

Les programmes de formation en gestion à distance des symptômes s'adressant aux infirmières en oncologie du Canada: une analyse environnementale

par Dawn Stacey, Meg Carley, Jagbir Kohli, Myriam Skrutkowski, Jonathan Avery, Astride M. Bazile, Arlene Court, Daniel A. Nagel et Denise Budz

Au sujet des auteurs



Dawn Stacey, inf., Ph.D., CSIO(C), professeure agrégée, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa; scientifique, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa, 451 Smyth Road (RGN 1118), Ottawa, ON K1H 8M5. 613-562-5800 poste 8419; Téléc. 613-562-5443; Courriel : dawn.stacey@uottawa.ca



Meg Carley, B.Sc., coordonnatrice de la recherche clinique, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa; gestionnaire des données, École des sciences infirmières, Université Queen's, 501 Smyth Road, Ottawa, ON K1H 8L6. 613-737-8899 poste 73817; Courriel : meg.carley@queensu.ca



Jagbir Kohli, inf., M.Sc.inf., infirmière-ressource à la formation, BC Cancer Agency, 13750 96th Avenue, Surrey, C.-B. V3V 1Z2. 604-930-2098, poste 674493; Courriel : Jagbir.kohli@bccancer.bc.ca



Myriam Skrutkowski, inf., M.Sc.inf., CSIO(C), L'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill, 1650 Cedar Avenue, salle T7.414, Montréal, QC H3G 1A4. 514-934-1934 poste 45409; Courriel : myriam.skrutkowski@muhc.mcgill.ca



Jonathan Avery, Ph.D.(c), étudiant au doctorat, École des sciences de la réadaptation, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa, 451 Smyth Road (RGN 3071), Ottawa, ON K1H 8M5. 613-562-5800; Courriel : javer097@uottawa.ca



Astride M. Bazile, B.Sc.inf., M.Ed., CSIO(C), éducatrice en perfectionnement professionnel infirmier, Perfectionnement du personnel clinique et professionnel, Centre universitaire de santé McGill, Hôpital général de Montréal, 1650 Cedar Avenue, Room L6-124, Montréal, QC H3G 1A4. 514-934-1934 poste 45747; Courriel : astride.bazile@muhc.mcgill.ca



Arlene Court, inf., B.Sc.inf., CSIO(C), instructrice clinique en soins infirmiers, Centre de cancérologie Odette, Centre des sciences de la santé Sunnybrook, 2075 Bayview Avenue, Toronto, ON M4N 3M5. 416-480-5942; Courriel : Arlene.court@sunnybrook.ca



Daniel A. Nagel, inf., B.Sc.inf., MSN, Ph.D.(c), candidat au doctorat, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa, 451 Smyth Road (RGN 1118), Ottawa, ON K1H 8M5. 613-562-5800 poste 8419; Courriel : dnage084@uottawa.ca



Denise Budz, inf., B.Sc.inf., M.Sc.inf., chef de direction, soins infirmiers, chef provinciale des traitements systémiques et des services prodigués en contexte ambulatoire, Saskatchewan Cancer Agency, 20 Campus Drive, Saskatoon, SK S7N 4H4. 306-655-2951; Téléc.: 306-655-2626; Courriel : denise.budz@saskcancer.ca

Abrégé

L'objectif global de cette étude était d'explorer les programmes de formation actuels en gestion à distance des symptômes offerts aux infirmières des programmes d'oncologie ambulatoire canadiens, en réalisant une analyse environnementale au moyen d'enquêtes par sondage. Sur les 36 invitations envoyées, 28 programmes, répartis dans 10 provinces, ont répondu (77,8 %). Sur les 25 programmes offrant la gestion des symptômes par téléphone, 17 fournissent de la formation en gestion des symptômes, 7 ne le font pas, et 1 n'a pas précisé. Sept programmes ont partagé du matériel de formation avec l'équipe de recherche; les éléments de formation incluaient les suivants : lignes directrices pour la gestion des symptômes (n=6), processus/principes de télétriage (n=5), pratiques téléphoniques compétentes (n=4), documentation des soins (n=4), normes professionnelles (n=3), jeux de rôles (n=3), aptitude à communiquer/étiquette au téléphone (n=3), et enfin, contrôle de la qualité (n=1). Les formats comprenaient les suivants : présentations (n=3), ressources sur support papier (n=3) ou modules d'apprentissage en ligne (n=1). Aucun programme de formation ne faisait l'objet d'une évaluation rigoureuse. La formation en télépratique infirmière de gestion des symptômes varie grandement d'un programme d'oncologie à l'autre. Il est possible de dégager les compétences essentielles et d'évaluer si les programmes de formation rehaussent les pratiques de gestion à distance des symptômes du cancer.

Introduction

Les lignes directrices sur les soins infirmiers nationales et provinciales exigent que les infirmières reçoivent une formation et des consignes appropriées en vue de dispenser des soins infirmiers par le biais de technologies de prestation des soins à distance (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2007; Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario [OIIO], 2009; College of Registered Nurses of Nova Scotia [CRNNS], 2008). Les services à distance les plus souvent offerts ont recours au téléphone, mais d'autres services font appel au courrier électronique, à la télésurveillance des patients et aux téléconférences (Nagel, Pomerleau & Penner, 2013). Cependant, lorsque les infirmières évaluent et gèrent à distance les symptômes des patients, elles font fréquemment face à la difficulté de s'adapter à l'emploi de la technologie dans la prestation des soins infirmiers et à la réalisation d'évaluations leur offrant une information sensorielle limitée à l'appui de la prise de décision clinique (Black & Caufield, 2007; Nagel et al., 2013). Cette adaptation à la technologie dans le cadre de la prestation des soins infirmiers exige le développement d'habiletés essentielles pour la pratique infirmière (AIIC, 2007).

Les trois grands ensembles de compétences cernés pour les soins infirmiers à distance sont : a) une expérience en soins infirmiers en oncologie qui appuie la réflexion critique, la prise de décisions fondée sur des données probantes et l'utilisation de lignes directrices sur la gestion des symptômes fondées elles aussi sur des données probantes; b) des compétences expertes en enseignement, counseling, communication et relations interpersonnelles; c) des connaissances et des habiletés en utilisation de la technologie liée à la télésanté (Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador 2002; Black & Caufield, 2007; AIIC, 2007; OIIO, 2009; College of Registered Nurses of Manitoba 2008; CRNNS, 2008; Conley et al., 2010). Quoique qu'il incombe aux infirmières de faire une auto-évaluation de leurs habiletés et de combler leurs besoins

d'apprentissage par le biais de la formation, les milieux de pratique fournissent souvent aux infirmières des occasions de développer ces compétences associées à l'aide infirmière à distance grâce à l'orientation ou à l'accès à des programmes d'éducation structurés (AIIC, 2007; OIIO, 2009; College of Registered Nurses of British Columbia [CRNBC], 2011).

Une enquête auprès de 368 infirmières et infirmiers en oncologie du Canada a révélé que 197 (54 %) d'entre eux fournissent une aide à distance à des patients en oncologie par téléphone (n=193; 98 %) et/ou par courrier électronique (n=60; 30 %) (Macartney, Stacey, Carley & Harrison, 2012). De plus, la moitié de ces infirmières et infirmiers indiquaient qu'à leur avis, ils n'avaient pas reçu suffisamment de formation en gestion des symptômes dans le cadre de l'aide à distance. Ce besoin perçu de recevoir une formation supplémentaire était également manifeste dans la rétroaction qualitative des répondants. Une enquête sur les programmes d'oncologie ontariens a révélé que 45 % d'eux ont des programmes d'orientation et/ou de formation pour le personnel infirmier fournissant des services d'aide à distance (Stacey, Bakker, Green, Zanchetta & Conlon, 2007). Les enquêtes effectuées par Macartney et al. (2012) et Stacey et al. (2007) ne fournissaient pas de détails sur l'orientation et/ou la formation dont bénéficiait le personnel infirmier en oncologie.

Malgré l'importance de la gestion des symptômes à distance dans le domaine de l'oncologie, on sait fort peu de choses sur l'éducation et la formation permettant de développer les compétences des infirmières en oncologie afin qu'elles dispensent, à distance, des services d'aide sécuritaires aux patients (Cooley, Lin & Hunter, 1994; Hamilton & Grant, 2006; Macartney et al., 2012; Stacey et al., 2007; Wilson & Hubert, 2002). L'objectif global de la présente étude était d'explorer les programmes de formation actuels en gestion à distance des symptômes s'adressant aux infirmières des programmes d'oncologie ambulatoire de l'ensemble du Canada. Par formation, on entend l'éventail d'activités de perfectionnement professionnel ou d'éducation permanente qui vise à rehausser les connaissances, les habiletés et les compétences des infirmières. Cette étude fait partie du Projet pancanadien de triage des symptômes et d'aide à distance en oncologie (COSTaRS). Le projet COSTaRS visait à mettre sur pied une approche efficace et viable d'implantation des protocoles fondés sur des données factuelles à destination des infirmières effectuant, à distance, l'évaluation des symptômes, le triage et l'orientation des autosoins des patients éprouvant des symptômes en cours de traitement contre le cancer.

Méthodologie

Une analyse environnementale au moyen d'enquêtes par sondage a été utilisée dans le cadre de cette étude. Les analyses environnementales font appel à des approches non réactives et discrètes afin de comprendre des événements sans les altérer (Hatch & Pearson, 1998). La méthode la plus fréquemment utilisée dans le cadre d'analyses environnementales portant sur l'évaluation des besoins en formation professionnelle continue est l'interprétation de documents et de matériel. Il en ressort que les analyses environnementales sont un moyen efficace et structuré de cerner et de recueillir de l'information sur les activités d'autres organismes. Aux fins de la présente analyse, la définition des soins ambulatoires à distance était « tous les soins et services infirmiers dont la prestation et la coordination à distance passe par la prestation de soins par le biais de la technologie de l'information et des télécommunications » (OIIO, 2009). L'approbation éthique de la présente étude du COSTaRS a été obtenue auprès du Conseil d'éthique de la recherche du Réseau des sciences de la santé d'Ottawa (REB# 20120388-01H) et de l'Université d'Ottawa (dossier n° A 07-12-02).

Les administrateurs de programme et/ou les infirmières enseignantes qui œuvrent au sein de programmes canadiens d'oncologie ambulatoire fournissant des traitements de chimiothérapie et de radiothérapie étaient invités à participer. Les critères d'admissibilité

incluaient notamment les suivants : a) les programmes d'oncologie fournissant des services de gestion à distance des symptômes à des patients en cours de traitement contre le cancer; b) les soins à distance dispensés par des infirmières; c) les programmes de formation ou d'orientation (c.-à-d. des ensembles d'activités) ayant pour but de rehausser les connaissances et/ou les habiletés de professionnels de la santé relativement à la gestion à distance des symptômes. Les programmes et les activités individuelles pouvaient être inclus. L'aide à distance englobait le téléphone et le courrier électronique. Les programmes de formation pouvaient être une activité en face à face à destination d'un groupe, un cours en ligne ou un cours traditionnel. Les cours pouvaient faire appel à n'importe quelle méthode pédagogique (p. ex. exposés didactiques, ateliers, études de cas, démonstrations, jeux de rôles, discussions en petits groupes) ou à n'importe quel matériel (p. ex. vidéos, jeux de cartes, patients simulés). Ces critères d'inclusion étaient très larges par dessein afin de permettre aux chercheuses d'examiner tous les programmes de formation existant dans le domaine de l'oncologie ambulatoire au Canada et couvrant la gestion à distance des symptômes, depuis les exposés individuels jusqu'aux programmes complets.

L'étude comprenait les procédures suivantes :

Identification des programmes d'oncologie. Au départ, les programmes d'oncologie ambulatoire canadiens qui dispensent des traitements de chimiothérapie et de radiothérapie ont été identifiés en réalisant des recherches Internet sur les programmes d'oncologie provinciaux et sur les contacts des intervenants de COSTaRS et du Partenariat canadien contre le cancer. Les chercheuses ont concentré leur attention sur ces sites parce qu'ils sont plus susceptibles de dispenser une téléassistance dans le cadre des soins de cancérologie. Afin d'accroître le taux de réponse à l'enquête, on a identifié une personne-ressource principale dans chaque organisme avec qui on a communiqué plutôt que de prendre un contact général avec l'organisme proprement dit (Legare et al., 2012). La liste des programmes d'oncologie ainsi que les coordonnées des personnes-ressources ont été circulées auprès des membres du comité d'orientation de COSTaRS afin d'en vérifier l'exactitude.

Collecte des données. On a contacté les programmes de cancérologie ainsi identifiés en envoyant un message électronique personnalisé et adapté à l'organisme à la personne responsable de la formation et du perfectionnement professionnel. Les participants étaient invités à fournir l'information suivante : a) si oui ou non les infirmières associées à leur programme d'oncologie dispensent une téléassistance soit par téléphone soit par courrier électronique; b) si les infirmières reçoivent une orientation ou une formation particulière concernant la gestion à distance des symptômes; c) au cas où cette formation leur est fournie, s'ils étaient prêts à partager le matériel utilisé dans le cadre de la formation ainsi que toute description ou évaluation de la formation. On a privilégié la sensibilité au détriment de la spécificité, en invitant les participants à mentionner une partie ou l'ensemble des activités ou des programmes de formation concernant la gestion à distance des symptômes dans le cadre des soins infirmiers en oncologie ambulatoire. En plus de l'invitation à participer initiale, des rappels ont été envoyés après 2, 4 et 5 semaines, respectivement, afin d'accroître le taux de réponse (Dillman, 2000).

Extraction des données. Les chercheuses (DS, JA) ont utilisé un formulaire normalisé pour l'extraction des données afin d'évaluer de manière indépendante et systématique tous les programmes de formation identifiés. On extrayait pour chaque programme les principales caractéristiques suivantes : le nom du programme; les coordonnées des auteurs; la date de création ou de publication du programme; la langue dans laquelle le programme est/était offert; la nature du programme; la ou les profession(s) de santé visée(s); et, enfin, la nature du matériel fourni à des fins d'extraction de données. Les chercheuses ont également extrait l'information suivante sur les éléments de chaque programme éducatif : cadre conceptuel; objectifs d'apprentissage; durée; méthode d'enseignement (p. ex.

discussion dirigée basée sur des cas, séances pour petits/grands groupes, jeux de rôles); dissémination du matériel éducatif imprimé (p. ex. manuel de formation; auto-tutoriel, enregistrements vidéo/ audio de consultations cliniques) et enfin, éléments essentiels de la formation à la téléassistance couvert par le programme. Les résultats d'évaluation tirés de chaque programme ont également été extraits en adhérant au modèle de Kirkpatrick concernant l'évaluation de programmes de formation (1994). Les données d'évaluation de programmes comprenaient notamment les réactions des apprenants vis-à-vis du programme; les changements touchant l'attitude, les connaissances ou les habiletés des apprenants; les changements touchant les comportements associés des participants dans la pratique; les changements concernant les résultats pour les patients; et enfin, les changements survenant au niveau organisationnel (Kirkpatrick, 1994). Les divergences reliées aux conclusions d'évaluation ont été résolues par consensus entre les deux chercheuses.

Analyse et validation des données. L'analyse descriptive a été utilisée pour synthétiser l'information concernant les caractéristiques et les éléments pédagogiques principaux des programmes. On priait les administrateurs de programme ou les infirmières enseignantes de vérifier l'exactitude des données ainsi extraites et/ou de fournir des renseignements additionnels sur le contenu abordé dans chaque programme.

Résultats

Sur les 37 organismes invités par courrier électronique, 28 ont répondu (taux de réponse de 77,8 %), 8 ne l'ont pas fait et une invitation était non livrable (voir la figure 1). Les répondants représentaient 10 provinces du Canada. Sur les 28 répondants, 25 (89,3 %) indiquaient que les infirmières de l'organisme dispensaient une aide à distance à des patients atteints de cancer traités en ambulatoire. Parmi ces 25 organismes, 60 % (n=15) fournissaient aux infirmières une orientation au rôle d'aide à distance, 8 % (n=2) fournissaient uniquement des ressources aux infirmières, 28 % (n=7) ne leur fournissaient ni orientation ni ressources, et enfin, 4 % (n=1) n'ont pas donné de réponse à ce propos. Sur les 17 administrateurs de programmes qui fournissent une orientation ou des ressources, 10 administrateurs de programme ont accepté de partager leurs ressources de formation tandis que 7 ne le faisaient pas. Sur les 10 administrateurs ayant accepté de le faire, 7 ont fourni les

ressources de formation. Ainsi, les ressources de formation de cinq provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Ontario et Québec) ont été partagées avec les chercheuses. Les répondants qui n'ont pas partagé leurs ressources ont mentionné ne pas l'avoir fait parce que leurs ressources étaient en cours de révision ou parce qu'ils n'avaient pas d'accès direct au matériel.

Les résultats ci-dessous portent sur les sept programmes ayant partagé du matériel de formation. Quatre de ces programmes ont été élaborés au cours des deux dernières années, un remontait à 7 ans, et deux ne signalaient aucune date d'élaboration (voir le tableau 1). Ces sept programmes fournissent des ressources de formation en anglais; au Québec, les lignes directrices de la pratique

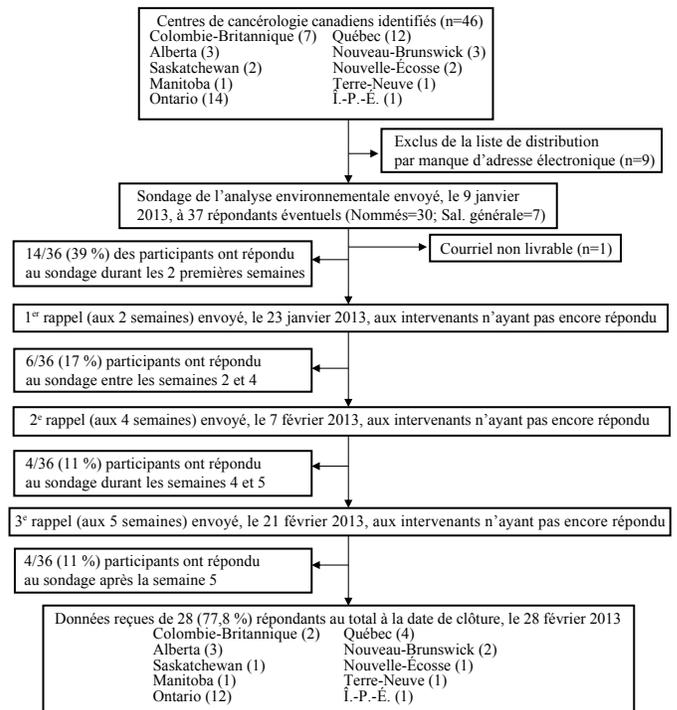


Figure 1

Tableau 1: Caractéristiques des programmes de formation

Site/Date	Classes	Apprentissage autonome	Utilisation de protocoles	Études de cas	Mentor(e)	Ressources
N° 1 2012	✓		✓	✓	✓	Lignes directrices infirmières provinciales, politique de l'hôpital rel. aux services téléphoniques
N° 2 2012	✓		✓	✓		Protocoles COSTaRS, ACO lignes directrices d'ACO sur les symptômes
N° 3 2006			✓			Lignes directrices infirmières provinciales / nationales, matériel imprimé, formation en télépratique du Centennial College
N° 4 2012	✓		✓	✓		Protocoles COSTaRS, ressources scientifiques
N° 5 NR	✓		✓			Lignes directrices d'ACO sur les symptômes, documentation provinciale sur les soins infirmiers
N° 6 NR		✓ (en ligne)	✓	✓		Lignes directrices infirmières provinciales, ressources scientifiques
N° 7 2011		✓	✓	✓	✓	Lignes directrices infirmières provinciales/ protocoles, ressources scientifiques

NR=Non rapporté

étaient également offertes en français. Seuls deux programmes ont indiqué le moment choisi pour l'emploi des ressources de formation : durant le mois suivant l'orientation (programme n° 1) et après deux années de travail au sein de l'organisme (programme n° 7). Les sources d'information fournies comprenaient notamment ce qui suit : matériel de présentation, lignes directrices/politiques d'hôpitaux ou d'agences provinciales, lignes directrices sur les symptômes (p. ex. Action Cancer Ontario [ACO], COSTaRS, British Columbia Cancer Agency), simulations, information sur la formation en télépratique du Centennial College, ressources scientifiques et documentation infirmière). Les stratégies d'enseignement incluaient l'enseignement en classe, l'utilisation de protocoles, d'études de cas, du mentorat, de matériel d'autoformation et/ou un tutoriel en ligne. Ce dernier comprenait deux modules; l'un s'intéressait à l'art de communiquer au téléphone et à l'aptitude à communiquer et l'autre portait sur la gestion des symptômes. Des tests de vérification des connaissances à remplir tout au long du tutoriel donnent aux apprenants une rétroaction sur leur progrès.

Les objectifs d'apprentissage stipulés des programmes de formation ont été fournis par cinq des sept programmes et on dénombrait de deux à cinq objectifs par programme (voir le tableau 2). Les objectifs stipulés concernaient les processus du télétriage (n=4), la promotion d'une pratique au téléphone sécuritaire (n=4), les lignes directrices pour la gestion des symptômes (n=2), la documentation des soins dispensés au téléphone (n=2), l'application des normes

professionnelles (n=2), le contrôle de la qualité de la pratique au téléphone (n=1), les pratiques liées à l'art de communiquer au téléphone (n=1) et enfin, des simulations de télétriage (n=1). Quand les données extraites ont été validées par les sept programmes, quatre administrateurs de programme ont cerné des objectifs d'apprentissage additionnels que nous abordons dans le cadre des discussions sur le contenu de leurs programmes de formation sans qu'ils soient explicitement stipulés à titre d'objectifs d'apprentissage dans le matériel qu'ils ont fourni.

Les sept programmes ont tous indiqué qu'ils emploient des protocoles d'évaluation à distance des symptômes et fournissent des outils de documentation pour les interventions au téléphone, notamment deux programmes qui se servaient de dossiers de santé électroniques. Trois programmes utilisaient des modèles conceptuels pour orienter les ressources de formation, dont deux ont dégagé le Greenberg Comprehensive Model of Process of Telephone Nursing [modèle théorique de Greenberg de la démarche de soins infirmiers dispensés par téléphone] (Greenberg, 2009), et le modèle pour la gestion des symptômes de Larson intitulé "Model for symptom management. The University of California, San Francisco School of Nursing Symptom Management Faculty Group" (Larson et al., 1994).

Dans trois des sept programmes, les résultats des ressources de formation ont été évalués. Ces évaluations mettaient en jeu : a) une unique question « Vous sentez-vous bien préparé(e) afin de participer à la pratique au téléphone? »; b) la performance observée et

Tableau 2: Résumé des objectifs d'apprentissage et du contenu abordé dans les programmes de formation

	Site 1	Site 2	Site 3	Site 4	Site 5	Site 6	Site 7
Discuter des lignes directrices pour la gestion des symptômes pour le télétriage	†	√	†	√		†	†
Identifier le processus et les principes du télétriage (y compris les enjeux juridiques)	†	√		√		√	√
Promouvoir une pratique au téléphone sécuritaire, uniforme et compétente	√	√				√	√
Discuter de la documentation sur les soins infirmiers par téléphone			†	√		†	√
Appliquer les normes professionnelles	†					√	√
Participer à une simulation de télétriage		√				†	†
Identifier les pratiques de la communication au téléphone			†			†	√
Contrôler la qualité de la pratique au téléphone	√						
√= objectifs d'apprentissage originaux †=contenu inclus dans le programme mais pas spécifié dans les objectifs d'apprentissage							

Tableau 3: Critères de contrôle de la qualité des programmes de formation en gestion à distance des symptômes s'adressant aux infirmières en oncologie

	Atteint	Pas atteint
1. Le programme est-il actuel (p. ex. date de moins de 5 ans)?		
2. Inclut-il des objectifs d'apprentissage pertinents pour les compétences exigées des infirmières assurant la gestion à distance des symptômes? (p. ex. gestion de symptômes, aptitude à communiquer, technologie de la télésanté)		
3. La formation inclut-elle des références à la pratique sécuritaire de la télésanté (p. ex. protocoles, documentation)?		
4. La formation fait-elle appel à des activités d'apprentissage interactives en vue de rehausser l'apprentissage (p. ex. tutoriel en ligne, atelier, mentorat, études de cas, jeux de rôles)?		
5. La formation est-elle basée sur un modèle théorique, des résultats de recherche et des documents de politique tels que des lignes directrices nationales et provinciales sur la pratique infirmière pour les services fournis au téléphone et/ou les télésoins?		
6. La formation a-t-elle été évaluée? Dans l'affirmative, auquel des niveaux ci-dessous? Niveau I: réaction (p. ex. satisfaction à l'égard de la formation) Niveau II: activités d'apprentissage (p. ex. acquisition des connaissances, habiletés et attitudes) Niveau III: comportement (p. ex. application de l'apprentissage dans la pratique clinique) Niveau IV: résultats (p. ex. mesure dans laquelle les résultats fixés ont été atteints)		

la rétroaction individualisée; c) un test sur la satisfaction et les connaissances en cours de tutoriel, plus l'évaluation d'une étude de cas ainsi qu'une enquête d'évaluation remplie à la fin du tutoriel. Les réponses à la question a) ci-dessus révélaient qu'après la période d'orientation, les nouvelles infirmières se sentaient à l'aise et bien préparées en vue d'effectuer la gestion des symptômes par téléphone. Toutefois, les répondantes ont aussi indiqué que la présence de collègues chevronnées pouvant offrir du soutien contribue au degré d'aise qu'elles ressentent lorsqu'elles accèdent au rôle d'aide par téléphone. Quant au programme exigeant le remplissage d'une enquête d'évaluation à la fin du tutoriel, une évaluation officielle du tutoriel a été réalisée auprès de 82 répondants entre janvier et octobre 2013. Les répondants en précisaient l'utilité au moyen d'une échelle à 5 points (allant de « pas très utile » à « très utile »). Les répondants attribuaient les cotes « utile » ou « très utile » aux composantes du contenu soit les conseils les plus importants (94 %), le cadre des soins au téléphone (93 %), la responsabilité professionnelle (90 %), les habiletés d'entrevue (84 %) et enfin, les appels exigeants (82 %). Lorsqu'on les priait de donner leur impression globale du module au moyen d'une échelle à 5 points, les répondants lui accordaient les cotes « excellent » (30 %), « bon » (52 %), « neutre » (15 %) ou encore « passable » (4 %). Aucun répondant n'a attribué la cote « mauvais » au module de formation.

Discussion

Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude qui examine les programmes de formation s'adressant aux infirmières en oncologie assurant la gestion à distance des symptômes. Nos résultats indiquent que peu de programmes fournissent une formation structurée et que parmi ceux qui le font, il existe une variabilité importante d'un programme à l'autre. Cependant, on remarque une certaine uniformité au niveau du contenu fondamental de ces programmes comme le processus et les principes du télétriage et l'utilisation de lignes directrices pour la gestion des symptômes. Il est intéressant de noter que peu de programmes ont fait l'objet d'une évaluation.

Quoique les lignes directrices sur les soins infirmiers nationales et provinciales exigent une formation en gestion à distance des symptômes, seulement 60 % des programmes fournissent une orientation au personnel infirmier en ce qui concerne ce rôle. Ces résultats sont similaires à ceux de travaux de recherche précédents indiquant qu'environ la moitié des programmes fournissent au personnel infirmier une formation en gestion des symptômes (Macartney et al., 2012; Stacey et al., 2007). Les administrateurs de programme qui ont partagé leur matériel de formation font état d'un éventail d'activités significatif depuis la dissémination passive de matériel éducatif sur support papier jusqu'à une formation structurée en salles de cours en passant par des tutoriels en ligne. Il n'y avait que deux programmes qui faisaient appel au mentorat formel dans le milieu clinique; l'un deux fournit également aux apprenants une rétroaction sur leur performance. Une revue systématique des interventions visant à rehausser la mise en application des connaissances et des habiletés dans la pratique révèle que les interventions les plus efficaces sont les réunions à visée pédagogique enrichies d'activités de sensibilisation et d'une rétroaction sur la performance alors que le matériel éducatif sur support papier est le moins efficace (Grimshaw et al., 2012). Si l'on veut rehausser les connaissances et les habiletés des infirmières afin qu'elles puissent assurer la gestion à distance des symptômes, les programmes de formation doivent mettre en jeu des stratégies plus efficaces (p. ex. éducation enrichie de rétroaction) et les adapter aux besoins d'apprentissage individuels. Les interventions sur mesure étaient associées à la plus forte hausse (52 %) de l'application des résultats de la recherche dans la pratique clinique (Grimshaw et al., 2012).

Plusieurs des programmes examinés semblent être axés sur les deux ensembles élargis de compétences (les habiletés des soins infirmiers en oncologie que sont la réflexion critique et la prise de décision

permettant de prendre en charge les symptômes, d'une part, et une compétence en relations humaines et une aptitude à communiquer de niveau expert, d'autre part) mais les programmes présentaient une variabilité importante sur le plan du contenu abordé. Il est intéressant de noter que la formation couvrirait bien plus que les objectifs d'apprentissage stipulés, ce qui nous a incitées à aller au-delà des ressources sur support papier en discutant du contenu des programmes avec les personnes-ressources clés des programmes d'oncologie. Les objectifs d'apprentissage communs à l'ensemble des programmes incluaient la prise en charge des symptômes en utilisant des protocoles normalisés de gestion des symptômes et les normes de documentation. Ces éléments de la formation sont de première importance pour la gestion à distance des symptômes étant donné que la communication (la promotion d'une pratique au téléphone sécuritaire, uniforme et compétente) est la pierre angulaire de l'aide à distance (Black & Caufield, 2007); d'autre part, il est nécessaire que les infirmières maîtrisent la gestion des symptômes afin que les protocoles appropriés soient suivis pour aborder les besoins et les préoccupations des patients (AIIC, 2007; OIIO, 2009). La documentation joue également un rôle critique puisque les programmes de cancérologie ambulatoire doivent tenir des historiques des interactions avec les patients afin d'assurer la continuité des soins (AIIC, 2007; OIIO, 2009). Les éléments absents de la majorité des programmes de formation incluaient notamment le contrôle de la qualité de la pratique au téléphone, l'application des normes d'interaction au téléphone, l'art de communiquer au téléphone et enfin, l'évaluation du programme.

Presque aucune évaluation n'avait été faite de ces programmes de formation, et il n'existe aucune preuve de leur incidence sur les résultats pour les patients. Il est important de reconnaître cet état de fait puisqu'on ne sait pas très bien si ces programmes de formation et leurs stratégies d'instruction et de formation ont réussi à atteindre les buts fixés à savoir la promotion d'une gestion à distance des symptômes à la fois cohérente et compétente qui réponde aux lignes directrices infirmières nationales et provinciales. Selon Kirkpatrick (1994), les quatre niveaux de l'évaluation sont les suivants : la réaction (p. ex. la satisfaction à l'égard de la formation), l'apprentissage (p. ex. l'acquisition de connaissances, d'habiletés et d'attitudes), le comportement (p. ex. l'application de l'apprentissage dans la pratique clinique), et enfin, les résultats (p. ex. la mesure dans laquelle les résultats visés ont été atteints). Étant donné les défis associés à l'application croissante de nouvelles connaissances et habiletés dans la pratique clinique (Grimshaw et al., 2012), il serait au moins utile de savoir si les programmes de formation actuels ont rehaussé ou non les connaissances, les habiletés et les comportements des infirmières après qu'elles les ont suivis. En l'absence de solides résultats d'évaluation, il est difficile de déterminer quelles pratiques exemplaires les programmes devraient partager ou même si ces programmes sont d'une quelconque efficacité.

Il existe des possibilités de rehausser l'orientation ainsi que la qualité de la formation en gestion à distance des symptômes. Quoiqu'au Canada, les documents de politique actuels sont axés sur les compétences générales des infirmières impliquées dans la télésanté en général, y compris les soins par téléphone et par courrier électronique (AIIC, 2007; OIIO, 2009; CRNBC, 2011), des documents de politique semblables pourraient être institués pour les infirmières en oncologie du Canada. L'extraction des données pour la présente analyse environnementale nous permet d'avancer que les programmes d'oncologie peuvent vérifier l'actualité de leurs programmes de formation et veiller à ce qu'ils incluent des objectifs d'apprentissages axés sur des compétences, des protocoles, une orientation en matière de documentation, des stratégies de formation efficaces, des modèles théoriques, des résultats de recherche et des énoncés sur la pratique infirmière (voir le tableau 3). De plus, il convient que la formation soit évaluée afin d'en déterminer l'incidence sur les connaissances, les habiletés et les comportements des infirmières et sur les résultats pour les patients. Enfin, il existe des possibilités de collaboration

entre les programmes en vue d'améliorer les programmes de formation en gestion à distance des symptômes s'adressant aux infirmières en oncologie canadiennes, comme un ensemble commun de compétences et des programmes de formation partagés.

Les limites éventuelles de cette étude comprennent la possibilité d'un biais de sélection, d'un biais de réponse ainsi que l'utilisation d'une double extraction des données avec vérification. Pour minimiser le biais de sélection, nous voulions identifier tous les programmes d'oncologie ambulatoire du Canada fournissant des traitements de radiothérapie et de chimiothérapie en vue de déterminer dans quelle proportion ils couvriraient l'aide à distance pour les soins de cancérologie dispensée par des infirmières et offriraient une formation pour ce rôle. Toutefois, seulement sept programmes ont fourni une information détaillée au sujet de leurs initiatives de formation. En outre, nous avons conçu les méthodes permettant de rehausser les taux de réponse en ciblant des personnes-ressources individuelles et en envoyant des rappels. Nous avons obtenu dans l'ensemble un taux de réponse de 77,8 %, ce qui correspond à un bon résultat (Dillman, 2000). En vue de rehausser la qualité des données extraites, nous avons utilisé deux chercheuses travaillant en autonomie, et leurs conclusions ont été validées par les sept programmes d'oncologie participants.

Conclusions

L'objectif global de cette étude était d'explorer les programmes de formation actuels en gestion à distance des symptômes

s'adressant aux infirmières œuvrant au sein de programmes d'oncologie ambulatoire dans l'ensemble du Canada. En utilisant une analyse environnementale au moyen d'enquêtes par sondage, la présente étude a dégagé les éléments communs ainsi que des composantes originales utilisés dans la formation en gestion à distance des symptômes. L'étude fournit un point de départ aux recherches futures en cernant l'ensemble commun de compétences et en soulignant la nécessité d'évaluer l'incidence des programmes de formation sur la gestion à distance des symptômes du cancer. La demande en gestion à distance des symptômes croît continuellement. À titre d'exemple, le récent virage vers la chimiothérapie par voie orale exigera une surveillance attentive des effets secondaires et de la fidélité au traitement (ACIO/CANO, 2013). ❏

Remerciements

Ce projet a été financé par une subvention de fonctionnement « Des connaissances à la pratique » (2012-2014) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Nous reconnaissons avec gratitude les contributions des membres du comité d'orientation de COSTaRS et de son comité consultatif « Des connaissances à la pratique » : Debra Bakker, Barbara Ballantyne, Lorna Butler, Kim Chapman, Dauna Crooks, Joanne Cumming, Greta Cummings, Esther Green, Margaret Harrison, Doris Howell, Craig Kuziemsky, Shelley Lacelle, Gail Macartney, Terry Mackenzie, Katie Nichol, Brenda Sabo, Andréanne Saucier, Ann Syme, Joy Tarasuk, Lucie Tardif, Tracy Truant, Carolyn Tayler, Angela Whynot.

RÉFÉRENCES

- ACIO/CANO (2013). *Énoncé de position de l'ACIO/CANO sur l'administration de la chimiothérapie anticancéreuse et des soins connexes: Supplément sur la chimiothérapie par voie orale*. Récupéré de <http://www.cano-acio.ca/~ASSETS/DOCUMENT/CANO-Position-statement-Supplement-On-Oral-Chemotherapy-Final%20July%202013-FR.pdf> [en ligne]
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2007). *Énoncé de position: Télésanté: le rôle de l'infirmière*. Ottawa
- Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador. (2002). *Telephone Nursing Care: Advice and information*. The Author.
- Black, K.L. & Caufield, C. (2007). Standardization of telephone triage in pediatric oncology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 24(4), 190-199.
- College of Registered Nurses of British Columbia. (2011). *Telehealth*. Author.
- College of Registered Nurses of Manitoba. (2008). *Telephone consultation: Standards of practice application*. Author.
- College of Registered Nurses of Nova Scotia. (2008). *Telenursing Practice Guidelines*. Author.
- Conley, S.B., O'Hanlon, C.J., Hines, M., Baker, K., Schmidt, K., Zwi, K., et al. (2010). Consensus statements: Ambulatory pediatric oncology nursing practice. *J Pediatr. Oncol. Nurs*, 27, 6-9.
- 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.
- Greenberg, M.E. (2009). A comprehensive model of the process of telephone nursing. *J Adv Nurs*, 65, 2621-2629.
- Grimshaw, J.M., Eccles, M.P., Lavis, J.N., Hill, S.J., & Squires, J.E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implement. Sci*, 7, 50.
- Hamilton, J., & Grant, B. (2006). A welcome link for patients who are waiting. *Can Nurse*, 102, 24-27.
- Hatch, T., & Pearson, T. (1998). Using environmental scans in educational needs assessment. *The Journal of Continuing Education in Health Professions*, 18, 179-184.
- Kirkpatrick, D.L. (1994). *Evaluating training programs: The four levels*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler.
- Larson, P.J., Carrieri-Kohlman, V., Douglas, M., Faucett, J., Froelicher, E.S., Gortner, S.R. et al. (1994). A model for symptom management. The University of California, San Francisco School of Nursing Symptom Management Faculty Group. *Image J Nurs Sch*, 26, 272-276.
- Legare, F., Politi, M.C., Drolet, R., Desroches, S., Stacey, D., & Bekker, H. (2012). Training health professionals in shared decision-making: An international environmental scan. *Patient Educ Couns*, 88, 159-169.
- Macartney, G., Stacey, D., Carley, M., & Harrison, M. (2012). Priorités, obstacles et facilitateurs concernant le traitement à distance des symptômes du cancer : enquête auprès des infirmières en oncologie du Canada. *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 22, 241-247.
- Nagel, D.A., Pomerleau, S.G., & Penner, J.L. (2013). Knowing, caring and telehealth technology: "Going the distance" in nursing practice. *Journal Holistic Nursing*, 31(2), 102-110.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2009). *Directive professionnelle : Les télésoins*. Toronto: Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, N° de publ. 51041.
- Stacey, D., Bakker, D., Green, E., Zanchetta, M., & Conlon, M. (2007). Les services de soins infirmiers téléphoniques en oncologie ambulatoire: une enquête provinciale. *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 17, 1-6.
- Wilson, R., & Hubert, J. (2002). Resurfacing the care in nursing by telephone: Lessons from ambulatory oncology. *Nursing Outlook*, 50(4), 160-64.