

Article offert EN LIGNE

Courage, cœur et intelligence

par Carole Beals et Lynne Penton

Au moment d'accepter le prix de conférence Schering, nous avons examiné le thème de notre conférence annuelle en réfléchissant sur ce qu'avaient été nos expériences durant l'élaboration, la mise en place et la diffusion des ordonnances collectives relatives aux patients en soins palliatifs de toute notre région. Certes, nous avons eu recours à nos cœurs, à nos esprits et à nos voix, mais en plus de tout cela, à une certaine dose de courage pour effectuer un changement de pratique piloté par des infirmières.

Cette conférence intégrera les éléments fondamentaux que sont le courage, le cœur et l'intelligence, les reliant au cadre théorique conçu par Alison Kitson et ses collègues (Kitson, McCormack et Harvey, 1998) et qui vise à favoriser une pratique fondée sur les données probantes. Alors que nous nous transportons « quelque part au-

Carole Beals a obtenu son diplôme d'infirmière du London Hospital. Elle a ensuite obtenu son B.Sc.inf. de l'Université Laurentienne et poursuit actuellement son dernier cours du programme de maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Toronto.

Carole s'est méritée la désignation « Certifiée en soins infirmiers en oncologie » de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et a obtenu un certificat de spécialisation en oncologie de l'adulte délivré par l'Université McMaster. Elle a œuvré dans divers domaines de l'oncologie à l'hôpital Royal Victoria de Barrie notamment en administration de la chimiothérapie, en soins intégraux et en tant qu'instructrice clinique; elle est actuellement la coordonnatrice régionale de l'oncologie chirurgicale. En 2005, Carole a été l'une des récipiendaires du Prix de mentorat ACIO/Eli Lilly Canada en leadership infirmier en oncologie.

Lynne Penton a obtenu son diplôme d'infirmière de l'École de sciences infirmières du Royal Children's Hospital, Melbourne, Australie, et est titulaire d'un B.Sc.inf. de l'Université York à Toronto, d'un Certificat en soins infirmiers en oncologie pour adultes de l'Université McMaster à Hamilton et a obtenu une maîtrise en soins infirmiers cliniques de l'Université de Toronto. Lynne a suivi avec succès, en 2008, le Post Masters Acute Care Adult Nurse Practitioner Program offert par l'Université de Toronto et a passé l'examen provincial d'infirmière praticienne, catégorie spécialisée, soins de l'adulte.

Lynne a élaboré le programme d'études du Certificat en oncologie offert par le Georgian College et a enseigné à temps partiel au sein du programme. Elle a siégé au comité provincial de développement des directives de la télépratique pour les infirmières en oncologie. Elle a donné, dans le cadre de conférences locales et nationales, des présentations orales sur des sujets liés aux soins infirmiers en cancérologie. En septembre 2005, elle a été élue au conseil d'administration de l'ACIO à titre de conseillère générale, Pratique professionnelle et elle dirige actuellement le projet de diffusion du document Compétences de l'infirmière spécialisée en oncologie.

Cet article est dédié à la mémoire de Brenda Smith (1954–2008), ancienne directrice du North Simcoe Muskoka Palliative Care Network, une amie et collègue fort appréciée et respectée — qui était une femme d'action et qui nous manque beaucoup.

delà de l'arc-en-ciel », autrement dit à North Simcoe Muskoka, et que nous décrivons notre périple, suivez-nous à la recherche du merveilleux magicien d'Oz (Baum, 1939).

Le malaise

Notre histoire commence par une réunion de section de l'Association canadienne des infirmières en oncologie (ACIO), avec une discussion ouverte sur les problématiques actuelles, et où, pour la première fois, certains remous de mécontentement émergent comme un leitmotiv. Des infirmières appartenant à divers organismes et représentant différents rôles de pratique expriment un message global de frustration et de désarroi face à la gestion fragmentaire et disparate des symptômes dans les soins aux patients atteints d'un cancer incurable, dont elles sont parfois témoins. Il est manifeste que ceux qui ont l'autorité de prescrire des traitements efficaces ne le font pas toujours. Devant la rareté des soins fondés sur les connaissances et les données probantes, les infirmières se sentaient impuissantes et découragées. Une solution possible à cette pénurie serait l'élaboration d'un système d'ordonnances d'admission collectives tenant compte de chaque composante de la gestion des symptômes pendant la phase palliative, encourageant la pratique interdisciplinaire et favorisant l'accès efficace et opportun aux interventions médicales et infirmières dont les patients ont besoin. Ceci favoriserait aussi une pratique uniforme dans l'ensemble de la région. Mais comment deux infirmières sans grande autorité et avec une influence minime pourraient-elles changer la façon dont on soigne nos patients dans toute notre région? Avions-nous les qualités personnelles, la force d'esprit et le courage nécessaires pour pénétrer un territoire mal connu?

Le décor

En 2004, le gouvernement de l'Ontario annonçait son intention d'apporter un soutien à l'élaboration d'une stratégie provinciale globale de fin de vie (Action Cancer Ontario [ACO], 2006, 7). Les enjeux incluaient l'amélioration de l'accessibilité, de la coordination et de la cohérence des services et des soutiens de part et d'autre de la province. En novembre de la même année, ACO publiait le Plan de lutte contre le cancer, un document de grande portée visant à faire face aux disparités dans la prestation des soins contre le cancer observables à l'échelle provinciale. Cet organisme constatait également que, pour améliorer la qualité des soins palliatifs fournis aux patients, il faudrait une orientation stratégique majeure. Indissociables des étapes devant mener à la réalisation de cette vision, une gestion opportune et appropriée des symptômes et la généralisation du recours aux données probantes, par le biais de l'élaboration, de l'implantation et de la diffusion de directives et de normes scientifiquement fondées, étaient incontournables.

ACO a inclus dans le mandat du programme régional de lutte contre le cancer la responsabilité de rassembler les prestataires de soins et les membres de la collectivité d'une même région pour trouver des solutions aux problèmes locaux en matière de cancer. Pour une région, il est important de maximiser les possibilités qu'offrent ces initiatives provinciales (Action Cancer Ontario, 2004).

En août 2006, l'ACIO publiait les *Normes de soins et compétences de l'infirmière spécialisée en oncologie*. Le texte du troisième domaine de pratique fait référence à « [l']application et l'intégration] des connaissances relatives ...aux effets secondaires et complications liés au traitement et aux problèmes associés aux symptômes » du cancer (Association canadienne des infirmières en oncologie [ACIO], 2006, 11). La compétence se démontre par la compréhension du processus morbide, de la progression de la maladie, du pronostic et du tableau clinique. Nous avons l'espoir que cet ouvrage aiderait les infirmières à mettre cette compétence en pratique.

En mars 2006, le gouvernement de l'Ontario établissait un nouveau modèle de prestation des soins de santé. Sous le nom de Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et de Local Health Integration Networks (LHINs) en anglais, 14 organismes « à but non lucratif » étaient institués, avec mission de collaborer avec les prestataires locaux et les membres de la collectivité afin de définir les priorités de la région en matière de santé. Ce nouveau modèle régional était mis en place en réponse à la fragmentation des services de santé. Le mandat des RLISS englobe la planification, l'intégration et le financement à l'échelle régionale (North Simcoe Muskoka Local Health (LHIN 12) Integration Network [NSMLHIN], 2006). Il est assez impressionnant de constater que les RLISS contrôlent près des deux tiers des 37,9 milliards de dollars du budget de santé de la province. Pendant que les RLISS se concrétisaient, des groupes de discussion issus de la collectivité se réunissaient pour définir les initiatives stratégiques clés du RLISS 12. L'amélioration de l'accès aux soins palliatifs dans toute la région constituait une priorité. Au cours des dernières années, un réseau non officiel de prestataires de soins palliatifs avait entrepris avec succès certaines démarches, comme par exemple de fournir des trousseaux d'urgence pour le soulagement des symptômes à domicile. On propose aussi actuellement la création d'équipes de consultation pour soins palliatifs, de service le jour et la nuit, sept jours par semaine. Le développement du Réseau de soins palliatifs dans Simcoe Nord Muskoka ainsi que l'ouverture du nouveau centre régional d'oncologie prévue pour 2011 procurera à tous les patients atteints de cancer une meilleure accessibilité aux services.

Les défis régionaux

En juillet 2006, le profil démographique du RLISS 12 révélait que la croissance annuelle de la population de la région avait pratiquement doublé au cours des dix dernières années en comparaison de celle de la province. Pendant cette période, la croissance cumulative de population était de 66 pour cent à Barrie, de 97 pour cent à Wagsa Beach et de 40 pour cent dans le réserve des Premières nations. Dans beaucoup de municipalités de Muskoka, on estime que l'accroissement de la population est de l'ordre de 50 pour cent lors de la saison touristique (North Simcoe Muskoka Local Health Integration Network [NSMLHIN], 2006).

Le RLISS 12 couvre une vaste zone géographique, ce qui signifie que pour recevoir leur traitement, les patients atteints de cancer ayant recours à la radiothérapie palliative pour contrôler leurs symptômes doivent parfois parcourir jusqu'à trois heures de route dans chaque sens.

La région ne dispose actuellement d'aucun lit d'hospice résidentiel. En 2005, le ministre de la Santé, M. Smitherman, a annoncé de nouveaux fonds de fonctionnement pour les services d'hospice résidentiel en Ontario, et Hospice Simcoe est l'un des organismes ciblés pour recevoir ce financement. Une campagne de capitalisation est en cours, qui vise à recueillir une partie des millions de dollars nécessaires à la construction d'un centre résidentiel de 10 lits.

Pour procurer des soins à domicile aux patients en fin de vie, il faut des ressources financières mais aussi humaines. Dans beaucoup de cas, il s'agit d'un défi insurmontable, les aidants n'ayant pas les moyens financiers de prendre des congés sans solde. Le gouvernement accorde des prestations correspondant à un soutien du revenu pendant six semaines, mais pour les familles, la question est de savoir quand en est-on aux six dernières semaines de vie?

L'Étude nationale des ressources humaines du secteur des soins à domicile de 2004 (Canadian Home Care Association, 2004) souligne que 65 pour cent des aidants naturels ont moins de 50 ans et que 64 pour cent d'entre eux ont actuellement un emploi. Dans les RLISS, on constate non seulement une pénurie de médecins, mais aussi d'autres professionnels de la santé et de prestataires de soins de soutien, et une grave pénurie d'infirmières expérimentées dans tous les domaines, y compris l'oncologie (<http://www.living-lessons.org/main/hospice.asp>).

Selon l'Association canadienne des soins palliatifs, en 2006, « l'on reconnaît de plus en plus, que, si on leur en donne le choix, la plupart des gens préfèrent mourir chez eux ou dans un centre de soins palliatifs » (Association canadienne des soins palliatifs [ACSP], 2006). Seulement entre 5 et 15 pour cent des Canadiens ont accès à des services de soins palliatifs en hospice, 25 pour cent des patients en soins palliatifs reçoivent à la fin de leur vie des soins de soutien à l'occasion de visites à domicile de leur médecin et, actuellement, 75 pour cent des décès ont lieu dans des hôpitaux ou des établissements de soins de longue durée.

Enjeux liés à la fin de la vie à Simcoe Nord Muskoka —Ce que nous savons

Les statistiques les plus récentes fournies par ACO (2002-03) révèlent que le RLISS 12 a l'un des plus hauts taux de visites à l'urgence en fin de vie de toute la province. L'urgence de l'hôpital *Royal Victoria (RVH)* de Barrie est la plus active de la région et fait état de 73 000 visites de patients chaque année. L'hôpital *Soldiers Memorial (OSMH)* à Orillia déclare plus de 50 000 visites de patients par an. Dans notre région, il n'est pas permis de rediriger les ambulances vers une autre destination.

La proximité immédiate de lieux de villégiature et de stations de ski dans notre RLISS a des répercussions sur l'achalandage de nos services d'urgence. Par conséquent, on gère les patients en soins palliatifs au milieu d'un assortiment de trauma aigus, d'urgences cardiaques et de blessures légères. Conformément à la tendance observée dans presque toute la province, les visites à domicile des médecins appartiennent largement au passé. Le RLISS 12 fait face à une grave pénurie de médecins de famille. Rien qu'à Barrie, 30 000 personnes n'ont pas de médecin de famille (Barrie Advance, 2007). Par conséquent, les patients en soins palliatifs n'ont d'autre recours que d'utiliser le système hospitalier de soins actifs quand la lourdeur de leurs symptômes et leur état fonctionnel ne peuvent plus être pris en charge chez eux.

Les voyageurs font cause commune

Le RLISS 12 compte cinq établissements hospitaliers : le *RVH*, (qui doit ouvrir un centre régional de cancérologie en 2011), l'*OSMH*, les *Muskoka Algonquin Health Care Services*, (qui comprennent les hôpitaux de Huntsville, Bracebridge et Burk's Falls), l'hôpital *General and Marine* de Collingwood, et la *North Simcoe Health Alliance* (avec les hôpitaux *Huron District* et *Penetanguishene General*). Nous n'avons pas de centre de santé universitaire.

Le Réseau de soins palliatifs du RLISS 12 possède quatre comités permanents, dont l'un se consacre aux questions relatives aux patients et à leur famille. Par l'entremise de son président, nous avons contacté ce comité, qui s'est rallié à l'idée de créer des ordonnances collectives. Avant notre première rencontre, nous avons invité les autres disciplines à s'impliquer, mais les ressources des équipes de santé connexes étant extrêmement limitées, seules les infirmières ont pu continuer la démarche.

Les autres disciplines ont bien accueilli l'idée de créer des ordonnances collectives fondées sur les données probantes, car certaines d'entre elles avaient aussi exprimé des inquiétudes quant au manque d'uniformité dans les soins aux patients en phase palliative. Nous avons l'espoir qu'un comité d'infirmières issues de tous les secteurs, unies par une cause commune, pourrait avoir sur les pratiques une influence qu'aucune de nous ne pourrait exercer individuellement. Tous les organismes hospitaliers et communautaires ont participé à cette première rencontre. Nous nous sommes rapidement rendu compte que notre projet avait une portée trop ambitieuse pour qu'on puisse l'accomplir avec les ressources dont nous disposons. Donc, moyennant une franche discussion, avec l'accord unanime du groupe, nous avons décidé de restreindre ce projet aux unités hospitalières de soins palliatifs. Nous sommes tout à fait conscientes que beaucoup reste à faire dans d'autres domaines de pratique.

Trouver notre chemin

Dans notre tentative de changer la pratique par l'utilisation des données probantes, les cadres de référence et les théories nous fournissent une orientation. Nous pouvons aussi nous tourner vers les leaders de la recherche sur les soins infirmiers pour en apprendre des stratégies d'implantation gagnantes. Nous avons choisi le modèle d'intégration des données scientifiques à la pratique conçu par Kitson (Kitson et coll., 1998). Nous pensons ce choix justifié, puisque des chercheurs canadiens renommés dans le domaine des soins infirmiers, incluant Carole Estabrooks et Greta Cummings, ont appliqué la théorie de Kitson à leurs propres champs d'étude (Cummings, Estabrooks, Midodzi, Wallin et Hayduk, 2007). Le modèle de Kitson nous a semblé bien adapté à la pratique parce que chaque élément central est formulé d'une manière simple et défini avec clarté. Nous avons aussi trouvé que la notion d'une gradation ascendante de critères permettait d'établir une mesure visuelle de notre milieu de pratique de même qu'une liste de vérification des étapes que nous devions accomplir pour réussir l'implantation.

En outre, il était important pour notre expérience en soins infirmiers d'avoir la confirmation du fait que même en s'armant des données les plus sérieuses, il n'est nullement garanti qu'on puisse réellement accomplir un changement de pratique.

Données probantes, contexte et facilitation

La théorie de Kitson nous apprend que la réussite de l'implantation des données probantes dans la pratique résulte de l'interaction de trois éléments centraux : 1. Le degré et la nature des données; 2. Le contexte ou l'environnement au sein duquel ces données doivent être intégrées; 3. La méthode ou la façon de faciliter ce processus.

Kitson définit les données probantes comme la combinaison de la recherche, de l'expertise clinique et des choix des patients. Le contexte correspond aux forces en jeu qui donnent à l'environnement physique son caractère et son atmosphère. La facilitation est la technique qu'utilise une personne pour faciliter les choses aux autres.

Selon Kitson, le plus haut degré de données scientifiques correspond aux essais cliniques aléatoires, à la recension des écrits et aux directives fondées sur des données probantes. Le degré le plus bas se rapporte à l'information anecdotique et descriptive. L'expertise clinique se déplace le long de cette échelle allant de la région inférieure des factions en opposition, aux hauteurs du consensus et de l'identité des vues. Le continuum des préférences des patients s'étend d'une implication nulle à des partenariats élevés.

Là où il n'y avait pas de directives écrites pouvant appuyer notre prise de décision, nous avons eu recours à des données anecdotiques sur des éléments, qui, de l'avis formel de nos collègues en soins infirmiers, s'étaient montrés efficaces dans leur pratique. En l'absence de données de haut niveau, l'expérience clinique n'est pas apparue comme un obstacle au processus et nous avons découvert que toutes les infirmières étaient unanimes dans leurs décisions. Par contre, quand nous avons essayé d'obtenir l'accord des organismes, nous nous sommes heurtées à des divergences d'opinion. Nous étions parfaitement conscientes qu'en n'incluant pas les patients dans ce processus, nous perdions la possibilité d'examiner tous les aspects du modèle de Kitson. C'est que nous ne disposions pas, dans notre groupe, des ressources spécialisées, des contacts universitaires et de l'expertise en recherche qui nous auraient permis d'inclure dans notre panel des patients en soins palliatifs.

Dans le passé, la plupart des organismes appartenant au RLISS 12 avaient essayé de créer des ordonnances intégrant divers degrés d'expertise. Certaines existaient depuis plusieurs années mais n'avaient jamais été analysées ni mises à jour. Dans un milieu de pratique particulier, l'ordonnance s'étendait sur six pages, mais n'avait jamais été utilisée. Elle avait été conçue en fonction des préférences des médecins, et non selon des soins centrés sur le patient et fondés sur des données probantes.

Nous avons examiné des publications récentes, y compris le *Victoria Hospice Medical Care of the Dying* (Downing & Wainwright, 2006) et l'*Alberta Palliative Care Resource* (Alberta Cancer Board, 2001). Nous nous sommes aussi très largement inspirés de la contribution de Kingston et de Windsor au Projet provincial d'intégration des soins palliatifs (PPISP) (ACO, 2006).

Les directives de gestion des symptômes fournies en lien avec le projet nous ont donné des orientations en matière de protocoles fondés sur des données probantes concernant la douleur, la dyspnée, les nausées et les vomissements, l'agitation et les soins liés à l'élimination intestinale. Nous nous sommes servis de catégories de symptômes pour structurer nos ordonnances. Au revers de la page contenant l'ordonnance, nous avons inclus un graphique des analgésiques équivalents ainsi que d'autres suggestions de traitement, visant ainsi à susciter une gestion plus approfondie des symptômes. Nous avons ajouté une section réservée à l'aiguillage vers d'autres membres de l'équipe de santé afin de favoriser une pratique plus interdisciplinaire.

Il importe de noter que nous n'avons pas mené une recension systématique des publications courantes, et que nous n'avons pas invité d'universitaires à participer à la collecte des données. À tort ou à raison, nous avons fait confiance aux travaux de qualité déjà produits.

Nous avons ébauché un modèle, que nous avons soumis à examen dans nos milieux de pratique, puis nous nous sommes réunies pour le réviser, le réviser de nouveau, et finalement le réviser encore et encore. Là s'est terminée la tâche du groupe, qui devait maintenant le soumettre aux différents milieux de pratique pour le faire approuver et mettre en place. Ce travail de groupe s'est avéré être la partie la plus facile de tout le processus. Le groupe de travail était motivé et résolu, notre but commun était clairement défini et nous partagions une mission commune. La cohésion du groupe nous a surprises, et pour cette raison, nous n'avons pas anticipé les difficultés qui nous attendaient. Nous pensions que l'approbation et l'implantation se feraient sans heurts.

Les obstacles sur le chemin

Quel que soit le chemin que vous preniez, il a toujours des tours et des détours inattendus, et dans notre cas, ce sont les obstacles les moins visibles qui se sont révélés être les plus difficiles. Parmi les obstacles que nous avons rencontrés, il y avait : l'apathie, les pratiques fondées sur les croyances plutôt que sur les données, l'absence de processus, de technologies et de communications efficaces.

Kitson présente les éléments centraux du contexte comme étant la culture, le leadership et les mesures. Sa description des composantes du contexte nous a aidées à prévoir où se situeraient les difficultés et où se trouveraient les possibilités (McCormack, Kitson, Rycroft-Malone, Titchen et Seers, 2002).

Nous examinons la notion de contexte dans cette communication, parce que c'est le contexte de la pratique qui nous a créé le plus de difficultés dans nos tentatives de changement de pratique. Kitson affirme qu'il faut cerner la complexité des facteurs permettant une pratique efficace. La compréhension de cet aspect, que nous avons acquise au moyen de la recherche en sciences infirmières, dont une partie avait été menée dans un contexte canadien, nous a inspirées, nous a éclairées et nous a fait voir pourquoi nous avions des difficultés. Ce processus d'apprentissage qui s'appuyait sur la réflexion nous a fait comprendre quelles étaient les diverses composantes des milieux de pratique et nous a permis d'utiliser une approche structurée de l'implantation.

La croissance rapide de la population, que n'accompagnait pas un développement parallèle des infrastructures, a eu des répercussions sur le contexte dans lequel les patients en phase palliative reçoivent des soins dans les organismes du RLISS 12. Dans une faible mesure, on peut faciliter l'admission directe de ces patients à l'hôpital; mais la réalité, c'est que dans la plupart des secteurs, les infirmières exercent en tant que généralistes et non comme infirmières spécialisées, donc les patients qui reçoivent des soins à domicile ou à l'hôpital ne bénéficient pas d'une pratique spécialisée de soins infirmiers en oncologie. En ce moment, aucun hospice résidentiel n'offre des soins de fin de

vie, et la région n'a aucune équipe officielle en soins palliatifs. La plupart des patients doivent donc s'en remettre complètement à la bonne volonté de médecins de famille déjà surchargés, s'ils ont la chance de pouvoir compter sur un cabinet médical établi. Beaucoup de médecins ont renoncé à leurs droits hospitaliers, et ces patients abandonnés sont alors suivis par des hospitalistes selon un roulement hebdomadaire, et dont bien peu ont une expertise en soins palliatifs.

Tous les hôpitaux font des efforts pour admettre les patients en phase palliative dans les sections de l'hôpital où les infirmières sont les plus expérimentées. En période de pénurie de lits, quand les urgences débordent de patients admis, idéalement, il faudrait accorder aux patients palliatifs adultes les premiers lits disponibles, mais ceci n'est simplement pas possible quand les besoins également pressants d'autres patients entrent en concurrence.

Tant à Barrie qu'à Orillia, il arrive que des patients admis restent sur des civières dans le département de l'urgence, en attente d'un lit disponible. En de nombreuses occasions, il y a engorgement de l'urgence. Ces jours-là, on déclare une alerte pour soulager la surcharge de l'urgence en transférant immédiatement les patients admis à l'unité de soins actifs la plus appropriée. Par conséquent, à RVH, jusqu'à deux patients supplémentaires peuvent recevoir des soins dans un couloir, et à OSMH, les infirmières soignent les patients à un taux bien supérieur à ce qui est acceptable. Nous espérons que l'introduction de ces ordonnances au service d'urgence aurait pour effet de faciliter une intervention plus précoce et des soins plus appropriés, et de soulager la souffrance des patients palliatifs recevant une gestion inadéquate ou inappropriée de leurs symptômes. L'examen que fait Kitson du sens du mot contexte nous a aidées à comprendre que le contexte se compose de culture, de leadership et de mesures. C'est dans ce cadre que les données probantes sont implantées, de telle sorte que, quand Kitson fait référence à la culture, il s'agit de la culture organisationnelle, « la façon dont on fait les choses ici » (McCormack et coll., 2002). Nous sommes tous coupables de manquer de vigilance et de ne pas remettre en cause le statu quo. Il faut de l'énergie, de la résolution et de la persévérance pour amener et faciliter un changement de pratique durable. Parfois, il est tout simplement moins risqué de rester au Kansas et de ne pas s'attaquer à ces obstacles. Selon Kitson, les interactions et l'interdépendance de nombreux facteurs influencent l'incorporation des données scientifiques à la pratique. Gerrish et ses collaborateurs, 2006, décrivent les facteurs influençant la mise en place d'un milieu fondé sur les données probantes. Ils semblent indiquer qu'on a carrément laissé les infirmières en exercice assumer individuellement une bonne part de la responsabilité du changement de pratique fondé sur les données scientifiques; même si nous sommes tout à fait d'accord que toutes les infirmières ont l'obligation professionnelle de fonder leurs soins sur les meilleures données disponibles, il n'en demeure pas moins qu'implanter dans les milieux de la santé une pratique fondée sur les données probantes est une entreprise d'une haute complexité (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004).

Culture

Jusqu'à l'apparition des RLIS, les hôpitaux n'avaient pas beaucoup d'avantages à travailler en partenariat. Plusieurs fusions d'établissements hospitaliers n'avaient pas eu pour résultat un ensemble unifié de valeurs et de croyances. Un des hôpitaux administrés traditionnellement par un ordre religieux catholique a dû fusionner avec un hôpital local non confessionnel qui appliquait des pratiques et réalisait des interventions n'ayant pas cours dans l'autre établissement. Il y a trois ans, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a fusionné trois petits hôpitaux situés dans le secteur le plus au nord du RLIS. Les hôpitaux de Huntsville, Bracebridge et Burk's Falls devaient dorénavant fonctionner avec un seul conseil d'administration, un unique chef de la direction et un unique directeur des soins infirmiers. À l'époque, tous trois offraient les mêmes services de chirurgie et faisaient des accouchements. Cette fusion est toujours en chantier.

Nous pensions que nous allions rencontrer plus de résistance dans les organismes qui avaient été forcés de fusionner, parce que, traditionnellement, ils n'étaient pas disposés à adopter de nouvelles façons de travailler. Cependant, nous avons découvert que dans les petits hôpitaux ruraux, les nouvelles se répandaient rapidement, et que les infirmières diplômées des collèges et les médecins de famille n'ayant que peu de temps et de ressources à dédier à ce projet étaient, en fait, reconnaissants d'avoir accès à un niveau d'expertise sur lequel ils ne pouvaient pas compter habituellement. Dans les deux hôpitaux les plus importants, les difficultés à faire avancer le processus auxquelles nous avons été confrontées venaient du nombre de comités à consulter avant de pouvoir implanter un changement de pratique. Nous avons constaté que ce processus était laborieux, parfois très flou, et ceci entraînait le processus d'approbation finale.

Leadership

Ward et McCormack (2000), par une recherche d'une durée de deux ans, ont démontré que la culture organisationnelle dominante avait une influence significative sur la capacité des chefs de file en soins infirmiers à amener des changements dans la pratique. Kitson identifie l'existence de leadership à partir de la nature des relations interpersonnelles. Un leadership efficace entraîne une compréhension claire de chaque rôle de pratique, la capacité à travailler en équipe, un processus de prise de décision positif et une structure organisationnelle efficace. Ceci demeure un aspect clé d'un cadre favorable à l'implantation des données probantes dans la pratique.

McCormack et coll. (2002) ont souligné l'importance du style de leadership des infirmières cliniciennes principales dans la réalisation d'une culture centrée sur le patient, valorisant ses membres et contribuant à créer un milieu orienté vers l'apprentissage qui favorise des soins fondés sur les données scientifiques. Il faut remarquer que nous avons le soutien total des cadres en soins infirmiers dans tous les organismes du RLIS. Malgré cet appui, nous avons rencontré des difficultés pour obtenir l'approbation des organismes dans les contextes où les instances devant donner leur assentiment soit connaissaient mal les besoins des patients palliatifs, soit ne considéraient pas la contribution des infirmières comme étant de grande valeur, soit avaient, au sein de leurs propres corps professionnels, des priorités divergentes.

Nous avons eu la désagréable surprise de faire face à une opposition ouverte de la part du groupe des médecins du service de l'urgence qui, à l'origine, appuyaient ce projet. Ceci s'est expliqué quand nous avons compris qu'entre le moment de l'élaboration des ordonnances et celui de leur implantation, il y avait eu une modification du mandat de pratique des médecins d'urgence relativement aux soins des patients admis. Le corps professionnel des médecins d'urgence avait décidé de réexaminer les ordonnances d'admission qu'ils étaient disposés à rédiger. Dans les hôpitaux où les omnipraticiens admettaient et géraient leurs propres patients, les urgentistes portaient la responsabilité d'un nombre croissant de patients admis, même après qu'ils aient été transférés à une unité. Par principe, ils appuyaient notre idée afin que le processus d'approbation se poursuive, mais nous avons dû nous rendre à l'évidence que, bien que les meilleures pratiques ordonnent d'intervenir le plus rapidement possible sur les symptômes du cancer, les médecins de l'urgence ne mettraient pas en place les ordonnances.

Cummings et coll. (2004) demandent si « le lieu de travail influence l'utilisation que l'infirmière fait de la recherche » et affirment que « l'utilisation de la recherche ne se fait pas dans le vide, privée de ressources, sans la sanction de la culture organisationnelle, sans offrir une certaine commodité, alors que le médecin est confronté à de multiples priorités, et sans avantages visibles » (p. 7).

Au niveau des unités, les chefs de file infirmiers peuvent avoir une importance cruciale dans la mise en place de milieux de travail où l'on s'attend à ce que la recherche soit utilisée et où l'on réserve du temps pour permettre aux infirmières de participer à des activités en lien avec l'utilisation de la recherche, tels les clubs de lecture de revues professionnelles et les conseils de pratique. Benner et coll. (1999) s'expriment

sur l'aspect clinique du leadership dans le contexte de la sagesse clinique. Ceci comprend les habitudes de pensée et d'action, l'identification, la prévision et la prévention des problèmes. L'utilisation d'ordonnances collectives devrait améliorer les soins aux patients parce qu'elle permet la résolution de problèmes cliniques en anticipant les interventions médicales nécessaires à la gestion efficace des symptômes.

Mesures

Kitson et ses collègues (1998) disent que les mesures constituent l'approche organisationnelle en matière de systèmes et de services. L'examen de 40 dossiers de patients hospitalisés dans deux hôpitaux avant l'implantation révèle que, sur la base de cette documentation, le contrôle des symptômes chez les patients palliatifs était géré de façon capricieuse et était mal évalué. Nous espérons que lors de l'évaluation qui suivra l'implantation des ordonnances collectives, l'examen des dossiers dans chaque organisme révélera un changement de pratique positif et que le personnel sera informé des résultats. Avec optimisme, nous avons prédit que ceci se reflétera dans un plus haut sentiment de bien-être chez nos patients. Comme nous le rappelle Aranda, 2006, le point limite de la détérioration physique chez les patients contribue largement aux problèmes qui leur causent une souffrance psychologique.

Facilitation

Quant aux aptitudes et aux caractéristiques requises des facilitateurs, ce qu'il leur faut, c'est un vaste répertoire de compétences, de processus et de stratégies, où ils peuvent puiser au besoin, selon le contexte et l'objectif particuliers. La solution, c'est d'être assez flexible pour reconnaître les exigences d'une situation donnée et agir en conséquence. Kitson (1998) dit que les facilitateurs rendent les choses plus aisées en aidant les autres à atteindre leurs buts, en les encourageant et en favorisant l'action. Pour obtenir le changement, ils se servent de leurs compétences en matière d'interactions interpersonnelles et de groupe. Les facilitateurs jouent un rôle clé auprès des personnes et des équipes en les aidant à comprendre ce qu'ils doivent changer et comment il faut le changer pour intégrer les données probantes à la pratique.

Les données de la recherche indiquent que les stratégies d'implantation les plus efficaces sont celles qui adoptent une approche multi-forme combinant de nombreuses techniques. La facilitation inclut une compréhension claire du processus lui-même, un rôle qui aide à la mise en marche de ce processus et une combinaison de compétences permettant de mener à bien une facilitation efficace.

Pour réussir, nous devons comprendre que chacune des disciplines perçoit un changement de pratique en relation avec son point de vue particulier. Nous avons tenu un grand nombre de conversations approfondies avec nos collègues dans le but de découvrir ce qu'il fallait pour leur faire percevoir les avantages découlant de l'utilisation des ordonnances. Nous avons adapté nos interactions à chacune des disciplines, identifiant l'aspect particulier de leur pratique qui pourrait bénéficier de l'utilisation des ordonnances collectives. Nous avons profité des relations que nous avons établies avec des personnes et des équipes pour mettre en avant l'intérêt de ce projet. Dans nos conversations, nous soulignons le fait que ces ordonnances avaient été conçues selon les meilleures données scientifiques disponibles et qu'elles avaient été approuvées par des comités et organismes du RLSS.

Références

Action Cancer Ontario. (Novembre 2004). **Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario**. Récupéré le 10 août 2007 à www.cancercare.on.ca

Action Cancer Ontario. (Octobre 2006). **Improving the quality of palliative care service for cancer patients in Ontario** [disponible uniquement en anglais].

Conclusion

Il est frustrant de découvrir qu'on a du mal à faire passer son message, mais nous nous sommes rendu compte que lire la littérature, écouter nos collègues et faire appel à nos expériences passées nous ont permis de trouver notre chemin. Le recours à un modèle comme celui de Kitson nous a aidés à comprendre que n'importe quel praticien peut mettre en place un changement de pratique fondé sur les données scientifiques. Nous avons appris que la clé du succès ne se trouve pas dans une unique variable. Réussir exige d'apprendre à comprendre la complexité du milieu, de recueillir des données probantes et de reconnaître les qualités de toutes les personnes qui ont un rôle à jouer.

Les centres régionaux de cancérologie et les milieux universitaires établis ont sans doute le milieu de pratique, les ressources économiques et humaines et la culture nécessaires à une initiative comme la nôtre. Nous sommes conscientes que notre entreprise peut sembler bien ordinaire, il est certain que nos ressources financières et humaines étaient limitées, mais nous formions un groupe résolu d'infirmières en soins palliatifs. Nous avons cerné une possibilité d'améliorer les soins aux patients et nous l'avons saisie.

Nous savons désormais qu'il est plus efficace de travailler ensemble que d'œuvrer en solitaire. Quand les infirmières sont fermement convaincues qu'il faut opérer un changement, elles peuvent alors réussir à l'effectuer. Nous nous sommes servies de ce partenariat pour perpétuer, à l'échelle de tout le RLSS, d'autres alliances et d'autres soutiens aux soins infirmiers. Nous sommes co-présidentes de la section Simcoe-Muskoka de l'ACIO. Un résultat de la création de ces partenariats avec nos collègues infirmières en soins palliatifs travaillant dans la collectivité, c'est que nous organisons conjointement des réunions de section Comme Dorothy et ses collaborateurs en ont fait la découverte, la solution magique à un problème complexe réside tout simplement dans le sens commun (Baum, 1939).

Ce rassemblement régional a constitué pour nous une nouvelle expérience qui a bénéficié à tous les organismes, petits ou grands. Il a permis de réunir des ressources et de l'expertise et d'établir les relations professionnelles nécessaires à la création et à la réussite de futurs projets de collaboration. Notre vision de groupe était de créer à l'échelle de la région un environnement où l'on valorise et encourage une approche de la pratique fondée sur les données probantes les plus récentes, ainsi que la prestation continue aux patients de notre région de soins palliatifs de haute qualité et rentables.

Dans l'ouvrage *The Complexities of Care* (2006), Aranda et Brown déclarent qu'« après tout, c'est l'interaction complexe des soins physiques, techniques et interpersonnels qui se trouve au cœur de la pratique compétente des soins infirmiers » (p. 140). Nous avons l'espoir que cette expérience sera utile à tous ceux qui font face aux mêmes défis que nous. En fin de compte, « *c'est ce que les infirmières font, et non ce qu'elles disent, qui fait la différence dans les soins aux patients* », Nelson, 2006.

Comme l'a affirmé Mary Ferguson-Paré en 2003 : « Courage, cœur et intelligence, c'est la route de briques jaunes par laquelle passe la formation des leaders en soins infirmiers de demain. »

Alberta Cancer Board. (2001, February). **Alberta Palliative Care Resource** (2nd ed.). <http://www.palliative.org/PC/ClinicalInfo/ACB%20PC%20resource%20manual.pdf>

Aranda, S., & Brown, R. (2006). Nurses must be clever to care. In S. Nelson & S. Gordon (Eds.), **The Complexities of Care Nursing Reconsidered** (pp. 122–142). Ithaca: Cornell University Press.

- Association canadienne des infirmières en oncologie (2006). **Normes de soins et compétences de l'infirmière spécialisée en oncologie**. Association canadienne de soins palliatifs (2006). Version anglaise récupérée le 3 août 2007 à www/chpca.net
- Barrie Advance. (2007, December 5). **Barrie spending thousands on physician recruitment**. Retrieved December 9, 2007, from www.simcoe.com/BarrieAdvance/article/55948
- Baum, L.F. (1939). **The Wizard of Oz**. Retrieved August 10, 2007, from [en.wikipedia.org/wiki/The Wizard of Oz \(1939\)](http://en.wikipedia.org/wiki/The_Wizard_of_Oz_(1939)).
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (1999). **Clinical wisdom and interventions in critical care**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. **Journal of Advanced Nursing**, *48*(5), 530–540.
- Canadian Home Care Association. (2004). **Canadian Home Care Human Resources Study**. Retrieved from www.cdnhomecare.ca/content.php?doc=33
- Cummings, G.G., Estabrooks, C.A., Midodzi, W.K., Wallin, L., & Hayduk, L. (2007, July/August). Influence of organizational characteristics and context on research utilization. **Nursing Research**, *56*(4S), S24–S39.
- Downing, M., & Wainwright, W. (2006). **Medical care of the dying** (4th ed.). Victoria: Victoria Hospice Society.
- Estabrooks, C.A., Midodzi, W.K., Cummings, G.G., & Wallin, L. (2007, July/August). Predicting research use in nursing organizations. **Nursing Research**, *56*(4), 7–23.
- Ferguson-Pare, M. (2003, February). **Courage, heart and brain: The yellow brick road to developing leaders of the future**. CNA Nursing Leadership Conference—Building the future. Ottawa, Ontario.
- Gerrish, K., Ashworth, P., Lacey, A., Bailey, J., Cooke, J., Kendall, S., et al. (2006, September). Factors influencing the development of evidence-based practice: A research tool. **Journal of Advanced Nursing**, *57*(3), 328–388.
- Harvey, G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Kitson, A., & McCormack, B., et al. (2002, March). Getting evidence into practice: The role and function of facilitation. **Journal of Advanced Nursing**, *37*(6), 577–588.
- Kitson, A., McCormack, B., & Harvey, G. (1998). Enabling the implementation of evidence-based practice: A conceptual framework. **Quality in Health Care**, *7*, 149–158.
- McCormack, B., Kitson, A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., & Seers, K. (2002, January). Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. **Quality and Safety in Healthcare**, *11*, 174–180.
- McCormack, B., Kitson, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., & Seers, K. (2002, April). Getting evidence into practice: The meaning of “context”. **Journal of Advanced Nursing**, *38*(1), 94–104.
- Nelson, S. (2006). Ethical expertise. In S. Nelson & S. Gordon (Eds.), **The Complexities of Care Nursing Reconsidered** (pp. 69–87). Ithaca: Cornell University Press.
- North Simcoe Muskoka Local Health Integration Network. (2006, July). **Population Health Profile**. Retrieved August 2, 2007, from www.lhins.on.ca
- Ward, C. & McCormack, B. (2000). Creating an adult learning culture through practice development. **Nurse Education Today**, *20*, 259–266.