

L'engagement de l'infirmière dans le respect des choix des personnes confrontées au cancer du poumon.

Travail de Bachelor

Hofstetter Kenza

N°12655205

Beganovic Lejla

N°12657136

Directrice : Da Rocha Gora – Chargée d'enseignement HES à la Haute école de santé de Genève

Membre du jury externe : Bollondi Pauly Catherine – Infirmière spécialiste clinique antalgie soins
palliatifs, Hôpitaux universitaires de Genève

Genève, 14 septembre 2015

Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 14 septembre 2015

Kenza Hofstetter & Lejla Beganovic

*« Lorsque nous pensons que nous savons, nous n'écoutons pas ;
nous devons nous vider de nous-mêmes continuellement,
retourner à la non-connaissance et juste écouter, et écouter, et écouter. »*

William K. Cody (2003, cité par Schneck, 2007, p.35)

Remerciements

Nous avons le plaisir de remercier Mme Gora Da Rocha pour tout le soutien qu'elle nous a apporté durant ce travail. Par ses réflexions et ses corrections, elle nous a permis d'avancer et de nous questionner de manière constructive afin d'élaborer au mieux cette revue de littérature et de garantir la pertinence de notre propos. Elle s'est aussi montrée très empathique et disponible.

Notre gratitude s'adresse aussi à l'ensemble du corps enseignant de la Haute Ecole de Santé de Genève, en particulier à Madame Sandrine Favre, qui nous a énormément marqué et sensibilisé, par ses enseignements, son ouverture d'esprit et son engagement.

Nous remercions également madame Catherine Bollondi Pauly d'avoir accepté d'être jury pour la soutenance de notre travail de Bachelor.

Une attention particulière à Rita Hofstetter qui a aimablement effectué une relecture de notre travail pour en traquer les ultimes erreurs formelles.

Notre collaboration fût un réel plaisir. Nous avons vécu une expérience exceptionnelle, tissée de beaucoup de complicité, de moments de doutes et de solitude que nous avons pu surmonter ensemble.

Pour terminer, un grand merci à nos familles qui nous ont témoigné tout le long de nos études de la confiance et du courage. Une pensée profonde surtout aux enfants de Kenza (Yasmine, Yannis, Karim et Amir) qui ont fait preuve de patience et d'amour.

Résumé

Problématique. Le cancer pulmonaire est une maladie qui peut engendrer des troubles psychosociaux. Ces troubles mènent à une détresse psychologique qu'il peut être difficile de surmonter pour les personnes qui vivent cette expérience de santé. Afin d'atténuer cette souffrance psychologique et leur offrir une meilleure qualité de soins, les compétences de communication de l'infirmière sont primordiales pour accompagner la personne dans le processus de sa maladie et dans la détermination de ses choix. Le **but** de cette revue littéraire consiste à mettre en évidence le rôle de l'engagement de l'infirmière, à travers la communication, afin que les choix des personnes confrontées au cancer pulmonaire soient respectés, en préservant leur dignité et leur liberté. Le cadre **théorique** s'appuie sur le paradigme de l'humaindevenant de Rosemarie Rizzo Parse qui invite à pratiquer l'art des soins infirmiers. Cette théoricienne insiste sur l'importance de comprendre comment les personnes se réfèrent à leurs valeurs prioritaires, de manière à ce que la personne exprime sa santé et son devenir selon son expérience. La **méthode** que nous avons utilisée pour ce travail consiste en la réalisation d'une revue de la littérature. Six articles scientifiques ont été sélectionnés dont quatre qualitatifs et deux revues systématiques issues d'une recherche documentaire entre le 1er avril et le 31 mai 2015 à l'aide de deux moteurs de recherche, Cinahl et PubMed. **Résultats.** Trois thèmes pertinents sont ressortis tels que : l'apport d'informations et les facteurs influençant la communication, le développement des compétences à travers la formation et la posture de l'infirmière au sein d'une équipe interdisciplinaire. Cette évaluation prend tout son sens et laisse supposer que l'accompagnement en soins de soutien est un moment opportun pour l'infirmière afin de communiquer des informations claires, dont les personnes ont besoin pour déterminer leurs choix et les orienter dans leur démarche. **Conclusion.** Cette revue se penche sur la trajectoire de la maladie. Elle relève l'insatisfaction des besoins en communication chez les personnes atteintes de cancer et tente de comprendre comment l'infirmière s'engage auprès de la personne en s'appuyant de l'humaindevenant.

Mots-clés : communication - rôle infirmier - cancer - qualité de vie - choix

Key words : communication - nursing role - cancer - quality of life - patient preference

Table des matières

1.	Introduction	1
2.	Problématique.....	3
2.1.	Epidémiologie du cancer du poumon.....	3
2.2.	Facteurs favorisant l'apparition du cancer du poumon	3
2.3.	Le cancer du poumon et ses traitements	4
2.4.	L'impact des aspects physiques et psychique de la maladie.....	4
2.5.	Les besoins éprouvés par les personnes.....	6
2.6.	Accompagnement.....	8
2.7.	Cadre théorique.....	9
2.7.1.	Ancrage disciplinaire.....	10
2.7.2.	Métaconcepts	11
2.8.	Intérêt et pertinence de l'ancrage.....	14
2.8.1.	Pratique	14
2.8.2.	Recherche	14
2.8.3.	Formation	15
2.9.	Question de recherche	16
3.	Méthode.....	17
3.1.	Sources d'informations et stratégie de recherche documentaire	17
3.2.	Choix des bases de données.....	17
3.3.	Diagramme de flux.....	18
4.	Résultats.....	20
4.1.	Analyse critique des articles retenus.....	20
4.2.	Tableau comparatif	26
5.	Discussion.....	37
5.1.	Synthèse des points clés	37
5.1.1.	L'apport d'informations et les facteurs influençant la communication.....	37
5.1.2.	Le développement des compétences à travers la formation	39
5.1.3.	La posture de l'infirmière	41
6.	Conclusion	44
6.1.	Apports et limites du travail.....	44
6.2.	Recommandations.....	44
6.2.1.	Implications pour la pratique	45
6.2.2.	Implications pour la formation	45
6.2.3.	Implications pour la recherche	46
7.	Références.....	48
8.	Annexes.....	54

8.1.	Aperçu du modèle de l'humaindevenant	54
8.2.	Grilles d'analyse des articles	56

Liste des figures

Figure 1.	Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	19
-----------	--	----

Liste des tableaux

Tableau 1.	Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique.....	27
------------	---	----

1. INTRODUCTION

Ce travail de Bachelor est issu d'une problématique proposée par la ligue genevoise contre le cancer et tend à répondre à la question initiale suivante : « En tant que professionnel (le) infirmier (ère) s'appuyant sur des fondements théoriques en science infirmière, comment contribuez-vous à la réalisation des choix des personnes ? ».

En Suisse, le cancer représente la deuxième cause de décès après les maladies cardiovasculaires (Office Fédéral de la Statistique, 2014). Entre 2007 et 2011, l'Institut national pour l'épidémiologie et l'enregistrement du cancer (NICER) a signalé 37'512¹ nouveaux cas de cancer en Suisse par an (Ligue contre le cancer, 2014). Chaque année, en moyenne, 16'200 personnes décèdent du cancer. D'après l'Office fédéral de la statistique (OFS, 2014), le recensement des données montre que le cancer est la principale cause de décès chez les adultes entre 37 ans et 79 ans, tout sexe confondu.

Les cancers sont fréquents, et leur évolution peut être fatale à plus ou moins brève échéance. Ils sont couramment perçus par les patients comme des maladies qu'on ne peut maîtriser. Le cancer est considéré comme la menace suprême et comme la maladie contre laquelle les possibilités de protection sont les plus minces. L'annonce du cancer peut être ressentie comme « une précipitation hors de la réalité » (Künzler, Znoj, Bargetzia, 2010, p.344) et induit un véritable choc psychologique.

Vivre une maladie cancéreuse représente une forme de révolution. C'est être confronté à une possible dégradation psychique et physique pouvant conduire à sa mort ou celle d'un proche, c'est devoir vivre dans l'incertitude et la fragilité, c'est aussi subir des répercussions sociales et psychiques.

Cette thématique suscite un questionnement sur notre rôle professionnel en tant que futures infirmières² pour cerner comment nous pouvons accompagner et soutenir des personnes qui sont confrontées à cette maladie. Une bonne écoute peut contribuer à améliorer leur qualité de vie et à préserver leur dignité. Ce travail a comme but d'identifier les besoins insatisfaits, en termes de communication et d'informations des personnes atteintes de cancer, pour pouvoir mieux répondre et définir des propositions adéquates à chaque individu.

Ce travail comprend quatre chapitres. La problématique relate la pertinence du sujet aux différents niveaux épidémiologique, psychosocial, pratique et disciplinaire. La recension des écrits rassemble les thématiques essentielles jaillissant d'une analyse ciblée de la littérature en lien avec les réactions psychosociales suite au cancer et particulièrement la qualité de vie, la dignité et la satisfaction des besoins. Ensuite, le cadre de référence spécifie l'ancrage disciplinaire de la problématique étudiée et des pistes de réflexion pour la participation à la discipline des sciences infirmières. Elle présente aussi le but

¹ Tous types de cancer, excepté les cancers de la peau non mélaniques.

² L'utilisation du genre féminin a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire. Pour les autres professions, nous emploierons un générique masculin.

et la formulation précise de la question de recherche. Le troisième chapitre comporte la méthodologie de recherche de la revue de littérature, avec les critères de la sélection des articles et le diagramme de flux. Le quatrième chapitre présente les résultats des articles ainsi qu'une illustration de ces derniers sous forme d'un tableau comparatif. Le chapitre cinq relève la discussion sur la thématique en lien avec les thèmes émergeant des résultats et discute avec l'approche l'humaindevenant développé par Parse (2014). En conclusion, dans le chapitre six, les implications pour la pratique, la formation, la recherche et les recommandations seront évoquées, sous forme de pistes de réflexion.

2. PROBLÉMATIQUE

Notre thématique traite du cancer pulmonaire chez la personne adulte et plus particulièrement de l'accompagnement de l'infirmière pour soutenir les choix des personnes pendant toute la trajectoire de la maladie. La particularité de ce cancer est que le temps de survie est limité, du fait que la plupart des patients reçoivent le diagnostic de cancer du poumon à un stade déjà avancé, où d'autres organes sont souvent atteints de métastases (Cooley, 2010). Cela peut expliquer la détresse psychologique vécue par ces personnes et la complexité de l'accompagnement des soignants avec une population si fragilisée.

2.1. Epidémiologie du cancer du poumon

En 2013, selon le communiqué de presse du 12 décembre 2013 du Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le taux mondial du cancer s'élève à 14,1 millions de nouveaux cas et à 8,2 millions de décès suite au cancer. Les cancers les plus fréquemment diagnostiqués dans le monde sont ceux du cancer du poumon (avec 1,8 million de cas, soit 13,0 % du total). Les causes les plus fréquentes de décès par cancer sont dues au cancer du poumon (1,6 million de décès, 19,4% du total). Les projections fondées sur les estimations de GLOBOCAN 2012, base de données du CIRC, fournissent les données les plus récentes pour 28 types de cancers dans 184 pays et offrent un aperçu complet du fardeau mondial du cancer. Le CIRC anticipe une augmentation substantielle de 19,3 millions de nouveaux cas de cancer par an d'ici à 2025 en raison de la croissance démographique et du vieillissement de la population mondiale.

En Suisse, le cancer du poumon est le deuxième cancer le plus fréquent chez l'homme (12,1% des cancers recensés) et le troisième chez la femme (8,5%). Entre 2007 et 2011, l'Office fédéral de la statistique (2014) a recensé en moyenne 2'450 nouveaux cas de cancer du poumon par année chez l'homme et 1'450 chez la femme. L'incidence du cancer du poumon est de 51.8 pour cent mille habitants chez les hommes, et de 27.1 pour les femmes. Une fois atteints, 41,7 des hommes et 18,5 des femmes en décèdent. D'autant plus qu'il n'y a pas de recommandation validée à ce jour pour le dépistage systématique du cancer du poumon (HUG, 2015).

Une des causes de ce taux de mortalité important est l'absence de symptôme dans les formes débutantes, qui soulève la question du dépistage systématique chez les sujets à haut risque comme par exemple les fumeurs actifs de plus de 50 ans (Magdeleinat, Bréchet & Durdux, 2006). Le prochain paragraphe détaillera les facteurs favorisant la maladie.

2.2. Facteurs favorisant l'apparition du cancer du poumon

Des études ont mis en rapport le tabac et l'expérience de la maladie des patients atteints d'un cancer du poumon. Celles-ci indiquent que les fumeurs perçoivent cette pathologie comme une maladie auto-infligée et se sentent stigmatisés par la société (Serena, Griesser, Fucina, Déborge & Eicher, 2012). De plus, la culpabilité et la honte sont associées à des états de dépression et d'anxiété qui peuvent générer à leur tour à un retrait social (LoConte, et al. 2008). Parallèlement, le tabagisme passif augmente de 30% le risque de développer un cancer du poumon chez les non-fumeurs. Cette population ressent d'avantage d'injustice, du fait de sa consommation non volontaire (Nau, 2008). Les autres risques sont

liés à certaines activités professionnelles impliquant le contact de produits carcinogènes comme l'arsenic, l'amiante, le bichlorométhyléther, les vapeurs d'acide sulfurique, les dérivés du chrome, du nickel, les goudrons, les oxydes de fer et les poussières ou gaz radioactifs. Un mode de vie sédentaire, une mauvaise alimentation ainsi que le facteur héréditaire peuvent également être une des causes de cette maladie (Magdeleinat, Bréchet & Durdux, 2006). La partie suivante expliquera la physiopathologie en lien avec les différents traitements existants.

2.3. Le cancer du poumon et ses traitements

Le cancer du poumon peut se développer dans les bronches ou dans les tissus. Il existe deux types de cancer du poumon, le premier est le carcinome à petites cellules et le second, majoritairement présent (75 à 80%), est le carcinome à non petites cellules dans lequel on retrouve les carcinomes épidermoïdes, adénocarcinomes et les carcinomes à grandes cellules. Le cancer du poumon peut se déployer de deux manières différentes. Il se développe soit dans le poumon où il naîtra d'une cellule bronchique, soit il peut s'agir de métastases d'un cancer primitif situé ailleurs dans l'organisme. Le poumon est un organe cible du fait que les métastases peuvent se déplacer dans le sang et s'y loger aisément (Fattorusso & Ritter, 2006).

Les principes de l'investigation se divisent en trois types, radiologique, pathologique et moléculaire. L'investigation radiologique représente l'évaluation du patient à l'aide d'une technique radiologique appropriée dans le but de déterminer la taille de la tumeur, l'étendue, la présence de métastases ganglionnaires et de métastases à distance. La biopsie démontre la présence de cellules malignes et est aussi utilisée pour déterminer le type histologique du CPNPC et les particularités moléculaires. Le bilan d'extension se fait sur la base d'un prélèvement tumoral en vue d'analyse (cytologie et histologie), et de l'apport des technologies d'imagerie médicale pour déterminer le staging. Il se fait avec l'aide de moyens radio-diagnostiques et de laboratoire. Il fournit une classification internationale de l'UICC (Union Internationale Contre le Cancer), le TNM (Tumour Node Metastasis) (Boumedien, 2014).

Les principaux traitements existants sont la chirurgie, la chimiothérapie, radiothérapie, l'hormonothérapie et l'immunothérapie. Ces traitements sont adaptés dans un but préventif, curatif ou palliatif (Fattorusso & Ritter, 2006). Le traitement du cancer du poumon dépend du stade de la maladie, du type histologique et des caractéristiques du patient (statut de performance, présence de comorbidités et âge du patient). La classification selon les stades repose sur la taille de la tumeur, de l'atteinte ganglionnaire et de la présence de métastases (Boumedien, 2014). Les différents traitements peuvent être réalisés seuls ou associés (Magdeleinat, Bréchet & Durdux, 2006).

Ces manifestations physiopathologiques et le traitement invasif qui s'en suit entraînent inévitablement un impact sur la dimension physique et psychique du patient.

2.4. L'impact des aspects physiques et psychique de la maladie

Les symptômes physiques engendrés par le cancer du poumon chez les patients sont habituellement la fatigue, la dyspnée, la douleur, une perte d'appétit, la toux, l'insomnie, et, ainsi qu'une dimension psychologique non négligeable (Cooley, 2000).

L'incertitude des patients face à leur futur, leurs conditions de vie, leur fragilité et dégradation physique et bien sûr le questionnement autour de leur mort sont très présents (Hopwood & Stephens, 2000 ; Li & Girgis, 2006 ; Shaha, Cox, Talman, & Kelly, 2008). Les symptômes physiques et psychologiques sont généralement plus sévères que dans les autres cancers, suite au fardeau de la maladie, des traitements oncologiques (Cooley, 2000). De plus, les produits cytostatiques spécifiques au traitement du cancer du poumon provoquent des nausées, des vomissements et l'alopécie. Une diminution de l'estime de soi, une altération de la sexualité et des troubles sensitifs peuvent également être observés (Joyce, et al., 2008, cité par Cooley, 2000). En outre, suite à la radiothérapie, les symptômes les plus prononcés sont la dysphagie, les maux de gorge, la fatigue et la dépression (Cooley, 2000). Par ailleurs, les symptômes suite à la chirurgie se manifestent par une diminution de l'état physique principalement liée à la douleur (Handy et al., 2002, cité par Cooley, 2000).

La personne confrontée à cette pathologie subit un choc brutal qui ne lui donne pas le temps de s'accommoder. Elle se retrouve hors de la réalité et traverse une crise existentielle (Künzlera, Znojib & Bargetzia, 2010). Ses repères et ses habitudes sont fondamentalement transformés.

La maladie met en péril l'équilibre psychique de la personne et sa stabilité sociale. Elle est sollicitée pour trouver des stratégies. Elle doit faire face aux différents changements, réadapter sa manière d'exister et de se projeter dans l'avenir en mobilisant ses ressources (Krenz, Rousselle, Guex & Stiefel, 2009, cité par Bioy, 2012). Une notion de prise de conscience de l'imminence de la mort peut submerger l'esprit et briser l'illusion de l'immortalité. L'intensité du stress mène la personne dans un état de vulnérabilité face à sa propre finitude (Manzera et al. 2003 ; Bacqué, 2005 ; Bioy, 2012). Habituellement, les personnes ont besoin d'explications pour comprendre ce qui leur arrive. Il semble que la personne éprouve un soulagement quand on met un mot sur son problème (Künzlera, Znojib, Bargetzia, 2010). Par ailleurs, dans le cas du cancer du poumon, les explications sont limitées. Ceci génère des doutes et inquiétudes chez les personnes sur la causalité de leur maladie, occasionnant une incertitude à se projeter dans l'avenir.

Cette épreuve de la vie secoue fortement les assises narcissiques et réinterroge les personnes sur le lien au monde environnant, leur système de valeurs et le sens des priorités. De plus, la notion de temporalité change, se réduisant puissamment dans cette confrontation à la finitude, de fait, à la mort (Ferrant, 2004, cité par Bissler, 2012). Cette expérience entraîne chez la personne une hausse de ses aptitudes pour faire face à sa maladie et nécessite une réorganisation de son fonctionnement psychique et défensif. De ce fait, la personne peut surmonter les difficultés liées à sa maladie.

Les conséquences du cancer ne concernent pas seulement le domaine physique mais s'accompagnent souvent de répercussions sociales, émotionnelles, psychologiques et spirituelles (Fitch & Steele, 2010). En effet, les difficultés physiques ont un impact direct sur la qualité de vie de la personne et de son entourage (Kurtz et al., 1995, cité par Libert et al., 2006, p.466). Quand la maladie évolue et les symptômes deviennent plus présents, les personnes ont des difficultés à faire face à leurs besoins insatisfaits au niveau des activités quotidiennes, professionnelles, relationnelles et de gestion de l'information (Marasso et al., 1999, cité par Fitch & Steele, 2010).

Tout au long de la trajectoire de la maladie, les personnes atteintes d'un cancer du poumon endurent différents aspects physiques et psychosociaux qui sont souvent présents simultanément et s'influencent réciproquement. La personne vit donc un processus complexe. Elle fait face, selon son expérience de santé, à plusieurs défis qui suscitent chez elle des besoins tels que l'information, la communication du personnel soignant témoignant de sa sensibilité aux besoins physiques et psychiques.

Cette période est également fragilisée par le regard porté par autrui qui amplifie la souffrance de la personne et entraîne chez elle une variété de comportements, qui va du repli sur soi à la provocation et même à la prise de risques (Crombecque & Mukendi, 1996, cité par Bioy, 2012). Il s'avère qu'une personne atteinte d'une maladie mortelle, dans un moment désespéré, peut passer à l'acte. Un tri dans ses relations pourrait être nécessaire, voir vital. Certaines personnes préconisent plutôt les gens optimistes, qui leur donnent de l'espoir et les font rire, et qui les aident à reprendre plaisir à vivre (Ancelin-Schützenberger, 2009, cité par Bioy, 2012). Il semblerait que l'anxiété de l'entourage, sa tristesse et son découragement sont autant d'éléments qui viennent amplifier la souffrance du malade (Bioy, 2012).

Il s'avère que le stress et la maladie sont des événements de vie qui ont un impact vulnérabilisant qui nécessite chez l'individu dans certaines situations à retrouver des valeurs personnelles dans l'appréciation des événements ainsi que des caractéristiques individuelles telles que l'endurance (Kobasa et al., 1982, cité par Bioy, 2012), les capacités d'apprentissages des ressources, des dispositions optimistes (Rosenbaum & Palmon, 1984, cité par Bioy, 2012) et des capacités intellectuelles de flexibilité cognitive pour finalement gérer l'intensité de ce stress (Rowland, 1989, cité par Bioy, 2012).

2.5. Les besoins éprouvés par les personnes

L'étude de Fitch et Steele (2010) met en évidence que les besoins les plus manifestés par les patients sont :

- Les besoins physiques qui sont liés à l'essoufflement, la toux, la perte d'appétit, les nausées/vomissement, au manque d'énergie et à l'incapacité de faire ce qui était accessible auparavant, la douleur, le changement au niveau de la libido.
- Les besoins affectifs qui se manifestent par la déprime, la tristesse, l'anxiété, mais aussi le désir de parler et partager son expérience avec un membre du personnel soignant ou quelqu'un qui traverse une expérience similaire.
- Les besoins psychologiques s'expriment par les craintes relatives à la douleur, à la propagation du cancer, à la déficience ou la détérioration physique, et les craintes relatives à la perte d'autonomie.
- Les besoins spirituels révèlent une incertitude quant à l'avenir, des émotions relatives à la finitude. De même, Fraisse (2007) mentionne que les besoins spirituels caractérisent l'être humain et constituent le fondement des projets de soins partagés, c'est-à-dire porteurs de sens, pour les personnes atteintes et pour les soignants. La reconnaissance et la prise en compte des aspects spirituels dans les processus décisionnels sont une garantie de la liberté du patient et du respect de sa singularité.

- Les besoins sociaux s'identifient par l'inquiétude de l'entourage, le changement relatif aux attitudes et comportements d'autrui envers soi et la disponibilité des proches au moment souhaité.
- Les besoins d'information sont déclinés sur divers aspects dont la gestion de la maladie et des avantages et des effets secondaires du traitement, la réception rapide des résultats des examens, l'information sur l'évolution de la libido mais aussi les groupes de soutien existant dans la région.
- Les besoins pratiques facilitent les choix des personnes dans l'organisation des démarches pour les rendez-vous, la situation financière, les déplacements, les choix des tests et des traitements, le repérage des établissements ainsi que les soignants.

Ces études montrent clairement que les personnes atteintes de cancer accumulent un panel de besoins insatisfaits qui rajoutent des difficultés supplémentaires pour gérer leur maladie et assumer le quotidien. On repère également des phénomènes dépressifs, qui portent atteinte aussi à la qualité de vie suite et peuvent contribuer à la persistance de la douleur corporelle (Trippoli, Varani, Lucioni & Messori, 2001, cité par Fitch & Steele, 2010). De plus, Sarna et al. (2005) soulignent par leur étude que chez les femmes atteintes du cancer pulmonaire, la détresse émotionnelle, familiale, et l'incidence sur le fonctionnement sexuel sont les principales causes d'une qualité de vie déperie (cité par Fitch & Steele, 2010). Ces chercheurs soutiennent également que l'appartenance ethnique et l'humeur déprimée favorisent la baisse de la qualité de vie. En effet, la détresse psychologique survient suite au diagnostic et durant toute la période où la santé se détériore de façon plus marquée (Sarna et al. 2004, cité par Fitch & Steele, 2010). Des sentiments d'anxiété naissent, notamment quand il y a une dépression qui n'est pas résolue, et ceux-ci diminuent aussi la chance de survie.

En effet, toutes ces recherches mettent l'accent sur les répercussions que cette pathologie engendre dans la vie d'une personne, au sein d'une famille et sur la difficulté à concilier un équilibre entre la gestion de la maladie et la vie quotidienne pour ces personnes. Kiteley et Fitch (2006, cité par Fitch & Steele, 2010) ont montré que la personne et sa famille sont mises à l'épreuve dans l'accoutumance de la maladie et du traitement. Une fois qu'ils ont reçu des informations pertinentes et une communication adéquate, par l'équipe de soins oncologique, certaines personnes seront capables de mobiliser leurs ressources ultérieurement pour faire face aux expériences liées au cancer. De plus, les besoins d'information des patients atteints de cancer varient selon le sexe, l'âge, le contexte culturel, le niveau d'éducation, le type de cancer, le stade de la maladie et le style d'adaptation (Mills & Sullivan, 1999, par cité par Fitch & Steele, 2010).

La littérature met également en avant l'intérêt d'une équipe soignante à identifier les besoins significatifs des personnes qui vivent une telle expérience de santé et l'impact sur la qualité de vie afin de les soutenir dans leur trajectoire de vie selon leur sens, leurs valeurs, leurs choix et leurs priorités. Bruera et ses collègues (2001, cité par Fitch & Steele, 2010) relèvent que les patients ressentent une amélioration significative des aspects psychosociaux lorsqu'ils reçoivent le soutien de l'équipe multidisciplinaire pouvant approcher les enjeux biopsychosociaux. La plupart des auteurs mentionnent le rôle essentiel de l'équipe soignante dans le soutien des personnes dans leurs besoins insatisfaits à

travers une communication de qualité.

Nous pouvons penser que les soignants, dans le milieu hospitalier, sont concentrés sur des aspects de soins médicaux et ne prennent pas assez en considération les soins de soutiens, soit par manque de temps ou par peur d'être confrontés à leurs propres émotions et à celles des soignés. Certes, les personnes ont besoin de comprendre et maîtriser leur maladie et leurs traitements, mais leurs besoins ne se limitent pas uniquement à cette dimension car ils ont tout autant besoin d'espoir, de confiance pour être à même malgré tout de cheminer paisiblement dans le parcours de la vie.

Les patients sollicitent l'aide des infirmières principalement pour faire face aux difficultés médicales, qu'elles soient physiques (principalement liées à la mobilité et aux douleurs), liées aux interactions avec l'équipe médicale ou pour faire face aux autres difficultés liées aux conséquences des traitements (Libert et al., 2006). Mais le rôle de l'infirmière ne se confine pas uniquement dans ces tâches déléguées : l'infirmière constitue aussi une ressource pour la personne car, par sa fonction et suivant son approche, elle peut être disponible, proche du patient et de sa famille pour les accompagner dans les moments difficiles et les moments d'espoir.

2.6. Accompagnement

La problématique de ce travail est centrée sur l'accompagnement par l'infirmière et sur sa posture qui permet de soutenir les personnes durant la trajectoire de la maladie et dans l'accomplissement de leurs choix en respectant leur dignité et leur liberté. Certes, l'accompagnement est omniprésent dans les soins, et celui-ci nécessite un partenariat entre l'infirmière et la personne soignée, basée sur la confiance, l'échange et le partage. Il est également important que la personne soignée soit au centre des préoccupations de l'infirmière afin de lui apporter des réponses selon ses attentes sans l'écarter de sa participation au consensus décisionnel (Bouedec, 2002). Malgré l'impact de la maladie, il est essentiel que la personne puisse faire valoir sa capacité de discernement et le consentement éclairé du patient, la notion de libre arbitre, l'élaboration du projet de soin en fonction des troubles et de la demande du patient sont des exigences éthiques qui s'imposent à tous les soignants (Nuss, 1995, cité Bioy, 2012). La qualité de l'information donnée est à la base de la qualité du consentement. L'acte de consentir suppose à la fois une aptitude de compréhension et une capacité à pouvoir se déterminer librement, de manière autonome. L'analyse des faits et la réflexion sont nécessaires pour peser les risques et les bénéfices liés aux différentes propositions. Il s'agit d'une véritable délibération avec le choix des moyens dans l'intérêt du patient, d'un dialogue entre le personnel, qui possède des certitudes subjectives, intuitives, souvent alimentées par les nouvelles sources médiatiques, et le médecin dont l'expérience est rationnelle, avec des conceptions vérifiables (Bioy, 2012).

La composante émotionnelle est parfois intense, en particulier pour les pathologies qui engagent le pronostic vital. Les émotions n'égarent cependant pas obligatoirement la pensée mais au contraire peuvent l'orienter vers les valeurs humaines qui importent fondamentalement à celui qui les éprouve (Le Coz, 2007, cité par Bioy, 2012). Toutes ces notions peuvent expliquer l'importance d'une communication entre l'infirmière et la personne soignée pour déterminer les choix appropriés selon ses préférences. Assurément, la communication est un concept qui a une incidence majeure sur l'élaboration des choix.

L'étude de Beaver, Craven, Witham, Tomlinson, Susnerwala et Jones Luker (2007) a exploré la participation des patients dans la prise de décision. Cependant, de nombreux aspects des soins et des traitements de cancer sont complexes et il est difficile de savoir comment les professionnels de la santé considèrent leur rôle en tant que promoteur de la participation du patient. Les auteurs soutiennent que la disponibilité et l'exposition des choix aux patients dans un contexte spécifique doivent être adaptées aux choix individuels. Si les professionnels de la santé ne se concentrent que sur les aspects de la prise de décision relative au traitement, le potentiel de collaboration avec les patients au sujet des soins physiques et psychologiques pourrait être perdu. C'est surtout pertinent pour les infirmières et les autres professions qui accompagnent les patients durant toute la trajectoire de la maladie.

La manière dont l'infirmière se positionne auprès de la personne est fondamentale : elle veille sur le traitement, utilise les moments de soins pour apporter des réponses claires, ajuste son intervention aux rythmes et besoins de la personne. L'infirmière s'engage auprès de la personne grâce à son écoute attentive et authentique, sa présence et sa disponibilité sans faille, amenuisant autant que faire se peut le sentiment de solitude et d'abandon.

Néanmoins, l'infirmière est attentive à ne pas confondre ses objectifs avec ceux de la personne. Elle s'interroge sur la qualité de vie telle qu'elle est perçue par la personne, son ressenti et ses attentes en matière d'information et de communication, et finalement elle adopte une attitude qui permet de connaître et de valider les choix des personnes.

En outre, cet accompagnement nécessite une certaine posture professionnelle. Cette posture comprend un savoir être, un savoir-faire, ainsi que l'appropriation d'un modèle théorique issu de la science infirmière. Ce modèle peut éclairer son cheminement dans sa pratique, qui correspond à ses valeurs et qui apporte des réponses à ses questionnements en lien avec la pratique. La prochaine section développe le modèle choisi de l'humaindevenant selon Parse (2014), en démontrant son intérêt et sa pertinence pour la formation, la pratique et la recherche, et pose la question de recherche.

2.7. Cadre théorique

Prendre en compte la singularité des personnes et des situations toujours changeantes est complexe. Prendre soin en tant qu'infirmière nécessite de multiples compétences et des savoirs variés. Etre présente à autrui, à soi dans ce qui se joue dans la relation, ouverte et bienveillante ... tout en sachant « faire » les bons gestes etc. Parfois, dans certaines situations, pour les infirmières, l'accompagnement est si délicat que ces dernières peuvent vivre des sentiments d'impuissance, de désarroi Ainsi, être infirmière c'est développer des compétences et des savoirs ; une posture qui est sous-tendue par des valeurs et des croyances personnelles, lesquelles relèvent aussi de la discipline infirmière.

En effet, les sciences humaines permettent de nous focaliser sur une philosophie de soins qui utilise et met en valeur l'expérience telle qu'elle est vécue par les personnes. Les sciences humaines offrent – en alternative au modèle biopsychosocial traditionnel des sciences de la nature – une perspective qui éclaire notre manière d'être avec les patients et les proches et qui permet de les voir autrement (Schneck, 2007).

Certaines théories s'inspirent des sciences de la nature qui sont fondées sur l'observation, des données quantitatives, des relations causales, pour expliquer les phénomènes. Certaines d'entre elles abordent l'humain par parties, se centrent sur la maladie et sont susceptibles de cantonner l'infirmière dans des tâches restreintes et codifiées, exécutant des ordres médicaux. La pionnière, Florence Nightingale (1856-1945), a œuvré afin que le soin infirmier soit distinct du savoir médical.

De nombreuses théories se sont également inspirées des sciences humaines ou encore de la philosophie existentialiste. D'une part, celles qui avancent que l'être humain comme bio-psycho-social est constitué par la somme de ses parties et d'autre part celles qui reconnaissent qu'un être humain est unitaire et singulier, plus grand et différent de la somme de ses parties telles que les modèles ou théories développés par Peplau, Roy et Orem. Les théories développées par Parse (1987) et Rogers (1970) sont inspirées de la philosophie humaniste existentielle. Quant à ces dernières, elles sont très différentes de celles qui s'inspirent des sciences de la nature, et se démarquent aussi de celles qui proposent une vision de l'être humain bio-psycho-social. Parse, inspirée par Rogers, prône que les humains sont en relation avec le monde qui les entoure (l'univers), sont les co-auteurs de leur santé, choisissent librement des façons de devenir et avancent dans leur vie avec leurs espoirs et leurs rêves (co-crédation). La théorie de l'humain en devenir, développée par Parse en 1981, est une manière très singulière de voir et de comprendre l'homme vivant la santé. Elle est concernée sur la perspective de la personne, de la famille et de la communauté en toute prise de décisions.

Un paradigme est une manière de voir, de concevoir le monde basé sur un positionnement philosophique, selon les modèles ou les théories, ces derniers s'inscrivent soit dans un ou l'autre des paradigmes. Des théoriciennes ont développé des paradigmes tels que Fawcett (2013) avec le paradigme de réaction / d'interaction réciproque et d'action simultanée, Pepin (2010) la catégorisation / intégration et transformation, Newman (2009) le paradigme particulier-déterminé / interactif-intégratif et unitaire transformatif, et Parse (1987, 1998, 2008, 2014) paradigme totalité / simultanité et humaindevenant. Pour ce travail nous privilégions les termes proposés par le paradigme de l'humaindevenant selon Parse (2014).

2.7.1 Ancrage disciplinaire

La théorie de l'humaindevenant de Rosemarie Rizzo Parse soutient le cadre théorique pour guider ce travail de recherche. La théorie de l'humaindevenant est une conception nouvelle pour la discipline infirmière, « son ontologie ancré dans les sciences humaines est consistante avec des vérités qui perdurent (tenets) de la pensée-existentielle-phénoménologique » (Heidegger, 1964 ; Merleau-Ponty, 1942,1944 ; Sartre, 1943, cité par Doucet & Maillard-Strüby, 2011, p.18). Elle s'inspire des principes et des postulats de l'être humain unitaire (Rogers, 1970,1992, cité par Doucet & Maillard-Strüby, 2011). Cependant, Parse conceptualise le vécu d'expériences humaines en éclairant le sens, les valeurs, et les relations de façon distincte des auteurs de la pensée-existentielle-phénoménologique précités (Parse, 1998, 2007a, cité par Doucet & Maillard-Strüby, 2011, p.18). Pour Newman (1994) et Rogers (1970), le nursing en tant que science fondamentale dans le paradigme simultanité considère l'humain unitaire,

un champ d'énergie indivisible reconnu à travers les patterns, et humain-univers-santé est un processus mutuel avec changement continu. Le paradigme simultanéité est une perspective infirmière unique et des érudits de ce paradigme favorisent la recherche et la pratique de façon consistante avec les vérités qui perdurent de la science humaine connectées avec l'expérience participative de l'humain avec santé en tant que bien-être optimal (Parse, 1987). En créant de nouvelles conceptualisations, Parse (2014) bouge par-delà le paradigme simultanéité pour créer le paradigme humaindevenant qui met l'accent sur la dignité avec illimitabilité, paradoxe, liberté et mystère imprégnant, au centre, les valeurs prioritaires des individus et des groupes. Humaindevenant offre une manière de comprendre humainunivers qui peut être vécu par ceux qui sont impliqués en recherche, pratique, éducation et administration. Cette compréhension est montrée en honorant les croyances personnelles des autres au vu de vivant qualité (Parse, 2014).

Ainsi, pour l'infirmière, cela signifie que cette manière différente de penser et de concevoir les soins l'engage dans une voie différente et demande de sa part une volonté réelle de s'impliquer dans la rencontre de l'autre en étant ouverte d'esprit, disponible, et en acceptant les paradoxes et les mystères et en respectant la liberté et la dignité de la personne rencontrée.

2.7.2 Métaconcepts

Fawcett décrit en 1978 les quatre concepts centraux qui constituent la science infirmière, qui sont : la personne, l'environnement, la santé et le soin. Plus précisément, c'est la façon particulière avec laquelle les infirmières abordent la relation entre ces concepts qui détermine la spécificité de la discipline infirmière (Kérouac, et al. 2003).

Selon la conception de Parse, les métaconcepts sont considérés de cette manière :

La personne

La théorie de l'humaindevenant pose l'humain en tant qu'un individu indivisible, imprévisible, toujours changeant (Parse, 2007a, cité par Doucet & Maillard-Strüby, 2011, p.18). L'humaindevenant constitue des expériences avec l'univers de manière indivisible, imprévisible, toujours changeante en choisissant librement un sens tout en bougeant de façon rythmique avec les possibles. Cette théorie nous apprend que chaque être humain est unique, lui et sa famille sont uniques avec leurs rêves et leurs espoirs. Il a des ressources et des limites malgré ses problèmes. Il choisit librement selon son sens, il crée des représentations avec l'univers, il est imprévisible, c'est à dire qu'il change tout le temps.

Le soin

« Au vu de l'humaindevenant, l'intentionnalité comme vérité qui perdure (tenet) consiste à venir connaître les expériences de santé et de la qualité de vie, alors que la subjectivité est une tension paradoxale d'être et de non-être. Ces vérités qui perdurent (tenets) réfèrent à ce que l'humain coconstitue des situations, coexiste en relations, et est libre en situation, alors qu'il coexiste en émergence avec l'univers en réalisant des projets » (Parse, 1998, 2007a, 2010, cité par Doucet & Maillard-Strüby, 2011,

p.19). Cela pourrait signifier que le soin est ici centré sur le sens que l'humain donne à sa vie, ce que représentent pour lui la qualité de vie et sa participation dans ses expériences de santé selon ses valeurs et ses préférences. Parse invite l'infirmière à faire preuve d'ouverture dans ses prises en soins, elle va au-delà de l'unicité et des patterns. Elle prend en considération la subjectivité, en étant authentique et à l'écoute pour accompagner la personne dans la réalisation de ses projets, en respectant sa liberté et ses souhaits selon le moment et à son rythme.

En d'autres termes, le soin est un accompagnement avec la personne qui nécessite une présence vraie de la part des soignants qui se montrent disponibles, empathiques et congruents. Cette approche du soignant témoigne du respect et préserve la dignité de la personne.

La santé

« Les émergents, à même l'horizon humainunivers, apparaissent en un flot persistant alors que l'humain donne un sens à ses valeurs en choisissant en situation » (Parse, 1998, 2007, cité par Doucet & Maillard-Strüby, 2011, p.19). C'est l'évolution du changement et l'apparition des valeurs et des priorités de la personne. C'est un engagement personnel de vivre les difficultés au quotidien. Ainsi, comme l'humain est en interaction constante avec l'univers, de cette interaction naissent des fluctuations de sens aux différentes situations choisies selon ses valeurs.

L'environnement

« Des patterns de santé sont ainsi reconnaissables au vue des émergents humainunivers » (Parse, 1998, 2007, cité par Doucet & Maillard-Strüby, 2011, p.19). Ce que nous comprenons c'est qu'il y a des échanges simultanés qui participent et créent ensemble le changement humainunivers. L'ontologie de Parse (2014) consiste en des assomptions, postulats, thèmes et principes, qui représentent le paradigme de l'humaindevenant basé sur les sciences humaines. Un aperçu du modèle de l'humaindevenant est mis en annexe (cf. 9.1) pour illustrer ce modèle.

La science de l'humaindevenant de Parse propose deux méthodologies uniques scientifiant l'humaindevenant. La méthode de recherche de Parse conduit à découvrir la structure d'expériences vivantes universelles afin d'étendre la connaissance (Parse, 1987, 1990b, 1994b, 1995, 1996a, 1997b, 2001, 2005b, 2007a, 2007c, 2012, 2013, 2014) et la méthode herméneutique humaindevenant conduit à découvrir les émergents d'expériences vivantes universelles dans des textes et formes d'art (Cody, 1995b, 2001 ; Parse, 1998b, 2001, 2005b, 2007c, 2012, 2013, 2014). Ces méthodologies contribuent à de nouvelles connaissances et compréhension d'expériences vivantes humainunivers.

Cinq modèles ont dérivé du paradigme humaindevenant au cours du temps. Ils explicitent l'ontologie, l'épistémologie du paradigme et montent le sens de famille, communauté, guidant-suivant, mentoring et enseignant-apprenant. Les explications de ces modèles mettent en avant la science infirmière, en élaborant de nouvelles conceptualisations et en mettant en valeur la compréhension du paradigme humaindevenant (Parse, 2014).

Parmi les assomptions mentionnées, par l'ontologie de la théoricienne, certaines ont retenu notre intention et se rapprochent de nos valeurs :

- Humainunivers est indivisible, imprévisible, toujours changeant.

En 2012, Parse introduisit le construit devenant visible-invisible devenant du maintenant émergeant pour spécifier le tout-d'emblée de se souvenant-prospectant. « Devenant visible-invisible devenant du maintenant émergeant est le moment vivant qui amène en avant-plan l'idée que le sens change avec chaque expérience vivante se déployant, incarnant ce qui est le souvenu avec et ce qui est le prospecté tout-à-la-fois » (Doucet & Maillard-Strüby, 2014, p.27). C'est ce qui est le sens du construit le tout d'emblée.

Selon cette assomption, pour nous l'humain peut être vu d'une manière holistique toujours en interaction avec son environnement. Il peut être surprenant dans ses expériences vivantes selon le sens qu'il donne aux situations et à ses valeurs prioritaires. Et il a le pouvoir d'agir selon ses intentions et les possibilités qui s'offrent à lui.

- Ethos de humaidevenant est dignité.

En 2010, Parse poursuivit sa croyance que l'éthos de nursing est enraciné dans l'ontologie des cadres de référence et théories de la discipline, et elle nomma dignité le phénomène éthique humaidevenant. Elle rendit explicite quatre vérités qui perdurent de dignité et qui surgirent de l'ontologie de humaidevenant (Doucet & Maillard-Strüby, 2014). Pour nous, cette assomption représente la dignité qui est une notion éthique, qui fait partie de l'existence humaine en toute situation de vie. Nous naissons avec la dignité et nous mourrons digne.

- Ethos de humaidevenant est restant avec vérités qui perdurent de présence, existence, confiance et valeur.

Les quatre vérités qui perdurent sont : « Révérence est regard solennel pour présence humaine. Emerveillement est regardant l'inexplicable d'existence humaine. Trahison est violation de confiance humaine. Honte est humiliation avec déshonorant valeur humaine » (Doucet & Maillard-Strüby, 2014, p. 27). Pour nous cette assomption suggère de reconnaître l'homme dans son unicité, en accordant une compréhension profonde au sens qu'il exprime ou intériorise, d'apprécier l'ambiguïté en témoignant de la confiance avec sagesse.

- Vivant qualité est l'expression personnelle de ce qui unique.

En 2013, Parse conceptualisa le construit vivant qualité en tant que phénomène humaidevenant qui va par-delà et est différent des notions statistiques de qualité de vie et santé ; ainsi, ces termes ne sont plus utilisés avec humaidevenant. « Vivant qualité est ce que l'individu vit à ce moment-là ; c'est le devenant visible-invisible devenant du maintenant émergeant. C'est le moment maintenant et ceci est tout ce qui est » (Doucet & Maillard-Strüby, 2014, p.30). Pour nous, cette assomption innovante vivant qualité c'est

le sens que donne la personne en continu, de moment en moment, en interaction avec son environnement. Incertain, toujours changeant, en agissant avec le devenant, il vit ses préférences de l'instant ou pas.

2.8 Intérêt et pertinence de l'ancrage

2.8.1 Pratique

La conception d'ancrage dans la pratique de l'Humaindevenant permet à l'infirmière de connaître les patterns de santé, en étant authentique, en présence vraie, et en prenant en considération la qualité de vie et l'expérience de santé selon la personne, afin de l'aider à cerner les besoins et les préoccupations de la personne. A partir de là, l'infirmière peut fournir de l'information au moment propice, de manière à ce que la personne et sa famille orientent la discussion selon le rythme de leurs préoccupations (Parse, 2009, cité par Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010).

Le but de la pratique infirmière selon Parse est la qualité de vie selon le point de vue de la personne. L'infirmière est en présence vraie avec les personnes dans toute situation que ces dernières peuvent vivre. Elle tolère d'être témoin de la dignité humaine en offrant sa participation pour co-crée la qualité de vie selon la perspective de la personne concernée (Schneck, 2007).

Cette conception peut aider les infirmières à s'interroger sur leur propre fonctionnement et à comprendre la vision des personnes différemment. L'infirmière qui s'appuie ou s'inspire de l'humaindevenant ne peut faire l'économie de constamment s'interroger et questionner sa pratique non dans un registre du « juge ou de censeur » mais en interrogeant le vivant qui est là, en elle, dans ce que la personne montre, exprime ou n'exprime pas ... « jouer » et « créer » avec les singularités et les mouvements de la vie qui sont en présence ... au fond un vrai « art infirmier » !

2.8.2 Recherche

La recherche dans la discipline infirmière propose d'investiguer des phénomènes pour s'appuyer sur la recherche afin d'améliorer les pratiques infirmières. Elle sert à formuler des questions et hypothèses et de mener à bien les investigations sur la base d'une méthode de recherche dûment éprouvée et définie en adéquation avec ce questionnement. Les conceptions de la discipline infirmière fournissent aux chercheurs un support et un contexte intellectuel pour interpréter les résultats de leurs études. Concrètement, les conceptions orientent le but et déterminent le choix des questions et la méthode. Elles sont un moyen pour la recherche, pour formuler la théorie et expliquer certains phénomènes de la science infirmière et orienter certains soins (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.114). Parse prône que « La connaissance des expériences humaines de santé est au centre du développement des savoirs spécifiques infirmiers. » (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.115). Pour Parse, la connaissance des expériences de santé des personnes en s'appuyant sa méthode herméneutique permet de développer chez les chercheurs des savoirs spécifiques, à introduire des concepts. Pépin, Kérouac et Ducharme affirment que : « L'approche de Parse s'est avérée utile pour la création d'un nouveau concept, celui de

« continuer dans les moments difficiles. » (2010, p.115-116). Cet ancrage apporte à la recherche un développement des savoirs chez les infirmières à travers la connaissance des expériences de santé de la personne et de sa famille. Il permet aussi de développer des concepts en lien avec la perception de la personne et accomplir des projets même dans des moments difficiles.

D'après ce modèle, la recherche offre à l'infirmière la possibilité de connaître la personne au plus près et de créer une relation de confiance. C'est aussi l'opportunité pour les infirmières de découvrir ce que les personnes ont à leur dire.

2.8.3 Formation

La formation amène les étudiants à réfléchir et à s'imprégner des bases conceptuelles de leur pratique, en partenariat avec leurs enseignants dans les expériences cliniques. A ce sujet, Bishop et Scudder précisent : « Ils apprennent la signification de l'exercice professionnel et donnent un sens au service qu'ils offrent à la société. » (Bishop & Scudder, 1999 cités par Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.162). Cette manière de consolider les connaissances et les expériences cliniques donne des bases solides sur lesquelles les étudiants peuvent s'appuyer plus tard dans leur profession. Selon la conception de Parse, l'humain est au centre d'intérêt de la discipline et doit être représenté dans le programme à tous les niveaux d'études et il doit comporter les concepts clés de l'humain en devenir tels que « le sens », la « rythmicité » et la « transcendance ». Parse encourage les étudiants infirmiers à poursuivre leur apprentissage en maîtrise et doctorat dans le but d'être préparés à un rôle de chef de file. Dans la formation, les étudiants et les enseignants créent ensemble un cadre d'enseignement et d'apprentissage pour développer des compétences humaines et professionnelles. Les étudiants définissent des objectifs personnels en lien avec les objectifs du programme (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.164). Parse propose aussi que le programme présenté aux étudiants soit imprégné par la théorie de l'humaindevenant qui est centré sur la personne.

En soutenant la théorie et les valeurs de Parse, les infirmiers enrichissent leur formation et s'ouvrent aux personnes pour mieux les comprendre selon leurs valeurs prioritaires les plus importantes et leur sens afin de créer des relations fondées sur les espoirs et les rêves aboutissant à la qualité de vie.

L'infirmière accueille, soigne et accompagne la personne en intégrant la famille et l'entourage dans toutes les situations. Pour cela, elle doit renforcer l'autonomie de la personne qu'elle accompagne en favorisant sa capacité à déterminer ses décisions elle-même, ainsi que sa liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. L'infirmière qui privilégie cette approche centrée sur l'autonomie de la personne maintient sa dignité car la dignité est définie comme : « Quelque chose est dû à l'être humain du seul fait qu'il est humain. » (Ricœur, 1988) et aussi selon le philosophe Kant (1724-1804) : « La personne humaine tire sa dignité du fait qu'elle choisit ses propres buts ». Cette approche du soignant visant à maintenir l'autonomie et la dignité réduit le risque que les personnes ne succombent dans la vulnérabilité et favorise une meilleure qualité de vie. Selon l'OMS (1994), la qualité de vie est : « [La] perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du

système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, des normes et ses inquiétudes. ».

2.9 Question de recherche

Au terme de cette problématique, à travers laquelle les besoins ont été tracés, une réflexion a été effectuée au sujet de l'accompagnement par l'infirmière à travers la communication en soutenant le consentement éclairé de la personne au sujet de ses choix et en s'inspirant de l'humaindevenant. Le travail de bachelor vise à répondre à la question de recherche suivante :

Comment l'infirmière s'engage-t-elle, à travers la communication, à ce que les choix des personnes atteintes de cancer pulmonaire soient respectés, en préservant leur dignité et leur liberté, afin de maintenir leur qualité de vie durant l'expérience de la santé ?

3. MÉTHODE

La méthode que nous avons utilisée pour ce travail consiste en la réalisation d'une revue de la littérature. Nous avons sélectionné 6 articles de recherche dont quatre qualitatifs et deux revues de synthèses issue d'une recherche documentaire entre le 1er avril et le 31 mai 2015 à l'aide de deux moteurs de recherche, Cinahl et PubMed.

3.1 SOURCES D'INFORMATIONS ET STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Critères d'inclusions

- Les articles qui sont publiés en langue française et anglaise.
- Les articles sont en lien avec la santé notamment avec des aspects prédominant sur la psychologie.
- Les articles portant sur des recherches avec une approche qualitative et/ou des revues de synthèse.
- La population visée inclut les adultes de plus de 19 ans, tous sexes confondus.
- La date de parution est comprise entre 2010 et 2015.
- Les études sont en lien avec l'accompagnement de l'infirmière, la perception des personnes atteintes du cancer du poumon sur la qualité de la communication et la satisfaction de leurs besoins, ainsi que les interventions et les compétences des infirmières spécifiques à un milieu oncologique.
- Les articles abordent les cancers en général ou uniquement le cancer pulmonaire.
- Les études de cas et de patients simulés.

Critères d'exclusions

- Les articles publiés dans une autre langue que l'anglais et le français.
- Les articles publiés antérieurement à l'année 2000.
- Les études concernant les enfants et adolescents atteints d'une maladie oncologique.
- Les articles visant principalement un aspect médical spécifique.
- Les articles centrés sur le diagnostic ou la fin de vie.

3.2 CHOIX DES BASES DE DONNÉES

Pour sélectionner nos articles, nous avons privilégié deux principaux moteurs de recherche informatisés CINAHL® (<http://www.ebscohost.com/cinahl/>) et PUBMED® (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>).

Après avoir effectué des recherches sur la thématique retenue et afin de proposer une première ébauche de problématique de recherche, nous avons abouti à la question de recherche suivante : *« Comment l'infirmière soutient-elle, à travers la communication, les choix des personnes atteintes de cancer pulmonaire afin de leur assurer une qualité de vie durant l'expérience de santé ? »*.

Nos recherches documentaires vont donc concerner les personnes adultes atteintes d'un cancer

(P), l'intervention recherchée sera le soutien que l'infirmière apporte au patient à travers la communication (I) et le résultat souhaité est la qualité de vie (O). En effet, nous voulons centrer notre travail sur l'importance de la qualité de la communication pour la satisfaction des besoins des personnes atteintes de cancer pulmonaire. Nous avons privilégié une approche de type qualitatif, c'est pourquoi nous nous sommes efforcées de sélectionner des articles avec des études de type descriptif- qualitatif.

L'équation de recherche sur le moteur Cinahl est prédéfini selon les Mesh terms : « nursing role » and « communication » and « cancer » qui a donné cent-quinze articles. Trois articles ont été retenus selon les critères de la méthodologie. En ajoutant à cette équation « quality of life », nous avons obtenu huit articles dont deux qui ont été retenus. De nouveau, nous avons remplacé « quality of life » par « uncertainty », nous avons retenu un article sur les trois proposés.

Nous avons introduit l'équation sur la base de données PubMed qui nous a donné septante-deux articles dont nous en avons retenus trois. Nous avons remplacé le terms « nursing role » par « nurse-patient relations », cette recherche a abouti à septante-quatre articles desquels cinq ont été choisis.

L'analyse critique des articles est réalisée sur la base de la grille de lecture qualitative de Fortin et coll. (2010) pour les articles de type qualitatif et ANAES (2000) pour les revues systématiques. L'ensemble des données est restitué sous forme de tableaux en annexe et un tableau récapitulatif des six articles complétera les résultats.

3.3 DIAGRAMME DE FLUX

Le processus d'identification des articles est présenté dans le diagramme de flux dans la figure ci- dessous.

La recherche documentaire a fourni un nombre important d'articles (n=187). Tout d'abord, la sélection des articles s'est effectuée après la lecture des titres et des résumés. Ensuite, les critères d'exclusions ont permis de faire un tri afin d'obtenir uniquement les articles qui concernent notre problématique (n=11). Suite à une lecture approfondie de ces onze articles, il a été observé que cinq parmi eux étaient des études de cas et de patients simulés, raison pour laquelle ils n'ont pas été retenus. Finalement, six articles dont deux revues systématiques comprennent l'ensemble de nos critères d'inclusions et sont susceptibles de répondre à notre question de recherche.

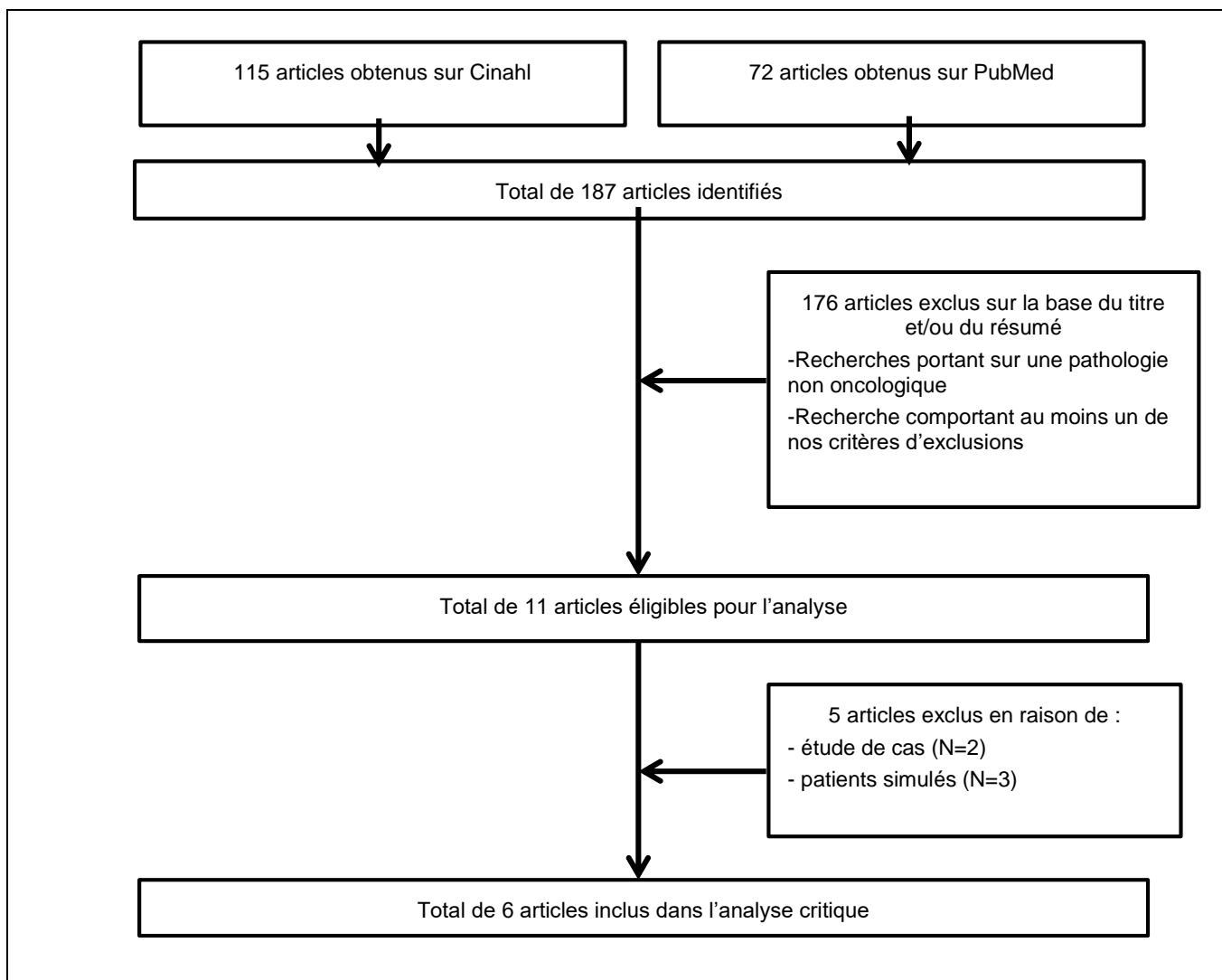


Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

4. RÉSULTATS

4.1. ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES RETENUS

Les 25 études, prospectives et transversales, comprises dans la revue systématique de Husson, Mols et van de Poll-Franse (2010) « **The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors : a systematic review** » démontrent une relation positive concernant l'apport des informations adéquates et la qualité de vie. En outre, une relation négative a été constatée entre l'apport d'informations adéquat, l'anxiété et la dépression. Il y avait aussi une relation positive sur la santé mentale et pas sur la santé physique.

Cette étude a montré que la mise à disposition des informations adéquates permet une meilleure compréhension du patient, de sa situation. Il apprend à faire face à sa maladie et à réduire sa détresse psychologique, ce qui peut l'aider à avoir un meilleur moral et un taux d'anxiété diminué. Les patients qui obtiennent des informations répondant à leurs besoins ont plus de confiance dans leurs capacités à traiter des questions liées à la santé. L'accès à l'information permet une amélioration de la santé du fait d'avoir un sentiment de contrôle sur la gestion des symptômes. Le manque d'informations ou des informations de mauvaise qualité peuvent engendrer de l'anxiété, de la dépression et une qualité de vie amoindrie. Toutefois, certaines informations sont susceptibles d'augmenter le niveau de la détresse chez les patients. D'autre part, l'anxiété peut inhiber le traitement d'informations. Ceci est ressorti aussi avec les patients ayant un moins bon moral ou des difficultés à comprendre les informations. Tandis que les patients avec une meilleure santé en général sont plus satisfaits en raison de leur meilleur état émotionnel.

La cohérence de ces associations indique que d'avantage d'attention doit être accordé à l'apport d'informations selon le sexe, l'âge, l'origine culturelle, le niveau d'éducation, le stade de la maladie et le type d'adaptation.

Cette étude relève clairement l'importance de l'apport d'informations adéquates qui permet une meilleure compréhension du patient pour contrôler les symptômes de sa maladie et améliorer sa qualité de vie. En l'occurrence, le manque d'informations peut engendrer l'augmentation de l'anxiété qui mène généralement à la dépression, car ces derniers peuvent inhiber le traitement de l'information. Ce résultat clarifie le rôle de l'infirmière pour fournir les informations adéquates à travers la communication, selon les besoins des personnes, en tenant compte aussi de leur culture, âge, sexe, du niveau d'éducation et du stade de la maladie. Cette approche permet de satisfaire les personnes dans leurs besoins et leur permet d'être mieux préparées pour déterminer leur choix.

L'ensemble des études ont été publiées entre avril 2006 et décembre 2009. Cependant, la durée de la sélection des articles était effectuée sur un temps restreint (le 1er février 2010), ce qui offre aux chercheurs une palette moins large. En raison des différentes méthodologies utilisées dans les études choisies, les résultats ne sont pas statistiquement significatifs.

Les résultats de la revue systématique, effectué entre novembre 2009 et avril 2010 incluant 25

articles, de Tay, Hegney et Ang (2011) « **Factors affecting effective communication between registered nurses and adult cancer patients in an inpatient setting: a systematic** » démontrent que les facteurs qui influencent la communication entre l'infirmière et le patient dans un contexte oncologique identifiés sont : les caractéristiques du patient, de l'infirmière et de l'environnement dans la création d'une relation pour établir la communication.

Du point de vue l'infirmière, cette revue a montré l'importance de l'authenticité dans la communication, les compétences professionnelles et les compétences de communication dans la communication efficace, et le rôle de la formation pour améliorer la communication. La revue a également mis en évidence une distinction des infirmières, celles qui avaient peur d'aborder le sujet de la mort et étaient concentrées sur les tâches, et qui n'avaient pas une prise de conscience des comportements verbaux inhibant la communication. Ce qui ressort également c'est que les infirmières communiquent d'une manière moins efficace lorsqu'elles doivent fournir des informations au niveau psychosocial et en situation émotionnelle.

En ce qui concerne les patients, les caractéristiques qui ont été retenues sont : l'anticipation active de certains patients dans la recherche constante d'informations, ce qui peut promouvoir la communication entre l'infirmière et les patients. D'autre part, la réticence des patients à parler de leur maladie et de leurs sentiments avec les infirmières, qui recherchent alors en général du soutien dans leur entourage ou utilisent un raisonnement subjectif selon leurs croyances et valeurs personnelles, ces facteurs-là inhibent la communication. Les patients âgés et en soins palliatifs sont plus satisfaits de la communication que les patients plus jeunes et ceux qui sont traités à titre curatif.

Au niveau de l'environnement, un service de soutien est mis en place par les infirmières qui ont de l'aisance dans la communication. Par contre, les conflits entre le personnel et les normes de la société chinoise sont inhibant pour la communication.

Au regard de ces résultats, il est indispensable de prendre en considération les caractéristiques des infirmières et des patients. Ce sont des facteurs-clés qui influencent la communication. Pour relever ce défi, il est important que les infirmières montrent ouvertes d'esprit. Elles peuvent bénéficier d'une formation pour renforcer leurs compétences en communication et améliorer la satisfaction des besoins des patients. Ce partage d'informations peut être utilisé pour créer des liens à travers une communication ouverte. Le rôle de l'infirmière est d'anticiper un moment de soutien pendant sa prise en soins. L'infirmière est incitée à adopter une attitude authentique et respecter les préférences de la personne selon son expérience et son envie de partager ses pensées et ses émotions.

L'étude n'a pas pu aboutir à de plus amples informations concernant l'impact de l'environnement dans la relation infirmière-personne.

L'étude randomisée contrôlée transversale de Fukui, Ogawa et Yamagishi (2010) « **Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients : a preliminary study** » effectuée à Tokyo comprend huit infirmières et quatre-vingt-six patients atteints de cancer. Douze médecins ont suivi les

patients dans les deux groupes. Cette étude se penche sur l'efficacité de la formation des compétences en communication des infirmières en lien avec la qualité de vie des patients atteints de cancer nouvellement diagnostiqué. Une communication inefficace laisse les patients anxieux, insatisfaits, et les conduit souvent à une baisse de qualité de vie. Certaines infirmières travaillant en oncologie éprouvent quelques difficultés à communiquer avec les patients atteints de cancer et leur famille, quand elles doivent leur apporter du soutien suite à l'annonce du diagnostic fait par le médecin. Les résultats de cette étude ont démontré des effets positifs de la formation sur l'attitude des infirmières. Elles ont d'avantage confiance en elles pour communiquer avec le patient. Cette formation propose une approche qui s'appuie sur une trame en six étapes (SPIKES), qui permet à l'infirmière de guider son entretien. Cette formation a aussi montré des effets positifs sur la satisfaction des patients, 87,3% dans le groupe expérimental et 79,7% dans le groupe contrôle, au niveau de la communication avec le personnel soignant mais aucun effet significativement positif n'a été identifié dans l'amélioration de la qualité de vie au niveau de la santé mentale (48,2% dans le groupe expérimental et 48,6% pour le groupe contrôle).

Ces résultats soulignent l'importance de la consolidation de la formation de l'infirmière à développer davantage de compétences dans le domaine de la communication. Par la formation, cette dernière peut évoluer continuellement dans sa profession afin de garantir un soutien consistant pour la personne.

Cependant, les résultats ne s'ont pas généralisables car les données n'étaient pas représentatives dû au fait que l'échantillon contenait un petit nombre d'infirmière (n=8) et que la durée de formation était courte (deux journées sur trois mois). De plus, il s'agit d'une enquête préliminaire. Pour finir, l'étude n'inclut pas du tout l'encouragement, alors que sa présence semble très importante durant la trajectoire de la maladie.

D'après l'étude qualitative, effectuée entre janvier 2005 et décembre 2006, comprenant vingt-deux infirmières, trente-et-un médecins, 55 patients et 31 membres de familles, de Reinke, Shannon, Engelberg, Young et Curtis (2010) « **Supporting Hope and Prognostic Information : Nurses' Perspectives on Their Role When Patients Have Life-Limiting Prognoses** ». Cette étude décrit les perspectives des infirmières et leur rôle de soutien auprès des patients ainsi que leurs moyens de communication concernant les pronostics défavorables. Trois thèmes de cette étude ont émergé : les infirmières aident les patients à faciliter la compréhension de la notion d'espoir, en se concentrant sur la qualité de vie et créant une relation de confiance avec le patient. Les infirmières fournissent les informations concernant le pronostic en évaluant les connaissances des patients et leurs représentations. Elles identifient l'apport des informations aux patients qui nécessitent une collaboration avec le médecin. Les auteurs relatent que les infirmières qui décrivent les comportements qui sont utilisés lors de la rencontre avec les patients et leur famille pour leurs besoins d'espoir, ne rencontrent pas de difficultés et se sentent à l'aise dans la pratique par rapport à ça (espoir). En revanche, quand il s'agit de l'apport de l'information sur le pronostic, elles revendiquent la collaboration avec le médecin qui n'est pas omniprésente.

Les patients atteints de maladie chronique qui limitent le temps de survie font face à une fluctuation constante des émotions. Pour pallier cela, ils maintiennent l'espoir pour vivre avec leur

maladie. Cependant, les soignants rapportent souvent que la préservation de l'espoir devient un obstacle majeur à la discussion au pronostic ou aux soins de fin de vie. En effet, les auteurs soulignent l'importance et la nécessité de trouver un bon équilibre entre la réalité de la situation du patient par rapport à son mauvais pronostic et le maintien de l'espoir au sein d'une alliance thérapeutique. Cela met généralement les soignants dans une situation délicate où ils sont partagés entre le désir d'aider les patients à maintenir l'espoir et en évitant les faux espoirs dans un contexte limitant la vie.

Les résultats de l'étude montrent que les soignants prennent en compte certains facteurs lorsqu'ils envisagent la discussion sur le pronostic y compris une approche individuelle pour déterminer les besoins d'informations pour chaque patient, en reconnaissant la capacité des patients à recevoir des informations sur le pronostic.

L'annonce du diagnostic est souvent attribuée au médecin et à d'autres professionnels de la santé mais les auteurs soulignent que les responsabilités à déterminer le rôle spécifique de chacun dans la mise à disposition de telles informations n'est pas encore bien définie. La divulgation initiale relève du rôle du médecin avec d'autres membres de l'équipe qui aident à intégrer les informations du diagnostic et du pronostic. Certes, des études précédentes ont montré que les patients ont besoin d'informations honnêtes sur leur pronostic mais ne veulent pas que les soignants emportent leurs espoirs. Ces résultats montrent la complexité pour soutenir les personnes afin qu'elles maintiennent de l'espoir lorsqu'il s'agit d'un pronostic limitant la vie.

Les auteurs n'ont pas suffisamment investigué les enjeux de la collaboration entre les médecins et les infirmières sur l'apport des informations.

L'étude qualitative, effectuée de juin 2006 à juillet 2007, de Rowlands & Callen (2013) « **A qualitative analysis of communication between members of a hospital-based multidisciplinary lung cancer team** » consiste à examiner comment les informations, concernant les patients atteints de cancer pulmonaire, sont communiquées entre les différents professionnels de la santé au sein d'une équipe interdisciplinaire et comment identifier les mécanismes pour améliorer la communication. L'échantillon interrogé se composait de huit médecins, neuf infirmières, un assistant social, deux diététiciens et deux psychologues. Deux thèmes principaux sont ressortis de cette étude tels que : les caractéristiques de la communication entre les membres d'une équipe qui sont axés sur le rôle des membres de l'équipe qui détermine le sens de la communication ainsi que le rôle de la domination des médecins dans la communication. Les différents canaux de communication préférés des soignants sont : le face-à-face, le rôle du colloque multidisciplinaire comme un moyen de communication. Le dossier patient papier est considéré comme un vecteur d'échec en communication.

Le dossier patient informatisé offre aussi une nouvelle perspective sur la façon dont les informations sur les patients sont communiquées entre les différents membres d'une équipe pluridisciplinaire en milieux hospitaliers. La communication a été fortement marquée par le rôle des professionnels de la santé et leur préférence pour la communication verbale.

Le colloque interdisciplinaire était perçu comme un moyen complexe à cause de l'engagement

limité des professionnels suite à l'organisation et la planification des soins. La plupart des prises de décisions se produisaient entre les médecins. Cependant, l'importance du colloque, en tant que moyen de communication, a été reconnue par les soignants.

La traçabilité dans le dossier médical du patient n'était pas efficace au vu des carences d'informations par les différents professionnels de santé intervenant dans la situation de soins. Cette étude a fourni également de nouvelles informations pour comprendre l'élaboration de la communication entre les membres de l'équipe et comment cette communication en équipe pourrait être améliorée. Il a été constaté que la communication était limitée entre les membres de l'équipe et les médecins avaient plus d'emprise dans ce domaine par rapport aux professionnels paramédicaux. L'attribution du pouvoir du médecin par rapport aux autres soignants pourrait être considérée comme un obstacle à la fois à la circulation des informations et à l'inclusion de tous les membres du colloque interdisciplinaire. L'ancienneté de certains professionnels était vue comme un facteur favorisant pour surmonter l'emprise des médecins. Finalement cette étude a montré que la prise de décision multidisciplinaire était limitée. La domination des modèles traditionnels de communication où le médecin est responsable des soins du patient et domine la discussion et la prise de décision contrebalance avec l'approche multidisciplinarité centrée sur le patient.

L'influence de la hiérarchie est généralement invisible et représente un piège au succès des soins multidisciplinaires du cancer. Les résultats identifient ce rôle aussi comme une incidence sur la communication au sein de l'équipe avec une communication survenant plus fréquemment entre les membres du même groupe professionnel. L'étude a identifié l'importance de la création d'un dossier informatisé du patient qui facilitera l'accès à l'information pour les intervenants dans un réseau de soins. Cet outil permet de laisser une traçabilité fiable et écartera ainsi les problèmes actuels liés au dossier médical papier.

Cette étude a montré que les membres d'une équipe ne communiquaient pas efficacement et des changements sont essentiels si les soins multidisciplinaires doivent être fournis de manière optimale. La prise en charge multidisciplinaire est un nouveau modèle de prestations de services pour les patients.

Ces résultats mettent en avant le rôle d'un colloque interdisciplinaire dans un contexte de soins, pour les transmissions des informations ainsi que le dossier médical qui peut être un support essentiel pour la traçabilité des informations sur le patient. Le positionnement de l'infirmière au sein d'une équipe interdisciplinaire n'est pas assez prononcé car les infirmières majoritairement sont encore attachées au modèle de science médicale. Et elles ne considèrent pas leur discipline comme une science basée sur les sciences humaines. Ce qui implique l'importance de s'appuyer sur un modèle théorique qui peut guider l'infirmière dans sa posture ainsi que sa distinction par rapport aux autres disciplines.

La principale limite de cette étude est la généralisation des résultats, car l'étude se base sur les propos d'une équipe de professionnels d'un seul hôpital. Cela peut biaiser l'interprétation des résultats, car il se peut que l'hôpital en question ait une mauvaise gestion des canaux de communication et de transmissions des informations des patients.

Dans l'étude qualitative interprétative, effectué sur 10 infirmières travaillant en oncologie à Singapour, de Tay, Ang et Hegney (2012) intitulée « **Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore** », les auteurs examinent les facteurs influençant la communication efficace où leurs conversations impliquent des sujets qui génèrent beaucoup d'émotions de la part de personnes affectées de maladies mortelles et sa trajectoire. Bien qu'il existe des facteurs communs qui influencent la communication dans tous les contextes de la pratique, cette étude se réfère à une communauté multiculturelle comme Singapour, qui présente des défis particuliers en oncologie. Les résultats ont montré des facteurs influençant la communication selon les caractéristiques des infirmières et des patients. Pendant la trajectoire de la maladie, la communication efficace peut être inhibée, par exemple l'annonce du diagnostic engendre un choc et une incertitude qui réduit la capacité du patient à interpréter les informations et exprimer ses besoins (McCaughan & McKenna 2007 ; Tay, Ang & Hegney, 2012). Il s'avère que les clients bénéficiant d'une assurance privée à Singapour sont réputés pour être très exigeants avec le personnel soignant allant jusqu'à adopter des réactions irrespectueuses vis-à-vis des infirmières. Ces clients ont une perception négative du rôle des infirmières, en particulier avec les infirmières étrangères qui sont considérées comme des travailleuses domestiques plus que des prestataires de soins qualifiées. Et cela malgré l'effort du gouvernement dans l'amélioration de la formation et la connaissance professionnelle. Ces patients exigeants ont des plaintes déraisonnables, ce qui les catégorise par les infirmières comme « patient difficile » et inhibent ainsi les tentatives de communication de celles-ci (Flaskerud et al. 1999 ; Macdonald 2003 ; Tay, Ang & Hegney, 2012).

Les émotions inhibitrices identifiées chez les infirmières sont la crainte, un malaise à aborder des sujets sensibles tels que la fin de vie et la mort. Ces émotions inhibent la communication entre l'infirmière et le patient et peuvent avoir comme origine l'attitude des infirmières, les croyances personnelles envers la mort. En effet, elles pourraient influencer défavorablement sur les soins de fin de vie prodigués par les infirmières (Braun et al., 2010, cité par Tay, Ang et Hegney, 2012). Le manque d'expérience et de compétences de communication des infirmières ont été relevées dans cette étude.

Les barrières linguistiques sont importantes en particulier entre les patients et les infirmières formées à l'étranger qui ne peuvent pas s'exprimer en anglais. Le tabou culturel augmente également l'inconfort des infirmières lors de la discussion des sujets sensibles. Comme Johnson (2004, cité par Tay, Ang et Hegney, 2012) l'a noté, la communication ne peut pas être efficace s'il n'y a pas de langue commune et même la communication non verbale peut être mal interprétée à travers les cultures.

Le rôle majeur des infirmières est la création d'un environnement qui peut influencer particulièrement la communication infirmière-patient mais malheureusement ce qui a été constaté dans l'étude c'est que les infirmières avaient une tendance axée sur les tâches plutôt que sur la relation. D'autant plus que, selon les interprétations culturelles, les infirmières qui tentaient d'avoir une approche holistique en intégrant du soutien relationnel pouvaient être jugées comme « paresseuses » et moins productives.

Dans cette étude les auteurs se sont appuyés sur la définition de Courtney (2010, cité par Tay,

Ang et Hegney, 2012) : « Un processus à double sens - envoyer le bon message qui est également correctement reçu et compris par l'autre personne » pour démontrent l'importance de la communication efficace car elle favorise la création de relations thérapeutique entre l'infirmière et le patient, et améliore la perception de la qualité des soins.

Ces résultats identifient les barrières liées à la communication dans un milieu hospitalier privé avec des exigences particulières ainsi qu'une communauté multiculturelle imprégnée par des coutumes et des valeurs diversifiées. Ces barrières limitent l'infirmière à apporter du soutien pour les personnes, car elle est sollicitée à surmonter tous ces obstacles. Une reconsidération des compétences en communication paraît une évidence et un travail personnel sur la gestion des émotions semble utile pour mieux accompagner les personnes avec différences singulières lors de soins de soutien.

La principale limite de cette étude est qu'elle est fondée sur un paradigme interprétatif, par conséquent ses résultats ne peuvent pas être généralisés dans un contexte plus large. Mais il peut y avoir une transférabilité des résultats dans d'autres contextes de communications avec des personnes hospitalisées. Cette recherche est spécialement pertinente, parce que Singapour est une ville multiculturelle similaire à Genève, ce qui nous fait penser que les infirmières peuvent éventuellement rencontrer les mêmes obstacles concernant la langue, la culture et la spiritualité d'où l'importance de développer des compétences pour prévenir ce genre de difficultés.

4.2. TABLEAU COMPARATIF

Le tableau suivant comporte six articles scientifiques dont deux revues de systématique, trois qualitatives et une étude contrôlée randomisée transversale. Les articles comprenaient des échantillons de taille moyenne avec une population adulte. Le but de ces études était centré sur la communication mais avec des domaines de recherches différents. Toutes ces études comportaient des méthodologies avec des interventions appliquées par les chercheurs dans un cadre empirique à l'exception des deux revues de systématiques. Les principaux résultats ont été mentionnés avec des limites.

Tableau 1. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Fukui, Ogawa & Yamagishi. (2010)	<p>Etude quantitative randomisée contrôlée transversale</p> <p>L'intervention a été menée par quatre infirmières qui ont bénéficié de la formation et quatre infirmières du groupe contrôle auprès d'une population de 86 personnes ayant récemment reçu le diagnostic de cancer (estomac, colon ou sein) Dans quatre institutions spécialisées dans le dépistage du cancer au Japon.</p>	<p>Le but est de déterminer si un programme de formation des compétences de communication des infirmières serait utile pour améliorer la qualité et la satisfaction des patients lors de l'annonce du diagnostic.</p>	<p>1 groupe expérimental composé de 41 patients et de 4 infirmières ayant effectuées une formation sur les compétences de communication de deux sessions de six heures durant une période trois mois.</p> <p>1 groupe contrôle composé de 4 infirmières agissant comme à leur habitude avec 45 patients.</p> <p>La formation était basée sur une approche nommée SPIKES en six étapes.</p> <p>Dans les deux groupes les infirmières fournissaient du soutien psychologique et d'information en trois entretiens : 1^{er} entretien une semaine après le diagnostic,</p>	<p>Les infirmières du groupe expérimental ont pu utiliser les compétences acquises de la formation.</p> <p>Les infirmières du groupe contrôle ont exprimé des difficultés à trouver des stratégies pour apporter du soutien aux patients.</p> <p>Sur le plan psychique, SF-8 a montré une moyenne inférieure à la norme nationale dans les deux groupes.</p> <p>Au niveau physique la moyenne est dans la norme.</p> <p>Dans le groupe contrôle, d'importantes différences au niveau psychique et de la satisfaction des patients avec l'infirmière ont été</p>	<p>La généralisation des conclusions est incertaine pour les raisons suivantes : les statistiques étaient significatives et peu probables, il s'agit d'une enquête préliminaire, ainsi qu'un petit échantillon.</p> <p>La courte durée de la formation, il est recommandé d'accroître le temps de formation. Il est préconisé d'établir une étude plus approfondie pour tester l'effet de la formation sur la satisfaction des</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
			<p>le 2^{ème} un mois après et le 3^{ème} après trois mois.</p> <p>Les entretiens étaient audio-enregistrés et transcrits, puis analysés par deux experts.</p> <p>Le SF-8™ Health Survey a évalué les niveaux physiques et mentaux durant les trois premiers mois après le diagnostic, puis a comparé les chiffres à la moyenne nationale japonaise.</p> <p>Les données démographiques et cliniques des patients, des infirmières et des médecins, et les scores des échelles pour chacun des trois entretiens ont été analysés par le t-test, test chisquared, ou des corrélations de Pearson.</p> <p>Des mesures répétées d'analyse de co-variance (ANCOVA) ont mesuré les</p>	<p>constaté.</p> <p>L'étude a montré que la formation permet de développer des compétences chez les infirmières pour offrir un soutien psychologique et améliorer la qualité de vie des patients.</p> <p>Le système médical et la culture japonaise influencent l'attitude des infirmières.</p> <p>Dans cette communauté, il n'est pas coutume d'exprimer ses problèmes psychosociaux et rechercher du soutien des professionnels de la santé.</p>	<p>patients avec les médecins et l'entourage.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
			différences entre les groupes expérimentaux et de contrôle. Les analyses de données ont été effectuées en utilisant le logiciel statistique SAS, la version 9.1.		
Tay, Ang & Hegney. (2012)	Qualitative interprétative 10 infirmières travaillant dans une unité oncologique/ hématologique à l'hôpital universitaire de Singapour.	Le but de cette étude a été d'identifier les facteurs qui favorisent, inhibent ou promeuvent la communication efficace entre les patients adultes hospitalisés en oncologie et les infirmières.	La sélection des infirmières a été effectuée par une technique d'échantillonnage raisonné. Des entretiens semi-structurés, avec des questions ouvertes, d'une durée comprise entre 28 et 91 minutes, étaient enregistrés, puis transcrits. Un journal de réflexion a été maintenu lors de la collecte. Un logiciel d'analyse de texte (Leximancer 3.0) a retenu les mots et les expressions les plus souvent répétés, puis une carte conceptuelle a été établie.	Les caractéristiques du patient comprennent la trajectoire de la maladie et son attitude envers les infirmières. -L'annonce du diagnostic dans la trajectoire de la maladie inhibe la communication, car le patient est sous le choc. -La perception négative du rôle et des compétences des infirmières. -Les exigences et comportements des patients de classe supérieure qui inhibent la communication avec les infirmières.	La principale limite de cette étude est qu'elle est fondée sur un paradigme interprétatif, par conséquent ses résultats ne peuvent pas être généralisés dans un contexte plus large. Mais il peut y avoir une transférabilité des résultats dans d'autres contextes de communications avec des personnes hospitalisées.

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
			<p>Ils ont également utilisés une méthode en six étapes suggérée par Braun et Clarke (2006) pour analyser la thématique en se basant sur la carte conceptuel.</p> <p>Les thèmes qui ont émergé sont : les caractéristiques du patient, de l'infirmière, les interactions entre l'infirmière et le patient, et l'environnement.</p>	<p>Les caractéristiques des infirmières sont les émotions inhibitrices, les barrières linguistiques et l'environnement.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les émotions des infirmières face aux soins de fin de vie et la mort. -Le manque d'expérience et de compétences dans la communication efficace. -Les barrières linguistiques et culturelles. -Le rôle des infirmières dans la création d'un environnement propices à la communication. 	
Tay, Hegney & Ang. (2011)	<p>Revue systématique</p> <p>De novembre 2009 à avril 2010.</p> <p>25 articles retenus</p>	Montrer les facteurs de communication efficace entre l'infirmière et les patients atteints de cancer.	Des articles quantitatifs et qualitatifs sélectionnés sur des moteurs de recherche (CINAHL, Ovide, PubMed, ScienceDirect, Scopus et Wiley Interscience).	Les facteurs qui influencent la communication dans un contexte oncologique incluent l'infirmière, le patient et l'environnement.	L'étude n'a pas pu aboutir à de plus amples informations concernant le rôle que joue l'environnement dans la relation infirmière-

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
			<p>Les articles ont été choisis selon des critères d'inclusions et d'exclusions.</p> <p>La littérature a généré 65 articles dont 25 ont été retenus à l'aide du Joanna Briggs Institute (guide de bonnes pratiques).</p>	<p>-l'importance de l'authenticité dans la communication</p> <p>-les compétences professionnelles et les compétences de communication dans la communication efficace, et le rôle de la formation pour améliorer la communication.</p>	personne.
Rowlands & Callen. (2012)	<p>Etude qualitative</p> <p>Effectués de juin 2006 à juillet 2007.</p> <p>22 membres représentatifs d'une équipe multidisciplinaire.</p> <p>Dans un hôpital universitaire australien spécialisé en oncologie et soins palliatifs.</p>	<p>Identifier les mécanismes pour améliorer la communication au sein d'une équipe multidisciplinaire.</p>	<p>Entretiens semi-structurés d'une durée de cinq à soixante minutes.</p> <p>Un chercheur unique a entrepris toutes les entrevues avec les participants, qui ont été enregistrées et transcrites.</p> <p>Les entrevues ont été guidées par un ensemble de questions standardisées.</p> <p>La fiabilité était renforcée par l'analyse des données en triangulation (médecins, infirmiers et paramédicaux).</p>	<p>Deux thèmes clés sont sortis : Les caractéristiques de communication entre les membres de l'équipe et les canaux de communication entre les membres de l'équipe.</p> <p>Le premier thème aborde la détermination du sens de la communication suivant le rôle qu'occupe le professionnel dans l'équipe et la domination des</p>	<p>La principale limite de cette étude est la généralisation des résultats, car l'étude se base sur les propos d'une équipe de professionnels d'un seul hôpital. Cela peut biaiser l'interprétation des résultats, car il se peut que l'hôpital en question ait une mauvaise gestion des</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
			L'analyse a été réalisée à l'aide d'une approche de la théorie ancrée (Glaser et Strauss, 1967) qui fait émerger des thèmes plus larges relatifs à la communication multidisciplinaire. Quatre assistants de recherche ont analysé les transcriptions des entrevues et comparé les thèmes dérivés.	médecins dans la communication. Le second thème révèle que la communication préférée des membres de l'équipe est le face à face, le rôle du colloque interprofessionnel comme moyen de communication et le dossier médical papier comme vecteur d'échec en matière de communication.	canaux de communication et de transmissions des informations des patients.
Husson, Mols & van de Poll-Franse. (2010)	Revue systématique 25 études, prospectives et transversales, publiées entre avril 1996 et décembre 2009	Résumer et d'évaluer les résultats de toutes les études axées sur la relation entre l'apport d'informations et HRQoL et la détresse psychologique chez les personnes atteintes de cancer.	Une recherche informatisée de la littérature sur Pubmed et PsychINFO a été effectuée le 1 ^{er} février 2010, comprenant des critères d'inclusions et d'exclusions. La recherche a retenu 5'732 résultats. 25 études ont été retenues pour la recherche. Chaque article sélectionné a	Les études sélectionnées ont utilisé différents questionnaires avec divers instruments de mesures pour évaluer HRQoL, l'anxiété et la dépression et les différents aspects de l'apport d'information. Parmi ces études il y avait des études prospectives, transversales,	En raison de contraintes méthodologiques, de par les différentes études choisies, les résultats ne sont pas statistiquement significatifs. Les études choisies ont été publiées entre avril 2006 et

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
			<p>été évalué par trois enquêteurs sur la base de critères établis.</p> <p>Les auteurs ont créé un système d'évaluation de la qualité des articles en attribuant 1 point à chaque critère d'inclusion. Le score le plus élevé atteint 13 points.</p>	<p>observationnelles ainsi que des études d'interventions.</p> <p>Les patients qui ont eu accès à l'information adéquate, et les patients qui n'ont pas rencontré d'obstacles à obtenir de l'information, en général, ont une meilleure HRQoL et des niveaux inférieurs de dépression et d'anxiété.</p> <p>La cohérence de ces associations indique que davantage d'attention doit être accordée à l'apport d'informations plus centrée sur le patient en tenant compte des différences dans les besoins en information par sexe, âge, origine culturelle, le niveau d'éducation, stade de la maladie et le style</p>	<p>décembre 2009. Cependant, ce qui interpelle c'est que les auteurs mentionnent qu'ils ont effectué leur sélection de recherches en une seule journée, c'est-à-dire le 1er février 2010.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
				d'adaptation.	
Reinke, Shannon, Engelberg, Young & Curtis. (2010)	Etude qualitative L'échantillon comprenait 55 patients, 31 membres de familles. Mais aussi 22 infirmières et 31 médecins, prodiguant des soins aux patients atteints de BPCO et cancer avancé en oncologie et médecine avec une expérience professionnelle moyenne de 19 ans. Six d'entre elles étaient cliniciennes diplômées d'un master.	Explorer les approches des infirmières qui soutiennent l'espoir chez les patients en s'appuyant sur les informations du pronostic peut offrir un aperçu des interventions interdisciplinaires pour améliorer la communication et la qualité de vie.	L'étude comprenait 55 patients, 36 membres de famille, 31 médecins et 22 infirmières pour évaluer leurs perceptions de l'espoir et les informations données concernant le pronostic. Les médecins ont été sélectionnés pour leur expérience et leur compétence dans les soins palliatifs. Chacun d'eux a dû choisir quatre patients selon des critères d'inclusions. Les infirmières choisies ont été impliquées dans la prise en soins des patients sélectionnés dans l'étude. Des entretiens semi-structurés avec des questions ouvertes, de 50 à 70 minutes, audio-enregistrés puis transcrits, entre janvier 2003 à décembre 2006.	Les deux thèmes traités sont : L'approche des infirmières pour répondre aux besoins de l'espoir et aux besoins d'information des maladies. Les sous-thèmes permettent un éclaircissement sur les besoins des personnes tels que : le sens que chaque individu donne à l'espoir, parler de la qualité de vie, construire une relation de confiance, évaluer les connaissances actuelles du patient sur sa maladie et son pronostic, identifier les besoins d'informations, transmissions des informations entre le médecin et l'infirmière, échange entre le patient et son médecin, et poursuivre	Les auteurs n'ont pas suffisamment investigué la collaboration entre les médecins et les infirmières sur l'apport des informations.

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
			<p>Deux enquêteurs ont observé les infirmières pendant cinq heures avant de mener des entretiens individuels. Les transcriptions des entretiens ont été analysées selon une approche empirique avec une technique de codage ouverte et axée qui a permis d'établir des catégories et sous-catégories, et leurs caractéristiques. Cela a permis la compréhension des concepts de l'espoir et de l'apport de l'information.</p>	<p>la discussion après un mauvais pronostic.</p> <p>Les infirmières ne se sentent pas autonomes dans l'apport d'information aux patients et à l'entourage et doivent s'appuyer sur la coopération, la collaboration et la négociation avec leurs collègues médecins.</p> <p>L'importance du rôle de l'infirmière dans l'amélioration de la qualité de vie.</p> <p>Les infirmières qui n'ont pas bénéficié d'une formation avancée, font une distinction dans leurs rôles par rapport à leur discipline concernant le soutien de l'information. Cependant, les cliniciennes se sentaient plus confortables à fournir des</p>	

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
				informations concernant le pronostic.	

5. DISCUSSION

Les thèmes qui émergent de la revue de littérature que nous avons effectuée sont principalement les suivants : l'apport d'informations et les facteurs influençant la communication, le développement des compétences à travers la formation et la posture de l'infirmière au sein d'une équipe interdisciplinaire. Nous nous proposons de les discuter en utilisant l'approche de l'humaindevenant développé par R. Parse (2014).

5.1. Synthèse des points clés

5.1.1. L'apport d'informations et les facteurs influençant la communication

Comme il a été souligné par Fitch et Steele (2010), un des besoins qui a été reconnu chez les personnes atteintes de cancer pulmonaire est le besoin d'informations.

La revue de Husson, Mols et van de Poll-Franse (2010) a mis en évidence que l'apport de l'information adéquat peut réduire la détresse psychologique chez les personnes et améliorer leur qualité de vie. Les patients ont besoin de différentes informations comme par exemple : concernant leur situation sociale, financière, les possibilités de réaliser des projets et de pouvoir se projeter dans l'avenir, également positivement, malgré la maladie.

La question qui se pose alors est : comment et à quel moment l'infirmière va donner ces informations aux personnes ?

En effet, si les articles de références ont identifié les principaux besoins d'informations des personnes, l'édition d'une petite brochure répondant à ces besoins pourrait être propice pour les patients. Ces derniers auraient systématiquement des réponses aux principaux besoins pouvant être identifiés.

Cependant, en prenant appui sur l'humaindevenant (Doucet & Maillard-Strüby, 2014) qui invite l'infirmière à considérer la personne comme indivisible, imprévisible, toujours changeante et les soins comme un art conçu du savoir-faire et du savoir être avec l'autre, une telle brochure ne répond pas tout à fait à cette vision, car chaque personne est unique et nécessite par conséquence une information individualisée.

Ainsi, connaître les besoins des personnes peut guider l'infirmière dans son accompagnement mais davantage dans une posture d'ouverture et d'attention à comment la personne nomme ses besoins et à quel moment elle choisit de nous en faire part, pour à ce moment discuter avec elle de son ou ses besoins. L'école de pensée de l'humaindevenant remet en question la notion de besoin, elle considère plutôt les patterns car les patterns sont la façon dont la personne se projette dans l'avenir en exprimant ses valeurs prioritaires (Doucet & Maillard-Strüby, 2011).

D'ailleurs, l'étude qualitative interprétative et la revue systématique de Tay, Ang et Hegney (2011,2012) relève certaines caractéristiques des patients et des infirmières qui peuvent inhiber la communication et entraver l'apport d'informations de qualité dont la personne a réellement besoin. Ce

qui va dans le sens de notre réflexion : il est complexe de donner de l'information, ne sachant pas si celle-ci est réellement exprimée comme une nécessité par la personne.

En effet, ces auteurs montrent combien l'état émotionnel, les valeurs, les croyances, les représentations et la culture des personnes en présence jouent un rôle non négligeable dans la relation entre la personne soignée et l'infirmière. Certes, une bonne communication favorise l'expression des sentiments des personnes. McCabe souligne : « La communication permet le partage des informations, des significations et des sentiments à travers des messages verbaux et non-verbaux. » (2004, cité par Husson, Mols & van de Poll-Franse, 2011, traduction libre, p.152). Dans le contexte de l'interaction infirmière-patient, chacun perçoit l'autre selon ses représentations et, à travers la communication, la personne imagine des projets et les moyens de les réaliser. Toutefois, la communication est complexe, souvent non-linéaire, non-précise, raisons pour lesquelles les réactions humaines varient (Husson, Mols & van de Poll-Franse, 2011). Et, Parse dans l'humaindevenant montre en effet combien la relation est imprévisible, toujours en interaction avec l'univers. Ainsi savoir quels sont généralement les patterns des personnes est précieux, mais bien accompagner les personnes cela sous-entend aussi de prendre en compte les rythmes, les valeurs, le sens, les priorités et les possibles de celles-ci, en présence dans un contexte qui lui est aussi singulier et changeant. Notre réflexion semble rejoindre dans les propos qui vont suivre. En effet, une réaction positive est observée chez les patients concernant l'intégration des informations délivrées avec clarté et honnêteté, cette dernière suscite une approche empathique et flexible de la part des infirmières. Husson, Mols et van de Poll-Franse (2011) relèvent que les patients apprécient les conversations avec les infirmières qui sont attentives et à l'écoute de leurs préoccupations. L'infirmière qui privilégie la qualité de vie de la personne doit prendre en considération le sens que la personne donne à son expérience selon ses valeurs et ses priorités. La qualité de vie est perçue d'une manière singulière et personnelle. Selon l'humaindevenant, la qualité de vie est reconsidérée comme un phénomène de vivant qualité, qui dépasse les notions statiques de qualité de vie et santé (Doucet & Maillard-Strüby, 2014). Car la personne vit le moment avec les aléas de la vie, ses hauts et ses bas, est libre de montrer ou de garder ses ressentis qui jaillissent du moment présent. L'infirmière qui s'inspire de la théorie de l'humaindevenant doit renoncer à ses propres représentations et se laisser guider par la personne pour pouvoir mieux comprendre ce qui est important pour la personne sur le moment, afin de lui procurer le sentiment que l'infirmière est avec elle en toutes situations. En étant témoin, elle peut saisir l'opportunité de chaque instant et ne nécessite pas d'un moment particulier comme il l'est prétendu dans l'étude de Tay, Ang et Hegney (2011). L'humaindevenant offre un cadre de référence aux infirmières qui s'intéressent à la qualité de vie des personnes, qui s'appuie sur des expériences vécues et en pratique qui honorent des croyances personnelles au sujet de la santé et de la qualité de vie (Doucet & Maillard-Strüby, 2014). Pour l'humaindevenant, être témoin c'est accorder une attention à l'autre avec une présence vraie sans condition, se montrer disponible, discret, sans jugement et sans a priori, pour pouvoir accompagner la personne en l'honorant dans sa dignité humaine (Doucet & Maillard-Strüby, 2011). L'humaindevenant offre un cadre de référence aux infirmières qui s'intéressent à la qualité de vie des

personnes, qui s'appuie sur des expériences vécues et en pratique qui honorent des croyances personnelles au sujet de la santé et de la qualité de vie (Doucet & Maillard-Strüby, 2014).

Au travers des quelques lignes concernant l'apport des informations et la communication entre la personne atteinte dans sa santé et l'infirmière, notre réflexion révèle ou en tout cas confirme combien l'accompagnement infirmier est subtil, tout un art, qui met en « jeu » la personne, elle-même, dans son rôle d'experte en soins infirmiers qui cherche à approcher la singularité, l'expérience que la personne soignée est en train de vivre.

Il faut à l'infirmière la capacité de travailler avec le mouvant du vivant, sans certitudes, mais en s'appuyant continuellement sur de multiples connaissances et savoirs.

5.1.2. Le développement des compétences à travers la formation

L'enjeu de la formation continue pour l'infirmière paraît une évidence dans le développement des compétences professionnelles et relationnelles. En effet, l'étude de Fukui, Ogawa et Yamagishi (2010) a montré que la formation concernant les compétences de communication était nécessaire pour guider les infirmières qui avaient un manque de confiance en elles pour apporter des soins de soutien. La formation offre en général des guides de pratiques afin que l'infirmière ait une trame pour mener ses entretiens. Une trame pourrait être nécessaire à aider l'infirmière à structurer un entretien, mais en réalité la personne ne bénéficiera pas forcément du soutien qu'elle considère approprié à sa situation. Ces propos viennent renforcer notre réflexion et le postulat de Parse qui invite l'infirmière à prendre en compte l'illimitabilité que la personne est indivisible, imprévisible, toujours changeante, sans limites et apprécié le moment présent (Doucet & Maillard-Strüby, 2014). Ainsi l'infirmière accepte que la personne vit continuellement des paradoxes, notamment en choisissant des rythmes exprimés comme un pattern de préférences et sait reconnaître la liberté de l'autre dans ses choix en privilégiant ses intentions et le sens que la personne donne à son devenir, et cela indépendamment du contexte alors cela nécessite que l'infirmière sait se montrer ouverte d'esprit au mystère, qu'elle admet que tout ne doit pas être connu. Ce postulat favorise le lâcher prise dans le vouloir de tout maîtriser. Cette manière humaniste rapproche l'infirmière et la personne dans ce qu'elles co-crée. En d'autres termes, si des trames d'entretien ou la connaissance des principaux besoins d'informations des personnes souffrant d'un cancer peuvent contribuer à guider l'infirmière dans son accompagnement, elles ne sont pas à elles seules, suffisantes !

De plus, l'étude de Reinke, Shannon, Engelberg, Young et Curtis (2010) mentionne l'importance de la formation avancée qui peut renforcer les attitudes de l'infirmière dans un cadre de pratique professionnelle pour l'apport d'informations pronostiques auprès des patients. Mais l'étude a relevé l'enjeu de divulguer toute la vérité à la personne concernant sa santé et en même temps maintenir l'espoir. D'après cet article, les infirmières critiquent une médiocre collaboration avec leurs collègues médecins lors de l'annonce des informations importantes sans leur présence. Selon l'humaindevenant, la présence de l'infirmière en lien avec l'annonce d'un diagnostic ou d'un pronostic ne semble pas indispensable car l'infirmière peut obtenir toutes les informations dans d'autres moments soit par le

patient, soit par le médecin. Il n'est pas nécessaire qu'elle ait toutes les informations dans l'immédiat, car lorsque l'infirmière s'approprie l'humaindevenant, elle doit être attentive aux besoins du moment de la personne. Et c'est la personne qui guide l'infirmière selon le sens qu'elle donne à sa situation. Une fois encore, cet article montre combien le goût de l'infirmière pour aller à la découverte de la personne prime sur les connaissances qu'elle peut avoir sur son diagnostic. Ce qui ne veut pas dire que l'infirmière ne doit pas savoir ce dont souffre médicalement la personne, mais en effet, cela ne semble pas aussi important que d'autres théories le suggèrent !

Plusieurs questions se posent, aujourd'hui, en lien avec le recueil de données infirmier. En effet, lorsque l'infirmière récolte généralement beaucoup d'informations « sur » la personne et nous espérons aussi provenant « de » la personne : que fait-elle de ces informations ? A qui profite au fond ce recueil de données ? Quelles sont ou seraient les informations prioritaires ? Au fond, est-ce que Parse nous enseigne d'aller toujours et d'abord à la rencontre du patient et de l'expérience qui est la sienne et ensuite de composer avec les données scientifiques en lien et, non l'inverse ? Ainsi elle parle de la symphonie...où la personne nous révèle par moment quelques notes...mais elle reste mystère...

Ainsi il est important de co-constituer avec la réalité de la personne qui apparaît à des moments uniques, et se référer au sens qu'elle donne selon les possibilités qui s'offrent à elle. L'humaindevenant construit sa réalité en donnant un sens à ses expériences puisqu'il n'y a rien qui soit bon ou mauvais, mais le pensant le fait ainsi. Les notions d'engagement de l'infirmière envers la personne et ses proches, sur l'humilité et l'espoir et l'espace de liberté à penser le soin tout en s'appuyant constamment sur les données scientifiques récoltées. Parse invite au travers de l'humaindevenant à ce que l'infirmière parte toujours du patient, de l'être avec le patient pour saisir l'expérience telle qu'il la vit et l'accompagner en prenant en compte cette expérience mais en « tissant » avec diverses connaissances savoirs.

Les questions posées telles que « A qui profite au fond le recueil de données ? » est une question pertinente et provocatrice mais surtout pertinente car le message énoncé par les infirmières, enseignantes, écrits de référence, etc... est souvent celui de dire que l'on fait un recueil de données pour mieux soigner le patient, ce qui est juste et vrai bien sûr, mais dans la réalité des soins on peut tout de même se demander comment est utilisé ce matériel recueilli. C'est ça la question que l'infirmière devrait se poser. Et cela c'est tout un travail de réflexion sensible et subtil que devrait effectuer l'infirmière.

Nous pensons que la personne reste mystère mais nous ne sommes pas d'accord avec cette manière de dire car cela suggérerait que le but idéal serait de percer le mystère de chacun ; nous croyons que l'infirmière doit perdre cette idée de « tout » maîtriser, « tout » savoir », « tout » faire bien au fond être « toute » parfaite ! Ce qui ne serait pas une posture qui s'inscrirait et valoriserait le vivant et le complexe du vivant toujours changeant. L'astuce, pour nous, c'est de soigner avec toujours en tête cette part de mystère justement toujours là et donc qui laisse des possibles toujours présents et qui est aussi un merveilleux moteur pour aller à la découverte toujours et encore plus profondément de l'autre et de soi dans la co-création

5.1.3. La posture de l'infirmière

Bien que ce travail ne traite pas directement l'interdisciplinarité, l'une des études retenues (Rowlands & Callen, 2013) a soulevé un résultat fort intéressant. Elle montre de nombreux défis à la communication efficace entre les professionnels de santé, y compris : la nature synchrone de la communication, la diversité dans l'éducation et la formation des professionnels de la santé, et l'impact de la hiérarchie. Ce résultat met en évidence les caractéristiques de la communication entre les membres d'une équipe, mettant en valeur les enjeux se rapportant au rôle de ses membres qui détermine le sens de la communication ainsi que les répercussions de la domination des médecins dans la communication. Le colloque interdisciplinaire était perçu comme un moyen complexe à cause de l'engagement limité des professionnels suite à l'organisation et la planification des soins. La plupart des prises de décisions se produisaient entre les médecins. Cependant, l'importance du colloque, en tant que moyen de communication, a été reconnue par les soignants. La traçabilité dans le dossier médical du patient n'était pas efficace au vu des carences d'informations par les différents professionnels de santé intervenant dans la situation de soins. Cette étude a fourni également de nouvelles informations pour comprendre l'élaboration de la communication entre les membres de l'équipe et comment cette communication en équipe pourrait être améliorée. Le colloque interdisciplinaire et le dossier médical informatisé sont des moyens essentiels pour améliorer la prise en charge des personnes, la transmission des informations, ainsi qu'une bonne collaboration avec tous les acteurs de soins qui perçoivent les personnes malades actrices de leur santé. Le colloque est une opportunité pour l'infirmière de se positionner en tant que prestataire de soins au sein des différentes disciplines. Sa participation au colloque peut apporter des éléments pertinents pour améliorer la compréhension de la situation du patient. Mais il semble que l'infirmière a des difficultés à se positionner face aux autres disciplines en particulier ses collègues médecins. Nous nous questionnons sur les raisons de ce comportement : est-ce dû à la non reconnaissance et la non-légitimation des compétences infirmières ? Ou est-ce que c'est lié à des sentiments d'infériorité auprès des médecins ? Au vue de l'humaindevenant, la coconstitution est une notion importante car il s'agit de la participation de l'infirmière à la création de sens à une situation donnée de la personne. Pour cela, l'infirmière apporte une intention particulière en prenant en considération la subjectivité de la personne (Doucet & Maillard-Strüby, 2014). Cette manière de procéder renforce les perspectives de l'infirmière quant à l'apport d'éléments importants concernant la personne afin qu'il y ait une prise en charge optimal par toutes les disciplines.

L'étude (Reinke, Shannon, Engelberg, Young & Curtis, 2010) relève la notion de l'espoir dans l'apport des informations sur le pronostic et le positionnement de l'infirmière. Le résultat de cette étude montre qu'il y a des différences entre les soignants et les soignés dans la perception de l'espoir ; en particulier comment les infirmières aident les patients à se familiariser avec la compréhension de la notion d'espoir, en se concentrant sur la qualité de vie. Elles créent une relation de confiance avec la personne, fournissent les informations concernant le pronostic en évaluant les connaissances des patients et leurs représentations et elles identifient l'apport des informations aux patients, ce qui nécessite une

collaboration avec le médecin. Cette approche thérapeutique est fondamentale pour le processus de l'accompagnement et le soutien, car les personnes ont besoin d'informations honnêtes sur leur pronostic mais ne veulent pas que les soignants emportent leurs espoirs.

L'infirmière est confrontée tout le long de son parcours professionnel à des difficultés générales et singulières. La communication semble l'élément crucial pour favoriser une alliance thérapeutique basée sur la confiance, l'authenticité et les valeurs humanistes. La posture de l'infirmière demande des compétences et des exigences spécifiques pour pouvoir soutenir les personnes avec leurs différences et complexité à travers la trajectoire de leur maladie. La posture constitue un élément-clé pour renforcer les compétences et le positionnement de l'infirmière dans sa discipline et en collaboration avec les autres professionnels. Le concept de l'espoir fait partie de l'approche de l'humaindevenant qui le définit comme le fil qui tisse l'étoffe de l'histoire au travers de moments intimes de relations d'humain-à-humain. Ainsi, les individus choisissent librement un sens avec des possibles, et l'espoir est un sens choisi qui structure une réalité annonçant des possibles avec le devenant visible-invisible devenant du maintenant émergeant (Doucet & Maillard-Strüby, 2014). La notion d'espoir est omniprésente chez l'infirmière qui s'appuie sur l'humaindevenant car le fait de respecter les rêves et l'espoir des personnes démontre une attitude infirmière respectueuse de la dignité humaine.

Pour étoffer notre amorce de discussion et ouvrir quelques perspectives, nous avons trouvé intéressant d'illustrer la fin de notre travail avec une étude de Mitchell et Bunkers (2003) conçu selon la méthodologie herméneutique de Parse, intitulée « En engageant l'abîme : Une prise manquée (une méprise) d'opportunité ? ». Cette étude se penche sur l'engagement de l'infirmière qui s'appuie sur l'humaindevenant et dont elle peut s'approprier pour illuminer sa pratique. En effet, l'expérience de choisir d'être avec les personnes, pendant des moments de douleur et de souffrance, demande un risque de soi et un engagement avec l'autre. Des opportunités se créent et l'infirmière peut y entrer avec la perception frémissante que quelque chose de très profond, très intense, très réel, vulnérable et complètement ouvert et en attente d'un individu qui choisisse ou non d'honorer la relation humaine. Ce sont des occasions de se connaître soi-même, d'être témoin et de voir l'univers dans de nouveaux chemins qui sont marqués par la vérité. Les auteurs mentionnent l'angoisse, le malheur, le retentissement de la douleur et de la déchirure comme des sentiments émergeant durant le vécu de l'abîme et comment l'infirmière choisit d'être dans certaines situations face à la réalité crue de la souffrance humaine. L'intensité de tels moments est vécue avec la personne alors qu'elle se questionne, s'engage, lutte, révèle et ne révèle pas, et ces moments invitent l'infirmière à être témoin de multiples manières. Nous nous rapprochons de la perspective des auteures qui déclarent que l'infirmière est appelée à être témoin pendant des moments particuliers alors que les personnes perdent le sens dans les strates de l'intensité et de la vérité. En présence vraie, en risquant l'engagement avec l'explicite-tacite vérité d'une situation, l'infirmière découvre la vérité et seul l'amour peut demeurer avec la vérité. Le mystère de l'abîme est que l'amour transcende et change le risque de manières qui transforment les personnes qui s'engagent et demeurent présentes. L'engagement présente des occasions pour connaître la vérité et l'amour dans le soin. Nous rejoignons

les auteures qui affirment que l'infirmière a beaucoup d'occasions d'être présente à l'explicite-tacite vérité d'une situation et elle connaît l'amour requis pour être avec les autres dans la vérité. Lorsque l'infirmière prend le risque d'être avec les autres, le sens, la vérité et l'amour sont trouvés. L'essence des soins infirmiers repose dans les relations pleines de sens créées avec les personnes qui vivent leur santé et façonnent leur qualité de vie.

6. CONCLUSION

Ce travail a permis d'apporter des réponses à notre question de recherche concernant l'engagement de l'infirmière dans le respect des choix des personnes atteintes du cancer du poumon et l'analyse des enjeux qui influencent la communication.

Nous avons ressorti trois thèmes des articles qui sont : l'apport d'informations et les facteurs influençant la communication, le développement des connaissances à travers la formation et la posture infirmière. Ces thèmes nous paraissent pertinents pour cerner l'origine des sources qui invitent les infirmières à porter une réflexion particulière pour améliorer leurs compétences ainsi que leur posture. Les infirmières ont un rôle très important dans l'engagement auprès des personnes à travers la communication. La consolidation des compétences dans le domaine de la communication paraît une évidence pour la posture infirmière. Ce constat est spécifique à l'oncologie mais il peut être facilement applicable dans d'autres services. En effet, la prise en considération de tous ces enjeux peut apporter un changement dans la diffusion de l'information et améliorer les compétences de communication des infirmières pour qu'elles puissent respecter les choix des personnes, en satisfaisant leurs besoins. Dans le système suisse, cette approche existe déjà mais nous supposons qu'elle n'est pas encore complètement imprégnée dans les mentalités des soignants.

6.1 APPORTS ET LIMITES DU TRAVAIL

Ce travail comporte certainement quelques contraintes et faiblesses, en lien notamment avec le niveau ontologique et la structure mis en place empêchant une congruence et une cohérence avec les fondamentaux du modèle théorique.

L'élaboration de cette revue fut pour nous une première ébauche dans le domaine de la recherche. Les critères méthodologiques ont été respectés au mieux. Malgré le choix de six articles uniquement ce qui est assez faible pour une revue de littérature ; ces derniers étaient pertinents pour répondre à la problématique choisie. Néanmoins deux d'entre eux étaient des revues systématiques qui démontrent d'un niveau de preuve élevé. De plus les recherches qualitatives sont pertinentes pour ce thème qui s'intéresse à l'expérience vécue des personnes.

Malgré nos connaissances limitées de la langue anglaise, qui n'ont certainement pas permis de saisir toute la finesse du vocabulaire utilisé dans les recherches, il nous semble avoir respecté rigoureusement l'analyse détaillée de chaque article selon une grille validée.

6.2 RECOMMANDATIONS

Au terme de cette revue de littérature, plusieurs recommandations pour la pratique, la formation et la recherche ont émergé. Elles permettraient d'améliorer la communication infirmière-patient dans le cadre de l'oncologie. Les recommandations sont associées aux rôles KFH.

6.2.1 IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

Les infirmières sont considérées comme une source crédible et accessible de l'apport d'informations (Tay, Hegney & Ang, 2011). Le partage d'informations peut être utilisé comme une approche pour créer une relation de confiance avec les patients et les impliquer activement dans leur prise en soins. Une fois le contact établi, les patients sont davantage susceptibles d'exprimer leurs préoccupations ouvertement et de rechercher du soutien chez les infirmières. L'infirmière développe son rôle de communicatrice en ayant une attitude professionnelle empreinte de respect, d'empathie, de congruence et d'authenticité. Pour une communication de qualité, l'infirmière utilise à bon escient les différentes techniques d'entretiens qui favorisent l'expression des sentiments des patients et de leur entourage, en se basant sur une méthodologie de la pratique guidée par une théorie infirmière. D'ailleurs les infirmières font preuve de respect de ce choix et continuent de se montrer disponibles. En outre, les infirmières qui impliquent l'entourage des patients dans le soutien des besoins psychosociaux peuvent observer les bénéfices de leurs interventions. De plus, l'étude de Fukui, Ogawa et Yamagishi (2010) souligne que les infirmières qui consacrent du temps aux patients nouvellement diagnostiqués améliorent leur qualité de vie et la relation thérapeutique, et ainsi diminuent leur niveau de détresse psychologique. Le rôle d'expert chez l'infirmière mobilise des compétences dans l'accompagnement. D'une part, elle élabore, en partenariat avec la personne soignée et tous les intervenants, des projets de soins en se référant à une théorie infirmière. La théorie de l'humaindevenant guide la réflexion et la pratique professionnelle, elle permet une prise en soins centrés sur le patient. D'autre part, elle évalue et réactualise les projets de soins, effectue des transmissions en continuités des soins, participe activement aux colloques et se réfère aux données probantes dans le choix de ses interventions.

Plusieurs études se sont interrogées sur le rôle des institutions dans l'organisation des interventions de soutien auprès de la personne et de son entourage, et de la charge de travail. Lorsqu'elle est réduite, elle permet aux infirmières de fournir des soins holistiques. Il est primordial que les infirmières organisent leurs interventions, par un engagement professionnel de qualité, de sorte à ce qu'elles puissent avoir des moments de partages avec les patients et leur entourage.

A long terme, les gens qui vivent avec leur maladie sont susceptibles de développer un haut degré d'expertise et de connaissances suite à l'accès de l'information (Wilson, 1999). Pour cela, les infirmières sont invitées à consolider leurs connaissances afin de mieux répondre aux patterns des personnes. Les infirmières devront perfectionner en permanence leur rôle d'expertes afin de répondre aux questions des personnes et de leur entourage.

6.2.2 IMPLICATIONS POUR LA FORMATION

Parmi les thèmes qui ont émergé de notre revue de littérature, il y a le développement des compétences à travers la formation. Il semblerait que la communication soit l'élément clé dans une prise en soins. C'est pour cela que les infirmières devraient pouvoir développer diverses compétences pour pouvoir assurer une communication de qualité et ainsi apporter des informations relatives aux besoins

des personnes soignées et de leur entourage. Aujourd'hui, les infirmières sont susceptibles de faire face à des situations de plus en plus complexes impliquant des patients avec des cancers avancés et cela dans toutes les institutions (hôpitaux cantonaux, cliniques privées, soins à domicile, etc.).

En parcourant la littérature, il ressort que les infirmières sont désireuses d'acquérir des compétences de communications supplémentaires à celles déjà développées lors de leur formation de base. De surcroît, le rôle d'apprenant ainsi que celui de promoteur de la santé sont mobilisés par les infirmières qui souhaitent améliorer leurs compétences.

De plus, le caractère inhibiteur du comportement des infirmières lors de situations émotionnellement denses est révélateur du besoin de formation pour développer des compétences nécessaires au soutien psychologique des patients atteints de maladies oncologiques. Du reste, grâce à leurs compétences de leadership, les infirmières responsables d'unité, dans leur rôle de manager, pourraient proposer ces nouveaux projets et ainsi soutenir leur équipe dans ces moments de difficultés.

Pour finir, des études ont montré l'importance de l'infirmière à prendre en considération les différents rites et traditions des différentes communautés. Car la culture ethnique a une influence sur la communication.

6.2.3 IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE

La littérature suisse n'a pas suffisamment exploré la contribution infirmière dans les choix des personnes atteintes de cancer. A l'avenir, les infirmières chercheuses, en collaboration avec les infirmières de terrain, devraient se pencher plus amplement sur ce sujet. Il en va de leur rôle de professionnelles, de collaboratrices et d'expertes en soins infirmiers.

En effet, il serait pertinent d'effectuer une étude plus approfondie sur ce sujet en Suisse, mettant ainsi en visibilité les facteurs influençant la communication de l'infirmière avec les patients, les proches et l'équipe interdisciplinaire dans le système de santé helvète.

Enfin, l'élaboration d'une étude visant à évaluer les compétences en communication chez les nouveaux diplômés après leurs premières expériences professionnelles, permettrait de constater s'il y a des lacunes dans la formation universitaire infirmière.

Pour conclure ce travail de Bachelor, nous souhaitons mettre l'accent sur les différents savoirs de la discipline infirmière qui permettent de guider la pratique en fonction des événements de certaines situations (Chinn& Kramer 2008). Comme proposé par Carper (1978) et Kuhn (1970), l'infirmière se réfère ou, devrait se référer, à différents savoirs et connaissances dans sa prise en soins. Le savoir empirique (Carper, 1978) concerne les connaissances scientifiques en science infirmière, les connaissances en sciences de la nature et humaines, et les connaissances issues des recherches.

Le savoir éthique qui constitue la composante morale du savoir infirmier, les normes et les codes déontologiques. Le savoir émancipatoire concerne le rôle socio-politique de l'infirmière face à la lutte contre les inégalités aux soins. Le savoir personnel est l'utilisation thérapeutique de soi et correspond

aussi à l'authenticité, à la relation consciente et vraie. C'est la pleine conscience du soi, du moment et du contexte d'interaction qui permet une expérience humaine commune et significative. Finalement, le savoir esthétique : il s'agit de l'art du soin, l'expérience unique pour chaque infirmière dans sa relation à la personne, c'est le choix du « bon et du beau » geste, du « bon » mot au « bon » moment. Comme le peintre utilise et choisit certaines couleurs, matières, pinceaux pour réaliser son œuvre, l'infirmière va se référer à diverses connaissances scientifiques et déployer diverses compétences gestuelles, habiletés relationnelles pour réaliser le soin infirmier...

Quelles artistes sommes-nous au terme de cette formation de soins infirmiers ? Quelles artistes voulons-nous être et allons-nous devenir, telles sont peut-être les questions que chaque infirmière devrait se poser dans le cheminement de son travail.

7 RÉFÉRENCES

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). (2000). Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Paris : ANAES.
- Alberg, A.J., Ford, J.G. & Samet, J.M. (2007). Epidemiology of lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2ème éd.). *Chest Journal*, 132, 29-55. doi:10.1378/chest.07-1347
- Beaver, K., Craven, O., Witham, G., Tomlinson, M., Susnerwala, S.D. & Jones Luker, K.A. (2007). Patient participation in decision making : views of health professionals caring for people with colorectal cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 725-733.
- Bioy, A. (Dir.). (2012). *L'aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin en 58 notions*. Paris : Dunod.
- Boumedien, F. (2014). Cancer du poumon non à petites cellules : Thérapies actuelles et perspectives moléculaires. *Pharmactuel*, 47(1), 28-39.
- Bruera, E., Michaud, M., Vigano, A., Neumann, C., Watanabee, S. & Hanson, J. (2001). Multidisciplinary symptom control clinic in a cancer centre: a retrospective study. *Supportive Care in Cancer*, 9(3), 162-168.
- Carper, B.A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-24
- Chinn, P.L. & Kramer, M. K. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (7^{ème} éd.). St-Louis : Mosby.
- Chinn, P.L. & Kramer, M. K. (2011). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (8^{ème} éd.). St-Louis : Mosby.
- Cooley, M.E. (2000). Symptoms in adults with lung cancer. A systematic research review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(2), 137-153. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0885-3924(99)00150-5
- Conseil international des infirmières. (2012). Code déontologique du CII pour la profession infirmière. Accès http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_french.pdf

- Creswick, N., Westbrook, J.I. & Braithwaite, J. (2009). Understanding communication networks in the emergency department. *BioMed Central*, 9, 1-9. doi:10.1186/1472-6963-9-247
- Debout, C. (2008). Sciences des soins infirmiers: réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 72-82. doi:10.3917/rsi.093.0072
- De Raymond, J.F. (1988). *Les enjeux des droits de l'homme*. Paris : Larousse.□
- Dipiro, J.T., Talbert, R.L., Yee, G.C., Matzke, G.R., Wells, B.G. & Posey, L.M. (2012). *Pharmacotherapy : a pathophysiologic approach* (8ème éd.). New York : McGraw-Hill.□
- Doucet, J & Maillard Strübly, F. (2011). *Rosemarie Rizzo Parse: L'école de pensée de l'Humaindevenant*. Fribourg: Aquilance.□
- Doucet, J & Maillard Strübly, F. (2014). *Le paradigme Humaindevenant: Une vision du monde transformationnelle*. Fribourg: Aquilance.□
- Farrington, N. & Townsend, K. (2014). Enhancing nurse-patient communication: a critical reflection. *British Journal of Nursing*, 23(14), 771-5. doi:10.12968/bjon.2014.23.14.771□
- Fattorusso, V & Ritter, O. (2006). *Vademecum clinique : du diagnostic au traitement* (18ème éd.). France : Masson.□
- Fawcett, J. (2003). Theory and practice : a discussion by William K.Cody. *Nursing Science Quaterly*, 16(3), 225. doi: 10.1177/0894318403016003012
- Fitch, M. & Steele, R. (2010). Besoins en soins de soutien des personnes atteintes de cancer du poumon. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 20(1), 12-20. doi:10.5737/1181912x201E12E20
- Fortin, M.F., Côté, J. & Fillion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de la recherche*. Montréal: Chenelière Education.
- Fraisse, P. (2007). Les besoins spirituels des personnes atteintes de cancer bronchique en fin de vie. *Revue des Maladies Respiratoire*, 24(6), 125-130.
- Fujinami, R. & Klein, L. (2012). Quality of life of family caregivers and challenges faced in caring for patients with lung cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(6), 210-20. doi: 10.1188/12.CJON.E210-E220.

- Fukui, S., Ogawa, K. & Yamagishi, A. (2010). Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, 20(12), 1285-91. doi: 10.1002/pon.1840
- Gerrish, K. (2001). The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their carers. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 566-574. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11298192>
- Handy, J.R., Asaph, J.W., Skokan, L., Reed, C.E., Koh, S., ... Silvestri, G.A. (2002). What happens to patients undergoing lung cancer surgery? Outcomes and quality of life before and after surgery. *Chest*, 122(1), 21-30. doi:10.1378/chest.122.1.21
- Hôpitaux Universitaire de Genève. (2015). Dépistage. Accès <http://www.hug-ge.ch/programme-poumon/depistage>
- Husson, O., Mols, F. & van de Poll-Franse, L.V. (2011). The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors : a systematic review. *Annals of Oncology*, 22(4), 761-72. doi:10.1093/annonc/mdq413
- International Agency for Research on Cancer. (2012). GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Accès http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
- Joyce, M., Schwartz, S. & Huhmann, M. (2008). Supportive care in lung cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(1), 57-67. doi:10.1016/j.soncn.2007.11.013
- Kiteley, C. & Fitch, M.I. (2006). Comprendre les symptômes éprouvés par les sujets atteints du cancer du poumon. *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 16(1), 31-36.
- Krenz, S., Rousselle, I., Stiefel, F. & Guex, P. (2009). Suivi du patient oncologique, garant de la permanence de soi. *Revue Médicale Suisse*, 190, 360-3. Accès <http://www.revmed.ch/rms/2009/RMS-190/Suivi-du-patient-oncologique-garant-de-la-permanence-de-soi>
- Kuhn, T. (1970). *The structure of scientific revolutions*. Chicago : University of Chicago Press.
- Künzlera, A., Znoj, H. & Bargetzia, M. (2010). Les patients cancéreux sont différents : ce qui frappe souvent dans ce contexte et pose parfois problème. *Forum Med Suisse*, 10(19-20), 344-347. Accès <http://medicalforum.ch/docs/smf/archiv/fr/2010/2010-19/2010-19-154.pdf>

- Kurtz, M.E., Kurtz, J.C. & Given, B. (1995). Relationship of caregiver reactions and depression to cancer patients' symptoms, functional states and depression- A longitudinal view. *Social Science & Medecine*, 40(6), 837-46. doi:10.1016/0277-9536(94)00249-S
- La ligue suisse contre le cancer. (2014). Le cancer en suisse : les chiffres. Accès https://assets.krebsliga.ch/downloads/krebszahlen_f.pdf
- Ligue Nationale contre le Cancer. (2002). Information et prévention : les cancers du poumon. Accès <https://www.ligue-cancer.net/shared/brochures/cancers-poumon.pdf>
- Limbert, Y., Merckaert, I., Etienne, A.M., Favacques, C., Liénard, A., Messin, S., & Razavi, D. (2006). Les besoins psychosociaux et le soutien apporté aux patients atteints d'un cancer : une étude nationale belge. *Oncologie*, 8(5), 465-476. doi:10.1007/s10269-006-0439-6
- LoConte, N.K., Else-Quest, N.M., Eickhoff, J., Hyde, J. & Schiller, J.H. (2008). Assessment of guilt and shame in patients with non-small-cell lung cancer compared with patients with breast and prostate cancer. *Clinical lung cancer*, 9(3), 171-178. doi: 10.3816/CLC.2008.n.026
- Magdeleinat, P., Bréchet, J-M. & Durdux, C. (2006). *Cancer du poumon : Guide à l'usage des patients et de leur entourage* (2ème éd.). Montreuil : Bash.
- McCabe C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41-49. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14687292>
- Milhomme, D., Gagnon, J. & Lechasseur, K. (2014). L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critiques : quelque pistes de réflexion. *L'infirmière clinicienne*, 11(1), 1-10. Accès <http://revueinfirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/MILHOMMEetal2014InfirmiereClinicienneVol11no1pp1-10.pdf>
- Mills, M.E. & Sullivan, K. (1999). The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 8(6), 631-642. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10827609>
- Morasso, G., Capelli, M., Viterbori, P., DiLeo, S., Alberisio, A., Costantini, M., et al. (1999). Psychological and symptom distress in terminal cancer patients with met and unmet needs. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(6), 402-409.

- Nau, J. (2008). Ecrans de fumée et stigmatisation des fumeurs. *Revue Médicale Suisse*, 164, 1628-1628.
- Office fédéral de la statistique. (2013). Statistique de l'état annuel de la population 2012. Accès http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/Grafiken/Tabak/F_T_conso_1.pdf
- Office fédéral de la statistique. (2014). Aperçu par maladie cancéreuse. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/05/key/01/02.html#C>
- Office Fédéral de la Statistique. (2014). La mortalité en Suisse et les principales causes de décès en 2012. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/04/dos/05.html>
- Parse, R.R. (2007). The humanbecoming school of thought in 2050. *Nursing Science Quarterly*, 20(4), 308-311. doi:10.1177/0894318407307160
- Porter, M.-E. (2010). What is the value of health care. *New Englend journal of medecine*, (363), 477-2481. doi : 10.1056/NEJMp1011024
- Reinke, L.F., Shannon, S.E., Engelberg, R.A., Young, J.P. & Curtis, J.R. (2010). Supporting hope and prognostic information: nurses' perspectives on their role when patients have life-limiting prognoses. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(6), 982-92. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.11.315
- Rowlands, S. & Callen, J. (2013). A qualitative analysis of communication between members of a hospital-based multidisciplinary lung cancer team. *European Journal of Cancer Care*, 22(1), 20-31. doi: 10.1111/ecc.12004
- Sarna, L., Evangelista, L., Tashkin, D., Padilla, G., Holmes, C., Brecht, M., et al. (2004). Impact of respiratory symptoms and pulmonary function on quality of life of long-term survivors of non-small cell lung cancer. *Chest*, 125(2), 439-445. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14769722>
- Sarna, L., Brown, J.K., Cooley, M.E., Williams, R.D., Chernecky, C., Padilla, G., et al. (2005). Quality of life and meaning of illness of women with lung cancer. *Oncology Nursing Forum Online*, 32(1), 9-19. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15660139>

- Serena, A., Griesser, A., Fucina, N., Débargé, P. & Eicher, M. (2012). Les besoins en soins de support chez les patients atteints d'un cancer du poumon. *Soins en oncologie*, 14-16.
- Shannon, S.E., Foglia, M.B., Hardy, M. & Gallagher, T.H. (2009). Disclosing errors to patients: perspectives of registered nurses. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 35(1), 5-12. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19213295>
- Subramanian, J. & Govindan, R. (2007). Lung cancer in never smokers: a review. *Journal Clinique Oncology*, 25(5), 561-70.
- Tay, L.H., Ang, E., & Hegney, D. (2012). Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. *The Journal of Clinical Nursing*, 21(17-18), 2647-58. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03977.x
- Tay, L.H., Hegney, D., & Ang, E. (2011). Factors affecting effective communication between registered nurses and adult cancer patients in an inpatient setting: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(2), 151-64. doi: 10.1111/j.1744-1609.2011.00212.x.
- Trippoli, S., Varani, M., Lucioni, C. & Messori, A. (2001). Quality of life and utility in patients with non-small cell lung cancer. *Pharmacoeconomics*, 19, 855-863.
Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11596837>

8 ANNEXES

8.1 APERÇU DU MODÈLE DE L'HUMAINDÉVENANT

Après la révision de l'ouvrage en 2014 (Parse), le fondement du paradigme de l'humaindevenant va au-delà des métaparadigmes. Il pose l'humainunivers en tant qu'indivisible, imprévisible, toujours changeant ; la présence auguste en tant que symphonie sans interruption du devenant ; l'éthos de l'humaindevenant en tant que dignité (présence, existence, confiance, valeur) ; le devenant visible-invisible devenant du maintenant émergeant en tant que vivant qualité avec illimitabilité, liberté, paradoxe et mystère ; la centration de scientifiant en tant qu'expériences universelles vivantes et vivant l'art en tant que présence vraie (Parse, 1996a, 2007a, 2007b, 2007c, 2010, 2012, 2013).

Cette théorie devint un paradigme qui a une vision transformationnelle émergeant de l'école de pensée de l'humaindevenant. L'école de la pensée de l'humaindevenant consiste en l'ontologie, l'épistémologie et les méthodologies. Les antécédents-principes, vérités qui perdurent, postulats et concepts de Rogers, Heidegger, Merleau-Ponty et Sartre, furent synthétisés pour la création des assomptions au sujet de l'humain et de devenant, une vision du nursing fondée sur les sciences humaines. Les assomptions ont vécu une évolution à partir des principes et des postulats, vérités qui perdurent (Parse, 2007c). Ces assomptions mises à jour (Parse, 2007c, 1998b, 1981) suivent :

1. Humainunivers est indivisible, imprévisible, toujours changeant.
2. Humainunivers est cocréant réalité en tant qu'une symphonie sans interruption du devenant.
3. Humainunivers est un mystère illimitable avec pattern préférences contextuellement interprété.
4. Ethos de humaindevenant est dignité.
5. Ethos de humaindevenant est présence auguste, un port noble de distinction immanente.
6. Ethos de humaindevenant est restant avec vérités qui perdurent de présence, existence, confiance, valeur.
7. Vivant qualité est le devenant visible-invisible devenant du maintenant émergeant.
8. Vivant qualité est le quoi toujours changeant du devenant.
9. Vivant qualité est l'expression personnelle de ce qui unique.

Toutes assomptions sont imprégnées par des postulats, des thèmes et des principes de humaindevenant. Les postulats sont vus tels que :

- L'illimitabilité est le connaître indivisible sans bornes étendu à l'infini, le tout-à-la-fois se souvenant-prospectant avec le maintenant émergeant.
- Le paradoxe est un rythme intriqué exprimé comme un pattern.
- La liberté est libération interprétée contextuellement.
- Le mystère est l'inexplicable, ce qui ne peut pas être complètement connu sans équivoque.

Les principes se basent sur des concepts avec des paradoxes tels que :

- Structurant le sens : imageant (explicite-tacite, réflexif-préréflexif), valorisant (confirmant- ne confirmant pas) et langageant (parlant- étant silencieux, bougeant- étant immobile).
- Configurant patterns rythmiques : révélant-dissimulant (divulguant- ne divulguant pas), habilitant-limitant (potentialisant-restreignant) et connectant-séparant (portant attention- distançant).
- Cotranscendant avec possibles : ayant pouvoir (poussant- résistant, affirmant-n'affirmant pas,

étant- n'étant pas), générant (certitude-incertitude, conformant- ne conformant pas) et transformant (familier- nonfamilier).

8.2 GRILLES D'ANALYSE DES ARTICLES

Grille de lecture de revues de synthèse selon ANAES (2000)	
<p>Husson, O., Mols, F. & van de Poll-Franse, L.V. (2011). The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors : a systematic review. <i>Annals of Oncology</i>, 22(4), 761-72. doi:10.1093/annonc/mdq413</p>	
Type d'étude	Revue systématique
But de l'étude	L'objectif de cette revue systématique est de résumer et d'évaluer les résultats de toutes les études axées sur la relation entre l'apport d'informations et HRQoL et la détresse psychologique chez les personnes atteintes de cancer.
Méthode	<p>Une recherche informatisée de la littérature sur Pubmed et PsychINFO a été effectuée le 1^{er} février 2010.</p> <p>Il n'y avait pas de restrictions en ce qui concerne les années de publication des études recherche.</p> <p>L'équation de recherche a combiné le terme « cancer » avec d'autres termes clés liés à l'apport d'informations et HRQoL.</p> <p>Pour « l'apport d'informations (information provision) », les auteurs ont inclus des termes tels que: l'apport d'informations, la divulgation d'informations (information disclosure), les besoins d'information (information needs), la satisfaction de l'information (information satisfaction), le niveau d'information (information level), les obstacles liés à l'information (information barriers), l'information écrite, l'information orale, informations cassette audio, CD-ROM.</p> <p>Pour les concepts de HRQoL, l'anxiété et la dépression, ils ont inclus les termes de qualité de vie, la qualité de vie liée à la santé, état de santé, le bien-être, l'anxiété et la dépression. Les listes de toutes les publications de références identifiées ont été contrôlées pour récupérer d'autres publications pertinentes, qui ne sont pas identifiées au moyen de la recherche informatisée.</p> <p>La recherche a retenu 5'732 résultats. Au total, 25 études ont été incluses dans la recherche, toutes publiées entre Avril 1996 et</p>

	<p>Décembre 2009.</p> <p><i>Les critères de sélections des études :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -si elles évaluaient la relation entre la fourniture de l'information et HRQoL, l'anxiété et la dépression chez les adultes survivants du cancer, et cette évaluation a été l'un des principaux objectifs de l'étude. -si la publication est un article original (pas de résumé d'affiche, lettre à l'éditeur, etc.) -si elles étaient publiées en anglais -si elles ont été publiées dans une revue avec un comité de lecture. <p><i>Les critères d'exclusions des études :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -rapport ou article de cas individuel -étude axée sur les patients ayant un cancer en phase terminale, les questions risquent de se porter uniquement sur la fin de vie -les aspects de la communication (ex : langage du corps) -l'apport d'informations aux membres de la famille -le diagnostic ou pronostic mesure l'information primaire -HRQoL est mesurée avec un seul point et ne faisait pas partie d'un questionnaire validé <p>La qualité méthodologique de chacun des articles sélectionnés a été évaluée indépendamment par trois enquêteurs sur la base de critères établis pour les revues systématiques.</p> <p>Les auteurs ont créé un système d'évaluation de la qualité des articles en attribuant 1 point à chaque critère d'inclusion. Le score le plus élevé atteint 13 points.</p>
Résultats	<p>Les études sélectionnées ont utilis des questionnaires différents avec divers instruments de mesures pour évaluer HRQoL, l'anxiété et la dépression et les différents aspects de l'apport d'information. Parmi ces études il y avait des études prospectives, transversales, observationnelles ainsi que des études d'interventions.</p> <p>Treize études étaient de haute qualité. Les 12 études restantes avaient une qualité suffisante. Les lacunes générales des articles inclus étaient l'absence d'une « information » questionnaire validé, l'absence d'informations sur le degré de sélection de l'échantillon du patient, une</p>

	<p>conception transversale, et l'absence de comparaison entre deux groupes ou des points de temps.</p> <p>15 études (5 prospectives et 10 transversales) ont examiné la relation entre l'apport de l'information et HRQoL.</p> <p>3 études prospectives ont trouvé une association positive entre la satisfaction de l'information et HRQoL.</p> <p>5 études observationnelles prospectives ont trouvé une relation positive entre les apports appropriés de l'information (la satisfaction avec les informations reçues, les besoins d'information remplies, des informations claires et de haute qualité) et HRQoL mentale et une relation négative entre l'apport de l'information appropriée et détresse psychologique.</p> <p>Les études observationnelles prospectives ont trouvé une forte relation positive entre la fourniture adéquate de l'information et de la santé mentale, mais pas la santé physique. Une meilleure compréhension de la situation d'un patient après la mise à disposition de l'information ou de la réception d'informations visant à apprendre à faire face au cancer ou à réduire la détresse pourrait être responsable pour une meilleure santé mentale et des niveaux inférieurs de l'anxiété et la dépression. Les patients qui ont eu des difficultés à obtenir l'information qu'ils désirent ont eu moins confiance dans leur capacité à traiter des questions liées à leur santé. L'accès à l'information conduit à une amélioration de la santé et un sentiment de contrôle sur la gestion des symptômes.</p> <p>12 études observationnelles transversales sont en conformité avec les conclusions des études prospectives. Mais une association positive entre la fourniture de l'information appropriée et HRQoL physique.</p> <p>D'après les études observationnelles transversales, la direction de la relation n'est pas claire. Le manque d'informations, ou des informations de faible qualité, peuvent mener à l'anxiété, la dépression ou un HRQoL mentale et / ou mondial diminué comme suggéré par les études prospectives. Toutefois, certaines informations peuvent élever les niveaux de détresse des patients [39]. D'autre part, l'anxiété peut inhiber le traitement de l'information. Les patients avec une moins bonne</p>
--	---

	<p>santé mentale peuvent avoir plus de difficulté à comprendre les informations même lorsque l'information est de haute qualité, tandis que les patients avec une meilleure santé globale sont plus satisfaits à l'avance en raison de leur meilleur état émotionnel.</p> <p>Une des huit études d'intervention a trouvé un effet positif de l'apport d'informations sur HRQoL. Les moyens utilisés sont des brochures d'informations et des CDROM. L'absence d'effets des interventions sur l'HRQoL, les niveaux d'anxiété et de dépression sont peut-être dus à la courte durée de quelques-unes des interventions.</p> <p>Les études d'intervention ont montré que l'apport d'information de qualité prime souvent sur la quantité. Les informations doivent être destinées aux besoins spécifiques de chaque patient.</p> <p>Les résultats des études d'observation ne sont pas confirmés par les études d'intervention, ceci peut s'expliquer par la nature des interventions : Les études interventionnelles ont testé l'efficacité d'une intervention de l'information en termes de satisfaction de l'information, HRQoL, l'anxiété ou la dépression tandis que les études observationnelles ont cherché une relation possible entre l'apport d'informations et HRQoL, l'anxiété ou la dépression.</p> <p>Un autre problème important est le rôle des différences interculturelles dans la fourniture d'informations</p>
Discussion	<p>Les auteurs soulignent quelques limites tels que :</p> <p>Cette revue ne se focalise pas sur l'annonce du diagnostic et les questions de fin de vie mais plutôt sur l'impact de l'apport de l'information sur les niveaux de l'HRQoL, l'anxiété et la dépression. Ils affirment que plusieurs questions méthodologiques empêchent de tirer des conclusions solides sur la relation entre l'apport d'informations et HRQoL et les études incluses dans cette revue utilisent différentes mesures et questionnaires pour évaluer l'apport d'informations. Il est donc difficile de comparer les résultats des différentes études car beaucoup de différents questionnaires sont utilisés pour évaluer HRQoL.</p> <p>Les auteurs ont conclu que les patients qui ont eu accès à l'information adéquate, et les patients qui n'ont pas rencontré d'obstacles à obtenir de l'information, en général, ont une meilleure</p>

	<p>HRQoL et des niveaux inférieurs de dépression et d'anxiété.</p> <p>La cohérence de ces associations indique que davantage d'attention doit être accordée à l'apport d'informations plus centrée sur le patient en tenant compte des différences dans les besoins en information par sexe, âge, origine culturelle, le niveau d'éducation, stade de la maladie et le style d'adaptation.</p>
Commentaires	<p>Cette revue de littérature couvre un bon nombre de concepts en lien avec notre travail de recherche tels que la qualité de vie, l'information, la communication et la détresse psychologique. Les auteurs ont déterminé un critère qui traite le long de la trajectoire de la maladie sans se limiter à l'annonce du diagnostic et les soins palliatifs. Cette revue systématique donne des moyens aux personnels soignants à explorer dans leur pratique pour accompagner des personnes qui nécessitent des besoins spécifiques l'apport de l'information pour améliorer leur qualité de vie, santé et détresse psychologique.</p> <p>En raison de contraintes méthodologiques, de par les différentes études choisies, les résultats ne sont pas statistiquement significatifs. Les études choisies ont été publiées entre avril 2006 et décembre 2009. Cependant, ce qui interpelle c'est que les auteurs mentionnent qu'ils ont effectué leur sélection de recherches en une seule journée, c'est-à-dire le 1er février 2010.</p>

Grilles de lecture d'étude qualitative selon Fortin et coll. (2010)

Tay, L.H., Ang, E., & Hegney, D. 2012. Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. *The Journal of Clinical Nursing*, 21, 2647-2658, doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03977.x

Type d'étude	Qualitative interprétative
Introduction	<p>En oncologie pour les infirmières, une communication efficace est particulièrement importante dans l'identification des besoins psychosociaux des patients et l'amélioration de leur adaptation psychologique. Cependant, la charge émotionnelle (des infirmières, les patients et leurs familles) ajoute des obstacles à la communication. Le burnout des infirmières met en péril leurs compétences et leur rôle dans la prise en charge psychosociale des patients atteints de cancer.</p> <p>Cette étude était établie sur une revue de littérature pour démontrer les facteurs internes et externes influençant la communication infirmière-patient.</p> <p>Le cadre de recherche est situé dans le paradigme de l'interprétativisme.</p> <p>Le but de cette étude a été d'identifier les facteurs qui favorisent, inhibent ou promeuvent la communication efficace entre les patients adultes hospitalisés en oncologie et les infirmières.</p>
Méthode	<p>Une population de dix infirmières diplômées travaillant dans une unité oncologique/ hématologique à l'hôpital universitaire de Singapour a été étudiée.</p> <p>L'approbation éthique a été obtenue par le National Healthcare Group Domain Specific Review Board.</p> <p>Des dépliants ont été à disposition des infirmières d'oncologie.</p> <p>La sélection des infirmières a été effectuée par une technique d'échantillonnage raisonné. Des mesures ont été prises pour assurer la variation maximale de l'échantillon afin de minimiser l'effet de l'expérience de travail sur les conclusions.</p> <p>Des entretiens semi-structurés ont été établis, sous réserve d'un consentement éclairé des participants. Ils ont utilisé des questions</p>

	<p>ouvertes, la durée des entrevues était entre 28 et 91 minutes et les entrevues étaient enregistrées et transcrites.</p> <p>Les méthodes de collecte de données sont appropriées et convenablement décrites.</p> <p>Un journal de réflexion a été maintenu lors de la collecte de données, qui a facilité la comparaison constante des données lors de l'analyse et qui a ajouté de la crédibilité et de la fiabilité aux résultats. Les chercheurs ont analysé les données indépendamment et ensuite les résultats ont été comparés.</p> <p>Les auteurs ont utilisé un logiciel d'analyse de texte (Leximancer 3.0) qui a retenu les mots et les expressions les plus souvent répétés, une carte conceptuelle a été établie. Ils ont également utilisé la méthode de Braun et Clarke (2006) en six étapes pour analyser la thématique en se basant sur la carte conceptuelle.</p>
Résultats	<p>Les thèmes sont logiquement associés entre eux pour représenter le phénomène, telles les caractéristiques du patient, de l'infirmière, les interactions entre l'infirmière et le patient, et l'environnement. Les résultats sont illustrés par un schéma clair.</p>
Discussions	<p>Les résultats sont interprétés dans la discussion selon les thèmes qui traitaient la trajectoire de la maladie, le manque de respect pour les infirmières, les types de patients difficiles, les émotions inhibitrices, les différences de langues et l'organisation du service.</p> <p>Selon les auteurs, les mêmes facteurs qui influent sur la communication efficace en oncologie peuvent être similaires dans d'autre domaine de la pratique.</p> <p>Pour la valorisation de la profession infirmière, les dirigeants doivent se concentrer sur un programme d'éducation à l'échelle nationale.</p> <p>En vue de la diversité culturelle et de l'obstacle linguistique, il a été recommandé de créer des classes d'accueil pour combler cet obstacle.</p> <p>Les infirmières doivent développer des compétences pour faire face à certains sujets sensibles (émotions des infirmières et mort) et doivent être dotées d'une certaine ouverture d'esprit pour une meilleure compréhension d'autrui.</p>

Commentaires	<p>Le nombre d'infirmières ayant répondu à l'invitation n'est pas mentionné. Ce chiffre pourrait mettre en évidence l'intérêt des infirmières d'oncologie à cette problématique (étude). La taille de l'échantillon est limitée pour pouvoir donner des recommandations sur un plan national.</p> <p>Les raisons du petit échantillon retenu (n : 10) n'ont pas été explicitement évoquées. Sur les 10 infirmières sélectionnées, on ne connaît pas le nombre d'entre elles qui sont considérées comme « expérimentées et inexpérimentées ». Il n'y a aucune indication pour le pourcentage des infirmières anglophones.</p>
---------------------	--

Grille de lecture de revues de synthèse selon ANAES (2000)

Tay, L.H., Hegney, D., & Ang, E. (2011). Factors affecting effective communication between registered nurses and adult cancer patients in an inpatient setting: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(2), 151-64. doi: 10.1111/j.1744-1609.2011.00212.x.

Type d'étude	Revue systématique
Objectifs	Montrer les facteurs de communication efficace entre l'infirmière et les patients atteints de cancer.
Méthode	<p>La revue systématique a été entreprise de novembre 2009 et avril 2010.</p> <p>Des articles quantitatifs et qualitatifs sélectionnés sur des moteurs de recherche (CINAHL, Ovide, PubMed, ScienceDirect, Scopus et Wiley Interscience). Les terms Mesh utilisés pour la revue sont : « communication », « nonverbal communication », « patient », « inpatient », « nurse », « nurse-patient relations », « nurse-patient communication », « nurse-patient interactio », « interpersonal relations », « oncology », « cancer » and « oncologic nursing ».</p> <p>Les critères d'inclusions sont les suivants : les facteurs qui influent sur une communication efficace entre les infirmières et les patients en oncologie, les adultes de plus de vingt-et-un ans (âge légal du consentement en vertu de la loi de Singapour), les études effectuées dans un milieu hospitalier indépendamment du service spécialisé, les traitements du cancer actifs ou palliatifs ont été administrés, et les études publiées en anglais.</p> <p>Les critères d'exclusions sont : les patients ayant des déficiences intellectuelles ou cognitives, les patients qui étaient informés de leurs diagnostics de cancer, les patients simulés atteints de cancer, la communication pendant les soins de fin de vie, les consultations de groupe de soutien, l'annonce du diagnostic de cancer, les études axées sur les outils d'évaluation de la communication, les études qui ont testé l'efficacité des formations des compétences de communication.</p> <p>L'évaluation des études était établie selon l'Institut Joanna Briggs Système.</p>

	<p>La littérature a généré 65 articles dont 43 ont été retenus et 22 exclus.</p> <p>Trois études quantitatives et les données ont été présentées dans un résumé narratif.</p> <p>Cinq études qualitatives et les résultats ont été classés dans une méta-synthèse qui a généré quatre conclusions synthétisées.</p>
Résultats	<p>Tous les résultats des études ont mis les facteurs favorisant et inhibant une communication de qualité.</p> <p>Les résultats des études quantitatives sont estimés selon l'hypothèse (P) et des pourcentages.</p> <p>La validité des études est démontrée par la taille importante des échantillons et les méthodes employées. Elles étaient effectuées dans un milieu hospitalier.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au Texas, Sivesind et al. (2003) : 350 infirmières, enquête descriptive. - Angleterre, Wilkinson (1991) : 56 infirmières, méthode mixte. - Au Pays-Bas, Uitterhoeve et al. (2009) : 34 infirmières et 100 patients, méthodes mixtes. <p>Les 26 résultats des études qualitatives ont été attribués à trois niveaux de crédibilité (sans équivoque, crédible et non prise en charge) selon les critères de l'Institut Joanna Briggs Système. L'un des résultats a été exclu de l'étude car il n'a pas été appuyé par une illustration. Les autres études ont été regroupées en huit catégories et ensuite synthétisées en quatre conclusions.</p> <p>Toutes les résultats des études ont mis les facteurs favorisant et inhibant une communication de qualité.</p> <p>Les conclusions s'appuient sur les données des études mentionnées.</p>
Application clinique	<p>Dans cette revue, des recommandations ont été proposées pour améliorer la communication entre l'infirmière et le patient en pratique selon des niveaux de preuves de l'Institut Joanna Briggs Système. Les auteurs incitent l'implication de la recherche dans ce domaine pour faire progresser la pratique.</p>
Commentaires	<p>Les auteurs émettent des hypothèses et suggèrent des recommandations mais ne citent pas de sources pour appuyer leurs propos.</p>

Grilles de lecture d'étude qualitative selon Fortin et coll. (2010)

Rowlands, S. & Callen, J. (2013). A qualitative analysis of communication between members of a hospital-based multidisciplinary lung cancer team. *European Journal of Cancer Care*, 22(1), 20-31. doi : 10.1111/ecc.12004

Type d'étude	Etude qualitative
Objectifs	L'évaluation de la transmission de l'information entre professionnels de la santé et l'identification des mécanismes pour améliorer la communication en milieu hospitalier concernant les patients atteints du cancer du poumon.
Introduction	<p>En oncologie, les professionnels de la santé font face à des défis tels que la synchronisation de la communication, la diversité de l'éducation et la formation des différents professionnels et l'impact de la hiérarchie pour une communication efficace. Il est important pour la discipline infirmière de comprendre les caractéristiques divergentes de la communication et l'évaluation de son efficacité dans un cadre multidisciplinaire.</p> <p>Selon les auteurs, les postulats sous-jacents qui ressortent sont déterminés au niveau de l'éducation, de l'engagement, du style de communication et de la limitation des infirmières à poser des diagnostics lors de leur formation.</p> <p>Les auteurs ont appuyé leurs propos sur une recension des écrits et ont présenté des connaissances actuelles sur le sujet.</p> <p>Le but de cette recherche était d'identifier les mécanismes pour améliorer la communication au sein d'une équipe multidisciplinaire.</p>
Méthode	<p>L'étude a été menée dans un hôpital universitaire australien, choisi car il est représentatif des hôpitaux spécialisés en oncologie et soins palliatifs. L'équipe est formée de 42 professionnels de la santé dont 22 ont été choisis comme un échantillon représentatif.</p> <p>L'approbation éthique pour l'étude a été obtenue à partir du comité d'éthique l'hôpital et de l'Université de Sydney, New South Wales, en Australie.</p> <p>Avant chaque entrevue, le chercheur a décrit le but de l'étude et chaque participant a reçu une feuille d'information de l'étude et a demandé de remplir un formulaire de consentement des participants.</p>

	<p>Le devis mise en place pour cette étude est adéquat à la compréhension. La méthode qualitative faite avec des entretiens semi-structurés d'une durée de cinq à soixante minutes, effectués de juin 2006 à juillet 2007.</p> <p>Un chercheur unique a entrepris toutes les entrevues avec les participants, qui ont été enregistrées et transcrites. Les entrevues ont été guidées par un ensemble de questions standard.</p> <p>Cette recherche fait partie d'une plus grande étude intégrant des méthodes mixtes explorant la communication et la circulation de l'information au sein d'une équipe de cancer du poumon en milieu hospitalier et entre l'équipe et le médecin généraliste du patient.</p> <p>La conduite de recherche était basée sur une collecte de données.</p> <p>Cette recherche était de nature qualitative avec une collecte de donnée appropriée et bien décrite.</p> <p>La fiabilité était renforcée par l'analyse des données en triangulation auprès des trois groupes professionnels intervenants (médecins, infirmiers et paramédicaux). La vérification des résultats s'est faite en réinterrogeant huit participants lorsque des éclaircissements étaient nécessaires pour assurer l'exactitude des données.</p> <p>L'analyse a été réalisée à l'aide d'une approche de la théorie ancrée (Glaser & Strauss, 1967) qui fait émerger des thèmes plus larges relatifs à la communication multidisciplinaire. L'approche entreprise dans cette méthode a permis de classer des catégories de thèmes sans l'influence des thèmes présentés avant la collecte des données.</p> <p>Un document de mémos a été maintenu durant la collecte et l'analyse des données.</p> <p>Quatre assistants de recherche ont analysé les transcriptions des entrevues et comparé les thèmes dérivés. Les différences dans l'analyse ont été résolues lors de la discussion.</p>
Résultats	<p>L'analyse des données a révélé deux thèmes-clés avec des sous-catégories.</p>

	<p>Thème 1 : Caractéristiques de communication entre les membres de l'équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le rôle des membres de l'équipe détermine le sens de la communication -La domination de médecins dans les communications <p>Thème 2 : Les canaux de communication entre les membres de l'équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> -La communication préférée : face à face -Le rôle sous-optimal du colloque interdisciplinaire comme moyen de communication. -Le dossier médical sur papier est un vecteur d'échec de la communication. <p>Des tableaux résument clairement les conceptualisations. Les données sont évaluées par les experts.</p>
<p>Discussion</p>	<p>Ce qui a été retenu dans la discussion : l'importance du colloque interdisciplinaire malgré sa complexité, la préférence de la communication face-à-face, l'influence du rôle des professionnels et le dossier médical informatisé a été préféré au dossier écrit. Les infirmiers et autres professionnels ont des difficultés à se positionner pour la planification des soins et la prise de décision face à la position dominante du médecin.</p> <p>Certains groupes de professionnels conservent un langage commun, propre à leur formation et leur niveau d'éducation, ce qui ne facilite pas un travail d'équipe.</p> <p>Les résultats montrent des lacunes (organisationnelle, manque de soutien de la hiérarchie, restriction matériel et physique implications médico-légale de la prise de décision) dans la prise en charge multidisciplinaire des personnes atteintes du cancer du poumon au niveau des directives australiennes et internationales.</p> <p>Le dossier papier du patient a été identifié comme une source de communication non fiable car sa documentation n'est pas tenue à jour par les différents acteurs de santé. Ce qui restreint la vision holistique des soins et baisse le niveau de la qualité des soins multidisciplinaire.</p>

	<p>Les auteurs admettent que les résultats ne peuvent pas être applicables à d'autres tumeurs, ni à d'autres hôpitaux car cette étude se limitait du poumon.</p> <p>La force de cette étude est la représentation de chaque membre des différentes disciplines dans l'échantillon.</p> <p>Le défi est de changer le comportement de communication et des politiques pour éviter les pièges de la communication multidisciplinaire. Il a été recommandé par les auteurs de mener de nouvelles recherches sur l'échange de l'information et la communication, par exemple l'engagement multidisciplinaire lors des colloques et le développement de stratégies qui améliorent la communication.</p>
Commentaires	<p>Les auteurs n'expliquent pas pourquoi dans les résultats il y a 22 membres du personnel alors que dans la méthode il était fait mention de 42.</p> <p>La saturation des données n'a pas été mentionnée.</p>

Grilles de lecture d'étude qualitative selon Fortin et coll. (2010)

Fukui, S., Ogawa, K., & Yamagishi, A. (2010). Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, 20(12), 1285-91. doi: 10.1002/pon.1840

Type d'étude	Etude randomisée contrôlée transversale
Objectifs	Démontrer l'efficacité d'une formation des infirmières pour développer des compétences dans la communication.
Introduction	<p>Les auteurs soulignent l'importance des compétences des infirmières en matière de communication efficace pour la prise en charge de personnes suite à l'annonce du diagnostic afin de diminuer la détresse psychologique et améliorer leur qualité de vie.</p> <p>Plusieurs études ont démontré l'effet positif de la formation (CST) sur la satisfaction des patients. En outre, aucune étude n'a prouvé que la formation des infirmières en communication améliore la qualité de vie des patients.</p> <p>Le but est de déterminer si un programme de formation des compétences de communication des infirmières serait utile pour améliorer la qualité et la satisfaction des patients lors de l'annonce du diagnostic.</p>
Méthode	<p>L'échantillon regroupe des infirmières et des patients dans quatre institutions spécialisées dans le dépistage du cancer au Japon. 8 infirmières (4 dans chaque groupe) ont participé à l'étude. 86 patients dont 41 dans le groupe expérimental et 45 dans le groupe contrôle.</p> <p>Le choix des patients a été déterminé selon les patients qui ont bénéficié d'un dépistage et un soutien infirmier après la consultation avec le médecin de janvier à décembre 2006, l'infirmière référente était présente lors de la consultation médicale, > 18 ans, stade du cancer non avancé, diagnostiqué du cancer de l'estomac, du colon ou du sein, et ont</p>

donné leur consentement éclairé. Les patients exclus n'avaient pas été informés du diagnostic et présentaient un état psychologique sévère.

Chacune des infirmières a donné son accord pour participer à la formation des compétences de communication.

Le protocole d'étude a été examiné et approuvé par la Commission de révision institutionnelle et le Comité d'éthique de l'Université métropolitaine de Tokyo.

L'attribution des patients aux groupes expérimental et contrôle a été faite au hasard. Les données sur les patients ont été obtenues après consultation de leur dossier. Les infirmières participant à la formation étaient dans le groupe expérimental et les autres dans le groupe contrôle.

Les infirmières du groupe expérimental ont participé à deux reprises, entre octobre et décembre 2005, à une formation des compétences de communication pendant une journée. Cependant, celles du groupe contrôle ont été invitées à participer à la formation après l'étude.

Le protocole de l'étude concernant les rencontres de soutien psychologique et d'information a été organisé ainsi : 1^{er} entretien une semaine après le diagnostic, le 2^{ème} un mois après et le 3^{ème} après trois mois dans les deux groupes.

Le directeur n'a pas approuvé que l'évaluation du patient commence le jour de l'annonce du diagnostic en raison de l'état psychologique.

Les patients du groupe expérimental et de contrôle ont été interrogés trois fois par les infirmières, par celles qui ont été formées et celles qui agissaient comme à leur habitude.

Le programme de formation, basé sur une approche étape-par-étape selon le protocole de SPIKES, se composait en deux ateliers structurés de six heures dans une période de 3 mois.

L'efficacité de la formation sur la qualité de vie des patients a été évaluée par une enquête SF-8™ Health Survey. Il s'agit d'un questionnaire pour les patients, composé de huit points évaluant les niveaux des domaines de la santé physique et mentale. Le score physique complet (PCS) et le score global mental (MCS) ont été également calculés. Les patients ont évalué le niveau de satisfaction du

	<p>soutien apporté par leur entourage, l'infirmière référente et le médecin à l'aide d'une échelle visuelle analogique.</p> <p>Ces échelles ont été utilisées au cours de trois entretiens.</p> <p>Les entretiens étaient audio-enregistrés et transcrits, puis deux experts ont évalué les transcriptions afin de déterminer le nombre de compétence de communication utilisées dans le protocole de SPIKES (les six-étapes dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle) dans le groupe expérimental. Pour le groupe contrôle, les infirmières ont été interrogées sur le contenu de leurs entretiens.</p> <p>Les auteurs ont pris en compte plusieurs paramètres concernant l'infirmière et le médecin : l'âge, le sexe, le niveau d'expérience dans le domaine oncologique, la durée de l'annonce du diagnostic par le médecin, la durée de l'entretien de l'infirmière après l'annonce, la participation de l'infirmière et du médecin au précédant programme de formation des compétences en communication.</p> <p>Les caractéristiques sociodémographiques des patients et des infirmières dans les deux groupes n'ont pas de différences statistiquement significatives. Les auteurs se sont assurés que les deux groupes soient homogènes.</p> <p>Pour évaluer la comparabilité entre les groupes et la corrélation entre les scores des échelles, les données démographiques et cliniques des patients, des infirmières et des médecins, et les scores des échelles pour chacun des trois entretiens ont été analysé par le t-test, test chisquared, ou des corrélations de Pearson.</p> <p>Des mesures répétées d'analyse de co-variance (ANCOVA) ont mesuré les différences entre les groupes expérimentaux et de contrôle. L'hypothèse P a été fixée à 0,05.</p> <p>Toutes les analyses de données ont été effectuées en utilisant le logiciel statistique SAS, la version 9.1.</p>
Résultats	<p>Les thèmes sont représentés par des caractéristiques psychosociales pour les infirmières qui sont l'âge, le sexe et les années d'expérience en oncologie, pour les patients l'âge, le soutien social, le</p>

	<p>stade du cancer, le site du cancer et le traitement, quant aux caractéristiques des entrevues (la durée et le protocole en 6 étape pour inf expérimental).</p> <p>Aucune différence dans la durée des entretiens entre les quatre infirmières dans chacun des groupes expérimentaux et de contrôle. Les infirmières du groupe expérimental ont pu utiliser les compétences acquises de la formation. Cependant, les infirmières du groupe contrôle ont exprimé des difficultés à trouver des stratégies pour apporter du soutien aux patients.</p> <p>La qualité de vie des patients, pendant la période de trois mois, a été estimée par SF-8 qui a montré une moyenne inférieure à la norme nationale au niveau psychique dans les deux groupes ; au niveau physique elle est dans la norme.</p> <p>L'analyse des résultats révèle d'importantes différences au niveau psychique et de la satisfaction des patients avec l'infirmière dans le groupe contrôle.</p> <p>Les tableaux représentent efficacement la conceptualisation et les données sont évaluées par des experts.</p>
Discussion	<p>L'étude a montré que cette formation permet de développer des compétences chez les infirmières pour offrir un soutien psychologique et améliorer la qualité de vie des patients.</p> <p>Elle souligne aussi que le système médical et la culture japonaise influence l'attitude des infirmières. Dans cette communauté, il n'est pas coutumier d'exprimer ses problèmes psychosociaux et de rechercher du soutien des professionnels de la santé.</p> <p>La généralisation des conclusions est incertaine pour les raisons suivantes : les statistiques étaient peu significatives, il s'agit d'une enquête préliminaire, ainsi qu'un petit échantillon. Les auteurs ont recommandé de faire une autre étude avec un échantillon plus large dans un seul établissement avec un nombre plus important d'infirmières et de médecins.</p> <p>Les auteurs relèvent aussi la courte durée de la formation et recommandent d'accroître le temps de formation.</p>

	Il est suggéré de d'établir une étude plus approfondie pour tester l'effet de la formation sur la satisfaction des patients avec les médecins et l'entourage.
Commentaires	Le cadre de recherche n'est pas exposé dans l'introduction.

Grilles de lecture d'étude qualitative selon Fortin et coll. (2010)

Reinke, L.F., Shannon, S.E., Engelberg, R.A., Young, J.P. & Curtis, J.R. (2010). Supporting hope and prognostic information: nurses' perspectives on their role when patients have life-limiting prognoses. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(6), 982-92.
doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.11.315

Type d'étude	Etude qualitative
Objectifs	Décrire les perspectives des infirmières sur la satisfaction des patients aux besoins d'espoir et d'informations sur la maladie, et offrir un éclairage pour les interventions interdisciplinaires visant à améliorer la communication sur les soins de fin de vie aux patients et à leurs familles.
Introduction	<p>La préservation de l'espoir est un obstacle majeur à la discussion du pronostic et des soins de fin de vie. Les professionnels trouvent difficile de concilier de dire la vérité et maintenir l'espoir dans une relation thérapeutique. Les cliniciens sont souvent partagés par le désir d'aider les patients à maintenir l'espoir tout en évitant les faux espoirs.</p> <p>Les cliniciens ont besoins d'identifier les facteurs de besoin d'informations des patients et aborder la discussion selon une approche individualisée.</p> <p>Les médecins et les infirmières évitent la discussion du pronostic et des soins de fin de vie lorsqu'ils se retrouvent dans l'incapacité de fournir des informations honnêtes et précises tout en conservant l'espoir.</p> <p>Les auteurs s'appuient des études antérieures qui justifient leur propos. Le but de cette étude est d'explorer les approches des infirmières en soutenant l'espoir chez les patients et en s'appuyant sur les informations du pronostique peut offrir un aperçu des interventions interdisciplinaire pour améliorer la communication la qualité de vie.</p>
Méthode	<p>L'échantillon était composé de 22 infirmières prodiguant des soins aux patients atteints de BPCO et cancer avancé en oncologie et médecine avec une expérience professionnelle moyenne de 19 ans, six d'entre elles étaient cliniciennes avec un master.</p> <p>L'étude comprenait 55 patients, 36 membres de famille, 31 médecins et 22 infirmières pour évaluer leurs perceptions de l'espoir et les informations données concernant le pronostique.</p>

	<p>Les médecins ont été sélectionnés pour leur expérience et leur compétence (attitude) en soins palliatifs. Chacun d'eux a dû choisir quatre patients selon les critères d'inclusions. Les infirmières choisies ont été impliquées dans la prise en soins des patients sélectionnés dans l'étude.</p> <p>Les critères d'inclusions des patients : cancer pulmonaire avancé (métastatique ou non opérable) ou BPCO sévère (dépendant à l'O₂ et VEMS < 35%), décès estimés dans les douze mois à venir,</p> <p>Les critères d'exclusions des patients : ne pas parler anglais.</p> <p>Toutes les procédures de l'étude ont été approuvées par The Human Subjects Division of the University of Washinton.</p> <p>Le devis a été établi selon une méthode empirique avec des enregistrements, des transcriptions et mesurée avec un outil de codage.</p> <p>L'étude décrit les résultats provenant des entretiens semi-structurés des infirmières, de 50 à 70 minutes, audio-enregistrées et transcrites, menés par deux enquêteurs expérimentés entre janvier 2003 à décembre 2006. Les enquêteurs ont observé les infirmières pendant cinq heures avant de mener des entretiens individuels. Les enquêteurs ont observé des entretiens périodiquement au cours de l'étude à des fins de contrôle de qualité.</p> <p>Les infirmières étaient interrogées sur la manière dont elles maintenaient l'espoir chez les patients en fin de vie pendant qu'ils recevaient des informations sur la maladie et son pronostic.</p> <p>Les questions explorées étaient : « Avez-vous éprouvé des défis ou des tensions dans le soutien de l'espoir et l'apport d'information avec vos patients ? » et « Comment avez-vous abordé le besoin d'espoir chez les patients ? »</p> <p>Les entrevues ont été analysées à l'aide selon une approche empirique. Un chercheur (LFR) a analysé tous les entretiens et a utilisé des techniques de codage ouvertes et axées.</p> <p>Pendant la phase de codage ouvert, ils ont identifié les catégories et sous-catégories de la parole dans les soins dont le soutien de l'espoir</p>
--	---

	<p>et l'apport d'informations, et les caractéristiques de chaque catégorie et sous-catégorie dont la signification individuelle de l'espoir chez les patients et l'évaluation du niveau de connaissances des patients sur leur maladie et du pronostic avant l'apport d'informations.</p> <p>Au cours de la phase axée du codage, les auteurs ont identifié la manière selon laquelle les catégories étaient liées à des thèmes plus larges et les relations entre les thèmes : approches des infirmières pour soutenir l'espoir, fournir des informations pronostiques qui sont dans leur champ de compétences, les approches nécessitant une collaboration avec le médecin.</p> <p>La crédibilité du codage a été établie par le recodage d'un échantillon aléatoire de 30 extraits de données par un deuxième enquêteur ignorant les premiers résultats de codage. Résultats de l'exercice de recodage ont donné à fait d'accord (80%).</p>
Résultats	<p>Les résultats sont posés sous deux principaux thèmes et sous-thèmes, présentés sous forme de tableau et justifiés avec des exemples qui évoquaient les propos des infirmières.</p> <p>➤ L'approche des infirmières pour répondre aux besoins de l'espoir</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaître le sens que chaque individu donne à l'espoir. - Parler de la qualité de vie. - Construire une relation de confiance avec les patients. <p>➤ L'approche des infirmières pour répondre aux besoins d'information des maladies</p> <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer ce que le patient sait déjà à propos de la maladie et du pronostic. - Le suivi du patient pour identifier leurs besoins d'informations. - Transmissions des informations du médecin à l'infirmière. - Transmettre les informations du patient au médecin. - Poursuivre la discussion après un mauvais pronostic.
Discussion	<p>Les auteurs ont constaté que les infirmières ne se sentent pas autonomes dans l'apport d'information aux patients et à l'entourage et doivent s'appuyer sur la coopération, la collaboration et la négociation avec leurs collègues médecins, car la plupart des soins de fin de vie sont assurés par une équipe interdisciplinaire. Les auteurs suggèrent de promouvoir la communication interdisciplinaire efficace concernant le pronostic.</p>

	<p>Les auteurs démontrent les différences de perceptions d'une communication efficace entre les infirmières et les médecins et qui suggère une vision partagée pour les interventions dans le futur.</p> <p>Cette étude a révélé des défis chez les infirmières dans le soutien des besoins d'informations. Lorsque le médecin n'a pas divulgué la totalité des informations sur le pronostic, les infirmières se retrouvent dans une situation difficile car elles ne veulent pas contredire les informations données par les médecins et trouvent la négociation difficile avec ces derniers. Pourtant des antérieurs ont montrés que la collaboration interdisciplinaire peut procurer un sentiment d'espoir chez les patients. Les auteurs suggèrent que dans les interventions futures, les infirmières doivent se percevoir comme une source unique et indépendante dans le soutien de l'espoir.</p> <p>Les résultats confirment l'importance du rôle de l'infirmière dans l'amélioration de la qualité de vie.</p> <p>Cette étude montre aussi que les infirmières qui n'ont pas bénéficié d'une formation avancée font une distinction dans leurs rôles par rapport à leur discipline concernant le soutien de l'information. En outre, les cliniciennes se sentaient plus confortables à fournir des informations concernant le pronostic.</p> <p>Les résultats mettent en évidence que les infirmières dans leur pratique courante soutiennent l'espoir en découvrant ce qui signifie espoir à chaque patient individu, en se concentrant sur les besoins pour la qualité de vie et la construction d'une relation de confiance avec les patients et les familles.</p> <p>Les auteurs recommandent une formation professionnelle pour les infirmières dans la communication similaire à leurs collègues médecins.</p> <p>Cette étude a comporté plusieurs limites dont la prévalence des thèmes qui n'a pas été évaluée, les citations et les exemples ne sont pas conçus comme des lignes directrices mais plutôt comme des possibilité d'amélioration et de changement, la différence de niveau de formation influe les résultats obtenus.</p>
Commentaires	<p>Les auteurs n'ont pas suffisamment investigué la collaboration entre les médecins et les infirmières sur l'apport des informations.</p>