

Note de la rédaction : Le présent document a été élaboré grâce au Prix d'excellence pour un exposé oral de Merck remis à la conférence annuelle de l'ACIO/CANO tenue à Victoria, en Colombie-Britannique

Partenariats en soins infirmiers oncologiques : une occasion de façonner l'avenir du soutien à la prise en charge des effets toxiques après les heures ouvrables

par Lorraine Martelli, Sherry Hnatyshyn-Webster, Bo Green

Note – Les analyses, conclusions, opinions et déclarations exprimées dans le présent article sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles d'Action Cancer Ontario de Santé Ontario ou de Bayshore HealthCare Ltd. Aucune approbation de Santé Ontario, Action Cancer Ontario, du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario ou de Bayshore HealthCare Ltd n'est exprimée de façon explicite ou implicite.

RÉSUMÉ

Les consultations aux urgences et les hospitalisations sont fréquentes chez les patients suivant un traitement du cancer. Reconnaisant la nécessité d'une prise en charge adéquate des effets toxiques des traitements du cancer pour les patients en Ontario, Action Cancer Ontario de Santé Ontario (ACO-SO) a formé en

décembre 2016 un comité consultatif sur la prise en charge des effets toxiques. Ce comité a notamment recommandé de garantir aux patients l'accès à un service de soutien et de conseil à distance (par télétriage) offert par un fournisseur de services de santé compétent. Après le succès remporté par un premier projet pilote de soutien après les heures ouvrables, ACO-SO, en collaboration avec Soins de santé Bayshore limitée, a lancé CareChart Santé numérique, un service provincial de soutien téléphonique à distance offert aux patients à domicile qui suivent un traitement du cancer pour les aider à prendre en charge des effets toxiques après les heures d'ouverture des cliniques. La création de ce partenariat visait à réduire le nombre de consultations aux urgences grâce à une meilleure prise en charge à domicile des effets toxiques et à améliorer la coordination des efforts et la communication entre les intervenants en vue de rehausser la qualité des soins axés sur le patient. Depuis 2018, une équipe d'infirmières spécialisées en oncologie fournit le soir, la fin de semaine et les jours fériés, du soutien aux patients de 72 hôpitaux, à l'aide d'outils de télétriage fondés sur des données probantes et d'un guide de pratique de triage des symptômes et d'aide à distance en oncologie (projet COSTARS). Le personnel infirmier a comblé la plupart des besoins en expliquant des stratégies d'auto-prise en charge; 24 % des appelants ont été dirigés vers l'urgence. On estime que ce service avait permis d'éviter annuellement 5 211 consultations aux urgences, ce qui a représenté des économies de 3,8 millions de dollars pour la province. Selon les résultats d'un sondage, plus de 90 % des patients étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire qu'ils avaient obtenu un bon

service; ils étaient également très satisfaits de la qualité du service, et ce, pour tous les aspects qu'on cherchait à évaluer.

INTRODUCTION

Les effets toxiques des traitements du cancer sont fréquents chez les patients suivant un traitement contre le cancer (Enright et al., 2015; Pittman et al., 2015; Prince et al., 2015; Prince et al., 2015). Certains effets sont prévisibles, d'autres pas. Certains peuvent être évités ou soulagés si le patient bénéficie de soutien. Dans le cas contraire, sa détresse risque d'augmenter et sa capacité de suivre son traitement jusqu'à la fin de diminuer, tout comme sa qualité de vie (Basch et al., 2016). Certains patients nécessiteront des soins impératifs pour prendre en charge les effets toxiques qui se manifestent; la fréquence à laquelle ces soins impératifs s'avèrent nécessaires est souvent plus élevée que celle indiquée dans les essais cliniques. Les fréquences élevées soulignent la nécessité de fournir aux patients du soutien continu (Prince et al., 2015; Prince et al., 2015).

Le Plan provincial sur les traitements systémiques 2014-2019 d'Action Cancer Ontario de Santé Ontario (ACO-SO) souligne la nécessité de réduire le nombre de consultations aux urgences grâce à une amélioration de la prise en charge des effets toxiques. Un comité consultatif sur la prise en charge des effets toxiques a été créé et chargé d'élaborer des recommandations en vue de guider la démarche des programmes provinciaux de lutte contre le cancer. En 2016, on a mené une enquête sur l'état actuel des programmes de lutte contre le cancer; le soutien téléphonique

AUTEURS



Lorraine Martelli, M.Sc., inf. aut. (catégorie spécialisée), directrice provinciale, Soins infirmiers oncologiques, Santé Ontario, Action Cancer Ontario



Sherry Hnatyshyn-Webster, directrice générale, CareChart et Carepath



Bo Green, scientifique décisionnel principal, Mesure et évaluation de la qualité, Santé Ontario et Action Cancer Ontario

Auteure-ressource : Lorraine Martelli, Santé Ontario, Action Cancer Ontario, 525, avenue University, bureau 500

Toronto (Ontario) Canada M5G 2L3

Courriel : lorraine.martelli@ontariohealth.ca

aux patients a été l'un des principaux aspects à améliorer. L'enquête a révélé que l'aide était facile à obtenir pendant l'ouverture des cliniques, mais qu'en dehors des heures ouvrables, moins de 50 % des cliniques en offraient (ACO-SO, 2018, p. 5). Par conséquent, le soir et la fin de semaine, le patient n'avait d'autre choix que de se présenter aux urgences pour composer avec les effets toxiques de son traitement. Huit recommandations ont été formulées en vue de servir de cadre d'orientation à un programme provincial; l'une d'elles consistait à garantir aux patients l'accès en dehors des heures ouvrables à un service-conseil à distance sur les effets toxiques qui serait offert par un fournisseur de services de santé compétent (ACO-SO, 2018, p. 4).

Au cours d'un symposium consacré à l'innocuité des traitements systémiques du cancer, en 2016, on a tenté de cerner les moyens d'améliorer l'administration de ces traitements en Ontario en tenant compte des besoins ressentis à l'échelle régionale. On s'est penché notamment sur les façons d'améliorer l'accès aux soins de santé et au soutien concernant les effets toxiques après les heures ouvrables. Pour tenir compte de cette priorité, le centre régional de cancérologie Stronach a lancé un projet devant permettre aux patients sous traitement systémique du cancer d'obtenir, après les heures ouvrables et à partir de leur domicile, de l'aide d'un fournisseur de services de santé compétent afin de prendre en charge les effets toxiques du traitement et des symptômes. Le résultat escompté était une réduction du nombre des consultations superflues dans les salles d'urgence.

À l'échelle régionale, l'objectif était de créer des partenariats durables pour maximiser l'utilisation des ressources afin d'améliorer la qualité de vie des patients. Un partenariat public-privé entre le centre régional de cancérologie Stronach et Bayshore Soins de santé limitée (Bayshore) a donné naissance à un projet d'infrastructure commune devant servir à la prestation d'un service de soutien téléphonique après les heures ouvrables. Cette infrastructure devait pouvoir offrir ce service à d'autres établissements et donner une

certaine latitude de mise en œuvre. On a élargi le projet pilote en vue de vérifier la faisabilité auprès des patients suivant une radiothérapie. Douze autres établissements ont manifesté leur intérêt à participer au projet. Cette initiative d'amélioration de la qualité de vie, qui s'est déroulée entre juillet 2016 et mars 2018, a révélé que 81 % des patients atteints de cancer étaient capables de prendre en charge leurs symptômes à domicile, après les heures ouvrables, avec l'aide d'une infirmière en oncologie; 94 % ont jugé le service utile (Bayshore, 2018).

Devant le succès remporté par ce projet pilote, et désirant répondre aux priorités de la province, ACO-SO a décidé d'étendre le soutien infirmier téléphonique après les heures ouvrables à toutes les régions de la province. Les fournisseurs de services infirmiers devaient être spécialisés en oncologie et le service devait faire appel à une méthode de télétriage s'appuyant sur des données probantes. Un appel d'offres a été lancé et CareChart Santé numérique (CareChart) de Bayshore a été retenu. Le présent article a deux objectifs : 1) montrer le rôle essentiel des infirmières spécialisées en oncologie dans la prise en charge des effets toxiques des traitements systémiques du cancer après les heures ouvrables et présenter les résultats de leurs interventions; et 2) décrire le fonctionnement de CareChart selon le point de vue du personnel infirmier et celui du patient.

RÔLE DU PERSONNEL INFIRMIER EN ONCOLOGIE DANS LE TÉLÉTRIAGE

Le personnel des centres de cancérologie ambulatoires aide les patients durant des visites de suivi, de même que virtuellement par téléphone et vidéoconférence. L'éventail des appels téléphoniques s'élargit à mesure que les traitements offerts se multiplient et que les patients présentant de multiples maladies concomitantes vivent plus longtemps. Comme on dispose de plus de traitements par voie orale, les visites en personne dans les cliniques de traitement diminuent, ce qui justifie la nécessité de pratiquer des examens et de dispenser des soins

à distance par téléphone. Pour dispenser des soins virtuels à distance, il faut posséder des compétences interpersonnelles et intellectuelles et une aptitude à la communication orale, créer une relation thérapeutique, savoir pratiquer un examen de façon méthodique, faire preuve de jugement critique, posséder des compétences décisionnelles et être capable de documenter la consultation avec rigueur (ACO-SO, 2019, p. 3; Nagel et Penner, 2016).

Selon les normes relatives à la télépratique des soins infirmiers oncologiques d'ACO-SO (2019), l'appel téléphonique du patient doit être traité par une infirmière autorisée (inf. aut.) car on ignore si l'appel nécessitera une téléconsultation pour l'évaluation des symptômes du patient et l'établissement du degré d'urgence du cas (ACO-SO, 2019, p. 7). De plus, après les heures ouvrables, les échanges, la résolution de problèmes et la discussion avec d'autres fournisseurs de soins oncologiques sont limités. Il est donc recommandé que les infirmières autorisées qui répondent aux appels téléphoniques possèdent des compétences en soins infirmiers en oncologie, détiennent la certification en soins infirmiers en oncologie de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et cumulent au moins 2 ans d'expérience (de préférence 5 ans ou plus) (Nagel et Penner, 2016). Il est aussi recommandé que le personnel infirmier utilise des outils d'évaluation et d'aide à la décision fondés sur des données probantes pour guider les échanges et la prise de décisions. Il doit aussi connaître les objectifs et les préférences du patient pour adapter les approches et les interventions (ACO-SO, 2019, p. 8). Les protocoles de projet pancanadien de triage des symptômes et d'aide à distance en oncologie (projet COSTaRS) sont fondés sur des données probantes; ils ont été approuvés par ACO-SO pour la mise en œuvre du Programme de soins infirmiers oncologiques. Il est prouvé que ces protocoles permettent d'augmenter le degré de satisfaction des patients et des fournisseurs de même que le degré de confiance dans les soins reçus ou fournis (Stacey et al., 2016).

DESCRIPTION DU PROGRAMME DE SOUTIEN TÉLÉPHONIQUE APRÈS LES HEURES OUVRABLES

Filiale à 100 % de Bayshore, Carepath Incorporated offre du soutien, des conseils par téléphone et un service de navigation aux personnes et à leurs proches nécessitant de l'aide pour prendre en charge une maladie chronique, un cancer ou un trouble de santé mentale. Depuis 15 ans, Carepath offre des programmes de soins infirmiers virtuels dans toutes les régions du Canada. CareChart, anciennement CAREchart@home, est l'un des programmes offerts par Carepath. Les infirmières spécialisées en oncologie de CareChart satisfont aux exigences en matière d'expérience et de savoir-faire qui figurent dans les normes relatives à la télépratique des soins infirmiers oncologiques (2019). Ce sont des cliniciennes et cliniciens très qualifiés, qui possèdent de grandes

aptitudes pour la communication et qui connaissent bien les soins virtuels fondés sur des données probantes servant à aider les patients à prendre en charge les effets toxiques de leur traitement. Parmi les mesures adoptées pour vérifier si ses objectifs de prise en charge de qualité sont respectés, l'entreprise effectue régulièrement des vérifications d'appels téléphoniques et des revues de dossiers de patients pour s'assurer que son personnel s'acquitte de ses tâches avec facilité et compétence tout en respectant les normes de soins.

Programme CareChart

La prestation des soins commence dès que le patient reçoit de l'information sur le programme et accède au service de soutien par téléphone ou à l'aide de l'appli CareChart. Le patient reçoit une trousse contenant de l'information sur le programme et les heures ouvrables, le numéro de la ligne sans frais et le lien menant au site Web de

CareChart. La trousse contient aussi de l'information sur le rôle du spécialiste de l'accueil, un aperçu de l'appli numérique CareChart, la marche à suivre pour télécharger l'appli et s'inscrire au programme de soutien virtuel, une foire aux questions et un aimant sur lequel figurent les coordonnées des personnes à joindre (voir figure 1). En cas d'effets toxiques, le patient ou son soignant utilise, à son choix, l'appli ou le téléphone pour joindre le centre d'appels de CareChart. Chaque clinique ou hôpital adapte le programme et les heures ouvrables, et explique au patient dans quels cas il doit joindre le service CareChart et dans quels autres il doit joindre son équipe d'oncologie. Le programme CareChart et les dossiers médicaux électroniques (DME) détenus dans les centres anticancéreux de l'Ontario ne sont pas reliés; le personnel infirmier obtient du patient lui-même l'information sur le diagnostic de sa maladie et son traitement (voir la figure 2).

Figure 1

Trousse d'information du programme CareChart Santé numérique

AJOUTER L'EN-TÊTE DE L'HÔPITAL

NOM DU CENTRE

Soutien virtuel de gestion des symptômes en dehors des heures ouvrables grâce au programme CareChart Santé numérique

1-877-681-3057

www.carechart.ca

Pour que vous receviez les soins dont vous avez besoin à toute heure de la journée, NOM DU CENTRE s'est associé à CareChart Santé numérique et à Santé Ontario (Action Cancer Ontario) afin de vous offrir du soutien gratuit par téléphone et en ligne, en dehors des heures ouvrables, pour que vous puissiez prendre en charge les symptômes causés par le traitement contre le cancer.

CareChart Santé numérique est un programme virtuel de soins infirmiers qui offre une prise en charge des symptômes en dehors des heures ouvrables.

L'objectif du programme CareChart est de vous aider à prendre en charge vos symptômes à domicile lorsque c'est possible, et de vous éviter d'aller aux urgences lorsque ce n'est pas nécessaire.

Le programme CareChart est accessible seulement lorsque le centre de cancérologie est fermé.

Horaires :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Jours fériés
NOM DU CENTRE	Heures d'ouverture	Heures d'ouverture	Heures d'ouverture	Heures d'ouverture	Heures d'ouverture	Heures d'ouverture	Heures d'ouverture	Heures d'ouverture
CareChart	16 h-8 h 30	16 h-8 h 30	16 h-8 h 30	16 h-8 h 30	16 h-8 h 30	24 heures	24 heures	24 heures

Comment communiquer avec CareChart?

- Composez le **1-877-681-3057**
- Faites un appel vidéo en allant à l'adresse www.carechart.ca
- Connectez-vous sur l'application mobile CareChart Santé numérique (téléchargeable sur iOS ou Android)

Comment utiliser l'application CareChart Santé numérique?

S'inscrire au programme CareChart est simple grâce à l'application.

En vous inscrivant, vous devrez fournir les renseignements suivants :

- Nom, adresse, numéro de téléphone
- Nom d'une personne à contacter en cas d'urgence et son numéro de téléphone
- Numéro de votre carte d'assurance-maladie et de votre dossier médical

En inscrivant ces renseignements dans l'application, vous obtiendrez l'aide d'une infirmière en oncologie plus rapidement.

Figure 2

Fiche de renseignements sur le patient du programme CareChart Santé numérique

AJOUTER L'EN-TÊTE DU CENTRE

Date de réception par le patient : _____

Fiche de renseignements sur le patient

Votre équipe soignante a déjà fourni les renseignements ci-dessous.

Veillez garder cette fiche avec vous durant votre appel; l'information qu'elle contient permettra à l'infirmière de vous aider au mieux.

Nom du patient : _____
 Numéro de DME : _____
 Date de naissance : _____
 Diagnostic : _____
 Oncologue(s) : _____
 Professionnel(s) de soins à domicile : _____

Médicaments

Liste des médicaments (voir la liste en pièce jointe)

Protocole de chimiothérapie _____
 Fréquence : _____
 Date de début : _____

Radiothérapie (avec chimiothérapie)
 Nombre de fractions : _____
 Date de début : _____

Protocole de biothérapie : _____
 Fréquence : _____
 Date de début : _____

Voies veineuses

Port-a-Cath

CCIP

Voie périphérique

Cathéter tunnellisé (ex. Hickman^{MC}) _____

Drains ou tubes

Cathéter thoracique

Cathéter péritonéal à demeure

Cathéter vésical

Sonde d'alimentation (type) :

Ostomie (type) :

Endoprothèse(s) (type) :

Autre

Pompe à analgésique (type et fournisseur) :

Dispensateur d'oxygène à domicile (fournisseur) :

Déroulement du soutien par téléphone

Le patient qui appelle au numéro sans frais entend un message automatisé lui demandant d'indiquer la langue dans laquelle il désire être servi. Son appel est acheminé à un spécialiste de l'accueil qui confirme qu'il désire obtenir l'aide d'une infirmière en oncologie pour prendre en charge des effets toxiques. Après avoir vérifié l'identité du patient, le spécialiste de l'accueil l'enregistre et crée un dossier sur la plateforme CareChart (gérée par Verto Health). Il saisit des données démographiques, le numéro de dossier médical (NDM) du patient et son numéro du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (RAMO). Il lui demande ensuite s'il désire recevoir par téléphone ou par courriel une invitation à répondre à un sondage visant à recueillir son opinion sur l'entretien avec l'infirmière.

Le patient est ensuite dirigé vers une infirmière qui confirme son identité et lui demande de donner verbalement son consentement aux soins et à l'accès au dossier médical électronique (le cas échéant) détenu par la clinique ou l'hôpital où il est traité. L'infirmière s'informe ensuite du motif de l'appel. À l'aide des guides de pratique COSTaRS, des algorithmes de prise en charge des

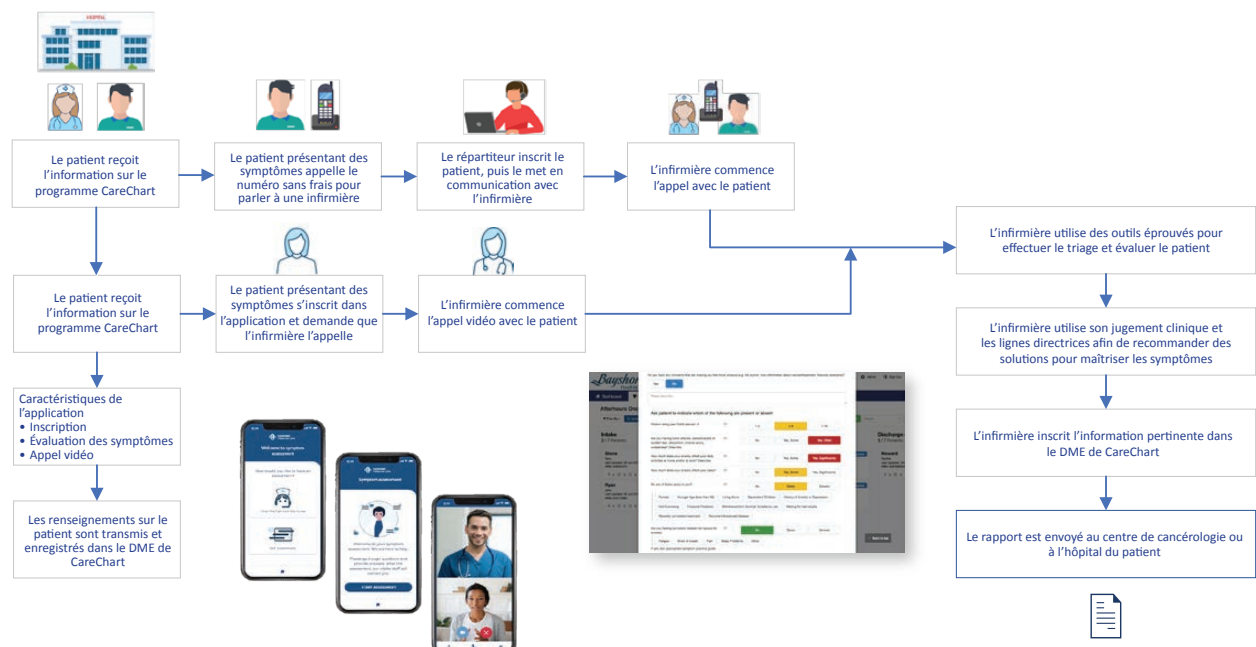
symptômes de l'ACO-SO, et d'autres outils fondés sur des données probantes intégrés à la plateforme CareChart, l'infirmière évalue les effets toxiques du traitement à l'aide d'un code couleur (vert : symptômes légers; jaune : symptômes modérés; rouge : symptômes graves) intégré à la plateforme clinique CareChart. Un signal visuel sert à guider son jugement clinique et à proposer une intervention selon l'intensité des effets toxiques et la gravité des symptômes. Parmi les interventions possibles, citons une revue de la pharmacothérapie, la fixation d'objectifs, l'explication de stratégies d'auto-prise en charge et des directives de suivi. Parmi les directives, citons un suivi le lendemain avec l'équipe d'oncologie, un suivi avec l'oncologue de garde, ou l'aiguillage vers un service d'urgence. L'infirmière termine l'évaluation CareChart en consignand dans le dossier électronique du patient le résultat de l'intervention recommandée selon les normes de télépratique des soins infirmiers en oncologie établies par ACO-SO (2019). Un rapport sommaire de l'appel téléphonique est produit électroniquement et acheminé sans délai à l'hôpital approprié par courriel ou par télécopieur (voir la figure 3).

Déroulement du soutien obtenu par l'appli numérique

Après avoir téléchargé l'appli numérique CareChart et s'être inscrit au programme de soutien à l'aide d'iOS ou d'Android, le patient ouvre une session et demande l'assistance d'une infirmière (voir la figure 3). Pendant l'inscription, le dossier du patient est créé, enregistré et stocké dans les dossiers médicaux électroniques de CareChart et une copie du consentement du patient aux soins est versée au dossier du patient. L'appli numérique permet au patient de s'inscrire au service en amont, avant d'avoir besoin de soins. S'il a besoin de soins, il peut alors sauter l'étape du triage et communiquer directement avec une infirmière à l'aide de la fonction vidéo de l'appli ou du numéro de téléphone sans frais. Avant d'entrer en contact avec l'infirmière, le patient peut utiliser des options d'auto-évaluation des symptômes. Lorsque le contact est établi, l'identité du patient est vérifiée et l'évaluation de ses symptômes commence. L'infirmière fait une recommandation pertinente d'après les résultats de son évaluation fondée sur des données probantes. Elle termine l'évaluation électronique dans le dossier du patient et documente les résultats

Figure 3

Processus d'accès à CareChart Santé numérique par téléphone ou au moyen de l'application



des interventions. Quand l'appel est terminé, elle envoie au patient des ressources pour l'auto-prise en charge du suivi, si cela est pertinent, et des rappels par l'appli Web mobile. Un rapport sommaire de l'appel téléphonique est produit électroniquement et acheminé sans délai à l'hôpital approprié par courriel ou télécopieur (voir la figure 3).

RÉPERCUSSIONS ET RÉSULTATS

Depuis avril 2022, tous les programmes régionaux de cancérologie, qui regroupent 72 centres de cancérologie universitaires ou régionaux et programmes hospitaliers de cancérologie, offrent du soutien aux patients qui suivent un traitement du cancer. L'adhésion des établissements s'est déroulée en trois étapes; les neuf derniers ont adhéré au programme durant la pandémie de COVID-19. Le volume d'appels téléphoniques a augmenté à mesure que le nombre d'établissements adhérents s'est accru. En 2022, le volume moyen d'appels par mois était de 2 335 (plage : de 1 978 à 2 636); le nombre moyen de patients ayant téléphoné une seule fois par mois s'est élevé à 1 562 (plage : de 1 357 à 1 757). Durant la semaine, 73 % des appels ont été reçus le soir; durant la fin de semaine, 33 % le matin et 30 % le soir (voir la figure 4). Selon les normes de service établies par l'ACO-SO, 95 % des patients doivent obtenir l'aide d'une infirmière ou au cours des 15 minutes suivant l'appel. CareChart a réussi à aller au-delà de ce critère de qualité; 91 % des appels ont obtenu réponse en moins de 5 minutes, et 99 % en moins de 15 minutes.

Une répartition des appels par catégorie de cancer montre que les appels de patients atteints d'un cancer gastro-intestinal, d'un cancer du sein et d'un cancer hématologique représentent 65 % de tous les appels. Par rapport à la fréquence provinciale par type de cancer, on constate que les patients atteints d'un cancer du poumon sont ceux qui utilisent le service le plus souvent (11 %), bien que la fréquence soit plus faible à l'échelle provinciale. Les patients atteints d'un cancer génito-urinaire sont moins nombreux (8 %) à utiliser le service de soutien, bien que

la prévalence provinciale soit plus élevée (~ 17 %). De même, malgré une prévalence provinciale de 8 % pour les patients atteints d'un cancer endocrinien, moins de 1 % de ces patients utilisent ce service (voir la figure 5).

Dans l'ensemble, la douleur (12 %), des problèmes reliés aux médicaments (11 %) et la neutropénie fébrile (11 %) constituent les trois principaux motifs des appels (voir la figure 6). Les appels liés à des médicaments concernent divers problèmes : demande de renouvellement d'ordonnance, livraison de médicaments, acheminement d'une ordonnance à la pharmacie, omission de doses, risques d'interactions médicamenteuses et demandes d'éclaircissements sur la posologie. D'autres catégories de motifs sont ajoutées aux dossiers de documentation pour fournir plus de précisions sur les problèmes reliés aux médicaments. Il est à espérer

que ces données aideront les hôpitaux à comprendre la nature des appels et que les méthodes puissent être changées à la suite des mesures d'amélioration de la qualité.

Prise en charge des effets toxiques et résultats des appels

Le personnel infirmier de CareChart a traité 73 % des appels sans avoir besoin d'avoir recours à de l'assistance. Des stratégies d'auto-prise en charge sont expliquées, on recommande au patient de faire un suivi auprès de son équipe d'oncologie le jour ouvrable suivant (22 %), ou on organise la visite à domicile d'une infirmière communautaire qui établit si le patient bénéficie de services de soutien à domicile et de services communautaires (2 %). Depuis le lancement du programme, le taux d'aiguillage vers l'urgence est resté relativement stable, soit environ 24 % des appels (voir la figure 7). Lorsque le

Figure 4

Volume d'appels par période de la journée (2022)
N = 28 023 appels

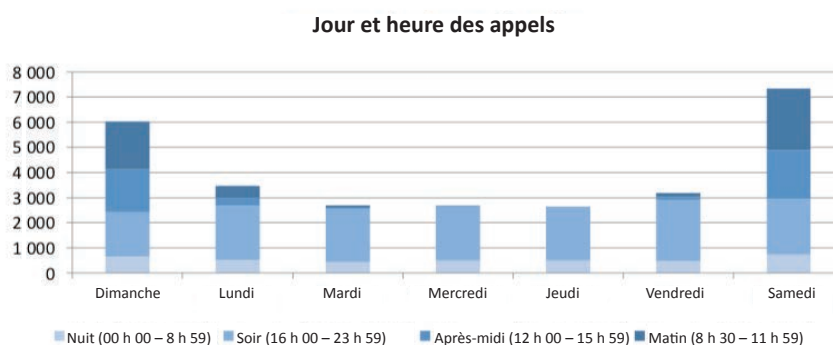
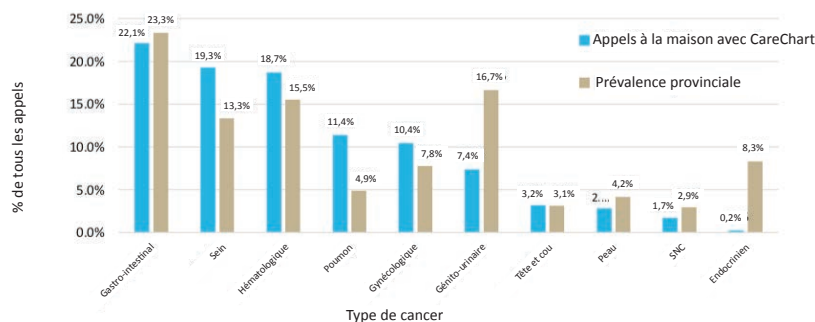


Figure 5

Volume d'appels par type de cancer (2019–2022)

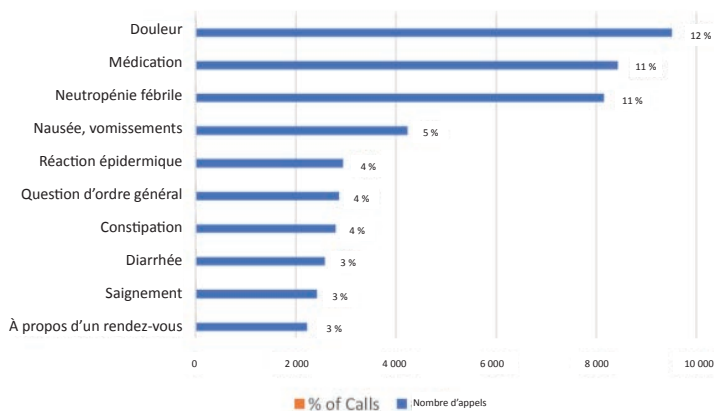


Statistiques sur le cancer en l'Ontario 2020; données de CareChart (2019-2022)

patient est fébrile, l'infirmière doit évaluer le risque de neutropénie fébrile; ce symptôme nécessite l'amorce rapide d'un traitement (ACO-SO, 2022) et l'aiguillage vers un service d'urgence est fort probablement l'intervention la plus appropriée. Lorsqu'on retire de l'échantillon les appelants chez qui une neutropénie fébrile était soupçonnée, et qu'on a tenu compte seulement des « autres motifs d'appels », le taux d'aiguillage vers l'urgence passe de 24 à 20 %. Les autres principaux motifs d'aiguillage vers des services d'urgence sont la douleur, les nausées et les vomissements, et les hémorragies (voir la figure 7).

Figure 6

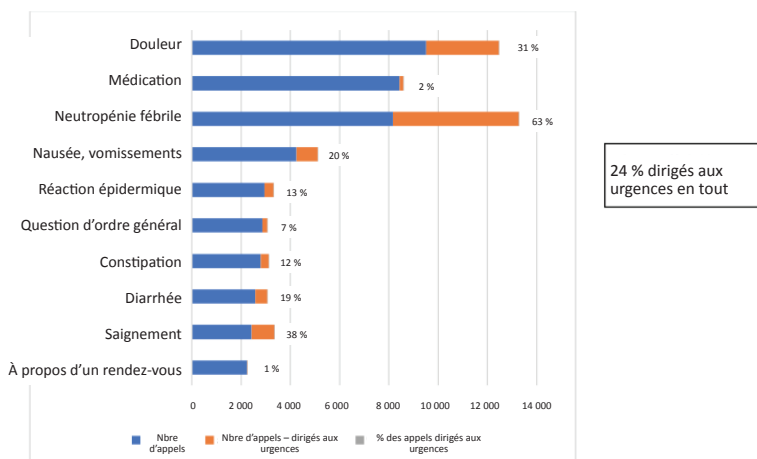
Principaux motifs d'appels (2019–2022)
n = 71 129 appels



Données de CareChart pour 2019-2022

Figure 7

Proportion of Calls Sent to the ED by Reason
n = 71 129 appels



Données de CareChart pour 2019-2022

ÉVALUATION DU PROGRAMME

Quadruple Aim (les quatre objectifs principaux) est un cadre de référence servant à guider la refonte des systèmes de soins de santé. Il a servi à préparer la première évaluation. Ses quatre objectifs principaux sont les suivants : améliorer les résultats de santé des populations, améliorer les soins et l'expérience du patient, améliorer la satisfaction des professionnels de la santé, réduire les coûts de santé et assurer un bon rapport qualité-prix (Bodenheimer et Sinsky, 2014). Le partenariat entre ACO-SO et CareChart

visait à atteindre ces quatre objectifs. On a élaboré un premier plan pour évaluer les progrès accomplis par rapport à ces objectifs. Ce plan comprenait des sondages et des entretiens sur l'expérience des patients et des professionnels de la santé, le recours aux soins de courte durée, la responsabilisation des patients et la prise en charge des effets toxiques. Malheureusement, l'évaluation exhaustive prévue a été interrompue par la pandémie. Mais CareChart a poursuivi son sondage sur l'expérience du patient après l'appel téléphonique et a recueilli des données tout au long de la pandémie. Par ailleurs, à la demande du vérificateur général de l'Ontario, on a effectué une analyse des résultats des consultations aux urgences.

Expérience du patient

CareChart s'efforce de connaître l'expérience de chaque patient, après l'entretien à l'aide de l'appli mobile, ou une fois par mois lorsque le patient a régulièrement recours au service de soutien. Le sondage auprès du patient comprend huit questions; les réponses sont cotées sur une échelle allant de 1 à 5, où 5 signifie « toujours ou oui » (la meilleure réponse), 3 « un peu » et 1 « pas du tout ». Le patient qui s'inscrit au programme à l'aide de l'appli mobile reçoit automatiquement le sondage deux jours après avoir reçu l'appel de l'infirmière. Le patient qui utilise la ligne d'assistance sans frais peut fournir son adresse électronique pour recevoir le sondage par courriel au cours de la semaine suivant l'appel, ou demander qu'on l'appelle au cours du mois. Entre janvier 2019 et décembre 2022, le nombre total d'appels reçus s'est élevé à 71 129. Si on fait abstraction des appels répétés provenant des mêmes patients, on obtient 44 386 patients ayant eu recours au service; de ce nombre, 14 778 ont répondu au sondage, soit un taux global de réponse de 28 %. À l'heure actuelle, les stratégies visant à améliorer ce taux de réponse relativement faible consistent à demander l'adresse électronique de l'appelant et à lui demander de télécharger l'appli numérique sur son téléphone pour disposer d'un autre moyen de communication. Dans l'ensemble, on a obtenu

un taux de satisfaction élevé pour toutes les questions du sondage. Quarante-vingt-quatorze pour cent des répondants ont jugé la qualité globale du programme compréhensible (4 ou 5 sur 5), et 92 % ont estimé que les suggestions visant à les aider à prendre en charge leurs symptômes avaient été utiles (4 ou 5 sur 5).

Étude des consultations aux urgences

En 2020, le Comité permanent des comptes publics de l'Assemblée législative de l'Ontario a recommandé qu'ACO-SO travaille de concert avec les hôpitaux pour connaître l'incidence du triage téléphonique préconisé par le programme de prise en charge des symptômes du ministère de la Santé sur les consultations aux urgences et le bien-être des patients. On a mené une étude comparative de cohortes pour répondre aux questions suivantes : Le service CareChart permet-il de réduire le nombre de consultations aux urgences au cours du traitement du cancer? Si oui, quelle est l'ampleur de cette réduction? À combien estime-t-on les économies résultant de la diminution des consultations aux urgences depuis la mise en œuvre du programme?

Méthodologie

L'étude a consisté à comparer diverses caractéristiques entre une cohorte n'ayant jamais utilisé le service CareChart (cohorte 1) et une cohorte l'ayant utilisé (cohorte 2). Les patients de la cohorte 1 ont été recrutés avant la mise en œuvre du service dans chaque hôpital. La période d'exposition pendant laquelle on a compté les consultations aux urgences de chaque patient a correspondu à la période durant laquelle ce patient avait suivi un traitement systémique (sauf un traitement hormonal) ou une radiothérapie, plus trente jours. Les périodes de traitement ont été décrites à l'aide des données administratives de l'Ontario, notamment les **Rapports sur le niveau d'activités en cancérologie (RNA)**, la Base de données sur les congés des patients (BDCP), le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) et le Programme de financement des nouveaux médicaments (PFNM). Dans les deux cohortes, on a retiré les patients

décédés moins de 30 jours après la fin du traitement, ceux atteints de leucémie aiguë et ceux ayant subi une greffe de cellules souches (consignée dans l'Aperçu des services spécialisés) pendant leur traitement. Le programme de soutien après les heures ouvrables n'est pas offert aux patients ayant subi une greffe de cellules souches. La prise de données pour la cohorte 2 a été interrompue au 15 mars 2020, date du début du confinement causé par la pandémie de COVID-19. Le modèle d'analyse a été ajusté selon une distribution binomiale à zéro inflation. Les covariables étaient le sexe, l'âge, le stade du cancer, le siège de la maladie, l'indice de comorbidité de Charlson, le quintile de revenu du quartier, le lieu de résidence en milieu urbain ou rural, le lieu de résidence dans le Nord de l'Ontario ou ailleurs en Ontario et l'année du diagnostic. Le modèle a permis d'obtenir le nombre estimatif des consultations en salle d'urgence évitées grâce à des facteurs non compris dans le modèle (comme le service CareChart et d'autres facteurs). Les économies résultant de la baisse du nombre des consultations aux urgences ont été estimées à l'aide d'une méthode de calcul des coûts macroéconomiques. On a multiplié le coût moyen de l'hospitalisation par cas pondéré calculé à l'aide de la méthode de répartition des coûts par hôpital de l'Ontario par le nombre moyen de cas pondérés pour les consultations aux urgences dans la cohorte 1 pour obtenir le coût d'hospitalisation moyen à la suite d'une consultation aux urgences pour cette sous-population. On a calculé les honoraires moyens du médecin à l'aide des données de facturation des médecins au Régime d'assurance-santé de l'Ontario. On a ensuite utilisé le coût moyen (frais d'hôpital plus honoraires de médecins) pour estimer les économies résultant des consultations aux urgences évitées dans la cohorte 2.

Résultats

La cohorte 1 comptait 32 395 patients et la période d'exposition moyenne était de 115 jours; la cohorte 2 comptait 19 653 patients et la période d'exposition moyenne était de 102 jours. Le modèle s'est comporté comme prévu avec la

prise en compte des covariables (voir le tableau 1 pour connaître les estimations du modèle par rapport à leurs valeurs de référence). Chez les patients ayant plus de maladies concomitantes, le nombre de consultations aux urgences était plus élevé, tout comme chez les patients à faible revenu et les patients traités au cours des dernières années. Chez les patients vivant en milieu rural ou dans une région du Nord de l'Ontario, le taux de consultations aux urgences était plus élevé parce que les motifs d'admission à l'urgence dans les petits hôpitaux sont différents. Le modèle a permis de prédire une baisse de 26 % des consultations aux urgences dans la cohorte 2, après la prise en compte des covariables. Le nombre prévu de consultations aux urgences dans cette cohorte était de 18 241, alors que le nombre réel s'est élevé à 13 451, ce qui représente 4 790 consultations en moins (voir tableau 2). Après la mise à l'échelle des résultats pour représenter une année de fonctionnement du programme, le nombre estimatif annuel de consultations aux urgences s'est élevé à 5 211. Voici comment le coût moyen d'une consultation aux urgences et les économies estimatives annuelles ont été calculés :

*coût moyen d'une consultation en salle d'urgence = ((somme(coût par cas pondéré * PCR) + somme(honoraires de médecin facturés))*

nombre de consultations)

*économies de coûts estimatives annuelles = nombre estimatif annualisé de consultations aux urgences évitées * coût moyen par consultation aux urgences*

PCR : pondération de la consommation des ressources

Dans la cohorte 1, le coût moyen d'une consultation aux urgences était de 729,90 \$ (490,30 \$ de frais d'hôpital et 239,60 \$ d'honoraires de médecin). On a utilisé le coût moyen d'une consultation aux urgences dans la cohorte 1 pour estimer les économies réalisées dans la cohorte 2, car le poids moyen des cas dans les deux cohortes était similaire (c'est-à-dire que ce ne sont pas seulement les consultations les moins graves

Tableau 1

Estimations du modèle de covariable

	Résultats de la régression				Réduction 1-[exp. (Estimation)]
	Exp. (Estimation)	95% (IC)		Valeur p	
Cohorte 2 (réf.=Cohorte 1)	0,737	0,694	0,783	0,0001	0,263
Sexe M (réf.=F)	1,010	0,968	1,054	0,647	
Groupe d'âge (réf.=18-59)					
60-69	1,043	0,993	1,095	0,090	Rural (réf.=urbain) 1,439 1,366 1,516 <0,0001
70-79	0,984	0,935	1,036	0,541	Nord (réf.=non) 1,433 1,362 1,508 <0,0001
80+	0,878	0,822	0,938	0,0001	CCI (réf.=0)
Type de cancer (réf.=GI)					1 1,226 1,164 1,290 <0,0001
Sein	0,716	0,666	0,769	<0,0001	2+ 1,337 1,256 1,422 <0,0001
Génito-urinaire	1,193	1,094	1,300	<0,0001	Groupe de revenu (réf.=Q1Q2)
Tête et cou	0,837	0,755	0,929	0,0008	Q3 0,938 0,894 0,985 0,0101
Thoracique	1,150	1,090	1,214	<0,0001	Q4Q5 0,878 0,835 0,924 <0,0001
Gynécologique	1,104	0,997	1,224	0,057	Année du diagnostic (réf.=2017)
Peau	1,234	0,990	1,537	0,061	2018 1,075 1,026 1,126 0,0024
Hématologique	1,188	1,087	1,298	0,0001	2019 1,261 1,178 1,350 <0,0001
Endocrinien	0,845	0,488	1,465	0,549	2020 1,570 1,293 1,916 <0,0001
SNC	0,513	0,180	1,462	0,212	
Sarcome	1,141	0,861	1,513	0,357	
Os	1,124	0,638	1,982	0,686	
Non catégorisé	1,569	0,914	2,694	0,102	
Stade (réf.=I-II)					
III	1,183	1,121	1,249	<0,0001	
IV	1,648	1,567	1,735	<0,0001	

qui ont été évitées). En utilisant cette approximation, les économies totales pour le système de santé ont été estimées à 3,5 millions de dollars et les économies annualisées à 3,8 millions de dollars (voir le tableau 2).

Limites de l'étude des consultations aux urgences

Bien que les résultats exposés ci-dessus soient encourageants, l'estimation de l'incidence présente certaines limites. Le modèle d'étude n'a pas tenu compte de tous les facteurs pouvant influencer le taux de consultations aux urgences; la baisse estimative de la fréquence ne serait pas nécessairement entièrement attribuable au service CareChart. Par ailleurs, bien que leur rôle soit important dans le modèle d'étude, les données sur le stade du cancer sont incomplètes. Autre point, la sélection des cas a été limitée par le confinement causé par la pandémie de COVID-19 et la période d'exposition a été écourtée dans certains cas. Ces limites ont été compensées dans le modèle d'analyse, mais comme les consultations aux urgences ont été regroupées à la fin de la période d'exposition, les économies de coûts pourraient être surestimées (note : exposition moyenne pour la cohorte 1 = 115 jours, pour la cohorte 2 = 102,4 jours). Enfin, on n'a pas cherché à savoir si les motifs de consultations aux urgences différaient entre les deux cohortes (c'est-à-dire quelles consultations en salle d'urgence ont été évitées). Cela pourrait faire varier les estimations d'économies de coûts; par exemple, si des consultations aux urgences pour des cas peu graves ont été évitées, mais que les poids moyens des cas dans les deux cohortes étaient semblables : poids moyen des cas dans la

cohorte 1 = 0,079; poids moyen des cas dans la cohorte 2 = 0,081, cela n'est donc peut-être pas un facteur.

DISCUSSION

Les infirmières en oncologie jouent un rôle important dans le traitement du cancer. Le soutien par télétriage est un service très spécialisé. Le personnel infirmier d'expérience, bien formé, peut jouer un rôle sur l'auto-prise en charge du patient et la prise en charge des effets toxiques. Des études ont montré la nécessité d'une formation spécialisée. Lorsque les symptômes ne sont pas bien évalués, conformément aux lignes directrices, il est très probable que le patient soit dirigé vers l'urgence (Stacey et al., 2016; Stacey et al., 2018; Stacey et al., 2020). Grâce à un personnel d'expérience et bien formé, et à des outils fondés sur des données probantes, cette initiative provinciale a permis de réaliser des économies et de réduire le nombre de consultations aux urgences. Par ailleurs, l'utilisation du guide de pratique sur le projet pancanadien de triage des symptômes et d'aide à distance COSTARS a permis d'adapter le soutien à l'auto-prise en charge selon les objectifs du patient et les ressources offertes. Cela explique peut-être pourquoi 92 % des répondants au sondage ont affirmé que les conseils leur avaient été utiles (cote 4 ou 5 sur 5) pour prendre en charge eux-mêmes leurs symptômes. Le présent article portait sur le soutien virtuel par télétriage effectué par le personnel infirmier après les heures ouvrables; les patients estiment que le service constitue une ressource utile pour obtenir des conseils et de l'information sur la santé.

Le travail en collaboration permet non seulement aux patients de prendre en charge les effets toxiques de leurs traitements; il permet aussi de produire des rapports mensuels qui favorisent l'amélioration de la qualité des soins à l'échelle locale. CareChart fournit à chaque établissement de lutte contre le cancer un rapport mensuel des appels reçus. Ce rapport peut être décortiqué de manière à fournir des données réparties selon la maladie, le motif d'appel, l'heure de l'appel, etc. Voilà donc une occasion permanente d'améliorer la qualité des soins et des méthodes de prestation des soins oncologiques. Il est à espérer que l'évaluation se poursuive pour qu'on puisse cerner les éventuelles lacunes de service, intervenir en amont pour continuer à améliorer l'expérience du patient.

CONCLUSIONS ET RÉPERCUSSIONS ÉVENTUELLES

Les pressions exercées sur le système de soins de santé montrent bien la nécessité d'élaborer des modèles de prestation de soins de santé innovants. La collaboration entre les centres provinciaux de cancérologie et CareChart Santé numérique est unique en son genre en ce que les soins sont intégrés, bien coordonnés et soutenus par une communication efficace. Le programme de service de soutien met en évidence le rôle que les infirmières en oncologie peuvent jouer sur la prévention et la prise en charge des effets toxiques des traitements du cancer en suivant une approche fondée sur des données probantes. Il met en relief l'effet direct de soutien sur l'auto-prise en charge du

Tableau 2

Coûts économisés en visites aux urgences

Cohorte 1			Cohorte 2			Résultats annualisés			
N	Coût moyen pour l'hôpital par visite	Coût moyen du médecin par visite	N	Visites faites	Visites attendues	Visites évitées (estimation)	Coûts évités (estimation)	Visites évitées (estimation)	Coûts évités (estimation)
32 395	490,30 \$	239,60 \$	19 653	13 451	18 241	4 790	3 496 000 \$	5 211	3 803 298 \$

patient et l'évitement des consultations aux urgences. Ce modèle innovateur de prestation de soins de santé est un bel exemple qui pourrait s'étendre et être imité dans d'autres provinces et territoires du Canada.

RÉFÉRENCES

- Basch, E., Deal, A. M., Kris, M. G., Scher, H. I., Hudis, C. A., Sabbatini, P., Rogak, L., Bennett, A. V., Dueck, A. C., Atkinson, T. M., Chou, J. F., Dulko, D., Sit, L., Barz, A., Novotny, P., Fruscione, M., Sloan, J. A., & Schrag, D. (2016). Symptom monitoring with patient-reported outcomes during routine cancer treatment: A randomized controlled trial. *J Clin Oncol.*, 34(6), 557–65.
- Bayshore. (2018). CAREchart@home After-Hours Nursing Telephone Support Line. Unpublished internal company document.
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*, 12(6), 573–576.
- Enright, K., Grunfeld, E., Yun, L., Moineddin, R., Ghannam, M., Dent, S., Eisen, A., Trudeau, M., Kaizer, L., Earle, C., & Krzyzanowska, M. K. (2015). Population-based assessment of emergency room visits and hospitalizations among women receiving adjuvant chemotherapy for early breast cancer. *Journal of Oncology Practice*. 11(2), 126-122.
- Howell, D. (2016). Implementation of symptom protocols for nurses providing telephone-based cancer symptom management: A comparative case study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(6), 420–431.
- Nagel, D. A., & Penner, J. L. (2016). Conceptualizing telehealth in nursing practice: Advancing a conceptual model to fill a virtual gap. *Journal of Holistic Nursing*, 34(1), 91–104. <https://doi.org/10.1177/0898010115580236>
- Ontario Health-Cancer Care Ontario. (2018). Guidance for the development of a provincial approach to toxicity management summary of recommendations from the Toxicity Management Advisory Committee. <file:///C:/Users/lorraine.martelli.OH/Downloads/Summary%20document%20-%20Exec%20Summary%20-%20Recommendations%20from%20TMAC.pdf>
- Ontario Health-Cancer Care Ontario. (2019). Oncology nursing telepractice standards. Oncology Nursing Program. <https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/guidelines/full/OncologyNursingTelepracticeStandardsOncologyNursingProgram.pdf>
- Ontario Health-Cancer Care Ontario. (2022). Prevention and outpatient management of febrile neutropenia in adult cancer patients clinical practice guideline. <https://www.cancercareontario.ca/en/guidelines-advice/types-of-cancer/38561>
- Pittman, N. M., Hopman, W. M., & Mates, M. (2015). Emergency Room visits and hospital admission rates after curative chemotherapy for breast cancer *Journal of Oncology Practice*. 11(2), 120-125.
- Prince, R. M., Atenafu, E. G., & Krzyzanowska, M. K. (2015). Hospitalizations during systemic therapy for metastatic lung cancer. *JAMA Oncology*. 1(9), 1333–1339.
- Prince, R. M., Krzyzanowska, M. K., & Atenafu, E. G. (2015, May 29-June 2). Frequency and predictors of hospitalization during chemotherapy: A systematic review. 2015 ASCO Annual Meeting. Chicago, Illinois, United States. https://doi.org/10.1200/jco.2015.33.15_suppl.6583
- Stacey, D., Green, E., Ballantyne, B., Tarasuk, J., Strutkowski, M., Carley, M., Chapman, K., Kuziemy, C., Kolar, E., Sabo, B., Saucier, A., Shaw, T., Tardif, L., Truant, T., Cummings G. G., Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*, 12(6), 573–576.
- Stacey, D., Green, E., Ballantyne, B., Tarasuk, J., Skrutkowski, M., Carley, M., & Howell, D. (2016). Implementation of symptom protocols for nurses providing telephone-based cancer symptom management: A comparative case study. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 13(6), 420–431.
- Stacey, D., Jolicoeur, L., Balchin, K., Duke, K., Ludwig, C., Carley, M., Jibb, L., Kuziemy, C., Madore, S., Rambout, L., Romanick, J., Vickrs, M. M., & Martelli, L. (2020). Quality of telephone nursing services for adults with cancer and related non-emergent visits to the emergency department. *Can Oncol Nurs J.*, 3(30), 193–199.
- Stacey, D., Ludwig, C., Truant, T., Carley, M., Bennis, C., Gifford, W., & Verhaegen, M. (2018). Implementing practice guides to improve cancer symptom management in homecare: A comparative case study. *Home Health Care Management & Practice*, 31(3), 139–146.

DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

FINANCEMENT

Les auteurs de cette recherche n'ont reçu aucune subvention.