

Mieux comprendre la fonction de soutien de l'infirmière pivot en oncologie (IPO) selon la perspective d'IPO et de personnes atteintes de cancer : seconde partie

par Johanne Hébert et Lise Fillion

Résumé

Les personnes atteintes de cancer ont un large éventail de besoins durant la trajectoire de la maladie. Pour mieux y répondre, l'implantation du programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC, 1998) a introduit le rôle de l'infirmière pivot en oncologie (IPO). Un premier article a présenté la nature des besoins de personnes atteintes de cancer et du soutien apporté par l'IPO. Ce second article a pour but de mieux comprendre la fonction de soutien de l'IPO selon les IPO elles-mêmes et de décrire de façon exploratoire les interventions de soutien réalisées auprès des personnes atteintes de cancer et de leurs proches tout au long de la trajectoire de soins. L'échantillon comprend dix IPO. Elles rapportent faire des interventions de soutien pour tous les types de besoins, notamment dans les domaines informationnel (44%) et pratique, comme de la coordination de rendez-vous, d'examen d'intervenants ou de différents services (35%). Les résultats suggèrent également que l'évaluation des besoins est un prérequis à l'intervention. Finalement, toutes les participantes ont souligné l'importance de la relation d'aide et du lien de confiance pour préciser leur fonction de soutien. Ces résultats sont cohérents avec plusieurs écrits récents sur le rôle psychosocial de l'infirmière en oncologie.

Mots clés : besoins, soutien, interventions, infirmière, oncologie, navigation, rôle

Au Québec et ailleurs au Canada, l'infirmière bachelière formée en oncologie est la professionnelle la plus fréquemment choisie pour assumer le rôle d'intervenante pivot ou de « cancer patient navigator » (Doll, Barroetavena, Ellwood, Fillion, Habra, Linden & Stephen, 2007). Ce choix correspond d'ailleurs à la préférence exprimée par les personnes atteintes de cancer et consultées lors de deux études qui ont abordé cette question (Fraser, 1995; Fillion, Morin & Saint-Laurent, 2000). Ce choix correspond également à une réalité professionnelle. Le

Comité de l'évolution de la pratique infirmière en oncologie (Direction de la lutte contre le cancer, 2005) rappelle que la capacité d'évaluer la condition physique et psychosociale de la personne malade et d'exercer une surveillance clinique de sa condition fait partie intégrante du champ d'exercice professionnel de l'infirmière. Des rôles apparentés à celui de l'IPO sont décrits dans la littérature sous les vocables de : « Case manager, Clinical Coordinator, Cancer Support Nurse, Follow-up Nurse, Advanced Nurse Practice, Breast Nurse specialist, Breast Cancer Coordinator, Patient Navigator ». Malgré des différences dans leurs descriptions, ces rôles s'inscrivent selon une approche globale des soins et de services centrés sur la qualité de vie de la personne atteinte de cancer (Fillion, Morin & Saint-Laurent, 2000).

Au départ, les fonctions associées au rôle de l'intervenante pivot (évaluer, enseigner et informer, soutenir et coordonner) ont été décrites de façon générale par le Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC, 2000). Graduellement le rôle s'est vu attribuer aux infirmières spécialisées en oncologie et est devenu l'infirmière pivot en oncologie (Fillion, de Serres, Lapointe-Goupil, Bairati, Gagnon, Deschamps et al., 2006). Plus récemment, un effort a été fait au Québec par le comité consultatif des infirmières en oncologie (Direction de la lutte contre le cancer (DLCC), 2008) pour préciser davantage la nature de ces fonctions. Malgré cet effort, la définition de la fonction de soutien demeure générale et ne permet pas de préciser la nature des interventions associées à ce rôle. De plus, ce manque de précision ne permet pas de préciser les compétences attendues, ni les besoins de formation nécessaires pour les réaliser.

En précisant la nature du soutien et les interventions faites par les IPO, cette étude peut contribuer à définir la fonction de soutien concrètement et en reconnaître l'importance. Tout comme décrit dans le premier article, cette étude s'appuie sur le cadre conceptuel des soins de soutien de Fitch (1994) et sur la théorie de stress de Lazarus et Folkman (1984).

La recension des écrits qui suit permet de raffiner la formulation de l'objectif poursuivi qui est de décrire la fonction de soutien de l'IPO et les interventions s'y rapportant, à la lueur des connaissances scientifiques.

Recension des écrits

Le soutien physique

La fonction de soutien débute souvent par la reconnaissance de besoins physiques non satisfaits et s'intègre ainsi dans le vaste domaine de la gestion des symptômes (Ahlberg, Ekman & Gaston-Johansson, 2005). Le soutien à la réponse des besoins physiques ou la gestion des symptômes représente une composante majeure du rôle infirmier en oncologie (Crooks, Whelan, Reyno, Willan, Tozer, Mings et al., 2004; Page, Berger & Johnson, 2006; Pigott, Pollard, Thomson & Aranda, 2008).

La littérature suggère que la gestion des symptômes représente un défi quotidien pour l'infirmière en oncologie. Elle débute par

Au sujet des auteures



Johanne Hébert, inf. M.Sc., étudiante au doctorat en sciences infirmières, Université Laval, coordonnatrice, Unité de recherche en soins infirmiers (URSI), CHUQ



Lise Fillion, inf., Ph.D.(psychologie), professeure, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Centre de recherche en cancérologie de l'Université Laval, Hôtel-Dieu de Québec, 9 rue McMahon, Québec (QC) G1R 2J6. Tél.: 418-525-4444 ext. 15754; Téléc.: 418-691-2920

l'évaluation des symptômes physiques afin de permettre une stratégie d'intervention rapide et efficace pour répondre aux besoins de la personne atteinte de cancer.

L'étude d'Ahlberg et al. (2005) permet notamment de préciser le rôle fondamental de l'infirmière dans le dépistage de la fatigue et des symptômes de détresse physique. L'étude effectuée auprès de 60 femmes précise que la gestion des symptômes requiert non seulement des connaissances mais une compréhension de l'expérience des symptômes que vit la personne ainsi que le développement de stratégies appropriées pour donner le soutien nécessaire. Un arri-mage entre le dépistage de détresse, l'évaluation des symptômes et la sélection d'interventions ou de références appropriées apparaît nécessaire.

Le soutien informationnel

Plusieurs études soulignent l'importance de l'évaluation des besoins d'informations chez les personnes atteintes de cancer. Par exemple, l'étude de Kerr, Harrison, Medves, Tranner et Fitch (2007) précise l'importance de donner de l'information tout au long de la maladie de façon personnalisée, compréhensible et au bon moment. Le soutien informationnel amènerait une certaine quiétude de l'esprit, de l'optimisme face à la maladie et permettrait de développer de meilleures stratégies d'adaptation (Doll et al., 2007; Liu, Mok & Wong, 2005). La réponse aux besoins d'informations ou le soutien informationnel implique de donner de l'information utile afin de guider ou conseiller la personne atteinte de cancer dans ses valeurs et croyances, dans le but d'améliorer sa perception de contrôle sur la maladie, de diminuer le sentiment de confusion, d'anxiété et de peur, d'éclairer la prise de décision et de favoriser les stratégies d'adaptation à la maladie (Doll et al., 2007; Fitch, 2008).

Le soutien émotionnel

Alors que les sources de la détresse et les besoins émotionnels sont bien décrits dans les études généralement qualitatives (voir première partie), les interventions de soutien à mettre en place semblent créer une certaine confusion chez les infirmières. Goodell et Nail, (2005) concluent dans leur étude que la définition du concept «*symptômes de détresse*» manque de clarté et de spécificité. Similairement, dans une recension portant sur les soins émotionnels, Skilbeck et Payne (2003) déplorent l'imprécision des termes «*soins et soutien émotionnels*».

Des recommandations canadiennes récentes basées sur l'intégration de données probantes (Howell, Currie, Mayo, Jones, Boyle, Hack et al., 2009) fournissent heureusement des pistes de solution en matière d'intervention infirmière pour répondre aux besoins émotionnels. On y précise que la détresse est bien réelle, et afin d'en augmenter la spécificité et de mieux guider les interventions, il serait utile de la détecter et de l'évaluer dans tous les domaines de besoins. On recommande que cette évaluation soit réalisée tôt dans le continuum du cancer, souvent répétée et réalisée par les intervenants de première ligne en oncologie, dont l'infirmière et l'oncologue. Des recommandations sur le dépistage de la détresse sont également formulées (Bultz, Carlson, Dudgeon, Fillion, Fitch, Groff et al., 2009; National comprehensive cancer network (NCCN), 2008).

Dans cet ordre d'idée, l'étude de Manning-Walsh (2005a) révèle que près de 98% des femmes éprouvent au moins un symptôme de détresse. Tiffen, Sharp et O'Toole, (2005) rapportent que les personnes atteintes de cancer peuvent ne pas exprimer spontanément et librement leur détresse sans encouragement ou questionnaire. Les infirmières doivent donc être habilitées à reconnaître les signes et symptômes subjectifs et être en mesure d'évaluer les besoins non satisfaits afin de guider les interventions de soutien émotionnel. Parmi les interventions liées au soutien émotionnel, l'étude de Long, Kneafsey, Ryan et Berry (2002) nomme les explications et les encouragements rassurants, la reconnaissance des peurs et inquiétudes, la référence à un spécialiste en santé mentale (si besoin) ainsi que

la présence «être là». Ryan, Schofield, Cokburn, Buttow, Tattersall, Turner et al. (2005) concluent à l'utilité de l'utilisation de techniques de base de communication telles que l'écoute active, les questions ouvertes et les réponses centrées sur l'état émotionnel de la personne.

Le soutien psychosocial

L'évaluation initiale des besoins psychosociaux est capitale chez les personnes atteintes de cancer. L'IPO serait bien positionnée pour assumer un rôle clé dans la reconnaissance de ces besoins (de Serres & Rochette, 2004). Dans une recension des écrits concernant la gestion des besoins psychosociaux chez les femmes atteintes de cancer des ovaires, Fitch (2003) souligne l'importance de l'évaluation initiale de l'infirmière en oncologie et d'un dialogue continu afin d'être capable d'identifier les problèmes et inquiétudes et ainsi, fournir le soutien adéquat ou référer à d'autres personnes compétentes si le soutien n'est plus de son ressort. Tout comme pour les besoins émotionnels, Fitch soutient que l'infirmière doit se servir d'un outil d'évaluation ou d'un modèle sur lequel elle peut baser son évaluation pour répondre aux besoins psychosociaux. De plus, l'utilisation d'outils de mesure assure une cohérence et permet au processus d'évaluation d'être adapté individuellement à chaque personne atteinte de cancer. L'infirmière a donc une opportunité unique d'évaluer et d'adresser les besoins psychosociaux puisqu'elle est habituellement la première ligne de contact avec la personne et par le fait même, elle peut discuter des inquiétudes et des besoins, au-delà des symptômes physiques.

De plus, la suggestion de participer à des interventions psychosociales pourrait provenir de l'infirmière en oncologie (NCCN, 2008). Par exemple, la participation à un groupe de soutien par les pairs peut améliorer le bien-être et la qualité de vie de la personne atteinte de cancer. De plus, la référence à des services de soins de soutien plus spécialisés comme la psychothérapie pourrait être faite, alors que malheureusement encore très peu de personnes y sont référées (Steele & Fitch, 2008). Plusieurs auteurs proposent que le dépistage, l'évaluation et la référence appropriée peuvent constituer des interventions permettant la prévention des troubles affectifs et problèmes de santé mentale chez les personnes atteintes de cancer (Ahlberg, Ekman & Gaston-Johansson, 2005; Fitch, 2003; Kerr, Harrison & Medves, 2004, Kerr et al., 2007; Manning-Walsh, 2005b).

Le soutien spirituel

Les études réalisées par Kerr, (2004) et Richardson, Medina, Brown et Sitzia, (2007a) suggèrent que les intervenants de première ligne en oncologie sont en mesure de reconnaître et d'évaluer les besoins spirituels chez la personne atteinte de cancer et ses proches afin d'intervenir de façon appropriée.

Toutefois, une recension conclue que les besoins spirituels sont difficiles à évaluer par les soignants (Ahmed et al., 2004). Plus spécifiquement, Strang, Strang et Ternestedt, (2002) rapportent que les infirmières perçoivent le terme «spiritualité» de façon très large, incluant autant les aspects existentiels que religieux. Les auteurs concluent qu'il y a un besoin d'éducation pour détecter ce type de besoin et donner le soutien approprié. Même conclusion pour l'étude de Kuuppelomäki (2002) qui rapporte que la majorité des infirmières croient en l'importance du soutien spirituel, mais ne se sentent pas assez préparées et équipées pour offrir ce soutien.

En fait, les études suggèrent que les besoins d'ordre spirituel sont souvent peu évalués et donc non satisfaits. Les études présentées en première partie ont également mis en lumière les besoins spirituels. Dans cette seconde partie, celles rapportées font ressortir le manque de connaissance sur les interventions infirmières en lien avec ces besoins.

Le soutien pratique

Plusieurs études soulignent l'importance d'évaluer tous les besoins, y compris les besoins pratiques (pour une recension, voir Kerr et al., 2004). Dans cette recension, les auteurs soulignent que les professionnels de la santé, notamment l'infirmière, pourraient évaluer la façon dont les familles gèrent les activités de la vie quotidienne et estimer les besoins d'aide pratique tels que : l'aide à la cuisine, avec les enfants, les commissions, le transport ou le répit des aidants naturels. Néanmoins, peu d'études décrivent les interventions infirmières en lien avec les besoins d'ordre pratique. Les études recensées décrivent peu les interventions de soutien faites par l'infirmière pour répondre aux nombreux besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches. Le manque d'évaluation initiale et de compréhension des besoins est une piste à explorer davantage.

Objectif

Le deuxième objectif de cette étude est de décrire de façon exploratoire, selon la perspective des IPO, les interventions de soutien réalisées auprès des personnes atteintes de cancer et de leurs proches tout au long de la trajectoire de soins.

Méthode

La méthodologie complète de cette étude a été décrite dans le premier article.

Comme déjà mentionné, la sélection des participants s'est restreinte, de façon volontaire, à deux groupes d'acteurs : des personnes atteintes de cancer qui bénéficient d'une IPO (premier article) et des IPO provenant d'équipes locales et d'équipes suprarégionales en oncologie de la grande région de Québec, qui constituent les participantes du présent article.

Le tableau 1 présente les caractéristiques des participantes de l'étude. Le groupe comprend 10 IPO, dont 5 proviennent d'équipes locales en oncologie (équipes conjointes de Centres hospitaliers [CH] et de Centres de santé et de services sociaux [CSSS]) et 5 d'équipes suprarégionales. L'échantillon est choisi afin de diversifier l'expérience en oncologie, comme IPO, ainsi que dans la pratique. Les IPO des équipes locales conjointes CH-CSSS ont peu d'expérience à titre d'IPO au moment de la collecte des données qui se déroule en cours d'implantation du rôle, et leur clientèle est variée (sein, poumon, prostate et colorectal). Les IPO œuvrant au sein d'équipes

suprarégionales sont en place depuis en moyenne 3 ans, et ont une seule clientèle (un site tumoral précis). L'échantillon est choisi afin de diversifier l'expérience en oncologie et comme IPO.

Les entrevues sont réalisées avec un guide d'entrevue élaboré pour le programme de recherche plus large dans lequel s'inscrit la présente étude, à partir du cadre de référence de Patton (1990, 1997), adapté par Fillion et al. (2006) afin de mieux comprendre le processus d'implantation des IPO ainsi que la conceptualisation de ce rôle.

Dans le guide d'entrevue, la présence de questions ouvertes telles que : « Selon vous, quelles sont les principales fonctions de l'IPO? » n'imposent pas de réponses préétablies et favorisent la libre expression de la pensée des participants.

Résultats

Cette section débute par la présentation des participantes. Le tableau 1 présente leurs caractéristiques. Il permet d'illustrer la diversité de leurs expériences en oncologie, comme IPO et en pratique infirmière. Puis les interventions de soutien rapportées par les IPO sont précisées aux tableaux 2 et 3.

Description des interventions

Les interventions de soutien rapportées par les IPO sont illustrées à la figure 1 et résumées aux tableaux 2 et 3.

La figure 1 illustre dans l'ordre croissant, les propos recueillis des IPO concernant les interventions permettant de répondre aux besoins pratiques, informationnels, émotionnels, physiques, psychosociaux et spirituels. Toutes les IPO de l'étude ont rapporté faire des interventions de soutien afin de répondre à des besoins physiques (gestion de symptômes), des besoins informationnels et des besoins pratiques (coordination de rendez-vous, examens intervenants, services).

Le tableau 3 présente des interventions mentionnées par la majorité des IPO et concernent des interventions pouvant répondre à plus d'un besoin à la fois. Par exemple, offrir sa présence et sa disponibilité peut répondre à un besoin d'information autant qu'à un besoin émotionnel et pratique.

Interventions de soutien pour répondre aux besoins pratiques.

Les interventions qui répondent aux besoins pratiques, correspondent souvent à des activités de coordination de rendez-vous, d'exams ou de services et visent à réduire les pressions ou exigences associées à certains problèmes concrets tels que l'incapacité de prendre des rendez-vous soi-même dans un ordre chronologique

Tableau 1. Caractéristiques des participants	
Variables	IPOs (N=10)
Âge (moyen)	47,2 (32-53 ans)
Scolarité universitaire	10
Années d'expérience infirmière (moyenne)	22
≥ 9 et ≤ 25	6
> 25 et ≤ 32	4
Années d'expérience en oncologie (moyenne)	10,5
≥ 2 et ≤ 8	6
> 8 et ≤ 32	4
Mois d'expérience comme IPO	(7-66)
≥ 7 et ≤ 22	6
> 22 et ≤ 66	4

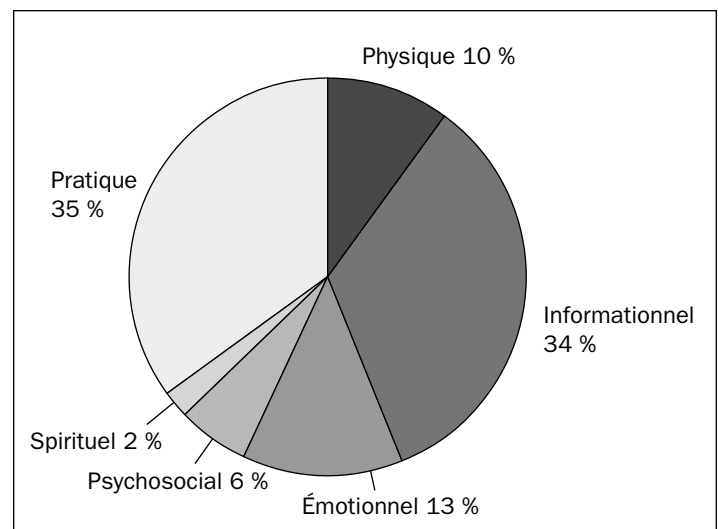


Figure 1. Interventions de soutien rapportées par les IPOs

Tableau 2. Résumé des interventions de soutien par catégories de besoins (N=10)	
Catégories de besoins	Interventions de soutien faites par l'IPO
Pratiques	<p>Coordonner les soins, les rendez-vous, les examens, les intervenants « si on voit que quelqu'un doit commencer la chimio en même temps que la radio et que les dates ne coïncident pas, on va intervenir » (28). « On va organiser les services au CLSC pour lui » (24).</p> <p>Assurer le suivi de l'information avec les divers intervenants, équipes et services et collaborer pour assurer la continuité des soins « régulièrement, je vais prendre les résultats de consultation et je les faxe au Md ou aux infirmières des soins à domicile pour qu'elles puissent être au courant de la situation » (27); « quand le patient passe du curatif au palliatif il y a un lien qui est fait par l'IPO (...) ou quand il y a un transfert au Md de famille, il faut transférer l'information » (24).</p> <p>Faire des démarches avec différents services et organismes « j'ai communiqué avec l'aide à l'entretien ménager, les coopératives d'entretien ménager... coopératif d'économie familiale... pour l'aide au transport (...) on communique pour eux s'ils ne sont pas capables » (79).</p> <p>Trouver un Md de famille « s'ils n'ont pas de médecin de famille, on essaie de leur en trouver un dès le départ, idéalement » (28).</p> <p>Organiser les services pour la personne « on va organiser les services au CLSC pour lui » (24).</p>
Informationnels	<p>Donner de l'information et faire de l'enseignement à la personne atteinte et ses proches sur divers sujets: maladie, traitements, effets secondaires, chirurgie, médication, trajectoire de soins, ressources et services disponibles, rôle des intervenants, etc.</p> <p>Suggérer des ressources « s'il n'y a pas d'aide ponctuelle à la maison, je vais suggérer des choses; de l'aide pour l'alimentation, de l'aide au transport ou pour l'hygiène (...) de l'aide au ménage pour répondre aux besoins » (1); « on leur présente beaucoup de ressources en cancer; la Fondation québécoise du cancer pour les lectures (...) puis à la Fondation il y a des prêts de volumes sur Internet gratuits (...) et il y a toute la panoplie des sites internet » (26).</p> <p>Expliquer et réexpliquer et valider la compréhension « je vérifie les grandes lignes (...) je m'assure que le principal a été compris sinon, je peux revenir par la suite... » (28); « je m'assure qu'il comprend bien sa maladie, qu'il est bien informé du stade de sa maladie, qu'il comprend bien les traitements et son plan de traitements » (1).</p> <p>Guider et conseiller la personne dans ses choix « qu'ils soient conscients, à chacune des étapes, des décisions qu'ils ont à prendre, mais avec des informations » (27).</p>
Émotionnels	<p>Donner ses coordonnées et offrir sa disponibilité « leur donne ma carte, je leur dis comment me rejoindre » (30).</p> <p>Aller rencontrer la personne lors des traitements, à l'urgence, à l'unité de soins, à la maison « quand ils viennent en clinique des tumeurs... ah, je la connais elle... ça va faire comme une réassurance »; « juste aller leur dire bonjour quand ils sont en chimio, ça crée un contact » (27).</p> <p>Encourager la personne à verbaliser les émotions « S'ils ont de la peine, ça va sortir tout seul (...) Puis il y en a qui pleurent, là souvent au téléphone (...) tu sais, les gens vont pleurer avec moi » (24); « c'est sûr que je m'informe toujours et vous, comment ça va? Comment vous trouvez ça? Avez-vous des inquiétudes » (26); « Je suis là pour répondre aux inquiétudes » (1).</p> <p>Prendre le temps de parler et répondre aux inquiétudes « je m'informe toujours, vous comment ça va? Comment vous trouvez ça? Avez-vous des inquiétudes » (26); « Je suis là pour répondre aux inquiétudes » (1).</p>
Physiques	<p>Donner de l'information/conseils concernant la gestion des symptômes « quelqu'un m'appelle pour me dire bon, j'ai tels problèmes... j'aurais besoin de... » (30); « les patients t'appellent, je suis constipée depuis 3 jours » (24); « améliorer la condition de santé si on est capable de faire une bonne gestion du malaise (...) on peut améliorer par les conseils qu'on peut leur donner » (79).</p> <p>Assurer le suivi des symptômes/malaises « il y a un suivi de l'état général à faire » (28); « vos douleurs ont-elles baissé? » (2).</p> <p>Référer rapidement quand l'état général se détériore « si j'ai un patient qui a des problématiques d'effets secondaires importants, avant de lui dire de venir à l'urgence (...) on peut voir comment on peut gérer les symptômes en référant au médecin ou à la pharmacie d'oncologie, puis par contacts téléphoniques (...) quand ils se présentent à l'urgence, c'est parce qu'ils ont un besoin, ils ont vraiment un problème » (1).</p>
Psychosociaux	<p>Encourager à aller vers les ressources disponibles « je leur dis, bien, appelez, prenez contact, puis vous allez voir si ça vous convient ou non » (25); « on les encourage fortement d'aller dans des ressources que peut-être ils connaissaient pas du tout » (28).</p> <p>Encourager à faire des démarches personnelles et à poser des questions aux différents intervenants « je trouve que c'est important que ça soit eux qui fassent les démarches (...) qu'ils aient un contact avec le milieu, est-ce qu'ils aiment ça ou pas, je suis pas dans leur peau, je peux pas le savoir » (25); « On les aide, parfois à préparer leurs rendez-vous puis on les encourage à poser des questions au Md, à aller s'informer » (26).</p> <p>Favoriser l'implication des proches « être ouvert aussi à la famille (...) essayé de faire interagir le conjoint ou la personne de la famille aussi » (28).</p>
Spirituels	<p>Accompagner activement la personne dans son questionnement « il y en a qui m'abordent même à propos de la mort puis moi, je n'ai pas peur de leur en parler (...) avec moi, on parle d'expériences (...) quand ils ne sont comme plus en traitement, mais proche de la mort, ils se demandent comment ça se passe » (24).</p> <p>Encourager la personne à verbaliser ses croyances personnelles « des fois, il y en a qui nous disent (...) je suis croyante puis ça, ça m'aide beaucoup... je fais des prières, c'est une façon de passer au travers, des choses difficiles, mais... dans le fond, je les fais plus verbaliser sur leurs croyances » (26).</p> <p>Référer à un accompagnateur de vie spirituelle ou à un prêtre « je les réfère à un accompagnateur de vie spirituelle (...) alors même si le patient n'est pas croyant n'y catholique, il va aller le voir pareil » (25).</p>

Tableau 3. Interventions de soutien pouvant répondre à plusieurs besoins
Interventions de soutien faites par l'IPO
<p>Offrir sa présence, sa disponibilité durant toute la trajectoire de soins à la personne et ses proches (p. ex. par contact téléphonique)</p> <p>« dès l'annonce du diagnostic, on leur donne le n° de téléphone, on leur dit, si vous avez des besoins, on est là dans tout le continuum de soins » (2) ; « On est là à l'annonce du diagnostic (...) on va les voir quand ils sont hospitalisés (...), on les voit quand ils ont leur prescription (...) leur premier traitement de chimio » (27); « on est toujours un petit peu quelque part, soit en 1^{re} ligne, 2^e ligne, mais on est toujours là » (25)</p> <p>« puis on est là aussi, justement pour leurs proches... pour eux autres aussi il y a des préoccupations... » (26); « il faut être présente pour la famille, notre travail, c'est ça » (1).</p>
<p>Rencontrer rapidement la personne, le plus près possible du diagnostic</p> <p>« les expériences que j'ai vécues où j'ai rencontré les patients tout de suite au diagnostic, ça été les meilleures relations que j'ai eues avec le patient parce qu'il s'établit un lien de confiance tout de suite » (24).</p>
<p>Écouter activement la personne atteinte et ses proches et les accompagner tout au long de la trajectoire de soins</p> <p>« je vois le rôle de soutien de l'IPO c'est de faire beaucoup d'écoute. C'est énormément ça, puis si ça devient plus que ça que le patient a besoin, bien, à ce moment-là, bien, on le réfère » (25).</p>
<p>Référer la personne et/ou les proches vers différents intervenants et ressources adaptés aux besoins et demandes</p> <p>« Quand je constate qu'une personne est en détresse ou semble avoir plus besoin de soutien, je vais la référer (...) je vais beaucoup en référence... » (30)</p> <p>« le soutien peut-être à l'interne (...) on a des équipes de travailleurs sociaux, de psycho-oncologues (...) ou à l'externe, des ressources qu'il faut offrir aux gens » (1).</p>
<p>Donner de l'information et répondre aux questions selon les besoins</p> <p>Le rôle de l'IPO et des divers intervenants; la maladie et son évolution; les traitements et leurs effets secondaires; la chirurgie; la médication; la trajectoire de soins (p. ex. les transitions); le fonctionnement du réseau de soins et du milieu hospitalier (p. ex. salle de chimio); les services et les ressources disponibles à l'interne (p. ex. psycho-oncologie et pastorale) et à l'externe (p. ex. CLSC, soins palliatifs, services communautaires).</p>
<p>Évaluer et réévaluer continuellement durant la trajectoire de soins</p> <p>« il va avoir une rencontre initiale, mais après ça, notre suivi, on réévalue toujours là... puis on essaie de trouver qu'est-ce qui va venir répondre aux besoins de la personne » (26).</p>
<p>Encourager les liens avec le Md de famille</p> <p>« il faut s'assurer que le patient continue d'aller voir son médecin, pour éviter de briser le lien avec le médecin en cours de suivi oncologique » (27).</p>
<p>Assurer le suivi post-traitement</p> <p>« transmettez les coordonnées à votre médecin de famille, puis si y a quelque chose, y peut me téléphoner puis... fait que si lui, y a une problématique ou y a quelque chose qui lui manque dans... bon, il peut m'appeler puis on va faire le lien » (25).</p>

de traitement ou le manque de connaissance des services offerts dans la communauté. Toutes les IPO de l'étude rapportent plusieurs interventions de soutien dans ce domaine (voir tableau 3). Elles coordonnent les soins avec différents intervenants, organisent les rendez-vous, organisent les ressources et services comme par exemple : les services du Centre local de services communautaires (CLSC), l'aide au transport, le centre de jour, la popote roulante, l'aide à l'entretien ménager, la coopérative d'économie familiale). Elles transmettent de l'information (p. ex. notes d'évolution, résumé de dossier) aux différents intervenants (p. ex. médecin de famille, infirmière du CLSC) ou vers d'autres équipes et services (p. ex. soins palliatifs, infirmière de liaison, CLSC). De plus, elles s'assurent que la personne maintienne le lien avec son médecin de famille ou font les démarches pour lui en trouver un.

Interventions de soutien pour répondre aux besoins informationnels. Les interventions pour répondre aux besoins informationnels correspondent à de l'information ou de l'enseignement donné aux personnes atteintes de cancer et leurs proches dans le but de réduire la confusion, la perception de menace (anxiété, peurs), faciliter la prise de décision et favoriser l'acquisition d'habiletés telles que le développement de stratégies d'adaptation à la maladie et le sentiment de contrôle face à la situation. Toutes les IPO ont dit donner de l'information reliée à divers besoins et répondre aux questions des personnes atteintes et de leurs proches.

Interventions de soutien pour répondre aux besoins émotionnels. Les interventions pour répondre aux besoins émotionnels réfèrent à des activités permettant à la personne de se sentir à l'aise sur le plan émotionnel, d'éprouver un sentiment d'appartenance et de compréhension et d'être rassurée durant les périodes difficiles comme le début des traitements ou lors d'effets secondaires importants. Dans ce domaine, les IPO mentionnent donner leurs coordonnées et être accessibles tout au long de la trajectoire de soins. Elles rapportent l'importance d'établir un contact direct avec la personne et d'aller, par exemple, la rencontrer lorsqu'elle se présente à l'hôpital. Elles prennent le temps de parler avec les personnes, de les écouter activement dans le but de faciliter l'expression de leurs émotions. De plus, les IPO ont rapporté évaluer les besoins émotionnels en questionnant l'état émotionnel et la perception que la personne a de sa situation, de même qu'en explorant sa perception de sa capacité à s'adapter à sa situation tout au long de la trajectoire de la maladie.

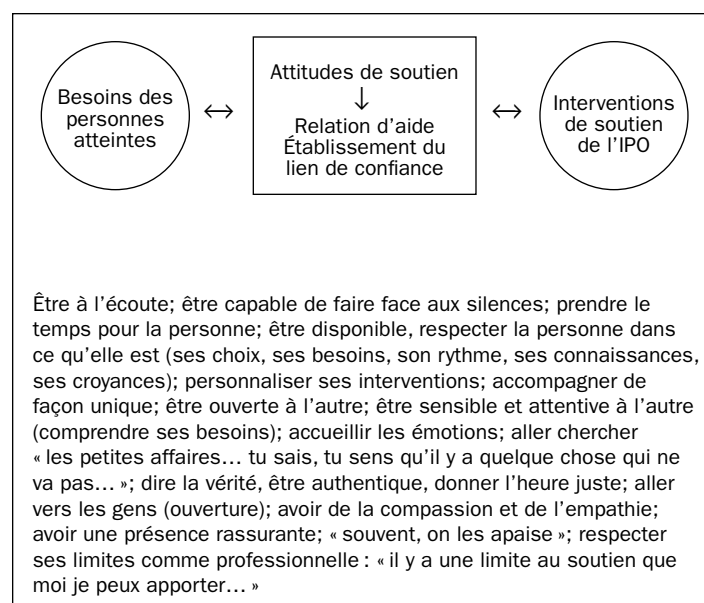


Figure 2. Attitudes de soutien rapportées par les IPOs

Interventions de soutien pour répondre aux besoins physiques. Les interventions pour répondre aux besoins physiques correspondent exclusivement à la gestion de symptômes. Dans ce domaine, l'IPO donne de l'information et des conseils adaptés à chaque personne selon la maladie et les traitements associés pour favoriser l'acquisition d'habiletés et faciliter l'adaptation aux changements liés à la maladie. La gestion des symptômes et des malaises physiques est rapportée pour toutes les IPO. Elles donnent de l'information et des conseils, assurent le suivi des symptômes et réfèrent rapidement avant que l'état général de la personne se détériore. Une IPO résume bien les interventions de soutien liées à la gestion des symptômes «*la gestion des symptômes, c'est tout le temps (...) c'est à chaque fois que l'on voit les gens*» (30).

Interventions de soutien pour les besoins psychosociaux. Les interventions pour répondre aux besoins psychosociaux visent à renforcer les stratégies d'adaptation pour composer avec la maladie et ses conséquences, à favoriser l'autonomie de la personne et l'implication des proches. Les interventions rapportées par les IPO sont d'encourager la personne à aller vers des ressources, favoriser les démarches personnelles et impliquer les proches dans les soins et les activités quotidiennes.

De plus, comme pour les besoins émotionnels, les IPO décrivent évaluer les perceptions et la capacité d'adaptation des personnes, les stratégies d'adaptation possibles et les ressources d'aide dont elles disposent; enfants, famille, conjoint.

Interventions de soutien pour répondre aux besoins spirituels. Les interventions pour répondre aux besoins spirituels visent les besoins liés à la quête de sens, aux valeurs et priorités personnelles, et à l'espoir. À l'instar des personnes atteintes de cancer, les IPO ont peu parlé des besoins spirituels. Les interventions nommées par les IPO correspondent à l'écoute et l'accompagnement de la personne dans son questionnement sur la mort.

Par ailleurs, des **interventions de soutien pouvant répondre à plusieurs types de besoins** ont été mentionnées par les IPO et sont résumées au tableau 4. Plusieurs sont rapportées par toutes les IPO de l'étude, notamment offrir sa présence et sa disponibilité, écouter activement, référer vers des ressources appropriées, donner de l'information sur différents sujets et évaluer continuellement les besoins tout au long de la trajectoire de soins.

En résumé, les IPO mentionnent faire des interventions de soutien dans tous les domaines de besoins durant toute la trajectoire de soins. Plusieurs interventions gravitent autour des besoins pratiques (coordination) et informationnels (informations et gestions de symptômes). Les domaines émotionnel, psychosocial et spirituel viennent ensuite.

Les attitudes nécessaires au soutien

Lors de l'analyse des données, une nouvelle catégorie a émergé. Toutes les participantes ont soulevé l'importance de la relation d'aide et du lien de confiance pour préciser leur fonction de soutien. Le riche contenu des entrevues a permis de mettre en relief la qualité de la relation d'aide comme une dimension importante du soutien apporté par l'IPO. La relation d'aide ne relève pas d'une intervention spécifique, mais plutôt, d'une attitude aidante, d'un savoir être. Pour reconnaître les besoins de soutien de la personne atteinte de cancer et ajuster l'intervention appropriée à ses besoins, l'établissement d'une relation de confiance est décrit comme un élément essentiel du soutien. La figure 2 illustre comment les IPO situent la relation d'aide comme un élément de liaison entre les besoins de la personne et l'intervention de soutien.

Discussion

Cette étude avait deux objectifs. Le premier visait à explorer la nature des besoins de soutien durant la trajectoire de la maladie selon la perspective des personnes atteintes de cancer et les résultats ont été discutés dans un premier article.

Le second objectif visait à décrire concrètement les interventions faites par les IPO pour répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer et leurs proches. Les interventions en lien avec la coordination et l'information de diverses natures, incluant la gestion de symptômes, sont rapportées par toutes les participantes de l'étude. Comme décrites par le CEPIO (Direction de la lutte contre le cancer, 2005) les interventions de soutien pour les besoins de nature pratique, notamment la coordination des soins, l'organisation des services et la continuité des soins, aident à réduire les exigences placées sur la personne atteinte de cancer durant la trajectoire de soins. Ces interventions de coordination ont été celles les plus rapportées et décrites en terme de fréquence par les IPO. Pourtant, peu d'études décrivent ces besoins souvent associés à l'aide directe nécessaire à la personne pour s'adapter aux activités de la vie quotidienne perturbées par la maladie (Kerr et al., 2004).

Dans le même ordre de résultats, donner de l'information reliée à divers domaines de besoins et répondre aux différentes questions sont des interventions de soutien quotidiennes pour l'IPO. Toutes les participantes ont parlé abondamment des informations qu'elles donnent à chaque rencontre, notamment pour faciliter la gestion des symptômes reliés aux traitements et à la maladie. La gestion des symptômes est une composante majeure des interventions de soutien de l'IPO, ce qui s'avère cohérent avec la littérature (Ahlberg et al., 2005; Crooks et al., 2004; Page et al., 2006; Pigott et al., 2008).

Par ailleurs, les interventions nommées par les IPO pour soutenir les besoins émotionnels sont surtout associées à la disponibilité, la présence ainsi qu'à la relation thérapeutique. Il est surprenant de constater que les interventions pour répondre aux besoins émotionnels viennent après les interventions de coordination et d'information. Il est possible que cela s'explique par une difficulté à dépister la détresse. Les IPO ont en effet peu parlé du dépistage. Certaines personnes peuvent ne pas exprimer spontanément leur détresse sans encouragement ou questionnaire à cet effet. Cette explication est cohérente avec la suggestion que l'infirmière doit être habilitée à reconnaître les signes et symptômes pouvant exprimer de la détresse (Tiffen et al., 2005). Une autre explication correspond au fait que la détresse est souvent en lien avec des besoins de différents domaines et varie dans la trajectoire de soins. Les interventions devraient s'ajuster aux différents stades de la maladie et du traitement pour donner un maximum de soutien (Cruikshank, Kennedy, Lockhart, Dosser & Dallas, 2008).

Certaines interventions pour gérer la détresse suggérées par le NCCN (2008) tel que donner de l'information et s'assurer de la compréhension, gérer les symptômes, établir un lien de confiance, assurer la continuité, gérer les symptômes et référer la personne ou les proches à des intervenants appropriés ont été rapportées par les IPO dans la présente étude.

Les interventions nommées par les IPO pour répondre aux besoins psychosociaux concernent notamment l'évaluation des ressources de la personne et la référence vers de l'aide appropriée. De plus, les IPO disent favoriser les démarches personnelles d'abord avant de faire les démarches pour la personne. L'importance d'impliquer les proches dans le cheminement de la personne atteinte est rapportée par les IPO. Fillion, de Serres, Cook, Goupil, Bairati et Doll (2009) décrivent l'*empowerment* comme une dimension centrale du rôle de l'IPO. Stephens, Osowski, Fidale et Spagnoli (2008) soulignent l'importance du soutien social (famille, amis, collègues) dans l'adaptation à la maladie chez les personnes atteintes de cancer.

Concernant les besoins spirituels, décrits comme étant de nature intime et personnelle par les personnes atteintes de cancer, il n'est pas étonnant de constater que peu d'IPO ont abordé ces besoins. Les interventions de soutien rapportées dans ce domaine ont été en termes d'écoute et de référence. D'ailleurs, Kerr et al. (2004) rapportent que les besoins spirituels sont décrits avec moins de détails que les autres besoins.

Les résultats suggèrent également une dimension importante qui ne relève pas d'une intervention précise, mais d'une façon

d'être qui fait que l'on gagne la confiance et que l'on porte attention à tous les aspects de la qualité de vie de la personne atteinte de cancer (Kruijver, Kerkstra, Bensing & van de Wiel, 2000), l'attitude de soutien. L'ensemble des IPO ont rapporté cette dimension de différentes façons. Une constante est observée à l'intérieur de ces propos : l'importance de la communication avec la personne. Ces résultats sont cohérents avec la littérature. La communication est un aspect primordial des soins infirmiers et peut améliorer les résultats de soins chez les personnes atteintes de cancer (Skilbeck & Payne, 2003).

L'étude de Thorne, Hislop, Armstrong et Oglov (2008) précise l'effet positif d'une communication efficace avec les professionnels de la santé et à l'inverse, une mauvaise communication augmente la détresse émotionnelle et le sentiment de désespoir. La relation thérapeutique est décrite comme une relation humaine entre l'infirmière et la personne atteinte de cancer qui se manifeste par la présence, le temps ou la disponibilité accordée, l'écoute active offerte, l'intérêt démontré et l'aide offerte (Richardson, Plant, Moore, Medina, Cornwall, & Recam 2007b).

Implications pour la pratique et la recherche

Dans cette perspective, la précision de la fonction de soutien des IPO telle que l'a permise l'utilisation du cadre de Fitch, (1994) correspond bien aux fonctions décrites par le CQLC (2000) et le CEPIO (Direction de la lutte contre le cancer, 2005). En effet, comme les résultats le précisent, la fonction de soutien implique plusieurs interventions et s'avère complexe. Préciser concrètement les interventions s'y rapportant peut favoriser la sélection des compétences nécessaires pour assumer les tâches liées à ce rôle. De plus, la définition de la fonction de soutien peut permettre de mieux encadrer la formation initiale et favoriser la mise en place d'outils d'évaluation, de dépistage et de référence nécessaires.

L'interprétation des résultats suggère qu'il serait avantageux pour l'IPO de dépister la détresse de façon précoce à l'aide d'instruments valides et référer lorsque la détresse devient trop élevée (Bauwens, Baillon, Distelmans & Theuns, 2009; NCCN, 2008). Il serait d'ailleurs utile de documenter le lien entre outiller l'IPO pour améliorer le dépistage et l'évaluation des besoins tout au long de la trajectoire de soins et sa capacité d'intervenir rapidement et adéquatement pour diminuer les besoins non satisfaits de la personne atteinte de cancer et ses proches.

Limites et forces

Malgré l'effort fait dans cette étude pour définir concrètement la nature des interventions de soutien faites par l'IPO, certaines limites doivent être considérées dans l'interprétation des résultats. Tout d'abord, rappelons la limite inhérente associée à l'utilisation d'un cadre conceptuel pour l'analyse des données. Également, bien que certaines questions étaient directement en lien avec le soutien la grande majorité d'entre elles n'étaient pas spécifiquement destinée au soutien ce qui fait que certaines dimensions, dont l'exploration plus approfondie des besoins non satisfaits n'ont pu être couverts. Malgré cette limite, le recours à ce cadre comporte des

avantages, car il permet de préciser la nature du soutien et des activités professionnelles associées et son importance comme composante majeure du rôle de l'IPO.

Finalement, la limite associée à l'approche qualitative et à l'échantillon raisonné ne permet pas de généraliser les résultats. La description en profondeur et la diversité des participants permettent par ailleurs de mieux comprendre la fonction complexe de soutien lié au rôle de l'IPO. L'inclusion des IPO locales et suprarégionales a permis de dresser un premier portrait de l'étendue possible de leurs interventions.

Conclusion

Les personnes atteintes de cancer expriment plusieurs types de besoins à travers la trajectoire de la maladie. L'IPO assume un rôle clé dans l'évaluation de ces besoins et le soutien apporté par des interventions ciblées. Bien qu'une majorité de besoins exprimés se situent dans les domaines de besoins émotionnel et informationnel, la réalisation de l'étude met en relief que tous les besoins doivent faire l'objet d'une évaluation de la part de l'IPO pour permettre une stratégie d'intervention rapide, efficace et centrée sur les besoins de la personne touchée par le cancer.

Bien que plusieurs interventions de soutien rapportées par les IPO relèvent des domaines informationnel et pratique, les interventions rapportées par les IPO permettent de répondre à l'ensemble des besoins des personnes atteintes de cancer. L'étude fait toutefois ressortir des lacunes possibles de même que des pistes d'amélioration pour répondre aux besoins émotionnels et spirituels en s'assurant notamment d'aborder ces domaines lors de l'évaluation initiale. Enfin, l'étude met en relief qu'une dimension importante du soutien de l'IPO relève de l'attitude aidante, d'un savoir être qui favorise le lien de confiance qu'elle établit avec la personne et ses proches. ❖

Remerciements

Remerciements à Huguette Ouellet (Direction régionale de la santé physique, des affaires médicales et universitaires, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale [ASSS-03]), Daniel La Roche (Adjoint à la directrice, Secteur coordination des services de médecine spécialisée, Direction des affaires médicales, universitaires et hospitalières, ASSS-03), Francine Koënik (Coordonnatrice du Programme de lutte contre le cancer, CHA), Danielle Fluet (Cogestionnaire clinico-administrative, Regroupement de clientèles en oncologie et maladies évolutives chroniques, CHUQ), Marlène Imbeault (Directrice administrative adjointe à la direction des services professionnels et hospitaliers, CSSS de la Vieille-Capitale) et Sylvie Bonneau (Directrice adjointe aux services généraux, CSSS de Québec-Nord), pour leur contribution en tant que partenaires de l'équipe de recherche dans les différents établissements impliqués. Remerciements à Anne Marie Veillette pour la coordination du plus vaste projet de recherche. Remerciements à toutes les infirmières pivots et à tous les intervenants et administrateurs des centres hospitaliers et des CSSS qui ont cru en ce projet et qui ont participé à la démarche.

Cette étude a été financée, en partenariat, par l'ASSS-03, le Partenariat canadien contre le cancer (PCC) et les IRSC (Programme de subventions aux équipes en voie de formation).

Références

- Ahlberg, K., Ekman, T., & Gaston-Johansson, F. (2005). Fatigue, psychological distress, coping resources, and functional status during radiotherapy for uterine cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32(3), 633-640.
- Ahmed, N., Ahmedzai, S.H., Vora, V., Hillam, V., & Paz, S. (2004). Supportive care for patients with gastrointestinal cancer (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, art. No.: CD003445. DOI:10.1002/14651858.CD003445.pub2
- Bauwens, S., Baillon, C., Distelmans, W., & Theuns, P. (2009). The Distress Barometer: Validation of method of combining the Distress Thermometer with a rated complaint scale. *Psycho-Oncology*, 18(5), 534-542.
- Bultz, B., Carlson, L., Dudgeon, D., Fillion, L., Fitch, M., Groff, S., et al. (2009). *Implementation screening for distress, the 6th vital sign: Background, recommendations, and implementation*. Toronto: Canadian Partnership against Cancer (cancer journey action group).

- Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC). (2000). *L'intervenant pivot en oncologie: un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer*. Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Crooks, D.L., Whelan, T.J., Reyno, L., Willan, A., Tozer, R., Mings, D., et al. (2004). The Initial Health Assessment: An intervention to identify the supportive care needs of cancer patients. *Support Care Cancer*, 12, 19-24.
- Cruickshank, S., Kennedy, C., Lockhart, K., Dosser, I., & Dallas, L. (2008). Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. Art. No.:CD005634. doi 10.1002/14651858.CD005634.pub2
- De Serres, M., & Rochette, M. (2004). *Les infirmières pivots en oncologie au Québec: l'état de la situation en 2004*. Présentation faite au forum sur l'infirmière pivot en oncologie, Longueuil, 26 mars.
- Direction de la lutte contre le cancer (DLCC). (2005). *Pour optimiser la contribution de l'infirmière à la lutte contre le cancer*. Comité de l'évolution de la pratique infirmière en oncologie (CEPIO). Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Direction de la lutte contre le cancer. (2008). Rôle de l'infirmière pivot en oncologie. Comité consultatif des infirmières en oncologie. Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Doll, R., Barroetavena, M.C., Ellwood, A.L., Fillion, L., Habra, M.E., Linden, W., & Stephen, J. (2007). The Cancer Care Navigator: Toward a conceptual framework for a new role in oncology. *Oncology Exchange*, 6(4), 28-35.
- Fillion, L., Morin, D., & Saint-Laurent, L. (2000). *Description du concept de l'intervenant pivot : approche théorique et qualitative* (rapport présenté à l'équipe de recherche sur le dossier clinique informatisé en oncologie). Québec. Université Laval.
- Fillion, L., de Serres, M., Lapointe-Goupil, R., Bairati, I., Gagnon, P., Deschamps et al. (2006). Implantation d'une infirmière pivot en oncologie dans un centre hospitalier universitaire. *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 16(1), 5-17.
- Fillion, L., de Serres, M., Cook, S., Goupil, R. L., Bairati, I., & Doll, R. (2009). Professional patient navigation in head and neck cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 25(3), 212-221.
- Fitch, M.I. (1994). *Providing supportive care for individuals living with cancer*. Toronto. Cancer Treatment and Research Foundation.
- Fitch, M.I. (2003). Psychosocial management of patients with recurrent ovarian cancer: Treating the whole patient to improve quality of life. *Seminars in Oncology Nursing*, 19(3), 40-53.
- Fitch, M.I. (2008). Cadre des soins de soutien. *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 18(1), 15-24.
- Fraser, A. (1995). *Pour une meilleure compréhension des besoins des personnes atteintes de cancer*. Québec. Comité consultatif sur le cancer. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Goodell, T.T., & Nail, L.M. (2005). Operationalizing symptom distress in adults with cancer: A literature synthesis. *Oncology Nursing Forum*, 32(2), 42-47.
- Howell, D., Currie, S., Mayo, S., Jones, G., Boyle, M., Hack, T., et al. (2009). *A Pan-Canadian clinical practice guideline: Assessment of psychosocial health care needs of the adult Cancer Patient*. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer (Cancer Journey Action Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology.
- Kerr, L.-M.J., Harrison, M.B., & Medves, J. (2004). Supportive care needs of parents of children with cancer: Transition from diagnosis to treatment. *Oncology Nursing Forum*, 31(6), 116-126.
- Kerr, L.-M.J., Harrison, M.B., Medves, J., Tranmer, J.E., & Fitch, M.I. (2007). Understanding the supportive care needs of parents of children with cancer: An approach to local needs assessment. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 24(5), 279-293.
- Kruijver, I.P., Kerkstra, A., Bensing, J.M., & van de Wiel, H.B. (2000). Nurse-patient communication in cancer care: A review of the literature. *Cancer Nursing*, 23(1), 20-31.
- Kuuppelomäki, M. (2002). Spiritual support for families of patients with cancer: A pilot study of nursing staff assessments. *Cancer Nursing*, 25(3), 209-218.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Liu, J.-E., Mok, E., & Wong, T. (2005). Perceptions of supportive communication in Chinese patients with cancer: Experiences and expectations. *Journal of Advanced Nursing*, 52(3), 262-270.
- Long, A.F., Kneafsey, R., Ryan, J., & Berry, J. (2002). The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 70-78.
- Manning-Walsh, J. (2005a). Social support as a mediator between symptom distress and quality of life in women with breast cancer. *Journal of Obstetric, gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(4), 482-493.
- Manning-Walsh, J. (2005b). Psychospiritual well-being and symptom distress in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32(3), 56-62.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1998). Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe. Comité consultatif. Bibliothèque Nationale du Québec. Octobre.
- National comprehensive cancer network (NCCN). (2008). *Distress management*. Clinical practice guidelines in oncology, V.1.
- Page, M.S., Berger, A.M., & Johnson, L.B. (2006). Putting evidence into practice: Evidence-based interventions for sleep-wake disturbances. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(6), 753-767.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed., p. 532). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Patton, M.Q. (1997). *Utilization-focused evaluation: The new century text* (3rd ed., p. 431). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pigott, C., Pollard, A., Thomson, K., & Aranda, S. (2008). Unmet needs in cancer patients: Development of a supportive needs screening tool (SNST). *Support Care Cancer*, 17(1), 33-45.
- Richardson, A., Medina, J., Brown, V., & Sitzia, J. (2007a). Patients' needs assessment in cancer care: A review of assessment tools. *Support Cancer Care*, 15, 1125-1144.
- Richardson, A., Plant, H., Moore, S., Medina, J., Cornwall, A., & Recam, E. (2007b). Developing supportive care for family members of people with lung cancer: A feasibility study. *Support Care Cancer*, 15, 1259-1269.
- Ryan, H., Schofield, P., Cockburn, J., Buttow, P., Tattersall, M., Turner, J., et al. (2005). How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 14, 7-15.
- Skilbeck, J., & Payne, S. (2003). Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialist in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 521-530.
- Steele, R., & Fitch, M.I. (2008). Supportive care needs of women with gynecologic cancer. *Cancer Nursing*, 31(4), 284-291.
- Stephens, P.A., Osowski, M., Fidale, M.S., & Spagnoli, C. (2008). Identifying the educational needs and concerns of newly diagnosed patients with breast cancer after surgery. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 253-258.
- Strang, S., Strang, P., & Ternstedt, B.M. (2002). Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 48-57.
- Thorne, S.E., Hislop, T.G., Armstrong, E.A., & Oglov, V. (2008). Cancer care communication: The power to harm and the power to heal? *Patient Education and Counseling*, 71, 34-40.
- Tiffen, J., Sharp, L., & O'Toole, C. (2005). Depressive symptoms prescreening and postscreening among returning participants in an ovarian cancer early detection program. *Cancer Nursing*, 28(4), 325-330.