

Canadian Oncology Nursing Journal

Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie

Volume 31, Issue 4 • Fall 2021
eISSN: 2368-8076



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

Plans de soins de suivi normalisés et individualisés dédiés aux survivantes du cancer du sein : Évaluation du programme

par Nicole Rutkowski, Carrie MacDonald-Liska, Kelly-Anne Baines, Vicky Samuel, Cheryl Harris, Sophie Lebel

RÉSUMÉ

Le Programme de bien-être au-delà du cancer fournit des plans de soins de suivi (PSS) aux survivants qui passent du centre de cancérologie à leur médecin traitant une fois leurs traitements terminés. L'évaluation de ce programme a permis de vérifier si les PSS normalisés stimulent autant les connaissances et l'activation des patients que les PSS personnalisés. Les survivantes d'un cancer du sein qui ont reçu un PSS (normalisé ou personnalisé) ont répondu à un premier sondage avant le « rendez-vous de transition » puis à un autre à la fin de la rencontre. On leur demandait alors d'autoévaluer leurs connaissances et de répondre aux questions sur l'efficacité perçue de la relation médecin-patient (PEPPI) et la Mesure

d'activation du patient (MAP). Au total, quatre-vingt-sept survivantes du cancer du sein ont répondu aux sondages (PSS personnalisé, $n = 43$; PSS normalisé, $n = 44$). Dans les deux cas, les résultats sur les connaissances et l'activation des patientes étaient comparables. Les PSS normalisés, plus rentables, pourraient donc contribuer à alléger les contraintes relatives aux ressources humaines et faire l'objet d'évaluations plus poussées en vue d'être intégrés dans les centres de cancérologie.

Les avancées thérapeutiques et la population vieillissante font en sorte qu'il y a de plus en plus de survivants du cancer. Afin de répondre à la demande grandissante, les soins à ces survivants sont passés des établissements de soins tertiaires aux établissements de soins primaires (Dawes et al., 2015). En 2006, l'Institute of Medicine (IOM) a publié un rapport charnière révélant que de nombreux patients se sentaient « perdus dans la transition » vers les soins primaires (Institute of Medicine and National Research Council, 2006). Encore aujourd'hui, plusieurs obstacles demeurent : les résultats préliminaires d'un sondage effectué auprès de citoyens ont montré que 22 à 67 % des adultes qui survivent au cancer ont du mal à trouver de l'aide pour leurs problèmes de santé (Mattison et al., 2018). Pour faciliter la coordination des soins et la communication entre les professionnels de la santé des centres de soins primaires et tertiaires, les PSS ont été recommandés (Expérience globale du cancer, 2012; Institute of Medicine and National Research Council, 2006). L'IOM proposait des plans en deux volets : des instructions pour les soins de suivi conformes aux lignes directrices de surveillance, et un résumé du traitement (Institute of Medicine and National Research Council, 2006). Toutefois, l'adoption des PSS a plus ou moins eu lieu, probablement en raison du manque de ressources organisationnelles et humaines ainsi que des données contradictoires quant à leur efficacité (Dulko et al., 2013; Jacobsen et al., 2018).

Les constats contradictoires des études menées sur les PSS pourraient s'expliquer par des incohérences dans le contenu et la prestation des PSS et l'examen des résultats tardifs (comme l'état de santé à long terme) plutôt qu'à court terme (comme les connaissances du survivant en matière de surveillance) (Jacobsen et al., 2018). Parmi les résultats rapidement observables, des recherches antérieures indiquent que les PSS peuvent accroître la satisfaction à l'égard des informations reçues, atténuer les inquiétudes sur la santé, réduire le risque de dépression, améliorer la capacité à identifier le médecin de famille comme médecin traitant de même que l'adhésion aux lignes directrices de surveillance (se présenter aux rendez-vous, prendre part au dépistage préventif, etc.) (Grunfeld et al., 2020; Jabson, 2015; Jacobsen et al., 2018). Un autre

AUTEURES



Nicole Rutkowski, B.A. (distinction), doctorante, École de psychologie, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)



Carrie MacDonald-Liska, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., coordonnatrice des soins, Centre de cancérologie de L'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario)



Kelly-Anne Baines, inf. aut., CSIO(C), Programme de bien-être au-delà du cancer, Centre de cancérologie de L'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario)



Vicky Samuel, inf. aut., M.Sc.inf., Programme de bien-être au-delà du cancer, Centre de cancérologie de L'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario)



Cheryl Harris, Ph.D., psychologue, chercheuse-clinicienne, Programme de thérapie anticancéreuse, Institut de recherche de L'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario)



Sophie Lebel, Ph.D., psychologue, professeure, École de psychologie, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

Auteure-ressource : Carrie MacDonald-Liska, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., Coordonnatrice des soins, Centre de cancérologie de L'Hôpital d'Ottawa, 501, Smyth Road, Ottawa (Ontario) K1H 8L6

Tél. : 613-737-7700, poste 25328

Courriel : cliska@toh.ca

Conflits d'intérêts : Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts lié à la rédaction du présent article.

DOI:10.5737/23688076314457462

bienfait potentiel des PSS réside dans l'activation du patient (Jeppesen et al., 2018). Ce concept fait référence à la connaissance et à la compréhension du patient de son rôle actif dans l'autogestion de sa santé et sa confiance en sa capacité à remplir ce rôle (Hibbard et Mahoney, 2010; Hibbard, et al., 2007). Il a été démontré que l'activation du patient entraîne un effet positif sur les résultats de santé des survivantes, ses comportements d'autogestion et son utilisation des services de santé (Hibbard et Mahoney, 2010; Hibbard et al., 2007).

Le Programme de bien-être au-delà du cancer de L'Hôpital d'Ottawa, en Ontario (Canada), fournit des PSS personnalisés aux survivantes du cancer du sein afin d'optimiser leur transition vers les soins primaires (Rushton et al., 2015). Le programme a pour objectif de répondre aux besoins physiques et psychologiques des survivantes du cancer et de les encourager à s'impliquer activement dans leurs soins de suivi à long terme (Rushton et al., 2015; Liska, et al., 2018). Pour plus de renseignements sur le Programme de bien-être au-delà du cancer, se référer aux travaux de Rushton et collaborateurs (2015). Les survivants dirigés vers ce programme doivent d'abord évaluer leurs besoins. Élaboré par une infirmière en oncologie, chaque PSS personnalisé prend environ 45 minutes à préparer. Les besoins physiques et psychologiques nommés par les survivants sont documentés dans le PSS par un commis du Programme de bien-être au-delà du cancer. Avant la transition vers leur médecin traitant, les survivantes rencontrent une infirmière afin de réviser leur PSS personnalisé. Au moment d'officialiser le « congé », une infirmière du Programme de bien-être au-delà du cancer rencontre le patient soit en individuel, soit en groupe de 8 à 12 personnes (Rushton et al., 2015). En raison des contraintes croissantes en matière de ressources humaines, un PSS normalisé a été élaboré par le Programme de bien-être au-delà du cancer afin de réduire le temps requis pour réaliser chaque PSS.

Dans le contexte actuel de ressources limitées en santé, l'élaboration de PSS personnalisés, plus longs à réaliser, constitue une entrave à la mise en œuvre et à la viabilité de ces plans de soins (Dulko et al., 2013). La présente évaluation visait à déterminer si l'utilisation d'un PSS normalisé permet d'obtenir des résultats comparables à ceux obtenus grâce au PSS personnalisé, en ce qui a trait aux connaissances et à l'activation des survivantes du cancer du sein. À notre connaissance, aucune autre étude n'a déjà comparé les deux types de plans.

MÉTHODOLOGIE

Contenu du plan de soins de suivi personnalisé et du plan de soins de suivi normalisé pour les survivantes

Le plan de soins de suivi personnalisé préalablement conçu par l'équipe du Programme de bien-être au-delà du cancer (Rushton et al., 2015) prenait environ 45 minutes à préparer. Le PSS normalisé a été élaboré par l'une des auteures (C.M-L) et la personne responsable du Programme de bien-être au-delà du cancer afin d'augmenter sa rentabilité; le temps pour le remplir est réduit à une quinzaine de minutes. Le PSS personnalisé contenait un résumé du traitement (diagnostic, médicaments reçus, interventions chirurgicales, etc.), les lignes directrices de surveillance applicables durant le suivi des survivantes (mammographie, auto-examen des seins, par exemple), ainsi que la

date du prochain suivi. Le PSS normalisé contient les mêmes lignes directrices pour la surveillance. Au moment de l'évaluation, les besoins subsistants signalés par les survivantes au moment de l'évaluation ont continué à être rapportés dans les deux documents. La principale différence relevée entre les deux plans consistait en l'absence du résumé de traitement et des dates de suivi dans le PSS normalisé. Conformément à la pratique habituelle, tous les plans de soins ont ensuite été envoyés électroniquement aux médecins traitants des survivantes après les rendez-vous de transition ou de révision du plan de soins.

Évaluation

Le présent projet a bénéficié d'une exemption du Conseil d'éthique de la recherche du Réseau des sciences de la santé d'Ottawa. Les survivantes du cancer du sein ont été recrutées successivement, au cours des rencontres de transition individuelles ou de groupe prévues par le Programme de bien-être au-delà du cancer. Les critères d'inclusion suivants ont été utilisés : a) avoir survécu à un cancer du sein primaire; b) avoir obtenu son congé du Programme de bien-être au-delà du cancer et reçu un PSS normalisé ou personnalisé; c) s'être présentée au rendez-vous de transition (individuel ou de groupe); et d) avoir accepté de participer à l'évaluation du programme.

Les patientes ont été recrutées au moment de recevoir leur congé ou lors de leur rendez-vous de revue du plan de soins. Les rencontres ont eu lieu au Campus Général ou au Centre de cancérologie Famille Irving Greenberg de L'Hôpital d'Ottawa. Pour les rencontres individuelles, la réceptionniste demandait aux patientes de répondre à un préquestionnaire identifié numériquement avant le rendez-vous de transition, dans la salle d'attente. Après la rencontre, l'infirmière remettait le questionnaire « après séance » aux patientes, qui le remplissaient sur place avant de le remettre à la réceptionniste. Pour les rencontres de groupe, l'infirmière qui dirigeait la séance remettait, au début de la rencontre, deux questionnaires (pré et post) identifiés numériquement à celles qui souhaitaient participer. Les participantes ont rempli le premier questionnaire avant que la rencontre débute et le second, à la fin. Les deux questionnaires identifiés numériquement ont été remis à l'infirmière.

Les patientes ayant reçu un PSS personnalisé ont été recrutées de février à avril 2019, et les patientes ayant reçu un plan normalisé, d'avril à juin 2019. Elles ont été recrutées consécutivement et n'ont pas été randomisées dans des groupes « PSS personnalisé » ou « PSS normalisé ».

Instruments

Selon une revue systématique récente (Jacobsen et al., 2018), les résultats des PSS du Programme de bien-être au-delà du cancer jugés pertinents ont été choisis avec les intervenants (infirmières du programme de bien-être, responsable du programme, psychologue travaillant en clinique d'oncologie). Il s'agit de l'activation des patientes et de l'amélioration de leurs connaissances. Un court formulaire démographique recueillant des renseignements sur l'âge, la scolarité, la situation familiale et l'origine ethnique était joint au préquestionnaire.

Questionnaire sur l'évaluation des connaissances. Nous avons adapté la mesure des Perceptions de la coordination des soins, qui a déjà été utilisée pour évaluer la compétence

informationnelle en santé et les PSS remis aux survivantes du cancer du sein (Brennan et al., 2015; Hawley et al., 2010). Les questions retenues mesuraient la perception des connaissances sur les soins; cependant, des questions ont été modifiées pour s'enquérir des soins de suivi, plutôt que des soins actuels. Les 8 items ont été classés selon une échelle de Likert en 5 points allant de « Entièrement en désaccord » à « Entièrement en accord ». Dans la présente étude, la cohérence interne de cette mesure avait un coefficient alpha de Cronbach (α) de 0,88. Le questionnaire « après séance » évaluait si le PSS répondait aux besoins des patientes.

Efficacité perçue de la relation médecin-patient (PEPPI). Le questionnaire PEPPI mesure l'auto-efficacité du patient à obtenir des renseignements médicaux et à exprimer ses principales inquiétudes de santé à son médecin (Maly et al., 1998). Ce questionnaire a été validé auprès de populations gériatriques; il a déjà été utilisé pour évaluer les PSS (Maly et al., 2017). L'échelle courte de 5 items, qui classe les items selon une échelle de Likert en 5 points (de « Peu confiant » à « Très confiant »), a été choisie. Pour le présent échantillon, le coefficient alpha de Cronbach (α) était de 0,90.

Mesure d'activation du patient (MAP). Le questionnaire de 13 items évalue l'activation du patient sur une échelle de Likert en 4 points, allant de « Entièrement en désaccord » à « Entièrement en accord », avec aussi l'option « Sans objet ». Ce questionnaire a été validé pour plusieurs maladies chroniques (Hibbard et al., 2004; Rademakers et al., 2012). Pour le présent échantillon, le coefficient alpha de Cronbach (α) était de 0,92.

Analyse statistique

Les données ont été analysées à l'aide de la version 25 du logiciel SPSS d'IBM. Les caractéristiques de référence des patientes ont été présentées sous forme de moyennes (\pm écart-type) pour les variables continues et de pourcentages pour les variables nominales. Des tests t et des tests du khi-carré ont permis de comparer les différences entre celles qui ont reçu un PSS personnalisé et celles qui ont reçu un PSS normalisé.

RÉSULTATS

Participants

Au total, 87 survivantes du cancer du sein ont été recrutées. L'échantillon était essentiellement composé de femmes de race blanche (85 %) et mariées (68 %), âgées de 64 ans en moyenne. La scolarité des participantes variait : 26 % avaient terminé leurs études secondaires, 16 % avaient fait des études collégiales, 16 % avaient appris un métier, et 24 % détenaient un baccalauréat. Parmi ces femmes, 43 ont reçu un PSS personnalisé; les 44 autres ont reçu la version normalisée. La plupart d'entre elles (60 %) ont reçu leur PSS lors d'une rencontre de transition en groupe ou d'une rencontre de révision du plan de soins. Il n'y avait aucune différence sociodémographique entre les groupes ni dans les modalités des séances de transition au cours desquelles les participantes ont reçu leur PSS (individuel versus en groupe). Le Tableau 1 donne une description détaillée de l'échantillon.

	PSS personnalisé N=43	PSS normalisé N=44
Tranche d'âge	44-81	40-83
Âge moyen	65,7 (8,5)	62,8 (10,5)
Origine ethnique	N (%)	N (%)
Blanche	39 (90,7 %)	35 (79,5 %)
Asiatique	1 (2,3 %)	6 (13,6 %)
Hispanique	1 (2,3 %)	1 (2,3 %)
Noire	1 (2,3 %)	1 (2,3 %)
Premières Nations	1 (2,3 %)	-
Autre	-	1 (2,3 %)
Scolarité		
Aucune scolarité	-	1 (2,3 %)
Maternelle-8e année	1 (2,3 %)	-
Secondaire (non terminé)	1 (2,3 %)	1 (2,3 %)
Secondaire	12 (27,9 %)	11 (25 %)
Collège (non terminé)	8 (18,6 %)	6 (13,6 %)
Formation professionnelle	6 (14 %)	8 (18,2 %)
Baccalauréat	11 (25,6 %)	10 (22,7 %)
Maîtrise	3 (7 %)	2 (4,5 %)
Diplôme professionnel	-	3 (6,8 %)
Doctorat	1 (2,3 %)	-
État matrimonial		
Célibataire	5 (12 %)	1 (2,3 %)
Mariée	26 (60,5 %)	33 (75 %)
Divorcée	6 (14 %)	4 (9,1 %)
Séparée	1 (2,3 %)	-
Veuve	4 (9,3 %)	4 (9,1 %)
Donnée manquante	1 (2,3 %)	2 (2,4 %)
Mode de prestation du PSS		
Individuel	20 (46,5 %)	15 (34,1 %)
Groupe	23 (53,5 %)	29 (65,9 %)

Tableau 2

Données descriptives (moyenne et écart-type) pour les scores totaux « pré-post » PSS sur les connaissances, l'efficacité perçue des relations médecin-patient et l'activation du patient chez les survivantes du cancer du sein qui ont reçu un PSS personnalisé, et celles qui ont reçu un PSS normalisé.

Mesure et moment (étendue possible)	PSS personnalisé n = 43	PSS normalisé n = 44	p
Perception des connaissances pré-PSS (8-40)	27,3 (6,5)	26,1 (6,8)	.46
Perception des connaissances post-PSS (8-40)	36,4 (3,6)	33,9 (5,7)	.03
Perception des connaissances post-PSS, item supplémentaire sur la satisfaction des besoins (1-5)	4,5 (0,6)	4,3 (0,8)	.15
PEPPI pré-PSS (5-25)	20,7 (3,1)	19,6 (4,7)	.21
PEPPI post-PSS (5-25)	23,0 (2,5)	22,3 (3,7)	.25
MAP pré-PSS (13-52)	43,5 (6,0)	40,6 (7,7)	.07
MAP post-PSS (13-52)	46,1 (5,6)	45,6 (6,7)	.73

Note. Perception des connaissances : Questionnaire sur l'évaluation des connaissances; PEPPI : Efficacité perçue des relations médecin-patient; MAP : Mesure d'activation du patient

Statistiques descriptives

Pour connaître les scores totaux obtenus avant et après la remise des PSS (état des connaissances, questionnaire PEPPI et MAP) des deux groupes (PSS personnalisé versus PSS normalisé), se référer au tableau 2. Des analyses univariées ont révélé que les survivantes ayant reçu un PSS personnalisé auraient davantage amélioré leurs connaissances, comparativement à celles qui ont reçu un PSS normalisé. Aucune différence n'a été relevée quant à l'efficacité perçue de la relation médecin-patient et l'activation des patientes, peu importe le type de plan de soins reçu. Dans le questionnaire sur les connaissances, à l'item supplémentaire évaluant si le PSS avait permis de répondre aux besoins des patientes, les deux groupes de survivantes ont affirmé que leur PSS avait répondu à de nombreux besoins, sinon à tous, et cela sans distinction entre les groupes.

Différences pré-post remise du PSS selon le format (personnalisé versus normalisé)

Nous avons réalisé trois analyses distinctes ANOVA mixtes 2X2 pour comparer les scores pré-post portant sur les connaissances, de même que ceux obtenus grâce au questionnaire PEPPI et à la MAP, en fonction du type de PSS (personnalisé versus normalisé). Les deux types de plans ont amélioré significativement les objectifs mesurés. En ce qui a trait aux connaissances, nous avons constaté un effet marqué lié au temps ($F_{(1,71)} = 110,1$, $p < .001$, valeur partielle de l'éta-carré de 0,61), mais aucune interaction temps/type de PSS ($F_{(1,71)} = 1,2$, $p = .28$, valeur partielle de l'éta-carré de 0,02). Avec le questionnaire PEPPI, nous avons constaté un effet marqué lié au temps ($F_{(1,82)} = 56,5$, $p < .001$, valeur partielle de l'éta-carré de 0,41), mais aucune interaction temps/type de PSS ($F_{(1,82)} = 0,2$, $p = .70$, valeur partielle de l'éta-carré de 0,00). Pour la MAP,

nous avons constaté un effet marqué lié au temps ($F_{(1,78)} = 24,0$, $p < .001$), valeur partielle de l'éta-carré de 0,24), mais aucune interaction temps/type de PSS ($F_{(1,78)} = 1,8$, $p = .19$, valeur partielle de l'éta-carré de 0,02). Ces résultats laissent supposer que les survivantes constatent une amélioration de leurs connaissances et de l'efficacité de leurs échanges avec leur médecin, et qu'elles se sentent plus aptes à prendre leur suivi en mains, peu importe le type de PSS reçu.

Différences pré-post remise du PSS, en fonction de la prestation (individuel versus groupe)

Nous avons comparé les différences de résultats (connaissances, efficacité perçue des relations médecin-patient et activation des patientes) en fonction du mode de prestation du PSS (individuel ou en groupe) à l'aide de trois analyses distinctes ANOVA mixtes 2X2, sans constater d'interaction entre le temps et le mode de prestation. Nous avons aussi réalisé trois analyses distinctes ANOVA mixtes 3X2 afin d'évaluer la possibilité d'une interaction type de PSS/mode de prestation/temps. Là encore, nous n'avons trouvé aucune interaction significative à 3 facteurs. Ces résultats ne dénotent aucune différence entre les rencontres de transition individuelles ou en groupe sur les résultats mesurés, et ce peu importe le type de PSS (personnalisé ou normalisé).

Discussion

L'évaluation du programme visait à établir si les PSS normalisés sont aussi efficaces que les PSS personnalisés pour l'acquisition de connaissances et l'activation des patientes. L'analyse globale indique que les deux types de PSS permettent d'obtenir des résultats comparables quant à l'auto-efficacité dans les interactions patiente-médecin et le niveau d'activation. Les survivantes ayant reçu un PSS personnalisé auraient perçu une amélioration plus marquée de leurs connaissances;

cependant le PSS normalisé a aussi permis d'améliorer les connaissances « pré-post ». De plus, les deux types de plans ont permis de répondre à plusieurs besoins, sinon à tous les besoins des survivantes, sans distinction entre les deux groupes. Il s'agit là de résultats prometteurs, puisque les PSS normalisés réduisent grandement les obstacles à la mise en œuvre et à la viabilité des PSS, étant donné leur temps de préparation plus rapide. Ces constats nous ont amenés à discuter des implications cliniques suivantes liées à la prestation et à l'évaluation de PSS normalisés dédiés aux personnes atteintes du cancer du sein.

Contrairement à d'autres études non concluantes quant à l'efficacité des PSS, nos résultats montrent que ces plans de soins améliorent les connaissances, l'auto-efficacité et l'activation des patients, un constat explicable du fait qu'on se soit concentrés sur les résultats à court terme des PSS sélectionnés par les intervenants, ce qui avait été encouragé dans la littérature (Birken et al., 2018; Chahine et Urquhart, 2019; Hill et al., 2019). En effet, Birken et collaborateurs (2018) ont rapporté que plusieurs essais contrôlés randomisés sur les PSS ont étudié les effets à long terme, comme la qualité de vie liée à la santé, facteur qui n'était pas considéré par les intervenants comme étant influencé par les PSS et raison pour laquelle ils ont souligné l'importance des résultats rapidement observables dans l'évaluation de ces plans (connaissances, auto-efficacité). Les PSS ont été développés à des fins communicationnelles et pédagogiques; ils ne sont donc pas susceptibles d'amoin-drir les bienfaits à plus long terme, comme la qualité de vie et l'état de santé général, tributaires d'autres facteurs sociaux et cliniques (Birken et al., 2018). Ainsi, le fait de collaborer avec d'autres intervenants dans l'évaluation des PSS constituerait un élément important pour bien mesurer leur efficacité en tant qu'outils de transition pour d'autres programmes destinés aux survivants du cancer.

Pour les patients (Smith et al., 2011) et les médecins traitants (O'Brien et al., 2015), les résumés de traitement sont considérés comme une composante essentielle des PSS. Cet élément a été recommandé par des organisations telles que l'IOM et le Partenariat canadien contre le cancer. Les PSS personnalisés concordent avec les recommandations actuelles en faveur des résumés de traitement dans les plans de soins. Malheureusement, le résumé de traitement est la portion la plus chronophage du PSS personnalisé. L'absence du résumé de traitement est une lacune du PSS normalisé et peut entraîner des répercussions importantes pour les médecins traitants. Selon O'Brien et collaborateurs (2015), le résumé de traitement serait l'élément le plus important du PSS. La perspective des médecins traitants sur les PSS normalisés devrait être approfondie dans les recherches futures. Toutefois, cela pourrait être atténué si les résumés de traitement étaient intégrés automatiquement aux PSS normalisés ou rendus accessibles aux survivantes, par voie électronique (MyChart). À l'heure actuelle, le contenu et la prestation des PSS varient, car aucun modèle de PSS n'a encore été officialisé, entraînant des divergences dans la littérature. Un PSS normalisé assurerait une certaine cohérence pour les différents milieux et la recherche, ce qui permettrait une meilleure compréhension

des répercussions sur les patients et les professionnels de la santé. Parfois, les plans de soins de suivi remis aux survivants sont onéreux à mettre en place; plus particulièrement lorsqu'il s'agit de plans personnalisés, qui sont plus longs à préparer par l'infirmière. Dans certains centres de cancérologie, les PSS normalisés sont plus faciles à instaurer que les PSS personnalisés, renforçant la capacité d'adaptation et l'adhésion aux lignes directrices qui recommandent de tels plans pour chaque survivant. Par exemple, des PSS normalisés peuvent être élaborés pour différentes personnes atteintes de cancer en adaptant les lignes directrices de surveillance à une population en particulier (ex. cancer colorectal). Il est toutefois possible que le contenu d'un PSS ne soit pas déterminant pour certains patients, et que la rencontre de transition avec l'infirmière les motive davantage dans l'atteinte des objectifs. Cette rencontre représente une occasion d'entrer en contact avec les patients et de souligner leur rôle de premier plan dans leurs soins de suivi, ainsi que le rôle de leur médecin traitant (Singh-Carlson et al., 2018). De plus, l'efficacité des PSS peut être liée à la compétence d'une infirmière spécialisée en oncologie à transmettre les informations aux survivants (grâce aux techniques d'entrevues motivationnelles, par exemple). Ce point n'a toutefois pas été évalué dans la présente étude et pourrait faire l'objet de recherches futures. Finalement, aucune différence n'a été constatée entre le fait de recevoir un PSS en groupe ou en individuel. Par conséquent, la rencontre de groupe peut constituer une méthode plus rentable de remettre les PSS, tout en maintenant des résultats comparables à ceux obtenus grâce aux rencontres individuelles.

Limites

La présente étude comporte plusieurs limites. Premièrement, les participantes n'ont pas été randomisées en groupes (bien qu'aucune différence de base n'ait été constatée entre les groupes évalués). Deuxièmement, l'évaluation concernait seulement les survivantes du cancer du sein; les résultats ne peuvent donc pas être généralisables à d'autres populations de survivants du cancer. Troisièmement, le fait que l'infirmière demande aux survivantes de répondre aux questionnaires pendant la rencontre de transition a pu influencer les réponses afin qu'elles correspondent aux attentes des infirmières, ce qui a pu mener à des résultats surévalués ou biaisés. De plus, la mesure « adaptée » des connaissances n'a pas fait l'objet d'un essai-pilote auprès de patients avant d'être mise en œuvre ou validée; elle a toutefois été revue par les intervenants. Finalement, les résultats doivent être interprétés avec prudence, l'étude n'étant pas tout à fait assez puissante (0,75).

Conclusions

Les PSS normalisés laissent présager des résultats prometteurs et similaires aux PSS personnalisés pour certains résultats à court terme : connaissances, auto-efficacité et activation. Comme nous le constatons, les PSS normalisés représentent une alternative plus rentable que les plans personnalisés; ils favorisent aussi l'amélioration des connaissances, l'auto-efficacité et l'activation des survivantes du cancer du sein.

RÉFÉRENCES

- Birken, S. A., Urquhart, R., Munoz-Plaza, C., Zizzi, A. R., Haines, E., Stover, A., Mayer, D. K., & Hahn, E. E. (2018). Survivorship care plans: Are randomized controlled trials assessing outcomes that are relevant to stakeholders? *Journal of Cancer Survivorship*, 12(4), 495–508.
- Brennan, M. E., Boyle, F. M., Butow, P. N., & Spillane, A. J. (2015). Evaluation of a survivorship care plan: Long-term use, care coordination and quality of life in breast cancer survivors. *Breast Cancer Management*, 4(3), 145–157.
- Cancer Journey Portfolio. (2012). *Advances in survivorship care: Resources, lessons learned and promising practices*.
- Chahine, S., & Urquhart, R. (2019). A cross-sectional population-based survey looking at the impact of cancer survivorship care plans on meeting the needs of cancer survivors in the posttreatment stage. *Supportive Care in Cancer*, 27(10), 3785–3792.
- Dawes, A. J., Hemmelgarn, M., Nguyen, D. K., & Sacks, G. D. (2015). Are primary care providers prepared to care for survivors of breast cancer in the safety net? *Cancer*, 121(8), 1249–1256.
- Dulko, D., Pace, C. M., Dittus, K. L., Sprague, B. L., Pollack, L. A., Hawkins, N. A., & Geller, B. M. (2013). Barriers and facilitators to implementing cancer survivorship care plans. *Oncology Nursing Forum*, 40(6), 575–580.
- Grunfeld, E., Julian, J. A., Pond, G., Maunsell, E., Coyle, D., Folkes, A., Joy, A. A., Provencher, L., Rayson, D., Rheaume, D. E., Porter, G. A., Paszat, L. F., Pritchard, K. I., Robidoux, A., Smith, S., Sussman, J., Dent, S., Sisler, J., Wiernikowski, J., & Levine, M. N. (2020). Evaluating survivorship care plans: Results of a randomized, clinical trial of patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 29(36), 1–8.
- Hawley, S. T., Janz, N. K., Lillie, S. E., Friese, C. R., Griggs, J. J., Graff, J. J., Hamilton, A. S., Jain, S., & Katz, S. J. (2010). Perceptions of care coordination in a population-based sample of diverse breast cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 81, S34–S40.
- Hibbard, J. H., & Mahoney, E. (2010). Toward a theory of patient and consumer activation. *Patient Education and Counseling*, 78(3), 377–381.
- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stock, R., & Tusler, M. (2007). Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health Services Research*, 42(4), 1443–1463.
- Hibbard, J. H., Stockard, J., Mahoney, E. R., & Tusler, M. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Services Research*, 39(4p1), 1005–1026.
- Hill, R. E., Wakefield, C. E., Cohn, R. J., Fardell, J. E., Brierley, M. E., Kothe, E., Jacobsen, P. B., Hetherington, K., & Mercieca Bebbler, R. (2019). Survivorship care plans in cancer: A meta analysis and systematic review of care plan outcomes. *The Oncologist*, 25(2), e351.
- Institute of Medicine and National Research Council. (2006). *From cancer patient to cancer survivor: Lost in transition*. The National Academies Press.
- Jabson, J. (2015). Follow up care instructions, treatment summaries, and cancer survivors's receipt of follow-up health care and late/long term effects. *Supportive Care in Cancer*, 23(7), 1851–1856.
- Jacobsen, P. B., DeRosa, A. P., Henderson, T. O., Mayer, D. K., Moskowitz, C. S., Paskett, E. D., & Rowland, J. H. (2018). Systematic review of the impact of cancer survivorship care plans on health outcomes and health care delivery. *Journal of Clinical Oncology*, 36(20), 2088–2100.
- Jeppesen, M. M., Ezendam, N. P. M., Pijnenborg, J. M. A., Caroline Vos, M., Boll, D., Kruitwagen, R. F. P. M., Jensen, P. T., & van de Poll-Franse, L. V. (2018). The impact of the survivorship care plan on health care use: 2-year follow-up results of the ROGY care trial. *Journal of Cancer Survivorship*, 12(1), 18–27.
- Liska, C. M., Morash, R., Paquet, L., & Stacey, D. (2018). Empowering cancer survivors to meet their physical and psychosocial needs: An implementation evaluation. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 28(2), 76–81.
- Maly, R. C., Frank, J. C., Marshall, G. N., DiMatteo, M. R., & Reuben, D. B. (1998). Perceived Efficacy in Patient-Physician Interactions (PEPPI): Validation of an instrument in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(7), 889–894.
- Maly, R. C., Liang, L. J., Liu, Y., Griggs, J. J., & Ganz, P. A. (2017). Randomized controlled trial of survivorship care plans among low-income, predominantly latina breast cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 35(16), 1814–1821.
- Mattison, C.A., Moat, K.A., Waddell, K., & Lavis, J.N. (2018, March). Citizen brief. Optimizing patient and family transitions from cancer treatment to primary- and community-care supports in Canada. *McMaster Health Forum*.
- O'Brien, M. A., Grunfeld, E., Sussman, J., Porter, G., & Hammond Mobilio, M. (2015). Views of family physicians about survivorship care plans to provide breast cancer follow-up care: Exploration of results from a randomized controlled trial. *Current Oncology*, 22(4), 252–259.
- Rademakers, J., Nijman, J., Van Der Hoek, L., Heijmans, M., & Rijken, M. (2012). Measuring patient activation in the Netherlands: Translation and validation of the American short form Patient Activation Measure (PAM13). *BMC Public Health*, 12(1), 1.
- 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(6), e419–e434.
- Singh-Carlson, S. W., Wong, F., & Oshan, G. (2018). Evaluation of the delivery of survivorship care plans for South Asian female breast cancer survivors residing in Canada. *Current Oncology*, 25(4), e265–e274.
- Smith, S. L., Singh-Carlson, S., Downie, L., Payeur, N., & Wai, E. S. (2011). Survivors of breast cancer: Patient perspectives on survivorship care planning. *Journal of Cancer Survivorship*, 5(4), 337–344.