Évaluation d'une clinique de suivi téléphonique gérée par des infirmières pour les patients porteurs de cancers hématologiques indolents et chroniques : une étude pilote

par Aldyn Overend, Kong Khoo, Michael Delorme, Vanessa Krause, Ardashes Avanesian et David Saltman

Abrégé

Une équipe conjointe de médecins/infirmières s'est efforcée de déterminer si un service de soins téléphoniques géré par des infirmières pouvait être utilisé en toute efficacité et sécurité pour assurer le suivi de patients atteints de cancers hématologiques indolents et chroniques. Les patients se présentant à leur visite de suivi régulière ont été évalués pour déterminer leur admissibilité au service de télésoins pilote, avant d'y être référés par leur oncologue. Les patients ont été interviewés au téléphone par une infirmière en oncologie expérimentée en cancers hématologiques. Cinquante-trois patients ont consenti à participer à l'étude pilote. Après leur entrevue auprès du service de télésoins, les patients ont été invités à remplir un questionnaire sur la satisfaction des sujets (QSS). De manière générale, la satisfaction des patients à l'égard du service de télésoins était élevée. Il a été déterminé que les patients diagnostiqués avec un cancer hématologique d'évolution lente et chronique pouvaient être suivis en toute efficacité et sécurité par un service de télésoins en oncologie géré par des infirmières.

Affiliations : Department of Medical Oncology, Centre for the Southern Interior, British Columbia Cancer Agency, 399 Royal Avenue, Kelowna, C.-B. V1Y 5L3

Aldyn Overend, inf., B.Sc.inf., CSIO(C), infirmière spécialisée en cancers du système lymphatique, Centre for the Southern Interior, British Columbia Cancer Agency

Kong Khoo, M.D., FRCP(C), oncologue médical, Centre for the Southern Interior, British Columbia Cancer Agency.

Michael Delorme, M.D., FRCP(C), hématologue, Centre for the Southern Interior, British Columbia Cancer Agency.

Vanessa Krause, M.D., FRCP(C), oncologue médical, Kamloops Cancer Clinic, British Columbia Cancer Agency.

Ardashes Avanesian, M.D., FRCP(C), oncologue médical, Kamloops Cancer Clinic, British Columbia Cancer Agency.

David Saltman, M.D., PhD, FRCP(C), oncologue médical, discipline de l'oncologie, Memorial University of Newfoundland, 300 Prince Philip Drive, St. John's, NL A1B 3V6
dsaltman@mun.ca

La province de la Colombie-Britannique (C.-B.) compte environ 4,1 millions d'habitants dispersés sur un territoire de 950 000 km². La majeure partie de la population habite le « Lower Mainland », c'est-à-dire l'agglomération de Vancouver, mais un nombre non négligeable de personnes vit dans la partie continentale de la province, dans des collectivités éloignées des centres de cancérologie. Le Centre for the Southern Interior (CSI) est un établissement de radiothérapie et d'oncologie médicale affilié à la British Columbia Cancer Agency (BCCA) qui est situé dans la région de la C.-B. appelée « Southern Interior ». Le CSI dessert 750 000 personnes vivant dans une zone faisant à peu près 215 000 km², soit, grosso modo, la taille du Royaume-Uni. Les patients et leurs proches peuvent être obligés de faire jusqu'à neuf heures de route dans un relief accidenté afin d'aller voir un oncologue pour leur consultation initiale ou leurs visites de suivi. En moyenne, la consultation initiale dure une heure alors qu'une visite de suivi pour un patient dont la maladie est stable prend souvent moins de vingt minutes. Bien que de nombreux patients soient suivis par leurs médecins de famille ou des internistes œuvrant dans des centres situés plus près de leur domicile, un nombre important de patients diagnostiqués avec un cancer hématologique indolent et chronique non traité ou ayant fait l'objet de traitements antérieurs continuent de se faire suivre régulièrement dans l'un des quatre centres provinciaux de cancérologie affiliés à la BCCA ou dans leurs cliniques satellites. Ces cancers sont en grande partie incurables mais ils peuvent s'accompagner de durées médianes de survie allant de cinq à dix ans. Certains patients attendent longtemps avant qu'il leur soit nécessaire de recevoir un premier traitement anticancéreux (Horning et Rosenberg, 1984; Federico et coll., 2000; Monserrat, 2004). Pendant la période de surveillance, le cancer des patients peut évoluer, devenir plus agressif du point de vue histologique, provoquer une cytopénie à médiation immunitaire, des infections récurrentes et graves, des réactions de toxicité ainsi que des tumeurs secondaires liées aux traitements préalables de chimiothérapie et de radiothérapie. Les patients ont donc besoin d'un suivi étroit.

Recension de la documentation scientifique

Les services de télésanté ont été utilisés dans diverses disciplines médicales allant des services de santé mentale aux services de santé en milieu carcéral, de la cardiologie à la rhumatologie en passant par l'oncologie (Swinson, Fergus, Cox et Wickwire, 1995; Hipkens, 1997; James, Guerrero et Brada, 1994; Gow, Deanne, Turner et Wimperis, 2001; Cox et Wilson, 2003; Booker et coll., 2004; Faithfull, Corner, Meyer, Huddart et Dearnley, 2001; Sardell, Sharpe, Ashley, Guerrero et Brada, 2000; Beaver, Twomey, Witham, Foy et

Luker, 2006, Shaida et coll., 2007; Hennell, Spark, Wood, George, 2005). Les personnes se prêtant parfaitement à ce type de programmes comprennent les personnes âgées, les personnes atteintes de déficiences et ayant de la difficulté à faire de longs parcours, les personnes à revenu restreint, celles qui habitent des localités éloignées où les déplacements sont onéreux et potentiellement dangereux, notamment l'hiver. Il a été démontré que les cliniques de suivi en oncologie gérées par des infirmières sont d'une grande efficacité, qu'elles permettent de réduire de manière significative la charge de travail des cliniques ambulatoires et qu'elles entraînent un nombre acceptable de visites non planifiées par rapport aux visites régulières dans les cliniques gérées par des médecins (James et coll., 1994; Sardell et coll., 2000; Shaida et coll., 2007, Hennell et coll., 2005).

Bien qu'il existe des preuves à l'appui des cliniques téléphoniques gérées par des infirmières dans divers milieux des soins de santé, il en existe fort peu à l'appui de ce type de soins auprès des patients d'hématologie/oncologie. Les écrits signalent une gamme de maladies chroniques pouvant être prises en charge à distance par des infirmières. Shaida et ses collaborateurs (2007) ont étudié la satisfaction de patients atteints d'un cancer de la prostate à l'égard d'une clinique de télésoins de suivi gérée par des infirmières par rapport à la satisfaction des patients à l'égard des consultations externes traditionnelles. Un questionnaire a été employé pour évaluer les réponses des patients. Les résultats n'indiquaient aucune différence significative entre les consultations par téléphone et les rendez-vous cliniques ordinaires en terme de satisfaction générale et de soins professionnels. Toutefois, ils révélaient une satisfaction moindre chez les membres du groupe bénéficiant de télésoins au niveau de la profondeur de la relation, d'une part, et de la perception du temps que les intervenants passent avec les patients, d'autre part.

Hennell et ses collaborateurs (2005) ont examiné les services de télésoins en rhumatologie gérées par des infirmières et ont demandé à 68 patients de remplir des questionnaires sur leur satisfaction dans le mois suivant la prestation des télésoins. Parmi les patients qui ont rempli et retourné les questionnaires (73 %), 72 % étaient satisfaits de la consultation téléphonique et étaient prêts à utiliser de nouveau ce service. Par contre, le fait que la consultation téléphonique ne permet pas d'examiner les patients pourrait constituer un facteur limitatif.

Sardell et ses collègues (2000) ont suivi 45 patients diagnostiqués avec un gliome malin qui avaient consenti à être surveillés dans le cadre d'un service de suivi téléphonique géré par des infirmières. Des questionnaires semi-structurés ont été remis à 22 patients assistant à une « clinique de suivi conventionnelle ». Les patients ont rapporté une « grande satisfaction » vis-à-vis du suivi téléphonique géré par des infirmières, notamment la commodité des télésoins par rapport aux soins réguliers. Les chercheurs ont souligné que le suivi téléphonique constitue une option de rechange efficace pour la clinique de suivi conventionnelle. Les facteurs limitatifs de cette étude étaient le petit nombre de patients à qui on a remis le questionnaire et le fait que les travaux ne constituaient pas une étude comparative randomisée.

But

Il s'agissait de déterminer si un service de télésoins géré par des infirmières pouvait être utilisé en toute efficacité et sécurité pour suivre des patients diagnostiqués avec un cancer hématologique indolent et chronique et si ces patients étaient satisfaits de cette démarche de soins en comparaison avec les visites régulières auprès d'un oncologue du centre de cancérologie. On a également noté la durée des appels de télésoins ainsi que la distance que les patients auraient parcourue s'ils étaient allés à la clinique.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude pilote menée dans un établissement par le Centre for the Southern Interior de la British Columbia Cancer Agency qui se trouve à Kelowna. Les patients ont été recrutés parmi le bassin de population du centre qui couvre le district sanitaire de la région Interior Health Authority (IHA); ils comprenaient également des patients venant d'autres régions éloignées de la province, aiguillés vers le centre par leurs médecins. Le comité d'éthique de la recherche clinique de la BCCA a approuvé le devis de l'étude, et on a obtenu le consentement éclairé de tous les patients. Ces derniers devaient satisfaire les critères d'admissibilité (voir les tableaux 1 et 2). La taille de l'échantillon de l'étude pilote ne permettait pas d'effectuer une évaluation statistique.

Procédure

Les participants éventuels à l'étude ont été identifiés par l'un des chercheurs lors de leur consultation initiale ou lors d'une visite de suivi prévue à l'une des cliniques. Les patients admissibles qui acceptaient de participer signaient un formulaire de consentement éclairé et ils se voyaient attribuer un rendez-vous de suivi auprès du service de télésoins. On demandait aux patients d'effectuer leurs examens de laboratoire et d'imagerie de suivi de routine dans leur établissement de soins local une semaine avant leur rendez-vous de télésoins. La majorité des hôpitaux et des centres de soins situés dans le district sanitaire de l'IHA s'échangent des données électroniques au moyen de Meditech® et d'un système d'archivage et de transmission d'images. Les résultats d'examens des patients qui habitaient à l'extérieur du district de l'IHA étaient transmis au CSI par télécopieur.

Procédure des services de télésoins

Les entrevues relatives au service de télésoins ont été réalisées par une infirmière en oncologie ayant plusieurs années d'expérience de travail au sein de l'équipe de soins chargée des cancers hématologiques et du service de télétriage du centre de cancérologie. On appelait les patients à une date et une heure prédéterminées, chez eux ou au travail, selon ce qui était le plus pratique pour eux. Les services de télésoins avaient lieu le vendredi après-midi, une ou deux fois par mois, selon le nombre de patients qui devaient être « vus ». L'infirmière du service de télésoins examinait les dossiers des patients avec l'oncologue avant chaque session de télésoins. Cette démarche incluait l'étude des plus récents résultats d'examens de laboratoire et d'imagerie. Au cours de chaque session de télésoins, l'infirmière

Tableau 1. Critères d'admissibilité

- Diagnostic de cancer hématologique indolent ou chronique exigeant un suivi régulier
- Ne pas suivre actuellement un traitement actif pour son cancer
- Habiter en région éloignée ou avoir de la difficulté à se rendre au centre
- Maîtrise suffisante de l'anglais et être capable de participer à une entrevue téléphonique
- Donner son consentement éclairé

Tableau 2. Critères d'exclusion

- Perte auditive importante
- Incapacité de bien saisir une discussion de son cas au téléphone
- Participation active à un autre essai clinique exigeant des visites de suivi au CSI
- Non accès à un téléphone dans un endroit privé, afin d'assurer la confidentialité

dirigeait l'entrevue en suivant les lignes directrices générales élaborées par l'oncologue et l'infirmière. L'infirmière examinait des critères particuliers :

- le bien-être général du patient depuis sa dernière visite—comment il se sentait physiquement et émotionnellement—depuis que son état de santé avait été évalué par son oncologue;
- la présence de tout symptôme lié à la maladie—c.-à-d. de symptômes constitutionnels : fièvre, sueurs nocturnes, perte de poids, saignements, ecchymoses, maux de tête, fatigue et adénopathie émergente, changeante ou incommode;
- étudier les résultats des examens et imagerie normale/stable
- répondre aux questions du patient, aborder ses inquiétudes—questions reliées à la maladie/aux symptômes;
- information en matière d'immunisation,
- mesures de soutien—les « petits plus » qui rehaussent la qualité de vie du patient en se livrant à une écoute active et en faisant la promotion du bien-être.

Voici quelques exemples de questions soulevées par un patient lors d'une session de télésoins : « Que font mes plaquettes? Jusqu'à quelle valeur mes plaquettes peuvent-elles baisser? Pouvez-vous m'expliquer mes résultats de laboratoire? À quel moment devrais-je appeler mon médecin de famille quand je m'inquiète de l'évolution d'un ganglion lymphatique? »

Une fois que les sujets ont effectué leur entrevue de télésoins initiale, ils ont été priés de remplir de manière anonyme un questionnaire sur la satisfaction des sujets (QSS), une version modifiée d'un questionnaire utilisé par le site de l'île de Vancouver de la BC Cancer Agency dans l'évaluation de son programme de consultation par liaison télévisuelle. On invitait les participants à retourner le QSS par la poste au CSI en utilisant une enveloppe pré-

affranchie et pré-adressée. Le questionnaire comportait douze énoncés permettant de porter une appréciation sur divers aspects du télésoin. On pouvait accorder une cote à chaque énoncé au moyen d'une échelle de type Likert en cinq points allant de « Tout à fait en désaccord » à « Tout à fait d'accord » (Fink et Kosecoff, 1988). Les valeurs numériques utilisées en vue de déterminer le degré de satisfaction des participants envers le service de télésoins étaient les suivantes : très défavorable (-2), défavorable (-1), neutre (0), favorable (+1) et très favorable (+2) (tableau 3).

Après chaque intervention de télésoins, tout patient chez qui la maladie semblait évoluer de façon importante au vu des résultats de laboratoire et/ou d'imagerie ou des résultats cliniques cernés durant la conversation téléphonique se voyait attribuer un rendez-vous d'urgence avec son oncologue du CSI. Les participants dont la maladie était stable se voyaient offrir un rendez-vous pour leur prochaine visite de suivi planifiée soit au CSI soit auprès du service de télésoins. Les visites de suivi surviennent normalement à des intervalles de 3–6 mois. Les résultats de toutes les visites de télésoins ont été passés en revue, au téléphone, avec les oncologues traitant les participants. Ensuite, l'infirmière dictait une lettre de suivi structurée. L'étude pilote a également permis à une infirmière de dicter les lettres depuis la BCCA. L'infirmière recevait un numéro d'identité et un code d'accès à des fins de dictée. Les lettres ainsi produites étaient envoyées au médecin de famille du patient et leur contenu était inscrit au dossier électronique et au dossier conventionnel.

Résultats

Cinquante-trois patients, soit 31 hommes et 22 femmes, ont été recrutés pour l'étude entre septembre 2005 et août 2006. Les caractéristiques des patients sont résumées dans le tableau 4. L'âge médian, le sexe et la distribution du lymphome indolent et de la

Tableau 3. Résultats du questionnaire sur la satisfaction des sujets

Énoncé	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1. J'ai pu parler aisément et ouvertement à l'infirmière / au spécialiste.	0	0	4	4	37
2. J'ai trouvé que je pouvais poser des questions à l'infirmière / au spécialiste.	0	0	4	4	37
3. J'ai trouvé que rien d'important n'avait été omis durant ma visite de télésoins.	0	0	5	6	34
4. J'ai bien compris ce que l'infirmière / le spécialiste m'a dit.	0	0	3	4	38
5. J'ai trouvé que l'infirmière / le spécialiste avait répondu à toutes mes questions.	0	0	2	6	37
6. J'ai trouvé que l'infirmière / le spécialiste comprenait ma situation et m'a fourni des soins satisfaisants.	0	0	3	5	37
7. J'ai eu l'impression que le caractère privé et confidentiel de mon cas avait été préservé durant ma première visite de télésoins.	0	0	3	4	38
8. J'ai pensé qu'il était nécessaire que le spécialiste m'examine.	8	8	16	6	7
9. J'ai trouvé que l'information qui m'a été fournie sur ma participation au service de télésoins était complète et pertinente pour mes besoins.	0	0	3	5	37
10. Je préférerais participer de nouveau au service de télésoins plutôt que de devoir me rendre à Kelowna pour voir mon spécialiste					
11. Je n'ai eu aucun mal à entendre l'infirmière / le spécialiste.	0	1	1	3	40
12. J'ai trouvé que la possibilité d'utiliser le service de télésoins était pratique et/ou m'économisait du temps et de l'argent.	0	0	9	1	35

leucémie lymphoïde chronique (LLC) étaient semblables à ce qu'ils sont dans la population générale. La majorité des patients vivaient dans des régions éloignées du CSI. La distance médiane du parcours et le temps médian que les patients y consacraient habituellement pour consulter un oncologue étaient de 107 kilomètres ou de 2 heures. Un petit nombre des participants participant à l'étude habitaient non loin du centre de cancérologie. Ils ont été recrutés parce qu'ils avaient des déficiences physiques ou autres et que les déplacements étaient difficiles pour eux. Ainsi, un homme de 80 ans avait de la difficulté à marcher à cause d'une neuropathie sensitive au niveau des membres inférieurs. Un autre participant âgé de 65 ans et atteint d'infirmité due à la sclérose en plaques trouvait pénible de parcourir quelque distance que ce soit.

En tout, l'équipe de recherche a reçu 45 questionnaires sur la satisfaction des participants dûment remplis après l'entrevue de télésoins initiale, soit un taux de participation de 85 %. La figure 1 fait état de la distribution des réponses relatives aux 12 énoncés selon les valeurs de l'échelle Likert. Quatre-vingt-deux pour cent des participants étaient tout à fait d'accord pour dire que le processus les aidait à s'exprimer aisément et ouvertement. Quatre-vingt-deux pour cent des participants étaient tout à fait d'accord pour dire que l'infirmière/le médecin était capable de comprendre leur situation et de fournir des soins satisfaisants. La majorité des participants (71 %) exprimaient un point de vue défavorable ou neutre relativement à l'énoncé selon lequel il faut nécessairement que ce soit un médecin qui les examine. Soixante-deux pour cent des participants affirmaient qu'ils participeraient volontiers au service de télésoins une nouvelle fois plutôt que de devoir se rendre au centre de cancérologie afin d'y voir leur oncologue, tandis que 7 % étaient plutôt d'accord et que 20 % étaient d'un avis neutre. La figure 1 présente les totaux cumulés correspondant aux énoncés du QSS. Les totaux cumulés fournissent une cote globale et constituent un outil pratique pour la description des résultats d'enquêtes sur la satisfaction des participants. La cote

globale maximale est obtenue en multipliant le nombre de répondants (45) par énoncé par la plus haute cote possible (2). Dans cette étude, la cote globale moyenne était de l'ordre de 78 sur 90. Jusqu'à présent, il n'y a eu qu'une seule visite non planifiée au centre de cancérologie ou dans une des cliniques satellites. Un homme de 83 ans atteint de LLC présentait des résultats de laboratoire stables à l'époque de sa visite de télésoins bien qu'il rapportait une perte pondérale. Il attribuait cette dernière au stress associé au récent décès de son épouse. Trois jours avant sa visite de suivi planifiée à 3 mois à la clinique de cancérologie, il a développé un ictère non douloureux, et un diagnostic de cancer de la vésicule biliaire a été posé par la suite.

Les résultats de cette étude pilote suggèrent que, pour les patients diagnostiqués de cancers hématologiques indolents et chroniques, une clinique de suivi téléphonique gérée par des infirmières est à la fois sécuritaire et efficace et qu'elle jouit d'un haut degré de satisfaction parmi les patients. Pendant la tenue de l'étude pilote, moins de 2 % des patients ont dû faire une visite non planifiée au centre de cancérologie. Des auteurs ont constaté la valeur d'un contact téléphonique infirmière-patient à titre de remplacement d'une visite en clinique (James et coll., 1994; Wasson et coll. (1992) cités dans Beaver et coll., 2006; Hennell et coll., 2007; Shaida et coll., 2007). Le service de télésoins, qui ne diffère guère en cela d'une visite physique du patient au centre de cancérologie, exigeait un soutien du personnel de bureau du centre de cancérologie ainsi que l'intervention d'une infirmière clinicienne spécialisée en oncologie possédant une expérience adéquate et ayant reçu une formation appropriée. L'utilisation d'un système commun d'échange des résultats de laboratoire (Meditech®) et d'un système d'archivage et de transmission d'images au sein de l'IHA a grandement facilité la collecte des résultats des examens de laboratoire et d'imagerie avant la tenue de chacun des rendez-vous de télésoins. Ainsi, ces résultats étaient disponibles le jour de la tenue de l'entretien téléphonique et ce, sans faille.

Quarante-huit (soit 91 %) des 53 visites initiales de télésoins ont été réalisées par l'infirmière clinicienne spécialisée en oncologie. Les cinq visites restantes ont été effectuées par un oncologue lorsque l'infirmière n'était pas disponible les jours de tenue des sessions de télésoins. Nous n'avons pas demandé expressément aux participants d'indiquer s'ils préféreraient que les visites de télésoins soient effectuées par des infirmières ou par des médecins. Le questionnaire de satisfaction des participants était rempli de manière anonyme mais il

Tableau 4. Caractéristiques des patients

Variable	n
<i>Sexe</i>	
Hommes	31
Femmes	22
<i>Âge médian, en années (étendue)</i>	66,5 (45–83)
<i>Histologie</i>	
Lymphome lymphoïde chronique	21 (40 %)
Lymphome folliculaire	15 (28 %)
Macroglobulinémie	7 (13 %)
Cancers liés aux tissus lymphoïdes des muqueuses	2 (4 %)
Petit lymphome lymphocytaire	3 (6 %)
Lymphome indolent—autre	5 (9 %)
<i>Antécédents de traitement : traitements chimiothérapeutiques préalables</i>	
0	31
1	12
2	5
3 ou plus	5
<i>Distance médiane, en km, entre le domicile et le centre de cancérologie (étendue)</i>	
patients de Kelowna (CSI)	107 (1,4–1648)
patients de la clinique de Kamloops	65 (4,4–1648)
patients de la clinique de Cranbrook	196 (4,7–391)
	97 (1,4–247)
<i>Durée médiane, en heures, du trajet routier au centre de cancérologie (étendue)</i>	2 (0,05–9)

Tableau 5. Caractéristiques du service de télésoins

Variable	Valeur
Nombre de visites de télésoins initiales réalisées par	
Une infirmière	48
Un(e) oncologue	5
Durée médiane des visites de télésoins initiales en minutes (étendue)	
Infirmière	11 (6–20)
Oncologue	4 (4–12)
Endroit choisi par le patient pour la visite de télésoins	
Domicile	51
Lieu de travail	2
Nombre de visites non planifiées à la clinique de cancérologie	1
Nombre de patients demandant une seconde visite de télésoins	16
Nombre médian de visites de télésoins (étendue)	1 (1–4)

invitait les participants à fournir des commentaires additionnels, et pas un seul d'entre eux n'a indiqué de préférence quant au type d'intervenant concerné. Trois quarts (78 %) des participants étaient tout à fait d'accord pour dire que l'option du service de télésoins était pratique et/ou leur économisait du temps et de l'argent. Ils étaient moins nombreux (62 %) — une forte proportion malgré tout — à indiquer qu'ils étaient tout à fait d'accord pour participer au service de télésoins plutôt que de devoir se rendre à la clinique de cancérologie pour y rencontrer leur spécialiste. Une explication possible de cet empressement à parcourir de longues distances pour voir un médecin pourrait être la manière dont les gens composent avec les exigences de la vie dans une région du Canada à la fois vaste et peu densément peuplée. Le relevé de présélection de l'étude nous apprend que certains patients d'un âge moindre qui habitaient à une ou deux heures de route du centre de cancérologie déclinaient de participer au service de télésoins étant donné que pour eux, parcourir une telle distance ne représentait pas un dérangement. D'autres patients ont ajouté qu'ils profitaient des visites de suivi pour faire des courses et qu'à leurs yeux, ces visites ne constituaient pas nécessairement un inconvénient.

Après la visite de télésoins initiale, on indiquait aux participants que leur prochaine visite aurait lieu au centre de cancérologie. Malgré la volonté de certaines personnes à parcourir de grandes distances, 16 (30 %) des participants ont demandé de poursuivre leurs visites de suivi par le truchement des télésoins. Une personne âgée atteinte de macroglobulinémie a ainsi pu bénéficier de quatre visites de télésoins, ce qui éliminait pour elle la nécessité de faire un trajet de quatre heures pour se rendre à la clinique de cancérologie la plus proche.

Certains participants diagnostiqués avec un cancer qui vont bien avant ou après leur traitement peuvent être suivis en toute efficacité soit par leur médecin de famille soit par un oncologue. Un examen des stratégies de suivi ciblant les patients atteints de cancer du sein et

évaluées dans le cadre d'essais cliniques aléatoires suggère que les visites régulières en milieu hospitalier n'ont pas plus d'incidence sur la survie ou la qualité de vie que les soins de suivi dispensés par les médecins généralistes (Rojas et coll., 2005). Même des patients porteurs d'un gliome de haut grade de malignité ont pu être suivis en toute efficacité par une clinique téléphonique gérée par des infirmières, le nombre de visites non planifiées étant similaires à ce que l'on est en droit d'attendre du fait de la très rapide évolution de cette affection (Sardell et coll., 2000).

Les résultats de notre étude pilote ont permis de déterminer que les patients diagnostiqués avec un cancer hématologique d'évolution lente et chronique pouvaient être suivis en toute efficacité et sécurité par une clinique téléphonique d'oncologie gérée par des infirmières. Les résultats suggèrent également que les collectivités rurales et les établissements de traitement du cancer pourraient se prévaloir des cliniques téléphoniques gérées par des infirmières cliniciennes spécialisées en oncologie pour assurer le suivi efficace de patients porteurs d'autres malignités d'évolution lente. Cette option prendra toute sa pertinence lorsque surviendront les pénuries de médecins prévues au cours des prochaines décennies, que les cliniques externes de cancérologie deviendront surpeuplées et que les listes d'attente deviendront inévitables dans bon nombre de régions sanitaires du Canada. Nos résultats soulignent également la satisfaction élevée des patients à l'égard du service de télésoins géré par des infirmières. Les patients estimaient qu'ils continuaient de recevoir — à distance — des soins de qualité de la part de leurs professionnels de la santé, un modèle de prestation des soins qui leur épargnait des heures de déplacement non nécessaires.

De futures recherches pourraient porter sur la prestation coordonnée de services d'oncologie par la BCCA dans la région intérieure de la Colombie-Britannique en examinant la situation des patients recevant des traitements par voie orale pour diverses malignités afin qu'ils puissent demeurer à proximité de leur domicile et réduire les trajets entre leur résidence et les centres régionaux de cancérologie. Des patients diagnostiqués avec un lymphome indolent et une leucémie lymphoïde ou myéloïde chronique, une dysglobulinémie plasmocytaire et un syndrome myéloprolifératif ont été suivis avec succès par le service de télésoins de Norfolk lequel est géré par des médecins même si certains des patients étaient sous chimiothérapie active par voie orale (Gow et coll., 2001).

Collaborateurs

David Saltman, Aldyn Overend et Kong Khoo ont collaboré de manière substantielle à la conception et à la méthodologie de l'étude ainsi qu'à l'interprétation des données. Aldyn Overend et David Saltman ont effectué les entrevues téléphoniques et l'analyse des données. David Saltman et Aldyn Overend ont assuré la rédaction de l'article proprement dit. Michael Delorme, Kong Khoo, Ardashes Avanesian et Vanessa Krause étaient des investigateurs secondaires et étaient chargés du recrutement des patients. Tous les auteurs ont révisé le texte et ont approuvé la présente version à des fins de publication.

Remerciements

Nous sommes reconnaissants des précieux conseils et de l'accès aux données offerts par la Dre Gillian Turner, Norfolk and Norwich University Hospital, Norwich, Angleterre. Nous aimerions également reconnaître la contribution de Janice MacDonald et de Val Paolini, toutes deux infirmières à la clinique satellite du CSI. Nous tenons également à remercier Karin Hanna et Susan Wade.

Figure 1. Totaux des résultats cumulés individuels des énoncés du questionnaire sur la satisfaction des sujets. Très défavorable (-2); favorable (-1); neutre (0); favorable (+1); très favorable (+2). Pour chaque énoncé, le résultat maximal possible s'élevait à 90.

Références

- Beaver, K., Twomey, M., Witham, G., Foy, S., & Luker, K.A. (2006). Meeting the information needs of women with breast cancer: Piloting a nurse-led intervention. **European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society**, 10(5), 378–390.
- Booker, J., Eardley, A., Cowan, R., Loque, J., Wylie, J., & Coress, A.L. (2004). Telephone first post-intervention follow-up for men who have had radical radiotherapy to the prostate: Evaluation of a novel service delivery approach. **European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society**, 8(4), 325–333.
- Cox, K., & Wilson, E. (2003). Follow-up for people with cancer: Nurse-led services and telephone intervention. **Journal of Advanced Nursing**, 43(1), 51–56.
- Faithfull, S., Corner, J., Meyer, L., Huddart, R., & Dearnaley, D. (2001). Evaluation of nurse-led follow-up for patients undergoing pelvic radiotherapy. **British Journal of Cancer**, 14(85), 1885–1864.
- Federico, M., Vitolo, U., Zizani, P.L., Chisesi, T., Clo, V., Bellesi, G., et al. (2000). Prognosis of follicular lymphoma: A predictive model based on a retrospective analysis of 987 cases. *Intergruppo Italiano Linfomi*. **Blood**, 95(3), 783–789.
- Fink, A., & Kosecoff, J. (1988). **How to conduct surveys: A step-by-step guide** (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- Gow, I.A., Deanne, A.M., Turner, G.E., & Wimperis, J.Z. (2001). Teleclinics: A year of experience [Abstract]. **British Journal of Haematology**, 113(s1), 52.
- Hennell, S., Spark, E., Wood, B., & George, E. (2005). An evaluation of nurse-led rheumatology telephone clinics. **Musculoskeletal Care**, 3(4), 233–240.
- Hipkens, J.H. (1997). Telemedicine in correctional systems. In R.L. Bashur, J.H. Sanders, & G.W. Shannon (Eds.), **Telemedicine: Theory and practice** (pp. 265–290). Springfield, IL: Charles Thomas, Publisher.
- Horning, S.J., & Rosenberg, S.A. (1984). The natural history of initially untreated low-grade non-Hodgkin's lymphomas. **New England Journal of Medicine**, 311(23), 1471–1475.
- James, N.D., Guerrero, D., & Brada, M. (1994). Who should follow-up cancer patients? Nurse specialist based outpatient care and the introduction of a phone clinic system. **Clinical Oncology, Royal College of Radiologists**, 6(5), 283–287.
- Monserrat, E. (2004). Assessing prognosis in patients with chronic lymphocytic leukemia a quarter of a century after Rai and Binet staging systems. **Annals of Oncology, Official Journal of the European Society for Medical Oncology**, 15(10), 1450–1451.
- Rojas, M.P., Telaro, E., Russo A., Moschetti, I., Coe, L., Fossati, R., et al. (2005). Follow-up strategies for women treated for early breast cancer. **Cochrane Database Syst Rev**, Jan 25 (1), CD 001768.
- Sardell, S., Sharpe, G., Ashley, S., Guerrero, D., & Brada, M. (2000). Evaluation of a nurse-led telephone clinic in the follow-up of patients with malignant glioma. **Clinical Oncology, Royal College of Radiologists**, 12(1), 36–41.
- Shaida, N., Jones, C., Ravindranth, N., Das, T., Wilmott, K., Jones, A., & Malone, P.R. (2007). Patient satisfaction with nurse-led telephone consultation for the follow-up of patients with prostate cancer. **Prostate Cancer and Prostatic Diseases**, 10(4), 369–373.
- Swinson, R.P., Fergus, K.D., Cox, B.J., & Wickwire K. (1995). Efficacy of telephone-administered behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. **Behavior Research and Therapy**, 33(4), 465–469.