Canadian Oncology Nursing Journal

Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie

Volume 30, Issue 1 • Winter 2020
eISSN: 2368-8076

CANO
ACIO

Canadian Association of Nurses in Oncology
Association canadienne des infirmières en oncologie

L'infirmière pivot associée à une expérience de soins oncologiques positive et à une satisfaction accrue des patients

par Carmen G. Loiselle, Samar Attieh, Erin Cook, Lucie Tardif, Manon Allard, Caroline Rousseau, Doneal Thomas, Paramita Saha-Chaudhuri et Denis Talbot

RÉSUMÉ

Contexte et objectifs : Un nombre croissant de résultats probants indique que l'infirmière pivot en oncologie (IPO)* joue un rôle de premier plan dans l'optimisation des processus et des résultats de soins. Il faudra toutefois mener des études d'envergure pour comparer les perceptions de l'expérience de soins liés au cancer des patients traités par des infirmières pivots et de ceux qui n'ont pas bénéficié de ce type de suivi.

Méthodologie : Des participants (N = 2 858) traités au cours des six derniers mois dans un centre de traitement du cancer situé à Montréal, au Québec, et affilié à une université ont répondu au sondage sur la satisfaction des patients en traitement antinéoplasique ambulatoire, c'est-à-dire le Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey (AOPSS).

Résultats : L'expérience des soins oncologiques était significativement plus positives et la satisfaction plus élevée dans le groupe suivi par une infirmière pivot (n = 2 003) pour les six domaines de soins (différences moyennes de 3,32 à 8,95) et les quatre fonctions infirmières (différences moyennes de 5,64 à 10,39), comparativement au groupe sans IPO (n = 855).

Discussion : L'infirmière pivot joue un rôle important dans l'amélioration de l'expérience de soins et la satisfaction des patients. Les recherches futures devront explorer les potentielles relations de cause à effet entre les infirmières pivots, les processus de soins et les résultats des patients.

* Les termes « infirmière pivot » et « infirmière navigatrice » sont synonymes.

Mots-clés : cancer, oncologie, infirmière pivot, satisfaction des patients, expérience des soins oncologiques

AUTEURS

Carmen G. Loiselle*, inf. aut., Ph.D (aut. et chercheuse principale), Université McGill, Département d'oncologie, École de sciences infirmières Ingram, Montréal (Québec) ; Centre du cancer Segal, Hôpital général juif (Québec), Canada

Adresse : Département d'oncologie, École de sciences infirmières Ingram, Faculté de médecine de l'Université McGill, 680, rue Sherbrooke Ouest, bureau 1812, Montréal (Québec) H3A 2M7
Courriel : carmen.g.loiselle@mcgill.ca ; Tél. : 514-398-4163

Samar Attieh*, M.Sc., MSP (aut. principale), Université McGill, Département de médecine, Division de médecine expérimentale, Montréal (Québec), Canada

Erin Cook, inf. aut., M.Sc., Centre du cancer Segal, Hôpital général juif, Montréal (Québec), Canada

Lucie Tardif, inf. aut., B.Sc., Centre universitaire de santé McGill, Centre du cancer des Cèdres, Montréal (Québec), Canada

Manon Allard, inf. aut., B.Sc., MBA, Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal (Québec), Canada ; Centre hospitalier de St. Mary, Montréal (Québec), Canada

Caroline Rousseau, Ph.D., Réseau de cancérologie Rossy, Montréal (Québec), Canada

Doneal Thomas, M.Ph., M.Sc., Réseau de cancérologie Rossy, Montréal (Québec), Canada

Paramita Saha-Chaudhuri, Ph.D., Université McGill, Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail, Montréal (Québec), Canada

Denis Talbot, Ph.D., Université Laval, Département de médecine sociale et préventive, Québec (Québec), Canada

DOI:10.5737/236880763015460

INTRODUCTION

Le diagnostic et le traitement du cancer peuvent être accablants pour les patients, bouleverser leur vie et susciter une myriade d'émotions – peur, incertitude, détresse – ainsi que des difficultés physiques et sociales (Société canadienne du cancer/Canadian Cancer Society, 2018; Fenn et al., 2014; Meeker et al., 2016; Partenariat canadien contre le cancer/Canadian Partnership Against Cancer [PCCC/CPAC], 2018). Les personnes atteintes de cancer rapportent souvent que plusieurs de leurs besoins ne sont pas comblés (PCCC, 2018). Pour répondre à ces besoins et les aider à surmonter les difficultés, la pratique clinique courante intègre désormais les soins centrés sur la personne (Committee on Approaching Death de l'Institute of Medicine [États-Unis], 2015; Moody et al., 2018; PCCC, 2010; Robinson et al., 2008). Ces soins sont, par définition, respectueux et adaptés aux besoins et préférences du patient; ils ont pour avantage d'améliorer la qualité des soins, de même que la satisfaction des patients (Finney Rutten et al., 2012; Kullberg et al., 2017; Loiselle et al., 2018; Westphal, 2016).

Au sein de l'équipe multidisciplinaire, l'infirmière pivot, également appelée infirmière navigatrice, joue un rôle de premier plan dans l'atteinte des objectifs des soins centrés sur la personne (Koh et al., 2011; Yatim et al., 2017; Zibrik et al., 2016). En effet, l'infirmière pivot est maintenant considérée comme l'un des rouages essentiels de l'équipe multidisciplinaire et elle remplit quatre fonctions principales : l'évaluation des besoins du patient, l'éducation et l'information, le soutien des patients et des membres de leur famille et la coordination des soins (Lévesque-Boudreau et Champagne, 2008). En général,

les infirmières pivots aiguillent sans tarder les patients vers les services de soutien, les aident à surmonter les obstacles qui compliquent parfois l'accès au système de santé, les sensibilisent aux questions de santé et leur offrent du soutien dès qu'ils en ont besoin (Yatim et al., 2017; Zibrik et al., 2016; Cook et al., 2013; Shockney, 2015). De surcroît, les infirmières pivots servent souvent d'agentes de liaison avec l'équipe de soins en oncologie. Ainsi, les intervenants en soins oncologiques de partout dans le monde ne sont pas sans savoir le rôle déterminant des infirmières pivots dans l'optimisation des soins centrés sur la personne et les résultats de santé (Fillion et al., 2009; Lee et al., 2011; Tariman et Szubski, 2015; McMullen, 2013). Mais malgré l'importance des infirmières pivots dans l'équipe de soins (Tho et Ang, 2016; Case, 2011), les résultats probants sur la perspective des patients ne sont pas légion. C'est pour cette raison que nous avons voulu documenter, au moyen d'un sondage, les corrélations possibles entre l'attribution d'une infirmière pivot et l'expérience et la satisfaction des patients en matière de soins oncologiques.

La présente étude visait plus précisément à :

1. Faire état de l'expérience et de la satisfaction des patients en matière de soins oncologiques selon l'attribution (ou non) d'une infirmière pivot.
2. Comparer deux groupes, l'un suivi par une infirmière pivot et l'autre non, pour les six domaines de soins oncologiques couverts par l'AOPSS, c'est-à-dire 1) soutien émotionnel, 2) coordination et continuité des soins, 3) respect des préférences du patient, 4) confort physique, 5) information, communication et éducation, 6) accès aux soins, ainsi que pour les quatre fonctions infirmières principales (évaluation, enseignement et information, soutien, et coordination, tels que définis par Lévesque-Boudreau et Champagne, 2008) que nous avons fait ressortir en rassemblant les questions pertinentes de l'AOPSS.

MATÉRIEL ET MÉTHODOLOGIE

Échantillon

L'échantillon était composé de patients ayant reçu un traitement pour divers types de cancer au cours des six derniers mois. Des 7 885 sondages envoyés à des patients admissibles, 3 278 ont été remplis et retournés, dont 2 858 avec une réponse à la question sur l'attribution d'une infirmière pivot (2 003 patients avaient été suivis par une infirmière pivot contre 855 qui ne l'ont pas été). Les critères d'inclusion précis étaient les suivants : être âgé de plus de 18 ans, avoir reçu un diagnostic confirmé de cancer et suivre un traitement (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) en prise en charge externe dans l'un des centres du cancer participants.

Milieu de recherche

Trois hôpitaux universitaires de Montréal, au Québec, dotés de centres de cancérologie intégrés ont participé à l'étude : 1) le Centre du cancer Segal de l'Hôpital général juif; 2) le Centre du cancer des Cèdres du Centre universitaire de santé McGill; 3) le centre en cancérologie du Centre hospitalier de St. Mary. Le Réseau de cancérologie Rossy (<https://www.mcgill.ca/rcr-rcn/fr>) a travaillé en étroite collaboration avec les titulaires

de la licence d'utilisation du sondage sur la satisfaction de patients en traitement anticancéreux ambulatoire (Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey ou AOPSS) (NRC Picker Canada), afin d'en faciliter l'administration, notamment la distribution et la compilation des réponses.

Devis de l'étude

Les patients ont été interrogés au moyen d'un questionnaire d'auto-évaluation pour examiner leur perception quant au lien entre l'attribution (ou non) d'une infirmière pivot et leur expérience et satisfaction par rapport aux soins oncologiques.

Déroulement de l'étude

Dans le cadre d'un projet continu d'amélioration de la qualité, un conseil institutionnel, formé de représentants de tous les centres de cancérologie, a supervisé l'étude d'amélioration de la qualité. Les participants potentiels ont été sélectionnés de façon aléatoire à l'aide des listes d'envoi des hôpitaux, filtrées afin d'exclure tout patient ne respectant pas les critères d'inclusion. Tous les trois mois, un nouveau lot de sondage était envoyé aux participants admissibles. La trousse de sondage comprenait une lettre de présentation, le questionnaire de l'AOPSS auquel avaient été ajoutées cinq autres questions, et une enveloppe de retour affranchie. On y expliquait aux patients qu'en répondant au sondage (qui était envoyé à NCR Picker), ils consentaient à participer à l'étude. En cas de non-réponse, le patient recevait, environ quatre semaines plus tard, une lettre de suivi et un autre exemplaire du sondage. Conformément aux lois provinciales en matière de confidentialité, aucune donnée personnelle permettant d'identifier les patients n'a été colligée.

Mesures

L'AOPSS est un outil d'auto-évaluation normalisé utilisé dans les établissements de santé de l'Amérique du Nord et d'ailleurs (National Research Corporation, 2003; Ferguson, 2012). Le sondage comporte 83 questions sur l'expérience du patient et sa satisfaction, dont 45 questions principales se rattachant à six domaines de soins : 1) soutien émotionnel, 2) coordination et continuité des soins, 3) respect des préférences du patient, 4) confort physique, 5) information, communication et éducation, 6) accès aux soins. Cinq questions supplémentaires y ont été ajoutées, dont deux au sujet de l'infirmière pivot :

1. Quand vous avez reçu le diagnostic de cancer, est-ce qu'une infirmière dédiée vous a été assignée pour vous accompagner tout au long de votre maladie? (Oui, non ou je ne sais pas).
2. Si oui, est-ce que la présence de cette infirmière vous a été utile? Veuillez encercler le chiffre le plus approprié sur l'échelle de 1 (pas du tout utile) à 7 (extrêmement utile).

Analyse statistique

Toutes les analyses ont été réalisées avec la version 9.4 de SAS pour Windows (SAS Institute Inc., 2013). Les questions de l'AOPSS étaient groupées en fonction des six domaines de soins validés (coefficient alpha de Cronbach de 0,79 à 0,93) (National Research Corporation, 2003), notamment l'accès aux soins (sept questions), la coordination (huit questions), le confort physique (cinq questions), le soutien émotionnel (huit questions), l'information (10 questions) et le respect des préférences des patients (six questions). Nous avons

aussi regroupé certaines questions particulières de l'AOPSS selon les quatre fonctions infirmières préalablement établies : l'évaluation du patient (cinq questions), l'éducation (28 questions), le soutien (11 questions) et la coordination (six questions). La satisfaction des patients était évaluée en comparant les notes attribuées par les deux groupes dans les six domaines de soins et les quatre fonctions des infirmières pivots à l'aide d'une procédure analytique en deux étapes. D'abord, les pourcentages de notes positives pour les questions représentant chaque domaine de soins et chaque fonction infirmière ont été calculés pour chaque participant en adaptant la méthode de NRC Picker, de sorte que seules les réponses les plus positives faisaient partie de l'équation : « oui, tout à fait » pour une question proposant les trois choix de réponse « oui, tout à fait », « oui, plutôt » et « non » ou « toujours » pour une question proposant les quatre choix de réponse « jamais », « parfois », « habituellement » et « toujours » (Sizmur, 2012). Puis, les notes accordées aux domaines de soins et aux fonctions infirmières ont été agrégées et calculées sous forme de moyenne pour chacun de ces pourcentages. Un ajustement statistique pour tests multiples a été réalisé en appliquant la correction de Bonferroni. Statistiquement, les résultats étaient significatifs si la valeur de l'hypothèse nulle n'était

pas comprise dans l'intervalle de confiance (IC) (Joseph et Reinhold, 2005). Les résultats ont été rapportés sous forme de différence moyenne entre les groupes, pour un IC de 99 %.

RÉSULTATS

Statistiques descriptives des deux groupes (avec ou sans suivi d'une infirmière pivot)

Parmi les 7 885 questionnaires envoyés aux participants potentiels, 3 278 ont été remplis et retournés (taux de réponse de 41 %). Plus de la moitié des participants étaient des femmes (59 %) et la moitié étaient âgés de 65 ans ou plus (51 %). Près du tiers des participants avaient un cancer du sein (29 %). Des 2 858 participants ayant répondu à la question sur l'attribution d'une infirmière pivot, 2 003 (70 %) ont déclaré avoir été suivis par une infirmière pivot et 855 (30 %) qu'aucune infirmière ne leur avait été assignée.

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des participants selon le groupe (suivi ou non par une infirmière pivot). Remarque : Les participants atteints d'un cancer de la tête et du cou étaient plus susceptibles d'être suivis par une infirmière pivot (87 %), tandis que les patients atteints d'un cancer de la prostate ou des testicules ont rapporté le taux de suivi le plus faible (58 %).

Tableau 1 : Caractéristiques des participants (échantillon total, groupe non-suivi par une infirmière pivot en oncologie [IPO] et groupe suivi par une IPO)

	Total N = 2 858	%	Sans IPO n = 855	%	Avec IPO n = 2 003	%
Sexe						
Homme	1 096	38,4	337	39,4	759	37,9
Femme	1712	59,9	505	59,1	1 207	60,3
Non précisé	50	1,7	13	1,5	37	1,8
Âge						
18 à 44 ans	164	5,7	45	5,3	119	5,9
45 à 54 ans	429	15,0	106	12,4	323	16,1
55 à 64 ans	775	27,1	199	23,3	576	28,8
65 74 ans	868	30,4	266	31,1	602	30,1
75 ans et plus	588	20,6	234	27,4	354	17,7
Non précisé	34	1,2	5	0,6	29	1,4
Diagnostic de cancer						
Sein	839	29,4	267	31,2	572	28,6
Hématologie ou lymphome	397	13,9	112	13,1	285	14,2
Mélanome, sarcome, estomac ou cerveau	354	12,4	104	12,2	250	12,5
Colorectal ou intestin	345	12,1	72	8,4	273	13,6
Poumon	252	8,8	64	7,5	188	9,4
Col de l'utérus, utérus ou ovaires	186	6,5	34	4,0	152	7,6
Prostate ou testicules	165	5,8	96	11,2	69	3,4
Tête ou cou	77	2,7	10	1,2	67	3,3
Rein ou vessie	87	3,0	51	6,0	36	1,8
Non précisé	156	5,4	45	5,3	111	5,5

Résultats se rapportant aux six domaines de soins en oncologie

Nous avons obtenu des données complètes pour 45 à 99 % de tous les domaines de soins. Cette situation était la même pour les deux groupes. C'est le groupe suivi par une infirmière pivot qui a donné les cotes positives les plus élevées dans les six domaines de soins (figure 1). Les différences moyennes des notes positives agrégées entre les deux groupes montrent que le soutien émotionnel accusait la plus grande

différence (différence moyenne = 8,95; IC 99 % [7,19; 10,71]), suivi de l'information, l'éducation et la communication (différence moyenne = 6,60; IC 99 % [5,37; 7,83]), le confort physique (différence moyenne = 6,56; IC 99 % [5,98; 7,14]), le respect des préférences du patient (différence moyenne = 4,70; IC 99 % [2,69; 6,71]) et la coordination (différence moyenne = 4,02; IC 99 % [2,37; 5,67]). L'accès aux soins présentait la différence la plus faible (différence moyenne = 3,32; IC 99 % [1,07; 5,57]). Dans les deux groupes, le respect des

Figure 1. Pourcentages de notes positives pour les six domaines de soins, pour le groupe sans IPO (n = 855) et avec IPO (n = 2 003)

Figure 2. Pourcentages de notes positives pour les quatre fonctions infirmières, pour le groupe sans IPO (n = 855) et avec IPO (n = 2 003)

préférences des patients a obtenu la meilleure note, tandis que la note la plus faible revient au soutien émotionnel (figure 1). Pour les six domaines, les cotes positives étaient généralement 6 % plus élevées dans le groupe suivi par une infirmière pivot que dans l'autre groupe.

Résultats se rapportant aux quatre fonctions infirmières

Pour ce qui est des fonctions infirmières, le pourcentage de données complètes disponibles pour le calcul des cotes atteignait 40 à 99 %. Le groupe suivi par une infirmière pivot a accordé des notes significativement plus élevées que l'autre groupe, et ce, pour les quatre fonctions infirmières (figure 2). C'est pour la fonction d'évaluation que la différence s'est avérée la plus importante (différence moyenne = 10,39; IC 99 % [9,78; 11,00]), suivie par la coordination (différence moyenne = 9,23; IC 99 % [7,62; 10,84]), le soutien (différence moyenne = 7,58; IC 99 % [6,06; 9,10]) et l'éducation (différence moyenne = 5,64; IC 99 % [3,85; 7,43]). Dans le groupe suivi par une infirmière pivot, 83,5 % des participants ont mentionné que l'infirmière était « très », voire « extrêmement » utile. Dans les deux groupes, la coordination a obtenu la cote la plus élevée, et l'évaluation la note la plus faible (figure 2). Dans tous les domaines de soins, les cotes positives étaient en moyenne 8 % plus élevées dans le groupe suivi par une infirmière pivot que dans le second groupe.

DISCUSSION

Le but de la présente étude était de documenter le lien entre la présence d'une infirmière pivot et l'expérience et la satisfaction des patients par rapport aux soins oncologiques dans trois centres de traitement du cancer affiliés à une université. Les participants du groupe suivi par une infirmière pivot se sont dits significativement plus satisfaits (comparativement au groupe qui ne bénéficiait pas de ce suivi) pour tous les domaines de soins et les fonctions infirmières. Une autre étude avait déjà signalé la satisfaction accrue des patients par rapport aux domaines de soins oncologiques lorsqu'une infirmière pivot leur était attribuée (Dubé-Linteau, 2014), mais nous allons encore plus loin en utilisant des intervalles de confiance et en déterminant les fonctions infirmières essentielles pour mesurer les variations entre les groupes. Nous avons pu observer que les cotes étaient invariablement bien plus élevées dans le groupe suivi par une infirmière pivot. Les différences les plus grandes ont été repérées dans le domaine du soutien émotionnel, le groupe suivi par une infirmière pivot se déclarant plus satisfait, ce qui concorde avec les résultats d'une enquête panquébécoise (Dubé-Linteau, 2014). Les attitudes suivantes entrent dans le domaine du soutien émotionnel : l'annonce du diagnostic de cancer avec délicatesse, la mise en communication avec d'autres professionnels de la santé qui sont en mesure d'apaiser l'anxiété et les craintes, la transmission d'une quantité suffisante d'information sur les changements possibles dans l'humeur, les activités sexuelles et les relations avec le conjoint, et le fait de faire le maximum pour aider le patient à se sentir mieux. Selon d'autres chercheurs, le besoin qui reste le plus souvent insatisfait est le soutien émotionnel (Wang et al., 2018; Deshields et al., 2012), et ce, bien qu'il soit l'un des éléments clés des soins centrés sur

la personne (Wang et al., 2018). L'infirmière pivot semble particulièrement utile pour apporter ce type de soutien puisqu'elle répond aux inquiétudes des patients tout en les encourageant à exprimer ouvertement leurs émotions (Hébert et Fillion, 2011). Aux États-Unis, un essai clinique randomisé a également montré l'influence positive des infirmières pivots et le soutien émotionnel qu'elles apportaient aux patients, comparativement au groupe recevant les soins habituels (Wagner et al., 2014). Dans la même veine, un projet d'amélioration visant à évaluer l'efficacité d'un programme de soutien aux patientes atteintes d'un cancer du sein a signalé que 98 % des participantes ($n = 136$) se sont senties soutenues émotionnellement par les infirmières pivots (Trevillion et al., 2015). De plus, dans notre étude, les patients ont dit que les infirmières pivots étaient d'une grande utilité. En effet, pour 83,5 % d'entre eux, elles étaient « très » ou « extrêmement » utiles. Cette conclusion rejoint celle d'une étude antérieure selon laquelle 98 % des participants appréciaient l'encadrement continu d'une infirmière pivot désignée en oncologie (Hryniuk et al., 2014).

Des quatre fonctions des infirmières pivots, l'évaluation des patients a reçu la note la plus faible; ce résultat est sans doute attribuable à la complexité des activités d'évaluation dans les soins du cancer (Hébert et Fillion, 2011; Hryniuk et al., 2014; Fournier et al., 2015). Pour pallier les écarts existants dans l'évaluation (p. ex. référence en oncologie, retard de traitement), une étude pilote menée par Zibrik et collaborateurs (2016) a testé les avantages d'intégrer une infirmière pivot au processus de triage pour les patients atteints de cancer et constaté que leur intervention précoce accélérerait l'évaluation des patients, améliorerait l'utilisation des ressources et optimiserait la prestation des traitements.

CONCLUSIONS

Les présents constats, obtenus grâce à une étude d'envergure, sont des arguments précieux pour montrer que les infirmières pivots améliorent significativement l'expérience du cancer, de même que la satisfaction des patients par rapport aux soins. Les études subséquentes devront s'appuyer sur des devis solides afin de documenter, de façon systématique, les possibles relations de cause à effet entre les infirmières pivots, les processus de soins et les résultats des patients.

Limites de l'étude

Vu la nature corrélationnelle de l'étude, les résultats doivent être interprétés avec prudence. De plus, la constitution des groupes étudiés (suivis ou non par une infirmière pivot) était déterminée par le questionnaire d'auto-évaluation rempli par les participants, et non par des données objectives. Enfin, les participants devaient juger de la qualité de rencontres ayant eu lieu au cours des six derniers mois, ce qui peut introduire un biais de rappel.

Implications cliniques

Selon les auteurs, la présente étude est la première à comparer la satisfaction des patients à des fonctions infirmières fondées sur des résultats probants tout en recourant à une stratégie rigoureuse pour établir la signification statistique par la mesure d'intervalles de confiance.

Divers intervenants du secteur des soins de santé s'efforcent de plus en plus de documenter les rôles professionnels et les interventions spécifiques pour savoir s'ils améliorent notablement la pratique clinique (c'est-à-dire au-delà du seuil de signification statistique) (Fethney, 2010; Griffiths et al., 2019). La présente recherche vient réaffirmer l'importance clinique des infirmières pivots. Si ces résultats sont corroborés par de futures études, ils serviront à orienter les décisions relatives à l'affectation des ressources humaines dans les soins oncologiques.

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Conception et méthodologie : Carmen G. Loiselle, Samar Attieh, Caroline Rousseau

Analyse des données : Doneal Thomas, Samar Attieh, Carmen G. Loiselle

Révision de l'analyse de données et suggestions : Paramita Saha-Chaudhuri, Denis Talbot, Doneal Thomas, Samar Attieh, Carmen G. Loiselle

RÉFÉRENCES

- Canadian Cancer Society. (2018, Nov. 22). *Emotions and cancer* [Internet]. Toronto (ON). Available from <http://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancerjourney/recently-diagnosed/emotions-andcancer/?region=on>
- Canadian Partnership Against Cancer. (2010). *Virtual navigation in cancer: A pilot study*. Toronto: Author.
- Canadian Partnership Against Cancer. (2014). *The 2014 Cancer System Performance Report*. Toronto: Author.
- Canadian Partnership Against Cancer. (2018). *Living with cancer: A report on the patient experience*. Toronto: Author.
- Case, M. A. (2011). Oncology nurse navigator: Ensuring safe passage. *Clin J Oncol Nurs.*, 15(1), 33.
- Cook, S., Fillion, L., Fitch, M. I., Veillette, A. M., Matheson, T., Aubin, M., de Serres, M., Doll, R., & Rainville, F. (2013). Core areas of practice and associated competencies for nurses working as professional cancer navigators. *Can Oncol Nurs J.*, 23(1), 44–52.
- Deshields, T. L., Rihanek, A., Potter, P., Zhang, Q., Kuhrik, M., Kuhrik, N., & O'Neill, J. (2012). Psychosocial aspects of caregiving: Perceptions of cancer patients and family caregivers. *Supportive Care in Cancer*, 20(2), 349–56.
- Dubé-Linteau, A. (2014). *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer. L'infirmière pivot en oncologie et l'expérience patient*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Fenn, K. M., Evans, S. B., McCorkle, R., DiGiovanna, M. P., Pusztai, L., Sanft, T., Hofstatter, E. W., Killelea, B. K., Knobf, M. T., Lannin, D. R., & Abu-Khalaf, M. (2014). Impact of financial burden of cancer on survivors' quality of life. *J Oncol Pract.*, 10(5), 332–8.
- Ferguson, D. (2012). *Validation of the NRC Picker Canada Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey*. Ontario: NRC Picker Canada.
- Fethney J. (2010). Statistical and clinical significance, and how to use confidence intervals to help interpret both. *Australian Critical Care*, 23(2), 93–7.
- Fillion, L., de Serres, M., Cook, S., Goupil, R. L., Bairati, I., & Doll, R. (2009). Professional patient navigation in head and neck cancer. *Semin oncol nurs.*, 25(3), 212–221.
- Finney-Rutten, L. J., Davis, T., Beckjord, E. B., Blake, K., Moser, R. P., & Hesse, B. W. (2012). Picking up the pace: Changes in method and frame for the health information national trends survey (2011–2014). *J Health Commun.*, 17(8), 979–89.
- Fournier, B., Simard, S., Veillette, A. M., & Fillion, L. (2015). An integrative framework to support the assessment function of Québec's pivot nurses in oncology. *Can Oncol Nurs J.*, 25(3), 335–40.
- Griffiths, P., & Needleman, J. (2019). Statistical significance testing and p-values: Defending the indefensible? A discussion paper and position statement. *International journal of nursing studies*, 99, 1033–84.
- Hébert, J., & Fillion L. (2011). Gaining a better understanding of the support function of oncology nurse navigators from their own perspective and that of people living with cancer: Part 1 & 2. *Can Oncol Nurs J.*, 21(1), 33–38 & 21(2), 114–21.
- Hryniuk, W., Simpson, R., McGowan, A., & Carter, P. (2014). Patient perceptions of a comprehensive cancer navigation service. *Current Oncology*, 21(2), 69.
- Institute of Medicine (US) Committee on Approaching Death: Addressing Key End-of-Life Issues. (2015). *Dying in America: Improving quality and honoring individual preferences near the end of life*. Washington: National Academies Press.
- Joseph, L., & Reinhold, C. (2005). Fundamentals of clinical research for radiologists: Statistical inference for continuous variables. *AJR*, 184, 1047–56.
- Koh, C., Nelson, J. M., & Cook, P. F. (2011). Evaluation of a patient navigation program. *Clin J Oncol Nurs.*, 15(1).
- Kullberg, A., Sharp, L., Johansson, H., Brandberg, Y., & Bergenmar, M. (2017). Patient satisfaction after implementation of person-centred handover in oncological inpatient care—A cross-sectional study. *PloS one*, 12(4), e0175397.
- Lee, T., Ko, I., Lee, I., Kim, E., Shin, M., Roh, S., Yoon, D., Choi, S., & Chang, H. (2011). Effects of nurse navigators on health outcomes of cancer patients. *Cancer Nurse*, 34(5), 376–84.
- Lévesque-Boudreau, D., & Champagne, M. (2008). *Ministère de la Santé et des Services sociaux. Rôle de l'infirmière pivot en oncologie. Direction de la lutte contre le cancer*. Available from http://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/lutte-contre-le-cancer/role-infirmiere-pivot_juil2008.pdf

Rédaction de l'article : Carmen G. Loiselle et Samar Attieh

Approbation finale de l'article : Tous les auteurs

Responsables de tous les aspects de l'étude : Tous les auteurs

REMERCIEMENTS

Nous sommes reconnaissants envers les personnes qui ont pris le temps de remplir le sondage de l'étude. Nous souhaitons remercier le Réseau de cancérologie Rossy ainsi que les trois centres de cancérologie pour l'aide qu'ils ont apportée aux aspects logistique et financier. Carmen G. Loiselle, à titre de récipiendaire d'une chaire de recherche, remercie la chaire en oncologie psychosociale Christine & Herschel Victor – L'espoir, c'est la vie du programme d'oncologie psychosociale de l'Université McGill pour son appui financier. Samar Attieh est bénéficiaire d'une bourse de doctorat « L'espoir, c'est la vie ». Paramita Saha-Chaudhuri et Denis Talbot sont titulaires d'une bourse de carrière en recherche FRQS Junior 1.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Aucun conflit d'intérêts à déclarer.

- Loiselle, C. G., Howell, D., Nicoll, I., & Fitch, M. (2019). Toward the development of a comprehensive cancer experience measurement framework. *Supportive Care in Cancer*, 27(7), 2579–2589.
- McMullen, L. (2013). Oncology nurse navigators and the continuum of cancer care. *Semin oncol nurs*, 29(2), 105–117.
- Meeker, C. R., Geynisman, D. M., Egleston, B. L., Hall, M. J., Mechanic, K. Y., Bilusic, M., Plimack, E. R., ... Wong, Y. N. (2016). Relationships among financial distress, emotional distress, and overall distress in insured patients with cancer. *J Oncol Pract.*, 12(7), e755–64.
- Moody, L., Nicholls, B., Shamji, H., Bridge, E., Dhanju, S., & Singh, S. (2018). The person-centred care guideline: From principle to practice. *Journal of Patient Experience*, 4, 2374373518765792.
- National Research Corporation. (2003). *Development and Validation of the Picker Ambulatory Oncology Survey Instrument in Canada*. Lincoln, NE: Author.
- Robinson, J. H., Callister, L. C., Berry, J. A., & Dearing, K. A. (2008). Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(12), 600–7.
- SAS Institute Inc. (2013). *Base SAS® 9.4 Procedures Guide: High-Performance Procedures* (2nd ed.). Cary, NC: Author.
- Shockney, L. D. (2015) The evolution of breast cancer navigation and survivorship care. *The Breast Journal*, 21(1), 104–10.
- Sizmur, S. (2012). *The reliability of trust-level survey scores: A comparison of three different scoring models*. Picker Institute Europe.
- Tariman, J. D., & Szubski, K. L. (2015). The evolving role of the nurse during the cancer treatment decision-making process: A literature review. *Clin J Oncol Nurs.*, 19(5).
- Tho, P. C., & Ang, E. (2016). The effectiveness of patient navigation programs for adult cancer patients undergoing treatment: A systematic review. *JB I database of systematic reviews and implementation reports*, 14(2), 295–321.
- Trevillion, K., Singh-Carlson, S., Wong, F., & Sherriff, C. (2015). An evaluation report of the nurse navigator services for the breast cancer support program. *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 25(4), 409–14.
- Wagner, E. H., Ludman, E. J., Bowles, E. J., Penfold, R., Reid, R. J., Rutter, C. M., Chubak, J., & McCorkle, R. (2014). Nurse navigators in early cancer care: A randomized, controlled trial. *J Clin Oncol.*, 32(1), 12.
- Wang, T., Molassiotis, A., Chung, B. P., & Tan, J. Y. (2018). Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: A systematic review. *BMC Palliative Care*, 17(1), 96.
- Westphal, E. C., Alkema, G., Seidel, R., & Chernof, B. (2016). How to get better care with lower costs? See the person, not the patient. *J Am Geriatr Soc.*, 64(1), 19–21.
- Yatim, F., Cristofalo, P., Ferrua, M., Girault, A., Lacaze, M., Di Palma, M., & Minvielle, E. (2017). Analysis of nurse navigators' activities for hospital discharge coordination: A mixed method study for the case of cancer patients. *Support Care Cancer*, 25(3), 863–8.
- Zibrik, K., Laskin, J., & Ho, C. (2016). Integration of a nurse navigator into the triage process for patients with non-small-cell lung cancer: Creating systematic improvements in patient care. *Curr Oncol.*, 23(3), e280.