doi:10.5737/1181912x1911318

Centre intégré de cancérologie de la Montérégie

L'intégration des infirmières pivots dans les équipes d'oncologie en Montérégie : un aspect de l'implémentation du Programme de lutte contre le cancer, Partie 1

par Anne Plante et Sonia Joannette

Abrégé

Le rôle de l'intervenant pivot en oncologie s'est développé pour assurer la continuité et la concertation dans les soins aux personnes atteintes de cancer et leurs familles. Dans la province de Québec, c'est une infirmière qui assure cette fonction. Ce premier article, d'une série de deux, a pour but de clarifier le choix de l'infirmière comme intervenant pivot et de décrire l'intégration de ce nouveau rôle dans la région de la Montérégie. Le Programme québécois de lutte contre le cancer, la définition de l'infirmière pivot en oncologie et la mise en œuvre d'un réseau intégré de soin selon l'expérience en Montérégie seront discutés.

L'oncologie constitue en soi un domaine d'intervention très particulier caractérisé par la lutte acharnée que mènent des milliers de Canadiennes et Canadiens contre une maladie qui menace parfois la vie et la qualité de celle-ci, constamment. Malgré les percées scientifiques et technologiques modernes, le diagnostic, dont la simple évocation entraîne stress et peur, rime encore trop souvent avec souffrance et mort. Le cancer atteint non seulement le patient, mais bouleverse aussi tout son entourage. Le nombre de nouveaux cas de cancer et de décès continue d'augmenter pour certains types de cancer. La population canadienne vieillit et celle de la province de Québec particulièrement rapidement. Le nombre grandissant de traitements à offrir et la complexité des soins exercent une pression sur les professionnels soucieux d'offrir des soins spécialisés de qualité en oncologie.

Les inégalités géographiques, le morcellement des services et le souci de mieux répondre aux besoins de la population ont influencé les initiateurs du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998) à redéfinir les soins en oncologie. Le Ministre de la santé a mandaté un comité pour analyser les insatisfactions de la clientèle et proposer des améliorations les plus souhaitées par la clientèle et les professionnels de la santé. La mise en place d'intervenants pivots comme personnes de référence est un des éléments préconisés par ce programme. La Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC) recommande aussi cet intervenant pour faciliter la navigation des patients atteints de cancer durant le continuum de soins (Urquhart et Grunfeld, 2007). Ce premier article, d'une série de deux, a pour but de clarifier le choix de l'infirmière comme intervenant pivot et l'intégration de ce nouveau rôle en Montérégie. Le Programme québécois de lutte contre le cancer, l'infirmière pivot en oncologie et l'expérience en Montérégie seront discutés.

Le Programme québécois de lutte contre le cancer : centré sur les besoins des patients en oncologie

Le Programme québécois de lutte contre le cancer (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998) est le document de travail de base sur lequel repose le choix de l'infirmière pivot en oncologie. En 1995, la province voulait se doter d'un programme capable d'unir les efforts des professionnels et des décideurs dans tous les volets de la lutte contre le cancer : la promotion de la santé et la prévention du cancer, la détection précoce, l'investigation, le traitement et l'adaptation, les soins palliatifs ainsi que la recherche et l'enseignement. Le ministre de la santé a demandé au Comité consultatif sur le cancer de formuler un nouveau canevas structural en oncologie. Le but était d'améliorer l'organisation des services pour ainsi offrir des soins plus personnalisés aux personnes atteintes de cancer et à leur famille, en tenant compte des limites des ressources. Des professionnels expérimentés, des gestionnaires ainsi que des personnes atteintes du cancer ont collaboré de façon intense pour exprimer une vision juste de la réalité de la personne atteinte, de ses proches, des soins et des services. L'objectif du PQLC vise l'humanisation, la qualité, l'efficacité et l'accessibilité dans l'organisation des services en oncologie. La clientèle apprécie quand les services sont dispensés le plus près possible de sa région (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995). Les soins et les traitements reliés au cancer sont nombreux et complexes. Ils

Montérégie Comprehensive Cancer Care Centre: Integrating nurse navigators in Montérégie's oncology teams: One aspect of implementing the Cancer Control Program—Part 1

Abstract

The oncology patient navigator role was developed to ensure both continuity and consultation in the delivery of care to cancer patients and their families. In Québec, this role is filled by a nurse. This first article in a series of two, aims to explain why nurses were selected as patient navigators and to describe how this new role has been integrated in the Montérégie Region. The Québec Cancer Control Program, the definition established for the oncology nurse navigator role and the implementation of an integrated care network based on the Montérégie experience will be discussed.

The full translation of this article is on the CANO website.

Anne Plante, M.Sc.inf., CSIO(C), CSIP(C), Infirmière conseillère régionale en soins spécialisés en oncologie

Sonia Joannette, B.Sc.inf., candidate à la maîtrise, CSIO(C) Infirmière pivot en oncologie

Centre intégré de cancérologie de la Montérégie Hôpital Charles LeMoyne, 3120 Boul. Taschereau, Greenfield Park, Québec J4V 2H1; Téléphone : (450) 466-5000 # 2667 Courriel : ***anne.plante@rrsss16.gouv.qc.ca***

demandent beaucoup de suivi clinique pour assurer la qualité de vie des patients et de leurs familles et la visée thérapeutique. Le PQLC met en lumière l'importance de services intégrés.

L'offre et le maintien de la qualité des services reposent sur trois conditions principales. Dans un premier temps, la mise en place d'équipes interdisciplinaires représente un moyen incontournable et reconnu pour répondre aux besoins biopsychosociaux de la clientèle en vue d'augmenter l'efficacité des professionnels (homogénéité dans la communication), la qualité des services, l'accessibilité et la satisfaction des patients, des proches et des soignants (Haggerty, Reid, McGrail et McKendry, 2003; Blitzer et Kutscher, 1990). Plusieurs auteurs énoncent les attributs positifs du travail interdisciplinaire et ce, tant au plan intra hospitalier qu'extra mural (Moulin et Fraval, 2004; Frank et Cramer, 1998; Conley et Kelly, 1997). Il ne suffit pas d'avoir des professionnels de la santé de diverses disciplines au sein d'une équipe d'oncologie pour qu'elle puisse être qualifiée d'équipe interdisciplinaire. Il faut de l'ouverture, un partage de savoirs, de la coopération entre les membres de l'équipe pour être en mesure d'échanger autour de situations complexes vécues par les patients/familles. Les intervenants de l'équipe interdisciplinaire doivent avoir un temps et un espace pour élaborer des plans d'interventions interdisciplinaires individualisés. Si l'équipe n'a pas développé cette habileté à échanger les points de vue et arrimer les interventions, le plan d'intervention n'est pas possible.

Dans un deuxième temps, la mise en place d'un réseau intégré semble la structure essentielle pour permettre aux professionnels de partager leur expertise et normaliser leur pratique, et ce, pour toutes les disciplines d'un territoire à l'autre (Rycroft-Malone, Harvey, Seers, Kitson, McCormack et Titche, 2004; Morin et Leblanc, 2002; FCRSS, 2000). Le partage des ressources et l'utilisation des connaissances basées sur des données probantes permettent de réduire les écarts de services entre les différents hôpitaux de la province. Le programme décrit les problématiques et cible les efforts à fournir pour normaliser les pratiques et bonifier le partenariat entre les services existants. Selon le PQLC, les services oncologiques doivent être organisés selon des paliers : local, régional et supra régional. Cette hiérarchisation des services garantit l'accès aux services spécialisés à tous. Les équipes locales d'oncologie assurent la continuité des services sur une base régulière, le plus près possible du domicile de la clientèle. Elles ont comme mandat le dépistage et les traitements des cancers les plus courants. Ces équipes locales regroupent les hôpitaux locaux, les soins à domicile et les organismes communautaires. L'équipe régionale offre des traitements plus spécialisés (p. ex. : radiothérapie). Elle travaille en étroite collaboration avec les centres hospitaliers de la région (équipes locales) pour permettre un échange constant d'informations (p. ex. : mise en place de protocoles de chimiothérapie standardisés, comité des tumeurs par téléconférence). L'équipe supra régionale est dans un centre hospitalier universitaire. Elle dispense des soins et des services ultra spécialisés (p. ex. : chirurgie pour ostéosarcome, greffe de moelle). Cette organisation de services permet à chaque centre de bien circonscrire ses services, de toujours traiter un volume de cas par site tumoral assez grand pour maintenir son expertise. La mise en place de corridors de services entre ces paliers devient nécessaire pour faciliter le transfert des patients et les échanges interprofessionnels fructueux en termes de continuité des soins.

Dans un troisième temps, la fluidité et la rapidité des échanges d'information entre les équipes assurent un suivi adéquat de la clientèle. L'idée de créer une fonction d'intervenant pivot en première ligne dans chaque clinique d'oncologie s'est également avérée une solution. L'objectif est de permettre à chaque nouvelle personne atteinte de cancer et à ses proches d'être rapidement rencontrés après le diagnostic pour comprendre la situation; de recevoir de l'information, du soutien; d'assurer le contact entre eux et les intervenants de tous les paliers de services et de construire dès le départ un plan d'interventions personnalisé, ajusté à leurs besoins et à leurs ressources. Un sondage canadien (Ashbury, Findlay, Reynolds et McKerracher, 1998) et un sondage britannique (Cox, Jenkins, Catt, Langridge et Fallowfield; 2006) concluent sur les mêmes notes. L'information, le soutien, la présence d'une personne « contact » et le désir de participer activement aux décisions reliées aux choix thérapeutiques ressortent clairement comme un « tout » nécessaire pour chaque personne atteinte.

Principaux besoins exprimés par les personnes atteintes d'un cancer

- L'humanisation de l'annonce du diagnostic et des contacts durant les traitements et le suivi.
- L'utilisation par les intervenants d'un langage simple et compréhensible pour les personnes atteintes et leurs proches.
- La participation aux décisions qui les concernent et le désir de rester maîtres de leurs choix thérapeutiques.
- Plus de temps de la part des spécialistes au moment de l'annonce du diagnostic et des rencontres subséquentes.
- Information et soutien psychosocial et existentiel dès l'annonce du diagnostic.
- Information complète sur l'ensemble des ressources publiques, communautaires et privées afin de connaître l'ensemble des services offerts.
- La possibilité d'entrer en contact avec une personne de l'équipe d'oncologie qui serait désignée pour assurer le suivi et répondre aux questions des personnes

(Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998)

Intervenant pivot : infirmière pivot en oncologie

Au Québec l'infirmière a été choisie comme la professionnelle répondant le mieux aux fonctions de pivot. À cause de sa formation et de sa vision globale, l'infirmière peut analyser et intervenir dans les divers volets biopsychosociaux avec le patient et les proches. Selon de Serres et Beauchesne (2000), l'intervenant pivot doit avoir certaines caractéristiques essentielles et être choisi sur la base de ses compétences : connaissances approfondies de l'oncologie (biopsychosociales), attitudes, habiletés en communications et relation d'aide, porte-parole, approche globale du patient, facilité à travailler en équipe et autonomie. L'intervenant pivot doit être accessible et être dans la mesure du possible, stable. Il assure le suivi clinique de la clientèle oncologique du diagnostic, au traitement, à la rémission, à la récidive et parfois même à la phase palliative s'il n'y a pas d'équipe de soins de fin de vie disponible. Le comité de l'évolution de la pratique infirmière en oncologie (CEPIO) (Bélanger, Bergeron, de Serres et Saucier, 2005) rappelle que la capacité d'évaluer la condition physique et mentale de la personne malade et d'exercer une surveillance clinique de sa condition fait partie intégrante du champ d'exercice professionnel de l'infirmière.

La fonction de *Cancer Care Navigator* est traduite en français par intervenant pivot mais elle n'est pas équivalente. En plus de l'aide à la navigation, l'infirmière pivot en oncologie (IPO) rejoint le *Cancer Care Navigator* sur l'offre et l'accès facilité au soutien social, l'aide à la décision, le coping actif et la potentialisation de l'efficacité personnelle tel que décrit par le cadre conceptuel de Doll et ses collaboratrices (2007). L'IPO va plus loin par son approche globale au patient et à ses proches, le concept d'autonomisation qu'elle met de l'avant, la prévention/gestion des symptômes et l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé en partenariat avec l'équipe interdisciplinaire soignante. L'infirmière pivot agit comme agent catalyseur dans l'équipe d'oncologie pour influencer la pratique médicale et celle de l'ensemble des professionnels vers une philosophie de soins centrés sur le patient et la famille. La présence de l'intervenant pivot existe dans plusieurs régions du Canada et sa présence donne des résultats très appréciés de la clientèle et des organisations (Saucier, 2007; Urquhart et Grunfeld, 2007; Fillion et coll., 2006; BC Cancer Agency, 2005; Cancer Care Nova Scotia, 2004; Roberge et coll., 2004).

Le rôle prévu pour l'infirmière pivot en oncologie afin de répondre aux lignes directrices du PQLC (Comité consultatif des infirmières en oncologie, 2008; Bélanger et coll., 2005; de Serres et Beauchesne, 2000) et mieux s'ajuster aux attentes de la clientèle (Ponte et Nies, 2003 et Deber, Kraetschmer et Irvine, 1996) est formulé ainsi dans notre région (Tableau 1).

Expérience en Montérégie

L'implantation du PQLC en Montérégie a été réalisée grâce à la mobilisation d'équipes déterminées. Lors de la publication du PQLC, autant les administrateurs des programmes d'oncologie que les professionnels de la santé de la Montérégie ont perçu le document comme étant très novateur mais sa mise en place semblait peu réaliste à court terme, étant donné le manque de ressources. Cependant, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (Agence) a décidé de faire de l'implantation du PQLC une priorité dans sa région. L'Agence a pour mission d'assurer la gouvernance du système de santé et de services sociaux de la région afin d'en améliorer la performance jusqu'à l'excellence et ainsi de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population dont elle est responsable (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). La Montérégie est la deuxième plus grande région administrative au Québec. Elle couvre un secteur géographique de 10 000 km^2, desservant 1 371 000 habitants avec un centre hospitalier régional affilié à l'Université de Sherbrooke et 11 Centres de santé et de services sociaux (CSSS) desservant la clientèle hospitalisée, à domicile et en centres de soins de longue durée (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008).

La Direction de l'Agence a ainsi facilité le travail de mise en commun des étapes à définir pour l'implantation du PQLC, jugé profitable au mieux-être de sa population. Pour que chacun soit invité à participer activement à sa mise en place, tous les directeurs généraux des institutions ont été informés de ce projet. Le Centre intégré de cancérologie de la Montérégie (CICM) a été présenté comme l'équipe régionale d'oncologie, basé à l'Hôpital Charles Lemoyne: le centre hospitalier régional de la Montérégie affilié à l'Université de Sherbrooke. Les 11 CSSS dont huit offrant des services ambulatoires en oncologie allaient quant à eux être conviés à travailler de concert avec l'Agence et le CICM pour implanter le PQLC. Le comité de coordination du Réseau Cancer Montérégie (RCM) vise à réunir les intervenants représentant chacun des paliers d'institution pour former un comité directeur. Ce comité donne une force de convergence et d'harmonisation des pratiques tant organisationnelles que cliniques à la région en oncologie (Annexe 1). Lorsque les administrateurs sont impliqués dans les réflexions et les décisions, ils déploient les énergies nécessaires pour soutenir les professionnels de leur institution et les inciter à s'impliquer à leur tour dans les changements de pratique souhaités (Barter, 2002; Colling et Wilcox, 1994; Shortell, Zimmerman et Rousseau, 1994).

Tableau 1. Rôle de l'IPO en Montérégie

Évaluer	Rencontrer chaque patient nouvellement diagnostiqué et évaluer dès le départ ses besoins biopsychosociaux, les stratégies d'adaptation, la capacité d'utiliser les ressources disponibles et mettre en lumière les forces et les compétences des patients et des familles.
	Évaluer la compréhension de l'information reçue dans le but de faciliter la prise de décision éclairée face aux choix thérapeutiques tout au long du continuum de soins et ce, en respectant leurs valeurs.
	Évaluer les besoins soulevés par la clientèle et sa famille, durant la trajectoire de soin, selon le modèle d'évaluation PQRST, appliquer les interventions infirmières associées.
Coordonner	Être la personne de référence pour la clientèle (du lundi au vendredi)
	Coordonner le suivi de la clientèle avec les partenaires impliqués du milieu hospitalier et communautaire par une communication circulaire (Laurice, 1991)
	Présenter les cas complexes à la réunion interdisciplinaire pour construire un plan d'intervention individualisé et concerté avec l'apport de tous les membres de l'équipe, permettant à tous les membres de l'équipe de mieux connaître le patient et d'ajuster leurs interventions thérapeutiques suivant l'élaboration d'hypothèses.
	Référer le patient et sa famille aux ressources et/ou professionnels selon les besoins selon des critères de référence spécifiques.
	Orienter les interventions thérapeutiques vers l'ouverture des systèmes (tant familial qu'organisationnel) de manière à créer de l'espace au changement et de favoriser l'adaptation à la réalité présente.
Enseigner/ Informer	Évaluer et enseigner les connaissances nécessaires aux patients et aux proches pour augmenter leurs autosoins et leur capacité de prise de décisions tout au long de continuum.
	Renforcer l'enseignement déjà dispensé par le médecin traitant, le pharmacien, les infirmières administrant les traitements et autres professionnels.
	Informer la clientèle des ressources disponibles (professionnels de l'équipe, ligne Info-onco, équipe de bénévoles, formulaires écrits, sites Internet validés, organismes communautaires, approches complémentaires et autres)
	Enseigner la promotion de santé et l'hygiène de vie en demeurant sensible aux réalités de la clientèle et agir comme agent de changement.
Soutenir	Soutenir par l'écoute active et ouvrir sur des pistes d'espoir aux patients et aux proches pour faciliter leur processus d'adaptation et offrir une perspective « humaine et réconfortante» dans l'expérience des soins liés au cancer (Sharpe, 2005)
	Soutenir le patient et sa famille dans la gestion des symptômes par des communications téléphoniques (triage) et/ou lors du suivi à la clinique d'oncologie afin de réduire les urgences et optimiser le mieux-être à domicile (Cancer Care Ontario, 2004)
	Soutenir le patient et sa famille dans leurs demandes auprès des professionnels de la santé.
Noter au dossier médical du patient toutes évaluations et toutes interventions faites auprès du patient et de sa famille.	

La gouverne régionale a misé sur les acteurs administratifs comme les infirmières chefs et les professionnels comme l'infirmière conseillère pour amorcer le changement. Diverses stratégies (p. ex. : communication, création de comités régionaux de professionnels) ont été employées pour susciter l'intérêt des individus à coopérer et mettre en relief la valeur ajoutée de la coopération (Roberge et coll., 2004). L'Agence a donc octroyé une enveloppe budgétaire spécifique à l'implantation du PQLC au sein de son territoire. Les directeurs généraux des CSSS ainsi que les directeurs de soins infirmiers ont discuté des changements proposés. Le modèle de soin interdisciplinaire centré sur le patient et la famille a été retenu (Jassak, 1992).

L'équipe du CICM était initialement, en 1999, composée de quatre hémato-oncologues, deux pharmaciennes, plusieurs infirmières à la clinique de chimiothérapie, un psychologue, une travailleuse sociale, une animatrice de pastorale, une nutritionniste, une infirmière de recherche et le personnel de soutien administratif. Dans les 11 Centres de santé et de services sociaux (CSSS), dont 8 possédaient des cliniques d'oncologie, la composition des équipes était un oncologue ou hémato-oncologue, un pharmacien et une infirmière en traitements oncologiques. L'infirmière pivot a été la professionnelle de choix pour créer un effet de changements de philosophie et de structure de soins proposés par le PQLC. Les administrateurs des cliniques d'oncologie devaient se familiariser avec ce nouveau concept de « travail en réseau intégré », comprendre le rôle de l'infirmière pivot et s'assurer que les changements proposés seraient pris en compte par les autres professionnels de chaque équipe d'oncologie. Les directeurs(trices) de soins infirmiers (DSI) ont accepté de rencontrer l'infirmière conseillère régionale en soins spécialisés en oncologie au CICM pour bien comprendre le rôle de l'infirmière pivot, les changements préconisés et les objectifs du PQLC. Suite à cette rencontre, les neufs DSI (CICM et 8 hôpitaux locaux) ont entériné l'intégration de l'infirmière pivot dans les équipes de soins en oncologie. Ces infirmières pivots allaient être porteuses d'une nouvelle philosophie d'intervention dans leur milieu respectif et faire valoir leur légitimité auprès des autres professionnels de la santé notamment les oncologues. Une nouvelle ère en oncologie s'est amorcée en Montérégie par la mise en place d'infirmières pivots dans les cliniques ambulatoires d'oncologie des centres hospitaliers de la région et par le développement d'équipes interdisciplinaires dans ces milieux.

Roberge et ses collaborateurs (2004) ont évalué que l'expérience de la Montérégie montre qu'il est plus facile de mobiliser les professionnels autour d'un projet d'intégration lorsque celui-ci a des assises institutionnelles. De même, la mise en œuvre d'un réseau exige la participation d'acteurs diversifiés et dispersés dans différentes organisations et milieux de pratique. Tremblay (2008a) a récemment étudié la fonction d'IPO, en tant qu'innovation organisationnelle. Elle mentionne que cette fonction exige une mobilisation d'un réseau d'acteurs de différents niveaux (politique, clinique, tactique et opérationnel) en faveur de son déploiement. Le besoin de rassembler ces acteurs autour d'un projet commun accroît les investissements à faire sur le plan de la sensibilisation et de la formation.

L'infirmière conseillère régionale en soins spécialisés en oncologie est chargée du projet d'intégration de l'infirmière pivot à l'intérieur des huit centres d'oncologie et du CICM. Son rôle comporte plusieurs volets : concertation, développement d'outils de travail basés sur les données probantes, enseignement, supervision et soutien. Elle est le lien concret entre le RCM et les infirmières pivots en oncologie de l'ensemble de la Montérégie. Son rôle de concertation vise à uniformiser les pratiques vers un but commun : les soins centrés sur le patient et la famille, basés sur des données probantes. Elle participe à bâtir un réseau de communication ouvert avec tous les intervenants œuvrant à l'implantation du PQLC et encourage la collaboration de chacun. En temps d'incertitude, elle rappelle aux différents partenaires les buts du PQLC et les objectifs cliniques poursuivis pour les soins infirmiers. L'infirmière conseillère envoie des écrits et de nombreuses références scientifiques aux partenaires pour qu'ils puissent suivre l'évolution des sujets enseignés aux IPO et les soutenir dans leur rôle. Le besoin de maintenir et d'améliorer la qualité des services est reconnu par tous les professionnels de la santé, et ce notamment en oncologie. Néanmoins, chacun assume ses responsabilités professionnelles avec une certaine routine et l'ouverture au changement n'est pas d'emblée présente dans les équipes de soins. La collaboration interprofessionnelle varie d'un milieu à l'autre selon la composition des équipes et les comportements des individus (Tremblay, 2008b).

L'implication des infirmières chefs pour stimuler la réflexion de leur équipe sur les besoins de la clientèle, les problématiques de leur milieu est un élément de succès. Pauchant (1996) souligne l'importance d'avoir un mentor en administration. Sans l'implication des infirmières chefs, le changement de paradigme orienté vers des soins personnalisés et concertés n'aurait jamais pris place en si peu de temps (Udod et Care, 2004; Sullivan, 1998; Warren, Houston et Luguire, 1998). Malgré toutes les discussions avec les infirmières chefs, les messages écrits de l'Agence et les soirées de formation, l'intégration de l'infirmière pivot et des soins interdisciplinaires centrés sur le patient et la famille ont exigé un travail de patience et de persévérance.

L'infirmière conseillère régionale a développé des outils pour faciliter l'accueil de ce nouveau rôle dans les équipes soignantes de la Montérégie. Elle les a proposés aux directrices de soins infirmiers et aux infirmières chefs pour soutenir les infirmières pivots dans leur nouveau rôle. Ces divers outils visent à promouvoir le travail de l'infirmière pivot auprès de la clientèle, mais aussi le travail de chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire en oncologie :

- feuillet explicatif du rôle de l'infirmière pivot en oncologie;
- critères et grille de sélection pour l'entrevue des infirmières pivots en oncologie;
- programme de formation des infirmières pivots en oncologie;
- programme de formation de base en oncologie pour les infirmières et autres professionnels;
- programme de formation sur l'interdisciplinarité;
- collecte de données selon le modèle de soins centrés sur le patient et la famille incluant génogramme et écocarte (Wright et Leahy, 2001);
- dépistage téléphonique;
- plan d'intervention suite à la réunion interdisciplinaire (Annexe 2);
- critères de dépistage pour référence aux professionnels (nutritionniste, pharmacien, pastorale, services psychosociaux et autres).

L'infirmière conseillère exerce son rôle de supervision par sa disponibilité par téléphone avec les infirmières pivots lorsqu'elles sont confrontées à des situations complexes. Elle organise et anime des rencontres mensuelles de formation continue avec les infirmières pivots de la Montérégie. La dynamique d'échanges et de défis qui s'est construite entre les professionnels de la santé, les administrateurs et les directeurs du RCM est décrite par l'infirmière conseillère aux infirmières pivots lors de leur réunion mensuelle. Ce bilan des rencontres aide les infirmières pivots à se sentir soutenues dans leur démarche quotidienne. À travers toutes ces rencontres, l'infirmière conseillère aide chacune à demeurer centrée sur les objectifs cliniques, les expertises à mettre en place et l'optimisme dans le déroulement réaliste des évènements. Son rôle de soutien auprès de ses partenaires (infirmières pivots en oncologie, RCM, DSI et infirmières chefs) lui permet de mettre en lumière les forces de chacun, dans le but d'un point de rencontre.

Conclusion

L'engagement, l'implication de tous les partenaires, la gouverne clinico-administrative, les leaders cliniques forts, la collaboration, le travail en interdisciplinarité, la formation et le soutien aux intervenants, la définition claire des rôles, et l'intégration des neuf IPO dans les équipes soignantes d'oncologie en Montérégie, ont facilité les changements et l'évolution constante vers les objectifs du PQLC. Le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) a été le déclencheur du changement et les infirmières pivots assument bien leur rôle d'agent de changement. Elles sont les points d'ancrage pour

les patients et leurs familles. L'objectif des soins intégrés dans un travail en réseau, où les soins interdisciplinaires sont centrés sur le patient et la famille dans une pratique basée sur des données probantes, semble bien ancré en Montérégie. Le succès repose sur la volonté des acteurs et des organisations à coopérer et à en faire une priorité.

L'arrivée des IPO réunit les équipes d'oncologie provoquant les réflexions sur le travail en interdisciplinarité. De nombreux défis demeurent présents, car l'augmentation du volume de la clientèle et les limites de ressources demandent de nouvelles solutions. Néanmoins, l'implantation du PQLC avec l'intégration des infirmières pivots comme première ligne s'avère un modèle constructif et rassembleur. « L'essentiel dans la vie : c'est l'harmonie de tous les éléments. C'est l'action aussi. C'est de sentir autour de soi la bonté et l'espoir. » (Menuhin, 2000)

Références

Ashbury, F.D., Findlay, H., Reynolds, B. & McKerracher, K.A. (1998). A Canadian survey of cancer patients' experiences: are their needs being met? **Journal of Pain Symptom Management, 16**(5), 298–306.

Barter, M. (2002). Follow the team leader. **Nurse Management, 33**(1) 55–57.

BC Cancer Agency. (2005). **Patient Navigation in Cancer Care: Final Report.** Vancouver: Sociobehavioural Research Centre. Récupéré le 17 février 2009 à www.bccancer.bc.ca/NR/rdonlyres/E6F649B9-761C-4C51-89E0-C2F0834B8DCC/17442/print_Final_Navigation1.pdf

Bélanger, S., Bergeron, C., de Serres, M. & Saucier, A. (2005). **Pour optimiser la contribution des infirmières à la lutte contre le cancer, avis du Comité de l'évolution de la pratique infirmière en oncologie (CEPIO).** Québec: Direction de la lutte contre le cancer.

Blitzer, A., Kutscher, A. (1990). **Communicating with cancer patients and their families.** New York: Charles Press.

Cancer Care Nova Scotia. (2002). **Furthering Cancer Education in Nova Scotia, Nurses Needs Assessment: Final Report.** Halifax: CCNS. Récupéré le 22 février 2009 à http://www.cancercare.ns.ca/media/documents/NursesNeedsAssesFinalReport.pdf

Cancer Care Nova Scotia. (2004). **Cancer Patient Navigation Evaluation: Final Report.** Halifax: Corporate Associate Inc. Récupéré le 20 février 2009 à http://www.cancercare.ns.ca/media/documents/PatientNavigationEvaluationFindings.pdf

Cancer Care Ontario. (2004). **Nursing telephone practice & symptom management guidelines.** Ontario: Nursing Professional Advisory Committee. Récupéré le 20 février 2009 à http://www.cancercare.on.ca/documents/NursingTelephonePracticeGuidelines.pdf

Colling, H.V. & Wilcox, J.R. (1994). Steps to collaboration. **Nursing Administration Quarterly, 18**(4), 44–45.

Comité consultatif des infirmières en oncologie. (2008). **Rôle de l'infirmière pivot en oncologie.** Québec: Direction de la lutte contre le cancer.

Conley, K.A. & Kelly, A. (1997). A multidisciplinary approach leads to system approach leads to system improvement. **Oncology Nursing Forum, 24**(9), 1499.

Cox, A., Jenkins, V., Catt, S., Langridge, C. & Fallowfield, L. (2006). Information needs and experiences: An audit of UK cancer patients. **European Journal of Oncology Nursing, 10**(4), 263–272.

Deber, R.B. Kraetschmer, N. & Irvine, J. (1996). What role do patients wish to play in treatment decision making? **Archives Internal Medicine, 156**(13), 1414–20.

De Serres, M. & Beauchesne, N. (2000). **L'intervenant pivot en oncologie : un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer.** Québec: Conseil québécois de lutte contre le cancer.

Doll, R., Barroetavena, M.C., Ellwood, A-L., Fillion, L., Habra, M.E., Linden, W. & Stephen, J. (2007). The cancer care navigator: Toward a conceptual framework for a new role in oncology. **Oncology Exchange, 6**(4), 28–33.

Fillion, L., de Serres, M., Lapointe-Goupil, R., Bairati, I., Gagnon, P., Deschamps, M., Savard, J., Meyer, F., Bélanger, L. & Demers, G. (2006). Implantation d'une infirmière pivot en oncologie dans un centre hospitalier universitaire. **Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie, 16**(1), 5–10.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2000). **La recherche sur les services de santé et la prise de décisions fondées sur des données probantes.** Ottawa: FCRSS.

Frank, J.L. & Cramer, M.O. (1998). Development of an oncology services performance improvement team. **Journal for Healthcare Quality, 20**(6), 26–32.

Haggerty, J., Reid, R., McGrail, K. & McKendry, R . (2001). **Here, There and All Over The Place: Defining and measuring Continuity of Health Care.** Récupéré le 21 février 2009 à http://www.chspr.ubc.ca/files/publications/2001/hpru01-10D.pdf

Jassak, P.F. (1992). Families: an essential element in the care of the patient with cancer. **Oncology Nursing Forum, 19**(6) 871–875.

Laurice, M.M. (1991). Models of care: continuity of cancer care. **Cancer, 15, 67**(6) 1759–66.

Menuhin, Y., dans Michaud, M.A. (2001). **La voie du cœur.** Québec : Éditions Fides.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1995). **Pour une meilleure compréhension des besoins des personnes atteintes de cancer.** Québec: Comité consultatif sur le cancer.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1998). **Programme québécois de lutte contre le cancer : pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe.** Québec: Direction de la lutte contre le cancer.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). **La mission de l'Agence de santé et des services sociaux de la Montérégie.** Récupéré le 20 février 2009 à http://www.rrsss16.gouv.qc.ca/Menu_Gauche/1-Regie_Régionale/1-Mission/mission.html

Moulin, P. & Fraval, J. (2004). Interdisciplinarité : regard croisé sur deux cultures de services hospitaliers. **Revue de l'Association de Recherches en Soins Infirmiers, 79,** 19–30.

Morin, D. & Leblanc N. (2002). Pour une pratique fondée sur des résultats probants. **L'infirmière du Québec, 10**(2), 27–30.

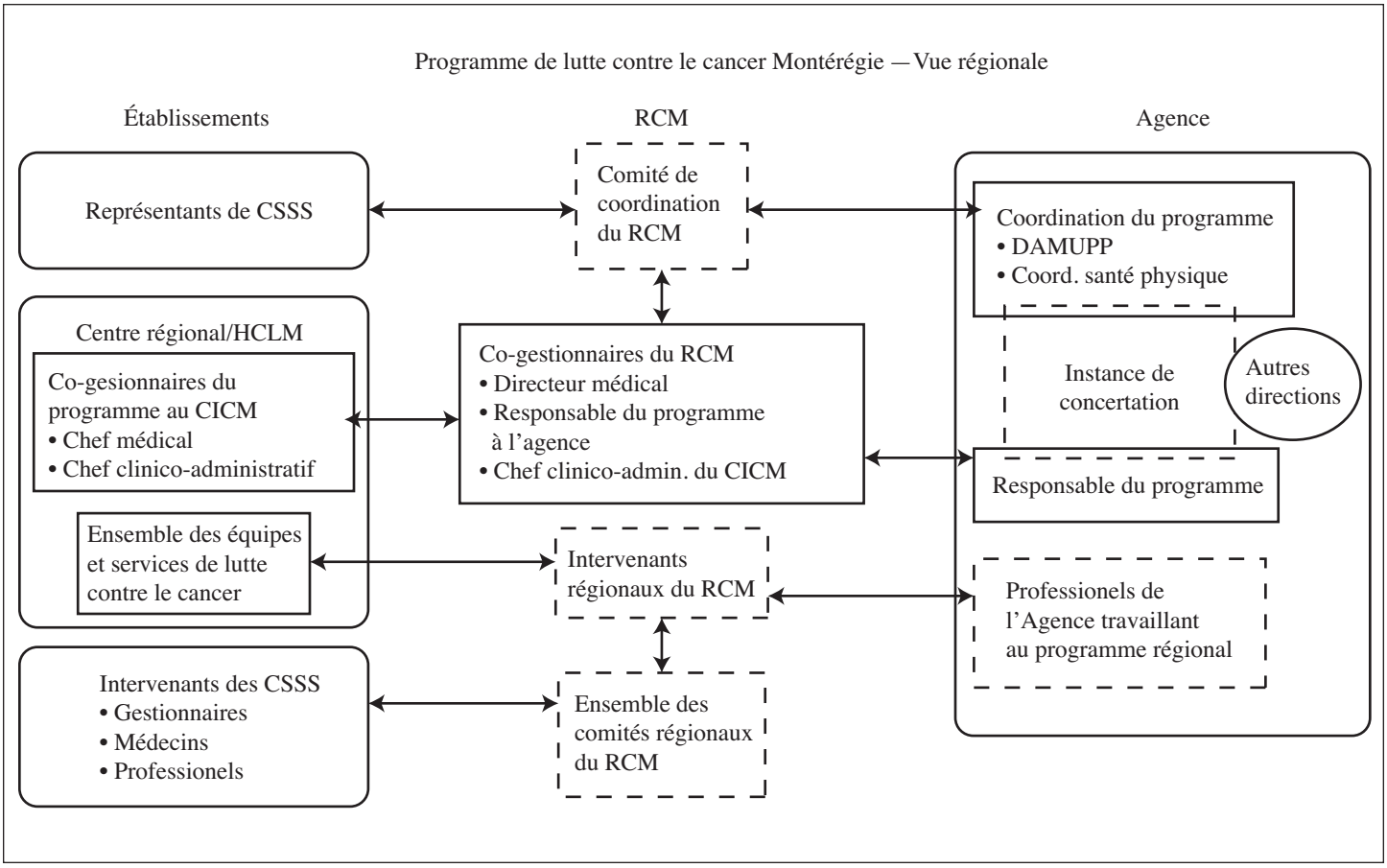
Pauchant, T. (1996). **La quête du sens.** Montréal : Edition Presses HEC.

Ponte, P.R. & Nies J. (2003). Making patient-centered care come alive. **Journal of Nursing Administration, 33**(2), 82–90.

Roberge, D., Denis, J.-C., Cazale, L., Comtois, E., Pinault, R., Touati, N. & Tremblay, D. (2004). **Évaluation du réseau intégré de soins et de services en oncologie, l'expérience de la Montérégie.** Récupéré le 21 février 2009 à http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/roberge_2_f.pdf

Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B. & Titchen, A. (2004). An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. **Journal of Clinical Nursing, 13,** 913–924.

Saucier, A. (2007). **Successful strategies (provincial-regional) to support the implementation of an innovative nursing role.** Conférence présentée au 19ième congrès annuel de l'Association canadienne des infirmières en oncologie: Vancouver.



Annexe 1. Organigramme du Réseau Cancer Montérégie

Sharpe, E., Buttow P., Smith C., McDonnell D. & Clark S. (2005). The relationship between available support, unmet needs and caregiver burden in patients with advanced cancer and their carers. **Psycho-Oncology, 14,** 102–114.

Shortell, S.M., Zimmerman, J.E. & Rousseau, D.M. (1994). The performance of intensive care units: does good management make a difference? **Medical Care, 32,** 508–525.

Sullivan, T.J. (1998). **Collaboration: a Heath Care Imperative.** New York: McGraw-Hill.

Tremblay, D. (2008a). **La traduction d'une innovation organisationnelle dans les pratiques professionnelles de réseau: l'infirmière pivot en oncologie.** Montréal: Thèse, Université de Montréal.

Tremblay, D. (2008b). La fonction d'infirmière pivot en oncologie, ou l'art de jongler avec l'intégration des soins. **Infolettre, Évolution des pratiques de gestion et d'évaluation dans le domaine de la santé, 5**(3), p.5.

Udod, S. & Care, D.W. (2004). Setting the climate for evidence-based nursing practice: what is the leader's role? **Nursing Leadership, 17**(4), 64–75.

Urquhart, R. & Grunfeld, E. (2007). Care navigators in oncology. **Oncology Exchange, 6**(3), 39–42.

Warren, M.L., Houston, G. & Luguire, R. (1998). Linking outcomes management and practice improvement. **Outcomes Management for Nursing Practice, 2**(3), 95–98.

Wright, M. & Leahy, L.M. (2001). **L'infirmière et la famille: guide d'évaluation et d'intervention.** Adaptation française de Lyne Campagna. Saint-Laurent: Éditions du Renouveau pédagogique.

Annexe 2. Plan d'intervention interdisciplinaire

Hôpital Charles LeMoyne
Centre affilié universitaire et régional de la Montérégie

Présentation à l'équipe interdisciplinaire du CICM

Nom du patient : _____

Dossier : _____

Diagnostic : _____ Âge : _____

Médecin : _____ inf. pivot : _____ Date : _____

Historique : _____

Situation actuelle : _____

Symptômes : _____

Hypothèses : _____

Raison de la présentation : _____

Plan d'intervention : _____

Signature: _____