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

Soins de suivi pour les survivants du cancer : évaluation d'une séance d'information

par Brittany Mutsaers, Carrie MacDonald-Liska, Gail Larocque, Robin Morash, Lauren Stenason, Cheryl Harris et Sophie Lebel

RÉSUMÉ

Offert dans un hôpital de soins tertiaires en Ontario, au Canada, le Programme de bien-être au-delà du cancer procure aux survivants du cancer l'information et les ressources nécessaires pour l'autogestion de leurs soins de suivi (ex. acquérir les notions et compétences pertinentes pour s'adapter à une maladie chronique) après un traitement actif contre le cancer (chimiothérapie, radiothérapie, etc.). Une évaluation a été menée sur la séance de deux heures (composante de l'ensemble du Programme de bien-être au-delà du cancer) destinée aux survivants afin de déterminer si le fait d'y participer avait augmenté les connaissances et suscité l'adhésion au principe d'autogestion des soins de suivi. Les survivantes du cancer du sein ($n = 107$) et les survivants du cancer colorectal ($n = 38$) qui étaient présents ont répondu avant et après la séance à des questionnaires portant sur les besoins informationnels et l'intention d'assurer son propre suivi de santé. L'augmentation perçue des connaissances et l'intention d'autogérer ses soins de suivi ne dépendait ni de l'âge, ni

du sexe, ni du temps écoulé depuis le diagnostic. Après la séance, les survivants ont dit en connaître davantage ($F_{(1,11)} = 144,6, p < .001$) et vouloir s'investir dans leurs soins ($F_{(1,103)} = 57,3, p < .001$). L'amélioration des connaissances était prédictive d'une plus grande volonté d'autogestion ($R^2 = .64; F_{(4,86)} = 38,5, p < .001$). Les survivants du cancer colorectal se sont montrés plus motivés à autogérer leurs soins que les survivantes du cancer du sein ($\beta = .14, t = 2,2, p < .05$). Ces résultats guideront l'élaboration et la mise en œuvre des futures séances d'information destinées aux survivants.

Mots-clés : survie; transition au cours de soins; séance d'information; autogestion; cancer du sein; cancer colorectal

Mis sur pied en 2012 à l'Hôpital d'Ottawa (Canada), le Programme de bien-être au-delà du cancer est offert aux survivants du cancer qui ont terminé leurs traitements primaires en oncologie et qui sont redirigés vers leur médecin traitant pour les soins de suivi (Easley et al., 2017; Nekhlyudov et al., 2017; Rushton et al., 2015). À la fin des traitements primaires, les survivants de cancers du sein, colorectal et de l'endomètre sont dirigés vers le Programme de bien-être au-delà du cancer par leur oncologue; on évalue alors leurs besoins physiques et psychologiques ainsi que leur autonomie. Le Programme vise à répondre aux besoins physiques et psychologiques, en plus d'assurer un accès adapté aux ressources (Rushton et al., 2015). Par exemple, la surveillance d'une récurrence, la conduite à tenir en cas d'effets tardifs et à long terme du traitement (ex. fatigue liée au cancer), la saine alimentation et l'exercice, ainsi que les aspects psychosociaux des soins aux survivants (ex. peur d'une récurrence, dépression) sont des besoins importants à considérer dans le cadre des soins de suivi (Kotronoulas et al., 2017; Phillips et Currow, 2010).

Le Programme de bien-être au-delà du cancer comprend une séance d'information de deux heures intitulée « Bien vivre et gérer sa santé après le cancer ». Cette séance de groupe est animée par deux infirmières en oncologie et son contenu est spécifique au type de cancer (Rushton et al., 2015). Grâce à cette séance, les survivants, qui ont terminé leur traitement principal et qui passent des soins tertiaires aux soins primaires (Rushton et al., 2015), repartent outillés et possèdent les connaissances requises en matière d'autogestion de leurs soins de suivi (ex. notions et compétences utiles pour s'adapter à la vie avec une maladie chronique; Howell et al., 2016). La séance d'information a cinq visées : 1) présenter un aperçu du Programme de bien-être au-delà du cancer; 2) décrire l'objectif des soins de suivi (ex. tests de suivi à prévoir); 3) passer en revue les principales préoccupations des survivants; 4) revoir les effets tardifs et à long terme des traitements; 5) discuter de la réduction des risques grâce à un mode de vie sain (Rushton et al., 2015). Les séances sont offertes en personne à deux endroits, et sont disponibles en vidéoconférence en direct dans

AUTEURES

Brittany Mutsaers, B.Sc.
Étudiante diplômée, Psychologie clinique
École de psychologie, Université d'Ottawa
bmuts031@uottawa.ca
*Auteure-ressource

Pour des renseignements sur le Programme de bien-être au-delà du cancer, veuillez contacter :
Carrie MacDonald-Liska, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf.
Chef des soins cliniques
L'Hôpital d'Ottawa
cliska@toh.ca

Gail Larocque, IP-SSP, BHS (sc. inf.), M.Sc.inf.
Infirmière praticienne
L'Hôpital d'Ottawa
galarocque@toh.ca

Robin Morash, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.S.
IPA, uro-oncologie (à la retraite)
L'Hôpital d'Ottawa
morash.robin@gmail.com

Lauren Stenason, B.A.
Étudiante diplômée, Psychologie clinique
École de psychologie, Université d'Ottawa
lsten096@uottawa.ca

Cheryl Harris, Ph.D., psychologue
Chercheuse clinicienne, thérapies anticancéreuses
Institut de recherche de L'Hôpital d'Ottawa
charris@toh.ca

Sophie Lebel, Ph.D., psychologue
Professeure
École de psychologie, Université d'Ottawa
slebel@uottawa.ca

DOI:10.5737/236880763115763

les autres campus de l'Hôpital d'Ottawa et aux trois centres régionaux. Le contenu est adapté au type de cancer (sein, colorectal ou endomètre) des participants.

L'évaluation du programme comptait deux questions : 1) La séance d'information améliore-t-elle les connaissances des survivants du cancer sur les soins de suivi; 2) L'amélioration des connaissances incite-t-elle le survivant à prendre en charge ses soins de suivi?

MÉTHODOLOGIE

Devis de l'étude

Le Programme de bien-être au-delà du cancer étant en place depuis 2012, c'est une évaluation des résultats qui a été jugée la plus indiquée pour la séance d'information. L'évaluation des résultats cible les objectifs du programme à court, moyen et long terme (Collins et al., 2017). Dans le cas présent, on a évalué si les résultats à court terme de la séance avaient amélioré les connaissances et suscité l'adhésion au principe d'autogestion des soins de suivi. Plus précisément, on a cherché à mesurer si la participation à la séance d'information améliorait à court terme les connaissances sur : a) le Programme de bien-être au-delà du cancer; b) l'objectif des soins de suivi; c) les préoccupations des survivants; d) la réduction des risques et les saines habitudes de vie; e) les signes de récurrence du cancer; f) l'intention (ou adhésion au principe) d'autogestion des soins de suivi. L'étude est construite sur un principe d'autodéclaration des connaissances et de l'intention à prendre en charge ses soins de suivi immédiatement avant et après la séance d'information.

Approbation éthique

Comme les présentes démarches faisaient partie d'un projet d'amélioration de la qualité, le Conseil d'éthique de la recherche du Réseau des sciences de la santé d'Ottawa (CER) a produit une lettre indiquant que le projet ne nécessitait pas l'approbation du CER.

Participants

Les participants étaient des survivants d'un cancer du sein ou colorectal dirigés vers le Programme de bien-être au-delà du cancer qui ont assisté à la séance d'information spécifique à leur cancer. Les survivantes du cancer de l'endomètre n'ont pas été admises à cette étude en raison d'un faible taux de participation et d'un nombre moins élevé de séances d'information adaptées au cancer de l'endomètre pendant la cueillette de données.

Démarche suivie

Les participants à deux séances d'information pour les survivantes du cancer du sein et à deux séances pour les survivants du cancer colorectal ont pris part à cette évaluation entre janvier et avril 2018. À l'arrivée, chaque participant recevait un quelques documents : fiche d'information sur l'évaluation du programme, la nature volontaire du projet, l'utilisation des données, ainsi que deux questionnaires papier identiques (sauf pour les questions démographiques, dans le prétest seulement). Les participants étaient invités à répondre au premier questionnaire (prétest) avant le début de la séance, puis au second (posttest), immédiatement après. Les questionnaires prétest étaient récupérés

avant que la séance commence. On demandait aux participants de répondre au questionnaire posttest après la séance (avant de quitter). Ceux qui ne souhaitaient pas participer n'ont simplement pas répondu aux questionnaires. Le fait de remettre les questionnaires revenait à donner son consentement, la nature volontaire de la participation avait bien été établie.

Mesures

Les deux principaux résultats mesurés portaient sur les connaissances et l'adhésion au principe d'autogestion des soins de suivi.

Questionnaire sur les besoins informationnels. Une version adaptée du Questionnaire sur les besoins informationnels a été créée afin de mesurer les connaissances avant et après la séance. Il est composé de 16 items évalués selon une échelle en trois points : « J'ai besoin de beaucoup plus d'informations », « J'ai besoin de plus d'informations » et « Je n'ai plus besoin d'information » (Beckjord et al., 2008). Pour la présente évaluation, certains items ont été retirés ou reformulés après consultation auprès des infirmières du Programme de bien-être au-delà du cancer, pour que : a) le questionnaire soit adapté au plus grand nombre de participants possible; b) les items reflètent bien le contenu présenté lors des séances; c) les termes utilisés soient les mêmes que dans les séances, et que le contenu soit adapté aux différents niveaux de lecture des participants. Des exemples d'items portent notamment sur les « tests/procédures de suivi que vous devriez avoir », les « craintes relatives aux prédispositions héréditaires au cancer » et la « gestion de la peur d'une récurrence ». La dernière mesure utilisée dans la présente évaluation comprend 11 items classés selon l'échelle originale en trois points (écart de 11 à 33). Dans la présente étude, la cohérence interne de cette mesure avait un coefficient alpha de Cronbach (α) de 0,89.

Questionnaire abrégé sur la mesure d'activation du patient.

Dans le cadre de cette étude, une version adaptée du Questionnaire abrégé sur la mesure d'activation du patient (Hibbard et al., 2005) a été créée afin de mesurer l'intention des participants de prendre en charge leurs soins de suivi. Cette mesure comprend 13 items, sur une échelle en quatre points. Une valeur de un était attribuée à la réponse « entièrement en désaccord », et une valeur de quatre était attribuée à la réponse « fortement en accord » (Hibbard et al., 2005). Après avoir consulté les infirmières du Programme de bien-être au-delà du cancer, des changements dans le contenu et la formulation ont aussi été apportés sur la base du raisonnement décrit précédemment. La version adaptée utilisée dans cette évaluation comprenait huit items (écart : 8-32), ainsi que les options de réponse en quatre points. Voici des exemples d'items : « Quand tout a été dit et fait, je suis la personne responsable de ma santé », « Je suis sûr de pouvoir exprimer mes préoccupations à mon médecin lorsqu'il ou elle ne me questionne pas ». Dans la présente étude, la cohérence interne (α) de cette mesure a été de 0,86. L'outil de mesure utilisé dans la présente étude est une forme dérivée du Questionnaire abrégé sur la mesure d'activation du patient – une licence de recherche a été obtenue pour s'en servir.

À la fin du questionnaire rempli avant la séance seulement, les participants devaient aussi indiquer leur sexe, leur âge et leur type de traitement (option de cocher tout ce qui s'applique : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie), ainsi que le temps écoulé depuis le diagnostic.

Analyse

Pour l'analyse, on a utilisé le Statistical Package for Social Sciences (SPSS Version 25).

Statistiques descriptives. Les fréquences ont été calculées pour les survivants du cancer du sein et du cancer colorectal, le type de traitement et la manière dont la séance d'information a eu lieu (ex. vidéoconférence en personne à Ottawa, vidéoconférence en région). La moyenne et l'écart-type ont été calculés pour l'âge, le temps écoulé depuis le diagnostic, les scores totaux pré-post séance d'information pour les besoins informationnels et l'intention de prendre en charge ses soins de suivi. Les résultats ont été calculés séparément, en fonction du type de cancer (sein ou colorectal). À des fins descriptives, nous avons également calculé la moyenne, la médiane et la différence moyenne pré-post séance pour chacun des 11 items du Questionnaire sur les besoins informationnels ainsi que les 8 items de la version adaptée du Questionnaire abrégé sur la mesure d'activation du patient (Hibbard et al., 2005).

Identification des possibles covariantes. L'âge, le temps écoulé depuis le diagnostic, le type de traitement et l'endroit de la séance d'information étaient corrélés à des scores totaux sur les connaissances et l'adhésion au principe d'autogestion des soins du suivi afin d'identifier des variables qui devraient être contrôlées dans les analyses subséquentes.

Tests visant à mesurer les différences « pré-post » séance portant sur les connaissances et l'adhésion au principe d'autogestion. Deux analyses distinctes ANOVA mixtes 2X2 ont été réalisées afin de comparer les scores totaux moyens « pré-post » obtenus grâce au Questionnaire sur les besoins informationnels et au Questionnaire abrégé sur la mesure d'activation du patient.

Analyse de régression. Partant du principe que les survivants du cancer ont besoin d'informations sur l'autogestion de leurs soins de suivi, une analyse de régression hiérarchique a été utilisée pour évaluer si l'acquisition de nouvelles connaissances était prédictive de changements en matière d'intention d'autogestion, en contrôlant toutes les covariables pertinentes et l'intention d'autogestion au départ.

RÉSULTATS

Participants

La plupart des participants ($n = 145$) étaient des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein il y a 3,8 ans, en moyenne. Âgées de 64 ans en moyenne, ces femmes avaient terminé leurs traitements : chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie ($n = 53$; 36,6 %), ou chirurgie et radiothérapie ($n = 45$; 31 %). Une majorité de participants ($n = 88$; 60,7 %) ont assisté à la séance en personne, alors que 46 (31,7 %) l'ont fait par vidéoconférence à Ottawa ou dans des centres satellites régionaux ($n = 11$; 7,6 %). Voir le Tableau 1 pour la description complète des caractéristiques sociodémographiques et médicales de l'échantillon global et des sous-échantillons de participants. Des différences significatives d'âge, de sexe, de traitements reçus et de mode de présence ont été notées selon le type de

Tableau 1 . Caractéristiques sociodémographiques et médicales de l'échantillon total de participants et des sous-échantillons de survivants du cancer du sein et du cancer colorectal

		Total des participants N = 145	Sein n = 107	Colorectal n = 38	p test χ^2
Âge		M = 63,9 SD = 10,1	M = 62,4 SD = 9,6	M = 69,1 SD = 10,3	.001
Années depuis le diagnostic		M = 3,8	M = 4,1	M = 2,7	.13
		SD = 4,5	SD = 3,9	SD = 1,3	
		%	%	%	
Sexe*	Masculin	82,1	0	36,8	.001
	Féminin	9,7	100	44,7	
Traitements*	Chirurgie seulement	12,4	6,5	28,9	.001
	Chimiothérapie seulement	0,7	0,9	0	
	Chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie	36,6	44,9	13,2	
	Chirurgie, radiothérapie	31,0	41,1	2,6	
	Chirurgie, chimiothérapie	11,0	1,9	36,8	
Mode de présence	En personne	60,7	66,6	44,7	.02
	Vidéoconférence locale	31,7	29,0	39,5	
	Vidéoconférence régionale	7,6	4,7	15,8	

*Les totaux n'équivalent pas 100 % en raison de données manquantes

cancer (sein ou colorectal) (voir Tableau 1). Nous avons donc décidé de comparer ces deux groupes de patients en fonction des changements (autodéclarés) quant aux connaissances et à l'intention d'autogestion.

Statistiques descriptives et identification de potentielles covariables sociodémographiques et médicales

Un total de 138 participants ont répondu aux questionnaires pré et post séance. Les scores totaux pré-post séance sur les connaissances et l'adhésion au principe d'autogestion des soins de suivi sont présentés dans le Tableau 2, et ce, pour l'échantillon global et les sous-échantillons des survivants du cancer du sein et colorectal. Le Tableau 3 indique la moyenne, la médiane et la différence moyenne pré-post pour les 11 items du Questionnaire sur les besoins informationnels. Il n'y avait pas de différence statistique entre les deux groupes de participants, ainsi les résultats de l'échantillon global sont présentés

afin d'en faciliter l'interprétation. Le Tableau 4 indique la moyenne, la médiane et la différence moyenne pré-post pour chacun des huit items du Questionnaire abrégé sur le mesure d'activation du patient. De même, il n'y a pas eu de différence statistique entre les participants traités pour un cancer du sein et ceux traités pour un cancer colorectal; c'est pourquoi nous avons regroupé les résultats de l'échantillon global.

Les scores totaux pré-post séance sur les connaissances et l'adhésion au principe d'autogestion n'étaient significativement corrélés ni à l'âge, ni au sexe, ni au temps écoulé depuis le diagnostic. Des tests t pour échantillons indépendants ont démontré que les scores totaux pré-post séance sur les connaissances et l'intention d'autogestion ne variaient pas en fonction du mode choisi pour suivre la séance ni selon le type de traitements reçus. Par conséquent, nous n'avons pas eu à contrôler les caractéristiques sociodémographiques et médicales de l'échantillon.

Tableau 2 . Données descriptives (moyenne et écart-type) pour les scores totaux « pré-post » séance sur les besoins informationnels et l'adhésion au principe d'autogestion du suivi pour l'échantillon global de participants et les sous-échantillons de survivants du cancer du sein et du cancer colorectal

Mesure et moment (étendue possible)	Total des participants N = 145	Sein n = 107	Colorectal n = 38	p
Besoins en information avant la séance (11–33)	24,8 (4,9)	24,8 (5,0)	25,6 (4,5)	.39
Besoins en information postséance (11–33)	30,2 (3,9)	30,2 (4,1)	30,4 (3,5)	.73
Intention d'autogestion postséance (8–32)	26,0 (3,2)	26,1 (3,0)	25,6 (3,7)	.43
Postclass Intent to Self-Manage (8–32)	27,7 (3,3)	27,5 (3,3)	27,9 (3,8)	.59

Note. Besoins informationnels : version adaptée du Questionnaire sur les besoins informationnels (Beckjord et al., 2008); Adhésion au principe d'autogestion : version adaptée du Questionnaire abrégé sur la mesure d'activation du patient (Hibbard et al., 2005).

Tableau 3 . Statistiques descriptives sur ce qui a été perçu en matière de changements à propos des connaissances, obtenues à partir du Questionnaire sur les besoins informationnels (Beckjord et al., 2008)

Item	Moyenne		Médiane		Différence moyenne pré-post
	Pré	Post	Pré	Post	
Tests/procédures de suivi que vous devrez avoir	2,36	2,71	2	3	0,382
Préoccupations quant au cancer héréditaire	2,46	2,82	3	3	0,372
Effets tardifs et à long terme du traitement du cancer	2,13	2,66	2	3	0,541
Gérer les effets tardifs et à long terme du traitement du cancer	2,14	2,68	2	3	0,556
Gérer la peur d'une récurrence	2,17	2,66	2	3	0,552
Obtenir le soutien de la famille, des amis et des collègues	2,76	2,90	3	3	0,164
Réduire le risque de récurrence du cancer	2,03	2,66	2	3	0,673
Nutrition et régime alimentaire	2,22	2,79	2	3	0,568
Être actif physiquement	2,46	2,85	3	3	0,424
Traitements complémentaires et alternatifs	2,28	2,72	2	3	0,516
Symptômes à signaler à mon médecin	2,01	2,74	2	3	0,748

Table 4. Statistiques descriptives sur l'évolution de l'adhésion au principe d'autogestion des soins de suivi mesurée à l'aide d'une forme dérivée du Questionnaire abrégé sur la mesure d'activation du patient

Item	Moyenne		Médiane		Différence moyenne pré-post
	Pré	Post	Pré	Post	
1. Je suis la personne responsable de gérer mon cancer	3,24	3,45	3	3	0,150
2. Le plus important, c'est de participer activement à mes soins de santé	3,47	3,59	4	4	0,102
3. Je peux prendre des mesures qui aideront à prévenir les problèmes associés à mon cancer	3,16	3,42	3	3	0,242
4. Je sais quand j'ai besoin de soins médicaux/quand je peux gérer un problème de santé moi-même	2,95	3,29	3	3	0,0039
5. Je peux faire part de mes préoccupations à mon médecin traitant	3,28	3,44	3	3	0,167
6. Je sais ce que je peux faire pour réduire le risque de récurrence de cancer	2,67	3,23	3	3	0,541
7. Je comprends l'importance de demeurer actif physiquement	3,39	3,64	3	4	0,260
8. Je comprend l'importance de maintenir une saine alimentation	3,40	3,63	3	4	0,240

Ces items sont tirés du Questionnaire abrégé sur la mesure d'activation du patient (Hibbard et al., 2005), auquel certaines révisions ont été apportées sur la mesure d'activation du patient (Hibbard et al., 2005).

Figure 1. Changements pré-post séance concernant l'adhésion au principe d'autogestion chez les survivants du cancer du sein et du cancer colorectal

Tests pour mesurer l'évolution des connaissances et l'adhésion au principe d'autogestion des soins de suivi

Nous avons réalisé deux analyses distinctes ANOVA mixtes 2X2 pour comparer les scores pré-post séance portant sur les connaissances et l'adhésion au principe d'autogestion des soins de suivi en fonction du type de cancer (sein/colorectal). En ce qui a trait aux connaissances, nous avons constaté un effet marqué lié au temps ($F_{(1,115)} = 144,6, p < .001$) mais aucune interaction temps/type de cancer ($F_{(1,115)} = 0,9, p = .36$). Ces résultats semblent indiquer que les connaissances des participants se sont améliorées de façon similaire entre les survivantes du cancer du sein et les survivants du cancer colorectal. Pour ce qui est de l'intention d'autogestion, l'effet du temps

($F_{(1,103)} = 57,3, p < .001$) et l'interaction temps/type de cancer se sont révélés tous deux significatifs ($F_{(1,103)} = 4,1, p < .05$). Comme l'indique la Figure 1, même si l'adhésion au principe d'autogestion des soins de suivi chez les patients des deux groupes était plus élevée après la séance d'information, cette augmentation était plus marquée chez les survivants du cancer colorectal.

Analyse de régression multiple

Une analyse de régression hiérarchique a été utilisée pour évaluer si l'amélioration des connaissances était prédictive de changements dans l'intention d'autogestion. La première étape portait sur cette intention (avant la séance); la deuxième, sur le type de cancer; la troisième s'intéressait aux connaissances avant la séance; et la dernière, aux connaissances post-séance. Le modèle de régression hiérarchique final explique une part importante de la variance dans l'adhésion au principe d'autogestion des soins de suivi après avoir assisté à la séance ($R^2 = .64; F_{(4,86)} = 38,5, p < .001$). Toutes les variables ont contribué significativement au modèle : l'adhésion au principe d'autogestion des soins de suivi avant la séance d'information était un prédicteur important ($\beta = .76, t = 11,4, p < .001$), alors que le type de cancer ($\beta = .14, t = 2,2, p < .05$), les connaissances avant la séance ($\beta = -.18, t = -2,4, p < .05$) et les connaissances postséance ($\beta = .23, t = 3,0, p < .01$) ont changé peu de choses. Les résultats indiquent que l'adhésion au principe d'autogestion de la part des participants après la séance pouvait être prédite par leur intention de départ, et que les patients atteints du cancer colorectal avaient davantage envie de prendre en charge l'autogestion de leurs soins de suivi suite à la séance. De plus, les participants qui ont dit avoir amélioré leurs connaissances en fin de séance ont aussi vu s'accroître leur motivation à gérer leur santé.

DISCUSSION

Selon les résultats d'un programme d'évaluation, les survivants du cancer qui participent à une séance d'information de deux heures donnée par une infirmière constatent une amélioration de leurs connaissances et de leur adhésion au principe d'autogestion des soins de suivi par la suite. L'amélioration des connaissances inciterait donc à mieux se prendre en charge immédiatement après la rencontre. La modification de la perception concernant ses connaissances et son intention de prendre en charge ses soins de suivi n'étaient corrélée ni au sexe, ni à l'âge, ni au temps écoulé depuis le diagnostic, ni aux traitements reçus.

Implications pour la pratique

Les participants qui ont assisté à la séance par vidéoconférence ont fait des constats similaires à ceux qui y ont assisté en personne. L'intérêt pour le soutien en ligne offert aux survivants de cancer est en augmentation, et les résultats en faveur des plateformes de vidéoconférence pourraient motiver l'utilisation des plateformes en ligne à plus grande échelle et faciliter la prestation de soins aux survivants qui vivent en région. Une revue systématique de la littérature révèle que les survivants du cancer apprécient les interventions en ligne pour gérer la détresse après un diagnostic de cancer (Willems et al., 2020), et des données indiquent que les programmes vidéo en direct et les contenus préenregistrés ont des effets comparables sur la réduction du stress après un diagnostic de cancer (Smith et al., 2019). En outre, une récente revue systématique de la littérature portant sur les besoins des survivantes du cancer du sein habitant en région, aux États-Unis, a démontré leur grand intérêt à être renseignées par leur équipe soignante (Anbari et al., 2020). Par conséquent, la prestation de séances d'information par vidéoconférence ou par d'autres supports en ligne est susceptible d'être efficace et bien accueillie par les survivants du cancer. Nous savons maintenant que l'intention autodéclarée de prendre en charge ses soins de suivi est plus marquée chez les survivants du cancer colorectal; cela pourrait s'expliquer par le fait que le contenu des séances est adapté au type de cancer. D'après la littérature, les besoins en soins de soutien les plus communs chez les survivants du cancer colorectal portent sur les besoins informationnels et les connaissances, plus particulièrement sur la façon de composer avec la peur de la récidive, l'alimentation et l'autogestion des symptômes persistants (Kotronoulas et al., 2017). Ces sujets sont abordés dans le cadre de la séance d'information du Programme de bien-être au-delà du cancer. Étant donné les différences spécifiques aux foyers de la maladie, l'une des forces de ce travail réside dans l'inclusion de plus d'un type de cancer.

Limites

L'utilisation d'instruments d'auto-évaluation par le patient et d'un devis d'étude « pré-post » séance peut limiter l'interprétation des résultats en raison de la nature subjective des réponses. Aucun instrument objectif sur l'amélioration des connaissances (ex. un questionnaire) n'a été utilisé pour cette évaluation. Il a été impossible de déterminer de manière objective le changement de comportement concernant

l'autogestion, puisque l'évaluation était faite pendant la séance. Certains peuvent avoir répondu au premier, mais pas au second questionnaire, être arrivés en retard à la séance, ou avoir sauté plusieurs questions. Des survivants n'ont peut-être pas participé en raison d'obstacles langagiers, ou d'un possible analphabétisme. Les conclusions sont basées sur les réponses des personnes présentes à la séance et ayant choisi de participer. Puisque seulement 43,3 % des personnes invitées à la séance se sont présentées (comme le montre une évaluation de Jones et al., 2017), les résultats de l'évaluation pourraient ne pas être généralisables à tous les survivants du cancer du sein et du cancer colorectal. Ce faisant, les résultats doivent être interprétés dans ce contexte portant sur les besoins informationnels autodéclarés et l'adhésion à l'autogestion du suivi immédiatement après la séance, et non pas l'autogestion « réelle ». Finalement, les propriétés psychométriques des mesures et leur performance dans des contextes pré-post séance sont inconnues pour l'instant. Cependant, l'évaluation de ces résultats montre que la séance d'information du Programme de bien-être au-delà du cancer atteint les objectifs.

Recherches ultérieures

Les recherches futures devront prévoir un suivi à plus long terme ainsi qu'un devis expérimental pour le soutien empirique de l'efficacité des séances d'information du Programme de bien-être au-delà du cancer. Puisque l'autogestion a été identifiée comme une compétence à développer chez les survivants du cancer (Howell et al., 2016; Sussman et al., 2017), d'autres recherches sont nécessaires pour : a) déterminer si l'enseignement accroît les comportements d'autogestion au fil du temps; b) étudier l'attitude des survivants du cancer envers l'autogestion, ainsi que les obstacles et facteurs favorables à cette gestion. Par exemple, cela pourrait se faire en comparant le nombre de visites dans les services de santé entre les participants et les non-participants au Programme de bien-être. En outre, d'autres recherches s'imposent sur la prestation d'enseignement en ligne et les autres types de soutien dédiés aux soins de suivi du cancer, afin de mieux satisfaire les besoins des survivants du cancer dans les zones urbaines, rurales et éloignées (Anbari et al., 2020; Smith et al., 2019; Willems et al., 2020).

Conclusion

Une séance d'information offerte en personne et par vidéoconférence a été donnée par une infirmière à des survivants du cancer. Selon les participants, cet enseignement a permis d'améliorer significativement leurs connaissances et l'adhésion au principe d'autogestion des soins de suivi. La diffusion de l'information est une première étape importante dans l'autonomisation des survivants du cancer, afin qu'ils deviennent des membres actifs de l'équipe de soins (Howell et al., 2016; Rushton et al., 2015). Améliorer l'accessibilité (ex. grâce à des programmes, à des vidéos ou à des plateformes en ligne sur la survie au cancer) à de l'information pertinente et de qualité sur la survie est une priorité pour les recherches à venir.

RÉFÉRENCES

- Anbari, A. B., Wanchai, A. & Graves, R. (2020). Breast cancer survivorship in rural settings: A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 28, 3517–353. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05308-0>
- Beckjord, E. B., Arora, N. K., McLaughlin, W., Oakley-Girvan, I., Hamilton, A. S., & Hesse, B. W. (2008). Health-related information needs in a large and diverse sample of adult cancer survivors: Implications for cancer care. *Journal of Cancer Survivorship*, 2, 179–189. <https://doi.org/10.1007/s11764-008-0055-0>
- Collins, I., Smith, V., Debski, S., Haughey, K., O’Kane, D. (2017). *Making sense of evaluation – A handbook for the social sector*. Superu. <http://www.superu.govt.nz/resources/handbook>
- Easley, J., Miedema, B., O’Brien, M. A., Carroll, J., Manca, D., Webster, F., & Grunfeld, E. (2017). The role of family physicians in cancer care: Perspectives of primary and specialty care providers. *Current Oncology*, 24, 75–80. <https://doi.org/10.3747/co.24.3447>
- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stockard, J., & Tusler, M. (2005). Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health Services Research*, 40, 1918–1930. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00438.x>
- Howell, D., Harth, T., Brown, J., Bennett, C., Boyko, S., and the Patient Education Program Committee. (2016). Self-management education for patients with cancer: evidence summary. Cancer Care Ontario. https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/guidelines/full/pebc20-3es_1.pdf
- Jones, G., Séguin Leclair, C., Petricone-Westwood, D., Lefebvre, M., Morash, R., Liska, C., Jolicoeur, L., & Lebel, S. (2017). An implementation evaluation of a wellness beyond cancer program survivorship class. Who is attending? *Canadian Oncology Nursing Journal*, 27, 268–274. <https://doi.org/10.5737/23688076273268274>
- Kotronoulas, G., Papadopoulou, C., Burns-Cunningham, K., Simpson, M., & Maguire, R. (2017). A systematic review of the supportive care needs of people living with and beyond cancer of the colon and/or rectum. *European Journal of Oncology Nursing*, 29, 60–70. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.05.004>
- Nekhlyudov, L., O’malley, D. M., & Hudson, S. V. (2017). Integrating primary care providers in the care of cancer survivors: Gaps in evidence and future opportunities. *The Lancet Oncology*, 18, e30–e38. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(16\)30570-8](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(16)30570-8)
- Phillips, J. L., & Currow, D. C. (2010). Cancer as a chronic disease. *Collegian*, 17, 47–50. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2010.04.007>
- Rushton, M., Morash, R., Larocque, G., Liska, C., Stoica, L., DeGrasse, C., & Segal, R. (2015). Wellness beyond cancer program: Building an effective survivorship program. *Current Oncology*, 22, e419–e434. <https://doi.org/10.3747/co.22.2786>
- Smith, S. K., MacDermott, K., Amarasekara, S., Pan, W., Mayer, D., & Hockenberry, M. (2019). Reimagine: A randomized controlled trial of an online, symptom self-management curriculum among breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 27, 1775–1781. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4431-7>
- Sussman, J., Souter, L. H., Grunfeld, E., Howell, D., Gage, C., Keller-Olaman, S., & Brouwers, M. (2017). *Models of care for cancer survivorship*. <https://www.cancercareontario.ca/en/guidelines-advice/types-of-cancer/246>
- Willems, R. A., Bolman, C. A., Lechner, L., Mesters, I., Gunn, K. M., Ross, X. S., & Olver, I. (2020). Online interventions aimed at reducing psychological distress in cancer patients: Evidence update and suggestions for future directions. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 14, 27–39. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000483>