

Sigmoïdoscopies flexibles effectuées par le personnel infirmier autorisé

2013 Mise en œuvre et résultats du projet
pilote en Ontario



*Institut national
de santé publique*

Québec 



Ontario

Cancer Care Ontario
Action Cancer Ontario

Remerciements

Le présent rapport a été produit par Action Cancer Ontario en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et est basé sur la documentation disponible et les connaissances de plusieurs personnes.

Supervision générale

Linda Rabeneck, MD, MPH, FRCPC, vice-présidente, Prévention et lutte contre le cancer, Action Cancer Ontario

Loraine Marrett, Ph. D., directrice, Prévention et surveillance, Prévention et lutte contre le cancer, Action Cancer Ontario

Connaissances précises du projet pilote de SFPIA en Ontario

Debra Bournes, IA, Ph. D., infirmière en chef de la province, Secrétariat des soins infirmiers, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Mary Anne Cooper, MSc, MD, MEd, FRCPC, gastroentérologue, Sunnybrook Health Sciences Centre, professeure adjointe à l'Université de Toronto et responsable de l'éducation du projet pilote de SFPIA, Action Cancer Ontario

Julie Gilbert, Ph. D., gestionnaire, Recherche et analyse en matière de politiques, Planification et programmes régionaux, Action Cancer Ontario

Esther Green, IA, BScInf, MSc, directrice provinciale, Soins infirmiers et oncologie psychosociale, Action Cancer Ontario

Nancy Lewis, Ph. D., analyste principale, Politiques, transfert et échange du savoir, et soins primaires, Dépistage du cancer, Action Cancer Ontario

Marnie MacKinnon, directrice, Soins intégrés, Planification et programmes régionaux, Action Cancer Ontario (anciennement directrice, Dépistage intégré du cancer, Prévention et lutte contre le cancer)

Kristen Mendoza, gestionnaire de projet principale, Opérations régionales, Dépistage du cancer, Prévention et lutte contre le cancer, Action Cancer Ontario

Rédaction et soutien technique

Jacqueline Liberty, associée de recherche, Unité des services liés au cancer et de la recherche en matière de politiques, Action Cancer Ontario

Hannah Geddie, associée de recherche, Unité des services liés au cancer et de la recherche en matière de politiques, Action Cancer Ontario

Orientation relative aux exigences de l'INSPQ

Jean Rousseau, Ph. D., chef d'unité, Analyse des politiques de dépistage et de lutte contre les maladies chroniques, Institut national de santé publique du Québec

Patrick Dufort, MPA, Institut national de santé publique du Québec

Ingeborg Blancquaert, MD, Ph. D., chercheuse, Institut national de santé publique du Québec

Soutien financier du projet de SFPIA de l'Ontario

Le financement du projet pilote de sigmoïdoscopies flexibles effectuées par le personnel infirmier autorisé (SFPIA) a été fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Le financement de l'étude préparatoire réalisée en vue de l'élaboration d'un programme de formation sur les sigmoïdoscopies flexibles effectuées par le personnel infirmier autorisé (SFPIA) a été fourni par la Change Foundation.

Traduction de ce rapport

Les ressources pour la traduction de ce rapport ont été fournies par le Partenariat canadien contre le cancer.

La révision de la version française a été faite par Nicole Wirtz, administratrice des Services en français, Action Cancer Ontario.

COMMENT CITER LE PRÉSENT RAPPORT :

LIBERTY, J., H. R. Geddie, M. A. Cooper, L. Marrett et L. Rabeneck. Sigmoïdoscopies flexibles effectuées par le personnel infirmier autorisé : mise en œuvre et résultats du projet pilote en Ontario. Action Cancer Ontario, Toronto (Ontario), 2012.

Les versions en anglais et en français sont disponibles à : www.cancercare.on.ca/ccresources ainsi qu'à : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1726_sigmoïdoscopies-flexibles-personnel-infirmier.pdf

Avis de non-responsabilité

Les renseignements contenus dans le présent rapport ont été préparés avec soin. Néanmoins, le contenu est présenté à titre informatif seulement et ne devrait pas être utilisé comme renseignements exacts, actuels ou appropriés à des fins précises, notamment pour fournir des conseils juridiques ou des opinions. Action Cancer Ontario n'offre aucune garantie à l'égard du contenu du rapport ou de l'utilisation ou de l'application des renseignements qu'il contient, et se décharge de toute responsabilité liée à l'application ou à l'utilisation des renseignements, de quelque façon que ce soit.

Avant-propos

Le cancer colorectal arrive au deuxième rang des causes de décès par cancer au Québec et en Ontario. Dans les deux provinces, des programmes de dépistage ciblant des populations spécifiques ont été mis en place afin de lutter contre ce cancer.

Le programme ontarien ContrôleCancerColorectal (CCC), lancé en avril 2008, est géré par Action Cancer Ontario. Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) travaille à la mise en œuvre du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR). Le programme CCC recommande, pour les personnes âgées de 50 à 74 ans présentant un risque moyen, un dépistage bisannuel consistant en une recherche de sang occulte dans les selles par un test au gâiac (RSOSg), suivi d'une coloscopie pour les personnes ayant un niveau anormal de sang occulte dans les selles. Dans le cas des personnes présentant un risque accru en raison de leurs antécédents familiaux, on conseille une coloscopie. Dans le cas du programme québécois, les modalités seront similaires, mais le test de dépistage utilisé sera le test immunochimique fécal (TIF). Le programme CCC évalue également la possibilité d'utiliser le TIF.

Il faut également évaluer les nouvelles technologies lorsqu'elles deviennent disponibles et que des résultats d'essais cliniques sont publiés. Récemment, les résultats d'un essai clinique randomisé portant sur la sigmoïdoscopie flexible (SF) en tant qu'intervention de dépistage du cancer colorectal ont suscité un grand intérêt au Québec. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a été mandaté par le MSSS du Québec pour mener une évaluation sur l'utilisation de la sigmoïdoscopie flexible comme test de dépistage.

Cette évaluation comprend notamment une analyse comparative des méthodes utilisées par d'autres provinces.

Sous la direction de Action Cancer Ontario (ACO), un projet pilote de dépistage par sigmoïdoscopie flexible effectuée par le personnel infirmier a été mis en place en 2007. Le projet pilote a été évalué et sera appliqué à plus grande échelle et intégré au programme CCC. En 2011, l'INSPQ a approché ACO et lui a manifesté son intérêt pour mieux comprendre l'expérience acquise par l'Ontario dans le domaine du dépistage par sigmoïdoscopie flexible. L'INSPQ souhaitait documenter la mise en œuvre réussie de la sigmoïdoscopie flexible effectuée par le personnel infirmier autorisé afin de faciliter la planification faite au Québec. L'INSPQ et ACO ont donc conclu une entente officielle en 2012. Cette entente comporte une contribution financière de l'INSPQ visant à aider ACO à réunir et à synthétiser les documents pertinents qui aideraient à répondre à un ensemble de questions ayant un intérêt pour un groupe composé de décideurs, d'administrateurs de la santé, de professionnels de la santé et de membres du personnel infirmier du Québec. Ces questions correspondent au désir de ACO de documenter pleinement les leçons tirées et ont permis d'enrichir le dialogue sur les sigmoïdoscopies flexibles effectuées par le personnel infirmier.

Jean Rousseau, Ph. D.

Chef d'unité

Analyse des politiques de dépistage et de lutte contre les maladies chroniques

Institut national de santé publique du Québec

Table des matières

Remerciements	2	Considérations sociales	38
Avant-propos	4	Niveau d'acceptation par les professionnels	38
Sigles et acronymes	7	Niveau d'acceptabilité par la population et les patients	38
Sommaire	8	Niveau de satisfaction et préférences des membres de l'équipe du projet pilote de SFPIA	40
Objectif du rapport	10	Coûts du projet pilote	42
Historique du projet	11	Facteurs de succès et leçons retenues	45
Conception du projet pilote	14	I. Contexte politique	45
Aperçu de la conception du projet pilote de SFPIA	14	Harmonisation avec les stratégies gouvernementales sur les ressources humaines en santé	45
Mise en œuvre et échéancier	19	II. Contexte du réseau de cancérologie	46
Mise en œuvre du projet pilote	23	Contribution et engagement précoces des intervenants	46
Considérations juridiques	23	Message clair et uniforme	46
Cadre réglementaire et actes médicaux délégués	23	III. Contexte régional	47
Responsabilité professionnelle et considérations juridiques	24	Capacités régionales en coloscopie et connaissance des données probantes liées à la SF	47
Consentement du patient et annulation du consentement	24	Tirer profit des relations existantes avec les prestataires de soins primaires	48
Considérations liées à la formation	25	IV. Contexte institutionnel	48
Formation des infirmiers et infirmières endoscopistes	25	Engagement et leadership fort de la part des hôpitaux	48
Formation des formateurs	28	Mécanismes d'aiguillage faciles à utiliser	49
Formation des coordonnateurs enseignants	28	Conclusion et orientations futures	50
Formation médicale continue	29	ANNEXE A : Éléments de contrôle des données	51
Considérations relatives à la rémunération	29	ANNEXE B : Plan de mise en œuvre à court terme pour les nouveaux établissements	52
Rémunération du personnel infirmier	29	ANNEXE C : Profil de compétences du personnel infirmier effectuant des sigmoïdoscopies flexibles	53
Incentifs à l'intention des médecins pour la formation et la supervision	30	ANNEXE D : Diagramme de processus du programme de SFPIA (modèle)	55
Considérations relatives aux interventions endoscopiques	30	ANNEXE E : Conditions, critères et principes établis par l'Ontario Medical Association qui sont requis pour que les infirmiers et infirmières endoscopistes puissent exécuter des sigmoïdoscopies flexibles	57
Interventions effectuées par le personnel infirmier	30	Bibliographie	59
Critères d'admissibilité	32		
Volumes	33		
Sécurité	34		
Efficacité	35		
Recrutement des patients et processus d'invitation	36		

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 :** Structure de gouvernance clinique du programme de sigmoïdoscopies flexibles effectuées par le personnel infirmier autorisé (SFPIA) 15
- Figure 2 :** Structure organisationnelle du projet de SFPIA 16
- Figure 3 :** Échéancier du projet de SFPIA en Ontario 20
- Figure 4 :** Participation des établissements au projet de SFPIA 21
- Figure 5 :** Nombre de sigmoïdoscopies flexibles effectuées par le personnel infirmier autorisé chaque année (exercice financier) en Ontario (2006-2007 à 2011-2012) 33
- Figure 6 :** Nombre moyen de SF par mois par établissement pour l'exercice 2011-2012 (avril 2011 à mars 2012) 34

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 :** Sommaire du cadre réglementaire régissant les SFPIA 23
- Tableau 2 :** Aperçu du programme de formation sur la sigmoïdoscopie flexible effectuée par le personnel infirmier autorisé en Ontario 26
- Tableau 3 :** Durée de la période de formation de la première cohorte d'infirmiers et d'infirmières 27
- Tableau 4 :** Taux de détection des polypes par le personnel infirmier dans le cadre d'une intervention complète durant la phase de formation 35
- Tableau 5 :** Mécanismes de recrutement des patients 36
- Tableau 6 :** Résultats du questionnaire sur la satisfaction des patients (du 1^{er} octobre 2007 au 30 juin 2009) 39
- Tableau 7 :** Coûts estimés (a priori) de la formation et du fonctionnement continu du projet pilote de SFPIA 42
- Tableau 8 :** Coûts du projet pilote (de 2007-2008 à 2009-2010) 43
- Tableau 9 :** Coûts de fonctionnement des établissements participant au projet de SFPIA 44

Sigles et acronymes

ACO	Action Cancer Ontario
ACPM	Association canadienne de protection médicale
AIIAO	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
CSGNA	Société canadienne des infirmières et infirmiers en gastroentérologie et travailleurs associés
GI	Gastro-intestinaux
IA	Infirmière autorisée ou infirmier autorisé
IAA	Infirmière auxiliaire autorisée ou infirmier auxiliaire autorisé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRSS	Institut de recherche en services de santé
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
MRMF	Modèle de recrutement par l'intermédiaire des médecins de famille
OMA	Ontario medical association
PODCS	Programme ontarien de dépistage du cancer du sein
PSFR	Programme de soins fondés sur la recherche
PSP	Prestateur de soins primaires
RASO	Régime d'assurance-santé de l'Ontario
REM	Résection endoscopique de la muqueuse
RSOSg	Recherche de sang occulte dans les selles par un test au gaïac
SF	Sigmoïdoscopie flexible
SGNA	Society of gastroenterology Nurses and Associates
TIF	Test immunologique fécal

Sommaire

CONTEXTE

Le dépistage est un des moyens les plus efficaces d'atténuer le fléau que représente le cancer colorectal. Au Canada, ce cancer représente un fardeau particulièrement lourd puisqu'il arrive au deuxième rang des causes de décès liés au cancer. Plusieurs interventions peuvent être utilisées pour dépister le cancer colorectal et détecter le cancer à un stade précoce et plus facile à traiter, ce qui permet de réduire le taux de mortalité. Certaines interventions de dépistage permettent de détecter et de retirer les lésions avant que celles-ci ne deviennent cancéreuses, ce qui contribue à réduire le taux d'incidence de ce cancer. La sigmoïdoscopie flexible est l'une de ces interventions. C'est une intervention endoscopique qui permet une visualisation directe du rectum et de la partie distale du côlon, ainsi que la détection de polypes et le prélèvement de tissus. Cette intervention de dépistage est très efficace, et les données empiriques montrent que la sigmoïdoscopie flexible (SF) peut permettre de réduire les taux d'incidence et de mortalité du cancer colorectal de 33 % et de 43 % respectivement. De plus, la SF peut être effectuée à l'extérieur des hôpitaux par du personnel médical autre que les médecins, ce qui constitue une excellente possibilité de réduction des coûts et d'amélioration de la capacité endoscopique en matière de dépistage.

À partir des travaux de 2005 visant l'élaboration d'un programme de formation sur les sigmoïdoscopies flexibles effectuées par le personnel infirmier autorisé (SFPIA), un projet pilote de SFPIA a été lancé en 2007 par Action Cancer Ontario (ACO). L'expérience de planification et de mise en œuvre de ce projet a été très instructive et a permis de tirer plusieurs leçons importantes. L'objectif du présent rapport est de documenter l'historique, les principaux enjeux, les principaux résultats et les coûts du projet pilote de SFPIA en Ontario. Les conclusions du rapport serviront

à soutenir les initiatives canadiennes nouvelles et existantes qui visent la prestation de SF et à atténuer le fléau du cancer colorectal.

MÉTHODES ET PORTÉE

Le présent rapport a été rédigé par Action Cancer Ontario en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec. Il est basé sur l'analyse de documents associés au projet et d'entrevues réalisées avec des intervenants du projet pilote de SFPIA et de Action Cancer Ontario. Il couvre l'historique du projet, de 2005 à aujourd'hui.

PRINCIPALES CONSTATATIONS

Plusieurs constatations importantes ont été tirées de l'expérience du projet pilote de SFPIA en Ontario. Elles ont été regroupées en un ensemble de considérations utiles à l'élaboration de programmes de SF :

- 1 L'harmonisation des plans stratégiques fédéraux et/ou provinciaux peut faciliter le processus de conception et de mise en œuvre d'un nouveau modèle de soins.
- 2 La consultation d'un vaste éventail d'intervenants, dès le début du processus, peut permettre d'améliorer l'acceptabilité du projet et faciliter la transition, de la planification jusqu'à la mise en œuvre du projet.
- 3 Un message clair et uniforme concernant le dépistage du cancer colorectal, à l'intention du public et des prestataires de soins (tout particulièrement les médecins de famille), peut assurer une utilisation appropriée et adéquate des sigmoïdoscopies flexibles effectuées par le personnel infirmier autorisé.

- 4 Comme de nombreux prestataires préfèrent encore que leurs patients subissent une coloscopie, en l'absence de lignes directrices claires, la prise en compte des capacités locales en matière de coloscopie peut améliorer le recours aux SFPIA si l'on choisit les établissements en fonction des besoins locaux (c.-à-d. qu'en choisissant des établissements bénéficiant d'un accès limité à d'autres services de dépistage, on peut cibler efficacement les besoins et améliorer les capacités globales de dépistage dans la collectivité grâce à l'adoption de la SFPIA).
- 5 Le fait de tirer profit des mécanismes d'aiguillage existants et/ou des relations existantes avec les prestataires de soins primaires (PSP) peut faire en sorte qu'un nombre accru de patients soient dirigés vers la SFPIA.
- 6 L'examen attentif des méthodes utilisées pour diriger des patients vers le projet peut permettre de garantir un volume adéquat, si l'on s'emploie à réduire l'impact sur la charge de travail et sur le déroulement du travail des PSP qui aiguillent les patients vers le projet.
- 7 Si les SFPIA sont offertes en milieu hospitalier, il faut s'assurer que l'hôpital d'accueil s'engage fermement à appuyer la réussite et le maintien continu du programme de SFPIA.

CONCLUSIONS

Le projet pilote de SFPIA de l'Ontario a montré qu'il était possible d'élargir le rôle des infirmiers et infirmières autorisés de façon à améliorer les capacités provinciales en matière de dépistage du cancer colorectal. Le projet pilote de SFPIA est le premier en son genre au Canada et peut offrir une orientation aux autres administrations qui envisagent de mettre en place des programmes similaires.

Objectif du rapport

L'objectif du rapport est de documenter l'historique, la conception et les leçons tirées du projet pilote de sigmoïdoscopies flexibles effectuées par le personnel infirmier autorisé (SFPIA) en Ontario.

Le rapport a été rédigé par Action Cancer Ontario (ACO) en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Les données, recueillies au moyen d'entrevues avec les principaux répondants et d'une analyse de la documentation, étaient de nature qualitative, tout comme leur analyse subséquente. Les documents ont été sélectionnés en fonction des connaissances des auteurs sur le projet pilote de SFPIA, des recommandations des principaux intervenants et des références contenues dans d'autres documents. Les données d'entrevue ont été recueillies auprès des intervenants ayant pris part à l'élaboration ou à la gestion du projet.

Le rapport englobe les diverses étapes de la mise en œuvre du projet pilote en Ontario, de 2005 à aujourd'hui, notamment :

- 1 L'étude pilote initiale financée par la Change Foundation en 2005, visant l'examen des SF effectuées par le personnel infirmier autorisé et l'élaboration d'un programme de formation (ci-après désignée l'« étude de la Change Foundation »).
- 2 La conception du projet pilote de SFPIA de ACO (ci-après désigné le « projet pilote de SFPIA »).
- 3 La mise en œuvre du programme de formation sur la SFPIA et la mise en place des sites pilotes.

- 4 L'évaluation du projet pilote de SFPIA et les leçons tirées.

Le travail portait précisément sur l'examen des questions juridiques, les exigences en matière de formation et de réglementation, la rémunération, les interventions endoscopiques, les facteurs sociaux, les coûts, les facteurs de réussite et les principaux obstacles.

L'objectif du travail était de transmettre les expériences acquises et les leçons tirées dans le cadre de l'élaboration de programmes pilotes de SF. Les renseignements peuvent servir à appuyer des initiatives touchant la sigmoïdoscopie flexible effectuée par le personnel infirmier et à soutenir les efforts continus visant à réduire le taux de mortalité attribuable au cancer colorectal au Canada.

Historique du projet

Le cancer colorectal a des répercussions importantes en Ontario. En 2012, 8 700 Ontariens ont reçu un diagnostic de cancer colorectal et environ 3 450 sont décédés de cette maladie¹. Heureusement, de solides données probantes montrent que le dépistage du cancer colorectal ciblé permet de détecter la maladie à un stade précoce et d'améliorer le pronostic².

Il existe plusieurs options de dépistage, notamment la recherche de sang occulte dans les selles par un test au gâïac (RSOSg), le test immunochimique fécal (TIF), la SF et la coloscopie. En 2001, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a recommandé que les personnes asymptomatiques présentant un risque moyen d'avoir un cancer colorectal subissent un test de dépistage, que ce soit la recherche de sang occulte dans les selles (recommandation de niveau A) ou la sigmoïdoscopie flexible (recommandation de niveau B)³.

La sigmoïdoscopie flexible comporte un certain nombre d'avantages distincts par rapport aux autres options de dépistage. Contrairement à l'analyse des selles, la SF permet une visualisation directe du rectum et de la partie distale du côlon. Tout comme la coloscopie, elle permet également une détection directe des polypes et le prélèvement de tissus (biopsie). Par ailleurs, contrairement à la coloscopie, la SF demande moins de préparation du patient, ne nécessite pas de sédation et comporte moins de risques pour le patient, notamment un risque réduit de perforation intestinale⁴. Des professionnels autres que des médecins, notamment le personnel infirmier, peuvent également procéder à l'intervention, dans un cabinet ou à l'extérieur de

l'hôpital. Des programmes de sigmoïdoscopies flexibles effectuées par le personnel infirmier sont en place depuis plusieurs années dans de nombreux pays, y compris aux États-Unis et au Royaume-Uni. Les études menées dans le cadre de ces programmes ont montré qu'il n'existe aucune différence clinique importante entre les SF effectuées par le personnel infirmier et celles effectuées par les médecins, sur le plan des polypes non détectés et des taux de complication^{5,10}. Ces études ont également montré que les SF effectuées par le personnel infirmier sont rentables et jugées acceptables par les patients^{7, 10, 12}.

En 2004, l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) s'est appuyé sur la recommandation du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs pour publier un rapport portant sur les pratiques liées aux interventions d'évaluation du côlon et sur les ressources nécessaires, afin d'alimenter la discussion sur la mise en œuvre d'un programme de dépistage du cancer colorectal ciblé en Ontario¹³. Comme de nombreuses administrations, l'Ontario doit composer avec une capacité limitée en services endoscopiques, particulièrement sur le plan du dépistage organisé, ce que soulignait le rapport.

Par conséquent, l'une des recommandations de l'IRSS était d'envisager la possibilité d'offrir des SF effectuées par des professionnels autres que des médecins¹³. Le Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario a donc créé le Ontario Task Force on Large Bowel Endoscopic Services (groupe de travail ontarien sur les services d'endoscopie du gros intestin). Le groupe de travail a évalué le cadre réglementaire existant (c.-à-d. la *Loi sur les professions de la santé réglementées (LPSR)* et la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*) et a constaté que les SF relevaient des compétences des infirmiers et infirmières autorisés¹⁴.

Le résultat final du travail du groupe de travail a été une recommandation demandant au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de soutenir l'Ontario dans l'élaboration d'un projet pilote visant à évaluer les questions d'utilisation, d'accès et d'efficacité touchant les SFPIA¹⁴.

En 2005, la Change Foundation a versé un financement pour que soit élaboré et évalué un programme de formation sur la sigmoïdoscopie flexible effectuée par le personnel infirmier en Ontario. Des spécialistes de Action Cancer Ontario, de l'Université de Toronto, de l'hôpital Princess Margaret et de ce qui était alors le Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre ont participé à l'étude de la Change Foundation. La rétroaction fournie par des spécialistes internationaux en SFPIA des États-Unis et du Royaume-Uni a permis de peaufiner le programme de formation et les critères d'évaluation, qui ont été mis à l'essai auprès de six membres du personnel infirmier de deux établissements¹⁵. L'étude de la Change Foundation a été très instructive et a jeté les bases de la mise en œuvre d'un projet pilote provincial de SFPIA. Des renseignements détaillés sur le programme de formation sont présentés à la section « Considérations liées à la formation » du présent rapport.

Vers la fin de l'étude de la Change Foundation, ProfessionsSantéOntario, initiative concertée du MSSLD et du ministère de la Formation et des Collèges et Universités, a été mise en place pour aborder la question des ressources humaines en santé en Ontario. Une des composantes clés de la stratégie de ProfessionsSantéOntario est « l'établissement de rôles novateurs pour les professionnels de la santé dans des domaines où les besoins sont importants », y compris l'élargissement du rôle du personnel infirmier¹⁶. Cette initiative, de même que le nombre grandissant de

données probantes et les besoins accrus en tests de dépistage du cancer colorectal ont créé des possibilités de changement. À la fin de 2006, le MSSLD et ACO ont donc conclu une entente visant l'établissement d'un projet pilote de SFPIA en Ontario¹⁷.

Il convient de mentionner qu'au début du projet pilote de SFPIA, ACO était déjà en train d'élaborer un nouveau programme de dépistage du cancer colorectal ciblé, dans le cadre duquel la RSOS était utilisée comme outil de dépistage en première instance pour les Ontariens présentant un risque moyen, cette méthode étant soutenue par des données probantes de grande qualité. À ce moment-là, les données probantes sur l'efficacité de la SF n'étaient pas encore concluantes, et ACO, en partenariat avec le MSSLD, ont eu l'occasion de mettre à l'essai avec succès des tests de dépistage opportunistes du cancer colorectal effectués par des PSP ayant recours à la RSOS¹⁸. Comme il existait depuis un certain temps des pressions au sein du système concernant l'élaboration d'un programme de dépistage du cancer colorectal ciblé¹⁹⁻²⁰, le MSSLD et ACO ont mis en place en 2008 le programme ContrôleCancerColorectal. L'exécution simultanée de ce programme et du projet pilote de SFPIA a entraîné des difficultés dans le cadre du projet pilote. La dernière section du présent rapport traitera en détail de ces difficultés.

Le projet pilote de SFPIA en Ontario est maintenant en place depuis plus de cinq ans. En 2009, une demande de financement continu a été présentée au MSSLD, ce qui a permis la poursuite du projet pilote et l'ajout de nouveaux établissements. Le programme a été reconduit en 2010. Actuellement, le projet pilote de SFPIA est en transition. Des efforts visant à soutenir et à renforcer le projet pilote sont actuellement déployés (p. ex. on se concentre sur l'accréditation du

personnel infirmier dans les établissements existants). On prévoit que le projet pilote sera offert dans un plus grand nombre d'établissements et qu'il sera intégré au programme ContrôleCancerColorectal au cours des années à venir. De plus, depuis 2009, les résultats de quatre essais cliniques randomisés de SF ont été diffusés et ont grandement contribué à constituer la base de données probantes sur la SF^{21, 24}.

Il s'agit notamment des essais menés par Atkins et ses collègues au Royaume-Uni, selon lesquels le suivi 11 ans après une seule SF montrait une réduction de 23 % de l'incidence du cancer colorectal et une réduction de 31 % du taux de mortalité liée au cancer colorectal²¹. Au cours de l'année à venir, le Programme de soins fondés sur la recherche (PSFR) de ACO examinera les données probantes sur le dépistage du cancer colorectal et élaborera des lignes directrices en matière de pratiques à cet égard, y compris le rôle des SF.

Depuis sa mise en place, le projet pilote de SFPIA a subi deux évaluations aux fins suivantes :

- 1** Évaluer la composante éducative du programme de formation, du point de vue du personnel infirmier participant.
- 2** Évaluer, par des entrevues avec les équipes des sites locaux, la faisabilité et l'acceptabilité de la mise en œuvre et de l'utilisation de cliniques de SFPIA.
- 3** Évaluer les processus utilisés pour aiguiller les clients vers le projet pilote de SFPIA.

- 4** Évaluer les besoins du personnel infirmier sur le plan de l'actualisation des compétences^{17, 25}.

Les résultats de ces évaluations et l'expérience tirée de la conception et de la mise en œuvre de ce projet ont permis d'acquérir des connaissances inestimables sur les avantages et les difficultés liés aux SFPIA, dans le contexte canadien. Selon l'expérience ontarienne, il semble que les SFPIA soient une option réalisable permettant d'atténuer les effets du cancer colorectal dans d'autres provinces.

Conception du projet pilote

Le projet pilote de SFPIA est un partenariat entre ACO et le Secrétariat des soins infirmiers du MSSLD. Le projet pilote de SFPIA se base sur l'étude de la Change Foundation, laquelle a mené à l'élaboration du programme de formation. Le projet pilote a été lancé officiellement en 2007 et avait pour but de déterminer s'il était possible d'élargir le rôle des infirmiers et infirmières autorisés dans le cadre d'un modèle de soins interdisciplinaires¹⁷.

Les objectifs du projet pilote étaient les suivants²⁶ :

- 1 Améliorer la capacité de dépistage du cancer colorectal.
- 2 Élaborer un programme d'instruction à distance sur la SFPIA (c.-à-d. que la majeure partie du programme de formation est offerte sur le lieu de travail du personnel infirmier).
- 3 Déterminer et comprendre les facteurs qui contribuent à la réussite de la mise en place du projet pilote de SFPIA.
- 4 Élaborer des stratégies visant à garantir la durabilité des services de dépistage par SF après le projet pilote.
- 5 Élaborer un plan de déploiement du projet pilote de SFPIA dans d'autres régions de la province.

APERÇU DE LA CONCEPTION DU PROJET PILOTE DE SFPIA

Le projet pilote de SFPIA de l'Ontario a évolué pour répondre aux divers besoins liés à l'élaboration et à la mise en œuvre, de même qu'au maintien et à l'évaluation continue du projet. Le projet pilote de SFPIA a été géré par ACO, avec l'appui du Secrétariat des soins infirmiers du MSSLD et de la Direction des services de santé d'urgence²⁷. Puisque le projet pilote était le premier du genre au Canada, il a fallu surmonter des défis uniques liés à la gouvernance et à la participation des intervenants.

Dès les premières étapes du projet pilote, une équipe de direction de ACO a été créée pour surveiller les progrès du projet pilote et résoudre les problèmes au fur et à mesure qu'ils se présentent. Par exemple, c'est ce groupe qui a pris des décisions opérationnelles relatives à la taille des polypes pour lesquels le personnel infirmier peut effectuer une biopsie, ou à la façon de promouvoir efficacement le projet pilote auprès des médecins de famille. La composition de l'équipe de direction a varié au fil des années; l'équipe était au départ composée de représentants de ACO, du MSSLD et d'intervenants du milieu des soins infirmiers et de la gastroentérologie²⁸. D'autres intervenants se sont joints à l'équipe par la suite, notamment la vice-présidente, Prévention et lutte contre le cancer, la directrice, Dépistage intégré du cancer, la responsable de l'éducation, la directrice provinciale, Soins infirmiers et oncologie psychosociale, et la gestionnaire du projet pilote de SFPIA²⁷. Au départ, l'équipe de direction se réunissait une fois par mois pour discuter du projet pilote de SFPIA. Comme le projet pilote a dépassé l'étape de l'élaboration, le groupe ne se réunit plus.

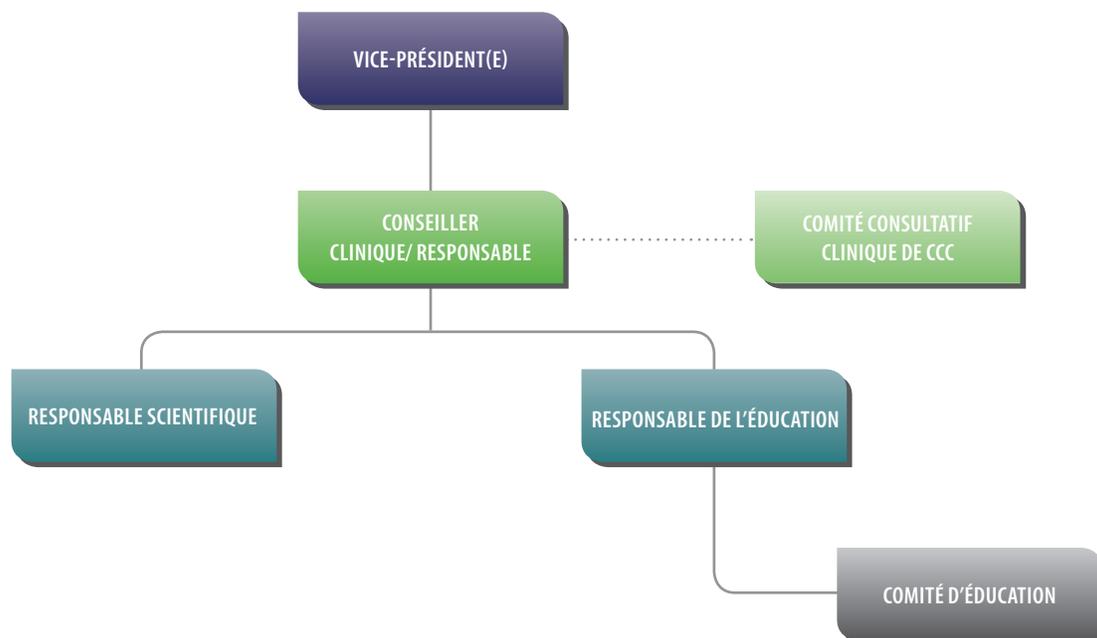
De plus, durant l'élaboration initiale du projet pilote de SFPIA, l'équipe de direction de ACO collaborait régulièrement avec un comité consultatif composé

d'intervenants multidisciplinaires, notamment des représentants de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), de la Canadian Society of Gastroenterology Nurses and Associates (CSGNA), de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS), de l'Ontario Association of Gastroenterology, de l'Ontario Medical Association (OMA), de l'Association canadienne des chirurgiens généraux et de l'Ontario Association of General Surgeons, ainsi que de PSP. Le comité consultatif a fourni des conseils, des renseignements et une expertise relativement à la mise en œuvre et au fonctionnement du projet pilote de SFPIA²⁹. Un processus de collaboration continue avec les intervenants externes a également été utilisé pour permettre une discussion sur les préoccupations et pour tenir toutes les parties intéressées au courant des progrès du projet pilote et des problèmes qui survenaient. Par exemple, le comité consultatif a dû

fournir une expertise et une rétroaction relatives à la mise en œuvre des directives médicales dans les hôpitaux. La participation des intervenants externes a été essentielle et a permis de susciter un engagement à l'égard de cette initiative multidisciplinaire. Comme le projet pilote est maintenant en place et que toutes les préoccupations initiales des intervenants ont été dissipées, le comité consultatif multidisciplinaire des intervenants ne joue plus un rôle officiel.

À mesure que le projet pilote de SFPIA s'officialise, une équipe clinique composée de la vice-présidente, Prévention et lutte contre le cancer, d'un conseiller clinique en coloscopie, d'une responsable de l'éducation et d'une responsable scientifique assumera la surveillance et l'élargissement du programme, avec l'appui et la rétroaction du comité consultatif clinique de ContrôleCancerColorectal (Figure 1).

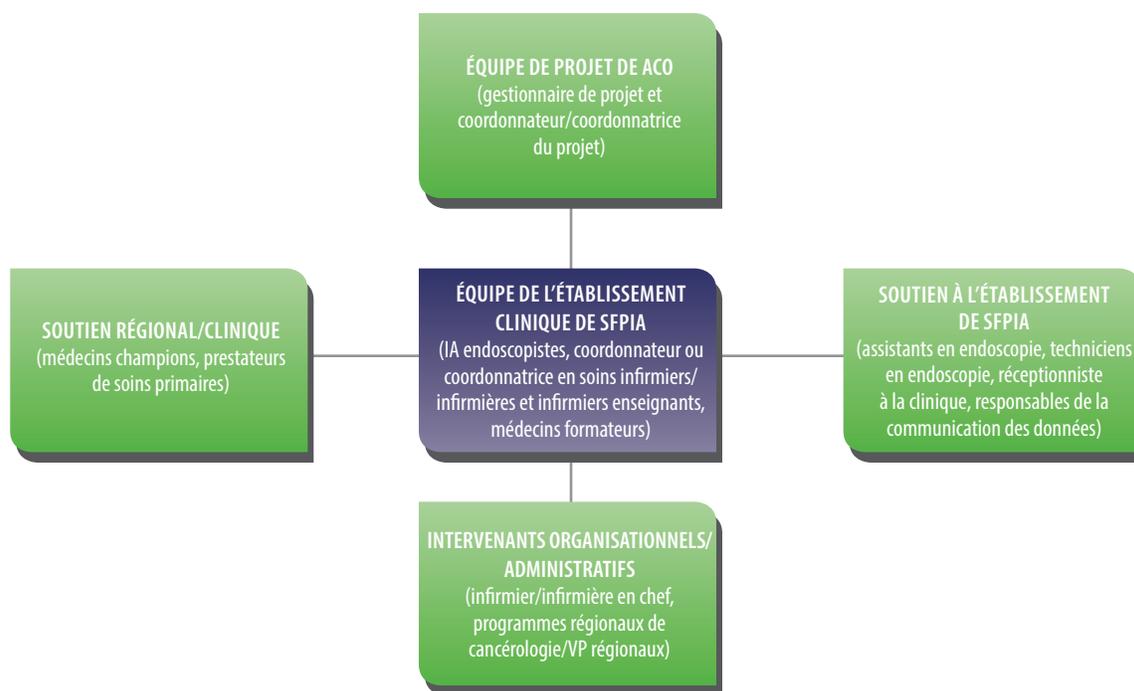
FIGURE 1 | Structure de gouvernance clinique du programme de sigmoïdoscopies flexibles effectuées par le personnel infirmier autorisé (SFPIA)



ACO compte aussi une équipe de projet composée d'un gestionnaire de projet et d'un coordonnateur de projet, qui soutiennent les régions dans le cadre du maintien continu du projet (Figure 2). L'équipe du projet de SFPIA de ACO offre un soutien aux nouveaux établissements, en leur remettant notamment une trousse standard contenant un guide détaillé pour lancer le projet dans leur établissement²⁶. La trousse d'outils contient également des renseignements sur les processus, les algorithmes cliniques pour l'aiguillage des patients et des exemples de lettres et de formulaires, ainsi que des descriptions de postes, en vue de l'embauche du personnel nécessaire, des modèles de lettres aux PSP, des modèles de formulaires pour l'invitation des patients, des dépliants d'information à l'intention des patients et des modèles de directives médicales²⁶. L'équipe du projet de SFPIA

coordonne également l'utilisation d'un site Web sécurisé permettant aux établissements où le projet de SFPIA se déroule d'échanger des renseignements à ce sujet. Parmi les renseignements figurant sur le site Web, il y a notamment des documents éducatifs à l'intention des médecins et des patients, des modèles d'invitations et de formulaires de référence, des articles publiés et des résumés d'articles, du matériel promotionnel et un calendrier pour l'organisation de réunions. Des réunions régulières sont organisées par téléconférence ou vidéoconférence avec le personnel infirmier afin qu'il puisse faire part de son expérience et discuter des diverses questions. L'équipe de projet coordonne également des réunions bimensuelles avec les coordonnateurs enseignants et les infirmières ou infirmiers endoscopistes pour les soutenir dans leurs activités. Durant ces réunions, on encourage

FIGURE 2 | Structure organisationnelle du projet de SFPIA



les coordonnateurs à fournir aux autres participants des renseignements sur les progrès réalisés dans leur établissement. Les méthodes de recrutement des patients sont également décrites en détail. L'équipe de projet de ACO offre également aux nouveaux établissements des possibilités de mentorat, afin que les intervenants puissent tirer parti de l'expérience des établissements opérationnels.

De plus, ACO a favorisé la création de deux communautés de pratique axées sur les priorités liées à la SFPIA. Au sein de ces deux groupes, un certain nombre d'IA des établissements offrant les SFPIA sont invités à collaborer, à s'attaquer à des problèmes clés et à proposer des possibilités d'amélioration du projet pilote de SFPIA. Actuellement, ces deux groupes se penchent respectivement sur l'amélioration de l'enquête sur l'expérience des patients et sur la normalisation des outils opérationnels.

Dans chaque établissement, l'équipe de SFPIA à proprement parler est multidisciplinaire et ses membres travaillent de façon concertée. L'équipe est composée de membres jouant trois principaux rôles : (1) un coordonnateur enseignant, responsable de l'administration du projet et du recrutement des patients; (2) deux infirmières ou infirmiers endoscopistes autorisés qui font les sigmoïdoscopies flexibles; et (3) des médecins formateurs qui guident la formation du personnel infirmier et offrent un soutien clinique en cas de besoin. De plus, les établissements doivent recourir à divers membres du personnel de soutien, nécessaires au fonctionnement normal d'installations endoscopiques¹⁵. De nombreux autres intervenants soutiennent les activités de chaque établissement participant au projet pilote : médecins champions et PSP responsables du recrutement des patients, responsables de la présentation des données, infirmiers ou infirmières en chef et cadres supérieurs

du programme régional de cancérologie, qui offrent une orientation et un soutien administratif (Figure 2).

Le personnel infirmier a trois grands rôles à jouer dans le cadre du projet de SFPIA²⁵ :

- 1 Coordonner le projet;
- 2 Éduquer les patients;
- 3 Faire les sigmoïdoscopies flexibles.

Le rôle des infirmiers et infirmières varie selon les préférences organisationnelles de chaque établissement; certains infirmiers et infirmières peuvent jouer les trois rôles, tandis que dans d'autres établissements, les infirmiers et infirmières assument chacun un rôle précis. Dans la majorité des cas, les rôles du personnel infirmier sont divisés entre l'infirmier ou l'infirmière endoscopiste et le coordonnateur enseignant (qui est soit un IA soit un IAA). Le coordonnateur se concentre exclusivement sur la sensibilisation, la coordination et l'enseignement aux patients²⁵. De plus, certains établissements peuvent choisir de diviser le rôle de coordonnateur : 0,6 ETP pour le rôle de coordonnateur et 0,4 ETP pour le rôle d'enseignant²⁶. ACO finance le rôle de coordonnateur enseignant à raison de 1 ETP pour les deux premières années et de 0,8 ETP pour les années subséquentes²⁶.

L'infirmier ou l'infirmière endoscopiste est la pierre angulaire du projet de SFPIA et doit être très motivé pour amener l'établissement à soutenir l'élargissement de son rôle et relever de nouveaux défis. Jusqu'à maintenant, la pratique normale consistait à recruter des IA ayant au moins deux ans d'expérience en endoscopie (p. ex. à titre d'assistant en endoscopie). La majorité des IA a été recrutée au sein de l'unité d'endoscopie de leur hôpital²⁵.

Les coordonnateurs enseignants s'acquittent de plusieurs tâches, dont les suivantes : soutien administratif, sensibilisation dans la collectivité, promotion, recrutement des patients et enseignement aux patients. Les titulaires de ce poste organisent et animent des réunions avec des PSP, des infirmiers et infirmières praticiens et d'autres intervenants, afin d'encourager l'adoption du dépistage par SF. Ils assurent également la liaison avec les coordonnateurs des autres établissements, ainsi qu'avec les gestionnaires de programme de ACO, pour transmettre des idées et des renseignements et pour participer à la mise en commun de données dans le cadre de la stratégie d'évaluation des établissements. Le coordonnateur enseignant est responsable du recrutement des patients admissibles et indique à l'IA endoscopiste de l'établissement si un patient est admissible. Enfin, il s'occupe de renseigner les patients devant subir une SF.

Le rôle du médecin formateur est très important dans chaque établissement. Les médecins formateurs sont des gastroentérologues ou des chirurgiens qui effectuent régulièrement des SF. Le médecin assure une supervision pendant la période où le personnel infirmier devient de plus en plus autonome pour effectuer les SF et il offre une rétroaction précieuse permettant d'améliorer le rendement. De plus, à mesure que chaque établissement offrant les SFPIA devient opérationnel, le formateur offre un soutien « en cas de besoin » aux IA durant toutes les SF, et doit être disponible pour fournir des conseils ou un soutien immédiat si nécessaire. Ces médecins agissent à titre de mentors pour les infirmiers et infirmières endoscopistes.

Chaque établissement doit également nommer un responsable de la présentation des données. Jusqu'à maintenant, dans certains cas, c'est le coordonnateur

enseignant qui s'acquitte de ce rôle, tandis que, dans d'autres cas, les hôpitaux attribuent ce rôle à une personne déjà responsable de la présentation de données. Tous les éléments de la collecte de données exigée sont décrits dans les ententes conclues entre chaque établissement et ACO. Il s'agit notamment de renseignements sur les activités de recrutement de l'établissement auprès des patients admissibles, du nombre d'infirmiers et d'infirmières participant au projet dans l'établissement, des rapports financiers, des rapports d'activités cliniques décrivant le nombre d'interventions, tant durant la phase de travail de façon autonome que durant la phase de formation, de la durée d'intervention, des polypes détectés et des complications survenues³⁰. Veuillez consulter l'**annexe A** pour connaître la liste complète des éléments de données. Pour l'instant, les établissements ne présentent pas de données de suivi ni de données sur le taux de détection d'un cancer.

Avant de participer au projet pilote de SFPIA, les responsables de la présentation des données ont dû assister à des séances de formation avec le service de l'informatique de ACO, afin de connaître le processus de production de rapports. ACO recueille les données sur les SFPIA chaque mois. Un sommaire des données de chaque établissement est transmis à tous les autres établissements, à des fins de comparaison, sur le site Web sécuritaire hébergé par ACO. Les renseignements comprennent notamment le nombre de SF effectuées dans l'établissement, dans le cadre de la formation ou de façon autonome. Le service de l'informatique transmet également chaque trimestre des renseignements sommaires au MSSLD : nombre d'IA endoscopistes et progression de la formation par établissement, nombre et types d'interventions (formation ou travail de façon autonome) par IA endoscopiste, nombre total de SF par établissement,

taux moyen de détection de polypes par établissement, durée moyenne de l'intervention par établissement, complications survenues par établissement, profondeur de l'insertion par établissement et description de constatations « autres »³¹.

Jusqu'à maintenant, seuls les établissements comportant déjà des installations d'endoscopie ont été sélectionnés pour faire partie du projet pilote de SFPIA. En plus d'attribuer les rôles ci-dessus, les établissements doivent employer le personnel de soutien nécessaire au fonctionnement sécuritaire et efficace d'une installation d'endoscopie. Il s'agit notamment d'un assistant en endoscopie qui seconde l'IA endoscopiste durant l'intervention; il joue un rôle important en veillant à ce que l'endoscope soit manipulé de façon efficace. Des préposés à la stérilisation sont également nécessaires pour le retraitement des endoscopes dans les laveurs automatiques. Des réceptionnistes de clinique doivent aussi être embauchés pour inscrire les interventions à l'horaire et recevoir les patients à leur arrivée à l'hôpital¹⁵. Le nombre d'employés de soutien requis varie selon l'établissement, notamment selon l'espace disponible, le nombre de patients et l'organisation de la clinique.

Enfin, on encourage les établissements à nommer des médecins champions, qui sont responsables de la promotion du projet auprès des PSP, tant au sein de leur organisation que dans la région en général. Ils peuvent notamment participer à des conférences midi et à des visites aux bureaux des médecins de famille, organisées par le coordonnateur. Les médecins champions jouent un rôle déterminant puisqu'ils amènent les membres de la collectivité à prendre part au projet pilote de SFPIA et soutiennent le recrutement des patients en vue du dépistage par les SFPIA. Les médecins champions peuvent être des gastroentérologues ou des chirurgiens de l'établissement d'accueil qui soutiennent le projet en encourageant d'autres prestataires à aiguiller des patients vers le programme, ou encore des PSP de la région. Dans le cadre du projet pilote de SFPIA, il a été possible d'obtenir l'aide des directeurs régionaux des soins primaires en tant que médecins champions. Ils forment un réseau de médecins de famille auxquels ACO accorde son soutien pour qu'ils fassent la promotion des activités de dépistage dans leurs régions respectives. Ils sont donc extrêmement bien placés pour soutenir le projet pilote de SFPIA. .

MISE EN ŒUVRE ET ÉCHÉANCIER

La mise en œuvre du projet pilote de SFPIA en Ontario s'est faite progressivement. Le recrutement pour les six premiers établissements a été entrepris à la fin de 2006 et au début de 2007. Dans chaque établissement, de un à trois membres du personnel infirmier étaient recrutés en vue du projet, pour un total de 13 infirmiers et infirmières formant la première cohorte en 2007¹⁷. Les six premiers établissements ont été choisis en fonction des collaborations antérieures. ACO a fait une présentation et fourni des renseignements sur le projet pilote proposé, dans les établissements ayant

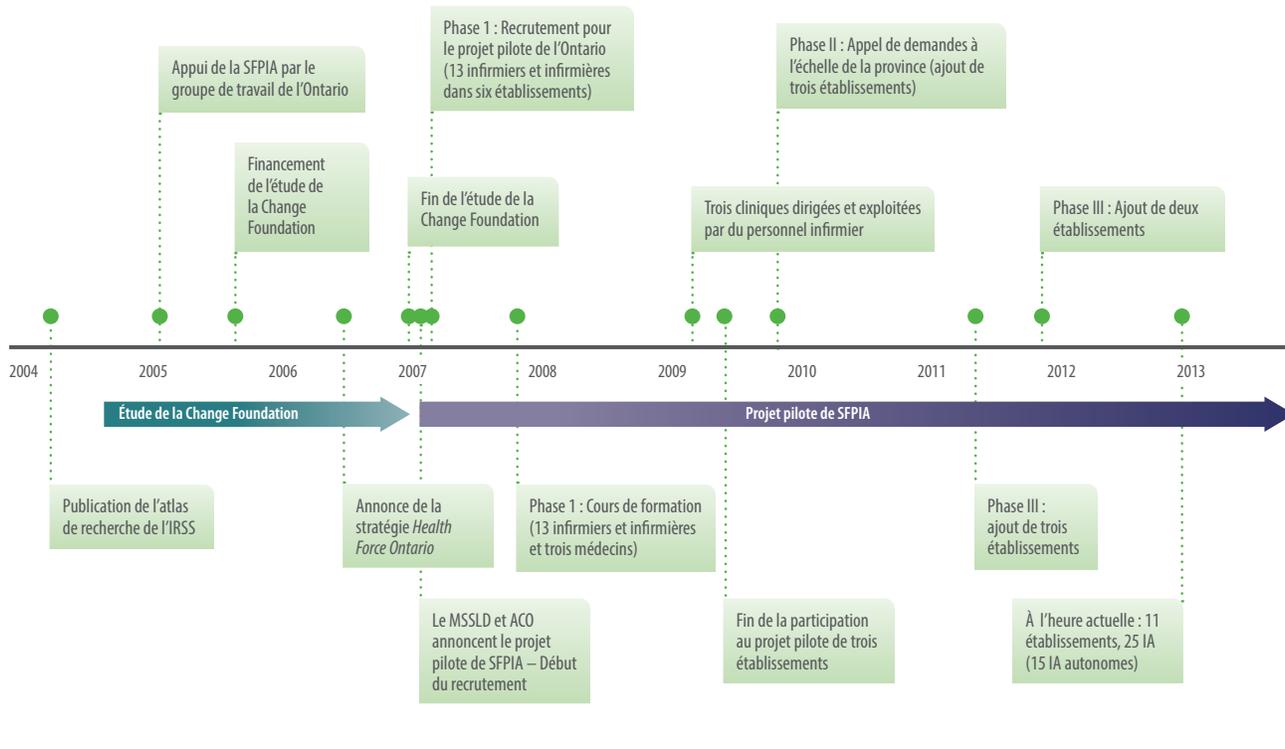
exprimé un intérêt pour l'initiative. Les responsables des établissements s'intéressant à la SFPIA ont ensuite rencontré l'équipe du projet de SFPIA de ACO pour une entrevue et ont été invités à participer au projet.

En 2009, le personnel infirmier de deux établissements avait terminé la formation et commencé à effectuer des SF de façon autonome. Il a été déterminé à ce moment-là que seuls les établissements dont le personnel infirmier avait terminé l'évaluation clinique et pour lesquels des directives médicales avaient été mises en place continueraient à recevoir du financement¹⁷. Parmi les six établissements initiaux, trois étaient admissibles et souhaitaient continuer à participer au projet. Ces établissements ont reçu un financement supplémentaire pour poursuivre les

activités pendant une autre année¹⁷. Les trois autres établissements ont cessé leurs activités en juin 2009¹⁷. La principale raison pour laquelle les établissements ont suspendu leur participation au projet était le fait qu'un nombre insuffisant de patients admissibles étaient aiguillés vers le projet.

En fonction des leçons tirées des réussites et des difficultés dans les six premiers établissements, une demande provinciale de candidatures a été lancée afin d'ajouter des établissements au projet pilote à l'aide d'un processus d'évaluation plus formel. Des modèles d'évaluation de l'état de préparation des établissements ont été élaborés pour orienter le processus. Les modèles contiennent des questions portant sur les sujets suivants : la vision

FIGURE 3 | Échéancier du projet de SFPIA en Ontario. Échéancier du projet de SFPIA, depuis la publication initiale de l'atlas de recherche de l'IRSS jusqu'à aujourd'hui (février 2004 à novembre 2012).

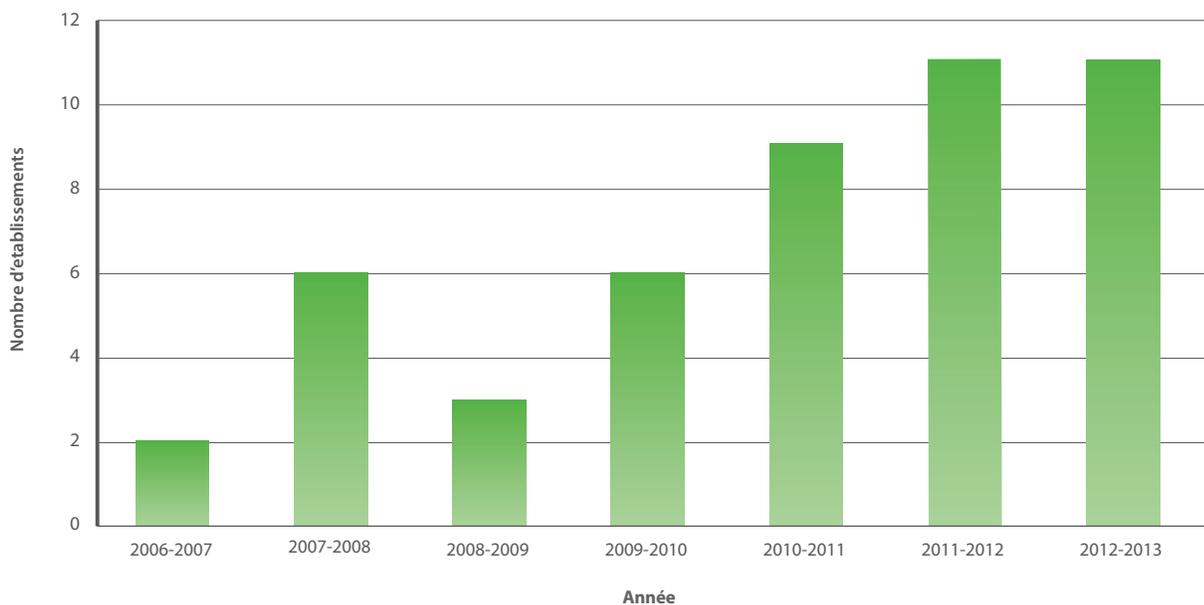


organisationnelle, le leadership des médecins, le soutien des cadres supérieurs, la disponibilité du personnel infirmier, les difficultés prévues en matière de recrutement du personnel infirmier, les plans visant à garantir la dotation de postes clés (médecin formateur, coordonnateur, assistant en endoscopie, préposé à la stérilisation, réceptionniste de clinique), les stratégies de recrutement des patients, le nombre de patients recrutés et les problèmes anticipés lors du recrutement des patients, le processus d'inscription des patients, le processus de suivi auprès des patients, la disponibilité de l'équipement, les échéanciers prévus et les contributions en nature. Trois établissements supplémentaires ont été sélectionnés à l'aide de ce processus. Depuis 2009, cinq autres établissements ont été recrutés (voir la **Figure 3** et la **Figure 4**). De plus, les programmes régionaux de cancérologie contribuent maintenant à déterminer quels établissements devraient

participer au projet de SFPIA afin qu'il y ait un meilleur accès aux tests de dépistage dans les collectivités où le taux de dépistage est faible. Les établissements, évalués par la directrice provinciale des soins infirmiers et de l'oncologie psychosociale de ACO, ont dû remplir les modèles d'évaluation de l'état de préparation des établissements. ACO s'efforce également en ce moment d'établir des critères supplémentaires d'admissibilité des établissements, afin d'élargir le projet au cours du prochain exercice (2013-2014) en se fondant sur les leçons tirées au cours des cinq dernières années.

En date de novembre 2012, 11 établissements étaient opérationnels. Dans ces établissements travaillent 11 coordonnateurs enseignants, 25 infirmiers ou infirmières autorisés effectuant des sigmoïdoscopies flexibles (dont 15 travaillent de façon autonome) et 30 médecins formateurs ou médecins de soutien.

FIGURE 4 | Participation des établissements au projet de SFPIA



Dans les établissements participant au projet pilote, la mise en œuvre est divisée en trois étapes :

- 1 Planification
- 2 Formation
- 3 Fonctionnement opérationnel

Durant la phase de planification, chaque établissement doit recruter les membres de l'équipe multidisciplinaire de SF, entreprendre la formation clinique en prévoyant des périodes d'observation des SF et créer une infrastructure de programme. Les activités de recrutement des patients commencent également à cette phase. Lorsque la phase de planification est terminée, les IA et les médecins responsables entreprennent la formation clinique qui, jusqu'à maintenant, a été offerte au Michener Institute for Applied Health Sciences à Toronto. Durant ce cours d'une semaine, les infirmiers et infirmières apprennent à pratiquer la SF à l'aide de simulateurs. Les médecins reçoivent la formation des formateurs d'une journée. La formation se poursuit ensuite dans les établissements participant au projet pilote : le personnel infirmier effectue 25 SF partielles (retrait de l'endoscope seulement) et 50 SF complètes sous la supervision du médecin.

La phase de formation clinique prend fin lorsque les infirmiers et infirmières ont participé à au moins 100 interventions (25 observations, 25 retraits et 50 interventions complètes) et qu'ils réussissent une évaluation des compétences indépendante (voir ci-après la section sur la phase de formation pour obtenir plus de détails). De plus, conformément à la norme d'exercice *La prise de décisions sur les interventions de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario*, les infirmiers et infirmières doivent être

capables de réfléchir à leur propre pratique afin de s'assurer « de posséder les compétences cognitives et techniques requises avant de pratiquer l'intervention »³². Une fois qu'ils répondent à ces exigences, les infirmiers et infirmières sont alors jugés compétents et peuvent effectuer des SF de façon autonome; les établissements passent alors à la phase de fonctionnement opérationnel.

Une fois cette phase atteinte, les IA effectuent des SF sans supervision directe du médecin formateur. Toutefois, le médecin formateur doit être disponible (c.-à-d. qu'il doit être présent dans l'immeuble et accessible en tout temps) au cas où un infirmier ou une infirmière aurait besoin de son aide durant une intervention. Lors de la formation d'une semaine, on enseigne au personnel infirmier pour quelles situations il doit demander l'aide du médecin. En général, le personnel infirmier demande l'aide du médecin de soutien s'il éprouve des difficultés techniques, et il doit faire venir le médecin de soutien en cas de complications graves, comme une perforation intestinale ou des saignements importants. **L'annexe B** présente un aperçu détaillé des trois phases de la mise en œuvre.

Mise en œuvre du projet pilote

CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES

Cadre réglementaire et actes médicaux délégués

Avant la mise en œuvre du projet pilote de SFPIA, le groupe de travail ontarien sur les services d'endoscopie du gros intestin 2005 a vérifié si les infirmiers et infirmières pouvaient effectuer des SF sans enfreindre le cadre réglementaire en place en Ontario. Le groupe a déterminé que, en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées (LPSR)* et de la *Loi de 1991 sur les infirmières et les infirmiers*, les SF ne dépassent pas le champ de pratique des infirmiers et infirmières autorisés (général) de l'Ontario (**Tableau 1**)^{33,34}.

L'entente conclue avec les établissements relativement aux sigmoïdoscopies flexibles effectuées par le personnel infirmier, laquelle doit être signée par ACO et l'établissement participant, précise que l'établissement doit émettre une directive médicale autorisant le personnel infirmier désigné (c.-à-d. les infirmiers

et infirmières ayant terminé le programme et ayant démontré qu'ils possèdent les connaissances et les compétences requises) à effectuer des sigmoïdoscopies flexibles, conformément à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*. L'entente contient en outre un formulaire de consentement officiel à l'intention des médecins, qui indique que ceux-ci doivent participer à la formation, à la supervision et aux activités de soutien, conformément aux exigences du projet.

Au début du projet pilote, ACO a rédigé un modèle de directive médicale à l'intention des établissements participants. Les établissements pouvaient adapter ce modèle ou rédiger une directive qui répondait à leurs propres exigences internes³⁴. Les directives médicales doivent être élaborées conformément aux politiques des établissements participants et sont nécessaires pour permettre au personnel infirmier de participer à la formation sur la SF, afin que l'établissement puisse passer à l'étape du fonctionnement opérationnel¹⁷.

TABLEAU 1 | Sommaire du cadre réglementaire régissant les SFPIA

CRITÈRES	IA EXÉCUTANT LA SIGMOÏDOSCOPIE FLEXIBLE
Autorisation d'effectuer des interventions contrôlées	Le cadre réglementaire actuel (<i>LPSR, Loi sur les infirmières et les infirmiers</i>) autorise les IA à effectuer des sigmoïdoscopies flexibles à des fins d'évaluation.
Communication des observations	Les SF et les biopsies effectuées dans le cadre du programme de dépistage le seront à des fins d'évaluation. Aux termes de la LPSR, les IA ne peuvent communiquer un diagnostic. Tous les patients qui subissent une biopsie doivent être dirigés vers un médecin, qui leur communiquera les résultats.
Disponibilité du médecin	Pour garantir la sécurité des patients qui subissent les interventions, un médecin doit être disponible et pouvoir, dans un court délai, évaluer la situation et intervenir, au besoin. L'IA doit savoir quand et comment demander l'aide du médecin et doit connaître les mesures nécessaires et appropriées à prendre en attendant l'arrivée du médecin.
Directives médicales	Une directive médicale est une ordonnance écrite qui peut être mise en œuvre pour un certain nombre de patients lorsque des conditions et des circonstances précises existent. Les directives médicales facilitent la prestation de soins en l'absence d'une évaluation et de directives directes d'un médecin. Il faut qu'une directive médicale soit émise pour que les IA puissent entreprendre et exécuter des sigmoïdoscopies flexibles et des biopsies (paragraphe 5(1) de la <i>Loi sur les infirmières et les infirmiers</i>).
Protection en matière de responsabilité professionnelle	Les IA qui travaillent dans les hôpitaux et d'autres installations (<i>p. ex. centres de santé communautaire</i>) sont couverts par le Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC). Les IA membres de l'Alliance des infirmières et infirmiers du Canada (SPIIC) et peuvent se procurer une assurance supplémentaire par l'entremise de Nurse Insure ou de SPIIC Plus.

Source : Ontario Task Force on Large Bowel Endoscopic Services. Increasing Colorectal Cancer Screening in Ontario through RN Performed Flexible Sigmoidoscopy. Toronto (Ontario). Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario, Action Cancer Ontario, 2005

Une directive médicale doit comprendre les éléments suivants³⁵ :

- ▶ Nom et description de l'intervention ou du traitement visé par la directive.
- ▶ Conditions cliniques précises concernant les clients et circonstances devant être présentes pour que l'intervention puisse avoir lieu.
- ▶ Description claire des contre-indications qui empêcheraient la mise en œuvre de la directive.
- ▶ Nom et signature du médecin qui approuve la directive médicale et en assume la responsabilité.
- ▶ Date et signature de l'autorité administrative ayant approuvé la directive, par exemple le conseil de la pratique des soins infirmiers, le comité consultatif professionnel ou le comité consultatif médical.

Le processus de mise au point de la version finale des directives médicales varie selon les établissements et peut retarder le début de l'étape de fonctionnement opérationnel du projet¹⁷ si l'on ne tient pas compte de cette exigence dès les premières étapes de la participation au projet pilote.

Responsabilité professionnelle et considérations juridiques

Au cours de la mise en œuvre du projet pilote de SFPIA, certains médecins ont fait part de leurs préoccupations quant à leur responsabilité professionnelle dans le cadre des SFPIA et de la nécessité de signer la directive médicale de leur établissement sans être couvert par une assurance précise contre la faute professionnelle¹⁷.

Action Cancer Ontario, en collaboration avec le Secrétariat des soins infirmiers du MSSLD, a demandé des conseils relatifs aux questions de responsabilité à

des sources ayant des connaissances et une expérience pertinentes, dont l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) et le Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC). De plus, pour mieux dissiper les préoccupations et clarifier les rôles et responsabilités, ACO et le MSSLD ont collaboré avec l'OMA pour produire un document d'orientation à l'intention des médecins participant au projet pilote de SFPIA. Ce document décrit les rôles et responsabilités des médecins et les aide à comprendre les questions de responsabilité³⁶. On a également encouragé les médecins à s'informer auprès de l'ACPM ou de leur propre assureur en cas d'inquiétude.

Consentement du patient et annulation du consentement

Comme l'étude de la Change Foundation était au départ un projet de recherche, les considérations liées à l'éthique faisaient en sorte qu'il fallait obtenir le consentement de tous les participants. Le processus a été intégré au système central de rendez-vous des patients, créé spécialement pour le projet. Le coordonnateur de l'étude devait communiquer avec tous les patients aiguillés vers le projet pilote de SFPIA pour déterminer s'ils étaient admissibles. Les patients répondant aux critères d'admissibilité étaient invités à se rendre aux bureaux de Action Cancer Ontario pour examiner tous les aspects de l'étude, donner leur consentement écrit et prendre rendez-vous pour l'intervention. Les réunions avaient lieu en personne avec le coordonnateur de l'étude. Il fallait de plus obtenir le consentement relatif à l'intervention au moment de l'intervention³³. Les participants étaient également informés du fait que leur participation était volontaire et qu'ils pouvaient choisir de mettre fin à leur participation à tout moment sans qu'il n'y ait de conséquence pour eux.

Quand le projet pilote de SFPIA n'a plus été un projet de recherche, le processus d'obtention et d'annulation du consentement a été modifié. Les pratiques ayant trait à l'obtention du consentement varient d'un établissement à un autre. Lorsqu'un médecin dirige un patient vers le projet pilote de SFPIA, un rendez-vous initial avec le coordonnateur enseignant est pris et a pour but de déterminer si le patient est admissible. La consultation initiale a lieu en personne ou par téléphone, selon l'établissement. On présente à tous les patients des renseignements sur l'intervention, les risques et les avantages, et le fait que l'intervention sera effectuée par un infirmier ou une infirmière. Les établissements demandent alors un consentement verbal ou écrit au patient, et ce consentement est documenté. Toutefois, si le consentement écrit n'est pas obtenu à ce moment-là, il doit être obtenu par l'IA au moment de l'intervention. Puisque le projet pilote de SFPIA n'est plus un projet de recherche, il n'existe aucun processus officiel d'annulation du consentement. Toutefois, les participants ont la possibilité d'annuler le rendez-vous à tout moment et de choisir de ne pas participer au test de dépistage par SF.

Pour ce qui est de la collecte de données, ACO est l'une des entités prescrites énumérées au paragraphe 18(1) du Règlement de l'Ontario 329/04 de la LPRPS et, en vertu du paragraphe 45(1) de la LPRPS (*Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé*), l'organisme peut recueillir, utiliser et divulguer des renseignements personnels sur la santé, sans le consentement du patient, aux fins de la gestion et de la planification du système de santé, du moment que ses pratiques en matière d'information sont régulièrement approuvées par le commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario (CIPVP)³⁷.

CONSIDÉRATIONS LIÉES À LA FORMATION

La subvention initiale de la Change Foundation a été utilisée pour l'élaboration d'un processus de formation, d'évaluation et d'attestation des endoscopistes autres que les médecins, fondé sur les programmes de formation établis aux États-Unis et au Royaume-Uni³⁸.

Le programme qui en résulte présente plusieurs aspects, dont une formation complète et concertée destinée aux infirmiers et infirmières endoscopistes, aux médecins formateurs et aux coordonnateurs enseignants¹⁷.

Formation des infirmiers et infirmières endoscopistes

Durant l'élaboration du rapport initial du groupe de travail ontarien sur les services d'endoscopie du gros intestin, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario a été consulté pour que l'on puisse déterminer quelles étaient les compétences que devaient posséder les IA pour être en mesure d'effectuer des sigmoïdoscopies flexibles (voir l'annexe C pour obtenir le profil de compétences des IA effectuant des sigmoïdoscopies flexibles). En tenant compte de ces compétences essentielles ainsi que d'autres programmes de formation similaires, la Dre Mary Anne Cooper (Sunnybrook Health Sciences Centre), Mme Karen Gayman (hôpital Princess Margaret) et Mme Angela Cuddy (Michener Institute for Applied Health Sciences) ont élaboré un programme de formation¹⁵. Le programme comporte une phase d'observation, une phase d'éducation didactique et une phase de formation clinique, ainsi qu'une composante d'attestation (**Tableau 2** ci-après).

Durant la phase d'observation, le personnel infirmier observe 25 sigmoïdoscopies flexibles effectuées par les médecins formateurs, dans leur établissement. Cette phase est suivie d'une période de formation didactique et de simulation d'une semaine qui, jusqu'à maintenant,

TABLEAU 2 | Aperçu du programme de formation sur la sigmoïdoscopie flexible effectuée par le personnel infirmier autorisé en Ontario

COMPOSANTE DE FORMATION	DESCRIPTION	ÉVALUATION
Observation	Avant le cours, les infirmiers et infirmières doivent observer 25 SF effectuées par un médecin formateur dans leur établissement.	Aucune évaluation officielle
Formation didactique	Programme de formation en classe d'une semaine au Michener Institute for Applied Health Sciences. Le contenu du cours est le suivant : <ul style="list-style-type: none"> • Description du rôle élargi des infirmiers et infirmières endoscopistes • Principes d'enseignement efficace aux patients • Anatomie et physiologie • Pathologie du côlon • Sigmoïdoscopie flexible (indications, contre-indications, complications) • Enseignement aux patients et suivi • Dictée • Compétences techniques (formation pratique à l'aide d'un simulateur haute fidélité) 	Examen écrit Rétroaction du simulateur
Formation clinique	Les infirmiers et infirmières doivent exécuter au moins 25 interventions dans le cadre desquelles ils effectuent la partie liée au retrait de l'endoscope seulement, et 50 interventions de SF complètes où ils acquièrent plus d'autonomie lors de l'exécution de l'intervention sous la supervision du médecin formateur.	Rétroaction du médecin formateur
Attestation	Les infirmiers et infirmières doivent exécuter 5 interventions de SF complètes en étant évalués par deux évaluateurs indépendants ayant conclu un contrat avec l'équipe de projet de SFPIA de ACO.	Évaluation par observation (évaluation clinique de la SF et échelle/liste de contrôle d'évaluation globale)

a été offerte par le Michener Institute for Applied Health Sciences à Toronto. La portion didactique de la formation comprend les étapes suivantes : aperçu du rôle élargi des infirmiers et infirmières effectuant des sigmoïdoscopies flexibles, principes généraux d'enseignement efficace aux patients, anatomie du tube digestif, physiopathologie des polypes qui mènent à un cancer, états pathologiques communs du côlon, sigmoïdoscopie flexible, enseignement aux patients et suivi, dictée, acquisition de compétences techniques grâce à des simulations haute ou

... basse fidélité (Immersion Medical®) et expérimentation sur un simulateur reproduisant l'expérience du patient³⁸.

... Une fois la formation d'une semaine terminée, les IA retournent dans leur établissement et poursuivent leur formation clinique. À cette étape, les infirmiers et infirmières travaillent en étroite collaboration avec les médecins formateurs et doivent effectuer 25 interventions partielles (retrait de l'endoscope). Conformément aux lignes directrices sur les sigmoïdoscopies flexibles effectuées par le personnel

* Le contenu du cours a été réimprimé avec la permission de : Cooper, M.A. & Gayman, K. Flexible Sigmoidoscopy for Ontario Registered Nurses. Course Syllabus September 2007. The Michener Institute for Applied Health Sciences. Le contenu et le plan de cours sont la propriété de Dre Mary Anne Cooper et de Mme Karen Gayman. Il est interdit de les réimprimer, en tout ou en partie, sans le consentement écrit exprès des auteurs.

infirmier autorisé aux fins du dépistage du cancer colorectal (*Guideline for Performance of Flexible Sigmoidoscopy by Registered Nurses for the Purpose of Colorectal Cancer Screening*) de la Society of Gastroenterology Nurses and Associates (SGNA)³⁹ et à l'énoncé relatif aux infirmiers et infirmières endoscopistes (Statement on Nurse Sigmoidoscopist)⁴⁰ de l'Ontario Medical Association, les infirmiers et infirmières effectuent 50 interventions complètes (insertion et retrait) sous la supervision directe du médecin formateur¹⁷.

L'approche choisie, soit l'observation de 25 interventions en premier lieu, 25 retraits de l'endoscope et exécution de 50 SF complètes, est fondée sur une combinaison de facteurs, notamment le nombre d'interventions recommandé par des organisations professionnelles et la nécessité pour les IA de se familiariser avec leur nouveau rôle. Les infirmiers et infirmières du programme de SFPIA de Kaiser Permanente en Californie interrogés par la responsable de l'éducation durant une visite des lieux en 2004 ont fait ressortir cet aspect. Ce besoin et le nombre d'interventions ont été soulignés durant l'étude de la Change Foundation.

Une fois les objectifs de formation clinique atteints, les médecins évaluateurs embauchés à contrat par ACO visitent l'établissement de l'infirmier ou de l'infirmière et observent cinq interventions. Jusqu'à maintenant, deux médecins évaluateurs indépendants ont procédé à ces évaluations, soit la responsable de l'éducation, la Dre Mary Anne Cooper, ainsi que la Dre Catherine Walsh. L'évaluation du personnel infirmier est basée sur les critères suivants : évaluation préalable à l'intervention, pratiques d'obtention du consentement éclairé, préparation en vue de l'intervention, compétences techniques (insertion, manipulation, passage de l'endoscope, posture, visualisation, profondeur de l'insertion, biopsie ou renvoi en vue d'une coloscopie au besoin, etc.), connaissances (visualisation et recherche de polypes et d'autres pathologies, etc.), confort du patient et soins après l'intervention. Une liste de contrôle d'évaluation globale a été créée pour faciliter ce processus et fait actuellement l'objet d'une évaluation. Les infirmiers et infirmières évalués rencontrent les évaluateurs immédiatement après l'évaluation pour recevoir une rétroaction et connaître leurs résultats. Les infirmiers et infirmières qui réussissent l'évaluation reçoivent un certificat du Michener Institute for Applied Health Sciences. La plupart des infirmiers et infirmières réussissent l'évaluation de l'intervention en autonomie

TABLEAU 3 | Durée de la période de formation de la première cohorte d'infirmiers et d'infirmières

JALON	DURÉE (NOMBRE TOTAL DE JOURS)			
	MOYENNE	MÉDIANE	MINIMUM	MAXIMUM
100 interventions (n = 8)	439	396	193	876
Évaluation indépendante (n = 6)	511	467	354	807

Source : Rabeneck, L. et coll. RN Performed Flexible Sigmoidoscopy in a Pilot Project of Colorectal Cancer Screening Evaluation Report 2007 2010, Action Cancer Ontario, 2010.

du premier coup, mais certains infirmiers et infirmières ont besoin d'une formation supervisée supplémentaire avant d'être réévalués, jugés compétents et aptes à pratiquer l'intervention de façon autonome.

Pour la première cohorte d'infirmiers et d'infirmières, la durée moyenne de la formation pratique (100 interventions) était de 396 jours¹⁷ (**Tableau 3**). Dans les cas où il a fallu plus de temps, les progrès étaient limités par le recrutement des patients et la disponibilité des médecins formateurs et des salles d'endoscopie. Après la formation, la durée moyenne nécessaire pour organiser l'évaluation était de 72 jours, puisqu'il était difficile de planifier la date de l'évaluation clinique et d'organiser les déplacements vers les établissements où se déroulait le projet¹⁷.

Jusqu'à maintenant, chaque IA a consacré environ 20 mois à la phase de formation du projet avant de recevoir l'attestation et de pouvoir pratiquer de façon autonome. Le nombre d'interventions effectuées par les IA dans le cadre de leur formation (retraits seulement et interventions complètes) varie entre 77 et 231, la moyenne étant de 140 interventions²⁵.

Formation des formateurs

Pour promouvoir l'uniformité de la formation offerte dans les établissements, tous les médecins formateurs doivent participer à une séance de formation organisée à la fin de la semaine de formation didactique et de simulation du personnel infirmier. Les deux premiers médecins formateurs ayant participé à l'étude de la Change Foundation faisaient également partie de l'équipe d'élaboration du programme de formation; ils n'ont pas eu besoin de suivre la formation puisqu'ils comprenaient déjà toutes les composantes du programme de formation¹⁵. Les nouveaux médecins formateurs pouvant ne pas avoir d'expérience en formation (s'ils n'ont jamais, par exemple, formé et supervisé des

résidents en médecine), il a été décidé qu'il fallait soutenir ces médecins dans leur rôle de mentor afin de leur permettre d'améliorer leurs compétences en enseignement et d'échanger des connaissances avec les autres médecins du programme, et d'uniformiser la formation dans l'ensemble des établissements¹⁷.

La responsable de l'éducation du projet pilote de SFPIA, Dre Mary Anne Cooper, a participé à un cours de formation des formateurs en endoscopie au Royaume-Uni, pays qui possède un programme bien établi grâce auquel les endoscopistes apprennent à en former d'autres. Dre Cooper s'est servie de cette expérience et de sa compréhension du contexte ontarien du projet pilote de SFPIA pour créer une version courte du programme en vue d'un atelier d'une demi-journée de formation des formateurs à l'intention des nouveaux médecins formateurs. La composante du programme de formation donnée en classe, fournit des renseignements sur le projet pilote de SFPIA, des compétences de base en enseignement et un aperçu du rôle des médecins formateurs. À la fin de la formation en classe, les médecins formateurs appliquent leurs nouvelles compétences en enseignement en faisant faire des exercices aux infirmiers et infirmières en formation. Aucune évaluation des compétences n'est requise à la fin de la formation des médecins.

Formation des coordonnateurs enseignants

Les IA ou les IAA qui occuperont le poste de coordonnateur enseignant doivent participer à un atelier de six semaines avant le cours d'une semaine des infirmiers et infirmières endoscopistes. L'atelier porte surtout sur les stratégies de recrutement, la gestion du changement, l'engagement des médecins et les leçons tirées des établissements existants⁴¹. Durant l'atelier, les coordonnateurs enseignants reçoivent une trousse d'outils contenant des ressources qui leur permettront de mettre en place le programme de

SFPIA dans leur établissement. La trousse contient des renseignements utiles, notamment les listes de contrôle de l'état de préparation des établissements, un plan de projet, un aperçu des diverses phases du projet, des outils de communication avec les patients et les médecins, des modèles de description de poste et d'autres ressources élaborées tout au long du projet pilote²⁶.

Formation médicale continue

Pour l'instant, aucune exigence claire en matière de formation continue et de maintien des compétences n'a été établie. Dans un énoncé relatif aux infirmiers et infirmières endoscopistes, l'Ontario Medical Association (OMA) a recommandé que les compétences du personnel infirmier soient examinées chaque année par un évaluateur compétent et qu'il y ait une mise à jour annuelle des compétences, sous la supervision d'un médecin formateur⁴⁰.

En outre, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario encourage tous ses membres à acquérir des compétences en continu grâce à son programme d'assurance de la qualité. Ce programme exige que les infirmiers et infirmières assument la responsabilité de leur propre perfectionnement professionnel au moyen d'auto-évaluations, de la rétroaction des pairs, de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un plan d'apprentissage, et de l'évaluation des résultats du plan⁴². En 2013-2014, les responsables du Programme de soins fondés sur la recherche (PSFR) de ACO collaboreront avec un comité d'experts pour établir des normes de dépistage du cancer colorectal. De plus, le comité d'éducation sur la SFPIA élaborera des lignes directrices pédagogiques de même qu'un plan d'éducation en vue de l'attestation et du maintien des compétences. Une fois ces nouvelles lignes directrices diffusées, ACO créera un programme d'assurance de la qualité et recommandera des normes de qualité pour actualiser les compétences du personnel

infirmier et des autres endoscopistes effectuant des sigmoïdoscopies flexibles. Entre-temps, la responsable de l'éducation du projet pilote développe des cours de perfectionnement en ligne trimestriels à l'intention des infirmiers et infirmières endoscopistes depuis novembre 2012. Selon les recommandations tirées du rapport d'évaluation de 2012, les stratégies d'éducation continue éventuelles pourraient prendre les formes suivantes : cours en ligne offerts par l'institut de Souza à Toronto – organisation créée en 2008 et soutenue financièrement par le MSSLD pour offrir de la formation aux infirmiers et infirmières œuvrant dans les domaines de l'oncologie et des soins palliatifs en Ontario, participation aux conférences de la CSGNA, participation à des réunions d'équipe et à des séances annuelles de perfectionnement offertes en même temps que le programme annuel de formation²⁵.

CONSIDÉRATIONS LIÉES À LA RÉMUNÉRATION

Rémunération du personnel infirmier

La réflexion initiale sur le modèle de rémunération des infirmiers et infirmières devant participer au projet était fondée sur l'examen de l'expérience internationale. Au Royaume-Uni, le personnel infirmier reçoit une augmentation salariale de 40 à 60 % par rapport aux IA généraux, en raison de leur formation et de leurs compétences supplémentaires, tandis qu'à Kaiser Permanente aux États-Unis, aucune rémunération supplémentaire n'est offerte au personnel infirmier¹⁵. Au bout du compte, dans le contexte ontarien, il a été déterminé que les infirmiers et infirmières endoscopistes demeureraient des employés à temps plein de leur établissement d'accueil tout au long du programme de formation, et que le programme de formation serait pour eux une activité d'éducation dans le cadre de leur rôle d'IA. L'hôpital verse le salaire

des infirmiers et des infirmières qui participent à la formation, ainsi qu'un soutien salarial de 0,2 ETP pour que d'autres IA remplacent le personnel infirmier qui participe au projet¹⁵. Les infirmiers et infirmières endoscopistes en Ontario ne reçoivent pas de rémunération en plus de leur salaire à temps plein.

ACO finance un poste de coordonnateur enseignant dans chaque établissement participant. Compte tenu des efforts requis pour qu'un établissement offre le projet de SFPIA, le financement correspondant à ce poste est de 1 ETP pendant deux ans. Après cette période, le financement correspond à 0,8 ETP, puisque le fonctionnement devient régulier.

Incentifs à l'intention des médecins pour la formation et la supervision

Dans le cadre de l'élaboration du projet pilote de SFPIA, ACO et le MSSLD ont reconnu qu'il fallait défrayer les médecins participants. Les médecins jouent un rôle de leadership pendant et après la formation, offrent un soutien sur place et un suivi, et communiquent les observations³⁴. Par conséquent, le MSSLD a collaboré avec l'OMA et a mis en place deux modèles de remboursement : un « tarif journalier » (**modèle 1**) et le remboursement par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) (**modèle 2**). Dans le modèle 1, les médecins reçoivent un tarif journalier calculé au prorata du nombre d'heures travaillées. Dans le modèle 2, les médecins reçoivent un pourcentage de la valeur du code Z555 du barème de prestations des médecins pour chaque procédure liée à une SF exécutée par un infirmier ou une infirmière.

La facturation et la rémunération étaient au départ gérées par le MSSLD. Toutefois, ACO assume cette responsabilité depuis le 1er avril 2010 au moyen de contrats conclus avec les médecins participants³⁴.

De plus, les médecins reçoivent une allocation mensuelle pour les six premiers mois de participation au projet pilote pour couvrir les tâches administratives supplémentaires, l'examen des rapports et le temps consacré au projet à l'extérieur des heures de formation directe et de supervision directe³⁰.

Au moment de la signature de l'entente entre ACO et les établissements, les médecins doivent choisir un modèle de remboursement pour la formation et un modèle pour la phase qui suit la formation. En 2010, une évaluation préliminaire des coûts a montré que le modèle 2 (modèle de remboursement par le RASO) est généralement moins coûteux durant la phase de formation, tandis que le modèle 1 (modèle de « tarif journalier ») est généralement moins coûteux après la formation¹⁷.

Puisque les données de facturation du RASO n'étaient pas disponibles, l'exercice d'établissement des coûts se fondait sur deux scénarios :

- 1 Si tous les médecins formateurs optaient pour le modèle de tarif journalier;
- 2 Si tous les médecins formateurs optaient pour le modèle de remboursement par le RASO.

CONSIDÉRATIONS LIÉES AUX INTERVENTIONS ENDOSCOPIQUES

Interventions effectuées par le personnel infirmier

Étant la pierre angulaire du projet pilote de SFPIA, le personnel infirmier assume de nombreuses responsabilités. Avant l'intervention, les coordonnateurs enseignants doivent recruter des

patients, confirmer l'admissibilité de chaque patient et déterminer si le test de dépistage par SF est pertinent. Pour ce faire, ils doivent évaluer les indications liées à l'intervention, les risques et les contre-indications établis dans la directive médicale. Le jour de l'intervention, les patients sont inscrits comme patients non hospitalisés sous le nom du médecin de soutien (conformément à la *Loi sur les hôpitaux publics*). Bien que l'exécution de la SF, y compris de la biopsie des polypes, relève du champ d'exercice du personnel infirmier, la décision d'entreprendre une SF ne lui incombe pas et requiert donc une directive médicale. Une fois que l'établissement participant au projet pilote a adopté une directive médicale, qui porte notamment sur la décision d'entreprendre des SF, les infirmiers et infirmières endoscopistes sont responsables d'effectuer les SF et de faire une biopsie des polypes lorsqu'ils le jugent approprié. Si le patient demande une sédation, l'IA doit transférer le cas au médecin (soit immédiatement ou en remettant le rendez-vous à une date ultérieure). ACO et l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario ne permettent pas le recours à une sédation consciente, puisque les infirmiers et infirmières endoscopistes ne reçoivent pas une formation particulière leur permettant de prendre en charge les patients sous sédation.

Durant l'intervention, l'infirmier ou l'infirmière endoscopiste insère l'endoscope jusqu'à l'angle splénique du côlon. Une fois que l'endoscope est inséré jusqu'à ce point et que l'infirmier ou l'infirmière peut bien voir le côlon jusqu'au moment du retrait, l'insertion est jugée « complète ». Si l'endoscope n'est pas inséré jusqu'à ce point (en raison d'une mauvaise préparation du patient, d'un inconfort ressenti par le patient, etc.), l'infirmier ou l'infirmière peut envisager de tenter de nouveau l'intervention après avoir effectué un lavement supplémentaire ou remettre l'intervention à une date ultérieure. L'infirmier ou

l'infirmière peut également envisager d'envoyer le patient subir une coloscopie⁴³.

Le personnel infirmier reçoit une formation relative aux biopsies à la pince froide (c.-à-d. biopsies simples) des polypes d'environ 5 mm ou moins, sans égard à leur morphologie⁴⁴. Bien que d'autres techniques de polypectomie puissent être utilisées durant les interventions de sigmoïdoscopie flexible, selon les circonstances, le personnel infirmier ne fait jamais de galvano-cautérisation (c.-à-d. biopsies à la pince chaude), d'excision à l'aide d'une anse ni de résection endoscopique de la muqueuse (REM).

Durant le programme de formation, on enseigne au personnel infirmier les cas où il faut demander l'aide des médecins. De façon générale, l'objectif du programme est de faire en sorte que le personnel infirmier puisse effectuer des SF de façon autonome en ne demandant l'aide des médecins de soutien qu'à l'occasion. Dans le cas des polypes de plus de 5 mm, ou d'autres problèmes, par exemple diverticulose ou hémorroïdes, l'infirmier ou l'infirmière prend généralement une photo et documente ses observations, qui seront examinées par le médecin. Les infirmiers et infirmières autorisés ne peuvent poser de diagnostic, mais ils peuvent renseigner les patients et formuler des recommandations pour la prise en charge de maladies bénignes (p. ex. diverticulose et hémorroïdes) en se fiant à leur jugement clinique. On enseigne au personnel infirmier quelles sont les maladies bénignes qu'il pourrait observer durant les SF.

En général, on enseigne aux infirmiers et infirmières à demander l'aide immédiate du médecin en cas de perforation intestinale, de saignements abondants ou de douleur aiguë ressentie par le patient. Parfois, si le médecin est disponible, l'infirmier ou l'infirmière peut lui demander de confirmer les observations, mais

dans la majorité des cas, une photo des observations soulevant le doute et une documentation de l'intervention suffisent.

Critères d'admissibilité

Dans le cadre du projet pilote, un patient admissible a été défini comme étant une personne assurée⁴² :

- 1 Âgée de 50 à 74 ans
- 2 Dont aucun membre de la famille au premier degré n'a d'antécédents de cancer colorectal
- 3 Exempte de symptômes

En 2012, ACO a fourni des précisions supplémentaires aux établissements au sujet des contre-indications à la SFPIA, notamment un résultat positif obtenu antérieurement à l'issue d'une RSOS ou d'une SF; une coloscopie au cours des 10 dernières années; des antécédents de maladie intestinale inflammatoire; des antécédents de symptômes au gros intestin, comme des saignements rectaux; des antécédents de polypes, à l'exception des polypes hyperplasiques; des antécédents personnels de cancer colorectal; et une anticoagulothérapie⁴⁴.

Selon le modèle de recrutement, ce sera le PSP qui déterminera l'admissibilité du patient (y compris les contre-indications) avant de l'envoyer subir une SF, sinon ce sera le coordonnateur enseignant, au nom du PSP, qui communiquera directement avec le patient pour confirmer son admissibilité. Une fois le patient référé vers le programme, dans un cas comme dans l'autre, le coordonnateur enseignant évaluera l'admissibilité durant une consultation initiale et une évaluation de l'état de santé, qui peuvent avoir lieu en personne ou par téléphone. Si, durant la consultation,

le coordonnateur constate que le patient est admissible à un test de dépistage par SF, il lui fournira des renseignements sur le dépistage du cancer colorectal et la sigmoïdoscopie flexible, de même que des directives de préparation. Il prendra le rendez-vous et pourra ensuite obtenir le consentement du patient.

Le jour de l'intervention, l'IA endoscopiste doit examiner les indications, passer en revue ou obtenir le consentement et effectuer l'intervention. Si les résultats sont normaux (c.-à-d. qu'aucun polype n'est détecté) ou s'il y a seulement présence d'une diverticulose ou d'hémorroïdes, le patient sera informé des résultats et l'IA lui fera des recommandations en vue du suivi. Une copie des résultats sera également envoyée au PSP qui a référé le patient. On recommande aux patients d'effectuer un suivi avec leur PSP afin qu'il y ait une surveillance continue.

Si un polype de 3 à 5 mm est détecté et que l'IA endoscopiste estime pouvoir effectuer une biopsie, il effectue une biopsie à la pince froide et envoie l'échantillon de tissu au laboratoire d'anatomopathologie pour analyse. Si le polype mesure plus de 4 à 5 mm et qu'il doit être excisé, ou si l'infirmier ou l'infirmière observe une situation douteuse, l'infirmier ou l'infirmière prend une photo et documente ses observations, qui seront examinées par la suite par le médecin. Après l'intervention, les résultats du rapport d'anatomopathologie sont envoyés au médecin de soutien et à l'IA qui a effectué l'intervention. C'est le médecin de soutien qui est responsable de lire et d'interpréter les résultats du rapport d'anatomopathologie. Toutefois, en général, le médecin et l'IA endoscopiste examinent ensemble les rapports. Une fois que les résultats sont envoyés au médecin de soutien, celui-ci est responsable du patient. Pour les patients dont le rapport d'anatomopathologie est négatif,

les résultats sont envoyés au patient et au PSP ayant référé le patient, et on conseille au patient de poursuivre ses pratiques de surveillance normales.

Si les résultats sont positifs (c.-à-d. plus de 10 polypes hyperplasiques détectés, ou adénomes ou carcinomes vérifiés histologiquement), le patient est référé vers le médecin de soutien en vue d'une consultation ou d'une coloscopie, et un avis de suivi relatif aux résultats est envoyé au PSP. Même si les processus de référence varient d'un établissement à un autre, un modèle de diagramme est présenté à l'annexe D.

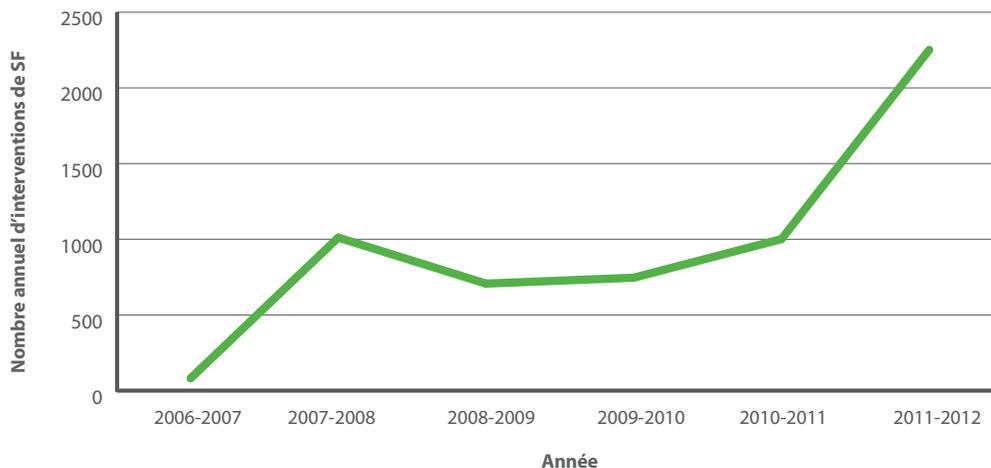
Comme nous l'avons mentionné précédemment, en Ontario, le programme de SFPIA est actuellement en transition et n'a pas encore été intégré au programme ContrôleCancerColorectal. Par conséquent, les recommandations en matière d'aiguillage et les pratiques de suivi liées à la RSOS, à la SF et à la coloscopie varient selon les établissements et les

PSP. Au départ, conformément à la recommandation de l'Association canadienne de gastroentérologie, certains établissements recommandaient aux patients de procéder à une RSOS annuelle ou bisannuelle avec ou sans SF tous les 10 ans⁴⁵, tandis que d'autres établissements recommandaient une RSOS annuelle ou bisannuelle avec une SF tous les cinq ans. À ce stade-ci, toutefois, tous les établissements ont adopté un processus de rappel de la SF aux cinq ans.

Volumes

Depuis le début du projet de SFPIA jusqu'à octobre 2012, 7 192 sigmoïdoscopies flexibles ont été effectuées (y compris les interventions effectuées durant l'étude financée par la Change Foundation en 2006). Le nombre de patients aiguillés vers le projet de SFPIA a connu une tendance à la hausse (Figure 5), ce qui indique une augmentation générale du taux d'acceptation et de sensibilisation du projet et la capacité d'expansion du projet.

FIGURE 5 | Nombre de sigmoïdoscopies flexibles effectuées par le personnel infirmier autorisé pour chaque année (exercice financier) en Ontario (2006-2007 à 2011-2012).



Source : 2012_09 NFS Regional Reporting Package. L'exercice financier s'applique à la période du 1er avril au 31 mars.

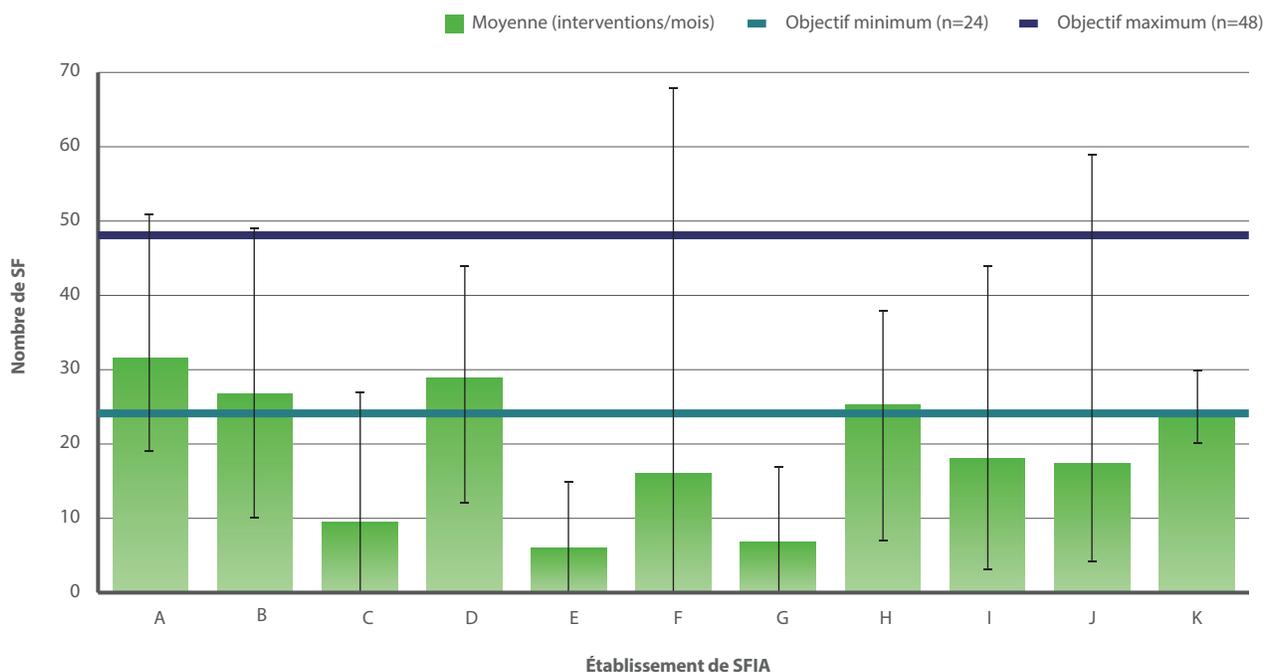
Le 1er juillet 2009, Action Cancer Ontario a mis en application des cibles en matière de capacité pour chacun des établissements selon le financement de fin d'exercice prévu. Actuellement, la cible est la même pour tous les établissements, soit entre 24 et 48 interventions par mois¹⁷. Ces cibles mensuelles sont utilisées en tant que lignes directrices générales permettant aux établissements de déterminer où ils se situent par rapport aux cibles en matière de capacité. La cible est fondée sur un certain nombre de variables, y compris le nombre de SF attendu, le nombre de SF antérieur et certaines variables propres aux établissements (p. ex. le nombre d'infirmiers ou d'infirmières endoscopistes disponibles). Par exemple, si un établissement n'atteint pas la cible

minimum durant un ou plusieurs mois, il doit s'efforcer d'augmenter le nombre de SF au cours des mois suivants afin d'atteindre la cible correspondant à son financement de fin d'exercice. Au cours du premier exercice complet après la mise en place des cibles (avril 2011 à mars 2012), le nombre de SF mensuel était très variable, ce qui reflète fort probablement le fait que chaque établissement a tenté d'équilibrer le nombre de SF pour respecter les cibles en fin d'exercice (Figure 6).

Sécurité

Chaque établissement participant au projet pilote surveille attentivement la sécurité des patients, conformément aux modalités de l'entente conclue

FIGURE 6 | Nombre moyen de SF par mois par établissement pour l'exercice 2011-2012 (avril 2011 à mars 2012)



Source : 2012_09 NFS Regional Reporting Package. Avant le 1er juillet 2009, aucune cible n'avait été établie. Les établissements J et K ne se sont ajoutés qu'en octobre et novembre 2011 respectivement. Les données concernant ces deux établissements portent donc sur la période d'octobre 2011 à mars 2012 et de novembre 2011 à mars 2012 respectivement. Les barres représentent l'étendue du nombre de SF par mois de chaque établissement.

avec ACO. Chaque établissement doit signaler immédiatement toute complication, y compris le nombre de saignements gastro-intestinaux (GI), le nombre de perforations et toutes autres variables et complications, notamment les suivantes : inconfort du patient, difficultés techniques pendant l'intervention, réaction vaso-vagale et préparation inadéquate du patient. Sur les 6 261 SF effectuées dans le cadre de la formation ou de façon autonome entre le 1^{er} octobre 2007 et le 1^{er} octobre 2012, huit patients ont eu des saignements gastro-intestinaux (0,1 % des patients) et il n'y a eu aucun cas de perforationⁱⁱ.

Efficacité

De façon générale, les infirmiers et infirmières effectuant des interventions complètes durant la phase de formation ont obtenu un taux de détection de polypes relativement uniforme. En moyenne, durant cette phase, des polypes ont été détectés chez 36 % des patients, et 33 % des patients ont subi une biopsie (Tableau 4 ci-dessous). Le nombre moyen de biopsies effectuées par le personnel infirmier durant la phase de formation clinique du programme était de 1,5 par patient.

TABLEAU 4 | Taux de détection des polypes par le personnel infirmier dans le cadre d'une intervention complète durant la phase de formation

PERSONNEL INFIRMIER	DURANT LA FORMATION, NOMBRE DE SF AU COURS DESQUELLES L'IA A INSÉRÉ ET RETIRÉ L'ENDOSCOPE	PATIENTS AYANT DES POLYPES, PAR INFIRMIER		PATIENTS AYANT SUBI UNE BIOPSIE, PAR INFIRMIER			POLYPES AYANT FAIT L'OBJET D'UNE BIOPSIE, PAR INFIRMIER			NOMBRE MOYEN DE POLYPES AYANT FAIT L'OBJET D'UNE BIOPSIE, PAR PATIENT, PAR INFIRMIER
		N	%	N	% GLOBAL [§]	% BIOPSIES [†]	N	MIN	MAX	
RN4	207	71	34,3	70	33,8	98,6	110	1	9	1,6
RN15	177	46	26	43	24,3	93,5	53	1	4	1,2
RN14	129	58	45	56	43,4	96,6	72	1	3	1,3
RN9	126	52	41,3	49	38,9	94,2	109	1	6	2,2
RN10	123	40	32,5	39	31,7	97,5	62	1	5	1,6
RN29	92	32	34,8	30	32,6	93,8	49	1	6	1,6
RN22	92	25	27,2	24	26,1	96	29	1	2	1,2
RN11	72	26	36,1	25	34,7	96,2	34	1	3	1,4
RN31	70	39	55,7	32	45,7	82,1	48	1	4	1,5
RN32	70	42	60	30	42,9	71,4	41	1	3	1,4
RN12	65	19	29,2	19	29,2	100	32	1	4	1,7
RN23	60	20	33,3	18	30	90	26	1	3	1,4
RN27	55	16	29,1	14	25,5	87,5	25	1	5	1,8
RN28	55	16	29,1	16	29,1	100	20	1	3	1,3
Moyenne (Total)	100 (1393)	35,9 (502)	36,7	33,2 (465)	33,3	92,7	50,7 (710)	1	9	1,5

Remarque : Les données tiennent compte des infirmiers et infirmières travaillant de façon autonome (c.-à-d. qui ont réussi la formation et qui ont effectué au moins une SF de façon autonome en date du 31 octobre 2012). Données extraites le 26 novembre 2012. Source de données : Sigmoidoscopies flexibles effectuées par le personnel infirmier autorisé (SFPIA). Données recueillies du 1er octobre 2007 au 31 octobre 2012. Données préparées par le service d'informatique. § Pourcentage basé sur les sigmoidoscopies flexibles durant lesquelles l'infirmier ou l'infirmière a inséré et retiré l'endoscope sans que le médecin formateur soit présent. † Pourcentage basé sur le nombre total de patients ayant des polypes.

Durant la phase de formation, les infirmiers et infirmières ont effectué de 20 à 110 biopsies chacun, ce qui cadre avec la grande variation observée dans le nombre de SF effectuées par les infirmiers et infirmières à cette étape (de 55 à 207 SF complètes). Comme nous l'avons déjà mentionné, l'évaluation finale des compétences a peut-être été retardée en raison des difficultés liées à l'établissement de l'horaire de l'évaluation clinique et à l'organisation des déplacements vers les établissements participant au projet. Cette situation pourrait expliquer pourquoi certains IA de la cohorte initiale ont effectué bien plus que les 50 interventions complètes requises.

Recrutement des patients et processus d'invitation

Le recrutement des patients est une composante essentielle du projet pilote de SFPIA. Puisque les IA doivent effectuer 75 interventions dans le cadre de

leur formation, le manque de patients aiguillés vers le programme de SF peut être un obstacle important empêchant les établissements de passer à la phase de fonctionnement opérationnel. Par conséquent, on encourage fortement les établissements à commencer le recrutement des patients dès la planification de la mise en œuvre, au moins huit à dix semaines avant le début de la formation pratique. Divers mécanismes sont utilisés pour recruter les patients dans le cadre du projet pilote de SFPIA (Tableau 5).

En Ontario, il n'existe aucune méthode directe d'aiguillage des patients vers le personnel infirmier. Dans le cadre de l'étude de la Change Foundation, ACO a créé un centre responsable des inscriptions pour faciliter l'organisation des aiguillages et permettre l'obtention d'un consentement éclairé³³. Désormais, ACO offre dans sa trousse d'outils des documents

TABLEAU 5 | Mécanismes de recrutement des patients

OBJECTIF	STRATÉGIE	DESCRIPTION	CONSIDÉRATIONS
Patients (directement)	Activités de promotion directement auprès des patients pour faire connaître le projet	Documents imprimés, annonces à la radio, site Web ou porte-à-porte	<ul style="list-style-type: none"> • Messages uniformes et « image de marque » à prendre en compte. • Peut ne pas résulter en un nombre important de patients aiguillés, puisque les patients doivent eux-mêmes demander à leur prestataire de soins primaires de les diriger vers le programme et doivent prendre un rendez-vous non urgent.
Patients (indirectement)	Modèle de recrutement par l'intermédiaire des médecins de famille (MRMF)	Demander aux prestataires de soins primaires de fournir leur liste de patients. Communiquer directement avec les patients qui figurent sur cette liste.	<ul style="list-style-type: none"> • Permet d'obtenir très tôt la participation des médecins. • Aide les médecins à déterminer quels sont les patients admissibles aux tests de dépistage. • Peu de répercussions sur le travail des prestataires de soins primaires. • Permet de renseigner les patients par téléphone ou en personne avant la date de l'intervention (les patients doivent prendre rendez-vous à l'établissement ou à l'hôpital participant au projet de SFPIA avant l'intervention). • Exige beaucoup de ressources – le coordonnateur doit examiner tous les dossiers de patients.
Prestataires	Éducation par les pairs (p.ex. séance d'info à l'heure du dîner) et « médecins champions » locaux	Le gastro-entérologue et/ou l'IA rendent visite aux prestataires de soins primaires afin de leur présenter un aperçu du projet de SFPIA.	<ul style="list-style-type: none"> • Le nombre de « champions » disponibles et le temps qu'ils peuvent consacrer au projet. • L'influence des pairs peut aider à établir la crédibilité du projet. • Offre un soutien important à l'IA occupant le poste de coordonnateur, grâce aux activités de promotion de l'aiguillage. • L'uniformité du message est importante.

qui expliquent comment mettre en place un système d'aiguillage facile à utiliser (c.-à-d. qui impose un fardeau minimal au PSP aiguillant le patient). On y trouve des diagrammes montrant le processus d'aiguillage en place dans d'autres établissements, des modèles de formulaires de référence, des listes de contrôle de l'admissibilité des participants, des modèles de confirmation et des formulaires de préparation en vue de l'intervention²⁶.

Puisque les patients sont recrutés par leur médecin de famille, il est important que les médecins de la région connaissent le projet. La stratégie principale de sensibilisation durant l'étude de la Change Foundation était basée sur des séances d'information présentées à l'heure du dîner aux médecins de famille locaux. Cette méthode exige beaucoup de ressources; il n'est donc pas toujours possible de joindre tous les médecins de famille³³. Depuis l'étude initiale de la Change Foundation, plusieurs autres modèles de recrutement ont été élaborés, dont le modèle de recrutement par l'intermédiaire des médecins de famille (MRMF), utilisé dans certaines régions pour recruter des patients dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein. Les médecins de famille qui utilisent ce modèle transmettent leur liste de patients directement au coordonnateur enseignant¹⁷. Le coordonnateur enseignant dresse ensuite une liste des patients admissibles et rédige une lettre d'invitation qui est envoyée par le personnel du projet pilote de SFPIA au nom du PSP. Dans cette lettre, on invite le patient à téléphoner à l'IA pour discuter de la question des tests de dépistage. On a constaté que ce modèle est l'une des façons les plus efficaces de recruter des patients¹⁷. La trousse d'outils offerte aux établissements contient également un certain nombre de documents qui aident les établissements à mettre en place ce modèle. Elle contient notamment un modèle de lettre à l'intention des PSP pour les renseigner sur le projet pilote de

SFPIA, un modèle de scénario téléphonique pour inviter les unités de soins primaires à participer à une séance d'information à l'heure du dîner et un modèle d'exposé en vue du recrutement des PSP²⁶. Durant l'atelier à l'intention des coordonnateurs enseignants, il a été recommandé de commencer par faire des démarches auprès des grandes cliniques de médecine familiale et de recenser les équipes de santé familiale de la région. Une fois fait, une lettre peut être envoyée aux bureaux des médecins pour leur demander de participer à une séance d'information à l'heure du dîner. Comme la communication de médecin à médecin semble être la meilleure méthode, le rôle du médecin responsable est également très important. La participation du gastro-entérologue ou du chirurgien aux activités de sensibilisation peut être une façon efficace d'augmenter le nombre de patients aiguillés.

De plus, la participation des médecins de famille en tant que « porte-parole » du projet a contribué à l'augmentation du nombre d'aiguillages dans plusieurs établissements¹⁷. Par exemple, après la mise en place du projet pilote de SFPIA en 2006-2007, les régions ont créé un poste de responsable régional des soins primaires (un médecin de famille recevant le soutien de Action Cancer Ontario depuis 2009) pour appuyer les efforts de dépistage du cancer en Ontario. Dans le cadre de leur rôle, les responsables régionaux des soins primaires ont contribué à mieux faire connaître le projet pilote de SFPIA et à inciter leurs pairs à y aiguiller des patients¹⁷.

Dans l'ensemble, il est essentiel d'adopter une approche intégrée et uniforme en matière de recrutement des patients. Bien qu'il existe de nombreuses stratégies, chaque établissement doit trouver des façons efficaces d'obtenir la participation des intervenants locaux et de faire en sorte qu'ils appuient les tests de dépistage, en utilisant les approches qui lui conviennent le mieux. Au cours du projet pilote de SFPIA, un certain nombre de

facteurs de réussite contribuant au recrutement des patients ont été identifiés et jugés particulièrement importants, notamment la présence de médecins champions, les réunions en personne avec les PSP permettant de renseigner les patients sur les tests de dépistage et un processus facile à utiliser offrant aux PSP d'aiguiller les patients vers le personnel infirmier.

CONSIDÉRATIONS SOCIALES

Niveau d'acceptation par les professionnels

Depuis le début du projet pilote, la SFPIA est de plus en plus acceptée par les professionnels des soins de santé. En juillet 2007, l'OMA a publié un énoncé relatif aux infirmiers et infirmières endoscopistes (Statement on Nurse Sigmoidoscopist) et a affirmé « soutenir le rôle des infirmiers et infirmières autorisés effectuant des sigmoidoscopies flexibles lorsque des conditions et critères précis sont respectés »⁴⁰. Des renseignements détaillés sur les conditions et les principes établis par l'OMA sont présentés à l'**annexe E**.

L'AIIAO partage cette opinion; la SFPIA a été incluse dans les recommandations en matière de politiques stratégiques présentées au gouvernement de l'Ontario avant l'élection provinciale de 2010⁴⁶. En outre, la CSGNA a publié un énoncé dans lequel elle approuvait officiellement le rôle des infirmiers et infirmières endoscopistes⁴⁷.

Dans le cadre de l'évaluation du projet mené en 2010, les participants au projet pilote de SFPIA ont remarqué que leurs collègues étaient de plus en plus nombreux à approuver le projet¹⁷. Durant la phase de formation dans les établissements participant au projet pilote, certains membres de l'équipe ont constaté le scepticisme du personnel infirmier et des médecins. Toutefois, durant la phase opérationnelle dans ces établissements, les infirmiers et infirmières

ont mentionné percevoir de plus en plus de respect et d'acceptation de la part de leurs collègues. De plus, les médecins de famille ont participé de plus en plus au projet et souhaitaient soutenir les infirmiers et infirmières dans leur nouveau rôle. Les médecins formateurs et les spécialistes cliniques de Action Cancer Ontario ont joué un rôle extrêmement important dans cette évolution grâce aux activités de promotion du dépistage du cancer colorectal et de la SF auprès des PSP.

Niveau d'acceptabilité par la population et les patients

En 2009, l'équipe d'évaluation du projet de ACO a procédé à un sondage pour évaluer les niveaux d'acceptabilité de la SFPIA chez les patients¹⁷. L'enquête a été réalisée durant la phase de formation dans les établissements participant au projet pilote, au moment où les infirmiers et infirmières participants avaient terminé la portion de la formation portant sur le retrait de l'endoscope et avaient commencé à effectuer des interventions complètes. Un instrument validé, le questionnaire sur la satisfaction des patients III (QSPIII), a été utilisé; il était axé sur cinq aspects liés à la satisfaction et à la douleur. Les patients pouvaient également présenter leurs commentaires par écrit¹⁷.

Au total, 184 patients de quatre établissements ont répondu au questionnaire. Tous avaient subi une SF effectuée par un infirmier ou une infirmière et supervisée par un médecin formateur. Les résultats (**Tableau 6**) montrent que les patients étaient généralement satisfaits de l'intervention (niveau moyen de satisfaction générale de 25,7 sur 30, où 30 représente une satisfaction complète) et qu'ils avaient ressenti peu de douleur (niveau moyen de douleur de 2,4 sur 10, où 0 représente aucune douleur)¹⁷.

TABLEAU 6 | Résultats du questionnaire sur la satisfaction des patients (du 1er octobre 2007 au 30 juin 2009)

SOUS-ÉCHELLE DU QSPIII	STATISTIQUES DESCRIPTIVES							RÉSULTAT POSSIBLE	
	N	MOYENNE	MÉDIANE	É.-T.	MIN	MAX	RÉSULTAT MOYEN EN POURCENTAGE DU MAX. POSSIBLE	MIN	MAX
Satisfaction générale	177	24,7	25	3,5	14	30	82,4	6	30
Qualité technique	179	43,6	45	5,0	30	50	87,2	10	50
Relations interpersonnelles	182	32,6	34	3,3	23	35	93,3	7	35
Communication	182	22,9	24	2,5	16	25	91,5	5	25
Temps passé avec le personnel infirmier	181	9,1	10	1,2	6	10	91,4	2	10
Douleur	173	2,4	1,8	2,3	0	10	24,4	0	10

Remarque : Données extraites le 23 juillet 2009. Données recueillies du 1er octobre 2007 au 30 juin 2009. Source de données : Nurse Flexible Sigmoidoscopy (NFS) Patient Satisfaction Survey. Préparé par : ContrôleCancerColorectal. Source : RN Performed Flexible Sigmoidoscopy in a Pilot Project of Colorectal Cancer Screening Evaluation Report 2007 2010, Action Cancer Ontario, 2010.

Les patients ont également mentionné un niveau de satisfaction élevé à l'égard des aspects non techniques de leur expérience, dont les « relations interpersonnelles » (résultat moyen de 24,7 sur 30, où 30 représente une excellente relation), la « communication » (résultat moyen de 22,9 sur 25, où 25 représente une excellente communication) et le « Temps passé avec le personnel infirmier » (résultat moyen de 9,1 sur 10, où 10 représente une bonne expérience). Les patients ont semblé apprécier grandement le confort et le soutien offerts par les infirmiers et infirmières endoscopistes¹⁷.

Les résultats liés à la qualité technique du personnel infirmier étaient également élevés, bien que certains patients aient jugé difficile de noter cet aspect¹⁷.

Il s'agit d'un questionnaire permanent utilisé pour surveiller continuellement la satisfaction des patients à l'égard du projet. Comme nous l'avons mentionné

ci-dessus, les groupes participant au projet de SFPIA s'efforcent actuellement d'améliorer le questionnaire. Leur intention est d'utiliser une version révisée du questionnaire au cours du prochain exercice.

Depuis la mise en place du projet pilote de SFPIA, la satisfaction des patients est demeurée élevée. Une évaluation menée dans sept établissements participant au projet pilote en 2011 a montré que le niveau moyen de satisfaction générale était de 80,9 %, lorsque représenté en tant que pourcentage du résultat maximum possible⁴⁸. Ce résultat est comparable aux résultats précédents et montre que la SFPIA, dans le contexte de ce projet pilote, est jugée acceptable et satisfaisante par les patients.

Niveau de satisfaction et préférences des membres de l'équipe du projet pilote de SFPIA

En 2010, Action Cancer Ontario a évalué le niveau d'acceptabilité du projet et de satisfaction auprès

des membres du projet pilote de SFPIA. L'évaluation comportait un questionnaire et une série d'entrevues auprès des IA, des médecins formateurs et des enseignants. Une série supplémentaire d'entrevues ont également été menées auprès des membres de l'équipe de projet, dans deux établissements participant au projet de SFPIA durant l'étape de fonctionnement opérationnel¹⁷.

Le questionnaire servait à évaluer le niveau de satisfaction du personnel infirmier et la mesure dans laquelle la formation répondait aux besoins des infirmiers et infirmières. La cohorte initiale d'infirmiers et d'infirmières avait, à ce moment-là, terminé la formation didactique et la formation à l'aide des simulateurs. Le taux de réponse au questionnaire a été de 100 %. On a demandé aux infirmiers et infirmières d'accorder une note de 1 à 5 (1 = très insatisfait, 5 = très satisfait) à la semaine de formation offerte par le Michener Institute for Applied Health Sciences. Les infirmiers et infirmières étaient en général très satisfaits; la note moyenne était de 4,7. Les participants ont également eu une réaction positive à l'égard des possibilités de formation continue, des séances de formation et de la communication avec les autres infirmiers et infirmières endoscopistes¹⁷.

En plus de ce questionnaire, une série d'entrevues ont été menées auprès de certains membres de l'équipe de chaque établissement, ainsi qu'auprès des enseignants. Le groupe comportait au total six infirmiers et infirmières, six coordonnateurs, cinq médecins formateurs et deux enseignants¹⁷. L'évaluation qualitative a montré que, dans l'ensemble, les infirmiers et infirmières étaient satisfaits de la formation reçue. Ils estimaient que les enseignants étaient très qualifiés et ont apprécié la possibilité de collaborer avec leurs pairs et d'apprendre les uns des autres. Les médecins

formateurs interrogés dans le cadre de l'évaluation étaient eux aussi satisfaits du cours de formation. Ils ont décrit la formation comme une expérience positive et recommanderaient le projet de SFPIA à d'autres médecins¹⁷.

Lorsqu'on leur a demandé pourquoi ils avaient participé à la formation sur la SF, les infirmiers et infirmières ont dit avoir voulu élargir leur rôle, acquérir de nouvelles compétences et se perfectionner sur le plan professionnel. Plusieurs infirmiers et infirmières souhaitaient également participer à une nouvelle initiative de dépistage du cancer colorectal. Les infirmiers et infirmières étaient satisfaits des formations didactique et clinique et jugeaient que la formation était inestimable et qu'elle leur avait permis d'acquérir de nouvelles compétences et de renforcer leur niveau de confiance. Les IA ont accordé une note élevée à la rétroaction fournie par les médecins formateurs et les patients et reconnaissent l'importance d'entretenir de bonnes relations avec le médecin formateur afin de pouvoir perfectionner leurs compétences. Les IA reconnaissent également que cette relation demeure importante durant la phase opérationnelle du projet, pour faire face aux complications et bien communiquer les résultats des interventions.

Selon les répondants, les éléments qui permettraient d'améliorer la formation du personnel infirmier sont les suivants : davantage de séances de formation et de temps consacré à la formation à l'aide des simulateurs, plus de séances individuelles avec les enseignants, possibilité de formation continue, et communication continue par la suite entre les participants à la formation. Le peu de disponibilité des médecins formateurs et la durée inadéquate de la formation clinique ont été mentionnés comme étant des obstacles

à une bonne formation. Le recrutement des patients est également un facteur important, puisqu'un nombre insuffisant d'interventions a des répercussions négatives sur la confiance des infirmiers et infirmières et leur capacité à conserver leurs compétences.

On a demandé aux médecins quelle était leur opinion à l'égard de la formation du personnel infirmier, et la plupart d'entre eux ont dit être satisfaits du nombre d'interventions requises, soit 75, pour déterminer le niveau de compétence des infirmiers et des infirmières. Toutefois, certains médecins ont indiqué que les infirmiers et infirmières n'avaient pas tous besoin du même temps pour devenir compétents, selon leur expérience antérieure. Un médecin a suggéré qu'il serait préférable que les infirmiers et infirmières effectuent 100 interventions complètes avant que l'on détermine leur compétence¹⁷. Un autre médecin a mentionné qu'il se pouvait que des complications qui n'étaient pas survenues durant les 50 premières interventions surviennent une fois que les infirmiers et infirmières travaillent de façon autonome, ce qui pourrait poser problème.

Toutefois, en général, les médecins soutenaient les membres du personnel infirmier et considéraient que les infirmiers et infirmières « savaient travailler en équipe »¹⁷. Les médecins ont dit que l'établissement de relations productives à long terme avec les infirmiers et infirmières était essentiel à la réussite du projet. Enfin, ils ont exprimé une opinion positive à l'égard de l'évaluation indépendante des infirmiers et infirmières et ont dit que l'évaluation était juste, appropriée et valide¹⁷.

En mars 2010, une évaluation de l'acceptabilité du projet pilote de SFPIA a été menée dans les deux premiers établissements où des infirmiers et infirmières ont pu travailler de façon autonome. Des entrevues ont

été menées auprès des membres de l'équipe, soient des infirmiers et infirmières endoscopistes, des médecins formateurs et des coordonnateurs enseignants¹⁷.

L'évaluation a montré que les infirmiers et infirmières endoscopistes effectuant des SF de façon autonome avaient confiance en leur capacité d'effectuer des SF et de prendre en charge leurs patients. Ils ont indiqué qu'ils avaient grandement amélioré leurs compétences au cours de la formation et qu'il était essentiel qu'ils puissent effectuer un nombre suffisant d'interventions pour ne pas perdre leurs compétences et être toujours à l'aise durant l'intervention. Les médecins formateurs étaient également de cet avis et ont témoigné un degré élevé de confiance envers les capacités des infirmiers et infirmières. Tout particulièrement, les médecins appréciaient la capacité des infirmiers et des infirmières d'offrir un bon niveau de soutien aux patients avant et après l'intervention¹⁷.

Coûts du projet pilote

Le projet pilote de SFPIA a été financé par le MSSLD, par l'entremise de ACO. Pour déterminer les exigences initiales en matière de financement du projet pilote de SFPIA, le groupe de travail ontarien sur les services d'endoscopie du gros intestin a établi en 2005 une estimation a priori des coûts de démarrage et de formation, ainsi que des coûts opérationnels pour un an (Tableau 7)¹⁴.

En 2010, les coûts réels ont été calculés pour les trois premières années du projet pilote de SFPIA¹⁷. Cette analyse mettait l'accent sur les coûts directs de la formation du personnel infirmier et des médecins, ainsi que sur ceux du fonctionnement clinique après la formation. L'analyse a été menée pour les six premiers établissements à avoir participé au projet pilote, lesquels comptaient au total 13 IA.

Comme les données de facturation du RASO n'étaient pas disponibles, les estimations de coûts ont été calculées en fonction de deux scénarios : si tous les médecins formateurs avaient opté pour le

modèle de rémunération par tarif journalier ou si tous les médecins formateurs avaient opté pour un remboursement proportionnel aux frais du RASO (Tableau 8). Selon ces modèles, l'estimation totale des coûts pour les trois premières années du projet (y compris la formation et le fonctionnement) dans les six établissements participants était d'un peu plus de 2,3 millions de dollars.

Le calcul initial effectué par le groupe de travail ontarien sur les services d'endoscopie du gros intestin était basé sur un certain nombre d'hypothèses. On prévoyait qu'au total 14 infirmiers et infirmières endoscopistes participeraient à la première phase du projet (six personnes prenant part à l'étude initiale de la Change Foundation et huit personnes provenant de six autres établissements). Les données initiales supposaient également que les IA endoscopistes effectueraient au total 1 248 interventions par année (huit interventions par demi-journée à raison de trois demi-journées par semaine)¹⁴.

En fait, 13 infirmiers ou infirmières ont participé à la première phase du projet pilote de SFPIA, dans six établissements. Trois établissements ont cessé de participer au projet le 1er avril 2009. Durant les trois

TABLEAU 7 | Coûts estimés (a priori) de la formation et du fonctionnement continu du projet pilote de SFPIA

PHASE	COÛTS ESTIMÉS
Démarrage/phase de formation*	803 338 \$ (200 834 \$/établissement [§])
Phase de fonctionnement opérationnel [¥] (un an)	1 926 802 \$ (321 133,67 \$/établissement [∞])
Total	2 730 140 \$ (521 968,17 \$/établissement)

Remarques : * La phase de démarrage et de formation comprend les coûts de formation des ressources humaines dans les établissements et les coûts centralisés de démarrage, y compris les coûts relatifs aux appareils d'endoscopie (pour un établissement), aux systèmes d'information, et à la coordination et à la promotion du programme. § Estimation basée sur quatre établissements participant à la formation (deux établissements avaient déjà suivi la formation dans le cadre de l'étude de la Change Foundation). ¥ Les coûts liés à la phase de fonctionnement opérationnel comprennent les coûts de fonctionnement annuels par établissement pour les ressources humaines (si l'on suppose qu'un IA endoscopiste qualifié effectuera 1 248 interventions/année), les fournitures d'endoscopie et les coûts d'exploitation de ACO. ∞ Estimation basée sur six établissements opérationnels.

TABLEAU 8 | Coûts du projet pilote (de 2007-2008 à 2009-2010)

	PHASE DE FORMATION	PHASE DE POST-FORMATION	TOTAL
Coûts de formation*	113 291,39 \$	-	113 291,39 \$
Coûts de fonctionnement des établissements[§]	1 434 147,78 \$	233 771,32 \$	1 667 919,10 \$
Rémunération des médecins [¥]	152 267,58 \$a à 110 819,60 \$b	13 600,00 \$a à 18 833,28 \$b	165 867,58 \$a à 129 652,88 \$b
Coûts de fonctionnement de ACO[∞] (gestion et évaluation du projet)	312 482,53 \$	120 564,63 \$	433 047,17 \$
Total	2 012 189,28 \$a à 1 970 741,30 \$b	367 935,95 \$a à 373 169,23 \$b	2 380 125,25 \$a à 2 343 910,54 \$b

Remarques : Les chiffres ci-dessus sont basés sur les données suivantes : six établissements initiaux, 13 IA et 13 médecins pour la formation et le soutien; trois établissements ayant interrompu leur participation au projet le 1er avril 2009. Parmi les trois établissements restants, un a terminé la formation le 1er décembre 2008, un autre l'a terminée le 1er mai 2009 et le dernier poursuivait toujours la formation en mai 2010.

* Les coûts de formation sont liés au cours de formation de 2007 (y compris les coûts d'utilisation des installations de l'institut Michener, les simulateurs haute et basse fidélité; les patients standards, le matériel de cours, les enseignants, les déplacements, les repas et l'hébergement du personnel infirmier et le soutien des médecins participant à la formation des formateurs), l'atelier de collaboration des coordonnateurs enseignants (qui a eu lieu en mars 2008) et l'évaluation indépendante des infirmiers et infirmières.

¥ Les médecins ont été rémunérés pour le temps consacré à la supervision directe du personnel infirmier et à diverses autres activités comme les réunions d'équipe et les activités de promotion du projet. ∞ Les coûts de ACO ont été calculés au prorata pour la phase de formation et la phase après la formation, selon le nombre de mois que chaque établissement a consacré à chaque phase. 2007-2008 : formation à 100 %; 2008-2009 : formation à 94 %, 2009-2010 : formation à 36 %.

§ Les coûts de fonctionnement pour 2007-2008 et 2008-2009 comprennent les dépenses réelles; les données de 2009-2010 comprennent une répartition en fonction du nombre minimum requis

premières années du projet pilote de SFPIA, les coûts opérationnels des établissements participants étaient couverts par un budget global, sans égard au nombre d'interventions¹⁷. Cette méthode de fonctionnement a été modifiée au cours de la troisième année du projet (2009-2010) et un nouveau modèle de financement a été mis en place. Chaque établissement a alors reçu 185 \$ par intervention pour couvrir les coûts cliniques et les coûts liés aux ressources humaines (le salaire et les avantages sociaux des IA endoscopistes, des assistants en endoscopie et des préposés à la stérilisation, ainsi que les fournitures et équipements connexes précisés dans l'entente conclue avec l'établissement)¹⁷. Une cible de six interventions par semaine par établissement a été établie. Cette nouvelle méthode de financement a mené à une diminution marquée des coûts liés au projet pilote de SFPIA¹⁷. Le financement des coûts liés aux coordonnateurs enseignants et aux médecins formateurs/

médecins de soutien ainsi que le financement des coûts administratifs liés au recrutement des patients, aux communications et à la formation supplémentaire s'ajoutent aux 185 \$ par intervention (Tableau 9).

Pour l'instant, lorsque ACO conclut une entente avec un établissement, il lui verse un financement variable fondé sur le nombre réel d'interventions en plus d'un financement fixe pour le recrutement, notamment le salaire et les avantages sociaux d'un coordonnateur enseignant (1 ETP), et d'autres dépenses de recrutement (Tableau 9). Les établissements peuvent utiliser le financement variable pour le salaire et les avantages sociaux du personnel qui participe au projet (p. ex. IA endoscopistes, assistants en endoscopie, préposés à la stérilisation et personnel administratif), les dépenses liées à la formation, les fournitures et l'équipement (à l'exclusion des dépenses en

TABLEAU 9 | Coûts de fonctionnement des établissements participant au projet de SFPIA

COÛTS DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS	TOTAL (\$)
Coût par intervention (c.-à-d. salaire de l'IA endoscopiste, salaire de l'assistant en endoscopie, salaire du préposé à la stérilisation, fournitures et équipement, etc.)	185 \$ par cas
Coordonnateur enseignant	85 000 \$ à 106 000 \$ par année
Administration (p. ex. communications, dépenses en formation continue, recrutement des patients)	6 000 \$ à 7 500 \$ par année

Remarque : La rémunération des médecins formateurs et celle des médecins de soutien sont établies séparément et s'ajoutent au financement susmentionné.

capital comme l'achat d'endoscopes), les dépenses opérationnelles et les coûts de déplacement connexes (p. ex. lorsque les coordonnateurs parcourent leur région pour faire la promotion du recrutement des patients)³⁰.

Facteurs de succès et leçons retenues

Pour comprendre le changement organisationnel et l'innovation, il faut comprendre le contexte et la signification du projet et les intervenants qui y participent. Un certain nombre de stratégies et de jalons ont contribué à la réussite du projet pilote de SFPIA au fil des ans, et un certain nombre de leçons retenues ont été utiles. La section qui suit les met en lumière.

I. CONTEXTE POLITIQUE

Harmonisation avec les stratégies gouvernementales sur les ressources humaines en santé

En 2005-2006, le gouvernement du Canada a lancé la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé (SPRHS) pour « contribuer à une coordination efficace et à une planification concertée des ressources humaines en santé à l'échelle du pays », en réponse aux recommandations de la Commission sur l'avenir des soins en santé au Canada (2002), du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2002) et des accords de 2003 et de 2004 des premiers ministres⁴⁹. L'attention renouvelée accordée aux ressources humaines en santé se fondait sur un certain nombre de principes et de recommandations :

- « Se pencher sur la nécessité de modifier les champs et les profils d'exercice des professionnels de la santé pour les adapter à l'évolution de la prestation des services de santé, en particulier par le biais de nouvelles approches de soins de santé primaires... De nouveaux rôles pour les infirmières, les médecins de famille, les pharmaciens, les gestionnaires de cas et tout un éventail de nouvelles professions dans le domaine de la santé⁵⁰. » (p. 30)

- Garantir aux gens un accès à un PSP compétent lorsqu'ils en ont besoin. Les premiers ministres se sont entendus pour « accélérer immédiatement la mise en œuvre des initiatives et pour accomplir des progrès annuels substantiels afin de faire en sorte que leurs citoyens reçoivent couramment les soins requis par l'entremise d'organismes ou d'équipes pluridisciplinaires de soins primaires⁵¹. »
- Qu'« un examen indépendant des règles relatives au champ de pratique et des autres règlements concernant ce que chaque professionnel de la santé peut ou ne peut pas faire soit effectué dans le but d'élaborer des propositions qui feraient en sorte qu'on utilise pleinement les compétences des divers professionnels de la santé et que les soins de santé soient fournis par le professionnel qualifié qui convient le mieux⁵². »

Le 3 mai 2006, l'attention renouvelée de l'Ontario aux ressources humaines en santé s'est traduite par la création de ProfessionsSantéOntario (PSO), stratégie dont l'objectif est d'assurer aux Ontariens un accès aux divers PSP dont ils ont besoin. L'une des composantes clés de la stratégie PSO touche l'adoption de rôles novateurs par les professionnels des soins de santé.

Les objectifs du projet pilote de SFPIA étaient d'examiner l'acceptabilité et la faisabilité des SFPIA dans le contexte d'un nouveau modèle de prestation de services pour le dépistage du cancer colorectal, ainsi que d'examiner la capacité du projet à augmenter le taux de détection du cancer colorectal en Ontario. Ces objectifs étaient étroitement liés à l'une des priorités de la stratégie de PSO. Par conséquent, en 2007, le Secrétariat des soins infirmiers du MSSLD et ACO ont créé et lancé le projet pilote de SFPIA. Le moment du lancement de ce projet par rapport à celui d'initiatives stratégiques gouvernementales plus vastes constitue probablement un facteur clé du succès initial du projet.

II. CONTEXTE DU RÉSEAU DE CANCÉROLOGIE

Contribution et engagement précoces des intervenants

Dès le début du projet, il était clair qu'il fallait obtenir la contribution des intervenants. Comme chaque groupe d'intervenants a un point de vue unique, un comité consultatif multidisciplinaire composé, notamment, de représentants de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), de la Canadian Society of Gastroenterology Nurses and Associates (CSGNA), de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS), de l'Ontario Association of Gastroenterology, de l'Ontario Medical Association (OMA), de l'Association canadienne des chirurgiens généraux et de l'Association des chirurgiens généraux de l'Ontario, et de PSP a été créé.

Le comité avait pour mandat d'offrir des conseils, des renseignements, des connaissances et une expertise à l'équipe de sélection et à ACO afin de les aider à mettre en œuvre un projet d'IA endoscopistes en Ontario. Bien que la SFPIA ne soit pas un concept nouveau, le projet était le premier du genre au Canada. Pour accroître le rôle des infirmiers et infirmières et y intégrer des compétences qui relèvent généralement des médecins spécialistes, il faut examiner attentivement la façon dont le nouveau rôle s'inscrit dans le champ de compétences des infirmiers et infirmières et l'incidence que cela aura sur les médecins, le système de soins de santé et les patients.

Ce comité multidisciplinaire a joué un rôle de premier plan dans l'examen détaillé de la mise en œuvre de nouveaux modèles de soins multidisciplinaires. Par exemple, les membres ont formulé des commentaires

sur la meilleure façon d'élaborer des directives médicales, ce qui doit absolument y figurer et sur le processus à utiliser pour les mettre en œuvre. De plus, les enjeux liés à la pratique ont été abordés en consultation avec l'Ordre des infirmiers et infirmières de l'Ontario, en tenant bien compte des répercussions sur d'autres groupes.

Il est probable qu'un processus itératif soit nécessaire pour que toutes les préoccupations des intervenants soient abordées. Bien que ce processus soit long et qu'il suppose de nombreuses délibérations, il s'agit d'une des grandes réussites du projet. Sans l'acceptation de tous les intervenants, il est peu probable qu'un projet multidisciplinaire de cet ordre réussisse.

Message clair et uniforme

Durant l'étude initiale de la Change Foundation, les médecins de famille ont indiqué que les messages véhiculés par les programmes provinciaux de dépistage du cancer colorectal semblaient être en contradiction avec les objectifs du projet de SFPIA. À ce moment-là, ACO venait tout juste de lancer le programme ContrôleCancerColorectal, programme de dépistage du cancer colorectal ciblé, dont la méthode de dépistage recommandée pour les patients présentant un risque moyen était la RSOS bisannuelle. De plus, comme façon d'améliorer les taux de dépistage, la province offrait aux médecins des incitatifs financiers afin que ceux-ci effectuent des tests de dépistage par RSOS⁵³. Au même moment, le projet pilote de SFPIA, également financé par le MSSLD par l'entremise de ACO, demandait aux PSP locaux de référer vers le programme les personnes présentant un risque moyen. Cette contradiction a probablement fait en sorte qu'un nombre moindre de patients a été dirigé vers le projet pilote de SFPIA. Dans le cadre de la mise en œuvre d'un projet de SFPIA, il est essentiel de chercher à comprendre comment un

tel programme s'inscrit dans le contexte général des programmes de dépistage afin de garantir la diffusion d'un message clair et uniforme aux prestataires.

Le comité d'experts appuyé par le Programme de soins fondés sur la recherche (PSFR) de ACO examine les données probantes concernant les tests de dépistage du cancer colorectal pour déterminer, en partie, dans quelle mesure la sigmoïdoscopie flexible devrait être intégrée au programme ContrôleCancerColorectal.

III. CONTEXTE RÉGIONAL

Capacités régionales en coloscopie et connaissance des données probantes liées à la SF

L'un des éléments qui favorise le projet pilote de sigmoïdoscopie flexible est le fait que le projet est basé sur des données probantes solides⁵⁴. Les données probantes sur la SF ont été recueillies au cours des dernières années, notamment grâce à la publication récente des résultats d'importants essais cliniques randomisés montrant l'efficacité du dépistage par la SF, dont une réduction de 21 % de l'incidence du cancer colorectal après un suivi moyen de 11,9 ans²³. Toutefois, au moment de la mise en place du projet pilote de SFPIA, on commençait tout juste à recueillir des données probantes sur l'efficacité de la SF en tant qu'outil de dépistage du cancer colorectal. Comme le mentionnait l'atlas de recherche initial de l'IRSS portant sur le recours aux interventions touchant le gros intestin en Ontario, le taux de sigmoïdoscopie flexible a diminué entre 1992 et 2001, tandis que le taux de coloscopie a augmenté, situation qui s'explique probablement par le fait que les patients et les médecins préfèrent la coloscopie¹⁴. Cette tendance a également été observée durant le projet pilote de SFPIA en Ontario. Les deux établissements participant à l'étude de la Change Foundation étaient situés dans des grands

centres urbains où les spécialistes sont nombreux; cette situation a contribué à la difficulté d'aiguiller vers les IA endoscopistes le nombre de patients nécessaire à la réussite de l'étude³³.

Dès lors que ACO a mis en place le projet pilote de SFPIA, il y a eu des établissements tant dans les régions rurales que dans les régions urbaines. On a ainsi constaté que la variabilité de l'accès à des interventions de coloscopie dans la province influait sur le nombre de personnes aiguillées vers le projet. Dans les collectivités où la population avait facilement accès à des spécialistes, bon nombre de médecins de famille et de patients semblaient préférer la coloscopie, tandis que dans les collectivités où l'accès à des spécialistes était limité, les médecins de famille reconnaissaient que la SFPIA était une bonne façon de permettre aux patients présentant un risque moyen de subir un test de dépistage⁵³. Ces constatations influenceront sur la mise en œuvre et la sélection ultérieures des établissements participant au projet de SFPIA. Il faudra sans doute mieux faire connaître les données probantes et les avantages de la SF aux prestataires. Il est important de surveiller et de diffuser ces données probantes pour faire en sorte que les PSP et le public choisissent plus souvent les tests de dépistage appropriés. De plus, bien que les éléments de preuve soient de plus en plus nombreux et que des efforts de sensibilisation soient en cours, il serait peut-être prudent de limiter le projet de SFPIA aux établissements situés dans des régions ayant des capacités limitées en matière de coloscopie ou dans les régions où le taux de dépistage est actuellement insuffisant.

Tirer profit des relations existantes avec les prestataires de soins primaires

Puisqu'un nombre suffisant d'interventions est essentiel à la réussite du projet, il ne faut pas sous-estimer l'importance des bonnes relations de travail avec les

PSP régionaux. Dans le contexte du projet pilote de SFPIA, certains établissements ont été en mesure de tirer profit des relations existantes entre ACO et les PSP locaux.

Le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) a été lancé en 1990. Il s'agit d'un partenariat entre le MSSLD et ACO. L'objectif du programme est de réduire le taux de mortalité attribuable au cancer du sein grâce à des tests de dépistage auprès des femmes âgées de 50 à 74 ans présentant un risque moyen. Le programme a récemment été élargi et offre maintenant des tests de dépistage aux femmes présentant un risque élevé, dès l'âge de 30 ans. Les services de dépistage sont offerts dans des établissements particuliers, des hôpitaux affiliés et des installations indépendantes de soins de santé partout dans la province. Les patientes peuvent être dirigées vers le programme par leur médecin de famille ou un membre du personnel infirmier, ou peuvent elles-mêmes faire une demande. Pour augmenter le nombre de personnes dirigées vers le programme et le taux de dépistage du cancer du sein, un modèle de recrutement novateur a été mis en place dans certains établissements; le personnel du PODCS offre un soutien aux PSP en les aidant à accomplir de nombreuses activités administratives visant à garantir que leurs patientes admissibles subissent un test de dépistage. Le personnel du PODCS aide les médecins à déterminer quelles sont les patientes admissibles aux tests de dépistage à partir de la liste de patients des médecins, envoie des lettres d'invitation personnalisées aux patientes au nom des médecins et fait le suivi approprié auprès du PSP et des patientes⁵⁵. Grâce à ce modèle, appelé modèle de recrutement par l'intermédiaire des médecins de famille (MRMF), le taux de dépistage du cancer du sein a augmenté⁵⁵.

De façon générale, le personnel administratif du projet pilote de SFPIA a remarqué que le nombre de personnes dirigées vers les établissements du projet de SFPIA était plus élevé dans les régions où le PODCS était en place et utilisait le MRMF que dans les régions où les établissements n'utilisaient pas ce modèle pour diriger des patientes vers le PODCS. En utilisant le même modèle de recrutement, certains établissements offrant des SFPIA ont su tirer profit des relations existantes entre les médecins de famille et le PODCS, puisque bon nombre des bureaux de médecins de famille dans ces régions connaissaient déjà le processus et les avantages de ce modèle de recrutement.

IV. CONTEXTE INSTITUTIONNEL

Engagement et leadership fort de la part des hôpitaux

Le soutien des responsables médicaux est essentiel à la réussite continue du projet pilote dans les établissements offrant des SFPIA¹⁷. Le soutien suppose un engagement non seulement à offrir un espace clinique et du personnel, mais également à appuyer le personnel infirmier dans le cadre de son nouveau rôle. Les administrateurs, dans le cadre du projet pilote de SFPIA, ont souligné le rôle essentiel des dirigeants des hôpitaux, particulièrement de l'infirmier ou de l'infirmière en chef, qui peuvent influencer sur les décisions de la haute direction. Les médecins formateurs du projet de SFPIA jouent également un rôle important dans le fonctionnement du projet, compte tenu de leurs participations directes et continues. Bien que les établissements aient été choisis au départ en fonction des collaborations antérieures, l'expérience des premiers établissements a mené à l'élaboration d'un modèle d'évaluation de l'état de préparation des établissements, qui présente les éléments que ACO peut

utiliser pour évaluer l'engagement d'un hôpital à l'égard du projet. La directrice provinciale des soins infirmiers et de l'oncologie psychosociale de ACO joue un rôle important puisqu'elle rencontre les établissements susceptibles de participer au projet afin d'évaluer leur niveau d'engagement.

De plus, les syndicats d'infirmières et d'infirmiers dans les hôpitaux peuvent parfois avoir une influence sur le succès du projet de SFPIA. À titre d'exemple, une infirmière qui avait suivi la formation en endoscopie a été mutée ailleurs dans l'organisation, parce que les représentants syndicaux ont placé dans l'unité d'endoscopie une infirmière ayant plus d'ancienneté qu'elle. L'IA endoscopiste a ainsi été supplantée⁴.

Mécanismes d'aiguillage faciles à utiliser

En Ontario, il n'existe aucune méthode directe permettant d'aiguiller les patients vers le personnel infirmier. Cette absence de mécanismes d'aiguillage peut avoir nui au recrutement des patients³³. Dans le cadre de l'étude de la Change Foundation, un processus d'aiguillage central a été mis en place à Action Cancer Ontario pour qu'il soit plus facile d'aiguiller des patients et d'obtenir leur consentement éclairé. Dans le cadre du projet pilote de SFPIA, ACO a fourni aux établissements une trousse d'outils contenant des documents permettant de créer un système d'aiguillage facile à utiliser. Ces documents comprennent des diagrammes permettant de comprendre les processus d'aiguillage utilisés dans d'autres établissements, des modèles de formulaires d'aiguillage, des listes de contrôle de l'admissibilité des participants et des modèles de formulaires de confirmation et de préparation en vue de l'intervention²⁶. En général, on dit qu'un mécanisme d'aiguillage est facile à utiliser s'il n'a pas de répercussions négatives sur la charge de travail du médecin qui aiguille le patient. Le modèle de recrutement par l'intermédiaire des médecins de famille, permettant de diriger automatiquement les patients vers le projet en fonction de leur admissibilité (déterminée par le personnel de l'établissement offrant des SFPIA), est un exemple de processus d'aiguillage facile à utiliser ayant porté ses fruits.

⁴« Supplantation » s'entend du droit contractuel d'un employé ayant de l'ancienneté qui est mis à pied de remplacer un employé moins ancien sous réserve qu'il soit qualifié pour le poste. Les droits de supplantation sont généralement définis dans les conventions collectives.

Conclusion et orientations futures

Le projet de sigmoïdoscopies flexibles effectuées par le personnel infirmier autorisé (SFPIA) en est maintenant à sa sixième année d'activité et a montré qu'il était possible d'accroître le rôle du personnel infirmier afin d'améliorer les capacités de dépistage du cancer colorectal en Ontario. Le projet pilote de SFPIA est le premier en son genre au Canada et a permis de tirer des leçons importantes dont pourront profiter les autres provinces qui envisagent de mettre en place des programmes similaires.

Comme le projet pilote a atteint les objectifs qui avaient été fixés, une nouvelle phase commence maintenant. Au cours du prochain exercice, tous les établissements offrant la SFPIA devront rendre des comptes à leur programme régional de cancérologie respectif, lequel jouera un rôle plus important et assumera davantage la responsabilité du programme de SFPIA. Durant l'exercice 2012-2013, les responsables du programme se sont efforcés de renforcer la structure actuelle, d'améliorer les ressources liées au soutien central, la collecte de données, l'évaluation et la production de rapports et de mettre l'accent sur l'évaluation des IA actuels suivant le programme de formation, afin de créer un bassin d'IA endoscopistes qualifiés dans la province. Grâce à ces bases solides, au cours des années à venir, les responsables du programme pourront élargir le programme afin d'améliorer les capacités de dépistage du cancer colorectal dans la province.

Le comité chargé de la formation réévaluera et mettra à jour le programme de formation, notamment en examinant les compétences enseignées dans le

cadre du programme et en déterminant si la gamme d'interventions pratiquées pourrait être élargie. Le comité validera les questionnaires utilisés pour évaluer le personnel infirmier et réexaminera le nombre minimum d'interventions que devront effectuer les infirmiers et infirmières avant de pouvoir subir l'évaluation en soulignant que, sur le plan pédagogique, les méthodes d'évaluation sont en général de plus en plus souvent des évaluations fondées sur les compétences. La compréhension des répercussions de ces éléments sur le programme de formation en SFPIA sera essentielle pour l'avenir. Compte tenu de l'infrastructure du programme existant de formation en SFPIA en Ontario (c.-à-d. du fait qu'il s'agit déjà d'un programme réparti pour lequel les principaux formateurs n'ont pas à bénéficier de droits hospitaliers dans un hôpital précis), il pourrait être envisagé d'élargir le programme afin d'offrir la formation dans d'autres provinces. De plus, au fil de l'évolution du programme et grâce à la création d'un bassin important d'IA qualifiés et engagés, on espère que les IA endoscopistes expérimentés participeront à la formation des nouveaux IA qui se joindront au programme.

Comme il existe de plus en plus de données probantes sur l'efficacité de la sigmoïdoscopie flexible en tant qu'outil de dépistage du cancer colorectal et que les résultats du projet pilote de SFPIA en Ontario sont positifs, nous attendons les résultats de l'examen des données probantes auquel procède actuellement le comité d'experts, appuyé par le PSFR de ACO. Ces résultats orienteront l'intégration officielle de la SF au programme ContrôleCancerColorectal.

Annexe A

ÉLÉMENTS DE CONTRÔLE DES DONNÉES

N°	ÉLÉMENT DE DONNÉE	DÉFINITION
SS1	Numéro principal d'établissement	Code de quatre chiffres attribués par le MSSLD à chaque établissement.
SS2	Numéro de dossier du patient	Code d'identification du patient, unique au sein de l'établissement de soins de santé.
SS3	Numéro d'assurance santé	Numéro d'assurance santé le plus récent du patient, qui lui a été attribué par le gouvernement de sa province de résidence.
SS5	Date de l'aiguillage	Date à laquelle la demande d'aiguillage vers une sigmoïdoscopie flexible a été reçue à la clinique.
SS6	Date de l'intervention	Date à laquelle la sigmoïdoscopie a été faite.
SS7	Profondeur d'insertion	Profondeur d'insertion de l'endoscope (en centimètres).
SS8	Durée de l'intervention	Durée de la sigmoïdoscopie (en minutes).
SS9	Polypes détectés	Un ou des polypes ont-ils été détectés durant la sigmoïdoscopie?
SS10	Polypes biopsiés	Nombre de polypes biopsiés.
SS11	Autres observations	Observations (anormales), mises à part les polypes.
SS12	Autres observations – autres	Description des observations « autres ». Remplir seulement lorsque la valeur « Autres observations » est « 0 ».
SS13	Complications	Complications survenues durant l'intervention.
SS14	Complications — autres	Description des complications « autres ». Remplir seulement lorsque la valeur « Complications » est « 0 ».
SS15	Angle splénique atteint	L'angle splénique a-t-il été atteint durant l'intervention?
SS16	Préparation adéquate de l'intestin	L'intestin du patient avait-il été bien préparé avant l'intervention?
IA1	Numéro de prestataire de l'IA	Code d'identification de l'IA ayant effectué l'intervention. Le code est propre à l'établissement de soins de santé qui soumet le rapport.
IA2	Numéro du professionnel de la santé (PS)	Code d'identification du professionnel de la santé (PS) pour le médecin ayant effectué cette activité. Ce code est propre à l'établissement de soins de santé qui soumet le rapport. Il ne s'agit pas du numéro de facturation du médecin.
IA3	Niveau d'autonomie	Niveau d'autonomie de l'IA ayant effectué la sigmoïdoscopie.
IA4	Type d'endoscope utilisé dans le cadre de la formation	L'intervention a-t-elle été effectuée à l'aide d'un endoscope court ou d'un endoscope long?
IA5	Durée de l'aide	Durée de l'aide apportée par le médecin de soutien (dans la salle) durant l'intervention, en minutes.
IA6	Type d'aide	Nature de l'aide apportée.
IA7	Type d'aide — autres	Description du type d'aide « autres ».

Annexe B

PLAN DE MISE EN ŒUVRE À COURT TERME POUR LES NOUVEAUX ÉTABLISSEMENTS

(Adapté de la trousse d'outils du projet de SFPIA)

SEMAINES 1 à 4



- Recruter/nommer un coordonnateur de projet et une réceptionniste de clinique.
 - Afficher le poste d'infirmier ou d'infirmière endoscopiste.
 - Recruter un médecin formateur.
 - Entreprendre les activités de recrutement des patients.
 - Planifier et préparer des conférences midi (responsabilité du coordonnateur).
 - Déterminer le processus de recrutement et cerner les cliniques avec lesquelles il faut communiquer.
 - Cerner les besoins en matière d'équipement.
 - Établir le budget du projet.
-

SEMAINES 5 à 8



- Embaucher le personnel infirmier.
 - Poursuivre les activités de recrutement des patients et fixer les rendez-vous.
 - Veiller à ce que l'équipement soit disponible.
 - Fixer les rendez-vous des médecins formateurs.
 - Embaucher/nommer le personnel.
 - Préparer l'espace clinique nécessaire.
 - Élaborer les méthodes de suivi des patients.
 - Établir le calendrier des périodes d'observation du personnel infirmier.
-

SEMAINES 8 à 10

- Continuer de fixer les rendez-vous des patients.
 - Orienter le personnel.
 - Commencer la formation en classe.
-

Annexe C

PROFIL DE COMPÉTENCES DU PERSONNEL INFIRMIER EFFECTUANT DES SIGMOÏDOSCOPIES FLEXIBLES

Élaboré par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario à l'intention du groupe de travail ontarien sur les services d'endoscopie du gros intestin, en mars 2005

	AVANT	PENDANT	APRÈS
<p>Considérations juridiques et éthiques</p> <p>Exercer conformément aux normes professionnelles, aux normes de qualité, aux lignes directrices, aux lois et au champ d'exercices.</p> <p>Respecter les limites de l'éducation, de la formation et de l'expérience.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Autorité requise • Directive médicale permettant d'effectuer des actes contrôlés liés à l'insertion d'un instrument au delà de la marge anale. • Directive médicale permettant d'effectuer des biopsies. • Directive médicale concernant la prise en charge immédiate des complications (s'il y a lieu) en attendant l'arrivée du médecin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autorité requise • Directive médicale concernant les soins après l'intervention. • Directive médicale concernant l'envoi des échantillons au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse. • Arbre décisionnel ou algorithme et processus permettant d'aiguiller les clients qui subissent une biopsie vers un médecin, en vue du diagnostic et du traitement.
<p>Santé et connaissances techniques permettant d'offrir des soins intégrés</p> <p>Mener des évaluations applicables à l'intervention d'endoscopie pour déterminer les besoins des clients, y compris les besoins internes (attitudes, valeurs, croyances et perceptions) et externes (facteurs familiaux, sociaux, environnementaux et politiques) relativement à la santé et aux soins de santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anatomie, physiologie, physiopathologie, connaissances liées à la sigmoïdoscopie flexible et à la biopsie. • Objectifs, indications, contre-indications, rendement, avantages, risques, solutions de rechange et complications des sigmoïdoscopies flexibles et des biopsies. • Préparation du patient en vue d'une sigmoïdoscopie flexible, particulièrement les soins pendant et après l'intervention. • Compétences en communications adaptées à chaque client (registre et diversité). • Principes d'éducation des patients. • Gestion des résultats obtenus et possibles • Obtention d'un consentement libre et éclairé, mesures de protection du personnel, des patients et de l'environnement. • Préoccupations liées à la santé et à la sécurité du personnel et des patients dans un environnement endoscopique (produits chimiques, ergonomie, latex, radiologie, composantes électriques, charges à soulever, matières dangereuses, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance approfondie de l'anatomie et de la physiologie du côlon sigmoïde. • Évaluation et reconnaissance efficace des tissus intestinaux normaux et anormaux. • Connaissances, compétences et jugement liés au prélèvement de tissus. • Capacité de reconnaître les signes et les symptômes des complications durant l'intervention. • Prise en charge des complications. • Évaluation des observations concernant l'état du patient et de leurs répercussions. • Connaissance de la construction, de la fonction et de l'utilisation des endoscopes flexibles et des accessoires connexes. • Préparation et manipulation d'instruments, d'équipement, y compris la mise à l'essai des fonctions et la résolution de problèmes durant l'utilisation. • Compétences techniques liées à l'insertion, à la poussée, au positionnement et au retrait de l'endoscope, aux biopsies et à toute intervention thérapeutique possible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance de l'état normal de rétablissement. • Capacité d'intégrer les observations à la pratique clinique (p. ex. potentiel de complications, savoir quand aiguiller le patient vers un médecin, ressources). • Capacité de gérer les complications immédiates. • Éducation des patients concernant la surveillance et les mesures à prendre après l'intervention. • Compétences en communications thérapeutiques concernant l'intervention, les observations et les soins de suivi. • Collaboration avec le patient pour élaborer un plan de soins.

PROFIL DE COMPÉTENCES DU PERSONNEL INFIRMIER EFFECTUANT DES SIGMOÏDOSCOPIES FLEXIBLES

Élaboré par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario à l'intention du groupe de travail ontarien sur les services d'endoscopie du gros intestin, en mars 2005

	AVANT	PENDANT	APRÈS
Hygiène, contrôle de l'infection et sécurité des patients et du personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les connaissances en matière de prévention de l'infection et de mesures de contrôle. • Prendre des mesures pour régler les problèmes liés à la sécurité des patients. • Vérifier que l'équipement est sécuritaire avant l'utilisation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures appropriées prises pour protéger les patients, soi-même et les autres membres de l'équipe contre toute blessure potentielle, notamment : <ul style="list-style-type: none"> • Risques d'infection et transmission d'infections durant la sigmoïdoscopie flexible et la biopsie. • Connaissances de la structure, de la fonction, de l'utilisation et des problèmes et dangers potentiels de l'équipement de sigmoïdoscopie flexible. • Résolution de problèmes liés à l'équipement et prise de mesures en vue de résoudre ces problèmes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les risques potentiels pour le personnel et les patients durant la décontamination et le retraitement de l'équipement. • Confirmer la décontamination, le retraitement et l'entreposage appropriés des endoscopes et de l'équipement de biopsie pour prévenir les infections et éviter d'endommager l'équipement. • Respecter les normes applicables de prévention et de contrôle des infections. • Entretenir, utiliser et jeter l'équipement de sigmoïdoscopie flexible et de biopsie conformément aux lignes directrices, aux règlements, aux lois et aux directives du fabricant.
Compétences continues	<ul style="list-style-type: none"> • Tenir à jour ses connaissances et ses compétences pour pouvoir : <ul style="list-style-type: none"> • Offrir des soins aux patients avant, pendant et après les sigmoïdoscopies flexibles et les biopsies. • Effectuer les sigmoïdoscopies flexibles et les biopsies. • Former les nouveaux employés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenir à jour ses connaissances et ses compétences pour pouvoir : <ul style="list-style-type: none"> • Offrir des soins aux patients avant, pendant et après les sigmoïdoscopies flexibles et les biopsies. • Effectuer les sigmoïdoscopies flexibles et les biopsies. • Former les nouveaux employés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenir à jour ses connaissances et ses compétences pour pouvoir : <ul style="list-style-type: none"> • Offrir des soins aux patients avant, pendant et après les sigmoïdoscopies flexibles et les biopsies. • Effectuer les sigmoïdoscopies flexibles et les biopsies. • Former les nouveaux employés.
Recherche Évaluation critique et application des recherches.	<ul style="list-style-type: none"> • Faire ressortir les questions pouvant faire l'objet de recherches. • Lire et analyser les rapports de recherche. • Interpréter les conclusions des recherches et les intégrer à la pratique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques fondées sur des données probantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer des compétences en recherche pour évaluer l'efficacité des soins et des traitements. • Participer à la mise à l'essai des nouveaux appareils.
Relations avec l'équipe de soins et autres intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre le rôle des autres membres de l'équipe de soins. • Collaborer avec les autres membres de l'équipe de soins. • Utiliser des compétences en résolution de conflits, au besoin. • Fournir des renseignements appropriés aux patients relativement à la santé et aux maladies, de même qu'aux membres de leur famille et aux prestataires de soins de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre le rôle des autres membres de l'équipe de soins. • Collaborer avec les autres membres de l'équipe de soins • Utiliser des compétences en résolution de conflits, au besoin. • Fournir des renseignements appropriés aux patients relativement à la santé et aux maladies, de même qu'aux membres de leur famille et aux prestataires de soins de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre le rôle des autres membres de l'équipe de soins. • Collaborer avec les autres membres de l'équipe de soins. • Utiliser des compétences en résolution de conflits, au besoin. • Fournir des renseignements appropriés aux patients relativement à la santé et aux maladies, de même qu'aux membres de leur famille et aux prestataires de soins de santé.
Tenue des dossiers	<ul style="list-style-type: none"> • Respecter les exigences juridiques et professionnelles en matière de documentation. • Connaître les différents formats et systèmes de documentation. 		<ul style="list-style-type: none"> • Tenir des dossiers exacts, dont des dossiers d'utilisation, de retraitement et d'entretien de l'équipement. • Utilisation d'une piste de vérification pour effectuer le suivi de l'équipement utilisé, de la décontamination, de l'entretien et du retraitement.

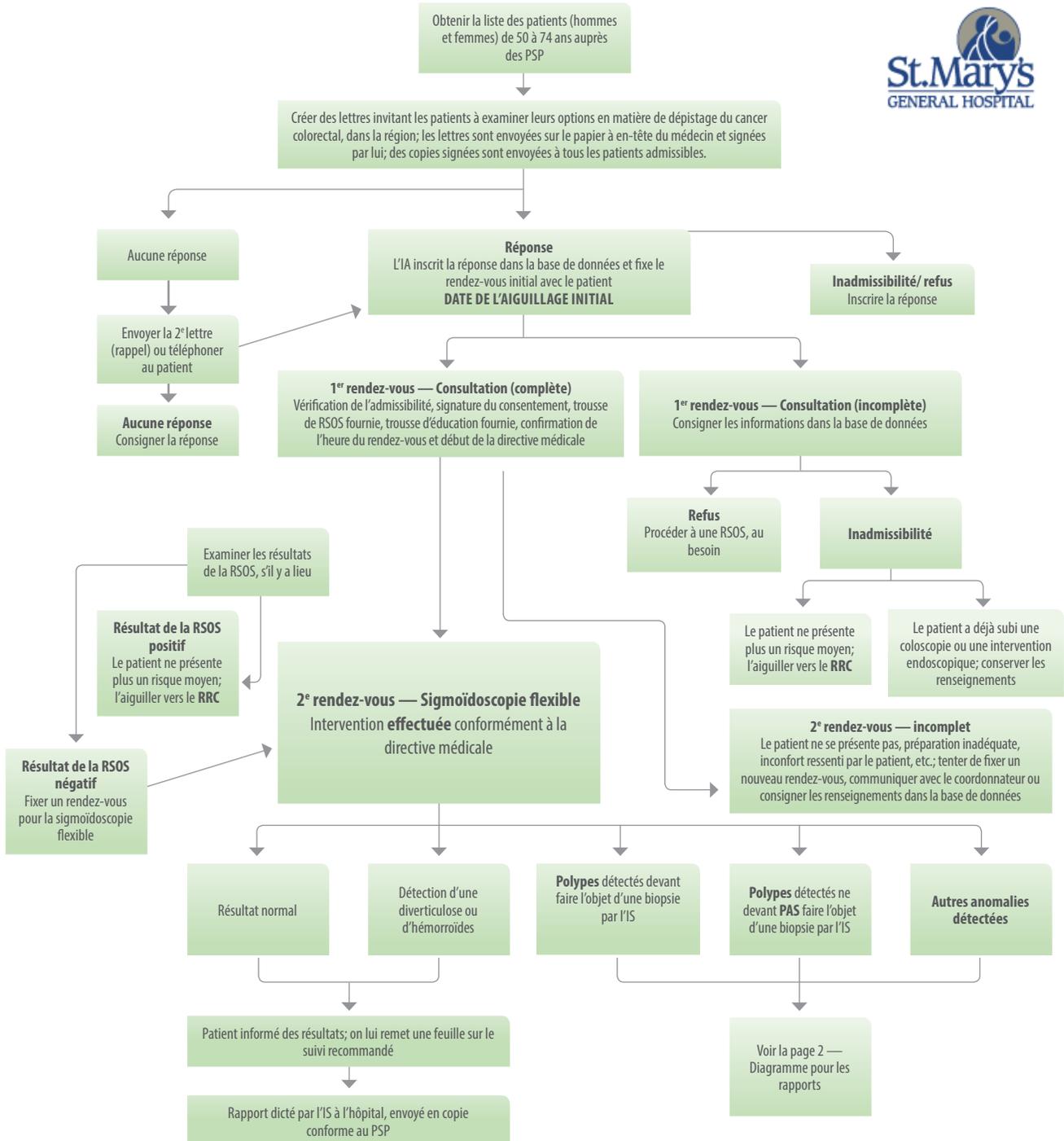
Source : Action Cancer Ontario et le Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario. Increasing Colorectal Cancer Screening in Ontario through RN performed Flexible Sigmoidoscopy. Rapport et recommandations du Ontario Task Force on Large Bowel Endoscopic Services, juillet 2005.

Annexe D

DIAGRAMME DE PROCESSUS DU PROGRAMME DE SFPIA (MODÈLE)

Modèle de recrutement Sigmoidoscopies flexibles effectuées par le personnel infirmier autorisé

Dernière mise à jour : décembre 2011

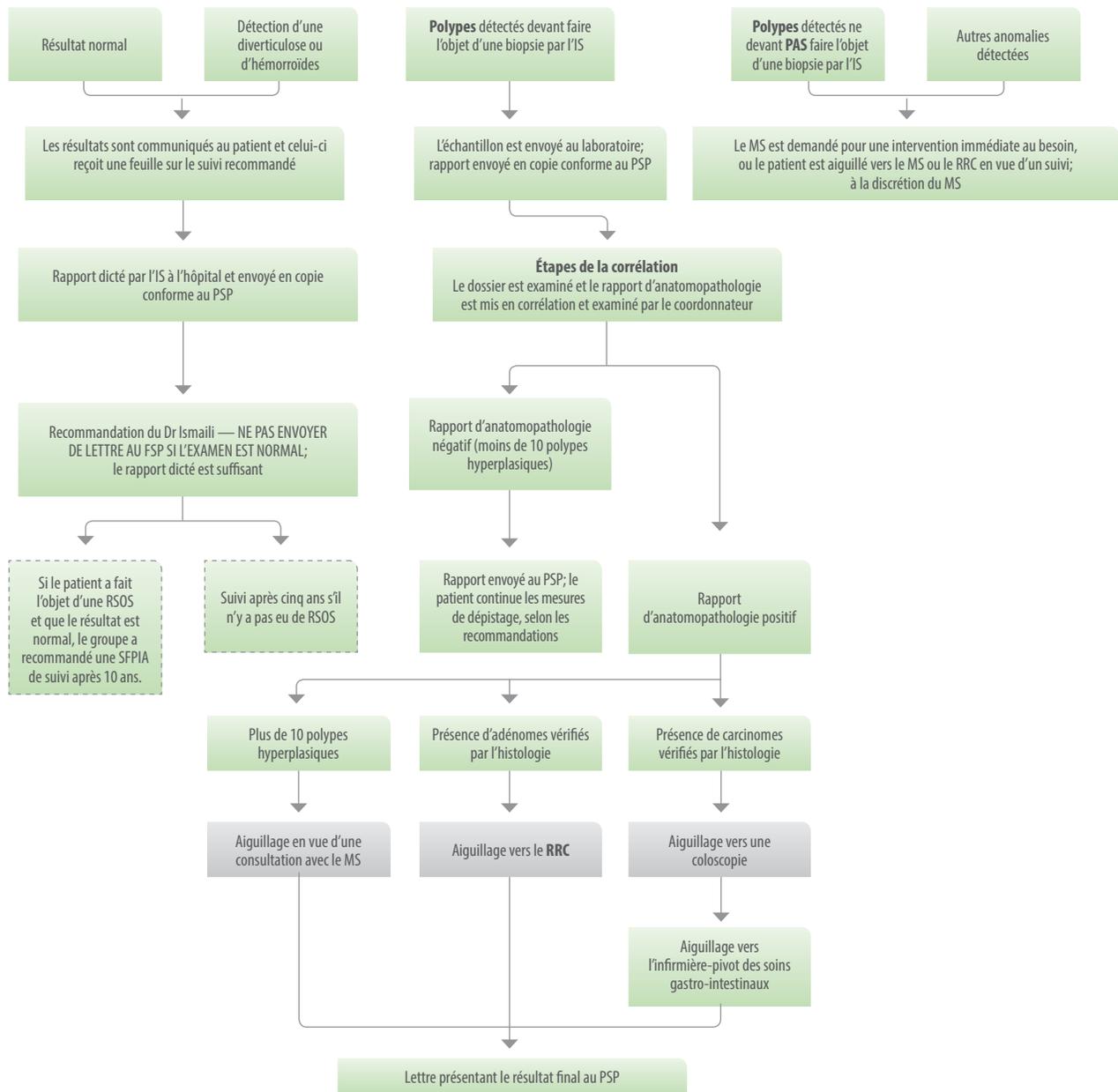


Légende

MS	Médecin de soutien	PSP	Prestataires de soins primaires
RSOS	Recherche de sang occulte dans les selles	RRC	Réseau régional de coloscopie
IS	Infirmier ou infirmière endoscopiste	IA	Infirmier ou infirmière autorisé(e)

Modèle de recrutement Sigmoidoscopies flexibles effectuées par le personnel infirmier autorisé

Dernière mise à jour : décembre 2011



Légende

MS	Médecin de soutien	PSP	Prestataires de soins primaires
RSOS	Recherche de sang occulte dans les selles	RRC	Réseau régional de coloscopie
IS	Infirmier ou infirmière endoscopiste	-----	Recommandation du MS en vue d'un suivi normal
IA	Infirmier ou infirmière autorisé(e)		

Annexe E

CONDITIONS, CRITÈRES ET PRINCIPES ÉTABLIS PAR L'ONTARIO MEDICAL ASSOCIATION QUI SONT REQUIS POUR QUE LES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES ENDOSCOPISTES PUISSENT EXÉCUTER DES SIGMOÏDOSCOPIES FLEXIBLES

Conditions et critères

- 1 L'OMA croit qu'il est important pour les infirmiers et infirmières endoscopistes de collaborer avec les médecins en tant que membres d'une équipe de soins interprofessionnelle.
- 2 Une approche systématique doit être utilisée dans le cadre de la formation des infirmiers et infirmières effectuant des sigmoïdoscopies flexibles; des médecins et des chirurgiens généralistes ayant une expérience de l'intervention doivent contribuer au processus.
- 3 La mise en place d'un programme d'infirmiers et d'infirmières endoscopistes ne doit empêcher ni les médecins d'utiliser les ressources dont ils ont besoin, ni les hôpitaux d'offrir des examens endoscopiques. Ces ressources comprennent les périodes d'accès aux installations d'endoscopie, l'accès à l'équipement nécessaire pour effectuer les interventions, et l'équipement et le personnel requis pour effectuer des interventions d'endoscopie complètes, y compris les IA, les IA adjoints, le personnel de soutien en secrétariat et le personnel d'entretien.

Principes

- 1 La sigmoïdoscopie flexible peut être effectuée par les infirmiers et infirmières endoscopistes en vue du dépistage du cancer du côlon, mais ne peut être effectuée dans le cadre d'interventions thérapeutiques telles que la polypectomie, la prise en charge d'une hémorragie digestive basse, le diagnostic et le traitement de troubles du côlon.
- 2 Un programme de formation reconnu et approprié doit être en place afin que les compétences des infirmiers et infirmières endoscopistes pour l'exécution des sigmoïdoscopies flexibles soient attestées. Ce programme doit comporter une formation didactique ainsi que 50 interventions autonomes effectuées en présence d'un gastroentérologue ou d'un chirurgien généraliste. Un examen annuel des compétences par un précepteur approuvé sera requis. La mise à niveau annuelle continue des compétences (formation médicale continue) doit être effectuée sous la supervision d'un gastroentérologue ou d'un chirurgien généraliste.
- 3 L'établissement, le médecin et l'infirmier ou l'infirmière doivent juger que l'infirmier ou l'infirmière endoscopiste possède les connaissances, les compétences et le jugement requis pour effectuer des sigmoïdoscopies flexibles.
- 4 L'infirmier ou l'infirmière endoscopiste doit travailler dans les mêmes installations que le médecin faisant partie de l'équipe, afin que le médecin soit disponible en cas de besoin. Le soutien du médecin peut être nécessaire en cas de complications (perforation intestinale, saignements), pour effectuer une biopsie ou dans le cadre de consultations concernant certaines observations.
- 5 Les infirmiers et infirmières endoscopistes doivent rendre compte de leurs observations aux médecins, en temps opportun.

- 6 Les infirmiers et infirmières endoscopistes ne doivent **pas** effectuer de sigmoïdoscopies flexibles sous sédation en l'absence d'un anesthésiologiste pour faire l'anesthésie.
- 7 Les patients doivent être informés du fait que la sigmoïdoscopie flexible ne permet pas d'examiner le côlon sur toute sa longueur et qu'elle ne constitue pas une intervention de dépistage aussi complète et précise que la coloscopie pour les néoplasmes coliques importants.
- 8 Les ressources appropriées doivent être mises en place pour toutes les interventions, en tout temps, y compris la vidéo-sigmoïdoscopie de grande qualité, des moniteurs de qualité supérieure, et des logiciels de saisie d'images par ordinateur et de conservation aux fins du contrôle de la qualité. Ces ressources doivent s'ajouter aux ressources déjà négociées par l'OMA.
- 9 La rémunération des médecins, les ressources pour la direction des infirmiers et infirmières endoscopistes, le soutien et les consultations doivent être inclus et correspondre au temps disponible et aux compétences du médecin membre de l'équipe.
- 10 Les questions de fautes professionnelles et de fautes de l'établissement devraient être abordées, y compris celles liées à la direction des infirmiers et infirmières endoscopistes par les médecins.

Source : Statement on Nurse Sigmoidoscopist de l'Ontario Medical Association. Juillet 2007.

Bibliographie

- (1) Comité directeur des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2012. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer, 2012.
- (2) Walsh JM, Terdiman JP. Colorectal cancer screening: scientific review. *JAMA* 2003;289(10):1288-1296.
- (3) Dépistage du cancer colorectal : énoncé de recommandations du Groupe de travail canadien sur les soins de santé préventifs. *Journal de l'Association médicale canadienne = Canadian Medical Association Journal* 2001; 165(2):1-3.
- (4) Rabeneck L, Paszat L. Colorectal cancer screening in Canada: Why not consider nurse endoscopists? *Journal canadien de l'Association médicale canadienne = Canadian Medical Association Journal* 2003; 169(3):206-207.
- (5) Maule WF. Screening for colorectal cancer by nurse endoscopists. *New England Journal of Medicine* 1994;330(3):183-187.
- (6) Schoenfeld P, Piorkowski M, Allaire J, Ernst R, Holmes L. Flexible sigmoidoscopy by nurses: State of the art. *Gastroenterol Nurs* 1999;22:254-261.
- (7) Schoenfeld PS, Cash B, Kita J, Piorkowski M, Cruess D, Ransohoff D. Effectiveness and patient satisfaction with screening flexible sigmoidoscopy performed by registered nurses. *Gastrointest Endosc* 1999;49:158-162.
- (8) Schoenfeld P, Lipscomb S, Crook J. Accuracy of polyp detection by gastroenterologists and nurse endoscopists during flexible sigmoidoscopy. *Gastroenterology* 1999; 117:312-318.
- (9) Palitz AM, Selby JV, Grossman S. The Colon Cancer Prevention Program (CoCaP): Rationale, implementation and preliminary results. *HMO Pract* 1997;11:5-12.
- (10) Wallace MB, Kemp JA, Meyer F et al. Screening for colorectal cancer with flexible sigmoidoscopy by nonphysician endoscopists. *American Journal of Medicine* 1999;107(3):214-218.
- (11) Shapero TF, Alexander PE, Hoover J, Burgis E, Schabas R. Colorectal cancer screening: Video reviewed flexible sigmoidoscopy by nurse endoscopists – a Canadian community based perspective. *Journal canadien de gastroentérologie = Can J Gastroenterol* 2001;15:441-445.
- (12) Smale S, Bjarnason I, Forgacs I. Upper gastrointestinal endoscopy performed by nurses: Scope for the future? *Gut* 2003;52:1090-1094.
- (13) Vinden C, Schultz S, Rabeneck L. Use of Large Bowel Procedures in Ontario. Toronto (Ontario): Institut de recherche en services de santé; février 2004.
- (14) Ontario Task Force on Large Bowel Endoscopic Services. Increasing Colorectal Cancer Screening in Ontario through RN Performed Flexible Sigmoidoscopy. Toronto: Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario; Action Cancer Ontario; 2005.
- (15) Action Cancer Ontario. Building Colorectal Cancer Screening Capacity in Ontario: Development and Evaluation of New Training, Assessment and Licensing Processes for Non Physician Endoscopists: Evaluation Report. Rapport remis à la Change Foundation. 2007.

- (16) Le gouvernement McGuinty lance une nouvelle stratégie des ressources humaines dans le domaine de la santé. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 3 mai 2006. <http://news.ontario.ca/archive/fr/2006/05/03/Le-gouvernement-McGuinty-lance-une-nouvelle-strateacutegie-des-ressources-humain.html>.
- (17) Rabeneck L, Claus D, MacKinnon M et al. RN Performed Flexible Sigmoidoscopy in a Pilot Project of Colorectal Cancer Screening Evaluation Report 2007 2010. Toronto (Ontario) : Action Cancer Ontario; 2010.
- (18) Ontario FOBT Project Final Report. Toronto (Ontario) : Action Cancer Ontario; mars 2006. <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13608>.
- (19) Colorectal Cancer Screening: Final Report of the Ontario Expert Panel. Toronto (Ontario) : Action Cancer Ontario; avril 1999.
- (20) Rapport du Comité national sur le dépistage du cancer colorectal. Agence de la santé publique du Canada, mai 2002. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ncccs-cndcc/pdf/ccstechrep_f.pdf.
- (21) Atkin WS, Edwards R, Kralj Hans I et al. Once only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2010;375(9726):1624 1633.
- (22) Segnan N, Armaroli P, Bonelli L et al. Once only sigmoidoscopy in colorectal cancer screening: follow up findings of the Italian Randomized Controlled Trial SCORE. *J Natl Cancer Inst* 2011;103(17):1310 1322.
- (23) Schoen RE, Pinsky PF, Weissfeld JL et al. Colorectal cancer incidence and mortality with screening flexible sigmoidoscopy. *N Engl J Med* 2012;366(25):2345 2357.
- (24) Hoff G, Grotmol T, Skovlund E, Bretthauer M. Risk of colorectal cancer seven years after flexible sigmoidoscopy screening: Randomised controlled trial. *BMJ* 2009;338:1363 1366.
- (25) Registered Nurse Performed Flexible Sigmoidoscopy Project Evaluation Report. Action Cancer Ontario; 27 février 2012.
- (26) Tool Kit Flexible Sigmoidoscopy Project 2011. Action Cancer Ontario; 2011.
- (27) Green E. RN Flexible Sigmoidoscopy: Building Capacity for Colorectal Cancer Screening: A New Role for Nursing [présentation]. Congrès biennal de l'AIC 2012. 20 juin 2012.
- (28) Angus H, Green E. Driving Patient Centered Innovations throughout the Ontario Cancer System. Action Cancer Ontario 2007. <http://www.nhlc.cnls.ca/assets/PDFs/Presentation%20PDFs/June%2012/Pier%209/Driving%20Patient%20Centered%20Innovations%20throughout%20the%20Ontario%20Cancer%20System.pdf>.
- (29) Mapeso G. Nurse Endoscopy Project. Regional Cancer Care Spring Community Forum. Thunder Bay Regional Health Sciences Centre, 20 juin 2007. http://www.tbrhsc.net/patient_information/media_releases/rcc_spring_forum_2007/Nurse%20Endoscopy%20Project.pdf.
- (30) Nurse Flexible Sigmoidoscopy Site Agreement. 2011. Toronto (Ontario) : Action Cancer Ontario.

- (31) Action Cancer Ontario. RN Flexible Sigmoidoscopy April 1 2012 June 30, 2012 Q1. 25 juin 2012.
- (32) La prise de décisions sur les interventions, édition 2006, no 51071. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2011 http://www.cno.org/Global/docs/prac/51071_Decisions.pdf.
- (33) Mark J Dobrow, Mary Anne Cooper, Karen Gayman, Jason Pennington, Joanne Matthews, Linda Rabeneck. Referring patients to nurses: Outcomes and evaluation of a nurse flexible sigmoidoscopy training program for colorectal cancer screening. Journal canadien de gastroentérologie = Canadian Journal of Gastroenterology 2007; 21(5) : 301-308.
- (34) Nancy Lewis. Registered Nurse Flexible Sigmoidoscopy (RNFS) : Issues and Resolutions. Briefing Note. Action Cancer Ontario. 16 mars 2012.
- (35) Tips for developing a medical directive. Action Cancer Ontario. 2012.
- (36) Action Cancer Ontario. Overview of the Roles and Responsibilities of Physicians Participating in the Flexible Sigmoidoscopy Pilot Project. 19 février 2008. Toronto (Ontario) : Action Cancer Ontario.
- (37) Privacy Impact Assessment Summary: RN Performed Flexible Sigmoidoscopy Pilot Project of Colorectal Cancer Screening. Action Cancer Ontario 2008. <http://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13350>.
- (38) Flexible Sigmoidoscopy for Ontario Registered Nurses [programme de cours]. Michener Institute for Applied Health Sciences. 2007. Toronto (Ontario)
- (39) Herron Rice L, Girard D, Anderson P et al. Guideline for Performance of Flexible Sigmoidoscopy by Registered Nurses for the purpose of Colorectal Cancer Screening. Society of Gastroenterology Nurses and Associates, Inc 2009. <http://www.sgna.org/Portals/0/Education/Practice%20Guidelines/FlexibleSigmoidoscopyGuideline.pdf>.
- (40) The Ontario Medical Association's Statement on Nurse Sigmoidoscopist. Ontario Medical Association, juillet 2007. <https://www.oma.org/Resources/Documents/2007NurseSigmoidoscopist.pdf>.
- (41) Odette G. Building Capacity for Colorectal Cancer Screening. 6 octobre 2011.
- (42) Normes professionnelles (éd. révisée 2002), no 51006. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2009. http://www.cno.org/Global/docs/prac/51006_ProfStds.pdf.
- (43) RN Performed Flexible Sigmoidoscopy in a Pilot Project of Colorectal Cancer Screening. Questions cliniques - Question 1 de la FAQ. Action Cancer Ontario. 2008. Toronto.
- (44) Registered Nurse Performed Flexible Sigmoidoscopy (RNFS) Clinical Questions and Answers. 10 avril 2012. Toronto (Ontario): Action Cancer Ontario.
- (45) Leddin DJ, Enns R, Hilsden R et al. Canadian Association of Gastroenterology position statement on screening individuals at average risk for developing colorectal cancer: 2010. Journal canadien de gastroentérologie = Can J Gastroenterol 2010; 24(12) : 705-714.

- (46) Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Creating Vibrant Communities: RNAO's Challenge to Ontario's Political Parties. Janvier 2010.
<http://creatingvibrantcommunities.ca>
- (47) Role of the Nurse Performed Flexible Sigmoidoscopy. Canadian Society for Gastroenterology Nurses and Associates 2012. **http://www.csgna.com/en/guidelines/postition_statements/sigmoidoscopy.html**.
- (48) Odette G, Meighan K, Stretton J. RN Performed Flexible Sigmoidoscopy. Action Cancer Ontario. 20 janvier 2011.
- (49) Stratégie en matière de ressources humaines en santé. Santé Canada 2012. **<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/index-fra.php>**. Consulté le 7 décembre 2012.
- (50) Romanow R. Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada. Santé Canada 2002.
<http://publications.gc.ca/site/eng/237274/publication.html>.
- (51) Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé. Santé Canada 2003.
<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-fra.php>.
- (52) Kirby M, LeBreton M. La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral. Gouvernement du Canada 2002; volume six : Recommandations en vue d'une réforme : chapitre 11 (section 11.8). **<http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/372/soci/rep/repoct02vol6-f.htm>**.
- (53) Rabeneck L, Claus D, MacKinnon M et al. RN-Performed Flexible Sigmoidoscopy in a Pilot Project of Colorectal Cancer Screening - Evaluation Report 2007-2010. Toronto (Ontario) : Action Cancer Ontario; 2010.
- (54) Green E, LeClaire I, Pasut G et al. Forging a New Role in the Cancer System: RN Performed Flexible Sigmoidoscopy Model. Partenariat canadien contre le cancer : Symposium sur l'optimisation des professionnels de la santé contre le cancer, 25 janvier 2010. **http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/hhr_symp_pres_rnpfsproject.pdf**.
- (55) McAuley R, Levine M. Recruiting women for breast screening. Family Physician Model strategy. Médecin de famille canadien = Can Fam Physician 1997;43:883 888.

Institut national de santé publique
945 Wolfe Avenue
Québec, QC
G1V 5B3
418 650 5115

Cancer Care Ontario
620 University Avenue
Toronto, Ontario
M5G 2L7
416 971 5470

**Institut national
de santé publique**
Québec 

 **Ontario**
Cancer Care Ontario
Action Cancer Ontario