Canadian Oncology Nursing Journal

Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie

Volume 26, Issue 1 • Winter 2016
ISSN: 1181-912X (print), 2368-8076 (online)

CANO
ACIO

Canadian Association of Nurses in Oncology
Association canadienne des infirmières en oncologie

Gestion à domicile des symptômes du cancer : revue exploratoire

par Kathryn Nichol, Dawn Stacey, Craig Kuziemsky et Wendy Gifford

ABRÉGÉ

Cette revue exploratoire avait pour but d'examiner les interventions utilisées par les infirmières dans le contexte des soins à domicile pour gérer les symptômes chez les adultes atteints de cancer. Des recherches ont été effectuées dans diverses bases de données (CINAHL, Medline, PubMed, EBM Reviews et Joanna Briggs Institute Evidence Based Practice) à l'aide des mots clés cancer, domicile, soins infirmiers, symptôme et protocole. Parmi les 390 articles trouvés, cinq répondaient aux critères d'inclusion. Les études retenues ont été réalisées entre 1989 et 2009. Les résultats ont révélé que les services de soins infirmiers à domicile amélioraient la gestion des symptômes, favorisaient l'autonomie, contribuaient à maintenir la qualité de vie et diminuaient l'utilisation des services de soins de santé. Deux études ont utilisé des lignes directrices fondées sur des données probantes pour la gestion des symptômes du cancer. Même si peu d'études ont exploré les interventions infirmières pour la gestion à domicile des symptômes du cancer, leurs données probantes indiquent que cette pratique améliore certains résultats concernant les patients et le système.

INTRODUCTION

Contexte

Des symptômes pouvant devenir perturbants sont souvent ressentis par les personnes atteintes de cancer (Barbera et al., 2010; Henry et al., 2008). Si les patients ne sont pas traités rapidement, ces symptômes peuvent rapidement devenir une menace pour la vie (McCurdy et Shanholtz, 2012). La gestion efficace des symptômes du cancer est un élément essentiel des soins infirmiers en oncologie et améliore les résultats chez les patients atteints de cancer (Johnston et al., 2009; Rueda, Sola, Pascual et

Subirana Casacuberta, 2011). Les infirmières offrant des soins à domicile sont bien placées pour effectuer l'évaluation et le triage, ainsi que pour offrir une gestion des symptômes à domicile aux patients qui reçoivent un traitement ambulatoire contre le cancer.

La pratique fondée sur des données probantes est importante pour la gestion des symptômes du cancer et constitue un élément fondamental de la profession d'infirmière (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2009; Weber et Eskinazi, 2012). On la définit comme « l'intégration des meilleures données probantes à l'expertise clinique et aux valeurs du patient » (Institute of Medicine, 2001, p. 47). En soins de santé, l'application des meilleures données probantes aux pratiques exemplaires se révèle parfois complexe (Grol et Grimshaw, 2003); cependant, utiliser la pratique fondée sur des données probantes augmente l'efficacité du système de soins de santé et favorise les résultats positifs pour les patients, les familles, les collectivités et les organismes (Grimshaw, Eccles, Lavis, Hill et Squires, 2012; Lugtenberg, Burgers et Westert, 2009). L'utilisation des protocoles et des lignes directrices de la pratique clinique en soins infirmiers représente une intervention favorisant l'emploi des meilleures pratiques et le recours à des interventions cliniques optimales (Huffman, 2005).

Les lignes directrices de la pratique clinique sont des ressources fondées sur des données probantes qui contribuent à la gestion des symptômes du cancer; malheureusement, les formats actuels ne facilitent pas l'application des données probantes dans la pratique (Brouwers, Stacey et O'Connor, 2013). Les outils de pratique clinique tels les protocoles (et les ordonnances collectives) aident à faire le lien entre les meilleures données probantes et la pratique actuelle (Graham et al., 2006). Les outils normalisés fondés sur des données probantes utilisés par les infirmières pour évaluer et gérer les symptômes chez les patients atteints de cancer ont le potentiel d'améliorer les résultats obtenus par le patient.

Accéder aux ressources fondées sur des données probantes est particulièrement important pour les infirmières qui travaillent dans un contexte de soins à domicile, car ces dernières tendent à être plus généralistes et peuvent manquer de connaissances spécialisées en oncologie, connaissances qui sont requises pour favoriser une évaluation et une gestion exhaustives des symptômes (Feldman et McDonald, 2004; Ontario Home Care Association, 2011). Dans une étude, les infirmières qui travaillaient dans la collectivité ont signalé que les lacunes dans les données probantes actuelles créaient un problème de sécurité dans leur pratique (Berland, Holm, Gundersen et Bentsen, 2012), alors qu'une autre étude soulignait que les lignes directrices sur la pratique actuelle qui pouvaient servir dans le contexte des soins à domicile étaient limitées (Williams et al., 2009). La présente revue exploratoire vise à examiner les interventions utilisées par les infirmières dans le contexte des soins oncologiques à domicile pour gérer les symptômes des adultes atteints de cancer.

AU SUJET DES AUTEURS

Kathryn Nichol, inf. aut., M.Sc.inf., B.A., CSIO(C), ICSP(C), Infirmière spécialisée en soins palliatifs, Hôpital d'Ottawa, 501, route Smyth, bureau 5235, Ottawa, ON K1H 8L6
613-737-8940; knichol@toh.on.ca

Dawn Stacey, inf. aut., Ph.D., CSIO(C), Professeure, Université d'Ottawa, Faculté des sciences de la santé, 451, route Smyth, Ottawa, ON K1H 8M5
613-562-5800, poste 8419; dstacey@uottawa.ca

Craig Kuziemsky, Ph.D., Professeur agrégé, Université d'Ottawa, École de gestion Telfer, 55, avenue Laurier Est, Ottawa, ON K1H 8M5
613-562-5800, poste 4792; kuziemsky@telfer.uottawa.ca

Wendy Gifford, inf. aut., Ph.D., Professeure agrégée, Université d'Ottawa, Faculté des sciences de la santé, 451, route Smyth, Ottawa, ON K1H 8M5
613-562-5800, poste 8975; wgifford@uottawa.ca

Adresser la correspondance à : Kathryn Nichol, inf. aut., M.Sc.inf., B.A., CSIO(C), ICSP(C), Hôpital d'Ottawa, 501, route Smyth Road, bureau 5235, Ottawa, ON K1H 8L6
Téléphone : 613-737-8940; Courriel : knichol@toh.on.ca

DOI: 10.5737/236880762611118

MÉTHODOLOGIE

La revue exploratoire a été effectuée selon la typologie décrite par Grant et Booth (2009); une recherche a ainsi été effectuée dans des bases de données électroniques pour trouver des études sur les interventions faites par des infirmières à domicile pour gérer les symptômes du cancer chez les adultes. Les recherches ont été effectuées à la fin du mois d'octobre 2013 dans diverses bases de données ayant trait aux soins de santé et aux soins infirmiers et jugées pertinentes pour le sujet traité: Medline, PubMed, EBM Reviews, Joanna Briggs

Institute EBP Database et Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Les mots clés suivants ont servi pour la recherche: *cancer*, *domicile*, *soins infirmiers*, *symptôme* et *protocole*. La recherche a également compris des intervenants clés, des listes de références pour de la documentation pertinente, des organismes gouvernementaux et des publications officielles des groupes de population pertinents. Seules les études portant sur les êtres humains et en langue anglaise ont été incluses. Les études au sujet de la gestion des symptômes individuels ont été exclues. Les études portant sur la gestion des symptômes uniquement par des moyens à

Tableau 1: Critères de sélection et stratégie de recherche

Critères d'inclusion et d'exclusion		
	Inclusion	Exclusion
Population	<ul style="list-style-type: none"> Adultes avec des symptômes du cancer Vivant à domicile ou dans la collectivité 	<ul style="list-style-type: none"> Enfants Intervention chirurgicale comme traitement principal Diagnostics confirmant l'absence de malignité Fin de vie et soins palliatifs
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> Présence d'une stratégie ou d'un protocole de gestion des symptômes fournis par les infirmières se rendant à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> Symptômes individuels Gestion des symptômes à distance seulement (téléphone, appareil mobile et Web)
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> Tous les résultats comprenant les données en ce qui a trait aux patients comme au système 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune
Stratégie de recherches et résultats		
Base de données	Termes recherchés	Nombre de résultats
CINAHL	Cancer, soins infirmiers, domicile, symptôme, protocole	172
Toutes les revues fondées sur les données probantes du catalogue EBM (Cochrane DSR, ACP Journal Club, DARE, CCTR, CMR, HTA et NHSEED)	Cancer, soins infirmiers, domicile, symptôme, protocole	197
Base de données Joanna Briggs Institute concernant la pratique fondée sur les données probantes	Cancer, soins infirmiers, domicile, symptôme, protocole	134
Medline	Cancer, soins infirmiers, domicile, symptôme, protocole	127
PubMed	Cancer, soins infirmiers, domicile, symptôme, protocole	248
TOTAL		878
Recherche manuelle		0
Doublons retirés		488
Titres et abrégés examinés		390
Abrégés exclus		377
Application d'un filtre		13
Articles exclus		
Pas dans un contexte de soins à domicile		3
Pas une recherche		3
Pas de gestion des symptômes		2
Articles inclus dans la revue de la documentation		5

distance ont été exclues, car l'élément central de cette revue exploratoire concerne les infirmières travaillant directement à domicile, souvent avec moins d'accès au soutien et aux ressources. Les études portant sur les soins palliatifs ont été exclues, car elles précisent rarement si les patients reçoivent un traitement contre le cancer. La recherche n'a pas été limitée dans le temps. Les titres et les abrégés ont été examinés en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion pour s'assurer qu'ils correspondaient totalement à l'objectif fixé pour cette revue (voir tableau 1).

L'extraction des données et l'évaluation de la qualité des études incluses ont été effectuées. L'évaluation a utilisé les critères de méthodologie présentés dans le groupe d'examen

Cochrane sur les pratiques efficaces et l'organisation des soins (Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group, 2011). En se fondant sur les éléments rapportés dans l'étude, chaque critère a été coté selon qu'il présentait un risque faible ou élevé de biais ou encore comme étant imprécis (voir tableau 2).

Cadre d'analyse

La synthèse des résultats de cette revue exploratoire a utilisé le processus de soins infirmiers comme cadre d'orientation étant donné qu'il correspond à la façon dont les infirmières réfléchissent sur ce qu'elles font lorsqu'elles prodiguent des soins. Les éléments clés étaient les critères d'appréciation,

Tableau 2 : Sommaire des études (n = 5)

Auteur Pays	Conception de l'étude, objectifs	Échantillon (n)	Intervention	Résultats principaux	Qualité de l'étude
Nural et al. 2009 Turquie	Essai clinique croisé contrôlé pour déterminer les effets sur la qualité de vie d'une intervention de soins de santé à domicile.	42 adultes atteints d'un cancer gastro-intestinal (h = 18, f = 24). Pas de traitement actif pendant l'étude.	Groupe avec intervention à domicile : 3 visites à domicile (première visite, visites subséquentes à 20 et 40 jours); soins infirmiers guidés par un protocole basés sur des données probantes. Groupe témoin : 2 visites à domicile (première visite et visite à 40 jours); soins standards. Durée : 40 jours.	Groupe avec intervention à domicile : amélioration en matière de fonctionnement physiologique, de préoccupations psychologiques et de stress total comparativement au groupe témoin.	1a. Faible 2. Faible 3. Faible 4. Imprécise 5. Faible 6. Imprécise/ faible 7. Faible
Benor et al. 1998 Israël	Essai clinique pour mesurer les effets des infirmières formées à l'application du modèle de soins autoadministrés sur les patients ambulatoires atteints de cancer.	94 adultes atteints de cancer du sein, du côlon, des organes génitaux et de la prostate ou d'un lymphome. Âge : 20-70 ans. Traitement actif reçu.	Groupe avec intervention à domicile : Dix visites à domicile effectuées par des infirmières en oncologie pour évaluer, soutenir, enseigner et encadrer les patients en matière de gestion des symptômes. Groupe témoin : Soins standards prodigués au centre de cancérologie. Durée : 3 mois.	Groupe avec intervention à domicile : Diminution de l'intensité des symptômes; augmentation de l'autonomie, du soutien familial et des connaissances. Groupe témoin : Orientation stable ou inversée pour toutes les variables.	1a. Élevée 2. Faible 3. Faible 4. Élevée 5. Faible 6. Faible 7. Faible
McCorkle et al. 1989 États-Unis	Essai clinique aléatoire pour évaluer les effets des soins infirmiers à domicile sur les patients atteints d'un cancer pulmonaire évolutif.	78 adultes atteints d'un cancer pulmonaire (h = 47, f = 31). Âge : 18-89 ans. Traitement actif reçu.	Groupe avec intervention à domicile A : Infirmières en oncologie fournissant des soins individualisés et dans d'autres disciplines si nécessaire. Groupe avec intervention à domicile B : Infirmières offrant des soins de santé standards à domicile et équipe de soins de santé interdisciplinaire. Groupe témoin : Soins non infirmiers offerts au cabinet par le médecin. Durée : 6 mois.	Groupes avec intervention à domicile : Moins de détresse liée aux symptômes; autonomes plus longtemps, mais aggravation de la perception de leur santé au fil du temps. Le groupe accompagné par des infirmières spécialisées en oncologie comptait moins d'hospitalisations.	1a. Imprécise 2. Élevée 3. Faible 4. Imprécise 5. Faible 6. Imprécise 7. Faible

Suite du tableau à la page 14...

de mise en œuvre (intervention) et d'évaluation (Wilkinson, 2007). L'appréciation constitue la première étape du processus infirmier; elle correspond à la collecte systématique de données pertinentes qui guident les soins à prodiguer. Comme les études admissibles portaient sur les interventions, l'appréciation s'est limitée à ce qui était signalé dans les études d'intervention. La mise en œuvre survient lorsque l'infirmière entre en action, c'est-à-dire lorsque les interventions sont mises en place pour atteindre les objectifs en ce qui a trait aux patients. L'évaluation représente l'étape finale du processus infirmier; on y vérifie à quel point les objectifs ont été atteints avec succès. Les renseignements recueillis à l'aide de l'évaluation sont souvent utilisés pour éclairer les évaluations subséquentes en soins infirmiers. Les questions spécifiques qui ont servi de guide à la synthèse sont :

- Appréciation : Qu'est-ce que l'infirmière a utilisé pour guider son évaluation des symptômes du patient?
- Intervention : Quelles étaient les caractéristiques des interventions qui ont été mises en œuvre?
- Évaluation : Quels résultats ont été pris en compte pour évaluer l'effet des interventions et comment les résultats ont-ils été mesurés? Quels ont été les résultats des interventions?

RÉSULTATS

Sélection d'étude

Au total, Treize articles ont fait l'objet d'une lecture complète. Huit ont été exclus pour l'une ou l'autre des raisons suivantes : il ne s'agissait pas d'une recherche; il ne portait pas sur la gestion des symptômes; il ne portait pas sur les soins

Suite du tableau de la page 13

Auteur Pays	Conception de l'étude, objectifs	Échantillon (n)	Intervention	Résultats principaux	Qualité de l'étude
Molassiotis et al. 2009 Royaume-Uni	Essai clinique aléatoire visant à évaluer l'efficacité des soins de santé axés sur les symptômes chez les patients atteints de cancer qui reçoivent une chimiothérapie par voie orale.	Adultes atteints d'un cancer colorectal (n = 110); d'un cancer du sein (n = 54) (h = 62, f = 102) Âge : 26-85 ans Traitement actif reçu.	Groupe avec intervention à domicile : visites à domicile par les infirmières en oncologie à la visite de référence et, si nécessaire, appel hebdomadaire, protocoles de gestion des symptômes fondés sur les données probantes, service de soins infirmiers spécialisés jour et nuit. Groupe témoin : Soins standards au centre de cancérologie, assistance téléphonique jour et nuit du centre de cancérologie. Durée : 18 semaines.	Diminution des résultats liés à la toxicité des symptômes et de l'utilisation des services de soins de santé pour le groupe avec intervention à domicile.	1a. Faible 2. Élevée 3. Élevée 4. Élevée 5. Faible 6. Imprécise 7. Faible
McCorkle et al. 1994 États-Unis	Contrôle avant et après l'étude pour évaluer les répercussions des services de soins de santé à domicile sur les patients atteints de cancer après une hospitalisation.	Adultes présentant une tumeur solide (n = 60) (h = 23, f = 37). Traitement reçu en cours et passé.	Groupe avec intervention à domicile : Soins de santé prodigués par des organismes de soins à domicile, évaluation et gestion des symptômes, enseignement et soutien. Groupe témoin : Pas de soins à domicile. Durée : 6 mois.	Le groupe d'intervention a montré une amélioration de la santé mentale et plus d'autonomie.	1b. Élevée 2. Élevée 3. Élevée 4. Imprécise 5. Faible 6. Faible/ élevée 7. Faible
Légende pour l'évaluation de la qualité 1a. Occultation de la répartition (essai clinique aléatoire) 1b. Caractéristiques des études utilisant le deuxième endroit comme contrôle (essai comparatif) 2. Suivi des professionnels 3. Suivi des patients ou des périodes de traitements 4. Évaluation à l'insu des résultats primaires 5. Mesures de référence 6. Fiabilité des mesures en matière de résultats primaires 7. Protection contre la contamination			Risque faible – Description explicite du processus pour répondre à tous les critères de qualité Imprécis – Aucune description mentionnée quant au processus Risque élevé – Description du processus qui répond à chaque critère de qualité		

infirmiers; il concernait la population en soins palliatifs ou en fin de vie; il s'agissait de symptômes individuels; la gestion des symptômes était offerte seulement à distance; la gestion des symptômes n'était pas offerte dans un contexte de soins à domicile. Cinq articles ont été inclus dans la revue exploratoire.

Caractéristiques des études et des participants

On compte parmi les cinq articles deux essais cliniques aléatoires (McCorkle et al., 1989; Molassiotis et al., 2009), deux essais comparatifs (Benor, Delbar et Krulik, 1998; Nural, Hintistan, Gürsoy et Duman, 2009) et un essai comparatif avant et après l'étude (McCorkle et al., 1994) (voir tableau 2). Les études ont été menées aux États-Unis ($n = 2$), en Turquie ($n = 1$), en Israël ($n = 1$) et au Royaume-Uni ($n = 1$). Quatre études comprenaient des participants présentant divers diagnostics et stades de cancer, dont le cancer hématologique; le cancer génito-urinaire; le cancer du sein; le cancer gynécologique; l'astrocytome; le sarcome; et le cancer gastro-intestinal (Benor et al., 1998; McCorkle et al., 1994; Molassiotis et al., 2009; Nural et al., 2009); et une étude portait exclusivement sur les patients atteints d'un cancer pulmonaire (McCorkle et al., 1989). Il y avait de 42 à 164 participants (médiane = 78) par étude dont l'âge variait de 18 à 89 ans (médiane = 58).

Quatre études ont sélectionné des patients recevant un traitement contre le cancer (chimiothérapie ou radiothérapie) en tant que partie du plan de traitement pendant l'étude (Benor et al., 1998; McCorkle et al., 1989, 1994; Molassiotis et al., 2009). Dans une étude, les patients n'ont reçu aucun traitement contre le cancer pendant la période de l'étude, mais bénéficiaient d'une gestion des symptômes (Nural et al., 2009).

La qualité des études était variable, le risque de biais allant de faible à élevé. L'étude ayant le risque le plus faible de biais était un essai comparatif plus récent (Nural et al., 2009), alors que le risque de biais le plus élevé a été trouvé dans un essai comparatif « avant-après » moins récent qui manquait de précision dans les données livrées (McCorkle et al., 1994). Quatre études étaient difficiles à évaluer en raison de leur manque de précision sur certains points (McCorkle et al., 1989, 1994; Molassiotis et al., 2009; Nural et al., 2009). Trois études présentaient un risque plus élevé quant au biais de suivi parce qu'elles avaient obtenu des mesures de résultats pour moins de 80 % des participants (McCorkle et al., 1989, 1994; Molassiotis et al., 2009). Aucune étude n'a rapporté d'évaluation à l'insu des résultats primaires. Deux études ont été jugées à risque élevé, car la méthodologie utilisée n'a pas permis de les effectuer à l'insu puisque les infirmières prodiguant l'intervention faisaient également la collecte de données (Benor et al., 1998; Molassiotis et al., 2009). Les trois autres études n'abordaient tout simplement pas ces critères (McCorkle et al., 1989, 1994; Nural et al., 2009).

Critères d'évaluation

Aucune des études d'interventions retenues ne décrivait le procédé d'évaluation des symptômes.

Caractéristiques des interventions

Les soins infirmiers étaient un élément d'intervention essentiel dans toutes les études, avec des soins prodigués directement par les infirmières. Les interventions étaient plurimodales et traitaient souvent des multiples aspects des besoins en matière de soins des patients et des familles. Deux études ont utilisé les services de soins de santé standards à domicile fournis par les organismes de soins de santé à domicile (McCorkle et al., 1989, 1994). Une autre étude a appliqué le modèle d'autogestion en utilisant les infirmières pour encadrer et soutenir les patients quant à leurs symptômes, pendant les visites structurées hebdomadaires effectuées à domicile (Benor et al., 1998). Seule une étude avec des participants qui recevaient un agent de chimiothérapie administré par voie orale a utilisé une intervention pour la gestion des symptômes liés au traitement (Molassiotis et al., 2009). Les autres études ont examiné l'intervention en s'attardant aux répercussions globales des soins de santé à domicile, avec une plus grande portée sur l'évaluation cognitive, psychologique et psychologique (Benor et al., 1998; McCorkle et al., 1989, 1994; Nural et al., 2009).

Durée. Les interventions concernant les études se classaient en durée allant de 5 semaines à 6 mois (médiane = 12 semaines [voir le tableau 2]). La durée du contact entre les infirmières et les patients a varié de 10 minutes à 2 heures, et la fréquence des contacts allait de 2 fois par semaine à tous les 20 jours.

Connaissances et aptitudes des infirmières. Trois études mentionnaient la formation spécifique et les études en oncologie en tant que composantes de l'intervention en soins infirmiers, dont la maîtrise (McCorkle et al., 1989) et l'expertise en soins de santé en oncologie. (Benor et al., 1998; Molassiotis et al., 2009). Deux études ne fournissaient aucun renseignement sur le niveau de connaissances atteint en matière de soins infirmiers en oncologie pendant les études en soins infirmiers (McCorkle et al., 1994; Nural et al., 2009).

Ressources pour guider les infirmières. Deux études ont fait usage de lignes directrices comme composant de l'intervention (Molassiotis et al., 2009; Nural et al., 2009), et trois ne l'ont pas fait (Benor et al., 1998; McCorkle et al., 1989, 1994). Une étude a élaboré des protocoles écrits de gestion des symptômes fondés sur les meilleures données probantes tirées de la littérature qui incluaient les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques autogérées pour neuf symptômes fréquents (Molassiotis et al., 2009). Une autre étude a conçu une ligne directrice basée sur la littérature pour se pencher sur les besoins en soins de santé à domicile des patients atteints d'un cancer gastro-intestinal (Nural et al., 2009). Les soins de santé ont été prodigués en fonction de cette ligne directrice qui portait sur les symptômes fréquemment ressentis et a offert des interventions fondées sur des données probantes pratiques pour la mise en œuvre dans les milieux de soins à domicile. Aucune de ces études n'a donné de détails sur le développement ou l'évaluation des lignes directrices, des ordonnances collectives ou des protocoles, et elles n'étaient pas disponibles pour examen.

Groupes témoins. Les soins de santé reçus par les groupes témoins étaient des soins standards fournis par des centres de cancérologie ambulatoires (Benor et al., 1998; McCorkle et al., 1989; Molassiotis et al., 2009) et des soins guidés par une clinique de la douleur (Nural et al., 2009). L'autre étude n'a pas décrit les soins reçus par le groupe de contrôle sauf pour remarquer que les patients ne recevaient pas de service de soins infirmiers à domicile (McCorkle et al., 1994).

Évaluation

Répercussions sur les résultats des patients. Dans l'ensemble, les cinq études ont indiqué que les interventions en soins de santé à domicile ont aidé les patients à ressentir moins de symptômes et à maintenir plus d'autonomie, deux facteurs qui contribuent à améliorer la qualité de vie. Les autres effets positifs remarqués dans les groupes expérimentaux de certaines études sont l'amélioration de la santé mentale ($p = 0,04$) (McCorkle et al., 1994); l'augmentation des connaissances liées à la gestion des symptômes ($p < 0,05$) (Benor et al., 1998); la diminution du stress physiologique et psychologique total ($p < 0,05$); et le maintien de la qualité de vie par rapport à une diminution dans le groupe de contrôle (Nural et al., 2009).

Répercussions sur les résultats dans le système de soins de santé. Deux études ont indiqué des répercussions positives pour le système de soins de santé du pays en général. Comparativement aux soins de santé usuels ou prodigués en cabinet, un programme de soins de santé oncologiques à domicile a démontré une plus faible utilisation des services de soins de santé avec un nombre de jours réduit en milieu hospitalier (57 pour le groupe avec intervention à domicile contre 167 pour le groupe témoin; 258 pour le groupe avec intervention domicile contre 317 pour le groupe avec soins en cabinet) (McCorkle et al., 1989; Molassiotis et al., 2009), moins d'appels d'urgence aux services de soutien téléphonique (32 appels pour le groupe avec intervention à domicile contre 91 pour le groupe témoin) et moins de visites supplémentaires effectuées dans les services de soins de santé (33 pour le groupe avec intervention à domicile contre 74 pour le groupe témoin) (Molassiotis et al., 2009).

DISCUSSION

Cette revue exploratoire a inclus cinq études de qualité variable qui portaient sur les interventions en gestion de symptômes du cancer par les infirmières dans un contexte de soins à domicile. Il est intéressant de noter que les études incluses ne portaient pas sur les procédés d'évaluation des symptômes, et que les caractéristiques des services de soins à domicile dans les études menées il y a plus de 20 ans sont possiblement très différentes de celles de nos services de soins de santé à domicile actuels. Les interventions évaluées au cours des études étaient souvent plurimodales et fournies par des infirmières en soins de santé à domicile généralistes et des infirmières spécialisées en oncologie, et deux études utilisaient des ressources fondées sur des données probantes à titre de guide pour les soins infirmiers et la gestion des symptômes. Toutes les études ont évalué des résultats pour les patients,

notamment la détresse liée aux symptômes et la qualité de vie. De plus, deux études qui ont mesuré les résultats pour le système ont indiqué une diminution de l'utilisation des services de soins de santé.

Dans l'ensemble, les cinq études ont révélé que les interventions en soins infirmiers à domicile ont amélioré le bien-être physique et émotionnel des patients et ont réduit l'utilisation des ressources en soins de santé. L'amélioration de la gestion des symptômes observée dans ces études (Benor et al., 1998; McCorkle et al., 1989, 1994; Molassiotis et al., 2009) était similaire à celles observées pour les soins infirmiers prodigués dans d'autres conditions cliniques comme la gestion du traitement en stomathérapie et le soins des plaies (Baich, Wilson et Cummings, 2010), le diabète (Hartman, Litchman, Reed et Burr, 2009), les crises cardiaques (Riggs, Madigan et Fortinsky, 2011), la santé mentale (Thobaben, 2013) et l'incontinence urinaire (Egnatios, Dupree et Williams, 2010). L'amélioration de la gestion des symptômes et une autonomie accrue ont indiqué que les infirmières des soins à domicile ont la possibilité et le pouvoir d'améliorer l'expérience des patients cancéreux.

Même si des résultats positifs ont été notés, deux études qui ont utilisé les services de soins à domicile standards ont été menées il y a plus de 20 ans et il est difficile de déterminer l'état des organismes de soins infirmiers à domicile à cette époque (McCorkle et al., 1989, 1994). Il n'y a pas eu de description des caractéristiques des infirmières ou des organismes fournissant les soins de santé, il n'est pas donc possible d'examiner plus à fond les éléments de leurs programmes qui peuvent avoir contribué à l'amélioration des résultats ou comment on peut les comparer aux services actuels.

Des études plus récentes incluaient des interventions basées sur des données probantes pour guider les soins infirmiers en matière de gestion des symptômes (Molassiotis et al., 2009; Nural et al., 2009), ce qui reflète le virage au cours des dernières années vers la pratique de soins infirmiers fondée sur des données probantes (Estabrooks, 2004). Ces études faisaient état d'amélioration quant aux résultats obtenus par les patients et pour le système. Bien que la perception des infirmières soit un élément important qui doit être pris en compte lors de l'élaboration et de la mise en œuvre d'outils basés sur des données probantes destinés aux infirmières, ces deux études n'ont pas abordé la perception des infirmières. D'autres recherches ont montré que les infirmières veulent des données dans des formats accessibles, faciles d'utilisation et applicables à leur pratique clinique (Jeffs et al., 2013) et que l'engagement des soins infirmiers dans le processus d'élaboration d'outils de pratique clinique peut augmenter la probabilité de changements soutenus dans le cadre de la pratique (Harrison, Légaré, Graham et Fervers, 2010).

On a noté avec intérêt que quatre études avaient évalué les interventions qui avaient été menées dans le cadre de programmes de soins de santé à domicile avec des soins fournis par des infirmières spécialisées qui avaient des connaissances approfondies en soins infirmiers, une formation et de l'expérience en oncologie (Benor et al., 1998; McCorkle et al. 1989; Molassiotis et al., 2009; Nural et al. 2009). Dans le cadre de

ces études, les infirmières avaient été recrutées spécifiquement pour cette étude de recherche et avaient une formation spécifique en intervention. Ces études ont souligné la valeur des infirmières spécialisées en oncologie et ces résultats correspondent aux autres études des infirmières en oncologie selon lesquelles elles améliorent l'expérience des patients qui vivent avec le cancer grâce à leurs connaissances en tant qu'expertes et à leur capacité à prodiguer des soins spécialisés (Howell, Fitch et Caldwell, 2002; Koutsopoulou, Papathanassoglou, Katapodi et Patiraki, 2010; McCorkle et al., 2011). Au contraire, les infirmières en soins de santé à domicile tendent à être plus généralistes et, étant donné leur rôle dans la gestion des symptômes du cancer, il n'est pas précisé si les mêmes résultats pourraient être observés (Feldman et McDonald, 2004).

La plupart des interventions utilisées au cours des cinq études étaient complexes et demandaient des ressources intensives en fonction de la fréquence et de la longueur des contacts que les infirmières de l'étude avaient avec les patients. Même si des avantages ont été soulignés, la faisabilité de reproduction et de mise en œuvre de programmes aussi complexes semble improbable en ce moment, et ce, pour diverses raisons, notamment les contraintes financières en matière de soins de santé canadiens (Dhalla, Guyatt, Stabile et Bayoumi, 2011). La mise en œuvre d'interventions simplifiées et plus abordables doit être évaluée pour déterminer si des résultats positifs peuvent encore être atteints tout en utilisant les ressources de soins de santé plus efficacement (Wensing, Bosch et Grol, 2010).

Les méthodes d'évaluation des symptômes n'ont pas été décrites ni discutées dans aucun des articles, ce qui est quelque peu préoccupant puisque l'appréciation est la première étape du processus de soins infirmiers et que ce sont les renseignements obtenus à cette étape qui orientent les étapes suivantes (Wilkinson, 2007). Or, lorsque des données probantes ne sont pas utilisées pour éclairer le processus complet, cela soulève des questions quant à la cohérence et à l'intégrité de l'évaluation des symptômes. Le système d'évaluation des symptômes Edmonton (Edmonton Symptom Assessment System; Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler et Macmillan, 1991) est maintenant couramment utilisé pour dépister les symptômes liés au cancer dans les programmes d'oncologie de tout l'Ontario (Barbera et al., 2010).

RÉFÉRENCES

Baich, L., Wilson, D. et Cummings, G. (2010). Enterostomal therapy nursing in the Canadian home care sector: What is its value? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 37(1), 53-64.

Barbera, L., Seow, H., Howell, D., Sutradhar, R., Earle, C., Lui, Y., ..., Dudgeon, D. (2010). Symptom burden and performance status in a population-based cohort of ambulatory cancer patients. *Cancer*, 116(24), 5767-5776.

Benor, D., Delbar, V. et Krulik, T. (1998). Measuring impact of nursing intervention on cancer patients' ability to control symptoms. *Cancer Nursing*, 21(5), 320-334.

Berland, A., Holm, A., Gundersen, D. et Bentsen, S. (2012). Patient safety culture in home care: Experiences of home-care nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(6), 794-801.

Limites et forces

Cette revue exploratoire comporte trois grandes limites. Premièrement, au niveau de l'étude individuelle, les articles ont établi qu'il y avait des risques de biais variables. Deuxièmement, pour ce qui est de la revue de la documentation, même si une recherche approfondie de la littérature a été effectuée à l'aide des critères d'inclusion et d'exclusion clairs, il est possible que des articles pertinents aient été ratés en raison, notamment, du fait qu'une personne seulement a participé à la sélection des études (Shea et al., 2007). Une personne seulement a également procédé à l'extraction des données et à l'évaluation de la qualité des études. L'examen des articles publiés en anglais seulement peut aussi avoir limité la revue. Finalement, étant donné le thème central de la gestion des symptômes en général, les études axées sur les symptômes individuels n'ont pas été retenues.

L'avantage de réaliser une revue exploratoire est d'avoir mis en lumière la pénurie de données dans ce domaine, ce qui justifie d'aller de l'avant avec d'autres recherches. Ces résultats outrepassent les désavantages liés au travail nécessaire pour effectuer une revue exploratoire.

CONCLUSION

Peu d'études se sont penchées sur les interventions des infirmières quant à la gestion des symptômes du cancer chez les patients recevant des soins à domicile. Les cinq études analysées ont démontré que les services de soins infirmiers à domicile peuvent aider les patients à mieux vivre avec le cancer en améliorant la gestion des symptômes, en favorisant l'autonomie, en maintenant la qualité de vie et en diminuant l'utilisation des services de soins de santé. L'utilisation d'outils basés sur des données probantes (comme les protocoles et ordonnances collectives de gestion des symptômes) pour éclairer la pratique dans le contexte des soins infirmiers à domicile a été seulement évaluée dans deux études, ce qui souligne le peu de données probantes accessibles dans ce domaine. D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer l'efficacité des protocoles et des ordonnances collectives et pour explorer les approches durables afin d'intégrer les données probantes dans la pratique clinique de tous les jours en vue d'améliorer les aptitudes des infirmières offrant des soins de santé à domicile pour gérer les symptômes liés au cancer.

Brouwers, M., Stacey, D. et O'Connor, A. (2013). Knowledge translation tools. Dans S.E. Straus, J. Tetroe et I.D. Graham (éditeurs), *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd., 50-62.

Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M., Selmsler, P. et Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care*, 7(2), 6-9.

Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group. (2011). *Data collection checklist*. Consulté sur <http://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/uploads/datacollectionchecklist.pdf>

- Dhalla, I., Guyatt, G., Stabile, M. et Bayoumi, A. (2011). Broadening the base of publicly funded health care. *CMAJ*, 183(5), E296–E305.
- Egnatios, D., Dupree, L. et Williams, C. (2010). Performance improvement in practice: managing urinary incontinence in home health patients with the use of an evidence-based guideline. *Home Healthcare Nurse*, 28(10), 620–628.
- Estabrooks, C. (2004). Thoughts on evidence-based nursing science: A Canadian perspective. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1(2), 88–91.
- Feldman, P. et McDonald, M. (2004). Conducting translation research in the home care setting: lessons from a just-in-time reminder study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1(1), 49–59.
- Graham, I., Logan, J., Harrison, M., Straus, S., Tetroe, J., Caswell, W., ..., Robinson, N. (2006). Lost in translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13–24.
- Grant, M. et Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), 91–108.
- Grimshaw, J., Eccles, M., Lavis, J., Hill, S. et Squires, J. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7, 50.
- Grol, R. et Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362, 1225–1230.
- Harrison, M., Légaré, F., Graham, I. et Fervers, B. (2010). Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. *CMAJ*, 182(2), E78–E84.
- Hartman, A., Litchman, M., Reed, P. et Burr, R. (2009). In-home chronic disease management in diabetes. *Home Health Care Management & Practice*, 21(4), 246–254.
- Henry, D., Viswanathan, H., Elkin, E., Traina, S., Wade, S. et Cella, D. (2008). Symptoms and treatment burden associated with cancer treatment: Results from a cross-sectional national survey in the U.S. *Supportive Care in Cancer* 16, 791–801.
- Howell, D., Fitch, M. et Caldwell, B. (2002). The impact of Interlink Community Cancer Nurses on the experience of living with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29(4), 715–723.
- Huffman, M. (2005). Standards of care and best practices: the link to patient outcomes. *Home Healthcare Nurse*, 23(11), 727–732.
- Institute of Medicine, Committee on Quality Health Care in America (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academies Press. Consulté sur: www.nap.edu/catalog/10027.html
- Jeffs, L., Beswick, S., Lo, J., Campbell, H., Ferris, E. et Sidani, S. (2013). Defining what evidence is, linking it to patient outcomes, and making it relevant to practice: Insight from clinical nurses. *Applied Nursing Research*, 26(3), 105–109.
- Johnston, B., McGill, M., Milligan, S., McElroy, D., Foster, C. et Kearney, N. (2009). Self care and end of life care in advanced cancer: literature review. *European Journal of Oncology Nursing*, 13, 389–398.
- Koutsopoulou, S., Papathanassoglou, E., Katapodi, M. et Patiraki, E. (2010). A critical review of the evidence for nurses as information providers to cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 749–765.
- Lugtenberg, M., Burgers, J. et Westert, G. (2009). Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: A systematic review. *Quality and Safety in Healthcare*, 18, 385–392.
- McCorkle, R., Benoliel, J., Donaldson, G., Georgiadou, F., Moinpour, C. et Goodell, B. (1989). A randomized clinical trial of home nursing care for lung cancer patients. *Cancer*, 64, 1375–1382.
- McCorkle, R., Ercolano, E., Lazenby, M., Schulman-Green, D., Schilling, L., Lorig, K., ..., Wagner, E. (2011). *Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness*. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 61(1), 50–62.
- McCorkle, R., Jepson, C., Malone, D., Lusk, E., Braitman, L., Buhler-Wilkerson, K., ..., Daly, J. (1994). The impact of posthospital home care on patients with cancer. *Research in Nursing and Health*, 17(4), 243–251.
- McCurdy, T. et Shanholtz, C. (2012). Oncologic emergencies. *Critical Care Medicine*, 40(7), 2212–2222.
- Molassiotis, A., Brearley, S., Saunders, M., Craven, O., Wardley, A., Farrell, C., Swindell, R., ..., Luker, K. (2009). Effectiveness of a home care nursing program in the symptom management of patients with colorectal and breast cancer receiving oral chemotherapy: A randomized, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 27(36), 6191–6198.
- Nural, N., Hintistan, S., Gürsoy, A. et Duman, E. (2009). The effect of home healthcare on quality of life in patients diagnosed with gastrointestinal cancer. *Gastroenterology Nursing*, 32(4), 273–283.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (2009). *Normes professionnelles, édition révisée 2002*. Toronto: ON. Consulté sur http://www.cno.org/Global/docs/prac/51006_ProfStds.pdf
- Ontario Home Care Association (2011). *Home care nursing in Ontario*. Consulté sur <http://www.homecareontario.ca/public/docs/news/2011/march/ohca-home-care-nursing-in-ontario.pdf>
- Riggs, J., Madigan, E. et Fortinsky, R. (2011). Home health care nursing visit intensity and heart failure patient outcomes. *Home Health Care Management & Practice*, 23(6), 412–420.
- Rueda, J., Sola, I., Pascual, A. et Subirana Casacuberta M. (2011). Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, art no. CD004282.
- Shea, B., Grimshaw, J., Wells, G., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C., ... Bouter, L. (2007). Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 7, 10.
- Thobaben, M. (2013). Psychiatric home health care skilled nursing services. *Home Health Care Management & Practice*, 25(1), 32–34.
- Weber, M. et Eskinazi, G. (2012). The development of evidence-based supportive therapy guidelines for symptom management. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 343–350.
- Wensing, M., Bosch, M. et Grol, R. (2010). Developing and selecting interventions for translating knowledge to action. *CMAJ*, 182(2), E85–E88.
- Wilkinson, J. (2007). *Nursing process and critical thinking* (4th ed). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education.
- Williams, P., Rachel, M., Cooper, J., Walker, J., Winters, K., Harrington, M., ... Askew, R. (2009). Keeping it real: Evidence based practice in home health care. *Home Healthcare Nurse*, 27(9), 522–531.