

Les services de soins infirmiers téléphoniques en oncologie ambulatoire : une enquête provinciale

par Dawn Stacey, inf, PhD, CSIO(C), Professeure adjointe, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa, Ottawa, ON, Debra Bakker, inf, PhD, Professeure, École des sciences infirmières, Université Laurentienne, Sudbury, ON, Esther Green, inf, MSc(T), Responsable provinciale, Soins infirmiers et Oncologie psychosociale, Action Cancer Ontario, Toronto, ON, Margareth Zanchetta, inf, PhD, Professeure adjointe, Université Ryerson, Toronto, ON, Michael Conlon, MSc, PhD, Biostatisticien, Programme régional de cancérologie, Hôpital régional de Sudbury, ON, Community of Practice Research Group, Action Cancer Ontario, ON

Remerciements

Action Cancer Ontario a fourni de précieuses ressources en nature à l'appui de ce projet.

Abrégé

Une enquête sur les télésoins infirmiers prodigués dans le cadre des programmes ambulatoires d'oncologie de l'Ontario a été effectuée de mai à juillet 2006. Sur les 38 programmes, 58 % utilisaient des infirmières en soins intégraux, 24 % utilisaient un système de triage centralisé et 18 %, un modèle mixte. Environ la moitié des programmes employaient des protocoles (61 %), assuraient la documentation systématique des appels (55 %), et/ou fournissaient, au personnel, une orientation aux télésoins infirmiers (45 %). Les programmes étaient peu nombreux (29 %) à surveiller la qualité des services de soins téléphoniques. Les bénéfices de cette pratique comprennent les suivantes : amélioration de l'accès des patients au système de santé; gestion précoce des symptômes; et continuité accrue des soins. Les obstacles dégagés en matière d'utilisation des protocoles étaient l'accès limité aux protocoles ou la faible sensibilisation à leur existence; la gestion de symptômes multiples; le manque de cohérence avec les pratiques des médecins; l'inquiétude que les protocoles prennent le pas sur le raisonnement critique; le manque de temps et le manque de protocoles électroniques. Les participants ont reconnu la nécessité d'avoir un système de documentation électronique, des critères normalisés pour la surveillance de la qualité des services et de nouvelles recherches en vue d'établir les points-repères des pratiques exemplaires.

Contexte

La plupart des patients en oncologie sont traités et surveillés depuis leur domicile dans le cadre de programmes ambulatoires. Pour les patients, un important service de soutien est de pouvoir accéder à des professionnels de la santé par téléphone afin d'obtenir des conseils pour les soins auto-administrés, d'assigner le traitement des symptômes au niveau de soins adéquat et d'accéder à de l'information

appropriée. Cela signifie que les infirmières en oncologie font face à une vaste gamme de problèmes signalés par les patients qui exigent une évaluation immédiate du patient au téléphone, l'identification de ses problèmes et une intervention appropriée. Les télésoins, version révisée (2005), de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO), reconnaît le rôle des services téléphoniques dans la pratique infirmière et fournit une orientation pour la mise en place de services de qualité.

Selon l'OIIO, le terme télésoins infirmiers « désigne tous les soins et services infirmiers dont la prestation et la coordination à distance passe par les technologies de l'information et des télécommunications » (OIIO, 2005, p. 3). Le rôle infirmier en télépratique consiste à établir une relation thérapeutique infirmière-client qui suit un processus d'évaluation du client, de planification, de mise en œuvre – par la prestation d'information, d'éducation et de soutien – l'évaluation et la documentation. (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2001; Cooley, Lin et Hunter, 1994). Il existe deux modèles principaux pour la prestation de services téléphoniques (Wilson et Hubert, 2002). En vertu du modèle des soins infirmiers intégraux, l'infirmière assignée à un groupe de patients répond aux appels de clinique externe de ces patients et réalise également des fonctions infirmières courantes en personne. Selon le modèle de télétriage infirmier centralisé, l'infirmière doit gérer tous les appels entrants pendant une période de temps définie.

Les éléments clés nécessaires à une prestation de services de télésoins de qualité qui minimisent le risque de litiges sont l'orientation des infirmières appelées à fournir les services téléphoniques, l'accès aux protocoles régissant le processus, la documentation des appels et la surveillance d'assurance de la qualité (Coleman, 1997; OIIO, 2005). En 2001, un groupe de travail composé d'infirmières a été formé dans le cadre du Comité consultatif des spécialistes en soins infirmiers d'Action Cancer Ontario (ACO) en vue d'élaborer le document Pratique des soins infirmiers au téléphone et Lignes directrices pour le traitement des symptômes (Lignes directrices d'ACO) pour 12 symptômes communément éprouvés par les personnes atteintes de cancer ou subissant un traitement de leur maladie. Il y a ainsi des protocoles pour les symptômes suivants : anorexie, nausée/vomissements, diarrhée, constipation, stomatite, dysurie/hématurie, dyspnée, fatigue, fièvre, douleur, altération de la peau et réactions cutanées à la radiothérapie. En 2004, les Lignes directrices d'ACO ont été diffusées en anglais et en français et sont disponibles sur Internet (www.cancercare.on.ca). Les protocoles orientent les actions des infirmières lorsqu'elles accomplissent une évaluation normalisée du symptôme en question et assignent le traitement des symptômes au niveau de soins approprié, y compris les soins auto-administrés (voir la figure 1). En plus de cette intervention de triage, les infirmières prodiguent également des conseils et de l'enseignement aux patients, des références vers d'autres ressources, un soutien psychosocial et les arrangements nécessaires à la prestation de services de soutien à domicile (Wilson et Hubert, 2002). Par exemple, la présence de diarrhée est normalement associée à des caractéristiques liées au symptôme (c.-à-d. nombre de selles par jour, consistance, douleur)

Dawn Stacey, inf, PhD, CSIO(C)
Professeure adjointe, École des sciences infirmières, Faculté des Sciences de la santé, Université d'Ottawa, dstacey@uottawa.ca

indiquant que le patient nécessite des soins imminents, urgents ou non urgents. En ce qui concerne la diarrhée, les niveaux de soins urgents et non urgents exigent des infirmières qu'elles renseignent les patients sur leurs besoins alimentaires, l'utilisation de médicaments en vente libre ou le dosage de médicaments d'ordonnance.

Au Canada, les services téléphoniques infirmiers ont fait l'objet d'une évaluation réduite (Cooley et coll., 1994; Hamilton et Grant, 2006; Kelly, Faught et Holmes, 1999; Stacey et coll., 2003; Wilson et Hubert, 2002). Un examen systématique des études portant sur les services de santé fournis au moyen du téléphone dans le domaine des soins primaires a permis de constater qu'environ 50 % des appels relatifs aux symptômes pourraient être gérés au moyen du téléphone sans visites en personne et que les soins infirmiers étaient aussi sécuritaires que les soins dispensés par les médecins (Stacey et coll., 2003). Les infirmières œuvrant dans les programmes de soins oncologiques ambulatoires ont un avantage par rapport aux infirmières des centres d'appels puisque normalement, elles connaissent déjà leur population de patients (Wilson et Hubert, 2002).

Cette étude avait pour objectifs d'explorer et de décrire les caractéristiques des services infirmiers téléphoniques fournis par les programmes d'oncologie en ambulatoire destinés aux patients atteints de cancer, de dégager les facteurs ayant une incidence sur l'utilisation de protocoles guidant les interventions téléphoniques dans la pratique et enfin, de cerner les possibilités d'amélioration de la qualité de ces services téléphoniques.

Méthodologie

Une étude descriptive a été réalisée de mai à juillet 2006 auprès d'organismes ontariens qui dispensent des services d'oncologie ambulatoire. Pour être admissibles à l'étude, les programmes devaient fournir des services externes qui comprenaient l'évaluation du patient, le traitement (chimiothérapie, radiothérapie) et des soins de soutien aux personnes atteintes de cancer qui vivent à leur domicile ou dans un pavillon de la Société canadienne du cancer. Il existe en Ontario 14 programmes intégrés de cancérologie (PIC) offrant l'éventail complet des services de cancérologie notamment diagnostics, traitements, soins de soutien et soins palliatifs. Plusieurs hôpitaux qui offrent des services de chimiothérapie sont reliés à chaque PIC. Le PIC est la « plaque tournante » où est élaboré le plan de soins des patients atteints de cancer. Le plan de soins chimiothérapeutiques est ultérieurement mis en œuvre soit dans le PIC soit dans un des centres satellites ou associés situés plus près du domicile du patient.

Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire basé sur celui d'une enquête précédente examinant les services infirmiers offerts par l'intermédiaires de programmes de centres d'appels d'envergure provinciale et ce, à l'échelle du Canada (Stacey et coll., 2003). Les items du questionnaire ont été modifiés afin qu'ils reflètent à la fois les soins en oncologie et les soins ambulatoires. La validité apparente du questionnaire d'enquête a été établie par un groupe de 11 chercheurs et praticiens possédant une expertise des soins infirmiers en oncologie et des méthodes de recherche. Une version en ligne du questionnaire a été développée et soumise à un prétest auprès d'infirmières relevant d'un autre programme ambulatoire et d'un service de soins de santé communautaire.

Le questionnaire a été administré sous forme de sondage en ligne à l'aide du logiciel Survey Monkey®. Dans chacun des programmes d'oncologie en ambulatoire, on a fait parvenir une invitation de participation à titre de « répondante » au nom de son organisme à une infirmière autorisée qui y jouait un rôle d'administration ou de leadership (p. ex. infirmière gestionnaire, éducatrice clinique). Des répondants éventuels au sondage ont été identifiés par le Comité des programmes de soins infirmiers en oncologie d'ACO. Les procédures de diffusion du sondage se fondaient sur la Tailored Design Method for Surveys (Dillman, 2000), en vertu de laquelle un message

électronique initial a été envoyé aux répondants éventuels identifiés dans tous les programmes d'oncologie en ambulatoire, suivi de courriels de rappel deux, quatre et six semaines plus tard, respectivement. L'étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laurentienne.

Les données collectées au moyen de Survey Monkey ont été versées dans SPSS (version 12.0) à des fins d'analyse. Les données quantitatives ont été résumées en calculant les fréquences, et des tests de signification portant sur les données croisées ont été effectués à l'aide de la méthode exacte de Fisher. Une analyse de contenu thématique qualitative a été utilisée afin de traiter les réponses obtenues pour les questions ouvertes.

Résultats

Sur les 71 programmes ayant reçu une invitation, 51 ont participé à l'enquête et parmi ces derniers, 39 fournissent des services téléphoniques assurés par des infirmières. Les répondants à l'enquête représentaient des programmes d'un peu partout en Ontario et desservaient des populations allant de moins de 10 000 personnes à plus de 500 000 (voir le tableau 1). Le nombre d'infirmières dispensant des services téléphoniques variait de 1 à 40 à temps plein et de 1 à 18 travaillant à temps partiel au sein d'un même programme. La plupart des programmes ont, parmi le personnel dispensant des télésoins, au moins une infirmière détenant une certification en oncologie.

La plupart des programmes (n=33) fournissent des services téléphoniques en semaine (du lundi au vendredi), durant les heures normales d'ouverture. Des 6 programmes restants, 3 fournissent un accès à des infirmières 24 heures sur 24, 1 fournit principalement un contact en dehors des heures régulières, 1 fournit un accès 24 heures sur 24 aux patients munis de pompes à perfusion continue; enfin, 1 programme n'a pas répondu à cette question. Presque tous les programmes (37/38) incitent les patients à les appeler avant de se rendre à une salle des urgences ou à une clinique médicale.

Caractéristiques des services infirmiers téléphoniques. Des 39 programmes, 38 ont répondu aux questions de l'enquête visant à décrire les services téléphoniques offerts. Parmi ces derniers, 22 utilisent un modèle de soins infirmiers intégraux (58 %), 9 assignent des infirmières à un bureau de triage téléphonique centralisé (24 %) et 7 combinent ces deux modèles (18 %). Les services fournis en réponse aux appels placés à l'initiative des patients comprennent les suivants : gestion des symptômes (97 %); conseils en matière de triage (95 %); enseignement (84 %); information sur la santé en aiguillant les patients vers une ressource d'enseignement au patient (61 %) et information sur la santé en les aiguillant vers des sites

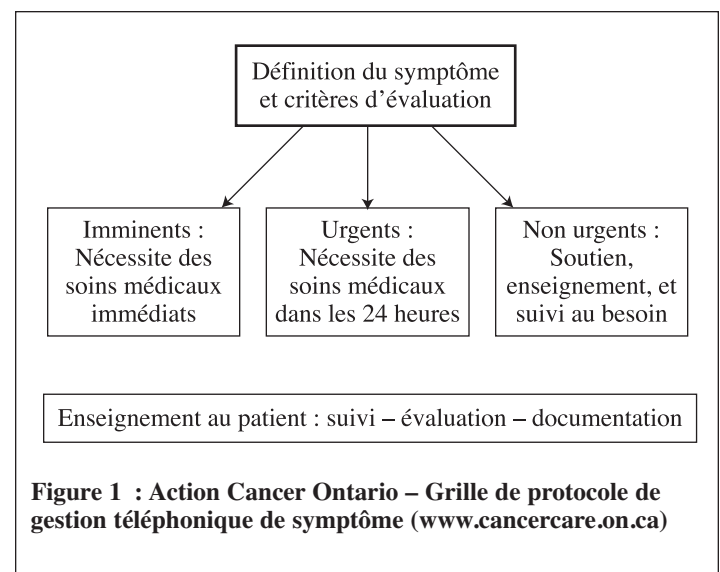


Figure 1 : Action Cancer Ontario – Grille de protocole de gestion téléphonique de symptôme (www.cancercare.on.ca)

Web (39 %). En plus de répondre aux appels en provenance des patients, 22 programmes demandent aux infirmières de placer des appels de surveillance post-traitement (58 %) tandis que 8 programmes demandent à leurs infirmières d'appeler les patients nouvellement référés vers eux (21 %). Les appels de suivi téléphonique placés à l'initiative des infirmières étaient signalés dans 6 des 7 (86 %) programmes desservant des populations <100 000 en comparaison avec 14 des 28 (50 %) programmes desservant des populations >100 000 ($p=0,20$; méthode exacte de Fisher). Les appels auprès de nouveaux patients à l'initiative des infirmières étaient mentionnés dans 4 des 7 (57 %) programmes desservant des populations <100 000 en comparaison avec 4 des 28 (14 %) programmes desservant des populations >100 000 ($p=0,03$; méthode exacte de Fisher).

Éléments d'une télépratique sécuritaire. Dix-sept des 38 (45 %) programmes dispensent une orientation aux infirmières en matière de télépratique, 19 (50 %) n'en dispensent pas et 2 n'ont pas fourni de réponse à ce sujet. Cette orientation est accomplie par l'intermédiaire de préceptrices (64 %; 11/17), d'apprentissage en classe (59 %; 10/17) et/ou d'apprentissage autodirigé (53 %; 9/17) d'une durée moyenne variant entre 0,3 et 15 heures (la médiane se situant à 5 heures). Parmi les 8 programmes qui fournissent aux infirmières une rétroaction sur leur rendement au téléphone, les approches utilisées incluaient des vérifications téléphoniques, la rétroaction des patients, une évaluation dans le cadre d'une appréciation du rendement et/ou une rétroaction lors de la survenue de problèmes. Un atout dégagé par quelques-uns des programmes était un examen annuel des normes et lignes directrices régissant les services téléphoniques.

Trente-huit programmes ont fourni des renseignements sur la documentation des appels. Parmi eux, les appels faisaient l'objet d'une documentation systématique dans 21 sites, d'une documentation au besoin dans 14 sites et d'aucune documentation dans 3 sites. Une documentation électronique était rapportée par 8 des 35 programmes tandis que les 27 programmes restants indiquaient qu'ils employaient des systèmes axés sur le papier.

Onze des 38 programmes signalaient entreprendre des activités en vue de surveiller ou d'évaluer la qualité des services téléphoniques. L'évaluation des services portait entre autres sur les domaines suivants : délai de réponse (4/11); utilisation des protocoles téléphoniques (3/11); satisfaction des clients (3/11); vérifications de la documentation (2/11); contrôle des symptômes (2/11); caractère adéquat du triage (2/11); proportion des appels orientés vers une visite à la clinique ou vers des soins auto-administrés (1/11); et qualité de vie en matière de santé (1/11). Aucun des programmes ne publie de rapport d'évaluation accessible au public.

Sur les 23 programmes employant des protocoles, 17 utilisaient les Lignes directrices d'ACO (74 %), 5 utilisaient des lignes directrices élaborées par leur propre programme (22 %), et 1 programme n'a pas mentionné l'origine des protocoles qu'il employait. Les protocoles sont utilisés en tant que ressources de consultation dans 21 programmes et à titre de ressources d'orientation dans 15 programmes. Une répondante a signalé qu'une des forces de son programme est l'utilisation des protocoles qui est faite 75 % du temps. Lorsqu'on a demandé quelle proportion des infirmières utilisaient la version française des Lignes directrices d'ACO, 1/36 programmes a rapporté >50 %, 4/36 programmes ont mentionné 10 à 50 %, et 9/36 programmes <10 % tandis que 23/36 programmes indiquaient 0 %.

Trente-quatre répondants ont cerné des obstacles à l'utilisation des protocoles téléphoniques qui avaient trait aux caractéristiques des protocoles, aux pratiques des infirmières et à l'environnement de travail. L'obstacle le plus fréquemment cité était les contraintes temporelles qui empêchaient le personnel de trouver et d'utiliser les protocoles. Les obstacles liés aux protocoles comprenaient leur manque d'accessibilité (c.-à-d. un gros document, ne se trouvant pas à proximité de tous les téléphones), le caractère non adéquat des protocoles quand on s'occupe de patients éprouvant des symptômes multiples, le nombre réduit de lignes directrices sur les symptômes, l'inquiétude que les protocoles ne soient pas à jour et l'absence de format électronique. Par exemple, une infirmière a décrit le défi posé par l'utilisation d'une « version papier trop compliquée à consulter tandis qu'on s'occupe du dossier papier d'un patient ». Les obstacles liés à l'utilisation de protocoles dans le cadre de la pratique infirmière incluaient le fait que les infirmières n'avaient pas toujours conscience de leur existence, que les infirmières expérimentées avaient pleine confiance dans leurs compétences téléphoniques et qu'elles faisaient peu de cas des protocoles et enfin, l'inquiétude que le jugement ou le raisonnement critique infirmiers doivent un jour céder le pas aux protocoles. Quant aux obstacles relatifs à l'environnement de pratique qui influençaient l'emploi des protocoles, ils comprenaient, entre

Tableau 1 : Caractéristiques des programmes d'oncologie en ambulatoire (n=39)

Caractéristiques	Nombre de programmes (fréquence)
Taille de la population desservie	
Moins de 10 000	2
10 000-99 999	5
100 000-499 999	18
Plus de 500 000	10
Pas de réponse / Ne sait pas	4
Nombre de nouveaux patients aiguillés vers le programme	
Moins de 100	6
101 à 500	5
501 à 1000	3
1001 à 2500	6
Plus de 2500	4
Pas de réponse/ Ne sait pas	15
Région géographique de l'Ontario	
Algoma	1
Centre-est – Toronto	7
Centre-ouest – Hamilton	3
Est – Ottawa	6
Nord-est – Sudbury	4
Nord-ouest – Thunder Bay	2
Sud – Windsor	1
Sud-est – Kingston	2
Sud-est – Belleville	1
Sud-ouest – London	1
Grand River – Kitchener	3
Muskoka – Simcoe	3
Peel – Mississauga	1
Durham – Oshawa	2
Pas de réponse	2
Programmes ayant >1 infirmière répondant aux appels qui détient la désignation	
Certifiée en oncologie	28
Diplôme en pratique avancée	7
Infirmière praticienne	6
Le programme encourage-t-il les patients à appeler avant d'aller aux urgences ou à la clinique médicale ?	
Oui	36
Non	1
Pas de réponse	2

autres, des attentes divergentes des superviseurs, le manque de soutien en faveur de l'utilisation de protocoles au sein des équipes d'oncologie et enfin, une incompatibilité avec les pratiques actuelles des médecins.

Lorsque les quatre éléments clés dégagés par l'OIIO (2005) pour une télépratique infirmière sécuritaire ont été analysés en comparant les systèmes de documentation électronique par rapport à ceux de documentation manuelle, des différences ont été relevées (voir le tableau 2). Les programmes qui emploient la documentation électronique étaient plus susceptibles de faire la documentation des appels ($p < 0,05$). Lorsque les éléments clés d'une télépratique infirmière sécuritaire étaient examinés en fonction du modèle de dispensation des services infirmiers, on ne constatait aucune différence statistiquement significative entre le modèle de soins infirmiers intégraux et d'autres modèles de prestation des services infirmiers (voir le tableau 3).

Forces des services infirmiers téléphoniques. Trente et un participants ont décrit les forces de leurs services infirmiers au téléphone, regroupées selon trois thèmes principaux : a) le système répond aux besoins des patients; b) la continuité des soins et c) l'efficacité des soins multidisciplinaires. Les participants ont indiqué que les infirmières répondaient aux besoins des patients en a) gérant les symptômes des patients à distance afin de leur éviter des visites en clinique; b) en retournant promptement les appels (dans les 24 heures); c) en renforçant leurs enseignements et d) en fournissant une information cohérente. Une répondante a confié : « les patients se sentent davantage en sécurité de savoir que quelqu'un est disponible ». Dans l'ensemble, les répondants estiment que les patients se sentaient soutenus par leur équipe d'oncologie, moins angoissés, et qu'ils sont satisfaits des services. À titre d'exemple, une répondante a expliqué que « pour les patients recevant leur chimio[thérapie] à domicile, une des infirmières spécialisées en chimio est de garde 24 heures sur 24 afin d'aborder immédiatement les problèmes relatifs aux pompes ambulatoires ».

Selon les indications des participants, les services téléphoniques rehaussent la continuité des soins aussi bien au sein de l'équipe d'oncologie qu'entre cette dernière et les prestataires de soins de santé communautaire. Par exemple, la continuité était améliorée par le lien direct qui unissait les patients à leur équipe d'oncologie, par l'accès qu'avaient les infirmières au dossier médical, par la documentation des appels et par la disponibilité de services tels que la coordination des soins à domicile, au besoin. Dans les programmes mettant en œuvre le modèle de soins infirmiers intégraux ou dans les centres de petite taille, il était rapporté que les patients connaissaient bien la ou les infirmière(s) par le biais des relations déjà établies. Une répondante a écrit que « les patients aiment l'idée d'avoir une infirmière qu'ils peuvent appeler et consulter ».

L'efficacité des soins multidisciplinaires est la troisième force des programmes de services téléphoniques à avoir été cernée. Grâce à ces services, les problèmes des patients en matière de symptômes étaient abordés précocement ce qui leur évitait des visites aux urgences ou des hospitalisations, étant donné que les infirmières font le triage des appels afin de minimiser les contacts non nécessaires avec les médecins et que les infirmières ont de plus grandes responsabilités en matière de soins de suivi. Une autre force signalée par un grand nombre de répondants est le haut niveau d'expertise des infirmières préposées aux appels, puisque beaucoup d'entre elles sont des infirmières certifiées en oncologie. Certains répondants ont également indiqué que l'emploi de protocoles pour guider la résolution des appels constituait « une force ».

Possibilités d'amélioration des services. Les possibilités d'amélioration des services prodigués au téléphone étaient axées sur l'amélioration des protocoles, l'accès au dossier électronique du patient avec possibilité d'y inscrire des renseignements, avoir suffisamment de personnel pour faire adéquatement face au volume des appels, l'utilisation d'un modèle de soins infirmiers intégraux, la

prestation d'un soutien aux appels non reliés aux soins infirmiers et la conception d'un programme d'orientation plus formel pour la mise en œuvre des protocoles dans les pratiques de télésoins infirmiers. Les infirmières souhaitaient en particulier que les protocoles soient offerts sous forme électronique et qu'ils soient intégrés au système de documentation de manière à produire des listes de contrôle et d'obtenir ainsi une normalisation de la documentation. Comme un des répondants l'a exprimé :

Je désire tant avoir un outil électronique normalisé qui serait utilisé dans l'ensemble de notre région de manière à ce que nous puissions faire à chaque fois, l'évaluation et la documentation des cas, l'enseignement et les interventions auprès des patients de la même manière (fondée sur des données probantes)...les normes sont un excellent premier pas mais d'une certaine manière, nous devons incorporer cette approche et ce corpus de connaissances aux outils cliniques plutôt que de les garder séparés, afin que les cliniciens puissent les consulter.

Les répondants ont conseillé d'aborder les préoccupations des infirmières et des patients en ce qui concerne les services téléphoniques. Les préoccupations des infirmières comprenaient les questions de responsabilité associées à la prestation de conseils au téléphone et les énormes charges de travail qui les empêchent de retourner promptement les appels placés auprès de leurs services. Comme une participante l'a dit : « si nous sommes à court de personnel, ce poste [celui de réponse aux appels téléphoniques] est

Tableau 2 : Quel type de système de documentation est associé à des pratiques sécuritaires pour les télésoins infirmiers?

	Utiliser des protocoles		Fournir une orientation		Documenter les appels		Surveiller la qualité	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Électronique	7	1	5	3	8	0	4	4
Papier	16	11	12	13	13	14	7	17
Méthode exacte de Fisher (bilatérale)	p=0,22		p=0,69		p=0,01		p=0,40	

Tableau 3 : Quel modèle de services de soins infirmiers est associé à des pratiques sécuritaires pour les télésoins infirmiers?

	Utiliser des protocoles		Fournir une orientation		Documenter les appels		Surveiller la qualité	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Soins infirmiers intégraux	11	11	8	12	21 (12+9*)	1	8	11
Autres modèles	13	3	9	7	14 (9+5*)	2	3	13
Méthode exacte de Fisher (bilatérale)	p=0,09		p=0,50		p=0,56		p=0,17	

(*de routine ou au besoin)

celui qui est supprimé ». Les répondants ont également décrit la tension entre la gestion des appels en tant qu'infirmières et l'orientation des appels vers les médecins en soins de première ligne. Les préoccupations des patients, tels que dégagés par les infirmiers(ères) répondant(e)s, incluaient attendre que quelqu'un réponde aux appels, les lignes téléphoniques occupées, le fait de devoir laisser des messages au répondeur, ne pas connaître l'infirmière qui répond à l'appel, devoir obtenir des soins auprès de professionnels ne connaissant pas bien les soins en oncologie (p. ex. dans les cliniques sans rendez-vous ou les salles d'urgence). Une participante a déclaré que les patients veulent « des délais bien moindres pour les retours d'appel, surtout quand ils attendent les résultats d'analyses le jour même ».

Les répondants soutenaient l'utilisation des protocoles d'ACO et suggéraient que les infirmières œuvrant dans des programmes connexes (p. ex. les infirmières en santé communautaire, les services des urgences) devraient être sensibilisées à ces lignes directrices sur la gestion des symptômes dans le contexte oncologique. Finalement, les répondants ont cerné le besoin d'établir, à l'échelle provinciale, un ensemble d'indicateurs de qualité des appels afin de suivre de près la satisfaction des infirmières et des patients ainsi que d'autres résultats pertinents.

Discussion

Il s'agit de la première étude à avoir dressé un profil des services infirmiers téléphoniques actuels au sein des programmes d'oncologie en ambulatoire. Le programme type fournissait des services téléphoniques en semaine en s'inspirant d'un modèle de soins infirmiers intégraux où les appels sont placés par les patients ayant des besoins en matière de traitement des symptômes et de conseils concernant les priorités à établir sur le plan des symptômes et de l'enseignement. Les programmes desservant des populations <100 000 étaient plus susceptibles de demander à leurs infirmières d'appeler les patients nouvellement référés. Environ la moitié des programmes satisfaisaient aux lignes directrices de l'AICC sur les télépratiques infirmières sécuritaires qui comprenaient l'utilisation de protocoles (61 %), la documentation systématique des appels (55 %) et une orientation (45 %). Peu de programmes (29 %) surveillent la qualité des services téléphoniques offerts. Quoique l'on ait constaté plusieurs forces associées aux services téléphoniques qui concernaient avant tout l'amélioration de l'accès aux soins et de la continuité de ces derniers, on notait également des problèmes au niveau des protocoles de gestion des symptômes, de la prestation d'une orientation aux infirmières et de l'évaluation de la sécurité et de la qualité des services de télésoins infirmiers.

L'utilisation de protocoles téléphoniques bien conçus ne signifie pas que l'on dispense des soins en suivant uniquement des recettes prescrites; elle favorise, au contraire, une pratique infirmière fondée sur des données probantes en proposant des lignes directrices axées sur des résultats de recherche qui peuvent être intégrées avec d'autres types de données tels que les besoins et préférences individuels des patients et l'expertise clinique de la soignante. Tous les programmes de centres d'appels canadiens d'envergure provinciale ont des protocoles régissant la pratique infirmière et la majorité d'entre eux sont intégrés au système de documentation électronique (Stacey et coll., 2003). Toutefois, il est difficile de savoir si les protocoles élaborés pour le contexte des soins primaires sont pertinents pour les patients en oncologie recevant des traitements anticancéreux en ambulatoire. Vu que les lignes directrices d'ACO ont été créées expressément pour les patients en oncologie, il serait utile d'y apporter des améliorations en fonction de la rétroaction des infirmières ayant participé à cette étude. Selon notre enquête, les infirmières étaient plus susceptibles de documenter leurs appels si elles ont accès aux dossiers de santé électroniques. Une autre étude a montré que les infirmières d'un centre d'appels

provincial étaient plus susceptibles d'utiliser des protocoles lorsque ceux-ci avaient été intégrés au système de documentation électronique (Stacey, Pomey, O'Connor et Graham, 2006). Il s'ensuit que ces protocoles doivent inclure des lignes directrices sur la gestion de patients éprouvant des symptômes multiples et être présentés dans un format électronique afin d'en améliorer l'accessibilité et les liens entre la version électronique des protocoles et des dossiers de santé. L'emploi de dossiers, de listes de contrôle et d'outils électroniques normalisés pourrait éventuellement faire diminuer le temps que les infirmières consacrent à la consultation des dossiers des patients et à la documentation des appels, une autre préoccupation exprimée par les infirmières de notre étude.

L'orientation a pour but d'aider les infirmières à développer leurs connaissances et compétences relativement à la prestation de soins infirmiers téléphoniques. Dans le cadre de notre enquête, l'orientation fournie par les programmes d'oncologie variait d'aucune orientation à une formation de 15 heures. Selon les centres d'appels canadiens, ceux-ci fournissaient aux infirmières une orientation allant de 40 à plus de 155 heures (Stacey et coll., 2003). En plus de porter sur l'organisme, l'orientation se concentre sur le développement de compétences d'évaluation au téléphone, sur l'entraînement à l'utilisation des protocoles et à la documentation d'appels simulés, sur le perfectionnement des compétences par le biais du mentorat et sur la rétroaction mensuelle continue des superviseurs. Les infirmières ayant participé à notre étude faisaient état de la nécessité d'un programme provincial d'orientation qui pourrait être mis en œuvre dans les divers centres. En outre, l'orientation concernant la gestion des symptômes pourrait être approfondie pour les infirmières œuvrant au sein de programmes connexes tels que les soins infirmiers en santé communautaire ou les services d'urgence.

Quoique cela fait de nombreuses années que les infirmières fournissent des conseils téléphoniques aux patients en oncologie ambulatoire, peu d'évaluations ont été effectuées sur la qualité de ces services et sur l'utilisation irrégulière de différentes méthodes de mesure des résultats qui interdit toute comparaison entre programmes. Les trois grandes catégories de résultats mesurés dans 8 à 10 % des programmes couverts par notre étude étaient le délai de réponse, l'utilisation de protocoles téléphoniques et la satisfaction des patients. Cette dernière était aussi régulièrement mesurée dans les programmes d'envergure provinciale de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de l'Ontario, du Québec et du Nouveau-Brunswick (Stacey et coll., 2003). Bien que le degré de satisfaction des patients soit élevé, il ne constitue pas habituellement une mesure suffisamment sensible pour la surveillance de la qualité des programmes. Parmi les mesures additionnelles qui pourraient être mises en œuvre, citons la répartition des appels, le délai de réponse selon la sévérité des symptômes, l'autonomisation des patients en matière de soins auto-administrés, la participation active des patients à la détermination de la meilleure intervention possible et enfin, des mesures de la charge de travail.

Finalement, malgré la distinction effectuée entre deux modèles de prestation de télésoins infirmiers (c.-à-d. celui des soins infirmiers intégraux et celui d'un bureau de triage centralisé), notre étude ne cherchait pas à dégager ni à promouvoir un modèle en particulier. L'une et l'autre de ces méthodes présentent des avantages et des inconvénients, et peu de données probantes viennent appuyer la supériorité d'un modèle par rapport à l'autre. Des études antérieures ont suggéré que les soins infirmiers intégraux rehaussent la continuité des soins au sein de la relation patient-infirmière, évitent les visites aux urgences des hôpitaux et accroissent la participation des infirmières aux soins aux patients (Cooley et coll., 1994; Wilson et Hubert, 2002). Il y a lieu de mener d'autres travaux de recherche en vue de déterminer des pratiques exemplaires pour les services de télésoins infirmiers, notamment l'efficacité des protocoles sur le plan de la prestation de télésoins de meilleure qualité et sécurité.

Les principales limites influençant nos conclusions étaient l'éventuel biais de non-réponse, le biais de déclaration et la généralisabilité limitée. Bien que nous ayons obtenu un taux de réponse d'ensemble de 72 %, une plus forte proportion de participants en provenance de services téléphoniques assurés par des infirmières (38 sur 39) ont fourni des descriptions de leurs services en laissant peu de questions sans réponse. De même, il se peut que les participants aient été plus susceptibles de donner les réponses qu'ils croyaient attendues d'eux. Étant donnée la nature confidentielle de l'enquête et le fait que les données recueillies reflétaient les perceptions des répondants décrivant les politiques et pratiques de leur programme plutôt que leurs pratiques infirmières personnelles, nous ne pouvons pas être certaines que toutes les réponses aux questions de l'enquête reflétaient exactement la réalité des pratiques des infirmières. Pour terminer, cette étude s'est déroulée dans une seule province du Canada. Bien que les caractéristiques des programmes et que les obstacles à l'utilisation des protocoles s'appliquaient spécifiquement aux milieux de pratique ontariens, on constatait une uniformité parmi les programmes de l'ensemble de l'Ontario, il est donc probable que les résultats soient pertinents pour les programmes de l'extérieur de la province prodiguant des services téléphoniques aux patients en oncologie ambulatoire.

Conclusions

Quoique la plupart des programmes fassent appel à des infirmières pour fournir des services téléphoniques à des patients en oncologie durant les heures normales d'ouverture en semaine, peu d'entre eux répondaient à l'ensemble des critères prescrits par l'AIC en matière de pratique sécuritaire des télésoins infirmiers (c.-à-d. l'orientation à la télépratique infirmière, des protocoles guidant la tenue des appels, la documentation des appels, la surveillance de la qualité des appels). Les possibilités d'amélioration des services téléphoniques comprenaient l'élaboration de protocoles conviviaux pour les télésoins et leur incorporation au système de documentation électronique des appels, la conception de lignes directrices pour la gestion des patients ayant des symptômes multiples, le développement d'une orientation normalisée aux télésoins infirmiers en oncologie, l'établissement de critères normalisés pour la surveillance de la qualité des programmes et de mesures uniformes afin de faciliter les comparaisons entre programmes. De nouvelles recherches devront explorer les manières dont les infirmières surmontent actuellement les obstacles susmentionnés et élaborent des stratégies en vue d'améliorer leur télépratique. En outre, il sera nécessaire de mesurer la qualité des évaluations de patients et la sécurité des soins dispensés au téléphone, notamment le délai de réponse aux appels placés par les patients.

Références

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2001). **Énoncé de position : Le rôle de l'infirmière dans la télépratique**. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Coleman, A. (1997). Legal implications of telephone triage. *Journal of Clinical Nursing*, **613**, 227-31.
- Comité consultatif des spécialistes en soins infirmiers. (2004). **Guide sur la pratique des soins infirmiers au téléphone et Lignes directrices pour le traitement des symptômes**. Toronto : Action Cancer Ontario.
- Directives professionnelles de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2005). **Les télésoins**. Ottawa : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, Publ. no 51041.
- Cooley, M.E., Lin, E.M., & Hunter, S.W. (1994). The ambulatory oncology nurse's role. *Seminars in Oncology Nursing*, **10**(4), 245-53.
- Dillman, D.A. (2000). **Mail and internet surveys: the tailored design**. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Hamilton, J., & Grant, B. (2006). A welcome link for patients who are waiting. *Canadian Nurse*, **102**(3), 24-7.
- Kelly, D.F., Faught, W.J., Holmes, L.A. (1999). Ovarian cancer treatment: The benefits of patient telephone follow-up post-chemotherapy. *Canadian Oncology Nursing Journal*, **9**(4), 175-8.
- Stacey, D., Noorani, H.Z., Fisher, A., Robinson, D., Joyce, J., Pong, R.W. (2003). **Le télétriage : étude méthodique et enquête auprès des centres d'appels canadiens**. Ottawa : Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé. Rapport technologique n° 43.
- Stacey, D., Pomey, M.P., O'Connor, A.M., & Graham, I.D. (2006). Adoption and sustainability of decision support for patients facing health decisions: an implementation case study in nursing. *Implementation Science*, **1**, 1-10.
- Wilson, R., & Hubert, J. (2002). Resurfacing the care in nursing by telephone: Lessons from ambulatory oncology. *Nursing Outlook*, **5**(4), 160-64.