

***Les approches infirmières de soutien au
moment de l'annonce d'un diagnostic de
cancer chez un patient adulte.***

Travail de Bachelor

PIROSSETTI Elodie

Matricule n° 17593245

Directrice :

TERRANEO Fabienne – Maître d'enseignement HEdS

Genève, le 17 août 2020

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 17.08.20

Elodie Pirossetti

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

Madame Terraneo Fabienne, ma directrice de travail de Bachelor, pour son soutien précieux dans le cadre de la réalisation de ce travail, son regard bienveillant et sa disponibilité,

Monsieur Kirchner Valentin, mon binôme pour l'élaboration de la première partie de ce travail de Bachelor, pour son implication, ses conseils et sa bonne humeur,

Madame Fedele Sabrina, enseignante qui m'a accompagnée au cours du module Science Infirmière 4 et m'a mise sur la piste du travail de Bachelor, pour ses conseils et son aide,

Ma famille et mes amis, d'avoir été des piliers pour moi au cours de cette formation et de m'avoir toujours encouragée.

RÉSUMÉ

Problématique : Le cancer est une maladie fréquente, à laquelle les soignants sont de plus en plus confrontés (Office Fédérale de la Santé Publique [OFSP], 2019). Il ressort qu'il y a de l'insatisfaction pour les patients¹ à propos de l'annonce de diagnostic (Brown et al., 2011). Le diagnostic d'une telle maladie est une épreuve pour le patient (Marx & Reich, 2009). C'est un moment de rupture biographique pour lui (Pujol et al., 2014). Pour faire face, le patient met en place des mécanismes de défense et des stratégies de coping (Da Rocha et al., 2014). Dans ce contexte, l'infirmière occupe une place de choix auprès des patients pour répondre à leurs besoins (Boyle et al., 2017). Le modèle conceptuel de Callista Roy permet à l'infirmière² de repérer les hautes et basses adaptations du patient, permettant alors de mettre en place des interventions infirmières pour atteindre des objectifs fixés avec le patient. Le but de ce travail est de mettre en lumière les approches infirmières de support auprès de patients adultes recevant un diagnostic de cancer, en lien avec le vécu de ces derniers.

Méthode : La recherche documentaire a été effectuée sur les bases de données Cinahl et Pubmed entre novembre 2019 et juin 2020. Plusieurs équations de recherches ont été effectuées, sur la base des mots-clés et du PICOT. Deux études ont ainsi été sélectionnées.

Résultats : Il ressort des articles une implication émotionnelle forte des infirmières dans leurs prises en soins, en lien également avec l'interaction qu'elles ont avec les patients. En outre, le rôle infirmier, à travers le soutien infirmier, les améliorations des stratégies de coping, et la considération du patient, est mis en exergue.

Discussion : Dans la discussion, les résultats sont mis en lien avec le modèle de Callista Roy, basé sur l'adaptation du patient. Un parallèle entre les résultats et les interventions des infirmières de pivot est également mis en avant.

¹ A lire également au féminin dans l'ensemble du travail.

² A lire également au féminin dans l'ensemble du travail.

Conclusion : Il ressort de ce travail que le soutien des patients par les infirmières est primordial lors d'une annonce de diagnostic. Le modèle de Roy permet un monitoring de la situation avec le patient, tout en mettant en lumière son adaptation, guidant alors le soutien offert par les infirmiers.

Mots-clés :

- Cancer, diagnostic, annonce, interventions infirmières, soutien, adaptation.
- Neoplasms, diagnosis, disclosure, nurse interventions, counselling, coping.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OFSP	Office Fédérale de la Santé Publique
OFS	Office Fédérale de la Statistique

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux comparatifs des études retenues pour l'analyse critique	25
- Tableau 1: Grille COREQ.....	25
- Tableau 2: Grille PRISMA.....	26

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	24
--	----

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration	2
Remerciements	3
Résumé.....	4
Liste des abréviations.....	5
Liste des tableaux	5
Liste des figures	5
Table des matières.....	6
Introduction	8
1. Problématique	8
1.1. Question de recherche initiale.....	10
2. Etat des connaissances.....	11
2.1. L'annonce de diagnostic.....	11
2.2. Les mécanismes de défense.....	13
2.3. Ressources des patients : comment est vécue l'annonce.....	14
2.4. Le coping.....	14
2.5. Le rôle infirmier.....	15
3. Modèle théorique.....	17
3.1. Le modèle de Callista Roy.....	18
3.2. <i>Ancrage disciplinaire</i>	18
3.2.1. Métaconcepts.....	119
3.3. Question de recherche finale	21
4. Méthode	21
4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	21
4.2. Diagramme de flux	24
5. Résultats	24
5.1. Tableaux comparatifs.....	27
5.2. Analyse critique.....	27
5.3. Article 1.....	27
5.3.1. L'omniprésence du passé.....	27
5.3.2. L'aspect relationnel.....	27
5.3.3. L'annonce filtrée.....	28
5.3.4. Une confiance qui peut être rompue.....	29
5.4. Article 2.....	29

5.4.1. Personnalisation des informations données au patient et rôle infirmier.....	30
5.4.2. L'accompagnement infirmier en lien avec les besoins émotionnels des patients.....	30
5.4.3. Le rôle de personne significative pour le patient adopté par l'infirmière.....	31
5.4.4. La considération du patient et la disponibilité infirmière.....	32
5.4.5. L'ambiguïté du rôle infirmier et les contraintes de temps.....	32
6. Discussion	33
6.1. Article 1	33
6.2. Article 2.....	33
6.3. Confrontation des articles.....	35
7. Conclusion.....	36
7.1. Apports et limites du travail	37
7.2. Recommandations	38
7.2.1. Clinique.....	38
7.2.2. Recherche.....	38
7.2.3. Enseignement	39
8. Références	40
9. Annexes	45
9.1. Annexe 1 : Grille COREQ.....	45
9.2. Annexe 2 : Grille PRISMA	48

INTRODUCTION

Ce travail de recherche porte sur les approches infirmières lors d'une annonce de cancer. Tout d'abord, la problématique est contextualisée, elle met en avant des données épidémiologiques et l'impact d'une annonce de diagnostic de cancer chez le patient³. Dans un second temps, les concepts clés sont présentés et explicités. Ils englobent l'annonce de diagnostic, les mécanismes de défenses mis en place par le patient, les ressources du patient, la notion de coping et le rôle infirmier. Le modèle conceptuel de Callista Roy est ensuite exposé et mis en lien avec le contexte d'une annonce de diagnostic de cancer. La question de recherche est posée, suivie de la méthodologie utilisée pour mener à bien ce travail de recherche. Une étude phénoménologique et une revue systématique de la littérature seront présentées dans les résultats. Ceux-ci seront ensuite discutés en regard du modèle conceptuel de Callista Roy. Enfin, trois types de recommandations sont décrites, en lien avec la clinique, la recherche et l'enseignement.

1. PROBLÉMATIQUE

Le cancer est une maladie de plus en plus fréquente au sein de la population, en lien avec le vieillissement de cette dernière (OFSP, 2019). Au niveau mondial, le nombre de décès liés au cancer s'élève à 8,8 millions en 2015, ce qui le place au second rang des causes de décès dans le monde (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2018). Selon l'OMS (2016), le nombre de nouveaux cas dans la région européenne s'élevait à 3,7 millions en 2012, avec la prévision de l'augmentation de ce chiffre à 4,6 millions de nouveaux cas par année d'ici 2030. Cette maladie occupe, en Suisse, la deuxième place dans le classement des maladies causant des décès (Office Fédérale de la Statistique [OFS], 2020). Le cancer touche tous les âges, de la pédiatrie à la gériatrie. En terme de chiffres, l'incidence en Suisse pour tous types de cancers confondus entre 2011 et 2015 est estimée à 21813 pour les hommes et 18711 pour les femmes, soit un total de 40524 nouveaux cas par année. Le nombre de décès pour tous types de cancers confondus s'élève à 9259 pour les hommes et 7471 pour les femmes, ce qui forme au total 16730 décès entre 2011 et 2015 (Ligue suisse contre le cancer, 2019). Ces chiffres montrent qu'en Suisse, les soignants⁴ sont fréquemment en contact avec des personnes atteintes d'un cancer. Même si aujourd'hui, grâce à l'évolution des traitements, le cancer devient de plus en plus une maladie chronique, il a un impact important dans la vie des malades

⁴ Lire également au féminin dans l'intégralité du travail.

(Institut national du cancer, 2015). Dans de nombreux pays, l'accompagnement des patients atteints de cancer est un enjeu de santé publique (Magro et al., 2016).

Le diagnostic d'un cancer est une épreuve, car cette maladie suscite la peur pour les patients et leurs proches (Marx & Reich, 2009). La détresse émotionnelle, la dépression, l'anxiété, la perte de rôle, la diminution de la mobilité physique, la qualité de vie fortement diminuée sont des représentations communes du cancer (Richardson et al., 2017). Les représentations sociales du cancer impactent directement l'annonce de diagnostic, dès lors qu'elles régissent la notion de temporalité et de mort (Pujol et al., 2014). Le cancer est souvent assimilé au décès, à l'atteinte de l'image de soi et ébranle le projet de vie, notamment à cause des effets secondaires des traitements, comme l'alopécie, l'amaigrissement et la fatigue, qui peuvent changer l'image que se fait la personne d'elle-même et la mener à un sentiment d'abandon et un isolement social (Clément-Hryniewicz & Paillaud, 2008).

Les patients élaborent leurs propres représentations, à partir de ce qu'ils comprennent de la matière scientifique sur le sujet, de leurs savoirs personnels, ainsi qu'en faisant appel à la religion ou à la magie (Pujol et al., 2014). Ces représentations sont aussi alimentées par les expériences personnelles de toutes les personnes qui entourent le patient (Clément-Hryniewicz & Paillaud, 2008). Différents souvenirs difficiles, en lien avec le décès de proches à cause du cancer, peuvent alors revenir en mémoire du patient lors du diagnostic (Lehto, 2012).

En outre, l'annonce d'un cancer provoque un stress et de fortes émotions pour le patient (Castioni, et al., 2015). Le moment de l'annonce est caractérisé par une angoisse pour le patient (Pujol et al., 2014). La détresse psychologique alors engendrée par l'annonce d'un diagnostic est souvent liée à une peur de la mort (Lehto, 2012). C'est un changement de vie (Bumb et al., 2017). Le cancer peut être source de stigmatisation de la personne atteinte, en lien avec le fait qu'il s'agit d'un attribut social sur le plan culturel (Pujol et al., 2014). Une annonce de diagnostic de cancer symbolise une rupture biographique de la personne elle-même, elle marque également le passé et l'entrée dans la maladie (Pujol et al., 2014). Ainsi, la vision du temps est changée : la projection dans le futur devient impossible pour le patient (Pujol et al., 2014). En conséquence, le moment présent se trouve surinvesti par ce dernier (Pujol et al., 2014). De ce fait, l'acceptation d'un diagnostic de cancer se révèle difficile, et, au moment de l'annonce, le patient étant sous le choc, il n'est plus capable de retenir toutes les informations données, en raison des mécanismes de défense qui sont mobilisés (Castioni et al., 2015)

(Romano, 2010) (Giraudet, 2006). L'infirmière⁵ accompagne le patient et sa famille dans ce processus, et apporte les clarifications nécessaires (Warnock, 2014, cité par Bumb et al., 2017).

Dans les faits, une étude réalisée dans un hôpital anglais relate qu'il y a de l'insatisfaction vis-à-vis de l'annonce de diagnostic de cancer de la part des patients et qu'il est nécessaire de former les professionnels de la santé sur la nécessité d'individualiser la prise en soin et d'identifier les besoins propres à chaque patient (Brown et al., 2011). En effet, l'annonce de diagnostic doit promouvoir l'intégration du patient dans son plan de soin, ainsi que dans le choix des traitements (Hemming, 2017). De plus, le temps de l'annonce et le langage doivent être adaptés à chaque patient (Hemming, 2017). Il convient également de prêter une attention particulière au lieu choisi pour effectuer une telle annonce, ce qui influe également la satisfaction du patient lors d'une annonce de diagnostic (Baile et al., 2000; Kaplan, 2010, cité par Bumb et al., 2017). La manière de mener l'annonce de diagnostic impacte directement le coping du patient (Hemming, 2017).

L'infirmière joue un rôle de médiateur important dans la prise en soin du patient, car l'équipe médicale ne peut pas toujours répondre présente, par manque de temps (Boyle et al., 2017). En effet, l'infirmière occupe une place privilégiée au lit des patients et se trouve donc en première ligne pour répondre aux sollicitations du patient et de ses proches concernant la maladie, les traitements et le plan de soins par exemple (Boyle et al., 2017). L'infirmière est un soutien émotionnel lors d'épisode traumatique, tel que l'annonce de diagnostic (Bumb et al., 2017).

Les familles et les amis du patient font partie intégrante de la vie de ce dernier et ont souvent une influence sur les choix du patient, c'est la raison pour laquelle ils doivent être pleinement considérés dans la prise en soin (Hemming, 2017). Cependant, il était nécessaire de focaliser le sujet, c'est pourquoi ce travail est centré sur le patient.

1.1. Question de recherche initiale

Ces différents éléments ont poussé ce travail à se centrer sur le rôle infirmier lors de l'annonce d'un diagnostic de cancer chez un patient adulte en intra-hospitalier.

⁵ Lire également au masculin dans l'intégralité du travail.

2. ETAT DES CONNAISSANCES

2.1. L'annonce de diagnostic

a) Contexte :

Le diagnostic est délivré par le médecin (Cantril et al., 2019). L'annonce d'un diagnostic ne comporte pas que le temps de ladite annonce, mais également la préparation et l'accompagnement qui suit (Uveges et al., 2019). Les infirmières jouent un rôle important dans le processus d'annonce, dès lors que les patients rapportent une diminution de leur anxiété lors de l'intervention d'une infirmière avant et après le diagnostic (Cantril et al., 2019). L'annonce de diagnostic est un élément difficile, car de grandes émotions entrent en jeu, des communications verbale et non-verbale adéquates, tel que le ton de voix, les expressions faciales, ou le comportement de manière plus générale, sont alors nécessaires (Hemming, 2017). Une annonce de diagnostic tel un cancer nécessite d'être effectuée en plusieurs étapes (Ricard et al., 2017). Lors d'une annonce de cancer, les traitements et éventuels effets secondaires de ceux-ci sont abordés et expliqués au patient (Thibouw et al., 2020). Les informations données sont fractionnées, dans le but d'éviter que le patient ne se retrouve submergé par trop d'informations (Ricard et al., 2017). C'est également au moment de l'annonce du diagnostic de cancer que le stade de la maladie est évoqué (Thibouw et al., 2020). Ainsi, il est souvent nécessaire de répéter les mêmes informations à plusieurs reprises, de donner au patient sa place en lui permettant de reformuler afin que le médecin puisse s'assurer qu'il a bien compris les informations qui lui ont été transmises (Ricard et al., 2017). Il est du ressort du médecin de s'assurer que les informations qu'il donne sont complètes et ciblées à la situation du patient, afin qu'elles soient acceptées par ce dernier de manière éclairée (Thibouw et al., 2020). Enfin, le plan de soin est proposé (Thibouw et al., 2020).

b) Émotions suscitées par l'annonce :

L'annonce de cancer représente l'entrée dans la maladie pour le patient (Ricard et al., 2017). La manière d'annoncer un diagnostic à un patient joue un rôle sur son expérience vis-à-vis de celle-ci (Cantril et al., 2019). Une annonce de diagnostic provoque un stress important chez le patient qui le reçoit (Lantheaume et al., 2020). Le bien-être de celui-ci se trouve alors directement impacté par le diagnostic de cancer (Lehto, 2012). Le patient éprouve un choc, du déni, de la peur lors de l'annonce (Cantril et al., 2019). L'augmentation de cet état de stress

peut le mener à ressentir de l'anxiété, ce qui peut être le cas par exemple lors de ruminations relatives à son mode de vie passé ou au futur (Lantheaume et al., 2020). La souffrance est trop grande pour le patient, en conséquence, il se détache du « moi » dans le but de ne pas ressentir cette souffrance (Pujol, 2011).

Les patients rapportent une augmentation de l'anxiété jointe à une diminution de leurs capacités à faire face lorsque le diagnostic est délivré par appel ou par voie électronique (Cantril et al., 2019). La qualité de vie et le bien-être ressentis par le patient sont d'ailleurs directement affectés à l'impact émotionnel ainsi qu'aux traitements nécessaires dans la prise en soin (Lantheaume et al., 2020). La perte de confiance en soi qu'engendre l'annonce de diagnostic est proportionnelle à l'intensité du clivage du « moi » : plus la perte de confiance en soi sera grande, plus le clivage du « moi » sera important. (Pujol, 2011).

c) Freins à la compréhension des patients :

Les patients auxquels un diagnostic de cancer est délivré peuvent se sentir submergés d'informations à propos du diagnostic, des traitements, ainsi que les effets secondaires de ceux-ci (Farrington & Townsend, 2014). Le clivage du « moi » est une forme de dépersonnalisation, en lien avec l'angoisse provoquée par l'annonce (Pujol, 2011). De même, une annonce négligée peut influencer négativement l'adhésion du patient au plan de soin, sa satisfaction, ainsi que ses décisions à propos des traitements, tout comme sa réponse psychologique (Hemming, 2017). Le clivage du « moi » montre un état de vulnérabilité au niveau psychique, jouant un rôle négatif sur sa prise de décision et pouvant aussi impacter son adhésion au plan de soins personnalisé qui lui est proposé (Pujol, 2011). Dans les cas où l'annonce n'est pas faite de manière scrupuleuse, soit par téléphone, dans un environnement sans confidentialité, sans soutien, cela augmente la difficulté pour les patients (Ricard et al., 2017). Les temps étant restreints, les informations sont données sans prêter attention à la quantité d'informations que le patient peut recevoir (Hemming, 2017). Au moment de l'annonce ou dans le temps qui la suit, le patient peut se trouver dans le déni, qui peut alors s'expliquer par le fait que le traumatisme engendré par l'annonce d'un cancer est irréal pour le patient (Pujol, 2011). En conséquence, le « moi » qui permet d'affronter la réalité n'est pas capable d'assimiler cet événement (Pujol, 2011).

2.2. Les mécanismes de défense

Le temps qui suit l'annonce de diagnostic est une période difficile pour le patient, car elle est marquée par des multiples examens, transformations physiques, doutes et inquiétudes quant à son projet de vie (Romano, 2010). L'anxiété est en fait causée par une augmentation du stress chez le patient (Lantheaume et al., 2020). Ainsi, il est du ressort de l'équipe médicale et soignante de valider les émotions du patient, de prendre en compte ses représentations, de s'assurer de sa compréhension, tout en le guidant dans la suite de la prise en soins (Castioni et al., 2015). Pour ce faire, il paraît important de prendre en compte certains mécanismes de défense comme le déni et les moyens mis en œuvre pour s'adapter.

Le déni fait également partie des mécanismes de défense, il permet la « survie psychique » de la personne (Basclet, 2016). Le choc vécu par le patient au moment du diagnostic influence le processus de deuil, nécessaire à l'acceptation de son état de santé nouveau (Kallegris, 2013). Ce processus de deuil est décrit par Kübler-Ross (2007) comme cinq étapes consécutives :

- Le déni, qui est un temps où le patient et/ou la famille ne peut plus écouter les soignants car leur inconscient refuse d'accepter la réalité.
- La colère, contre soi ou contre les autres, qui traduit un sentiment puissant d'injustice face à ce diagnostic.
- Le marchandage, qui est une période durant laquelle le patient aura de multiples demandes et attentes concernant ses traitements.
- La dépression, qui est une remise en cause de soi sur fond de culpabilité à cause des changements qu'induit le diagnostic concernant sa vie future.
- L'acceptation, période durant laquelle le patient est le plus à même d'être acteur de sa prise en soins.

Ces étapes sont non linéaires et sont un moyen de défense mis en œuvre inconsciemment pour supporter le choc. Un patient qui n'arrive pas à mobiliser ses ressources d'adaptation concernant les mécanismes de défenses aura de la peine à s'engager dans sa thérapie et risque de rester dans un état de confusion, de frustration (Da Rocha et al., 2014). Il est important de souligner que la compliance ne peut être obligée, cependant, il convient de mettre en place une atmosphère propice à celle-ci (Basclet, 2016).

2.3 RESSOURCES DES PATIENTS : COMMENT EST VÉCUE L'ANNONCE

Différents éléments peuvent jouer un rôle protecteur pour le patient vivant une situation telle qu'une annonce de cancer, d'une part par l'aspect social et le soutien que peuvent recevoir les patients, et d'autre part par l'absence d'autres sources de stress concomitantes, comme par exemple des soucis d'ordre financier, un divorce, mais également par les traits de caractère de la personne, si elle est de nature anxieuse par exemple, et ses croyances (Lantheaume et al., 2020).

Ces différents facteurs peuvent être catégorisés comme suit :

- Facteurs individuels : ils englobent les antécédents psychiatriques du patient, ses traits de caractère.
 - Facteurs sociaux et interpersonnels : ceux-ci intègrent le réseau social de la personne.
 - Facteurs biologiques : ils englobent le type de cancer, sa localisation, les symptômes du patient.
 - Facteurs liés aux traitements
- (Lantheaume et al., 2020).

Cependant, il existe également des facteurs qui ne dépendent pas du patient, mais qui peuvent lui être bénéfiques. Ils concernent l'endroit choisi pour annoncer le diagnostic au patient, la qualité des indications données à propos des traitements, mais également la confiance du patient envers le médecin, qui englobe la positivité de ce dernier, sa disponibilité, la prise en considération de la douleur du patient (Thibouw et al., 2020).

La qualité de vie des patients va de pair avec leur état psychologique, dès lors que ce dernier est directement lié à l'adaptation du patient à sa situation de santé (Lantheaume et al., 2020).

2.4 LE COPING

Lors de l'annonce d'une maladie potentiellement mortelle telle que le cancer, le patient met en œuvre des mécanismes de coping, comme évoqué ci-dessus avec le processus de deuil, pour essayer de maîtriser les changements environnementaux extrêmes et le sentiment de finitude de vie (Da Rocha et al., 2014). Ces stratégies de coping peuvent être plus ou moins adaptatives (Hopman & Rijken, 2015). Tout au long de la vie, l'humain utilise des mécanismes de défense pour répondre à diverses sollicitations liées à sa biologie, à sa psychologie mais aussi à son environnement (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Quand un stimulus environnemental affecte une personne, elle peut s'adapter en réalisant une action, un ajustement réfléchi, nommé "coping" (Bruchon-Schweitzer, 2001). Chaque être humain est constamment en train de mettre en œuvre ces mécanismes pour gérer ces exigences internes et externes (Bruchon-Schweitzer, 2001). Ces adaptations sont différentes pour chacun, car elles dépendent de leur histoire de vie, de leur vécu, ainsi que de leur représentation de la maladie (Da Rocha et al., 2014).

Le stress engendré par une annonce de diagnostic de cancer est une stratégie d'adaptation, cependant, elle peut également conduire le patient à se sentir submergé par ce stress (Lantheaume et al., 2020). D'ailleurs, les mots utilisés lors de l'annonce de diagnostic ont un impact sur l'expérience du patient et la façon dont il va faire face (Magro et al., 2016). En conséquence, le patient peut mettre en place des stratégies d'adaptation inefficaces, comme la dépression ou l'anxiété (Lantheaume et al., 2020). L'intégration d'un tel diagnostic, qui représente un bouleversement important dans la vie du patient, en y donnant du sens fait partie du coping et de la réduction du stress (Lehto, 2012). Il est à noter que la perception qu'a le patient de sa maladie impacte également son coping (Hopman & Rijken, 2015).

La réponse adaptative du patient est guidée par les représentations qu'a la personne de la maladie et la réponse émotionnelle qui en découle (Richardson et al., 2017). Le coping est donc un processus parallèle, aboutissant à un succès ou à un échec (Richardson et al., 2017).

Les soignants peuvent soutenir les patients en relevant les adaptations inefficaces, comme le décrit le modèle de Callista Roy, développé dans l'ancrage théorique.

2.5 LE RÔLE INFIRMIER

Comme vu auparavant, l'annonce d'un diagnostic de cancer est une épreuve pour le patient qui va alors instaurer des mécanismes de défense comme le processus de deuil. Selon la description de Roy & Andrews (1999), l'infirmière doit pouvoir repérer une mauvaise adaptation pour aider le patient à mettre en place des coping efficaces. Pour décrire la complexité de la prise en soin d'une annonce de diagnostic de cancer, un article décrit le travail des infirmières de pivots en oncologie dans un hôpital français (Feld, 2016) et une étude documente le travail d'infirmières pivots auprès du patient et de sa famille (Leboeuf et al., 2014). D'autres articles mettent également en lumière le rôle de ces infirmières, sous différentes appellations, comme « infirmière de navigation »

ou « infirmière d'annonce et de coordination ». Ces dernières semblent toutes avoir le même rôle ; dans ce travail, c'est le terme « infirmière de pivot » qui sera utilisé.

Ces professionnelles travaillent en intra-hospitalier et ne sont pas rattachées directement à l'unité, mais jouent un rôle important dans le plan de soin d'un patient (Leboeuf et al., 2014). Grace à la disponibilité des infirmières de pivot, l'accompagnement se trouve facilité (Hureaux et al., 2019). Leurs activités se concentrent surtout sur deux axes, celui auprès du patient et celui de la coordination (Leboeuf et al., 2014). La continuité des soins est ainsi assurée par cette infirmière, qui fait le relais entre les différents intervenants dans la prise en soins du patient (Hureaux et al., 2019). Les infirmières de pivot ne sont pas toujours présentes au moment de l'annonce de diagnostic effectuée par le médecin, cependant, elles considèrent que leur présence à ce moment précis permet de favoriser le lien de confiance avec le patient (Leboeuf et al., 2014). Elles réalisent un entretien après l'annonce de diagnostic faite par le médecin où elles écoutent, reformulent les informations, évaluent les besoins, l'adaptation de la personne à son diagnostic, orientent le patient, l'informent et prennent en compte son projet de vie (Feld, 2016). Les temps entretiens infirmiers qu'elles effectuent avec les patients concernent la moitié de leur temps de travail sans l'implication du médecin (Hureaux et al., 2019). Cette vision globale que l'entretien apporte permet de pouvoir coordonner les plans de soins avec les équipes médicales et soignantes de l'hôpital, ainsi que les équipes des différents soins ambulatoires, en assurant une traçabilité écrite du parcours de soins et projet de vie (Feld, 2016). Selon Hureaux et al. (2019), le rôle infirmier se base sur quatre thématiques : les besoins du patient et de ses proches sont évalués, elles donnent également des informations au patient, tout en apportant son soutien et une écoute, et permettent une prise en soin personnalisée. Les infirmières soutiennent le principe d'advocacy et promeuvent des soins personnalisés (Hemming, 2017).

A travers des interventions infirmières de qualité, le patient crée une alliance thérapeutique avec le soignant, il s'implique de manière plus importante dans les soins (Wagner et al., 2013).

Ce rôle, qu'on pourrait qualifier de "fil rouge" du plan de soins, demande à l'infirmière d'établir un lien de confiance optimal avec le patient et ses proches et d'avoir des connaissances solides concernant le cancer et ses impacts pour pouvoir identifier leurs besoins et adapter les interventions (Leboeuf et al., 2014). Les infirmières peuvent

également rediriger les patients vers les professionnels compétents ou leur proposer un soutien via le réseau socio-sanitaire (Leboeuf et al., 2014).

Les patients auxquels un diagnostic de cancer est délivré peuvent se sentir submergés (Farrington & Townsend, 2014). Un des rôle infirmiers les plus important est de permettre aux patients et aux familles d'y donner un sens, de les soutenir et de leur donner des informations à propos du cancer (Farrington & Townsend, 2014).

Durant tout le processus d'annonce du diagnostic, la communication prend une place indispensable, elle est un des moyens d'établir une relation de confiance et est considérée comme une compétence fondamentale en soins infirmiers (Prince-Paul & Kelley, 2017). Certains hôpitaux ont mis en place une procédure incluant l'infirmier dans cette étape, pour venir appuyer le médecin et permettre de donner une plus grande place aux émotions et aux projets du patient ainsi que de ses proches (Castioni et al., 2015). Par une communication adéquate, l'adhésion thérapeutique du patient sera plus grande, son anxiété moindre et son « aspect » psychologique d'autant meilleur (Castioni et al., 2015).

L'empathie et l'écoute sont les prémices d'une relation de confiance entre le patient et le soignant, il est important que le soignant se rende disponible et que son écoute soit attentive, car cela créera un climat de confiance, propice à la prise en soin optimale du patient (Prince-Paul & Kelley, 2017). Il est important de montrer au patient qu'il n'est pas seul (Lehto, 2012).

Le temps proposé par l'infirmière permet de prêter une écoute active et d'apporter des informations personnalisées au patient, lui permettant alors des choix éclairés sur les traitements (Hemming, 2017).

La perception d'une maladie par la personne atteinte peut changer, dès lors qu'il s'agit d'une construction mentale (Hopman & Rijken, 2015). Ces possibilités de changements peuvent permettre au patient d'adopter des stratégies de coping de haute ou de basse adaptation au travers d'interventions (Hopman & Rijken, 2015).

3. MODÈLE THÉORIQUE

Lors d'une annonce de diagnostic de cancer, le patient met en place des stratégies de coping (Hopman & Rijken, 2015). Le modèle de l'adaptation de Callista Roy a alors été

retenu pour guider la posture infirmière au cours de la prise en soin d'un patient auquel un diagnostic de cancer est annoncé.

3.1. Le modèle théorique de Callista Roy

Selon Fawcett (2013), le modèle de Callista Roy est un modèle conceptuel, car il permet aux infirmières de conceptualiser une réalité en donnant une méthode de travail applicable auprès des patients. Celui-ci est décrit par Pepin et al. (2017) comme faisant partie du paradigme de l'intégration car il prend en compte la multi-dimensionnalisé influençant la personne et son événement de santé. Du fait des interventions proposées, l'infirmière guide le patient pour l'aider à retrouver un certain équilibre et à s'adapter, ce qui a poussé Pepin et al., (2017) à le classer dans l'école des effets souhaités. Le modèle théorique de Callista Roy fait de l'influence de l'environnement sur une personne et de l'adaptation qui en découle un modèle de soins infirmiers (Alligood, 2018). Se basant sur les stimuli environnementaux, elle part du postulat que l'équipe soignante doit favoriser l'adaptation, en décelant les stratégies mises en place et ainsi adapter sa prise en soins si l'une d'elle se révèle inefficace (Alligood, 2018). Les mécanismes de coping sont les moyens de faire face à une situation, à utiliser les ressources (Roy & Andrews, 1999). Les copings sont la façon dont la personne interagit avec son environnement, qui évolue constamment (Roy & Andrews, 1999). Deux catégories de coping, l'inné et l'acquis sont décrits (Roy & Andrews, 1999).

Pour le premier, l'humain ne le contrôle pas, car il s'agit d'un système autonome (Roy & Andrews, 1999). Le second est basé sur l'expérience de vie de la personne, de son vécu et est donc conscient et personnel (Roy & Andrews, 1999). Les copings sont décrits en deux sous-systèmes, le régulateur, qui inclut les systèmes neurologiques, endocriniens et chimiques, ainsi que le système mental, qui comprend cinq canaux cognitifs et émotionnels, le traitement perceptif, l'apprentissage, le jugement et les émotions (Roy & Andrews, 1999).

3.2. Ancrage disciplinaire

Concernant la question de recherche en lien avec les approches infirmières de soutien auprès de patients lors de l'annonce d'un diagnostic de cancer, le modèle conceptuel de Callista Roy semble adapté. En effet, comme vu en amont, ce modèle permet de relever les différents stimuli et les réponses de la personne, qu'elles soient adaptées ou non. A travers l'évaluation de ces comportements et de ces stimuli, l'infirmière pourra poser des

diagnostics infirmiers et des objectifs à partir desquels des interventions infirmières vont être mises en place pour promouvoir l'adaptation optimale de la personne.

Le lien avec la problématique est alors tout à fait clair : le patient qui reçoit un diagnostic se trouve dans une situation de vulnérabilité et dans un processus de deuil, car il s'agit d'un traumatisme important. Le soutien émotionnel occupe alors une place importante à ce moment de la prise en soin (Wagner et al., 2013). Le rôle infirmier est alors de répondre aux questions du patient, de revenir sur les points importants de la prise en charge et de se montrer disponible pour créer une relation de confiance. Ainsi, l'apport d'informations au patient et à sa famille fait partie intégrante de ce rôle (Leboeuf et al., 2014). En lien avec la relation de confiance, l'adhésion thérapeutique du patient sera de meilleure qualité (Wagner et al., 2013). Des entretiens infirmiers seront réalisés et, au cours de ceux-ci, l'infirmière procèdera à l'évaluation des comportements du patients et des stimuli en lien. Ces stratégies de coping peuvent être plus ou moins adaptatives (Hopman & Rijken, 2015). L'infirmière pourra ainsi, en collaboration avec le patient et sa famille, proposer des objectifs ayant pour but de mobiliser les stratégies de coping du patient. Pour ce faire, des interventions infirmières vont être mises en place. Au fur et à mesure de la prise en soin, l'infirmière pourra réévaluer les objectifs établis et réajuster au besoin les interventions proposées, en se basant sur la haute ou basse adaptation d'un comportement du patient.

Il est également du ressort du rôle infirmier d'évaluer les différents stimuli, de prendre en compte les ressources du patient et de les intégrer dans sa prise en soin, comme le suggère le modèle de Callista Roy. Ces éléments ressortent dans l'article de Wagner et al. (2013), dans lequel les infirmières de pivot apportent un soutien psycho-social important au patient, de par leur formation, tout en encourageant l'autonomisation. Ces éléments font également écho au paradigme de l'intégration auquel ce modèle fait partie.

3.2.1. Métaconcepts

3.2.1.1. La personne

Les humains sont holistiques et fonctionnent sur un système d'adaptation stimulé par l'environnement. Le système humain est décrit comme un tout fonctionnant ensemble et dans un but commun. Il inclut la personne, sa famille, ses communautés (Roy & Andrews, 1999) (Alligood, 2018). Le cancer ne déstabilise pas que le patient mais aussi son entourage, le fait de considérer une personne comme un tout est donc une nécessité pour assurer une prise en soin cohérente.

3.2.1.2. Le soin

Le soin doit pouvoir promouvoir la capacité d'une personne à répondre de manière saine à une transformation de son environnement (Alligood, 2018). « Le but de l'infirmière est de favoriser l'adaptation pour les personnes et les groupes dans chacun des quatre modes adaptatifs, contribuant ainsi à la santé, à la qualité de vie et à la mort dans la dignité » (Roy & Andrews, 1999). Il est donc important que les soignants cherchent les stimuli impliqués dans l'adaptation auprès d'un malade récemment diagnostiqué d'un cancer pour pouvoir mettre en place des interventions infirmières afin de favoriser une bonne adaptation, en s'appuyant sur ses mécanismes de coping.

3.2.1.3. La santé

La santé est un état et un processus qui sont le reflet de l'adaptation d'une personne, de sa physiologie, sa psychologie et de son intégration sociale concernant un mécanisme de coping. Quand celui-ci est déficient, la maladie apparaît. Comme l'être humain peut répondre à plusieurs stimuli en même temps, la santé et la maladie peuvent coexister (Roy & Andrews, 1999). La santé n'est pas non plus de vivre éternellement, sans maladie, mal-être ni stress mais de vivre avec de manière saine (Traduction libre, Roy & Andrews, 1999). Dans le contexte d'un diagnostic de cancer, la santé sera représentée par la manière de s'adapter du patient face à l'annonce de diagnostic de cancer qu'il reçoit. Ainsi, la santé n'est pas l'absence de maladie, ici de cancer, mais plutôt la manière dont le patient s'adapte pour retrouver un équilibre : si le patient développe des stratégies de coping efficaces, sa santé sera meilleure, quelle que soit la gravité du cancer qu'il présente, les symptômes ressentis seront moins lourds et sa qualité de vie meilleure.

3.2.1.4. L'environnement

L'environnement englobe tout ce qui se passe autour ou dans une personne. C'est le déclencheur du système adaptatif, qui peut être petit ou grand, négatif ou positif. Les réponses demandent de l'énergie à la personne, qui doit s'adapter à ces stimuli focaux, contextuels ou résiduels. En s'adaptant à leur environnement, les personnes peuvent le modifier (Alligood, 2018). Le cancer et ses traitements vont avoir de multiples répercussions, qu'elles soient somatiques, psychologiques ou sociales. Il est important de comprendre ceci pour pouvoir repérer les nombreux stimuli amenés par cette maladie déclenchant des mécanismes d'adaptation.

3.3. Question de recherche finale

Les différents points évoqués dans la problématique ont permis d'aboutir à la question de recherche suivante : Quelles sont les approches infirmières de support auprès de patients adultes hospitalisés recevant un diagnostic de cancer en lien avec le vécu de ceux-ci ?

4. MÉTHODE

La recherche documentaire s'est déroulée sur une période de temps entre novembre 2019 et juin 2020. Deux bases de données ont servi à cette recherche, à savoir Cinahl et Pubmed. Le PICOT est présenté dans le tableau ci-dessous.

P opulation :	Infirmières et patients.
I nterventions :	Approches infirmières de support
C ontexte :	Intra-hospitalier, chez un patient recevant un diagnostic de cancer
O utcome :	Aucun, l'efficacité n'est pas mise en avant. Le travail est centré sur l'étude des vécus.
T emporalité :	Autours de l'annonce de diagnostic

Ce travail est basé sur le vécu des patients au moment de l'annonce d'un diagnostic de cancer et des perceptions infirmières relatives à ce moment. En effet, l'infirmière et le patient étant en interaction l'un avec l'autre, il semble être important d'avoir le point de vue des deux parties.

Les équations de recherches ont permis la sélection d'études, comme décrit dans le diagramme de flux (Fig 1). La date de la dernière sélection d'article est le 15 juin 2020.

4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Pour cette recherche, les bases de données PubMed et Cinhal ont été explorées, à travers le PICOT, Les mots clés retenus sont :

Mots clés en français	Mots clés en anglais	MeshTerms traduits par HeTop	Termes Cinahl
Relations infirmière-patient, interactions infirmière-patient	Nurse-patient relations, nurse patient relationships	Nurse-patient relations	Nurse patient relations, nurse patient relationships
Interventions infirmières	Nurse intervention	Nurse intervention	Nurse intervention
cancer	Cancer	Neoplasm	Cancer, neoplasm
Soutien, assistance	Social support, counseling	counseling	
Annonce, divulgation	disclosure	disclosure	disclosure
Diagnostic de cancer	Cancer diagnosis		Cancer diagnosis

Equation de recherche sur Cinahl :

- 1) Cancer diagnosis AND disclosure AND nurse patient relationships OR nurse-patient relations

Filtre : Dès 2010.

Résultats (15.06.20) : 18 articles

Equations sur PubMed :

- 1) Disclosure (MeSH Terms) AND neoplasm (MeSH Terms) AND nurse-patient relations (MeSH Terms)

Filtre : dès 2010.

Résultats (15.06.20) : 22 articles.

- 2) Nurse-patient relations (MeSH Terms) OR nurse's role (MeSH Terms) AND neoplasm (MeSH Terms) and counseling (MeSH Terms)

Filtre : dès 2010.

Résultats (15.06.20) : 20 articles.

Critères d'éligibilité + justification des choix des articles retenus.

Les articles retenus devaient avoir une date de parution comprise entre 2010 et juin 2020. Le thème des articles devait rejoindre la problématique posée, à savoir le moment du diagnostic de cancer, les approches infirmières de support, en lien également avec le vécu des patients. Les interventions devaient être dirigées vers les approches infirmières. De plus, les patients devaient être adultes et hospitalisés. Les articles devaient concerner des pays développés.

La qualité des études a également été prise en compte sur la base des grilles relatives au type d'étude. Ainsi, les articles qui n'étaient pas des études et ceux qui ne répondaient pas aux critères de qualités ont été exclus. Il en va de même pour les articles centrés sur les proches et la famille. Deux articles ont donc été retenus.

Le premier article, « Breaking Bad News : Phenomonological Exploration of Irish Nurses' Experiences of Caring for Patient When a Cancer Diagnosis Is Given in an Acute Care Facility »(Part 1) (Tobin, 2012) est une étude qualitative phénoménologique de 2012. Dans celui-ci, les interactions infirmières-patients sont mises en avant. La population cible est respectée. De plus, l'étude est axée sur le moment de l'annonce d'un diagnostic de cancer. La méthodologie est explicitée. L'article répond aux critères de qualité de la grille COREQ (cf. annexe 1).

Le second article, « Experiences of adult cancer patients receiving counseling from nurses : A qualitative systematic review » (Tay et al., 2018), est une revue systématique de la littérature, montrant l'impact des interventions infirmières du counseling sur l'expérience du patient qui reçoit un diagnostic de cancer. Cette étude est récente, dès lors qu'elle a été publiée en 2018. La méthodologie de cet article est rigoureusement décrite. Les critères de qualité décrits par la grille PRISMA sont respectés (cf. annexe 2).

4.2. Diagramme de flux

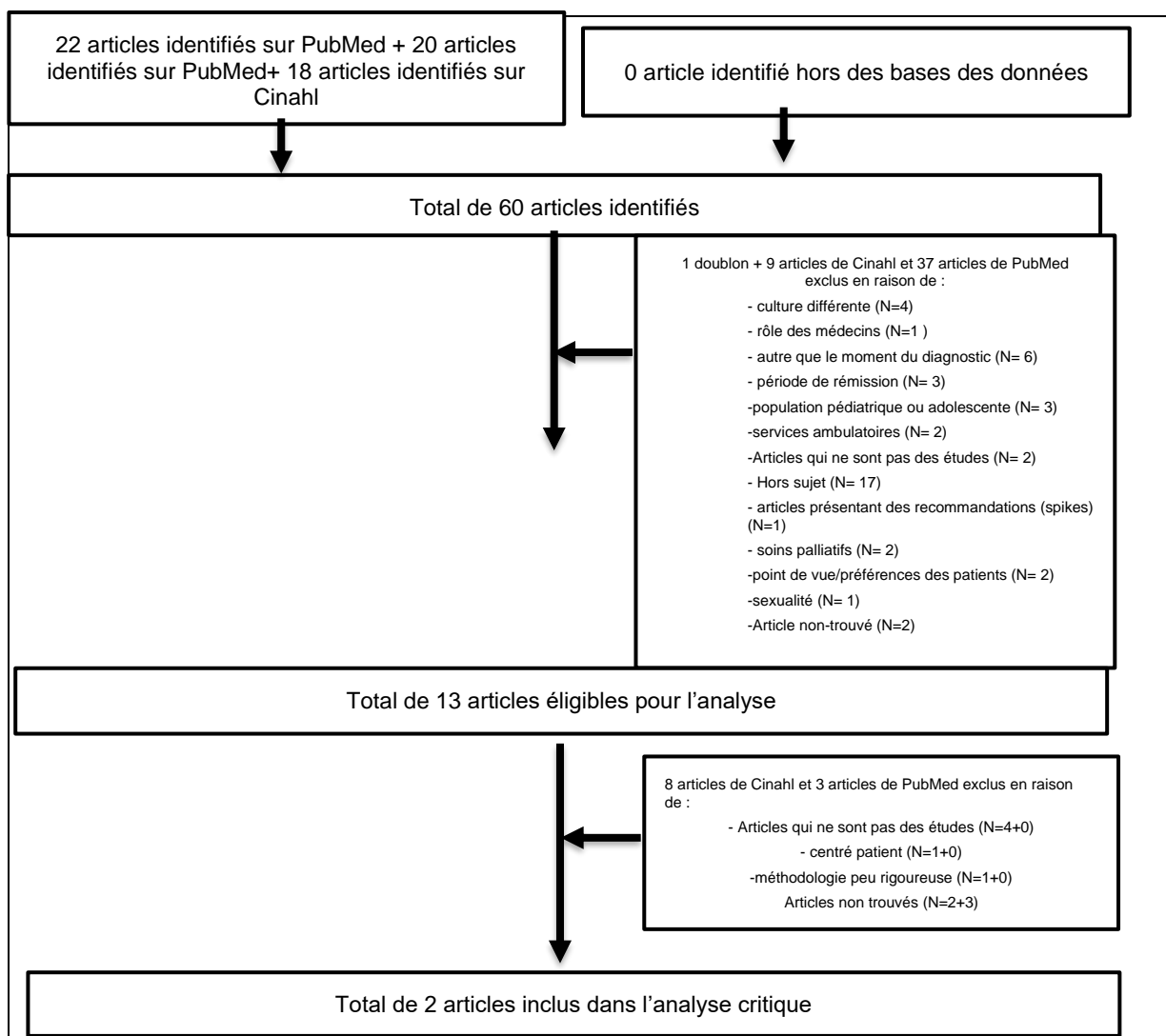


Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

5. RÉSULTATS

Pour une lecture facilitée des résultats, un tableau comparatif par article sélectionné est présenté ci-dessous. Ceux-ci permettent d'avoir une vue synoptique des articles, ainsi qu'une analyse critique.

5.1. Tableaux comparatifs

Tableau 1.

Article 1 : Tobin, G. A. (2012). Breaking Bad News : A Phenomenological Exploration of Irish Nurses' Experiences of Caring for Patients When a Cancer Diagnosis Is Given in an Acute Care Facility (Part 1).

a) Population + lieu b) Type d'étude c) But de l'étude (avec verbe)	a) Méthode/ Instruments de mesure b) Intervention c) Analyse des données	a) Résultats principaux: b) Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites
<p>a) infirmières N=20 Echantillonnage stratifié (adresse postale pour inclure rurale et urbain puis hasard). Critères d'exclusion : Ne travaillant pas avec des adultes dans un hôpital, n'ayant pas d'expérience dans l'annonce de diagnostic de cancer -> 8 infirmiers Boule de neige avec des infirmiers qui reçoivent chacun 5 documents pour leurs collègues -> + 12 infirmiers Lieu : Irlande</p> <p>b) Descriptive-phénoménologique</p> <p>c) Le but de cet article est d'explorer les perceptions des infirmières qui prennent en soin des patients qui reçoivent de mauvaises nouvelles sous la forme d'un diagnostic de cancer en milieu de soins aigus.</p>	<p>a) Des entretiens approfondis ont eu lieu pendant 1 h à 2h.</p> <p>b) aucune.</p> <p>c) Colaizzi adapté par Koch en 7 étapes.</p>	<p>a) Les infirmières se sentent connectées aux patients durant l'annonce. La connaissance du patient est un processus interactionnel complexe mais essentiel pour la prise en soins. Diverses stratégies de communications et de postures infirmières sont mises en place. 5 actions : connaître le patient, être avec, donner et recevoir, assister, soutenir. Coût émotionnel de l'infirmière dans la relation.</p>	<p>Les interprétations proposées sont tirées d'un paradigme phénoménologique. La croyance en des réalités et des interprétations multiples est au cœur de l'approche adoptée par le chercheur. Les interprétations proposées peuvent être différentes de celles des autres interprètes/lecteurs de la thèse.</p> <p>L'étude se veut rétrospective et s'appuie sur les souvenirs que les participants se font de leur expérience vécue. On peut contester l'exactitude du souvenir et le risque de distorsion des détails dans les récits. Cependant, le chercheur n'était pas intéressé à obtenir un récit soigné, complet et cohérent. Le récit a montré comment les participants ont pu donner un sens à leurs souvenirs.</p> <p>Aucune tentative n'a été faite pour former un groupe d'infirmières en fonction du type de patient un diagnostic de cancer, les modalités de traitements ou les centres de traitements.</p> <p>L'étude, bien que portant sur les mauvaises nouvelles, s'est centrée sur le diagnostic de cancer. Les mauvaises nouvelles dans le contexte de cette étude portent sur le domaine oncologique. Par conséquent, les résultats sont limités au concept des mauvaises nouvelles dans un contexte de cancer. Les professionnels de la santé sont issus des hôpitaux de soins aigus en milieu urbain et rural, et ne provenant pas de l'oncologie spécialisée ou des unités de soins palliatifs. Par conséquent, les résultats ne sont pas nécessairement généralisés à d'autres domaines où les mauvaises nouvelles peuvent être annoncées.</p>

Tableau 2 :

Article 2: Tay, L. H., Ong, A. K. W., & Lang, D. S. P. (2018). Experiences of adult cancer patients receiving counseling from nurses : A qualitative systematic review

a) Population b) Type d'étude c) But de l'étude (avec verbe)	a) Méthode/ Instruments de mesure b) Intervention	a) Résultats principaux: b) Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites
<p>a) Population : Patients adultes hospitalisés. Critères d'exclusion: jeunes <18 ans, personnes avec atteintes cognitives ou intellectuelles. Les études retenues pour la revue concernent les adultes de >18 ans, ayant reçu un diagnostic de cancer. Le type de cancer et le stade de celui-ci ne sont pas pris en considération.</p> <p>b) Revue systématique qualitative de la littérature.</p> <p>c) Le but de cette étude est de mettre en avant les expériences des patients auxquels un diagnostic de cancer est donné, ainsi que le soutien infirmier qui découle de ce diagnostic.</p>	<p>a) La recherche d'articles pour cette revue de littérature a été faite en 3 étapes : 1) recherches sur les bases de données Medline et Cinahl. 2) tous les mots-clés retrouvés dans les articles sélectionnés jusque-là ont été recherchés sur chaque base de données, à savoir Cinahl, Medline, Embase, Jstor, Psycinfo, Scopus, ScienceDirect, Witey Online Library. La recherche d'articles non-publiés a également été effectuée, via ProQuest Dissertations, et Theses Global. 3) Une recherche supplémentaire a pu être effectuée par le biais de la récupération d'une liste de textes intégraux. Seuls les articles en anglais ont été inclus, sans date limite de publication. La « JBI Critical Appraisal Checklist » a été utilisée.</p> <p>b) aucune</p>	<p>a) Les résultats principaux ont été regroupés par thèmes. Le premier concerne les informations personnalisées au patient qui vont être données par l'infirmière, ainsi que l'accompagnement de cette dernière dans l'amélioration des stratégies de coping du patient. Le deuxième thème traite de l'accompagnement infirmiers en lien avec les besoins du patient, au niveau émotionnel. Ensuite, le rôle significatif de l'infirmière comme personne ressource pour le patient est développé. Puis viennent, le sentiment de prise en considération du patient et la disponibilité du personnel soignant. Enfin, le dernier thème regroupe l'ambiguïté du rôle infirmier et les entraves au soutien infirmier provoquées par le temps réduit.</p>	<p>L'aspect qualitatif de cette méta-analyse laisse place à une possible interprétation des données par les chercheurs. En outre, seuls les adultes de plus de 18 ans ont été inclus dans les études sélectionnées, de ce fait, aucune allusion n'est faite aux enfants ou familles. De plus, les adultes ayant des déficits intellectuels ou cognitifs n'ont pas été inclus dans les études sélectionnées, ainsi, les résultats de sont pas transposables à ce type de population. Les personnes non-anglophones n'ont pas non plus été incluse dans l'étude, ce qui permet de noter que les résultats peuvent être différents pour ces personnes. Il convient également de noter que l'accent est mis sur le rôle infirmier, en conséquence, aucun autre soignant n'est considéré dans cette étude.</p> <p>Cette étude étant une revue et se basant donc sur d'autres articles pour les résultats, il se peut que certaines études n'aient pas été trouvées malgré la rigueur méthodologique.</p> <p>Dans une vision plus large, les articles se sont axés uniquement sur les pays développés, et aucunement sur les pays en voie de développement. Un point a relevé concerne une étude au cours de laquelle les entretiens ont été effectués en cantonais. Par conséquent, il est possible que des erreurs d'interprétation lors de la traduction en anglais ait eu lieu. Les résultats obtenus sont peu généralisables à l'Asie ou pour d'autres culture, dès lors qu'une seule étude concernait cette partie du globe.</p>

5.2. Analyse critique des articles retenus

Ce travail de recherche a permis de sélectionner deux articles au regard de la question de recherche posée. Il s'agit d'une étude phénoménologique et d'une revue systématique de la littérature. Les résultats de chacune des études, respectivement, sont décrits ci-dessous.

5.3. Article 1 : Breaking Bad News : Phenomonological Exploration of Irish Nurses' Experiences of Caring for Patient When a Cancer Diagnosis Is Given in an Acute Care Facility (Part 1) (Tobin, 2012).

Cette étude est divisée en deux parties, il est spécifié que la partie 1 traite des interactions entre l'infirmière et le patient spécifiquement (Tobin, 2012). Ce thème principal a été divisé en plusieurs sous-thèmes (Tobin, 2012).

5.3.1 *L'omniprésence du passé*

L'omniprésence du passé pour les infirmières est mise en avant. En effet, les expériences professionnelles des infirmières avec les patients font écho à leur expériences personnelles. A travers des verbatims d'infirmières participant à l'étude, il ressort que le monde professionnel et personnel des infirmières est en interaction constante et réciproque. Certaines infirmières font ressortir les histoires de patients qu'elles ont eu en soins dans leurs récits. Ainsi, pour certaines infirmières, le fait de se remémorer certains patients leur permet de donner une signification au présent. Pour d'autres, ce sont les liens personnels que les infirmières créent entre les patients qu'elles avaient en soin qui met en avant l'omniprésence du passé.

5.3.2 *L'aspect relationnel*

Le deuxième sous-thème concerne la relation entre le patient et l'infirmière, avec le patient au centre de la prise en soins. Cinq éléments sont englobés dans cette notion : la connaissance du patient, être avec le patient, donner et recevoir, l'assistance, le soutien. La qualité des soins prodigués par les infirmières est le résultat de la relation entre le patient et l'infirmière, relation considérée comme centrale du rôle infirmier. Ceci permet de mettre en avant la place centrale du lien

entre l'infirmière et le patient et les moyens d'accompagner le patient dans sa prise en soins, en se basant sur ses besoins physique, psycho-sociaux et spirituels, qui marquent une prise en soins personnalisée. Connaître le patient apparaît alors comme un élément essentiel pour les infirmières. C'est là qu'apparaît alors la notion d'être avec : pour connaître le patient et lui proposer une prise en soins personnalisée à ses besoins, l'infirmière se doit de prendre du temps avec le patient. « Être avec » est alors une notion qui va au-delà des soins physiques que prodigue l'infirmière, il met en lumière la place que laisse l'infirmière au patient, l'aspect unique du patient et de son expérience. Cette notion met également en avant la réciprocité. La réciprocité, donner et recevoir, ressort de la collaboration entre le patient et l'infirmière. Les infirmières appuient le fait qu'en donnant au patient, elles savent qu'elles vont recevoir en retour. Le fait de recevoir pour l'infirmière intègre la satisfaction qu'elle ressent grâce à son travail avec le patient, mais également les remerciements adressés par les patients.

Le soutien regroupe l'impact émotionnel provoqué par la prise en soins du patient et fait référence au lien entre le patient et l'infirmière et l'impact de celui-ci sur l'infirmière. Il ressort des interviews des infirmières que de la culpabilité peut apparaître, en lien avec la relation infirmière-patient, et de la frustration en ce qui concerne les informations données par le médecin au patient. Ceci montre l'impact émotionnel du lien créé sur les infirmières. De plus, les récits mettent en avant le fossé très fin entre le lien professionnel et personnel, qui fait que les infirmières peuvent facilement s'investir beaucoup émotionnellement. Les impacts émotionnels de l'accompagnement des patients ressortent des récits des infirmières à travers un sentiment de vulnérabilité, d'exposition et la sensation d'avoir déçu le patient. En effet, la proximité qu'à l'infirmière avec le patient peut la rendre vulnérable, par le fait qu'elle peut s'impliquer émotionnellement trop. La sensation d'avoir déçu le patient, ressentie par les infirmières, y est étroitement liée, dès lors que les infirmières ont peur de décevoir le patient, raison pour laquelle elles s'investissent d'autant plus.

5.3.3 L'annonce « filtrée »

Dans cet article, il est question d'annonce filtrée. Il s'agit de la divulgation du diagnostic de manière partielle, au cours de laquelle les informations données au patient ne sont pas exhaustives. L'annonce faite comme telle est considérée comme contraignant dans le lien entre le patient et l'infirmière, dès lors qu'il peut être source de frustration pour l'infirmière, qui n'est souvent pas présente lors du diagnostic et

ne sait donc pas quelles informations le patient a reçues. L'annonce marque une épreuve pour les infirmières, qui doivent continuer à accompagner le patient et entretenir la relation créée avec le patient. La difficulté de nombreuses infirmières à aborder le diagnostic ou le pronostic avec les patients ressort de cette étude. Cependant, la plupart des infirmières n'étant pas présentes lors de l'annonce de diagnostic, il leur est d'autant plus difficile de soutenir le patient, elles éprouvent un sentiment d'incertitude en lien avec le comportement à adopter. De plus, les infirmières limitent le dialogue et utilisent parfois l'évitement. La limitation des dialogues permet aux infirmières d'avoir un aperçu de ce que le patient a compris de l'annonce, dès lors qu'elles laissent la place au patient de parler du diagnostic, ce qui fait alors ressortir les informations qu'il a reçues et ce qu'il a compris.

Les patients utilisent un langage confus à propos de leur situation, souvent, le mot cancer n'est pas prononcé. Pour certaines infirmières, cela met en lumière où en est le patient, ce qu'il faut respecter. Par ailleurs, pour d'autres infirmières, l'utilisation d'euphémisme préserve trop le patient, en l'empêchant alors d'être face à la réalité. Les infirmières relèvent l'utilisation de moments de silence, leur permettant d'apprécier la compréhension du patient.

5.3.4 UNE CONFIANCE QUI PEUT ÊTRE ROMPUE

La confiance est la composante de base de la relation infirmière-patient. Cependant, cette confiance peut être brisée, notamment lorsque l'infirmière déçoit le patient. De nombreuses infirmières ont relevé le sentiment d'avoir brisé le lien de confiance avec le patient. Ce sentiment de confiance brisée concerne le moment de l'annonce de diagnostic. Il ressort d'un ressenti propre et personnel de l'infirmière, mais il peut également être mis en avant par les propos du patient disant qu'il n'a pas été soutenu par l'infirmière. La robustesse du lien de confiance entre l'infirmière et le patient peut être mis en péril par l'annonce filtrée notamment.

5.4 Article 2 : « Experiences of adult cancer patients receiving counseling from nurses : A qualitative systematic review » (Tay et al., 2018).

Dans l'étude de Tay et al. (2018), les résultats ont été divisés en cinq thèmes, chacun d'eux étant ensuite sous-divisé en plusieurs sous-thèmes.

5.4.1 Personnalisation des informations données au patient et rôle infirmier

a) Les informations sur les traitements et la maladie :

Il ressort de ce sous-thème que les infirmières occupent une place de choix pour aborder ces sujets selon les patients. A travers le soutien infirmier, les patients trouvent des explications sur leurs symptômes et changements physiques. De plus, les infirmières permettent au patient d'apprendre des auto-soins en lien avec l'adaptation, mais également la gestion des symptômes. Le soutien infirmier permet l'amélioration de l'adaptation des patients, ainsi que leur compréhension.

b) Les clarifications relatives à la prise en soin :

Les infirmières sont, selon les patients, des guides dans le système sanitaire et le déroulement de leur prise en soin, ce qui apparaît alors aidant pour les patients dans leurs planifications. A ce propos, la satisfaction des patients à propos des soins médico-infirmiers est plus grande, dès lors que le patient a bénéficié d'une préparation psychologique.

c) Les ressources pour le patient :

L'infirmière peut donner au patient des ressources intra et extra-hospitalières, telles que des personnes ressources, comme les assistantes sociales⁶, ou des numéros de téléphone pour les transports par exemple. Ces ressources données par l'infirmière permettent au patient l'amélioration de son adaptation vis-à-vis de sa maladie.

5.4.2 L'accompagnement infirmier en lien avec les besoins émotionnels des patients

a) L'interaction positive :

Tout d'abord, à travers la validation, la réassurance et la normalisation par l'infirmière, le patient reçoit l'énergie positive de cette dernière. Cette interaction entre l'infirmière et le patient permet de redynamiser celui-ci. Ceci joue également un rôle positif dans la confiance en soi du patient, mais aussi à propos du sentiment de contrôle. De plus, le niveau de stress des patients est diminué, tout comme leurs inquiétudes.

⁶ À lire également au masculin

b) Les émotions

Au travers du soutien infirmier, les patients parviennent à faire part de leurs sentiments et inquiétudes. L'acceptation et la compréhension offertes par les infirmières fait que les patients se confient facilement à elles.

c) Les compétences

Le dernier point du second thème touche aux compétences. Le soutien infirmier permet au patient d'accroître ses compétences dans la résolution de problèmes. De plus, le patient apprend des compétences en lien avec le coping, qui lui permettent de gérer ses symptômes. La pensée positive est également apprise par les patients. Leurs forces sont renforcées.

5.4.3 Le rôle de personne significative pour le patient adopté par l'infirmière

a) Un soutien psycho-émotionnel :

Le premier sous-thème met en avant le fait que, pour les patients, l'infirmière est un soutien psycho-émotionnel qui leur permet de se stabiliser lors d'épisodes difficiles. De plus, ils savent qu'ils peuvent s'adresser à l'infirmière lorsqu'ils en ont besoin. Il apparaît rassurant pour les patients de savoir que l'infirmière veille sur eux. Le sentiment de sécurité ainsi créé permet au patient de garder de la motivation et de l'espoir tout au long de leur prise en soin.

b) La relation entre l'infirmière et le patient.

Cette relation est qualifiée de relation de confiance. Un réconfort est trouvé par le patient au travers de la relation créée avec l'infirmière. Les patients rapportent leur intégration dans les soins lors des interactions avec l'infirmière. Les patients apprécient le fait de pouvoir aborder leur négativité de manière sincère et honnête avec les infirmières. Cette opportunité permet au patient de ne pas affecter négativement son entourage.

c) Le suivi infirmier

Le troisième sous-thème concerne le suivi de l'infirmière tout au long de la prise en soin. Les patients relèvent l'utilité d'avoir une infirmière constante qui leur apporte soutien et les accompagne du diagnostic à la fin de la prise en soin. Le fait de communiquer avec la même infirmière favorise le sentiment de confiance

du patient et son réconfort, dès lors que cette dernière connaît déjà ses antécédents et sa maladie.

5.4.4 La considération du patient et la disponibilité infirmière

a) L'approche du patient en tant que personne entière

Les patients se sentent considérés comme tels par l'infirmière, dès lors qu'ils mettent en avant les capacités de l'infirmière à voir au-delà de leur maladie. Les soins dispensés par l'infirmière sont holistiques et cette dernière cherche à connaître la personne pour qui elle est, tout en reconnaissant les implications de la maladie.

b) Le temps et l'attention :

Les patients mettent en avant l'écoute active initiée par l'infirmière, et l'aide qu'elles apportent dans le but d'atteindre les objectifs du patient. Le temps dédié au patient par l'infirmière est apprécié de ce dernier, et l'incite à partager davantage, dès lors qu'il ne ressent pas de pression liée au temps. La patience et l'attention des infirmières pour s'assurer que le patient a compris l'éducation thérapeutique est relevée par les patients.

5.4.5 L'ambiguïté du rôle infirmier et les contraintes de temps

a) Le rôle infirmier, un rôle peu clair

Pour les patients, le rôle infirmier est peu clair. Les patients ne comprennent pas toujours la raison des multiples visites de l'infirmière dans leur chambre, en lien avec le développement du rôle infirmier. En conséquence, ils peuvent manquer des occasions d'exprimer leurs émotions et d'avoir un soutien psycho-émotionnel de la part de l'infirmière.

b) Les contraintes de temps.

Les limites des infirmières pour s'occuper des besoins informels et émotionnels des patients sont liées à des réalités, telles que la priorisation des soins physique sur les besoins psycho-émotionnels et la charge de travail importante des infirmières ont été remarquées par les patients. En conséquence, les patients

doutent parfois à faire part de leurs inquiétudes aux infirmières, par peur de les déranger.

6 DISCUSSION

Les résultats de ces deux études mettent en avant l'importance du rôle infirmier. Ils vont être discutés en regard de la question de recherche posée et de l'ancrage théorique.

6.1 Article 1 : « Breaking Bad News : Phenomonological Exploration of Irish Nurses' Experiences of Caring for Patient When a Cancer Diagnosis Is Given in an Acute Care Facility » (Part 1) (Tobin, 2012).

Tout d'abord, il ressort de l'article de Tobin (2012), que les infirmières sont impliquées de manière conséquente émotionnellement dans leurs prises en soins. Les résultats de cette étude mettent en avant les interactions entre l'infirmière et le patient. Cette implication importante n'est pas bénéfique pour l'infirmière, dès lors que le coût émotionnel est important pour elle. La distance professionnelle est également mise en jeu par cette implication émotionnelle forte. Peuvent-elles encore être thérapeutiques, c'est-à-dire dans leur rôle infirmier, malgré cette proximité ? Il apparait que le coût émotionnel est important pour l'infirmière et pas bénéfique pour elle, et pour le patient ? Retire-t-il un bénéfice de cette proximité ?

De plus, il est décrit que les infirmières ressentent un impact émotionnel fort dans les prises en soin, qui est même qualifié de « culpabilité » (Tobin, 2012), et de « sentiment de vulnérabilité » (Tobin, 2012), avec la « sensation d'avoir échoué » (Tobin, 2012), en lien avec le fait qu'elles ne sont pas toujours présente au moment de l'annonce faite par le médecin, ce qui les place dans une situation délicate (Tobin, 2012). Un lien avec l'article de Leboeuf et al. (2014) sur les infirmières de pivot peut être mis en évidence. En effet, les infirmières de pivot préconisent la présence d'une infirmière au moment de l'annonce de diagnostic par le médecin, dans le but de favoriser la création d'une relation de confiance (Leboeuf et al., 2014).

6.2 Article 2 : « Experiences of adult cancer patients receiving counseling from nurses : A qualitative systematic review » (Tay et al., 2018).

A travers cette revue, il semble que l'infirmière occupe une place de choix auprès du patient pour lui apporter le soutien psycho-émotionnel adéquat pour répondre aux

besoins de ce dernier. En effet, grâce à des outils de communications englobant une écoute active et la validation des émotions du patients, ce dernier se sent réellement soutenu, entendu et pris en compte.

Un second aspect important qui ressort des résultats de cette revue est celui qui touche au rôle infirmier plus largement. En effet, il est mis en avant le soutien du patient en lien avec ses stratégies de coping. Ceci fait directement écho au modèle conceptuel de Callista Roy auquel ce travail de recherche fait référence. Callista Roy évoque le fait que la santé ne s'oppose pas à la maladie, mais qu'il s'agit en fait de s'adapter à différents stimuli pour rester en santé. Ainsi, l'infirmière a un rôle important dans l'observation des stratégies de coping mises en place par le patient. Elle va en fait faire le monitoring de la situation avec le patient. A travers ce rôle propre infirmier, cette dernière peut renforcer les hautes adaptations du patient, à travers des interventions infirmières et des diagnostics infirmiers. Dans le cas où l'infirmière repère des basses adaptations, elle pourra discuter avec le patient d'un plan de soin pour améliorer la stratégie d'adaptation. En partant des besoins et envies du patient, l'infirmière va poser, en collaboration avec le patient, des objectifs correspondant à ses demandes. Pour atteindre ces objectifs, des interventions infirmières vont être posées, pour accompagner le patient dans son adaptation en se basant sur ses ressources, et ainsi lui permettre de passer d'un niveau de basse adaptation à un niveau de haute adaptation. Il faut garder en tête que le patient ne parvient pas toujours à s'adapter, ce qui ressort du modèle de Roy par les basses adaptations.

Il convient également de rappeler que le patient auquel un diagnostic de cancer est annoncé est en deuil de son état de santé ultérieur. Ainsi, il passera par les différentes étapes de deuil, à savoir le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. A travers le modèle de Roy, l'infirmière cherche à accompagner le patient vers l'acceptation de son nouvel état de santé, en se basant sur ses capacités d'adaptation.

Enfin, un point significatif est mis en avant dans cet article et concerne la réalité de la profession infirmière. En effet, les soins physiques sont souvent prodigués au détriment du soutien psycho-émotionnel, en lien avec la priorisation des soins et la contrainte de temps des infirmières. Qu'en est-il alors de l'approche holistique du patient ? Cependant, une hypothèse pourrait être posée à ce sujet : proposer un temps infirmier prédéfini pour apporter un soutien psycho-émotionnel au patient ne pourrait pas être un gain de temps au final ? Selon Tay et al. (2018), il semble que le soutien psycho-émotionnel des

patients ait un réel bénéfice sur le vécu des patients, leur permettant également de comprendre leurs symptômes et la maladie. En conséquence, à travers ce ressenti meilleur et une compréhension plus grande, les patients auraient peut-être moins de plaintes somatiques ? Il est également intéressant de se questionner sur le fait que les services hospitaliers de soins somatiques sont dirigés vers la santé physique plutôt que la santé psychosociale ? En lien avec le sentiment d'impuissance du soignant ? Ou parce que ce dernier, se sentant touché par le ressenti du patient, met en place des stratégies d'évitement ?

Selon Tay et al. (2018), le patient n'a pas connaissance des différents rôles de l'infirmière. De ce fait, il peut manquer des occasions d'exprimer ses émotions ou de profiter d'un temps infirmier de soutien. La posture de l'infirmière pose alors question : comment se présente-t-elle au patient ? Lui a-t-elle fait part de sa disponibilité pour l'écouter, le soutenir ? Explicite-t-elle au patient sa fonction, ses objectifs ? Lui expose-t-elle son rôle dévaluation des stratégies d'adaptations du patient et les ressources de ce dernier ? A ce propos, il est intéressant de revenir sur le rôle de l'infirmière de pivot. En effet, le rôle de cette dernière est clairement défini, à travers l'enseignement au patient, l'information au patient, le soutien qu'elles proposent, l'évaluation des besoins des patients et proches ainsi que la coordination des soins (Leboeuf et al., 2014).

6.3 Confrontation des articles

Un point important qu'il convient de relever est l'attention que porte l'infirmière à ce qu'a compris le patient. Dans l'étude de Tobin (2012), l'infirmière cherche à savoir ce que le patient connaît de sa maladie, ce qu'il a retenu de l'annonce de diagnostic à laquelle elle n'était pas présente. Cette considération importante du patient est-elle un effet collatéral du déroulé d'une étude phénoménologique ? En effet, le fait de s'intéresser à un phénomène a pour conséquence une prise en considération plus importante du phénomène en question. Dans le cas présent, le fait que l'étude porte sur le vécu des patients dans le cadre d'une annonce de cancer pourrait attirer les infirmières à y porter une plus grande attention. Dans la revue systématique de Tay et al. (2018), les patients relèvent également le fait que l'infirmière s'assure constamment qu'il ait bien compris les informations qui lui ont été données. Est-ce en lien avec le fait que seuls les « bons souvenirs » restent en mémoire ?

Dans ces deux études, le patient est au centre de la prise en soin, celle-ci est personnalisée aux besoins et à la situation des patients. Cette unanimité des patients en

lien avec le travail infirmier de soutien pose question, dès lors qu'aucun ne fait allusion aux infirmières plus « brutes », qui ne se rendent pas disponibles pour les patients ou ne les écoutent pas. Est-ce une idéalisation de l'infirmière en lien avec les « bons souvenirs » gardés en mémoire ?

En outre, l'étude de Tobin (2012) met en avant l'interaction entre l'infirmière et le patient, avec une implication émotionnelle forte de l'infirmière. Parallèlement, dans la revue systématique de Tay et al. (2018), les patients affirment ne pas toujours oser se confier à l'infirmière, par crainte de la surcharger. La notion de relation thérapeutique peut alors être remise en question au vu de ces éléments. L'infirmière est-elle toujours dans son rôle thérapeutique ? Cette proximité est-elle réellement bénéfique pour le patient, dès lors qu'il n'ose pas se livrer à l'infirmière ?

En outre, dans l'étude de Tobin (2012), les infirmières qui prennent en soin les patients ne sont pas présentes au moment du diagnostic. Ceci semble poser un problème important, dès lors que l'infirmière ne sait pas comment s'est déroulé cette annonce de diagnostic ni les informations qui ont été transmises au patient. De ce fait, l'infirmière se trouve dans une position ambiguë, comme décrit dans les résultats, et elle évite de prendre du temps sur le sujet. Il est intéressant de relever que cette manière de procéder va à l'encontre de la deuxième étude sélectionnée pour cette recherche, à savoir la revue systématique de Tay et al. (2018). En effet, dans cette revue, les infirmières sont constamment présentes pour accompagner le patient dans sa prise en soin. Il semble qu'elles sont présentes au moment du diagnostic, ce qui est d'ailleurs rassurant pour le patient, dès lors qu'il s'adresse systématiquement à la même personne, ce qui rend le lien de confiance d'autant plus important. Qu'en est-il alors des rotations d'équipes ? En conséquence de l'absence des infirmières lors de l'annonce du diagnostic, le soutien des patients ne semble pas de qualité. En effet, dans l'étude de Tobin (2012), les infirmières relèvent éviter le sujet ou limiter le dialogue, ne sachant quel comportement adopter face au patient. Elles ont même la sensation d'avoir rompu le lien de confiance, pourtant si important pour garantir une prise en soin de qualité (Tobin, 2012).

7 CONCLUSION

Cette recherche a permis de mettre en évidence plusieurs points importants en lien avec les approches infirmières de support pour les patients auxquels un diagnostic de cancer est annoncé. En effet, le moment du diagnostic de cancer est un élément marquant dans

la vie du patient. Celui-ci va faire le deuil de son état de santé antérieur, l'infirmière va l'accompagner dans ce processus d'acceptation. Ce travail permet de mettre en lumière des approches infirmières de support. Tout d'abord, l'écoute active permet au patient d'exprimer ses émotions, de comprendre sa maladie et les traitements. Ce soutien psycho-émotionnel, effectué sous forme d'entretiens infirmiers, permet au patient de se sentir considéré, et de répondre à ses besoins. Le modèle de Roy apporte un regard sur l'adaptation du patient à son état de santé, l'infirmière va observer les stratégies d'adaptation mises en place par le patient, en renforçant les hautes adaptations et en corrigeant les basses adaptations.

7.1 Apports et limites du travail

Apports : Ce travail se base uniquement sur des devis qualitatifs, ainsi, ce sont bien des aspects relatifs au vécu qui ont été explorés. Les grilles Prisma et Coreq ont été utilisées pour l'analyse de la qualité des articles, ce qui m'a alors permis de me familiariser avec cette méthode et d'apprendre les critères de qualités relatifs aux différents articles. Plusieurs thèmes ont émergé des résultats, permettant ainsi d'avoir un regard critique au cours de la discussion. Diverses approches de soutien ont pu être mises en évidence, permettant alors de répondre à la question de recherche posée. Au cours de ce travail de recherche, j'ai pu mettre en application les divers points théoriques appris au cours du module « Recherche 3 ». Certains points qui me paraissaient alors abstraits sont aujourd'hui beaucoup plus clairs pour moi. Par exemple, je n'étais pas à l'aise avec les équations de recherche, j'avais de la difficulté à obtenir des résultats satisfaisants. Grâce à ce travail, j'ai compris comment utiliser les bases de données, quels mots-clés y glisser et avec quels opérateurs booléens. J'ai également pu me familiariser avec la méthodologie relative à un tel travail, que ce soit autant sur la forme, avec les différentes parties à rédiger, que sur le fond, avec les éléments à intégrer, et la façon de le faire. De plus, j'ai pu me familiariser avec les différents types d'études, les niveaux de preuves et les grilles relatives au type d'étude.

Limites : Ce travail a été effectué à partir de deux études. De ce fait, les résultats sont limités. De plus, seuls les pays ayant un système de santé similaire au système européen ont été inclus, il en va de même pour la culture. Les résultats alors décrits ne sont pas forcément généralisable à des pays avec des systèmes de santé différents ou de culture différente.

Ce travail étant basé sur des études qualitatives, je n'ai pas été confrontée à des statistiques. De ce fait, je n'ai pas pu m'exercer sur cette spécificité. J'ai également été déçue de devoir restreindre le sujet au patient seul, sans prendre en considération la famille. J'aurais vraiment aimé pouvoir poursuivre cette recherche sur le soutien aux familles, dès lors que cela me semble être un point essentiel de la prise en soin.

7.2 Recommandations

En lien avec les résultats précédemment décrits et discutés, des recommandations peuvent être proposées. Celles-ci sont divisées en trois catégories : les recommandations cliniques, pour la pratique infirmière, les recommandations pour la recherche, et les recommandations liées à l'enseignement.

7.2.1 Clinique

Il apparaît important que les infirmières soient présentes au moment où le médecin annonce le diagnostic au patient. Ceci favoriserait la création d'un lien de confiance entre le patient et l'infirmier, et permettrait à l'infirmière d'être à l'aise pour aborder le sujet avec le patient, en fonction des besoins psycho-émotionnels de ce dernier, pour le soutenir dans son adaptation vis-à-vis de son état de santé. De plus, proposer un entretien infirmier après l'annonce faite par le médecin est aussi une piste intéressante qui ressort du rôle des infirmières de pivot. Grâce à ces entretiens, le patient peut exprimer ses émotions et poser des questions. Ils permettent également aux infirmières de répondre aux besoins des patients, d'objectiver ce que le patient a compris et de l'accompagner dans sa prise en soin. Il est également préconisé que le patient puisse interagir toujours avec la même infirmière, cependant, au vu des changements d'équipe, cela semble impossible. Il pourrait cependant y avoir une infirmière répondante pour chaque patient que ce dernier pourrait ainsi voir de manière régulière. Pour ce qui touche aux démarches de soins infirmière, il convient qu'elles soient faites avec le patient, que les objectifs soient communs aux deux parties, dans le but d'avancer dans la même direction, en partenariat.

7.2.2 Recherche

Il serait intéressant pour la poursuite de cette recherche d'intégrer une plus grande quantité d'études, afin d'avoir le maximum de données. En effet, ce travail n'étant basé

que sur deux études, les résultats sont très limités, mais compensés par une revue systématique de la littérature. En outre, il semble également important de prendre en considération l'accompagnement des familles et des proches dans cette étape difficile, dès lors qu'ils font partie intégrante de la prise en soin.

7.2.3 Enseignement

Le module d'oncologie me semble suffisamment dense pour comprendre les tenants et aboutissants du cancer. De plus, au travers des différents modules les étudiants apprennent l'importance du soutien psycho-émotionnel du patient et peuvent les mettre en application en atelier. La seule recommandation serait de poursuivre les ateliers pratiques sur les entretiens infirmiers sur le soutien psycho-émotionnel avec des patients standardisés.

8 RÉFÉRENCES

- Alligood, M. R. (Éd.). (2018). *Nursing theorists and their work* (9e ed). St. Louis: Elsevier.
- Basolet, J.-P. (2016). Être atteint d'une maladie potentiellement mortelle : Entre réalité et représentation. *Psycho-Oncologie*, 10(1), 6-10. <https://doi.org/10.1007/s11839-016-0551-9>
- Boyle, D. A., Barbour, S., Anderson, W., Noort, J., Grywalski, M., Myer, J., & Hermann, H. (2017). Palliative Care Communication in the ICU : Implications for an Oncology-Critical Care Nursing Partnership. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(5), 544-554. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.10.003>
- Brown, V. A., Parker, P. A., Furber, L., & Thomas, A. L. (2011). Patient preferences for the delivery of bad news - the experience of a UK Cancer Centre : Patient preferences for the delivery of bad news. *European Journal of Cancer Care*, 20(1), 56-61. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01156.x>
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-83. Accès : <https://www.irepspdl.org/docs/Fichier/2015/2-150316040214.pdf>
- Bumb, M., Keefe, J., Miller, L., & Overcash, J. (2017). Breaking Bad News : An Evidence-Based Review of Communication Models for Oncology Nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(5), 573-580. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.573-580>
- Cantril, C., Moore, E., & Yan, X. (2019). Diagnosis Disclosure : Patient Preferences and the Role of the Breast Nurse Navigator. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(6), 619-626. <https://doi.org/10.1188/19.CJON.619-626>
- Castioni, J., Lüthi, F. T., Boretti, S. M., & Vollenweider, P. (2015). L'annonce de mauvaises nouvelles en binôme médico-infirmier : Mise en pratique en médecine interne. *Revue Médicale Suisse*, 5.
- Clément-Hryniewicz, N., & Paillaud, E. (2008). Quand le mot cancer fait trauma Réflexions autour de l'annonce diagnostique de cancer. *Psycho-Oncologie*, 2(1), 44-48. <https://doi.org/10.1007/s11839-008-0067-z>

- Da Rocha, G., Roos, P., & Shaha, M. (2014). Le sentiment de finitude de vie et les stratégies de coping face à l'annonce d'un cancer. *Revue internationale de soins palliatifs*, 29(2), 49. <https://doi.org/10.3917/inka.142.0049>
- Farrington, N., & Townsend, K. (2014). Enhancing nurse-patient communication : A critical reflection. *British Journal of Nursing*, 23(14), 771-775. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.14.771>
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories* (3 ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Feld, D. (2016). La coordination en cancérologie, les infirmiers pivots. *Soins*, 806, 29-31. Doi : 10.1016/j.soin.2016.04.005
- Giraudet, J.-S. (2006). Annonce du diagnostic de maladie chronique à un patient. *Synoviale*, 151, 8-13. http://www.asso-e3m.fr/wp-content/uploads/2016/05/nat_fmc_annonce_maladie-chronique.pdf
- Hemming, L. (2017). Breaking bad news : A case study on communication in health care. *Gastrointestinal Nursing*, 15(1), 43-50. <https://doi.org/10.12968/gasn.2017.15.1.43>
- Hopman, P., & Rijken, M. (2015). Illness perceptions of cancer patients : Relationships with illness characteristics and coping: Illness perceptions of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 24(1), 11-18. <https://doi.org/10.1002/pon.3591>
- Hureaux, J., Retailleau, M., Georgeault, A., & Urban, T. (2019). Emploi du temps d'une infirmière d'annonce et de coordination du parcours de soins en cancérologie thoracique : Expérience du CHU d'Angers. *Revue des Maladies Respiratoires*, 36(2), 155-161. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2018.06.009>
- Institut national du cancer. (2015). *Plan cancer 2014-2019 guérir et prévenir les cancers: donnons les mêmes chances à tous, partout en France*. <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
- Kallergis, G. (2013). Informing cancer patient based on his type of personality : The

avoidant patient. *Official journal of the Balkan Union of Oncology*, 18 (2), 527-531.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23818372>

Kübler-Ross, E. (2007). *Accueillir la mort : questions et réponses sur la mort et les mourants*. Paris : Pocket

Lantheaume, S., Montagne, M., & Shankland, R. (2020). Intervention centrée sur les ressources pour réduire les troubles anxieux et dépressifs chez les patients atteints de cancer : Une étude pilote. *L'Encéphale*, 46(1), 13-22.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.07.005>

Leboeuf, I., Lachapelle, D., Dubois, S., & Genest, C. (2014). La contribution de l'infirmière pivot dans l'expérience de l'annonce d'un diagnostic de cancer chez la personne atteinte et les proches. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 24(3), 184-188.
<https://doi.org/10.5737/1181912x243184188>

Lehto, R. H. (2012). The Challenge of Existential Issues in Acute Care : Nursing Considerations for the Patient With a New Diagnosis of Lung Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(1), E4-E11. <https://doi.org/10.1188/12.CJON.E1-E8>

Ligue Suisse contre le cancer. (2019). Le cancer en Suisse: les chiffres.
<https://www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-chiffres-du-cancer/-dl-/fileadmin/downloads/sheets/chiffres-le-cancer-en-suisse.pdf>

Magro, E., Bergot, L., Cuchard, S., Lebreton, S., Coutte, M.-B., Rolland-Lozachmeur, G., Dam Hieu, P., & Seizeur, R. (2016). Diagnosis Disclosure Process in Patients With Malignant Brain Tumors. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(2), 49-54.
<https://doi.org/10.1188/16.CJON.E49-E54>

Marx, E., & Reich, M. (2009). Croyances, idées reçues et représentations de la maladie cancéreuse. *Psycho-Oncologie*, 3(3), 129-130. <https://doi.org/10.1007/s11839-009-0149-6>

Office Fédérale de la Santé Publique. (2019). *Le cancer en Suisse, rapport 2015*.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/communiqués-presse.assetdetail.40068.html>

- Office Fédérale de la Statistique. (2020). *Cancer*.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/maladies/cancer.html>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Cancer*.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Prévention du cancer – Le code européen contre le cancer*. <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/news/news/2016/02/preventing-cancer-the-european-code-against-cancer>
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4e éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Prince-Paul, M., & Kelley, C. (2017). Mindful Communication : Being Present. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(5), 475-482. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.09.004>
- Prisma. (2015). *Prisma Checklist*. <http://www.prisma-statement.org/>
- Pujol, J.-L. (2011). Clivage du moi, manque de soi et subjectivité du patient : Incidences dans la relation médicale. *Psycho-Oncologie*, 5(4), 269-274. <https://doi.org/10.1007/s11839-011-0348-9>
- Pujol, J.-L., Mérel, J.-P., & Arnaud, É. (2014). Le mot qui faisait trauma. Analyse qualitative des principales unités signifiantes après le diagnostic de cancer et leur regroupement thématique. *L'Évolution Psychiatrique*, 79(4), 780-797. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2014.02.010>
- Ricard, C., Hamon, I., Duparc, A., & Steffen, C. A. (2017). Étude transversale, multicentrique, sur le ressenti des patients concernant le dispositif d'annonce du diagnostic de cancer. *Bulletin du Cancer*, 104(10), 875-882. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2017.07.001>
- Richardson, E. M., Schüz, N., Sanderson, K., Scott, J. L., & Schüz, B. (2017). Illness

representations, coping, and illness outcomes in people with cancer : A systematic review and meta-analysis: systematic review illness representations in cancer. *Psycho-Oncology*, 26(6), 724-737. <https://doi.org/10.1002/pon.4213>

Romano, H. (2010). L'annonce d'un diagnostic grave. *La Revue de Médecine Interne*, 31(9), 626-630. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2010.01.013>

Roy, C. & Andrews, H. (1999). *The Roy adaptation model* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Tay, L. H., Ong, A. K. W., & Lang, D. S. P. (2018). Experiences of adult cancer patients receiving counseling from nurses : A qualitative systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(10), 1965-2012. <https://doi.org/10.11124/JBISIR-2017-003606>

Thibouw, F., Duillard, C., Thibouw, D., Bertaut, A., Blanc, J., Vulquin, N., Chevalier, C., Guigou, C., & Folia, M. (2020). Evaluation of the quality of the information received during head and neck cancer announcement : Prospective two-center study. *Head & Neck*, 1-11. <https://doi.org/10.1002/hed.26109>

Tobin, G. A. (2012). Breaking Bad News : A Phenomenological Exploration of Irish Nurses' Experiences of Caring for Patients When a Cancer Diagnosis Is Given in an Acute Care Facility (Part 1). *Cancer Nursing*, 35(6), 21-29. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e318241921d>

Uveges, M. K., Milliken, A., & Alfred, A. (2019). Role of the Critical Care Nurse in Disclosing Difficult News. *AACN Advanced Critical Care*, 30(3), 287-293. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2019436>

Wagner, E. H., Ludman, E. J., Aiello Bowles, E. J., Penfold, R., Reid, R. J., Rutter, C. M., Chubak, J., & McCorkle, R. (2013). Nurse Navigators in Early Cancer Care : A Randomized, Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 32(1), 12-18. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.51.7359>

9 ANNEXES

9.1 Annexe I : Grille COREQ

Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist.

Developed from:

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

No. Item	Guide questions/description	Reported on Page #
Domain 1: Research team and reflexivity		
<i>Personal Characteristics</i>		
1. Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?	Tobin
2. Credentials	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	PhD
3. Occupation	What was their occupation at the time of the study?	/
4. Gender	Was the researcher male or female?	Male
5. Experience and training	What experience or training did the researcher have?	/
<i>Relationship with participants</i>		
6. Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?	Non
7. Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	Motif de la recherche
8. Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	/
Domain 2: study design		

<i>Theoretical framework</i>		
9. Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Etude phénoménologique
<i>Participant selection</i>		
10. Sampling	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	Selection de 40 infirmières, puis effet boule de neige
11. Method of approach	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	Lettre
12. Sample size	How many participants were in the study?	20
13. Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	28
<i>Setting</i>		
14. Setting of data collection	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	Au choix des participants
15. Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	/
16. Description of sample	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	Infirmières de soins aigus avec expérience en oncologie. Rural et urbain.
<i>Data collection</i>		
17. Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Question ouverte pour laisser place au récit avec détails
18. Repeat interviews	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	/
19. Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Oui, audio
20. Field notes	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	/

21. Duration	What was the duration of the inter views or focus group?	1h-2h
22. Data saturation	Was data saturation discussed?	?
23. Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	oui
Domain 3: analysis and findings		
<i>Data analysis</i>		
24. Number of data coders	How many data coders coded the data?	?
25. Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?	Oui
26. Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?	Dérivés des data
27. Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	Colaizzi + Koch
28. Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	?
<i>Reporting</i>		
29. Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	oui
30. Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	oui
31. Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	oui
32. Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	oui

Tiré de : Document non-publié [support de cours], 12 décembre 2019.

9.2 Annexe II : Grille PRISMA



PRISMA 2009 Checklist

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	Qualitative systematic review
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	Oui, seules les limites ne sont pas exposées dans le résumé.
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	oui
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	oui
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	?

Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	oui
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	oui
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	oui
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	oui
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	oui
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	oui
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	oui
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	Non-> qualitatif
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	oui