



Céline Thomas  
Institut de cancérologie de l'ouest,  
Boulevard Jacques Monod,  
44805 Saint Herblain Cedex,  
France  
<celine.thomas@ico.unicancer.fr>

# Apport d'une IPA dans la prise en charge des patients en neuro-oncologie

Expérimentation à l'Institut de cancérologie de l'Ouest (ICO)

## Résumé

Par sa mission de consultant, son expertise clinique, son rôle dans le réseau ville-hôpital, l'infirmier(e) de pratiques avancées (IPA) en neuro-oncologie accompagne, oriente, soutient le patient tout au long de son parcours, dans le but de limiter les incidents, les ruptures de soins et les prises en charge inadaptées. L'IPA permet d'améliorer la coordination, la communication et la transmission d'informations entre tous les acteurs médico-sociaux et d'organiser la prise en charge en prenant en compte les souhaits du patient et de son entourage. C'est un nouveau métier qui permet d'améliorer la prise en charge des patients en neuro-oncologie.

**Mots clés :** neuro-oncologie, infirmière, pratiques avancées.

S uite à une expérimentation à l'initiative de l'Institut national du cancer (INCa) en 2011, un suivi systématique des patients atteints de tumeurs cérébrales a été mis en place. Un(e) infirmier(e) de coordination (IDEC) parcours est en charge de ce suivi dès l'annonce du diagnostic. En quelques années, le poste a évolué, mettant en évidence l'intérêt de la pratique avancée infirmière en neuro-oncologie.

## La spécificité de la neuro-oncologie

La Haute Autorité de santé (HAS) estime l'incidence des cancers primitifs du système nerveux central à 5 000 nouveaux cas par an en France. Ce sont des cancers rares de mauvais pronostics, qui représentent 2 % des tumeurs malignes de l'adulte [1]. Le principal type histologique est constitué par

les gliomes, qui représentent « 64 à 90 % des tumeurs cérébrales primitives » [2]. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) classe les gliomes selon leur degré d'agressivité de I à IV : les grades I et II étant les gliomes de bas grades ; et les grades III et IV, les hauts grades ou gliomes malins. Le glioblastome (GBM), tumeur de grade IV la plus agressive [3], représente environ 70 % des gliomes malins (le plus fréquent chez l'adulte).

La prise en charge thérapeutique est multidisciplinaire et vise à proposer le traitement le plus adapté pour améliorer la survie, tout en préservant la qualité de vie du patient. Elle vise également à accompagner le patient et son entourage dans l'acquisition et le maintien de leur autonomie et de compétences dont ils ont besoin pour participer activement à la prise en charge, et gérer au mieux la maladie et les complications liées à celle-ci ou aux traitements, y compris en situation d'urgence. Elle se déroule en externe ou en hôpital de jour et s'appuie sur les aidants et les professionnels libéraux.

Tirés à part : C. Thomas

Les parcours de soins en neuro-oncologie sont complexes, au vu de la gravité du diagnostic, du pronostic des conséquences fonctionnelles (motrices, sensorielles et cognitives) causées par la maladie.

L'histoire naturelle de la maladie inclut des épisodes aigus, génère handicap et dépendance nécessitant des ajustements réguliers de la prise en charge.

Compte tenu de ces particularités, un poste d'infirmier(e) de pratique avancée (IPA) a été expérimenté afin d'améliorer l'accompagnement des patients, la coordination ville-hôpital et de renforcer l'équipe médicale référente. Cette fonction s'inspire des *nurses practitioners* d'Amérique du Nord et des *clinical nurse specialists* du Royaume-Uni.

## ■ La pratique avancée infirmière

La pratique avancée infirmière est une notion récente en France mais déjà expérimentée dans de nombreux pays.

Plusieurs études ont relevé l'impact positif des IPA sur l'accès aux soins, la réduction des délais d'attente, la gestion des maladies chroniques et la satisfaction des patients [4-6].

### Définition

Le Conseil international des infirmières (CII) a défini en 2008 l'IPA comme « *une infirmière diplômée qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession* » [4].

Deux modes d'exercice en pratique avancée ont été répertoriés par le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) en 2018 : l'infirmier(e) clinicien(ne) de pratique avancée et l'infirmier(e) praticien(ne) [7].

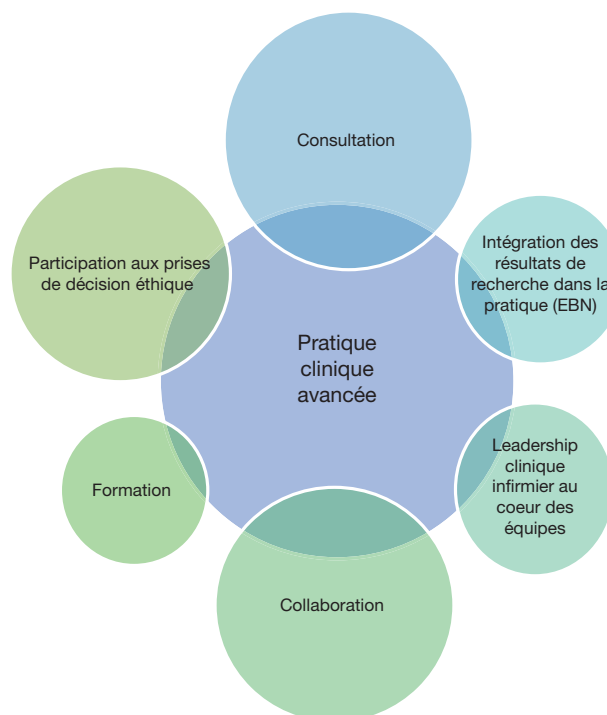


Figure 1. Les compétences d'IPA à l'ICO selon [8].

La pratique avancée comprend sept compétences [8] précisées dans la *figure 1*.

En France, le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée décrit les modalités de mise en place des IPA en précisant leurs missions, formation et domaines d'intervention.

### IPA en neuro-oncologie : une expérimentation innovante

À l'Institut de cancérologie de l'Ouest (ICO), les patients de neuro-oncologie sont suivis par un binôme oncologue/faisant fonction d'IPA (titulaire d'un Master sciences cliniques infirmières [SCI]), tout au long de leur prise en charge (*figure 2*).

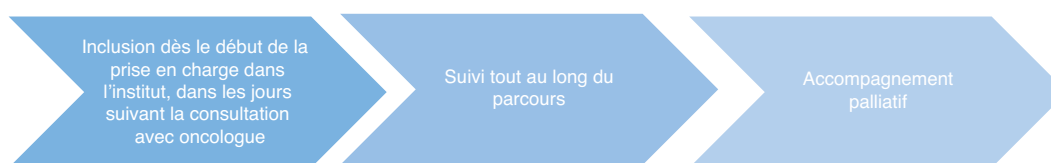


Figure 2. Place de l'IPA en neuro-oncologie tout au long du parcours de soins du patient.



**Figure 3.** Missions de l'IPA en neuro-oncologie.

L'infirmier(e) assure le rôle de référent pour le patient, son entourage et l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge (figure 3).

Les consultations ou échanges téléphoniques avec le patient et ses aidants ont différents objectifs :

- la réévaluation de la situation clinique, de la qualité de vie et des besoins du patient et de ses aidants pour accélérer l'orientation vers les soins de support ;
- la reformulation et l'explication des informations médicales, la proposition de temps éducatifs au patient ;
- l'évaluation et la sécurisation du parcours de soins : pertinence du maintien à domicile, mise en place ou renforcement des aides à domicile ;
- la participation au renouvellement de chimiothérapie *per os* ;
- le renouvellement ou l'émission de prescriptions (bilans sanguins, examens, dispositifs médicaux pour le domicile, prescriptions infirmières, renouvellement des traitements personnels, prescriptions de médicaments non soumis à prescriptions médicales obligatoires) qui sont validées par l'oncologue référent du patient (dans l'attente de l'obtention d'une validation des acquis d'expérience [VAE] pour le Diplôme d'État d'infirmier(e) de pratiques avancées [DEIPA]) ;
- la gestion des urgences, des demandes d'hospitalisation vers l'hôpital à domicile (HAD), les soins de suite et de réadaptation (SSR), les services de médecine ou chirurgie adaptés à l'ICO ou au niveau local.

L'IPA collabore avec l'ensemble des professionnels de l'hôpital et les acteurs du réseau ville-hôpital (médecin traitant, SSR, HAD, infirmier(e) libéral(e) [IDEL], aide à domicile, unité de soins palliatifs [USP], service de soins infirmiers à domicile [SSIAD], établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD], prestataires de service, réseaux [Centre local d'information et de coordination gérontologique - CLIC ; Centre communal d'action sociale - CCAS], etc.) pour coordonner la prise en charge des patients. Elle/Il est également sollicité(e) par les médecins hospitaliers en médecine et en hôpital de jour pour avis consultatif (validation de la chimiothérapie, réajustement du maintien à domicile, nécessité d'hospitalisation, etc.) et lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) de neuro-oncologie, des staffs de soins palliatifs et de soins de support. L'IPA participe à la recherche en soins, à la démarche qualité par réévaluation des protocoles en place au regard des données probantes, et contribue à des missions de formation et de leadership en lien avec son expertise.

## Étude et enquêtes de satisfaction

Différentes évaluations ont été réalisées depuis 2012 afin d'explorer l'intérêt de développer ce type de poste.

En 2015, une étude, dans le cadre du Master SCI, a été réalisée afin d'évaluer l'impact de la mise en place d'un suivi par un faisant fonction IPA sur le parcours de soins des patients ayant un GBM. Cette étude comparative rétrospective a été conduite sur 78 patients atteints de GBM, répartis en deux groupes : l'un suivi par l'IDEC et l'autre non. Les résultats sont précisés dans la figure 4.

Cette étude, malgré ses limites, permet de conforter les résultats des enquêtes de satisfaction réalisées auprès des patients et aidants, mais aussi des médecins hospitaliers impliqués en neuro-oncologie (figure 5).

## Conclusion

L'expérimentation en cours depuis plusieurs années a démontré la plus-value de la mise en place d'un(e) IPA en neuro-oncologie.

Résultats significatifs statistiquement	Résultats avec tendance positive	Résultats non démontrés									
<p><b>IMPACT SUR LE PARCOURS DES PATIENTS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Systématisation de la consultation IDEC suite à l'annonce initiale (p &lt; 0,001)</li> <li>- Augmentation des consultations IDEC après l'annonce de récurrence (p &lt; 0,001)</li> </ul> <p><b>IMPACT MÉDICO-ÉCONOMIQUE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution du temps médical palliatif (p = 0,007)</li> </ul> <p><b>Nombre de patients pris en charge par les médecins palliatifs et douleur (en %)</b></p> <table border="1"> <caption>Nombre de patients pris en charge par les médecins palliatifs et douleur (en %)</caption> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>GROUPE 1 (%)</th> <th>GROUPE 2 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SP</td> <td>25%</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>DOULEUR</td> <td>2%</td> <td>7%</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	GROUPE 1 (%)	GROUPE 2 (%)	SP	25%	2%	DOULEUR	2%	7%	<p><b>IMPACT MÉDICO-ÉCONOMIQUE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivis post-hospitalisation plus précoces (p = 0,462)</li> <li>- Durées d'hospitalisations plus courtes (p = 0,002) et moins de recours aux urgences</li> </ul> <p><b>AMÉLIORATION DE LA COORDINATION VILLE-HÔPITAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nouveaux partenariats repérés et amélioration de la communication en intra-et-extra-hospitalier</li> <li>- Amélioration de la transmission de l'information en intra- et extra-hospitalier</li> </ul> <p><b>IMPACT SUR LE PARCOURS DES PATIENTS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Désignation plus fréquente de la personne de confiance (p = 0,001)</li> <li>- Orientation vers les soins de support plus fréquente et précoce (p = 0,004 pour service social, p = 0,026 pour psychologue)</li> <li>- Survie des patients (p = 0,386) et un <i>performance status</i> légèrement améliorée à 1 an (p = 0,387).</li> <li>- Participation conjointe avec l'oncologue référent pour la gestion des incidents de parcours</li> <li>- Mise en place de consultation de type co-management</li> <li>- Meilleure visibilité du parcours du patient et des incidents</li> <li>- Légère diminution du nombre de patients hospitalisés dans l'institut de cancérologie et durées de séjours diminuées</li> </ul>	<p><b>IMPACT MÉDICO-ÉCONOMIQUE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas d'impact sur le nombre de patients hospitalisés toutes hospitalisations confondues</li> <li>- Pas de modification significative sur les taux de ré-hospitalisation</li> <li>- Pas d'impact sur le nombre de consultations des oncologues référents</li> </ul>
Catégorie	GROUPE 1 (%)	GROUPE 2 (%)									
SP	25%	2%									
DOULEUR	2%	7%									

**Figure 4.** Résultats de l'étude Master SCI. Impact de la mise en place d'un suivi par un faisant fonction d'IPA.

Par son positionnement de référent ressource pour le patient, ses aidants et l'ensemble des professionnels, elle/il assure une mission de soutien et d'information ayant comme objectifs la qualité de vie du patient et de la prise en charge, la continuité et la coordination des soins.

Grâce à son expertise, elle/il permet d'optimiser la prise en charge globale en oncologie, d'améliorer la dynamique d'équipe pluridisciplinaire et, de par son suivi rapproché, d'anticiper, de dépister et de prendre en charge les situations complexes pour en

diminuer les conséquences, en particulier en situation palliative.

L'IPA ne se substitue ni aux médecins, ni aux paramédicaux appelés à dispenser les soins, mais apporte une expertise clinique infirmière centrée sur le patient. Elle ne remplace pas non plus les intervenants de proximité mais agit avec eux pour améliorer la coordination entre toutes les équipes.

De nombreux axes de développement de ses missions sont à envisager dans le cadre de l'évolution de la médecine ambulatoire et de la télémédecine.


<p><b>PATIENTS ET AIDANTS</b></p> <p>=&gt; plus de 90 % des patients et aidants satisfaits</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Référent identifié</li> <li>✓ Permanence téléphonique en cas de problème</li> <li>✓ Maillon indispensable</li> <li>✓ Coordination</li> </ul>
<p><b>MÉDECINS</b></p> <p>=&gt; indispensable pour 100% des médecins interrogés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diminution de l'épuisement professionnel, partage</li> <li>✓ Travail en binôme, deux référents par patient, pluridisciplinarité</li> <li>✓ Gain de temps médical, impact positif sur activité médicale</li> <li>✓ Éclaire les situations</li> <li>✓ Plus de réactivité, anticipation</li> <li>✓ Amélioration de la prise en charge</li> </ul>

**Figure 5.** Synthèse des enquêtes de satisfaction patients/aidants et questionnaires d'évaluation médicale.

**Liens d'intérêts :** l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

## ■ Références

1. Haute Autorité de Santé et INCa. *ALD 30 – Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique : cancer primitif du système nerveux central de l'adulte*. In : *Guide affection de longue durée*. Paris : HAS et INCA, 2010.
2. Monjour A, Zaenker C. *Tumeurs gliales de l'adulte*. Paris : Elsevier Masson.
3. Hottinger AF, Stupp R. Stratégies thérapeutiques pour le traitement des gliomes. *J Neurol* 2008 ; 164 : 523-30.
4. Delamaire ML, Lafortune G. *Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés*. Paris : Éditions OCDE, 2010.
5. Dicenso A, Delamaire ML, Lafortune G, MacDonald R. Les pratiques avancées infirmières dans les pays de l'OCDE. *CAHPUE* 2011 ; 48(244) : 22-4.
6. Warnet S. Pratiques avancées infirmières en France et à l'international. *Rev Infirm* 2011 ; 60(170) : 12-5.
7. Morin D. *La pratique infirmière avancée, vers un consensus au sein de la francophonie*. Bordeaux : SIDIIEF.
8. Hamric H, O'Grady T. *Advanced practice nursing. An integrative approach*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia : Saunders, 2013.



**Dr Charles Leclerc**  
Médecin anesthésiste, Service de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire, Fondation de la Miséricorde, Caen.

Collection Books-e-Books  
• Octobre 2018  
• 12 x 20 cm • 128 pages  
• ISBN : 978-2-7184-1509-3  
• **19 € 20€**

**OFFRE RÉSERVÉE À NOS ABONNÉS 5% DE REMISE +0,01€ DE LIVRAISON\***


\* France métropolitaine + Corse

## SOINS ET HANDICAP MENTAL

### Relation soignante et prise en charge

Ce guide très didactique, construit initialement à partir de la pratique anesthésique de son auteur, propose des « conduites à tenir » transposables à tous les domaines du soin, pour optimiser la prise en charge du patient handicapé mental, la relation soignant-soigné et la qualité des soins.

Egalement disponible en Ebook



**Arnette** | **John Libbey EUROTEXT**

**En savoir +**  
sur [www.jle.com](http://www.jle.com)

