

Coopérations/collaborations et transferts de compétences entre médecins et infirmières en oncologie



— Roselyne Vasseur

Direction centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
Assistance Publique Hôpitaux de Paris
E-mail : roselyne.vasseur@sap.aphp.fr

PRÉAMBULE : UN PEU DE SÉMANTIQUE

Avant d'entrer dans le vif du sujet il convient de clarifier certains concepts : il est préférable de parler de transfert de compétences et d'activités, de collaborations et de coopérations entre professionnels médicaux et paramédicaux plutôt que de transfert de tâches jugés réductions par les paramédicaux qui ne s'y reconnaissent pas.

La définition de l'infirmière de pratique avancée ou infirmière spécialiste a été adoptée en 2002 par le Conseil international des infirmières « CII » : « *l'experte, est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques et le savoir-faire nécessaires aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera appelée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise (Master Degree) est recommandée.* »

La pratique avancée est caractérisée par :
– des activités dans les domaines de la clinique, de l'organisation des soins pour une ou plusieurs personnes ;
– du conseil auprès des patients, des pairs et autres professionnels ;

– de l'enseignement et de la formation auprès des malades et de leur entourage, d'étudiants, de professionnels ;
– de la recherche.

Les pratiques avancées sont exercées par des soignants seniors ayant acquis une réelle expertise dans leur domaine d'activité, via l'expérience couplée à de la formation complémentaire.

Ces professionnels de pratiques avancées fondent leurs actions sur un socle de compétences initiales (théoriques et pratiques) leur permettant d'analyser la situation clinique des malades qu'ils prennent en charge, pour adapter leurs soins au plus près des attentes et besoins des bénéficiaires et de leurs proches.

Cette expertise est complétée le plus souvent par un apprentissage académique complémentaire de type DIU, Master I ou II selon les cas.

L'HISTORIQUE DES COOPÉRATIONS EN FRANCE

Même si les pratiques avancées ont toujours existé de façon officieuse, l'intérêt des tutelles pour ce sujet est relativement récent.

Le vieillissement de la population et son corollaire d'augmentation des pathologies chroniques et de demande de soins, de soutien, d'accompagnement et d'informa-

tion couplés au déficit démographique de certaines spécialités médicales ainsi qu'aux évolutions scientifiques et médicales, ont constitué un contexte favorable à l'évolution des périmètres d'intervention des professions médicales et paramédicales.

À la suite du 1^{er} rapport du Pr Berland relatif à la démographie des professions de santé, la loi du 9 août 2004 a rendu réglementairement possible des expérimentations « de coopération entre professionnels de santé et de transferts de compétences » permettant de déroger aux décrets d'actes strictement limitatifs encadrant l'exercice des professions paramédicales. Deux séries d'expérimentations – dont certaines concernaient le cancer – ont alors démontré l'intérêt de ces transferts tant pour les malades (bénéfice/risque), que pour les professionnels médico-soignants (intérêt/satisfaction) ou pour la collectivité (médico-économique).

Ces deux séries d'expérimentations dérogatoires bien que probantes n'ont pu se pérenniser faute d'un cadre juridique adapté, alors que nombre de besoins de malades et d'initiatives de professionnels avaient émergé.

LE CONTEXTE ACTUEL

La récente création de l'ordre infirmier, la promulgation de la loi Hôpital ▷▷

▷▷ Patient Santé Territoire « HPST » du 21 juillet 2009 – en particulier son article 51 – avec son décret d'application du 15 janvier 2010 et l'universitarisation des études infirmières depuis septembre 2009 avec l'intégration dans un cursus « LMD » constituent désormais un cadre réglementaire et académique adapté aux transferts de compétences.

Par ailleurs, les paramédicaux cherchent de longue date à évoluer et à se perfectionner dans le domaine de la clinique via des passerelles et des équivalences jusque là refusées.

Les médecins, quant à eux, manquent cruellement de temps pour répondre à la demande croissante de soins, d'information, d'accompagnement, de soutien et d'éducation thérapeutique de leurs patients.

Tout semble donc réuni pour « faire bouger les lignes » entre médecins et paramédicaux avec les infirmières en tête de pont, nonobstant les corporatismes résiduels et l'inévitable résistance au changement qui affectent également les différents protagonistes et devront être surmontés.

La récente contestation du comité de liaison des institutions ordinales du secteur de la santé « Clio santé » – dont l'ordre des médecins et le jeune ordre infirmier – s'élevant contre les modalités de validation des coopérations entre professionnels de santé doit être entendue comme leur légitime volonté d'être associé aux décisions régissant l'évolution du contour et du contenu des métiers.

Ils entendent s'assurer du respect des règles déontologiques et obtenir des garanties concernant les qualifications et compétences des professionnels concernés. Espérons que les décideurs sauront lever les incompréhensions éventuelles en intégrant de droit les ordres professionnels à l'ensemble des réflexions qui les concernent au premier chef.

De même, les modalités pratiques de coopérations prévoyant une contractualisation individuelle entre les deux professionnels concernés (par exemple le Dr Dupont et l'infirmière Durand) devront évoluer car, si elles conviennent sans doute à l'exercice libéral, elles ne sont pas adaptées à l'exercice hospitalier et à la multiplicité de ses acteurs. Un contrat plus global par type de prise en charge ou parcours de soins, per-

mettrait aux équipes hospitalières de contractualiser simplement avec l'accord de l'établissement employeur, pour ne pas noyer les initiatives des professionnels et les capacités de réponse de l'HAS et de l'ARS en multipliant les démarches administratives redondantes.

LES COOPÉRATIONS DANS LE DOMAINE DE LA CANCÉROLOGIE

Le premier plan cancer 2003-2007 a été précurseur en officialisant l'existence des consultations infirmières dans le cadre du dispositif d'annonce, permettant ainsi d'objectiver et de valoriser l'implication déjà effective des infirmières dans la prise en charge du cancer comme dans d'autres pathologies chroniques.

Le second plan cancer 2009-2013 qui entend – entre autres – lutter contre les inégalités, personnaliser la prise en charge (avant pendant et après la maladie), institue un dispositif de sortie et prévoit l'accompagnement de l'après cancer ; ces différents éléments sont de nature à favoriser le développement des pratiques avancées des 500 000 infirmières françaises.

En effet, le malade atteint de cancer souffre parfois d'une prise en charge peu lisible et dispersée entre les différentes phases thérapeutiques (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie), les différents lieux de prise en charge et les différents acteurs avec des allers et retours entre hospitalisation conventionnelle et ambulatoire, hospitalisation à domicile, domicile. Il en résulte pour le patient un déficit de cohérence dans la prise en charge et l'information, voire des contradictions anxiogènes. Le malade pâtit également d'un manque de réactivité, de réponse et de référent unique identifié et disponible, ainsi que de délais de prise en charge parfois trop longs.

Le challenge des institutions de soins et des professionnels de santé consiste à changer de paradigme pour éviter de déplacer le malade fatigué, stressé et douloureux en déplaçant plutôt les équipes médico-soignantes à son chevet tant en hospitalisation qu'au domicile.

Les domaines dans lesquels les coopérations et transferts de compétences peuvent intervenir sont particulièrement nombreux

en cancérologie, et à défaut d'être exhaustifs, nous n'évoquerons que les plus emblématiques.

Il s'agit, via un *infirmier de coordination*, de coordonner les acteurs et leurs compétences autour du patient et d'organiser les différentes phases de la prise en charge (de la prévention au dépistage, du diagnostic au curatif jusqu'au palliatif) et les différents traitements (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie...) avec des allers retours entre hospitalisation conventionnelle/ambulatoire/HAD/réseaux/domicile, des hospitalisations programmées et des retours en urgence.

L'infirmier coordonnateur ou infirmier de coordination :

- assure l'accueil du patient et de ses proches ;
- contribue à l'optimisation des délais de prise en charge (rendez-vous et traitements) ;
- explicite le projet thérapeutique via la systématisation du dispositif d'annonce (dont les consultations infirmières) avec remise d'un programme personnalisé de soins « PPS » et des RCP, l'organisation et la planification des traitements et des soins ;
- contribue à l'information concertée, cohérente et itérative du malade et de ses proches autant que de besoin ;
- délivre le « OK chimio » et reconduit ou non la cure de chimiothérapie au vu des résultats d'exams et de la situation clinique du malade, selon des protocoles et arbres décisionnels médicalement validés ;
- assure le suivi du malade en inter-cure de chimiothérapie (consultation infirmière en face à face ou par téléphone) et adapte les traitements permettant de gérer les effets secondaires (douleurs, nausées, vomissements, asthénie, alopecie, etc.) en réajustant sans délais lorsque nécessaire ;
- contribue à l'éducation thérapeutique du malade pour lui permettre d'être acteur de sa maladie en maîtrisant, autant que faire ce peut, les effets secondaires des traitements ;
- conduit des consultations infirmières et coordonne les consultations paramédicales (manipulateur radio, diététique, kinésithérapie, psychologue, etc.) autant

- que de besoin (gestion des effets secondaires, relation d'aide, éducation thérapeutique, stomathérapie, etc.) ;
- organise le recours aux soins dits de support : kinésithérapie, diététique, soutien psychologique ou social, intervention d'équipes mobiles (douleur, soins palliatifs, gériatrie, etc.) ;
- organise la mise en œuvre de techniques de prise en charge complémentaires pour améliorer la qualité de vie du malade, sa compliance au traitement et son bien-être (hypnose, sophrologie, acupuncture, réflexologie, relaxation, massages) ;
- contribue au screening et à l'inclusion du malade dans un protocole de recherche clinique en préparant le recueil de son consentement éclairé ;
- assure le lien avec l'équipe de recherche clinique lorsque le malade est inclus dans un protocole ;
- évalue avec le patient bénéficiaire tout au long de son parcours de soins, l'adéquation entre ses besoins et les réponses apportées pour réajuster si nécessaire ;
- oriente le malade et ses proches vers les associations de malades, représentants d'usagers et espaces de rencontres et d'information ;
- organise le retour au domicile « dispositif de sortie » en planifiant et en coordonnant les modalités de suivi ;
- assure le lien entre les différents intervenants tant en intrahospitalier (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, soins de support, etc.) qu'en extrahospitalier (HAD, réseaux, professionnels libéraux) ;
- assure des consultations de surveillance alternées (ville/hôpital et médecin/infirmière) de « malades guéris » ;

– contribue à la recherche médicale mais aussi paramédicale dans différents domaines tels que les plaies cancéreuses.

L'infirmier référent, quant à lui, est le professionnel ressource que le malade et ses proches connaissent et peuvent joindre facilement en cas de problème ou de complication :

- Il permet au malade de trouver une réponse à ses difficultés, doutes, angoisses en temps réel.
- Il résout les problèmes par téléphone, messagerie ou en direct ; le cas échéant il sait où et comment trouver la solution et les réponses dans les meilleurs délais.
- Si nécessaire, il réoriente le malade, fait le lien entre les professionnels en intra ou extra hospitalier, met à disposition des acteurs les informations nécessaires en les actualisant.
- Il évite au malade de recourir aux urgences lorsqu'une meilleure alternative est possible.

Ces **fonctions de coordination et de référent**, de même que **certaines informations, la gestion des effets secondaires, la surveillance clinique de certains malades à certains stades de la maladie ou encore certaines prescriptions de médications et d'exams** doivent pouvoir être réalisées par des infirmières séniors de la discipline ayant bénéficié de formations complémentaires à définir. Selon les cas, ces formations complémentaires prendront la forme d'un DU ou d'un master 1 ou 2.

Selon les choix organisationnels de la structure et l'importance des flux de malades

concernés, les fonctions de référent et de coordonnateur seront assurées par un même professionnel ou dissociées.

L'organisation choisie résulte d'un choix stratégique de l'institution concernée.

Elle requiert un ou des postes dédiés pour garantir la disponibilité et la réactivité requises, mais cet « investissement » doit se compenser par la réduction de la « DMS » durée moyenne de séjour, des délais et files d'attente, par l'augmentation du taux d'occupation et par l'amélioration de la satisfaction des usagers et des professionnels.

POUR CONCLURE

L'optimisation du rôle des infirmières et des autres paramédicaux en cancérologie avec la mise en œuvre de pratiques avancées pour les activités de routine et de coordination permettra d'améliorer la qualité de la prise en charge et la satisfaction des malades.

Le temps médical ainsi dégagé pourra être réinvesti au profit d'activités complexes (RCP, décision thérapeutique, deuxième avis et consultations de recours, etc.) nécessitant une expertise médicale particulièrement pointue.

Les coopérations envisagées pour la cancérologie peuvent également s'exercer dans d'autres domaines, en particulier pour les pathologies chroniques.

Il ne reste qu'à espérer que nous surmonterons la résistance au changement et les corporatismes de certains, afin de pouvoir répondre aux enjeux démographiques des malades et des professionnels tout en améliorant la qualité des soins et l'attractivité des professions médico-soignantes. ●