Canadian Oncology Nursing Journal

Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie

Volume 31, Issue 1 • Winter 2021
eISSN: 2368-8076

CANO
ACIO

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

Diminuer le recours au service des urgences pour les patients externes présentant des symptômes aigus de cancer : revue intégrative sur l'émergence des centres de soins d'urgence en oncologie

par Tammy L. Patel, Shelley Raffin Bouchal, Catherine M. Laing et Stéphanie Hubbard

RÉSUMÉ

Cette revue intégrative de la littérature avait pour but de cerner les possibilités de recherche en sciences infirmières concernant la gestion des symptômes aigus du cancer des patients externes dans les centres de soins d'urgence en oncologie. Les patients aux prises avec des symptômes aigus du cancer (ex. fièvre, troubles gastro-intestinaux ou douleur non soulagée) venant d'un milieu de soins externes sollicitent principalement sur les services des urgences pour se faire évaluer et traiter. Cependant, ce modèle de soins n'est plus viable et fait ressortir les inefficacités du système de soins de santé. Les centres de soins d'urgence en oncologie permettent aux patients qui présentent ces symptômes d'être traités par des spécialistes en oncologie au sein de centres de cancérologie pour patients externes. Malheureusement, les rares travaux de recherche sur les centres de soins d'urgence en oncologie, tant sur le plan opérationnel qu'expérimental, rendent difficile l'adoption de ce nouveau modèle de soins par d'autres. Voici les questions centrales qui ont guidé cette revue intégrative : 1) Quel est l'état de la science concernant les centres de soins d'urgence en oncologie, et quelles sont les différences si on les compare aux services d'urgences en matière

de traitement prodigué aux patients externes présentant des symptômes aigus du cancer? 2) Où sont les centres de soins d'urgences en oncologie dans le monde, et que sait-on de leurs activités cliniques et modèles de dotation?

Mots-clés : centres de soins d'urgence en oncologie, soins externes en oncologie, cancer, symptômes

Comme indiqué dans la littérature, une grande partie des coûts liés aux soins de santé en oncologie est associée aux visites non prévues à l'urgence et aux hospitalisations qui en découlent (Colligan et al., 2017; Hassett, O'Malley, Pakes, Newhouse, et Earle, 2006; McKenzie et al., 2011). Aux États-Unis, on estime que 3 % du total des visites à l'urgence annuellement (soit 1 à 3 millions de visites) sont liées au cancer (Cooksley et Rice, 2017); et selon un examen systématique de 18 études effectuées par Vandyk, Harrison, Macartney, Ross-White et Stacey (2012), plus de la moitié de ces consultations se termineront par une hospitalisation. Une étude similaire à grande échelle sur le cancer du sein aux États-Unis a révélé que 51 % des patientes seront hospitalisées une fois ou consulteront une fois à l'urgence pendant la première année de traitement (Hassett et al., 2006). Une étude menée à Calgary a fait état de taux d'utilisation similaires de l'urgence par les patients atteints de cancer; 1 881 patients ont consulté 4 623 fois à l'urgence de juillet 2007 à septembre 2011 (Prystajewski et al., 2012). De plus, la charge croissante des dépenses en soins de santé dans le monde s'explique notamment par l'amélioration des taux de survie au cancer (Young et al., 2016).

Compte tenu de l'augmentation annuelle des diagnostics de cancer et des dépenses liées aux consultations imprévues à l'urgence et aux hospitalisations, l'innovation dans la prestation de soins rentables aux patients est impérative. Au Canada, le taux de diagnostics de cancer au cours des 35 dernières années est passé de 89 200 en 1984 à 220 200 en 2019, une augmentation annuelle moyenne de 7 % (Comité consultatif canadien sur les statistiques du cancer, 2019). Les États-Unis ont fait état de plus de 499 000 visites à l'urgence liées au cancer en 2007, pour un total de 777,24 M\$ US, soit un coût moyen de 1 558 \$ par visite à l'urgence (Mayer, Travers, Wyss, Leak et Waller, 2011). Également aux États-Unis, « une hospitalisation de 2 à 3 jours avec perfusion et antiémétiques coûte environ 8 729 \$ US » (Mason, DeRubeis, Foster, Taylor et Worden, 2013, p. 585). En revanche, un patient externe qui consulte une infirmière praticienne, avec perfusion et prise d'antiémétiques ne coûte en moyenne que 197 US\$ (Mason et al., 2013).

AUTEURES

Tammy L. Patel, inf. aut., étudiante M.Sc.inf., Faculté des sciences infirmières, Université de Calgary et Tom Baker Cancer Centre, Alberta Health Services

Shelley Raffin Bouchal, inf. aut., Ph.D., professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Calgary

Catherine M. Laing, inf. aut. Ph.D., professeure agrégée et doyenne associée, Faculté des sciences infirmières, Université de Calgary

Stéphanie Hubbard, inf. aut., M.Sc.inf., IP, Tom Baker Cancer Centre, Alberta Health Services

Toute correspondance relative à cet article doit être adressée à : Tammy L. Patel, a/s Shelley Raffin Bouchal, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Calgary, Professional Faculties Building 2270, 2500 University Dr NW, Calgary, AB T2N 1N4.

Courriel : tammy.patel@ucalgary.ca

DOI:10.5737/236880763113650

Les ressources des services d'urgence (c'est-à-dire l'établissement, le personnel et le temps) restent fixes, ce qui peut amener les patients immunodéprimés atteints d'un cancer à faire face à des temps d'attente prolongés et à un risque accru d'exposition à des agents pathogènes. De même, l'échelle de triage et de gravité (ÉTG) conventionnelle des services d'urgence canadiens ne saisit pas avec précision les besoins particuliers de ces patients, comme le montre le tableau 1. Par exemple, la fièvre doit être traitée comme une urgence médicale chez les patients atteints de cancer, mais l'ÉTG assigne un niveau trois à la fièvre (sur une échelle d'urgence de un à cinq) avec des temps d'attente idéaux allant jusqu'à 30 minutes; ce qui peut exposer ces patients à un risque accru de septicémie et de décès (Cooksley et Rice, 2017; Trip, Boloorch et Berman, 2011). De nombreuses études ont établi les symptômes les plus fréquents des patients atteints de cancer qui se présentent à l'urgence : douleur, fièvre, symptômes respiratoires, troubles gastro-intestinaux (Clarke, Bird, Kakuchi, Littlewood et van Hamel Parsons, 2015; Cooksley et Rice, 2017; Hassett et al., 2006; Livingston, Craike et Considine, 2011;

Majem et al., 2007; Mayer et al., 2011; McKenzie et al., 2011; Meisenberg, Graze et Brady-Copertino, 2014; Prystajecy et al., 2012; Ruegg, 2013; Sitzes-Determann, 2009; van der Meer et al., 2016; Vandyk et al., 2012). La nature constante, prévisible et non urgente de ces symptômes indique qu'on pourrait améliorer les services aux patients externes et ainsi réduire les visites à l'urgence.

TRAITEMENT DES PATIENTS EXTERNES PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES AIGUS DU CANCER

Dans les centres de soins externes en cancérologie, trois stratégies servent principalement à gérer les symptômes liés au cancer : l'éducation du patient, la prévention et le soutien téléphonique (Young et al., 2016). Malheureusement, les symptômes aigus du cancer (fièvre, troubles gastro-intestinaux, douleur non soulagée, etc.) sont parfois trop graves pour que les soins autoadministrés à la maison fonctionnent et requièrent des soins médicaux d'urgence. Par le passé, sur tous les continents, les centres de soins externes en cancérologie comptent sur les services d'urgence pour répondre aux besoins urgents et non comblés des patients atteints de cancer (Young et al., 2016). Comme l'ont démontré Prystajecy et al. (2012), la mise en place d'un soutien téléphonique jour et nuit au centre de soins externes en cancérologie de Calgary a été associée à une diminution importante (de 32 %) des visites à l'urgence sur une période quatre mois. Mais malgré ce soutien téléphonique menant à une baisse du nombre de visites à l'urgence, un nombre considérable de patients cancéreux ont besoin de soins médicaux en personne (Prystajecy et al., 2012).

Tel qu'indiqué par Colligan et collègues (2017), « 19 à 23 % des visites à l'urgence et des hospitalisations de patients cancéreux sont potentiellement évitables » (p. 873) et les symptômes présentés par ces patients seraient mieux traités dans un contexte ambulatoire. Les plus récents centres de soins d'urgence en cancérologie sont spécialement conçus pour les patients externes présentant des symptômes aigus du cancer non urgents, et offrent ce milieu de soins externes alternatif. Ces centres sont commodément situés dans les centres de soins externes en cancérologie actuels, avec le double objectif de désengorger les urgences et de faire en sorte que les besoins en cancérologie soient comblés en un seul endroit par des spécialistes en oncologie. De plus, les centres de soins urgents en cancérologie permettent aux patients cancéreux d'être mieux triés, en fonction de l'acuité de l'urgence oncologique, ce qui améliore la sécurité des patients et permet une approche des soins centrée sur le patient. Les avantages des centres de soins d'urgence en cancérologie encouragent l'adoption de ce nouveau modèle de soins complets tout en mettant fin à la dépendance aux services des urgences des centres de soins externes en cancérologie, dépendance qui devrait être dépassée.

BUT DE L'ÉTUDE

L'objectif de cette revue intégrative de la littérature était de déterminer l'étendue et les types de recherches menées pour comparer les centres de soins d'urgences en cancérologie et les

Tableau 1. Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements des urgences (ÉTG)

Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG)	Délai de prise en charge thérapeutique	Définitions et exemples
1 – Réanimation	Immédiatement	État qui constitue une menace pour la vie ou pour un membre (ex. arrêt cardiaque, trauma majeur)
2 – Très urgent	< 15 minutes	État qui constitue une menace potentielle pour la vie ou pour un membre (ex. compression de la moelle épinière, douleur thoracique)
3 – Urgent	< 30 minutes	État qui pourrait évoluer vers un problème grave nécessitant une intervention d'urgence (ex. détresse respiratoire légère, vomissements et/ou nausées)
4 – Moins urgent	< 60 minutes	État qui bénéficierait d'une intervention médicale ou d'un réconfort dans un délai d'une à deux heures (ex. infection des voies urinaires, constipation)
5 – Non urgent	< 120 minutes	État qui pourrait être traité dans un cabinet médical ou une clinique sans rendez-vous (ex. changement de pansement, retrait de points de suture)

Note. Adapté de « Utilizing the Canadian emergency department Triage and Acuity Scale (CTAS) in an oncology urgent care clinic: The university health network experience ». Par K. Trip, A. Boloorch, & H. Berman, 2011, Canadian Oncology Nursing Journal, 21(1), p. 52.

services des urgences dans le traitement des patients externes présentant des symptômes aigus du cancer. Une bonne connaissance de la littérature permet de repérer les connaissances manquantes et les sujets de recherche potentiels. Plus précisément, cet examen a servi de base à la formulation d'une question de recherche en soins infirmiers de deuxième cycle sur les centres de soins d'urgence en oncologie.

MÉTHODOLOGIE

Une revue intégrative de la littérature a été lancée pour aider à déterminer la pertinence selon l'expérience passée de délaisser le modèle de soins des services d'urgence pour les patients en oncologie au profit d'un modèle global de soins avec des centres de soins d'urgence en cancérologie. La revue intégrative offre une approche alternative aux chercheurs qui étudient de vastes sujets ou examinent des questions de recherche tout en permettant l'inclusion simultanée de divers modèles d'étude et types d'articles – une considération importante pour la pratique des soins infirmiers basée sur les données probantes (Whittemore et Knafl, 2005). La synthèse des études expérimentales et non expérimentales contribue à la pleine compréhension du phénomène étudié (Whittemore et Knafl, 2005). En outre, « la multiplicité des objectifs peut donner lieu à une représentation complète de concepts, de théories ou de problèmes de santé complexes et importants en soins infirmiers » (Whittemore et Knafl, 2005, p. 548). La méthodologie décrite dans le cadre d'une revue intégrative de Whittemore et Knafl (2005) comprend cinq étapes : 1) formulation du problème; 2) recherche documentaire; 3) évaluation des données; 4) analyse des données; 5) présentation des données.

Formulation du problème

Voici les questions centrales de recherche qui ont guidé cette revue intégrative de la littérature :

1. Quel est l'état de la science concernant les centres de soins d'urgence en cancérologie, et quelles sont les différences si on les compare aux services d'urgences en matière de traitement prodigué aux patients externes présentant des symptômes aigus du cancer?
2. Où sont les centres de soins d'urgences en cancérologie dans le monde, et que sait-on de leurs activités cliniques et modèles de dotation?

Recherche documentaire

En consultation avec un bibliothécaire de recherche et un rédacteur scientifique – pour l'accompagnement en stratégie documentaire, interface et navigation dans les bases de données, et utilisation d'Endnote – la première auteure a élaboré et utilisé une stratégie de recherche structurée, avec schématisation des termes de recherche dans les titres, utilisation de troncatures et de caractères jokers, et recours aux opérateurs booléens dans chaque base de données. Après plusieurs recherches itératives initiales, les termes de recherche suivants ont été utilisés avec succès pour chaque interface de données : (« oncologie » OU « cancer ») ET (« urgence » OU « aigu » OU « urgent » OU « rapide ») ET (« clinique » OU « centre » OU « service ») ET (« traitement » OU « soins » OU « prise

en charge » ET (« patient externe » OU « ambulatoire » OU « complet » OU « communauté ») ET « symptôme* ».¹

Toute la littérature a été recensée à l'aide d'une variété de sources, y compris des bases de données électroniques et des listes de références, ainsi que de la littérature grise provenant de ProQuest, Google Scholar et d'Internet. La stratégie de recherche a évité les restrictions de date puisque le sujet d'étude n'est apparu que récemment. L'examen intégratif a consisté en des recherches dans quatre bases de données en ligne : CINAHL ($n = 127$), MEDLINE ($n = 704$), PubMed ($n = 907$) et ProQuest Theses & Dissertations Global ($n = 13$). La recherche la plus récente a été effectuée en octobre 2018.

La documentation obtenue grâce à cette stratégie de recherche a été examinée par la première auteure comme l'exige son programme d'études supérieures en sciences infirmières. Comme le résume la figure 1, la stratégie de recherche dans la base de données en ligne a permis de recenser 1 738 articles tandis que d'autres sources ont révélé d'autres articles pertinents ($n = 16$), y compris les ressources en ligne et les listes de références parcourues, menant donc à un total de 1 754 sources documentaires. Les doublons ($n = 35$) ont été éliminés lors de la vérification des autres titres et des résumés des articles, puis les titres et résumés restants ($n = 1 719$) ont fait l'objet d'une analyse d'adéquation sur la base des critères d'inclusion et d'exclusion décrits ci-dessous. Il en est resté 66 articles en texte intégral, qui ont été évalués pour en déterminer l'admissibilité. Au total, 17 sources documentaires ont finalement été incluses dans la revue intégrative comme répondant adéquatement aux questions essentielles et respectant tous les critères d'inclusion.

Pour déterminer les sources pertinentes, voici quels ont été les critères d'inclusion d'un article dans cette revue intégrative : 1) publications évaluées par des pairs dont le texte intégral est disponible; 2) études publiées en anglais; 3) études axées sur l'utilisation soit des services des urgences ou des centres de soins d'urgence en cancérologie pour le traitement des patients présentant des symptômes aigus du cancer. Des critères d'exclusion finaux sont cependant apparus lors de l'examen systématique des articles en texte intégral. Des articles ont donc été exclus sur la base des critères suivants : 1) études axées sur les patients en soins palliatifs atteints d'un cancer avancé; 2) études portant sur les patients en pédiatrie atteints de cancer; 3) études axées sur les processus des services des urgences ou des services aux collectivités (soins à domicile) pour les patients cancéreux, étant donné que ces processus ne sont pas généralisables au système de santé canadien. .

Évaluation des données

Chaque source documentaire répondant aux critères d'inclusion et abordant une question centrale de recherche a fait l'objet d'une évaluation critique par la première auteure à l'aide des deux listes de vérification de Specialist Unit for Review of

1 Recherche effectuée en anglais : ("oncology" OR "cancer") AND ("emergency" OR "acute" OR "urgent" OR "rapid") AND ("clinic" OR "center" OR "centre" OR "department") AND ("treatment" OR "care" OR "management") AND ("outpatient" OR "ambulatory" OR "comprehensive" OR "community") AND "symptom*"

Figure 1. Diagramme fonctionnel de la stratégie de recherche

Evidence (SURE) (2018a, 2018b) contenant les critères présentés dans les tableaux 2 et 3. Les 17 sources documentaires finales ont été divisées en deux tableaux de vérification spécifiques aux études de cohorte qualitatives (tableau 2) ou quantitatives (tableau 3). L'endroit des soins de santé (c.-à-d. service d'urgence versus centre de soins d'urgence en oncologie) de chaque étude a également été mis en évidence dans chaque tableau. Chaque source documentaire a été évaluée en fonction de la clarté du but de l'étude, de sa qualité méthodologique, de sa précision et de sa validité externe. Bien que chaque étude ait eu des limites, la plupart d'entre elles ont été classées de qualité moyenne à élevée et aucune n'a été exclue. Les études de moindre qualité ont été citées moins fréquemment pour tenir compte de leur moindre validité externe. Il a été reconnu par Whittemore et Knafl (2005) que « l'évaluation de la qualité des sources primaires dans le cadre d'une revue intégrative est complexe » (p. 550). Par conséquent, les outils d'évaluation critique choisis pour cet examen visaient à garantir l'applicabilité de chaque liste de vérification à tous les modèles d'étude tout en restant pertinents pour la littérature grise incluse.

Analyse des données

L'objectif de cette revue était de mieux comprendre les centres de soins d'urgence en cancérologie en tant que milieu de soins externes potentiel pouvant présenter une alternative aux services des urgences pour le traitement des patients externes aux prises avec des symptômes aigus du cancer. Chaque article en texte intégral a été lu pour extraire et enregistrer des données détaillées dans une feuille de calcul Excel standardisée. Pour améliorer la clarté des informations et faciliter l'analyse,

Tableau 2. Évaluation critique des études qualitatives

	Étude qualitative	Littérature grise
Étude	Clarke et al. (2015)	Sitzes-Determann (2009)
Liste de vérification		
L'étude porte-t-elle sur une question/hypothèse clairement ciblée?	Oui	Oui
Le choix de la méthode qualitative est-il approprié?	Oui	Oui
La stratégie d'échantillonnage est-elle clairement décrite?	Oui	Oui
La relation entre le ou les chercheurs et les participants est-elle explorée?	Non	Non
Les questions éthiques sont-elles abordées?	Oui	Oui
Le processus d'analyse/interprétation des données est-il décrit et justifié?	Oui	Oui
Les résultats sont-ils crédibles?	Oui	Oui
Des parrainages/conflits d'intérêts sont-ils signalés?	Non	Non
Les auteurs ont-ils identifié des limites?	Oui	Oui

Littérature sur les services des urgences

Littérature sur les centres de soins d'urgence en oncologie

Note : Adapté de « Questions to assist with the critical appraisal of qualitative studies », de Specialist Unit for Review Evidence (SURE), 2018, URL : https://www.cardiff.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0007/1142971/SURE-CA-form-for-Qualitative_2018.pdf

Tableau 3. Évaluation critique des études de cohortes quantitatives															
Étude	Étude qualitative													Littérature grise	
	Antonuzzo et al. (2017)	Aprile et al. (2013)	Barbera et al. (2013)	Brooks et al. (2016)	Coyle et al. (2013)	Kuo et al. (2017)	Livingston et al. (2011)	Majem et al. (2007)	Mayer et al. (2007)	McKenzie et al. (2010)	Meisenberg et al. (2014)	Ruegg (2013)	van der Meer et al. (2015)	Prystajecy et al. (2012)	Schlamb (2014)
Liste de vérification															
Le devis de l'étude est-il clairement énoncé?	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non
L'étude répond-elle sur une question clairement cernée?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non
Le milieu, les lieux et les dates utiles sont-ils fournis?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Les participants ont-ils été sélectionnés de manière équitable?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Ne sait pas	Ne sait pas
Les caractéristiques des participants sont-elles fournies?	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non
Les mesures de l'exposition et des résultats sont-elles appropriées?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Le biais a-t-il été pris en compte?	Ne sait pas	Oui	Oui	Ne sait pas	Ne sait pas	Oui Ne sait pas	Oui	Ne sait pas	Oui	Oui	Ne sait pas	Non	Oui	Ne sait pas	Non
Y a-t-il une description de la manière dont on est parvenu à la taille de l'étude?	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Les méthodes statistiques sont-elles bien décrites?	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
Des informations sont-elles fournies sur le flux des participants?	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Les résultats sont-ils bien décrits?	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Des parrainages/conflits d'intérêts sont-ils signalés?	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Ne sait pas	Ne sait pas
Les auteurs ont-ils bien identifié des limites et, si oui, sont-elles reprises ci-dessus?	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Littérature sur les services des urgences															
Littérature sur les centres de soins d'urgence en oncologie															

Note : Adapté de « Questions to assist with the critical appraisal of qualitative studies », de Specialist Unit for Review Evidence (SURE), 2018, URL : https://www.cardiff.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0007/1142971/SURE-CA-form-for-Qualitative_2018.pdf

les données ont été divisées en deux sous-groupes (Whittemore et Knafl, 2005). Ces sous-groupes sont chacun représentés par des tableaux d'extraction de données séparés, l'un incluant toutes les sources documentaires sur les services des urgences (tableau 4), et l'autre incluant toutes les sources documentaires sur les centres de soins d'urgence en oncologie (tableau 5). Les données d'étude extraites de la littérature sur les services des urgences ont été résumées en fonction des auteurs (année) et du lieu, du but de l'étude, de son devis, de l'échantillon, des résultats et constats, des activités et de la dotation en personnel, ainsi que des limites. Les thèmes récurrents ont ensuite été déterminés à partir des données extraites, à l'aide de méthodes de comparaison itératives, puis reformulés pour obtenir la synthèse finale des résultats (Whittemore et Knafl, 2005). Ce processus a été effectué par la première auteure et revu par la directrice de thèse (la deuxième auteure). Les données des deux tableaux d'extraction ont été comparées et contrastées pour établir les modèles et les thèmes les plus fréquents afin de répondre à la première question centrale. La synthèse thématique finale des résultats est présentée ci-dessous sous la forme de trois thèmes principaux et de sept sous-thèmes.

PRÉSENTATION DES DONNÉES

Résultats de recherche

Les 17 sources documentaires incluses dans cette revue intégrative faisaient preuve d'une grande hétérogénéité en ce qui concerne la méthodologie de l'étude et les axes de recherche (Clarke et al., 2015; Sitzes-Determann, 2009). La majorité ($n = 12$) s'appuyait sur des méthodes de collecte de données rétrospectives (Antonuzzo et al., 2017; Aprile et al., 2013; Barbera et al., 2013; Kuo, De Silva, Diwakarla et Yip, 2017; Livingston et al., 2011; Majem et al., 2007; Mayer et al., 2011; McKenzie et al., 2011; Meisenberg et al., 2014; Ruegg, 2013; Schlamb, 2014; van der Meer et al., 2016). Huit études portaient sur les modes d'utilisation des services des urgences (Barbera et al., 2013; Brooks et al., 2016; Clarke et al., 2015; Livingston et al., 2011; Mayer et al., 2011; McKenzie et al., 2011; Prystajecy et al., 2012; van der Meer et al., 2016); les neuf autres se concentraient spécifiquement sur les centres de soins d'urgence en oncologie (Antonuzzo et al., 2017; Aprile et al., 2013; Coyle, Miller et Paulson, 2013; Kuo et al., 2017; Majem et al., 2007; Meisenberg et al., 2014; Ruegg, 2013; Schlamb, 2014; Sitzes-Determann, 2009). Six études ont été réalisées aux États-Unis (Brooks et al., 2016; Coyle et al., 2013; Mayer et al., 2011; Meisenberg et al., 2014;

Tableau 4. Tableau d'extraction des données pour les services des urgences					
Littérature sur les services des urgences					
Auteurs (année) Endroit	But de l'étude	Devis de l'étude	Échantillon	Résultats de l'étude	Limites de l'étude
Barbera et al. (2013) Canada	Déterminer la relation entre la gravité du score de l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (ESAS) et la probabilité de présenter une urgence dans les 7 jours suivant l'évaluation.	Étude de cohorte rétrospective quantitative de patients cancéreux cliniques externes et communautaires en Ontario entre 2007 et 2009.	n = 45 118 patients uniques. Comprendait tous les patients évalués entre la date du diagnostic et la date du décès ou du dernier suivi lors de leur première évaluation avec un outil ESAS. Comprend toutes les régions de la province et tout diagnostic de cancer, quel que soit l'âge, recevant un traitement dans un but curatif ou palliatif. 2 693 patients exclus en raison de données incomplètes sur les symptômes, d'un numéro d'assurance maladie invalide ou manquant, ou de l'absence de lien avec le registre du cancer de l'Ontario.	1 732 (3,8 %) patients ont effectué une visite à l'urgence dans les 7 jours suivant l'évaluation avec l'ESAS; 72 % des visites à l'urgence ont été effectuées en semaine; 52 % pendant la journée (8-16 h). Les scores ÉTG de 1-5 étaient respectivement de 1,7 %, 28,4 %, 51,6 %, 14,7 % et 3,6 %. 40 % ont été hospitalisés. ~1 % d'augmentation des visites à l'urgence pour chaque augmentation de 5 points au score total de l'ESAS. Symptômes généraux associés à une forte probabilité de visite à l'urgence.	Surreprésentation des patients atteints de cancer du poumon (dont la survie est plus courte que celle de l'ensemble de la population atteinte de cancer), ce qui reflète l'effort de recrutement initial pour cette initiative. Impossible de déterminer où un patient se trouvait dans la trajectoire de sa maladie. Les résultats peuvent refléter les effets de l'outil ESAS lui-même. Aucune donnée de comparaison pour les patients NON évalués avec l'ESAS (c.-à-d. avant l'intervention, quel était le taux de visites à l'urgence dans les 7 jours suivant l'évaluation de l'absence d'ESAS?)
Brooks et al. (2016) États-Unis	Évaluer l'efficacité de la réduction de l'hospitalisation des patients externes atteints de cancer nécessitant des soins aigus en intégrant un oncologue à l'urgence pendant les heures du soir (de 17 à 23 h, du dimanche au vendredi)	Conception d'études quantitatives quasi expérimentales pré-intervention/post-intervention. L'intervention pilote a examiné les données 5 semaines avant et après l'intervention.	n = 808 visites admissibles à l'urgence pour les tumeurs solides malignes (moyenne = 11,5 visites à l'urgence/jour). n = 390 visites avant l'intervention et n = 418 visites pendant l'intervention.	Intervention associée à une différence non significative dans les hospitalisations (p = .62). Une étude indique que l'implication précoce des oncologues a conduit à une meilleure coordination des soins pour les patients cancéreux après la visite initiale à l'urgence. L'étude indique que 37 % des visites à l'urgence liées à l'oncologie ont eu lieu entre 8 et 16 h alors que 31 % surviennent entre 16 et 23 h.	L'intervention pilote s'est déroulée sur une courte période de temps. Inclusion de données d'évaluation subjectives de nombreux oncologues. Faible généralisabilité.
Clarke et al. (2015) Royaume-Uni	Examiner l'expérience préhospitalière des patients atteints de septicémie neutropénique en identifiant ses caractéristiques de présentation précoce et en explorant les facteurs susceptibles de retarder l'arrivée des patients à l'hôpital.	Entretiens théoriques qualitatifs avec analyse thématique.	n = 22 patients cancéreux hospitalisés pour traiter une septicémie neutropénique et 10 soignants.	37 % des patients ont mis plus de 12 h pour se présenter à l'hôpital après l'apparition des premiers symptômes. Les raisons invoquées étaient liées aux barrières psychologiques des patients, à des facteurs liés aux oncologues ou aux urgentologues, et à des facteurs liés au système de santé.	Généralisable uniquement aux patients atteints d'un cancer hématologique malin et aux autres établissements ayant des protocoles similaires de gestion de la septicémie neutropénique.
Livingston et al. (2011) Australie	Comprendre les principales caractéristiques des visites à l'urgence pour les patients cancéreux nouvellement diagnostiqués qui suivent une chimiothérapie en milieu de soins externes.	Vérification rétrospective quantitative des dossiers de 443 patients cancéreux nouvellement diagnostiqués, sélectionnés au hasard, qui ont reçu une chimiothérapie dans le cadre de l'oncologie de jour et qui ont consulté à l'urgence en 2007.	n = 443 dossiers de patients aléatoires (total de dossiers de patients atteints de cancer en oncologie par jour en 2007 = 2 380; 32,5 % [772] ont consulté à l'urgence au moins une fois). Des 443, un peu plus d'hommes que de femmes, et âge moyen de 61 ans.	Catégories de triage de 443 visites à l'urgence : ÉTG 1 = 0,5 %, ÉTG 2 = 21,6 %, ÉTG 3 = 48,0 %, ÉTG 4 = 27,5 % et ÉTG 5 = 2,3 %; plus de 60 % de l'ÉTG ont reçu leur congé. Le temps d'attente variait de 0,0 min à 6,8 h; la durée médiane du séjour à l'urgence était 6,3 h. Principales plaintes : neutropénie fébrile, nausée et vomissements, et douleurs abdominales. 67,3 % des visites à l'urgence ont eu lieu entre 6 h et 18 h. 58 % des visites à l'urgence ont entraîné une hospitalisation d'une durée médiane de 4,7 jours.	Étude limitée par des données réelles recueillies par voie électronique.

continued...

Authors (Year) Location	Purpose of Study	Study Design	Sample	Study Findings	Limitations
Mayer et al. (2011) États-Unis	Fournir un aperçu de la fréquentation des services des urgences par les patients cancéreux en Caroline du Nord afin d'améliorer la qualité des soins et d'éviter les visites à l'urgence.	Examen rétrospectif quantitatif du North Carolina Disease Event Tracking and Epidemiologic Collection Tool (NC DETECT) associé aux visites à l'urgence faites en 2008 par les patients cancéreux.	n = 37 760 visites à l'urgence par des patients cancéreux sur les 4 190 911 visites totales à l'urgence en Caroline du Nord.	Plus de la moitié des visites ont eu lieu le week-end ou le soir, et 44,9 % ont eu lieu pendant les heures régulières de bureau. Les trois principales plaintes concernaient la douleur, la détresse respiratoire et les troubles gastro-intestinaux. 63,2 % des visites à l'urgence ont entraîné une hospitalisation.	La base de données NC DETECT n'est pas complètement fiable, car les données secondaires manquent de précision (certaines visites liées au cancer ont pu être manquées, ou des visites non liées au cancer en fait ont pu être incluses). Les données sur la race et l'ethnicité n'ont pas été saisies, ce qui limite la généralisation et interdit l'analyse de ces variables. Impossible de déterminer si les patients ont visité plusieurs hôpitaux. Inclut des patients de 5 à 90 ans.
McKenzie et al. (2011) Australie	Identifier la nature et l'ampleur des consultations non planifiées de chimiothérapie et des admissions à l'urgence et/ou au centre de cancérologie d'un grand hôpital tertiaire métropolitain, et explorer les antécédents de ces visites.	Données rétrospectives quantitatives recueillies sur une période de 12 mois pour les patients externes qui ont fait une visite imprévue à l'hôpital. Des informations détaillées ont également été recueillies pour les patients externes qui avaient reçu une chimiothérapie cytotoxique au centre de cancérologie de l'hôpital six mois avant de se présenter à l'hôpital (urgence ou centre de cancérologie).	n = 233 patients externes qui ont reçu une chimiothérapie au cours des 6 derniers mois ont fait 363 visites imprévues au centre de cancérologie ou à l'urgence. ~518 patients externes traités par chimiothérapie chaque année, soit ~45 % (233 patients externes) ont fait une visite imprévue.	87,6 % des 363 visites imprévues ont entraîné une hospitalisation d'une durée médiane de 5 jours. Les symptômes plus fréquents étaient : nausée et vomissements, douleur, fièvre, essoufflement et déshydratation. Les patients externes en chimiothérapie tardent à demander de l'aide pour les effets secondaires du traitement pendant 2 à 7 jours pour de multiples raisons.	Les résultats ne peuvent être généralisés qu'à des centres anticancéreux et des systèmes de soins de santé de taille similaire (c.-à-d. publics ou privés). Les délais d'attente dans les services des urgences et les centres de cancérologie pour les patients externes en chimiothérapie auraient également un impact sur les antécédents de visites non planifiées.
Prystajek et al. (2012) Canada	Examiner les caractéristiques de l'utilisation des services des urgences par les patients adultes atteints de cancer.	Cohorte quantitative prospective de patients adultes atteints de cancer et orientés vers un centre de soins tertiaires pour le cancer entre juillet 2007 et mars 2009, suivie jusqu'en septembre 2011. Les variables évaluées incluaient les données démographiques de base, les taux de visites à l'urgence, le mode d'arrivée, les consultations demandées, les taux d'admission et les diagnostics des services des urgences.	Sur 6 772 patients atteints de cancer approchés, 4 329 (64 %) ont participé.	1 881 patients ont fait 4 623 visites à l'urgence de juillet 2007 à septembre 2011; 45 % ont fait une visite, 47 % ont fait 2 à 5 visites, et 8 % ont fait > 6 visites. La fréquence des scores de l'ÉTG était 1 %, 41 %, 50 %, 7 % et 1 %, pour les scores de 1-5 respectivement. 40 % des visites ont entraîné une hospitalisation. Les diagnostics les plus fréquents étaient : obstruction intestinale (3,1 %), douleur thoracique (2,3 %), fièvre (2,3 %), douleur abdominale (2,2 %), et pneumonie (2,2 %). Mise en place d'un service de triage téléphonique de jour et accès par les patients à des oncologues en dehors des heures de bureau, les visites mensuelles à l'urgence ont diminué de 32 % entre janvier et avril 2009.	Résumé de la conférence avec des détails limités sur les paramètres de l'étude. Les diagnostics les plus fréquents indiquent une grande diversité dans l'apparition des symptômes, et un manque de points communs. Les résultats ne peuvent être généralisés qu'à d'autres centres de soins tertiaires en cancérologie de taille similaire.
van der Meer et al. (2015) Australie	Améliorer la compréhension des besoins spécifiques des patients atteints de cancer qui se rendent dans les services des urgences. Les visites à l'urgence et les caractéristiques d'hospitalisation des patients cancéreux ont été comparées à celles des patients n'ayant pas reçu de diagnostic de cancer.	Étude quantitative descriptive rétrospective et multicentrique de cohorte utilisant les données administratives des hôpitaux. Résultats d'intérêt : niveau d'acuité, durée du séjour à l'urgence et de l'hospitalisation, taux de présentations répétées et taux d'admission chez les patients cancéreux et non cancéreux.	n = 529 377 visites à l'urgence sur une période de 36 mois dans quatre hôpitaux métropolitains de Melbourne. 2,4 % (n = 12 489) de toutes les visites étaient liées au cancer.	Par rapport à toutes les autres visites de patients à l'urgence, les consultations liées au cancer présentaient des niveaux d'acuité plus élevés, et nécessitaient un temps de prise en charge et une durée de séjour à l'urgence plus longs. Taux statistiquement significatifs de présentations répétées (64 vs 33 %, p < .001), hospitalisation (90 vs 46 %, p < .001), durées de séjour à l'hôpital (5,6 vs 2,8 jours, p < .001) et la mortalité des patients hospitalisés (7,9 vs 1,0 %, p < .001). Principaux symptômes : douleur, symptômes respiratoires, symptômes neurologiques et fièvre. ÉTG 1 = 1,2 %, ÉTG 2 = 14,5 %, ÉTG 3 = 51,8 %, ÉTG 4 = 31,0 % et ÉTG 5 = 1,5 %.	La collecte rétrospective de données électroniques empêche le contrôle des caractéristiques du patient évalué. Impossible de distinguer les patients atteints d'un cancer avancé recevant un traitement palliatif de ceux qui sont traités dans un but curatif, ce qui risque de fausser les résultats globaux.

Tableau 5. Tableau d'extraction des données pour les centres de soins d'urgence en oncologie

Littérature sur les centres de soins d'urgence en oncologie						
Auteurs (année) Endroit	But de l'étude	Devis de l'étude	Échantillon	Résultats de l'étude	Activités et dotation	Limites de l'étude
Antonuzzo et al. (2017) Italie	Déterminer si les services de soins de soutien ont eu un impact positif sur la fréquence des hospitalisations non planifiées.	Étude rétrospective quantitative comparant le nombre d'hospitalisations pré/post services de soins de soutien.	$n = 1\,275$ patients en 2011 et $n = 1\,358$ patients en 2012; inclut tous les patients sous chimiothérapie et hospitalisés par la suite en 2011 (pré services de soins de soutien) ou en 2012 (post services de soins de soutien).	Le nombre de patients recevant un traitement contre le cancer a augmenté de 6,5 %, mais les hospitalisations ont diminué de 3,2 % ($p = .024$) avec l'ouverture du centre de services de soins de soutien; considéré comme une mesure indirecte de l'efficacité du service de soins de soutien. Les visites à l'urgence ont également diminué de 5 % ($p = .018$).	Année d'ouverture : 2012 Personnel : oncologues médicaux Horaire : Du lundi au samedi le matin, mais peut se poursuivre en après-midi.	Comparaison des données d'une période de 12 mois en 2011 à une période de 9 mois en 2012; des périodes de comparaison égales peuvent avoir conduit à des résultats plus significatifs.
Aprile et al. (2013) Italie	Déterminer le nombre et les raisons des consultations pour une clinique d'oncologie pour les symptômes aigus, en plus de la fréquence des admissions à l'hôpital et des présentations répétées.	Étude rétrospective quantitative pour examiner le nombre de visites non prévues à l'unité d'oncologie au cours des deux premières années de fonctionnement. $n = 2\,811$ visites imprévues à l'unité d'oncologie de 1 431 patients cancéreux en consultation externe; 625 (43 %) patients avaient reçu de la chimiothérapie au cours des 3 derniers mois.	$n = 2\,811$ unplanned presentations to AOC from 1,431 cancer outpatients; 625 (43%) patients received chemotherapy in past 3 months	209 (7 %) des visites non planifiées ont conduit à des hospitalisations d'une durée médiane de 5 jours; 729 (51 %) étaient des visites répétées et non planifiées; les symptômes fréquemment signalés étaient : douleur, fatigue, dyspnée, fièvre et troubles gastro-intestinaux. Les patients présentant deux causes par rapport à une seule ont connu une incidence d'hospitalisation supérieure de 78 % ($p = .007$).	Année d'ouverture : 2006 Personnel : oncologues médicaux Horaire : Lundi au vendredi, de 8 h à 20 h.	Aucune donnée de comparaison n'a été fournie pour évaluer l'efficacité de l'unité d'oncologie (ex. diminution des admissions non planifiées à l'urgence ou des hospitalisations). Étude monocentrique d'un grand service d'oncologie; la généralisabilité des résultats peut donc être limitée.
Coyle et al. (2013) États-Unis	Déterminer les mesures de résultats pour le contrôle continu de la qualité et de la rentabilité des interventions de l'Oncology Evaluation and Treatment Center (OETC).	Évaluation quantitative du temps moyen passé à l'OETC, et du taux moyen d'hospitalisation par rapport à l'urgence.	$n = 2\,023$ patients en oncologie qui ont reçu des soins à l'OETC durant les premiers trimestres d'activité (c.-à-d. d'avril à décembre 2012).	Temps moyen passé à l'OETC (3 h et 48 min) inférieur de 48 % au temps passé par les patients cancéreux à l'urgence (7 h et 7 min); taux d'hospitalisation de 34 % pour l'OETC et de 83 % pour le service d'urgence.	Année d'ouverture : 2012 Personnel : personnel en oncologie et médecins à l'interne	Manque de données d'analyse statistique, telles que les valeurs P pour distinguer la signification des résultats. Seule étude sur un centre qui fonctionne en tout temps, ce qui limite les possibilités de généralisabilité.
Kuo et al. (2017) Australie	Évaluer la prestation rapide de conseils et de soins aux patients atteints de cancer dans la Rapid Assessment Clinic (RAC) versus le service des urgences.	Examen rétrospectif quantitatif des dossiers cliniques de septembre 2013 à juin 2014 pour la RAC et le service des urgences.	La RAC a évalué $n = 217$ patients sous chimiothérapie, et le service des urgences a évalué $n = 287$ patients (152 étaient sous chimiothérapie et admissibles pour être vus à la RAC).	La RAC par rapport au service des urgences avait des délais d'examen nettement plus courts (3,1 vs 9,7 h, $p < .00001$) et des taux d'hospitalisation inférieurs (14,3 % vs 69,1 %, $p < .00001$) avec des séjours hospitaliers plus courts (6,5 vs 9,5 jours, $p = .013$).	Année d'ouverture : 2013 Personnel : Médecin-stagiaire en oncologie avancée et infirmière en oncologie; avec infirmières assurant un triage par téléphone. Horaire : En semaine, jours non spécifiés, de 9 h à 17 h.	Les délais d'attente pour l'examen médical à la RAC avaient une documentation incomplète, ce qui a entraîné l'exclusion de données de l'analyse, comme en témoigne le large intervalle de confiance. Taille réduite de l'échantillon – la fiabilité des résultats bénéficierait d'une période de revue rétrospective plus longue.
Majem et al. (2007) Espagne	Évaluer les procédures et les résultats des patients qui fréquentent une unité d'oncologie sur la toxicité aiguë pour la prise en charge de la toxicité de la chimiothérapie.	Étude rétrospective quantitative de la base de données de l'unité d'oncologie depuis sa création en février 1999 jusqu'en septembre 2001.	$n = 2\,007$ contacts avec l'unité d'oncologie par 1 126 patients en chimiothérapie.	521 contacts (51,4 % ont été pris en charge par téléphone, mais 427 contacts (42 %) ont dû se présenter à l'unité d'oncologie pour un examen; 59 contacts ont été envoyés directement à l'urgence. 209 contacts (49 %) ont été ultérieurement hospitalisés, et tous les autres sont rentrés chez eux.	Année d'ouverture : 1999 Personnel : Oncologue médical et infirmière spécialisée; premier contact par triage téléphonique avec l'infirmière. Horaire : Lundi au vendredi, de 8 h à 17 h.	Analyse comparative avec les admissions à l'urgence et les hospitalisations avant l'OATU permettrait de renforcer la conception de l'étude et le niveau de données probantes.

Meisenberg et al. (2014) États-Unis	Mesurer la disposition des patients de la Supportive Care Clinic (SCC) comparativement au service des urgences, et l'effet de la SCC sur les visites à l'urgence et les hospitalisations pour le traitement.	Étude rétrospective quantitative des patients fréquentant la SCC depuis sa création en juin 2012 pendant 11 mois.	n = 340 visites à la SCC par 330 patients uniques souffrant de symptômes liés cancer.	Les admissions pour le contrôle des symptômes ont diminué de 39 à 27 par mois, une diminution de 31 %. Estimation de la prévention des visites à l'urgence de 66.	Année d'ouverture : 2012 Personnel : clinique dirigée par une infirmière autorisée et intégrée dans un cabinet d'oncologie. Premier contact par triage téléphonique ou médecin de garde après les heures de bureau. Horaire : Lundi au vendredi, avant 16 h 30.	Les patients étaient parfois évalués le lendemain, n'offrant ainsi pas un niveau de soins similaire à celui des urgences. Diminution des admissions à l'urgence estimée plutôt que mesurée. Une période d'examen inférieure à 12 mois et un échantillon de petite taille réduisent la fiabilité des données.
Reugg (2013) États-Unis	Décrire l'Immediate Care Center (ICC) pour les patients et comparer les principales plaintes prises en charge au sein de l'ICC en 2010 et 2014.	Étude rétrospective quantitative pour l'assurance qualité. Données examinées pour 2004 et 2012 afin de suivre les principales raisons pour lesquelles les patients se sont rendus à l'ICC.	n = 3 634 visites à l'ICC par des patients cancéreux en 2004, et n = 3 009 visites à l'ICC par des patients cancéreux en 2010.	En 2004, les cinq principales raisons de visites étaient les suivantes : déshydratation (35 %), douleur aiguë (17 %), anémie (12 %), nausée et vomissements (11 %), essoufflement (10 %) et fièvre (6 %). En 2010, les cinq principales raisons de consultations étaient : déshydratations (29 %), essoufflement (12 %) douleur (12 %), dérangement gastro-intestinal (10 %) et fièvre (5 %). La satisfaction des patients fait l'objet d'un suivi trimestriel constamment supérieur à 80 %.	Année d'ouverture : 2004 Personnel : Milieu sans rendez-vous dirigé par une infirmière autorisée; l'équipe d'oncologie primaire trie initialement les appels des patients. Horaire : En semaine, jours non spécifiés, initialement une unité de 8 h avec une infirmière autorisée, maintenant une unité de 16 h avec trois infirmières autorisées.	L'ICC fonctionne pour réduire les admissions non planifiées à l'urgence, mais l'étude n'a pas évalué l'efficacité liée à ces résultats. Les cinq principales raisons de consultations à l'ICC comptaient pour seulement 425 des 3 634 visites en 2004 et pour 412 des 3 009 visites en 2010 – détails vagues fournis en lien avec les autres raisons de consultations.
Schlamb (2014) Canada	Démontrer l'efficacité d'un centre de soins d'urgence en cancérologie dans les 10 premiers mois d'activité.	Ce n'est pas une étude – revue rétrospective des tableaux pour les nouvelles activités du centre de soins d'urgence en cancérologie de novembre 2013 à septembre 2014.	Nombre total de patients dans les cliniques et volumes d'assistance téléphonique dans les nouveaux centres de soins d'urgence en cancérologie, et disposition des patients lors du congé.	Sur une période de 10 mois, volume de patients de 2 966, clinique et services de soutien téléphonique; 457 patients (41,5 % d'augmentation) transférés vers une zone de traitement systémique opposé à l'hospitalisation; 110 patients (0,25 % de réduction) transférés à l'urgence; et 6 patients hospitalisés.	Année d'ouverture : 2013 Personnel : 3 infirmières autorisées, rôles en alternance avec triage, évaluation et triage téléphonique. Une infirmière praticienne, un omnipraticien en oncologie, un oncologue médical. Horaire : Lundi au vendredi, de 9 h à 17 h.	Il ne s'agit pas d'une étude, mais plutôt de paramètres de données recueillies présentées en format PowerPoint; manque d'analyse statistique et d'analyse comparative avec les visites à l'urgence pendant la même période de collecte de données.
Sitzes-Determann (2009) États-Unis	Décrire un nouveau service (centre de soins d'urgence en cancérologie) qui offrira des soins de soutien aux patients en oncologie en tout temps, et processus utilisé pour élaborer les paramètres d'évaluation, y compris les fonctions du centre, l'utilisation et les activités. L'ouverture prévue était au printemps 2009.	Méthodologie qualitative de recherche-action avec méthodologie allégée utilisant les principes de gestion A3. Évaluation de deux groupes afin de répondre aux besoins des parties prenantes internes et externes et de planifier le maintien et la croissance du centre de soins d'urgence en cancérologie.	Un événement de planification des parties prenantes a été organisé pour rassembler les indicateurs réglementaires, de conformité et de qualité identifiés par les employés de l'hôpital (n = 27) pour cerner les besoins des patients, les opinions et les idées.	Les entretiens avec les patients ont révélé deux thèmes principaux définissant leurs besoins : peur et anxiété ainsi que fatigue – les moteurs à l'origine de nombreux besoins et désirs des patients. L'inclusion de la voix des patients aidera le centre de soins d'urgence en cancérologie à fournir de meilleurs soins et à satisfaire les patients.	Année d'ouverture : 2009 Personnel : Infirmières autorisées, infirmières praticiennes, techniciens en soins aux patients; soutien d'un médecin si nécessaire (chercheur en oncologie de garde ou médecin exerçant en milieu hospitalier). Horaire : En tout temps.	La recherche a été menée avant l'inauguration du centre, il serait donc difficile de déterminer les besoins non comblés des patients avant l'utilisation de la clinique.

Ruegg, 2013; Sitzes-Determann, 2009), quatre venaient de l'Europe (Antonuzzo et al., 2017; Aprile et al., 2013; Clarke et al., 2015; Majem et al., 2007) et autant de l'Australie (Kuo et al., 2017; Livingston et al., 2011; McKenzie et al., 2011; van der Meer et al., 2016), et trois du Canada (Barbera et al., 2013; Prystajecy et al., 2012; Schlamb, 2014). Toutes les études ont été publiées entre 2007 et 2017, une majorité ($n = 11$) ayant été réalisées au cours des cinq dernières années (Antonuzzo et al., 2017; Aprile et al., 2013; Barbera et al., 2013; Brooks et al., 2016; Clarke et al., 2015; Coyle et al., 2013; Kuo et al., 2017; Meisenberg et al., 2014; Ruegg, 2013; Schlamb, 2014; van der Meer et al., 2016).

Contrôle de la qualité. Une lacune considérable relevée dans toutes les études est le manque de collecte de données prospectives pour assurer une mesure adéquate des variables souhaitées. En fait, seules deux études ne s'appuyaient pas exclusivement sur des données rétrospectives (Brooks et al., 2016; Clarke et al., 2015). L'impossibilité d'obtenir des mesures variables spécifiques est apparue lorsqu'aucune étude n'a été trouvée pour mesurer directement les effets de la mise en place d'un centre de soins d'urgence en oncologie sur les taux de visites à l'urgence et les hospitalisations, ni les économies directes associées à ce changement dans la prestation des soins.

Comparer le traitement reçu par les patients externes présentant des symptômes aigus du cancer dans les services des urgences comparativement aux centres de soins d'urgence en oncologie

La première grande question de recherche de l'étude était : Quel est l'état de la science concernant les centres de soins d'urgence en oncologie, et quelles sont les différences si on les compare aux services d'urgences en matière de traitement prodigué aux patients externes présentant des symptômes aigus du cancer?

Les résultats présentés aux tableaux 4 et 5 ont permis de recenser les domaines de recherche dominants en matière de traitement des patients externes présentant des symptômes aigus du cancer dans les services d'urgence et les centres de soins d'urgence en oncologie et de relever les lacunes dans les recherches et la littérature scientifique actuelles. L'analyse et synthèse des données résultant d'une comparaison du traitement du patient externe présentant des symptômes aigus du cancer dans deux contextes de soins différents a fait ressortir trois grands thèmes : le rapport coût-efficacité, l'amélioration de la sécurité, et les soins centrés sur le patient. La prochaine section du document présentera de manière narrative les résultats relatifs à la question centrale initiale, en identifiant les thèmes et sous-thèmes de la littérature examinée.

Rapport coût-efficacité des soins en oncologie.

Centres de soins d'urgence en oncologie. L'introduction des centres de soins d'urgence en oncologie s'est avérée rentable compte tenu de la diminution conséquente des visites non prévues à l'urgence et des hospitalisations. Une étude américaine a estimé à 66 le nombre de visites à l'urgence évitées (Meisenberg et al., 2014); quatre autres études supposaient que l'introduction des centres de soins d'urgence en oncologie avait entraîné une diminution des visites à l'urgence (Aprile et al., 2013; Kuo et al., 2017; Majem et al., 2007; Ruegg, 2013). Au Canada, un rapport en ligne a indiqué que le centre de soins d'urgence

en oncologie de Winnipeg a évalué 3 000 patients sur une période de dix mois, ce qui a vraisemblablement détourné ces patients des urgences engorgées (Schlamb, 2014). L'une des principales lacunes de ce rapport canadien et des cinq autres études citées ci-dessus est le manque de données comparatives sur les services des urgences pour déterminer si ces centres de soins d'urgence en oncologie réussissaient effectivement à réduire directement les visites à l'urgence pour les patients présentant des symptômes aigus du cancer. En Italie toutefois, des chercheurs ont établi une corrélation directe et une réduction cliniquement significative de 5 % des visites à l'urgence au cours des douze premiers mois de fonctionnement du centre de soins d'urgence en oncologie (Antonuzzo et al., 2017).

La diminution du nombre d'hospitalisations était très variable, allant d'une diminution de 3,2 % (Antonuzzo et al., 2017) à 54,8 % (Kuo et al., 2017) avec des diminutions associées du nombre de jours d'hospitalisation de 15,1 % et de 42,9 %, respectivement. Coyle et collègues (2013) ont commenté les différences entre les taux de visites aux centres de soins d'urgence en oncologie et ceux aux urgences – 34 % versus 83 % respectivement, mais la signification clinique n'a pas été précisée. Dernier élément d'intérêt, Majem et collègues (2007) ont remarqué que 49 % des patients des centres de soins d'urgence en oncologie avaient été hospitalisés, ce qui indique que bien que les visites à l'urgence puissent avoir été évitées, l'hospitalisation a été inévitable pour certains patients en fonction des symptômes qu'ils présentaient.

Meilleure utilisation des services d'urgence. L'analyse des scores de l'échelle de triage et de gravité (ÉTG) permet d'identifier les symptômes aigus du cancer qui sont mieux pris en charge dans un cadre de soins externes, notamment les scores de l'ÉTG (voir tableau 1) qui sont de trois ou plus (délai de prise en charge thérapeutique de 30 minutes ou plus). Dans la littérature, les catégories de l'ÉTG où sont fréquemment classés les patients cancéreux qui consultent à l'urgence étaient les niveaux 3 et 4. Au Canada, ça représente de 57,0–66,3 % des patients cancéreux qui consultent à l'urgence (Barbera et al., 2013; Prystajecy et al., 2012), et de 75,5–82,8 % en Australie (Livingston et al., 2011; van der Meer et al., 2016). Le service des urgences devrait être réservé si possible aux patients en danger de mort ou présentant des symptômes nécessitant des soins médicaux très urgents, afin de limiter l'engorgement dû à la présentation de symptômes ne justifiant pas le recours aux urgences. Les études canadiennes ont également montré une forte proportion de résultats à l'ÉTG de niveau 2 (28,4–41,0 % des patients atteints de cancer se rendant aux urgences) (Barbera et al., 2013; Prystajecy et al., 2012). Les scores du niveau 1 et 2 selon l'ÉTG visent des délais d'intervention inférieurs à 15 minutes et constituent une utilisation appropriée des services des urgences.

Optimiser le rôle des prestataires de soins en oncologie. Brooks et collègues (2016) ont observé les effets de l'intégration d'un oncologue d'urgence pendant la soirée. Bien que créative, cette approche n'a pas été jugée rentable ni efficace pour réduire les taux d'hospitalisation (Brooks et al., 2016). Subjectivement, selon les oncologues participants, 27 % des visites à l'urgence pourraient être prises en charge en milieu de soins externes sans prise en charge par le service d'urgence, et 19 % des hospitalisations pourraient être évitées (Brooks

et al., 2016). Par ailleurs, les centres de soins d'urgence en cancérologie qui ont des infirmières praticiennes en oncologie favorisent un bon rendement économique en réduisant le coût des consultations, le nombre de consultations avec les oncologues et les interruptions de protocoles de chimiothérapie (Meisenberg et al., 2014; Ruegg, 2013).

Amélioration de la sécurité des patients atteints de cancer.

Expertise ciblée en oncologie. La majorité des patients qui reçoivent un diagnostic de cancer seront confrontés à des parcours de soins fragmentés en raison des soins souvent dispensés par plusieurs établissements et services dans un centre de cancérologie. Cette complexité peut avoir un effet négatif sur la sécurité et la qualité des soins (Brooks et al., 2016). L'introduction des centres de soins d'urgence en cancérologie réduit cette fragmentation des soins et en favorise la continuité. Elle se caractérise en outre par une différence de temps significative pour l'initiation des antibiotiques chez les patients atteints de fièvre neutropénique. Au centre de soins d'urgences de l'Ohio, le délai d'administration des antibiotiques n'est que de quelques minutes par rapport à une moyenne de 1,7 heure aux urgences (Ruegg, 2013). De même, le temps total passé dans un centre de soins d'urgence en cancérologie était inférieur de 48 % au temps passé dans un service des urgences, selon Coyle et collègues (2013). Cette différence significative équivaut à un temps total moyen consacré à l'examen des patients de 3,1 heures dans un centre de soins d'urgence en cancérologie contre 9,7 heures dans un service des urgences (Kuo et al., 2017). Brooks et collègues (2016) ont également indiqué qu'une intervention précoce de l'oncologue après l'apparition des symptômes du cancer permettait d'améliorer la coordination des soins pour les patients, un avantage supplémentaire des centres de soins d'urgence en cancérologie. La diminution des taux d'hospitalisation des centres de soins d'urgence en cancérologie (34 %) par rapport à l'urgence (83 %) a également été associée à une diminution du risque de mortalité et à une amélioration de la qualité de vie (Coyle et al., 2013). Enfin, les centres de soins urgents en cancérologie ont été associés à des durées d'hospitalisation plus courtes pour les patients cancéreux par rapport à l'urgence (Antonuzzo et al., 2017; Kuo et al., 2017; Meisenberg et al., 2014).

Perception des patients à l'égard des services des urgences. Une autre interrogation relative à la sécurité était la réticence des patients à consulter à l'urgence. McKenzie et collègues (2011) ont mentionné plusieurs raisons pour cette résistance possible : ne pas vouloir déranger le personnel très occupé, la possible difficulté d'accès, les longues périodes d'attente une fois arrivés à l'urgence, l'optimisme que les symptômes disparaîtront d'eux-mêmes. Quelques études ont montré que les patients nieront leurs symptômes pour éviter une hospitalisation possible en raison de mauvaises expériences passées ou pour éviter de se retrouver dans un service d'urgence (Clarke et al., 2015; Sitzes-Determann, 2009). Comme décrit dans la littérature, les patients sentent que le personnel des urgences s'appuie largement sur eux pour fournir de l'information associée à leur diagnostic et à leur traitement (Sitzes-Determann, 2009). Les auteurs expliquent cette dépendance du personnel des services des urgences aux explications des patients par le manque d'accessibilité aux dossiers médicaux inter-établissements,

ce qui conduit à une diminution de la sécurité perçue par les patients accédant à l'urgence pour le traitement des symptômes aigus du cancer (Sitzes-Determann, 2009).

Soins de grande qualité centrés sur le patient.

Comprendre les symptômes du cancer. Pour prodiguer des soins de grande qualité, il faut répondre à la fois aux besoins connus et potentiels des patients. Une étude canadienne de Barbera et collègues (2013) a démontré l'efficacité de la prévision des visites à l'urgence par le suivi des scores des symptômes signalés par les patients à l'aide de l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton utilisé lors des visites de routine en oncologie. Plusieurs symptômes évalués (ex. douleur, malaise, nausée, somnolence, essoufflement) ont été associés à des visites à l'urgence dans la semaine suivant l'évaluation des symptômes (Barbera et al., 2013). Les résultats ont également démontré que ces « signes généraux étaient associés à une probabilité encore plus élevée de recours à l'urgence » (p. 427), indiquant une mauvaise utilisation des ressources en milieu de soins externes (Barbera et al., 2013).

Services élargis de lutte contre le cancer. Dans le monde entier, les centres de soins externes en cancérologie sont généralement ouverts du lundi au vendredi, de jour. Trois études qui rapportaient le moment de la journée où les patients atteints de cancer avaient le plus souvent eu recours aux services d'urgence sont venues confirmer que plus de la moitié des visites ont lieu en semaine, pendant la journée (Barbera et al., 2013; Livingston et al., 2011; Mayer et al., 2011). Selon Brooks et collègues (2016), les services de cancérologie externes devraient élargir leurs heures d'ouverture plus longues, par exemple en fin d'après-midi ou en début de soirée. Quatre des sept centres de soins d'urgence en cancérologie examinés offraient un horaire prolongé en soirée (Aprile et al., 2013; Majem et al., 2007; Ruegg, 2013) tandis que deux centres des États-Unis se targuent d'avoir des centres de soins d'urgence en cancérologie ouverts en tout temps (Coyle et al., 2013). Des sept centres de soins d'urgence en cancérologie, seulement un n'offrait pas systématiquement des rendez-vous le jour même (Meisenberg et al., 2014). Un établissement de soins externes peut également avoir une plus grande capacité à offrir des procédures spécialisées le jour même, telles que des thoracentèses thérapeutiques ou des paracentèses (Brooks et al., 2016). Au centre des soins d'urgence en cancérologie en Ohio, les infirmières praticiennes accomplissent ces procédures et renvoient les patients chez eux quelques heures plus tard (Ruegg, 2013). En Espagne, des médecins sont également présents dans les centres de soins d'urgence en cancérologie pour accomplir ces tâches (Majem et al., 2007).

Activités actuelles des centres de soins d'urgence en cancérologie

La deuxième question de recherche abordée dans cette revue intégrative était : Où sont les centres de soins d'urgences en cancérologie dans le monde, et que sait-on de leurs activités cliniques et modèles de dotation?

Dans la documentation comprise dans cette revue, neuf centres de soins d'urgence en cancérologie ont été décrits en détail. Ces neuf centres sont actuellement en opération dans différentes parties du monde, notamment en Espagne

(Majem et al., 2007) au Canada (Schlamb, 2014), aux États-Unis (Coyle et al., 2013; Meisenberg et al., 2014; Ruegg, 2013; Sitzes-Determann, 2009), en Italie (Antonuzzo et al., 2017; Aprile et al., 2013) et en Australie (Kuo et al., 2017). Les neuf centres de soins d'urgence en cancérologie sont décrits au tableau 5. On y constate que le nom des centres, les activités et le personnel varient beaucoup. Historiquement, le premier centre à ouvrir ses portes en 1999 a été une unité d'oncologie sur la toxicité aiguë, en Espagne (Majem et al., 2007). Les centres les plus récents ont été ouverts en 2013, avec le Rapid Assessment Clinic en Australie (Kuo et al., 2017), et une clinique de soins urgents en cancérologie à Winnipeg, au Canada. Six centres de soins d'urgence en cancérologie sont dotés d'oncologues médicaux (Antonuzzo et al., 2017; Aprile et al., 2013; Coyle et al., 2013; Kuo et al., 2017; Majem et al., 2007; Schlamb, 2014); les trois autres emploient des infirmières praticiennes (Meisenberg et al., 2014; Ruegg, 2013; Sitzes-Determann, 2009). La plupart des centres font également appel à une infirmière autorisée. Les heures d'ouverture de tous les centres de soins d'urgence en cancérologie étaient variables et allaient des heures du matin seulement (Antonuzzo et al., 2017) aux heures régulières de travail de jour (Kuo et al., 2017; Majem et al., 2007; Meisenberg et al., 2014; Schlamb, 2014), certains étant ouverts pendant 12 heures (Aprile et al., 2013), 16 heures (Ruegg, 2013), ou 24 heures (Coyle et al., 2013; Sitzes-Determann, 2009). La plupart des centres de soins d'urgence en cancérologie sont ouverts en semaine, mais un centre est ouvert le samedi (Antonuzzo et al., 2017) et deux autres fonctionnent en tout temps (Coyle et al., 2013; Sitzes-Determann, 2009). Enfin, cinq centres de soins d'urgence en cancérologie (Kuo et al., 2017; Majem et al., 2007; Meisenberg et al., 2014; Ruegg, 2013; Schlamb, 2014) ont mentionné l'utilisation du triage par téléphone comme méthode de contact initial chez les patients potentiels avant la visite. Le triage téléphonique permet d'éviter qu'un patient présentant des symptômes ne nécessitant pas une visite au centre se présente et permet une prise en charge thérapeutique à domicile à l'aide du soutien téléphonique, ou une recommandation d'aller directement à l'urgence (Kuo et al., 2017; Meisenberg et al., 2014).

DISCUSSION

L'objectif de cette revue intégrative de la littérature était de répondre à deux grandes questions de recherche : 1) Quel est l'état de la science concernant les centres de soins d'urgence en cancérologie, et quelles sont les différences si on les compare aux services d'urgences en matière de traitement prodigué aux patients externes présentant des symptômes aigus du cancer? 2) Où sont les centres de soins d'urgences en cancérologie dans le monde, et que sait-on de leurs activités cliniques et modèles de dotation? Trois grands thèmes sont ressortis des données en réponse à la première grande question de recherche : le rapport coût-efficacité, l'amélioration de la sécurité et les soins centrés sur le patient. La deuxième question a permis de déterminer où les centres de soins d'urgence en cancérologie opèrent actuellement dans le monde et les modèles de dotation en personnel utilisés par ces centres.

Un bon rapport coût-efficacité a été atteint après l'introduction des centres de soins d'urgence en cancérologie en réduisant les visites à l'urgence, les hospitalisations, et, le cas échéant, la durée du séjour (Antonuzzo et al., 2017; Aprile et al., 2013; Coyle et al., 2013; Kuo et al., 2017; Majem et al., 2007; Meisenberg et al., 2014; Ruegg, 2013; Schlamb, 2014). La prestation dans un milieu de soins ambulatoires a également permis de réduire les coûts globaux liés au traitement. De même, les patients ont connu moins d'interruptions de traitement du cancer ou de visites chez l'oncologue liées au traitement des symptômes aigus du cancer dans les centres de soins d'urgence en cancérologie, ce qui entraîne une réduction indirecte des dépenses liées au cancer (Meisenberg et al., 2014; Ruegg, 2013). Plus précisément, les oncologues travaillant dans un centre de soins d'urgence en cancérologie ont été mieux à même de combler les lacunes entre les besoins immédiats des patients et le traitement du cancer en cours en raison de leur familiarité implicite avec les processus des centres de soins d'urgence en cancérologie. Enfin, les économies peuvent être encore accrues en faisant appel à des infirmières praticiennes spécialisées dans les centres de soins d'urgence en cancérologie, par opposition aux oncologues médicaux, sans compromettre la sécurité des patients ou la qualité des soins (Meisenberg et al., 2014; Ruegg, 2013).

Les centres de soins d'urgence en cancérologie ont également amélioré la sécurité des patients atteints de cancer en apportant un contrepoint aux expériences et perceptions des patients liées à l'utilisation des services des urgences. Comme les centres de soins d'urgence en cancérologie se trouvent dans des centres de soins externes en cancérologie, l'accès aux dossiers médicaux des patients est immédiat et le volume de patients accueilli par ces centres étant plus faible qu'à l'urgence, la rapidité et la coordination des soins aux patients atteints de cancer sont meilleures (Brooks et al., 2016; Coyle et al., 2013; Kuo et al., 2017; Ruegg, 2013). Bien que ce point n'ait pas fait l'objet d'une étude directe, les centres de soins d'urgence en cancérologie contribuent probablement à annuler certaines perceptions défavorables des patients associées à l'urgence, telles que la forte dépendance du personnel à l'égard des patients concernant leur diagnostic et leur plan de traitement du cancer, ou le déni des symptômes pour éviter de longs délais d'attente à l'urgence ou d'incommoder le personnel (Clarke et al., 2015; McKenzie et al., 2011; Sitzes-Determann, 2009). Les obstacles étant moins nombreux, les patients peuvent rechercher plus rapidement une intervention auprès des centres de soins d'urgence en cancérologie, ce qui contribue également à des soins plus sûrs.

Le dernier thème qui est ressorti est l'idée que les centres de soins d'urgence en cancérologie fournissent des soins de meilleure qualité, centrés sur le patient. Les centres de soins d'urgence en cancérologie offrent des rendez-vous le jour même, sans rendez-vous, ce qui ressemble aux visites à l'urgence, mais avec les avantages supplémentaires d'accéder à des spécialistes en oncologie qui connaissent le traitement de tous les types de cancers ainsi que la visite clinique s'effectue dans un lieu familier. En outre, certains centres de soins d'urgence en cancérologie ont la capacité supplémentaire

d'effectuer des interventions spécialisées en soins externes (c'est-à-dire des thoracentèses ou des paracentèses), ce qui permet de répondre et de soulager rapidement les besoins aigus, et parfois palliatifs, des patients (Brooks et al., 2016; Majem et al., 2007; Ruegg, 2013). En fin de compte, la capacité des centres de soins d'urgence en oncologie à offrir des soins de soutien en temps utile et à réagir aux signes généraux plus rapidement, contrairement à l'urgence, améliorera la qualité de vie globale des patients et des familles vivant avec le cancer (Barbera et al., 2013).

Bien que les services des urgences aient su fournir un service crucial aux patients présentant des symptômes aigus de cancer, l'utilisation continue de ce modèle de soins pour les patients en oncologie reste coûteuse, comporte des risques de santé, et demeure une approche de soins peu centrée sur le patient. Sur tous les continents, l'efficacité et les dépenses de santé sont une priorité absolue, tant pour les prestataires que pour les patients. L'émergence de ces centres répondrait à ces deux priorités. Cependant, la faible quantité de littérature disponible pour soutenir l'adoption de ce nouveau modèle de soins est problématique. Bien que le premier centre documenté ait ouvert en 1999, les résultats cliniques n'ont pas été signalés dans la littérature avant 2007 (Majem et al., 2007). Au cours de la dernière décennie, seulement huit études axées sur les centres de soins d'urgence en oncologie ont pu être recensées (Antonuzzo et al., 2017; Aprile et al., 2013; Coyle et al., 2013; Kuo et al., 2017; Meisenberg et al., 2014; Ruegg, 2013; Schlamb, 2014; Sitzes-Determann, 2009). Selon ces études, les centres de soins d'urgence en oncologie offrent une nouvelle alternative pour le traitement des patients externes présentant des symptômes avec, selon les premières données recueillies, une amélioration des soins aux patients par rapport à l'urgence.

Limites

Plusieurs limites méthodologiques ont influencé les résultats de cette revue intégrative. Seule la première auteure, étudiante en sciences infirmières, a passé en revue toute la littérature recensée, ce qui augmente le risque de partialité. De même, la combinaison et la complexité inhérentes à l'intégration de plusieurs méthodologies peuvent réduire la rigueur et augmenter l'inexactitude ou la partialité des résultats (Whittemore et Knafl, 2005). Il est également reconnu par Whittemore et Knafl (2005) que les méthodes d'analyse, de synthèse et de formulation de conclusions restent peu élaborées pour les revues intégratives. Toutefois, les résultats présentés constituent une introduction à un sujet original et d'actualité, à savoir les soins de soutien dans les centres de soins d'urgence en oncologie pour les patients externes présentant des symptômes aigus du cancer.

Implications pour la pratique infirmière et la recherche future

Cette revue intégrative a des implications sur la pratique infirmière. Améliorer l'expérience du patient en ce qui concerne les symptômes du cancer devrait commencer lors des visites de routine dans les centres de cancérologie, par des évaluations appropriées et détaillées de même qu'une prise en charge précoce des symptômes non soulagés (ex. douleur, détresse respiratoire, nausée ou vomissement) fréquemment traités dans les

services des urgences (Barbera et al., 2013; Mayer et al., 2011; van der Meer et al., 2016). Certains symptômes spécifiques tels que la douleur, la nausée ou l'essoufflement, ainsi que divers signes généraux liés au bien-être, à la fatigue et à l'appétit sont prévisibles et associés aux visites ultérieures dans les services des urgences (Barbera et al., 2013). Par conséquent, les symptômes spécifiques susmentionnés devraient être ciblés dans les milieux de soins externes par l'essai actif de stratégies de traitement prophylactique et préventif (Livingston et al., 2011), alors que les signes généraux peuvent nécessiter des interventions sur le plan psychosocial ou alimentaire, ainsi que des discussions sur les objectifs des soins pour aider à éviter d'éventuelles visites à l'urgence. La possibilité de prévoir et de prévenir ces événements indésirables courants liés au cancer était une stratégie recommandée par certains chercheurs (Aprile et al., 2013; Barbera et al., 2013). L'importance de renforcer l'éducation des patients et des soignants par rapport à l'autogestion des symptômes a également été soulignée par van der Meer et collègues (2016). D'une manière générale, les patients et les prestataires de soins « ont besoin d'information précise, cohérente et sans ambiguïté sur ce qu'il faut faire en cas de malaise ou d'état fébrile après la chimiothérapie » afin d'empêcher qu'il y ait des délais s'ils ont besoin d'aide pour traiter leurs symptômes (Clarke et al., 2015; McKenzie et al., 2011).

Le soutien téléphonique est une autre intervention relevée en tant que première mesure importante pour prévenir d'éventuelles visites à l'urgence pour les patients cancéreux (Majem et al., 2007). Les infirmières spécialisées en oncologie formées pour filtrer et trier correctement les appels téléphoniques contribuent à garantir que les patients reçoivent les soins appropriés au meilleur endroit possible (soins auto-administrés à domicile, en personne chez un médecin de famille, à l'urgence ou dans un centre de soins d'urgence en oncologie). En retour, cela optimiserait les ressources des soins de santé (Meisenberg et al., 2014). Comme l'a fait remarquer Ruegg (2013), les infirmières et les « infirmières praticiennes spécialisées sont spécifiquement équipées pour la prise en charge des problèmes liés au cancer avant qu'ils ne deviennent si graves qu'ils nécessitent une hospitalisation » (p. E55). Tirer parti des forces des infirmières spécialisées en oncologie pour le traitement des symptômes aigus du cancer bénéficiera astucieusement à tous les acteurs concernés, mais surtout aux patients et à leurs soignants. En ce qui concerne les implications futures pour la recherche, l'accent mis sur les études qualitatives et les études quantitatives prospectives renforcerait les preuves existantes trouvées dans la littérature. Des efforts de recherche consacrés à l'évaluation de l'efficacité et de la rentabilité des centres de soins d'urgence en oncologie sont nécessaires pour entraîner d'éventuels changements de pratique. De plus, la recherche qualitative sur l'expérience des prestataires de soins de santé en oncologie (c'est-à-dire les infirmières autorisées, les infirmières praticiennes et les médecins) qui travaillent dans les centres de soins d'urgence en oncologie et les administrent, ou l'expérience des patients atteints de cancer qui sont familiers avec les deux modèles de soins, demeurent absents de la littérature. Davantage de recherche est également nécessaire pour mieux

comprendre les processus des centres de soins d'urgence en cancérologie, tout en examinant les obstacles réels et possibles au fonctionnement de ces centres. Enfin, même si les centres de soins d'urgence en cancérologie existent au Canada, il n'existe actuellement aucune publication canadienne évaluée par des pairs concernant ce nouveau modèle. Poursuivre la recherche sur les centres de soins d'urgence en cancérologie, au Canada comme à l'étranger, est essentiel pour assurer une transition réussie du modèle actuel des services d'urgence pour les patients en cancérologie vers le modèle fort promoteur de traitement des symptômes aigus du cancer du patient externe dans les centres de soins d'urgence en cancérologie.

CONCLUSION

Tout au long de cette revue intégrative, trois grands thèmes se sont dégagés de la littérature en réponse à la première question centrale. En outre, la deuxième question de recherche a permis d'identifier les centres de soins d'urgence en cancérologie dans le monde entier et de consigner leurs activités cliniques et leurs modèles de dotation en personnel. Les thèmes dégagés indiquent que, par rapport à l'urgence, les centres favoriseraient des soins aux patients en cancérologie rentables, plus sûrs, de meilleure qualité et centrés sur le patient. Les connaissances scientifiques sur les centres de soins d'urgence en cancérologie

augmentent, mais davantage de recherche est nécessaire pour arriver à répondre aux besoins du patient de manière appropriée. Jusqu'à maintenant, il n'y a pas d'étude qualitative axée sur l'expérience des prestataires de soins oncologiques travaillant dans ces centres. Leur expérience, en plus d'une description précise des processus de fonctionnement dans les centres de soins d'urgence en cancérologie, devrait primer lors des futurs efforts de recherche. La demande d'une meilleure compréhension globale des activités et des expériences des centres de soins d'urgence en cancérologie peut contribuer à l'adoption universelle du traitement des patients externes présentant des symptômes aigus du cancer. Réduire autant que possible les consultations à l'urgence pour des symptômes aigus, mais non urgents du cancer aura du bon et contribuera à ce que tous les patients profitent même système de soins de santé et reçoivent « des soins continus de qualité, au bon endroit, au bon moment et sous la supervision des bons spécialistes » (Young et al., 2016, p. 301).

REMERCIEMENTS

Cette étude a été rendue possible en partie grâce à la bourse d'études pour le personnel en oncologie Marlene Mysak 2020 de l'Alberta Care Foundation, à la bourse Denise Melanson 2019, ainsi qu'à la bourse d'études annuelle 2019 de l'Alberta Registered Nurses Educational Trust (ARNET).

RÉFÉRENCES

- Antonuzzo, A., Vatile, E., Sbrana, A., Lucchesi, M., Galli, L., Brunetti, I. M., Musettini, G., Farnesi, A., Biasco, E., Virgili, N., Falcone, A., & Ricci, S. (2017). Impact of a supportive care service for cancer outpatients: Management and reduction of hospitalizations. Preliminary results of an integrated model of care. *Supportive Care in Cancer*, 25(1), 209–212. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3403-z>
- Aprile, G., Pisa, F. E., Follador, A., Foltran, L., De Pauli, F., Mazzer, M., Lutrino, S., Sacco, C. S., Mansutti, M., & Fasola, G. (2013). Unplanned presentations of cancer outpatients: A retrospective cohort study. *Supportive Care in Cancer*, 21(2), 397–404. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1524-6>
- Barbera, L., Atzema, C., Sutradhar, R., Seow, H., Howell, D., Husain, A., Sussman, J., Earle, C., Liu, Y., & Dudgeon, D. (2013). Do patient-reported symptoms predict emergency department visits in cancer patients? A population-based analysis. *Annals of Emergency Medicine*, 61(4), 427–437. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.10.010>
- Brooks, G. A., Chen, E. J., Murakami, M. A., Giannakis, M., Baugh, C. W., & Schrag, D. (2016). An ED pilot intervention to facilitate outpatient acute care for cancer patients. *American Journal of Emergency Medicine*, 34(10), 1934–1938. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2016.06.076>
- Canadian Cancer Statistics Advisory Committee. (2019). *Canadian cancer statistics 2019*. Canadian Cancer Society. <https://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2019-EN.pdf?la=en>
- Clarke, R. T., Bird, S., Kakuchi, I., Littlewood, T. J., & van Hamel Parsons, V. (2015). The signs, symptoms and help-seeking experiences of neutropenic sepsis patients before they reach hospital: A qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 23(9), 2687–2694. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2631-y>
- Colligan, E. M., Ewald, E., Keating, N. L., Parashuram, S., Spafford, M., Ruiz, S., & Moiduddin, A. (2017). Two innovative cancer care programs have potential to reduce utilization and spending. *Medical Care*, 55(10), 873–878. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000795>
- Cooksley, T., & Rice, T. (2017). Emergency oncology: Development, current position and future direction in the USA and UK. *Supportive Care in Cancer*, 25(1), 3–7. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3470-1>
- Coyle, Y. M., Miller, A. M., & Paulson, R. S. (2013). Model for the cost-efficient delivery of continuous quality cancer care: A hospital and private-practice collaboration. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 26(2), 9599. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23543960>
- Hassett, M. J., O'Malley, A. J., Pakes, J. R., Newhouse, J. P., & Earle, C. C. (2006). Frequency and cost of chemotherapy-related serious adverse effects in a population sample of women with breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 98(16), 1108–1117. <https://doi.org/10.1093/jnci/djj305>
- Kuo, J. C., De Silva, M., Diwakarla, C., & Yip, D. (2017). A Rapid Access Clinic to improve delivery of ambulatory care to cancer patients. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 13(3), 179–184. <https://doi.org/10.1111/ajco.12641>
- Livingston, P. M., Craike, M., & Considine, J. (2011). Unplanned presentations to emergency departments due to chemotherapy induced complications: Opportunities for improving service delivery. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 14(2), 62–68.
- Majem, M., Galán, M., Pérez, F. J., Muñoz, M., Chicote, S., Soler, G., Navarro, M., Martínez-Villacampa, M., García del Muro, X., Dotor, E., Laquente, B., & Germà, J. R. (2007). The Oncology Acute Toxicity Unit (OATU): An outpatient facility for improving the management of chemotherapy toxicity. *Clinical and Translational Oncology*, 9(12), 784–788.

- Mason, H., DeRubeis, M. B., Foster, J. C., Taylor, J. M., & Worden, F. P. (2013). Outcomes evaluation of a weekly nurse practitioner-managed symptom management clinic for patients with head and neck cancer treated with chemoradiotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 40(6), 581–586. <https://doi.org/10.1188/13.ONF.40-06AP>
- Mayer, D. K., Travers, D., Wyss, A., Leak, A., & Waller, A. (2011). Why do patients with cancer visit emergency departments? Results of a 2008 population study in North Carolina. *Journal of Clinical Oncology*, 29(19), 2683–2688. <https://doi.org/10.1200/jco.2010.34.2816>
- McKenzie, H., Hayes, L., White, K., Cox, K., Fethney, J., Boughton, M., & Dunn, J. (2011). Chemotherapy outpatients' unplanned presentations to hospital: A retrospective study. *Supportive Care in Cancer*, 19(7), 963–969. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0913-y>
- Meisenberg, B. R., Graze, L., & Brady-Copertino, C. J. (2014). A supportive care clinic for cancer patients embedded within an oncology practice. *The Journal of Community and Supportive Oncology*, 12(6), 205–208.
- Prystajecy, M., Lang, E., Wang, D., Simon, J., Sinnarajah, A., Martin, T. L. W., Murray, A., Hagen, N., Waller, A., Bultz, B., Carlson, L., Groff, S., McRae, A., Thomas, B. (2012). Emergency department utilization by adult cancer patients: A prospective cohort study. *Academic Emergency Medicine*, 19, S225–S226.
- Ruegg, T. A. (2013). A nurse practitioner-led urgent care center: Meeting the needs of the patient with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(4), E52–E57. <https://doi.org/10.1188/13.CJON.E52-E57>
- Schlamb, T. (2014). *Urgent cancer care and the cancer helpline*. http://www.cancercare.mb.ca/resource/File/MBWCN/presenations/Urgent_Care_Presentation-Tracy_Schlamb.pdf
- Sitzes-Determann, A. L. (2009). *Planning for the sustainment of a 24/7 oncology clinic: An action and evaluation research project*. (Doctoral dissertation). <http://ezproxy.lib.ucalgary.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=109853890&site=ehost-live>
- Specialist Unit for Review of Evidence (SURE). (2018a). *Questions to assist with the critical appraisal of cohort studies*. https://www.cardiff.ac.uk/__data/assets/pdf_file/0006/1142997/SURE-CA-form-for-Cohort_2018.pdf
- Specialist Unit for Review of Evidence (SURE). (2018b). *Questions to assist with the critical appraisal of qualitative studies*. https://www.cardiff.ac.uk/__data/assets/pdf_file/0007/1142971/SURE-CA-form-for-Qualitative_2018.pdf
- Trip, K., Boloorch, A., & Berman, H. (2011). Utilizing the Canadian emergency department Triage and Acuity Scale (CTAS) in an oncology urgent care clinic: The university health network experience. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 21(1), 52–57. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21462878>
- van der Meer, D. M., Weiland, T. J., Philip, J., Jelinek, G. A., Boughey, M., Knott, J., Marck, C. H., Weil, J. L., Lane, H. P., Dowling, A. J., & Kelly, A. M. (2016). Presentation patterns and outcomes of patients with cancer accessing care in emergency departments in Victoria, Australia. *Supportive Care in Cancer*, 24(3), 1251–1260. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2921-4>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1459-y>
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Young, A., Marshall, E., Krzyzanowska, M., Robinson, B., Brown, S., Collinson, F., Seligmann, J., Abbas, A., Rees, A., Swinson, D., Neville-Webbe, H., & Selby, P. (2016). Responding to acute care needs of patients with cancer: Recent trends across continents. *The Oncologist*, 21(3), 301–307. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2014-0341>