducation et le suivi des patients atteints d'un cancer (de manière individuelle ou en groupe) (Decadt., et al., 2020)</i>							
<i>L'IPA collabore activement dans des associations professionnelles pour influencer l'élaboration des politiques et les nouvelles réglementations concernant l'IPA (par exemple, conseils sur les aspects juridiques concernant l'élaboration de l'arrêté royal sur l'IPA) (Decadt., et al., 2020)</i>							
<i>L'IPA assure le suivi de nouvelles preuves dans les soins de support des soins et élabore un protocole sur des données probantes et met en œuvre de nouvelles données probantes dans sa pratique quotidienne (par exemple, les soins et le suivi de plaies en radiothérapie-oncologie) (Decadt., et al., 2020)</i>							

Faculté de santé publique

Année académique 2021-2022

Célia Meurillon

<i>L'IPA explore les sujets concernant le patient dans sa globalité (par exemple, la sexualité). (Decadt., et al., 2020)</i>							
<i>L'IPA prend en compte la volonté des patients et explore les demandes d'euthanasie ou de soins palliatifs (Decadt., et al., 2020)</i>							
<i>Lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des lignes directrices sur les antiémétiques, l'IPA tient compte des répercussions financières pour le patient (Decadt., et al., 2020)</i>							
<i>L'IPA reconnaît sa détresse morale ou celle des autres soignants et met en place des stratégies pour enseigner la réflexion éthique (Decadt., et al., 2020)</i>							

Avez-vous des remarques éventuelles ?

## Annexe 12 : Le guide d'entretien

### Guide entretien

**Intro** : Bonjour, merci d'avoir accepté de me rencontrer. Avec votre accord, j'aimerais appuyer mes résultats avec vos propos qui resteront anonymes. Pour vous remettre en situation : dans le cadre de mon mémoire, j'aimerais élaborer les recommandations qui permettraient l'implémentation de la fonction « infirmière de pratique avancée ». Mon objectif aujourd'hui, en vous interviewant, est de compléter et d'affiner, de confirmer ou d'infirmer, de manière qualitative mes résultats obtenus lors de l'analyse quantitative des questionnaires. Il n'y a aucune bonne ou mauvaise réponse. N'hésitez donc surtout pas à me répondre spontanément. Cet entretien devrait durer maximum 1 heure.

- Présentation
  - o En quelques mots pouvez-vous vous présenter? votre formation ? votre expérience professionnelle ?
  - o Depuis combien de temps travaillez-vous dans le domaine de l'oncologie ? en tant que CSO ?
  - o Actuellement, dans quel domaine de l'oncologie travaillez-vous spécifiquement ?
  - o Pouvez-vous me détailler votre poste actuel et en quoi consiste celui-ci au sein de l'institution ?
- Connaissance du sujet de manière théorique
  - o Est-ce que vous connaissez la fonction « pratique avancée » ?
  - o Quelles sont les compétences nécessaires à avoir pour cette fonction ?
  - o Quelle collaboration ? entre professionnels/services ?
- Résultats obtenus du questionnaire
  - o Avez-vous répondu au questionnaire ?
  - o De manière générale, qu'avez-vous pensé des activités relevées dans ce questionnaire ?
  - o Est-ce qu'elles peuvent correspondre à l'idée que vous vous faites de l'IPA en oncologie ? Dans le cas contraire, pourquoi pas ?

Des résultats obtenus du questionnaire, on remarque une homogénéité dans les compétences pour la communication, promotion de la santé. Comment pouvez-vous l'expliquer ?

On remarque aussi une disparité de réponse pour certaines activités relevant des rôles et compétences. Je vais me focaliser sur celles-ci.

- ⇒ Pour commencer, concernant une des compétence (*Rôle expert clinique*), il y a une grande disparité dans les réponses, notamment sur le fait d'agir de manière autonome pour l'élaboration d'un plan de traitement pour le patient ; Qu'en pensez-vous ?

Si besoin, énoncer des exemples d'activités comme :

- o Planification d'exams diagnostiques complexes pour améliorer l'accès aux soins, particulièrement en urgences si besoin
- o Planification d'exams pour le bilan d'extension et explication de celui-ci
- o Prescription de la continuité du traitement de chimiothérapie orale si tout est en ordre, avec l'accord de l'oncologue

Dans cette même compétence, on remarque une divergence dans les résultats concernant l'implication dans le processus de raisonnement clinique et de prise de décision concernant le patient avec d'autres praticiens ; Que pouvez-vous me dire là-dessus ?

Si besoin, énoncer des exemples d'activités comme :

- Après COM, discuter et interagir avec les professionnels de la santé pour évaluer les objectifs du patient, les besoins et le début du traitement

Au vu des résultats sur une autre compétence (**Leadership - Organisateur de soins de santé de qualité et leader de l'innovation**), on voit des réponses diverses concernant la mise en place de procédures pour le patient, pour la qualité etc. Comment expliquez-vous cela ?

Si besoin, énoncer des exemples d'activités comme :

- Identifier, développer et soutenir des rôles, des pratiques et des procédures complexes afin d'améliorer la prise en charge et les équipes spécialisées en oncologie

Dans une autre compétence (**éthique**) ; certains résultats montrent que ce n'est pas à l'IPA en oncologie d'avoir une réflexion éthique. Qu'en pensez-vous ?

Si besoin, énoncer des exemples d'activités comme :

- Réflexion éthique : tenir compte de la détresse morale ; celle du patient, des équipes et de la sienne
- Prodiguer des soins, être présent dans le domaine des soins palliatifs
- Soulager, contrôler les symptômes dans le cadre des soins palliatifs
- Trouver d'autres alternatives

D'autres résultats divergent concernant la collaboration interprofessionnelle, que pouvez-vous me dire à ce sujet ? ( compétence **collaboration**)

Si besoin, énoncer des exemples d'activités comme :

- Gestion de la sortie des patients
- L'IPA dépiste les besoins supplémentaires et oriente vers les professionnels adéquats
- Réaliser une évaluation des besoins et l'organisation de la sortie du patient
- Tenir compte des répercussions financières pour le patient
- Collaborer avec des associations professionnelles

Pour finir, j'aimerais savoir si dans votre pratique actuelle, vous vous basez sur des **données probantes** ? Est-ce que pour vous, l'IPA doit se baser sur des données probantes ? Dans quel cas ? Avez-vous un exemple ?

Si besoin, énoncer des exemples d'activités comme :

- Se baser sur des données probantes dans sa pratique quotidienne
- Réaliser un article
- Évaluer les soins existants et créer des procédures sur base des données probantes
- Élaboration dans un groupe de travail multidisciplinaire pour élaborer des lignes directrices en vue d'améliorer la qualité
- Suivre des patients et gérer des alertes cliniques

- Développer des outils pour soutenir ces soins
- Questions relatives avec leurs pratiques actuelles :
  - Est-ce que vous pensez que l'infirmier CSO relève de la pratique avancée ?
  - Pourquoi ? Quelles sont vos actions quotidiennes vous reliant à cette fonction ?
  - Quels sont les bénéfices que cette fonction pourrait apporter ?
  - Quels sont les inconvénients que cette fonction pourrait amener ?
- Des propositions/avis personnel
  - Selon les résultats du questionnaire, certaines de ces activités seraient réalisées par des membres de votre équipe s'ils étaient IPA, comment pouvez-vous expliquer cela ? Quelles sont les raisons qui pourraient expliquer cela ?
  - Est-ce que vous seriez prêt à mettre ces actions en place dans votre pratique quotidienne ?
  - Est-ce que vous pensez qu'il serait nécessaire d'avoir une formation de niveau Master ?

Dans le questionnaire, des remarques ont été annotées par des répondants, il y avait dans ces commentaires :

- *« Nous n'assistons pas à la ~~consult~~ d'annonce mais le patient nous est présenté en fin de ~~consult~~ et là nous voyons ce qu'il a compris et expliquons notre rôle. Notre nouveau rôle IPA sera encore plus précis pour le patient et nous permettra avec tous les outils créés et ceux déjà à notre disposition d'être acteur d'amélioration continue pour et avec le patient. ».*
- *« 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 fait avec les temps de travail imparti. ».*

⇒ Que pouvez-vous me dire à ce sujet ?

#### **Éléments de relance :**

- *Reformulations :*

Si j'ai bien compris ton idée, tu veux dire que ... ? Tu penses donc que ..., ai-je bien compris ?

- *Clarification :*

Tu parles de ..., pourrais-tu illustrer ton propos à l'aide d'un exemple ?

- *Explication :* Comment expliques-tu cela ?

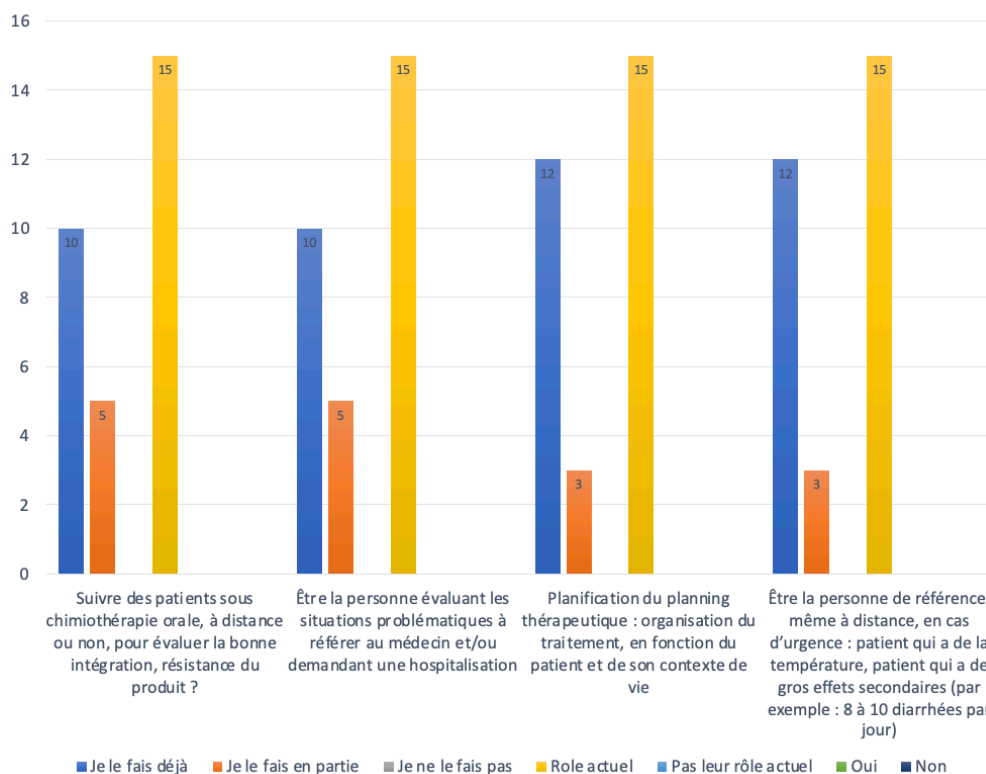
#### **Thèmes à explorer :**

Opinion générale concernant l'IPA / rôles de l'IPA / plus-values / freins et leviers à l'implantation / attractivité de l'IPA

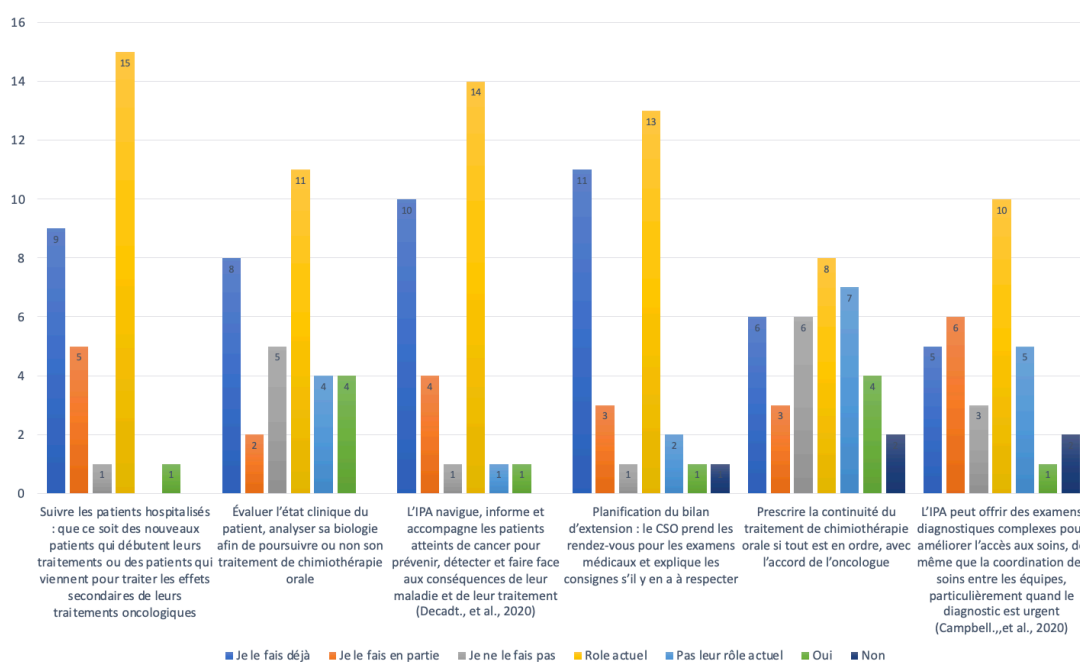
## Annexe 13 : Les histogrammes des résultats pour chaque compétence

### 1) Compétence expert clinique :

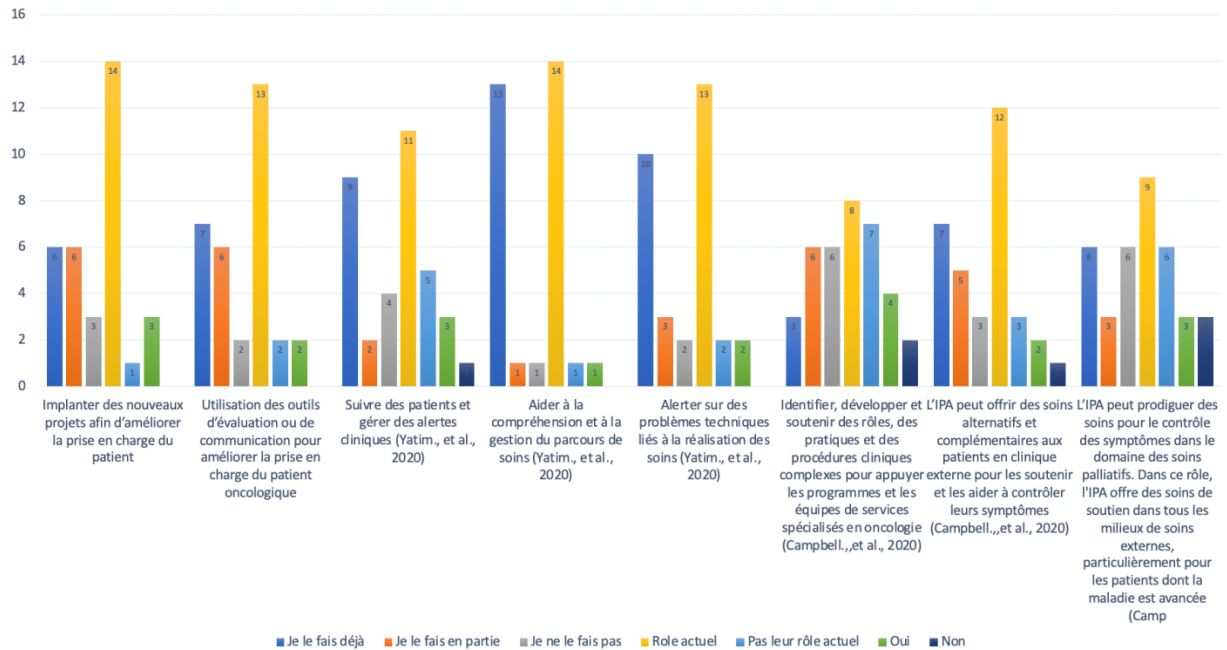
#### Numéro 1 : Les activités actuellement réalisées par les CSO :



#### Numéro 2 : divergence concernant les activités d'évaluation (clinique et/ou biologique) et de prescription (d'examen diagnostiques et/ou de traitement de chimiothérapie).

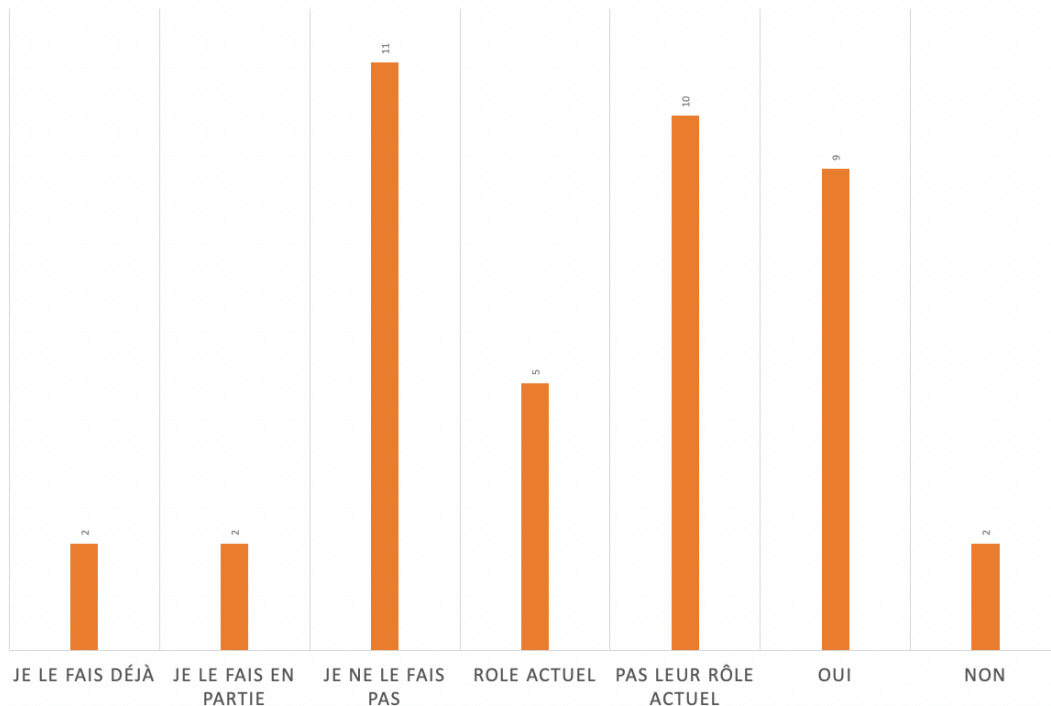


### Numéro 3 : Compétence promotion de la qualité

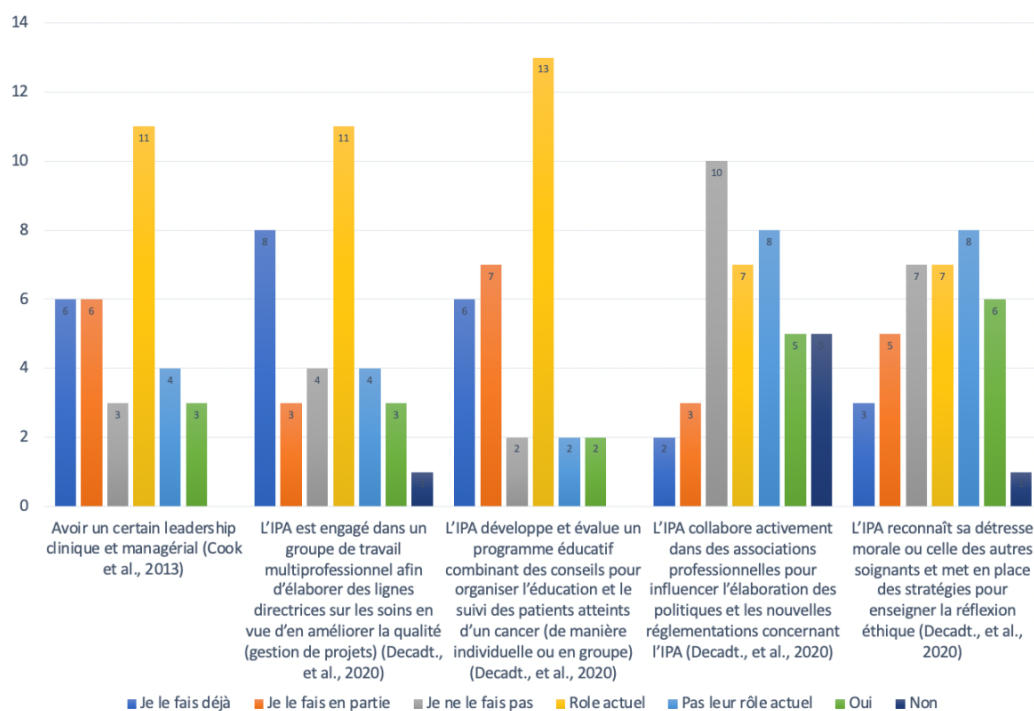


### Numéro 4 : Compétence chercheur

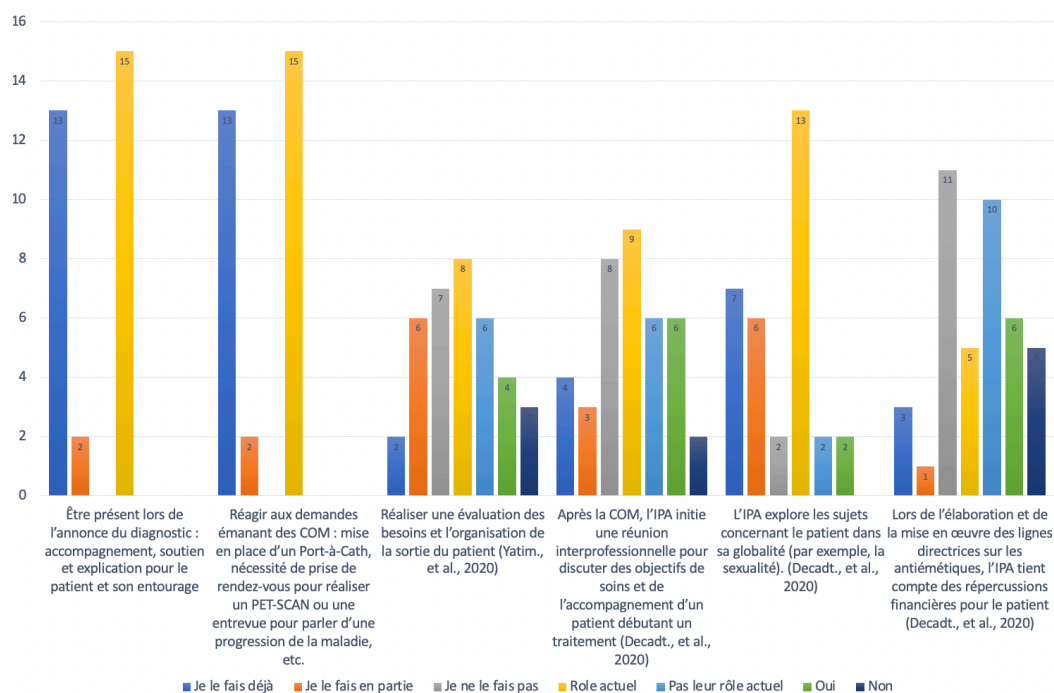
**L'IPA ASSURE LE SUIVI DE NOUVELLES PREUVES DANS LES SOINS DE SUPPORT DES SOINS ET ÉLABORE UN PROTOCOLE SUR DES DONNÉES PROBANTES ET MET EN ŒUVRE DE NOUVELLES DONNÉES PROBANTES DANS SA PRATIQUE QUOTIDIENNE (DECA DT., ET AL., 2020)**



## Numéro 5 : Compétence leadership



## Numéro 6 : Compétence promotion de la santé





## **Annexe 14** : L'entretien du répondant n°1

### *ENQUETEUR EN ITALIQUE*

*Je te remercie déjà de bien avoir voulu répondre à mes questions. Pour rappel, j'enregistre la conversation ; ça sera complètement anonyme au niveau du mémoire. En fait, j'ai envoyé mes questions auxquelles 15 personnes de l'équipe ont répondu et en fait vis-à-vis ...*

Dont moi...Moi j'ai répondu !

*Ah génial, merci et par rapport à ça, il y a quelques questions que j'aimerais approfondir et c'est pour ça que je t'ai retenue afin de répondre à mes interviews. Donc pour commencer, est-ce que tu pourrais un peu te présenter en quelques mots.*

Oui, enfin j'imagine au niveau professionnel ?

*Oui, au niveau professionnel.*

Je suis infirmière bachelière, diplômée depuis 2005. J'ai fait une spécialisation en oncologie, étalée sur deux ans parce que j'étais écartée. C'est tout simplement ça. Donc je suis sortie en 2007. J'ai commencé à Saint Luc directement en radiothérapie (en 4/5<sup>e</sup>) jusqu'en janvier 2010, année à laquelle j'ai commencé, en temps partiel, en tant que coordinatrice en onco-gynéco et toujours en temps partiel avec la radio. Depuis janvier 2014, j'ai tout à fait quitté la radiothérapie et je ne fais que CSO, en temps partiel, en gynéco pelvien et en uro.

*Quel âge avez-vous ?*

38 ans

*Là, actuellement vous travaillez toujours dans le domaine de l'oncologie ?*

Oui, et uro aussi, 60% au total : j'ai 30 pour cent en gynéco et 30 pour cent en uro. Pour la petite histoire, on n'engage pas des « temps » aussi petits mais c'est parce qu'en fait dans mes deux secteurs, j'ai chaque fois eu, quand j'ai démarré, un fonds de financement extérieur et qui est tombé. Donc, quand j'ai commencé en gynéco, en fonction du nombre de COMs, on avait un financement à 80%. Ma collègue avait un mi-temps et travaillait déjà en gynéco, et donc voilà. L'ancien chef a utilisé des fonds, de je ne sais pas où, pour me financer 20% de plus. Là, on démarrait le pelvis parce qu'avant, on était attaché à la séno et donc j'avais 30% via l'IRA et 20% en fonds externes qui sont tombés à son départ à lui. C'est comme ça que j'ai réaugmenté en radiothérapie et puis en uro pareil, j'avais un mi-temps dont 20% sur fonds extérieurs alors à mon avis des fonds de recherche, je ne sais pas trop où, mais aussi parce qu'à cause du suivi de monothérapie qui prend vraiment enfin, qui a été mis en place et sachant que le suivi viendra au-delà de notre fonction de base, l'objectif était qu'il y ait assez de temps pour tout prendre ça en charge de manière correcte. Mais donc j'ai eu ce temps-là au début et puis il y a 4 ans maintenant, bah du jour au lendemain, on m'a dit, ces fonds-là tombent, ils sont réalloués ailleurs donc tu perds 20% d'où le fait que j'ai 30 et 30 ce qui est très inhabituel.

*Qu'es- ce que vous connaissez de la fonction pratique avancée ? Que pouvez-vous m'en dire ?*

Bah, je ne sais pas, c'est très large comme question... je veux dire qu'est-ce que tu veux savoir ? Enfin je ne suis pas bonne en « définition » donc je sais ce qu'elle fait l'IPA, mais je ne sais pas voilà ? Je ne suis pas sûre que je sais te dire la définition...

*Réponds spontanément... qu'est-ce que pour toi l'infirmière de pratique avancée ? Comment tu imagines l'IPA en oncologie en fait ?*

Je suis CSO et puis 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. Donc, voilà ... ce que je veux dire c'est que je ne démarre pas de zéro. Surtout que je sais aussi ce que c'est parce que j'ai ma mère qui est médecin aux États-Unis. Elle travaille avec les infirmières de pratique avancée et donc j'ai toujours eu en tête, moi aussi, que je voulais faire un master infirmier. Enfin, donc, j'ai déjà vu ce que ces infirmières font ... mais donc du coup, 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.

*Quelles sont pour toi les compétences essentielles pour justement faire cette fonction ?*

Je pense qu'il faut être spécialisé en oncologie ou en tout cas avoir un équivalent. Je pense que l'idéal est une spécialisation mais si pas, d'avoir travaillé dans le secteur quand même suffisamment de temps pour connaître le milieu. A l'heure actuelle, de toute façon il n'y avait pas de master sciences infirmières, donc, je pense qu'on ne peut pas le mettre en prérequis mais, dans un futur je pense que ce sera utile... bien qu'une expérience assez longue sur le terrain, je pense peut aussi compenser ... Il faut avoir des compétences en communication, c'est important, ça c'est sûr ... Il faut avoir des compétences cliniques aussi, 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 ... et avoir des compétences organisationnelles aussi ... 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. Il faut aussi avoir des compétences qui permettent d'autonomiser le patient (compétences qui vont dans la communication ou l'éducation thérapeutique ou l'expert clinique... en tout cas, cela va ensemble). Il faut avoir des compétences, on va dire, un minimum scientifiques parce qu'il faut pouvoir aller se documenter, faire des recherches aussi... savoir où trouver les informations pour pouvoir se former de manière continue... L'équipe médicale le fait aussi ... L'infirmier à l'étage le fait parfois donc c'est pareil ... mais c'est encore plus en pratique avancée, vu le rôle autonome aussi... 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. Je pense que tout cela rentre dans la compétence de la pratique avancée parce 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. Par exemple, j'ai déjà été invitée à le faire pour le cours

d'onco-gynéco dans le cours des spécialisations en oncologie ... donc voilà ... 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...

*Est-ce que tu as vu les différentes activités dans mon questionnaire envoyé ? Est-ce que ça t'a paru incohérent, où est-ce que ça t'a paru au contraire cohérent et correspondant au rôle et aux compétences que l'infirmier de pratique avancée en oncologie devrait faire ? Qu'est-ce qui t'a choquée ?*

Non, en gros, tout, enfin tout correspondait. Pour moi y'a rien qui sortait de nulle part parce que ça correspond déjà à ce que moi je fais ... en tout cas dans mon secteur ... surtout en uro... mais en gynéco, on le fait aussi de plus en plus ... 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. Là, où j'ai eu quelques difficultés, je t'avoue, c'est par rapport, à il y a certains endroits, où je me suis dit tiens, ça ne correspond pas mais je me suis rendue compte que c'était un souci de traduction. Donc petite, ça c'est juste pour toi, où je me disais, mais en fait, je me suis rendue compte que la traduction venait de l'Anglais et que du coup, c'est pas les bons mots qui étaient à utiliser parce qu'en Français certains sous-entendent pas la même chose mais étant anglophone je me suis dit, bah oui, si je traduis ça avec l'anglais, du coup je comprends la question. Parce qu'il y avait par exemple : il y avait des questions, je sais plus c'est quoi le mot exactement, mais l'infirmière de pratique avancée en fait en Français, c'est que ça sous entendait que c'est nous même qui faisons certains actes techniques en terme de gestion des effets secondaires alors qu'en fait, je pense que l'idée c'était de proposer du suivi, par exemple, pour les mucites, c'est pas nous qui allons faire les traitements de laser mais on doit être capable de savoir que c'est là, comment ça s'organise et savoir le proposer aux patients.

*Il est ressorti de ce questionnaire, des résultats où il y avait quand même pas mal de choses que vous faisiez, mais il y a aussi des choses où il y a une disparité et en fait c'est très chouette parce que tu m'as parlé de plein de choses où j'ai relevé que dans les questionnaires, en fait, il y avait des divergences, par exemple : toi tu parles de rôle autonome et dans le rôle autonome, dans le questionnaire, il y avait des divergences notamment par rapport à tout ce qui était planification d'examens, donc pour le bilan d'extension ou alors il y avait aussi planification des examens dans le cas complexe pour améliorer l'accès aux soins et plus particulièrement si c'est une urgence.*

Oui, moi... je pense que j'avais mis partiellement... j'ai mis partiellement notre rôle... parce que c'est dans tout ce qui est organisation de la logistique, quand c'est complexe ou c'est en urgence, cela rentre tout à fait dans notre fonction... mais j'ai mis partiellement parce que c'est en lien avec le secrétariat. Je veux dire autant avant il y avait beaucoup de... on était obligé, pour les prises en charge complexes, de gérer ça seul, maintenant, c'est plus le cas, parce qu'aussi avec EPIC, il y a pas mal de choses qui suivent beaucoup plus rapidement et donc quand on encodait comme une demande urgente, bah, parfois on regarde, on a le temps de terminer la consulte, on regarde pour le patient et en fait les rendez-vous sont déjà fixés. Parfois ça correspond déjà et donc, en fait, il y a juste à vérifier que ça correspond comme il faut. Donc, je trouve que c'est partiellement parce que je pense que si on a des secrétaires qui sont formées, ce qui est à priori prévu quand on ira dans le bâtiment IRA2 ... bah, les secrétaires qui seront là, ne seront plus des secrétaires liées à l'oncologie ... donc elles seront formées pour la prise de rendez-vous plus complexe et donc à priori là ... on aurait moins...

je pense qu'on aura moins... et ça se justifie, des gestions de bilan, l'extension et tout ça, s'il y a les accès rapides... parce qu'on interviendra qu'en cas de soucis.

*Mais donc dans le rôle d'IPA en oncologie, est-ce que pour toi ça te paraît normal de pouvoir mettre en place des examens diagnostiques afin d'améliorer la rapidité et l'accès aux soins alors ?*

Oui, mais pas que ... ça veut pas dire que c'est nous qui devrions le faire tout le temps mais on doit pouvoir être capable dans le suivi du patient, de se poser la question... de dire, bah, ce patient, ça ne va pas trop bien ... il faudra peut-être faire une imagerie... Je vois, nous, en uro, on a régulièrement ça...où on suit les patients qui sont en surveillance ... où c'est nous qui transmettons les PSA, le suivi de PSA des patients ... Parfois, ça a été bien dit par le médecin quand le PSA arrive à tel stade, il faut refaire une image... Il ne faut pas qu'on ne regarde que le PSA, il faut qu'on regarde ce qui était dans le plan ; si on voit que le PSA est augmenté et que le patient est symptomatique, on sait qu'on peut proposer une image. Bon, maintenant c'est toujours avec l'accord médical, donc, en général, on va aller le faire valider. Mais vu que c'est nous qui suivons les patients, il ne faut pas qu'on attende qu'il ait son rendez-vous dans trois mois. Ou aussi, donc, c'est toujours avec l'accord médical, mais quand c'est nous qui avons les patients et qu'on voit que le patient ne va pas bien... je pense, en gynéco aussi, 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 moral ? 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 patientes 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 dans 3 semaines et entre-temps elles seront en souffrance pendant 3 semaines.

*OK, parfait, est-ce que tu penses pareil pour la continuité de la chimiothérapie orale ? Imaginons, un patient a eu sa première cure, ça s'est bien passé, il revient pour faire sa deuxième cure, est-ce que ce serait à l'IPA de le voir, de prescrire sa prise de sang, voir comment il va ? ses effets secondaires, etc ? Et prescrire la continuité d'une chimiothérapie orale ?*

Moi, je le fais déjà dans le cadre des thérapies ciblées, c'est pas des chimios ...pour tout ce qui est intraveineux, en tout cas au stade de mes compétences, par exemple : je ne le ferais pas car il y a des adaptations de doses qui sont un peu plus complexes mais ça pourrait être envisagé, pourquoi pas s'il y a une IPA qui est formée au suivi des chimios...pourquoi pas... Mais voilà, ici, en tout cas, en suivi de ce qui est oral, nous en gynéco, on a deux thérapies orales pour laquelle on adapte les doses en général nous-mêmes. On prévient juste l'onco ... Enfin si c'est clair, si ce n'est pas clair ou si on a un doute, on va aller lui demander. Avec une molécule plus qu'une autre, avec l'une, les patients font des thrombopénies ... donc 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... s'il faut une transfusion, là je demande l'accord .... je dirais « écoutez, il faut une transfusion, elle est à 15000 plaquettes, est-ce que vous me donnez le feu vert ? Oui... ok... je vais la prescrire... 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. En uro, c'est un peu différent, c'est pour d'autres types de molécules mais je pense aux thérapies ciblées pour le rein, quand on fait le suivi, on voit que ça ne va pas, on va dire au patient d'arrêter la thérapie quand le protocole est bien clair. De nouveau, dans le doute .... 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 la résorption ... jusqu'au retour d'un grade 1. On propose de la thérapie par laser et puis voilà.

*Donc, en fait, vous réagissez déjà avec les médecins et vous agissez directement mais vous le tenez toujours informé pour la suite de ce que vous avez fait ou pas ?*

Oui, c'est ça, surtout ça dépend des médecins. Il y a des oncologues qui sont plus demandeurs que d'autres mais de toute façon on doit toujours tracer, donc, on met toujours une note dans le dossier. Par rapport à la reprise, je reviens vers l'oncologue... parce que si cela fait 15 jours d'arrêt du traitement, ça devient long... là évidemment on en rediscute ensemble... Même si je n'ai pas vu l'oncologue, je vais lui envoyer un mot en disant que cela fait 15 jours, est-ce qu'on maintient l'arrêt ou est-ce que je la mets en consultation chez vous pour voir pour une adaptation des doses, etc. L'adaptation des doses, ça, en général, on va en discuter avant pour évaluer si la dose est bien adaptée.

*Est-ce qu'après la COM, une fois que vous avez eu les COMs, les concertations oncologiques médicales pour parler des patients, tu discutes, interagis par rapport à ce que tu vois dans ton suivi de patient, si il y a quelque chose qui ne va pas au niveau psychologique, au niveau social, financier ? Est-ce que tu as l'occasion de parler et de discuter, interagir avec les autres professionnels de la santé pour élaborer un autre plan de traitement ou agencer, améliorer le plan de traitement du patient ?*

Si ce sont des patients déjà connus, on va interagir aussi ... 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 ; aussi, par rapport à des patients qui ne sont pas du tout autonomes parce que parfois, le médecin référent n'est pas là ou n'a pas vu le patient depuis plus longtemps. Nous, on sait que le patient c'est fort dégradé et alors on va dire attention, l'état général est vraiment limite... alors on va se dire OK ... Ben, alors OK, plan d'évaluation gériatrique, par exemple. Donc on prévoit un plan A, si c'est bon, ok. Sinon, on pense déjà à un plan B parce que parfois, si on pense que tout le monde pense que le patient va bien, on va parler d'un plan et on va penser à donner d'autres alternatives, par exemple. On est amené, régulièrement, à donner notre avis et parfois ça amène une conclusion différente ou adaptée. Après la COM, avec l'équipe médicale, avec le médecin référent... ça, régulièrement, certains plus que d'autres... ça dépend aussi du contact. Il y a certains médecins qui sont beaucoup plus à l'écoute de notre avis. Ils font appel à nous et donc on ose plus facilement aller vers eux. Par contre, il y a d'autres médecins qui aiment bien faire les choses entre guillemets dans leur coin et donc là, on va revenir vers eux que si c'est nécessaire. Mais si on a une info indispensable, on va la transmettre. Donc, avec l'équipe médicale, je dirais oui. Avec les autres, c'est à la

demande. Maintenant, s'il y a des patients chez qui on sait qu'il faudra un suivi psy, même si nous on n'a pas encore rencontré le patient, on va déjà interpeller la psychologue, par exemple. En fait, il y a des trajets habituels pour les patients qui vont démarrer une hormonothérapie ... on sait qu'il doit faire l'exercice thérapie mais on n'a pas besoin d'en parler, je mets déjà ça en place ou je lui en parle lors de ma rencontre avec le patient.

Donc c'est déjà quelque chose que tu peux toi mettre en place et réévaluer après avec le médecin ou un autre moment avec l'équipe médicale pour en parler et voir comment ça évolue pour le patient.

Oui, mais je réfléchis... juste j'ai oublié : est-ce j'ai bien compris la question aussi ? Toi, tu me disais donc après la COM, une fois que la décision de traitement est prise, est-ce qu'on a d'autres rayons pour rediscuter des aspects pratiques ?

*Oui, c'est ça en fait, ma question, c'est : est-ce que c'est toi la personne de référence, dans ce cas-là, qui va alors amener le changement ou les problèmes aux diverses personnes pour analyser stopper agencé le plan thérapeutique du patient ?*

Alors oui, on va dire que souvent... oui... ce n'est pas le médecin qui va envoyer chez le psy ... Oui, on va dire, c'est en général, nous les référents. Soit, nous on va aller vers les équipes médicales pour transmettre « attention il faudra ça, ça et ça » ou alors... pour faire certaines choses de manière autonome, on n'a pas besoin de l'accord du médecin. Si on sait qu'il faudra un suivi psy ou l'exercice thérapie, ou la stomathérapeute... ça c'est déjà établi et donc ça c'est nous qui gérons.

*D'accord, donc ça peut être avec différents professionnels de la santé que ce soit psychologue, assistants sociaux, kinés parce que tu parles d'exercice thérapie ?*

Oui, c'est ça, on les envoie d'abord voir les médecins en médecine physique et puis après, ils vont chez les kinés, faire les exercices. Maintenant, je pense, oui ... je pense à un patient qui doit avoir une chimio néo-adjuvante avant sa chirurgie (avant sa cystectomie) ... c'était prévu dans le trajet qu'il rencontre les stomathérapeutes avant la chirurgie mais 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. Cela arrive aussi que les patients voient les médecins parce que la maladie progresse et que les médecins viennent vers nous, s'ils ont détecté quelque chose en disant « j'ai laissé le patient rentrer à la maison mais attention il est fragile, il faudra être attentif à ça... ».... Et c'est nous qui allons assurer ce suivi-là. Pour les patients qui ont une évaluation co-gériatrique, on va les envoyer faire leur évaluation ... mais une fois qu'il y a leur COM d'oncoG, quand eux dépistent ou recommandent un suivi supplémentaire, ça c'est une combinaison de soins pour laquelle eux envoient des demandes à la diététicienne, ou à la psy, ou à l'assistante sociale pour mettre de l'aide en place. Mais parfois quand c'est plus complexe, ils vont revenir vers vous pour que l'on s'assure que ça suive aussi donc ça peut être une combinaison

*Est-ce que ça pourrait être du rôle de l'infirmière de pratique avancée, de faire attention à la détresse morale, à la tienne en tant qu'infirmière de pratique avancée, à celle du patient, celle de la famille et des équipes ? Quand ça pose question par rapport au traitement à l'éthique et alors jusqu'au bout quand le patient arrive dans un plan de traitement où il y en a plus et donc qu'on passe en soins palliatifs ?*

Oui, je pense que c'est à nous à être attentif. Oui, à la détresse du patient est-ce qu'il faut s'acharner, pas s'acharner, j'imagine que c'est, ces questions-là aussi, accepter un refus de soin quand le patient est en curatif, etc. Aussi par exemple ou des choses comme ça, ça je pense que oui. Ce n'est pas à nous de prendre des décisions mais on doit certainement ...vu qu'on est référent du patient et qu'on les connaît en général relativement bien, je pense qu'on doit s'intéresser. 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. Enfin pour moi, ce n'est même pas une question éthique, c'est une question de soins. 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. On ne sait pas gérer toutes les familles mais on peut faciliter la prise en charge si c'est nécessaire. On a régulièrement des patients très âgés qui refusent tout aide extérieure mais on voit bien que l'épouse devient épuisée ... c'est notre rôle de tenir compte de ça et de cheminer avec le patient et l'épouse pour qu'ils puissent bénéficier de soutien et qu'ils finissent par accepter de l'être. Ce ne serait pas éthique de faire abstraction de cela.

*Est-ce que pour toi l'IPA pourrait faire le relais pour les praticiens à l'extérieur de l'hôpital ? Est-ce que l'IPA devrait sortir de l'hôpital ?*

Tout est envisageable, mais je pense que dans un premier temps, ça serait plutôt de s'assurer du relais, s'assurer qu'il y ait le suivi qu'il faut. Si on parle de prise en charge palliative il y a une équipe de 2e ligne et l'équipe de 2e ligne est apte, à priori, à suivre ça le patient avec le soutien de l'équipe hospitalière s'il y a encore en effet des soins, des thérapies complexes...qui connaissent pas à prendre en charge. En uro, on a régulièrement les infirmières de 2e ligne de soins palliatifs à domicile qui vous contactent pour en savoir plus, ce qui est encore en cours de prise en charge pour le patient, ce qui est encore envisagé pour le patient ou pas. Moi je pense que par rapport aux ressources qui existent en Belgique, je me dis qu'il y'a pas, à ce stade-ci, ce n'est pas nécessaire de rajouter encore une ligne en plus... maintenant peut-être que les infirmières de 2e ligne pourraient avoir une formation complémentaire. Mais est-ce que la question est valable que pour les soins palliatifs ou pour le suivi des thérapies orales aussi ?

*Pour l'instant, vous ne sortez pas de la structure hospitalière, vous faites le relais, donc est-ce que l'IPA devrait faire le relais, informer à l'extérieur de l'hôpital (que ce soit des questions sur le port-à-cath ou sur un traitement ?) ou est-ce qu'elle devrait sortir par elle-même de l'hôpital pour répondre à ce besoin ?*

Je pense que, théoriquement, ça pourrait maintenant avec les exemples que tu donnes, non parce que nous on ne fait plus ça, on n'est plus dans les soins, donc en ce qui concerne les soins techniques... je veux dire ce n'est pas nous qui allons la former, à piquer dans le port-à-cath, ou à injecter une seringue de Neulasta... fin je pourrais mais ça ce n'est plus à nous de le faire... maintenant je pense que ... 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... ça, ça. Je pense à ça ...c'est pas une formation en tant que tel mais, par exemple, j'ai déjà eu un

infirmier à 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, ça a été discussion. On a été en contact avec la première chef de la consulte pour voir s'il y avait moyen de leur donner du matériel hospitalier, comment est-ce qu'on facture ? Et donc, j'ai coordonné ça et finalement, ben j'ai fais ça et l'infirmier est venu chercher le matériel... à vérifier avec la collègue de la consultation comment ça devait se connecter... Enfin, lui, il travaille aussi à l'hôpital, il connaissait mais bon il était avec un stagiaire à qui on a montré comment ça fonctionnait pour que le patient ne doit pas venir mais qu'il ne risque pas une infection parce que le matériel du Cystocath était là depuis trop longtemps par exemple.

*A l'heure actuelle, est-ce que tu te bases sur des données probantes pour ajuster ta pratique ou ta réflexion ?*

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 c'est pas toujours, avec le COVID, ça a été plus compliqué mais j'essaie d'aller régulièrement justement pour voir un peu les nouveautés. En uro, on fait des mises au point avec l'équipe médicale pour voir s'il y a des changements dans les pratiques, de leur côté, parce que parfois même si c'est pas quelque chose qui va changer notre pratique, on va dire technique de suivi, on doit être au courant pour pouvoir informer les patients quand ils nous posent des questions. En uro, on est régulièrement invité à donner des cours ou à donner des petites formations. Par exemple, on a participé à une réunion pour la mise au point des guidelines en urologie avec l'équipe pluridisciplinaire. L'oncologue qui l'a organisé, nous a demandé de refaire le point sur les effets secondaires et l'administration d'une molécule. Et donc du coup, pour faire cela, on se base sur notre pratique, mais du coup, on a été 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 en cours ou en donnant des informations, cela nous aide aussi à nous garder à jour. Je pense à un de nos oncologues qui a donné un cours sur le cancer de la prostate récemment et il a parlé d'une étude sur les impacts de l'acupuncture dans les bouffées de chaleur et... tu vois... du coup j'étais intéressé... On a été regarder avec ma collègue, l'étude en question et on a vu que ça correspondait pour nos patients et, du coup maintenant, on le recommande aussi aux patients.

Moi, je ne le fais pas assez dans le sens ... notre équipe nous laisse la possibilité de participer à plein de choses qui sont aussi prévues pour les médecins et autres, et je pense qu'on doit participer et se mettre à jour, mais là où je ne le fais pas assez, c'est moi, je ne prends pas le temps de regarder la littérature.

*OK et est-ce que tu te verrais écrire un article, faire des recherches sur un sujet, justement pour améliorer les choses, ou justement refaire des recherches sur des données probantes. Là, tu mets, par exemple, en avant des soins alternatifs comme l'acupuncture, et donc faire des recherches sur l'acupuncture voir un peu ce qui serait faisable, ce qui fonctionne ou pas et en fonction de tes recherches, mettre en place dans ta pratique quotidienne ?*

Alors, en théorie, je me vois bien faire ça, oui, et j'aimerais bien, mais bon après c'est question de près de temps et on est déjà tellement débordé. On a plein d'idées. Que ce soit avec ma collègue pour améliorer un processus... 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 consulte post-traitement ou entre autres, on discuterait de l'aspect sexualité, intimité des patients parce qu'on a pas beaucoup l'occasion d'en parler ... Ce qui est un peu une lacune. On souhaiterait faire ça, moi, dans le cadre du cours que j'ai donné à la spécialisation onco, j'avais fait un peu de recherches pour voir ce qui se disait dernièrement et ... il y a beaucoup ... c'est clair qu'il y a du boulot à ce niveau-là. Ça fait un an, une grosse année, que j'ai ça en tête mais c'est juste pas possible ... théoriquement, je pense que ça fait partie du rôle de l'IPA de faire de la recherche et de mettre en place des nouveaux... voilà, un programme proposé en tout cas mais après il faut du temps et ça veut dire aussi des financements, suffisamment conséquents, pour avoir l'équipe adéquate ou bien alors il faut qu'il y ait d'autres choses qui lâchent... je veux dire on arrête tous sa fonction data manager qu'on a, ça nous libèrerait un petit peu de temps-là mais, encore, ce ne serait pas suffisant hein, mais voilà.

*Tu n'es pas la seule à mentionner le manque de temps. Dans le questionnaire, il y avait des remarques et il y a plusieurs d'entre vous qui ont mis qu'ils toutes les activités feraient avec plaisir mais que, pour l'instant, au vu du travail imparti, ben, ils manquaient de temps donc plusieurs d'entre vous ont énoncé cette problématique de temps. Pour toi, ça voudrait dire qu'il faudrait majorer, augmenter le personnel IPA pour pouvoir faire tout ça : assurer le suivi des patients, le suivi des familles, avoir ce rôle d'expert clinique, pouvoir aller former en intra- muros et extra- muros ? Enfin, vraiment dans le monde idéal et en plus faire des formations, aller dehors pour participer à des symposiums ? Ça voudrait dire qu'il faudrait augmenter votre capacité en tant que équivalents temps plein infirmier ?*

Il faut adapter le financement par des coordinateurs de soins tout court. Et 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, mais on le fait beaucoup sur notre temps gratuit quoi et en attendant même si on fait pas ce métier pour l'argent c'est sûr ... à un moment donné, il faut mettre des limites aussi ... on est humain ... certains d'entre nous font déjà plein de choses sur notre temps personnel donc oui... il faudrait non seulement augmenter le cadre mais aussi probablement refaire une mise au point de l'utilisation des coordinateurs de soins. Dans certains groupes, il y a déjà une mise au point qui fait qu'il y a moins d'abus de notre fonction... parce que vu qu'on sait plein de choses, on vient souvent vers nous pour des choses qui ... auraient pu être solutionnées par le secrétariat par exemple ou que les patients auraient pu gérer eux-mêmes. 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. Et puis, après, dans l'idéal, mais ça c'est juste chez nous à Saint Luc, puisque ce sont les coordinateurs de soins qui font les encodages, dans certains groupe, ce serait bien de se détacher ça mais sans nous diminuer ton travail ... ça réglerait pas tout mais déjà un peu.

*D'accord. On arrive à la fin de l'entretien, j'ai encore une dernière question : il y a des personnes de l'équipe qui disaient que voilà, à l'heure actuelle, elles ne faisaient pas ces activités mais qu'en tant qu'IPA elles le feraient. Donc ma question ? c'est, qu'est-ce qui fait qu'elle le feraient en tant qu'IPA, plutôt que maintenant, à ton avis ?*

Je pense ... ça dépend à quel item, elles font référence mais 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, 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. Je pense que cela nous permettrait de nous détacher de certains aspects de coordination, du coup, il y aurait moins de mélanges et donc moins de risques de surcharge peut-être. J'ai aussi envie de dire .... Même si je ne fais pas partie de ceux-là ... mais je me dis, peut-être que certains pourraient dire ça parce qu'ils se disent, bah, voilà financièrement on n'est pas rémunéré pour un tel rôle et c'est vrai que quand tu vois la charge de travail et aussi la responsabilité clinique qu'on a... je parle de notre rôle autonome parce que partout, dans les différents services, les infirmières ont une grande responsabilité et, clairement tous les niveaux infirmiers, on est pas assez rémunéré. Mais ici, vu l'autonomie, en tout cas que moi je vois dans mes secteurs,... l'autonomie clinique qu'on a ... on n'est pas du tout récompensé pour ça...

D'accord, est-ce que tu as encore quelque chose à ajouter ?

Non