

**Université de Montréal**

**Développement avec les infirmières en oncologie d'un outil  
de planification pour l'implantation du dépistage de la détresse auprès de la  
clientèle**

**Par**

**Ariane Delisle  
Faculté des sciences infirmières**

**Rapport de stage présenté  
à la Faculté des sciences infirmières  
en vue de l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M. Sc.)  
en sciences infirmières**

**Novembre 2013**

**© Ariane Delisle, 2013**

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce rapport de stage intitulé :

Développement avec les infirmières en oncologie d'un outil  
de planification pour l'implantation du dépistage de la détresse auprès de la  
clientèle

Présenté

par

Ariane Delisle

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvie Dubois, inf., Ph. D., directrice de stage

Irène Lebœuf, inf., M. Sc. CSIO, membre du jury

Novembre 2013

## RÉSUMÉ

Actuellement, le dépistage de la détresse auprès des personnes atteintes de cancer est un thème largement abordé mais peu planifié en termes de gestion de projets. Implanter un programme de dépistage de la détresse s'avère un changement majeur à prévoir car plusieurs échecs sont en effet liés à un manque de planification. Dans le domaine des sciences infirmières, les écrits documentent peu ou pas les méthodologies de gestion de projets. Malgré les documents disponibles pour faciliter cette démarche, les difficultés d'implantation représentent de grands défis car les processus doivent être clairs et bien conçus.

C'est dans ce contexte qu'un outil de planification pour l'implantation du dépistage de la détresse auprès de la clientèle en oncologie a été développé. Bien que l'outil soit basé sur la méthodologie de gestion de projets du *Project Management Institute* (PMI) pour guider de façon plus opérationnelle les différentes interventions, l'utilisation du modèle d'Hamric (Hamric, Spross, & Hanson, 2005) a été nécessaire pour s'assurer d'une perspective infirmière. Le développement et la validation de cet outil se sont aussi faits grâce à la contribution d'infirmières soignantes, d'infirmières gestionnaires et d'infirmières conseillères en soins spécialisés en oncologie (N = 16).

**Mots clés :** dépistage de la détresse, implantation, gestion de projets, planification.

## ABSTRACT

While distress screening is currently the subject of considerable attention, it is not often planned in project management terms. Implementing a distress screening program is a major change that requires careful planning, as failures are often, in fact, related to lack of planning. The nursing literature provides little or no information on project management methodologies. Despite the available documentation on this approach, setting up such a program presents significant challenges because the processes must be clear and well designed.

This is the context within which we developed a planning tool for implementing distress screening in oncology patients. Although the tool is based on the Project Management Institute (PMI) methodology (2008) to guide the more operational aspects of different interventions, we also used the model developed by Hamric, Spross and Hanson (2005) to ensure a nursing perspective. Nurses, nurse administrators, and clinical nurse specialists in oncology also made important contributions to the tool's development and validation.

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	1
SECTION 1 PROBLÉMATIQUE .....	5
1.1 Dépistage de la détresse en oncologie et gestion de projets .....	6
1.2 But du stage .....	9
1.3 Objectifs de stage.....	10
1.4 Objectifs d'apprentissage.....	10
SECTION 2 RECENSION DES ÉCRITS .....	11
2.1 Détresse et dépistage.....	12
2.2 Gestion de projets .....	15
2.2 Modèle théorique : le modèle d'Hamric (2005) .....	18
2.3 Méthodologie : composantes du corpus de connaissances du PMBOK (2013).....	19
SECTION 3 DÉROULEMENT DU STAGE.....	21
3.1 Supervision du stage .....	22
3.2. Milieu de stage et contexte .....	22
3.3 Activités préparatoires au stage.....	24
3.4 Activités de stage : identifier les besoins.....	27
3.4.1 Choix des infirmières.....	27
3.4.2 Planification des rencontres .....	29
3.4.3 Bilan des rencontres et congrès .....	32
3.5 Activités de stage : développement et validation de l'outil.....	36
3.5.1 Développement de l'outil .....	36
3.5.2 Validation de l'outil.....	38
SECTION 4 DISCUSSION.....	40
4.1 Retombées du stage .....	41
4.2 Limites .....	43
4.2.1 Identification des besoins de planification .....	43
4.2.2 Validation de l'outil.....	45
4.3 Atteinte des objectifs de stage et d'apprentissage .....	46
4.4 Recommandations.....	49
CONCLUSION .....	51
RÉFÉRENCES.....	54
ANNEXES .....	59
ANNEXE 1 Modèle d'Hamric, Spross & Hanson (2005).....	60
ANNEXE 2 Méthodologie du PMI (2013).....	62
ANNEXE 3 Envergure du stage .....	64
ANNEXE 4 Clientèle infirmière .....	66
ANNEXE 5 Canevas d'entretien .....	69
ANNEXE 6 Bilan des rencontres .....	72
ANNEXE 7 Développement de l'outil de planification .....	76
ANNEXE 8 Outil de planification pour l'implantation du dépistage de la détresse .....	78
ANNEXE 9 Retombées de l'outil de planification.....	89

## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce stage n'aurait pu se faire sans la contribution, la collaboration, l'encadrement et l'encouragement de plusieurs personnes qui m'ont entourée tout au long du stage et parfois même, bien avant.

Tout d'abord, je tiens à remercier Mme Sylvie Dubois, directrice de maîtrise qui est aussi devenue, en cours de route, la directrice de soins infirmiers du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Par sa vision et son encadrement, elle a su contribuer à développer et consolider des compétences qui me serviront tout au long de ma vie professionnelle. Je tiens aussi à remercier Mme Irène Lebœuf, infirmière ressource dans mon milieu qui, par ses connaissances en oncologie, a su me guider, entre autres, dans mes apprentissages cliniques. Elle a su aussi m'accompagner adéquatement et dans les bons moments, ce qui m'a permis d'évoluer dans ce processus.

Un merci tout spécial à toutes les infirmières soignantes, gestionnaires ou conseillères qui ont bien voulu me donner leur précieux temps pour collaborer au développement de cet outil. Merci aussi à mes collègues et supérieures qui ont facilité ma conciliation entre mes activités professionnelles et universitaires.

Je remercie aussi Mme Danielle Fleury, qui, à la suite d'une discussion il y a six ans, a suscité en moi une profonde réflexion suivie de l'inscription dans la grande aventure qu'est la maîtrise.

À ma tante Loulou, qui, par ses séances de gardiennage, a contribué à la poursuite de mes études supérieures. De plus, sa connaissance de la langue française et son expertise en la matière ont été des atouts privilégiés pour moi.

Je ne peux passer sous silence l'appui inconditionnel de mes parents Anik Theunissen et Richard Delisle depuis mes débuts dans la profession et encore plus dans mon développement universitaire et professionnel. Merci d'avoir pris soin de ma famille dans les moments les plus intenses.

Pour terminer, je tiens à remercier, du plus profond de mon cœur, mon mari Maxim Perreault qui m'a accompagnée, encouragée et motivée à me dépasser. C'est aussi durant cette période que nos enfants Elliot et Nellie sont nés. Merci à vous trois de m'avoir donné tant de bonheur, ce qui m'a permis de trouver un équilibre sain dans tout ce parcours.

## **INTRODUCTION**



Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le cancer est une cause majeure de décès dans le monde (OMS, 2012). Au Canada seulement, on estime qu'en 2013, il y aura 187 600 nouveaux cas de cancer et 75 500 décès causés par cette maladie (Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, 2013). Dès l'annonce du diagnostic, la personne accompagnée de ses proches amorcera sa propre trajectoire de soins. Mais cette trajectoire personnelle risque d'être ponctuée de détresse dont l'ampleur augmente ou diminue au fil du temps et des événements (Fitch, Howell, McLeod, & Green, 2012). La détresse associée au cancer est une expérience émotionnelle désagréable de nature émotionnelle, psychologique, sociale ou spirituelle. Cette expérience peut interférer à différents niveaux avec la capacité de faire face au cancer (Centre hospitalier universitaire de Québec [CHU de Québec], 2012). Puisqu'un tiers des personnes atteintes de cancer risque de vivre une détresse élevée, de nouvelles normes en cancérologie ont été établies (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2008). Ainsi, la Direction de la lutte contre le cancer (DLCC, 2011) s'est positionnée à cet égard et recommande aux centres d'oncologie des différents milieux hospitaliers de procéder au dépistage systématique de la détresse pour sa clientèle en oncologie. Dans les années à venir, les différents milieux devront donc se conformer à ces normes et procéder à l'implantation de cette pratique.

L'implantation du dépistage de la détresse pourrait donc être considérée comme un projet, c'est-à-dire un effort temporaire initié dans le but de fournir un produit, un service ou un résultat unique (Project Management Institute [PMI],

2013). Pour favoriser succès et pérennité à ce projet, une planification adéquate est nécessaire. C'est dans ce contexte que l'étudiante a développé, pour son stage de fin d'études de maîtrise, un outil de planification pour l'implantation du dépistage de la détresse auprès de la clientèle en oncologie.

L'outil a été développé en collaboration avec des infirmières en oncologie. Il repose non seulement sur le modèle conceptuel d'Hamric, Spross et Hanson (2005), un modèle en sciences infirmières, mais aussi sur la méthodologie du Guide *Project Management Book of Knowledge* (PMBOK) du PMI (2013). Ainsi l'outil de planification est teinté d'une perspective infirmière, mais tient aussi compte de l'optique de la gestion de projets. S'est ajoutée à cela la collaboration avec les infirmières en oncologie, qui a permis de définir certains éléments du contenu de cet outil.

Le présent rapport est divisé en quatre sections qui guident le lecteur dans le processus et les activités ayant mené au développement de l'outil de planification de l'implantation du dépistage de la détresse. Les premières sections sont dédiées à la problématique et à la recension des écrits. Chacune de ces sections est divisée en un volet clinique, soit la détresse en oncologie et son dépistage, et un volet de gestion de projets. On y retrouve aussi le but du stage et ses objectifs, ainsi qu'une description du modèle conceptuel et de la méthodologie utilisée. La troisième section porte sur le déroulement du stage. On y retrouve les activités préparatoires, la planification et le bilan des différentes rencontres ainsi que le développement et la validation de l'outil de planification. Finalement, la quatrième et la dernière section

présentent une discussion, les retombées de ce stage, ainsi que les recommandations pour la pratique infirmière.

**SECTION 1**  
**PROBLÉMATIQUE**

## 1.1 Dépistage de la détresse en oncologie et gestion de projets

Un diagnostic d'une maladie cancéreuse affecte la personne et sa famille tout au long de la trajectoire de soins. Outre les répercussions physiques liées à la maladie et aux traitements, la personne aura à composer avec les multiples besoins sur le plan émotionnel, social, psychologique, fonctionnel, spirituel et pratique (Partenariat canadien contre le cancer [PCCC], 2009). Fitch et al. (2008) soulignent que face à cette nouvelle situation, il se peut que la personne ne puisse pas utiliser ses stratégies d'adaptation ( *coping* ) usuelles et ainsi, éprouver un sentiment de vulnérabilité qui peut aller jusqu'à la détresse. Il ne faut pas sous-estimer cette détresse puisque plusieurs auteurs (Bultz & Holland, 2006; Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001) rapportent que 35 à 45 % des patients en oncologie en vivront lors de leur trajectoire de soins. Même si la détresse chez les patients en oncologie est épisodique et spécifique, elle peut amener une perte de la qualité de vie, une faible assiduité aux traitements, une satisfaction moindre vis-à-vis des soins, de résultats limités en lien avec la survie et même l'apparition de troubles mentaux (DLCC, 2011; PCCC, 2009).

C'est dans ce contexte que la Direction québécoise du cancer (DQC) a présenté le dépistage de la détresse pour la clientèle en oncologie comme faisant partie de ses orientations prioritaires pour 2013-2018 (Latreille, 2012). Dans cette optique, le centre intégré de cancérologie (CICC) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) s'est engagé, au moyen de son offre clinique de l'axe de cancérologie, à assurer d'ici 2015 le dépistage et le suivi interdisciplinaire

de la détresse des patients atteints de cancer (CHUM, 2012). Pour l'instant, il n'y a pas de dépistage systématique de la détresse au CHUM, malgré la reconnaissance de son importance. Pourtant, l'infirmière, en raison de son rôle d'évaluation, est en position stratégique pour assurer ce dépistage et mettre en œuvre les interventions nécessaires. Plus précisément, l'infirmière pivot en oncologie (IPO) possède l'expertise pour agir d'une façon significative auprès d'une personne atteinte de cancer et de ses proches dans la globalité de ses besoins. Mais l'étudiante a pu observer le manque d'uniformité et de structure sur le plan de l'intégration du dépistage de la détresse dans le travail de l'IPO. De plus, ce ne sont pas tous les patients en oncologie qui peuvent profiter de l'expertise de cette infirmière. En effet, seules les personnes recevant des soins complexes liés à la gestion de symptômes ou à une maladie avancée ont le soutien de celle-ci. Il semble donc y avoir un manque d'uniformisation dans l'évaluation de la détresse tout au long de la trajectoire de soins de la clientèle en oncologie.

Pour faciliter l'implantation d'un programme de dépistage, une structure et une planification adéquate sont nécessaires. En effet, plusieurs échecs de projets sont causés par le manque de planification (Kendrick, Klossner, & Haubrick, 2010; Kitzmiller, Hunt, & Sproat, 2006). La planification fait d'ailleurs partie de l'un des groupes de processus proposés par la méthodologie de gestion de projets du PMI (2013) et est considérée comme essentielle à tout projet. Pourtant, les écrits en sciences infirmières démontrent peu ou pas d'inclusion de méthodologies de gestion de projets (Skelton-Green & Simpson, 2007; Wilson, 2009). Les articles sur ce sujet

décrivent davantage les expériences et les leçons apprises en gestion de projets et non le processus de planification pour l'implantation. À cet égard, plusieurs auteurs déplorent le manque d'habiletés de gestion de projets chez les infirmières, même si elles ont développé une expertise du contenu (Kliger, Lacey, Olney, Cox, & O'Neil, 2010; Newhouse & White, 2011; Williams & Murphy, 2005).

Dans le même ordre d'idées, Vodermaier et Linden (2008) relatent que peu d'écrits documentent l'implantation de programmes de dépistage de la détresse ou les défis rencontrés et ce, selon une perspective infirmière. Même si certains organismes canadiens comme le PCCC ont produit des guides et des outils pour assurer l'implantation de tels programmes dans la pratique, il n'en demeure pas moins que les difficultés d'implantation sont encore présentes et représentent de grands défis pour les infirmières.

Actuellement, au CHUM, plusieurs changements et projets touchant directement la pratique infirmière ont lieu simultanément et s'enchaînent rapidement. Les infirmières sont donc constamment sollicitées. Pour favoriser la réussite de l'implantation du dépistage, il s'avère essentiel de bien positionner et intégrer le projet à l'intérieur du contexte actuel de nos organisations en tenant compte des projets en cours et de ceux à venir.

Il est donc conséquent de penser que le développement d'un outil permettant une planification optimale pour implanter le dépistage de la détresse dans les

milieux cliniques est une valeur ajoutée, tant pour mieux répondre aux besoins de la clientèle que pour les anticiper. Pour la réalisation de ce projet de stage, l'étudiante a privilégié l'utilisation d'un modèle infirmier comme cadre conceptuel ainsi qu'une méthodologie de gestion de projets. C'est le modèle d'Hamric, Spross et Hanson (2005) qui a été retenu puisqu'il permet à l'infirmière de mieux utiliser les différentes compétences relevant de la pratique infirmière avancée (le leadership, la consultation, la collaboration, les décisions éthiques, la recherche ainsi que le *coaching*) tout en tenant compte de l'environnement, du contexte et de l'analyse en découlant. La méthodologie choisie, quant à elle, est celle du PMI (2013). Celle-ci a permis de mieux opérationnaliser les démarches nécessaires à la réalisation du stage, plus spécifiquement pour le développement de l'outil de planification. En se laissant guider par un modèle infirmier ainsi que par une méthodologie de gestion de projets, il nous semblait pertinent de rallier les enjeux de la pratique infirmière à ceux de la gestion de projets.

## **1.2 But du stage**

Le but du stage consiste à développer, avec les infirmières en oncologie, un outil de planification pour l'implantation du dépistage de la détresse auprès des personnes atteintes de cancer.



### **1.3 Objectifs de stage**

Pour permettre l'atteinte du but, le stage est divisé en trois objectifs faisant chacun l'objet de différentes activités.

1. Recenser et analyser les écrits liés à des expériences d'implantation d'outils, notamment sur l'implantation du dépistage de la détresse et les recommandations énoncées.
2. Identifier les besoins des infirmières et les éléments nécessaires à la planification de l'implantation.
3. Développer et valider l'outil auprès d'infirmières.

### **1.4 Objectifs d'apprentissage**

Le stage a également permis l'atteinte d'objectifs d'apprentissage, le développement professionnel et académique allant de pair avec le développement personnel. Ces objectifs ont été de :

1. Développer les connaissances sur l'évaluation de la détresse en oncologie.
2. Consolider les stratégies politiques et les habiletés d'influence.
3. Intégrer des compétences de gestionnaire de projets.

**SECTION 2**  
**RECENSION DES ÉCRITS**

Cette section présente un aperçu du contexte actuel quant à la détresse et son dépistage. De plus, la situation en regard de la gestion de projets est exposée de façon générale mais aussi spécifique aux soins infirmiers. En dernier lieu, le modèle conceptuel et la méthodologie retenus seront expliqués.

## **2.1 Détresse et dépistage**

La détresse est définie comme :

Une expérience émotionnelle désagréable et multidimensionnelle, de nature psychologique (cognitive, comportementale, émotionnelle), sociale ou spirituelle, qui peut interférer sur la capacité à faire face de façon efficace au cancer, à ses symptômes physiques et à ses traitements. Cette expérience s'inscrit dans un continuum allant des sentiments normaux de vulnérabilité, tristesse et crainte, jusqu'à des troubles pouvant devenir invalidants tels que la dépression, l'anxiété, la panique, l'isolement social et la crise existentielle ou spirituelle. (NCCN, 2008, cité dans PCCC p 5, 2009)

Cette détresse peut être provoquée par de la douleur, de la fatigue ainsi que par des préoccupations courantes comme l'aspect financier (PCCC, 2009). Le concept de détresse prend davantage d'ampleur puisqu'il est désormais considéré comme le sixième signe vital après le pouls, la tension artérielle, la température, la respiration et la douleur (Bultz & Carlson, 2006; Bultz & Groff, 2009; NCCN, 2010). Même l'Union internationale contre le cancer (UICC) a favorisé, en 2010, la reconnaissance universelle de l'importance de la surveillance de la détresse.

Il ne suffit pas de surveiller cette détresse. C'est la prise en charge de celle-ci par l'équipe traitante qui amène de nombreux avantages pour le patient, dont la possibilité d'éviter une chronicisation des symptômes de détresse et de prévenir des

pathologies complexes. Mais encore faut-il que la personne soit orientée vers le service approprié et en temps opportun (PCCC, 2009). Il est reconnu que le dépistage de la détresse améliore la qualité et l'efficacité des soins et qu'il est un aspect essentiel des soins en oncologie (Carlson & Bultz, 2003). Fitch et al. (2012) définissent le dépistage comme étant « une méthode de triage ou d'identification rapide ainsi qu'un mécanisme permettant au patient de signaler ce qui représente à ses yeux une inquiétude ou un problème et ce, à un moment particulier de son cheminement ». Cette pratique contribue aussi à une meilleure coordination des soins (Fillion et al., 2011). Mais, il ne faut pas confondre le dépistage et l'évaluation. La détection rapide des principales préoccupations du patient permet aux intervenants en santé de déterminer la nécessité de procéder à une évaluation plus approfondie ou d'aiguiller le patient vers d'autres professionnels (PCCC, 2009).

D'ailleurs, plusieurs instances (DLCC, 2011; NCCN, 2010; PCCC, 2009) reconnaissent l'importance du dépistage de la détresse et ont émis plusieurs recommandations à cet égard. En effet, il est préconisé que le dépistage de la détresse soit assuré chez tous les nouveaux patients en oncologie ainsi qu'à différentes étapes de la trajectoire, par exemple à l'annonce du diagnostic ou lors des traitements. Il est aussi recommandé que ce dépistage soit fait avec des outils standardisés et normalisés (Howell et al., 2009; NCCN, 2010). Par ailleurs, même s'il existe plusieurs outils, dont le thermomètre de détresse, l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (ESAS), l'échelle hospitalière de mesure de l'anxiété et

de la dépression (HADS), le dépistage psychologique pour le cancer (PSSCAN) et la liste canadienne de vérification des problèmes (PCCC, 2009), il n'existe pas de consensus sur le choix des outils à utiliser ni sur les méthodes de dépistage à prioriser (PCCC, 2009). Cependant, Howell et al. (2009) mentionnent qu'il n'est pas utile de demander aux patients de remplir un outil ou un instrument de dépistage si les professionnels n'assurent pas le suivi. Le dépistage de la détresse doit être considéré comme le point de départ de l'évaluation initiale et doit être complété par une évaluation continue incluant les interventions appropriées (PCCC, 2009).

L'infirmière, par le rôle qu'elle se doit d'exercer, est en position stratégique pour contribuer à la gestion de cette détresse. Ainsi l'article 36 du Code des professions stipule :

L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie, ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. (Loi sur les infirmières et les infirmiers [LII], L.R.Q., c. I-8, art. 36, 1973)

Fitch et al. (2012) soulignent d'ailleurs l'importance des infirmières en oncologie sur le plan du dépistage et des interventions visant à combattre la détresse. Une fois la détresse dépistée, ces infirmières doivent jouer un rôle essentiel dans les mesures prises en fonction des scores de dépistage et des facteurs multidimensionnels qui contribuent à cette même détresse (Howell et al., 2009). Ainsi, pour avoir un impact positif sur la détresse, il est essentiel que des interventions et des actions soient entreprises pour la gestion de celle-ci.

Toutes les infirmières qui gravitent autour du patient à un moment ou à un autre dans sa trajectoire peuvent contribuer au dépistage, quel que soit leur poste (infirmière de suivi de clientèle, infirmière soignante, etc.) ou le secteur où elles travaillent (centre d'oncologie, unité de chirurgie, etc.).

Actuellement, certains centres hospitaliers québécois qui procèdent au dépistage de la détresse sont davantage orientés vers la contribution particulière de l'IPO. Les résultats ont démontré qu'il était pertinent d'implanter cette pratique pour ce type de professionnelles puisqu'elle était facilement intégrable dans leur quotidien (Fillion et al., 2011).

Plus près de nous, les gestionnaires du regroupement d'oncologie du CHUM reconnaissent aussi l'importance du dépistage de la détresse. Il y a d'ailleurs une volonté d'inclure cette évaluation dans la pratique des infirmières en oncologie, puisque celle-ci fait partie de normes de pratique et de compétences pour l'infirmière spécialisée en oncologie (Canadian Association of Nurses in Oncology [CANO], 2006).

## **2.2 Gestion de projets**

La volonté d'inclure le dépistage de la détresse pour les patients en oncologie dans la pratique des infirmières est donc le point de départ d'un nouveau projet. Le PMI (2013) considère que toute nouvelle pratique devrait être considérée

comme un projet. Cela représente un effort temporaire exercé dans le but de créer un produit, un service ou un résultat unique, ce qui implique un commencement et une fin déterminés. Le projet se termine lorsque les objectifs sont atteints et ont favorisé un résultat durable.

Mais il ne suffit pas de considérer cette volonté comme un projet, il faut aussi le planifier adéquatement. Plusieurs auteurs (Loo, 2003; Newhouse & White, 2011; Sockolow & Bowles, 2008; Williams & Murphy, 2005; Wilson, 2009) mentionnent que l'inclusion de pratiques de gestion de projets contribue au succès et à la pérennité d'un projet. Évaluer la situation, équilibrer les demandes et planifier adéquatement sont toutes des stratégies permettant de contribuer au succès d'un projet. Ce faisant, il est possible d'identifier les risques probables et de déterminer de quelles façons les prévenir ou en diminuer les conséquences (PMI, 2013). Heagney (2011), quant à lui, insiste sur le fait qu'un projet réalisé rapidement prend davantage de temps au final puisqu'il faut retravailler sur les différentes erreurs induites par le manque de planification. Cet auteur va même jusqu'à affirmer que la principale cause d'échec des projets est le manque de planification, voire même l'absence de planification.

Dans les milieux hospitaliers, ce sont souvent les infirmières détenant un poste de gestion ou de conseillère spécialisée dans un domaine clinique qui ont des mandats pour adapter la pratique clinique selon les résultats probants. Ces mandats provoquent plusieurs changements, qui devraient être considérés comme des projets

en y incluant toute la planification nécessaire. Puisque ce sont ces infirmières qui doivent les planifier et les mettre en œuvre, il apparaît donc nécessaire qu'elles développent des habiletés de gestion de projets (Kliger et al., 2010; Loo, 2003; Overgaard, 2010; Shirey, 2008). Ainsi, elles contribueront au succès de projets durables.

Nous venons d'aborder le thème des infirmières, celles qui devront planifier et mettre en œuvre le changement désiré. Mais il faut les différencier d'avec les infirmières qui seront affectées par le changement dans leur quotidien, comme les infirmières soignantes par exemple. Ces dernières, identifiées par Bareil (2004) comme des destinataires, sont les personnes touchées par un changement organisationnel ou un projet. Parce qu'elles devront s'adapter aux exigences du changement, ces personnes sont particulièrement concernées. Il ne faut surtout pas sous-estimer les destinataires puisque ce sont des acteurs influents qui ont le pouvoir de s'approprier ou non le changement. Ils peuvent se l'approprier conformément aux attentes de l'organisation ou peuvent décider de le contester, voire même d'y résister (Bareil, 2004). C'est ce qui peut faire la différence entre le succès ou l'échec d'un changement.

Même si le terme destinataire n'est pas utilisé par Fillion et al. (2011), les infirmières dont les auteurs parlent dans leurs recherches sont considérées comme des destinataires. Ces recherches ont démontrés que ces infirmières / destinataires perçoivent l'implantation du dépistage de la détresse comme un important



changement de pratique clinique. Pour les aider à s'approprier le changement, ces mêmes auteurs soutiennent la pertinence d'impliquer ces infirmières dans le processus d'implantation. Ailleurs au Canada, Fitch et al. (2012) vont dans le même sens en recommandant aussi l'implication active du personnel infirmier, mais cette fois, pas seulement au niveau de l'implantation mais aussi de la planification. Il est aussi suggéré que cette implication se fasse en partenariat avec les dirigeants des soins infirmiers.

## **2.2 Modèle théorique : le modèle d'Hamric (2005)**

Comme mentionné dans la section précédente, le changement amené par l'implantation du dépistage affectera des infirmières / destinataires. L'étudiante a donc privilégié l'utilisation d'un modèle conceptuel en sciences infirmières. Ainsi, toutes les interventions du projet sont issues d'une perspective infirmière. Le modèle choisi est celui d'Hamric (Hamric et al., 2005). Les compétences de l'infirmière en pratique avancée présentées dans ce modèle sont la pratique clinique, la consultation, la recherche, le leadership, la collaboration, l'éthique et le *coaching* (Annexe 1). L'utilisation de ces différentes compétences a su guider et influencer l'étudiante dans la planification et la tenue des différentes rencontres ayant servi à identifier les besoins des infirmières. Par exemple, l'utilisation de son leadership lui a permis d'influencer des infirmières chefs d'unité (ICU) et des conseillères en soins spécialisés (CSS) sur la pertinence et la valeur ajoutée de mieux planifier les projets, plus spécifiquement les projets qui touchent la pratique infirmière.

Le modèle d'Hamric repose aussi sur des éléments environnementaux, puisque la pratique infirmière avancée n'existe pas dans un environnement statique mais plutôt dans une diversité d'environnements dynamiques allant du secteur communautaire au secteur tertiaire d'un hôpital spécialisé. L'identification, la compréhension et l'analyse des différentes composantes de l'environnement permettent à l'infirmière en pratique avancée de mieux camper son travail. Les éléments environnementaux affectant la pratique incluent les enjeux politiques, le modèle d'affaires, les mécanismes financiers, la performance, les règles et exigences du milieu ainsi que la structure organisationnelle et culturelle (Hamric et al., 2005, p. 103). Ces éléments favorisent l'ouverture vers une vision élargie et plus complète de la situation. De plus, ils ont permis d'exercer une influence concrète dans le déroulement du stage, plus particulièrement dans le développement de l'outil de planification puisque certains enjeux spécifiques à la réalité des soins oncologiques, la disponibilité de la main-d'œuvre infirmière par exemple, ont pu être pris en considération.

### **2.3 Méthodologie : composantes du corpus de connaissances du PMBOK (2013)**

Puisque le stage était aussi orienté vers la gestion de projets, il était essentiel d'intégrer une méthodologie de gestion pour guider de façon plus opérationnelle les différentes interventions. Elle provient du guide PMBOK du PMI (2013), un guide reconnu comme la norme puisque les pratiques décrites sont applicables à la plupart des projets et un consensus existe quant à leur valeur et à leur utilité (PMI, 2013). La gestion de projets décrite dans ce guide fait référence à diverses compétences et à

l'application des connaissances, des outils et des techniques aux différentes activités d'un projet. La gestion de projets est effectuée en intégrant plusieurs processus regroupés de manière cohérente en cinq groupes soit (Annexe 2) :

- A. Le démarrage, c'est-à-dire la définition du nouveau projet et l'obtention de l'autorisation de le démarrer.
- B. La planification et l'élaboration du contenu du projet, soit l'ensemble des activités permettant d'affiner les objectifs et de définir la suite des actions.
- C. L'exécution, qui se résume à accomplir le travail défini. Ce sont les activités permettant d'exécuter le projet.
- D. Le contrôle, c'est-à-dire les activités servant à mesurer la progression du projet, selon les écarts au plan de projet et d'appliquer les actions correctives nécessaires.
- E. La clôture, soit finaliser les activités et clore formellement le projet.

L'utilisation de cette méthodologie a favorisé une structure dans la réalisation du stage mais surtout dans le développement de l'outil de planification permettant l'implantation du dépistage de la détresse chez la clientèle en oncologie.

**SECTION 3**  
**DÉROULEMENT DU STAGE**

### **3.1 Supervision du stage**

Madame Sylvie Dubois, professeure à la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal et directrice des soins infirmiers du CHUM, a assuré la direction du stage. S'est jointe madame Irène Lebœuf, conseillère en soins spécialisés en oncologie à la direction des soins infirmiers (DSI) du CHUM, comme personne-ressource du milieu.

### **3.2. Milieu de stage et contexte**

Le stage clinique s'est déroulé au CHUM. Ce centre offre des soins et services spécialisés et supraspécialisés à une clientèle régionale et suprarégionale (CHUM, 2013, paragraphe 2). Il est un centre de référence en matière de santé et inclut plusieurs axes de spécialisation, dont le cancer. Cet établissement propose au patient atteint de cancer une prise en charge globale de qualité en y intégrant le patient lui-même ainsi que sa famille. Cette prise en charge se fait dans le cadre d'une approche interdisciplinaire (CHUM, 2013, paragraphe 2). Seule cette approche basée sur la concertation et donnant accès à toute une variété d'expertises peut répondre à la globalité des besoins de la personne atteinte de cancer (CHUM, 2009). C'est d'ailleurs dans ce contexte qu'en 2012, la direction générale du CHUM a annoncé la création du CICC qui regroupe l'ensemble des activités en oncologie. On y retrouve également les priorités d'action établies en matière de lutte contre le cancer, la mission, les mandats ainsi que les valeurs qui guident les actions (CHUM, 2012).

Actuellement, les activités en oncologie sont réparties sur les trois sites du CHUM. Mais c'est sur le site de l'Hôpital Notre-Dame que la majorité des activités de stage se sont déroulées. Ce milieu a été jugé propice par la directrice de stage, puisqu'il pouvait répondre à un besoin, soit celui d'implanter un outil de dépistage de la détresse auprès de la clientèle oncologique et ainsi, satisfaire les nouvelles normes en cancérologie. Le CICC s'est d'ailleurs engagé à assurer, d'ici 2015, le dépistage et le suivi interdisciplinaire de la détresse des patients atteints de cancer, par le biais de son offre clinique de l'axe de cancérologie. (CHUM, 2012). Plusieurs objectifs sont associés à cet engagement :

- 1- Adopter un outil de dépistage unique et validé.
- 2- Définir des critères de références aux divers professionnels.
- 3- Utiliser des outils cliniques standardisés.
- 4- Élaborer des algorithmes d'intervention.
- 5- Préciser des modalités de suivi.

À cet égard, en 2009, un comité de travail auquel siègent plusieurs professionnels a été mis en place. En 2012, plusieurs démarches et travaux sont déjà en cours pour répondre aux objectifs de l'offre clinique. Par contre, aucun échéancier précis n'a été établi.

### 3.3 Activités préparatoires au stage

Une fois le milieu de stage bien identifié, certaines activités ont dû être réalisées en vue de préparer adéquatement le stage. Pour répondre au premier objectif, l'étudiante a d'abord recensé et analysé les écrits liés à des expériences d'implantation d'outils. Même si cet objectif a fait partie intégrante des trois objectifs de stage énoncés précédemment, il n'en demeure pas moins qu'il a été réalisé préalablement aux activités de stage. Le développement même d'un nouvel outil de planification nécessite d'y intégrer les éléments et les recommandations pertinentes formulées à la suite des diverses expériences d'implantation. Une analyse des articles scientifiques et de la littérature grise (documents ministériels, guides de pratique, etc.) en lien avec l'implantation du dépistage de la détresse a aussi été réalisée et compilée afin d'être utilisée, au besoin, pour le développement de l'outil de planification.

Par la suite, plusieurs activités préalables au stage ont été réalisées. Dans un premier temps, une rencontre s'est tenue en présence de mesdames Sylvie Dubois et Irène Lebœuf pour discuter de la planification et du déroulement du stage. C'est à ce moment que certaines limites quant à la clientèle associée et à l'envergure du stage ont été établies pour ainsi permettre de mieux coordonner le stage et assurer une complémentarité et une suite avec les travaux en cours au comité du CICC. Le PMI (2013) suggère d'ailleurs de délimiter l'envergure et ce, dès les débuts. Il s'agit de la zone couverte par l'ensemble des composantes du contenu du projet ainsi que les

travaux devant être réalisés pour livrer ledit projet (PMI, 2013). Ceci permet ainsi de mieux planifier et de prévenir certaines difficultés.

Pour délimiter cette envergure, les nombreux livrables et activités nécessaires à l'implantation d'un programme de dépistage ont été divisés en quatre groupes (Annexe 3). Ces groupes peuvent être considérés comme des phases se succédant pour former une trajectoire menant à cette nouvelle pratique qu'est le dépistage de la détresse pour la clientèle en oncologie. La première phase regroupe les « préalables » et comprend des éléments qui doivent être déterminés ou faits avant de pouvoir amorcer la planification de l'implantation. Toutes les activités comprises dans ce groupe sont exclues de l'envergure du stage. On y retrouve, entre autres, le choix ou le développement d'un outil de dépistage ainsi que l'établissement de critères pour référer aux divers professionnels, des outils cliniques standardisés et des algorithmes d'interventions. Ces différents livrables découlent des objectifs de l'offre clinique. Le deuxième groupe, celui de la « planification » comprend les activités nécessaires à la planification de l'implantation du dépistage de la détresse. Il fait, quant à lui, partie de l'envergure du stage. L'outil de planification en résultant se veut donc un guide pour faciliter et orienter cette planification. Les deux phases subséquentes, « implantation » et « suivi », sont exclues du stage puisque l'échéancier pour y arriver ne concorde pas avec la portée du stage. Donc, les activités d'implantation et de suivi ne seront pas mises en œuvre dans le cadre de ce stage. Par contre, ces activités doivent être planifiées, et c'est dans la phase de « planification » qu'elles seront organisées et ordonnancées.



Une autre limite établie concerne la clientèle du stage. Bien que les bénéfices du dépistage de la détresse touchent les patients, les changements attendus dans la pratique, quant à eux, concernent les divers professionnels de la santé. Le médecin, l'infirmière, le psychologue ou le travailleur social peuvent tous être mis à contribution de différentes façons afin de répondre aux besoins de la personne et sa famille (PCCC, 2009). Bien que le rôle et la contribution de chacun soient distincts, tous les professionnels concernés doivent travailler en synergie pour que les bénéfices pour les patients soient réels (Annexe 3). Le dépistage, l'évaluation, les interventions et le suivi de la détresse pour la clientèle en oncologie doivent se faire en interdisciplinarité (DLCC, 2011). Par contre, la contribution des collaborateurs interdisciplinaires n'est pas abordée dans le cadre de ce stage, elle a plutôt été limitée à des infirmières (Annexe 3). Ceci a influencé les activités déterminées en phase de planification. Néanmoins, l'outil de planification pour l'implantation du dépistage de la détresse développé dans le cadre de ce stage pourrait servir aussi de guide pour les autres partenaires interprofessionnels. Évidemment, il faudrait ajuster les activités en fonction de ceux-ci.

### **3.4 Activités de stage : identifier les besoins**

#### **3.4.1 Choix des infirmières**

Avant de poursuivre avec le deuxième objectif de stage, soit l'identification des besoins, une première activité a été planifiée et a consisté en une rencontre avec une des gestionnaires du CICC. Le principal objectif de cette rencontre était d'identifier les parties prenantes, soit les personnes activement impliquées dans le projet ou celles dont les intérêts peuvent être affectés de manière positive ou négative par l'exécution ou l'achèvement du projet (PMI, 2013). Puisque cette identification est la pierre angulaire de toutes les autres étapes, les parties prenantes ont été ciblées de façon très spécifique et stratégique. Vu l'envergure bien précise du stage, toutes les parties prenantes identifiées étaient infirmières. Il a été prévu de rencontrer un total de dix infirmières ( $n = 10$ ). Puisque l'outil de planification pour l'implantation servira aux infirmières gestionnaires et aux CSS qui auront le rôle de planifier et d'implanter le dépistage systématique de la détresse auprès des infirmières soignantes et des IPO pour la clientèle d'oncologie, on peut donc situer ces infirmières à deux niveaux. Le premier niveau regroupe donc cinq infirmières en soins directs et le deuxième regroupe cinq infirmières cadres (Annexe 4). Quel que soit le niveau où les infirmières se situent, le nombre d'années d'expérience dans leur poste a été considéré de sorte que cinq infirmières avaient moins de cinq ans d'expérience et les cinq autres avaient cinq ans ou plus d'expérience. Plus précisément, le premier niveau a été constitué de deux infirmières soignantes en oncologie (une en volet hospitalier et une en volet ambulatoire) et trois IPO. Il est à noter qu'actuellement au CHUM, seules les IPO contribuent au dépistage

systematique de la détresse lorsqu'elles font l'évaluation initiale des patients au début de la trajectoire de soins. Par contre, aucun autre moment n'a été prédéterminé pour procéder de nouveau au dépistage. De plus, l'étudiante a pu constater que les IPO n'utilisent pas un outil standardisé et spécifique au dépistage comme recommandé par Howell et al. (2009) et le NCCN (2010). Néanmoins, l'étude de Lebœuf, Lachapelle, Dubois et Genest (2013) met en lumière qu'elles interviennent par le biais de conversations thérapeutiques afin d'explorer l'expérience vécue par chaque patient. Il a donc été suggéré de choisir deux IPO dont le champ d'activités a été adapté au contexte de leur clientèle. Ainsi, contrairement à la majorité de leurs collègues, ces IPO ne font pas d'emblée une évaluation initiale comprenant un dépistage de la détresse. En raison de la volumétrie des patients suivis pour ce même site tumoral, elles concentrent plutôt leur expertise sur la gestion des symptômes. La troisième IPO, quant à elle, contribuait déjà au dépistage de la détresse. Le choix des deux infirmières soignantes s'est fait en sollicitant la collaboration des ICU en oncologie (volet hospitalier et volet ambulatoire) pour identifier une de leurs infirmières. Le deuxième niveau d'infirmières regroupe cinq cadres en oncologie : une cogestionnaire, deux ICU et une CSS. Une fois de plus, c'est la gestionnaire du CICC qui a ciblé ces infirmières.

### 3.4.2 Planification des rencontres

Par la suite, l'étudiante s'est attardée à la planification précise des rencontres avec des infirmières dans le but d'identifier leurs besoins pour mieux répondre au deuxième objectif. Dans un premier temps, l'étudiante a prévu de courtes rencontres individuelles avec les infirmières en soins directs préalablement ciblées pour leur expliquer le but et les objectifs du stage et demander leur participation à ce projet. Il a été planifié que ces rencontres durent dix minutes et se tiennent sur leur lieu de travail. Si les infirmières acceptaient de collaborer, alors une deuxième rencontre était immédiatement planifiée au bureau de la stagiaire. Cette fois, une heure a été allouée, habituellement durant leur pause-repas. L'objectif de cette rencontre a été de collecter des données et d'identifier leurs besoins en vue d'une éventuelle implantation du dépistage de la détresse auprès de leur clientèle. Cette collecte de données permettrait ainsi de mieux déterminer et planifier des activités à leur offrir en phase d'implantation. Pour encourager la participation, une des gestionnaires du CICC a commandité le repas de midi. De plus, pour rendre les rencontres stimulantes et constructives, l'étudiante a réuni dans la même rencontre deux infirmières n'ayant pas le même niveau d'expérience dans le poste. Ainsi, les deux infirmières soignantes ont été réunies dans une rencontre et les deux IPO ont aussi été placées en duo dans une autre rencontre. Compte tenu de ses disponibilités, une des IPO a été rencontrée seule. Un total de trois rencontres a été planifié pour les infirmières en soins directs.

Une organisation différente pour les rencontres a été choisie pour les infirmières cadres (infirmières gestionnaires et CSS). Cette fois, une rencontre individuelle a été considérée plus appropriée puisque les sujets abordés étaient davantage liés au volet de la planification des ressources. Pour faciliter le déroulement et limiter la durée de ces rencontres, l'étudiante, en accord avec la directrice de stage, a préalablement fait parvenir aux différentes parties prenantes un document intitulé *Travail pré-stage*. Ce document, préparé par l'étudiante dans le cadre de son séminaire de stage, exposait les problématiques et recensait les écrits sur le sujet. De plus, on y retrouvait le but et les objectifs du stage. Ainsi, cinq rencontres de soixante minutes ont été prévues pour les infirmières cadres.

Parallèlement à l'organisation et à la planification des différentes rencontres, l'étudiante a eu l'occasion d'assister à un congrès ainsi qu'à un séminaire traitant de la détresse et de son dépistage. La CANO a présenté sa conférence nationale ayant pour thème : *Oncology Nurses : Advocates by Profession*. Par la suite, c'est l'Association québécoise des infirmières en oncologie (AQIO), une section de la CANO, qui organisait une journée scientifique en novembre 2012 intitulée « Dépister la détresse et y répondre : défis et nouvelles connaissances ». L'objectif de l'étudiante lors de ces événements était de consolider ses apprentissages en ce qui a trait à la détresse en oncologie et de se renseigner sur les expériences d'implantation du dépistage de la détresse dans divers centres à travers le Canada. Ces congrès ont aussi été des occasions fructueuses de réseautage. Plusieurs échanges avec des CSS d'hôpitaux au Québec ont porté sur leurs expériences

d'implantation du dépistage de la détresse dans leur milieu. L'étudiante a saisi cette occasion et a pris rendez-vous ultérieurement avec elles (n = 3) dans leur centre respectif afin de discuter de façon plus approfondie de l'implantation du dépistage et d'en apprendre davantage sur leur plan d'implantation. Ces données collectées pourraient être intégrées, s'il y a lieu, dans l'outil de planification. Ces trois infirmières s'ajoutent donc aux dix infirmières dont la participation était déjà prévue pour identifier leurs besoins. Donc treize infirmières (n = 13) ont été rencontrées.

Après avoir organisé toutes les rencontres avec les infirmières soignantes, les infirmières cadres et les CSS des autres milieux hospitaliers, il a fallu en préparer adéquatement le contenu. Ainsi, trois canevas d'entretien (Annexe 5) ont été conçus pour mieux guider et encadrer les échanges. Le premier canevas a été conçu pour les rencontres auprès des infirmières en soins directs. La principale question était : « Si vous deviez contribuer au dépistage de la détresse auprès de votre clientèle, de quoi auriez-vous besoin pour y parvenir? » Les questions subséquentes, quant à elles, étaient plus précises pour permettre à l'étudiante de mieux orienter les discussions : « Quels types d'activités aimeriez-vous avoir? », « À quels moments? », etc. Le deuxième canevas d'entretien s'adressait aux infirmières cadres. La principale question était : « Que croyez-vous important de planifier avant de procéder à l'implantation? » Les questions suivantes étaient plus spécifiques et portaient sur les ressources disponibles qu'elles soient humaines, financières ou matérielles. Le dernier canevas d'entretien a été conçu pour les rencontres avec les CSS des autres milieux hospitaliers. Bien qu'il soit similaire à celui des infirmières cadres puisqu'il

regroupe des questions sur la planification, le canevas comprend aussi des questions quant à leur expérience d'implantation : leurs bons coups, leurs leçons apprises et leurs pistes d'amélioration.

### **3.4.3 Bilan des rencontres et congrès**

Comme prévu, trois rencontres de soixante minutes ont eu lieu avec les infirmières en soins directs, cinq rencontres ont eu lieu avec les cadres et les CSS du milieu de stage et deux rencontres se sont tenues avec les CSS d'autres milieux hospitaliers pour un total de dix rencontres. Toutes les infirmières ont participé avec intérêt. On peut retrouver le détail du contenu des rencontres à l'annexe 6.

Les trois rencontres avec les infirmières en soins directs (soignantes et IPO) se sont déroulées dans le temps alloué. Selon le poste occupé, les connaissances sur la détresse étaient variées. Les infirmières soignantes avaient peu ou pas entendu parler de ce concept et les IPO n'avaient pas une définition uniforme. Bien que l'intérêt et la pertinence de dépister la détresse aient été bien compris par toutes les infirmières rencontrées, plusieurs préoccupations demeuraient quant à la gestion de leur temps. Les infirmières soignantes envisageaient difficilement d'inclure cette pratique dans leur quotidien. Elles mentionnent que la priorité va aux soins et le dépistage de la détresse n'entre pas dans cette catégorie. La gestion du temps a aussi été une préoccupation partagée par les IPO puisqu'elles devront dépister la détresse pour toute la clientèle et à différents moments dans la trajectoire. Néanmoins, les IPO comprennent la contribution attendue en ce qui concerne le dépistage.

Inversement, les infirmières soignantes ont un manque de compréhension quant au rôle attendu et à leur contribution.

Les échanges initiés par les infirmières ont été enrichissants, de sorte que l'étudiante était davantage en mode écoute, laissant les participantes s'exprimer librement. Une fois les préoccupations partagées, l'étudiante s'est référée à son canevas d'entretien pour tenter d'identifier d'autres besoins. Plusieurs idées ont été proposées. Toutes ont suggéré d'avoir plusieurs activités en séquence, ce qui permettrait de mieux intégrer les changements dans leur pratique. De plus, il y a eu consensus sur le fait d'offrir ces activités sous des formes variées : formations, groupe de discussions et lectures. Ces idées ne pouvaient que bonifier le processus d'implantation puisqu'elles découlent directement de leurs besoins et préoccupations.

Les rencontres avec les infirmières gestionnaires et CSS ont fait émerger certaines inquiétudes qu'elles partagent indépendamment du poste occupé. La principale préoccupation concerne le manque de compréhension et d'uniformité du rôle des infirmières soignantes auprès de leurs patients. Elles le définissent davantage par l'exécution de plusieurs tâches et activités. Comme solution, les infirmières cadres ont toutes indiqué la nécessité d'intégrer des activités où le rôle et la contribution infirmière au dépistage seront discutés. Bien que toutes ne se soient pas prononcées là-dessus, la deuxième préoccupation concernait la contribution et la collaboration de partenaires à l'implantation du projet. La



présence et la participation de l'ICU dans les différentes activités de sensibilisation ou de formation sont des conditions *sine qua non*. Cela démontre au personnel l'appui de leur chef au projet. De plus, elle est en meilleure position pour accompagner son équipe dans la gestion du changement. S'ajoute à cela la collaboration des assistantes-infirmières chef (AIC) qui est tout aussi essentielle puisque ce sont elles qui sont le plus souvent auprès des infirmières. Elles pourront donc faciliter le changement. Une fois que les principales préoccupations ont été partagées, l'étudiante a repris son canevas d'entretien pour mieux orienter les questions. À la question « Que croyez-vous important de planifier avant de procéder à l'implantation? », toutes leurs réponses ont été orientées vers les besoins des infirmières. D'ailleurs, leur principale préoccupation concernait les infirmières soignantes. Elles ont aussi mentionné l'importance de varier les types d'activités. La question portant sur les besoins de planification a été posée de plusieurs manières différentes mais à chaque fois, leurs réponses ont été davantage orientées sur les besoins des infirmières en soins directs que sur les besoins de planification.

Les rencontres avec les CSS des deux centres hospitaliers se sont aussi déroulées dans les temps prévus. Cette fois, l'objectif était d'identifier en rétrospective leurs besoins de planification. Puisque ces conseillères l'ont elles-mêmes implanté dans leurs milieux respectifs, elles pouvaient ainsi avoir un regard critique quant à leurs expériences. De façon unanime, le principal défi identifié réside dans la difficulté qu'ont les infirmières à intégrer l'évaluation dans leur rôle. La définition de l'exercice infirmier tel que le stipulé par le Code des professions

(LII, L.R.Q., c. I-8, art. 36, 1973) s'applique dans un contexte de dépistage de la détresse, puisque l'évaluation en est la pierre angulaire. Une fois complété par le patient, le questionnaire permet à la professionnelle de dépister le niveau de détresse et ses causes. Mais la démarche ne peut s'arrêter là. En théorie, s'ensuit une évaluation plus approfondie des besoins sous-jacents à la détresse et c'est le rôle de l'infirmière d'assurer cette évaluation. Puis, elle posera un jugement clinique sur des interventions à entreprendre ou des références à faire à d'autres professionnels. Par la suite, elle documentera, dans les notes d'évolution légales, les évaluations et les interventions réalisées. Pour l'instant, dans les deux milieux, lorsque l'infirmière dépiste un niveau élevé de détresse, elle ne s'en tient habituellement qu'à une référence interprofessionnelle. On ne retrouve pas non plus la trace de ses constats d'évaluation. Selon ces CSS, il y a donc un manque important de compréhension face à la contribution attendue des infirmières en lien avec le dépistage de la détresse et des interventions qui s'ensuivent. Des aspects plus politiques ont aussi été abordés lors des rencontres, en particulier l'appui de la haute direction et des partenaires. Pour des raisons variant d'un milieu à l'autre, ce n'est qu'en cours d'implantation qu'un appui de la direction a été officialisé. Ce levier au projet devrait être un préalable à l'implantation puisqu'il permet ainsi d'avoir une vision commune et de prioriser uniformément (PMI, 2013). Lors des deux rencontres, les CSS ont mentionné qu'en rétrospective, elles auraient dû définir un plan d'implantation beaucoup plus précis. Ce qui corrobore les propos de Kliger et al. (2010). Ces rencontres ont ainsi permis à ces conseillères de comprendre la nécessité de renforcer la planification de toute implantation.

C'est en tentant d'identifier des besoins de planification au regard de l'implantation du dépistage que l'étudiante a assisté à plusieurs conférences traitant des thèmes de la détresse ou de son dépistage lors du congrès de la CANO. Le principal constat ressortant des conférences est l'absence de plan d'implantation en termes de gestion de projets. D'ailleurs, fait intéressant à noter, même le mot planification est rarement, voire jamais utilisé. Newhouse et White (2011), mentionnent aussi dans leur article qu'il y a souvent absence de planification de l'implantation dans les projets gérés par des infirmières. On passe rapidement de la décision d'implanter un projet à l'implantation elle-même. Évidemment, plusieurs obstacles et difficultés s'ensuivent. Plus près de nous, l'étudiante a fait les mêmes constats à la journée scientifique de l'AQIO: le processus de planification demeure une grande difficulté. Ceci a permis à l'étudiante de corroborer la nécessité d'un outil de planification tel que développé lors de son stage.

### **3.5 Activités de stage : développement et validation de l'outil**

#### **3.5.1 Développement de l'outil**

Pour concevoir un tel outil, l'étudiante a rassemblé les différents processus de la méthodologie de gestion de projets du PMI (2013), les éléments importants émergeant de la recension des écrits et les besoins des infirmières identifiés lors des différentes rencontres. À cela se sont ajoutés les bons coups, les leçons apprises et les pistes d'amélioration suggérées en conférences ou lors du partage des expériences d'implantation avec d'autres milieux (Annexe 7). Tous ces éléments ont influencé et orienté le développement de l'outil.

À partir de cette étape, un regroupement cohérent des différents éléments a été réalisé afin de développer un outil qui soit utile. Comme discuté précédemment, les utilisateurs potentiels de l'outil de planification sont les infirmières cadres. Même si Kliger et al. (2010) mentionnent que ces infirmières devraient apprendre comment gérer les projets du démarrage à l'implantation, il n'en demeure pas moins qu'actuellement, le niveau des savoirs et des connaissances en gestion de projets chez les infirmières cadres n'est pas uniforme. Cette prémisse a influencé la forme et le contenu de l'outil. Par exemple, l'utilisation du vocabulaire spécifique à la gestion de projets a dû être considérée. Parfois, une définition a dû être ajoutée à même le contenu de l'outil pour en simplifier la lecture et l'utilisation.

L'outil (Annexe 8) se présente donc sous forme d'un tableau comportant trois volets (sous forme de colonne). Le premier volet comprend une liste des différents processus répartis selon un ordre logique de la méthodologie du PMI (2013). Certains processus de cette méthodologie n'ont pas été retenus dans l'outil. Par exemple, les processus de planification et de gestion des approvisionnements s'appliquaient difficilement dans une démarche d'implantation du dépistage de la détresse. Le deuxième volet, quant à lui, regroupe des pistes de réflexion. On y trouve une liste de questions à se poser pour préparer la planification de l'implantation. Il s'agit en fait de la théorie, des définitions et des principes de gestion de projets, qui ont été transposés sous forme de questions, puis adaptés au contexte d'un milieu hospitalier. De plus, chaque défi ou enjeu rencontré par les conseillères des différents milieux hospitaliers et chaque élément pertinent recensé

dans les différentes lectures étaient convertis en questions et associés à l'un des processus de gestion de projets. Pour plusieurs de ces processus, aucune question n'était associée, ce qui veut dire qu'on ne retrouvait rien à cet égard, ni dans les écrits, ni dans les expériences d'implantation ou les rencontres avec les parties prenantes. Le troisième et dernier volet de l'outil de planification est intitulé « Suggestions / recommandations ». Les éléments de ce volet incluent notamment les constats, les demandes et les besoins qui sont ressortis des différentes rencontres avec les infirmières, qu'elles soient en soins directs, gestionnaires ou CSS. Bref, ce volet présente un assemblage très diversifié d'activités, d'incontournables, de conseils et de suggestions.

### **3.5.2 Validation de l'outil**

L'outil étant désormais finalisé, la prochaine étape pour compléter la réalisation des objectifs de stage a consisté en sa validation. Dans un premier temps, il a fallu choisir des infirmières pour procéder à la validation. Pour ce faire, l'étudiante a établi certains critères de sélection privilégiant des infirmières qui pourraient avoir un regard critique sur l'outil et suggérer des pistes d'amélioration. Puisque l'outil a été conçu pour que les utilisateurs potentiels soient des infirmières cadres, il a été jugé pertinent que les infirmières chargées de la validation le soient aussi. De plus, elles devaient avoir un lien étroit avec le domaine de l'oncologie pour ainsi s'assurer que l'outil tenait compte du contexte de pratique. Ensuite, il a été souhaité qu'elles aient un certain niveau de connaissances en gestion de projets. Ce critère était important puisque l'outil s'adressait à des cadres de toutes sortes,

sans égard à leur expérience et compétences de gestionnaire de projets. Les infirmières ciblées pour valider l'outil ne devaient pas être expertes en gestion de projet mais devaient en connaître suffisamment pour pouvoir critiquer l'outil, tant sur sa forme que sur son contenu. Trois infirmières répondant à ces critères ont été recommandées pour procéder à cette validation (n = 3) : une ICU et deux CSS (Annexe 4). Une rencontre de soixante minutes a été planifiée pour chacune d'entre elles au bureau de la stagiaire. Les trois rencontres se sont déroulées dans les temps alloués et ont permis de préciser certains éléments relatifs au contenu de l'outil, en y ajoutant par exemple, d'autres définitions. Par ailleurs, aucune modification majeure n'était suggérée. Les commentaires recueillis étaient similaires d'une infirmière à une autre. Le choix de diviser en trois colonnes (les processus de gestion de projets, les pistes de réflexion et les suggestions / recommandations) a été fort apprécié pour sa clarté et sa pertinence. Elles ont trouvé l'outil très intéressant et ont mentionné qu'il était transférable à n'importe quel contexte de projet. Un autre commentaire ressorti à chacune des rencontres met en lumière qu'elles auraient aimé que les gabarits suggérés dans la troisième colonne de l'outil soient réellement joints en annexe à l'outil. Ainsi, il serait encore plus facile de comprendre et de suivre les étapes et processus recommandés. Selon elles, ce serait une valeur ajoutée, bien que l'outil puisse très bien être utilisé sans ces gabarits, étant donné que leur absence n'affecte nullement l'utilité. Les trois rencontres se sont terminées de la même façon : les participantes ont constaté l'ampleur de la planification nécessaire pour que le dépistage de la détresse soit réalisé dans leur milieu.

**SECTION 4**  
**DISCUSSION**

Cette activité d'apprentissage expérientielle a suscité plusieurs réflexions. Ces réflexions sont regroupées en sous-sections. La première comprend les impacts du stage et on y retrouve les retombées. La deuxième sous-section analyse les limites du stage en lien avec certaines étapes de son déroulement. La sous-section suivante relate l'atteinte des différents objectifs de stage et d'apprentissage. Certaines recommandations pour le milieu concluront cette section.

#### **4.1 Retombées du stage**

Pour l'instant, peu de retombées ont pu être observées à la suite du stage. La principale cause est que l'outil de planification développé doit d'abord être diffusé, ce qui est nécessaire pour des retombées notables. Actuellement, seules les trois infirmières chargées de la validation ont vu de façon détaillée l'outil de planification et ont pu comprendre la nécessité de bien planifier une implantation.

C'est dans cette optique de diffusion et de communication qu'il a été entendu de planifier celles-ci à la suite du stage. Ainsi, une première présentation a été réalisée lors du dernier séminaire de l'AQIO. La conférence intitulée : « Outil de planification pour l'implantation du dépistage de la détresse chez la clientèle en oncologie » a été présentée devant des infirmières œuvrant dans le milieu de l'oncologie. Par la suite, l'étudiante a fait parvenir l'outil aux infirmières intéressées. Attentive aux commentaires, elle souhaite que l'outil puisse également les outiller dans la gestion de l'implantation du dépistage de la détresse ou dans tout autre projet.



Une autre présentation est à prévoir dans le milieu de stage. Celle-ci s'adressera aux infirmières gestionnaires et CSS du CHUM qui ont été rencontrées dans le cadre du stage pour identifier leurs besoins en termes de planification. Elle souhaite ainsi amener ces infirmières à utiliser l'outil pour les soutenir dans la planification et l'implantation du dépistage de la détresse au CHUM. À cela s'ajoutera une présentation destinée à chacune des CSS ayant été consultée dans les deux autres milieux hospitaliers. Lors de ces rencontres, elles avaient toutes sollicité un suivi post-stage pour prendre connaissance de l'outil de planification développé par l'étudiante. De cette façon, elles pourraient mieux déterminer à quel niveau se situent les difficultés qu'elles ont rencontrées en cours d'implantation et évaluer la possibilité, s'il y a lieu, d'ajuster certaines étapes.

Ainsi, plus l'outil sera diffusé, plus il risque d'être utilisé, ce qui permettra ensuite de constater les retombées positives d'une meilleure planification. Puisque l'outil est basé sur une méthodologie reconnue de gestion de projets, soit celle du PMI (2013), les retombées attendues se mesureront au succès et la pérennité du projet d'implantation (PMI, 2013).

L'outil s'adresse principalement aux infirmières gestionnaires ou CSS qui auront le mandat d'implanter un tel programme. Mais les infirmières en soins directs ne sont pas pour autant laissées pour compte. Ce sont elles, entre autres, qui procéderont au dépistage de la détresse, à l'évaluation et aux interventions en découlant. Elles sont les destinataires du changement. Une planification adaptée à

leurs besoins, ainsi que des activités déterminées avec leur collaboration, contribueront à ce qu'elles se sentent mieux encadrées dans ce changement de pratique, ce qui pourrait constituer une retombée positive.

Mais la plus importante retombée concerne les patients en oncologie et leur famille puisqu'ils sont au cœur de nos préoccupations professionnelles. Un projet d'implantation du dépistage de la détresse chez les patients en oncologie qui jouit d'un franc succès et d'une pérennité contribuera à offrir des soins d'une plus grande qualité à cette clientèle.

## **4.2 Limites**

Pour permettre d'analyser adéquatement le stage, il ne suffit pas d'identifier les retombées potentielles ou attendues, il faut aussi en discerner et analyser les limites.

### **4.2.1 Identification des besoins de planification**

La première limite se rapporte au caractère des besoins identifiés lors de certaines rencontres. Treize infirmières ont participé à l'identification des besoins préalables au développement de l'outil. Parmi elles, cinq étaient infirmières gestionnaires ou CSS du milieu de stage. Comme on peut le voir dans le canevas d'entretien à l'annexe 5, les questions leur étant adressées concernaient l'identification des besoins en matière de planification, plus spécialement au niveau des ressources. Malheureusement, les rencontres n'ont pas permis de collecter de

l'information concernant ces variables puisque les infirmières gestionnaires et CSS rencontrées n'en étaient qu'aux premières réflexions concernant le plan d'implantation. De plus, il semblait plus facile pour ces infirmières de répondre et d'anticiper les besoins des infirmières soignantes que les besoins de planification. En ayant eu certaines informations à cet égard, le contenu même de l'outil de planification aurait pu être précisé davantage. Par contre, nonobstant le manque de données à ce sujet, l'outil explore, malgré tout, ces variables de façon globale. En effet, c'est dans le volet « pistes de réflexion » de l'outil que le lecteur retrouvera ces différentes variables, posées sous forme de questions.

Une autre limite concerne le choix des infirmières, plus précisément les IPO. Les réponses données par ces infirmières lors des différentes rencontres ont permis à l'étudiante de développer un outil de planification qui répondait à leurs besoins. Sur les trois IPO rencontrées, deux partageaient une clientèle avec le même site tumoral. D'ailleurs, ces deux IPO avaient des activités qui, sur le plan de l'évaluation initiale et de la contribution au dépistage, différaient de leurs collègues. Il serait très intéressant de reproduire cette même démarche d'identification des besoins avec d'autres IPO. Malgré le fait que les trois IPO avaient sensiblement les mêmes besoins, on ne peut pas les généraliser aux quatorze autres IPO du milieu. Les besoins varient-ils selon la clientèle des différents sites tumoraux? Ou bien varient-ils selon l'expérience ou même le moment où l'IPO entre dans la trajectoire du patient? Par contre, en analysant les données colligées en entrevue, l'étudiante a émis l'hypothèse qu'il y aurait probablement peu de changement sur l'outil lui-

même, puisque les activités déterminées ayant découlé des différentes entrevues y sont à titre de suggestions. Toutes les activités se retrouvant dans cette colonne sont à valider et nuancer selon le contexte, le milieu et le moment. Le reste de l'outil, quant à lui, est basé sur une méthodologie qui s'applique dans différents contextes.

Pour ce qui est des deux autres infirmières en soins directs, soit l'infirmière soignante en service ambulatoire et celle qui pratique en volet hospitalier, elles ont été choisies par leur infirmière chef d'unité en vue d'une collaboration dans le cadre du stage et ce, pour plusieurs raisons, dont leur motivation. Il se peut que leur intérêt à participer ne soit pas généralisable à toutes leurs collègues, mais il n'en demeure pas moins qu'il est certainement gagnant de les inclure dans les différentes étapes de planification. C'est d'ailleurs une des recommandations de Fillion et al. (2011), dont les recherches ont été faites dans un milieu similaire à celui du stage.

#### **4.2.2 Validation de l'outil**

Trois infirmières gestionnaires ou CSS ont participé à la validation de l'outil. Pour l'instant, la validation ne s'est faite que de façon théorique puisque l'outil n'a pas pu être testé dans la pratique. Malgré le fait que le développement de l'outil est basé sur une recension des écrits ainsi que sur plusieurs rencontres auprès d'infirmières, ce n'est qu'en l'utilisant de façon concrète et opérationnelle auprès d'un plus grand nombre d'infirmières qu'on pourra le valider de façon optimale. Pour ce faire, l'étudiante, en accord avec la directrice et l'infirmière ressource, est ouverte à partager son outil avec des infirmières. Le fait qu'elles s'en inspirent,

qu'elles le transfèrent dans un autre contexte et qu'elles l'utilisent, permettra par la suite à l'étudiante de collecter des données et ainsi bonifier l'outil.

### **4.3 Atteinte des objectifs de stage et d'apprentissage**

L'ensemble des objectifs a été atteint dans le cadre de ce stage. Dans un premier temps, il s'agissait de recenser et d'analyser les écrits liés à des expériences d'implantation d'outils, notamment sur l'implantation du dépistage de la détresse et les recommandations énoncées. Cet objectif a été atteint au début du stage, puisqu'il s'agissait d'un incontournable à sa poursuite. Pourtant atteint dès le début, cet objectif s'est poursuivi et consolidé tout au long du stage, puisque de nombreuses lectures se sont ajoutées en cours de route.

Le deuxième objectif, qui a consisté en l'identification des besoins des infirmières et des éléments nécessaires à la planification de l'implantation, a aussi été atteint. L'activité principale, soit les rencontres, a permis l'atteinte de cet objectif. La diversité des répondantes (infirmières soignantes, cadres ou CSS), le nombre ( $n = 13$ ) et la variété des milieux sont des facteurs qui ont favorisé la richesse des réponses lors de l'identification des besoins quant à la planification de l'implantation du dépistage de la détresse.

Finalement, le troisième objectif a aussi été atteint. La validation de l'outil auprès d'infirmières ( $n = 3$ ) s'est avérée constructive. Comme on l'a mentionné précédemment, les commentaires et suggestions partagés dans le cadre des

validations furent utiles et cohérents. Ceci a permis à l'étudiante de faire certaines modifications sur l'outil dans un but d'amélioration.

D'autres objectifs, d'apprentissage cette fois, ont aussi été atteints lors du stage. Ils ont contribué au développement professionnel et personnel de l'étudiante. La première activité de stage, soit la recension et l'analyse des écrits, a permis à l'étudiante de développer ses connaissances sur la détresse en oncologie, son dépistage et son évaluation ainsi que de perfectionner ses habiletés de rédaction d'une recension. Par la suite, chaque rencontre, congrès ou séminaire lui ont permis d'évoluer davantage et de consolider ses apprentissages. Le développement des connaissances est un processus continu, il suffit de saisir ou de créer les occasions d'apprentissage pour y parvenir.

De fait, plusieurs possibilités se sont présentées, permettant non seulement à l'étudiante de développer ses connaissances cliniques, mais aussi d'utiliser certaines de ses habiletés. Naviguant entre divers type de professionnels infirmiers qui, outre le bien-être des patients, n'avaient pas nécessairement les mêmes besoins et défis, l'étudiante utilisait ses habiletés d'influence pour y parvenir. Le modèle conceptuel d'Hamric et al. (2005) a servi de guide à l'étudiante dans le déploiement de ces habiletés. L'expérience de stage a été fort enrichissante et l'étudiante a ainsi pu les consolider davantage. Une fois de plus, même si l'objectif est considéré comme étant atteint, d'autres occasions et possibilités s'offriront pour poursuivre cette consolidation.

Le dernier objectif d'apprentissage, mais non le moindre, a été d'intégrer des compétences de gestionnaire de projets. Ainsi, l'étudiante a eu beaucoup d'occasions de parfaire ses habiletés de communication. Elle a aussi réalisé le caractère incontournable, mais ardu, de l'utilisation des stratégies politiques. Dans plusieurs situations, elle a pu constater que communiquer adéquatement ne suffit pas. Il faut aussi préalablement analyser les impacts potentiels du contenu du message selon le destinataire. D'autre part, la planification et la réalisation de ce stage lui ont également permis de consolider davantage son leadership auprès des infirmières rencontrées et même auprès de ses pairs. Pour faciliter le développement de ces diverses compétences, l'étudiante s'est autoévaluée de façon régulière. À chaque occasion possible, plus particulièrement après chaque rencontre avec des infirmières, elle faisait un bilan de l'expérience en évaluant de quelle façon elle avait utilisé les compétences d'un gestionnaire de projets.

Dans le cadre de son stage, l'étudiante a donc eu l'occasion de mettre en action, dans un contexte clinique en soins infirmiers, tous les savoirs, savoir-faire et savoir-être développés lors de son parcours académique spécifique à la gestion de projets. Le stage lui a permis d'atteindre cet objectif et de réaliser le caractère incontournable de la gestion de projets dans le milieu de la santé.

#### 4.4 Recommandations

De cette réalisation découle la principale recommandation formulée par l'étudiante, soit le besoin de sensibiliser les cadres infirmiers à la démarche de la gestion de projets. Cette recommandation va d'ailleurs dans le même sens qu'Overgaard (2010), qui mentionne que l'aspect gestion de projets est habituellement méconnu dans le domaine des soins infirmiers. Kliger et al. (2010) ajoutent que les infirmières devraient apprendre comment gérer ces projets du démarrage à l'implantation. En les initiant à cette démarche de gestion de projets, elles contribueraient aussi au succès des projets et à leur pérennité.

Il peut être intéressant pour les infirmières de commencer cette sensibilisation en participant à un projet. L'outil développé par l'étudiante est un guide et une démarche permettant à une infirmière cadre de passer de l'idée d'implanter un programme de dépistage à l'implantation réelle. Les principes de gestion de projets que l'on retrouve à travers l'outil contribuent à sensibiliser les utilisateurs. Mais puisque l'outil peut aussi être transférable, il pourrait aussi servir de guide dans un contexte autre que l'oncologie.

Néanmoins et indépendamment du contexte, les destinataires du changement devraient toujours être inclus dans les processus de planification et d'implantation. Cette autre recommandation découle des bénéfices mutuels apportés par les rencontres auprès des infirmières en soins directs. Tout d'abord, il est incontestable que l'outil n'aurait pas la même valeur ni la même portée sans l'identification des



besoins. Ces infirmières ont contribué au processus de développement d'un outil d'implantation qui répondrait mieux à leurs préoccupations et à leurs besoins. Cette préoccupation va dans le même sens que Bareil (2004), qui mentionne que ceux qui vivront le changement devraient participer au choix des moyens pour parvenir à ce changement.

Ces infirmières ont mentionné avoir aussi eu certains bénéfices. Elles se sont senties appréciées et considérées. Parce qu'elles ont constaté que leurs opinions étaient importantes et qu'on voulait les inclure dans le processus du changement, elles ont ajouté que nous pouvions compter sur elles comme agents de changement pour la pratique clinique.

## **CONCLUSION**

Le dépistage de la détresse auprès des personnes atteintes de cancer est un élément fondamental dans le soin aux patients puisque plus d'un patient sur trois souffrira de détresse lors de sa trajectoire de soins. Actuellement, le dépistage de la détresse est un thème largement abordé mais peu planifié en termes de gestion de projets. L'implantation du dépistage de la détresse s'avère être un changement important à prévoir car plusieurs échecs sont en effet liés à un manque de planification. Dans le domaine des sciences infirmières, les écrits documentent peu ou pas les méthodologies de gestion de projets. Malgré les documents disponibles pour faciliter cette démarche, les difficultés d'implantation représentent de grands défis car les processus doivent être clairs et bien définis.

Le but du stage était de développer un outil de planification pour l'implantation d'une échelle de détresse dédiée à la clientèle oncologique. Basé sur une méthodologie de gestion de projets (PMI, 2008), cet outil a été développé grâce à la contribution d'infirmières soignantes, d'infirmières gestionnaires et de CSS. L'utilisation du modèle conceptuel de Hamric et al. (2005) a été un atout essentiel dans la réalisation de ce stage puisqu'il a permis à l'étudiante d'influencer et de nuancer le contenu de l'outil de planification, de façon à respecter le contexte spécifique des soins infirmiers oncologiques.

Les activités menées dans le cadre de ce stage de maîtrise ont permis de développer un outil de planification pour soutenir les futurs utilisateurs dans leur volonté d'implanter le dépistage de la détresse dans leur milieu. L'outil contribuera,

nous le souhaitons, au développement des connaissances et à l'avancement des pratiques cliniques, en vue de dispenser des soins sécuritaires et de qualité et à la clientèle.

## **RÉFÉRENCES**

- Bareil, C. (2004). *Gérer le volet humain du changement*. Montréal : Éditions Transcontinental et Éditions de la Fondation de l'entrepreneurship.
- Bultz, B., & Carlson, L. (2006). Emotional distress : The Sixth Vital Sign – Future Directions in Cancer Care. *Psycho-Oncology*, 15, 93-95.
- Bultz, B. D., & Groff, S. L. (2009). Screening for Distress : The 6th Vital Sign in Oncology: From Theory to Practice. *Oncology Exchange*, 8(1).
- Bultz, B. D., & Holland, J. C. (2006). Emotional Distress in Patients with Cancer: The Sixth Vital Sign. *Community Oncology*, 3(5), 311-314.
- Canadian Association of Nurses in Oncology (CANO). (2006). Normes de pratique et compétences pour l'infirmière spécialisée en oncologie.
- Carlson, L., & Bultz, B. (2003). Benefits of psychological oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. *Health Quality of Life Outcomes*, 1, 8. doi:10.1186/1477-7525-1-8
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal (2013). En ligne <http://www.chumontreal.qc.ca/patients-et-soins/departements-et-services/cancer>. Consulté le 15 juillet 2013.
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal (2012). Planification stratégique du CHUM. Offre clinique du centre intégré de cancérologie. Document CHUM.
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal (2009). Programme de lutte contre le cancer. Guide d'information sur l'interdisciplinarité.
- Centre hospitalier universitaire de Québec (2012). Programme de dépistage de la détresse. Bilan sommaire 2009-2012.
- Comité consultatif de la Société canadienne du cancer : Statistiques canadiennes sur le cancer 2013. Toronto, Canada.
- Direction de la lutte contre le cancer (DLCC) (2011). *Rapport du comité d'oncologie psychosociale. Vers des soins centrés sur la personne*. En ligne <http://www.aqsp.org/wp-content/uploads/2013/05/11-902-05F.pdf>. Consulté le 15 juillet 2013.
- Fillion, L., Cook, S., Blais, M.-C., Veillette, A.-M., Aubin, M., De Serres, M., Rainville, F., Fitch, M., Doll, R., Simard, S., & Fournier, B. (2011). Implementation of Screening for Distress with Professional Cancer Navigators. *Oncologie*. DOI10.1007/s10269-011-2026-8.

- Fitch, M. I., Howell, D., McLeod, D., & Green, E. (2012). Dépistage de la détresse : l'intervention est une fonction essentielle des infirmières en oncologie. *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 22(1), 21-30.
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2005). *Advanced Practice Nursing: an Integrative Approach* (3<sup>e</sup>éd.). St-Louis, Missouri : Elsevier Saunders.
- Heagney, J. (2011). *Fundamentals of Project Management* (4e éd.), New York: AMACOM.
- Howell, D., Currie, S., Mayo, S., Jones, G., Boyle, M., Hack, T., Green, E., Hoffman, L., Simpson, J., Collacutt, V., McLeod, D., & Digout, C. (2009). Guide pancanadien de pratique clinique : évaluation des besoins en soins psychosociaux du patient adulte atteint de cancer. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer (groupe d'action pour l'expérience globale du cancer) et Association canadienne d'oncologie psychosociale.
- Kendrick, K., Klossner, J., & Haubrick, K. (2010). Implementing Projects Using the Rapid-Cycle Approach. *The Journal of Nursing Administration*, 40(3), 135-139.
- Kitzmler, R., Hunt, E., & Sproat, S. B. (2006). Adopting Best Practices « Agility » Moves From Software Development to Healthcare Project Management. *Computers, Informatics, Nursing*, 24(2), 75-82.
- Kliger, J., Lacey, S. R., Olney, A., Cox, K. S., & O'Neil, E. (2010). Nurse-Driven Programs to Improve Patient Outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 40(3), 109-114.
- Latreille, J. (2012). Conférence organisée par le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Hôpital Notre-Dame, CHUM, Montréal, Canada.
- Lebœuf, I., Lachapelle, D., Dubois, S., & Genest, C. (2013). *La contribution de l'infirmière pivot dans l'expérience de l'annonce d'un diagnostic de cancer chez la personne atteinte et les proches*. Montréal, Canada : Direction des soins infirmiers du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et centre intégré de cancérologie du CHUM (CICC; anciennement Centre de lutte contre le cancer).
- Loi sur les infirmières et les infirmiers [LII], L.R.Q., c. I-8, art. 36, 1973.
- Loo, R. (2003). Project Management: A Core Competency for Professional Nurses and Nurses Managers. *Journal for Nurses in Staff Development*, 19(4), 187-193.

- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2008). *Distress Management*. En ligne [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp). Consulté le 15 juillet 2013.
- Newhouse, R. P., & White, K. M. (2011). Guiding Implementation Frameworks and Resources for Evidence Translation. *Journal of Nursing Administration*, 41(12), 513-516.
- Organisation mondiale de la santé. (2012). Aide-mémoire N° 297, février 2012. En ligne <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/index.html>. Consulté le 1<sup>er</sup> juillet 2013.
- Overgaard, P.M. (2010). Get the Keys to Successful Project Management. *Nursing Management, June 2010*, 53-54.
- Partenariat canadien contre le cancer (PCCC). (2009). Guide d'implantation du dépistage de la détresse, le 6<sup>e</sup> signe vital. Vers des soins centrés sur la personne. Partie A : contexte, recommandations et implantation. 21 mai 2009 – document de travail.
- Project Management Institute (PMI). (2013). *Guide du corpus des connaissances en management de projet (PMBOK)*, (5e éd.), Pennsylvanie : PMI Publications.
- Shirey, M. R. (2008). Project Management Tools for Leaders and Entrepreneurs. *Clinical Nurse Specialist*, 22(3), 129-131.
- Skelton-Green, J., & Simpson, B. (2007). An Integrated Approach to Change Leadership. *Nursing Leadership*, 20 (online exclusive).
- Sokolow, P., & Bowles, K. H. (2008). Including Information Technology Project Management in the Nursing Informatics Curriculum. *Computers, Informatics, Nursing*, 26(1), 14-20.
- Union for International Cancer Control (UICC). (2010). World Cancer Congress. Shenchén, China.
- Vodermaier, A., & Linden, W. (2008). Emotional distress screening in Canadian Cancer Care. *Oncology Exchange*, 7(4), 37-40.
- Williams, J., & Murphy, P. (2005). Better Project Management Better Patient Outcomes. *Nursing Management*, 36(11), 41-47.
- Wilson, G. (2009). Implementation of Releasing Time to Care-the Productive Ward. *Journal of Nursing Management*, 17, 647-654.

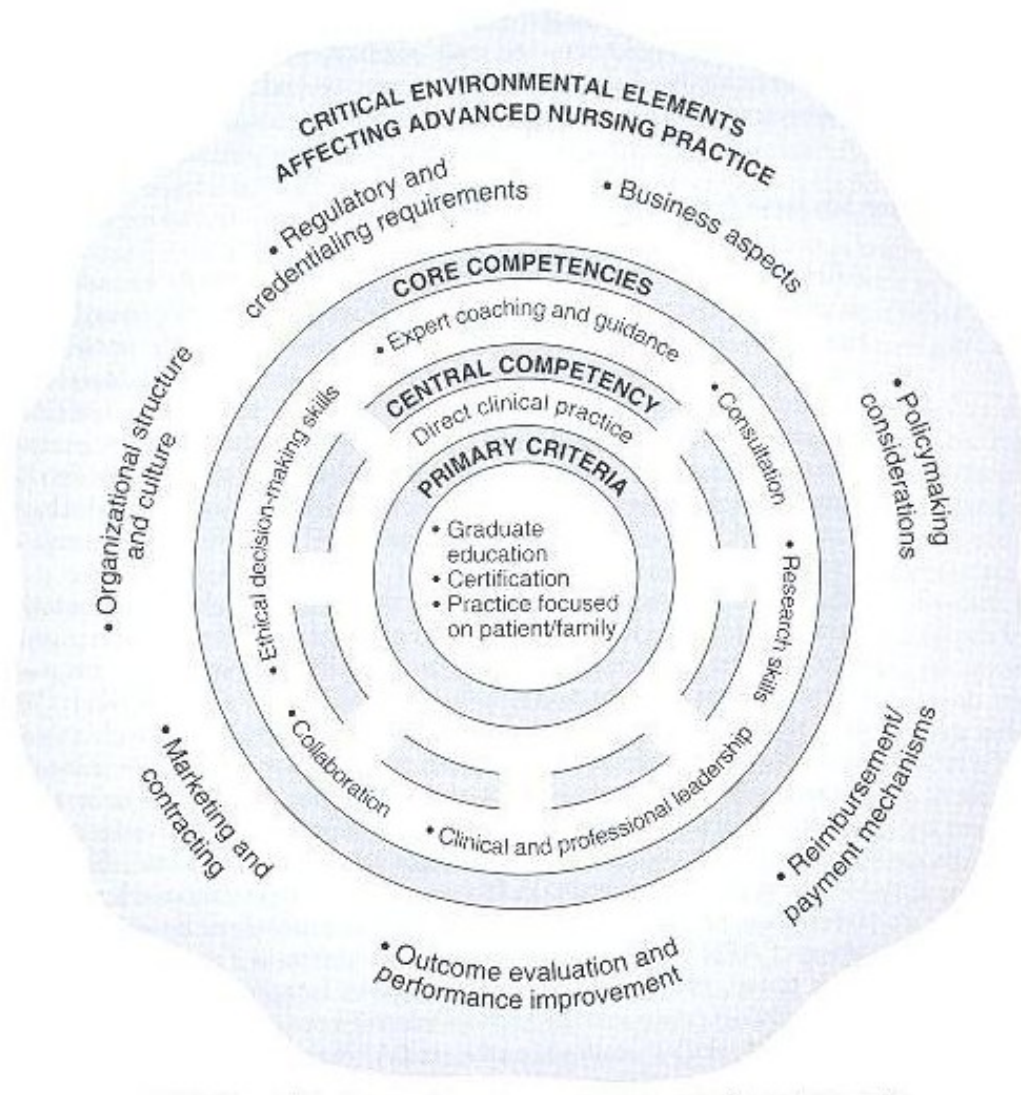


Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001).  
The Prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*,  
*19*(1), 19-28.

## **ANNEXES**

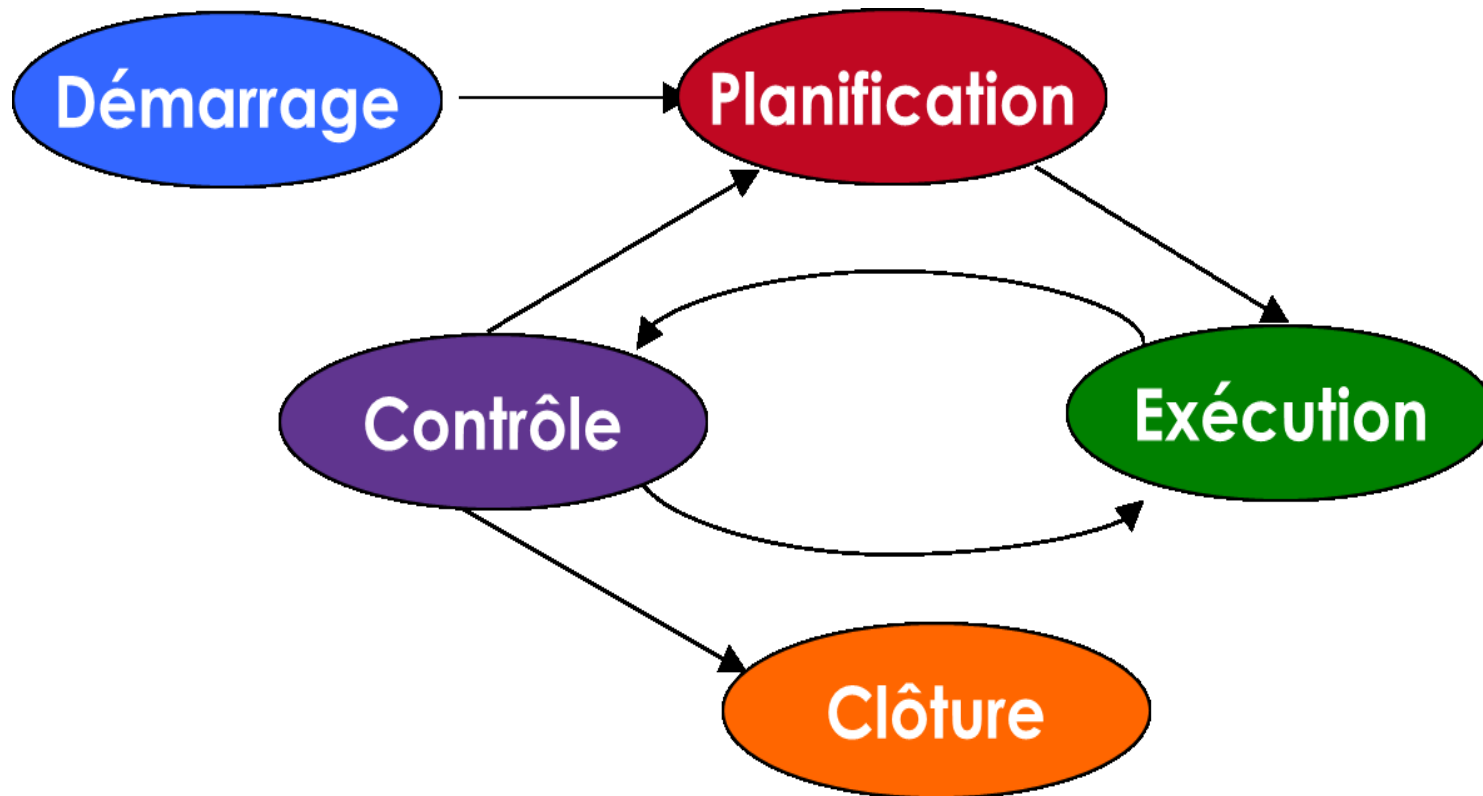
## **ANNEXE 1**

**Modèle d'Hamric, Spross & Hanson (2005)**



Hamric, Spross et Hanson, 2005

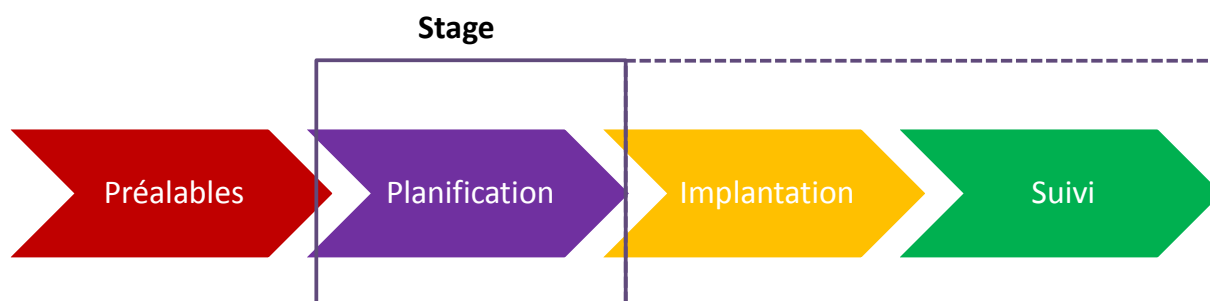
**ANNEXE 2**  
**Méthodologie du PMI (2013)**



(Guide PMBOK, 2008)

## **ANNEXE 3**

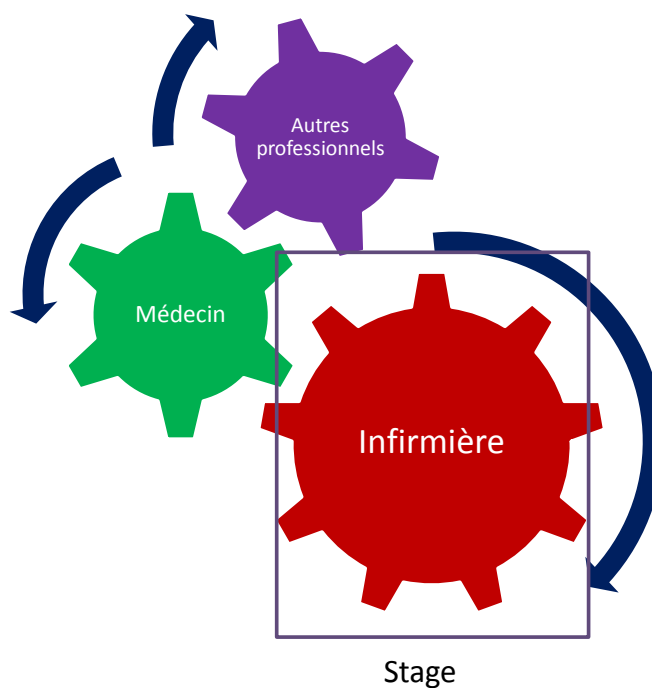
### **Envergure du stage**



© Delisle et al. 2013

**Exclusions****Sections préalables**

- Développer un outil de dépistage validé et unique
- Définir des critères de références aux divers professionnels
- Développer des outils cliniques standardisés
- Élaborer des algorithmes d'intervention
- Préciser des modalités de suivi
- Officialiser le partenariat entre les professionnels
- S'assurer de l'adhésion au projet des divers professionnels
- Déterminer quelles infirmières (volet ambulatoire vs hospitalisation, infirmière soignante vs IPO, infirmière auxiliaire, etc.) collaboreront au dépistage, à l'évaluation et aux interventions
- Déterminer à quels moments dans la trajectoire la détresse doit-elle être dépistée





**ANNEXE 4**

**Clientèle infirmière**

Tableau 1 : Répartition des infirmières

<b>Soins directs</b>	
Infirmière pivot en oncologie	n = 3
Infirmière soignante (volet ambulatoire)	n = 1
Infirmière soignante (volet hospitalisation)	n = 1
<b>Sous-total</b>	<b>n = 5</b>
<b>Cadre</b>	
Infirmière chef d'unité	n = 2
Gestionnaire supérieur	n = 2
CSS	n = 1
<b>Sous-total</b>	<b>n = 5</b>
<b>Cadre (autres milieux hospitaliers)</b>	
CSS	n = 3
<b>Sous-total</b>	<b>n = 3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>n = 13</b>

Tableau 2 : Expérience des infirmières

<b>Moins de 5 ans d'expérience dans le rôle</b>		<b>Plus de 5 ans d'expérience dans le rôle</b>	
Infirmière pivot en oncologie	n = 2	Infirmière chef d'unité	n = 1
Infirmière soignante (hospitalisation)	n = 1	Gestionnaire supérieur	n = 2
Infirmière chef d'unité	n = 1	Infirmière pivot en oncologie	n = 1
Conseillère en soins spécialisés	n = 1	Infirmière soignante (ambulatoire)	n = 1
<b>Sous-Total</b>	<b>n = 5</b>	<b>Sous-Total</b>	<b>n = 5</b>
<b>n = 10</b>			

N.B Les CSS des autres milieux hospitaliers ne sont pas incluses dans ce tableau

Tableau 3: Répartition des infirmières pour la validation

<b>Cadre</b>	
Infirmière chef d'unité	n = 1
Conseillère en soins spécialisés	n = 2
<b>Sous-Total</b>	<b>n = 3</b>

<b>GRAND TOTAL</b>	<b>N = 16</b>
--------------------	---------------

**ANNEXE 5**

**Canevas d'entretien**

## Canevas d'entretien

Canevas d'entretien pour les infirmières en soins directs
<p><b>1<sup>re</sup> partie : Volet théorique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition de la détresse</li> </ul>
<p><b>2<sup>e</sup> partie : Questions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principale question : « Si vous deviez contribuer au dépistage de la détresse auprès de votre clientèle, de quoi auriez-vous besoin pour y parvenir? »</li> <li>• « Quels types d'activités aimeriez-vous avoir pour vous préparer à l'implantation du dépistage de la détresse dans votre pratique? »</li> <li>• « Quels sujets devraient être abordés et de quelle façon? »</li> </ul>
Canevas d'entretien pour les infirmières cadres :
<p><b>1<sup>re</sup> partie : Volet théorique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Période de questions portant sur le document <i>Travail pré-stage</i> fourni par l'étudiante.</li> </ul>
<p><b>2<sup>e</sup> partie : Questions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principale question : « Que croyez-vous important de planifier avant de procéder à l'implantation? »</li> <li>• « Qu'avez-vous prévu ou qu'allez-vous prévoir sur le plan des ressources humaines, financières et matérielles pour la réalisation de ce projet? »</li> <li>• « Avez-vous un échéancier? »</li> </ul>

**Canevas d'entretien pour les infirmières des autres milieux hospitaliers :****1<sup>re</sup> partie : Volet théorique**

- Explication du stage (but, objectifs et outil de planification).
- Période de questions portant sur le document *Travail pré-stage* fourni par l'étudiante.

**2<sup>e</sup> partie : Questions**

- « Qu'aviez-vous planifié avant de procéder à l'implantation? »
- « Si vous pouviez retourner en arrière, que feriez-vous de différent? »
- « Quels sont vos bons coups et vos leçons apprises? »
- « Avez-vous des pistes d'amélioration à partager? »

## **ANNEXE 6**

### **Bilan des rencontres**

## **Infirmières en soins directs**

### IPO

- Utilisaient déjà ce terme (détresse) mais le reliaient davantage à l'aspect émotionnel de la détresse.
- Disent avoir déjà de la difficulté à répondre à tous les besoins de leurs clientèles : elles font déjà des heures supplémentaires. Même si elles croient important de dépister la détresse, elles ne voient pas comment elles y parviendront au quotidien.

### Infirmières soignantes

- Établissent un lien étroit entre la détresse et l'anxiété, ce qui est juste mais incomplet puisque l'anxiété n'est qu'un des troubles de détresse.

## **Infirmières cadres**

### CSS

- Son implication et sa collaboration sont essentielles à cause de ses connaissances cliniques.
- Elle doit être impliquée dans la planification et l'implantation.
- Une des difficultés potentielles concerne la sensibilisation des infirmières à la détresse et à son dépistage. Si les infirmières n'adhèrent pas à la valeur ajoutée du dépistage, il ne sert alors à rien de poursuivre l'implantation. Des activités devront donc être prévues en ce sens.
- L'implication d'une infirmière en soins directs dans le processus de planification était aussi un élément important.

### ICU

- Unité de chirurgie oncologique : se sentait moins concernée quant à la contribution de ses infirmières soignantes pour le dépistage puisque, selon elle, les infirmières ont de la difficulté à voir l'épisode de soins de chirurgie comme faisant partie d'une trajectoire de soins oncologiques. La visée oncologique de leur travail est donc moins bien comprise.
- Unité d'oncologie : Il y a manque de connaissances par les infirmières de leur rôle, qu'elles perçoivent davantage comme l'exécution de plusieurs tâches simultanées.

### Cogestionnaire

- Il est absolument essentiel qu'une diversité de professionnels s'impliquent dans les différentes étapes, mais en respectant les intérêts et compétences de chacun. Chaque personne ciblée pourrait collaborer à une partie du projet, c'est-à-dire contribuer à la réalisation de livrables, soit des produits ou des résultats à caractère unique et vérifiable dont la production est nécessaire pour achever un processus ou un projet (PMI, 2008).



- Elle convenait qu'un projet de cette envergure nécessitait un chargé de projet auquel son personnel devrait se rapporter pour les différentes étapes à franchir et les travaux à effectuer.

### Hôpital 1

- Deux CSS étaient présentes.
- À leur tour, les participantes ont partagé leur historique d'implantation, les difficultés rencontrées ainsi que les solutions proposées.
- D'après leur expérience, la complétion du questionnaire de dépistage par le patient n'a jamais été un problème. Les patients collaborent parce qu'ils sentent que l'équipe traitante est soucieuse de répondre à leurs besoins.
- Par contre, les démarches subséquentes représentent une plus grande difficulté, puisque la contribution de la professionnelle (infirmière, infirmière auxiliaire ou technologue en radiologie) qui reçoit le questionnaire n'est pas bien comprise.
- L'infirmière ne se sent pas à l'aise avec l'ordre de priorité à attribuer aux différents besoins identifiés.
- Deux situations complexes se présentent assez fréquemment : un faible niveau de détresse est indiqué mais plusieurs besoins sont identifiés ou à l'inverse un niveau élevé de détresse est indiqué mais très peu de besoins sont identifiés. Dans ces deux cas, les infirmières ne savent pas comment interpréter ces données. Des difficultés majeures persistent donc quant à la compréhension de l'outil mais surtout quant au rôle professionnel qu'elles doivent jouer pour contribuer au dépistage de la détresse.
- La configuration des locaux dans la majorité des hôpitaux et centres hospitaliers fait en sorte que les patients qui reçoivent des traitements de chimiothérapie sont côte à côte dans une même salle. Ce qui ne crée pas un environnement favorable à la confidentialité lors des discussions entre les patients et les infirmières. Des solutions alternatives, comme des locaux satellites, pourraient être envisagées.

### Hôpital 2

- La rencontre a eu lieu en présence d'une CSS faisant partie de l'équipe d'implantation. La rencontre s'est déroulée de la même façon que pour l'autre centre, soit une partie où l'étudiante expliquait le but et les objectifs de son stage ainsi que les problématiques.
- Comme l'implantation du dépistage de la détresse dans ce centre s'est faite dans le cadre d'une recherche scientifique, elle a pu bénéficier d'un soutien financier important. La rigueur nécessaire à une demande de subvention quant à la démarche de recherche était donc présente, malgré le fait qu'aucun plan d'implantation, tel que suggéré par la gestion de projet, n'avait été prévu.
- Un des principaux défis réside dans la difficulté qu'ont les infirmières à intégrer l'évaluation dans leur rôle. Dans les formations données en période d'implantation, l'accent a beaucoup été mis sur les références à d'autres professionnelles en fonction des divers besoins des patients. L'adhésion des infirmières a été très positive puisque leur contribution semblait, à première vue, très simple : référer au besoin. Malgré le fait que beaucoup de questionnaires étaient révisés, peu d'infirmières allaient au-delà de la référence.

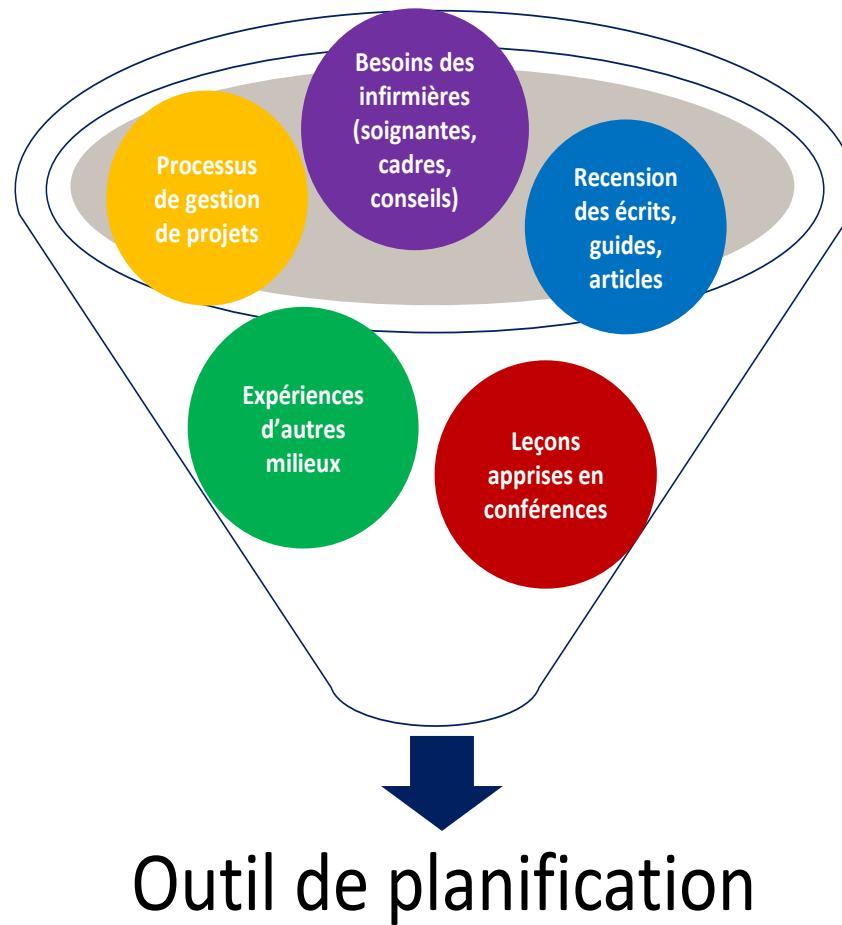
- Du point de vue organisationnel, d'autres difficultés ont été soulevées, telles que le maintien de la confidentialité et la présence de dossiers parallèles.

#### Validation de l'outil de planification

- Le format visuel n'a fait l'objet d'aucun commentaire nécessitant des modifications.
- Les infirmières trouvaient approprié le choix des couleurs et raisonnable le nombre de pages.

## **ANNEXE 7**

### **Développement de l'outil de planification**



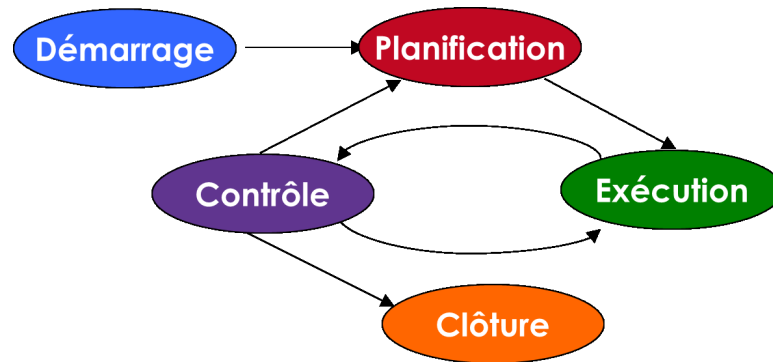
© Delisle et al., 2013.

## **ANNEXE 8**

**Outil de planification pour l'implantation du dépistage de la détresse**

## Outil de planification pour l'implantation du dépistage de la détresse auprès de la clientèle en oncologie

### Groupe de processus



[Guide PMBOK, 2008]

### Légende :

Groupe de processus	Démarrage	Planification	Exécution	Contrôle	Clôture
Processus					

**En italique** : Définition

	<b>Pistes de réflexion</b>	<b>Suggestions / recommandations</b>
<b>Démarrage</b>	<i>Définition du nouveau projet et obtention de l'autorisation de le démarrer</i>	
Élaborer la charte du projet	<p><i>Document qui autorise formellement l'existence du projet et doit satisfaire aux exigences et aux attentes des parties prenantes</i></p> <p>Qui est le chargé de projet?  À qui se rapporte-t-il?  Quelle est son autorité?  À qui doit-on demander cette autorité?  Comment clarifie-t-on l'autorité du chargé de projet avec les supérieurs des membres de l'équipe de projet?  Quelles sont les attentes du chargé projet?</p>	Utilisation d'un <b>gabarit</b> de charte de projet
	<p>Quel est le besoin?  Quel est le mandat?  Quels objectifs en découlent?  Quels sont les critères?  Quels sont les livrables? (<i>Tout résultat, document, ou produit mesurable ou tangible, qui résulte de l'achèvement du projet</i>)  Quelle est l'envergure? (Qu'est-ce qui est inclus et exclu du projet)  Quelles sont les limites?  Y a-t-il des risques?  Y a-t-il un échéancier? Un budget?  Qu'est-ce qui est le plus important : coût, qualité, délai?</p>	<p>Identifier les besoins en lien avec les problématiques</p> <p>Utilisation de l'acronyme <b>SMART</b> pour les objectifs (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Pertinent, Temporel)</p>
	Qui seront les membres du comité de direction?	<p>Conseillère en soins spécialisés (CSS)  Cogestionnaire du regroupement</p>

	<p>Qui seront les membres de l'équipe de projet?          Quelles ressources sont disponibles?          À quelles conditions? A-t-on validé avec leurs supérieurs?          Quels seront leurs rôles?          Comment sont-ils imputables du respect des livrables et des échéanciers?</p>	<p>Conseillère en soins infirmiers (CSI)          CSS en oncologie          Infirmière chef d'unité (ICU)          Infirmière soignante          Les ressources humaines seront donc affectées à autre chose</p>
<p>Identifier les parties prenantes</p>	<p><i>Personnes activement impliquées dans le projet ou dont les intérêts peuvent être affectés de manières positive ou négative par l'exécution ou l'achèvement du projet</i></p> <p>Qui sont-elles?          Quel est leur rôle dans le projet?          Quelle est leur position face au projet?          Qui doit-on informer, satisfaire, impliquer ou surveiller?          Quel est leur niveau d'engagement?          Qui affecte les ressources?</p>	<p>Utilisation d'un <b>gabarit d'</b>analyse des parties prenantes</p> <p>Direction générale          Directeur ou représentant de chaque profession (médecin, travailleur social, psychiatre, psychologue, etc.)          Direction des soins infirmiers (conseillère en en soins spécialisés, conseillère en soins infirmiers)          Autres directions?          Infirmières (soignante –ambulatoire ou hospitalier),          IPO, radiothérapie          Technologues en radio          Infirmière chef d'unité          Cogestionnaire (médical et administratif)          Assistante infirmière chef</p>

La charte de projet doit être acceptée avant de passer à la **planification**



<b>Planification</b>	<i>Élaboration du contenu du projet Ensemble des activités permettant d'affiner les objectifs et de définir la suite des actions</i>	
Élaborer le plan de gestion de projet	<i>Document formel et approuvé qui met l'accent sur les aspects relatifs au contenu, à l'échéancier, aux coûts, à la qualité, à la communication et aux risques. Source principale d'informations sur les modalités de planification, d'exécution, de surveillance et maîtrise et de clôture du projet</i>	
Recueillir les exigences	Quels sont les objectifs des parties prenantes? Quels sont leurs besoins? Quelles sont leurs attentes? Quelles sont les stratégies de management de ces parties prenantes? Qui a du pouvoir? Sur qui? Quelles sont les stratégies de ralliements au projet?	Utilisation d'un <b>gabarit</b> d'analyse des principaux détenteurs d'influence
Définir le contenu	Description détaillée du projet et du produit Quelle est l'importance du projet? Quels sont les impacts sur l'organisation? Qu'est-ce qui peut influencer le projet? Quel est le positionnement du projet à l'intérieur des activités dans l'organisation? Comment tient-on compte de la culture, des normes, des politiques internes, facteurs éthiques et légaux?	Utilisation de l'acronyme <b>PESTE</b> pour l'analyse du contexte externe (Politique, Économique, Socioculturel, Technologique, Environnemental) Tenir compte des enjeux (norme de DQC, Agrément Canada, etc.) Utilisation de l'acronyme <b>FFOM</b> pour l'analyse du contexte interne (Forces, Faiblesses, Opportunité, Menaces)
Créer la SDP et définir les activités	<i>Structure de découpage du projet : subdiviser les livrables et le travail en petites parties plus faciles à maîtriser Décomposer les différents livrables et tâches (action à mener pour aboutir à un résultat) Qu'est-ce qui doit être fait? Y a-t-il des critères? Quels sont les jalons (événements clés d'un projet montrant une certaine progression : dates importantes, réalisations concrètes, etc.)?</i>	Présenter le projet aux AIC Dont l'échéancier, les activités, le suivi... Fait par ICU (pour légitimer le changement) Planifier les horaires (idéalement toutes les AIC en même temps) Offrir le soutien nécessaire En lien avec la gestion du changement, gestion des émotions personnelles

		<p>Partenaire : psychologue pour les employés  Présenter le projet aux infirmières  Dont l'échéancier, les activités, le suivi...  Fait par ICU (pour légitimer le changement)  Planifier les horaires (idéalement toutes les AIC en même temps)</p> <p>Transmettre ou consolider les connaissances sur la détresse  Échanges sur les comportements de la détresse  Formation en ligne - Canadian Association of Psychological Oncology (CAPO)  Ateliers d'approche réflexive sur l'expérience des infirmières  Réaliser une lecture individuelle sur le thème de la détresse pour les infirmières.  Pour les IPO : Fillion et al, 2010  Pour les infirmières : chapitre 1 du Guide d'implantation du dépistage  Qui remet l'article?  Qui s'assure qu'il est lu?</p> <p>Préparer les infirmières au dépistage  Discuter sur le rôle de l'IPO / infirmière et sa contribution au dépistage  Animé par l'ICU, soutenue par la CSS  Parler de la Loi 90  Faire le lien entre le rôle d'une infirmière et sa contribution au dépistage  Trouver un consensus sur la contribution attendue</p>
--	--	--

		<p>Comment inclure cette pratique au quotidien          Trouver des stratégies en équipe</p> <p>Fournir un exemple d'outil de dépistage          Photocopie</p> <p>Rencontrer les infirmières :          Thème : évaluation, interventions et documentation          Revenir sur le rôle d'évaluation          Interventions possibles          Documentation légale</p> <p>Rencontrer les infirmières          Thème : références interdisciplinaires          Accent mis sur les références aux autres professionnels          À quels moments réfère-t-on? À qui réfère-t-on?</p>
Organiser les activités en séquence	<p>Quelles sont les relations entre les activités?          Quelle est la séquence à privilégier?          Quelles tâches précèdent ou succèdent à quelles autres tâches?          Quelles tâches/activités s'enchaînent?          Quand faut-il entreprendre et terminer chaque tâche?</p>	Utilisation d'un <b>gabarit</b> de diagramme de Gantt

Estimer les ressources nécessaires aux activités	<p>Par qui cela doit-il être fait?</p> <p><u>Ressources humaines</u> : permanentes vs temporaires vs partielles</p> <p>Combien de ressources attribue-t-on à chacun des livrables?</p> <p>Quels postes, quelles expériences ou quelles compétences doivent-elles avoir?</p> <p><u>Ressources matérielles</u> : quels équipements/fournitures sont nécessaires?</p> <p><u>Ressources informationnelles</u> : a-t-on besoin de permis ou d'autorisation?</p> <p><u>Ressources financières</u> : a-t-on un budget, du financement, une subvention...?</p>	<p>Peut-on inclure une infirmière?</p> <p>Valider avec ICU et cogestionnaire : sa contribution en temps (par ex. Infirmière libérée à x jours/sem)</p> <p>Payé sur quel budget?</p> <p>Que fait-on s'il manque du personnel sur son unité?</p> <p>Doit-elle avoir des journées prédéfinies?</p>
Estimer la durée et les efforts des activités	<p>Quelle est la durée prévue pour chacun des livrables?</p> <p>Pour chaque activité?</p> <p>Quelle est la disponibilité nécessaire des ressources humaines?</p> <p>Est-ce conséquent avec la date cible?</p> <p>Combien de temps prévoit-on pour chaque activité?</p>	
Établir l'échéancier	<p>Adopter un calendrier.</p> <p>Y a-t-il des activités à date butoir?</p> <p>Quelles tâches ou quels livrables sont fixes dans le temps?</p>	Utilisation d'un <b>gabarit</b> de diagramme de Gantt
Estimer les coûts	<p>Quel est le montant dédié à l'achat matériel?</p> <p>La provision?</p> <p>Les photocopies et articles de bureau?</p> <p>Les heures supplémentaires (s'il y a lieu)?</p> <p>Les repas / collations?...?</p>	Évaluer la meilleure option : beaucoup de ressources / peu de temps versus peu de ressources / beaucoup de temps
Déterminer le budget	Quels sont les coûts estimés pour chacune des activités?	Formation / rencontre à taux simple vs heures supplémentaires
Planifier la qualité	<p>Identifier les exigences et les normes de qualité applicables au projet</p> <p>Documenter comment le projet démontrera sa conformité</p>	
Élaborer le plan de ressources humaines	Quel rôle et responsabilités aura chaque membre de l'équipe?	Valider et approuver par leurs supérieurs Utilisation d'un <b>gabarit RACI</b> (Responsabilité,

		Approbation, Consultation, Information)
Planifier les communications	<p>Quels sont les besoins en information des parties prenantes?          Comment sensibilise-t-on les infirmières à l'arrivée d'une nouvelle pratique?          Comment fait-on la publicité?          Qu'est-ce qu'on dit? A qui? De quelle façon?          De quelle façon et par quels moyens faut-il communiquer avec les parties prenantes? Aux autres directions? À quels moments? À quelle fréquence?          Rencontres avec comité directeur, équipe de projet</p>	<p>ICU doit être la personne qui communique l'information aux infirmières          Partager le projet aux assistantes infirmières chefs avant le reste des équipes          Rencontre sur présentation du projet : inclure les principes de la gestion du changement, donner un sens, expliquer ce qui motive ce changement?          Quelle est la vision? Attentes? Orientations?          Processus à venir?</p>
Planifier le management des risques	<p>Au niveau des coûts, des échéanciers, etc.          Quels sont les risques? Faire l'analyse qualitative et quantitative de ces risques          Quelle est la réponse à ces risques? Options, actions pour réduire et éviter les menaces relatives au projet          Quelle est la façon de les prévenir?</p>	<p>Suggestion de lecture : Bareil, C. (2004) « Gérer le volet humain du changement »          Risques probables : suivi du dépistage non fait, difficulté à absorber la hausse du nombre de références, seulement du dépistage et pas d'autres évaluations et interventions</p>

<b>Exécution</b>	<i>Accomplir le travail défini Activités permettant d'intégrer les ressources prévues pour exécuter le projet</i>	
Diriger et piloter l'exécution du projet	Exécuter le travail défini Suivre quotidiennement la démarche, les livrables, les parties prenantes, les risques, les délais, les coûts	
Mettre en œuvre l'assurance qualité	Vérifier les exigences de qualité et les résultats des mesures du contrôle qualité	
Constituer l'équipe de projet	Confirmer les disponibilités des ressources humaines et rassembler l'équipe nécessaire à l'exécution	CSS, CSI, ICU, infirmière soignante Valider les disponibilités (vacances, manque de personnel, implication dans d'autres mandats?)
Développer l'équipe de projet	Améliorer les compétences, l'interaction entre les membres Augmenter la performance	Planifier régulièrement des points de situation
Diriger l'équipe de projet	Suivre la performance, la rétroaction, la résolution de problèmes	
Diffuser les informations, gérer les communications	Quelles sont les informations nécessaires à communiquer aux parties prenantes? Par quels moyens? Comment valide-t-on la compréhension?	Varier les moyens (rencontres, babillard, rapport hebdomadaire sur l'avancement, etc.)
Gérer les attentes des parties prenantes	Communiquer avec elles et répondre à leurs besoins	

<b>Surveillance et maîtrise = contrôle</b>	<i>Activités servant à mesurer la progression du projet, selon les écarts au plan de projet appliquer les actions correctives nécessaires</i>	
Surveiller et maîtriser le projet	Suivre, revoir et réguler les avancements pour atteindre les objectifs. Mise à jour des documents du projet Quelles mesures doit-on prendre?	Vérifier l'état actuel du projet par rapport aux prévisions Importance du rôle de chargé de projets - soutien aux équipes, encouragement
Mettre en œuvre la maîtrise intégrée des modifications	Examiner les demandes de modifications, les approuver et les mettre au plan de gestion de projet	
Vérifier le contenu	Formaliser l'acceptation des livrables achevés du projet	
Maîtriser le contenu	Surveiller l'état du contenu et gérer les modifications	
Maîtriser l'échéancier	Surveiller l'état du projet et mettre à jour les progrès selon le respect de l'échéancier	
Maîtriser les coûts	Mettre à jour le budget et les modifications affectant les coûts	
Mettre en œuvre le contrôle de qualité	Surveiller et enregistrer les résultats des activités de qualité pour évaluer la performance	
Rendre compte de la performance	Collecter et distribuer les informations relatives à la performance Quelles ressources ont été utilisées? Quel est l'état d'avancement des tâches selon l'échéancier? Quels sont les écarts à la planification? Quel est le niveau d'avancement (nb de tâches ou d'heures faites ou prévues) Communiquer le rapport à qui?	Mesurer les écarts (délais, coûts, qualité) pour s'y ajuster Gestion des écarts : mesures correctives, préventives ou proactives
Surveiller et maîtrise les risques	Mettre en œuvre les plans de réponses aux risques, suivre les risques identifiés et les nouveaux risques	
<b>Clôture</b>	<i>Finaliser les activités et clore formellement le projet</i>	
Clore le projet	Finaliser toutes les activités Quelles leçons doit-on tirer? Faire le bilan	Quels sont les bons coups? Et les moins bons?

## **ANNEXE 9**

### **Retombées de l'outil de planification**



