

Université de Montréal

Projet pilote d'implantation d'un plan de soins de suivi (PSS)

par Yan Caron

Université de Montréal - Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise en sciences
infirmières option administration des services infirmiers

Juillet 2018

© Yan Caron, 2018

Résumé

Depuis 2006, *l'Institute of Medicine (IOM)* recommande de fournir un « plan de soins de suivi (PSS) » aux survivants du cancer terminant leurs traitements actifs, afin de favoriser une approche de soins globale et coordonnée. Dans un récent rapport au sujet de l'expérience des patients atteints de cancer, le Partenariat canadien contre le cancer (2018) recommande aussi la remise d'un plan de soins à la fin des traitements. D'ailleurs, plusieurs autres organisations de grande renommée, telles que *LiveStrong*, *The Oncology Nursing Society* et *The American Society of Clinical Oncology*, (Downs-Holmes, Dracon, Svarovsky et Sustin, 2014) et Agrément Canada soutiennent le développement et l'utilisation du PSS dans les soins aux survivants du cancer (Agrément Canada, 2016). Ce stage a consisté à sélectionner, adapter et à mettre à l'essai un PSS, au CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal. Les activités du stage étaient guidées par les sept phases du cycle d'action du cadre de référence « Knowledge to action » de Graham et al. (2006), permettant d'implanter une connaissance basée sur les résultats probants. Ceci a permis de sélectionner et d'adapter un PSS; d'élaborer une procédure de complétion et de remise du PSS au patient; d'identifier les barrières et les facilitateurs à l'implantation du PSS; de planifier et d'exécuter des interventions de facilitation à l'implantation du PSS; et de recueillir les commentaires des infirmières et des survivants ayant participé à la mise à l'essai du PSS. Conformément à l'approche de soins du partenariat patient, certaines activités ont été effectuées en collaboration avec un patient ressource, en plus des membres de l'équipe interdisciplinaire et de gestionnaires. Ce rapport de stage présente donc le déroulement des activités ayant menées à l'atteinte des objectifs

précédemment énumérés, ainsi que des recommandations pour sélectionner, adapter et implanter un PSS.

Mots clés: plan de soins de suivi (PSS), survivant du cancer, transfert de connaissances, partenariat patient

Abstract

Since 2006, the *Institute of Medicine (IOM)* has been recommending that health care professionals deliver a “survivorship care plan (SCP)” to cancer survivors completing active treatments, to support a comprehensive and coordinated approach to care. In addition, several well-known organizations, such as *LiveStrong*, *The Oncology Nursing Society*, *The American Society of Clinical Oncology*, support the development and use of SCPs in cancer survivor care. This internship consisted in selecting, adapting and testing an SCP at the CIUSSS de l’Est-de-l’île-de-Montréal. The internship activities were guided by the seven phases of the action cycle of the “Knowledge to Action” framework of Graham et al. (2006), allowing to implant evidence-based knowledge. This made it possible to select and adapt an SCP; develop a procedure to carry out the completion and delivery of an SCP to the patients; identify barriers and facilitators to the implementation of the SCP; plan and execute facilitation interventions to implement the SCP; and to gather feedback from nurses and survivors who participated in the testing of the SCP. In accordance with the “partenariat patient” care approach, some activities were conducted in collaboration with a “patient ressource”, in addition to interdisciplinary team members and managers. The present report therefore presents the activities that led to the achievement of the previously listed objectives, as well as recommendations for selecting, adapting and implementing an SCP.

Keywords: survivorship care plan (SCP), cancer survivor, knowledge transfer

Remerciements

D'abord, j'aimerais remercier ma directrice de stage, Mme Isabelle Brault, pour ses conseils, sa disponibilité et son accompagnement tout au long de mon cheminement de maîtrise.

J'aimerais ensuite remercier les deux personnes ressources au projet, Mme Nicole Tremblay et Mme Catherine Hupé, pour leur accueil, leurs suggestions et leur contribution à la qualité de ce projet de maîtrise.

J'aimerais également remercier les infirmières, les gestionnaires, les médecins et les technologues du département ciblé par le projet de stage. Remerciements spéciaux à Mr Luc Raymond, Mme Vivianne Cyr, Mr Denis Houle, Dr Michael Yassa, Mme Julie Tanguay, Mme Mireille Beauséjour, Mme Julie-Audrey Chiasson, Mme Manon Farley, Mme Nathalie Parisien, Mme Carole Milette et Mme Mado Desforges.

Pour finir, un remerciement spécial à Mme Johanne Hébert qui m'a introduit, à travers son projet doctoral, au Plan de soins de suivi, ainsi que pour sa disponibilité et ses conseils pour ce projet de maîtrise.

Sincèrement,

Yan Caron

Table des matières

Résumé	i
Abstract	iii
Remerciements	iv
Table des matières	v
Liste des figures	ix
Liste des sigles et abréviations.....	x
Chapitre 1 : Problématique.....	1
1.1 But	7
1.2 Objectifs de stage	8
1.3 Objectifs d'apprentissage.....	8
Chapitre 2 : Recension des écrits.....	9
2.1 Stratégie de recherche.....	10
2.2 Écrits scientifiques limités en quantité et en qualité	11
2.3 Arguments soutenant l'utilisation du PSS	12
2.3.1 Diminution des besoins insatisfaits.....	12
2.3.2 Satisfaction des utilisateurs	13
2.3.3 Augmentation du niveau de connaissances	14
2.3.4 Utilité du PSS	14
2.3.5 Augmentation du sentiment d'auto-efficacité.....	15
2.3.6 Amélioration de la coordination des services	16
2.4 Risque de détresse associé à l'utilisation du PSS	17
2.5 Format, contenu, élaboration, complétion et remise du PSS	18
2.5.1 Format et contenu du PSS	18
2.5.2 Élaboration du PSS	19
2.5.3 Complétion du PSS	19
2.5.4 Remise du PSS	20
2.6 Contribution infirmière au PSS.....	21
2.7 Contribution des gestionnaires au PSS	21

2.8 L'écart entre la recherche et la pratique.....	21
2.8.1 Obstacles liés à la recherche	22
2.8.2 Obstacles liés aux professionnels de la santé et aux infirmières.....	23
2.8.3 Obstacles organisationnels	23
2.9 Cadre de référence	24
2.9.1 Création de la connaissance	25
2.9.2 Cycle d'action	25
2.10 Guide supplémentaire	29
2.10.1 Partie 1 : Comprendre les barrières au changement.....	29
2.10.2 Partie 2 : Identifier les barrières au changement	30
2.10.3 Partie 3 : Surmonter les barrières au changement	30
Chapitre 3 : Déroulement du stage.....	32
3.1 Présentation du milieu de stage.....	33
3.1.1 L'approche de soins du partenariat patient.....	34
3.2 Clientèle cible.....	35
3.3 Personnes ressources	35
3.4 Activités et tâches effectuées préalablement au stage	35
3.5 Déroulement et résultats du stage	36
3.5.1 Période d'observation, semaines 1 et 2	38
3.5.2 Adapter la connaissance, semaines 2 à 10	39
3.5.3 Identifier les barrières à l'implantation, semaines 1 à 16.....	41
3.5.4 Planification et exécution d'interventions d'implantation, semaines 2 à 16	43
3.5.5 Surveiller l'utilisation, semaines 12 à 15.....	46
3.5.6 Évaluer les résultats, semaines 12 à 16.....	48
3.5.7 Maintenir l'utilisation	50
Chapitre 4 : Discussion.....	51
4.1 Réflexion sur les objectifs de stage.....	52
4.1.1 Comparer les PSS disponibles. Sélectionner un PSS et l'adapter, en collaboration avec les professionnels de l'équipe de soins et un patient ressource.	52

4.1.2	Élaborer la procédure de complétion et de remise du PSS, en collaboration avec les professionnels de l'équipe de soins.	53
4.1.3	Identifier des barrières et des facilitateurs à l'implantation du PSS afin de planifier des interventions de facilitation. Exécuter les interventions de facilitation.	54
4.1.4	Mettre à l'essai l'implantation du PSS, avec les infirmières de l'équipe de soins et auprès des survivants du cancer du sein.	55
4.1.5	Recueillir les commentaires des infirmières et des survivants ayant participé à la mise à l'essai du PSS.	56
4.2	Réflexion sur les objectifs d'apprentissage	58
4.2.1	Être initié au rôle de cadre-conseil en soins infirmiers dans un établissement hospitalier.	58
4.2.2	Comprendre les intérêts des différents groupes d'un établissement hospitalier.	58
4.2.3	Développer et mettre à l'essai une intervention de transfert des connaissances.....	59
4.3	Forces et limites du projet du stage	60
4.3.1	Forces du projet	60
4.3.2	Limites du projet.....	61
4.4	Retombées liées à la réalisation du stage	62
4.4.1	Pour le milieu.....	62
4.4.2	Pour les patients.....	63
4.5	Recommandations pour la pratique, la recherche et la formation	63
4.5.1	Pour la gestion des services infirmiers	63
4.5.2	Pour la pratique	65
4.5.3	Pour la recherche	66
4.5.4	Pour la formation	67
4.5.5	Recommandations pour l'implantation du PSS	68
Chapitre 5 : Conclusion		70
Chapitre 6 : Références.....		72

Annexe 1 : Continuum de la maladie du cancer	80
Annexe 2 : Démarche de recherche documentaire	82
Annexe 3 : Schématisation de l'IRSC du modèle « Des connaissances à la pratique »	85
Annexe 4 : Tableau comparatif des gabarits de PSS disponibles	87
Annexe 5 : Plan de soins de suivi en oncologie	89
Annexe 6 : Barrières et facilitateurs identifiés par l'étudiant	96
Annexe 7 : Feuille d'instructions au patient	98
Annexe 8 : Registre des remises.....	100
Annexe 9 : Complétion et utilisation des sections des PSS remis.....	104
Annexe 10 : Guide d'entrevue semi-structurée	106

Liste des figures

Figure 1 : Modélisation des activités de sélection, d'adaptation et d'implantation d'un PSS, selon le cadre de référence « Knowledge to action » de Graham et al. (2006).....	34
Figure 2 : Étapes recommandées pour adapter/élaborer et implanter un PSS.....	56

Liste des sigles et abréviations

ASCO : American Society of Clinical Oncology

CAC : Comité d'amélioration continue

CCSI : Cadre-conseil en soins infirmiers

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CRID : Centre de référence et d'investigation désigné pour le cancer du sein

DSI : Direction des soins infirmiers

ERC : Essai randomisé contrôlé

IRSC : Instituts de recherche en santé du Canada

IOM : Institute of Medicine

ODD : Outil de dépistage de la détresse

PSS : Plan de soins de suivi

RNAO : Registered Nurses' Association of Ontario

RIUPS : Réseau infirmier, un partenaire de soins

UdeM : Université de Montréal

Chapitre 1 : Problématique

Le Comité consultatif de la Société canadienne du cancer (2017), estime qu'un Canadien sur deux sera atteint d'un cancer au cours de sa vie. Au Canada, le cancer du poumon est le plus fréquent, suivi du cancer colorectal et du cancer du sein (Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, 2017). Le Québec est la deuxième province avec le taux d'incidence de cancer le plus élevé, tous types de cancer confondus (Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, 2017). Le taux de survie pour la plupart des types de cancer est aussi en augmentation (Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, 2017). Par conséquent, un nombre important et grandissant de personnes survivent au cancer et vivent avec un diagnostic de cancer (Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, 2017). Effectivement, au Canada, pour tous les cancers combinés, le taux de survie nette après cinq ans est de 60% (Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, 2017). Ce phénomène est attribuable à l'accroissement et au vieillissement de la population, ainsi qu'à l'amélioration dans le dépistage et le traitement de la maladie (Hewitt, Greenfield et Stovall, 2006; Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, 2017).

Le concept de la survie au cancer a évolué avec le temps et fait parfois l'objet d'une controverse (Hewitt et al., 2006). D'ailleurs, certains auteurs dénoncent un manque de clarté conceptuelle associée au terme (Hewitt et al., 2006; Ristovski-Slijepcevic et Bell, 2014). Mullan (1985) définit la survivance en trois phases, soit la « survivance aigüe » qui est marquée par les efforts thérapeutiques; la « survivance prolongée » qui est marquée par la fin des traitements initiaux; et la « survivance permanente » qui désigne le moment où le cancer n'est plus actif et que le risque

d'une récurrence est significativement faible (traduction libre, p. 271-273). Par contre, d'autres auteurs, par exemple Khan, Rose et Evans (2012), affirment que la survie désigne la période « à partir du moment du diagnostic et pour le reste de la vie » (traduction libre, p.34). Pour ce rapport de stage les termes « survivant » et « survie » seront utilisés pour désigner le vécu du patient après le traitement de son cancer, selon la définition que Hewitt et al. (2006) suggèrent. Il s'agit de la terminologie la plus récente et la plus répandue.

La survie au cancer est marquée par une attente vigilante, des traitements intermittents et la peur de la récurrence (Hewitt et al., 2006). À ce moment, les survivants du cancer doivent faire face aux conséquences de la maladie et des traitements dans leur quotidien à la maison, dans la communauté et au travail (Hewitt et al., 2006). Ainsi, lorsque leurs traitements initiaux sont terminés, les survivants doivent faire face à une réalité très différente de leur vie avant le cancer (Partenariat canadien contre le cancer, 2018). Cette période représente d'ailleurs un moment critique pour la santé à long terme des survivants du cancer (Hewitt et al., 2006). L'annexe 1 présente une schématisation du continuum de la maladie du cancer.

Alors qu'ils entrent dans la phase de la survie, la vie des survivants du cancer est altérée de façon permanente, car elle est marquée par les effets secondaires à long terme des traitements (Hewitt et al., 2006; Mullan, 1985; Partenariat canadien contre le cancer, 2018). Ces individus ressentent des symptômes physiques persistants, tels que la douleur, la fatigue, la neuropathie périphérique et la perturbation du sommeil, variant selon le type de cancer et de traitements reçus (Brearley et al., 2011; Hewitt et al., 2006; Partenariat canadien

contre le cancer, 2018). De plus, les survivants qui rapportent un plus grand nombre de symptômes rapportent aussi une qualité de vie diminuée (Brant, Blaseg, Aders, Oliver, Gray et Dudley, 2016). Ensuite, les survivants à long terme rapportent en moyenne près de deux problèmes d'ordre psychosocial, comprenant notamment des problèmes émotionnels, en lien avec l'apparence physique ou associés au rôle (Philip et Merluzzi, 2016). Certains rapportent aussi des problèmes d'ordre financier en lien avec leur maladie (Sandoval, Wenzel et Jones, 2014). Le cancer a aussi des conséquences sur la capacité fonctionnelle des survivants, par exemple, sur la fonction cognitive ainsi que la capacité à retourner au travail (Brearley et al., 2011; Partenariat canadien contre le cancer, 2018). Un plus grand nombre de survivants expriment des besoins insatisfaits lors de la phase de survivance, comparativement aux autres phases de la maladie (Harrison, Young, Price, Butow et Solomon, 2009). Malheureusement, il y a des lacunes dans la coordination entre les soins spécialisés et les soins primaires au moment de la fin des traitements (Hewitt et al., 2006; Partenariat canadien contre le cancer, 2018). Certains survivants ne bénéficient pas d'un suivi par un professionnel de la santé en première ligne (Salz et Baxi, 2016), alors que ceci est un élément critique pour leur santé (Salz et Baxi, 2016; Weaver et Jacobsen, 2018). Dans une étude canadienne menée auprès de 13000 survivants du cancer, plus d'un tiers des patients qui ont cherché à avoir de l'aide pour répondre à leurs préoccupations affirment avoir attendu trop longtemps avant de recevoir l'aide demandée ou ne jamais l'avoir reçue (Partenariat canadien contre le cancer, 2018). Les lacunes au niveau de la coordination pourraient aussi être associées à l'absence d'un dossier patient centralisé électronique partagé (Hewitt et al., 2006; Rowland et

Bellizzi, 2014). Il est aussi possible que les professionnels impliqués dans le suivi des survivants ne soient pas suffisamment sensibilisés à la prise en charge globale des besoins des survivants ou que leur responsabilité ne soit pas clairement délimitée (Hewitt et al., 2006). Bref, malgré que la phase de survivance soit critique pour la santé à long terme, elle est marquée par des besoins insatisfaits ainsi que des lacunes au niveau de la coordination des services (Hewitt et al., 2006; Partenariat canadien contre le cancer, 2018).

Dès 2006, l'*Institute of Medicine (IOM)* faisait état de la situation sous-optimale des soins aux survivants du cancer et recommandait l'utilisation d'un « plan de soins de suivi » (PSS) en tant que norme de pratique auprès de cette clientèle (Hewitt et al., 2006). Depuis la dernière décennie, de nombreux livres, journaux spécialisés et programmes éducationnels en lien avec la survie au cancer et l'implantation du PSS ont émergés, permettant de mieux outiller les professionnels de la santé à intervenir auprès de cette clientèle (Nekhlyudoc, Ganz, Arora & Rowland, 2017). Tel que mentionné plus tôt, depuis, d'autres organisations de grande renommée ont soutenu le développement et l'utilisation du PSS pour les survivants du cancer, telles que : *The National Comprehensive Cancer Network*, *The American Society of Clinical Oncology*, *LiveStrong*, et *The Oncology Nursing Society* (Downs-Holmes et al., 2014), le Partenariat canadien contre le cancer (Partenariat canadien contre le cancer, 2018) et Agrément Canada (Agrément Canada, 2016). Le PSS est un outil d'information qui est complété par les professionnels de la santé et remis au patient à la fin de la période des traitements initiaux (Hewitt et al., 2006). Le patient peut ensuite s'y référer en plus de le présenter aux professionnels de la santé

impliqués dans son suivi (Hewitt et al., 2006). Il contient, entre autres, de l'information concernant le type de cancer, les traitements reçus, les effets secondaires des traitements, la gestion des symptômes, les conseils de promotion de la santé, le suivi recommandé et les ressources communautaires disponibles (ASCO, 2018; Brennan et al., 2014; Hewitt et al., 2006). Cette information vise à aider les professionnels impliqués dans le suivi post traitement et à fournir les meilleurs soins possibles pour les survivants du cancer (Livestrong, 2018). Ainsi, le PSS vise à faciliter la communication et la coordination entre les soins spécialisés et les soins primaires, en favorisant une approche de soins globale et coordonnée (Hewitt et al, 2006). Il vise aussi à faciliter la transition vécue par les survivants du cancer suite à la fin des traitements (Hébert et Fillion, 2017b). Son utilisation est associée à des retombées positives chez les survivants, telles que l'augmentation du niveau de connaissances à propos de leur maladie, les traitements reçus et le suivi recommandé (Mayer, Birken, Check et Chen, 2015; Palmer et al., 2015); la satisfaction vis-à-vis des soins reçus (Brennan, Gormally, Butow, Boyle et Spillane, 2014 ; Mayer et al., 2015); le sentiment d'auto-efficacité (Kenzik et al. 2016) et de « paix d'esprit » (Mayer et al., 2015, traduction libre, p. 993); ainsi que la diminution des visites à l'urgence et des réadmissions (Kenzik et al., 2016). Le PSS aide les survivants du cancer, ainsi que les professionnels de la santé, à mieux répondre à leurs besoins de santé lors de la phase de survivance (Hewitt et al., 2006). Son utilisation pourrait améliorer la qualité et la continuité des soins durant cette phase critique de la maladie (Hewitt et al., 2006).

Les écrits disponibles sur le PSS soutiennent la pertinence de son utilisation et des gabarits de PSS sont disponibles et prêts à être utilisés. Dans une étude menée auprès de survivants du cancer des États-Unis, seulement 35% ont reçu un plan de suivi une fois leurs traitements initiaux terminés (Kenzik et al., 2016). À ce jour, à notre connaissance, il n'y a pas de statistiques disponibles concernant l'utilisation du PSS au Canada et au Québec. Au Québec, une seule étude a documenté la mise à l'essai d'un PSS (Hébert et Fillion, 2017b). Le fait que le PSS ne soit pas utilisé, malgré la disponibilité de l'outil, indique donc un écart entre la recherche et la pratique. Le stage consistera en une intervention de transfert des connaissances visant à sélectionner et adapter un PSS; élaborer une procédure de complétion et de remise pour ce PSS; identifier les barrières et les facilitateurs à son implantation; planifier et exécuter des interventions pour faciliter son implantation; mettre à l'essai le PSS; et recueillir les commentaires des infirmières et des survivants ayant participé à la mise à l'essai du PSS.

Ce projet de stage est novateur, car il est parmi les premiers projets de mise à l'essai d'un PSS au Québec. Il constitue une occasion de confirmer la pertinence du PSS en oncologie et de contribuer à l'avancement des connaissances concernant cet outil.

1.1 But

Le but du stage est d'adapter et de mettre à l'essai un plan de soins de suivi, en collaboration avec les infirmières d'une équipe de soins en oncologie.

1.2 Objectifs de stage

1. Comparer les plans de soins de suivi disponibles. Sélectionner un plan de soins de suivi et l'adapter, en collaboration avec les professionnels de l'équipe de soins et un patient ressource.
2. Élaborer la procédure de complétion et de remise du plan de soins de suivi, en collaboration avec les professionnels de l'équipe de soins.
3. Identifier des barrières et des facilitateurs à l'implantation du plan de soins de suivi afin de planifier des interventions de facilitation. Exécuter les interventions de facilitation.
4. Mettre à l'essai l'implantation du PSS, avec les infirmières de l'équipe de soins et auprès des survivants du cancer du sein.
5. Recueillir les commentaires des infirmières et des survivants ayant participé à la mise à l'essai du plan de soins de suivi.

1.3 Objectifs d'apprentissage

- Être initié au rôle de cadre-conseil en soins infirmiers dans un établissement hospitalier.
- Comprendre les intérêts des différents groupes d'un établissement hospitalier.
- Développer et mettre à l'essai une intervention de transfert des connaissances.

Chapitre 2 : Recension des écrits

Afin de prendre connaissance de l'information disponible à propos du PSS, une recension des écrits a été effectuée. La stratégie de recherche, les arguments en faveur de l'utilisation du PSS, les caractéristiques du PSS et les activités de complétion et de remise seront présentées dans cette section. L'écart entre la pratique et la recherche sera aussi abordé. Ensuite, le cadre de référence « *Knowledge to action* » de Graham et al. (2006), ainsi que le guide « *How to change practice* » de NICE (2007), qui guideront les activités planifiées dans le cadre du stage, seront présentés.

2.1 Stratégie de recherche

Les écrits répondant aux critères suivants ont été inclus dans la recension des écrits : porter sur l'élaboration ou la mise à l'essai d'un PSS; et porter sur les survivants du cancer ayant terminé la période des traitements initiaux. Les écrits à propos d'une intervention autre que le PSS, de la clientèle d'âge pédiatrique et de la clientèle de soins palliatifs ont été exclus.

D'abord, une recherche a été effectuée dans les bases de données *EBM Reviews – Database of Abstracts of Reviews of Effects* et *EBM Reviews – ACP Journal Club* en utilisant la plateforme *Ovid*, afin d'identifier des revues systématiques concernant le PSS. Les mots clés utilisés étaient: *survivorship care plan, survivor care plan, treatment summary, follow-up plan, continuity of patient care, patient care plan, effect, impact, result, outcome, effectiveness, efficiency, cancer survivor, cancer patient* et *survivor*. Pour la recherche de revues systématiques, aucune limite de dates de publication des articles n'a été appliquée. Une revue systématique a été

retenue sur deux résultats, car celle non retenue incluait des écrits portant sur des interventions autres que le PSS. Ensuite, les mêmes mots clés ont été utilisés dans la base de données *All Ovid Medline*®, afin de rechercher des études primaires récentes. Les limites suivantes ont été appliquées : français, anglais, *clinical trial*, *clinical study*, *observational study*, *controlled clinical trial*, *randomized controled trial*, 2009 à 2016. Les doublons et les études ne correspondant pas aux critères d'inclusion et d'exclusion ont été exclus. Ceci a permis de retenir trois études primaires sur un total de 33 résultats. Par la suite, une étude primaire s'est ajoutée suite à la consultation de la revue *The Oncologist*, et une autre suite à la consultation de la revue *Canadian Oncology Nursing Journal*. Ces revues ont été identifiées en utilisant le moteur de recherche *Google*. Aussi, deux revues systématiques et cinq études primaires ont été ajoutées à la recension des écrits après avoir été repérées dans les listes de références des articles obtenus à travers les bases de données. L'annexe 2 présente la démarche de recherche documentaire sous la forme d'un tableau.

2.2 Écrits scientifiques limités en quantité et en qualité

Malgré que la réceptivité des survivants du cancer et des fournisseurs de soins primaires face au PSS est bien établie dans les écrits scientifiques (Brennan et al., 2014) et que son utilisation est soutenue par des organisations de renommée mondiale, peu d'études rigoureuses ont démontré des résultats significatifs (Mayer et al., 2015). Dans la recension des écrits effectuées préalablement au projet de stage, aucune étude de devis essai randomisé contrôlé (ERC) n'a démontré de résultats statistiquement significatifs quant aux variables étudiées, telles que la détresse, la

qualité de vie et les préoccupations liées à la maladie (Brennan et al., 2014; Brothers et al., 2015; Mayer et al., 2015 ; Nicolaije et al., 2015). Par contre, tel que présenté plus tôt, plusieurs études utilisant un devis autre que l'ERC ont rapporté de nombreux résultats positifs en regard de l'utilisation du PSS (Brant et al., 2015; Brennan et al., 2014; Hébert et Filion (2017b); Jefford et al., 2011; Kenzik et al., 2016; Mayer et al., 2015; Palmer et al., 2015).

2.3 Arguments soutenant l'utilisation du PSS

Plusieurs arguments soutiennent l'utilisation du PSS. Cette section présentera les arguments recensés en termes de diminution des besoins insatisfaits, de satisfaction des utilisateurs, d'augmentation du niveau de connaissances, d'utilité du PSS, d'augmentation du sentiment d'auto-efficacité et d'amélioration de la coordination des services.

2.3.1 Diminution des besoins insatisfaits

Parmi les besoins insatisfaits des survivants du cancer, on retrouve entre autres le besoin d'avoir de l'information actualisée, de connaître le professionnel en charge du suivi médical, de gérer la peur de la récurrence et d'obtenir de l'information compréhensible (Jefford et al., 2011). Dans une étude menée auprès des survivants du cancer colorectal et faisant partie de la revue systématique de Brennan et al. (2014), les survivants ayant reçu un PSS ont rapporté une diminution de leurs besoins insatisfaits. Effectivement, après avoir reçu un PSS complété et remis par une infirmière, les survivants ont rapporté, en moyenne, une diminution de trois besoins insatisfaits sur un nombre initial de sept (Jefford et al., 2011). Les besoins insatisfaits ont été mesurés deux semaines avant la visite de remise du PSS et une

semaine après cette dernière (Jefford et al., 2011). L'échelle « *Cancer Survivor Unmet Needs scale* », proposant 35 besoins, a été utilisée pour cette mesure (Jefford et al., 2011).

2.3.2 *Satisfaction des utilisateurs*

Une étude au devis quasi expérimental auprès des survivants du cancer du sein et de lymphome rapporte que les patients, leurs proches aidants et les fournisseurs de soins primaires se disent satisfaits face au PSS (Brant et al., 2016). Effectivement, les auteurs ont mesuré la satisfaction générale des survivants face au PSS, en utilisant une échelle de type Likert développée spécifiquement pour leur étude (Brant et al., 2015). Dans cette étude, le PSS était complété et remis par une infirmière lors d'une visite individuelle. Une survivante affirme que le fait d'avoir « toute l'information importante à un seul endroit » et dans un format « portatif » lui convient (Brant et al., 2015, traduction libre, p. 715). Une autre survivante exprime que le PSS constitue « le meilleur soin qu'elle a reçu », « contient toute l'information nécessaire » (Brant et al. 2015, traduction libre, p. 715). Cette dernière ajoute que le PSS lui fait ressentir « qu'ils [survivants du cancer] ne sont pas laissés de côté sans connaître de direction à prendre » (Brant et al. 2015, traduction libre, p. 715). Elle croit que le PSS aidera les survivants du cancer à revenir à la « normalité » (Brant et al., 2015, traduction libre, p.715). Dans une étude de devis quasi expérimental auprès de survivantes du cancer du sein, 90% des patientes affirment être « satisfaites », « très satisfaites » ou « extrêmement satisfaites » face au PSS (traduction libre, Palmer et al., 2015, p. 225). Selon la revue systématique de Brennan et al. (2014), plusieurs études rapportent que les survivants ont émis des commentaires positifs

face au PSS. Dans une étude de type projet pilote, visant à développer et à mettre à l'essai un PSS, les médecins et les infirmières ont exprimés un fort soutien en regard du PSS et des éléments de contenu au sujet du diagnostic, des traitements, du plan de suivi et des conseils de promotion de la santé (Jefford et al., 2011). De plus, les infirmières et les survivants exprimaient un fort soutien au sujet des éléments de nature psychosociale du PSS (Jefford et al., 2011).

2.3.3 Augmentation du niveau de connaissances

Selon la recension des écrits de Mayer et al. (2015), dans plusieurs études, l'utilisation du PSS est associée à l'augmentation du niveau de connaissances des survivants quant à leur maladie, les traitements reçus et le suivi recommandé. Ensuite, l'étude de Palmer et al. (2015) rapporte que le niveau de connaissance auto-rapporté des survivantes du cancer du sein augmente significativement après la remise d'un PSS. Les chercheurs ont évalué le niveau de connaissance auto-rapporté grâce à un questionnaire qu'ils ont développé pour l'étude (Palmer et al., 2015).

2.3.4 Utilité du PSS

Dans une étude menée par Palmer et al. (2015), des survivantes du cancer du sein affirment avoir partagé leur PSS avec leurs proches ou leur conjoint, dans le but de faciliter la discussion concernant leur expérience avec le cancer. Elles affirment aussi l'avoir utilisé pour prendre des décisions à propos de comportements ayant un impact sur leur santé, tels que l'exercice, la diète, le type et la fréquence de suivi médical (Palmer et al., 2015). Parmi les survivants ayant eu une visite de suivi avec un professionnel de la santé de première ligne, 38% ont partagé leur PSS avec leur

ce dernier (Palmer et al., 2015). L'*IOM* recommande de rappeler au patient, lors de la remise du PSS, qu'il peut présenter ce dernier au professionnel de la santé de première ligne chargé de son suivi (Hewitt et al., 2006). Le professionnel de la santé de première ligne chargé du suivi peut être un médecin, une infirmière, un psychologue ou un travailleur social (Hewitt et al., 2006). Dans les études faisant partie de la revue systématique de Brennan et al. (2014), les survivants rapportent avoir partagé leur PSS afin de faciliter les discussions avec leur proches et considèrent cet outil utile pour la communication avec leur professionnel de la santé en première ligne. Il est aussi rapporté que les survivants accordent de l'importance et de la valeur à leur PSS (Brennan et al., 2014). Une survivante du cancer du sein de l'étude de Brant et al. (2015) souligne l'aspect pratique du PSS en expliquant qu'elle peut l'emporter lorsqu'elle voyage et le consulter pour y retrouver les informations désirées. Ensuite, des professionnels de la santé de première ligne ayant pris en charge des survivants ayant reçu un PSS ont affirmé être d'accord avec les recommandations fournies par le PSS en matière de suivi et ont jugé que l'information contenue dans l'outil leur était utile pour planifier et prodiguer des soins de qualité optimale (Brant et al., 2015). Dans une étude évaluant les perceptions des médecins de famille face au PSS, 92% des 12 médecins participants ont affirmé que le PSS leur serait utile car il leur permettrait « une meilleure connaissance du suivi médical à faire » (Hébert et Fillion, 2017b, p.148).

2.3.5 Augmentation du sentiment d'auto-efficacité

Le sentiment d'auto-efficacité est défini comme la confiance qu'a un individu face à sa capacité de gérer sa maladie (Kenzik et al., 2016). Dans une étude auprès

de 141 survivants du cancer âgés de 65 ans et plus, le fait de fournir des explications verbales lors de la remise du PSS a été associé à des scores significativement plus élevés d'auto-efficacité (Kenzik et al., 2016). Le score d'auto-efficacité était mesuré grâce à la « *Stanford Chronic Illness Self-Efficacy scale* », qui évalue le niveau de confiance des survivants face à leur capacité de gérer différents aspects de leur maladie et de leurs traitements, tels que les symptômes physiques, la détresse émotionnelle ainsi que le besoin de consulter un médecin (Kenzik et al., 2016). La *Stanford Chronic Illness Self-Efficacy scale* présente des énoncés auxquels les patients peuvent répondre sur une échelle de un à 10, puis un score global est produit selon les réponses données (Kenzik et al., 2016). Les chercheurs ont aussi demandé aux survivants s'ils s'étaient présentés à l'urgence ou s'ils avaient été hospitalisés dans la dernière année (Kenzik et al., 2016). Ceci leur a permis de rapporter qu'un score élevé d'auto-efficacité chez les survivants du cancer était associé à un risque significativement plus bas de visite à l'urgence et de réhospitalisation (Kenzik et al., 2016).

2.3.6 Amélioration de la coordination des services

L'étude de Palmer et al. (2015) rapporte aussi une augmentation significative du niveau de perception des survivantes quant à la coordination de leurs services. Cette variable a été mesurée avant et après la visite de remise du PSS (Palmer et al., 2015). La perception de la coordination des services était évaluée grâce à un questionnaire composé d'énoncés pour lesquels les survivantes devaient exprimer leur accord ou leur désaccord, en regard d'énoncés portant sur la coordination de leurs services, grâce à une échelle de type Likert (Palmer et al., 2015). De plus, dans

certaines études observationnelles faisant partie de la revue systématique de Mayer et al., (2015) les survivants perçoivent que le PSS permet une meilleure communication avec et entre les professionnels de la santé.

Dans l'étude de Hébert et Fillion (2017b), évaluant les perceptions des médecins de famille face au PSS, 83% des médecins participants mentionnent que le PSS pourrait faciliter la continuité de soins pour les survivants du cancer. Ces médecins de famille étaient impliqués dans le suivi de survivantes du cancer de l'endomètre ayant terminé les traitements initiaux (Hebert et Fillion, 2017b).

2.4 Risque de détresse associé à l'utilisation du PSS

Nicolaije et al.,(2015) ont mené un essai randomisé contrôlé ayant pour but d'explorer l'impact de la réception d'un PSS sur des résultats auto-rapportés auprès de survivantes du cancer gynécologique. Leurs résultats indiquent une augmentation du degré perçu de menace associé à la maladie, du nombre de symptômes rapportés et du nombre de contacts avec le professionnel de la santé de première ligne chargé du suivi (Nicolaije et al., 2015). Les auteurs suggèrent que ceci n'est pas forcément négatif, car il est possible d'interpréter que le PSS a amené les survivantes à prendre conscience de leurs symptômes et ensuite à rechercher le soutien nécessaire pour répondre à leurs besoins (Nicolaije et al., 2015). L'étude n'inclut pas de commentaires des survivantes quant à cette interprétation des auteurs (Nicolaije et al., 2015). Ensuite, dans l'étude de Jefford et al. (2011), faisant partie de la revue de Brennan et al. (2014), le nombre de survivants exprimant de la détresse était de 30% deux semaines avant la remise du PSS et a augmenté à 37% une semaine après la remise du PSS. Selon les auteurs, ce résultat n'est pas nécessairement attribuable à

la remise du PSS, mais peut indiquer que les individus en phase de survivance ont besoin de soutien, car ils vivent de la détresse à ce moment. Pour tenter de diminuer ce risque, les auteurs recommandent de mettre l'emphase sur l'adoption de comportements favorisant la santé lors de la visite de remise du PSS, car ceci pourrait avoir l'effet de diminuer la détresse des survivants (Jefford et al., 2011). Deux autres études de la revue de Brennan et al. (2014) indiquent la possibilité que le PSS puisse causer de la détresse chez certains survivants. Par conséquent, Brennan et al. (2014) suggèrent que l'utilisation du PSS pourrait être plus adaptée à certains survivants, par exemple à ceux ayant un comportement orienté vers la recherche d'information. Ces auteurs recommandent de considérer ce risque, en faisant preuve de flexibilité et d'écoute afin de déterminer si l'utilisation d'un PSS est appropriée pour chaque individu (Brennan et al., 2014).

2.5 Format, contenu, élaboration, complétion et remise du PSS

Cette section présentera les caractéristiques du PSS en termes de format et de contenu, ainsi que les méthodes possibles pour élaborer, compléter et remettre un PSS.

2.5.1 Format et contenu du PSS

Le PSS peut être utilisé en format papier (Brant et al., 2016; Brennan et al., 2014; Brothers, Easley, Salani et Andersen, 2013) ou en format électronique (Brennan et al., 2014; Nicolaije et al., 2015). Les éléments présents au PSS sont variables, mais dans la majorité des publications recensées pour ce rapport il comprenait au moins deux volets : un résumé de traitement et un plan de suivi à long terme (Brant et al., 2016; Brennan et al., 2014; Brothers et al., 2013; Nicolaije et al.,

2015; Palmer et al., 2015). L'*IOM* recommande que le PSS contienne des informations concernant les éléments suivants : le type de cancer, les traitements reçus et leurs conséquences, la fréquence de suivi recommandée, des recommandations de prévention de la maladie et de promotion de la santé, des informations concernant les aspects légaux et l'emploi, et des ressources communautaires de soutien psychosocial (Hewitt et al., 2006). Les PSS peuvent être accompagnés de matériel complémentaire, tel que des dépliants, DVDs, sites web ou autres (Brennan et al., 2014; Palmer et al., 2015).

2.5.2 *Élaboration du PSS*

Les professionnels de la santé peuvent utiliser directement des gabarits produits et publiés par des organisations comme *LiveStrong* et la *American Society of Clinical Oncology* (Brennan et al., 2014). Il est aussi possible d'élaborer un PSS selon les éléments désirés (Brennan et al., 2014) ou en modifiant un gabarit déjà disponible (Brant et al., 2016; Brothers et al., 2013; Nicolaije et al., 2015; Palmer et al., 2015). Le développement d'un PSS devrait être effectué avec une équipe interdisciplinaire, selon un processus itératif de consultation et de validation (Hébert et Filion, 2017a). Il est d'ailleurs recommandé que des professionnels possédant une expérience clinique valident le PSS (Jefford et al, 2011).

2.5.3 *Complétion du PSS*

Le PSS de chaque patient est complété avec une information personnalisée et en tenant compte de son expérience de santé (Hewitt et al., 2006). Les différentes sections du PSS peuvent être complétées par les professionnels de l'équipe de soins impliqués dans les traitements (Brant et al., 2016; Brennan et al., 2014; Brothers et

al., 2013; Hewitt et al., 2006; Nicolaije et al., 2015; Palmer et al., 2015). Dans les écrits recensés pour ce rapport, il y avait deux méthodes possibles de complétion. La première méthode impliquait que les professionnels de l'équipe de soins complètent graduellement le PSS durant la période des traitements (Downs-Holmes et al., 2014). La deuxième méthode impliquait que le PSS soit complété lors d'un rendez-vous avec le patient, planifié à la fin des traitements et durant lequel le PSS lui sera aussi remis (Downs-Holmes et al., 2014).

2.5.4 Remise du PSS

Dans les écrits recensés pour ce rapport, la remise du PSS a été effectuée en personne lors d'une rencontre de fin de traitements ou de suivi, par l'oncologue (Brennan et al., 2014; Brothers et al., 2013; Palmer et al., 2015) ou par une infirmière spécialisée en oncologie (Brant et al., 2016; Brennan et al., 2014; Hewitt et al., 2006; Palmer et al., 2015). Lors de cette rencontre, qui peut durer entre 45 et 60 minutes (Hébert et Fillion, 2017b), le patient est encouragé à poser des questions et à discuter de ses besoins (Brennan et al., 2014). La rencontre de remise est une occasion d'identifier avec le patient les ressources pertinentes à ses besoins et de lui remettre de la documentation supplémentaire selon les besoins exprimés (Palmer et al., 2015). À ce moment, le patient peut être avisé qu'il pourra présenter son PSS lors de visites de suivi avec son médecin de famille (Brennan et al., 2014). Tel que précisé plus tôt, les explications verbales sont importantes car elles sont associées à un plus haut niveau d'auto-efficacité chez les survivants (Kenzik et al., 2016). Il est donc pertinent de réviser le contenu du PSS avec le patient au moment de la remise. Le meilleur moment pour la remise du PSS est « le plus près possible de la fin des

traitements » et ne devrait pas dépasser trois mois après la fin de ces derniers (Downs-Holmes et al., 2014).

2.6 Contribution infirmière au PSS

L'infirmière soignante peut participer aux activités entourant le PSS en évaluant et en documentant les symptômes des survivants, ainsi qu'en renforçant et en encourageant le patient dans le maintien de saines habitudes de vie (Downs-Holmes et al., 2014). L'implication de l'infirmière est primordiale dans le succès du service du PSS (Downs-Holmes et al., 2014). D'ailleurs, plusieurs études suggèrent que l'infirmière soit la professionnelle désignée pour les activités de complétion et de remise du PSS (Hébert et Fillion, 2017a).

2.7 Contribution des gestionnaires au PSS

Dans cette recension des écrits, aucune étude n'a inclus les gestionnaires de proximité dans le développement du PSS. Aucune étude n'a exploré la perception des gestionnaires de proximité face à l'outil. Par contre, Hébert et Fillion (2017b) recommandent de développer le PSS avec les gestionnaires de proximité. Selon ces auteures, ceci permettrait de tenir compte des processus de soins et des ressources de l'organisation (Hébert et Fillion, 2017b). Parallèlement, selon l'*IOM*, le rôle des organisations de santé face à l'implantation du PSS est de fournir du soutien organisationnel, par exemple en encourageant la pratique basée sur les résultats probants et en préparant les professionnels (Hewitt et al., 2006).

2.8 L'écart entre la recherche et la pratique

Depuis les années 1980, l'intérêt grandissant pour l'utilisation des travaux de recherche et une pratique fondée sur les résultats probants a mené à de grands

projets ainsi qu'à la sensibilisation des professionnels de la santé à propos de l'importance de ces concepts (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007; Straus, Tetroe et Graham, 2013b). Malgré cela, on remarque un retard considérable entre la disponibilité des résultats de recherche et les pratiques actuelles en soins infirmiers (Squires, Reay, Moralejo, LeFort, Hutchinson & Estabrooks, 2012; Straus et al., 2013b). Ceci peut être attribuable à des obstacles liés à la recherche, aux professionnels de la santé et aux organisations (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

2.8.1 Obstacles liés à la recherche

D'abord, les connaissances quant à certains sujets sont parfois limitées et il est donc difficile de repérer une pratique issue de la recherche pour un problème donné (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Ainsi, l'écart entre la recherche et la pratique peut être expliqué par un problème de production de la connaissance, c'est-à-dire que la recherche n'a pas encore adressée les problématiques prioritaires auxquelles font face les professionnels et les gestionnaires ou les décideurs (Bowen et Graham, 2013).

Ensuite, afin d'être adopté par des individus un changement de pratique doit être crédible et donc solidement appuyé par les données probantes (Kitson, Harvey & McCormack, 1998; RNAO, 2012). L'accessibilité, la compréhensibilité, la facilité de mise en œuvre et la compatibilité des lignes directrices peuvent aussi influencer positivement ou négativement leur adoption (RNAO, 2012).

2.8.2 Obstacles liés aux professionnels de la santé et aux infirmières

Malgré que la formation des infirmières amène ces dernières à posséder de plus en plus d'aptitudes associées à l'analyse et l'interprétation des travaux de recherche (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007), il semble que ces dernières préfèrent souvent se fier à leur expérience ou à leurs collègues (Estabrooks et al., 2005). Les infirmières vont parfois rejeter l'utilisation d'une pratique fondée sur les résultats probants, en justifiant que la pratique actuelle s'est toujours révélée efficace (Estabrooks et al., 2005). Aussi, les infirmières ayant des traits de caractère tels que la curiosité et l'ouverture d'esprit se montrent plus enclines à adhérer aux pratiques issues de la recherche (Estabrooks et al., 2005). Effectivement, les croyances et les attitudes des infirmières face aux lignes directrices sont fortement liées à leur utilisation (RNAO, 2012).

De plus, il est possible les professionnels de la santé travaillent selon des « automatismes », c'est à dire qu'ils réfléchissent moins aux tâches qu'ils accomplissent souvent (Kitson et Straus, 2013). Il est même possible que ces derniers s'adaptent de façon graduelle à des standards de qualité inférieurs sans se rendre compte qu'ils se trouvent éventuellement dans une situation potentiellement dangereuse (Kitson et Straus, 2013).

2.8.3 Obstacles organisationnels

D'abord, les professionnels de la santé évaluent leur pratique et leurs comportements selon les processus et les systèmes en place dans l'organisation, qui constituent en quelque sorte les règles de l'organisation (Kitson et Straus, 2013). Si les organisations ne s'opposent pas aux pratiques ou comportements sous-optimaux,

elles acceptent et légitiment ce statu quo, et en sont donc en partie responsable (Kitson et Straus, 2013).

Ensuite, les organisations sont responsables de libérer des ressources et du personnel dans le but d'encourager les infirmières dans l'utilisation de pratiques issues de la recherche (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Un leadership insuffisant dans l'organisation, une mauvaise définition des rôles entre les professionnels et l'absence d'implication ou d'intérêt de l'organisation envers les professionnels sont des éléments qui peuvent entraver le succès de l'implantation d'une pratique issue de la recherche (Kitson et al., 1998). L'écart entre les résultats de recherche et la pratique a mené à l'élaboration de modèles visant à guider l'implantation et l'utilisation des travaux de recherche (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Afin d'obtenir des résultats optimaux et favoriser le succès d'une implantation, il est primordial d'utiliser une approche basée sur la théorie (Squires & al., 2012).

2.9 Cadre de référence

Le stage sera guidé par le cadre de référence en transfert des connaissances « *Knowledge to action* » (Graham et al., 2006; Straus, Tetroe et Graham, 2013a) Ce cadre de référence est divisé en deux grandes étapes : la « création de la connaissance » et le « cycle d'action ». La création de la connaissance et le cycle d'action peuvent être effectués par des groupes ou des individus différents (Graham et al., 2006; Straus et al., 2013b). Ainsi, un groupe de chercheurs peuvent développer une connaissance et laisser à d'autres individus la responsabilité de diffuser et de promouvoir la connaissance. Ce sera précisément le cas pour ce projet de stage, car l'étudiant implantera une connaissance dont il n'est pas l'auteur. Ce cadre sera

résumé ci-dessous et l'annexe 3 présente la schématisation du cadre, traduit de l'anglais par les Instituts de recherche en santé du Canada (2016).

2.9.1 Création de la connaissance

Tel que son nom l'indique, cette étape représente la création d'une connaissance. Graham et al. (2006), suggèrent trois types de connaissances, ainsi que trois méthodes de recherche qui y sont associées. Par exemple, les producteurs de connaissances peuvent produire des études primaires, qui constituent des « connaissances première génération » (Graham et al., 2006, traduction libre, p. 18). Ils peuvent aussi faire la synthèse des connaissances disponibles, par exemple en procédant à une revue systématique, ce qui correspond à des « connaissances de deuxième génération » (Graham et al., 2006, traduction libre, p. 19). Finalement, les « connaissances de troisième génération » consistent en des produits ou des outils directement utilisables par les parties intéressées (Graham et al., 2006, traduction libre, p. 19). Ainsi, plus la connaissance progresse dans l'entonnoir du cycle de création de la connaissance, plus elle sera utile pour les utilisateurs (Straus et al, 2013). Dans le cas de ce stage, le PSS est considéré comme une connaissance de troisième génération, car il constitue un outil prêt à être utilisé et à répondre aux besoins des utilisateurs (Graham et al., 2006; Straus et al, 2013).

2.9.2 Cycle d'action

Le cycle d'action est basé sur des théories visant à générer un changement dans les organisations de santé (Straus et al., 2013b). Il est constitué des processus nécessaires visant à implanter une connaissance dans une organisation de la santé (Straus et al., 2013b). Le cycle d'action est composé de plusieurs phases soit : 1)

identifier un problème; 2) adapter la connaissance; 3) évaluer les résultats; 4) planifier et exécuter des interventions d'implantation; 5) surveiller l'utilisation; 6) évaluer les résultats ; et 7) maintenir l'utilisation (Graham et al., 2006; Straus et al., 2013b; Instituts de recherche en santé du Canada, 2016). Les phases du cycle d'action peuvent avoir lieu de façon séquentielle ou simultanée (Graham et al., 2006; Straus et al., 2013b).

2.9.2.1 Identifier un problème

Un ou plusieurs individus identifient ou prennent conscience de l'existence d'un problème. Ils déterminent s'il y a un écart entre la connaissance et la pratique qui nécessite une intervention (Graham et al., 2006). Étant donné des écarts entre la recherche et la pratique sont présents dans différents contextes, il est pertinent de sélectionner lesquels doivent être adressés de façon prioritaire (Kitson et Straus, 2013). Pour se faire, il faut considérer le fardeau associé au problème, en termes de mortalité, morbidité, qualité de vie et coûts (Kitson et Straus, 2013). D'autres éléments doivent être considérés, comme par exemple si la connaissance ou le produit s'aligne avec les initiatives locales, régionales et nationales; si l'implantation est réaliste et désirable; et si le sujet est soutenu par les gestionnaires de l'organisation (Kitson et Straus, 2013).

2.9.2.2 Adapter la connaissance au contexte

Cette phase inclut les activités ayant pour but d'adapter la connaissance (Graham et al., 2006). Elle constitue le processus par lequel des décisions sont faites en lien avec l'utilité, la valeur et la compatibilité de la connaissance avec leur situation particulière (Graham et al., 2006). Il est important d'adapter les connaissances afin

d'optimiser leur transférabilité au contexte local, au niveau des patients, des professionnels de la santé et de la culture (Harrison, Graham, Fervers et van den Hoek, 2013). De plus, le processus d'adaptation de la connaissance facilite son acceptation et son appropriation par les utilisateurs et encourage son utilisation (Harrison et al., 2013). Par contre, il faut aussi s'assurer de respecter les données probantes et les principes qui soutiennent la connaissance (Harrison et al., 2013).

2.9.2.3 Identifier des barrières à l'utilisation

Des barrières et des facilitateurs associés aux individus, au contexte ou à la situation influencent l'utilisation des connaissances (Graham et al., 2006). À ce jour, plusieurs méthodes et outils sont disponibles pour évaluer les barrières à l'implantation d'une connaissance (Légaré et Zhang, 2013). Pour ce projet de stage, le guide « *How to change practice* » de NICE (2007) a été utilisé à cette fin. L'évaluation des barrières et des facilitateurs fait partie des éléments les plus importants à considérer en transfert des connaissances (Graham et al., 2006; Légaré et Zhang, 2013).

2.9.2.4 Planifier et exécuter des interventions d'implantation

À cette phase, les stratégies de transfert des connaissances sont planifiées et exécutées, de manière à faciliter l'implantation de la connaissance (Graham et al., 2006). Planifier des interventions associées aux barrières identifiées, afin de les surmonter, de les réduire, ou de diminuer leur impact, est un élément crucial pour le succès du transfert des connaissances (Colquhoun, Grimshaw et Wensing, 2013). Il est aussi possible de planifier des interventions basées sur les facilitateurs identifiés à la phase précédente (Colquhoun et al., 2013). Afin de maximiser l'impact des

interventions de facilitation, il faut cibler les multiples barrières et facilitateurs et planifier des interventions intégrant plusieurs composantes (Colquhoun et al., 2013; *NICE*, 2007).

2.9.2.5 Surveiller l'utilisation

Il est pertinent de surveiller l'utilisation, afin de déterminer si la connaissance est utilisée par les utilisateurs ciblés et la façon dont elle est utilisée (Straus, Tetroe, Bhattacharyya, Zwarenstein et Graham, 2013). Pour se faire, il est nécessaire de définir clairement en quoi constitue l'utilisation de la connaissance. Plusieurs stratégies existent, telles que l'analyse de documents et les entrevues, afin de mesurer différents types d'utilisation des connaissances (Straus, Tetroe, Bhattacharyya, Zwarenstein et Graham, 2013). Dans le cas du PSS, il s'agira surtout d'une utilisation instrumentale, car l'utilisation du PSS constitue un changement de pratique et une application directe de la connaissance (Straus, Tetroe, Bhattacharyya, Zwarenstein et Graham, 2013).

2.9.2.6 Évaluer les résultats

Cette phase vise à déterminer l'impact de l'utilisation de la connaissance. Elle permet de savoir si les efforts pour promouvoir l'utilisation d'une connaissance ont une valeur ajoutée (Graham et al., 2006). Dépendamment des questions d'évaluation qui ont été déterminées, des méthodes qualitatives et quantitatives peuvent être utilisées, afin d'évaluer les résultats au niveau du patient, des professionnels de la santé et de l'organisation (Straus, Tetroe, Bhattacharyya, Zwarenstein et Graham, 2013).

2.9.2.7 Maintenir l'utilisation

La durabilité est le niveau avec lequel une innovation continue d'être utilisée, après que les efforts initiaux pour assurer son adoption aient été complétés (Davies et Edwards, 2013; RNAO, 2012). Maintenir l'utilisation et assurer une utilisation durable constitue la dernière phase du *Knowledge to action* (Graham et al., 2006). Cette phase est une boucle constituée des activités suivantes : évaluer les barrières à l'implantation, planifier des interventions pour les surmonter, surveiller l'utilisation et évaluer les résultats (Graham et al., 2006).

2.10 Guide supplémentaire

Le succès du transfert des connaissances sera favorisé si les interventions sont planifiées et focalisées (Graham et al., 2006). Afin mieux comprendre, identifier et surmonter les barrières au changement, un guide supplémentaire sera utilisé pour guider les phases 3 et 4 du cycle d'action de Graham et al (2006). Il s'agit du guide « *How to change practice* » de NICE (2007).

Ce guide, élaboré par la *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), vise à améliorer la qualité des soins en fournissant des conseils pratiques pour amener les professionnels de la santé et les gestionnaires à intégrer les plus récentes lignes directrices à leur pratique (NICE, 2007). Le guide est structuré en trois parties.

2.10.1 Partie 1 : Comprendre les barrières au changement

La première partie du guide présente les types de barrières au changement pouvant être rencontrées dans le milieu de la santé. Ces types de barrières sont : la

conscience et la connaissance des individus en ce qui a trait au changement nécessaire et à ce qui le justifie; la motivation des individus, tant au niveau intrinsèque que extrinsèque; les croyances des individus et leur niveau d'acceptation face au changement désiré; les compétences des individus; les aspects pratiques, associés aux ressources humaines et matérielles ou aux processus; et les barrières de l'environnement externe, associées au contexte politique ou financier (NICE, 2007).

2.10.2 Partie 2 : Identifier les barrières au changement

La deuxième partie du guide présente des stratégies pour identifier les barrières au changement. Ces stratégies sont : discuter avec les personnes clés, de façon formelle ou informelle; observer la pratique clinique; utiliser un questionnaire; animer une séance de remue-méninges; et animer un groupe de discussion (NICE, 2007).

2.10.3 Partie 3 : Surmonter les barrières au changement

La troisième partie du guide présente des stratégies concrètes, élaborées à partir de méthodes basées sur les résultats probants, pour surmonter les barrières au changement, (NICE, 2007). Ces stratégies sont : utiliser du matériel éducationnel, tels que des dépliants; animer une rencontre d'éducation, telle qu'une conférence ou un atelier interactif; effectuer une visite éducationnelle, c'est-à-dire rencontrer les individus dans leur milieu de pratique afin de les soutenir à travers le changement de désiré; former des leaders d'opinion, qui pourront influencer leurs collègues vers le changement désiré; effectuer un audit clinique et fournir une rétroaction; mettre en place un système d'aide-mémoire; et mettre en place une intervention par le biais du

patient, visant à informer le patient des plus récentes lignes directrices afin qu'il puisse influencer les décisions des professionnels (*NICE, 2007*).

Chapitre 3 : Déroulement du stage

3.1 Présentation du milieu de stage

Le milieu de stage est un centre hospitalier affilié à l'Université de Montréal (UdeM). Il est reconnu pour son expertise dans le domaine de l'oncologie. Il n'y a actuellement pas de PSS utilisé dans cet établissement. La vision de l'établissement est la suivante : « Être un milieu de santé dynamique, novateur et attrayant visant l'excellence » (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2016). Pour accomplir sa vision, l'organisation entend entre autres encourager l'innovation dans les soins et services, soutenir une culture de collaboration et maintenir le patient au centre de ses préoccupations (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2016). Le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal adhère à l'approche de soins du partenariat patient qui sera présentée dans cette section. D'ailleurs, un réseau de patients ressources est déjà établi dans le milieu de stage et les professionnels ont l'habitude de collaborer avec des patients ressources dans le cadre d'activités d'amélioration de la qualité. Ceci facilitera l'intégration d'un patient ressource dans les activités de stage.

Le milieu de stage se préparait à recevoir la visite d'agrément pendant la période du stage. Ceci a été un facilitateur pour le projet pilote d'implantation du PSS, dans la mesure où la norme 22.5 d'Agrément Canada (2016, p.103) en traitement du cancer mentionne l'utilisation du PSS : « Le plan de soins de suivi pour le survivant du cancer est incorporé aux plans de transition en partenariat avec les usagers et les familles ». Les gestionnaires et les professionnels du milieu étaient donc en faveur de l'implantation du PSS pour fournir des soins conformes aux normes d'agrément. Par contre, ceci faisait aussi en sorte que les équipes de soins étaient visées par plusieurs changements, implantés simultanément au projet de stage, en vue de se

préparer à répondre aux différentes normes de l'agrément. Ceci peut constituer un obstacle au projet, car les équipes de soins peuvent être surchargées (RNAO, 2012).

3.1.1 L'approche de soins du partenariat patient

L'approche du partenariat patient est la plus actuelle à ce jour et tente de pallier aux limites de l'approche qui la précède, soit celle des « soins centrés sur le patient » (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014). Elle consiste à impliquer le patient dans son processus de soins et à l'accompagner dans le développement de ses connaissances, afin de lui permettre de prendre des décisions éclairées quant à son traitement (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014; Pomey et al., 2013). Selon cette approche, le patient possède des savoirs expérientiels, issus de ses problèmes de santé, de sa trajectoire de soins et de son expérience, qu'il peut partager avec les professionnels ou avec d'autres patients (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014; Pomey et al., 2013). Les professionnels reconnaissent la valeur de des savoirs expérientiels du patient et collabore avec ce dernier à l'amélioration de la qualité, par exemple à travers l'élaboration d'outil et de programmes (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014; Pomey et al., 2013). Lorsque le patient participe de cette façon à l'amélioration et l'élaboration des programmes, il est considéré comme un « patient-ressource » (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014; Pomey et al., 2013). L'engagement des patients dans le développement et l'implantation des politiques et des programmes de santé aide à

assurer que les services et les soins soient orientés vers la perspective des patients et adaptés à ces derniers (Carman et al., 2013; Pomey et al., 2013).

3.2 Clientèle cible

La clientèle cible de l'intervention de transfert des connaissances a été précisée après la période d'observation de deux semaines, qui sera détaillée à la section 3.5.1. Il s'agit « des infirmières d'un département travaillant auprès des patients atteints de cancer du sein ».

3.3 Personnes ressources

Préalablement au stage, Nicole Tremblay, cadre-conseil en soins infirmiers (CCSI) en oncologie, a discuté avec l'étudiant des bases du projet et l'a accueilli dans le milieu de stage. Elle l'a accompagné jusqu'à la complétion du comité d'approbation et pendant la période d'observation. Ensuite, Catherine Hupé, CSI en oncologie, a poursuivi l'accompagnement de l'étudiant pour les autres activités du projet de stage, jusqu'à la fin du projet et pour le jury final d'évaluation du stage.

3.4 Activités et tâches effectuées préalablement au stage

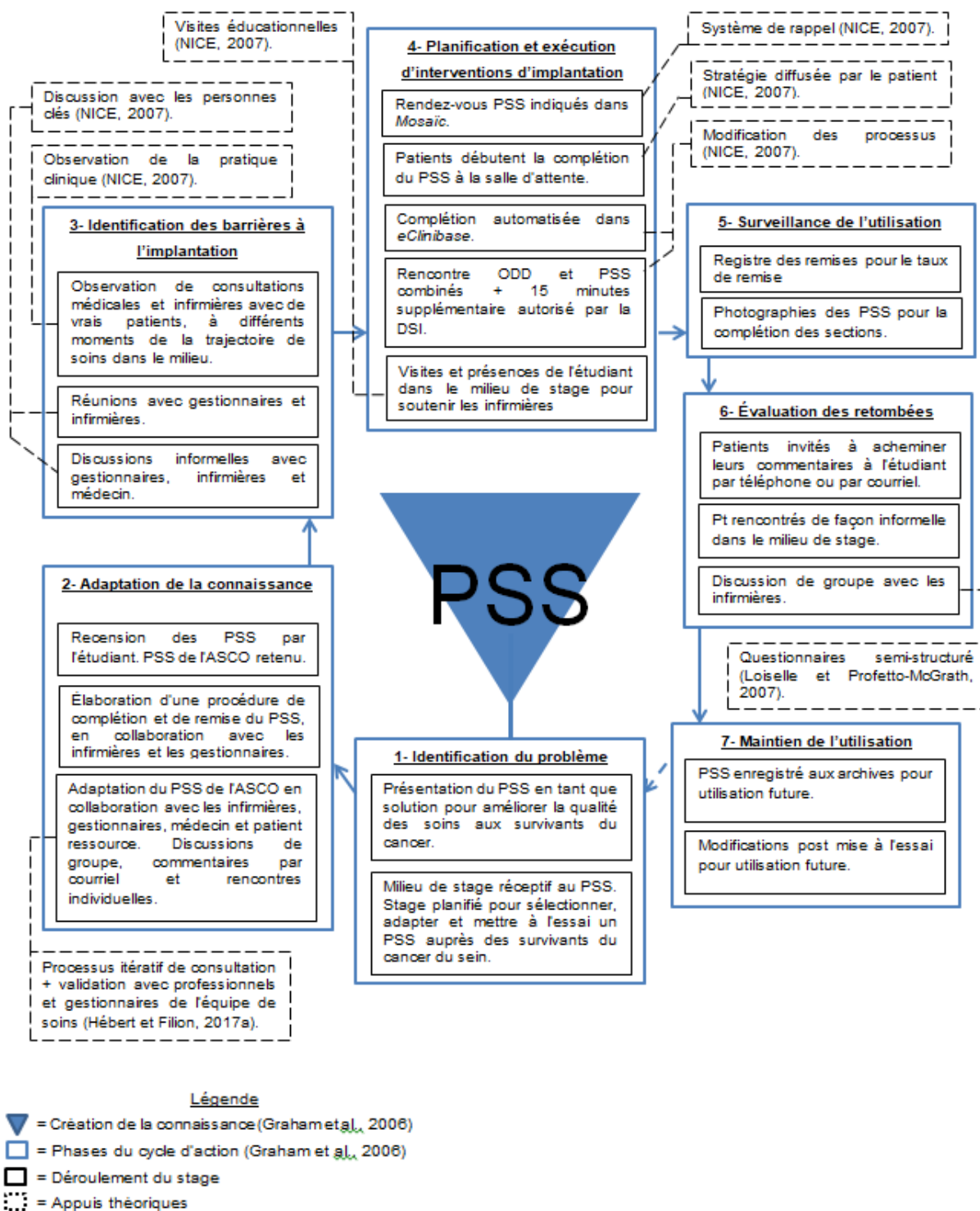
En novembre 2015, l'étudiant communique avec Mme Johanne Hébert, qui complète à ce moment un projet doctoral en lien avec l'élaboration et la mise à l'essai d'un PSS, afin d'obtenir des conseils sur ce type de projet. Il rencontre ensuite Mme Nicole Tremblay, CCSI en oncologie au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, afin d'explorer la possibilité d'un projet de stage visant à mettre à l'essai un PSS au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Après avoir discuté avec les personnes clés du milieu, Mme Tremblay informe l'étudiant que les équipes de soins du cancer

gynécologique, du cancer du sein et de lymphome pourraient être intéressées par le projet. Au mois d'avril 2017, l'étudiant se rend dans le milieu de stage pour présenter le projet de stage, grâce à une présentation de type powerpoint de 30 minutes, dans le cadre d'une réunion scientifique du « Centre de référence et d'investigation désigné pour le cancer du sein » (CRID). La présentation est bien reçue et l'étudiant reçoit des recommandations de la part des professionnels et de Mme Nicole Tremblay, qui prévoit agir à titre de personne ressource pour le projet de stage. Au mois de juillet 2017, l'étudiant contacte à nouveau Mme Johanne Hébert, afin d'obtenir quelques derniers conseils pour la planification du projet de stage. Au moment du comité d'approbation, Mme Nicole Tremblay informe l'étudiant que le projet pourra se dérouler auprès des infirmières et des professionnels travaillant auprès des patients atteints de cancer du sein.

3.5 Déroulement et résultats du stage

Cette section présente les activités du stage, les démarches effectuées et les interventions réalisées, selon les phases du cycle d'action de Graham et al. (2006) et avec l'ajout d'une période d'observation. La durée totale du stage fut de 16 semaines, incluant la période d'observation. La figure 1, ci-dessous, présente une modélisation des activités du stage selon le cadre de référence « *Knowledge to action* » de Graham et al., 2006.

Figure 1 - Modélisation des activités de sélection, d'adaptation et d'implantation d'un PSS, selon le cadre de référence « Knowledge to action » de Graham et al. (2006)



3.5.1 Période d'observation, semaines 1 et 2

Une période d'observation de deux semaines a été planifiée afin de permettre à l'étudiant de se familiariser avec la trajectoire de soins des patients atteints de cancer du sein, la pathologie et les traitements, l'organisation des soins des départements d'oncologie, le rôle des professionnels impliqués dans les soins, ainsi que les dossiers patients et les systèmes d'information en place dans le milieu de stage. L'étudiant a profité de cette période pour discuter avec les professionnels du milieu de stage à propos des besoins insatisfaits des survivants du cancer et de l'utilisation du PSS pour répondre à leurs besoins. Ces discussions informelles avaient pour objectif de faire connaître le PSS, et de le présenter comme une solution possible pour améliorer les soins aux survivants du cancer du sein. Ceci correspond à la phase « identification d'un problème » du cadre de référence de Graham et al. (2006, traduction libre, p. 20). Ces périodes de discussion constituaient aussi des « visites éducationnelles », car l'étudiant en profitait pour transmettre l'information et les instructions en lien avec le PSS (NICE, 2007, traduction libre, p.22). L'étudiant débutait donc déjà des interventions d'implantation prochaine du PSS en faisant cela (NICE, 2007).

La période d'observation a permis de constater que les infirmières du département ciblé étaient les dernières à rencontrer les patients atteints de cancer avant leur transition vers les soins primaires. À la lumière de cette information, l'étudiant a conclu qu'il serait souhaitable que les infirmières du département en question soient responsables de la complétion et de la remise du PSS. Avec l'accord

de la personne ressource au projet de stage, la suite des activités s'est donc déroulée au dit département.

3.5.2 Adapter la connaissance, semaines 2 à 10

L'étudiant a procédé à une recension des PSS accessibles au public en utilisant le moteur de recherche Google. Quatre choix de PSS ont été retenus, car les doublons ont été exclus. Par la suite, ces PSSs, ainsi que celui de Johanne Hébert, ont été évalués et comparés selon les critères suivants : la modalité de complétion, le temps de complétion, le nombre de pages, la conformité aux critères de l'IOM, la spécificité du contenu au cancer du sein et la possibilité d'adapter la structure et le contenu. L'annexe 4 présente la comparaison des cinq PSS selon les critères établis. Afin de déterminer le temps de complétion, l'étudiant a procédé à la complétion des cinq PSSs. Le *Breast Cancer Survivorship Care Plan* de l'*American Society of Clinical Oncology* (ASCO) a finalement été retenu pour le projet, car il est possible de le compléter à l'écrit en près de 15 minutes, présente de façon claire et concise un contenu conforme aux critères de l'IOM, et contient de l'information spécifique au cancer du sein. Ce PSS de l'ASCO est disponible au public et peut être consulté à l'adresse électronique suivante : <https://www.cancer.net/survivorship/follow-care-after-cancer-treatment/asco-cancer-treatment-and-survivorship-care-plans>.

Il est recommandé d'élaborer un PSS en tenant compte des perspectives des survivants du cancer et des membres de l'équipe interdisciplinaire impliquée (Hébert et Filion, 2017a). Ainsi, afin d'obtenir un consensus au sujet des différents éléments du PSS, un processus itératif de consultation et de validation a été effectué en collaboration avec les infirmières du département ciblé (n=6), les gestionnaires du

département (n=3), un radio oncologue (n=1) et une patiente ressource (n=1). Ceci a été fait dans le but d'adapter la structure et le contenu du *Breast Cancer Survivorship Care Plan* au contexte spécifique du milieu de stage. Ce processus s'est déroulé en quatre séquences, lors desquelles l'étudiant a recueilli des commentaires, pour ensuite mettre à jour le PSS selon ces commentaires. Le PSS mis à jour était ensuite réacheminé à la séquence suivante. Chaque fois, les commentaires reçus portaient sur la structure, le contenu, la formulation des phrases et les termes utilisés. Voici comment se sont déroulées les quatre séquences.

Premièrement, le PSS de l'ASCO fut présenté lors d'une « conférence » (NICE, 2007, traduction libre, p.21) d'une durée de 60 minutes, afin de présenter le PSS aux infirmières (n=6) et aux gestionnaires (n=3). Lors de cette réunion, ces derniers ont fait part de leurs premiers commentaires sous forme d'une discussion de groupe. De plus, ceci constituait déjà une intervention de facilitation, car une conférence interactive est efficace pour faciliter le changement désiré (NICE, 2007). Deuxièmement, le PSS a été envoyé par courriel aux infirmières (n=6), au chef de service (n=1), l'assistante du chef de service (n=1) et à la CCSI (n=1) ayant participé à la rencontre, afin d'obtenir leurs commentaires individuels. En plus des commentaires à propos de la structure, du contenu, du temps de complétion, de la formulation des phrases et des termes utilisés, des commentaires concernant les effets possibles de certains éléments du PSS sur la rencontre infirmière ont aussi été reçus. Par exemple, selon certains, une section sur le « risque de cancer familial », faisant partie du PSS de l'ASCO (ASCO, 2018), pouvait être potentiellement anxiogène pour le patient, car ce sujet n'était pas abordé systématiquement dans les

consultations infirmières sur le département. Étant donné que cette section ne fait pas l'objet d'une recommandation de l'IOM, il a donc été décidé qu'elle ne ferait pas partie du PSS. D'autres ont suggéré d'intégrer « l'outil de dépistage de la détresse » (ODD) au PSS, afin de faciliter la complétion des documents, mais cette suggestion n'a pas pu être intégrée, car ceci aurait pour effet de dénaturer le PSS. L'ODD sera présenté dans la section 3.5.4. Une section résumant le contenu de l'ODD a par contre été intégrée au PSS, dans le respect des recommandations de l'IOM en ce qui a trait à la structure et au contenu d'un PSS (Hewitt et al., 2006). Troisièmement, l'étudiant a rencontré individuellement un radio oncologue travaillant auprès des survivants du cancer du sein, ainsi qu'une patiente ressource survivante du cancer du sein, afin de recueillir leurs commentaires. La rencontre avec le radio oncologue a duré 20 minutes alors que la rencontre avec la patiente ressource a duré 45 minutes. Quatrièmement, le PSS a été réacheminé, encore une fois par courriel, aux infirmières (n=6) une pour une dernière validation. Selon ces derniers commentaires, quelques corrections mineures ont été apportées au PSS. Le produit final, présenté à l'annexe 5 n'affiche pas le logo de l'ASCO, car l'ASCO demande que leur logo soit retiré de leur gabarit de PSS dans le cas où ce dernier est modifié (ASCO, 2018). Il affiche le logo du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, car il a été enregistré en tant que formulaire officiel aux département des archives médicales.

3.5.3 Identifier les barrières à l'implantation, semaines 1 à 16

Afin de recueillir les barrières et les facilitateurs à l'implantation du PSS, l'étudiant a discuté avec des infirmières (n=6), un médecin (n=1) et des gestionnaires (n=3). Ceci correspond à la stratégie « discuter avec les personnes clés », qui consiste à

recueillir des informations auprès des individus qui connaissent et comprennent bien la situation vécue dans le milieu de soins (*NICE*, 2007, traduction libre, p.12). L'étudiant a aussi assisté à plusieurs consultations médicales et infirmières, ainsi qu'à différentes séances de traitements ayant lieu au cours de la trajectoire de soins des patientes atteintes de cancer du sein. Ceci correspond à la stratégie « observer la pratique clinique » de *NICE* (2007, traduction libre, p.14). Ces deux stratégies ont été utilisées pendant toute la durée du stage, à partir de la période d'observation jusqu'au dernier jour de mise à l'essai du PSS. Effectivement, tel que Graham et al. (2006) le suggèrent, les phases du cycle d'action sont fluides et perméables et elles peuvent se dérouler de façon séquentielle ou simultanée. Ces stratégies ont permis d'identifier certains facilitateurs, dont la « conscience et la connaissance » des professionnels en regard des besoins insatisfaits chez les survivants du cancer du sein (*NICE*, 2007, traduction libre, p.7), ainsi que leur « motivation » à fournir des soins de qualité (*NICE*, 2007, traduction libre, p.8). Plusieurs infirmières ont signalé une barrière importante, soit celle du manque de temps pour procéder à la complétion et à la remise d'un PSS. Elles exprimaient surtout un manque de temps pour accomplir la complétion du PSS.

Des rencontres formelles (n=3) et informelles (n=non compilé) ont aussi eu lieu, avec les gestionnaires et les infirmières du département ciblé, afin d'identifier les barrières et les facilitateurs en lien avec les « aspects pratiques », c'est-à-dire en ce qui a trait aux ressources humaines, les ressources matérielles et les processus nécessaires à l'accomplissement des activités de complétion et remise du PSS (*NICE*, 2007, traduction libre, p9). Ces discussions ont permis d'identifier des

barrières à l'utilisation du PSS à ce niveau et ainsi de planifier une procédure de complétion et de remise tenant compte des ressources disponibles. L'annexe 6 présente une schématisation des barrières et les facilitateurs identifiés ainsi que les interventions de facilitation planifiées en conséquence.

3.5.4 Planification et exécution d'interventions d'implantation, semaines 2 à 16

D'abord la personne ressource au projet a rencontré la direction des soins infirmiers (DSI) afin de confirmer que les infirmières du département ciblé travaillant auprès des survivants du cancer du sein seraient ciblées par l'intervention de transfert des connaissances. Le chef de service du département a accepté d'accorder une période supplémentaire de 15 minutes par infirmière par patient par rendez-vous, dédiée la complétion et à la remise du PSS, pour la durée du projet. Plus précisément, la décision consistait à ajouter le PSS à la rencontre infirmière de l'ODD et d'augmenter de temps total de la rencontre à 30 minutes. La rencontre ODD est une rencontre infirmière effectuée en 15 minutes, visant à dépister la détresse chez les survivants du cancer. Avant le début du projet, cette rencontre était planifiée systématiquement à la deuxième semaine de traitements de radiothérapie. Avec l'ajout du PSS, la rencontre sera maintenant nommée le « rendez-vous PSS », comprendra le PSS et l'ODD, et sera effectuée à la troisième des cinq semaines de traitements de radiothérapie. Ce changement permet au rendez-vous PSS d'être conforme avec les recommandations de l'IOM suggérant que le PSS soit remis le plus près de la fin des traitements actifs (Hewitt et al., 2006). La rencontre ODD déjà en place a donc été modifiée afin d'aligner les processus de soins avec le

changement désiré. Selon *NICE* (2007), la modification des processus en faveur du changement désiré favorisera le succès de l'implantation.

Ensuite, afin de répondre à la barrière du manque de temps pour accomplir la complétion du PSS, l'étudiant a obtenu l'aide d'une spécialiste en procédés administratifs. En utilisant le programme *eClinibase*, la complétion de la section contenant les coordonnées du patient a été automatisée, de façon à ce que cette section soit déjà complétée lors de l'impression des PSS. Ceci correspond aussi à une modification des processus (*NICE*, 2007). Le programme *eClinibase* est un programme disponible sur les ordinateurs du département, permettant à des formulaires à partir des dossiers des patients et de les imprimer.

De plus, les rendez-vous prévus pour la complétion et la remise d'un PSS ont été indiqués dans *Moisaïc*, en tant que « rendez-vous PSS ». *Mosaïc* est un programme informatique consulté quotidiennement par les infirmières afin prendre connaissance des rendez-vous prévus avec leurs patients. Cette stratégie facilite l'implantation du PSS, car elle constitue un « système de rappel » (*NICE*, 2007, traduction libre, p.24). D'ailleurs, un système de rappel est plus efficace lorsque les rappels sont fréquents (*NICE*, 2007).

Il a aussi été décidé que le patient puisse volontairement débiter la complétion du PSS avant son rendez-vous avec l'infirmière, si ses connaissances concernant sa situation de santé le lui permettent. Cette pratique a été déterminée dans le but de répondre à trois éléments. Premièrement, elle est cohérente avec l'approche du partenariat patient, car elle implique le patient dans ses soins (Comité sur les

pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014). Deuxièmement, elle tente de surmonter la barrière du manque de temps en réduisant potentiellement la charge de travail associée à la complétion du PSS. Troisièmement, elle est une intervention de facilitation de l'implantation du PSS par le biais du patient, car elle vise à informer le patient de la disponibilité du PSS, afin qu'il puisse le demander aux professionnels de santé (NICE, 2007; RNAO, 2012). Bref, l'étudiant avait la tâche de remettre les PSS aux patients ciblés par le projet, alors qu'ils étaient à la salle d'attente. Pour ce faire, il utilisait la liste des « rendez-vous PSS », indiquant la date et l'heure des 15 rendez-vous PSS initialement planifiés, afin d'approcher les patients quelques minutes avant leur rendez-vous avec l'infirmière. L'étudiant leur remettait donc le PSS accompagné une feuille d'instructions, présentée à l'annexe 7. Ceci a été prévu afin de ne pas impliquer les agents administratifs dans le projet. Aussi, lors de ses présences dans le milieu de stage, l'étudiant se rendait au bureau des infirmières afin de les soutenir dans la mise à l'essai et de s'assurer qu'elles obtenaient réponses à leurs questions concernant le PSS. Ceci constituait une forme de « visite éducationnelle » (NICE, 2007, traduction libre, p.22) et donc une stratégie visant à faciliter le changement de pratique.

Enfin, pour le projet pilote, il a été déterminé que le PSS serait mis à l'essai auprès des patients atteints de cancer du sein recevant des traitements de radiothérapie à raison de cinq jours par semaine. Effectivement, les patients recevant des traitements à moins de cinq jours par semaine n'ont pas été ciblés, car la fréquence de leur rendez-vous rendait difficile la planification et l'accomplissement des rendez-vous PSS. Après délibération, en considérant les ressources disponibles

pour la mise à l'essai, les infirmières (n=6), les gestionnaires (n=3) et l'étudiant n'ont pas jugé pas réalisable de cibler cette clientèle pour la mise à l'essai du PSS.

3.5.5 Surveiller l'utilisation, semaines 12 à 15

Après avoir discuté avec les infirmières qui participerait à la mise à l'essai du PSS auprès des survivants du cancer du sein (n=3) et les gestionnaires (n=3) du département, il a été décidé que l'étudiant serait responsable de compiler les données au sujet des remises des PSS. Ceci a été déterminé, car les infirmières ne disposeraient pas de suffisamment de temps pour accomplir cette tâche. L'annexe 8 présente le registre des remises, visant à déterminer le nombre de PSS remis, ainsi que les particularités, lorsque applicable, concernant les activités de complétion et de remise. De plus, les PSS complétés ont été photographiés avant leur remise finale au patient, afin de recueillir de l'information sur la complétion de l'outil. Une feuille découpée était placée sur le PSS avant de prendre les photos afin de préserver la confidentialité des patients.

Sur les 15 rendez-vous PSS initialement planifiés pour la mise à l'essai, huit PSS ont été complétés et remis. Un seizième rendez-vous PSS s'est ajouté au cours de la période de mise à l'essai, lorsqu'une survivante du cancer du sein qui recevait ses traitements à raison d'un jour par semaine, a demandé à recevoir le PSS après avoir entendu son infirmière parler de l'outil. Malgré qu'elle ne fût pas ciblée par le projet, sa demande a été respectée et le total de PSS complétés et remis s'est ainsi élevé à neuf. Trois patientes n'étaient pas intéressées à recevoir le PSS; deux patientes ont été exclues car leur rendez-vous infirmier a été déplacé en dehors de la période de mise à l'essai du PSS; deux autres patientes ont été exclues car des

changements dans leur état de santé les rendaient inadmissibles à recevoir un PSS. Parmi les trois patientes qui ne désiraient pas recevoir le PSS, une patiente était analphabète. Le PSS lui a donc été proposé tout de même par l'étudiant, en lui suggérant qu'un proche pourrait lire pour elle les informations consignées dans son PSS lorsqu'elle le souhaiterait et qu'elle pourrait aussi le présenter aux professionnels de la santé impliqués dans son suivi, afin que ces derniers puissent s'y référer. Malgré cette suggestion, la patiente ne désirait pas recevoir le PSS.

Un total de quatre rendez-vous PSS sur les neuf effectués ont dû être terminés sur plus d'une rencontre, soit parce que les infirmières n'étaient pas en mesure de se libérer pour la période de 30 minutes prévue, parce que les rendez-vous nécessitaient une durée supérieure à 30 minutes ou parce que les patients n'avaient pas le temps de rencontrer l'infirmière au moment prévu pour le rendez-vous PSS.

Parmi les neuf PSS complétés et remis, à huit reprises, les sections « Objectifs de santé » et « Commentaires du professionnel » n'étaient pas complétées. Les sections concernant les objectifs de santé n'étaient pas complétées, car les patients ne désiraient pas les utiliser. Il est aussi possible que le moment du rendez-vous PSS n'était pas suffisamment près de la fin des traitements pour permettre au survivant de débiter la réflexion concernant ses objectifs de santé. Ceci sera abordé dans la section 4.1.5 de la discussion. Les sections concernant les commentaires du professionnel n'ont pas été utilisées car les patients ont affirmé avoir reçu suffisamment d'information et les infirmières n'avaient donc pas d'information supplémentaire à ajouter. À deux reprises, les sections « Hormonothérapie à venir » n'étaient pas complétées, car l'information à cet effet n'était pas disponible au

moment du rendez-vous PSS. Également à deux reprises, les sections « Préoccupations et habitudes de vie » n'étaient pas complétées, car les patientes n'avaient pas de préoccupations et ne désiraient pas recevoir d'information supplémentaire concernant les habitudes de vie pouvant influencer leur maladie. L'annexe 9 présente en détail la complétion des sections pour chaque PSS remis.

3.5.6 Évaluer les résultats, semaines 12 à 16

Lorsque cela a été possible, après certains rendez-vous PSS, l'étudiant a recueilli les commentaires de survivants ayant reçu un PSS, sous forme de discussion individuelle de quelques minutes, non structurée et informelle. Ceci n'a pas été possible pour chaque patient, car la remise du PSS était parfois effectuée à une autre date que celle prévue pour le rendez-vous PSS et l'étudiant n'était donc pas présent après chacune des remises. De plus, la feuille d'instructions remise aux patients invitait ces derniers à faire part de leurs commentaires concernant le PSS et le rendez-vous PSS à l'étudiant, par courriel ou par téléphone. Par contre, aucun commentaire n'a été reçu à travers cette méthode. Les commentaires verbaux des survivants sont intégrés dans le registre des remises présenté à l'annexe 8. Ils concernaient la pertinence et la clarté de l'information présentée; l'effet rassurant du PSS et du rendez-vous PSS; l'utilisation du PSS dans la communication avec le médecin de famille; et la réponse du PSS face à un besoin en information. Tous les commentaires reçus étaient positifs et en faveur du PSS.

À la dernière semaine du projet, après avoir complété tous les rendez-vous PSS, l'étudiant a rencontré les infirmières ayant participé à la mise à l'essai du PSS (n=3), afin de recueillir leurs commentaires sur l'expérience d'utilisation. Une

rencontre de 30 minutes a été effectuée sous la forme d'une entrevue de groupe semi-structurée (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Le guide comprenant la liste des thèmes à aborder est présenté à l'annexe 10. Ces thèmes sont : le temps de complétion, les retombées associées au PSS, la procédure de complétion et de remise, et la structure et le contenu de l'outil. Les infirmières ont rapporté que l'utilisation du PSS les ont aidées à : dépister les besoins physiques et psychosociaux des patients, assurer le suivi de ces besoins, répondre aux besoins en information des patients, structurer l'enseignement pertinent, clarifier les rôles des intervenants impliqués dans le suivi et favoriser la création d'un lien de confiance avec les patients. Selon les infirmières, les patients manifestaient de la satisfaction en regard de la réception d'un PSS, par exemple par des remerciements. Les infirmières ont affirmé que la procédure de complétion et de remise élaborée pour la mise à l'essai était fonctionnelle, mais ont rappelé certaines difficultés rencontrées pendant la mise à l'essai, soit : la durée variable et imprévisible de la rencontre, la difficulté à trouver un local pour conduire la rencontre, les changements au niveau de l'horaire des rendez-vous qui nécessitaient des ajustements de dernière minute de la part des infirmières, et les « situations prioritaires » qui nécessitent une intervention infirmière et qui rendent difficile le rendez-vous PSS. Parmi les « situations prioritaires » nécessitant une intervention infirmière, les infirmières ont cité : les pansements, les prélèvements sanguins, l'administration de médicaments et l'assistance au médecin. Ceci fera l'objet d'une réflexion quant à l'étendue de pratique de l'infirmière ainsi qu'à l'optimisation des ressources infirmières dans la section discussion. Les infirmières (n=3) ont aussi fait des commentaires quant à la structure et le contenu du PSS. Elles

ont suggéré que le lymphœdème soit indiqué dans les préoccupations possibles, car ce sujet constitue une partie importante de l'enseignement aux patients terminant leurs traitements actifs. Une case permettant de choisir l'élément « lymphœdème » a donc été ajoutée à la section « préoccupations et habitudes de vie », dans laquelle les patients sont invités à cocher les éléments qui les préoccupent actuellement. La technicienne administrative a été avisée afin de faire l'ajout au formulaire. Aussi, à leur avis, les sujets de prévention tels que le « tabagisme » et « l'alimentation » ne devraient pas prendre autant d'importance dans le PSS que les sujets plus spécifiques au cancer. Malgré ce commentaire, aucun changement ne sera fait à cet effet, car cela réponds aux recommandations de l'*IOM* concernant le contenu d'un PSS (Hewitt et al., 2006).

3.5.7 Maintenir l'utilisation

Après le départ de l'étudiant, les gestionnaires et la personne ressource au projet envisagent d'implanter le PSS de façon permanente auprès des survivants du cancer du sein. Le PSS a été enregistré en tant que formulaire officiel par une technicienne en procédés administratifs et sera donc disponible pour utilisation après la fin du stage. De plus, dans le cas où le milieu désire implanter le PSS auprès de survivants d'autres types de cancer, il est prévu qu'un comité d'amélioration continue puisse être mandaté afin d'adapter la structure et/ou le contenu du PSS. L'étudiant fera parvenir le rapport de stage aux gestionnaires du département et à la CCSI ayant participé au projet, afin que le milieu puisse bénéficier des recommandations et des résultats du projet de stage.

Chapitre 4 : Discussion

4.1 Réflexion sur les objectifs de stage

4.1.1 Comparer les PSS disponibles. Sélectionner un PSS et l'adapter, en collaboration avec les professionnels de l'équipe de soins et un patient ressource.

Cet objectif a été atteint, car différents PSS ont été comparés par l'étudiant, avec l'aide de la personne ressource, pour ensuite être adapté avec les membres de l'équipe interdisciplinaire. Dans l'atteinte de cet objectif, l'étudiant a exercé la compétence de pratique basée sur les résultats probants, car le PSS utilisé pour la mise à l'essai a été sélectionné et adapté en tenant compte des lignes directrices récentes sur le sujet (Hamric, Hanson, Tracy & O'Grady, 2014). La compétence de collaboration a aussi été mobilisée dans l'atteinte de cet objectif, et pour la suite du projet, car l'étudiant a établi un partenariat avec les membres de l'équipe interdisciplinaire et a interagit de façon transparente avec ces derniers dans le but de trouver des solutions à des problèmes et d'atteindre les objectifs fixés (Hamric et al., 2014).

D'abord, les différents PSS disponibles ont été comparés afin de trouver un PSS répondant à la réalité du milieu de stage et des ressources disponibles. L'étudiant a donc sélectionné un PSS qui pouvait être implanté en tenant compte des ressources disponibles, des barrières et des facilitants identifiés. Ensuite, le PSS choisi par l'étudiant a été adapté, en collaboration avec des infirmières (n=6), des gestionnaires (n=3), un radiooncologue (n=1) et une patiente ressource (n=1). Ceci a fait en sorte que le produit final tenait compte à la fois des recommandations des écrits scientifiques, de la pratique réelle des professionnels du milieu de stage, des ressources du milieu de stage, ainsi que des besoins et préférences des survivants du cancer du sein. La méthode itérative s'est donc révélée pertinente et efficace, car

elle a permis de d'apporter plusieurs séquences de modifications au PSS, jusqu'à l'obtention d'un consensus entre tous les membres de l'équipe interdisciplinaire ayant participé à l'adaptation. Il est d'ailleurs recommandé de prendre en considération les perspectives des personnes atteintes de cancer ainsi que celles des membres de l'équipe interdisciplinaire lors de l'élaboration d'un PSS (Hébert et Filion, 2017a).

4.1.2 Élaborer la procédure de complétion et de remise du PSS, en collaboration avec les professionnels de l'équipe de soins.

Cet objectif a été atteint, car la procédure de complétion a été élaborée avec les infirmières du département et en collaboration avec les gestionnaires. La DSI a d'ailleurs approuvé la procédure de complétion et de remise et a libéré du temps dédié aux activités de complétion et de remise du PSS. Ceci a été favorable à l'implantation du PSS, car selon Downs-Holmes et al. (2014), le soutien de l'administration est vital pour le succès de l'implantation d'un PSS.

La procédure élaborée s'est révélée fonctionnelle, mais ne s'est pas déroulée exactement telle que prévue. Effectivement, tel que mentionné plus tôt, quatre PSS sur neuf ont dû être complétés et remis en plus d'un rendez-vous, ce qui constitue près de la moitié des cas. Ceci n'était pas initialement prévu et indique que la période de 15 minutes allouée pour les rendez-vous PSS n'était probablement pas suffisante pour accomplir la complétion et la remise du PSS.

Par contre, étant donné que le projet constituait la première expérience des infirmières avec l'utilisation d'un PSS, il est possible que ceci soit attribuable à un manque d'expérience avec le document. Aussi, malgré que les infirmières aient participé à l'élaboration du PSS et de la procédure de complétion et de remise, elles n'avaient pas reçu de formation pour structurer la rencontre. Ceci pourrait aussi avoir

nuit à l'efficacité de la rencontre. Selon une étude de Salz et al. (2014), plus de la moitié des professionnels arrivaient à effectuer la remise d'un PSS en moins de 30 minutes alors que d'autres avaient besoin de 60 minutes ou plus. Le temps de remise est donc possiblement variable d'un professionnel à l'autre ou d'un patient à l'autre.

4.1.3 Identifier des barrières et des facilitateurs à l'implantation du PSS afin de planifier des interventions de facilitation. Exécuter les interventions de facilitation.

Cet objectif a été atteint, car tout au long du stage des barrières et des facilitateurs ont été recueillis, grâce aux stratégies mentionnées dans les sections précédentes. Plusieurs stratégies de facilitation ont été planifiées selon ces barrières et ont ensuite été exécutées. L'étudiant a encore une fois exercé la compétence de pratique basée sur les résultats probants dans l'atteinte de cet objectif, car il s'est appuyé sur les résultats de la recherche (Hamric et al., 2014) dans le domaine du transfert des connaissances afin de structurer et planifier les activités du stage.

Effectivement, en utilisant les stratégies de discussions avec les personnes clés et d'observation de la pratique clinique (NICE, 2007), il a été possible d'identifier les facilitateurs suivants : les infirmières croient que l'utilisation du PSS est pertinente et répond à un besoin en information chez les survivants, un radiooncologue est en faveur de l'utilisation du PSS depuis quelques années, les infirmières et les gestionnaires désirent contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et à l'atteinte des normes d'Agrément Canada, et les infirmières possèdent les compétences nécessaires à la complétion et à la remise d'un PSS.

Ces stratégies ont aussi permis d'identifier des barrières qui ont été la cible d'interventions, ce qui a favorisé le succès de l'implantation, car le succès des interventions de transfert des connaissances est favorisé lorsque les interventions

sont planifiées et focalisées (Graham et al., 2006). Ainsi, les rencontres éducationnelles (NICE, 2007) ont permis aux infirmières de connaître le PSS, ses origines et sa pertinence pour les soins aux survivants du cancer. De plus, l'étudiant était présent dans le milieu de stage afin de soutenir les infirmières dans l'utilisation de ce nouvel outil et de répondre à leurs questions.

D'ailleurs, selon NICE (2007) les visites éducationnelles sont plus efficaces lorsque combinées à des systèmes de rappel ainsi que des interventions par le biais du patient. Ce fut le cas pour la mise à l'essai du PSS, car un système de rappel avait été intégré au programme *Mosaic* et les patients étaient informés de l'existence du PSS afin qu'ils puissent en faire la demande auprès des infirmières.

Par contre, malgré que la complétion du PSS ait été partiellement automatisée dans *eClinibase*, que les patients débutaient la complétion du document à la salle d'attente et qu'une période de 15 minutes ait été libérée afin d'adresser la barrière du manque de temps, il semble que ces interventions n'aient pas toujours été suffisantes pour surmonter la barrière du manque de temps.

4.1.4 Mettre à l'essai l'implantation du PSS, avec les infirmières de l'équipe de soins et auprès des survivants du cancer du sein.

Cet objectif a été atteint, car le PSS a été mis à l'essai avec les infirmières et auprès de leur clientèle, soit les survivants du cancer du sein. Dans l'atteinte de cet objectif, l'étudiant a exercé la compétence de consultation auprès des infirmières, dans la mesure où il a agi en tant qu'expert sur le sujet du PSS (Hamric et al., 2014). Effectivement, pendant toute la durée du projet et pendant la mise à l'essai, il était disponible pour partager ses connaissances concernant le PSS avec ses collègues

de l'équipe interdisciplinaire (Hamric et al., 2014). Pendant cette période il a aussi exercé la compétence de leadership, en agissant en tant que leader d'opinion afin de favoriser et soutenir le changement (Hamric et al., 2014). Son rôle s'est apparenté à celui d'un « champion », car il était responsable de diriger et d'animer le processus de mise à l'essai (RNAO, 2012).

Pendant la mise à l'essai, les infirmières ont adopté l'utilisation du PSS, mais elles ont parfois manqué de temps pour effectuer toutes les tâches faisant partie de leurs responsabilités. Selon Oelke, White, Besner, Doran, McGillis Hall et Giovannetti (2008), lorsque les infirmières font face à un manque de temps ou à une augmentation de leur charge de travail, elles sont moins portées à répondre aux besoins psychosociaux des patients. Malheureusement, il semble que ce phénomène ce soit produit à certains moments de la mise à l'essai du PSS, car les infirmières ont parfois choisi de prioriser des techniques de soins, telles que des prélèvements sanguins ou des pansements, plutôt que les rendez-vous PSS. Ceci ne constitue probablement pas une utilisation optimale des ressources infirmières et peut donc avoir des conséquences sur la qualité et des soins prodigué ainsi que sur la satisfaction du personnel infirmier (Oelke et al., 2018).

4.1.5 Recueillir les commentaires des infirmières et des survivants ayant participé à la mise à l'essai du PSS.

Cet objectif a été atteint. D'abord, les infirmières ont été rencontrées et leurs commentaires ont été recueillis sous la forme d'une entrevue de groupe semi-structurée (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Cette entrevue était animée de façon souple par l'étudiant (Savoie-Zajc, 2009), afin de faire ressortir les informations à

propos des thèmes d'intérêt (Morgan, 2012; Savoie-Zajc, 2009). Elle était donc orientée vers le contenu, plutôt que les interactions (Morgan, 2012) et s'est révélé efficace pour comprendre l'expérience des infirmières avec l'utilisation du PSS (Savoie-Zajc, 2009).

Ensuite, l'étudiant a recueilli des commentaires auprès des survivants ayant participé à la mise à l'essai. Ce projet de stage ne constitue pas une étude et n'a pas fait l'objet d'un comité d'éthique permettant de recueillir des données auprès de sujets et selon des variables étudiées. La méthode pour recueillir des commentaires visait donc à recueillir des commentaires généraux concernant l'expérience d'utilisation. Ces commentaires généraux sont pertinents, car ils informent sur l'appréciation de la clientèle cible du PSS et ont confirmé que le PSS répond aux besoins de cette clientèle.

Par contre, aucun survivant n'a fait de commentaire en regard du moment de remise du PSS. Il aurait été intéressant d'explorer cet aspect, car les résultats font remarquer que les sections concernant les objectifs de santé et les autres commentaires n'étaient pas utilisées dans huit des neuf PSS complétés et remis. Ceci pourrait être associé au fait qu'à la troisième semaine de radiothérapie ces patients n'avaient pas tout à fait terminé leurs traitements actifs et n'avaient donc pas encore amorcé une réflexion quant à leur objectifs de santé à long terme. Effectivement, tel que mentionné plus tôt, c'est souvent après avoir terminé les traitements actifs que les survivants réalisent qu'ils doivent maintenant faire face à une réalité différente (Hewitt et al., 2006; Partenariat canadien contre de le cancer, 2018).

4.2 Réflexion sur les objectifs d'apprentissage

4.2.1 Être initié au rôle de cadre-conseil en soins infirmiers dans un établissement hospitalier.

L'atteinte de cet objectif est attribuable au fait que l'étudiant a été supervisé par une personne ressource occupant un poste de cadre-conseil en soins infirmiers (CCSI). Ainsi, dans le cadre des activités du stage, il a exercé les différents rôles du CCSI, soit celui d'expert clinique et d'agent de changement (OIIQ, 2018). Tout au long du stage, il a été appelé à accompagner les équipes de soins dans la résolution de problèmes, l'amélioration de la qualité des soins et le développement de l'excellence clinique, en planifiant, concevant et en mettant en œuvre une nouvelle approche (OIIQ, 2018), soit celle de la remise du PSS aux survivants du cancer.

4.2.2 Comprendre les intérêts des différents groupes d'un établissement hospitalier.

Cet objectif a été atteint, car il a discuté avec les différentes parties prenantes au projet pilote d'implantation du PSS, ce qui l'a amené à identifier et analyser leurs rôles, leurs intérêts, leurs niveaux de connaissance, leurs attentes et leurs niveaux d'influence (Project Management Institute, 2013). Les parties prenantes identifiées étaient : les infirmières du département, les gestionnaires du département, les médecins, et les patients. Toutes ces parties prenantes avaient un intérêt commun, soit celui de l'amélioration de la qualité des soins associée au PSS.

Ensuite, les médecins étaient en faveur du PSS et du rendez-vous PSS, car dans le cadre de leurs consultations, ils recevaient parfois beaucoup de questions pouvant être répondues par une infirmière. Le PSS permettrait que ces questions, qui ne relèvent pas exclusivement du médecin, soient traitées par l'infirmière lors du rendez-vous PSS, libérant ainsi les médecins. De leur côté, les infirmières ne

voulaient pas voir leur charge de travail augmentée par les activités de complétion et de remise du PSS, sans que du temps supplémentaire soit libéré pour accomplir ces nouvelles tâches. Elles étaient par contre motivées par le rehaussement du rôle infirmier associé au PSS. Le groupe des médecins et le groupe des infirmières ont été maintenus informés, car ils avaient un pouvoir modéré et un intérêt élevé (Project Management Institute, 2013).

Les gestionnaires étaient en faveur du PSS, car son utilisation permettrait à l'organisation d'atteindre certaines normes de qualités, dont celles d'Agrément Canada et de fournir des soins et services de qualité pour les usagers. Les gestionnaires désiraient tout de même procéder avec prudence afin de ne pas causer d'insatisfaction chez les professionnels du département ciblé. Ce groupe a donc été géré avec attention (Project Management Institute, 2013).

Le groupe des patients, surtout représenté par la patiente ressource, avait un intérêt élevé et un pouvoir faible à modéré, donc il a été maintenu informé (Project Management Institute, 2013).

4.2.3 Développer et mettre à l'essai une intervention de transfert des connaissances.

Cet objectif a été atteint, car des activités ont été planifiées et exécutées pour chacune des phases du cycle d'action de Graham et al. (2006). Ceci a permis de développer l'intervention de transfert des connaissances et de la mener à terme.

Par contre, l'utilisation du PSS ne s'est finalement pas maintenue après la fin du projet de stage. Selon la personne ressource au projet de stage, le milieu de stage avait d'autres priorités afin d'atteindre les objectifs ministériels. Le fait d'avoir d'autres priorités est un obstacle à l'utilisation d'une connaissance et donc à sa durabilité

(RNAO, 2012). Aussi, le fait d'avoir d'autres projets simultanés peut constituer un obstacle à l'utilisation continue du PSS, dans la mesure où les changements demandés peuvent dépasser la capacité de l'équipe (RNAO, 2012). Ensuite, les résultats du projet de stage démontrent qu'il peut être difficile d'effectuer la complétion et la remise du PSS en 15 minutes. Il est possible que cela ait nuit à la durabilité du projet, car des ressources supplémentaires à celles prévues pendant la mise à l'essai pourraient être nécessaires à la pérennisation de l'utilisation du PSS.

4.3 Forces et limites du projet de stage

4.3.1 Forces du projet

La première force est que la participation des différentes personnes impliquées a permis à l'étudiant de recueillir différents points de vue ainsi que des commentaires variés. Effectivement, il est recommandé que le développement d'un PSS soit effectué en collaboration avec une équipe interdisciplinaire (Downs-Holmes et al., 2014) et avec les gestionnaires, afin de tenir compte des ressources disponibles (Jefford et al., 2011). De cette façon, les utilisateurs du PSS ont été impliqués à plusieurs étapes du projet, ce qui a assuré que le produit soit cohérent à leur réalité.

La deuxième force est que l'étudiant a prévu des périodes de présence dans le milieu de stage pendant la mise à l'essai du PSS, afin de soutenir l'équipe de soins lors de la mise à l'essai du PSS. Ceci a permis d'identifier les problématiques potentielles rapidement et d'intervenir au besoin (Heagney, 2012). Effectivement, lorsque les infirmières avaient des questions concernant les activités de complétion et de remise, l'étudiant a été en mesure de leur répondre rapidement.

La troisième force du projet est qu'il est d'actualité, car tel que mentionné plus tôt, l'utilisation du PSS fait l'objet d'une norme dans le processus d'agrément de

l'organisme Agrément Canada (2016). De plus, l'utilisation du PSS est conforme à l'approche de soins la plus actuelle, soit celle du « partenariat patient », car elle implique le patient dans ses soins et vise à outiller ce dernier pour lui permettre de prendre des décisions éclairées quant à sa situation de santé.

4.3.2 Limites du projet

La première limite du projet est que malgré que l'étudiant ait tenté de s'exclure le plus possible des activités de complétion et de remise, son implication dans la présentation du PSS au patient a possiblement influencé la charge de travail totale associée au PSS. L'étudiant a tenté de s'exclure de ces activités, afin que le projet de stage renseigne aussi sur la faisabilité de l'utilisation du PSS selon les ressources disponibles dans le milieu de stage. Par contre, lorsqu'il présentait le PSS aux patients à la salle d'attente pour les inviter à débiter la complétion du document, il répondait parfois à certaines questions concernant la complétion. Sachant qu'il ne devait pas s'ingérer dans les activités de complétion et de remise, l'étudiant invitait les patients à répondre selon leur compréhension de l'outil et les informait que l'infirmière terminerai avec eux lors de la rencontre à cet effet.

La deuxième limite du projet est que seulement les patients recevant cinq traitements de radiothérapie par semaine ont été ciblés par la mise à l'essai. Ce choix permettait de tester l'outil auprès de la clientèle, sans trop subir les contraintes associées aux horaires de traitements qui sont hors du contrôle de l'étudiant. Par contre, ce choix diminue aussi la transférabilité de la procédure de remise et de complétion auprès de patients recevant des traitements planifiés selon une fréquence différente. Effectivement, les patients recevant moins de cinq traitements de

radiothérapie par semaine sont moins présents dans le milieu de soins et il y a donc moins de possibilités pour leur planifier un rendez-vous PSS avec une infirmière disponible. Ceci, associé au fait que les rendez-vous PSS doivent parfois être remis à une autre date, à cause d'imprévus ou de manque de temps pour terminer la rencontre, pourrait compromettre la complétion et la remise du PSS chez cette clientèle.

La troisième limite du projet est que le PSS a été intégré à une rencontre incluant aussi l'ODD. Il devient donc difficile d'exclure totalement l'influence de l'ODD dans les résultats du stage. Effectivement, tel que mentionné plus tôt, avant la mise à l'essai du PSS, les infirmières disposaient d'une rencontre de 15 minutes pour compléter l'ODD avec leurs patients. Pour la mise à l'essai du PSS, cette rencontre infirmière est devenue le rendez-vous PSS et a été augmentée à un total de 30 minutes. Par contre, il est possible que la complétion de l'ODD ne nécessite pas exactement une période de 15 minutes et ceci amène un biais dans les résultats concernant le temps de remise et de complétion du PSS.

4.4 Retombées liées à la réalisation du stage

4.4.1 Pour le milieu

D'abord, le PSS développé avec l'équipe interdisciplinaire a été intégré au système *eClinibase* et y restera disponible après le départ de l'étudiant. Si le milieu désire implanter le PSS de façon permanente, le PSS sera donc prêt à être utilisé. La procédure de complétion et de remise élaborée pour le projet pourra aussi être utilisée dans le cas où le PSS est implanté à long terme. Ensuite, à travers l'utilisation du PSS, les infirmières du département ont été sensibilisées aux besoins en

information des survivants en ce qui a trait à leur maladie, leurs traitements et le suivi de leurs besoins.

4.4.2 Pour les patients

Les neuf patientes qui ont reçu un PSS dans le cadre de la mise à l'essai ont bénéficié de l'outil et de la rencontre infirmière. Il est donc possible que cette intervention ait permis une augmentation de leur niveau de connaissances (Mayer, Birken, Check et Chen, 2015; Palmer et al., 2015) et de leur sentiment d'auto-efficacité (Kenzik et al. 2016) en plus de leur permettre de mieux répondre à leurs différents besoins de santé (Hewitt et al., 2006), tel que les écrits scientifiques le suggèrent.

De plus, il est possible que ces patients bénéficient d'une meilleure continuité de soins, dans la mesure où les professionnels de la santé de première ligne impliqués dans leur suivi pourront se référer à leur PSS afin de planifier et de prodiguer des soins de qualité optimale. Effectivement, tel que mentionné plus tôt, plusieurs professionnels de la santé de première ligne jugent que le PSS est utile pour planifier et prodiguer des soins de qualité optimale (Brant et al., 2015) et qu'il leur permet une meilleure connaissance du suivi médical à effectuer (Hébert et Filion, 2017b).

4.5 Recommandations pour la pratique, la recherche et la formation

4.5.1 Pour la gestion des services infirmiers

Tel que mentionné plus tôt, le soutien des gestionnaires est vital pour le succès de l'implantation d'un PSS (Downs-Holmes et al., 2014). Suite à l'analyse des résultats du stage, la principale recommandation pour la pratique serait de libérer suffisamment de ressources pour permettre aux infirmières de procéder à la

complétion et à la remise du PSS. Effectivement, du temps spécifique aux activités de complétion et de remise est nécessaire afin de permettre aux infirmières de préparer et d'effectuer le rendez-vous PSS sans compromettre les activités infirmières sur le département. Il serait donc pertinent d'optimiser les ressources infirmières disponibles sur le département à travers l'organisation des soins. Il serait aussi important d'assurer que des lieux physiques soient disponibles afin d'accomplir la rencontre.

De plus, l'utilisation du PSS a nécessité l'accomplissement de tâches administratives, telles que la coordination des rendez-vous PSS, ainsi que l'impression et la remise des PSS aux patients. Avant de débiter la mise à l'essai, une gestionnaire de proximité a effectué la planification initiale des tous rendez-vous. Les infirmières ont ensuite coordonné les changements de rendez-vous à associés à des imprévus. L'étudiant était responsable de l'impression des PSS, car il était le seul à avoir accès au formulaire du PSS dans le programme *eClinibase*. Tel que mentionné plus tôt, il était aussi responsable de remettre les PSS aux patients ciblés par la mise à l'essai, alors que ces derniers étaient à la salle d'attente. Par contre, dans le cas où un PSS est implanté à long terme, il serait plus optimal de déléguer ces tâches de nature administrative à une autre personne, tel qu'un agent administratif.

Le présent rapport de stage met en évidence quelques défis potentiels au niveau de la pérennisation de l'utilisation du PSS. Ainsi, si une organisation décide d'implanter le PSS après l'avoir mis à l'essai, il serait pertinent qu'elle identifie les barrières à l'utilisation du PSS, mesure l'utilisation du PSS et planifie des

interventions afin de pérenniser l'utilisation (Graham et al., 2006; *RNAO*, 2012). Pour se faire, les ressources pour maintenir le changement pourraient être planifiées le plus tôt possible (Davies et Edwards, 2013) et l'identification d'un expert dans le domaine pour assurer le maintien de ce changement (*RNAO*, 2012).

4.5.2 Pour la pratique

La mise à l'essai du PSS a été planifiée de façon à répondre avec les recommandations recensées dans les écrits scientifiques, présentées à la section 2.5, car elles sont les plus actuelles à ce jour. Par contre, étant donné certaines contraintes associées aux processus déjà en place dans le milieu de soins, le PSS était remis environ deux semaines avant la fin des traitements. Tel que proposé à la section 4.1.5, ce moment n'était peut-être pas assez près de la fin des traitements. Il serait donc recommandé que le moment de remise du PSS soit synchronisé avec la fin réelle des traitements et de la transition vers les soins primaires. Ceci permettrait de discuter de sujets reflétant la réalité de la phase de survivance. Effectivement, tel que mentionné plus tôt, les besoins et les préoccupations des patients atteints de cancer sont différents dans la phase des traitements par rapport à la phase post-traitement (Hewitt et al., 2006; Partenariat canadien contre le cancer, 2018).

Aussi, il serait souhaitable d'éviter toute ambiguïté au niveau de la complétion du PSS. Effectivement, si l'information nécessaire à la complétion d'une section n'est pas disponible au moment du rendez-vous PSS, il serait préférable de placer une note au crayon à mine ou avec un papier de type « post-it » pour indiquer que la section devra être complétée lorsque l'information sera disponible. Effectivement, deux PSS sur neuf n'avaient aucune information au niveau de la section

« hormonothérapie à venir » et ceci peut suggérer la possibilité que la section ait été oubliée, alors que selon les infirmières, ce n'était pas le cas.

De plus, dans le cas où un PSS est implanté, il serait pertinent de revoir périodiquement sa structure et son contenu, afin d'assurer qu'il réponde toujours aux données probantes les plus récentes (Downs-Holmes et al., 2014).

Il serait nécessaire de déterminer quelle est la conduite à suivre avec les patients analphabètes. Il serait important de statuer l'approche à adopter face à cette situation, afin de fournir des soins qui sont équitables et standardisés. À ce jour et à notre connaissance, il n'y a pas de recommandations au sujet de la remise d'un PSS chez les survivants analphabètes.

4.5.3 Pour la recherche

Tel que mentionné plus tôt, jusqu'à maintenant, peu d'études rigoureuses ont démontré des résultats significatifs à l'utilisation du PSS (Mayer et al., 2015). Dans la présente mise à l'essai, les survivants ayant reçu un PSS ont fait des commentaires positifs face à l'outil et exprimaient, pour la plupart, un désir de recevoir le PSS. Il serait donc pertinent de poursuivre la recherche en ce qui a trait aux retombées du PSS et à la perception des utilisateurs face à l'outil. Ensuite, il serait pertinent de continuer à explorer le moment idéal pour effectuer la remise du PSS. Aussi, des gabarits de PSS peuvent être développés afin d'explorer les perceptions des professionnels et des survivants quant aux différents types de formats et quant aux différents éléments de contenu du PSS. Ceci permettrait de produire un document cohérent avec les besoins et les attentes des utilisateurs.

Tel que mentionné plus tôt, il est important de prendre en compte les processus de soins en place et les ressources disponibles lors de l'implantation d'un PSS (Jefford et al., 2011). Ainsi, il serait pertinent que davantage de projets de mise à l'essai soient effectués et que leurs résultats soient publiés. Il serait aussi pertinent d'explorer les facteurs, associés aux professionnels ou aux patients, qui peuvent être responsables d'un temps de remise du PSS plus long. Ceci permettrait de mieux connaître les barrières possibles à l'utilisation du PSS et de se préparer pour le succès des futurs projets d'implantation ou de mise à l'essai d'un PSS

4.5.4 Pour la formation

Une infirmière a rapporté que la complétion et la remise du PSS a nécessité 90 minutes pour l'une des patientes, car cette dernière demandait des informations très précises sur des éléments spécifiques tels que le guide alimentaire canadien. Il serait pertinent de prévoir une formation visant à informer les infirmières du niveau de complexité attendu en regard de l'enseignement, qui aborderait chacun des sujets traités lors du rendez-vous PSS et du moment où la première ligne doit prendre le relais. Le rôle de l'infirmière concernant l'enseignement à effectuer dans le cadre du rendez-vous PSS pourrait ainsi être clarifié. Toujours en utilisant l'exemple du guide alimentaire, l'infirmière pourrait être responsable d'effectuer l'enseignement concernant les notions de base en alimentation, mais dans le cas où un patient demande des informations spécifiques, le rôle de l'infirmière serait plutôt d'orienter ou de référer le patient vers des ressources pertinentes pour répondre à ce besoin.

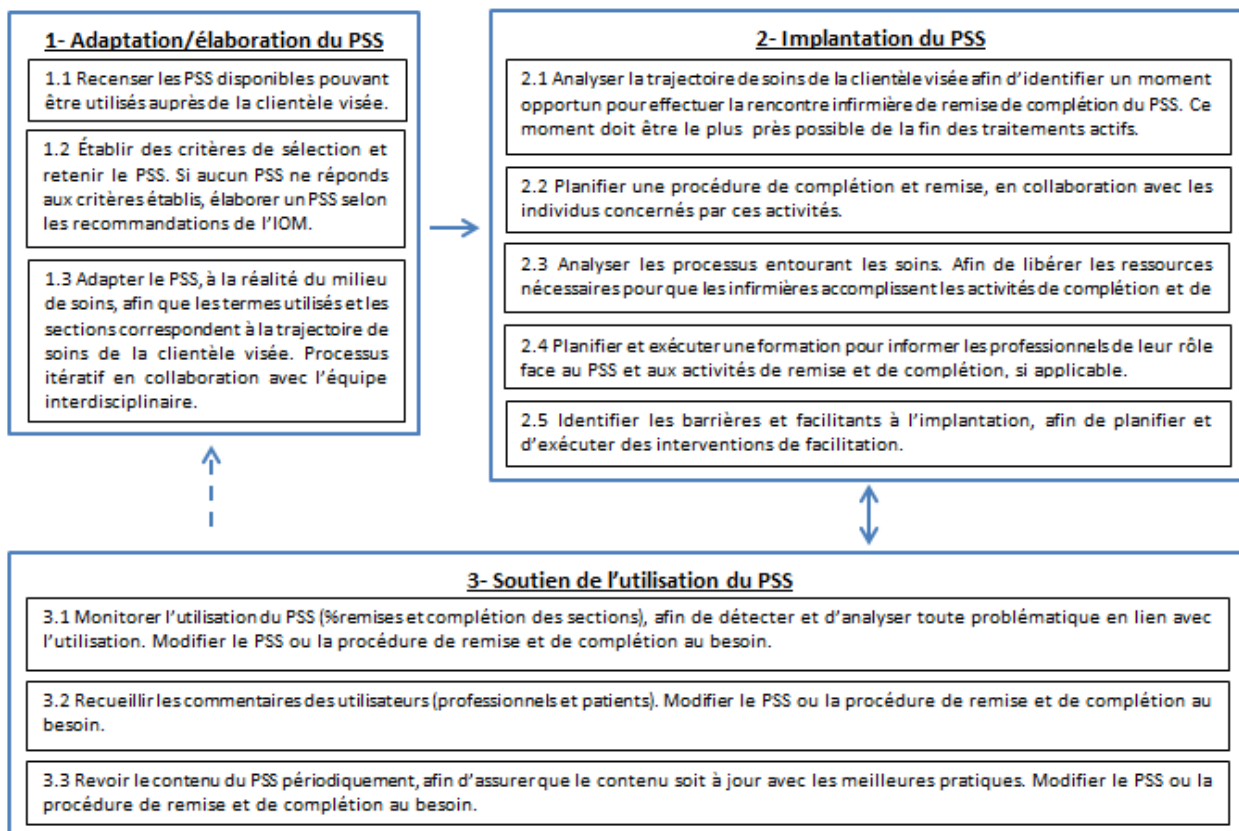
Ce projet de mise à l'essai d'un PSS souligne l'importance d'évaluer les besoins physiques et psychosociaux des survivants du cancer, afin d'effectuer

l'enseignement nécessaire et d'assurer une continuité des soins au prochain palier de soins. Ceci correspond bien aux compétences attendues au baccalauréat en sciences infirmières de l'UdeM. Effectivement, selon le référentiel des compétences du baccalauréat en sciences infirmières, il est attendu que les étudiants soient capables de procéder à une évaluation ciblée de la santé physique et mentale; d'ajuster leur enseignement en fonctions des préoccupations des personnes/familles/communautés; et d'utiliser les documents appropriés pour réaliser des activités de suivi (Faculté des sciences infirmières, 2010). Le PSS, et les activités infirmières qui y sont associées, s'accordent bien avec les compétences attendues chez les infirmières complétant un baccalauréat en sciences infirmières.

4.5.5 Recommandations pour l'implantation du PSS

La figure 2, à la page suivante, présente les étapes suggérées, au niveau opérationnel, afin d'adapter/élaborer et d'implanter un PSS. Ces étapes ont été développées par l'étudiant à partir de son expérience avec le présent projet de mise à l'essai d'un PSS. Elles peuvent servir à guider les gestionnaires et/ou les CCSI qui souhaiteraient implanter un PSS dans un milieu de soins.

Figure 2 : Étapes recommandées pour adapter/élaborer et implanter un PSS



Chapitre 5 : Conclusion

Les survivants du cancer sont une population grandissante (Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, 2017) et sont particulièrement vulnérables lors de la transition entre les traitements actifs et la survivance (Hewitt et al., 2006; Partenariat canadien contre le cancer, 2018). Malheureusement, ils sont nombreux à rapporter des besoins insatisfaits lors de cette phase critique pour leur santé à long terme (Harrison et al., 2009; Hewit et al., 2006; Partenariat canadien contre le cancer, 2018). L'utilisation d'un PSS peut aider les professionnels de la santé, et les survivants eux-mêmes, à mieux répondre à ces besoins nombreux et variés (Brennan et al., 2014; Hewitt et al., 2006; Jefford et al., 2011). Malheureusement, son utilisation n'est pour le moment pas répandue dans nos milieux de soins. Le présent rapport de stage démontre qu'il est possible d'implanter l'utilisation d'un PSS auprès d'infirmières, en s'appuyant sur le cadre de référence de Graham et al. (2006) et en mettant en pratique des stratégies facilitant le changement (NICE, 2007). Ce rapport de stage met aussi en évidence que le PSS est bien reçu par les survivants du cancer et par les professionnels de la santé ayant participé à sa mise à l'essai.

Chapitre 6 : Références

- Agrément Canada. (2016). Normes : Traitement du cancer – Pour les visites qui commencent après : 01 janvier 2017. Repéré à : <https://store.accreditation.ca/collections/standards>
- ASCO. (2018). ASCO Cancer Treatment and Survivorship care Plans- Permission to Use ASCO Treatment and Survivorship Care Plan Templates. Repéré à : <https://www.cancer.net/survivorship/follow-care-after-cancer-treatment/asco-cancer-treatment-and-survivorship-care-plans>
- Bowen, S., & Graham, I. D. (2013) Integrated knowledge translation. Dans Sharon, E., Tetroe, J., & Graham, I. D., *Knowledge translation in health care : Moving from Evidence to Practice (2nd ed)* (p. 14-23). West Sussex : John Wiley & Sons.
- Brant, J. M., Blaseg, K, Aders, K., Oliver, D., Gray, E., & Dudley, W. (2016). Navigating the transition from cancer care to primary care: Assistance of a survivorship care plan. *Oncology Nursing Forum*, 43(6), 710-719.
- Brearley, S. G., Stamatakis, Z., Addington-Hall, J., Foster, C., Hodges, L., Jarrett, N., Richardson, A., ... Amir, Z. (2011). The physical and practical problems experienced by cancer survivors : A rapid review and synthesis of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 204-212.
- Brennan, M. E., Gormally, J. F., Butow, P., Boyle, F. M., & Spillane, A. J. (2014). Survivorship care plans in cancer: a systematic review of care plan outcomes. *British Journal of Cancer*, 111, 1899-1908.
- Brothers, B. M., Easley, A., Salani, R., & Andersen, B. (2013). Do survivorship care plans impact patients' evaluations of care ? A randomized evaluation with gynecologic oncology patients. *Gynecologic Oncology*, 129(3), 554-558.
- Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*, 32(2), 223-231.
- Comité consultatif de la Société canadienne du cancer. (2017). *Statistiques canadiennes sur le cancer* (ISSN 0835-2976). Repéré à : <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%2>

0101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2017-FR.pdf?la=fr-CA

- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014). Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient. Repéré à http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf
- CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. (2016). Rapport annuel 2014-2015 : Installation Hôpital Maisonneuve Rosemont. Repéré à : <http://www.maisonneuve-rosemont.org/pages/H/Hopital/HMRdocuments.aspx?lang=FR-CA>
- Colquhoun, H., Grimshaw, J., & Wensing, M. (2013). Mapping KT interventions to barriers and facilitators. Dans Sharon, E., Tetroe, J., & Graham, I. D., *Knowledge translation in health care : Moving from Evidence to Practice (2nd ed)* (p. 137-149). West Sussex : John Wiley & Sons.
- Davies, B., & Edwards, N. (2013). Sustaining knowledge use. Dans Sharon, E., Tetroe, J., & Graham, I. D., *Knowledge translation in health care : Moving from Evidence to Practice (2nd ed)* (p. 237-248). West Sussex : John Wiley & Sons.
- Downs-Holmes, C., Dracon, A., Svarovski, T., & Sustin, M. (2014). Development of a Survivorship Program. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 53-57.
- Estabrooks, C. A., Rutakumwa, W., O'Leary, K. A., Profetto-McGrath, J., Milner, M., Levers, M. J., & Scott-Findlay, S. (2005). Sources of Practice Knowledge Among Nurses. *Qualitative Health Research*, 15(4), 460-46.
- Faculté des sciences infirmières. (2010). Référentiel de compétences : Baccalauréat en sciences infirmières. Repéré à : [http://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1LT53J1VT-LKT4LQ-2NL6/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20Comp%C3%A9tences%20FSI%202010%20\(PDF\).pdf](http://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1LT53J1VT-LKT4LQ-2NL6/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20Comp%C3%A9tences%20FSI%202010%20(PDF).pdf)
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation : Time for a map ? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26, 13-24.

- Hamric, A.B., Hanson, C.M., Tracy, M.F., & O'Grady, E.T. (2014). *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach*. (5e éd.). Saint-Louis, MO : Elsevier Saunders.
- Harrison, M. B., Graham, I. D., Fervers, B., & van den Hoek, J. (2013). Adapting knowledge to local context. Dans Sharon, E., Tetroe, J., & Graham, I. D., *Knowledge translation in health care : Moving from Evidence to Practice (2nd ed)* (p. 110-120). West Sussex : John Wiley & Sons.
- Harrison, J. D., Young, J. M., Price, M. A., Butow, P. N., & Solomon, M. J. (2009). What are the unmet supportive care needs of people with cancer ? A systematic review. *Support Care Cancer*, 17, 1117-1128.
- Heagney, J. (2012). *Fundamentals of Project Management (4e éd.)*, New York, NY : AMACOM.
- Hébert J. & Fillion, L. (2017a). Développement et validation d'un plan de soins de suivi (PSS) pour des femmes atteintes du cancer de l'endomètre lors de la transition de la fin du traitement actif vers la survie au cancer. *Revue Canadienne de Soins Infirmiers en Oncologie*, 27(1), 25-32.
- Hébert, J., & Fillion, L. (2017b). Évaluation de la faisabilité, de l'acceptabilité et pré-test de l'utilité d'un plan de soins de suivi (PSS) auprès de femmes atteintes du cancer de l'endomètre lors de la transition de la fin du traitement actif vers la survie au cancer. *Revue Canadienne de Soins Infirmiers en Oncologie*, 27(2), 142-152.
- Hewitt, M., Greenfield, S., & Stovall, E. (2006). From cancer patient to cancer survivor: lost in transition. Washington DC: The National Academies Press.
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2016). Collaboration : Application des connaissances. Repéré à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html>
- Jefford, M., Kerryann, L. J., Baravelli, C., Grogan, S., Rogers, M., Krishnasamy, M., ... Schofield, P. (2011). Development and Pilot Testing of Nuse-Led Posttreatment Support Package for Bowel Cancer Survivors. *Cancer Nursing*, 34(3), E1-E10.
- Kenzik, K. M., Kvale, E. A., Rocque, G. B., Demark-Wahnefried, W., Martin, M. Y., Jackson, B. E., ... Pisu, M. (2016). Treatment summaries and follow-up

- instructions for cancer survivors : Improving survivor self-efficacy and Health Care Utilization. *The Oncologist*, 21(7), 817-824.
- Khan, N. F., Rose, P. W., & Evans, J. (2012). Defining cancer survivorship : a more transparent approach is needed. *Journal of Cancer Survivorship*, 6(1), 33-36.
- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implantation of evidence based practice : a conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7, 149-158.
- Kitson, A., & Straus, S. E. (2013). Identifying knowledge to action gaps. Dans Sharon, E., Tetroe, J., & Graham, I. D., *Knowledge translation in health care : Moving from Evidence to Practice (2nd ed)* (p. 97-109). West Sussex : John Wiley & Sons
- Livestrong. (2018). We can help - Healthy living after treatment : Your survivorship care plan. Repéré à : <https://www.livestrong.org/we-can-help/healthy-living-after-treatment/your-survivorship-care-plan>
- Loiselle, C. G., & Profetto-McGrath, J. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives. Adaptation française de Polit et Beck. Montréal, Québec : ERPI.
- Mayer, D. K., Birken, S. A., Check, D. K., & Chen, R. C. (2015). Summing it up : an integrative review of studies of cancer survivorship care plans (2006-2013). *Cancer*, 121(7), 978-996.
- Morgan, D. L. (2012). Chapter 10 : Focus Groups and Social Interaction. Dans Gubrium, J. F., Holstein, J. A., Marvasti, A. B., & McKinney, K. D., *The SAGE Handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft (2nd ed)* (p.161-200). SAGE Publications.
- Mullan, M. (1985). Seasons of Survival : Reflections of a Physician with Cancer. *The New England Journal of Medicine*, 313(4), 270-273.
- Nekhkyudov, L., Ganz, P. A., Arora, N., & Rowland, J. (2017). Going Beyond Being Lost in transition : A Decade of Progress in Cancer Survivorship. *Journal of Clinical Oncology*, 35(18),1979-1981.
- NICE. (2007). How to change practice: Understand, identify and overcome barriers to change. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.

- Nicolaije, K. A., Ezendam, N. P., Johanna, C. V., Pijnenbord, J. M., Boll, D., Boss, E. A., ... Van de Poll-Franse, L. V. (2015). Impact of an automatically generated cancer survivorship care plan on patient-reported outcomes in routine clinical practice : Longitudinal outcomes of a pragmatic, cluster randomized trial. *American Society of Clinical Oncology*, 33(31), 3550-3559.
- Oelke, N. D., White, D., Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., & Giovannetti, P. (2008). Nursing Workforce Utilization : An Examination of Facilitators and Barriers on Scope of Practice. *Nursing Leadership*, 21(1), 58-71.
- Partenariat canadien contre le cancer. (2018). Vivre avec un cancer : rapport sur l'expérience du patient. Repéré à : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/news/news-events/groundbreaking-report-canadian-cancer-care-patient-perspective/>
- Palmer, S. C., Stricker, C. T., Panzer, S. L., Arvey, S. A., Baker, S. Casillas, J., Ganz, P. A., ... Jacobs, L. A. (2015). Outcomes and satisfaction after delivery of a breast cancer survivorship care plan : Results of a multicenter trial. *Journal of Oncology Practice*, 11(2), e222-e229.
- Philip, E. J., & Merluzzi, T. V. (2016). Psychosocial issues in post-treatment cancer survivors: Desire for support and challenges in identifying individuals in need. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(3), 223-239.
- Pomey, M. P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M. C., Débarges, B., Clavel, N., & Jouet, E. (2015). Le « Montreal Model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, 27(1), p.841-850.
- Project Management Institute. (2013). *Guide du corpus des connaissances en management de projet (PMBOK) (5^e ed)*. Newtown Square : Project Management Institute.
- RNAO. (2012). Ligne directrices sur les pratiques exemplaires – Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratique exemplaires. Repéré à : https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_2ed_French_with_App.E.pdf

- Ristovski-Slijepcevic, S., & Bell, K. (2014). *Repenser les suppositions concernant la survivance au cancer. Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 24(3), 174-177.
- Rowland, J. H., & Bellizzi, K. M. (2014). Cancer Survivorship Issues: Life After Treatment and Implications for an Aging Population. *Journal of Clinical Oncology*, 32(24), 2662-2668.
- Salz, T., & Baxi, S. (2016). Moving survivorship care plans forward : focus on care coordination. *Cancer Medecine*, 5(7), 1717-1712.
- Salz, T., McCabe, M. S., Onstad, E. E., Baxi, S. S., Deming, R. L., Franco, R. A., Glenn, L. A., Harper, G. R., Jumonville, A. J., Payne, R. M., Peters, E. A., Salner, A. L., Schallenkamp, J. M., Williams, S. R., Yiee, K., & Oeffigner, K. C. (2014). *Cancer*, 120(5), 722-731.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans Gauthier, B., *Recherche Sociale : De la problématique à la collecte de données* (5^e ed) (p. 337-360). Québec : Les presses de l'Université du Québec.
- Squires, J. E., Reay, T., Moralejo, D., LeFort, S. M., Hutchinson, A. M., & Estabrooks, C. A. (2012). Designing Strategies to Implement Research-Based Policies and Procedures. *The Journal of Nursing Administration*, 42(5), 298-197.
- Straus, S. E. (2013). Introduction – The K in KT : Knowledge creation. Dans Sharon, E., Tetroe, J., & Graham, I. D., *Knowledge translation in health care : Moving from Evidence to Practice* (2nd ed) (p. 27-28). West Sussex : John Wiley & Sons
- Straus, S. E., Tetroe, J., Bhattacharyya, O., Zwarenstein, M., & Graham, I. D. (2013). Monitoring knowledge use and evaluating outcomes. Dans Sharon, E., Tetroe, J., & Graham, I. D., *Knowledge translation in health care : Moving from Evidence to Practice* (2nd ed) (p. 227-236). West Sussex : John Wiley & Sons
- Sharon, E., Tetroe, J., & Graham, I. D. (2013). *Knowledge translation in health care : Moving from Evidence to Practice* (2nd ed). West Sussex : John Wiley & Sons
- Straus, S. E., Tetroe, J., & Graham, I. D. (2013b). Introduction – Knowledge translation : What it is and what it isn't. Dans Sharon, E., Tetroe, J., &

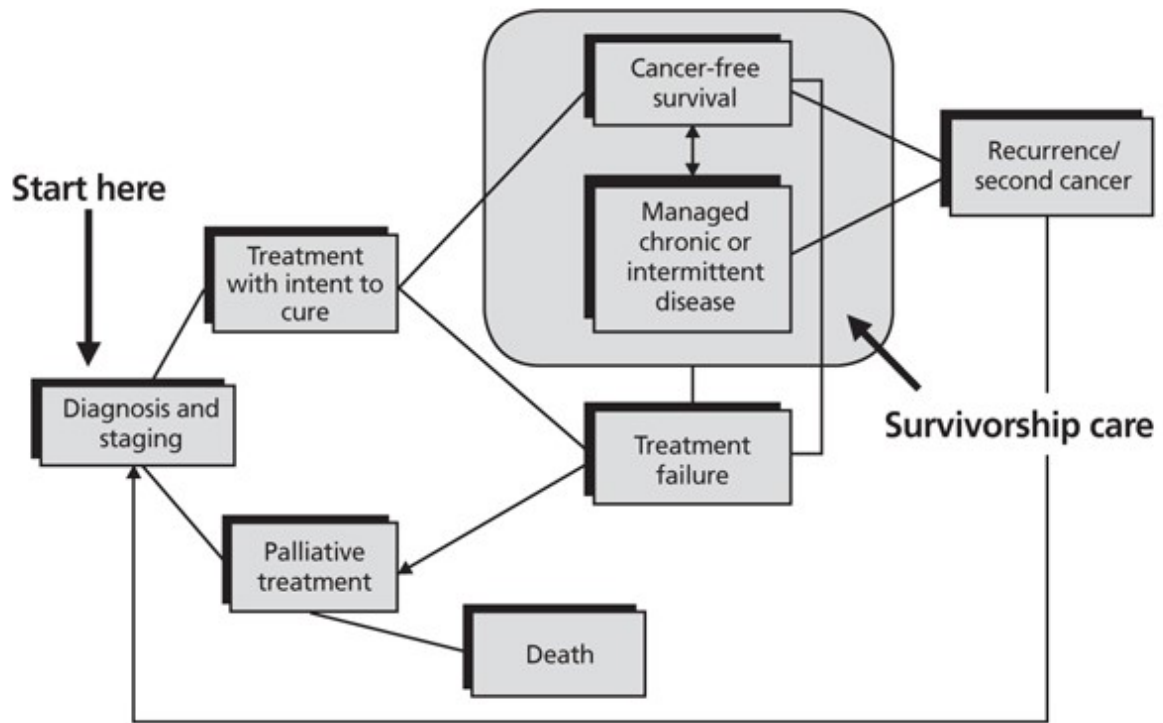
Graham, I. D., *Knowledge translation in health care : Moving from Evidence to Practice (2nd ed)* (p. 3-13). West Sussex : John Wiley & Sons

Weaver, S. W., & Jacobsen, P. B. (2018). Cancer care coordination: opportunities for healthcare delivery research. *Translational Behavioral Medicine*, 8(3), 503-508.

Annexe 1 : Continuum de la maladie du cancer

Annexe 1 :

Continuum de la maladie du cancer



(Hewitt et al., 2006)

Annexe 2 : Démarche de recherche documentaire

Annexe 2 :

Démarche de recherche documentaire

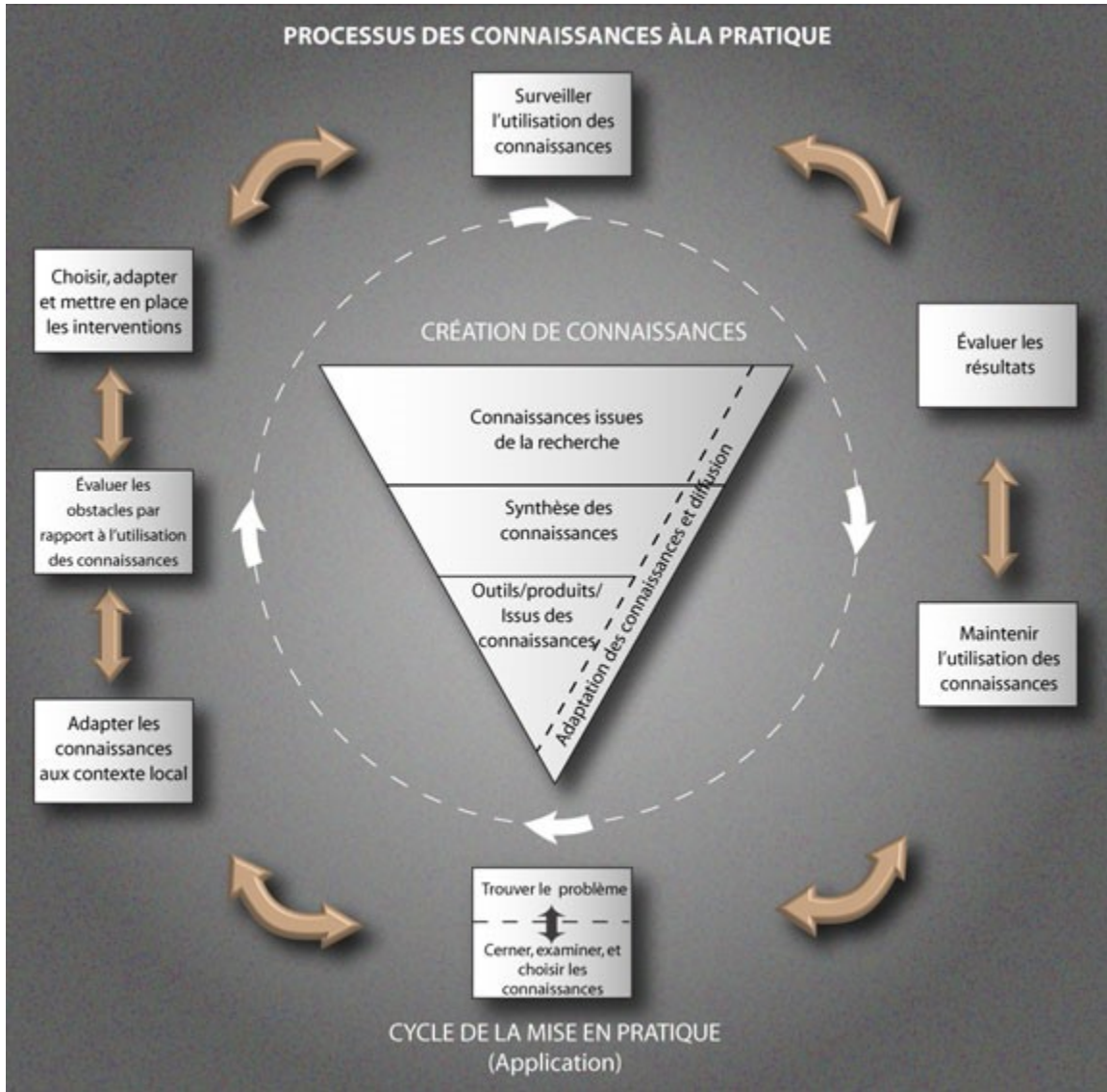
Bases de données consultées ou méthode utilisée	Mots clés utilisés	Limites appliquées	Nombres d'articles répertoriés	Critères d'inclusion et d'exclusion	Nombres d'articles retenus
Via la plateforme Ovid : EBM reviews – Database of abstract of Reviews of Effects et EBM reviews – ACP Journal Club	Survivorship care plan* or survivor care plan* or treatment summar* or follow-up plan* or continuity of patient care or patient care plan	Systematic review et meta analysis, 2006 à 2016	2	Inclus : écrits à propos du PSS; écrits à propos des survivants du cancer ayant terminé la période des traitements initiaux.	1
All Ovid Medline	AND Effect* or impact* or result* or outcome* or effectiveness or efficiency AND Cancer survivor* or cancer patient* or survivor*	Français, anglais, clinical trial, clinical study, observational study, controlled trial, randomized controlled trial, et 2009 à 2016	33	Exclus : écrits à propos d'une intervention autre que le PSS; écrits à propos de la clientèle d'âge pédiatrique ou de la clientèle de soins palliatifs; écrits non disponibles en version complète.	3

Consultation de la revue The Oncologist	Non applicable	Non applicable	1	IDEM	1
Consultation de la revue Canadian Oncology Nursing Journal	Non applicable	Non applicable	1		1
Consultation de la liste des références des articles retenus	Non applicable	Non applicable	7		7

Annexe 3 : Schématisation de l'IRSC du modèle « Des connaissances à la pratique »

Annexe 3 :

Schématisation de l'IRSC du modèle « Des connaissances à la pratique »



(Instituts de recherche en santé du Canada, 2016)

Annexe 4 : Tableau comparatif des gabarits de PSS disponibles

Annexe 4 :

Tableau comparatif des gabarits de PSS disponibles


PSSs Critères de sélection	ASCO - breast cancer SCP	Oncolife	Journey Foward	What's next ?	CHU de Québec – PSS de cancer de l'endomètre
Modalité de complétion	Écrit ou numérique. Gabarit format Word disponible sur le web.	Numérique seulement. Questionnaire à choix de réponses complété directement sur le site web.	Numérique seulement. Complété à partir d'un programme informatique qui doit être installé sur l'ordinateur.	Écrit seulement. Document PDF disponible sur le web.	Écrit ou numérique. Document Excel obtenu directement de Johanne Hébert.
Temps de complétion	10 à 15 minutes	10 à 15 minutes	20 à 30 minutes	30 minutes et +	10 à 15 minutes
Nombre de pages	4 à 6	15 à 20	6 à 8	24	4
Conformité aux critères de l'IOM	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Spécificité du contenu au cancer du sein	Oui	Oui	Non	Non	Non
Possibilité d'adapter le PSS	Oui	Non	Non	Non	Oui

Annexe 5 : Plan de soins de suivi en cancérologie

Annexe 5 :

Plan de soins de suivi en cancérologie

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de- l'Île-de-Montréal Québec	N° Dossier :	Date de naissance :	Sexe :
	Nom, Prénom :	Nom de la mère :	
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Adresse :		Téléphone :
 HMR0000	NAM :	Expiration :	
PLAN DE SOINS DE SUIVI EN CANCÉROLOGIE			
INFORMATIONS GÉNÉRALES			
Nom du (de la) patient(e) :		# RAMQ :	
# HMR :		# de téléphone :	
Noms des professionnels de la santé impliqués dans le suivi		Contact	
Médecin de famille :			
Chirurgien oncologue :			
Radio oncologue :			
Infirmière pivot oncologie (IPO) :			
(Autre) :			
(Autre) :			
<ul style="list-style-type: none"> • Ce Plan de Soins de Suivi comprend un résumé de traitement et un plan de suivi. Il vous est remis à titre informatif. Vous êtes encouragé(e) à le partager avec votre médecin de famille ainsi que tout professionnel de la santé. • Ce document constitue un bref résumé des aspects majeurs de votre traitement. Il ne constitue pas un rapport détaillé de votre dossier patient. 			

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Nom du patient :		N° dossier :	
Résumé de traitement			
Diagnostic			
Type de cancer : Cancer du sein		Côté atteint : <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	Date du diagnostic : (mois) / (année)
Récepteurs : <input type="checkbox"/> Estrogène + <input type="checkbox"/> Progestérone + <input type="checkbox"/> HER2 +			
Traitement complété			
Chirurgie : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Date de la chirurgie : (mois) / (année)	
Type de chirurgie : <input type="checkbox"/> Mastectomie partielle <input type="checkbox"/> Mastectomie totale <input type="checkbox"/> Reconstruction			
Retrait des ganglions lymphatiques : <input type="checkbox"/> Dissection axillaire * si oui, pas de pression artérielle ni de prises de sang à ce bras. <input type="checkbox"/> Ganglion sentinelle <input type="checkbox"/> Non applicable			
Particularités suite à la chirurgie, si applicable :			
Chimiothérapie : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Date de fin de la chimiothérapie : (mois) / (année)	
<input type="checkbox"/> Avant la chirurgie <input type="checkbox"/> Après la chirurgie			
Nom des agent(s) utilisé(s), si connu(s) :			
Radiothérapie : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Date de fin de la radiothérapie : (mois) / (année)	
Surdosage : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Nombre total de traitement(s) :	
Région(s) traitée(s) : <input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> Ganglions aisselle		<input type="checkbox"/> Paroi (si mastectomie totale) <input type="checkbox"/> Ganglions sus-claviculaires <input type="checkbox"/> Autre(s) :	
Hormonothérapie à venir : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non * Traitement à préciser selon la prescription de l'oncologue. Débute généralement 1 mois après la fin de la radiothérapie.			
Nom du traitement	Durée prévue	Effets secondaires possibles	
<input type="checkbox"/> Tamoxifène (Novaldex)		Bouffées de chaleur et écoulement vaginal (courant). Caillots sanguins, problèmes de vision, risque de cancer de l'utérus (rare). D'autres effets secondaires rares peuvent survenir	
<input type="checkbox"/> Inhibiteurs de l'aromatase (Anastrozole, Exemestane and Letrozole)		Bouffées de chaleur, douleurs articulaires ou musculaires, sécheresse vaginale et perte de densité osseuse (courants). Amincissement ou perte de cheveux (rare). D'autres effets secondaires rares peuvent survenir.	
<input type="checkbox"/> Agoniste du GnRH pour la suppression ovarienne (Zoladex, Lupron)		Bouffées de chaleur et sécheresse vaginale (courants). D'autres effets secondaires rares peuvent survenir.	
<input type="checkbox"/> Autre :			
<ul style="list-style-type: none"> Ce Plan de Soins de suivi comprend un résumé de traitement et un plan de suivi. Il vous est remis à titre informatif. Vous êtes encouragé(e) à le partager avec votre médecin de famille ainsi que tout professionnel de la santé. Ce document constitue un bref résumé des aspects majeurs de votre traitement. Il ne constitue pas un rapport détaillé de votre dossier patient. 			

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Nom du patient :		N° dossier :	
Sommaire de l'outil de dépistage de la détresse (ODD)			
Problèmes dépistés en période de fin de traitement :		Côte au « thermomètre de la détresse » : ___ /10	
Symptômes et état de santé en période de fin de traitements (selon l'échelle d'Edmonton) :			
Douleur : ___ /10	Dépression : ___ /10	Très bon appétit : ___ /10	
Fatigue : ___ /10	Anxiété : ___ /10	Sensation de bien-être : ___ /10	
Nausée : ___ /10	Somnolence : ___ /10	Aucun essoufflement : ___ /10	
Référence faite : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si applicable préciser référence :			
Plan de suivi			
Votre plan de suivi est conçu pour vous informer (ainsi que les professionnels de la santé impliqués dans votre suivi) des effets à long terme possibles, du suivi recommandé, des examens de routine, des comportements de santé recommandés pour maintenir une santé optimale et des ressources communautaires disponibles.			
Effets tardifs et à long terme possibles selon ce type de cancer et de traitements :			
Affaiblissement du cœur se présentant comme un essoufflement et un gonflement des jambes (rare, moins de 5% des cas). Risque de fracture des os, associé à un affaiblissement des os appelé ostéoporose. Ces symptômes peuvent aussi être associés à d'autres causes, telles que le diabète ou le vieillissement normal. Risque de caillot sanguin, plus souvent au niveau des jambes, appelé phlébite. Les symptômes de phlébite varient selon la localisation du caillot et peuvent se présenter sous forme de : douleur, rougeur, sensation de chaleur, sensation d'engourdissement, gonflement, ou d'une veine rouge, chaude et dure. <u>Si ces symptômes surviennent, signalez-le à votre professionnel de la santé.</u>			
Ces symptômes devraient être signalés à votre professionnel de la santé :			
1. Tout ce qui constitue un nouveau symptôme;			
2. Tout symptôme persistant;			
3. Tout ce qui vous inquiète ou qui pourrait être associé à une récurrence de cancer.			
Veuillez continuer à consulter votre fournisseur de soins primaires (par exemple votre médecin de famille) pour tous les <u>soins de santé généraux</u> recommandés pour une personne de votre âge, pour le <u>suivi de problèmes de santé déjà existants</u> , et pour le dépistage systématique du cancer <u>non mammaire</u> . Consultez un professionnel de la santé pour la prévention et le dépistage de la perte osseuse grâce aux tests de densité osseuse.			
Examens et suivi recommandé			
Période		Fréquence de suivi	
Les 5 premières années suivant la fin des traitements		Tous les 3 à 6 mois	
À partir de la 6 ^e année suivant la fin des traitements		Tous les 12 mois	
* Possibilité de suivi en alternance avec les différents fournisseurs de soins impliqués dans le suivi, par exemple le chirurgien oncologue et le médecin de famille. <u>La fréquence de suivi peut varier selon l'évaluation médicale.</u>			
<ul style="list-style-type: none"> • Ce Plan de Soins de suivi comprends un résumé de traitement et un plan de suivi. Il vous est remis à titre informatif. Vous êtes encouragé(e) à le partager avec votre médecin de famille ainsi que tout professionnel de la santé. • Ce document constitue un bref résumé des aspects majeurs de votre traitement. Il ne constitue pas un rapport détaillé de votre dossier patient. 			

Nom du patient :		N° dossier :	
Examens possibles dans le cadre de votre suivi médical			
Examens	Fréquence		
Mammographie	6 mois après la fin des traitements, puis tous les 12 mois		
Examen physique	Chaque visite		
Examen de fonction cardiaque	Selon l'évaluation médicale (au besoin, selon chimiothérapie reçue)		
Examen gynécologique	Tous les 2 ou 3 ans (selon l'INSPQ), ou selon l'évaluation médicale *Recommandé annuellement si vous prenez « Novaldex » ou « Tamoxifène »		
Test de densité osseuse	Selon l'évaluation médicale (au besoin) *Recommandé tous les deux ans si vous prenez un « inhibiteur de l'aromatase »		
*Selon l'évaluation médicale, il est possible que d'autres tests soient prescrits par votre médecin, tels que des scans, des radiographies et des analyses sanguines. <u>Les examens et leur fréquence peuvent varier selon l'évaluation médicale.</u>			
Préoccupations et habitudes de vie			
Les survivant(e)s du cancer du sein peuvent éprouver des problèmes avec les éléments énumérés ci-dessous. <u>Cochez le ou les éléments qui vous préoccupent le plus (actuellement)</u> et discutez avec votre médecin ou votre infirmière pour savoir comment vous pouvez obtenir de l'aide.			
<input type="checkbox"/> Anxiété et dépression	<input type="checkbox"/> Assurances	<input type="checkbox"/> Fonction sexuelle	
<input type="checkbox"/> Cessation tabagique	<input type="checkbox"/> Retour au travail / études	<input type="checkbox"/> Fonction physique	
<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Santé émotionnelle et mentale	<input type="checkbox"/> Variation de poids	
<input type="checkbox"/> Problèmes financiers	<input type="checkbox"/> Problèmes de concentration ou de mémoire	<input type="checkbox"/> Fertilité	
<input type="checkbox"/> Rôle parental	<input type="checkbox"/> Autres :		
Un certain nombre d'habitudes de vie peuvent influencer votre santé en cours, le risque que votre cancer revienne et le risque de développer un autre cancer. <u>Cochez les habitudes de vie pour lesquelles vous aimeriez avoir de l'information</u> et discutez de ces recommandations avec votre médecin ou votre infirmière.			
<input type="checkbox"/> Consommation d'alcool (A)	<input type="checkbox"/> Activité physique (B)	<input type="checkbox"/> Autres :	
<input type="checkbox"/> Gestion du poids corporel (C)	<input type="checkbox"/> Alimentation (C)		
<input type="checkbox"/> Gestion de la médication	<input type="checkbox"/> Gestion des autres problèmes de santé		
<input type="checkbox"/> Cessation tabagique	<input type="checkbox"/> Protection solaire (D)		
(A) La Société canadienne du cancer suggère de se limiter à moins d'une consommation d'alcool par jour.			
(B) La Société canadienne de physiologie de l'exercice recommande de faire au moins 150 minutes d'exercice physique d'intensité modérée à élevée par semaine, par séances d'au moins 10 minutes.			
(C) Le guide alimentaire canadien contient l'information utile pour faire des choix équilibrés. L'ASCO recommande une alimentation riche en légumes, fruits, légumineuses, grains entiers et faible en gras saturés.			
(D) Santé Canada recommande d'éviter l'exposition excessive au soleil et d'utiliser un écran solaire SPF 30 minimum.			
<ul style="list-style-type: none"> • Ce Plan de Soins de suivi comprends un résumé de traitement et un plan de suivi. Il vous est remis à titre informatif. Vous êtes encouragé(e) à le partager avec votre médecin de famille ainsi que tout professionnel de la santé. • Ce document constitue un bref résumé des aspects majeurs de votre traitement. Il ne constitue pas un rapport détaillé de votre dossier patient. 			







NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Nom du patient :	N° dossier :
<p>Si vous le désirez, utilisez cette section pour noter et suivre vos objectifs de santé :</p>	
<p>Autres commentaires du professionnel de la santé si applicable :</p>	
<p>Signature du patient : _____ Date de remise : _____</p> <p>Signature/étampe de l'infirmière : _____</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Ce Plan de Soins de suivi comprends un résumé de traitement et un plan de suivi. Il vous est remis à titre informatif. Vous êtes encouragé(e) à le partager avec votre médecin de famille ainsi que tout professionnel de la santé. • Ce document constitue un bref résumé des aspects majeurs de votre traitement. Il ne constitue pas un rapport détaillé de votre dossier patient. 	

Nom du patient :		N° dossier :	
Ressource	Site Web ou courriel	# Téléphone	
Société canadienne du cancer → Informations sur la maladie, les traitements et plus.	 www.cancer.ca	514 255-5151	
Société québécoise de cancer du sein → Informations sur la maladie, les traitements et plus.	www.fqc.qc.ca/fr	1 800 363-0063	
Société canadienne de physiologie de l'exercice → Informations sur l'exercice physique.	www.csep.ca/fr	1 877 651-3755	
Guide alimentaire de Santé Canada → Pour vous aider à faire des choix alimentaires équilibrés.	www.hc-sc.gc.ca	1 866 225-0709	
Association québécoise de lymphoedème → Information concernant la réduction des risques, l'autogestion et les traitements associés au lymphoedème.	 www.infolympo.ca	514 979-2463	
Guichet d'accès à un médecin de famille → Pour avoir accès à un médecin de famille.	www.gamf.gouv.qc.ca	514 642-4050	
Défi "J'arrête j'y gagne" ! → Informations, aide et programme de cessation	 www.defitabac.qc.ca	1 866 527-7383	
Atelier "Belle et bien dans sa peau" → Atelier sur les soins de la peau et cosmétiques pour les femmes atteintes de cancer du sein.	www.lgfb.ca/fr	1 800 914-5665	
CROIRE (HMR département de radio-oncologie) → Ressourcement pour le corps, le coeur et l'esprit offert aux personnes touchées par le cancer. Plusieurs activités telles que chorale, massothérapie et ateliers.	www.drboukaram.com/croire  [redacted]@gmail.com	514 252-3400 #4062	
L'espoir, c'est la vie → Organisme de soutien psychosocial qui offre son aide aux personnes atteintes de cancer.	www.lespoircestlavie.ca	514 340-8255	
Fondation Virage → Ateliers et activités offerts aux personnes touchées par le cancer.	 www.viragecancer.org	514 890-8000 #28139	
Le « Réseau Infirmier un partenaire de soins » (RIUPS) → Communauté en ligne pour échanger des expériences et des savoirs avec des patients, des proches et des professionnels de la santé.	 www.riups.org		
Face au cancer → Communauté en ligne de femmes atteintes de cancer du sein.	www.faceaucancer.ca		
Bibliothèque du HMR → Pour consulter et télécharger les dépliants adressés aux patients ainsi que d'autres documents du HMR.	biblio.hmr.qc.ca/inf/re/ciup/documents		
Votre CLSC local → Pour connaître les services de nature psychosociale ou tout autre service offert en première ligne.	www.ciuss.estimateil.gouv.qc.ca	514 642-4050	
Ressources d'aide financière → Pour savoir si vous êtes éligible à de l'aide financière, demandez le dépliant « Cancer du sein : Ressources d'aide financière, de transport et autres services » du HMR.		514 642-4050	
<ul style="list-style-type: none"> • Ce Plan de Soins de suivi comprends un résumé de traitement et un plan de suivi. Il vous est remis à titre informatif. Vous êtes encouragé(e) à le partager avec votre médecin de famille ainsi que tout professionnel de la santé. • Ce document constitue un bref résumé des aspects majeurs de votre traitement. Il ne constitue pas un rapport détaillé de votre dossier patient. 			

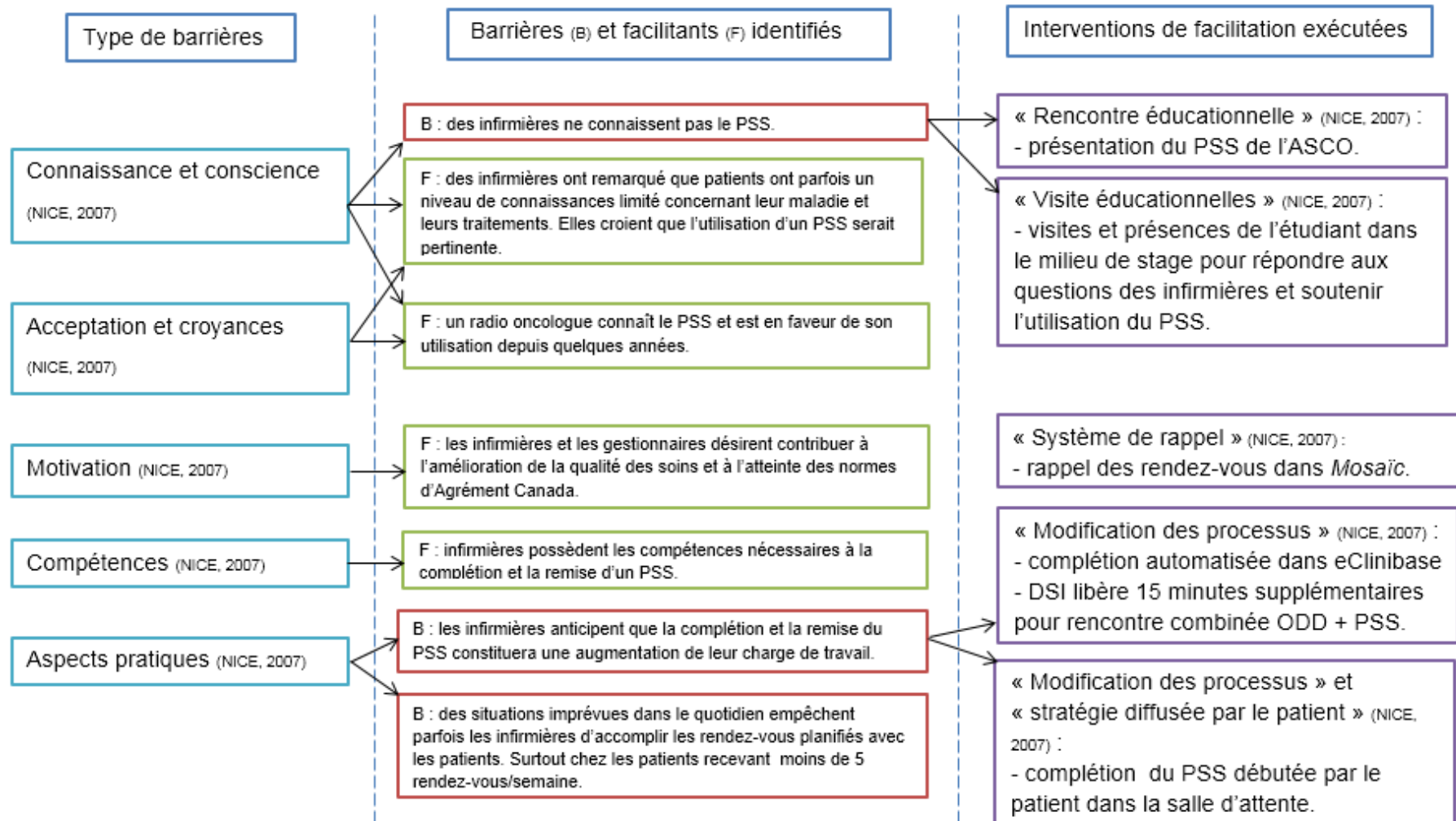
NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Annexe 6 : Barrières et facilitateurs identifiés par l'étudiant

Annexe 6 :

Schématisation des barrières/facilitants et des interventions de facilitation exécutées



Annexe 7 : Feuille d'instructions au patient

Annexe 7 :

Feuille d'instructions au patient



Objet : Mise à l'essai du PSS de cancer du sein

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un projet de maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal, un document appelé le « Plan de soins de suivi » (PSS) est présentement mis à l'essai. Il s'agit d'un document d'information personnalisé qui est remis aux survivants du cancer vers la fin des traitements.

Votre PSS est destiné à vous informer, ainsi que les professionnels de la santé impliqués dans votre suivi, des caractéristiques de votre cancer, des traitements reçus et du suivi recommandé par les spécialistes. Votre PSS est aussi utile pour vous faciliter l'identification et le suivi de vos besoins et/ou préoccupations associées à votre situation de santé.

Si vous le désirez, vous pouvez commencer à compléter les sections pour lesquelles vous êtes en mesure de répondre. Ces sections sont marquées d'un autocollant de couleur. Si vous n'êtes pas certain(e) de l'information à compléter, laissez les cases vides et l'infirmière les complètera avec vous aujourd'hui.

Vous êtes invités à donner vos commentaires par courriel ou par téléphone aux coordonnées indiquées au bas de la page.

Merci,

Yan Caron, infirmier, B. Sc.

Étudiant à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

██████████@umontreal.ca

██████████



Annexe 8 : Registre des remises

Annexe 8 :

Registre des remises

Date du rendez-vous PSS	Désir de recevoir le PSS	Particularités en lien avec le processus de complétion et remise	Commentaire du patient (paraphrasé) fait à l'étudiant en regard du PSS
2018-01-16 9h15	Non. <u>Motif</u> : n'est pas intéressée.	N/A	N/A
2018-01-16 14h00	Oui.	Patiente n'a pas ses lunettes, donc infirmière doit lire et compléter la totalité.	L'information contenue dans le PSS est pertinente.
2018-01-16 16h30	Oui.	Patiente doit quitter plus tôt. Complétion débutée, mais remise effectuée le 18-01-22.	N/A
2018-01-23 12h00	Oui.	Manque d'effectifs infirmiers. Complétion débuté, mais remise effectuée le 18-01-25.	L'information contenue dans le PSS est pertinente et claire.
2018-01-23 16h30	Oui.	Manque d'effectifs infirmiers. Complétion débuté, mais remise effectuée le 18-01-25.	L'information contenue dans le PSS est pertinente et claire. Le rendez-vous PSS a un effet rassurant et permet d'avoir réponse à toutes plusieurs questions en lien avec les traitements et la maladie.

2018-01-23 9h00	Oui.	<p>Patiente n'était pas ciblée par le projet PSS, car recevait moins de cinq traitements par semaine. Demande à recevoir le PSS, car a entendu parler de l'outil par l'infirmière.</p> <p>Patiente ne désire pas faire l'ODD.</p> <p>Selon infirmière, rencontre très longue (~90 minutes), car patiente pose des questions « concernant chaque phrase du PSS ».</p>	N/A
2018-01-30 13h45	Non. <u>Motif</u> : « habite loin » et ne veut pas passer plus de temps au CH.	N/A	N/A
2018-01-30 16h00	N'est plus candidate pour le projet. Rendez-vous déplacé en dehors de la période de mise à l'essai du PSS.		
2018-02-05 8h30	Oui.	N/A	Le PSS sera probablement utile dans les discussions avec le médecin de famille.
2018-02-05 9h00	N'est plus candidate pour le projet. Changement dans l'état de santé, traitements reportés.		
2018-02-05 9h00	Oui.	N/A	N/A

2018-02-06 7h45	Oui.	N/A	Le PSS est un outil pertinent, car il répond à un besoin en information. L'information est présentée clairement.
2018-02-06 7h45	Oui.	N/A	N/A
2018-02-06 11h30	Non. <u>Motif</u> : N'envisage pas utiliser le PSS, car ne sait pas lire ni écrire.	N/A	N/A
2018-02-06 17h00	N'est plus candidate pour le projet. Rendez-vous déplacé en dehors de la période de mise à l'essai du PSS.		
2018-02-07 12h00	N'est plus candidate pour le projet. Changement dans l'état de santé, hospitalisation.		

Annexe 9 : Complétion et utilisation des sections des PSS remis

Annexe 9 :

Complétion et utilisation des sections des PSS remis

Date du rendez-vous PSS	Sections et sous-sections du PSS					
	Informations générales	Résumé de traitement			Plan de suivi	
	Noms des professionnels de la santé	Diagnostic	Traitement complété	Sommaire de l'ODD	Préoccupations et habitudes de vie	Objectifs de santé et commentaires du professionnel
2018-01-16 14h00	oui	oui	oui	oui	oui	non
2018-01-16 16h30	oui	oui	incomplet	oui	oui	non
2018-01-23 12h00	oui	oui	oui	oui	non	non
2018-01-23 16h30	oui	oui	oui	oui	non	non
2018-01-23 9h00	oui	oui	oui	N/A	oui	oui
2018-02-05 8h30	oui	oui	incomplet	oui	oui	non
2018-02-05 9h00	oui	oui	oui	oui	oui	non
2018-02-06 7h45	oui	oui	oui	oui	oui	non
2018-02-06 7h45	oui	oui	oui	oui	oui	non

Annexe 10 : Guide d'entrevue semi-structurée

Annexe 10 :

Guide d'entrevue semi-structurée

Thème 1 – Temps de complétion

Quel était le temps de remise et de complétion de l'outil ?

- Temps moyen ? Temps minimum ? Temps maximum ?

Question 2 – Retombées associées au PSS

Est-ce que l'utilisation du PSS vous a aidé à :

- dépister les besoins physiques et psychosociaux des survivants ?
- assurer le suivi de ces besoins ?
- répondre aux besoins en information des survivants ?
- fournir l'enseignement pertinent à la période de fin des traitements ?
- autre utilité/retombées ?

Question 3 – Procédure de complétion et de remise

Selon vous, est-ce que la procédure de de complétion et de remise, élaborée pour le projet pilote, est fonctionnelle ?

Avez-vous des suggestions concernant cette procédure ?

Question 4 – Structure et contenu de l'outil

Quelles sections du PSS vous semblent les plus pertinentes/utiles ? Est-ce qu'une section vous a semblé moins utile ?

Avez-vous des suggestions concernant la structure et le contenu du document ?