

Canadian Oncology Nursing Journal

Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie

Volume 25, Issue 3 • Summer 2015
ISSN: 1181-912X (print), 2368-8076 (online)



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

Un cadre de référence intégrateur pour soutenir la fonction évaluation de l'infirmière pivot en oncologie du Québec

par Brigitte Fournier, Sébastien Simard, Anne-Marie Veillette et Lise Fillion

RÉSUMÉ

Au Québec, l'une des fonctions clés de l'infirmière pivot en oncologie (IPO) est l'évaluation des besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches. Pour soutenir et guider cette fonction, un cadre de référence intégrateur est proposé. Ce cadre est élaboré à partir de recommandations d'organisations de la santé, de communautés scientifiques et de modèles théoriques en soins infirmiers. Il est ensuite commenté et bonifié à l'aide d'écrits sur la pratique d'infirmières en oncologie. Le cadre de référence intégrateur proposé compte six dimensions : les buts de l'évaluation, les personnes évaluées, les moments d'évaluation, le contenu de l'évaluation, le processus d'évaluation et l'utilisation des résultats. Ce cadre de référence est novateur, il structure l'ensemble des éléments nécessaires à la pratique évaluative de l'IPO.

Mots clés : Infirmière pivot en oncologie (IPO), évaluation, besoins globaux, modèle théorique, cancer

AU SUJET DES AUTEURS



Brigitte Fournier, inf., M.Sc.inf., infirmière pivot, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)



Sébastien Simard, M.Ps., Ph.D. (psychologie), Psychologue et, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), Faculté des Sciences infirmières de l'Université Laval, Équipe de recherche Michel Sarrazin en oncologie psychosociale et en soins palliatifs (ERMOS)



Anne-Marie Veillette, M.A. (anthropologie), Coordinatrice de recherche, Centre de recherche en cancérologie de l'Université Laval



Lise Fillion, inf., Ph.D., (psychologie), Psychologue et chercheur, Faculté des Sciences infirmières de l'Université Laval, Centre de recherche en cancérologie de l'Université Laval, Équipe de recherche Michel Sarrazin en oncologie psychosociale et en soins palliatifs (ERMOS)

Auteur de correspondance : Sébastien Simard, Ph.D., Psychologue et chercheur, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, 2725, chemin Ste-Foy, Québec, QC G1V 4G5

Tél. : 418-656-4615; Fax : 418-656-4898;
Courriel : sebastien.simard@criucpq.ulaval.ca

DOI: 10.5737/23688076253328334

INTRODUCTION

En 1998, pour faire suite aux recommandations internationales (Organisation mondiale de la santé, 1995), le gouvernement du Québec lance son programme de lutte contre le cancer (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] & Caris, 1997). Il prévoit alors qu'une personne ressource, experte et facilement accessible, soit identifiée pour accompagner la personne atteinte de cancer et ses proches sur tout le continuum de la maladie. Pour ce faire, il désigne et définit le concept d'infirmière pivot en oncologie (IPO) (MSSS, De Serres, & Beauchesne, 2000) qu'il déploie rapidement pour atteindre dès 2011, le nombre de 252 IPO à la grandeur du Québec (MSSS, Loutfi & Laflamme, 2011).

L'IPO œuvre au sein d'une équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer. Son rôle comporte quatre fonctions: 1) l'évaluation des besoins de la personne atteinte de cancer et de ses proches; 2) l'enseignement et l'information concernant la maladie et les traitements, la gestion des symptômes et les ressources disponibles; 3) le soutien physique et psychologique de la clientèle ainsi que; 4) la coordination et la continuité des actions entre les professionnels et les milieux de soins (MSSS, Lévesque-Boudreau, & Champagne, 2008). Bien que ces fonctions soient indissociables pour assurer une qualité de vie optimale à la clientèle (Fillion et al., 2010), l'évaluation est déterminante à la mise en place d'interventions rapides, efficaces et centrées sur les besoins de la personne touchée par le cancer (Hébert & Fillion, 2011).

Bien que l'appellation « IPO » soit spécifique au Québec, il existe des professionnelles de même type ailleurs au Canada, aux États-Unis, en Australie et en Europe. Ces professionnelles ont des fonctions similaires mais elles sont nommées différemment: « Nurse Navigator » (Bowman & Grim 2008), « Nurse Case Manager » (Fawcett, Schutt, Gall, Cruz, & Woodford, 2007), « Professional Cancer Navigator » (Fillion et al., 2011), « Patient Navigator Nurse » (Fillion et al., 2006), « Oncology Nurse Navigator » (Hébert & Fillion, 2011), et « Cancer Nurse Coordinator » (Jackson, 2008).

Pour guider la pratique évaluative des infirmières en oncologie, il existe plusieurs propositions issues de différents organismes de la santé, des guides de pratique clinique et des modèles théoriques en soins infirmiers (Association canadienne des infirmières en oncologie [ACIO], 2006; Fitch, Porter, & Page, 2008; Howell et al., 2009; Larson et al., 1994; MSSS & Caris, 1997; MSSS, Loutfi & Laflamme, 2011; MSSS, De Serres, & Beauchesne, 2000; MSSS, Lévesque-Boudreau, & Champagne, 2008; Rebalance Focus Action Group, 2005;

Wright & Leahey, 2007). Or, peu d'efforts ont été faits pour résumer et unifier le contenu de ces différentes propositions. Plus encore, aucun cadre de référence spécifique au rôle d'évaluation de l'IPO n'a encore été élaboré pour guider l'exercice de cette fonction pourtant centrale dans la prise en charge de la clientèle en oncologie.

L'objectif de cet article est donc de proposer un cadre de référence intégrateur pour soutenir la fonction évaluation de l'IPO au Québec et inspirer, par le fait même, la pratique évaluative d'autres professionnels de la santé ayant des rôles similaires auprès des patients en oncologie.

MÉTHODOLOGIE

Un devis qualitatif descriptif a été privilégié afin d'obtenir une synthèse narrative des informations disponibles dans la littérature sur la fonction évaluation de l'IPO. Dans un premier temps, les recommandations des différents organismes nationaux de la santé, concernant l'évaluation des besoins de la clientèle oncologique et les guides de pratiques cliniques des infirmières en oncologie ont été consultés. Les documents des cinq principaux organismes suivants ont été résumés de manière à décrire les différentes composantes et/ou caractéristiques propres à l'évaluation: le Programme québécois de lutte contre le cancer (MSSS & Caris, 1997), l'ACIO (2006), le Comité consultatif des infirmières en oncologie (MSSS, Lévesque-Boudreau, & Champagne, 2008), le Partenariat canadien contre le cancer et l'Association canadienne d'oncologie psychosociale (Howell et al., 2009), le Comité d'oncologie psychosociale de la Direction québécoise de lutte contre le cancer (MSSS, Loutfi & Laflamme, 2011). Enfin, trois modèles théoriques guidant la pratique infirmière en oncologie ont été explorés et intégrés: le modèle de gestion des symptômes de Larson et al. (1994), le modèle sur l'approche systémique familiale de Calgary (Wright & Leahey, 2007), et le modèle des soins de soutien de Fitch et al. (2008). L'extraction du contenu et les analyses préliminaires des documents consultés ont été réalisés par la première auteure (BF) selon l'approche de Strauss et Corbin (1990). Les autres membres de l'équipe de recherche (SS, LF et A-MV) ont été impliqués, sur une base continue, dans la validation des éléments et des catégories retenus afin de s'assurer de la saturation des données et de la validité de la démarche. Six catégories ou dimensions regroupant les différentes caractéristiques de la fonction évaluation ont ainsi émergé: les buts, la clientèle cible, les moments, le contenu, le processus, et l'utilisation de l'évaluation.

Dans un second temps, une recension systématique d'écrits concernant l'évaluation de la clientèle oncologique par des infirmières de type IPO a été réalisée de manière à raffiner et enrichir le contenu des différentes dimensions retenues. Pour ce faire, les bases de données PubMed, CINAHL, EMBASE ont été consultées pour la période de 2002 à 2011. Les termes associés à l'appellation IPO (pour une liste complète: Fournier, 2011) ont été combinés aux termes de recherche associés à l'évaluation [assessment or follow-up or measurement] et au cancer [neoplasms or oncology or cancer or palliative]. Les critères suivants ont guidé

la sélection des articles pertinents: a) présence d'éléments (c.-à-d. contenu, population cible, stratégie, fonction) ou de résultats permettant de décrire le processus d'évaluation propre à la clientèle oncologique et; b) évaluation réalisée par une IPO ou une infirmière dédiée à la clientèle oncologique et ce, peu importe le moment de la trajectoire de la maladie. Au terme du processus, 38 articles ont été retenus (pour une liste, voir Fournier, 2011). Bien qu'aucun de ces articles n'ait porté spécifiquement sur la fonction évaluation de l'IPO, ils ont permis de décrire l'exercice de cette fonction en milieu de pratique et de dégager les principales caractéristiques qui semblent faire consensus. Pour ce faire, la même stratégie d'extraction et de validation des informations a été utilisée pour cette étape. Les informations présentes dans au moins deux sources ou références différentes ont été retenues. Les données extraites ont permis de raffiner le contenu des différentes dimensions préalablement identifiées mais aucune autre dimension n'a émergé.

RÉSULTATS

Le tableau 1 présente le modèle de référence intégrateur obtenu. Il résume les principaux éléments de l'évaluation des besoins globaux de la clientèle oncologique regroupés sous six dimensions: 1) les buts de l'évaluation; 2) les personnes évaluées; 3) les moments de l'évaluation; 4) le contenu de l'évaluation; 5) le processus d'évaluation et; 6) l'utilisation des résultats de l'évaluation. Ces dimensions sont d'abord décrites puis discutées en regard de la pratique infirmière.

Les buts de l'évaluation font consensus et visent essentiellement à identifier les besoins globaux des personnes évaluées selon différentes catégories des besoins: physiques, émotionnels, informationnels, psychosociaux, spirituels et pratiques. Cet objectif concorde avec la définition de la fonction évaluation de l'IPO, telle que proposée par la Direction québécoise de lutte contre le cancer (MSSS, Lévesque-Boudreau, & Champagne, 2008), soit la détermination des besoins. Un autre but important de l'évaluation est le dépistage des signes de détresse psychologique. En effet, en 2005, un sous-groupe de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer a identifié la détresse comme étant le 6^e signe vital en oncologie et recommandé qu'elle soit dorénavant dépistée systématiquement auprès de la clientèle (Rebalance Focus Action Group, 2005). Plusieurs communautés scientifiques se sont depuis prononcées en faveur de cette recommandation et ont élaboré des guides de pratiques cliniques pour soutenir le dépistage de la détresse et la mise en place de soins de soutien* (Howell et al., 2009; MSSS, Loutfi & Laflamme, 2011).

En ce qui concerne les personnes évaluées, il apparaît que toute personne atteinte d'un cancer, quel que soit le type de cancer, doit bénéficier d'une évaluation systématique de sa condition et de ses besoins (Howell et al., 2009). Une

* Le National Institute for Clinical Evidence [NICE] (2004) définit le concept de soins de soutien comme un terme « parapluie » couvrant tous les services, généraux et spécialisés, requis pour soutenir les personnes atteintes de cancer et leurs proches.

Tableau 1: Modèle de référence intégrateur du rôle d'évaluation de l'infirmière pivot en oncologie

	Dimensions	Éléments clés
1	Les buts de l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les besoins (physiques, émotionnels, informationnels, psychosociaux, spirituels, pratiques) • Dépister les signes de détresse psychologique
2	Les personnes évaluées	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes atteintes (porter une attention particulière aux clientèles vulnérables) • Proches (le conjoint, la famille ou une personne significative)
3	Les moments d'évaluation	<p>Les étapes importantes de la trajectoire du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pré-diagnostic • Annonce du diagnostic • Traitement (à intervalles réguliers, transitions) • Fin du traitement • Transition vers la phase de survie • Progression/Récidive • Palliation de la maladie • Deuil
4	Le contenu de l'évaluation	<p>Caractéristiques sociodémographiques et biopsychosociales de la personne évaluée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Type de maladie • Symptômes biologiques et psychologiques • Réseau social • Ressources (internes et externes) • Besoins • Appréciation cognitive de la situation • Stratégies d'adaptation
5	Le processus d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Processus systématique et dynamique faisant appel à des connaissances et des habiletés • Approche centrée sur la personne • Relation thérapeutique axée sur un partenariat (infirmière-patient-famille) • Utilisation d'outils standardisés et validés (entrevues, grilles, questionnaires)
6	L'utilisation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Guider les interventions cliniques pour favoriser le pouvoir d'agir « empowerment » du patient • Améliorer la continuité des soins entre les différents intervenants (p. ex. intégration de résumé) • Favoriser l'amélioration de la qualité de vie

attention particulière doit être portée aux personnes considérées vulnérables (MSSS, Lévesque-Boudreau, & Champagne, 2008), entre autres, en raison de leur âge, de la précarité de leur condition physique, de leur statut social, de l'absence de réseau, ou de la complexité de leur traitement (Jennings-Sanders, Kuo, Anderson, Freeman, & Goodwin, 2005).

Enfin, puisque les impacts physiques, psychologiques, sociaux et financiers du cancer ont de lourdes répercussions tant pour la personne atteinte que ses proches, ces derniers devraient aussi être évalués plus systématiquement. À cet égard, le modèle de Calgary (Wright & Leahey, 2007) met l'accent sur l'exploration de la dynamique familiale et recommande que l'évaluation de la personne atteinte et de ses proches prenne en compte la structure, le développement et le fonctionnement de la famille.

Les moments d'évaluation clés recensés correspondent à ceux recommandés par l'Association canadienne d'oncologie psychosociale et sont associés aux épisodes cruciaux de la trajectoire de la maladie et des soins, suivants : « au premier diagnostic, au début des traitements, à des intervalles réguliers pendant les traitements, à la fin des traitements, après les traitements ou lors de la transition vers la phase de survie, lors d'une rechute ou de la progression du cancer, à un stade avancé de la maladie, lorsque la mort approche et durant les périodes de transition personnelle ou de réévaluation (p. ex. en situation de crise familiale, en phase de survie, lorsque la mort approche) » (Howell et al., 2009, p.5). En somme, dès la période d'investigation et jusqu'à la fin de vie, en incluant le deuil des proches, le cancer a des répercussions importantes et génère des besoins de toutes sortes (Fitch et al., 2008; National Institute for Clinical Evidence, 2004). Il est donc capital de procéder à une évaluation systématique à plusieurs moments de la trajectoire de la maladie.

Le contenu de l'évaluation correspond aux caractéristiques démographiques et biopsychosociales propres à la personne atteinte de cancer tel que : sa maladie, ses symptômes biologiques et psychologiques, son réseau social et ses ressources, son environnement, ses besoins, ses perceptions ou son appréciation cognitive de sa situation, et ses stratégies d'adaptation.

Selon Larson et al. (1994), les symptômes peuvent être décrits comme une expérience subjective rapportée par la personne évaluée (p. ex. douleur, peur, inquiétude) ou encore comme une manifestation observable de la condition de cette personne par l'évaluateur (p. ex. essoufflement, mobilité réduite, pleurs). Obtenir une bonne connaissance des caractéristiques biopsychosociales de la personne est nécessaire, car elle permet d'identifier ses ressources pour composer avec sa situation. Les ressources sont, par exemple, sa santé, son autonomie fonctionnelle, sa capacité intellectuelle, son éducation, ses croyances, ses expériences antérieures avec une situation similaire, ses stratégies d'adaptation, son réseau social ou ses moyens financiers.

L'absence ou le manque de ressources permettra alors d'identifier les besoins. Fitch et al. (2008) identifie six grandes catégories de besoins : 1) physiques (c.-à-d. le confort physique, l'absence de douleur ou de symptômes

handicapants), 2) émotionnels (c.-à-d. sensation de bien-être, de sécurité, de rassurance face à des périodes de stress), 3) informationnels (c.-à-d. l'accès à l'information en vue de réduire la confusion, d'éclairer la prise de décision et de favoriser l'apprentissage), 4) psychosociaux (c.-à-d. se sentir apte à composer avec la maladie, se sentir accepté socialement et appuyé), 5) spirituels (c.-à-d. la recherche de sens) et, 6) pratiques (c.-à-d. l'aide directe pour accomplir une tâche ou une activité).

La perception ou l'appréciation cognitive d'un individu, concepts inspirés de la Théorie du stress de Lazarus et Folkman (1984), est déterminante dans l'identification des besoins (Fitch et al., 2008). L'appréciation cognitive est un processus conscient ou inconscient par lequel une personne porte un jugement ou fait une évaluation d'un évènement de sa vie. Deux niveaux d'évaluation s'articulent autour de ce processus: l'évaluation primaire et, simultanément l'évaluation secondaire. L'évaluation primaire met en lumière la signification de l'évènement et son impact sur son bien-être. L'évaluation secondaire concerne le jugement porté par la personne sur sa capacité à affronter l'évènement. C'est en se basant sur ses expériences antérieures, sa perception de l'évènement et de ses ressources qu'une personne évalue sa capacité à y faire face. Une personne atteinte de cancer et ses proches risquent de vivre des niveaux de stress élevés, voire une détresse s'ils évaluent l'évènement comme menaçant (p.ex. recevoir de la chimiothérapie c'est dangereux) et qu'ils n'arrivent pas à trouver des stratégies pour y faire face, c.-à-d. des stratégies d'adaptation ou de « coping » (p.ex. apprendre à gérer les effets secondaires ou obtenir de l'aide à la maison).

Le concept d'adaptation correspond à un processus dynamique au cours duquel des stratégies sont mobilisées pour répondre aux besoins et maintenir un état de bien-être (Lazarus & Folkman, 1984). Les stratégies d'adaptation se développent à partir des caractéristiques intrinsèques et des ressources d'un individu. Ces stratégies peuvent être catégorisées sur la base de leur objectif et peuvent être à certains moments ou dans certaines situations efficaces mais dans d'autres non (Lazarus & Folkman, 1984). Certaines visent la résolution de problèmes et leur mobilisation est souvent associée à l'évaluation secondaire du stress (p.ex. recherche de l'information pour faire face à l'incertitude du cancer). D'autres visent la gestion de la réponse émotionnelle (p.ex. restructurer la croyance qu'il est impossible d'avoir des objectifs de vie avec un cancer, trouver un sens au fait de devoir vivre la maladie) ou des comportements d'autorégulation de l'émotion (p.ex. la relaxation, l'exercice physique). Dans le contexte du cancer, Fitch et al. (2008) suggère que les soins de soutien peuvent être mis en place pour favoriser l'adaptation et réduire la détresse.

Le processus d'évaluation est complexe et dynamique et, fait appel à des connaissances, des habiletés et des outils spécifiques. L'ACIO (2006) définit l'évaluation comme « un processus systématique et dynamique grâce auquel l'infirmière, à travers ses interactions avec le patient, son entourage et d'autres professionnels de la santé, rassemble des

données sur le patient et les analyse ». Cette définition correspond à un processus évaluatif centré sur la personne comme le recommandent différents guides de pratique clinique (Howell et al., 2009) et des modèles théoriques en soins infirmiers. Le modèle de Fitch et al. (2008) souligne l'importance d'une approche centrée sur la personne. Celui de Larson et al. (1994) précise que cette importance tient à l'interaction entre la personne atteinte, sa famille et les intervenants professionnels dans le processus d'évaluation et de gestion du symptôme. Enfin, le modèle de Calgary (Wright & Leahey, 2007) ajoute à cette importance en accordant une place prépondérante à la dynamique familiale. En somme, le processus d'évaluation semble s'articuler autour de la mise en place d'une relation thérapeutique infirmière-patient-famille afin de favoriser le pouvoir d'agir « empowerment » de la personne et de sa famille dans l'adaptation à la maladie (Fillion et al., 2006, 2012; Jennings-Sanders et al., 2005; Seek & Hogle, 2007).

Afin de guider le processus d'évaluation et d'opérationnaliser son contenu, plusieurs auteurs ont proposé de structurer la collecte d'information à l'aide de différents outils tel que des questionnaires ou des grilles d'entrevue (Richardson, Medina, Brown, & Sitzia, 2007; Wen & Gustafson, 2004). Au Québec, depuis 2013, les IPO ont recours au formulaire standardisé, « Évaluation initiale du client suivi en oncologie » pour guider leur entrevue et colliger leur information (Fournier et al., 2013). Les IPO sont aussi au cœur du déploiement et de l'utilisation de l'Outil de dépistage de la détresse (ODD) implanté au sein des équipes spécialisées en oncologie (Fillion et al., 2011). Cet outil permet de dépister rapidement la présence de détresse psychologique et d'identifier les besoins non satisfaits des patients facilitant ainsi le processus d'évaluation.

L'utilisation des résultats de l'évaluation dépend de la qualité de celle-ci. Selon l'Institute of Medicine (2008), seule une évaluation structurée et systématique des besoins des sphères physique, psychologique, sociale et spirituelle de la clientèle oncologique permet d'offrir des soins de soutien individualisés administrés au bon moment et/ou des références auprès de professionnels qualifiés en interventions psychosociales. En s'inspirant de la conceptualisation de Fillion et al. (2012) sur le rôle de l'IPO, les résultats de l'évaluation devraient: a) guider les interventions cliniques de l'IPO et des autres intervenants afin de favoriser le pouvoir d'agir « empowerment » du patient et de ses proches; b) améliorer la continuité des soins entre les différents intervenants; et c) favoriser l'amélioration de la qualité de vie pour cette clientèle.

DISCUSSION

Face à la disparité des informations actuellement disponibles sur la pratique infirmière en oncologie et la complexité de la fonction évaluation dévolue à ces intervenantes, nous avons comme objectif de proposer un cadre de référence intégrateur pour soutenir la fonction évaluation de l'IPO au Québec. Au terme de notre démarche nous avons résumé et schématisé en six dimensions l'ensemble des sphères et des éléments spécifiques au rôle d'évaluation (Tableau 1).

Parmi les buts de l'évaluation, il ressort que l'évaluation systématique des besoins et le dépistage de la détresse par des IPO favorisent l'organisation des soins et facilite l'adaptation à la maladie (Cruickshank, Kennedy, Lockhart, Dosser, & Dallas, 2008; Fillion et al., 2011; Liebert et al., 2003; Melinyshyn & Wintonic, 2006).

Bien que toute personne atteinte de cancer doive être évaluée, il semble que les personnes évaluées plus systématiquement soient davantage les clientèles dites vulnérables en raison de leurs caractéristiques sociodémographiques et de la complexité de leur traitement. C'est le cas pour les personnes âgées, à faible revenu et peu scolarisées (Jennings-Sanders et al., 2005), de même que pour les personnes atteintes d'un cancer du poumon (Moore, 2002; Skrutkowski et al., 2008), d'un cancer ORL (Fillion et al., 2009) et d'un cancer neurologique (Jackson, 2008). Enfin, bien que des auteurs rapportent que l'évaluation des besoins doive aussi inclure les proches des personnes atteintes (Fillion et al., 2009; Wilcox & Bruce, 2010), dans la pratique, très peu de proches voient réellement leurs besoins évalués (Fillion et al., 2006).

Nous avons remarqué que dans la pratique infirmière, les moments de l'évaluation diffèrent grandement. Bien que l'évaluation recommandée doive s'effectuer sur plusieurs moments du continuum de la maladie (Bowman & Grim, 2008; Fillion et al., 2010; Jackson, 2008; Jennings-Sanders et al., 2005; Pedersen & Hack, 2010; Sussman et al., 2011), elle se limite parfois à la phase d'investigation de la maladie (Campbell, Craig, Eggert, & Bailey-Dorton, 2010), à la phase de survie (Kimman 2007; Knowles, et al., 2007) et à la phase palliative (Griffiths, Ewing, & Rogers, 2010).

L'analyse du contenu de l'évaluation nous a révélé une liste imposante d'informations pouvant être obtenues dans le but de mieux connaître la personne, cerner ses besoins et les interventions à mettre en place. L'évaluation peut donc inclure les caractéristiques sociodémographiques des personnes référées (Fawcett et al., 2007), leurs antécédents et leur condition de santé physique (Jennings-Sanders et al., 2005; Liebert, et al., 2003) et mentale (Fawcett et al., 2007; Fillion et al. 2006), la structure et le fonctionnement de leur réseau familial et social (Fawcett et al., 2007), la présence de problèmes financiers ou fonctionnels (Fawcett et al., 2007), leur compréhension de la maladie et du traitement (Campbell et al., 2010; Goodwin, Satish, Anderson, Nattinger, & Freeman, 2003; Skrutkowski et al., 2011) et les ressources dont disposent ces personnes pour surmonter l'épreuve et s'adapter à la maladie (Campbell et al., 2010).

En regard du processus d'évaluation, Maliski, Clerkin et Litwin (2004) décrivent l'évaluation comme le processus par lequel l'IPO précise et cible les besoins de la clientèle oncologique et sélectionne les stratégies pour y répondre. Les personnes apprécient une approche humaine, une communication centrée sur la personne favorisant l'établissement d'une relation thérapeutique (Fillion et al., 2010; Sussman et al., 2011). Malheureusement, Griffiths et al. (2010) ont observé que plusieurs infirmières manquent encore de confiance et d'habiletés pour évaluer et répondre aux besoins de soutien émotionnel.

Pour structurer et guider le processus d'évaluation, plusieurs auteurs ont élaboré des outils, des formulaires papiers créés à partir de modèles théoriques (Jennings-Sanders et al., 2005) ou de listes d'indicateurs (Cruickshank et al., 2008) et des outils de dépistage tels que celui de la détresse (Fillion et al., 2011; Holland & Bultz, 2007; Swanson & Koch, 2010). Comme aucun de ces outils n'est complet pour préciser les besoins de la clientèle, une approche combinant des questionnaires auto-administrés, une entrevue semi-structurée et des outils spécifiques à certaines conditions est recommandée (Richardson et al., 2007; Wen & Gustafson, 2004). Le processus d'évaluation repose donc en premier lieu sur une approche centrée sur la personne pour l'établissement d'une relation thérapeutique et fait appel à des connaissances, des habiletés cliniques et à l'usage d'outils spécifiques.

Enfin, l'utilisation des résultats de l'évaluation constitue, selon des femmes atteintes de cancer du sein, une étape essentielle pour répondre à leurs besoins (Liebert et al., 2003). L'évaluation favorise le pouvoir d'agir « empowerment » et le soutien à la résolution de problèmes (Fillion et al., 2006) en guidant l'enseignement de stratégies d'auto-soins (Bowman & Grim, 2008). L'évaluation permet aussi de déterminer avec précision les informations manquantes ou erronées (Melinyshyn & Wintonic, 2006) et ceci a des répercussions positives sur l'adhésion des patients à leur traitement en plus d'avoir un impact favorable sur la qualité de vie et même sur la survie au cancer (Goodwin et al., 2003). Par ailleurs, la disponibilité des résultats de l'évaluation de l'IPO à ses partenaires de soins favorise la continuité de l'information et des soins.

En terminant, bien que quelques études aient porté sur le rôle de l'IPO au Québec (Cook et al., 2013; Fillion et al., 2006, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012; Hébert & Fillion, 2011; Skrutkowski et al., 2008), aucune d'elles ne s'est intéressée spécifiquement à la fonction évaluation de l'IPO. C'est pourquoi, nous avons réalisé récemment une étude qualitative auprès de quelques IPO de la région de Québec en utilisant notre cadre de référence intégrateur (Fournier, 2011). Globalement, nos résultats illustrent la pertinence clinique de notre modèle et confirment son utilité et sa pertinence dans l'étude de la fonction évaluation de l'IPO.

CONCLUSION

Le cadre de référence intégrateur proposé pour soutenir la fonction évaluation de l'IPO au Québec s'appuie sur des propositions d'organismes de la santé, des guides de pratique clinique en oncologie et des modèles théoriques en soins infirmiers. Il rejoint la pratique de l'évaluation chez les infirmières de type IPO tant au Québec qu'ailleurs au Canada et en pays industrialisés. Il est novateur en ce qu'il intègre et structure les principaux éléments nécessaires à la compréhension de la fonction évaluation des infirmières de type IPO. Enfin, il peut s'avérer utile aux IPO, en rapprochant leur pratique évaluative des normes émergentes.

RÉFÉRENCES

- Association canadienne des infirmières en oncologie/Canadian Association of Nurses in Oncology [ACIO/CANO] (2006). *Normes de soins, rôles infirmiers et compétences relatives aux rôles infirmiers*. Vancouver, ACIO.
- Bowman, S.C., & Grim, R.D. (2008). The efficacy of the nurse navigator in a community hospital breast care program. *Seminars in Breast Disease*, 11, 26–30. doi:10.1053/j.sembd.2008.04.007
- Campbell, C., Craig, J., Eggert, J., & Bailey-Dorton, C. (2010). Implementing and measuring the impact of patient navigation at a comprehensive community cancer center. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), 61–68. doi:10.1188/10.ONF.61-68
- Cook, S., Fillion, L., Fitch, M., Veillette, A.-M., Matheson, T., Aubin, M., et al. (2013). Core areas of practice and associated competencies for nurses working as professional cancer navigators. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 23(1), 44–62.
- Cruickshank, S., Kennedy, C., Lockhart, K., Dosser, I., & Dallas, L. (2008). Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD005634. doi:10.1002/14651858.CD005634.pub2
- Fawcett, J., Schutt, R.K., Gall, G.B., Cruz, E.R., & Woodford, M.L. (2007). The work of nurse case managers in a cancer and cardiovascular disease risk screening program. *Professional Case Management*, 12(2), 93–105. doi:10.1097/01.PCAMA.0000265344.65193.1a
- Fillion, L., Aubin, M., de Serres, M., Robitaille, D., Veillette, A.-M., & Rainville, F. (2010). Processus d'implantation d'infirmières pivots en oncologie au sein d'équipes locales conjointes. *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 20(1), 30–35.
- Fillion, L., Cook, S., Blais, M.-C., Veillette, A.-M., Aubin, M., de Serres, M., et al. (2011). Implementation of screening for distress with professional cancer navigators. *Oncologie (Paris)*, 13, 277–289. doi:10.1007/s10269-011-2026-8
- Fillion, L., Cook, S., Veillette, A.-M., Aubin, M., de Serres, M., Rainville, F., et al. (2012). Professional navigation framework: elaboration and validation in a Canadian context. *Oncology Nursing Forum*, 39(1). doi:10.1188/12.ONF.E58-E69
- Fillion, L., de Serres, M., Cook, S., Goupil, R.L., Bairati, I., & Doll, R. (2009). Professional patient navigation in head and neck cancer. *Seminars Oncology Nursing*, 25(3), 212–221. doi:10.1016/j.soncn.2009.05.004
- Fillion, L., de Serres, M., Lapointe-Goupil, R., Bairati, I., Gagnon, P., Deschamps, M., et al. (2006). Implementing the role of patient-navigator nurse at a university hospital centre. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 16(1), 5–17.
- Fitch, M.I., Porter, H.B., & Page, B.D. (2008). *Supportive Care Framework: A Foundation for Person-Centred Care* (First ed.). Pembroke, Ontario: Pappin Communications.
- Fournier, B. (2011). *La fonction évaluation de l'infirmière pivot en oncologie*. Mémoire de maîtrise, <http://www.theses.ulaval.ca/2011/28511/>. Québec: Université Laval.
- Fournier, B., Laporte, L., Paquet, K., Lebel, V., Lévesque-Boudreau, D., & Ouellet, J. (2013). *Évaluation initiale du client suivi en oncologie. Guide d'utilisation du formulaire à l'intention des infirmières*. Québec: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Consulté à partir de <https://www.oiiq.org/sites/default/files/1392-oncologie-guide.pdf>
- Goodwin, J.S., Satish, S., Anderson, E.T., Nattinger, A.B., & Freeman, J.L. (2003). Effect of nurse case management on the treatment of older women with breast cancer. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(9), 1252–1259. doi:10.1046/j.1532-5415.2003.51409.x
- Griffiths, J., Ewing, G., & Rogers, M. (2010). “Moving swiftly on.” Psychological support provided by district nurses to patients with palliative care needs. *Cancer Nursing*, 33(5), 390–397. doi:10.1097/NCC.0b013e3181d55f9b
- Hébert, J., & Fillion, L. (2011). Gaining a better understanding of the support function of oncology nurse navigators from their own perspective and that of people living with cancer: Part 1 & 2. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 21(1), 33–38 & 21(2), 114–21.
- Holland, J.C., & Bultz, B.D. (2007). The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 5(1), 3–7.
- Howell, D., Currie, S., Mayo, S., Jones, G., Boyles, M., Hack, T., et al. (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.
- Institute of Medicine (2008). *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jackson, K. (2008). The role of the cancer nurse coordinator in neurology. *Australian Nursing Journal*, 15(8), 29–31.
- Jennings-Sanders, A., Kuo, Y.F., Anderson, E.T., Freeman, J., & Goodwin, J. (2005). How do nurse case managers care for older women with breast cancer? *Oncology Nursing Forum*, 32(3), 625–632. doi:10.1188/04.ONF.625-632
- Kimman, M.L. (2007). Improving the quality and efficiency of follow-up after curative treatment for breast cancer. *BioMedCentralCancer*, 7(1). <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/10/174>. doi:10.1186/1471-2407-7-1
- Knowles, G., Sherwood, L., Dunlop, M.G., Dean, G., Jodrell, D., McLean, C., et al. (2007). Developing and piloting a nurse-led model of follow-up in the multidisciplinary management of colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(3), 212–217. doi:10.1016/j.ejon.2006.10.007
- Larson, P.J., Carrieri-Kohlman, V., Dodd, M.-J., Douglas, M., Faucett, J., & Froelicher, E. (1994). A Model for Symptom Management: the University of California, San Francisco School of Nursing, Symptom Management Faculty Group. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(4), 272–276. doi:10.1111/j.1547-5069.1994.tb00333.x
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (Eds.) (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Liebert, B., Parle, M., Roberts, C., Redman, S., Carrick, S., Gallagher, J., et al. (2003). An evidence-based specialist breast nurse role in practice: A multicentre implementation study. *European Journal of Cancer Care (Engl)*, 12(1), 91–97. doi:10.1046/j.1365-2354.2003.00331.x
- Maliski, S.L., Clerkin, B., & Litwin, M.S. (2004). Describing a nurse case manager intervention to empower low-income men with prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(1), 57–64. doi:10.1188/04.ONF.57-64
- Melnyshyn, S., & Wintonic, A. (2006). The role of a nurse navigator in the breast assessment program at Hotel-Dieu Hospital. *The Nursing Journal*, (May), 3–13.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux & Caris, P. (1997). *Programme québécois de lutte contre le cancer: pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*. [Québec]: MSSS.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Louf, A. & Laflamme, B. (2011). *Rapport d'activités 2010–2011, Direction de la lutte contre le cancer*. [Québec]: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications. Consulté à partir de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-902-09F.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, De Serres, M., & Beauchesne, N. (2000). *L'intervenant pivot en oncologie un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer: document de réflexion*. [Québec]: Conseil québécois de lutte contre le cancer. Consulté à partir de <http://www4.bnquebec.ca/pgq/2003/2653479.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Lévesque-Boudreau, D., & Champagne, M. (2008). *Rôle de l'infirmière pivot en oncologie*. [Québec]: Direction de la lutte contre le cancer. Consulté à partir de <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2034489>
- Moore, S. (2002). Nurse led follow-up and conventional medical follow-up in management of patients with lung cancer. *British Medical Journal*, 325(16 November), 1–7. doi: 10.1136/bmj.325.7373.1145
- National Institute for Clinical Excellence [NICE] (2004). *Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer, The Manual*. London: NICE.
- Organisation mondiale de la santé/World Health Organization [WHO] (1995). *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*. Geneva, WHO.
- Pedersen, A., & Hack, T.F. (2010). Pilots of oncology health care: A concept analysis of the patient navigator role. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), 55–60. doi:10.1188/10.ONF.55-60
- Rebalance Focus Action Group (2005). A position paper: Screening key indicators in cancer patients: Pain as a 5th vital sign and emotional distress as a 6th vital sign. *Canadian Strategy for Cancer Control Bulletin* (Vol. 7).
- Richardson, A., Medina, J., Brown, V., & Sitzia, J. (2007). Patients' needs assessment in cancer care: a review of assessment tools. *Supportive Care in Cancer*, 15(10), 1125–1144. doi:10.1007/s00520-006-0205-8
- Seek, A., & Hogle, W.P. (2007) Modeling a better way: Navigating the healthcare system for patients with lung cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(1), 81–85. doi:10.1080/13561820701391836
- Skrutkowski, M., Saucier, A., Eades, M., Swidzinski, M., Ritchie, J., Marchionni, C., et al. (2008). Impact of a pivot nurse in oncology on patients with lung or breast cancer: Symptom distress, fatigue, quality of life, and use of healthcare resources. *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 948–954. doi:10.1188/08.ONF.948-954
- Strauss, A.L., & Corbin, J.M. (1990). *Basics in qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Sussman, J., Howell, D., Bainbridge, D., Brazil, K., Pyette, N., Abbasi, S., & Whelan, T. (2011). The impact of specialized oncology nursing on patient supportive care outcomes. *Journal of Psychosocial Oncology*, 29(3), 286–307. doi.org/10.1080/07347332.2011.563342
- Swanson, J., & Koch, L. (2010). The role of oncology nurse navigator in distress management of oncology patients: A retrospective study. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), 69–76. doi:10.1188/10.ONF.69-76
- Wen, K.-Y., & Gustafson, D.H. (2004). Needs assessment for cancer patients and their families. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(11). doi:10.1186/1477-7525-2-11
- Wilcox, B., & Bruce, S.D. (2010). Patient navigation: A “win-win” for all involved. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), 21–25. doi:10.1188/10.ONF.21-25
- Wright, M.L., & Leahey, L. (Eds.). (2007). *L'infirmière et la famille. Guide d'évaluation et d'intervention* (3^e ed.). Saint-Laurent: Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.