Dépistage de la détresse: l'intervention est une fonction essentielle des infirmières en oncologie

par Margaret I. Fitch, Doris Howell, Deborah McLeod et Esther Green

Abrégé

Le dépistage systématique de la détresse parmi les différents groupes de patients atteints de cancer est une pratique qui s'est progressivement répandue dans le monde ces derniers temps puisque la conceptualisation de la détresse veut que cette dernière soit le sixième signe vital. Dans l'ensemble du Canada, l'expérience que l'on possède du dépistage de la détresse grandit à mesure que les établissements de soins en oncologie mettent en œuvre des programmes de dépistage. Les premiers enseignements tirés de ces efforts soulignent la nécessité d'une approche programmatique et l'importance des infirmières en oncologie sur le plan du dépistage et de la prestation des interventions initiales visant à combattre la détresse.

Jusqu'à présent, peu d'écrits reflètent la perspective infirmière sur le rôle des soins infirmiers en oncologie au sein d'un programme de dépistage de la détresse et sur la façon d'aborder les préoccupations des patients. Cet article décrit les idées actuelles en matière de détresse; explore la manière dont le dépistage de la détresse et les interventions pour la combattre font partie intégrante de la pratique infirmière en oncologie; partage les expériences et apprentissages initiaux d'infirmières en oncologie relativement à la mise en œuvre d'initiatives de dépistage de la détresse.

Au sujet des auteures

Margaret I. Fitch, inf., Ph.D., Chef, Soins infirmiers en oncologie, co-directrice, Soutien au patient et à la famille, Centre de cancérologie Odette au Sunnybrook, 2075 Bayview Avenue, T-wing, Toronto, ON M4N 3M5. Téléphone: 416-480-5891; Téléc.: 416-480-7806; Courriel: marg.fitch@sunnybrook.ca

Doris Howell, inf., Ph.D., Chaire RBC, Recherche en soins infirmiers en oncologie, Réseau universitaire de santé (Hôpital Princess Margaret), professeure adjointe, Faculté de sciences infirmières Lawrence S. Bloomberg, Université de Toronto, chercheuse auxiliaire, Action Cancer Ontario, 610 University Avenue, Room 15-617, Toronto, ON M5G 2M9. Téléphone: 416-946-4501 ext. 3419; Téléc.: 416-946-4585; Courriel: doris.howell@uhn.on.ca

Deborah McLeod, inf., Ph.D., Chercheuse clinicienne, Équipe d'oncologie psychosociale (NSCC), Centre des sciences de la santé Reine-Elizabeth II, Professeure adjointe, École des sciences infirmières, Université Dalhousie, Victoria 11-006, 1278 Tower Road, Halifax, N.-É. B3H 2Y9. Téléphone: 902-473-2964; Téléc.: 902-473-2965; Courriel: DeborahL.McLeod@cdha.nshealth.ca

Esther Green, inf., B.Sc.inf., M.Sc.(Ens.), Directrice provinciale, Soins infirmiers et oncologie psychosociale, Responsable de clinique, Vécu du patient, Coresponsable de clinique, Gestion des symptômes du cancer, Action Cancer Ontario, 620 University Avenue, Toronto, ON M5G 2L9. Téléphone: 416-217-1278; Téléc.: 416-217-1281; Courriel: esther.green@cancercare.on.ca

Introduction

Le dépistage systématique de la détresse parmi les différents groupes de patients atteints de cancer est une pratique qui s'est progressivement répandue dans le monde ces derniers temps puisque la conceptualisation de la détresse veut que cette dernière soit le sixième signe vital (Bultz & Carlson, 2006). En donnant récemment son aval à l'idée que la détresse représente le sixième signe vital, l'Union internationale contre le cancer (UICC) a favorisé la reconnaissance universelle de l'importance de la surveillance de la détresse (UICC, 2010). Agrément Canada a également incorporé une attente relative au dépistage systématique de la détresse sous la forme d'une norme de soins au sein de son programme Qmentum «Services de traitement du cancer et oncologie» (<http://www.accreditation.ca/programmes-d-accréditation/qmentum/>).

Dans l'ensemble du Canada, l'expérience en matière de dépistage de la détresse grandit à mesure que les établissements de lutte anticancéreuse planifient et mettent en œuvre des programmes de dépistage. Les premiers enseignements tirés de ces efforts soulignent la nécessité d'une approche programmatique et l'importance des infirmières en oncologie sur le plan du dépistage et de la prestation des interventions initiales visant à combattre la détresse. Le signalement, par le patient, des symptômes causant la détresse constitue l'étalon or en la matière, et un effort délibéré en vue de comprendre la perspective des patients et d'agir en conséquence sont la marque des soins axés sur le patient (Stewart, 2001). Cependant, il n'est guère utile de demander aux patients de remplir un outil ou instrument de dépistage si les prestataires de soins ne prennent aucune mesure de suivi en fonction des scores de dépistage (Coyne, Thompson, Palmer, Kagee & Maunsell, 2000; Howell, Currie, Mayo, Jones, Boyle, Hack et al., 2009).

Jusqu'à présent, très peu d'écrits reflètent la perspective infirmière sur le dépistage de la détresse et sur la mise en œuvre d'une approche programmatique relative au dépistage en milieu clinique. Il existe encore, chez les infirmières, une certaine confusion quant à la place qu'occupe, dans leur pratique, le dépistage de la détresse au moyen d'un outil normalisé et quant à ce qui le différencie de leurs pratiques habituelles en matière d'évaluation de la détresse. Un apprentissage considérable est nécessaire si l'on veut cerner la meilleure façon d'intégrer le dépistage normalisé de la détresse dans la pratique quotidienne et la façon dont le dépistage améliore la qualité des soins.

Cet article a plusieurs objectifs: (1) décrire les idées actuelles en matière de détresse; (2) effectuer une exploration conceptuelle de la manière dont le dépistage de la détresse et les interventions pour la combattre fait partie intégrante de la pratique infirmière en oncologie; et enfin, (3) partager les expériences et apprentissages initiaux d'infirmières en oncologie dans le cadre d'initiatives de dépistage de la détresse. Cette information aidera les infirmières en oncologie à comprendre l'utilisation appropriée d'un outil de dépistage systématique pour le mieux-être des patients et pour rehausser les soins axés sur la personne dans leur propre pratique. Le partage des enseignements initiaux tirés de l'implantation d'initiatives de dépistage de la détresse en milieu clinique aidera les autres intervenants souhaitant démarrer un tel programme à surmonter les obstacles ou les défis qui pourraient alors survenir.

Qu'est-ce que la détresse?

Le cancer et son traitement n'ont pas seulement une incidence physique, mais encore des répercussions émotionnelles, psychosociales, spirituelles et pratiques (Fitch, 2008). Celles-ci peuvent survenir à n'importe quel moment de l'expérience de la maladie tandis

que les patients sont confrontés à la réalité de leur situation et essaient de trouver divers moyens de s'adapter à ce qui leur arrive à eux et à leur famille. La détresse est une réaction courante tout au long de l'épreuve du cancer à la fois chez les patients et chez leurs proches.

La détresse a été conceptualisée comme étant une expérience désagréable de nature émotionnelle, psychologique, sociale ou spirituelle qui nuit à la capacité à faire face au cancer (NCCN, 2010). Elle «s'étend sur un continuum, qui va des sentiments normaux et habituels de vulnérabilité, de tristesse, de peurs, jusqu'aux problèmes aigus de dépression, d'anxiété, de panique, d'isolement, de crise spirituelle» (NCCN, p. 5, traduction libre). Le fait de savoir identifier cette détresse et intervenir est un aspect essentiel des soins en oncologie de qualité (Carlson & Bultz, 2003; Jacobsen, 2009; Jacobsen, Shibata, Siegel, Lee, Alemany, Brown et al., 2009).

La détresse est un phénomène dynamique dont l'ampleur augmente ou diminue au fil du temps et au fur et à mesure des événements. Elle pourra ainsi être particulièrement élevée chez les patients atteints de cancer à des points de transition; ces derniers comprennent notamment le diagnostic initial, le début du traitement, la fin du traitement, le moment où il y a récurrence et durant les derniers jours de vie (Howell et al., 2009). La proportion des patients qui éprouvent des niveaux de détresse importants se situe entre 35 et 45% (Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker & Piantadosi, 2001). Au Canada, les programmes de dépistage des centres régionaux de cancérologie (Carlson, Angen, Cullum et al., 2004) ont rapporté de semblables taux élevés de détresse. Ces niveaux varient selon le siège de la maladie et selon le stade du cancer mais ne sont pas uniquement reliés à des facteurs pathologiques. Bien que l'épreuve de la maladie comporte de nombreux éléments communs, il n'y a pas deux individus qui y réagissent exactement de la même manière. Les soutiens sociaux, les antécédents médicaux, les styles d'adaptation et diverses autres variables personnelles provoquent tous des variations sur le plan de la détresse (Weisman, 1976; Folkman & Greer, 2000). Les proches des patients sont également touchés par la maladie atteignant leurs êtres chers et ils éprouvent souvent de la détresse émotionnelle et sont confrontés à des changements en matière de rôles et de relations, des pressions financières, le fardeau de l'aidant naturel, la crainte de perdre un être cher et le deuil (Grunfeld, Coyle, Whelan, Clinch, Reyno, Earle et al., 2004; Longo, Fitch, Deber & Williams, 2006).

Il existe d'excellentes raisons pour lesquelles les infirmières devraient être à l'affût des signes de détresse. En effet, une détresse élevée est associée à une mauvaise qualité de vie dans de multiples domaines (Sanson-Fisher, Girgis, Boyes, Bonevski, Burton, Cook et al., 2000; Skarstein, Aass, Fossa, Skovlund & Dahl, 2000; Wen & Gustafson, 2004). Elle est également reliée à une faible assiduité aux régimes de traitement (Kennard, Smith, Olvera et al., 2004), à une moindre satisfaction vis-à-vis des soins (Von Essen, Larsson, Oberg & Sjoden, 2002) et enfin, à la non-satisfaction de besoins des patients (Fisch, 2004; Newell, Sanson-Fisher & Savolainen, 2002). Elle entraîne également des visites additionnelles aux cabinets des médecins, aux hôpitaux et aux urgences, ce qui se traduit éventuellement par une hausse des coûts associés aux soins de cancérologie (Carlson & Bultz, 2004; Carlson et al., 2004). En outre, les données de recherche sont toujours plus nombreuses à signaler un lien entre la détresse et une moindre qualité de vie, d'une part, et de mauvais résultats relativement à la survie, d'autre part (Brown, Levy, Rosberger & Edgar, 2003; Groenvold, Petersen, Idler, Bjorner, Fayers & Mouridsen, 2007).

Intervenir face à la détresse : état de la situation

D'une côte à l'autre du Canada, les patients atteints de cancer participant à diverses études ont indiqué qu'un certain nombre de leurs

besoins demeurent insatisfaits et qu'ils sont peu satisfaits des soins de cancérologie, particulièrement en ce qui a trait au soutien émotionnel. Quoique les répondants décernent de hautes cotes (95-98%) à leur expérience globale en matière de soins, le soutien émotionnel est un point faible qui continue de recevoir des cotes de satisfaction substantiellement plus basses que celles d'autres dimensions, avec des étendues se situant entre 48 et 56% (Canadian Partnership Against Cancer, 2010). Une multitude de rapports ont été rédigés en vue de cerner les points de vue des patients sur les lacunes existant au sein du système de lutte contre le cancer et sur les améliorations qui pourraient lui être apportées (IOM, 2008; Vachon, 2006; Vachon, 1998). Les patients et leurs proches ont décrit les caractéristiques qui, selon eux, sont importantes au niveau du type de soins dont ils souhaitent faire l'expérience. Ces caractéristiques comprennent entre autres le respect des préférences du patient, le confort physique, l'information, l'éducation et la communication, la coordination et la continuité des soins et enfin, la facilité d'accès aux services (Gerteis, Edgman-Levitan, Daley & Delbanco, 1993).

Malgré les résultats de recherche indiquant que les patients atteints de cancer ont des besoins insatisfaits et éprouvent de la détresse, il arrive souvent que cette détresse ne soit ni identifiée ni signalée de manière systématique dans la pratique clinique quotidienne (IOM, 2008; Vachon, 2006; Plummer, Gourney, Goldberg et al., 2000; Merckaert, Libert, Delvaux et al., 2005). Plusieurs facteurs exercent une influence sur les infirmières relativement à l'identification et à l'évaluation de la détresse et aux interventions mises en œuvre par la suite. Beaucoup de médecins et d'infirmières estiment qu'ils évaluent plutôt bien la détresse et qu'une approche standardisée n'est pas nécessaire. Pourtant, des études indiquent que les oncologues et les infirmières ne réussissent pas toujours à identifier les patients éprouvant une détresse importante (Fallowfield, Ratcliffe, Jenkins & Saul, 2001; Mitchell & Kakkadasam, 2010; Mitchell, Hussain, Grainger & Symonds, 2010). Les infirmières font état des inquiétudes qu'elles ont à propos des contraintes temporelles qui les empêchent de réaliser des évaluations holistiques plus complètes ou disent ne pas se sentir prêtes à gérer les réactions émotionnelles des patients qui font alors surface (McLeod, Tapp, Moules & Campbell, 2010; Botti, Endacott, Watts, Cairns, Lewis & Kenny, 2006). Il est probable que ces deux facteurs soient liés entre eux (McLeod et al., 2010). D'autres se soucient de la disponibilité des services vers lesquels les patients pourraient être aiguillés afin que soient abordées les questions et préoccupations d'ordre psychosocial ainsi dégagées. Dans une étude, lorsque les patients ou leurs proches *réclamaient* de l'aide dans ce domaine, ils rapportaient généralement avoir reçu une assistance très utile et satisfaisant le besoin et ce, bien que les infirmières n'effectuent pas d'évaluation normalisée de la détresse psychosociale (McLeod & Morck, 2011).

Quoique les patients reçoivent de l'aide lorsqu'ils la réclament, il y a plusieurs raisons pour lesquelles ils ne veulent ni révéler qu'ils souffrent de détresse ni accepter l'aide qui leur est offerte à cet effet. Une certaine stigmatisation entoure les termes «émotionnel», «psychologique» et «psychiatrique», et aucun patient ne veut qu'ils soient employés à son sujet (Barney et al., 2009; Holland, Kelly & Weinberger, 2010). Les patients et les proches se soucient qu'on voie en eux des êtres faibles et incapables de se prendre en charge. De plus, les patients croient que les médecins et les infirmières sont trop pris par les problèmes associés au traitement de leurs autres patients et qu'ils ne s'intéressent pas aux questions émotionnelles ou pratiques (McLeod et al., 2010; Steele & Fitch, 2008). Il se peut également que les patients s'inquiètent de l'arrêt possible de leur traitement s'ils signalent éprouver de la détresse associée à des effets secondaires non maîtrisés ou que cela pourrait empêcher leur équipe soignante de concentrer son attention sur le traitement. D'autres chercheurs ont découvert qu'il existe une grande variation dans la capacité des patients à rapporter volontairement de l'information sur eux-mêmes et dans la capacité des soignants à obtenir des renseignements de leurs patients (IOM, 2008; Richardson, Medina, Brown & Sitzia, 2007). Il semble évident que les besoins en matière de soins psychosociaux et de soins de soutien resteront insatisfaits à moins que des

processus d'évaluation systématiques permettant de dégager les problèmes et besoins particuliers des patients ne fassent partie intégrante de la pratique clinique courante (Holland, Kelly & Weinberger, 2010; Mitchell et al., 2010). Pourtant, même lorsque la détresse est identifiée, il existe plusieurs raisons pour lesquelles l'aide offerte est refusée.

Dans plusieurs études où jusqu'à la moitié des patients indiquaient qu'ils éprouvaient de la détresse à cause de besoins insatisfaits, ceux-ci indiquaient également qu'ils ne voulaient aucune aide à leur sujet au moment de la tenue de l'évaluation (Carlson et al., 2004; Fitch, sous presse; Steele & Fitch, 2008). Une récente étude qualitative explorait les perspectives des patients relativement à leur volonté de solliciter de l'aide (Steele & Fitch, 2008). Les raisons pour lesquelles les patients signalaient ne pas vouloir d'aide, à un moment particulier, relativement à des besoins insatisfaits, variaient grandement et incluaient notamment les suivantes: ils croyaient que le problème était un effet attendu du traitement anticancéreux et que rien ne pouvait être fait à son sujet (p. ex. la fatigue); ils ne savaient pas qu'un service particulier existait et qu'ils pouvaient s'en prévaloir (p. ex. clinique de sexualité); ils croyaient que l'équipe soignante en oncologie serait trop occupée pour les aider avec leur problème ou que ce dernier ne l'intéresserait pas (p. ex. la façon de faire part du diagnostic à ses enfants); ils estimaient qu'il y avait déjà suffisamment de choses auxquelles ils devaient s'adapter et qu'il leur était impossible de composer avec quoi que ce soit d'autre à ce moment-là.

De récents rapports produits par des organismes gouvernementaux ou de grands groupes de défense des intérêts des patients ont commencé à réclamer un recours accru aux soins axés sur la personne ou aux soins holistiques (Institute of Medicine, 2008; Gerteis et al., 1993). Les plans stratégiques nationaux et régionaux de lutte contre le cancer soulignent que l'inclusion des soins axés sur la personne est la marque de soins de cancérologie à la fois complets et de qualité, et mettent en évidence la nécessité de faire appel à des évaluations et soins holistiques. Beaucoup de ces plans stratégiques incorporent des objectifs liés à l'amélioration du vécu des patients et à l'allègement du fardeau de la souffrance et mettent l'accent sur la nécessité de tirer parti du corpus de connaissances existant pour mettre en œuvre les interventions appropriées. Il existe un ensemble de résultats de recherche à la fois solide et croissant concernant la communication; la fourniture d'information et de soutien; la gestion des besoins émotionnels, psychosociaux et spirituels et enfin, la douleur et d'autres symptômes (Hack, Degner & Parker, 2005; Lepore & Coyne, 2006; Patrick, Ferketich, Frame, Harris, Hendricks, Levin et al., 2003). En revanche, il est essentiel d'établir au préalable des stratégies concrètes et structurées, des approches clairement définies et une structure programmatique afin d'atteindre les résultats voulus.

Une réaction nationale : le dépistage de la détresse

Dans les milieux cliniques surchargés, une stratégie concrète recommandée en vue de progresser vers les soins axés sur la personne consiste à faire le dépistage de la détresse au moyen d'un outil normalisé (Holland, Kelly & Weinberger, 2010; NCCN, 2010; Howell et al., 2009). Le dépistage est une stratégie particulière qui aide à identifier les personnes souffrant d'une détresse élevée et ayant besoin d'une évaluation plus poussée et d'une intervention. Selon sa définition, le dépistage est une méthode rapide d'identification prospective des personnes éprouvant de la difficulté dans ce domaine. Il s'agit d'une méthode de triage ou d'identification rapide ainsi que d'un mécanisme permettant au patient de signaler ce qui représente à ses yeux une inquiétude ou un problème et ce, à un moment particulier de son cheminement. Cette indication d'une inquiétude représente le point de départ d'une relation thérapeutique axée la personne entre le prestataire de soins et le patient. Une communication efficace et l'établissement d'une relation thérapeutique (Hack, Degner & Parker, 2005) sont les éléments essentiels préalables à la réalisation d'une évaluation en

profondeur et à une intervention adéquate ou à la référence vers les services qui conviennent (Howell et al., 2009). L'utilisation d'un outil de dépistage normalisé assure l'uniformité de la saisie des données et est utile pour faire des comparaisons dans le temps. Il permet également aux patients de réaliser les domaines dont l'équipe soignante se préoccupe et qu'elle surveille au fil du temps.

Si l'on veut que les activités de dépistage réussissent, ce dernier ne peut être effectué sans intégration. La pratique du dépistage doit s'inscrire dans une approche programmatique—le dépistage étant suivi d'une évaluation appropriée au moyen d'un outil valide dans le but de comprendre les paramètres des problèmes particuliers identifiés et de l'intervention de suivi correspondant aux résultats de dépistage. L'établissement d'un programme de dépistage exige qu'on tienne compte de plusieurs éléments de programmation: la sélection d'un outil de dépistage fiable/valide; la distribution de cet outil aux patients; la collecte des questionnaires remplis; la cotation des résultats et la catégorisation des scores; et enfin, l'implantation de plans d'intervention locaux permettant de prendre des mesures précises en fonction des scores, y compris la référence des patients ayant des scores élevés ainsi qu'un suivi auprès des patients aiguillés vers d'autres services. Le dépistage doit s'inscrire dans une relation thérapeutique (Hack, Degner & Parker, 2005) où les professionnels peuvent lancer les interventions permettant d'aborder la détresse ou aiguiller les patients vers des intervenants et programmes spécialisés.

À l'heure actuelle, de considérables efforts sont entrepris au Canada en vue d'élaborer des guides et outils pour le dépistage de la détresse et d'aider le personnel clinique assurant l'implantation d'approches programmatiques [Screening Toolkit, Canadian Partnership Against Cancer (CPAC)]. Un ensemble de données minimal provenant de l'ESAS (Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton) (Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler & Macmillan, 1991) et de la Liste canadienne de vérification des problèmes [Canadian Problem Checklist] (dont l'usage est recommandé en vue de recueillir des données sur un large éventail de problèmes ou préoccupations physiques, psychosociaux et pratiques couramment associés au cancer (CPAC, 2009). Un cadre conceptuel a été mis au point afin d'orienter le processus d'évaluation et les mesures à prendre en fonction des scores de l'ESAS (Howell et al., 2009) (voir la figure 1). Des recommandations ont été faites pour indiquer que des scores de 1 à 3 aux divers éléments de l'ESAS représente une détresse légère, des scores de 4 à 6 une détresse modérée, et de 7 et plus, une détresse grave (Bruera et al., 1991; Cleeland et al., 1994). Il importe que le clinicien reconnaisse l'existence de scores représentant une détresse légère et qu'aucune intervention ne soit requise au-delà des soins habituels à condition que ces derniers soient de grande qualité et qu'ils incorporent une gestion adéquate des symptômes, un accès aisé à l'information pertinente, un soutien émotionnel de base et une communication efficace entre patients et prestataires de soins (Fitch, 2008). Les scores correspondant à une détresse modérée exigent une évaluation plus poussée afin de déterminer les facteurs qui sont liés à l'apparition et à la gravité, l'incidence qu'elle a sur la personne, quelles stratégies ont été efficaces sur le plan de la gestion du symptôme en cause jusqu'à présent ainsi que les vœux ou les buts

Figure 1. Cadre conceptuel orientant l'évaluation et les mesures à prendre en fonction des scores à l'ESAS

de la personne relativement à ce qu'il convient de faire au sujet du symptôme. Ensuite, des interventions sont offertes en vue d'empêcher toute escalade future et d'atténuer le symptôme. Les scores les plus élevés exigent, dans l'immédiat, une évaluation complète et ciblée et une intervention en vue d'atténuer le symptôme, de traiter le problème et d'alléger le fardeau imposé aux patients et à la famille (c.-à-d. au moment de la visite clinique, ou au téléphone ou par conférence de télésanté/visioconférence) (voir l'algorithme de cotation à la figure 2).

Rôle des infirmières en oncologie dans le dépistage de la détresse

L'Association canadienne des infirmières en oncologie a clairement articulé le rôle de l'infirmière spécialisée en oncologie et précisé les normes de soins (ce que les patients sont en droit de recevoir) et les compétences liées à la pratique (ce que les infirmières sont appelées à fournir dans leurs soins aux patients atteints de cancer et à leur famille) (www.cano.ca). Les responsabilités clés des infirmières spécialisées en oncologie comprennent gérer les symptômes, enseigner et encadrer, aider les patients et leurs proches à s'adapter aux répercussions de la maladie et du traitement. Ces responsabilités ne peuvent pas être assumées sans des évaluations judicieuses réalisées au moyen d'outils valides. De plus, les évaluations doivent avoir comme point de départ et comme fondement ce qui revêt de l'importance aux yeux du patient individuel et ce qui le préoccupe. Étant donné que la détresse est un résultat qui dépend du personnel infirmier (Howell, 2010), les infirmières en oncologie sont appelées à jouer un rôle de premier plan dans les mesures prises en fonction des scores de dépistage de la détresse et des facteurs multidimensionnels contribuant à cette dernière.

En dépistant la détresse à l'aide d'un outil normalisé tel que l'ESAS ou la Liste canadienne de vérification des problèmes, les infirmières acquièrent une compréhension initiale des niveaux de gravité des symptômes physiques et psychologiques et des principaux problèmes ou enjeux confrontant le patient. L'examen qu'effectue l'infirmière des scores obtenus à l'aide de l'outil de dépistage peut servir de mécanisme de triage et faciliter l'établissement des priorités en matière d'intervention. Le dépistage systématique aide à orienter la conversation entre le patient et l'infirmière vers les sources de la détresse

Figure 2. Algorithme de cotation des mesures à prendre en vertu des cotes de détresse

éprouvée par le patient. En amorçant la conversation dans le but de déterminer ce qui se trouve à la source de la cote de détresse, l'infirmière peut cibler son évaluation des besoins et intervenir de manière adéquate à l'encontre de la détresse. Les interventions déclenchées par les infirmières en oncologie incluent entre autres l'établissement de relations thérapeutiques, la prestation d'un enseignement et de conseils d'encouragement et l'aiguillage vers les services professionnels et communautaires qui conviennent (Corner, 1996; Arnold, 1999).

La réponse à la détresse occupait une place prépondérante dans les taxonomies de la pratique et des interventions infirmières (McCloskey & Bulechek, 1996) et l'on sait que la détresse est sensible aux interventions infirmières (Given & Sherwood, 2005; Fulcher, Badger, Gunter & Marrs, 2008). Répondre à la détresse est perçu comme faisant partie intégrante de la pratique infirmière dans le cadre d'une approche de soins axée sur la personne (MacCormack & McCance, 2006) et d'une communication interpersonnelle avec les patients composant avec les stressors liés à la maladie (Arnold, 1997). Les infirmières jouent un rôle fondamental dans le soulagement efficace de la douleur et d'autres symptômes (McCaffery & Pasero, 1999). L'efficacité des interventions des infirmières — de l'éducation au patient aux interventions psychopédagogiques en passant par la relaxation et les interventions non pharmacologiques — a été démontrée (Howell, 2010). L'évaluation basée sur les résultats est recommandée dans le cadre de la pratique exemplaire des soins infirmiers (Kleinpell, 2001); de plus, l'utilisation d'instruments normalisés d'auto-évaluation au sein des programmes de dépistage fournit des données qui aident les infirmières à suivre de près les changements touchant, au fil du temps, la réponse du patient au cancer et à son traitement et à vérifier l'efficacité des interventions. Cependant, les infirmières s'inquiètent de ne pas se sentir valorisées à titre de contributrices à la prestation des soins psychosociaux visant à réduire la détresse (Botti et al., 2006) et expriment diverses autres inquiétudes à mesure que se répand le dépistage de la détresse à l'échelle du Canada.

Les infirmières ont rapporté de manière anecdotique qu'elles hésitent à faire du dépistage auprès des patients quand elles ne disposent pas des ressources qui les aideraient à prendre des décisions quant à l'évaluation approfondie et aux interventions. Il est essentiel de fournir des cheminements cliniques conçus localement pour les mesures de suivi et des attentes claires en matière d'utilisation des données probantes dans la prise de décisions cliniques liées à la sélection des interventions. À l'heure actuelle, les agences provinciales du cancer et le Groupe d'action pour l'expérience globale du cancer du Partenariat canadien contre le cancer ouvrent la voie en produisant des guides de pratique clinique et de brefs algorithmes afin d'orienter la pratique quant aux scores obtenus à l'échelle ESAS des symptômes physiques et psychologiques. Les guides récemment achevés portent notamment sur les domaines suivants : dépression et anxiété, fatigue, troubles du sommeil (Howell, 2010), douleur, dyspnée et enfin, nausée et vomissements chez les patients en soins palliatifs (Action Cancer Ontario, 2011) (voir la figure 3 par exemple). Des guides additionnels en sont aux étapes de la planification, et des initiatives provinciales et nationales ont été lancées afin d'incorporer ces guides à la pratique. Par exemple, Action Cancer Ontario a mis au point des applications pour appareils de poche (iPhone apps; Windows Phone 7) afin de faciliter l'accès aux algorithmes peu importe où se trouvent l'infirmière et son patient, ce qui permet d'éviter la dépendance vis-à-vis des versions imprimées et la nécessité d'avoir accès à un ordinateur.

En fin de compte, il faut que les cheminements cliniques conçus localement soient organisés de manière à assurer la prestation de mesures particulières dans le contexte local. L'introduction d'une approche programmatique pour le dépistage exige qu'on désigne clairement quels intervenants répondront initialement aux scores et la manière dont l'évaluation et l'intervention seront prises en charge par les membres de disciplines particulières et ce, en fonction du champ d'exercice de chacune. Il est inutile que le dépistage ait lieu s'il ne s'accompagne pas d'un suivi et d'interventions basées sur les résultats ou les scores de dépistage. Ceci requiert une approche d'équipe

Août 2010

ALGORITHME :
La douleur chez les adultes atteints de cancer : dépistage et évaluation

Figure 3a: La douleur chez les adultes atteints de cancer: dépistage et évaluation

La présente est une traduction libre de l'algorithme "Pain in Adults with Cancer" de Cancer Care Ontario; prière de noter que cette version française n'a pas été validée en milieu clinique.

La douleur chez les adultes atteints de cancer : carte de soins

Figure 3b: La douleur chez les adultes atteints de cancer : carte de soins

La présente est une traduction libre de l'algorithme "Pain in Adults with Cancer" de Cancer Care Ontario; prière de noter que cette version française n'a pas été validée en milieu clinique.

interprofessionnelle en milieu clinique ainsi que des partenariats efficaces avec des organismes communautaires. Il arrive fréquemment que l'éventail complet des services ne soit pas offert dans un même établissement. Par contre, il est possible que cet éventail disponible à l'échelle régionale et que les patients et leur entourage puissent y accéder dans le cadre d'accords de partenariat (Fitch, 2008).

La figure 4 présente le processus générique que suit l'infirmière afin de répondre aux scores de dépistage obtenus grâce à un outil standardisé dans le contexte d'une situation clinique. Lorsque le patient a rempli l'instrument de dépistage (soit sa version papier soit sa version électronique au moyen d'un écran tactile), l'infirmière en utilise les résultats pour engager le dialogue et pour évaluer plus avant l'intensité du problème ou de l'inquiétude, son impact et sa signification pour le patient. Cette conversation initiale permet d'effectuer un bref examen des réponses que le patient a fournies dans l'outil de dépistage et des raisons pour lesquelles ce dernier a utilisé des cotes particulières. En fonction de l'information élucidée dans le cadre de cette interaction, l'infirmière doit décider s'il est nécessaire d'approfondir l'exploration des inquiétudes et de réaliser une évaluation ciblée. Une fois que l'infirmière en sait davantage sur la situation du patient, elle détermine le plan d'action ou d'intervention nécessaire. L'infirmière intervient en faisant appel aux approches non pharmacologiques correspondant à l'étendue du rôle d'infirmière spécialisée en oncologie ou consulte d'autres membres de l'équipe soignante et intervient alors dans le cadre d'une approche coopérative (par exemple, en préconisant des interventions pharmacologiques telles que l'emploi d'analgésiques). L'infirmière peut également aiguiller le patient vers un autre membre de l'équipe interprofessionnelle à des fins d'évaluation et d'intervention.

Quels sont les défis et obstacles entourant l'instauration d'un outil de dépistage normalisé?

Jusqu'à présent, peu d'écrits ont porté sur l'implantation de programmes de dépistage de la détresse depuis une perspective infirmière ou sur les défis qui pouvaient être rencontrés. Vodermaier et Linden (2008) indiquaient que 36,5% des 146 répondants de leur enquête nationale auprès des programmes de cancérologie canadiens utilisaient un outil normalisé pour le dépistage de la détresse dans leurs milieux de pratique. Les défis signalés relativement aux difficultés d'implantation d'un outil normalisé comprenaient entre autres les contraintes de temps liées au remplissage et à la cotation de l'outil de dépistage (n=11), les difficultés associées à l'application uniforme du dépistage (n=9), l'acceptation par le personnel de santé (n=9) et les problèmes associés au suivi lors de l'obtention d'un résultat de dépistage positif (n=4). Ces travaux ne portaient pas exclusivement sur la perspective infirmière.

Lors de la préparation du présent article, les dirigeantes des soins infirmiers en oncologie qui participaient à l'implantation de programmes de dépistage de la détresse ont été consultées au sujet des principaux défis et avantages pour les infirmières en oncologie qu'elles avaient observés durant ce processus. Les perspectives mises de l'avant par ces dirigeantes relativement à l'implantation du dépistage de la détresse sont résumées dans le tableau 1.

Pour ce qui est des infirmières en oncologie, les grands défis concernaient la compréhension du dépistage et les croyances afférentes ainsi que l'interprétation actuelle du rôle des soins infirmiers en oncologie. Un premier défi de taille était la perception du dépistage en tant qu'ajout aux tâches quotidiennes plutôt que de voir en lui une aide en matière de triage et un élément essentiel de la pratique infirmière. Un deuxième défi de taille concernait l'interprétation du rôle des soins infirmiers en oncologie au sein de nombreux programmes de cancérologie. Les dirigeantes des soins infirmiers étaient d'avis que le rôle de l'infirmière en oncologie a subi une certaine érosion au cours de la dernière décennie à cause de divers facteurs liés à la charge de travail et d'ordre organisationnel. Cela entraîne de grandes

variations dans la pratique pour ce qui est de la participation des infirmières en oncologie à l'évaluation et aux interventions psychosociales. L'implantation du dépistage de la détresse est une opportunité de réaffirmer l'importance de cet aspect de la pratique. Toutefois, sa réussite exige que le personnel infirmier embrasse la détresse à titre de résultat qui dépend du personnel infirmier et qu'il accroisse son degré d'aise et de confiance envers son aptitude à dispenser des soins psychosociaux efficaces et à assurer une gestion des symptômes basée sur des données probantes.

Le tableau 1 présente également les avantages que les dirigeantes des soins infirmiers en oncologie ont observés lors de leur expérience d'implantation du dépistage de la détresse. Un avantage clé est la reconnaissance et la réaffirmation du rôle des infirmières à titre d'infirmières spécialisées en oncologie pouvant apporter des contributions significatives en matière de prise en charge des symptômes et de la détresse psychosociale. Les membres du personnel infirmier ont ainsi pu cibler leur pratique et rehausser leur aptitude à réaliser des évaluations et des interventions en matière de soins psychosociaux et de gestion des symptômes. Les dirigeantes des soins infirmiers constatent que les soins psychosociaux aux patients se sont améliorés et qu'ils se concentrent sur ce qui importe aux yeux des patients. Les conversations entre infirmières et patients englobent dorénavant des domaines qui ne faisaient pas partie, jadis, des domaines abordés dans ces conversations. Les perceptions des patients sur ce qui importe à leurs yeux constituent le point de départ du dialogue entretenu avec les patients.

Ces dirigeantes infirmières cernaient également les facteurs critiques de succès de l'implantation du dépistage de la détresse en tant qu'approche programmatique (voir le tableau 1). Un facteur critique de l'atteinte du résultat escompté est que les infirmières aient accès à la formation axée sur la pratique et au soutien clinique qui conviennent durant la phase d'implantation du dépistage de la détresse. La fourniture de la formation nécessaire est une stratégie primordiale en vue d'aider les infirmières à assimiler la réalisation efficace d'évaluations psychosociales et d'interventions en gestion des symptômes dans des milieux cliniques surchargés.

Satisfaire aux besoins des infirmières en matière de formation

Comme nous l'avons signalé ci-dessus, les infirmières doivent comprendre le processus du dépistage, savoir comment interpréter les résultats et lignes directrices permettant d'aborder les problèmes dégagés. Il importe également que les infirmières aient confiance dans leur capacité à implanter ces outils et lignes directrices de façon ordonnée et efficace dans le contexte de leur pratique quotidienne. Au sein du projet national de dépistage de la détresse, des équipes d'implantation locale abordent quelques-uns de ces besoins. En

Figure 4. Processus dépistage/évaluation/intervention pour les soins holistiques

outre, on a créé un programme de formation national qui fournit une formation approfondie afin d'appuyer les établissements mettant en œuvre des programmes de dépistage.

Le projet Inter-professional Psychosocial Oncology Distance Education (IPODE) [projet ÉDOPI—Éducation à distance en oncologie psychosociale interprofessionnelle] de l'Association canadienne d'oncologie psychosociale (ACOP) a élaboré un programme grâce à un financement en provenance du Partenariat canadien contre le cancer. Ce programme d'apprentissage autonome de 6 heures qui est offert gratuitement en ligne (www.ipode.ca/screening) s'intéresse à des sujets tels que la nécessité du dépistage, la manière de discuter des résultats du dépistage avec les patients et leur entourage et enfin, la façon de gérer les références. Il examine également les rela-

tions thérapeutiques, la communication et le counseling par encouragement. Le programme a été lancé en 2010 et jusqu'à présent, il a attiré plus de 400 participants, dont certains de pays étrangers. L'évaluation suggère que le programme accroît efficacement la confiance des infirmières en matière de dépistage, de prestation du counseling par encouragement et de la gestion de références complexes. En particulier, des enregistrements vidéos d'infirmières discutant de résultats de dépistage et prodiguant une intervention initiale à cet effet ont été jugés efficaces afin d'aider les infirmières à aborder les besoins des patients (McLeod & Morck, 2011). Bien que ces initiatives de formation soient utiles, des activités continues de soutien et de mentorat renforceraient l'apprentissage réalisé dans le cadre de tels programmes formels.

Tableau 1. Dépistage de la détresse: défis, avantages et facteurs critiques de succès de l'acceptation et de l'utilisation par le personnel, le tout dans l'optique des infirmières

Défis (craintes, inquiétudes et obstacles éventuels)	Facteurs critiques de succès pour l'intégration du dépistage de la détresse	Avantages du dépistage de la détresse lorsque les infirmières en oncologie l'appuient activement
<ul style="list-style-type: none"> la charge de travail augmentera si on y ajoute le dépistage le flux des visites cliniques sera retardé lorsque les cliniciens se mettront à gérer les questions liées au dépistage il n'y a pas assez de temps pour faire du dépistage et les patients ne rempliront pas de longs formulaires le dépistage ne fait partie ni du rôle ni de la responsabilité des infirmières le dépistage n'est qu'un ajout de plus aux tâches effectuées dans la journée et représente un questionnaire de plus à remplir les patients ne souhaitent pas qu'on les aide avec certains enjeux alors pourquoi se donner la peine d'en faire le dépistage le dépistage et la discussion des enjeux ne feront qu'empirer la détresse du patient de toute façon, du dépistage est déjà effectué relativement à ces enjeux et l'outil n'apportera rien de nouveau comment prendre en charge la détresse et les inquiétudes qui sont déagées; comment prendre en charge tous les enjeux qui feront surface il n'y aura aucun endroit ni service vers lesquels aiguiller les patient une fois que les problèmes auront été cernés les services existants seront débordés par le nombre de références qui devront être faites dès que le dépistage aura lieu la confusion entre dépistage et évaluation quel(s) outil(s) faudra-t-il employer—conviennent-ils à toutes les clientèles, à tous les milieux, à toutes les phases de l'épreuve du cancer? 	<ul style="list-style-type: none"> dirigeantes des soins infirmiers impliquées, efficaces et ayant une vision nette des soins infirmiers et des soins aux patients championnes cliniques au sein de la profession infirmière qui l'enseignent à leurs collègues et leur fournissent un appui infirmières de pratique avancée qui collaborent avec les infirmières et d'autres membres de l'équipe afin de favoriser l'évolution de la pratique dirigeantes chevronnées dont la vision embrasse les soins axés sur les patients outils et ressources informatisés afin de soutenir les patients et les infirmières gestionnaires qui soutiennent activement le personnel de première ligne pour qu'il s'implique dans la pratique infirmière participation du personnel à la planification des étapes du processus de dépistage et du plan d'implantation participation de l'équipe interprofessionnelle à l'élaboration des cheminements cliniques à mettre en œuvre articulation claire des rôles et responsabilités de chaque discipline pour les mesures de suivi au dépistage et ce, tel que prévu dans son champ de compétence un ensemble clairement articulé d'étapes du processus (en détail) concernant les politiques et procédures de dépistage mise à disposition du personnel de soutiens cliniques valables (outils, formation, mentors, etc.) système permettant de suivre l'évolution de l'implantation et d'en faire état infrastructure visant à en appuyer la viabilité efforts constants et durables en matière d'implantation et de maintien de l'élan 	<ul style="list-style-type: none"> le rôle de l'infirmière en soins psychosociaux et en gestion des symptômes a été réaffirmé, reconnu et bénéficie d'une visibilité accrue; les infirmières œuvrent en première ligne et montrent ce qu'elles peuvent contribuer aux soins aux patients; leurs activités sont ciblées et rationalisées les soins psychosociaux fournis aux patients ont été renforcés et élargis; des enjeux dorénavant cernés chez les patients ne l'étaient pas avant la mise en place du dépistage; les patients créent leurs récits sur l'impact du cancer et signalent ce qui est important à leurs yeux; les infirmières soutiennent les patients pour qu'ils expriment leurs préoccupations afin que celles-ci soient abordées (les soins deviennent bel et bien axés sur le patient) les patients rapportent que leur expérience de soins satisfait à leurs besoins; que les infirmières sont attentives à leurs symptômes et qu'elles leur apportent un confort physique et émotionnel de manière régulière puisqu'elles ciblent la conversation, ce qui simplifie l'interaction et peut gagner du temps; «on se retrouve plus tôt sur la bonne voie»; la plus grande utilité de l'outil est le ciblage des conversations le travail de l'équipe est davantage axé sur la cohésion et la collaboration; chaque discipline a une plus grande conscience des autres champs de compétence; amélioration de la communication parmi les membres de l'équipe; tous les membres de l'équipe parlent la même langue l'introduction du dépistage de la détresse favorise l'évaluation de la pratique et façonne cette dernière; il y a accroissement de la cohérence et de la continuité des soins infirmiers; le flux et la charge de travail sont en train de se modifier; les infirmières prennent davantage l'initiative en matière de soins psychosociaux et de gestion des symptômes la référence vers d'autres disciplines permet aux infirmières d'aborder des enjeux clés au sein de leur champ de compétence il est plus probable qu'il y ait documentation du problème le repérage et la surveillance des préoccupations individuelles des patients facilitent l'évaluation de l'incidence du dépistage et des interventions l'information sur nos patients organisée au sein d'une base de données est un puissant outil; cela permet d'analyser les tendances sur le plan des préoccupations des patients et d'utiliser les données pour appuyer la planification des programmes et l'affectation des ressources; on peut voir où il y a des lacunes dans les services il est plus facile de cerner les besoins en matière d'éducation; cela permet de mobiliser les ressources pour fournir l'éducation requise; le fait d'utiliser l'outil de dépistage nous aide à déterminer les besoins d'apprentissage et à établir les objectifs relatifs à l'évaluation de la performance

Conclusion

Les infirmières en oncologie jouent un rôle critique sur le plan de la prestation de soins de santé globaux de qualité en effectuant le dépistage de la détresse (le 6^e signe vital). À titre de soignants fournissant directement des soins psychosociaux et assurant la gestion des symptômes, les infirmières en oncologie peuvent utiliser régulièrement un outil de dépistage normalisé afin d'engager le dialogue avec le patient, de cibler leur évaluation et d'établir une approche d'intervention axée sur la personne et adaptée aux inquiétudes et sources de détresse dégagées. L'utilisation de l'outil leur permet d'identifier aisément les personnes qui pourraient tirer avantage d'une évaluation plus poussée et d'une intervention et les aide à établir les priorités en matière de soins et de mesures à prendre. Les infirmières jouent un rôle capital au niveau de l'identification précoce de la détresse et de la facilitation de l'accès aux soins de qualité et aux ressources nécessaires. Les premières leçons apprises par les dirigeantes des soins infirmiers en oncologie soulignent le devoir qu'elles ont a) d'articuler le rôle et les responsabilités du personnel infirmier sur le plan du dépistage en tant que manœuvre/étape de

triage et de démystifier le dépistage de la détresse auprès des soignants directs, et b) d'offrir un soutien fondamental à cet effet.

Tout compte fait, l'implantation du dépistage de la détresse et d'une réponse efficace à son encounter mobilisera les efforts de l'équipe interprofessionnelle lesquels souligneront avant tout la responsabilité de l'équipe d'oncologie chargée des soins directs œuvrant en collaboration avec d'autres spécialistes. Il faut veiller à ce que les processus d'implantation soient clairs et bien conçus et que le personnel soit activement impliqué dans la planification de l'implantation en partenariat avec les dirigeantes des soins infirmiers. Quand le dépistage de la détresse fait l'objet d'une conceptualisation et d'un soutien l'intégrant entièrement aux soins infirmiers en oncologie, il y a nécessairement évolution de la pratique et du flux de travail. Une telle évolution rehaussera la qualité des soins dispensés aux patients atteints de cancer si elle est abordée de façon stratégique et est adéquatement soutenue par le biais de la formation et de ressources telles que des guides de gestion des symptômes et le mentorat. La formation, les guides et le mentorat peuvent rehausser la satisfaction professionnelle des infirmières qui sont habiletés à exercer pleinement leurs compétences dans le cadre de leur pratique. ☒

Références

- Adler, N.E., & Page, A.E.K. (Eds.). (2008). *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs*. Institute of Medicine. Washington, DC: The National Academic Press.
- Arnold, E. (1999). Communication with clients in stressful situations. In E. Arnold & K.U. Boggs (Eds.), *Interpersonal relationships: Professional communication skills by nurses* (3rd ed.). Toronto, ON: W.B. Saunders Company Inc.
- Association canadienne des infirmières en oncologie/Canadian Association of Nurses in Oncology/ (CANO/ACIO). (1995). Normes en matière de soins infirmiers en oncologie. Toronto, ON: ACIO/CANO.
- Barney, L.J., Griffiths, K.M., Christensen, H., & Jorm, A.F. (2009). Exploring the nature of stigmatizing beliefs about depression and help-seeking: Implications for reducing stigma. *BMC Public Health*, 9, 61-69. doi:10.1186/1471-2458-9-61
- Botti, M., Endacott, R., Watts, R., Cairns J., Lewis, K., & Kenny, A. (2006). Barriers in providing psychosocial support for patients with cancer. *Cancer Nursing*, 29(4), 309-316.
- Brown, K.W., Levy, A.R., Rosberger, Z., & Edgar, L. (2003). Psychological distress and cancer survival: A follow-up 10 years after diagnosis. *Psychosomatic Medicine*, 65, 636-643. doi:10.1097/01.PSY.0000077503.96903.A6
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M.J., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A simple method of assessment of palliative patients. *Journal of Palliative Care*, 7, 6-9.
- Bultz, B., & Carlson, L. (2006). Emotional distress: The sixth vital sign-future directions in cancer care. *Psycho-Oncology*, 15, 93-95. doi:10.1002/pon.1022
- Canadian Partnership Against Cancer. (2009). *Cancer System Quality Index (2010)*. Toronto: Cancer Care Ontario.
- Cancer Care Ontario. (2011). *Symptom Management Guides*. Retrieved from <http://www.cancercare.on.ca/toolbox/symptools>
- Carlson L.E., & Bultz, B.D. (2004). Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: Making the case for economic analyses. *Psycho-Oncology*, 13, 837-849. doi:10.1002/pon.832
- Carlson L.E., Angen, M., Cullum J., et al. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer*, 90, 2297-2304. doi:10.1038/sj.bjc.6601887
- Carlson, L., & Bultz, B. (2003). Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. *Health Quality of Life Outcomes*, 1, 8. doi:10.1186/1477-7525-1-8
- Cleeland, C.S., Gonin, R., Hatfield, A.K., Edmonson, J.H., Blum, R.H., Stewart, J.A., & Panya, K.J. (1994). Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med*, 330, 592-596.
- Corner, J. (1996). *Beyond survival rates and side effects: Cancer nursing as therapy* (Robert Tiffany Address). 9th International Conference on Cancer Nursing. Brighton, UK.
- Coyne, J.C., Thompson, R., Palmer, S.C., Kagee, A., & Maunsell, E. (2000). Should we screen for depression? Caveats and potential pitfalls. *Applied & Preventive Psychology*, 9, 101-121. doi:10.1016/S0962-1849(00)80009-8
- Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V., & Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer*, 84, 1011-1015. doi:10.1054/bjoc.2001.1724
- Fisch, M. (2004). Treatment of depression in cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 32, 105-111. doi:10.1093/jncimonographs/lgh011
- Fitch, M.I. (Sous presse). Supportive care needs of patients with advanced disease undergoing radiotherapy for symptom control. *Canadian Oncology Nursing Journal*.
- Fitch, M.I. (2008). Supportive Care Framework: Theoretical Underpinnings. In M.I. Fitch, H.B. Porter & B.D. Page (Eds.), *Supportive Care Framework: A foundation for person-centred care*. Pembroke, ON: Pappin Communications.
- Folkman, S., & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9, 11-19.
- Fulcher, C.D., Badger, T., Gunter, A.K., & Marrs, J.A. (2008). Putting evidence into practice: Interventions for depression. *Clin J Oncol Nur*, 12(1), 131-140. doi:10.1188/08.CJON.131-140
- Gerteis M., Edgman-Levitan S., Daley J., & Delbanco, T.L. (1993). *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Given, B., & Sherwood, R.R. (2005). Nursing sensitive patient outcomes: A white paper. *Oncology Nursing Forum*, 32(4), 1538-1688. doi:10.1188/05.ONF.773-784
- Groenvold, M., Petersen, M.A., Idler, E., Bjorner, J.B., Fayers, P.M., & Mouridsen, H.T. (2007). Psychological distress and fatigue predicted recurrence and survival in primary breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat*, 105, 209-219. doi:10.1007/s10549-006-9447-x
- Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C.C., et al. (2004). Family caregiver burden: Results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 170, 1795-1801. doi:10.1503/cmaj.1031205

- Hack, T.F., Degner, L.F., & Parker, P.A. (2005). The communication goals and needs of cancer patients: A review. *Psycho-Oncology*, 14(10), 831-845. doi:10.1002/pon.94
- Holland, J.C., Kelly, B.J., & Weinberger, M.I. (2010). Why psychosocial care is difficult to integrate into routine cancer care: Stigma is the elephant in the room. *J Natl Compr Canc Netw*, 8(4), 362-366.
- Howell, D. (2010). Psychological distress as a nurse sensitive outcome. In D. Doran (Ed.), *Nurse Outcomes: State of the Science* (pp. 285-358). Mississauga, ON: Jones & Bartlett Publishers Inc.
- Howell, D., Currie, S., Mayo, S., Jones, G., Boyle, M., Hack, T., Green, E., Hoffman, L., Simpson, J., Collacutt, V., McLeod, D. & Digout, C. (2009, mai). Guide pancanadien de pratique clinique: évaluation des besoins en soins psychosociaux du patient adulte atteint de cancer, Toronto, Partenariat canadien contre le cancer (groupe d'action pour l'expérience globale du cancer) et Association canadienne d'oncologie psychosociale.
- Institute of Medicine (IOM). (2008). *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs*. Nancy E. Adler and Ann E.K. Page, Eds. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jacobsen, P.B. (2009). Promoting evidence-based psychosocial care for cancer patients. *Psycho-Oncology*, 18(1), 6-13. doi:10.1002/pon.1468
- Jacobsen, P.B., Shibata, D., Siegel, E.M., Lee, J., Alemany, C.A., Brown, R., et al. (2009). Initial evaluation of quality indicators for psychosocial care of adults with cancer. *Cancer Control*, 16(4), 328-334.
- Kennard B.D., Smith S.M., Olvera, R., et al. (2004). Nonadherence in adolescent oncology patients: Preliminary data on psychological risk factors and relationships to outcome. *J Clin Psych Medical Settings*, 11, 30-39. doi:10.1023/B:JOCS.0000016267.21912.74
- Kleinpell, R.M. (2001). *Outcome assessment in advanced practice nursing*. New York, NY: Springer Publishing Company Inc.
- Lepore, S.L., & Coyne, J.C. (2006). Psychological interventions for distress in cancer patients: A review of reviews. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(2), 85-92. doi:10.1207/s15324796abm3202_2
- Longo, C.J., Fitch, M., Deber, R.B., & Williams, A.P. (2006). Financial and family burden associated with cancer treatment in Ontario, Canada. *Supportive Care in Cancer*, 14, 1077-1085. doi:10.1007/s00520-006-0088-8
- McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical Manual* (2nd ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- McCloskey, J., & Bulechek, G. (1996). *NIC: Nursing Intervention Classification System*. St. Louis, MO: Mosby.
- McCormack, B., & McCance, T.V. (2006). Development of a framework for person-centered nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- McLeod, D.L., Tapp, D.M., Moules, N.J., & Campbell, M.E. (2010). Knowing the family: Interpretations of family nursing in oncology and palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 93-100.
- McLeod, D., & Morck, A. (2011). Screening for Distress, the 6th Vital Sign: Outcomes of a web-based education resources to support a national screening for distress program. *Paper presented at the Canadian Association of Psychosocial Oncology*, May 5, 2011, Toronto, Ontario.
- Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., Marchal, S., Boniver, J., Etienne, A.M., Klastersky, J., ... Razavi, D. (2005). Factors that influence physicians' detection of distress in patients with cancer: Can a communication skills training program improve physicians' detection? *Cancer*, 104(2), 411-421.
- Mitchell, A.J., & Kakkadasam, V. (2010). Ability of nurses to identify depression in primary care, secondary care and nursing homes: A meta-analysis of routine clinical accuracy. *International Journal of Nursing Studies*, 48(3), 359-368. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.05.012
- Mitchell, A.J., Hussain, N., Grainger, L., & Symonds, P. (2010). Identification of patient-reported distress by clinical nurse specialists in routine oncology practice: A multicentre UK study. *Psycho-Oncology*, 20(10), 1076-1083. doi: 10.1002/pon.1815
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2010). *Distress Management*. Retrieved from http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2004). *Improving supportive and palliative care for adults with cancer: Executive Summary*. London, England.
- Newell, S.A., Sanson-Fisher, R.W., Savolainen, N.J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst*, 94, 558-584. doi:10.1093/jnci/94.8.558
- Patrick, D.L., Ferketich, S.L., Frame, P.S., Harris, J.J., Hendricks C.B., Levin, B., et al. (2003). National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: Symptom Management in Cancer—Pain, Depression and Fatigue, July 15-17, 2002. *J Natl Cancer Inst*, 95(15), 1110-1117. doi:10.1093/jnci/djg014
- Plummer, S.E., Gourney, K., Goldberg, D., Ritter, S.A., Mann, A.H., & Blizard, R. (2000). Detection of psychosocial distress of practice nurses in general practice. *Psychology Med*, 15, 863-872.
- Programme Qmentum, Services de traitement du cancer et oncologie. (2010). Agrément Canada : Ottawa. <http://www.accreditation.ca/fr/content.aspx?pageid=50&langType=3084> (voir « Les normes » à gauche)
- Richardson, A., Medina, J., Brown, V., & Sitzia, J. (2007). Patients' needs assessments in cancer care: A review of assessment tools. *Supportive Care in Cancer*, 15(10), 1125-1144. doi:10.1007/s00520-006-0205-8
- Sanson-Fisher, R.W., Girgis, A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L., Cook, P., et al. (the Supportive Care Review Group). (2000). The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer*, 88, 226-237.
- Skarstein, J., Aass, N., Fossa, S.D., Skovlund, E., & Dahl, A.A. (2000). Anxiety and depression in cancer patients: Relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *J Psychosom Res*, 49, 27-34.
- Steele, R., & Fitch, M. (2008). Why patients with lung cancer do not want help with some needs. *Supportive Care in Cancer*, 16(3), 251-259. doi: 10.1007/s00520-007-0301-4
- Steele, R., & Fitch, M. (2008). Supportive care needs of women with gynecological cancer. *Cancer Nursing*, 31(4), 284-291. doi:10.1097/01.NCC.0000305743.64452.30
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient-centered care. *BMJ*, 322, 444-445. doi:10.1136/bmj.322.7284.444
- Union for International Cancer Control (UICC). (2010). World Cancer Congress, Shenchon, China.
- Vachon, M. (2006). Psychosocial distress and coping after cancer treatment. *Cancer Nursing*, 29(2 Suppl.), 26-31.
- Vachon, M.L. (1998). Psychosocial needs of patients and families. *Journal of Palliative Care*, 14, 49-53.
- Vodermaier A., & Linden W. (2008). Emotional distress screening in Canadian Cancer Care. *Oncology Exchange*, 7(4), 37-40.
- Von Essen, I., Larsson, G., Oberg, K., & Sjoden, P.O. (2002). Satisfaction with care: Associations with health-related quality of life and psychosocial function among Swedish patients with endocrine and gastrointestinal tumors. *Eur J Cancer Care*, 11, 91-99.
- Weisman A.D. (1976). Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *Am J Med Sci*, 271, 187-196.
- Wen, K.Y., & Gustafson, D.H. (2004). Needs assessment for cancer patients and their families. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 11. doi:10.1186/1477-7525-2-11
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 19(1), 19-28.