

Canadian Oncology Nursing Journal

Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie

Volume 29, Issue 2 • Spring 2019
eISSN: 2368-8076



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

Degrés de collaboration perçus entre les patients atteints de cancer et leurs prestataires de soins pendant la radiothérapie

par Charlotte T. Lee et Jason C. Wong

RÉSUMÉ

Cette étude décrit les tendances en matière de relations collaboratives entre les patients et les professionnels de la santé pendant la radiothérapie. Pour ce faire, 130 patients atteints de cancer et traités par radiothérapie dans un centre de cancérologie de l'Ontario ont répondu à un sondage ponctuel. Les principales variables de l'étude portaient sur la collaboration entre les patients et les prestataires de soins de santé et le bien-être des participants. L'étude a révélé que les patients collaboreraient mieux avec les infirmières, les radio-oncologues et les radiothérapeutes qu'avec les nutritionnistes, les travailleurs sociaux et le personnel d'accompagnement spirituel [$F(5, 760) = 430.42, p < .001$]. Les participants qui vivaient davantage de détresse vis-à-vis leurs symptômes collaboraient toutefois mieux les travailleurs sociaux ($p < .05$) et les nutritionnistes ($p < .05$), par rapport à ceux qui vivaient moins de détresse. Nous avons émis l'hypothèse selon laquelle les participants dont les symptômes étaient moins contraignants ne ressentent pas le besoin de rencontrer ces professionnels. Nous discutons actuellement des futures orientations concernant l'intégration de mesures centrées sur le patient (avec l'éducation axée sur l'autogestion, par exemple) dans les modèles interprofessionnels de soins du cancer.

INTRODUCTION

La collaboration patient-soignant témoigne de relations positives entre les patients et leurs prestataires de soins, en plus d'être indispensable au développement des compétences d'autogestion (Schulman-Green, Jaser, Park et Whittemore, 2016) et à la satisfaction du patient (Maunder et Hunter, 2016). Dans les travaux précurseurs de Lorig et Holman (2003), la collaboration patient-soignant est présentée comme étant essentielle

à l'atteinte d'une autogestion sur les plans psychologique, médical et du rôle à jouer face à la maladie (Corbin et Strauss, 1988). Bien que la définition de *collaboration patient-soignant* ne soit pas clairement établie, le « comportement collaboratif » tel que défini dans les écrits extérieurs au cancer porte sur la communication et l'interaction patient-soignant, la participation du patient dans le processus décisionnel (Vowles et Thompson, 2012), la propension du patient à s'attacher au personnel soignant (Maunder et Hunter, 2016), la prise de décision et l'alliance thérapeutique (Arbuthnott et Sharpe, 2009).

On en sait relativement peu au sujet de la collaboration entre les prestataires de soins de santé et les patients traités par radiothérapie. Les effets indésirables associés à ce type de traitement se distinguent souvent des autres traitements contre le cancer, justifiant du même coup le besoin de réaliser des recherches distinctes en matière de soins et d'autogestion des patients (Yarbro, Wujcik et Gobel, 2013). Dans une étude réalisée auprès de patients thaïlandais aux prises avec de la fatigue associée aux traitements de radiothérapie (Lundberg et Rattanasuwan, 2007), les patients ont dit ressentir l'aspect positif de leur collaboration avec les radio-oncologues et les infirmières.

Cette étude visait à examiner les aspects que revêtent les relations de collaboration entre les patients traités par radiothérapie et le personnel soignant. Voici les questions qui ont orienté notre travail : a) Avec quels prestataires de soins de santé les patients traités par radiothérapie perçoivent-ils une relation de collaboration? b) Existe-t-il des écarts entre les degrés de collaboration perçus en cours de traitement entre les patients atteints de cancer et les différents groupes de professionnels de la santé? c) Les degrés de collaboration perçus par les patients varient-ils en fonction de l'intensité de la détresse engendrée par leurs symptômes?

AU SUJET DES AUTEURES



Charlotte T. Lee, inf. aut., Ph.D., CSIO(C), Professeure adjointe, École des sciences infirmières Daphne Cockwell, Université Ryerson, 350 Victoria Street, Toronto (Ontario) M5B 2K3

Téléphone : 416-979-5000, poste 7992

Courriel : Lee.Charlotte@ryerson.ca*

Jason C. Wong, MD, FRCPC, Radio-oncologue, Centre de santé régional de Southlake, Centre de cancérologie Princess Margaret, Université de Toronto

Téléphone : 905-895-4521

Courriel : j3wong@southlakeregional.org

* Auteure-ressource

DOI:10.5737/23688076292116122

MÉTHODE

Devis et contexte

Un sondage a été réalisé entre septembre 2014 et décembre 2016 dans un centre de cancérologie de l'Ontario, au Canada. Cette étude faisait partie d'un projet plus vaste qui s'intéressait à l'association entre la collaboration patient-soignant et l'autogestion.

Participants

Nous avons constitué un échantillon de commodité de 130 patients atteints de cancer qui recevaient des traitements de radiothérapie. Les critères d'inclusion étaient les suivants : a) pouvoir fournir un consentement éclairé en anglais; b) être

âgé d'au moins 18 ans au moment du recrutement; c) recevoir des traitements de radiothérapie au moment de réaliser l'étude et avoir reçu au moins 50 % des doses de rayonnement prescrites (pour s'assurer que les participants aient développé des relations collaboratives); et d) avoir obtenu un indice fonctionnel de 0 à 2 selon l'échelle du Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), témoignant d'un état de santé raisonnablement bon. L'étude ne comportait aucun critère d'exclusion.

Variables de l'étude et instruments

La collaboration perçue avec les prestataires constituait la principale variable de l'étude. Des données démographiques (âge, sexe, diagnostic et régime de traitement, notamment) et sur le bien-être ont également été recueillies. Afin de définir la perception de collaboration du point de vue des patients, un sondage en 7 points évaluant les aspects relation-coordination a été utilisé (Gittell, 1999). Les participants devaient évaluer la fréquence ou l'intensité des comportements d'interactions et de collaboration à l'aide d'une échelle de type Likert en cinq points. Les options de réponse allaient de « pas du tout » (pour une valeur numérique de « 1 », équivalant à l'absence de collaboration) à « constamment » (pour une valeur numérique de « 5 », équivalant à une forte collaboration). L'option de réponse « ne s'applique pas » était aussi offerte, pour une valeur numérique de « 0 ». Les domaines explorés portaient sur la « fréquence des communications », la « communication axée sur la résolution de problèmes », les « objectifs communs » et le « respect mutuel ». Cet instrument d'évaluation a été validé dans plusieurs milieux de soins, y compris dans les cliniques de soins externes qui s'apparentent à celui de la présente étude (Hagigi, 2007).

Le bien-être des participants était mesuré à l'aide de l'Outil d'évaluation et de réaction à la détresse (ou « DART ») (Li et al., 2016) et de l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (ESAS) (Watanabe et al., 2011). Le DART englobe l'Inventaire des difficultés sociales (Wright, Smith, Keding et Velikova, 2011), le Questionnaire sur la santé du patient (QSP-9) (Spitzer, Kroenke et Williams, 1999) et l'Échelle de

dépistage du trouble anxieux généralisé (GAD-7) (Spitzer, Kroenke, Williams et Löwe, 2006). Une échelle de type Likert en 4 points a été utilisée pour chaque item. Tous les instruments ont été validés antérieurement; leur fiabilité a été jugée acceptable (voir tableau 1).

Collecte et analyse de données

L'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche d'un établissement universitaire (REB#2014-229) et du centre de cancérologie où cette recherche a eu lieu (REB#0025-1415). Les participants ont été recrutés à la clinique de suivi radiologique par les chercheurs de l'étude et les professionnels de recherche (auteurs CL et JW) et ont donné leur consentement éclairé pour répondre au sondage ponctuel. Chaque participant a reçu un questionnaire imprimé en se présentant à son rendez-vous clinique. Il pouvait le remplir en attendant la rencontre ou le faire à la maison et retourner le questionnaire en utilisant l'enveloppe affranchie remise par le personnel de l'étude.

Les statistiques descriptives (fréquences et moyennes, par exemple) ont été calculées afin de décrire les tendances en matière de collaboration patient-soignant. L'analyse de la variance (ANOVA) a été utilisée pour examiner les distinctions entre les divers groupes d'intervenants (variable indépendante = groupe professionnel, variable dépendante = moyenne des sommes obtenues pour la coordination relationnelle). Une autre analyse de variance a servi à comparer les modalités de collaboration avec plusieurs groupes de soignants, en fonction des degrés de détresse liée aux symptômes. Dans ce cas, un degré plus faible indiquait un résultat inférieur à la moyenne (ESAS \leq 11) et un degré plus élevé indiquait un résultat supérieur à la moyenne (ESAS \geq 12). L'analyse du DART n'a pas eu lieu parce que les cotes ESAS permettaient de prévoir les résultats des tests GAD et PHQ compris dans le DART. Vu les faibles cotes ESAS découlant de notre étude (voir tableau 1), les cotes globales du DART étaient faibles également, ce qui explique qu'elles n'ont pas été considérées dans la présente analyse.

Tableau 1 : Variables de l'étude et instruments

Variables de l'étude	Instrument	Nombre de questions	Moyenne (écart-type)	Coefficient alpha de Cronbach
Collaboration patient-soignant	Coordination relationnelle ^a	7	3,79 (0,53)	0,79
Bien-être	Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton	9	Somme de l'échelle ^b : 11,19 (13,02) Item individuel ^f : 0,37 (1,22) – 2,48 (2,40)	0,91
	Index des difficultés sociales ^c	21	Somme de l'échelle : 9,40 (9,95)	0,90
	Questionnaire sur la santé du patient ^d	9	Somme de l'échelle : 5,01 (5,03)	0,85
	Échelle de dépistage du trouble anxieux généralisé ^e	7	Somme de l'échelle : 4,33 (5,64)	0,94

Notes : ^a Étendue : 1–5, plus élevé = plus de collaboration; ^b Étendue 0–90, plus élevé = plus de détresse liée aux symptômes; ^c Étendue 0–63, plus élevé = plus de difficultés; ^d Étendue 0–27, plus élevé = plus déprimé; ^e Étendue 0–21, plus élevé = plus anxieux; ^f Étendue 0–10, plus élevé = plus de difficultés.

RÉSULTATS

Le tableau 2 résume les données démographiques des participants. Au total, 130 patients atteints de cancer ont répondu au questionnaire. L'âge moyen était de près de 62 ans. La plupart des participants étaient traités en radiothérapie pour un cancer du sein, et plus de la moitié avaient complété au moins 75 % de leur traitement. Les résultats obtenus grâce aux instruments de mesure ESAS et DART ont indiqué que les participants vivaient peu de détresse physique et émotionnelle

(voir tableau 1). Les moyennes obtenues pour les éléments individuels de l'ESAS se situaient entre 0,91 et 2,48 sur un total de 10.

Les réponses concernant la collaboration perçue avec les prestataires de soins de santé ont témoigné d'une collaboration modérée à élevée entre les patients et les infirmières, les radio-oncologues et les radiothérapeutes (moyennes : 21,44–29,79 sur 35). La collaboration avec les travailleurs sociaux, les nutritionnistes et le personnel d'accompagnement spirituel se situait entre 2,51 et 4,19 sur 35 (voir tableau 3).

Variable démographique	Moyenne (écart-type)	Fréquence
Âge	61,76 (9,72) ans	
Sexe	Féminin : n = 104	80 %
	Masculin : n = 26	20 %
Siège de la maladie	Sein : n = 103	79,2 %
	Prostate : n = 19	14,6 %
	Rectum : n = 5	3,8 %
	Oesophage : n = 3	2,3 %
Pourcentage de radiothérapie complétée au moment de l'étude	75,4 %	S.O.
Durée de la radiothérapie	23,19 (6,58) jours	S.O.

Item évalué par l'instrument	Médecins	Infirmières	Radiothérapeutes	Travailleurs sociaux	Nutritionnistes	Accompagnement spirituel
Communication fréquente	3,92 ^b (0,74) ^c	2,96 (1,48)	4,41 (0,98)	0,88 (0,91)	0,88 (0,80)	0,81 (0,75)
Communication en temps opportun	4,67 (0,69)	3,07 (2,03)	4,44 (1,17)	0,57 (1,18)	0,44 (0,94)	0,31 (0,73)
Communication claire et précise	4,76 (0,60)	3,10 (2,15)	4,59 (1,04)	0,51 (1,24)	0,53 (1,23)	0,23 (0,80)
Communication axée sur la résolution de problèmes	3,55 (2,10)	2,36 (2,25)	3,44 (2,10)	0,39 (1,12)	0,40 (1,12)	0,18 (0,64)
Partage des connaissances	3,34 (1,10)	2,54 (1,47)	3,14 (1,23)	0,84 (1,24)	0,82 (1,22)	0,56 (1,00)
Respect mutuel	4,82 (0,56)	3,64 (2,08)	4,67 (1,05)	0,54 (1,46)	0,50 (1,39)	0,20 (0,85)
Objectifs communs	4,44 (1,17)	3,37 (2,13)	4,32 (1,38)	0,43 (1,28)	0,47 (1,32)	0,25 (0,96)
Somme des items ^d	29,79 ^e (3,74)	21,44 ^e (10,92)	29,15 ^e (6,56)	4,19 (7,21)	4,06 (7,13)	2,51 (4,54)
Somme des items des participants qui ont obtenu un résultat ≤ 11 (n = 83) sur l'ESAS	29,73 (4,02)	21,82 (10,73)	28,65 (7,88)	3,16 (6,31) ^f	3,01 (6,43) ^f	2,60 (5,35)
Somme des items des participants qui ont obtenu un résultat ≥ 12 (n = 47) sur l'ESAS	29,89 (3,23)	20,77 (11,35)	30,02 (2,93)	6,09 (8,86) ^f	5,93 (7,97) ^f	2,36 (2,58)

Notes : a Étendue 1-5, plus élevé = plus de collaboration; b Moyenne; c Écart-type; d Étendue 0-35, plus élevé = plus de collaboration; e p < .001; f p < .05

Les résultats de l'analyse de variance sur les différentes de collaboration perçue entre les patients et les prestataires de soins en fonction de la profession ont révélé des différences significatives entre les cotes obtenues [$F(5, 760) = 430,42, p < .001$]. Des résultats obtenus ultérieurement au moyen du test de Scheffé ont fait ressortir des cotes beaucoup plus élevées en ce qui a trait à la collaboration avec les radio-oncologues et les radiothérapeutes (dont les résultats étaient plutôt similaires entre eux), par rapport à la collaboration avec les infirmières, les travailleurs sociaux, les nutritionnistes et le personnel d'accompagnement spirituel ($p < .001$). La collaboration des participants avec les infirmières a obtenu le second résultat le plus élevé, bien que considérablement plus faible que ceux obtenus pour les radio-oncologues et les radiothérapeutes. Les résultats obtenus pour la collaboration avec les infirmières se sont avérés beaucoup plus élevés que ceux concernant les travailleurs sociaux, les nutritionnistes et le personnel d'accompagnement spirituel ($p < .001$).

La somme beaucoup plus faible des cotes pour la collaboration des patients avec les travailleurs sociaux, les nutritionnistes et le personnel d'accompagnement spirituel (qui variait de 2,60 à 3,16 sur 35) a été étudiée plus en détail. Une analyse de fréquence a révélé que les faibles cotes obtenues étaient attribuables à un fort pourcentage de participants (85,4 à 88,9 %) ayant répondu « ne s'applique pas » (score de « 0 » sur l'échelle de Likert) à propos des interactions avec ces groupes d'intervenants (voir tableau 3). Or, la signification à donner à la réponse « ne s'applique pas » diffère du sens voulu par « jamais » ou « rarement » (scores de « 1 » et de « 2 »).

Finalement, l'analyse de variance de la collaboration chez les patients qui expriment différents degrés de détresse liée aux symptômes a fait ressortir des différences marquées. Les patients qui présentaient moins de détresse liée à leurs symptômes percevaient en effet une plus faible relation de collaboration (voir tableau 3), mais cette différence ne s'appliquait que dans le cas des travailleurs sociaux ($p < .05$) et des nutritionnistes ($p < .05$).

DISCUSSION

Les résultats de notre étude indiquent que : a) les patients atteints de cancer ont fait preuve d'une collaboration modérément élevée avec leurs radio-oncologues, radiothérapeutes et infirmières; et b) le degré de collaboration patient-soignant avec certains professionnels (p. ex. travailleurs sociaux et nutritionnistes) variait selon l'intensité de la détresse liée aux symptômes.

Aucune étude ne s'est encore penchée sur la nature ou l'ampleur de la collaboration patient-soignant pendant la radiothérapie. Cette étude met donc en lumière cet important aspect des soins oncologiques. En raison de la rareté des écrits sur ce sujet précis, nous avons comparé nos résultats avec la documentation existante portant sur les relations patient-soignant, un concept qui repose grandement sur la collaboration (voir l'introduction). Quelques études se sont penchées sur les relations entre les patients atteints de cancer et leurs soignants (p. ex. Sheppard et al., 2013; Torbit et al., 2016; Underhill et Kiviniemi, 2012). Parmi ces études, une seule portait sur les

patients atteints de cancer traités par radiothérapie. Famiglietti et collègues (2013) ont interrogé plus de 8 000 patients, démontrant que la relation patient-soignant était associée positivement à la satisfaction générale à propos des soins reçus en cours de radiothérapie. Même si les auteurs n'ont pas recueilli d'information particulière au sujet des relations patient-soignant par groupe professionnel, leur étude a fait ressortir la corrélation positive entre les expériences perçues avec l'équipe d'infirmières, les radiothérapeutes et les radio-oncologues et la satisfaction générale vis-à-vis les soins reçus (r variant de 0,60 à 0,70). Leurs résultats coïncidaient bien avec les nôtres, dans le sens où les trois groupes professionnels ont reçu les cotes les plus élevées de la part des patients pour leur collaboration. Les fortes similitudes d'association entre les deux études reflètent l'importance de ces trois rôles professionnels pendant la radiothérapie.

Même si nos résultats ont révélé des degrés de collaboration modérés à élevés avec les trois groupes de professionnels, ils n'ont pas fourni de renseignements précis sur la façon dont les patients ont collaboré avec eux. À la lumière des publications sur les besoins en matière de soins de soutien associés au cancer, nous avons pu identifier plusieurs catégories de besoins : informationnel, spirituel, émotionnel et financier (Smith, Hyde et Stanford, 2015). Il semble que ces besoins soient intimement reliés à l'autogestion : a) des aspects médicaux de la maladie; b) des rôles de la vie ou du bouleversement de ces rôles à cause de la maladie; et c) des conséquences psychologiques de la maladie chronique (Lorig et Holman, 2003). Dans le cadre de notre étude, la collaboration accrue avec les radio-oncologues, les thérapeutes et les infirmières suggère que ces professionnels impliquent leurs patients dans la résolution des problèmes susmentionnés.

Nous avons émis l'hypothèse selon laquelle certains groupes professionnels s'investissent davantage dans la satisfaction des besoins de leurs patients. De fil en aiguille, nous en sommes venus à constater la modeste relation de collaboration avec les travailleurs sociaux, les nutritionnistes et le personnel d'accompagnement spirituel. Nous avons alors supposé que le faible degré de collaboration pouvait s'expliquer par les faibles besoins d'autogestion des patients qui vont bien. En effet, nous avons remarqué des relations collaboratives beaucoup moins présentes chez les participants qui ont obtenu des cotes de l'ESAS extrêmement basses (somme ≤ 11), mais seulement avec les travailleurs sociaux et les nutritionnistes (voir tableau 3), groupes pour qui les résultats étaient près de sept fois moins élevés que pour les médecins, les radiothérapeutes et les infirmières (voir tableau 3). Une analyse de fréquence a permis de confirmer ce résultat, démontrant l'absence répétée d'interactions entre les participants et les professionnels des trois groupes au cours du processus de radiothérapie. Nous avons supposé que ce manque d'interactions pouvait être relié aux sièges de la maladie ainsi qu'aux symptômes rapportés par les participants qui composaient notre échantillon. Par exemple, l'exposition des seins et de la prostate aux rayonnements est moins susceptible d'entraîner de graves radiotoxicités (Haas, 2010). Par conséquent, les patients aux prises avec des symptômes d'intensité modérée peuvent être moins portés

à chercher un soutien social et spirituel. De plus, en l'absence de difficultés liées à l'apport alimentaire ou au maintien du poids désiré, les patients n'auront pas nécessairement à rencontrer une nutritionniste (Piderman et al., 2014). Dans le cadre de notre étude, les patients traités contre un cancer de la prostate ou des seins n'étaient pas exposés à la dysphagie, principale raison pour insérer des tubes d'alimentation pendant la radiothérapie. Et puisque la plupart des participants de notre étude recevaient des traitements contre le cancer du sein ou de la prostate, l'intervention des nutritionnistes n'était pas justifiée pour ces patients. À l'inverse, parmi les patients ayant des besoins plus élevés, et plus particulièrement pour ceux qui présentaient plus de détresse liée aux symptômes, la collaboration avec les nutritionnistes, les travailleurs sociaux et le personnel d'accompagnement spirituel peut être encore plus importante. Cette question mérite d'être approfondie.

Nous n'avons pu trouver d'autres études qui traitent des interactions entre les patients traités par radiothérapie et les travailleurs sociaux, les nutritionnistes et le personnel d'accompagnement spirituel. Parmi les rares études pertinentes, Piderman et collègues (2014) ont rapporté les aspects positifs d'une intervention longitudinale axée sur la qualité de vie sur la qualité de vie spirituelle. Toutefois, ils n'ont pas fourni de précisions quant à la prévalence des interactions entre les patients atteints de cancer et le personnel d'accompagnement spirituel. Hazzard et collègues (2018) ont examiné systématiquement les études portant sur les visites à l'hôpital de patients externes qui reçoivent de la radiothérapie et qui viennent rencontrer la nutritionniste, pour rapporter par la suite les difficultés à déterminer la prévalence des rencontres non planifiées. De même, nous n'avons trouvé aucune documentation qui traite de la prévalence de la collaboration entre les travailleurs sociaux et les patients traités par radiothérapie, malgré des lignes directrices récentes sur le sujet (Pirl et al., 2014). Il peut sembler logique que les patients n'interagissent pas avec tous les professionnels paramédicaux à moins que des questions pertinentes ne surviennent. Toutefois, il faut savoir que certaines interventions importantes et à visée préventive effectuées par des professionnels paramédicaux ont amélioré l'efficacité du traitement contre le cancer. Par exemple, des conseils

nutritionnels en matière d'alimentation et de perte de poids ont permis d'obtenir des taux adéquats de marqueurs inflammatoires chez un groupe de personnes traitées pour un cancer du sein (Harrigan et al., 2016). Et l'intervention en cessation tabagique (qui peut être faite par l'infirmière, le médecin et le travailleur social) a été associée à de meilleures chances de guérison pour les patients traités par radiothérapie pour un cancer de la prostate (Hamdy et al., 2016).

LIMITES

Notre étude comporte certaines limites. Premièrement, l'utilisation d'un échantillon de commodité formé de patients avec de bonnes capacités fonctionnelles et principalement atteints du cancer du sein et de la prostate dans un centre de cancérologie peut limiter l'applicabilité de nos résultats aux autres sièges de la maladie. Deuxièmement, le recours à des mesures d'auto-évaluation de la collaboration a confiné notre compréhension à la perspective du patient. Le comportement collaboratif pourrait être évalué de façon plus complète par l'observation directe. Troisièmement, notre sondage ne permettait pas d'obtenir de l'information sur des aspects ne pouvant pas être exprimée adéquatement par des nombres. Les émotions des patients associées aux interactions avec les prestataires de soins et l'organisation hiérarchique au sein des établissements de soins de santé sont quelques exemples. Cependant, notre approche quantitative a rejoint plus de patients, en plus de fournir de l'information sur un modèle collaboratif pouvant faciliter la comparaison avec les futures études.

ORIENTATIONS FUTURES

À notre connaissance, notre étude est la première à présenter les perceptions qu'ont les patients de leur collaboration avec les professionnels du département de radio-oncologie. Nos résultats témoignent bien des rôles déterminants joués par les radio-oncologues, les radiothérapeutes et le personnel infirmier pendant la radiothérapie. Contrairement à certaines études qui se sont concentrées sur des mesures indirectes de collaboration comme le sentiment de confiance, la satisfaction et l'accessibilité (Mattingly, Tom, Stuart et Onukwuga,

Tableau 4 : Fréquence des réponses « ne s'applique pas » avec l'instrument de coordination relationnelle

Item évalué par l'instrument	Médecins	Infirmières	Radiothérapeutes	Travailleurs sociaux	Nutritionnistes	Accompagnement spirituel
Communication fréquente	0 %	4,7 %	3,0 %	30,8 %	30,3 %	28,8 %
Communication en temps opportun	0 %	18,2 %	4,6 %	81,5 %	84,8 %	86,4 %
Communication claire et précise	0 %	22,7 %	4,6 %	86,4 %	83,3 %	89,2 %
Communication axée sur la résolution de problèmes	31,8 %	43,9 %	34,8 %	89,4 %	89,4 %	92,4 %
Partage des connaissances	0 %	4,6 %	4,5 %	60,0 %	63,6 %	69,7 %
Respect mutuel	0 %	15,6 %	4,5 %	89,4 %	89,4 %	95,5 %
Objectifs communs	1,5 %	16,9 %	4,5 %	90,8 %	89,2 %	93,8 %

2017; Sheppard et al., 2013; Vowles et Thompson, 2012), notre mesure de la coordination relationnelle évalue directement les comportements et attitudes révélateurs de collaboration. Les traitements contre le cancer sont devenus de plus en plus nuancés. Pour cette raison, les renseignements axés sur les modalités et obtenus à partir de l'instrument mis au point pour cette étude serviront à orienter les recherches futures.

Les orientations futures envisageables sont nombreuses. Toutefois, vu la rareté des écrits portant sur la collaboration patient-soignant et la variabilité des méthodes de mesure à ce sujet, il est important de poursuivre l'exploration du concept de collaboration entre les patients et les prestataires de soins pendant la radiothérapie et de privilégier une approche évaluative rigoureuse et appuyée sur de la théorie. À notre avis, la recherche qualitative constitue un bon point de départ puisqu'elle permet de définir les attributs, les antécédents et les retombées de la relation collaborative entre le patient et le personnel soignant pendant la radiothérapie. La collaboration patient-soignant permettrait entre autres d'améliorer la qualité des soins (Lee et Doran, 2017); le soutien empirique au sujet de cet aspect important reste encore à confirmer.

Les résultats de notre étude suggèrent également que les radio-oncologues, les radiothérapeutes et les infirmières peuvent avoir aidé de façon plus concrète les patients traités par radiothérapie. Cependant, pour favoriser la synergie, c'est toute l'équipe soignante qui doit être sensibilisée à l'importance de collaborer avec les patients. Bien que les écrits sur les pratiques interprofessionnelles énoncent clairement les domaines de collaboration entre les prestataires de soins, des lignes directrices sur la collaboration patient-soignant dans les milieux multidisciplinaires doivent encore être publiées. À titre d'exemple, l'éducation des patients en fonction d'un modèle de soins interprofessionnel pourrait prendre en

considération les trois sphères d'autogestion décrites précédemment. Une intégration de la sorte assurerait structure et cohérence à la collaboration entre les patients et le personnel soignant, tout au long de la trajectoire de soins.

Un autre moyen de parfaire la collaboration patient-soignant dans les milieux interprofessionnels serait de régulariser l'utilisation des ressources en matière de soins de soutien par des professionnels issus de différents domaines. Par exemple, le guide du Projet pancanadien de triage des symptômes et d'aide à distance en oncologie (COSTaRS) est actuellement testé pour servir le travail des radiothérapeutes (Stacey et Jolicoeur, 2017). D'autres recherches devraient évaluer les retombées d'une approche uniforme de gestion des symptômes pour faciliter la collaboration des patients avec tous les cliniciens. Au fur et à mesure que cette modalité de traitement se développe et se distingue par ses mécanismes d'action spécifiques, les équipes interprofessionnelles de soins oncologiques doivent se pencher plus sérieusement sur les défis rattachés à ce mode d'intervention.

CONCLUSION

Notre étude a mis en lumière les tendances en matière de relations collaboratives entre les patients et le personnel soignant en radio-oncologie; elle guidera la recherche future en appuyant les alliances patient-soignant. Les résultats de l'étude nous permettent de conclure que la collaboration patient-soignant dépend du contexte. L'étendue de la collaboration entre les patients et leurs prestataires de soins de santé dépendrait donc de leurs symptômes particuliers et besoins pour gérer eux-mêmes leurs soins. De futures recherches et applications, comme l'adoption en équipe d'une pratique fondée sur les connaissances pour assurer l'uniformité, permettront d'établir des relations collaboratives entre les patients et les cliniciens.

RÉFÉRENCES

- Arbuthnott, A., & Sharpe, D. (2009). The effect of physician-patient collaboration on patient adherence in non-psychiatric medicine. *Patient Education and Counseling*, 77(1), 60–67.
- Corbin, J.M., & Strauss, A. (1988). *Unending work and care: Managing chronic illness at home*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Famiglietti, R.M., Neal, E.C., Edwards, T.J., Allen, P.K., & Buchholz, T.A. (2013). Determinants of patient satisfaction during receipt of radiation therapy. *International Journal of Radiation Oncology *Biology* Physics*, 87(1), 148–152.
- Gittell, J.H. (1999). Coordinating patient care improves quality of care, efficiency [interview by Therese Droste]. *Executive Solutions in Health care Management*, 2, 10–12.
- Haas, M. (2010). Radiation therapy: Toxicities and management. In C.H. Yarbro, D. Wujcki, & B.H. Gobel (Eds.), *Cancer nursing*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Hagigi, F. (2007). *Evaluating coordination as a key driver of performance in ambulatory care clinics*. Doctoral Dissertation, Brandeis University, Waltham, Massachusetts.
- Hamdy, F.C., Donovan, J.L., Lane, J.A., Mason, M., Metcalfe, C., Holding, P., ... Oxley, J. (2016). 10-year outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for localized prostate cancer. *New England Journal of Medicine*, 375(15), 1415–1424.
- Harrigan, M., Cartmel, B., Loftfield, E., Sanft, T., Chagpar, A.B., Zhou, Y., ... Irwin, M.L. (2016). Randomized trial comparing telephone versus in-person weight loss counseling on body composition and circulating biomarkers in women treated for breast cancer: The lifestyle, exercise, and nutrition (LEAN) study. *Journal of Clinical Oncology*, 34(7), 669–676.
- Hazzard, E., Walton, K., McMahon, A.T., Milosavljevic, M., & Tapsell, L.C. (2018). Nutrition-related hospital presentations and admissions among radiotherapy outpatients: A systematic literature review. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 31(3), 357–369.
- Lee, C.T.S., & Doran, D.M. (2017). The role of interpersonal relations in health care team communication and patient safety: A proposed model of interpersonal process in teamwork. *Canadian Journal of Nursing Research*, 49(2), 75–93. doi:10.1177/0844562117699349.
- Li, M., Macedo, A., Crawford, S., Bagha, S., Leung, Y.W., Zimmermann, C., ... Rodin, G. (2016). Easier said than done: Keys to successful implementation of the distress assessment and response tool (DART) program. *Journal of Oncology Practice*, 12(5), e513–e526.
- Lorig, K.R., & Holman, H.R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7.

- Lundberg, P.C., & Rattanasuwan, O. (2007). Experiences of fatigue and self-management of Thai Buddhist cancer patients undergoing radiation therapy. *Cancer Nursing*, 30, 146–155.
- Mattingly, T.J., Tom, S.E., Stuart, B., & Onukwugha, E. (2017). Examining patient-provider relationship (PPR) quality and patient activation in the Medicare population. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(3), 543–548.
- Maunder, R.G., & Hunter, J.J. (2016). Can patients be 'attached' to health care providers? An observational study to measure attachment phenomena in patient-provider relationships. *BMJ Open*, 6(5), e011068. doi:10.1136/bmjopen-2016-011068
- Piderman, K.M., Johnson, M.E., Frost, M.H., Atherton, P.J., Satele, D.V., Clark, M.M., ... Rummans, T.A. (2014). Spiritual quality of life in advanced cancer patients receiving radiation therapy. *Psycho-Oncology*, 23(2), 216–221.
- Pirl, W.F., Fann, J.R., Greer, J.A., Braun, I., Deshields, T., Fulcher, C., ... Wagner, L. (2014). Recommendations for the implementation of distress screening programs in cancer centers: Report from the American Psychosocial Oncology Society (APOS), Association of Oncology Social Work (AOSW), and Oncology Nursing Society (ONS) Joint Task Force. *Cancer*, 120(19), 2946–2954.
- Schulman-Green, D., Jaser, S.S., Park, C., & Whitemore, R. (2016). A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 72(7), 1469–1489.
- Sheppard, V.B., Isaacs, C., Luta, G., Willey, S.C., Boisvert, M., Harper, F.W., ... Hirpa, F. (2013). Narrowing racial gaps in breast cancer chemotherapy initiation: The role of the patient-provider relationship. *Breast Cancer Research and Treatment*, 139(1), 207–216.
- Smith, A., Hyde, Y.M., & Stanford, D. (2015). Supportive care needs of cancer patients: A literature review. *Palliative & Supportive Care*, 13(4), 1013.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B., & Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA*, 282(18), 1737–1744.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097.
- Stacey, D., & Jolicoeur, L. (2017, October). *Cancer symptom management in radiation therapy: Evaluating implementation of an evidence-informed practice guide*. Paper presented at the Canadian Association of Nurses in Oncology Annual Conference, Gatineau, QC.
- Torbit, L.A., Albiani, J.J., Aronson, M., Holter, S., Semotiuk, K., Cohen, Z., & Hart, T.L. (2016). Physician trust moderates the relationship between intolerance of uncertainty and cancer worry interference among women with Lynch syndrome. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(3), 420–428.
- Underhill, M.L., & Kiviniemi, M.T. (2012). The association of perceived provider-patient communication and relationship quality with colorectal cancer screening. *Health Education & Behavior*, 39(5), 555–563.
- Wowles, K.E., & Thompson, M. (2012). The patient-provider relationship in chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, 16(2), 133–138.
- Watanabe, S.M., Nekolaichuk, C., Beaumont, C., Johnson, L., Myers, J., & Strasser, F. (2011). A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(2), 456–468.
- Wright, P., Smith, A.B., Keding, A., & Velikova, G. (2011). The Social Difficulties Inventory (SDI): development of subscales and scoring guidance for staff. *Psycho-Oncology*, 20(1), 36–43.
- Yarbro, C.H., Wujcik, D., & Gobel, B.H. (2013). *Cancer Symptom Management*. Jones & Bartlett Learning.