

PERSPECTIVES INTERNATIONALES

Panel international sur la pratique et les soins infirmiers en oncologie—Points saillants

par Marg Fitch

La capitale de Chine, Beijing, a accueilli en mai dernier le 8^e Congrès mondial sur le cancer. Voici les points saillants qui sont ressortis d'une série de présentations données à cette occasion sur le thème de la pratique et des soins infirmiers en oncologie. La spécialité des soins infirmiers en oncologie commençant à poindre en Chine, le Congrès mondial sur le cancer a été une belle occasion pour les infirmières d'Occident et d'Orient d'échanger des connaissances à ce sujet et d'explorer les collaborations potentielles. En effet, on remarque nombre de similitudes d'un bout à l'autre du monde quant à la manière d'aborder le cancer et le vécu des patients et de leur famille. Les solutions proposées pour la prestation de soins varient toutefois d'un endroit à l'autre et selon les ressources disponibles.

Fusun Terzioglu (Faculté des sciences infirmières, division de l'obstétrique et de la gynécologie, Université Hacettepe et hôpitaux universitaires affiliés, Turquie) a présenté les résultats d'une étude sur le lien entre les soins à domicile et la satisfaction sexuelle des patientes atteintes d'un cancer gynécologique. La santé et la satisfaction sexuelle peuvent être en effet fortement compromises chez ces femmes, tout dépendant de la maladie et du traitement retenu. Une étude prospective aléatoire a été menée pour mesurer les effets, dans les 12 semaines suivant le congé de l'hôpital, de visites d'infirmières respectant des plans établis d'enseignement et de soins infirmiers dans un contexte hospitalier (3 visites) et à domicile (5 visites avec contacts téléphoniques). Un groupe témoin n'ayant reçu aucune de ces interventions a été évalué dans le contexte des soins de routine hospitaliers. Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire d'entrevue, d'un questionnaire sur la satisfaction à l'égard des visites à domicile et de l'Inventaire de la satisfaction sexuelle de Golombok-Rust (GRISS). Au

cours de la période évaluée les femmes du groupe expérimental ont connu moins de problèmes sexuels, comparativement aux femmes du groupe témoin, que durant la période prétraitement.

Jun-E Liu (École de soins infirmiers, Capital Medical University, Chine) a présenté les données se rapportant à la croissance post-traumatique et à la détresse psychologique survenues au cours d'une période de six mois chez les survivantes du cancer du sein hospitalisées à un stade précoce. Cette étude longitudinale appliquait l'Inventaire de croissance post-traumatique de même que le thermomètre de détresse et la liste de problèmes aux 3^e, 6^e et 9^e mois postdiagnostique. Au départ, 155 patientes ayant subi des traitements de chimiothérapie ont été sélectionnées par échantillonnage dirigé dans quatre cohortes de premier rang de patientes d'hôpitaux de Beijing offrant des soins tertiaires (critères d'admissibilité : plus de 18 ans, cancer du sein de stade I ou II, absence de métastase, aucun antécédent de maladie mentale). Au total, 120 femmes ont suivi jusqu'au bout les mesures de suivi. Le score total de croissance post-traumatique était de $62,72 \pm 14,66$ au niveau de référence, avec une faible relation négative entre la croissance post-traumatique et l'état de détresse ($r = -0,282, p < 0,001$). La croissance post-traumatique a augmenté tandis que la détresse psychologique a diminué entre 3 mois et 9 mois. Les scores finaux sont de $70,29 \pm 16,07$ pour la croissance post-traumatique et de $2,51 \pm 1,00$ pour la détresse. On a conclu que les survivantes du cancer du sein atteignaient un faible niveau de croissance post-traumatique après 3 mois lorsqu'elles subissaient des traitements de chimiothérapie, mais que cette croissance avait augmenté au 9^e mois.

Margaret Fitch (Faculté des sciences infirmières Lawrence S. Bloomberg, Université de Toronto, Canada) a fait le point sur l'intérêt accru observé durant

la dernière décennie pour les résultats signalés par les patients, désormais vus comme une bonne manière de mieux comprendre le vécu des patients par rapport à leur santé et à leur maladie. En effet, la capacité à mesurer les résultats rapportés par les patients et à utiliser ces données dans nos interactions quotidiennes avec eux et dans la planification des programmes contribuera largement à améliorer l'expérience des patients cancéreux. Au Canada, des efforts sont consentis pour concevoir et mettre en place une infrastructure qui permettra de mesurer, de consigner et d'utiliser systématiquement les résultats rapportés par les patients, en plus de mesurer l'expérience et la satisfaction de ces derniers. Le Partenariat canadien contre le cancer fait figure de leader en la matière et pilote des projets un peu partout au pays. Les infirmières participeront activement à la collecte et à la déclaration de ces données auprès des patients au point d'intervention. L'arrivée des dossiers médicaux électroniques permettra par ailleurs de consigner ces renseignements et d'en faire le suivi plus facilement.

Leslie Waltke (Aurora Health Care, consultation en réadaptation globale liée au cancer, États-Unis) a souligné à quel point la réadaptation liée au cancer était un domaine négligé alors que son importance croissait compte tenu du plus grand nombre de survivants. La réadaptation liée au cancer est un secteur de la psychiatrie qui vise à soigner les déficits musculosquelettiques, cardiopulmonaires et fonctionnels qui résultent d'un traitement contre le cancer, de la survie à la maladie, de la progression du cancer et des soins apportés en fin de vie. Bon nombre d'effets indésirables tardifs ou à long terme couramment associés au cancer et à son traitement (fatigue, douleurs, faiblesse, fibrose, incontinence, lymphœdèmes, œdèmes, perte de mobilité, atteinte des fonctions cardiopulmonaires, pertes d'équilibre, effets sur la marche,

problèmes de sécurité, dysfonctions sexuelles, difficulté à avaler et problèmes cognitifs, notamment) relèvent de la réadaptation liée au cancer. Les preuves soutenant le besoin d'intervenir dans ce domaine s'accumulent et amènent à militer pour l'intégration d'une forme de réhabilitation dès le diagnostic de cancer. Les survivants qui profitent d'approches de réadaptation regagnent de la force, demeurent plus actifs et connaissent une meilleure qualité de vie.

Hanna Admi (Centre de soins Rambam, Israël) s'est penchée sur l'expérience de transition vécue par les patients cancéreux et la détermination des obstacles à une transition efficace. Des adultes hébreux, arabes et de langue russe ont participé à cette étude en collaboration avec des prestataires de soins travaillant dans des hôpitaux et en milieu communautaire. Au moyen de méthodes qualitatives (groupe de discussion et entrevues avec 37 patients et 40 prestataires de soins) et quantitatives (questionnaires autoadministrés, 422 répondants), on a obtenu le point de vue des participants sur leurs interactions avec le milieu hospitalier et communautaire. Les données qualitatives ont mené au constat que les patients avaient du mal à naviguer dans le système de soins de santé, jugé complexe et fragmenté. Ils étaient bien souvent contraints à gérer eux-mêmes leur cas et à utiliser des moyens informels pour contourner les obstacles : usage de relations personnelles, coordination assurée par des infirmières, des médecins de famille ou des généralistes. Le facteur le plus efficace quant à la qualité du processus de transition était l'implication d'un généraliste ($p < 0,001$) dans la collectivité. L'étude conclut à l'importance des infirmières en oncologie qui, par leur engagement interpersonnel et leur rôle de coordination, contribuent à faciliter la transition dans le système de soins, de même qu'au besoin de poursuivre l'éducation des patients et de leur offrir du soutien pendant et après leur hospitalisation.

Lisa Muirhead (École de sciences infirmières Nell Hodgson Woodruff, Emory University, États-Unis) a fait le point sur la complexité des facteurs de risque de cancer chez les individus souffrant d'une maladie mentale grave en soulignant les

implications sur la pratique, les politiques et la santé publique. Cette population très vulnérable est souvent négligée. Vivre avec une maladie mentale grave pose déjà nombre de défis et crée des risques plus élevés de morbidité et de mortalité liés à des états aigus et chroniques, en plus de rendre plus vulnérable à certains cancers et décès liés au cancer. Aux États-Unis, beaucoup de personnes souffrant d'une maladie mentale grave n'ont pas d'assurances. Ces personnes ont souvent aussi un diagnostic de toxicomanie et sont moins susceptibles d'accéder aux services de prévention et de les utiliser. Pourtant, plusieurs facteurs de santé peuvent être modifiés chez cette population – dont 50 % environ deviennent des sans-abri –, moyennant une intervention adéquate à l'égard de certains éléments clés : poids corporel, activité physique, alimentation, tabagisme, consommation de drogues et d'alcool, pratiques sexuelles. Leur voix est bien rarement entendue et ils ont peu d'accès aux soins. Il faut poursuivre les recherches et mieux cerner les modèles de soin qui conviendraient le mieux pour joindre et soigner efficacement cette population.

Edith Ubogagu (London North West Healthcare NHS Trust, Royaume-Uni) a présenté les principaux résultats d'un essai pilote de planification avancée des soins mené à un hôpital d'enseignement de Londres et qui visait à respecter les préférences et à répondre aux souhaits des patients pendant les 12 derniers mois de leur vie. L'étude répondait à une préoccupation concernant la population vieillissante, de plus en plus nombreuse, et exposée à un fardeau important en matière de santé. Une revue de la littérature a d'abord permis de dégager les facteurs de risque les plus courants et les caractéristiques des « patients âgés et vulnérables » : > 75 ans, ≥ 1 comorbidité à long terme en stade final, ≥ 3 hospitalisations dans les six derniers mois, risque d'incident aigu menant à une perte de capacité ou causant une mort subite, et décision de ne pas tenter de réanimation inscrite sur la fiche d'admission du patient. L'étude prévoyait offrir une planification avancée des soins à tout patient qui présentait au moins 2 critères sur 5. Au cours d'une période de

six mois, 90 patients ont eu une discussion consignée concernant un plan avancé de soins, discussion qui a mené à la création d'un plan du genre. De ces patients, 70 ont obtenu leur congé de l'hôpital et 5 seulement ont été réadmis dans un délai de 30 jours. Sur les 129 patients qui ont obtenu leur congé de l'hôpital dans la même période sans avoir eu de plan avancé de soins, 53 ont été réadmis dans un délai de 30 jours. On constate une réduction nette de 50 % du taux de réadmission par rapport à la moyenne nationale pour cet hôpital (de 15 % à 7 %). Les critères proposés ont aidé à cerner le besoin d'établir une planification avancée des soins par une conversation débouchant sur la mise en place d'un plan concret.

Kellie Alleyne-Mike (Centre national de radiothérapie, Trinité-et-Tobago) a présenté les résultats d'une étude visant à cerner les raisons des visites non planifiées au département d'oncologie en vue d'améliorer la prestation de soins. On a donc mené une étude prospective basée sur l'observation afin de repérer les individus qui se présentaient sans rendez-vous au département d'oncologie au cours d'une période d'un mois. Au cours de cette période, 3 573 individus ont eu un total de 34 045 rencontres planifiées et 169 rencontres impromptues au centre. Ceux qui se présentaient sans rendez-vous avaient besoin d'une évaluation médicale dans 59,8 % des cas et d'un renouvellement de prescription dans 40,2 % des cas. Quelque 67,3 % des patients présentaient des problèmes oncologiques, et 44,1 % des visites sans rendez-vous ont mené à une admission. Les symptômes les plus fréquents étaient la douleur, les difficultés respiratoires, les problèmes neurologiques et les problèmes gastro-intestinaux. Dans 60 % des cas, les patients qui désiraient un renouvellement de prescription n'étaient pas en traitement actif. L'étude a débouché sur la recommandation d'assurer une meilleure intégration des soins du cancer dans le contexte des soins primaires, particulièrement pour les malades qui ne reçoivent plus de traitement actif. Il faudra donc poursuivre en ce sens l'éducation des prestataires de soins en milieu communautaire en matière de cancer.