



HAL
open science

Emploi du temps d'une infirmière d'annonce et de coordination du parcours de soins en cancérologie thoracique : expérience du CHU d'Angers

José Hureaux, M Retailleau, A Georgeault, Thierry Urban

► To cite this version:

José Hureaux, M Retailleau, A Georgeault, Thierry Urban. Emploi du temps d'une infirmière d'annonce et de coordination du parcours de soins en cancérologie thoracique : expérience du CHU d'Angers. *Revue des Maladies Respiratoires*, 2019, 36 (2), pp.155-161. 10.1016/j.rmr.2018.06.009 . hal-02616067

HAL Id: hal-02616067

<https://univ-angers.hal.science/hal-02616067>

Submitted on 22 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

rmr170016-R1
Fascicule vert
Article Original

**Emploi du temps d'une infirmière d'annonce et de coordination du parcours de soins en
cancérologie thoracique : expérience du CHU d'Angers**

**Use of time of a nurse involved in breaking the diagnosis of lung cancer and navigating
patients in the healthcare system: experience of an academic thoracic oncology ward**

J. Hureaux 1, 2, M. Retailleau 1, A. Georgeault 1, T. Urban 1, 2,

1 Service de Pneumologie, Pôle Hippocrate, CHU, Angers

2 Centre de coordination en cancérologie, Pôle Hippocrate, CHU, Angers

Titre court :
Emploi du temps d'une IDE d'annonce et de coordination

Auteur correspondant :
José Hureaux
Service de Pneumologie, Pôle Hippocrate
CHU, 4, rue Larrey, 49000 Angers
Téléphone : 02 41 35 36 78-Fax : 02 41 35 49 74
Email : jose.hureaux@chu-angers.fr

Déclaration de liens d'intérêts :
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

Résumé

Les Plans cancer 1 et 2 ont créé de nouveaux postes infirmiers pour améliorer les conditions d'annonce et coordonner le parcours de soins des patients. Notre travail a pour but de décrire l'emploi du temps d'une infirmière diplômée d'Etat (IDE) assurant le rôle d'IDE « d'annonce » et d'IDE coordonnateur de soins (IDEC) dans un service d'oncologie thoracique en CHU.

Mille quarante et un patients ont été pris en charge par l'IDE lors de 6515 interventions durant 4,27 années. Le nombre médian d'intervention par patient et la distance interquartile sont respectivement de 3 et 7. Les temps d'annonce et de coordination représentaient respectivement environ 20 et 80% du temps de travail de l'IDE. Le temps de travail sans le médecin représentait 43% du temps de travail et plus de la moitié de ce temps était consacré à des entretiens avec les patients.

L'analyse de l'emploi du temps de l'IDE montre que son activité est très proche de celle d'une infirmière pivot en oncologie du Canada. Dans notre expérience, la combinaison des rôles « d'annonce » et de coordination de soins semble pertinente, mais l'IDE n'est pas remplacée en cas d'absence.

Mots-clés : oncologie thoracique, annonce, coordination des soins, infirmière de coordination, infirmière pivot en oncologie

Use of time of a nurse involved in breaking the diagnosis of lung cancer and navigating patients in the healthcare system: experience of an academic thoracic oncology ward

Abstract

The Plans cancer 1 and 2 created new nursing posts to improve the way that news about cancer was given to patients and to coordinate their care, helping them to navigate the system. We describe the way that a nurse, assuming the role of assisting the doctor when a diagnosis of cancer is revealed and coordinating the care of the patients in a teaching hospital, uses their time.

One thousand and forty-one patients were supported by the nurse during 6515 procedures over 4.27 years. The median (interquartile range) number of interventions per patient was 3 (7). Helping to break news of cancer and the coordination of care represented approximately 20 and 80% of the working time of the nurse respectively. The nurse spent 43% of their time without the doctor and more than half of this duration was dedicated to meeting with patients.

The nurse timetable analysis shows that its role is very similar to a Canadian 'Pivot' nurse in oncology. In our experience, this combination of the announcement of cancer diagnoses and the coordination of subsequent care seems relevant, but the nurse is not replaced in the case of absence.

Keywords: lung neoplasms, break bad new, care coordination, oncology nurse navigator

Introduction

Les Plans cancer ont créé de nouveaux postes infirmiers pour améliorer les conditions d'annonce du cancer et coordonner le parcours de soins des patients en cancérologie [1, 2]. Le premier Plan a permis la création de postes d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) « d'annonce » dans 52 établissements de soins dans le cadre de la mesure 40 [3]. Ces infirmières doivent participer au « dispositif d'annonce du cancer » par leur présence avec le médecin lors de la consultation d'annonce du cancer/hémopathie maligne puis assurer un « temps d'accompagnement soignant » avec le patient sans le médecin. Dans la mesure 18 du deuxième Plan cancer, 35 établissements de soins ont été choisis pour expérimenter des postes d'IDE coordonnateurs de soins (IDEC). Les IDEC doivent être l'interlocuteur privilégié du malade pour organiser et simplifier son parcours de soins entre tous les professionnels de santé lors des intercures, des sorties ainsi que la gestion des complications survenant au domicile [4]. Les résultats globaux ont montré un intérêt de ces postes surtout dans les situations médicales et/ou sociales complexes, comme en oncologie thoracique [5].

Le service de Pneumologie du CHU d'Angers a été un centre-pilote lors de la création des postes d'infirmière d'annonce en 2004. Une IDE du service de Pneumologie est alors devenue une IDE « d'annonce » à mi-temps. Lors du deuxième Plan cancer, un mi-temps IDEC a été obtenu pour le CHU et confié à l'IDE « d'annonce » pour 0,4 équivalent temps-plein (ETP) dans le service de Pneumologie.

Notre travail a pour but de décrire l'emploi du temps de l'IDE assurant le rôle d'IDE « d'annonce » (0,5 ETP) et d'IDEC (0,4 ETP) dans le service d'oncologie thoracique du CHU d'Angers au moment de l'annonce, dans ses actions de coordination des soins et lorsqu'elle travaille sans le médecin.

Méthodes

L'IDE participait de manière planifiée aux consultations d'oncologie des médecins. En dehors de ces périodes, l'IDE travaillait en autonomie. Elle disposait d'un bureau, d'un ordinateur, d'un téléphone portable et de tous les documents d'information sélectionnés par l'équipe soignante. Son numéro de téléphone était remis aux patients et elle pouvait solliciter les médecins à tout moment. Nous avons mis au point un outil de recueil de l'emploi du temps de l'IDE commun à son activité « d'annonce » et

de coordination. Les données anonymisées étaient collectées prospectivement par l'IDE au décours de ses interventions. Les données recueillies étaient : âge du patient, nombre d'intervention par patient, type d'intervention selon 5 grandes catégories (consultations médicales, entretiens sans le médecin, gestion des appels téléphoniques, programmations d'un séjour, participation à un entretien du patient avec un professionnel du secteur psychosocial), durée de l'intervention, présence du médecin, présence de la famille.

Pour l'analyse statistique, les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et écart-type (si la distribution normale est vérifiée) ou en médiane, distance interquartile et valeurs extrêmes. Les variables qualitatives sont décrites par les effectifs et pourcentages correspondants. Pour les analyses univariées des variables quantitatives, le test statistique t de Student sera utilisé pour comparer 2 groupes et une ANOVA pour la comparaison de 3 groupes ou plus (si la distribution normale est vérifiée). En cas de distribution ne suivant pas la loi normale, le test de U de Mann et Whitney sera utilisé pour comparer 2 groupes et le test de Kruskal-Wallis la comparaison de 3 groupes ou plus. Le seuil de significativité p est fixé à 0,05 et tous les tests sont bilatéraux. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel IBM SPSS Statistics 19. L'analyse statistique des données a été autorisée par la sous-commission Ethique du CHU d'Angers sous le numéro 2016/64.

Résultats

L'analyse a porté sur la période du 31 janvier 2011 au 12 mai 2015, correspondant à une durée de 4,27 années. Par an, une IDE de la fonction publique hospitalière travaillait 1607 heures. Dans la mesure où l'IDE travaillait à 0,9 ETP sur les 2 postes et avait à la fin de la période de l'étude 77 heures de travail supplémentaires, le temps de travail théorique de l'IDE était de 6252 heures $((4,27 \times 1607 \times 0,9) + 77)$. Le temps de travail analysé correspond à 3549 heures, soit 56,7% du temps de travail théorique de l'IDE.

L'IDE a réalisé 6526 interventions au total. Onze réunions ou formations ont eu lieu pour mettre en place le poste, créer des documents ressources et participer à des réunions à la demande de l'INCa et la DGOS pendant 11,4 heures.

Les 6515 autres interventions ont été en lien avec l'activité clinique. Mille quarante et un patients ont été pris en charge par l'IDE sur les 1212 nouveaux cas de cancer bronchique pris en charge dans le service. L'IDE a pris en charge 85,9% des nouveaux patients, soit 244 patients par an en moyenne.

La distribution de l'âge des patients, présentée dans la Figure 1, ne suit pas une distribution normale ($p < 0,001$, test de Shapiro-Wilk). L'âge médian était de 65,2 ans, la distance interquartile était égale à 17,5 et les valeurs extrêmes étaient 18,3 et 100,5 ans.

Le nombre d'interventions par patient est présenté dans la Figure 2. Cette distribution ne suit pas la loi normale ($p < 0,001$, test de Shapiro-Wilk). Le nombre médian d'intervention était de 3, la distance interquartile était égale à 7 et les valeurs extrêmes étaient 1 et 71 interventions.

Les interventions concernant l'annonce sont présentées dans le Tableau I. Les interventions de coordination des soins sont présentées dans le Tableau II. Les actions réalisées sans le médecin sont présentées dans le Tableau III. Les interventions avaient des durées significativement différentes ($p < 0,024$, test de Kruskal-Wallis) et aucune distribution ne suit la loi normale ($p < 0,024$, test de Shapiro-Wilk).

Le temps consacré à l'annonce initiale du cancer ou l'annonce de la rechute représentait 18,8% du temps de travail de l'IDE. Le reste de son emploi du temps (82,2%) était consacré à des interventions de coordination des soins. L'intervention la plus longue consistait à participer aux consultations de suivi pour planifier le prochain bilan de surveillance (37,6%). La deuxième intervention la plus consommatrice de temps était de réaliser un entretien lors d'un séjour dans le service, ce qui incluait le temps soignant de l'annonce (22,5%). Ces entretiens duraient 45 minutes, soit aussi longtemps qu'une consultation d'annonce initiale de cancer ou de rechute. Répondre à un appel téléphonique était significativement plus long que d'appeler un patient ou de rappeler un patient qui avait laissé un message (30 minutes versus 20 versus 15, $p < 0,014$, tests U). L'organisation d'une hospitalisation en urgence prenait significativement plus de temps que la programmation d'un séjour non urgent ($p < 0,001$, test U).

Le temps d'activité de l'IDE avec le médecin représentait 2000 heures (56,4% du temps analysé) et était principalement affecté à des consultations de suivi (66,7%), d'annonce initiale (17,7%) ou d'annonce de rechute (15,7%). Le temps d'activité de l'IDE sans le médecin constituait 1549 heures (43,6% du temps analysé) et est présenté Tableau III. Il était constitué d'entretiens lors d'un séjour dans le service (51,6%), incluant le temps d'accompagnement soignant de l'annonce, de la gestion

des appels téléphoniques (36,3%) et de la programmation des séjours non urgents (7,4%) et urgents (3,8%).

Discussion

Nous décrivons l'emploi du temps d'une l'IDE « d'annonce » et de coordination (IDEC) de soins en cancérologie thoracique du CHU d'Angers sur une période de plus de 4 ans. Les principaux résultats montrent que temps d'annonce et de coordination représentaient respectivement environ 20 et 80% du temps de travail de l'IDE. Le temps de travail sans le médecin était de 43,6% du temps de travail et plus de la moitié de ce temps était consacré à des entretiens avec les patients.

La synthèse nationale des bilans à 1 an des 35 sites pilotes IDEC a montré que les IDEC avaient pris en charge en moyenne 287 patients par an et notre analyse montre que l'IDE employée à 0,9 ETP a pris charge une file active de 244 patients par an en moyenne (soit 270 patients/an pour 1 ETP) [2].

Une mesure des temps consacrés aux différentes activités par les IDEC a été réalisée sur 5 jours en juin 2011 et a montré que les activités dédiées aux patients représentaient 84,0% du temps d'activité réparties en 4 fonctions clés : évaluation des besoins du patient et des proches (33,9%), information du patient et des proches (14,1%), écoute et soutien (15,0%) et facilitation du parcours personnalisé (37,0%) [6]. L'oncologie thoracique représentait seulement 15,8% des situations étudiées et il est connu que ces pathologies ont des parcours souvent complexes. Notre travail n'a pas décrit les activités de l'IDE selon 4 fonctions clés sus-décrites. Cependant, ces 4 fonctions clés étaient réalisées de manière continue durant les différentes étapes de la prise en charge. L'évaluation des besoins était initiée lors des consultations avec le médecin et poursuivie lors des entretiens lors d'un séjour dans le service. Ces temps de rencontre distincts permettaient d'informer de manière continue et personnalisée le patient et ses proches et de proposer une écoute et un soutien. Le parcours de soins était facilité par la disponibilité de l'IDE au téléphone et son rôle dans la programmation de séjours hospitaliers, en urgence dans 1 cas sur 4 (97/363). Cette enquête a aussi montré que l'entretien initial avec l'IDEC durait presque 45 minutes ce que notre travail retrouve. Enfin, notre méthodologie ne prévoyait pas d'analyser spécifiquement les interventions selon le niveau de complexité médicale ou de fragilité psychosociale des patients, mais certains de nos résultats montrent que des patients ont nécessité des dizaines d'interventions de l'IDE et son implication dans une prise en charge

psychosociale. Notre analyse porte sur une durée estimée de 3549 heures, soit seulement 56,7% du temps de travail théorique de l'IDE. La durée de chaque intervention a été estimée par l'IDE sans relevé chronométrique précis. Nous pensons que cette méthodologie a minoré la durée des interventions de l'IDE et l'estimation du temps total de travail. Notre étude montre aussi que l'IDE n'a pas pris en charge tous les nouveaux patients du service, mais seulement 86% des nouveaux dossiers présentés par des médecins du service en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). Cette différence s'explique par les cas de patients présentés en RCP sans passage dans le service (patients pris en charge dans un autre service de pneumologie au sein de l'actuel Groupement hospitalier de territoire de Maine-et-Loire ou d'un établissement voisin), référés pour deuxième avis, qui sont décédés brutalement ou en l'absence de l'IDE. On observe enfin que la distribution de l'âge des patients de notre centre est conforme aux données épidémiologiques françaises avec une médiane à 65,2 ans.

Notre travail a permis de décrire le travail d'une IDE « d'annonce » et de coordination (IDEC) de soins en cancérologie thoracique et montre comment de tels postes pourraient faire évoluer l'organisation de l'équipe soignante, de mieux décrire le profil de ce poste et les compétences requises permettant de mieux identifier les IDE ayant un projet professionnel compatible. Cette IDE doit faciliter les échanges d'informations du patient vers l'équipe soignante et relayer les informations de l'équipe soignante vers le patient, son entourage et son médecin traitant. L'IDE doit être positionnée comme un membre de l'équipe « détaché du soin courant » pour assurer le lien direct avec le patient. Cela impose d'insérer des temps d'échange entre l'IDE et l'équipe soignante, des outils d'échange avec l'équipe et de traçabilité. Il nous semble utile de lui fournir un numéro de téléphone qui serait transmis au patient. Cela implique de lui laisser du temps de travail sans le médecin, qui représente plus de 43% du temps analysé dans ce travail. Elle devrait concourir à améliorer la qualité et la sécurité des soins et les liens entre les soignants, en permettant aux IDE du service de rester centrés sur les soins dans le service par réduction des interruptions de tâches dues aux échanges avec les autres soignants ou les patients sortis du service. En 2011, une revue de la littérature a montré l'intérêt des postes d'« *oncology nurse navigator* » (ONN) dans le parcours de soins de patients sur le soutien psychologique, la satisfaction, les soins de support, la continuité des soins et les coûts de soins [7]. L'équipe du Dr Wagner a réalisé un essai clinique prospectif à Seattle pour évaluer l'impact des interventions d'une ONN sur la qualité de vie [8]. Deux cents cinquante et un patients récemment

diagnostiqués pour un primo-cancer du sein, du colon-rectum ou des bronches ont été inclus et randomisés soit dans le groupe sans intervention d'une infirmière pivot (n=118) soit dans le groupe avec intervention d'une ONN pendant 4 mois (n=133). Les interventions de l'ONN consistaient à rencontrer le patient au moins une fois, à appeler le patient par téléphone toutes les semaines, à évaluer ses besoins et à mettre en place les ressources nécessaires. Les patients épaulés par l'ONN ont rapporté significativement moins de problèmes en lien avec les soins, la coordination des soins et l'information. Les bénéfices observés à 4 mois étaient toujours présents à 12 mois. Pour les patients porteurs d'un cancer bronchique, l'ONN permettait de réduire les dépenses de santé de 6852 dollars. Dès 2009, l'impact de l'IDE de coordination a été rapporté dans d'autres études. Fischel et coll. ont décrit une amélioration durable de la survie des patients souffrant de cancer bronchique en Floride grâce à un programme incluant une étape de coordination des patients [9]. En 2012, Hunnibell et coll. ont montré qu'une IDE « de pratique avancée » avait permis de réduire le délai moyen entre la suspicion de cancer et le début du traitement de 136 à 55 jours dans un centre de vétérans américains [10]. En 2015, Kunos et coll. ont confirmé ce résultat en montrant que le délai radiographie thoracique pathologique-traitement était réduit de 64 à 45 jours dans un hôpital de l'Ohio ($p < 0,001$) [11]. Zibrik et coll. ont montré que l'IDE de coordination permettait d'augmenter le pourcentage de patients recevant un traitement systémique de 57 à 69% ($p = 0,05$), de réduire le délai de mise en route du traitement de 48 à 38 jours ($p = 0,016$), d'augmenter la réalisation des analyses génétiques théranostiques (pour EGFR de 62 à 91%, $p < 0,001$) [12].

Notre travail illustre la disparité des interventions menées par l'IDE. Le profil de poste attendu semble être celui d'une IDE expérimentée, plutôt que d'une IDE novice en pneumologie. Doerfler-Evans considère que l'IDE de coordination doit apporter son expertise au patient, à sa famille, aux autres soignants en matière de dépistage, de prévention, de diagnostic, de traitement, de vécu et de soins palliatifs [13]. L'analyse de l'emploi du temps de l'IDE montre qu'elle réalise un travail différent d'une IDE « classique ». En effet, elle ne réalise plus de soins infirmiers directs, mais participe à des entretiens avec le médecin, réalise des entretiens avec le patient sans le médecin, répond à des sollicitations téléphoniques du patient et coordonne le parcours de soins du patient. Il s'agit d'un nouveau rôle infirmier, en autonomie, en position avancée, s'appuyant sur une expertise professionnelle antérieure et des connaissances en lien avec le médecin spécialiste et le médecin traitant. Ce profil professionnel semble réservé à des IDE « seniors » car l'ensemble des

connaissances théoriques, des compétences relationnelles et managériales requises pour réaliser les 4 fonctions clés sus-décrites ne peuvent pas toutes être acquises lors de la formation initiale et impose une expérience de terrain antérieure [6]. Ces nouveaux rôles infirmiers imposent de nouvelles compétences infirmières. La synthèse nationale listait les compétences attendues de la part de l'IDEC selon les équipes impliquées : savoirs (formation plus poussée en cancérologie, en psycho-oncologie, à la relation d'aide...), savoir-faire (expérience professionnelle d'au moins 3 ans, formation à la conduite d'entretien, développement des compétences relationnelles...), savoir-être (écoute, empathie, autonomie...) [6]. La société américaine des infirmières en oncologie (Oncology Nurse Society) a proposé en 2013 un guide des compétences professionnelles de l'infirmière de coordination en oncologie, renommée « *oncology nurse navigator* » [14]. Les compétences comprennent les connaissances, les compétences et l'expertise fondamentales nécessaires pour 1) participer aux soins de patients ayant un diagnostic de cancer passé, actuel ou potentiel ; 2) aider les patients atteints de cancer, les familles et les soignants à surmonter les problèmes de santé ; 3) offrir de l'éducation et des ressources pour faciliter la prise de décisions éclairées et l'accès en temps opportun à des soins de santé et psychosociaux de qualité à toutes les étapes du continuum du cancer. Cette publication décrit également le cadre conceptuel d'exercice de l'infirmière et les compétences initiales (capacité à organiser son travail, capacité à définir des priorités et à le remettre en cause rapidement, capacité à travailler en équipe...). Cette proposition ambitieuse implique la mise en place de nouvelles formes de formations continues pour adultes. Nous avons mis en place dans notre établissement, une formation par la simulation au temps d'accompagnement soignant pour permettre à des IDE de s'entraîner à réaliser des entretiens avec des acteurs qui jouaient le rôle de patients venant d'avoir une annonce de cancer [15]. Cette formation a permis à des IDE de réaliser leurs premiers entretiens seuls et en face-à-face dans le cadre sécurisé d'une séance de formation par la simulation et sans risque pour un patient. Les IDE ayant suivi la formation ont estimé que cela les avait aidés à débiter leurs missions d'IDEC. Nous avons aussi montré que des formations incluant une séquence de formation par la simulation pouvaient modifier les pratiques professionnelles [16]. Sur la base de cette expérience locale, nous pensons que ces formations pourraient être intégrées dans un cursus de formation pour les IDE « d'annonce » et les IDEC.

Dans notre service, le choix de proposer le poste d'annonce et de coordination à la même personne permettait de proposer un poste ETP de 100%. Au Canada, des postes infirmiers similaires

dénommés infirmières pivot en oncologie (IPO) ont été développés à partir des années 2000 [17]. Leur rôle est d'apporter une expertise professionnelle à tout patient souffrant de cancer et à ses proches autour de 4 axes : évaluer, enseigner et informer, soutenir et coordonner dès l'annonce du diagnostic et tout au long de la trajectoire de soins. Les rôles cumulés de l'IDE « d'annonce » et de coordination de soins de notre service sont donc très proches de ceux d'une IPO. Selon la plupart des soignants du service, le cumul des 2 rôles par une seule IDE expérimentée a permis de simplifier le parcours de soins des patients car la complémentarité des rôles permet de débiter un travail de coordination dès l'annonce réalisée sans temps de latence. Dans notre expérience, la combinaison de ces 2 nouveaux rôles infirmiers semble pertinente. Cette combinaison semble aussi intéressante en raison de la complexité des situations médicales et/ou sociales. Cependant, ce cumul de rôles a un inconvénient majeur qui est le non-remplacement de cette IDE en cas d'absence. Ainsi dans notre organisation, l'IDE ne participe pas toujours à la consultation d'annonce du cancer, soit parce qu'elle n'est pas remplacée en cas d'absence, soit parce qu'elle ne peut pas participer à plusieurs consultations qui ont lieu en même temps.

Conclusion

L'analyse de l'emploi du temps de l'IDE « d'annonce » et de coordination de soins de notre service montre que son rôle est très proche d'une IPO canadienne. Dans notre expérience, la combinaison de ces 2 nouveaux rôles infirmiers semble pertinente. L'expérimentation « IDEC 2 » actuellement en cours devrait permettre de confronter les expériences de différents centres.

Références

- [1] <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007> [consulté le 17 octobre 2016].
- [2] <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013> [consulté le 17 octobre 2016].
- [3] Circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005. [consulté le 20 octobre 2016].
- [4] ©Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer, rapport d'évaluation. Collection Bilans d'activité et d'évaluation, ouvrage édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, septembre 2012.
- [5] <http://www.e-cancer.fr/content/download/58802/535440/file/rapport-integral-bilan-plan-cancer-2009-2013-.pdf> [consulté le 19 octobre 2016].
- [6] ©Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer, Synthèse nationale des bilans à un an des 35 sites pilotes. Collection Bilans d'activité et d'évaluation, ouvrage édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, septembre 2012.
- [7] Case MAB. Oncology Nurse Navigator: Ensuring Safe Passage. Clin J Oncol Nurs 2011;15:33-40.
- [8] Wagner EH, Ludman EJ, Aiello Bowles EJ, Penfold R, Reid RJ, Rutter CM, Chubak J, McCorkle R. Nurse navigators in early cancer care: a randomized, controlled trial. J Clin Oncol 2014;32:12-8.
- [9] Fischel RJ, Dillman RO. Developing an effective lung cancer program in a community hospital setting. Clin Lung Cancer 2009;10:239-43.
- [10] Hunnibell LS, Rose MG, Connery DM, Grens CE, Hampel JM, Rosa M, Vogel DC. Using nurse navigation to improve timeliness of lung cancer care at a veterans hospital. Clin J Oncol Nurs 2012;16:29-36.
- [11] Kunos CA, Olszewski S, Espinal E. Impact of nurse navigation on timeliness of diagnostic medical services in patients with newly diagnosed lung cancer. J Community Support Oncol 2015;13:219-24.
- [12] Zibrik K, Laskin J, Ho C. Implementation of a Lung Cancer Nurse Navigator Enhances Patient Care and Delivery of Systemic Therapy at the British Columbia Cancer Agency, Vancouver. J Oncol Pract 2016;12:e344-9.
- [13] Doerfler-Evans RE. Shifting paradigms continued-the emergence and the role of nurse navigator. J Thorac Dis 2016;8:S498-500.
- [14] Oncology Nursing Society. Oncology nurse navigator core competencies. 2013. https://www.ons.org/sites/default/files/ONNCompetencies_rev.pdf [consulté le 9 novembre 2016].
- [15] Une simulation pour mieux jouer son rôle. L'infirmière magazine 2013;316:13.

- [16] Hureaux J, Herbreteau F, Cartier-Chatron I, Berton J, Urban T, Granry JC. Formation par la simulation : etude-pilote sur l'accueil des parents par une equipe de reanimation pediatrique. Arch Pediatr 2014;21:1316-21.
- [17] http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/documents/role-infirmiere-pivot_juil2008.pdf [consulté le 12 novembre 2016].

Tableaux

Tableau I

	Nombre d'interventions (%)	Temps en heure (%)	Durée en minutes
Consultation d'annonce initiale	456 (7,0)	353 (9,9)	45±0 (15-120)
Consultation d'annonce de rechute	472 (7,2)	314 (8,8)	45±15 (15-120)
Total	928 (14,2)	667 (18,8)	

Description des interventions de l'IDE lors de l'annonce.

Tableau II

	Nombre d'interventions (%)	Temps en heure (%)	Durée en minutes
Consultation de suivi	2646 (40,6)	1333 (37,6)	30±10 (10-90)
Entretien lors d'un séjour dans le service	1205 (18,5)	799 (22,5)	45±15 (5-120)
Appeler un patient au téléphone	279 (4,3)	105 (3,0)	20±15 (5-60)
Répondre à un appel téléphonique	1057 (16,2)	452 (12,7)	30±10 (5-90)
Répondre à un message laissé sur répondeur téléphonique	14 (0,2)	5 (0,1)	15±15 (10-30)
Programmer un séjour hospitalier	264 (4,1)	115 (3,2)	30±10 (5-60)
Organiser une hospitalisation d'urgence	97 (1,5)	58 (1,6)	30±15 (10-90)
Participer à un entretien psychologique	4 (0,1)	1 (0,0)	13±28 (10-45)
Participer à un entretien social	21 (0,3)	14 (0,4)	30±25 (15-120)
Total	5587 (85,8)	2882 (81,2)	

Description des interventions de coordination des soins de l'IDE. Le temps d'accompagnement soignant n'a pas été identifié dans notre recueil et est inclus dans la catégorie « Entretien lors d'un séjour dans le service ».

Tableau III

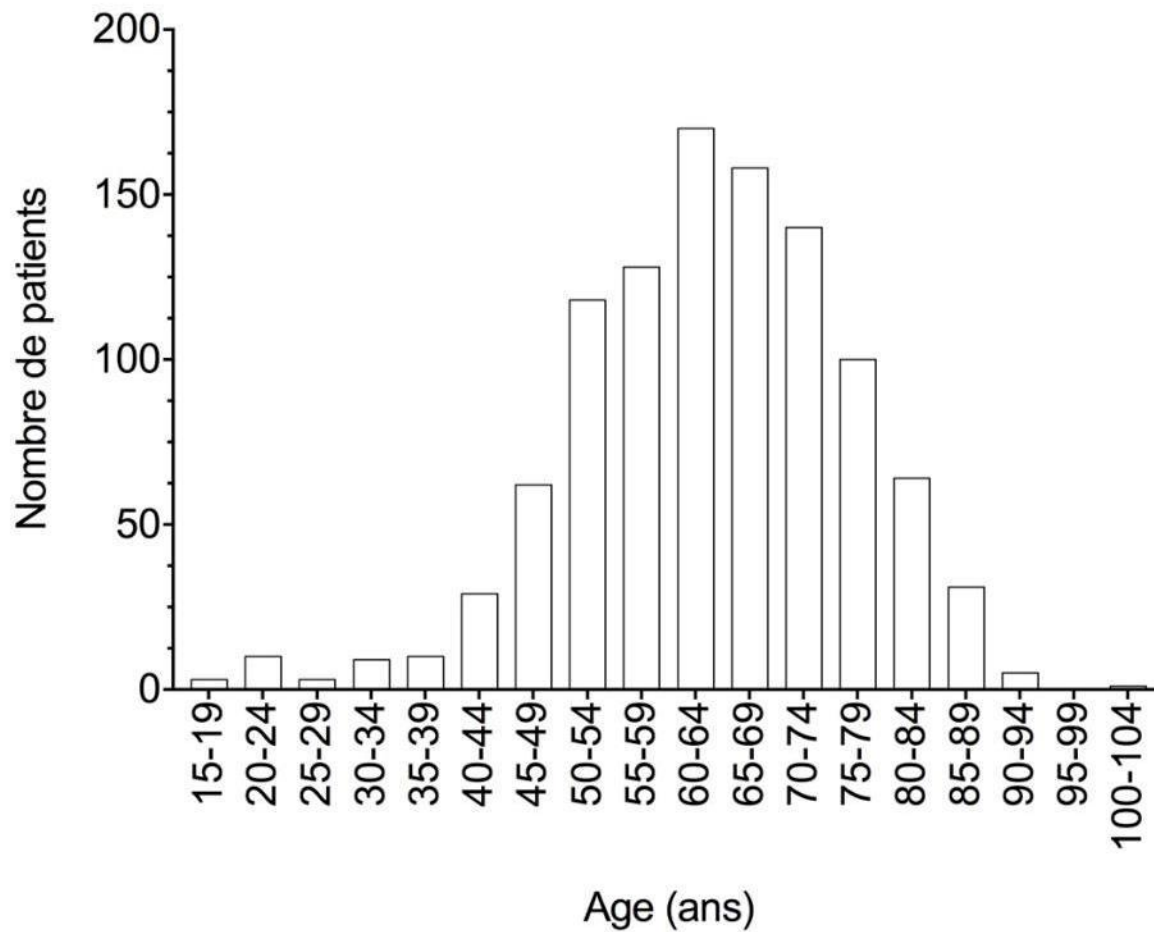
	Nombre d'interventions (%)	Temps en heures (%)	Durée en minutes
Entretien lors d'un séjour dans le service	1205 (41,0)	799 (51,6)	45±15 (5-120)
Appeler un patient au téléphone	279 (9,5)	105 (6,8)	20±15 (5-60)
Répondre à un appel téléphonique	1057 (35,9)	452 (29,2)	30±10 (5-90)
Répondre à un message laissé sur répondeur téléphonique	14 (0,5)	5 (0,3)	15±15 (10-30)
Programmer d'un séjour hospitalier	264 (9,0)	115 (7,4)	30±10 (5-60)
Organiser d'une hospitalisation d'urgence	97 (3,3)	58 (3,8)	30±15 (10-90)
Participer à un entretien psychologique	4 (0,1)	1 (0,1)	13±28 (10-45)
Participer à un entretien social	21 (0,7)	14 (0,9)	30±25 (15-120)
Total	2941 (100)	1549 (100)	

Description des activités de l'IDE sans le médecin.

Légende des figures

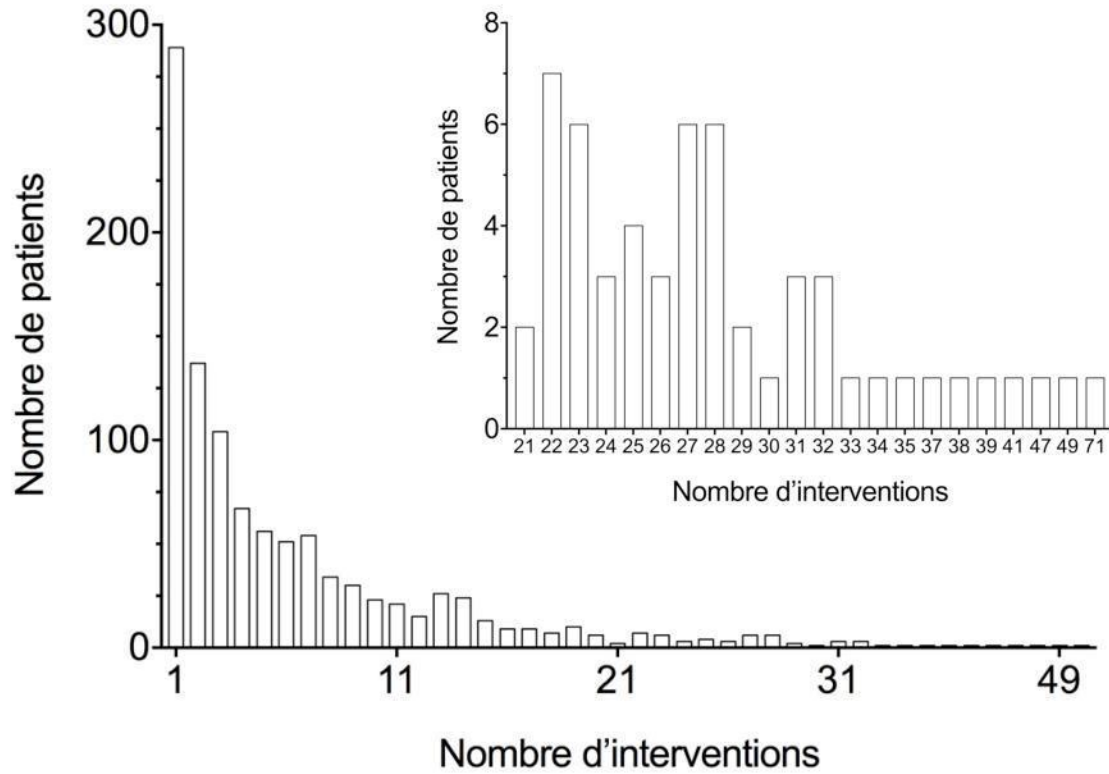
Distribution du nombre des patients selon le nombre d'interventions. Au-delà de 31 interventions, les données n'ont pas été représentées sur la Figure. Les données non présentées sont : 3 patients ont bénéficié de 32 interventions de l'IDEC, 1 de 33, 1 de 34, 1 de 35, 1 de 37, 1 de 38, 1 de 39, 1 de 41, 1 de 49 et 1 de 71.

Figure 1.



Distribution du nombre des patients selon l'âge.

Figure 2.



Distribution du nombre des patients selon le nombre d'interventions.