Canadian Oncology Nursing Journal

Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie

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

CANO
ACIO

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

Besoins des patients et pondération de la consommation des ressources dans l'unité de soins ambulatoires

par Andrea Knox, John Larmet

RÉSUMÉ

Les infirmières en oncologie de British Columbia Cancer (BC Cancer) font partie d'une équipe interdisciplinaire dans l'unité de soins ambulatoires et accompagnent les patients tout au long de leur cancer. Des initiatives antérieures visant à identifier les besoins des patients et un travail d'optimisation du rôle des infirmières ont clarifié leur rôle, ce qui leur a permis d'exprimer clairement la portée de leur pratique et les compétences spécialisées nécessaires pour répondre au mieux aux besoins des patients et de leurs familles. Cependant, même si les besoins des patients et les éléments fondamentaux de la pratique ont été identifiés pour optimiser le rôle des infirmières en unités de soins ambulatoires, une lacune persiste dans la quantification des ressources en effectif nécessaires pour organiser le modèle actuel de soins. Pour pallier cette lacune, un projet d'amélioration de la qualité a été entrepris afin de développer un outil de pondération de la consommation des ressources (Resource Intensity Weighting, RIW) validé en interne pour les infirmières en unité de soins ambulatoires afin d'obtenir une projection des besoins de base en personnel. L'outil peut être utilisé pour alimenter les discussions de planification stratégique et opérationnelle qui visent à améliorer le modèle de soins ambulatoires en oncologie.

CONTEXTE

Les infirmières spécialisées en oncologie de British Columbia Cancer (BC Cancer) font partie d'une équipe interdisciplinaire dans l'unité de soins ambulatoires et accompagnent les patients tout au long de leur cancer. En 2018, une

initiative visant à dresser le profil de l'équipe de soins, la Care Team Design Initiative (CTDI) a été mise en place au sein de BC Cancer pour déterminer, pour les patients hospitalisés ou ayant des symptômes aigus, les besoins prioritaires en soins ambulatoires oncologiques du BC Children and Women's Hospital. D'après cette étude, les besoins des patients sont prévisibles et stables au sein des soins ambulatoires (BC Children's & Women's Hospital et al., 2018; MacPhee et al., 2020). En 2019, par suite de cette initiative, le rôle exact et les tâches fonctionnelles des infirmières travaillant en unités de soins ambulatoires ont été comparés aux compétences spécialisées des infirmières en oncologie de BC Cancer dans une optique d'optimisation du rôle des infirmières dans les unités de soins ambulatoires (Knox, 2020). Ces efforts visant à identifier les besoins des patients (BC Children's & Women's Hospital et al., 2018; MacPhee et al., 2020) et à optimiser le rôle des infirmières en unités de soins ambulatoires (Knox 2020) ont clarifié le rôle de ces dernières et permis d'exprimer clairement la portée de leur pratique et les compétences spécialisées nécessaires pour répondre au mieux aux besoins des patients en oncologie et de leurs familles dans le cadre des soins ambulatoires.

Les besoins des patients et les éléments fondamentaux de la pratique ont été identifiés par BC Cancer afin d'optimiser le rôle des infirmières en unités de soins ambulatoires, mais une lacune persiste dans la quantification des ressources en personnel nécessaires pour instaurer ce rôle optimisé des infirmières au sein du modèle actuel de soins ambulatoires. Des travaux antérieurs ont été réalisés par BC Cancer pour élaborer des directives sur les ressources spécifiques au contexte du traitement systémique à l'aide de la méthodologie qu'Action Cancer Ontario (ACO) avait utilisée en 2012 (Green et al., 2012). À l'époque, ACO avait réuni un groupe de spécialistes en oncologie chargés d'examiner la littérature; ces derniers avaient alors remarqué le nombre réduit de ressources permettant d'étayer une analyse méthodologique objective des besoins en ressources humaines spécifiques du contexte oncologique (Green et al., 2012). La méthodologie d'ACI adoptée par BC Cancer a notamment mené à faire appel à des spécialistes en oncologie pour identifier les composantes de la charge de travail élémentaire des infirmières et pour déterminer la durée normalisée allouée à chaque tâche, l'ampleur des soins infirmiers et les variations de régime dans les traitements systémiques (Green et al., 2012). L'élaboration par AC et BC Cancer des deux outils pour les traitements systémiques a aidé les gestionnaires et les infirmières à décrire objectivement les besoins en ressources infirmières et à établir un modèle de

AUTEURS

Andrea Knox, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., CSIO(C) (auteure-ressource), BC Cancer – Kelowna, 399 Royal Avenue, Kelowna (C.-B.) V1X 1N6

aknox@bccancer.bc.ca

250-258-4928

Id ORCID : <https://orcid.org/0000-0003-4691-3342>

John Larmet, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., Dir. Serv. Santé, BC Cancer – Kelowna, 399 Royal Avenue, Kelowna (C.-B.) V1X 1N6

Remerciements : Les auteurs souhaitent remercier le personnel infirmier et leur gestionnaire de services cliniques, Tania Fung, au BC Cancer de Kelowna pour leur participation et leur soutien actif à ce projet.

Conflit d'intérêts : Les auteurs déclarent l'absence de tout conflit d'intérêts.

DOI:10.5737/23688076314483489

financement synchronisé qui tient compte à la fois des besoins en soins infirmiers pour le cancer et des modalités des traitements systémiques (Green et al., 2012). L'outil de pondération de la consommation des ressources (Resource Intensity Weighting, RIW) mis au point par BC Cancer est utilisé depuis par les gestionnaires pour rédiger les demandes de financement et d'attribution des ressources en soins infirmiers dans toutes les unités de traitements systémiques de BC Cancer de la province. Ce travail préalable a permis d'étendre la méthodologie à d'autres domaines cliniques tels que les unités de soins ambulatoires, qui n'avaient pas d'approche normalisée pour attribuer les ressources en soins infirmiers.

BUTS ET OBJECTIFS

Le but de ce projet d'amélioration de la qualité était de développer un outil de pondération de la consommation des ressources (outil RIW) pour établir une projection des besoins de base en effectif infirmier. L'intention était de rédiger, en s'appuyant sur les résultats de l'initiative CTDI et de travaux d'optimisation antérieurs sur les rôles dans les unités de soins ambulatoires, un document similaire à l'outil d'ACO (Green et al., 2012) identifiant les besoins en temps pour les activités de soins infirmiers dans les unités de soins ambulatoires conformément à la gravité des cas et aux normes de pratique et de compétences pour l'infirmière spécialisée en oncologie définies par l'Association canadienne des infirmières en oncologie (ACIO/CANO, 2006). L'outil RIW pour les unités de soins ambulatoires de BC Cancer en résultant alimentera la modélisation des projections de ressources fondées sur les données pour estimer les besoins en soins infirmiers en équivalents temps plein (ETP) dans les unités de soins ambulatoires. Même si ce projet était axé sur les unités de soins ambulatoires de BC Cancer - Kelowna, les intervenants internes, tant au niveau provincial qu'au niveau régional, devraient pouvoir appliquer les résultats de ce projet à leur propre usage pour la planification stratégique et opérationnelle centrée sur l'amélioration du modèle de prestation de services de santé pour les patients soignés en oncologie.

CONTEXTE DU PROJET

Les unités de soins ambulatoires de BC Cancer – Kelowna correspondent au contexte clinique du projet. Elles bénéficient de la participation d'un groupe central d'intervenants internes et du soutien des dirigeants du centre. Une équipe interprofessionnelle travaille dans l'unité de soins ambulatoires de BC Cancer – Kelowna. Elle assure les soins des nouveaux patients qui se présentent à la clinique pour des consultations, des évaluations de traitement actif et des rendez-vous de suivi après l'instauration d'un traitement. En outre, d'un point de vue logistique, la clinique d'unité de soins ambulatoires est scindée en programmes de radiothérapie et de traitement systémique. Le choix préalable du même contexte clinique pour les projets de l'initiative CTDI et l'optimisation des rôles faisait de ces unités de soins ambulatoires le choix logique du point de vue de la continuité du projet et de l'implication du personnel de première ligne.

PLANIFICATION DU PROJET

Au tout début du projet, des facteurs ont été identifiés en amont pour faciliter le déroulement au niveau régional. Le parainage et le soutien du projet au sein du centre ont été jugés essentiels pour faciliter l'accès à la clinique d'unité de soins ambulatoires et la communication avec son personnel. De même, les nombreuses discussions sur les modèles de soins et les ressources opérationnelles ont mené à conclure que le soutien à l'échelon provincial était également requis pour contrebalancer tout impact négatif dû à des priorités organisationnelles concurrentes. Les infirmières et les autres membres de l'équipe interdisciplinaire travaillant dans les unités de soins ambulatoires ont par ailleurs manifesté un fort désir de formuler objectivement les ressources infirmières nécessaires pour répondre au mieux aux besoins des patients. Ce souhait était considéré comme un facteur essentiel pour faciliter l'implication du personnel dans les activités du projet, par exemple la détermination des allocations de temps pour les tâches cliniques. On a aussi remarqué que la disponibilité des résultats provenant de l'étude pilote de l'initiative CTDI (BC Children's & Women's Hospital et al., 2018; MacPhee et al., 2020) et de la grille des rôles et compétences élaborée lors du projet d'optimisation des rôles (Knox, 2020) constituait un autre facteur préalable positif facilitant cette initiative.

Des obstacles à la réalisation du projet proposé ont également été identifiés dès le départ. Sont ressortis surtout : 1) la disponibilité du personnel de première ligne; et 2) les priorités organisationnelles concurrentes. Pour le premier, la charge de travail et l'affectation du personnel étaient les plus susceptibles d'avoir un impact négatif sur le projet. La principale stratégie d'atténuation utilisée a été l'implication du gestionnaire clinique pour favoriser la participation aux groupes de discussion et l'utilisation de plateformes informatisées pour recueillir les commentaires. Pour le deuxième, les travaux en cours sur d'autres projets comme la mise en place de nouveaux dossiers de santé électroniques posaient également des contraintes évidentes. Pour éviter les chevauchements susceptibles de retarder le projet, des réunions récurrentes ont été planifiées pour revoir le calendrier et les activités projetées. Cela a offert une certaine souplesse et a permis d'ajuster au besoin les activités et le calendrier du projet de manière à éviter les retards.

MÉTHODES

La participation des infirmières des unités de soins ambulatoires au projet a été jugée essentielle. Actuellement, le personnel de l'unité de soins ambulatoires regroupe 26 infirmières auxiliaires autorisées et infirmières autorisées permanentes et occasionnelles qui travaillent en rotation pour assurer les soins aux patients. Plusieurs stratégies ont été utilisées pour rejoindre un maximum de personnes, notamment des discussions de groupe et un sondage électronique. On a ainsi pu collecter les données utiles pour développer, peaufiner et valider l'outil.

Le projet a débuté par un groupe de discussion à qui on a demandé de cerner les catégories de charge de travail et les éléments fonctionnels du rôle des infirmières à intégrer dans l'outil RIW des unités de soins ambulatoires. Six professionnels

infirmiers représentant différentes disciplines et plusieurs statuts d'emploi ont participé à ce premier groupe de discussion. On leur a demandé d'examiner les catégories de charge de travail dans l'outil RIW pour les traitements systémiques en concomitance avec les tâches identifiées dans la grille des rôles et compétences des unités de soins ambulatoires (Knox, 2020) et de signaler tout thème manquant. Les catégories de charge de travail allaient comme suit : durée de préparation, appel et accueil du patient, évaluation, éducation, intervention, documentation et pratiques de prévention des infections (voir figure 2 pour la description de chaque catégorie). Les participants ont indiqué que ces catégories de l'outil pour les traitements systémiques englobaient l'éventail des tâches associées au rôle des infirmières dans la clinique d'unité de soins ambulatoires. On a ensuite demandé au groupe de discussion de classer chacune des tâches infirmières présentées dans la

grille des rôles et compétences des unités de soins ambulatoires (Knox, 2020) dans les catégories approuvées du RIW. Ce travail de classification a formé l'ébauche du nouvel outil RIW pour les unités de soins ambulatoires (voir figure 2).

Après avoir créé cette première ébauche du nouvel outil RIW pour les unités de soins ambulatoires, un sondage a été préparé sur la plateforme institutionnelle et distribué aux 26 membres du personnel infirmier. L'objectif était de réunir des données sur les durées nécessaires pour réaliser dans les unités de soins ambulatoires les tâches dans chacune des catégories du RIW. La collecte de données respectait les politiques et procédures organisationnelles conformes à la loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée de la Colombie-Britannique (BC Government, 2019).

Le sondage était divisé en trois catégories de rendez-vous (nouveau patient, suivi et traitement actif) pour réunir plus

Tableau 1

Résultats de l'enquête sur la durée des activités infirmières évaluée par l'outil RIW

Catégorie	Type de rendez-vous	Durée médiane (en minutes)	Intervalle de durée** (en minutes)	Durée recommandée par l'outil RIW
Préparation	Nouveau patient	20	5 à 15	15 minutes
	Suivi	12,6	2 à 15	
	Traitement actif*	17,3	5 à 10	
Appel et accueil du patient	Nouveau patient	15	5 à 10	5 minutes
	Suivi	11,6	2 à 10	
	Traitement actif*	13	5 à 12	
Évaluation	Nouveau patient	25	10 à 25	20 minutes
	Suivi	14	5 à 15	
	Traitement actif*	12,5	5 à 15	
Éducation	Nouveau patient	13,5	5 à 15	15 minutes
	Suivi	12,6	3 à 15	
	Traitement actif*	12,6	3 à 15	
Intervention	Nouveau patient	20	10 à 30	20 minutes
	Suivi	17,2	5 à 20	
	Traitement actif*	23	3 à 30	
Documentation	Nouveau patient	13	5 à 15	15 minutes
	Suivi	18	5 à 15	
	Traitement actif*	15	5 à 15	
Pratiques de prévention des infections	Nouveau patient	12	5 à 15	5 minutes
	Suivi	10,8	4 à 18	
	Traitement actif*	22	3 à 5	

* Réponses au traitement actif recueillies auprès d'infirmières travaillant uniquement dans les unités de soins ambulatoires pour les traitements systémiques

** Déterminé d'après les durées saisies par la majorité (70 %) des personnes interrogées

d'informations sur l'impact potentiel de la trajectoire de soins sur la durée exigée par les activités infirmières. Comme les patients recevant un traitement actif se rendent uniquement dans la clinique d'unité de soins ambulatoires pour traitements systémiques, les questions du sondage concernant ce type de rendez-vous ont été posées exclusivement au personnel infirmier travaillant dans cette branche du service. Il fallait attribuer une durée moyenne par patient pour chaque catégorie du RIW. Les données provenant des sondages ont ensuite été recueillies et analysées pour établir la durée nécessaire aux infirmières pour accomplir chacune des tâches des catégories de charge de travail dans l'outil RIW.

ANALYSE

Au total, 14 sondages entièrement remplis et 7 autres partiellement remplis ont été reçus, pour un taux de réponse global de 81 %. Cependant, comme le lien vers le sondage était générique et ne désignait pas des répondants uniques, nous n'avons pas pu confirmer que chaque répondant n'avait accédé qu'une seule fois au sondage. Par conséquent, pour les besoins de l'analyse, seuls les sondages complets ont été examinés, ce qui a réduit le taux final de réponse à 54 %. Pour chaque catégorie

de charge de travail et chaque type de rendez-vous, les réponses du personnel concernant les durées moyennes ont été examinées. La médiane a été déterminée pour chaque catégorie et chaque type de rendez-vous (voir tableau 1). Les réponses ont également été évaluées pour chaque catégorie et type de rendez-vous afin de déterminer un intervalle de durée basé sur la majorité des réponses des personnes interrogées à chaque point (voir tableau 1). Cette information a ensuite été examinée en se basant sur l'autre outil RIW pour les traitements systémiques, et des durées recommandées ont été attribuées à chaque catégorie du nouvel outil RIW pour les unités de soins ambulatoires. Les informations extrapolées à partir des données du sondage, y compris les détails des catégories (voir figure 1), ont été présentées au personnel de première ligne lors d'un groupe de discussion final destiné à valider les durées médianes proposées pour le RIW des unités de soins ambulatoires en utilisant une approche basée sur le consensus.

Après avoir attribué au personnel des durées validées pour chacune des catégories, les données concernant les besoins en soins aux patients issues de l'étude pilote de l'initiative CTDI (BC Children's & Women's Hospital et al., 2018; MacPhee et al., 2020) ont été regroupées avec celles du nouvel outil RIW

Figure 1

Diapositive présentant un exemple de données extrapolées

Figure 2

Outil RIW pour les unités de soins ambulatoires

	Élément relatif à la charge de travail	Description et méthodologie pour la charge de travail du régime (à réévaluer chaque année?)
A	Durée de la préparation = 15 minutes	<ul style="list-style-type: none"> Vérification des ordonnances, analyses sanguines, tests, allergies, évaluation clinique, dossier Vérification du dernier traitement Vérification par des infirmières praticiennes – antécédents, bilan des médicaments, consultation Coordination des services de traduction Attribution d'une salle et coordination de l'achalandage dans la clinique Établissement/coordination de la communication vidéo
B	Appel et accueil du patient = 5 minutes	<ul style="list-style-type: none"> Téléavertissement/appeil du patient dans la salle Nettoyage du siège/de l'équipement Accompagnement du patient jusqu'à la salle indiquée
C	Évaluation = 20 minutes	<ul style="list-style-type: none"> PRISM, évaluation de l'alimentation, questionnaire PSSCAN, arrêt du tabagisme Évaluation initiale, taille et poids, signes vitaux, glucomètre Évaluation spécifique des tumeurs, cystographies mictionnelles, scans de la vessie, symptômes (toxicité selon le NCI)
D	Éducation = 15 minutes	<ul style="list-style-type: none"> Kit pour les nouveaux patients Médicaments/protocoles Soins de soutien, nutrition, éducation du patient sur l'équilibre protéines-graisses-sucres, autres Journal des symptômes du patient (Temps supplémentaire pour l'interprète = 15 min)
E	Intervention = 20 minutes	<ul style="list-style-type: none"> Planification préalable des soins Conversation en cas de maladie grave Aide médicale à mourir (AMM) Aiguillage, communauté, programme consacré au cancer héréditaire, Application QuitNow! Aiguillages vers les soins palliatifs Planification des soins
F	Documentation = 15 minutes (sur papier ou électronique)	<ul style="list-style-type: none"> PRISM DARP (Données, Action/Analyse, Réponse, Plan) Présentation des symptômes/toxicités Interventions des infirmières
G	Pratiques de prévention des infections = 5 minutes	<ul style="list-style-type: none"> Isolement
H	Durée totale fixée	Lignes : -A+B+C+D+E+F+G = 95 minutes
I	Ajusteur multitâche Durée totale fixée X % de besoins du patient par type de visite	Nouveau patient (Lignes : A+B+C+D+E+F+G = 95 min X 85 % = 14,25 minutes = 95 min X 15 % = 80,75 minutes)
J	Ajusteur multitâche X augmentation de 50 % de la durée	Nouveau patient Besoins faibles = 14,25 min X 50 % = 21,40 minutes Besoins modérés = pas d'ajustement
K	Ajusteur multitâche X volume des unités de soins ambulatoires (NP et suivi) = durée totale des soins infirmiers (en minutes)	Total des rendez-vous pour les nouveaux patients (NP) : _____ Besoins faibles Nbre total de NP X 85 % = _____ X 21,40 min = { } min/60 min = { } h { } h/ 1 950 (1,0 équivalent d'heures annuelles) = { } équivalents temps plein (ETP) Besoins modérés Nbre total de NP X 15 % = _____ X 80,75 min = { } min/60 = { } h { } h/ 1 950 (1,0 équivalent d'heures annuelles) = { } équivalents temps plein (ETP)
L	ETP totaux	ETP nouveau patient + ETP pour le suivi = _____

pour élaborer le calculateur d'ETP (voir figure 2, lignes H, I, J, K, L). Dans l'initiative CTDI initiale, des cliniciens de BC Cancer ont collaboré avec l'équipe de recherche pour personnaliser et adapter les outils d'évaluation des besoins des patients au contexte oncologique (voir figure 3) (BC Children's & Women's Hospital et al., 2018; MacPhee et al., 2020). L'adaptation de cet outil à l'oncologie a aidé les infirmières à identifier et classer les besoins en soins comme élevés (1 à 2), modérés (3) ou faibles (4 à 5) dans sept catégories de caractéristiques des patients, après avoir réalisé une évaluation des besoins infirmiers en clinique (voir figure 3). Les résultats

de l'étude pilote de l'initiative CTDI ont montré que 85 % du groupe de nouveaux patients et 90 % du groupe de suivi pouvaient être classés comme des patients à besoins faibles. Le reste des deux groupes correspondait à des patients à besoins modérés. Aucun patient à besoins élevés n'a été identifié dans le contexte des unités de soins ambulatoires pendant l'étude pilote (BC Children's & Women's Hospital et al., 2018; MacPhee et al., 2020).

L'intégration des besoins des patients dans l'outil RIW était basée sur l'hypothèse d'une durée moindre des activités infirmières par interaction pour les patients à faibles besoins

Figure 3

Exemple de catégorisation des besoins des patients à l'aide d'un outil de synergie adapté de l'initiative CTDI

BC Cancer Kelowna – Outil de collecte de données pour les NOUVEAUX PATIENTS [ID du projet n° _____] *enregistrer le numéro de projet sur le calendrier et la base de données de la clinique

	1 à 2 (Besoins élevés)	3 (Besoins modérés)	4 à 5 (Besoins faibles)
Stabilité	☐ Venant de l'hôpital ou d'une maison de soins palliatifs ☐ Signes vitaux instables ☐ Douleur non contrôlée ☐ Transfert envisagé aux urgences ☐ Émotionnellement instable, par exemple anxiété croissante, agitation, agression, risque de suicide. ☐ Valeurs critiques d'analyses ☐ Anorexie de grade 3/4 selon le NCI ☐ Fatigue de grade 3 selon le NCI	☐ Diminution de la mobilité/risque de chutes ☐ Problèmes de dyspnée/respiration ☐ Douleur due au cancer contrôlée ☐ Traitement multiple (traditionnel ou complémentaire) ☐ Aggravation des valeurs d'analyses (ex. augmentation de Ca, diminution d'O ₂) ☐ Antécédents ou présentation d'anxiété et/ou de dépression ☐ Anorexie de grade 2 selon le NCI ☐ Fatigue de grade 2 selon le NCI ☐ ECOG 2	☐ Asymptomatique ☐ Aucune douleur ☐ Pas de dyspnée ☐ Aucun signe d'autres symptômes fréquents (c'est-à-dire fatigue, nausée, anorexie, dépression/anxiété) ☐ Semble faire face ☐ Signes vitaux normaux ☐ ECOG 0 à 1
Complexité	☐ Multiples comorbidités ☐ Troubles de la mémoire/perde de mémoire ☐ Atteinte sensorielle importante telle qu'une aphasie ☐ Consommation active de drogues ☐ Troubles psychiatriques/de la santé mentale non contrôlés ☐ Immunodéprimé ☐ Présente des signes/symptômes d'urgence oncologique ☐ Attentes divergentes quant au plan de traitement ☐ Système de soutien limité ou non (ex. personne isolée ou dans une relation abusive)	☐ 1 à 2 comorbidités sous-jacentes ☐ Légers troubles de la mémoire ☐ Diagnostic psychiatrique ☐ Absence de soutien familial/amical ☐ Présente une plaie ou un saignement ☐ Attentes imprécises quant au plan de traitement ☐ Dynamique familiale complexe (conflits, éloignement)	☐ Aucune comorbidité ☐ Aucun trouble de la mémoire ☐ Attentes claires quant au plan de traitement ☐ Relations de soutien au sein de la famille, des amis, de la communauté

par rapport aux patients à besoins modérés ou élevés. En accord avec cette hypothèse, des ajustements de 85 % pour les patients à besoins faibles et de 15 % pour les patients à besoins modérés ont été appliqués à la durée totale fixée (voir figure 2, ligne H) pour les types de rendez-vous de suivi et avec de nouveaux patients (figure 2, ligne I). L'utilisation des données de l'initiative CTDI comme variable de calcul représentait un écart pertinent par rapport à la méthodologie d'ACO initiale qui ne comportait aucun ajustement de la durée en fonction des besoins des patients.

Après avoir affiné les allocations de temps d'après les données de l'initiative CTDI (BC Children's & Women's Hospital et al., 2018; MacPhee et al., 2020), il a été décidé de réduire encore de 50 % les durées réservées aux patients à faibles besoins afin de prendre en compte les ressources supplémentaires nécessaires aux infirmières qui doivent entreprendre de multiples tâches chez plusieurs patients. La décision d'appliquer un ajusteur multitâche concordait avec la méthodologie d'ACO initiale dans laquelle un ajusteur multitâche de 33 % était utilisé pour prendre en compte l'impact des tâches multiples sur l'attribution des ressources en soins infirmiers (Green et al., 2012). Dans notre projet, nous avons ajouté 17 % supplémentaires à l'ajusteur multitâche de base de 33 % d'ACO (Green et al., 2012) pour prendre en compte la chute estimée de productivité clinique prévue en raison de la mise en œuvre imminente d'un nouveau dossier de santé électronique (DSE) (Cheriff et al., 2010; CST Project, 2020). L'inclusion d'une variable d'ajustement pour prendre en compte la mise en œuvre du DSE (c'est-à-dire le remplacement de dossiers sur papier dans l'environnement de soins des unités de soins ambulatoires) était une exigence organisationnelle favorisant une planification plus précise des ressources humaines.

Aucun ajustement supplémentaire n'a été réalisé pour la durée des patients à besoins modérés étant donné le volume plus faible des patients de cette catégorie et le fait que la valeur de 50 % proposée par l'ajusteur multitâche aurait entraîné un dépassement de la durée totale fixée initialement.

RÉSULTATS DU PROJET

Après avoir peaufiné les calculs de temps, l'outil a permis de réaliser une projection des besoins actuels en ETP pour les activités infirmières dans les unités de soins ambulatoires de BC Cancer – Kelowna. La projection d'ETP résultante créée à l'aide du nouvel outil était 0,25 fois plus élevée que le nombre actuel d'ETP dans la clinique d'unité de soins ambulatoires. Cette différence peut s'expliquer par l'inclusion d'un ajusteur multitâche de 17 % pour compenser la diminution de la productivité due à la mise en œuvre du DSE. Du personnel supplémentaire sera nécessaire pour faciliter la mise en place du nouveau DSE dans l'espace clinique (Cheriff et al., 2010; CST Project, 2020).

Les résultats des tests de validation ont été communiqués à l'ensemble des infirmières permanentes de première ligne des unités de soins ambulatoires au cours d'une série de réunions et de rassemblements cliniques afin d'obtenir des commentaires supplémentaires et des avis sur la précision globale de l'outil avant d'approuver son utilisation à l'échelle du centre. Le personnel infirmier a trouvé que l'outil final intégrait bien les besoins des patients et la perception des infirmières concernant la durée clinique nécessaire pour assurer les soins. D'après leurs commentaires, comme la charge de travail existante correspond à l'allocation actuelle d'ETP dans la clinique, la correspondance étroite entre les ETP prévus validait le nouvel outil RIW dans le contexte des unités de soins

ambulatoires. De ce fait, l'outil RIW pour les unités de soins ambulatoires (figure 2) a été officiellement adopté pour calculer les besoins en ETP du personnel infirmier à BC Cancer – Kelowna.

LIMITES

Quelques limites ont été remarquées : la portée du projet, le contexte de l'unité de soins ambulatoires, et la capacité à généraliser l'outil RIW pour les unités de soins ambulatoires en dehors de BC Cancer. En ce qui concerne la portée totale du projet, chacun des six centres de cancérologie régionaux de BC Cancer dispose d'une clinique d'unité de soins ambulatoires, avec ses propres modèles de soins et de ressources infirmières. Comme les résultats de ce projet reflètent les tâches des infirmières et leur intensité dans le contexte de Kelowna, il faudra valider l'outil auprès des autres sites de BC Cancer avant de procéder à une généralisation interne. Le contexte même de l'unité de soins ambulatoires était considéré comme une limite du projet, étant donné que plusieurs éléments figurant dans la charge de travail sont communs à des rôles exercés par les infirmières en dehors de la clinique d'unité de soins ambulatoires de BC Cancer – Kelowna. Ce chevauchement des rôles cliniques a également été remarqué dans le projet d'optimisation des rôles au sein des unités de soins ambulatoires qui a précédé ces travaux et a conduit à recommander l'élargissement de la méthodologie à d'autres domaines cliniques (Knox, 2020). De même, l'élaboration d'outils RIW pour faciliter la projection des ressources en personnel dans d'autres secteurs cliniques a été définie comme un domaine important pour les futures phases relatives aux travaux utilisant l'outil RIW.

IMPLICATIONS POUR L'ADMINISTRATION DES ACTIVITÉS INFIRMIÈRES

Considérant la correspondance étroite qui existe entre l'attribution actuelle des ressources en ETP dans les unités de soins ambulatoires et l'utilisation des compétences fondamentales des différents postes en phase avec les besoins des patients dans ces unités, l'utilisation du nouvel outil RIW pour

les unités de soins ambulatoires est recommandée afin de faciliter la planification opérationnelle et stratégique qui nécessite à présent des projections objectives des besoins en personnel infirmier dans ces unités. On recommande également la validation clinique de l'outil pour la clinique d'unité de soins ambulatoires dans d'autres centres régionaux de BC Cancer afin de pouvoir élargir l'adoption d'un outil normalisé de projection pour le personnel. Pour parvenir à une cohérence opérationnelle, il est recommandé d'utiliser l'approche employée dans ce projet pour développer des outils RIW pour les autres cliniques d'activité infirmières BC Cancer — Kelowna. Tant à l'échelon régional que provincial, les intervenants peuvent utiliser les résultats de ce projet dans leurs discussions de planification stratégique et opérationnelle qui visent à améliorer les services de santé prodigués aux patients.

CONCLUSION

La quantification des ressources en personnel nécessaires pour organiser le modèle actuel de soins en oncologie en contexte ambulatoire reste lacunaire dans de nombreux établissements de soins de la santé. L'outil RIW pour les unités de soins ambulatoires présenté ici sert à combler cette lacune et a déjà été adopté dans un site de BC Cancer. Le modèle de soins en oncologie ambulatoire a pu être amélioré en reconnaissant son rôle potentiel comme source d'informations pour les discussions sur la planification stratégique et opérationnelle. Des travaux plus poussés sont prévus pour valider l'utilisation de l'outil pour les unités de soins ambulatoires dans d'autres cliniques infirmières de BC Cancer — Kelowna. Le déploiement et l'adaptation de cette méthodologie à d'autres disciplines de santé sont également recommandés pour faire évoluer le modèle de soins en oncologie à la fois du point de vue des ressources et de la combinaison d'aptitudes. En utilisant cette nouvelle approche pour quantifier et harmoniser les besoins des patients et les rôles optimisés des infirmières en oncologie afin de fournir des informations pour l'attribution des ressources, les responsables des soins de la santé sont désormais capables d'élaborer des modèles de soins en ambulatoire mieux adaptés aux besoins des patients atteints de cancer.

RÉFÉRENCES

- BC Children's & Women's Hospital, BC Cancer, & UBC Nurse Researchers (2018). Care team design initiative. *BC Cancer Internal Document*, Version 2.
- BC Government (2019). Information privacy & security (FOIPPA). <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/governments/policies-for-government/bcea-policy-and-procedure-manual/foippa/information-privacy-and-security-foippa>
- Cheriff, A., Kapur, A., Qiu, M., & Cole, C. (2010). Physician productivity and the ambulatory HER in a large academic multi-specialty physician group. *International Journal of Medical Informatics*, 79(7), 492-500. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S138650561000095X>
- CST Project (2020). Training and support: Learning curve and productivity. <http://cstproject.ca/whats-changing/changes-physicians-and-other-providers/training-and-support>
- Green, E., Preyra, C., Stewart, J., McLennan, C., Bland, R., Dus, T., Langhorn, M., Beattie, K., Cheung, A., Hertz, S., Sechter, H., Burns, J., Anguys, H., & Sawka, C. (2012). Determining resource intensity weights in ambulatory chemotherapy related to nursing workload. *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 22(2), 114-120. <http://canadianoncologynursingjournal.com/index.php/conj/article/view/130>
- Knox, A. (2020). Ambulatory care unit role optimization for the specialized oncology nurse. *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue Canadienne De Soins Infirmiers En Oncologie*. 30(3), 159-168. <http://www.canadianoncologynursingjournal.com/index.php/conj/article/view/1068/925>
- MacPhee, M., Waller, D., Fitzgerald, B., Li, C., Havaei, F., Larmet, J., Budz, B., & Taverner, T. (2020). Nursing care delivery redesign: Using the right data to make the right decisions. *Nursing Leadership*, 33(2), 21-37. <http://dx.doi.org/10.12927/cjnl.2020.26240>