

# Canadian Oncology Nursing Journal

## Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie

---

Volume 30, Issue 3 • Summer 2020  
eISSN: 2368-8076



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

# Lien entre la qualité des interventions téléphoniques des infirmières auprès des adultes atteints de cancer et les visites évitables au service des urgences

par Dawn Stacey, Lynne Jolicoeur, Katelyn Balchin, Kate Duke, Claire Ludwig, Meg Carley, Lindsay Jibb, Craig Kuziemsy, Suzanne Madore, Lisa Rambout, Jackie Romanick, Michael M. Vickers, Lorraine Martelli

## NOTE DES AUTEURS



Dawn Stacey, inf. aut., Ph.D., CSIO(C), titulaire de la Chaire de recherche de l'Université d'Ottawa sur le transfert des connaissances aux patients, professeure au collège de la Société royale du Canada, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa, avec nomination conjointe à l'École d'épidémiologie et de santé publique, et chercheuse principale, Institut de recherche de L'Hôpital d'Ottawa, Centre de recherche et d'innovation pratique Ottawa (Ontario)

Lynne Jolicoeur, inf. aut., M.Sc.inf., CSIO(C), gestionnaire clinique, Traitement systémique, programme régional de cancérologie, L'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ottawa)

Katelyn Balchin, M.Sc.(HQ), M.Sc.(Biostat), chef administrative et gestionnaire du Programme de greffe de sang et de moelle osseuse, programme régional de cancérologie, L'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

Kate Duke, inf. aut., B.Sc.inf., gestionnaire clinique, cliniques du campus Civic, Inscription des patients, L'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

Claire Ludwig, inf. aut., Ph.D.(c), doctorante, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa, pavillon Roger Guindon, Ottawa (Ontario)

Meg Carley, B.Sc., coordonnatrice de la recherche, Institut de recherche de L'Hôpital d'Ottawa, Centre de recherche et d'innovation pratique, Ottawa (Ontario)

Lindsay Jibb, inf. aut., Ph.D., professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières Lawrence S. Bloomberg, Université de Toronto, Toronto (Ontario); Child Health Evaluative Sciences, Hospital for Sick Children, Peter Gilgan Centre for Research and Learning, Toronto (Ontario)

Craig Kuziemsy, Ph.D., vice-recteur associé à la recherche, MacEwan University, Edmonton (Alberta)

Suzanne Madore, inf. aut., M.Sc.inf., directrice clinique, services péri-opératoires, programme de soins oculaires et douleurs chroniques, L'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

Lisa Rambout, B.Sc.(Pharm.), M.Sc., pharm., coordonnatrice, pratique professionnelle en oncologie, Pharmacie, L'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

Jackie Romanick, inf. aut., M.Sc.inf., infirmière en oncologie, L'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

Michael M. Vickers, MD, MSP, FRCPC, médecin, oncologie médicale, L'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

Lorraine Martelli, inf. aut.(EC), M.Sc.inf., IP, directrice du programme provincial de soins infirmiers oncologiques, Action Cancer Ontario, Toronto (Ontario)

**Auteure-ressource :** Dawn Stacey, inf. aut., Ph.D. CSIO(C), professeure, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa et chercheuse principale, Institut de recherche de L'Hôpital d'Ottawa, 451 Smyth Road, Ottawa (Ontario) K1H 8M5. Courriel : [dstacey@uottawa.ca](mailto:dstacey@uottawa.ca)

**Financement :** Action Cancer Ontario, Programmes cliniques et initiatives sur la qualité

DOI:10.5737/23688076303200207

## RÉSUMÉ

Un projet d'amélioration de la qualité a été mené afin de mesurer la qualité des interventions téléphoniques des infirmières auprès des patients présentant des symptômes associés au cancer. Les patients admissibles au projet avaient téléphoné à une infirmière pour signaler des symptômes dans les 4 semaines précédant une visite aux urgences qui n'avait pas requis d'hospitalisation. Les infirmières spécialisées en oncologie qui ont extrait les données évaluaient la pertinence des visites aux urgences et les points à améliorer. Nous avons eu recours à un outil d'analyse de la gestion des symptômes pour analyser la documentation du personnel infirmier. Sur 77 patients, 87 % des visites aux urgences ont eu lieu durant les 4 jours suivant un appel téléphonique justifié par la présence de symptômes (douleur, dyspnée, constipation, diarrhée, nausées ou vomissements, etc.). Dans 91 % des cas, une évaluation téléphonique plus exhaustive ou une consultation dans une clinique de soins d'urgence aurait suffi. Selon la documentation laissée par les infirmières, peu de patients ont été évalués adéquatement (38 %), ont bénéficié d'une révision de la médication traitant leurs symptômes (49 %) ou ont reçu des conseils sur les stratégies de soins autoadministrés (17 %). La qualité de la prise en charge des symptômes effectuée au téléphone par les infirmières laissait à désirer et il aurait fallu trouver des solutions de rechange pour les patients nécessitant une évaluation d'urgence en personne. Ces constats font ressortir des lacunes dans l'utilisation des directives sur la gestion téléphonique des symptômes.

## INTRODUCTION

Les infirmières en oncologie jouent habituellement un rôle de première ligne pour guider les patients recevant un traitement contre le cancer dans la gestion de leurs symptômes à domicile et bien catégoriser les symptômes plus graves (Stacey, Green, Ballantyne, Skrutkowski, et al., 2016). En fait, la plupart des patients en oncologie reçoivent des traitements ambulatoires contre le cancer et en gèrent les effets secondaires à la maison. Ces effets et les symptômes qui en découlent peuvent constituer un risque grave, car l'état du patient peut rapidement se dégrader, situation qui peut éventuellement mener à des délais de traitements, voire mettre la vie du patient en danger (Cancer Quality Council of Ontario, 2016; Kondo et al., 2015; Livingston, Craike et Considine; Vandyk, Harrison, Macartney, Ross-White et Stacey, 2012). La neutropénie fébrile représente le symptôme occasionnant le plus de mortalité (Vandyk et al., 2012).

Une gestion efficace des symptômes améliore l'état des patients en diminuant l'épuisement physique et la détresse psychologique, ce qui améliore la qualité de vie (Hoffman, 2013; Johnston et al., 2009). Cependant, les symptômes engendrés par le traitement anticancéreux entraînent souvent des visites imprévues aux urgences qui ne nécessiteront probablement pas d'hospitalisation (Flannery, McAndrews et Stein, 2013; Livingston et al. 2012; Reid et Porter, 2011; Vandyk et al., 2012).

Selon les résultats de 16 études, seulement 58 % de ces visites ont mené à une admission à l'hôpital (Vandyk et al., 2012). Le symptôme le plus susceptible de mener à une hospitalisation est la neutropénie fébrile (94 % des cas). Selon des études portant sur les symptômes, les symptômes courants associés au cancer qui ont mené à une consultation aux urgences étaient, par ordre de fréquence, de la douleur, des troubles respiratoires, de la fièvre ou une infection, une anurie ou dysurie, une détérioration de l'état nutritionnel, des troubles neurologiques, de la fatigue, une hémorragie, des symptômes gastro-intestinaux. Étant donné que 42 % des visites aux urgences ( $n = 15\ 503$ ) ne nécessitaient pas d'hospitalisation, un nombre important de patients immunodéprimés se mettent à risque de contracter une infection nosocomiale. Il importe donc de prendre des mesures pour s'assurer que les patients en oncologie se rendent judicieusement aux urgences.

La plupart des programmes d'oncologie ambulatoire au Canada proposent aux patients des services téléphoniques en consultation en soins infirmiers (Macartney, Stacey, Carley et Harrison, 2012; Stacey, Bakker, Green, Zanchetta et Conlon, 2007). Les patients sont invités à appeler s'ils éprouvent des symptômes. Néanmoins, on connaît peu l'influence de cette gestion téléphonique des symptômes sur les visites aux urgences (Flannery et al., 2013; Vandyk et al., 2012).

## OBJECTIF

Mesurer la qualité de la gestion téléphonique des symptômes par les infirmières et analyser les répercussions sur les visites jugées non essentielles aux urgences. Les objectifs spécifiques étaient : a) déterminer la qualité du soutien téléphonique offert par les infirmières aux patients recevant un traitement contre le cancer; b) étudier les visites jugées non nécessaires aux urgences qui ont lieu à la suite d'un service de consultation téléphonique avec une infirmière.

## MÉTHODES

Pour mener ce projet d'amélioration de la qualité, nous avons eu recours à une approche intégrée d'application des connaissances (Abdullah et Stacey, 2014; Bowen et Graham, 2013; Canadian Institutes of Health Research/Instituts de recherche en santé du Canada, 2012) qui supposait d'avoir des utilisateurs de connaissances parmi les membres de l'équipe (SM, LJo, LR, KB, KD, MV). Ces utilisateurs sont en position d'exploiter les résultats du projet en vue de prendre des décisions éclairées sur des pratiques, programmes et politiques en matière de santé (Canadian Institutes of Health Research/Instituts de recherche en santé du Canada, 2016). Ils ont contribué, dans ce rôle, à établir les objectifs du projet,

à assurer la faisabilité des méthodes et à interpréter les résultats. Afin de recueillir des observations pertinentes et plus susceptibles d'être utilisées par le programme d'oncologie, nous avons engagé les utilisateurs de connaissances dès le début de l'étude et pendant celle-ci (Bowen et Graham, 2013; Gagnon, 2009). Le comité d'éthique en recherche de l'hôpital a passé en revue notre projet d'amélioration de la qualité et produit une lettre dans laquelle il renonçait à imposer un processus de révision et annonçait l'exemption éthique du projet.

**Contexte.** Le projet s'est déroulé dans le cadre d'un vaste programme canadien d'oncologie ambulatoire qui est implanté sur plusieurs sites et accessible à 1,3 million de personnes. Intégré à un hôpital universitaire, le site principal reçoit en moyenne 1 100 patients par mois pour des traitements systémiques et 500 autres pour des traitements de radiothérapie. Les patients effectuent environ 1 000 appels téléphoniques par mois; la plupart concernent la gestion des symptômes. Une équipe de 18 infirmières autorisées les prennent en charge après avoir reçu des directives sur les services téléphoniques. En parallèle, environ 250 patients cancéreux se rendent aux urgences tous les mois.

**Patients admissibles.** Étaient inclus les patients qui se sont rendus aux urgences entre mars 2015 et février 2016 pour un problème de santé peu urgent. Nous entendons par là une visite ne nécessitant pas d'admission à l'hôpital et pour laquelle le patient avait appelé une infirmière du centre de cancérologie dans les 4 semaines précédant ladite visite, pour le même symptôme.

**Procédures.** Deux infirmières autorisées (l'une détenant un B. Sc Inf. et l'autre, une M.Sc.inf.), qui comptant plus de 8 ans d'expérience en consultation externe en oncologie ont été formées pour extraire les données, déterminer la pertinence de la gestion des symptômes offerte lors de l'appel téléphonique et cibler les occasions manquées d'éviter une visite aux urgences. Les infirmières ont utilisé des données provenant des dossiers médicaux électroniques de l'hôpital (MOSAIQ®) afin de remplir le formulaire normalisé d'extraction des données (notamment un formulaire utilisé antérieurement pour la gestion des symptômes par l'infirmière) (Ludwig et al., 2017; Stacey, Green, Ballantyne, Tarasuk, et al., 2016). Les données ont été saisies dans une feuille de calcul Excel qui compilait : a) la documentation portant sur les soins infirmiers offerts pour la gestion des symptômes (évaluation des symptômes, niveau de gravité, révision des médicaments, autogestion, utilisation des directives); b) les caractéristiques des patients (âge, sexe, type de cancer, traitements); c) la documentation sur la visite aux urgences; et d) la manière dont s'est conclu le cas (hospitalisation, disparition des symptômes, etc.). Les données remontant jusqu'à de 6 semaines avant et après l'appel ont été recensées afin de recueillir tous renseignements contextuels importants sur chaque patient.

**Instruments.** L'outil d'analyse de la gestion des symptômes élaboré pour la présente étude compte 8 critères évaluant la qualité des services fournis aux patients par les professionnels de la santé en matière de gestion des symptômes associés au

cancer : 1) symptôme le plus problématique; 2) exhaustivité de l'évaluation (au moins 50 % des critères de l'évaluation idéale couverts); 3) pertinence du triage effectué en fonction de l'évaluation; 4) révision de la médication relative au symptôme; 5) obtention du consentement du patient après discussion pour poursuivre ou débuter une médication; 6) examen d'au moins trois stratégies de soins autoadministrés pour agir sur le symptôme; 7) obtention du consentement du patient après discussion pour appliquer les stratégies de soins autoadministrés retenues; 8) résumé du plan d'action entendu pour les étapes à suivre.

L'outil d'analyse de la gestion des symptômes a été construit en suivant une approche de gestion des symptômes factuelle et centrée sur le patient (Registered Nurses' Association of Ontario/Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2015). Les critères pour caractériser une évaluation idéale, juger de la révision de la médication et cerner les stratégies de soins autoadministrés se basaient sur les 15 guides de pratique d'évaluation des symptômes élaborés par l'Équipe pancanadienne de triage des symptômes et aide à distance en oncologie (COSTaRS). Chaque guide pratique a été conçu en utilisant une approche systématique afin de déterminer les lignes directrices de pratique clinique spécifiques aux symptômes et a été rédigé dans un langage clair pour être utilisé par les infirmières lors de leur pratique clinique (Stacey, Carley et COSTaRS, 2017). Les critères intégrés dans l'outil d'analyse de la gestion des symptômes, qui sont spécifiques à la prestation de soins centrés sur le patient et la famille, se concentrent sur le symptôme le plus problématique et l'obtention du consentement du patient pour appliquer des stratégies de gestion des symptômes après avoir discuté de la médication et des approches d'autosoins (Registered Nurses' Association of Ontario/Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2015).

Dans le cadre de l'élaboration de l'outil d'analyse de la gestion des symptômes, on a, dans un premier temps, évalué des appels téléphoniques entre un patient simulé qui souffrait de nausées induites par son traitement contre le cancer et une infirmière qui offrait des soins à domicile. Après cette utilisation initiale, deux critères ont été retirés (« être globalement centré sur le patient » et « être enclin à recommander ce service ») parce qu'ils n'étaient pas indépendants des autres critères. À partir des avis émis par les infirmières en oncologie qui avaient extrait les données provenant des appels, un seuil de 50 % ou plus des critères d'évaluation a été jugé convenable pour déterminer la pertinence du triage effectué pendant l'appel. Cette décision a également été présentée aux infirmières d'oncologie ambulatoire qui s'occupent régulièrement la gestion par téléphone des symptômes, ainsi qu'aux éducateurs et aux gestionnaires pour en confirmer la validité. Les infirmières ont validé aussi qu'il était raisonnable de se concentrer sur trois stratégies de soins autoadministrés.

**Analyse.** L'analyse s'est articulée autour de deux éléments : la qualité de la prise en charge des symptômes et les visites aux urgences. Le premier élément a été évalué de manière indépendante par deux membres de l'équipe (DS, MC) qui ont

analysé et codé, à l'aide de l'outil d'analyse de la gestion des symptômes, la documentation des infirmières contenue dans les dossiers de santé des patients, avant de comparer leurs résultats. Deux infirmières spécialisées en oncologie, formées aux fins du projet, ont ensuite déterminé la pertinence de la gestion des symptômes ainsi que les occasions manquées pour éviter la visite aux urgences. Ce dernier point a été traité de façon descriptive.

## RÉSULTATS

Des 225 visites aux urgences sans hospitalisation, 77 (34 %) concernaient des patients qui avaient téléphoné à l'infirmière en oncologie dans les 4 semaines précédant la visite aux urgences. Un total de 148 visites ne répondaient pas aux critères du projet pour les raisons suivantes : absence de lien entre l'appel téléphonique à l'infirmière en oncologie et la visite aux urgences ( $n = 70$ ; 47 %); absence de traitement anticancéreux dans les 60 jours ( $n = 60$ ; 41 %); admission du patient à l'hôpital depuis les urgences ( $n = 10$ ; 7 %); autres raisons ( $n = 8$ ; 5 %, doublon, progression de la maladie, anomalies des analyses sanguines, appel du patient effectué à l'infirmière depuis les urgences, symptôme non recensé par les guides COSTaRS).

Pour les 77 visites aux urgences examinées, le patient type était une femme âgée de 62 ans vivant en milieu urbain et recevant des soins à domicile (tableau 1). Les types de cancer les plus fréquents touchaient l'appareil gastro-intestinal, les seins ou les poumons. La plupart des patients recevaient une chimiothérapie (68 %, dont 9 % par voie orale).

Dans les quatre semaines précédant la visite aux urgences, les raisons les plus fréquemment consignées par les infirmières pour expliquer un appel ont été : la douleur ( $n = 37$ ; 48 %), la dyspnée (14; 18 %), la constipation (12; 16 %), de la diarrhée (11; 14 %), et des nausées ou vomissements (8; 10 %) (tableau 2). Pour 79 % de ces appels, seul un symptôme était documenté ( $n = 61$ ). Sur 77 appelants, 17 présentaient un score supérieur à 4 sur 10 sur l'ESAS (échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton) dans les 4 semaines précédant l'appel téléphonique, ce dernier étant motivé par la douleur ( $n = 9$ ; ESAS moyen 4,6/10), la dyspnée ( $n = 5$ ; ESAS 4,6/10), un problème d'appétit ( $n < 5$ ; ESAS 5,5/10) ou de la fatigue ( $n < 5$ ; ESAS 5/10). Les 77 appels ont été faits un jour de semaine, 46 % le matin et 54 % l'après-midi. À la suite des appels, l'infirmière a soit donné des conseils aux patients pour soulager leurs symptômes en leur conseillant de rester à la maison (47 %), soit a conseillé d'aller à l'urgence (43 %), soit a incité à prendre rendez-vous avec un clinicien pour une évaluation plus poussée (10 %). Sur les 77 patients, seul un dossier comportait des notes du personnel infirmier indiquant qu'aucun rendez-vous n'était disponible à la clinique de soins d'urgence du programme d'oncologie ambulatoire et qu'une évaluation en personne avec un médecin était nécessaire. Le patient avait donc été invité à se rendre aux urgences.

La documentation relative aux appels téléphoniques des infirmières, qui permettait d'évaluer la qualité de la gestion des symptômes, a révélé un score médian à 57 % selon l'outil d'analyse de la gestion des symptômes, avec une fourchette

Tableau 1 : Caractéristiques des patients		
Variable	Catégories de réponse	Patients admissibles n = 77
Âge (en années)	Moyenne (écart)	62 (24-89)
Sexe	Femme	46 (60,5 %)
	Homme	30 (39,5 %)
Lieu de résidence	Noyau urbain	38 (50,0 %)
	Région rurale	16 (21,1 %)
	Banlieue	16 (21,1 %)
	Région éloignée (ex. Nunavut)	6 (7,9 %)
Siège de la maladie	Appareil gastro-intestinal	30 (39,5 %)
	Sein	21 (27,6 %)
	Poumon	8 (10,5 %)
	Peau	6 (7,9 %)
	Autres (< 5)/inconnu (cancer primitif inconnu, sarcome à localisation urologique, système nerveux central, tête et cou)	11 (14,5 %)
Traitement en cours (dans les 60 jours de l'appel lié aux symptômes)	Chimiothérapie	52 (67,5 %)
	Radiothérapie	10 (13,0 %)
	Chimiothérapie et radiothérapie	15 (19,5 %)
Type de chimiothérapie	Par intraveineuse	59 (88,1 %)
	Par voie orale	6 (9,0 %)
	Inconnue	2 (3,0 %)
Soins à domicile	Oui	53 (68,8 %)
	Non	17 (22,1 %)
	Donnée manquante ou pas claire	7 (9,1 %)

comprise entre 0 et 100 %. Au total, 14 appels (18 %) ont obtenu un score de 100 %, 4 (5 %) entre 80 et 99 %, 15 (19 %) entre 60 et 79 %, et 44 (57 %) ont eu un score inférieur à 60 %. La majorité des infirmières se sont concentrées sur le symptôme le plus problématique ( $n = 71$ ; 92 %) et ont résumé les étapes suivantes entendues avec l'appelant (67; 87 %) (figure 1). Peu d'infirmières ( $n = 29$ ; 38 %) ont évalué correctement le symptôme et seulement 26 d'entre elles l'ont catégorisé de façon appropriée (34 %). Sur les 77 appels de patients, 38 (49 %) ont permis de réviser la médication et deux (2,6 %) de revoir au moins trois stratégies de soins autoadministrés. Dans moins de 24 %

des cas, il ressortait de la documentation que les patients acceptaient de continuer ou de débiter une médication ou une stratégie de soins autoadministrés après en avoir préalablement discuté. Enfin, trois infirmières (4 %) ont documenté l'utilisation de directives spécifiques aux symptômes pendant l'appel téléphonique.

La plupart des visites aux urgences ont eu lieu le même jour que l'appel téléphonique fait à l'infirmière ( $n = 40$ ; 52 %) et dans 13 % des cas, cinq jours ou plus après l'appel (tableau 3). Les niveaux de priorité au triage indiquaient 19 cas jugés peu urgents (25 %) par le personnel des urgences et 57 cas jugés urgents (75 %). Lorsque les infirmières qui offraient du soutien téléphonique ont terminé de passer en revue les dossiers, elles estimaient que 7 cas (9 %) requéraient une visite aux urgences et que 70 cas (91 %) auraient pu être pris en charge dans une clinique de soins d'urgence associée au programme d'oncologie ambulatoire. De ces 70 cas, 37 (53 %) sont allés à l'urgence durant les heures d'ouverture de la clinique d'oncologie et 33 (47 %) en dehors de ces heures d'ouverture.

Sur les 77 dossiers analysés par les infirmières en oncologie, 49 présentaient des possibilités d'amélioration en matière de gestion des symptômes (64 %) (tableau 3). Le plus souvent, il aurait en fait fallu approfondir l'évaluation (41 %). Certains patients (20 %) auraient pu bénéficier d'un appel de suivi le jour suivant afin de réévaluer la situation, tandis que d'autres patients (16 %) auraient pu être dirigés vers l'équipe de gestion des symptômes ou d'oncologie psychosociale ou à leur oncologue, ou bénéficier de services de soins infirmiers à domicile. Quelques patients (10 %) auraient potentiellement bénéficié d'enseignements supplémentaires pour les aider à gérer les effets secondaires des traitements (diarrhée, constipation, plaies de bouche, médication).

## DISCUSSION

Dans le cadre de ce projet d'amélioration de la qualité, nous avons examiné la relation entre les appels téléphoniques des patients à une infirmière en oncologie et les visites ultérieures aux urgences. Selon nos données, 31 % des patients n'ont pas appelé juste avant de se rendre aux urgences, ce qui laisse entrevoir une occasion de mieux encadrer ces patients sur les étapes à suivre pour obtenir une assistance médicale en raison de symptômes associés au traitement anticancéreux. Un tiers des patients ont quant à eux téléphoné à l'infirmière avant d'aller aux urgences. En tout, 87 % des visites ont en fait eu lieu dans les 4 jours suivant l'appel. Selon les documents, 91 % des patients qui sont allés à l'urgence auraient pu être pris en charge par une clinique de soins d'urgence liée programme d'oncologie ambulatoire, et seulement un patient, selon les traces, ne pouvait pas être vu dans une clinique parce qu'aucun rendez-vous n'était disponible. Les occasions manquées lors de l'intervention téléphonique étaient le plus souvent dues à une évaluation inadéquate; seulement 38 % des cas en fait indiquaient qu'une évaluation adéquate des symptômes avait été faite au téléphone. La discussion qui suit se base sur ces constats.

Les infirmières en oncologie jouent un rôle central dans l'évaluation et le triage précis des patients selon le degré de

**Tableau 2 : Caractéristiques de l'appel téléphonique effectué dans les 4 semaines précédant la visite aux urgences**

Variable	Catégories de réponse	Patients admissibles n = 77
Jour de la semaine	Lundi	11 (14,3 %)
	Mardi	20 (26,0 %)
	Mercredi	16 (20,8 %)
	Jeudi	13 (16,9 %)
	Vendredi	17 (22,1 %)
Moment de la journée	Matin	35 (45,5 %)
	Après-midi	42 (54,5 %)
Symptôme principal†	Douleur	37 (48,1 %)
	Dyspnée	14 (18,2 %)
	Constipation	12 (15,6 %)
	Diarrhée	11 (14,3 %)
	Nausées et vomissements	8 (10,4 %)
	Fatigue	6 (7,8 %)
	Perte d'appétit	5 (6,5 %)
	Autres < 5 chaque (hémorragie, dépression, lésions buccales)	6 (7,8 %)
Nombre de symptômes documentés	Un	61 (79,2 %)
	Deux	11 (14,3 %)
	Trois ou quatre	5 (6,5 %)
Mêmes symptômes que pour l'appel	Oui, dans les 4 semaines	17 (22,1 %)
	Non (24 symptômes autres, 6 scores ESAS rapportés après l'appel téléphonique, 1 score ESAS rapporté plus de 4 semaines avant l'appel téléphonique)	31 (40,3 %)
	Donnée manquante	29 (37,7 %)
Mêmes symptômes que pour l'appel, rapportés sur l'ESAS	Douleur (score moyen : 4,6/10)	9 (52,9 %)
	Dyspnée (score moyen : 4,6/10)	5 (29,4 %)
	Perte d'appétit (score moyen : 5,5/10)	< 5
	Fatigue (score moyen : 5/10)	< 5
Score de l'ESAS lors de l'appel avec l'infirmière	Oui (score moyen lié à la douleur : 8,4/10)	8 (10,4 %)
	Non	69 (89,6 %)
Triage effectué	Rester à la maison et conseils prodigués	36 (46,8 %)
	Rendez-vous pris pour une évaluation approfondie	8 (10,4 %)
	Aller à l'urgence	33 (42,9 %)

† Le total est de plus de 77 car certains patients présentent plusieurs symptômes.

**Tableau 3 : Caractéristiques de la visite aux urgences**

Variable		Participants admissibles n = 77
Nombre de jours écoulés entre l'appel du patient et la visite à l'urgence	Le même jour	40 (51,9 %)
	Un	9 (11,7 %)
	Deux	8 (10,4 %)
	Trois ou quatre	10 (13,0 %)
	Cinq à douze	10 (13,0 %)
Jour de la semaine	Lundi	7 (9,1 %)
	Mardi	10 (13,0 %)
	Mercredi	12 (15,6 %)
	Jeudi	15 (19,5 %)
	Vendredi	18 (23,4 %)
	Samedi	7 (9,1 %)
	Dimanche	8 (10,4 %)
Visite aux urgences durant les heures ouvrables ou non	Jour de semaine durant les heures ouvrables (8 h-17 h)	43 (55,8 %)
	Jour de semaine en dehors des heures ouvrables	18 (23,4 %)
	Fin de semaine ou jour férié	16 (20,8 %)
Triage aux urgences	Pas très urgent	19 (25,0 %)
	Urgent	57 (75,0 %)
Consultation à la clinique de soins d'urgence en oncologie, si disponible	Oui (n = 37 en semaine; n = 33 en fin de semaine)	70 (90,9 %)
	Non, visite aux urgences jugée appropriée	7 (9,1 %)
Possibilités d'amélioration et exemples	Aucune	28 (36,4 %)
	Si oui, précision :	49 (63,6 %)
	Évaluation plus poussée	20 (40,8 %)
	Suivi téléphonique au patient le lendemain	10 (20,4 %)
	Référence à l'équipe de gestion des symptômes, à l'équipe psychosociale, à l'oncologue	8 (16,3 %)
	Référence à la clinique d'urgence en oncologie	9 (18,4 %)
	Éducation à propos des symptômes et des autosoins	5 (10,2 %)
	Rendez-vous pris pour des tests de laboratoire/radiographies	3 (6,1 %)
	Accès aux directives sur les symptômes	1 (2,0 %)
	Symptômes mieux documentés lors des visites chez l'oncologue	1 (2,0 %)
	Suivi téléphonique après le 1er traitement	1 (2,0 %)
	Autre (modification de la prescription, rdv IRM)	2 (4,1 %)

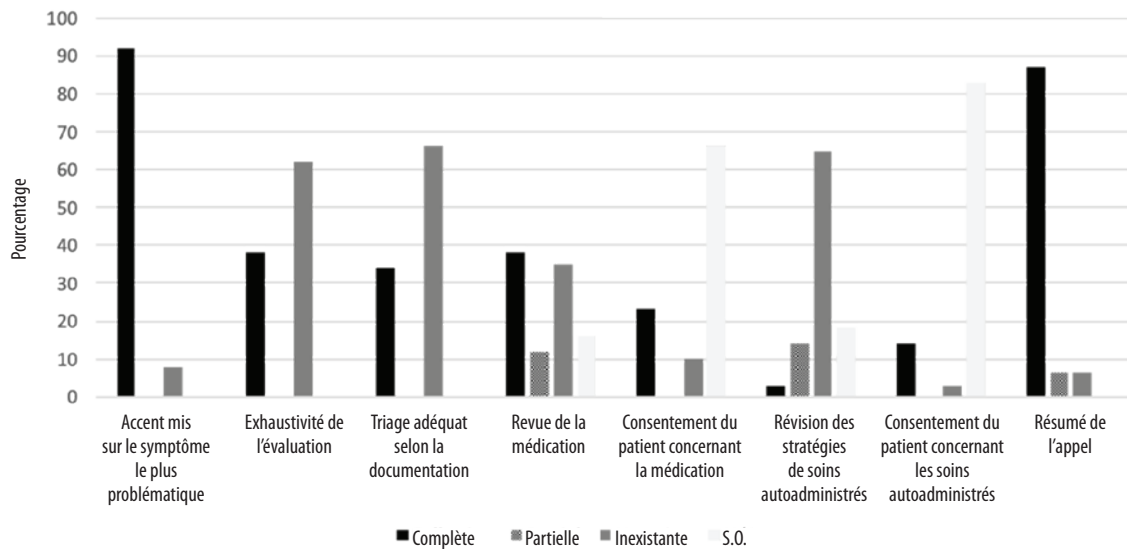


Figure 1 : Analyse de la qualité de la documentation laissée sur le téléphone à l'infirmière mesurée avec l'outil d'analyse de la gestion des symptômes : documentation complète, partielle ou inexistante (n = 77)

prise en charge requis pour leurs symptômes. L'examen des soins infirmiers fournis à 77 patients en fonction des critères d'évaluation idéaux a révélé que 29 patients seulement avaient été évalués correctement, c'est-à-dire qu'au moins la moitié des critères spécifiques d'évaluation des symptômes avaient été remplis, et que seules trois infirmières en oncologie avaient déclaré se référer aux directives. En raison des évaluations incomplètes, 43 % se sont fait proposer d'aller aux urgences, alors que seulement 9 % étaient considérés comme des cas réellement urgents par les infirmières spécialisées en oncologie qui ont analysé subséquemment les données des dossiers. En abordant ces résultats sous l'angle des apprentissages à en tirer pour le système de santé, les éléments suivants devraient être considérés : a) attentes de la direction des soins infirmiers et des médecins à l'égard des infirmières offrant des services téléphoniques de gestion des symptômes; b) effectifs suffisants permettant aux infirmières d'offrir des services téléphoniques de qualité; c) gestion réelle des symptômes effectuée pendant l'appel par rapport aux traces laissées dans la documentation; d) accessibilité des directives en matière de gestion des symptômes.

La qualité de l'évaluation des symptômes influence l'approche pour leur prise en charge (la médication et les stratégies de soins autoadministrés recommandées). Fait intéressant, seulement la moitié de la documentation infirmière provenant des appels téléphoniques des patients corroborait qu'une révision de la médication spécifique au symptôme avait été effectuée, et l'infirmière avait consigné une ou plusieurs stratégies de soins autoadministrés dans seulement 17 % des cas (seulement 3 % des patients, soit deux d'entre eux, s'étaient fait proposer au moins 3 stratégies. Pourtant, pour les symptômes courants rapportés dans ces appels (douleur, dyspnée, diarrhée, nausées et vomissements), les guides de pratique clinique recensent plus de 10 stratégies pouvant être

recommandées (Stacey et al., 2017). Les infirmières manquent donc de nombreuses occasions de mieux guider les patients dans leur médication et les stratégies pour gérer eux-mêmes leurs symptômes. Dans une autre étude sur les cliniques d'oncologie ambulatoires, les patients et leurs familles avaient d'ailleurs proposé que les infirmières améliorent le soutien fourni par téléphone en enseignant aux patients des stratégies pour gérer eux-mêmes les symptômes liés au traitement (Stacey, Green, Ballantyne, Skrutkowski, et al., 2016).

Nos constats illustrent à quel point les visites aux urgences pourraient diminuer si d'autres services dans le système prenaient en charge les patients qui présentent des symptômes de modérés à sévères nécessitant d'urgence une évaluation en personne. Des cliniques de soins d'urgence sont parfois intégrées aux programmes d'oncologie ambulatoire afin d'offrir en semaine des services d'évaluation des patients, des tests de diagnostic (tests de laboratoire, radiographie) et l'administration de médicaments ou de solutés par voie intraveineuse (Hong, Froehlich, Clayton Hobbs, Lee et Halm, 2019; Sedghi et al., 2019). Les études de Hong et collaborateurs et de Sedghi et collaborateurs ont d'ailleurs démontré que l'ouverture de ces cliniques contribuait à faire diminuer le nombre de visites aux urgences. Ce nombre ne diminuait pas par contre durant les fins de semaine, les cliniques en question n'ouvrant qu'en semaine (Hong et al., 2019). Ces établissements ne remplacent pas l'accès par téléphone à des infirmières pour les patients cancéreux, mais fournissent une option adaptée à ceux qui présentent des symptômes plus sévères. La plupart des patients et familles touchés par le cancer disent apprécier en fait le soutien téléphonique reçu pour gérer les symptômes (Stacey, Green, Ballantyne, Skrutkowski, et al., 2016). D'autres options s'offrent aux patients qui téléphonent en raison de symptômes graves : prendre rendez-vous pour une visite d'urgence dans une clinique d'oncologie ambulatoire ou encore

avoir recours à des services de soins palliatifs ou de soins infirmiers à domicile.

Lors de l'interprétation des résultats, plusieurs points forts et limites sont à considérer. D'abord, il s'agit du premier projet connu d'amélioration de la qualité qui fait un lien entre les appels téléphoniques au sujet d'un symptôme et les visites aux urgences sans admission ultérieure dans une unité d'urgence tertiaire. Un autre point fort est le suivi systématique de la documentation en lien avec un symptôme qui a été fait au sein des différents départements d'un établissement de soins de santé. Les données du projet se limitaient toutefois à la documentation comprise dans le dossier de santé des patients et, plus particulièrement, à celle qui portait sur les services téléphoniques offerts par les infirmières en oncologie et les visites aux urgences. Il se peut que les infirmières ou le personnel des urgences n'aient pas fourni une documentation complète. De plus, nous ne pouvions pas effectuer le suivi des patients qui se sont rendus aux urgences d'autres hôpitaux de la région. Pour faciliter l'interprétation des données, nous avons engagé des infirmières spécialisées en oncologie travaillant en milieu clinique. Leurs tâches consistaient à extraire les données provenant des dossiers de santé pour donner leur avis sur l'utilité d'une visite aux urgences et les possibilités pour les infirmières d'optimiser la prise en charge des symptômes. Ces infirmières ont reçu une formation sur les procédures de vérification des dossiers et pouvaient interroger une infirmière en pratique avancée faisant partie de l'équipe du projet (LJo). Une autre limite tenait au fait que leurs critères de jugement pourraient avoir été biaisés au profit de l'infirmière en oncologie à l'origine de la documentation analysée. Enfin, nous n'avons pas recueilli de données sur le niveau d'expérience des infirmières qui s'occupaient appels téléphoniques, un élément qui gagnerait à être pris en compte pour les prochains projets d'amélioration de la qualité.

Nos constats ont des implications sur la formation et la pratique clinique en soins infirmiers. Les infirmières en oncologie

qui ont participé au projet n'avaient pas reçu de formation particulière pour offrir des services de consultation téléphonique en oncologie. Les précédentes études sur la gestion téléphonique des symptômes par des infirmières en oncologie ont révélé un besoin à cet égard (Stacey, Green, Ballantyne, Tarasuk, et al., 2016; Stacey et al., 2018). Un atelier de formation d'une heure a renforcé la confiance des infirmières l'ayant suivi et leur a permis d'assurer une prise en charge téléphonique des symptômes fondée sur des données probantes. S'autoévaluer ou recevoir de la rétroaction aurait aussi du bon. Les études s'étant penchées sur ces pratiques d'application des connaissances ont relevé une amélioration des performances (Brehaut et al., 2016). L'outil d'analyse de la gestion des symptômes pourrait servir à mesurer après des interventions de ce genre si l'exhaustivité de l'évaluation des symptômes a changé.

## CONCLUSION

Les infirmières en oncologie jouent un rôle important en répondant aux appels téléphoniques des patients qui s'interrogent sur les symptômes associés au cancer vécus à domicile. En analysant les suivis téléphoniques infirmiers ayant précédé une visite aux urgences sans hospitalisation, nous avons constaté que 91 % des patients auraient pu être pris en charge au téléphone ou dans une clinique de soins d'urgence et éviter ainsi de se rendre aux urgences. Par ailleurs, les infirmières assurant les suivis téléphoniques ont souvent consigné des évaluations incomplètes et une orientation inadéquate des patients quant à la gestion de leurs symptômes. Il y a lieu de mener d'autres recherches sur la qualité de la prise en charge des symptômes en étudiant les enregistrements audio des appels téléphoniques, le recours aux directives sur la qualité des services téléphoniques infirmiers (spécifiques aux symptômes et fondées sur des données probantes), et les moyens mis en œuvre pour garantir des ressources appropriées pour les services de consultation téléphonique en soins infirmiers.

## RÉFÉRENCES

- Abdullah, G., & Stacey, D. (2014). Role of oncology nurses in integrated knowledge translation. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 24(2), 63–66.
- Bowen, S., & Graham, I. D. (2013). Integrated knowledge translation. In S. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (pp. 14–23). Wiley Blackwell.
- Brehaut, J. C., Colquhoun, H. L., Eva, K. W., Carroll, K., Sales, A., Michie, S., ... Grimshaw, J. M. (2016). Practice feedback interventions: 15 Suggestions for optimizing effectiveness. *Annals of Internal Medicine*, 164(6), 435–441.
- Canadian Institutes of Health Research. (2012). *Guide to knowledge translation planning at CIHR: Integrated and end-of-grant approaches*. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/45321.html>
- Canadian Institutes of Health Research. (2016). *Knowledge user engagement*. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/49505.html>
- Cancer Quality Council of Ontario. (2016). *Unplanned hospital visits during radiation therapy*. <http://www.csqi.on.ca/cms/One.aspx?portalId=351209&pageId=354838>
- Flannery, M., McAndrews, L., & Stein, K. F. (2013). Telephone calls by individuals with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 40(5), 464–471.
- Gagnon, M. (2009). Knowledge dissemination and exchange of knowledge. In S. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (pp. 235–245). Blackwell Publishing Ltd.
- Hoffman, A. J. (2013). Enhancing self-efficacy for optimized patient outcomes through the theory of symptom self-management. *Cancer Nursing*, 36, E16–26.
- Hong, A. S., Froehlich, T., Clayton Hobbs, S., Lee, S. J. C., & Halm, E. A. (2019). Impact of a Cancer Urgent Care Clinic on Regional Emergency Department Visits. *J Oncol Pract*, 15(6), e501–e509. <https://doi.org/10.1200/JOP.18.00743>
- Johnston, B., McGill, M., Milligan, S., McElroy, D., Forster, C., & Kearney, N. (2009). Self-care and end of life care in advanced cancer: Literature review. *European Journal of Oncology Nursing*, 13, 386–398.
- Kondo, S., Shiba, S., Udagawa, R., Ryushima, Y., Yano, M., Uehara, T., ... Hashimoto, J. (2015). Assessment of adverse events via



- a telephone consultation services for cancer patients receiving ambulatory chemotherapy. *BMC Research Notes*, 8(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1292-8>
- Livingston, P. M., Craike, M., & Considine, J. Unplanned presentations to emergency departments due to chemotherapy induced complications: Opportunities for improving service delivery. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 14(2), 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2011.03.005>
- Ludwig, C., Bennis, C., Carley, M., Gifford, W., kuziemy, C., Lafreniere-Davis, N., ... Stacey, D. (2017). Managing symptoms during cancer treatments: Barriers and facilitators to home care nurses using symptom practice guides. *Home Health Care Management & Practice*, 29(4), 224–234. <https://doi.org/10.1177/1084822317713011>
- Macartney, G., Stacey, D., Carley, M., & Harrison, M. B. (2012). Priorities, barriers and facilitators for remote telephone support of cancer symptoms: A survey of Canadian oncology nurses. *Can Oncol Nurs J*, 22(4), 235–247.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). *Person-and family-centred care*. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care>
- Reid, J., & Porter, S. (2011). Utility, caller, and patient profile of a novel Chemotherapy Telephone Helpline service within a regional cancer centre in Northern Ireland. *Cancer Nursing*, 34(3), E27–E32.
- Sedghi, T., Canavan, M., Gross, C. P., Davidoff, A. J., Rothberg, B. E., Strait, M., ... Adelson, K. B. (2019). Impact of an oncology urgent care clinic on emergency department rates. *Journal of Clinical Oncology*, 37(15 Suppl), 6615.
- Stacey, D., Bakker, D., Green, E., Zanchetta, M., & Conlon, M. (2007). Ambulatory oncology nursing telephone services: A provincial survey. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 17(4), 1–5.
- Stacey, D., & Carley, M., for the Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support Group. (2017). The pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support (COSTaRS) - practice guides for symptom management in adults with cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 27(1), 92–98.
- Stacey, D., Green, E., Ballantyne, B., Skrutkowski, M., Whynot, A., Tardif, L., ... Carley, M. (2016). Patient and family experiences with accessing telephone cancer treatment symptom support: A descriptive study. *Supportive Care in Cancer*, 24(2), 893–901. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2859-6>
- Stacey, D., Green, E., Ballantyne, B., Tarasuk, J., Skrutkowski, M., Carley, M., ... Howell, D. (2016). Implementation of symptom protocols for nurses providing telephone-based cancer symptom management: A comparative case study. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 13(6), 420–431. <https://doi.org/10.1111/wvn.12166>
- Stacey, D., Ludwig, C., Truant, T., Carley, M., Bennis, C., Gifford, W., ... Verhaegen, M. (2018). Implementing practice guides to improve cancer symptom management in homecare: A comparative case study. *Home Health Care Management & Practice*, 31(3), 139–146.
- Stacey, D., Skrutkowski, M., Carley, M., Kolari, E., Shaw, T., & Ballantyne, B. (2015). Training oncology nurses to use remote symptom support protocols: A retrospective pre-/post-study. *Oncology Nursing Forum*, 42(2), 174–182.
- Vandyk, A. D., Harrison, M. B., Macartney, G., Ross-White, A., & Stacey, D. (2012). Emergency department visits for symptoms experienced by oncology patients: A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 20(8), 1589–1599.