



BERNERE

Santa

TROISFONTAINE

Brandy

Institut Supérieur de Soins Infirmiers Galilée

Rue Royale, 336

1030 Bruxelles

## **Comment améliorer la communication de l'infirmière lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle.**

Travail de fin d'études présenté en vue de  
l'obtention du grade de Bachelier en Soins Infirmiers

Année académique 2016/2017

Juin 2017

Nous autorisons l'accès à notre TFE aux futurs étudiants de BSI

BERNERE  
Santa

TROISFONTAINE  
Brandy

Institut Supérieur de Soins Infirmiers Galilée  
Rue Royale, 336  
1030 Bruxelles

## **Comment améliorer la communication de l'infirmière lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle.**

Travail de fin d'études présenté en vue de  
l'obtention du grade de Bachelier en Soins Infirmiers

Année académique 2016/2017

Juin 2017

Nous autorisons l'accès à notre TFE aux futurs étudiants de BSI

## ATTESTATION ABSENCE DE PLAGIAT

« Je certifie avoir pris connaissance et avoir compris ce que signifie le plagiat dans le cadre d'un travail de fin d'étude au regard du ROI et du guide descriptif de l'ISSIG.

Je déclare que j'ai personnellement produit ce travail et que les sources des extraits éventuels en provenance d'autres productions sont clairement identifiées et référencées dans mon travail. »

« Lu et approuvé »

« Lu et approuvé » :

*09/05/2017*

*09/05/2017*

*BERNERE Santa*

*TROISFONTAINE Brandy*

*Signature :*

*Signature :*

# Remerciements

Nous tenons à remercier tout particulièrement Madame Daubersy, notre promotrice, pour son soutien, son aide, sa disponibilité ainsi que ses nombreux conseils pour l'élaboration de notre travail de fin d'études.

Un grand merci à toute l'équipe SimucarePro : Monsieur Veekman, Madame Devos, Madame Daubersy pour nous avoir suivies, conseillées et motivées tout au long de ce projet.

Nous remercions également tous nos amis et familles respectives pour leurs encouragements et leur soutien pendant ces trois années d'études.

Pour finir, nous remercions Linda Bernere pour la relecture, les corrections et les précieux conseils.

## Table des matières

1.	Introduction .....	5
1.1	Contexte .....	5
1.2	Motivations .....	6
2.	Problématique et question d'étude .....	7
2.1	Contexte et origine de la question .....	7
2.2	Formulation et explicitation de la question d'étude.....	8
2.3	Concepts théoriques .....	9
3.	Méthodes de recension des écrits .....	13
3.1	Bases de données .....	14
3.2	Mots-clés et combinaisons .....	14
3.3	Cross-referencing .....	16
3.4	Autres méthodes .....	16
3.5	Les articles sélectionnés .....	17
4.	Analyse des écrits sélectionnés .....	17
4.1	Article 1 .....	17
4.2	Article 2 .....	18
4.3	Article 3 .....	19
4.4	Article 4 .....	20
4.5	Article 5 .....	21
4.6	Article 6 .....	22
4.7	Article 7 .....	23
4.8	Article 8 .....	24
5.	Comparaison des résultats .....	25
6.	Discussion .....	33
7.	Perspectives et recommandations .....	35
8.	Scénario de simulation .....	37
9.	Conclusion .....	37
10.	Bibliographie .....	39
11.	Annexes .....	42

## 1. Introduction

### 1.1 Contexte

Les unités d'hospitalisation constituent une part importante dans la structure de l'hôpital. D'ailleurs, d'après l'enquête de santé réalisée par l'Institut Scientifique de Santé publique en 2013, 10% de la population belge a été admise pour une hospitalisation classique en 2012. Dans ce contexte, l'annonce d'une mauvaise nouvelle constitue une étape inévitable pour les soignants. Toutes les catégories de patients sont touchées ainsi que tous types de services. Dans notre revue de la littérature, nous avons choisi de nous focaliser sur le milieu oncologique car, selon l'Organisation mondiale de la santé, le cancer figure parmi les principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde. En effet, en 2012, on comptait approximativement 14 millions de nouveaux cas au niveau mondial. En 2014, le Registre du Cancer a enregistré 67 820 nouveaux diagnostics de cancer en Belgique. Aussi, il apparaît que le mot «cancer» est encore associé à la mort et à la souffrance, ce qui rend toute annonce auprès des patients et par les soignants difficile à gérer. Parallèlement, des avancées non négligeables ont été réalisées ces dernières années en matière de moyens de dépistage et de thérapeutiques, faisant évoluer le cancer d'un stade d'issue fatale à celui de maladie chronique.

Selon Buckman, chercheur de référence dans le domaine d'annonce de mauvaise nouvelle, « l'annonce constitue n'importe quelle nouvelle qui altère radicalement et négativement la vision que le patient a de son futur » (Buckman R. A., 2005). L'annonce d'une mauvaise nouvelle est donc un processus traumatisant pour le patient. Plusieurs auteurs sont à l'unisson lorsqu'il s'agit d'évoquer les effets délétères de l'annonce chez les patients si elle est réalisée dans des mauvaises conditions (Fallowfield & Jenkins, 2004), (Warnock C. , 2014). Si des recommandations ont été mises en place pour améliorer la qualité de l'annonce, celles-ci ciblent néanmoins seulement les médecins. Il n'existe pas de protocole en matière de communication qui concerne les infirmières et leur manière de prendre en charge un patient qui a reçu une mauvaise nouvelle (Warnock, Soreny, Foster, & Tod, 2010).

Notre cursus d'étude nous a permis de constater que l'annonce d'une mauvaise nouvelle, de quelque type qu'elle soit, était assez répandue dans les milieux de soins. Il s'agit d'une expérience induisant chez les patients et son entourage, de façon inévitable, des conséquences psychologiques, physiques ou sociales. Toute annonce médicale produit des effets propres à chaque individu, en fonction de sa personnalité et de sa carte du monde. En effet, l'annonce d'un cancer saisit un individu déjà marqué par une histoire (Moley-Massol, 2014). Par ailleurs, la prise en charge des patients hospitalisés en oncologie est particulière car « la maladie cancéreuse ainsi que les traitements lourds induisent des réactions cognitives, émotionnelles et comportementales et cela chez le patient mais également auprès de son entourage » (Libert, et al., 2006, p. 466).

Les fondations contre le cancer de différents pays ont reconnu la communication comme étant un élément clé dans la prise en charge d'un patient atteint de cancer (Wittenberg-

Lyles, Goldsmith, & Ferrell, 2013). Une bonne communication avec les patients est donc primordiale. Cependant, nous avons pu constater lors de notre stage en oncologie que celle-ci n'est pas suffisamment ancrée dans les soins. L'annonce et la maladie peuvent nous renvoyer à nos propres angoisses de mort (Leboeuf, Lachapelle, Dubois, & Genest, 2014) dont il est difficile de faire abstraction, cela peut alors freiner la communication entre l'infirmière et le patient. Selon une étude réalisée aux Etats-Unis en 2011, 46% des infirmières sondées (sur un total de 394 infirmières) évitent les sujets de mauvaise nouvelle avec les patients car elles se sentent inconfortables avec le fait d'aborder des thèmes difficiles (Helft, Chamness, Terry, & Uhrich, 2011).

De plus, il apparaît que la communication avec les patients serait facilitée si l'infirmière était présente lors de l'annonce de la mauvaise nouvelle (Dunniece & Slevin, 2000). Toutefois, nous avons pu constater que cela n'était pas le cas dans les unités de soin. La présence de l'infirmière serait bénéfique (Helft, Chamness, Terry, & Uhrich, 2011) car elle est la professionnelle de santé de première ligne auprès des patients.

Selon U. Dunniece and E. Slevin, le rôle de l'infirmière est primordial dans le processus de mauvaise nouvelle. D'après leur recherche, l'infirmière a une contribution positive lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle (Dunniece & Slevin, 2000) car les patients ont tendance à se tourner plus vers l'infirmière en cas de questions au lieu du médecin. Une étude a montré qu'en Belgique 10 à 50% des patients atteints de cancer souffrent de détresse (Libert, et al., 2006). Par conséquent, « une détresse non traitée pourra avoir des conséquences négatives sur l'adhésion du patient aux traitements, sur sa durée d'hospitalisation, sur ses chances de survie » (Libert, et al., 2006, p. 466). L'infirmière a donc un rôle important à jouer également à ce niveau.

Ces éléments contextuels nous ont motivés à nous pencher sur une revue de la littérature qui se focalise sur l'annonce de la mauvaise nouvelle afin de permettre une amélioration de la communication de l'infirmière auprès d'un patient hospitalisé en oncologie, cela en lumière des différents facteurs qui peuvent entraver cette communication. Dans un premier temps, nous allons soumettre le cheminement de notre problématique de recherche en spécifiant les différents concepts majeurs de notre question de recherche. Par la suite, il sera question de démontrer notre méthodologie de recherche scientifique qui nous aura permis de sélectionner les articles nécessaires à l'élaboration des réponses à notre questionnement. Enfin, nous analyserons les principaux éléments mis en avant dans la littérature ainsi que les perspectives éventuelles et les retombées sur la pratique.

## 1.2 Motivations

Premièrement, c'est le projet « Simucarepro » qui a attiré notre attention. Prendre part à un nouveau projet nous semblait très valorisant. De plus, la finalité du projet, à savoir la simulation, peut constituer un outil pédagogique pertinent pour lier la théorie à la pratique. En effet, tout au long de nos deux années de stage en soins infirmiers, nous avons constaté qu'il était parfois difficile de lier la théorie à la pratique, que ce soit pour nous, futures

infirmières, mais également pour les infirmières diplômées rencontrées en stage. Les scénarios de simulation peuvent mener à une amélioration des compétences des soignants ainsi que des étudiants et, par conséquent, de la qualité des soins. C'est aussi un moyen d'étendre la façon de penser et de pousser à une réflexion plus profonde, des éléments essentiels pour notre future carrière d'infirmières.

Finalement, le fait d'être directement au cœur du projet constitue un grand avantage. Au sein d'une unité de soins, nous pouvons travailler en collaboration avec des professionnels de la santé pour identifier une problématique prépondérante et y apporter des réponses sur base de données probantes. Nous pouvons alors être acteurs du projet et apporter une aide pour l'amélioration des soins de santé.

## 2. Problématique et question d'étude

### 2.1 Contexte et origine de la question

Le projet « Simucarepro » a débuté dès la rentrée de septembre 2016. Nous avons eu des réunions avec nos promoteurs respectifs et les différents lieux de stages ont été attribués. Nous avons six semaines dans l'unité de stage concernée, la première étudiante commençait, et après trois semaines, la deuxième étudiante rejoignait l'unité.

Dans un premier temps, Brandy Troisfontaine a débuté le stage dans l'unité d'oncologie-hématologie. Lors de ces premières semaines, elle s'est familiarisée avec l'unité et a essayé de discerner une problématique. Après trois semaines, Santa Bernere a rejoint l'équipe. C'est au bout de quatre semaines, en collaboration avec les infirmières de l'unité, que nous avons identifié une problématique présente. En effet, les infirmières ont partagé avec nous leurs difficultés au sein du service – le manque de coordination entre médecins/infirmières lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

Dans ce contexte, il n'est pas rare qu'une infirmière rentre dans la chambre d'un patient pour effectuer un soin et qu'elle se retrouve face à une situation difficile car le patient vient de recevoir une nouvelle qui l'a bouleversé sans que l'infirmière ne le sache préalablement. De plus, le manque de temps empêche les infirmières de communiquer suffisamment avec le patient (Warnock, Soreny, Foster, & Tod, 2010).

Lors de nos six semaines de stage au sein de l'unité d'oncologie et hématologie, nous avons rencontré Madame B, une patiente de 69 ans qui a été diagnostiquée d'une méningite carcinomateuse à pronostic très sombre. Avec l'équipe pluridisciplinaire et en accord avec la volonté de la patiente, vu le stade avancé de la maladie, il avait été décidé que la patiente serait prise en charge à domicile par une équipe de soins palliatifs. Toutefois, le seul souhait de la patiente était de sortir de l'hôpital au plus vite afin de revoir toute sa famille. Malheureusement, la veille du jour de sa sortie présumée, l'état de la patiente s'est dégradé, conduisant alors les médecins à repousser sa sortie. La patiente s'est effondrée auprès des infirmières après avoir reçu la visite du médecin qui lui avait annoncé la mauvaise nouvelle.



La patiente était triste et ne voulait plus s'alimenter, les infirmières n'étaient pas préparés à retrouver la patiente dans cet état.

Cette situation emblématique a nourri notre réflexion sur les différents concepts. Nous avons éclairci la notion de mauvaise nouvelle, utilisée tout au long de notre travail, et précisé qu'elle n'est pas toujours liée au diagnostic à proprement parler. D'autre part, nous avons noté les quelques éléments qui freinent une prise en charge de qualité. Entre autres, nous avons constaté que les infirmières ne sont pas au courant de ce que les médecins ont annoncé à la patiente.

Ces éléments nous ont amenées à axer notre question de recherche sur la manière de communiquer avec un patient en oncologie à qui une mauvaise nouvelle a été annoncée.

## 2.2 Formulation et explicitation de la question d'étude

Dans un premier temps, nous nous sommes informées sur le sujet du cancer en utilisant plusieurs articles – des anciens travaux de fin d'études et des publications de la Fondation contre le cancer. Plusieurs publications abordent le sujet de la mauvaise nouvelle, cependant, il s'agit souvent de recommandations pour les médecins.

Au sein de l'unité de soins de notre projet « Simucarepro », nous avons été invitées à réaliser des recommandations pour les infirmières sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Comme le prévoit le cadre légal, l'annonce proprement dite fait partie du rôle du médecin. De ce fait, nous nous sommes penchées sur l'accompagnement du patient durant le processus de l'annonce de la mauvaise nouvelle.

Après négociation avec les infirmières du service et lecture de recherches sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie, il en est ressortit qu'une bonne communication est le concept clé dans une unité d'oncologie. Par conséquent, nous nous sommes intéressées d'avantage à ce concept et avons relevé que de nombreuses recherches ont mis en lumière la présence de barrières à la communication qui empêchent une bonne prise en charge du patient atteint de cancer.

En participant au projet « Simucarepro » avec l'objectif d'améliorer la qualité des soins dans le service d'oncologie-hématologie, il nous a semblé intéressant de retenir le concept de communication dans notre question d'étude puisque cette notion est un aspect clé pour optimiser les soins.

Avec la collaboration des infirmières du service et notre promoteur, nous avons formulé notre question d'étude comme suit :

**« Comment améliorer la communication de l'infirmière auprès d'un patient hospitalisé en oncologie lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. »**

## 2.3 Concepts théoriques

Dans cette partie, nous allons définir les différents concepts qui nous permettront de répondre à notre question de recherche : comment améliorer la communication de l'infirmière auprès d'un patient hospitalisé en oncologie lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Les différents concepts abordés sont : la communication, les émotions, la mauvaise nouvelle, les droits du patient et finalement le patient en oncologie.

### Communication :

Selon Watzlawick, « on ne peut pas ne pas communiquer » (Watzlawick, Helmick, & Jackson, 1967). La communication est un outil majeur du soignant dans sa relation avec le patient. Elle est centrale dans l'acte de soigner, par conséquent, il s'agit d'un élément important dans les soins infirmiers.

D'après le Dictionnaire Larousse, la communication se définit comme « une action de transmettre quelque chose, d'être en rapport avec autrui, d'un échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur » (Larousse, s.d.). Cette définition met en évidence les notions de relation et d'échange, de plus, l'accent est mis sur l'idée de transmission. La communication implique donc un déplacement d'informations entre deux individus via des voies de communication.

Le langage est l'outil le plus courant de la communication. Parallèlement, il faut noter que la communication verbale ne peut pas être dissociée de la communication non-verbale. Cela comprend les gestes, postures et expressions du visage qui ont autant d'importance que la parole dans une relation de soin. Pour une bonne communication, il faut donc « transmettre une information dont les dimensions verbales et non verbales véhiculent le même message » (Delcourt, 2014-2015).

Les organisations de lutte contre le cancer admettent que la communication est une composante clé de la prise en charge d'un patient atteint de cancer (Wittenberg-Lyles, Goldsmith, & Ferrell, 2013). Elle est essentielle entre l'infirmière et le patient/son entourage, entre l'infirmière et ses pairs ainsi qu'entre l'infirmière et le médecin (Libert, et al., 2006). L'annonce induit chez le patient une série de réactions qui sont difficiles à prévoir : des questionnements, des peurs, des appréhensions. Ces réactions vont induire chez le patient un besoin non négligeable d'information (Libert, et al., 2006). Le rôle de l'infirmière va donc consister à donner ces informations de façon continue tout au long du parcours de soin.

Notons que la communication ne se résume pas à un simple échange d'informations entre soignant et soigné mais à un échange bidirectionnel impliquant deux vécus différents. Cela souligne l'importance que le soignant doit apporter à la façon dont le patient perçoit certaines choses car celles-ci peuvent être interprétées différemment. Par conséquent, il est nécessaire de bien vérifier ce que le patient comprend, surtout dans un contexte de mauvaise nouvelle.

Une communication effective, en dehors de l'information, passe également par la relation de confiance qui existe entre le professionnel de soin et le soigné. Cela facilite l'expression des

préoccupations et peurs présentes chez le patient (Stajduhar, Thorne, McGuinness, & Kim-Sing, 2010).

Il existe différents types de communication qui varient en fonction du but de la relation d'aide avec le patient: la communication fonctionnelle, thérapeutique, ainsi qu'émotionnelle. La communication fonctionnelle peut se définir comme étant la communication simple de tous les jours.

La communication thérapeutique peut être définie comme un échange d'informations entre le professionnel de soin et le patient. Le soignant assure toutes les dimensions informatives au regard de la maladie. Elle s'inscrit donc dans le besoin d'information du patient en oncologie :

L'échange d'information qui se produit lors de l'entrevue clinique entre le médecin et patient, visant à établir un diagnostic, la compréhension intellectuelle et émotionnelle du patient et de la collecte de leurs particularités et des besoins individuels en fonction de leur mode de vie. Une bonne communication permet de régler le traitement le plus acceptable pour le patient et améliorer les soins de santé. (Copin-Eliat & Perron, 2016, p. 6)

La communication thérapeutique « vise à développer un langage commun entre le prestataire de soins et le patient, incluant des aspects socio-émotionnels et une relation d'empathie à développer » (Samain, 2016-2017, p. 73). Comme nous allons en parler dans le concept suivant, la part de l'émotionnel dans la relation soignant-soigné dans un contexte oncologique a autant d'importance que l'information au patient concernant ses thérapeutiques. En pratique, nous avons constaté que cette dernière dimension était d'avantage privilégiée par les infirmières car souvent être confronté aux émotions du patient peut s'apparenter à une tâche difficile. La communication émotionnelle implique donc la

« gestion positive des émotions des patients comme des professionnels » (Samain, 2016-2017, p. 29).

#### Emotions :

« L'émotion est un état de conscience complexe, généralement brusque et momentané, accompagné de signes physiologiques » (Claudon & Weber, 2009). D'après la définition du Dictionnaire de Psychiatrie (2000), l'émotion comporte :

Une expérience subjective (joie, tristesse, colère, peur, etc.) ; une expression communicative d'excitation ou d'inhibition (mimique, gestuelle, posture, etc.) ; des modifications neurovégétatives et endocriniennes. Son seuil varie en fonction de la personnalité, de ses expériences, de l'état physiologique du sujet et de la nature de l'agent en cause. »

La mauvaise nouvelle n'est jamais un événement attendu. C'est une chose à laquelle personne n'est vraiment préparé en tant qu'individu et cela va donc provoquer une série

d'émotions négatives et difficiles à prévoir car chaque individu témoigne de caractéristiques qui lui sont propres.

Ces émotions – comprenant la colère, la tristesse, le choc – sont imprévisibles et c'est pourquoi il est si difficile pour les soignants de gérer une mauvaise nouvelle. Dans une relation d'aide soignant-soigné, chacune des parties entre en relation avec une carte du monde qui lui est propre. Le soignant est également un être qui possède ses propres valeurs et celles-ci interviennent inconsciemment lors du processus de gestion de mauvaises nouvelles.

La façon dont l'annonce est délivrée va fortement influencer la façon dont le patient va réagir émotionnellement à la mauvaise nouvelle, et avoir des répercussions sur la prise en charge future. D'après Arbabi et al. (2010), la manière de présenter les mauvaises nouvelles affecte la compréhension des patients de leur maladie, leur ajustement psychologique à la maladie, la satisfaction des soins médicaux et leur niveau d'espoir (Arbabi, et al., 2010).

En fonction de la personne, une haute charge émotionnelle en lien avec le niveau de gravité de la mauvaise nouvelle et le type de nouvelle influencent aussi la communication avec le patient. En effet, au plus la mauvaise nouvelle a un impact sur la vision de l'avenir de la personne, au plus les émotions éprouvées seront intenses et au plus il sera difficile d'établir une communication avec le patient (Botti, et al., 2006).

#### Mauvaise nouvelle :

La mauvaise nouvelle est définie comme étant un moment où une information négative est donnée à un patient ou à son entourage. Il s'agit d'un processus d'interactions qui prend place avant, pendant et après l'annonce de la mauvaise nouvelle (Warnock, Soreny, Foster, & Tod, 2010). Dans les recommandations d'annonce d'une mauvaise nouvelle de la Haute autorité de Santé, la mauvaise nouvelle est également définie comme étant un processus : « il n'y a pas une annonce mais une succession d'annonces tout au long de la prise en charge et cela implique tous les professionnels » (Haute Autorité de Santé, 2008).

Comme décrit précédemment, nous allons retenir qu'une mauvaise nouvelle est une information qui est perçue de manière négative par le patient mais ne se compose pas nécessairement par le diagnostic d'un cancer ou d'une maladie grave. Effectivement, la mauvaise nouvelle peut être liée à la rechute de la maladie, au changement de traitement, etc. Il s'agit d'un processus subjectif – une nouvelle ne sera pas perçue de la même façon par deux individus qui ont des histoires, des valeurs, des cultures différentes. Par exemple, « un cas léger d'ostéoarthrite au pied, s'il aurait peu d'incidence sur la vie de la plupart des gens, prendrait les allures d'une catastrophe pour un footballeur ou une danseuse de ballet » (Buckman R. , 2001, p. 15).

#### Les droits du patient :

Il nous paraît pertinent de s'intéresser aux droits du patient selon la loi. En effet, dans le temps, lorsque le médecin devait annoncer une mauvaise nouvelle, il était inconcevable pour lui de divulguer la totalité du pronostic. Ainsi, « au Moyen Age, quelques prises de

positions nuancées sont exprimées: le mensonge est prohibé, sauf, en médecine, le "mensonge thérapeutique", pour rassurer un malade, l'engager à obéir au médecin, [...] favoriser sa guérison » (Hœrni & Soubeyran, 2008, p. 2).

En effet, parfois avec l'appui des familles, le médecin considérait qu'il était préférable de cacher certaines informations relatives à la santé du patient, car ce dernier ne serait pas apte à pouvoir encaisser la nouvelle sur le plan émotionnel. Cependant, au fil du temps, on a constaté que cela avait des conséquences négatives. Le patient n'avait pas la possibilité de faire des choix éclairés en toute connaissance de cause sur le plan thérapeutique (Warnock C. , 2014). Aussi, un lien de confiance entre le personnel soignant et le patient ne pouvait pas se créer :

Dire la vérité apaise une angoisse et s'avère indispensable pour que s'instaure une bonne coopération thérapeutique [...] il est très difficile d'insister sur la nécessité de respecter strictement un traitement présenté comme obligatoire à partir d'un diagnostic vague. (Delaporte, 2001).

Aujourd'hui, l'annonce de la mauvaise nouvelle est une obligation législative selon la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002. Il appartient au praticien médical de faire le diagnostic. Par conséquent, bien qu'il s'agisse d'un processus douloureux avec des conséquences émotionnelles, cela répond aux besoins d'information du patient. De plus, d'après une étude de 2001, la majorité des patients veulent connaître leur diagnostic et leur pronostic (Parker, et al., 2001).

Ainsi, la loi nous précise que le praticien a une obligation d'informer le patient :

22 août 2002. - Loi relative aux droits du patient.

Art. 7. § 1er. Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable (Droit Belge , 2002).

#### Le patient en oncologie :

La définition du patient en oncologie précise qu'il s'agit d'un patient qui a reçu l'annonce de son diagnostic de cancer, cela le différencie donc de tout autre patient hospitalisé. Le patient en oncologie devra faire face à de nombreuses épreuves liées à un changement dans son environnement social, son travail, ses revenus, son avenir ou encore liées à l'inquiétude de ses proches (Claeys & Middelaers, 2013).

D'après le docteur Isabelle Moley-Massol, la maladie cancer rend l'annonce particulière:

Il n'y a pas une annonce, mais une succession d'annonces, un continuum d'informations à délivrer, au fil du temps, à travers la relation de chacun des soignants avec le malade et son entourage, relation à construire et réinventer sans cesse (Moley-Massol, 2014, p. 34).

Une recherche belge a montré que « la maladie cancéreuse et ses traitements restent à l'origine d'une série de réactions cognitives, émotionnelles et comportementales qui concernent tant le patient que les membres de sa famille et ses proches [...] 10 à 50 % des patients atteints d'un cancer présentent de hauts niveaux de détresse » (Libert, et al., 2006, p. 466).

En tant que personnel soignant, on doit donc, non seulement, prendre en charge le patient mais également son entourage. L'émotion vécue par le patient ainsi que par son entourage peut être intense, les patients et leur familles ont donc besoin d'être accompagnés.

Quant aux conséquences, elles peuvent être physiques, psychologiques et sociales. Elles sont spécifiques de la maladie et ont un rôle dans le processus de mauvaise nouvelle:

- Physiques: Les traitements proposés pour la maladie cancer et le cancer en lui-même sont souvent lourds et induisent chez le patient une multitude d'effets secondaires (nausées, vomissements, fatigue, douleur, perte d'appétit..). Ces effets sont souvent difficiles à gérer et perturbent fortement l'image que le patient a de lui-même (De Bouver, 2016-2017).
- Psychologiques: Les réactions qui suivent l'annonce de la maladie (colère, choc, déni,..) sont souvent révélateurs du bouleversement que l'annonce en elle-même a induit chez le patient et ce même lorsque la nouvelle a été depuis longtemps annoncée : « Chez le patient, l'annonce du diagnostic peut réveiller une souffrance psychique bien ancrée dans son passé et plus ou moins liée à sa personnalité » (Bacqué, 2011, p. 81). Selon Voelter et al (2005), «On se rappelle des mots pendant longtemps. On se raccroche aux paroles qui prennent un poids et un enjeu considérable » (Voelter, Mirimanoff, Stiefel, Rousselle, & Leyvraz, 2005, p. 1352).
- Sociales: Lorsque la mauvaise nouvelle est annoncée, c'est toute la vision de l'avenir et de la vie du patient qui est remise en question, d'autant plus qu'une vision dite normale de l'avenir n'inclut pas le cancer dans les perspectives. Les personnes se sentent tout à coup mises de côté : tant sur le plan professionnel car la maladie induit généralement un arrêt de travail ou du moins une impossibilité en fonction de la maladie d'être performant au niveau professionnel ; que sur le plan familial car les personnes ne sont parfois plus en mesure d'assurer leur rôle (Buckman R. , 2001).

### 3. Méthodes de recension des écrits

Dans un premier temps, nous avons recherché des écrits qui concernaient la thématique de la mauvaise nouvelle, sans faire de distinctions sur la tranche d'âge, le type de mauvaise nouvelle ou l'année de parution des travaux. Cela dans l'optique d'avoir une idée générale du sujet que nous allons traiter et des difficultés et/ou facteurs qui allaient pouvoir nous mener vers des mots-clés plus précis pour les recherches dans les bases de données.

Nous avons fait le choix d'une population cible large afin que notre travail soit pertinent pour tous les patients d'âge adulte atteints d'un cancer à qui une mauvaise nouvelle a été annoncée. C'est pour cette même raison qu'aucun cancer en particulier n'a été ciblé.

Premièrement, nous avons recherché s'il existait des *guidelines* concernant notre question de recherche, pour cela nous avons utilisé le site « *Registered Nurses' Association of Ontario* » ainsi que le site de la Haute autorité de santé. Sur ce dernier, nous avons trouvé des recommandations concernant le moment de l'annonce de la mauvaise nouvelle. Cependant, étant donné que notre problématique se base sur le processus de la mauvaise nouvelle et non sur l'annonce proprement dite, nous n'avons pas retenu cette publication.

Nous avons également recherché des *guidelines* sur « *Trip database* ». Les mots-clés utilisés étaient « *oncology AND nurse AND bad news* » et ont mené à 20 résultats mais aucun ne correspondait à notre question de recherche.

### 3.1 Bases de données

Pour apporter de la valeur scientifique aux informations, nous avons recherché des articles dans la littérature scientifique. Nous avons utilisé la principale base de données

« *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinhal)* » qui nous avait été présentée à l'école. Il s'agit d'une base de données infirmière et biomédicale sur laquelle nous avons utilisé des descripteurs pour former une équation de recherche en lien avec nos mots-clés. Sur « *PubMed* » nous avons pu utiliser le dictionnaire « *MeSH (Medical Subject Heading)* » pour obtenir une concordance entre les termes que nous utilisons et ceux propres à la base de données.

Toutefois, les articles issus de nos mots-clés ne mentionnaient pas toujours l'infirmière mais traitaient souvent du rôle du médecin car c'est ce dernier qui est responsable de l'annonce. De plus, la mauvaise nouvelle englobait les soins palliatifs, les urgences et les consultations – cela rendait difficile la centralisation de nos idées.

### 3.2 Mots-clés et combinaisons

Dans un premier temps, nous avons décomposé le sujet de la problématique pour identifier les concepts clés. Nous avons choisi des mots-clés en lien avec notre population cible, les interventions et le contexte de notre question de recherche. Par après, nous avons traduit nos mots-clés en anglais en utilisant « *Hetop* », outil de traduction des principales terminologies médicales en anglais.

Catégorie	Mots-clés en français	Traduction en anglais
Population	Infirmière	Nurse
	Patient	Patient
Intervention	Annnonce de la mauvaise nouvelle	Breaking bad news Communication

Communication

**Contexte**

Oncologie

Oncology

Sur « *PubMed* », nous avons introduit les mots « *nurse AND oncology* » et avons cherché uniquement les articles gratuits. Il y a eu cinq articles qui correspondaient à cette recherche mais aucun ne correspondait à notre problématique.

Dans notre recherche d'articles scientifiques sur « *Cinhal* », nous avons utilisé l'opérateur booléen « AND » et « NOT ». Les équations de recherche qui n'ont mené à aucun résultat pertinent en lien avec notre problématique ne sont donc pas reprises dans le tableau ci-dessous.

Equation de recherche	Critères d'inclusion	Nombre de résultats sur Cinhal	Articles retenus	Dernière consultation
Oncology AND nurse AND bad news communication NOT children	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sujet descripteur majeur : oncology nursing</li> <li>- Texte intégral</li> <li>- A partir de 2012</li> <li>- Revue universitaire</li> </ul>	23	Article 2 Article 3 Article 5 Article 7	24/04/2017
Oncology AND nurse AND bad news communication NOT children	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sujet descripteur majeur : communication</li> <li>- Texte intégral</li> <li>- A partir de 2012</li> <li>- Revue universitaire</li> </ul>	22	Redondance Article 7	24/04/2017
Nursing AND oncology care AND bad news AND communication disorders NOT children AND patients in hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sujet descripteur majeur: communication skills</li> <li>- Texte intégral</li> <li>- A partir de 2012</li> <li>- Revue universitaire</li> </ul>	4	Redondance Article 5	24/04/2017
Nurse AND doctor AND communication AND relations	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sujet descripteur majeur: communication + nurse-patient relations</li> <li>- Texte intégral</li> <li>- A partir de 2012</li> </ul>	39	Article 8 (1 <sup>er</sup> résultat)	24/04/2017



Nous avons instauré des critères d'inclusion et d'exclusion afin de cibler nos articles de recherche:

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Article datant de 2010</li> <li>• Implication infirmière</li> <li>• Architecture : Introduction, Méthodes, Résultats, Et Discussion</li> <li>• Etudes qualitatives, quantitatives, revues de la littérature</li> <li>• Texte gratuit</li> <li>• Texte intégral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les articles n'ayant pas une structure méthodologique claire, comprenant un résumé, une introduction, une méthode, des résultats, une discussion et une conclusion.</li> <li>• Article avant 2010</li> <li>• Articles traitant du rôle du médecin principalement</li> <li>• Les enfants</li> </ul>

Au final, nous avons retenu huit articles pour notre revue de la littérature. Pour évaluer la pertinence de nos articles, nous avons utilisé la grille du « *BI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research* » (Annexe 2). De manière individuelle, nous avons complété la grille pour chaque article et n'avons ensuite identifié aucune incohérence entre nous. Les grilles pour chaque article sont reprises après l'analyse des articles.

### 3.3 Cross-referencing

Nous avons également examiné les bibliographies de nombreux articles retenus ou non. De cette manière, nous avons pu trouver d'autres recherches qui étaient en lien avec notre problématique. Dans l'article « *Breaking bad news: issues relating to nursing practice* » (Warnock, 2014), notre attention a été retenue par un article cité de nombreuses fois pour aborder le rôle de l'infirmière dans le processus de la mauvaise nouvelle. Il s'agit d'un article écrit par le même auteur que nous avons trouvé sur « *Cinhal* » : « *Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse* » (Warnock, Soreny, Foster, & Tod, 2010). Malgré que cet article date de 2010, après lecture nous avons trouvé pertinent de le retenir car il traite du rôle de l'infirmière dans un contexte d'hospitalisation.

De plus, nous avons fait des recherches de cross-referencing sur « *PubMed* ». En regardant les articles similaires proposés par « *PubMed* », nous avons trouvé l'article 6 : « *Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis* ».

### 3.4 Autres méthodes

Durant notre cursus de troisième année, nous avons eu le cours « Principes d'administration, de gestion et d'économie de la santé ». Pour ce cours nous avons dû préparer un travail de groupe traitant des sujets relatifs à la santé. Nous avons pu assister aux présentations des travaux de tous les élèves de la classe. Ce faisant, notre attention a été retenue par le sujet présenté par un des groupes qui abordait la thématique de la collaboration entre les

différents professionnels de la santé. Nous avons pu obtenir l'article que le groupe a utilisé: Article 4 : « *Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care* ». Malgré qu'il date de 2010, après lecture nous avons choisi de le retenir car il contribuera à répondre à notre question de recherche.

### 3.5 Les articles sélectionnés

Nous avons une sélection de huit articles datant de 2010 à 2017. Tous ont été réalisés à l'étranger (Angleterre, Canada, Iran, Etats-Unis etc.).

- 1) Warnock, C., Soreny, C., Foster, J., & Tod, A. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of advanced nursing*, 66, 1543-1555. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05325.x
- 2) Singy, P., Bourquin, C., & Sulstarova, B. (2012). The Impact of Communication Skills Training in Oncology: a Linguistic Analysis. *Journal of cancer education*, 27, 404-408. doi:10.1007/s13187-012-0385-5
- 3) 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, 184-188. doi:10.5737/1181912x243184188
- 4) Havens, D., Vasey, J., Gittell, J., & Lin, W. (2010). Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 926-937. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01138.x
- 5) Baer, L., & Weinstein, E. (2013). Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17, 45-51. doi:10.1188/13.CJON.E45-E51
- 6) Abbaszadeh, A., Ehsani, S., Begjani, J., Kaji, M., Dopolani, F., Nejati, A., & Mohammadnejad, E. (2014). Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7, 18-24.
- 7) Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., & Ferrell, B. (2013). Oncology nurse communication barriers. *Clinical journal of oncology nursing*, 17(2), 152-158.
- 8) Farhadi, A., Elahi, N., & Jalali, R. (2016). The effect of professionalism on the professional communication between nurses and physicians: a phenomenological study. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 3(3), 18-26. doi:10.18869/acadpub.jnms.3.3.18

## 4. Analyse des écrits sélectionnés

### 4.1 Article 1

Warnock, C., Soreny, C., Foster, J., & Tod, A. (2010). *Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. Journal of advanced nursing*, 66, 1543-1555.

Nous avons trouvé judicieux d'utiliser cet article, une étude originale publiée en 2010 dans le « *Journal of advanced nursing* », car il aborde principalement le rôle de l'infirmière dans le processus d'annonce d'une mauvaise nouvelle. L'auteur principal, Clare Warnock, a écrit plusieurs articles traitant du sujet de la mauvaise nouvelle dans le domaine oncologique. Elle fait partie du « *Cancer Research Centre, Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust* », un centre qui effectue différentes recherches dans le domaine oncologique. La recherche du dit-article a pris place en 2007 en Angleterre, un questionnaire a été distribué dans 59 unités de soins, au total 236 questionnaires ont été remplis. Il s'agit d'une étude quantitative et qualitative.

L'article tente d'établir le rôle de l'infirmière auprès d'un patient qui a reçu une mauvaise nouvelle dans un contexte hospitalier. Particulièrement pertinente pour notre recherche est l'utilisation qui y est faite du concept de mauvaise nouvelle – la définition est identique à la notre. Il s'agit d'un processus qui prend place avant, pendant et après l'annonce de l'information. De plus, l'article précise que la communication de la mauvaise nouvelle est un travail multidisciplinaire, par conséquent, l'infirmière a un rôle à jouer. La recherche s'intéresse également aux patients et démontre que ceux-ci, témoignant d'un besoin accru d'information, se tournent souvent vers les infirmières. Pareillement, dû à la proximité des infirmières avec les patients, ces derniers auront tendance à se tourner vers elles lors des moments difficiles.

Par ailleurs, l'article étudie les difficultés rencontrées par les infirmières lors de cette prise en charge. Cela rejoint également notre question de recherche. En effet, afin de proposer un moyen d'amélioration de la prise en charge des patients, il est important de s'intéresser aux difficultés rencontrées par les infirmières ainsi qu'aux causes de ces difficultés.

Néanmoins, certaines limites à cet article sont à prendre en considération dans le cadre de notre recherche. L'étude concerne uniquement l'Angleterre, il serait dès lors intéressant de comparer les résultats avec d'autres pays. La date de publication est de 2010. De plus, des facteurs plus complexes, comme les années d'expérience des infirmières n'ont pas été pris en compte.

Résultats grille BI QARI :

Article 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Etudiante 1	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Etudiante 2	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui

#### 4.2 Article 2

Singy, P., Bourquin, C., & Sulstarova, B. (2012). *The Impact of Communication Skills Training in Oncology: a Linguistic Analysis*. *Journal of cancer education*, 27, 404-408.

L'article a été écrit par des professeurs de la faculté de biologie et médecine ainsi que de la faculté de lettres de l'Université de Lausanne. Nous avons considéré judicieux de retenir cette étude publiée en 2012 dans le « *Journal of cancer education* » car il s'agit d'une revue qui tente d'améliorer les techniques d'éducation dans le domaine oncologique. L'article examine l'impact d'une formation en communication dans un service d'oncologie. La recherche analyse le changement lexical avant et après une formation, il s'agit d'une recherche qualitative et expérimentale : le personnel en oncologie est divisé en deux groupes, un groupe a suivi une formation en communication et l'autre non, l'analyse s'est focalisée sur le langage utilisé par ces deux groupes. Des infirmiers ainsi que des médecins faisaient partie du groupe.

Les résultats présentés sont intéressants pour notre question de recherche : les mots utilisés par le groupe qui a suivi une formation sont plus précis, les professionnels ont plus confiance en eux pour aborder les sujets difficiles et leurs connaissances sont augmentées. Des professionnels moins anxieux rendent les patients moins angoissés, il s'agit donc d'un aspect important pour répondre à notre problématique de la prise en charge qualitative des patients devant faire face à une mauvaise nouvelle.

Cependant, également pour cet article, plusieurs limites sont à noter. Pour arriver aux résultats, les tests ne se sont pas déroulés sur des vrais patients, il s'agit de patients simulés. Il serait donc utile de vérifier la transférabilité des résultats à de vrais patients. De surcroît, nous ne savons pas si les changements lexicaux ont un impact positif ou négatif sur des patients. Finalement, il faut également noter qu'il s'agit d'une recherche commandée par la Fédération Suisse contre le cancer même si les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Résultats grille BI QARI :

Article 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Etudiante 1	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Pas clair	Oui
Etudiante 2	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Pas clair	Oui

### 4.3 Article 3

*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, 184-188.*

Il s'agit d'une recherche effectuée au Canada par des infirmières de l'Université de Montréal. Il a retenu notre attention car le Canada est considéré comme très avancé dans les sciences infirmières. De plus, l'article examine essentiellement l'aspect infirmier lors de l'annonce d'un diagnostic de cancer, rejoignant ainsi notre problématique. L'article a été publié en

2014 dans le journal de l'association canadienne des infirmières en oncologie, il s'agit d'une étude qualitative.

L'article dévoile le rôle de l'infirmière pivot en oncologie lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Le Conseil québécois de lutte contre le cancer a instauré une infirmière pivot en oncologie ; chaque patient diagnostiqué de cancer pourra, dans les 48 heures suivant l'annonce du diagnostic, avoir un entretien avec cette infirmière. Cette dernière deviendra la personne ressource durant tout le processus des soins. Aussi en Belgique, nous pouvons retrouver ce type d'infirmières, elles sont appelées « infirmières coordinatrices en oncologie ». L'étude des bénéficiaires de la présence d'une telle infirmière est également intéressante pour notre problématique.

Par ailleurs, l'article traite du diagnostic du cancer et considère l'annonce de la mauvaise nouvelle comme étant un processus et une information qui modifie négativement l'idée que le patient se faisait de sa santé ; cela rejoint notre définition de la mauvaise nouvelle.

La principale limite de cet article pour notre recherche est qu'il s'agit d'une étude réalisée au Canada – de nombreuses différences existent entre la pratique infirmière entre le Canada et la Belgique. Pour finir, le nombre de participants est faible. En effet, uniquement 14 infirmières pivot ont été recrutées pour cette recherche, il est donc difficile de généraliser les résultats sur l'ensemble des infirmières.

Résultats grille BI QARI :

Article 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Etudiante 1	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Etudiante 2	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui

#### 4.4 Article 4

*Havens, D., Vasey, J., Gittell, J., & Lin, W. (2010). Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care. Journal of Nursing Management, 18(8), 926-937.*

Cet article aborde la coordination des infirmières et leur relation avec les médecins, une problématique de notre question de recherche. Plus précisément, l'étude met en avant la coordination entre les infirmières et les médecins dans l'amélioration de la prise en charge. Cette étude qualitative est issue du « *Journal of Nursing management* » édité en 2010 sous la direction de quatre infirmières doctorantes en sciences infirmières.

L'article met en avant le fait qu'une meilleure coordination entre les différents acteurs de santé améliore de façon générale la prise en charge du patient. Une bonne communication de la part de l'infirmière ainsi que du médecin permettent de mieux coordonner leurs soins vis-à-vis du patient. Une étude de large ampleur à travers différentes unités de soins et sur

un large échantillon (747 participants) est menée pour évaluer la qualité des soins de l'infirmière en fonction de sa relation avec les différents professionnels de santé. Cette étude confirme que l'amélioration de cette coordination à travers la communication a un impact sur la prise en charge du patient.

Nous apportons toutefois des limites à cet article dans la mesure où il n'aborde pas le contexte d'oncologie, ni le concept de mauvaise nouvelle. Cela ne cible donc pas notre population, ni la notion de mauvaise nouvelle. De plus, l'étude provient des Etats-Unis et pose donc la question de la transférabilité des résultats. Aussi, la date de publication (2010) porte à sept ans au lieu de quatre la validité de la recherche de l'article. Cependant, l'article démontre, à l'aide d'une méthodologie claire, sur un échantillon large et dans différentes unités de soins, la part importante que constitue la relation entre le médecin et l'infirmière ainsi que les bénéfices que cette coopération apporte au patient. Cela va dans le sens de notre cheminement de recherche : une mauvaise coordination peut mener à une mauvaise prise en charge du patient par l'infirmière, surtout en ce qui concerne la communication.

Résultats grille BI QARI :

Article 4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Etudiante 1	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Etudiante 2	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui

#### 4.5 Article 5

*Baer, L., & Weinstein, E. (2013). Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations. Clinical Journal of Oncology Nursing, 17, 45-51.*

Cette recherche se traduit par une étude qualitative datant de 2013 et est publiée dans le « *Clinical Journal of Oncology Nursing* » qui appartient au domaine des sciences infirmières. L'un des auteurs, Linda Baer, est elle-même infirmière sur le terrain au Canada, ce qui confère un certain crédit à l'article.

La communication y est vue comme une des problématiques à améliorer dans la pratique infirmière chez des patients hospitalisés en service d'oncologie, cela rejoint donc la thématique de notre revue de littérature. L'article nous explique comment une mauvaise communication impacte les patients et, également, les infirmières. Une bonne communication apparaît donc comme une des solutions à notre problématique de travail. De plus, l'aspect de la famille des patients est abordé.

L'article aborde les bénéfices d'une formation qui améliore les compétences de l'infirmière notamment en matière de communication. La recherche souligne également le fait que les émotions et les mécanismes de défense des infirmières empêchent une bonne communication. Des études ont montré que les infirmières ont tendance à fuir leurs

émotions (Leboeuf, Lachapelle, Dubois, & Genest, 2014) alors que la première étape serait de prendre conscience de ses propres émotions afin de réussir à établir une communication saine avec le patient.

Une des limites rencontrée est que le concept de mauvaise nouvelle ne correspond pas entièrement à notre définition. Ici, la communication entre l’infirmière et le patient concerne le moment où le patient a déjà reçu la mauvaise nouvelle, par conséquent, cela n’englobe pas l’entièreté du processus. De plus, l’échantillon des infirmières qui ont participé au programme n’est pas clairement identifié. L’article présente un programme de formation nommé « ELNEC », cependant, les auteurs ne déclarent aucun conflit d’intérêt.

Résultats grille BI QARI :

Article 5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Etudiante 1</b>	Oui	Oui	Pas clair	Pas clair	Pas clair	Non	Non	Oui	Pas clair	Oui
<b>Etudiante 2</b>	Oui	Oui	Pas clair	Pas clair	Pas clair	Non	Non	Oui	Pas clair	Oui

#### 4.6 Article 6

*Abbaszadeh, A., Ehsani, S., Begjani, J., Kaji, M., Dopolani, F., Nejati, A., & Mohammadnejad, E. (2014). Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. Journal of Medical Ethics and History of Medicine, 7, 18-24.*

L'article est tiré du « *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* » de 2014. Les auteurs effectuent des recherches en soins infirmiers, sont infirmiers ou chercheurs dans le domaine médical, donnant ainsi à cette recherche une certaine pertinence vis-à-vis de notre travail. Il s’agit d’une étude qualitative réalisée en Iran à travers un échantillon de 19 infirmières et porte sur la façon dont elles vivent le processus de mauvaise nouvelle au quotidien. Notons que les infirmières et le concept de mauvaise nouvelle sont au centre de cette étude.

L’étude met en évidence cinq éléments majeurs qui améliorent le processus de la mauvaise nouvelle. Il apparaît que la communication est présente dans chacun de ces cinq éléments, il s’agit donc d’une compétence primordiale pour améliorer le processus de la mauvaise nouvelle.

Il est toutefois nécessaire de prendre du recul par rapport à cet article. Il s’agit d’une étude scientifique réalisée en Iran. Etant donné que le contexte de santé diffère de celui en Belgique, il faut prendre garde quant à la transférabilité des résultats dans notre pays. De plus, il semble qu'en Iran, il y a une différence au niveau des champs de responsabilités des infirmières et des médecins au niveau de l'annonce de la mauvaise nouvelle. En effet, l'article laisse penser que l'infirmière annonce le diagnostic en première intention et le médecin passe après pour compléter les informations. Aussi, la recherche n’explicite pas les

modalités possibles pour améliorer la communication. Bien que cet article n’apporte pas une réponse directe à notre question de recherche, nous avons trouvé pertinent de le sélectionner car y sont abordés les différents ressentis que le soignant peut éprouver dans une situation d’annonce de mauvaise nouvelle.

Résultats grille BI QARI :

Article 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Etudiante 1	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Pas clair	Oui
Etudiante 2	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Pas clair	Oui

#### 4.7 Article 7

*Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., & Ferrell, B. (2013). Oncology nurse communication barriers. Clinical journal of oncology nursing, 17(2), 152-158.*

L’article date de 2016 et est issu du « *Clinical Journal of Oncology Nurses* » qui appartient au domaine des sciences infirmières. Elaine Wittenberg-Lyles et Joy Goldsmith sont des professeurs dans des départements dédiés à la communication aux Etats-Unis tandis que Betty Ferrell est professeur et chercheur dans le domaine des soins infirmiers.

Dans la prise en charge des patients en milieu de soins oncologiques, plusieurs études ont démontré la pertinence et les effets bénéfiques d'une bonne communication. Cet article s’inscrit dans la même lignée et nous rappelle qu’encore aujourd'hui les infirmières rencontrent des obstacles dans la communication sur des sujets appartenant à la sphère psychosociale, spirituelle, portant sur la fin de vie et impliquant des mauvaises nouvelles. L'article explore les différents obstacles à une bonne communication, présents au niveau de l’hôpital. Afin d’améliorer cette communication, les auteurs proposent des programmes de formation permettant d'accroître cette compétence particulière chez les infirmières. Etant donné que notre revue de la littérature traite principalement du domaine de la communication, il nous semble judicieux de sélectionner cet article pour nous aider à répondre à notre question de recherche.

Notons toutefois certaines limites. En effet, l’étude a été réalisée aux Etats-Unis – les programmes de formation en communication diffèrent de ceux de la Belgique. Effectivement, l’article présente un programme nommé « COMFORT », ce dernier n’est accessible qu’aux Etats-Unis. D’autre part, un seul programme de formation est présenté. Néanmoins, les auteurs déclarent être objectifs, ne visant pas à faire de la publicité pour ce programme.

Résultats grille BI QARI :



Article 7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Etudiante 1	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Etudiante 2	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui

#### 4.8 Article 8

Farhadi, A., Elahi, N., & Jalali, R. (2016). *The effect of professionalism on the professional communication between nurses and physicians: a phenomenological study. Journal of Nursing and Midwifery Sciences, 3(3), 18-26.*

Nous avons trouvé approprié de valider cet article car il aborde principalement le concept de la communication, concept majeur de notre question de recherche. De plus, l'article s'attarde à la façon dont l'infirmière perçoit cette communication à travers des faits, des comportements, des expériences vécues. L'étude a été publiée en 2016 dans le « *Journal of Nursing and Midwifery Sciences* » qui traite exclusivement des problématiques liées aux soins infirmiers. L'un des trois auteurs est un infirmier doctorant en sciences infirmières et les deux autres appartiennent au domaine médical.

Cet article évoque que pendant des années de nombreuses recommandations ont été délivrées afin d'améliorer la communication entre les infirmières et les médecins et qu'une bonne coordination en matière de communication avec les différents professionnels de soins induit un flux d'informations continu, donnant ainsi tous les outils nécessaires à l'infirmière pour prendre en charge le patient. Plusieurs de nos articles ont également mentionné qu'un manque de communication entre les deux acteurs était constamment présent en matière de mauvaise nouvelle mais sans en préciser les causes. Ici, les auteurs ont abordé la notion de professionnalisme dans la communication entre les infirmières et les médecins.

Une étude qualitative est menée par un sondage auprès des infirmières et des médecins afin de connaître leur expérience en matière de relation professionnelle avec les autres médecins et infirmières. La méthodologie de cette étude est claire mais l'échantillon utilisé est faible : huit infirmières et sept médecins. De plus, se déroulant en Iran, l'étude pose la question de la transférabilité des résultats en Belgique. Par ailleurs, cet aspect de professionnalisme est très difficile à évaluer dans la pratique.

Résultats grille BI QARI :

Article 8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Etudiante 1	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Etudiante 2	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui

## 5. Comparaison des résultats

But de la recherche	Méthode	Principaux résultats	Retombées sur la pratique
<i>Article 1: Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse.</i>			
<p>Le but de cet article est d'approfondir le rôle de l'infirmière durant le processus de l'annonce d'une mauvaise nouvelle dans un contexte hospitalier. Est mise en avant l'importance d'une formation dans le domaine de la communication des mauvaises nouvelles.</p>	<p>Un questionnaire avec des questions ouvertes a été distribué, questionnaires ont été complétés. Les participants sont des infirmières, aides-soignantes et infirmières spécialisées issues de différentes unités d'hospitalisation.</p>	<p>Trois thèmes ont été abordés dans un questionnaire qui a été distribué à des infirmières, aides-soignantes et infirmières spécialisés.</p> <p>1) Le rôle de l'infirmière dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle :</p> <p>La majorité des infirmières questionnées (55,5%) ont répondu que le premier rôle de l'infirmière, après l'annonce d'une mauvaise nouvelle, est de fournir du soutien au patient ainsi qu'à la famille. Ensuite, 39% ont abordé l'importance de la présence de l'infirmière durant l'annonce de la mauvaise nouvelle par le médecin au patient. Uniquement 22,5% infirmières ont répondu que le rôle était de donner la mauvaise nouvelle.</p> <p>Les principaux obstacles ont également été décelés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Communication : un manque d'intimité, un manque de temps pour donner les explications nécessaires, devoir donner les mauvaises nouvelles par téléphone, les difficultés de contacter la famille.</li> <li>• Manque d'information pour l'infirmière : ne pas connaître le patient/la famille avant l'annonce de la mauvaise nouvelle, des lacunes concernant les connaissances cliniques.</li> <li>• L'absence d'une personne clé durant l'annonce : la famille, un médecin, l'infirmière.</li> <li>• Les demandes des familles pour cacher les résultats aux patients.</li> </ul>	<p>Dans le contexte hospitalier, <b>les infirmières sont rarement présentes lors de l'annonce de la mauvaise nouvelle</b>. Il en ressort que l'infirmière devrait être présente lors de l'annonce de la mauvaise nouvelle par le médecin car cela a un impact positif dans la relation soignant-soigné.</p> <p>Pour faire face aux nombreux obstacles mis en évidence dans la recherche, <b>une formation continue pour infirmières diplômées pourrait être utile</b>. De plus, d'après une étude de 2013, il serait bénéfique que les infirmières en oncologie reçoivent une formation en communication pour faire face aux obstacles liés à la communication des mauvaises nouvelles (Wittenberg-Lyles, Goldsmith, &amp; Ferrell, 2013).</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'impact émotionnel de l'annonce d'une mauvaise nouvelle sur l'infirmière.</li> </ul> <p>2) Les expériences des infirmières qui ont déjà vécu une situation d'annonce de mauvaise nouvelle :</p> <p>La plupart des infirmières questionnées (81,8%) ont répondu qu'il y avait un impact positif à être présente lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle : cela aidait les patients/la famille. Aussi, cela renforçait les relations entre le patient et l'infirmière. Cependant, il y a 5,5% des infirmières qui préfèrent éviter d'être présentes lors de l'annonce car elles trouvent difficile le fait de faire face aux réactions des patients/de la famille</p> <p>3) La formation que les infirmières ont reçu afin d'annoncer une mauvaise nouvelle :</p> <p>Uniquement 11% des infirmières sondées ont reçu plus qu'un jour de formation concernant l'annonce de mauvaises nouvelles. Tandis que 53% d'infirmières n'ont reçu aucune formation. La plupart ont appris de manière informelle, en observant les collègues et par expérience.</p>	
--	--	---	--

<i>Article 2: The Impact of Communication Skills Training in Oncology: a Linguistic Analysis.</i>			
Le but de cette étude est d'investiguer au niveau linguistique l'impact d'une formation en communication en oncologie.	L'étude s'est portée sur deux groupes de participants sur un avant/après. Un groupe avait participé à une formation en communication et le deuxième groupe n'avait pas pris part à la formation.	<p><u>Avant d'avoir bénéficié d'une formation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation d'une communication inefficace qui augmente le niveau de confusion auprès des patients et provoque une insatisfaction auprès du personnel soignant.</li> <li>• Utilisation des mécanismes de défense pour éviter un renvoi de leurs propres angoisses de mort. En adoptant des mécanismes de défense, les soignants</li> </ul>	Une étude de 2014 a montré que les patients souhaitent être informés de la manière la plus honnête et précise possible (Warnock C. , 2014, p. 53), pour cela, une formation continue serait bénéfique. D'autres études ont montré

	<p>Les participants ont assisté à la formation durant deux jours, par après ils ont été supervisés quatre à six fois. Six mois après, ils ont encore reçu une formation d'une demi-journée.</p> <p>Tous les participants ont eu un entretien filmé avec un patient simulé durant 15 minutes avant et après leur formation.</p> <p>Les résultats ont été analysés.</p>	<p>utilisent des formulations implicites, un jargon médical, un langage évasif ainsi que des questions fermées. La verbalisation de ses propres émotions permet la conscientisation de ces dernières. Par conséquent, il est nécessaire d'accepter ses propres émotions afin de prendre en charge les émotions d'autrui.</p> <p><u>Après avoir bénéficié d'une formation :</u></p> <p>Après une formation en communication, les résultats ont montré plus de précisions dans le langage utilisé, tel que « carcinome », « maligne », et par conséquent, moins de termes vagues comme « nodules » ou « cellules ». De plus, après la formation, les participants n'évitaient plus les questions difficiles. En effet, ils se sentaient plus confortables avec leur propres émotions afin d'aborder des sujets difficiles.</p>	<p>qu'il faut <b>adapter son langage au patient</b> (Wittenberg-Lyles, Goldsmith, &amp; Ferrell, 2013), (Warnock, Buchanan, &amp; Tod, 2017). <b>Il serait donc pertinent d'évaluer les connaissances, le niveau de littératie du patient afin d'utiliser un type de langage adapté.</b></p>
<p>Article 3: La contribution de l'infirmière pivot dans l'expérience de l'annonce d'un diagnostic de cancer chez la personne atteinte et les proches</p>			
<p>Le but de cette recherche est d'étudier le rôle de l'infirmière pivot en oncologie au Canada auprès d'un patient atteint du cancer et de ses proches, lors de l'annonce du diagnostic mais également après cette annonce.</p>	<p>14 infirmières pivot ont été recrutées pour cette étude réalisée dans un centre hospitalier universitaire de Montréal. Elles ont été rencontrées deux fois avec un intervalle d'une semaine. Durant les entretiens, les infirmières ont partagé leur expérience avec deux patients qui ont eu leur diagnostic de cancer.</p>	<p><u>Au moment de l'annonce :</u></p> <p>Accompagnement du patient : 11 infirmières sur 14 ont affirmé jouer un rôle important de soutien auprès des patients et des proches, et ce à partir du moment de l'annonce du diagnostic de cancer. L'écoute du patient est un élément clé lors de l'accompagnement.</p> <p>Lien de confiance : il est important de créer un lien de confiance dès le début, ce lien entre l'infirmière et le patient pourrait être facilité si l'infirmière était présente lors de l'annonce du diagnostic (uniquement 5 infirmières sur 14 disent être présentes lors du diagnostic).</p> <p>Autres rôles : informer, clarifier les informations, coordonner les soins et services et évaluer les besoins biopsychosociaux et spirituels.</p>	<p>En Belgique, depuis la fondation du plan Cancer en mars 2008, des infirmières coordinatrices en oncologie existent également. Ces dernières accompagnent le patient tout au long de son parcours clinique. Ce dans la façon de vivre la maladie et les traitements.</p> <p><b>« Le métier d'infirmière coordinatrice apparaît comme primordial et très satisfaisant pour le patient. Il est identifié</b></p>

		<p><u>Quatre à six semaines après l'annonce :</u>  Soutien : Gestion des différentes réactions de détresse émotionnelle du patient mais également des proches.  Information/ enseignement : explications au patient et à ses proches des soins à venir, du plan de traitement, des rendez-vous à venir.  Gestion des symptômes.  Selon les infirmières pivot, la présence et le soutien des proches semblent être des éléments facilitants dans l'après-annonce. Il est donc important de prendre en compte la famille. Cela permet une diminution du stress chez le patient afin qu'il se sente plus en confiance.</p> <p><b>La collaboration pluridisciplinaire : selon 8 infirmières sur 14, une bonne collaboration entre différents professionnels facilite la pratique des infirmières pivot en oncologie.</b></p>	<p>comme une personne ressource, qui, par son rôle central et généraliste, couvre un champ d'action large dans une prise en charge spécialisée et oriente la prise en charge paramédicale » (Maddalena, 2013, p. 24).</p>
<i>Article 4 : Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care</i>			
<p>La présente étude a pour but d'examiner les rapports entre les infirmières et les autres professionnels de santé. L'article s'intéresse sur l'impact d'une 'bonne' coordination sur la qualité des soins auprès des patients ainsi que sur les soins donnés par l'infirmière.</p>	<p>Près de 747 professionnels de santé incluant des infirmières, médecins, kinés ont répondu à un questionnaire comportant plusieurs items concernant quatre hypothèses. Les participants ont dû noter ces items grâce une échelle à cinq points.</p>	<p><u>Hypothèse 1</u> : La collaboration infirmière – infirmière est plus grande que la collaboration entre les infirmières et les autres professionnels de la santé.  La première hypothèse a été partiellement soutenue par les participants.</p> <p><u>Hypothèse 2</u> : La collaboration entre les infirmières et les médecins est la plus faible.  Cette hypothèse n'a pas été soutenue. La collaboration la plus faible d'après les participants est celle entre les infirmières et les psychologues.</p> <p><u>Hypothèse 3</u> : La collaboration entre les infirmières d'une même unité de soins est plus élevée que la collaboration entre les infirmières d'une unité A et les infirmières d'une unité B.</p>	<p>Il serait pertinent que les infirmières chefs promeuvent <b>une bonne collaboration entre les infirmières et les différents professionnels de la santé.</b> Pour cela, il existe des formations de travail d'équipe.</p> <p>De plus, l'article précise <b>qu'une bonne collaboration améliore la qualité des soins.</b> Il est donc nécessaire que les médecins ainsi que les infirmières collaborant d'avantage entre eux. Cela est d'autant plus important dans un contexte de</p>

		<p>Les participants ont trouvé cette hypothèse correcte, les infirmières d'une même unité collaborent plus entre elles.</p> <p><u>Hypothèse 4</u> : La qualité de la collaboration entre les infirmières et les autres professionnels de la santé a un impact sur la prise en charge des patients.</p> <p>La quatrième hypothèse a été maintenue. Une bonne collaboration impacte positivement la qualité des soins.</p>	<p>mauvaise nouvelle, où les informations devraient être partagées entre tous les professionnels de la santé.</p>
<p><i>Article 5: Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations</i></p>			
<p>Le but de cet article est de mettre en avant les programmes éducationnels pour les infirmières afin qu'elles développent leurs compétences professionnelles en matière de communication.</p>	<p>Il s'agit d'un sondage effectué auprès des professionnels de la santé qui ont participé de manière volontaire à un programme de formation nommé « ELNEC ». Cette formation consiste en une présentation générale des compétences en communication, insiste sur les pièges en matière de communication ainsi que sur les attitudes à adopter.</p>	<p>Les compétences de l'infirmière en matière de communication ont un impact direct sur la prise en charge du patient. En effet, cela va influencer sur différentes composantes auprès du patient : sa satisfaction concernant sa prise en charge, son adhésion au traitement et sur la diminution de son anxiété.</p> <p>Les infirmières en oncologie sont souvent confrontées à des situations difficiles en matière de communication qui mettent leur propre affect à rude épreuve. Cela a comme conséquence qu'elles évitent de rentrer dans ce type de conversations et préfèrent donc éviter d'en parler.</p> <p>L'article aborde différents moyens pour augmenter les compétences en communication : les scénarios de simulations, les jeux de rôles, des méthodes didactiques ainsi que des techniques de communication comme les questions ouvertes et l'utilisation de l'empathie. Ces moyens sont rassemblés sous la forme d'un programme de formation nommé « ELNEC ».</p> <p>Le sondage a démontré que les participants se sentent beaucoup plus à l'aise en matière de communication après</p>	<p>Les <b>infirmières sont dans la majorité demandeuses de programmes de formation</b> qui leur permettraient d'améliorer leurs compétences en communication. En effet, la communication est un art et une compétence qui demande un temps d'apprentissage et de l'entraînement. On voit qu'une <b>formation en communication a un effet bénéfique auprès des infirmières et des patients</b>, il serait donc intéressant d'implémenter cela d'avantage pour les infirmières d'une unité d'oncologie.</p>

		avoir suivi ce programme. Avant la participation au programme, les participants ont évalué leurs compétences en communication à 3.5 sur une échelle de 0 à 5. Après la participation au programme, ces derniers ont évalué leurs compétences à 4.5. Les professionnels de santé se sentent plus à l'aise et plus équipés à répondre aux questions difficiles et à gérer le niveau émotionnel.	
<b>Article 6: Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis</b>			
Le but de cette étude est d'investiguer les expériences vécues par des infirmières iraniennes durant l'annonce des mauvaises nouvelles aux patients et leurs familles.	Pour cette étude qualitative, un échantillon de 19 infirmières avec minimum un an d'expérience ont été sélectionnées dans un hôpital à Tehran. Les participants ont été interviewés afin de décrire une journée de travail lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle au patient et à la famille. Le temps de l'interview pouvait durer de 25 minutes à une heure.	<p>Cinq grandes catégories ont émergé de l'analyse des données:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Une communication efficace avec les patients et leurs familles : une bonne communication est importante pour délivrer les informations.</li> <li>2) Préparer le terrain pour donner des mauvaises nouvelles : le personnel soignant devrait être formé pour annoncer une mauvaise nouvelle.</li> <li>3) Minimiser l'impact négatif associé à la maladie : les infirmières avouent ne pas divulguer la totalité des informations pour minimiser la sévérité de la maladie.</li> <li>4) Transmettre la responsabilité de la mauvaise nouvelle aux médecins : les infirmières trouvent que l'annonce de la mauvaise nouvelle devrait être la responsabilité du médecin et non de l'infirmière comme cela est le cas en Iran.</li> <li>5) Aider les patients et leurs familles à prendre des décisions adéquates quant au traitement.</li> </ol> <p>La communication est apparue comme étant la compétence numéro un à détenir pour effectuer l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Une mauvaise communication diminue l'efficacité et augmente les malentendus. L'article propose d'utiliser un protocole qui permet l'annonce de mauvaise</p>	<b>La communication est la compétence que les infirmières doivent avoir lorsqu'elles sont confrontées au processus de la mauvaise nouvelle.</b> Cela peut être amélioré grâce à des formations en communication. <b>L'utilisation des protocoles (« SPIKES ») validés scientifiquement peuvent être utilisés dans le processus de mauvaise nouvelle afin d'aiguiller les soignants.</b>

		nouvelle étape par étape, comme le protocole de « SPIKES ». Il est également souligné que même si les infirmières ont un rôle important à jouer dans ce processus, c'est au rôle du médecin de communiquer toutes les informations qui atraient au diagnostic médical.	
<b>Article 7 : <i>Oncology Nurse Communication Barriers to Patient-Centered Care</i></b>			
Le but de l'étude est d'identifier les obstacles qui empêchent une bonne communication des infirmières en oncologie. Il s'agit de mettre en lumière les compétences qu'il serait nécessaire d'améliorer afin créer un programme spécifique pour la pratique infirmière.	Les infirmières ont été interrogées sur ce qu'elles considéraient comme important dans la communication dans le contexte oncologique. Ont été abordés les points de mécontentes entre elles et leurs collègues, les facteurs considérés comme bénéfiques dans la communication, les éléments qui devraient figurer dans les formations de communication.	La communication est certifiée comme étant une composante primordiale pour la prise en charge oncologique. Cependant, les infirmières expriment avoir des difficultés lorsqu'il s'agit de communiquer avec des patients qui ont reçu une mauvaise nouvelle. Les infirmières préfèrent éviter les sujets difficiles avec les patients. L'article indique qu'une formation en communication pour les infirmières améliore la qualité des soins mais également, augmente la confiance des infirmières.  Plusieurs éléments sont apparus comme des obstacles à la communication:  1) Le manque de coordination entre les différents membres de l'équipe interdisciplinaire concernant la prise en charge globale du patient : les infirmières perdent beaucoup de temps à rassembler toutes les informations nécessaires pour la prise en charge du patient.  2) La relation avec les médecins : il existe un manque d'explication de la part des médecins, en effet, ces derniers considèrent que les infirmières sont au courant et peuvent tout effectuer. Une mauvaise communication résulte également de la hiérarchie, ressentie entre les infirmières et les médecins.  3) Le manque d'expérience des infirmières en matière de communication.	Le développement des formations pour améliorer la communication des infirmières a un impact sur la qualité des soins et le bien être des infirmières et des patients.  <b>La communication entre les médecins et les infirmières est un élément essentiel pour améliorer la prise en charge des patients.</b>  Aux Etats-Unis une formation nommée « COMFORT » a été élaborée, ce programme est conçu pour aider les infirmières à communiquer avec des patients dans un contexte de fin de vie et de mauvaise nouvelle. « COMFORT » se base sur plusieurs principes : la communication, l'importance de la famille, reconnaître la spécificité de chaque patient (culture, littératie).



		<p>L'étude propose des solutions pour améliorer la communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser un langage simple et répéter les informations lorsque les infirmières délivrent des informations aux patients ou à la famille.</li> <li>• Inclure les infirmières dans des discussions entre les médecins et les patients.</li> <li>• Une coordination entre les membres de l'équipe soignante.</li> <li>• Une formation en communication pour les infirmières.</li> </ul>	
<p>Article 8 : <i>The effect of professionalism on the professional communication between nurses and physicians: A phenomenological study</i></p>			
<p>Cette étude a pour but d'évaluer le professionnalisme sur la communication médecin/infirmière</p>	<p>15 participants (huit infirmières et sept médecins) ont été interrogés. La question posée était : « Quelle est votre expérience professionnelle concernant la relation avec les infirmières ou les médecins ? ».</p>	<p>Quatre composantes ont émergé des interviews:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) L'autonomie: Les infirmières ont évoqué le manque de considération de la profession infirmière de la part des médecins.</li> <li>2) Préparation : L'infirmière doit disposer de toutes les informations nécessaires lorsqu'elle s'adresse au patient.</li> <li>3) Responsabilité: Désorganisation des médecins lorsqu'ils vont rendre visite au patient. D'après les participants, il arrive que le médecin ne visite pas le patient durant plusieurs jours ou ne le fait pas de manière correcte.</li> <li>4) Dignité/Respect: la façon de s'adresser à l'infirmière dans le contexte d'une considération envers sa profession.</li> </ol>	<p>Pour qu'une relation professionnelle se mette en place entre les médecins et les infirmières, il est nécessaire d'améliorer la collaboration, la communication ainsi que la <b>reconnaissance du statut professionnel des infirmières.</b></p>

## 6. Discussion

Nous retrouvons une concordance entre tous nos articles concernant le rôle de l'infirmière. En effet, dû à la proximité des infirmières avec les patients, elles sont en première ligne pour déceler les besoins de ces derniers. Elles jouent le rôle de l'intermédiaire entre le patient et le médecin (Helft, Chamness, Terry, & Uhrich, 2011). Cependant, nous pouvons constater que dans le contexte hospitalier, les infirmières sont rarement présentes lors de l'annonce de la mauvaise nouvelle (Warnock, Soreny, Foster, & Tod, 2010). Dans l'unité de soins de notre stage, les infirmières ont rapporté ne jamais être présentes lors de cette annonce. D'après une étude de 2010, le rôle de l'infirmière est d'informer les patients et la famille quant aux questionnements qu'ils pourraient avoir suite à l'annonce d'une mauvaise nouvelle (Warnock, Soreny, Foster, & Tod, 2010). Toutefois, comment les infirmières peuvent-elles exercer ce rôle si elles ne sont pas présentes lors de l'annonce de la mauvaise nouvelle? Plusieurs études ont montré que l'infirmière devrait être présente lors de l'annonce de la mauvaise nouvelle par le médecin car cela a un impact positif dans la relation soignant-soigné (Warnock, Soreny, Foster, & Tod, 2010), (Warnock, Buchanan, & Tod, 2017), (Helft, Chamness, Terry, & Uhrich, 2011).

La deuxième problématique révélée par nos articles est la communication – entre l'infirmière et le médecin mais également la communication entre l'infirmière et le patient. Plusieurs études ont montré qu'une communication efficace entre le médecin et l'infirmière améliore la qualité de la prise en charge des patients (Farhadi, Elahi, & Jalali, 2016), (Abbaszadeh, et al., 2014). De nombreuses recherches ont également montré que la collaboration entre les différents professionnels de la santé est primordiale pour que l'information et les soins soient effectués de manière continue (Farhadi, Elahi, & Jalali, 2016), (Warnock, Buchanan, & Tod, 2017), (Lancaster, Kolakowsky-Hayner, Kovacich, & Greer-Williams, 2015), (Leboeuf, Lachapelle, Dubois, & Genest, 2014). La collaboration se produit lorsque des professionnels de la santé avec des connaissances et compétences différentes interagissent entre eux pour procurer des soins de santé (Lancaster, Kolakowsky-Hayner, Kovacich, & Greer-Williams, 2015). Une des recherches indique qu'il y a un manque d'explication de la part des médecins aux infirmières. D'après cette étude, les médecins supposent que les infirmières sont au courant de toutes les informations nécessaires (Wittenberg-Lyles, Goldsmith, & Ferrell, 2013). Pour améliorer cette collaboration interdisciplinaire, les différents professionnels de santé devraient être au courant des rôles et des fonctions de leurs collègues (Lancaster, Kolakowsky-Hayner, Kovacich, & Greer-Williams, 2015). Pour cela, la recherche suggère qu'il serait pertinent de présenter des programmes de formation interdisciplinaires. Les différents professionnels de la santé devraient apprendre ensemble (Lancaster, Kolakowsky-Hayner, Kovacich, & Greer-Williams, 2015). L'absence de l'infirmière lors du diagnostic ainsi qu'une mauvaise communication entre les médecins et les infirmières auront donc une influence sur la communication et la relation entre l'infirmière et le patient.

Dans certains articles, les infirmières décrivent les barrières qu'elles rencontrent dans la communication avec les patients. Selon une étude, 46% des infirmières évitent les discussions difficiles avec les patients car elles se sentent mal à l'aise avec le concept de

mauvaise nouvelle (Helft, Chamness, Terry, & Urich, 2011). Une autre recherche indique que les infirmières se sentent insuffisamment formées lorsque les patients leur posent des questions concernant leur diagnostic (Dunniece & Slevin, 2000). De plus, dans les recommandations concernant l'annonce de la mauvaise nouvelle émises par la Haute Autorité de Santé, le professionnel « peut mettre en place des mécanismes de défense pour faire face à l'angoisse de la situation de son patient » (Haute Autorité de Santé, 2008). On saisit donc les difficultés que peuvent rencontrer les infirmières, des difficultés qui les poussent à éviter les discussions difficiles. Les infirmières doivent contrôler leurs propres émotions durant l'entretien avec le patient, elles doivent trouver les mots justes ainsi que du temps à consacrer aux patients (Warnock C. , 2014). Nous retrouvons un consensus dans toutes nos recherches concernant la communication entre l'infirmière et le patient : le besoin de formations en communication. Ainsi, un de nos articles démontre que les formations en communication pour les infirmières améliorent la satisfaction des patients concernant leur prise en charge (Wittenberg-Lyles, Goldsmith, & Ferrell, 2013). Cette étude indique également que les infirmières en oncologie doivent suivre un programme de communication afin d'améliorer leurs capacités à comprendre les besoins d'information du patient et à surmonter les barrières de la communication. Une recherche a également indiqué que 93% des infirmières questionnées sont demandeuses de plus de formations concernant la communication (Helft, Chamness, Terry, & Urich, 2011). Cependant, il est pertinent de différencier les infirmières spécialisées en oncologie et les infirmières bachelier. En effet, lors de la spécialisation en oncologie à l'ISEI, on retrouve un programme de formation concernant la communication professionnelle. Au sein de l'hôpital Brugmann à Bruxelles, les infirmières peuvent suivre une formation permanente sur la prise en charge des patients oncologiques. De plus, d'après une étude, il y a une différence concernant la prise en charge du patient entre une infirmière spécialisée et non-spécialisée. Effectivement, les infirmières spécialisées sont plus expérimentées et sont plus aptes à répondre aux besoins des patients en oncologie (Swanson & Koch, 2010). Aussi, d'après une étude de 2012, les formations ont un impact sur le langage utilisé avec les patients (Singy, Bourquin, & Sulstarova, 2012). Si les infirmières doivent s'adapter au langage du patient et de la famille, il apparaît que l'utilisation d'un langage simple pour expliquer les plans de traitement serait une difficulté pour les infirmières en oncologie (Wittenberg-Lyles, Goldsmith, & Ferrell, 2013). On voit donc qu'une formation en communication semble pertinente pour améliorer les connaissances des infirmières en oncologie.

Lors d'une conférence sur le métier de l'infirmière coordinatrice à la Fondation contre le cancer, Elsie Decoene, infirmière spécialisée en oncologie à Gent, insiste sur l'image de l'infirmière coordinatrice auprès du patient:

Pour le patient (et son entourage), le fait de pouvoir se tourner vers une personne de contact attirée pendant tout le parcours de soins est donc un grand soulagement. Ce spécialiste infirmier est pour eux un visage familier, un prestataire de soins qui les aide à chaque phase du traitement et leur offre de précieux conseils pratiques. (Decoene, 2014, p. 5)

Pour qu'un lien de confiance puisse se créer entre l'infirmière et le patient, il est nécessaire que cette dernière le suive tout au long de son parcours de soin (Leboeuf, Lachapelle,

Dubois, & Genest, 2014). Il existe en Belgique une infirmière coordinatrice en oncologie, cette infirmière « accompagne le patient tout au long de son parcours clinique » (Van Hoof, 2013, p. 5). Maddalena, Responsable de la coordination de soins en oncologie au près des Cliniques Universitaires Saint-Luc, confirme le rôle de l’infirmière coordinatrice:

Le métier d’infirmier CSO apparaît comme primordial (dès l’annonce du diagnostic) et très satisfaisant pour le patient. Il est identifié comme une personne ressource, qui, par son rôle central et généraliste, couvre un champ d’action large dans une prise en charge spécialisée et oriente la prise en charge paramédicale. (Maddalena, 2013, p. 24)

D’ailleurs, une étude réalisée au Canada démontre l’impact positif d’une infirmière pivot en oncologie (appelée infirmière coordinatrice en Belgique). Cette dernière joue un rôle au niveau de l’accompagnement du patient, elle crée un lien de confiance avec le patient et la famille, elle participe à la coordination des soins et répond aux besoins biopsychosociaux et spirituels des patients (Leboeuf, Lachapelle, Dubois, & Genest, 2014). Etant donné que l’infirmière coordinatrice en oncologie a un impact positif sur la prise en charge du patient (accompagnement tout au long du parcours, lien de confiance patient/infirmière), il serait intéressant de s’inspirer de leurs expériences et connaissances afin de les appliquer dans les soins de tous les jours d’une unité d’oncologie à l’hôpital. En effet, les infirmières coordinatrices ont les connaissances nécessaires ainsi que les informations de la part du médecin pour effectuer une prise en charge optimale du patient en oncologie. Dès lors, il apparaît nécessaire de s’inspirer des infirmières coordinatrices en oncologie pour améliorer la prise en charge des patients hospitalisés en oncologie.

L’utilisation des protocoles (« SPIKES ») validés scientifiquement peuvent être utilisés dans le processus de mauvaise nouvelle afin d’aiguiller les soignants. Il serait intéressant de voir si les protocoles existants peuvent être adaptés à l’infirmière. Le protocole « SPIKES » décrit en six étapes comment annoncer une mauvaise nouvelle. L’auteur parle d’une prise en charge avant, pendant et après l’annonce. Etant donné que l’infirmière joue un rôle important après l’annonce, il serait possible qu’elle s’inspire des recommandations « SPIKES » qui traitent de l’après-annonce.

Tous ces résultats nous montrent qu’il est nécessaire d’effectuer des changements dans plusieurs domaines afin d’améliorer la communication de l’infirmière auprès d’un patient hospitalisé en oncologie. Les prestataires de soins doivent collaborer entre eux, aller dans le même sens afin d’offrir des soins de qualité. Des formations en communication peuvent s’avérer être utiles. De plus, le rôle de l’infirmière doit être pris en considération par les médecins et elles doivent être plus intégrées dans le processus de la mauvaise nouvelle.

## 7. Perspectives et recommandations

La grande majorité de nos articles abordent la formation en communication auprès des infirmières comme étant indispensable. Par conséquent, nous encourageons les infirmières à être attentives aux formations continues qui sont déjà mises en place dans les hôpitaux. Nos articles soulignent les bénéfices de ces formations car les infirmières se sentent plus à l’aise à aborder des conversations difficiles ainsi qu’à gérer leurs émotions. Les formations

sensibilisent les infirmières aux différentes façons de communiquer telles que l'utilisation d'un langage simple, l'empathie, les questions ouvertes et la répétition des informations aux patients.

Durant notre cursus de bachelier classique en trois ans, nous avons suivi un cours de psychologie qui traite de manière théorique de la communication dans un contexte de mauvaise nouvelle. Peu d'applications pratiques ont été proposées (les jeux de rôle ou la simulation). Par conséquent, nous pensons qu'il serait intéressant de développer la simulation ainsi que les jeux de rôle dans le programme de la 4<sup>e</sup> année du bachelier de soins infirmier. Des études plus approfondies sur l'impact de ces formations pratiques et théoriques sous forme d'études comparatives permettraient également d'évaluer les avantages de ces formations continues.

La plupart des articles analysés mettent en évidence le manque de protocole clair qui pourrait améliorer les compétences en matière de communication des infirmières. D'ailleurs, lors de notre stage en oncologie, le manque de protocole était une des préoccupations exprimées par les infirmières. Ce type de protocole existe pour les médecins mais il serait judicieux d'orienter les recherches vers une élaboration d'un protocole pour infirmières au vu de la plus-value que cela engendrerait sur la pratique. L'infirmière pourrait à partir de ce protocole avoir une ligne directrice à adapter en fonction des besoins de chaque patient. Des études pourraient également voir le jour afin d'évaluer l'efficacité de ces protocoles sur la pratique infirmière en comparant l'impact sur les patients mais également sur les infirmières avant et après l'application de tels protocoles.

Il serait également intéressant de développer le rôle de l'infirmière au moment de l'annonce de la mauvaise nouvelle. En effet, plusieurs de nos articles démontrent que la présence de l'infirmière au moment de l'annonce auprès du patient a un impact positif. Cela permet de diminuer l'anxiété du patient concernant les informations données par le médecin. En effet, ces informations peuvent nécessiter des précisions supplémentaires au moment et après l'annonce et sont parfois adressées à l'infirmière. Effectivement, les recherches ont montré que les patients auront plus tendance à se tourner vers les infirmières pour obtenir ces éclaircissements. De plus, il y a un impact positif pour l'infirmière car elle sera plus à même de répondre aux besoins du patient. Elle connaîtra exactement quel type d'information a été délivré au patient ainsi que les réactions de ce dernier. Une relation de confiance pourrait donc déjà être établie à ce moment entre l'infirmière et le patient.

Pour que cette dernière composante soit développée, une meilleure coordination doit être établie avec le médecin car il est la personne qui délivre la mauvaise nouvelle. Plusieurs études affirment que la communication entre le médecin et l'infirmière est importante dans le domaine de la mauvaise nouvelle. De plus, les infirmières sur le terrain nous ont parlé du manque de communication qui existe entre elles et les médecins en matière de mauvaise nouvelle. Par exemple, le fait de ne pas savoir quand la mauvaise nouvelle a été délivrée, peut constituer un obstacle. Une coordination de qualité entre les deux professionnels est un gage de meilleure qualité des soins. Nos articles révèlent aussi qu'il existe un manque d'informations auprès des médecins concernant le rôle de l'infirmière ainsi et son champ de responsabilité. Cela expliquerait pourquoi certaines informations concernant la prise en

charge du patient ne sont pas communiquées au bon moment à l'infirmière. Des journées de sensibilisation à la profession infirmière auprès des professionnels de santé et plus particulièrement des médecins aiderait à comprendre le champ de compétences de l'infirmière.

## 8. Scénario de simulation

Comme signalé précédemment, nous participons au projet « Simucarepro », projet pilote permettant d'être directement sur le terrain afin d'identifier une problématique récurrente et d'en tirer une question de recherche. La finalité de notre travail de fin d'études est de créer un scénario de simulation sur base des revues de la littérature. Ce projet a pour but d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques pouvant être utiles aux autres infirmiers se trouvant confrontés au problème de notre question de recherche (Annexe 1).

## 9. Conclusion

Notre revue de littérature nous a permis de démontrer la manière dont l'infirmière pouvait améliorer sa communication lors de l'annonce de la mauvaise nouvelle auprès d'un patient hospitalisé en oncologie. Divers articles scientifiques ainsi que les informations récoltées sur le terrain lors de nos stages nous ont permis d'identifier les obstacles à une communication efficiente en faveur du patient en oncologie.

Ainsi, notre étude a mis en évidence que les barrières de communication proviennent de différentes sources de difficulté :

- La difficulté à aborder la souffrance du patient pour les professionnels de soins.
- Le manque de coordination présent entre le médecin et l'infirmière. Cela empêche les infirmières de détenir toutes les informations nécessaires à la prise en charge du patient.
- Le manque de formation des infirmières en termes de communication.
- Le type de communication qu'utilisent les infirmières avec le patient. Les questions fermées ou l'absence d'empathie s'expliquent par la difficulté de l'infirmière à gérer la charge émotionnelle importante dans certaines relations de soins avec le patient.

Les résultats de nos recherches ont permis de faire émerger quelques solutions comme le renforcement des formations en communication auprès des infirmières en oncologie. La mise en place de cette première solution peut se traduire par l'accroissement de la fréquence des formations continues en matière théorique mais également par le développement dans les hôpitaux de structures offrant une approche pratique par l'intermédiaire de jeux de rôles et de simulations.

La valorisation de la profession infirmière est également un enjeu majeur. En effet, cela permettrait aux médecins et autres professionnels de la santé de réaliser notre champ de compétence et par conséquent de comprendre en quoi certaines informations concernant la mauvaise nouvelle sont indispensables pour les infirmières.

Le développement du rôle de l'infirmière au moment crucial de l'annonce est également à améliorer. En effet, il a été prouvé que sa présence durant les entrevues entre le patient et le médecin permet d'améliorer la qualité des soins.

Parallèlement, il est important que l'infirmière elle-même prenne conscience et reconnaisse ses propres émotions lors de l'échange avec le patient dans le processus de mauvaise nouvelle. Elle doit être capable de se remettre en question pour permettre une amélioration continue de sa manière de communiquer.

Finalement, nous avons mis en lumière le facteur de visibilité, au niveau du dossier infirmier, des données spécifiques au patient oncologique comme ses réactions à la mauvaise nouvelle, ce qu'il sait et ce qu'il croit savoir de la mauvaise nouvelle, ses stratégies d'adaptation tout au long du parcours de soin. Aspect peu exploité dans nos articles, ce facteur permettait toutefois à l'infirmière d'orienter sa communication auprès du patient et d'être mieux préparée à l'aborder.

Ce travail de fin d'études nous a permis d'approfondir nos connaissances théoriques en matière de mauvaise nouvelle dans le contexte de soins d'un patient oncologique. Il est apparu que le concept de communication était pluridimensionnel. En effet, en dehors de l'aspect du langage et de la formation, plusieurs autres variables, telles que les relations interprofessionnelles ou la gestion émotionnelle, sont tout aussi importantes et interviennent dans la relation soignant-soigné.

L'étude des différents articles scientifiques et nos connaissances individuelles acquises au cours de notre cursus ont permis d'apporter des réponses à notre question de recherche

« Comment améliorer la communication de l'infirmière auprès d'un patient hospitalisé en oncologie lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle ». Enfin, nous espérons que ces pistes de réflexion pourront servir aux infirmières impliquées de loin ou de près dans la gestion de l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

## 10. Bibliographie

### Monographie :

- Bacqué, M.-F. (2011). *Annoncer un cancer: Diagnostic, traitements, rémission, rechute, guérison, abstention*. Paris: Springer.
- Buckman, R. (2001). *S'asseoir pour parler : l'art de communiquer de mauvaises*. Paris: Masson.
- Delaporte, C. (2001). *Dire la vérité au malade*. Paris: Odile Jacob.
- Hœrni, B., & Soubeyran, P. (2008). *Ne plus mentir: les vérités du cancer*. Paris: Springer.
- Juillet, P. (2000). *Dictionnaire de Psychiatrie*. Paris : Conseil international de la langue française.
- Watzlawick, P., Helmick, J., & Jackson, D. (1967). *Une logique de la communication. Proposition pour une axiomatique de la communication*. Paris: Éditions du Seuil.

### Articles périodiques :

- Abbaszadeh, A., Ehsani, S., Begjani, J., Kaji, M., Dopolani, F., Nejati, A., & Mohammadnejad, E. (2014). Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7, 18-24.
- Arbabi, M., Roozdar, A., Taher, M., Shirzad, S., Arjmand, M., Mohammadi, M., . . . Roozdar, A. (2010). How to Break Bad News: Physicians' and Nurses' Attitudes. *Iran Journal of Psychiatry*, 5(4), 128-133.
- Baer, L., & Weinstein, E. (2013). Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17, 45-51. doi:10.1188/13.CJON.E45-E51.
- Botti, M., Endacott, R., Watts, R., Cairns, J., Lewis, K., & Kenny, A. (2006). Barriers in Providing Psychosocial Support for Patients With Cancer. *Cancer Nursing*, 29(4), 309-316.
- Buckman, R. A. (2005). Breaking bad news: the SPIKES strategy. *Community oncology*, 2, 138-142.
- Claudon, P., & Weber, M. (2009). L'émotion. *Devenir*, 21, 61-99. doi:10.3917/dev.091.0061.
- Dunniece, U., & Slevin, E. (2000). Nurses' experiences of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer. *Journal of advanced nursing*, 32(3), 611-618.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363, 312-318.
- Farhadi, A., Elahi, N., & Jalali, R. (2016). The effect of professionalism on the professional communication between nurses and physicians: a phenomenological study. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 3(3), 18-26. doi:10.18869/acadpub.jnms.3.3.18.
- Havens, D., Vasey, J., Gittell, J., & Lin, W. (2010). Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 926-937. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01138.x.



- Helft, P. R., Chamness, A., Terry, C., & Uhrich, M. (2011). Oncology nurses' attitudes toward prognosis-related communication: a pilot mailed survey of oncology. *Oncology nursing forum*, 38(4), 468-474.
- Lancaster, G., Kolakowsky-Hayner, S., Kovacich, J., & Greer-Williams, N. (2015). Interdisciplinary Communication and Collaboration Among Physicians, Nurses, and Unlicensed Assistive Personnel. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(3), 275–284. doi:10.1111/jnu.12130.
- 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, 184-188. doi:10.5737/1181912x243184188.
- Libert, Y., Merckaert, I., Etienne, A. M., Farvacques, C., Liénard, A., Messin, S., . . . Razavi, D. (2006). Les besoins psychosociaux et le soutien apporté aux patients atteints d'un cancer: une étude nationale belge. *Oncologie*, 8(5), 465-476. Consulté le 10.1007/s10269-006-0439-6.
- Parker, P., Baile, W., Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A., & Cohen, L. (2001). Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *Journal of Clinical Oncology*, 19(7), 2049-2056. doi:10.1200/JCO.2001.19.7.2049.
- Singy, P., Bourquin, C., & Sulstarova, B. (2012). The Impact of Communication Skills Training in Oncology: a Linguistic Analysis. *Journal of cancer education*, 27, 404-408. doi:10.1007/s13187-012-0385-5.
- Stajduhar, K., Thorne, S., McGuinness, L., & Kim-Sing, C. (2010). Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2039-2047. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03158.x.
- Swanson, J., & Koch, L. (2010). The Role of the Oncology Nurse Navigator in Distress Management of Adult Inpatients With Cancer: A Retrospective Study. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), 69-76.
- Voelter, V., Mirimanoff, R.-O., Stiefel, F., Rousselle, I., & Leyvraz, S. (2005). L'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie. *Revue Médicale Suisse*, 20, 1350-1353.
- Warnock, C. (2014). Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing Standard*, 28, 45-51. doi:10.7748/ns.28.45.51.e8935.
- Warnock, C., Buchanan, J., & Tod, A. M. (2017). The difficulties experienced by nurses and healthcare staff involved in the process of breaking bad news. *Journal of Advanced Nursing*. doi:10.1111/jan.13252.
- Warnock, C., Soreny, C., Foster, J., & Tod, A. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of advanced nursing*, 66, 1543-1555. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05325.x.
- Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., & Ferrell, B. (2013). Oncology nurse communication barriers. *Clinical journal of oncology nursing*, 17(2), 152-158.

#### Documents non publiés :

- Claeys, D., & Middelaers, M. (2013). *Le lien entre le malade et le médecin-oncologue*. Unpublished document, Rencontre interprofessionnelle : Le métier de Coordinateur de Soins en Oncologie, (pp. 15-19). Bruxelles.

- Copin-Eliat, C., & Perron, V. (2016). *Communication thérapeutique*. Unpublished document, Congrès gériatrie. Pontivy.
- De Bouver, A. (2016-2017). *Soins infirmiers en oncologie*. Syllabus, Unpublished document, Haute Ecole Galilée, ISSIG 3ème année.
- Decoene, E. (2014). *Rôle de l'oncocoach: l'importance d'une mise en oeuvre bien préparée*. Unpublished document, Rencontre interprofessionnelle : Le métier de Coordinateur de Soins en Oncologie, (pp. 4-9). Bruxelles.
- Delcourt, A. (2014-2015). *Psychologie générale: appliqué aux soins de santé*. Power-Point, Unpublished document, Haute Ecole Galilée, ISSIG 1ere année.
- Maddalena, F. (2013). *Le rôle spécifique de l'infirmier CSO dans l'annonce du diagnostic*. Unpublished document, Rencontre interprofessionnelle : Le métier de Coordinateur de Soins en Oncologie, (pp. 20-24). Bruxelles.
- Moley-Massol, I. (2014). *L'information : un acte de soin à part entière*. Unpublished document, Rencontre interprofessionnelle : Le métier de Coordinateur de Soins en Oncologie, (pp. 33-35). Bruxelles.
- Samain, M. (2016-2017). *Sociologie*. Syllabus, Unpublished document, Haute Ecole Galilée, ISSIG 1ere année.
- Van Hoof, E. (2013). *Existe-t-il un profil type pour le coordinateur de soins oncologiques en Belgique?* Unpublished document, Rencontre interprofessionnelle : Le métier de Coordinateur de Soins en Oncologie, (pp. 4-5). Bruxelles.

Pages web:

- Droit Belge. (2002). *Loi relative aux droits du patient*. Consulté le 17 février 2017, sur [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2002082245&table\\_name=loi](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2002082245&table_name=loi)
- Fondation contre le cancer. (s.d). *Le cancer en chiffres : en Belgique*. Consulté le 14 mars 2017, sur <http://www.cancer.be/le-cancer-en-chiffres-en-belgique>
- Institut Scientifique de Santé Publique. (2013). *Enquête de santé 2013*. Consulté le 14 mars 2017, sur [https://his.wiv-isp.be/fr/sitepages/rapports\\_complets\\_2013.aspx](https://his.wiv-isp.be/fr/sitepages/rapports_complets_2013.aspx).
- Larousse. (s.d.). Consulté le 17 mars 2017, sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- Haute Autorité de Santé. (2008). *Annoncer une mauvaise nouvelle*. Consulté le 17 mars 2017, sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_698028/fr/annoncer-une-mauvaise-nouvelle](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_698028/fr/annoncer-une-mauvaise-nouvelle)
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Cancer*. Consulté le 27 janvier 2017, sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/>

## 11. [Annexes](#)

### **Annexe 1 :**



## **STRUCTURE COMMUNE DES SCENARIOS DE SIMULATION HAUTE FIDELITE**

### **TITRE DU SCENARIO<sup>1</sup> :**

La communication de l'infirmière lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

### **VUE D'ENSEMBLE DU SCENARIO :**

**TYPE DE MANNEQUIN :** Patient standardisé

**SERVICE DE SOINS :** Unité d'oncologie

**GROUPE CIBLE<sup>2</sup> :** Infirmières diplômés

**DUREE ESTIMEE DU SCENARIO :** 7 minutes

**RESUME DU SCENARIO :** L'infirmière du service d'oncologie rentre dans la chambre d'une patiente et découvre cette dernière en pleurs. L'infirmière ne sait pas comment réagir face aux émotions de la patiente. Ce que l'infirmière ignore, est que le médecin est passé dans l'après-midi, annoncer à Madame qu'elle ne saura pas rentrer chez elle vu son état qui se dégrade.

### **OBJECTIFS PEDAGOGIQUES :**

**GENERAUX :** La communication de l'infirmière auprès d'un patient ayant reçu une mauvaise nouvelle.

**SPECIFIQUES AU SCENARIO :**

### **ROLE DES PARTICIPANTS :**

---

<sup>2</sup>Niveau de compétence et nombre de participants

---

<sup>1</sup> Ce scénario n'est pas le scénario définitif, il a fait l'objet d'affinements, de test et de modifications. Le scénario définitif se trouve sur le site du projet (INFOREF/SIMUCAREPRO).



<b>ETUDIANT : 1</b>	/		
<b>PROFESSIONNEL : 1</b>	L'infirmière rentre dans la chambre du patient pour prendre ses paramètres de 18h.		
<b>FORMATEURS<sup>3</sup></b>	Suivre le bon fonctionnement du scénario.		

### LISTE DES EQUIPEMENTS<sup>4</sup> :

**Dispositifs médicaux : /**

-Circulation<sup>5</sup> : /

-Ventilation<sup>6</sup> : /

-Divers<sup>7</sup> : /

**Médicaments et solutés : /**

**Documents<sup>8</sup> : /**

**Accessoires<sup>9</sup> : /**

**Environnement<sup>10</sup> : /**

### PREPARATION DU SCENARIO :

**PREPARATION DU SIMULATEUR :**

-Réglages : Briefier l'acteur

-Installation<sup>11</sup> : /

-Accessoires<sup>12</sup> : /

**PREPARATION DE L'ENVIRONNEMENT<sup>13</sup> :** Patiente couché dans le lit entrain de pleurer, crier et qui refuse de manger.

<sup>3</sup> Commande paramètres mannequin / Débriefing/ Voix mannequin/ Facilitateur/ Perturbateur/ Intervenant extérieur (interlocuteur téléphone)

<sup>4</sup> Privilégier Check-list à cocher pour vérification rapide

<sup>5</sup> Cathéters, tubulures, aiguilles (intraveineuses, intra-osseuses, sous-cutanées), tubes de prélèvements sanguins, garrot...

<sup>6</sup> Lunettes à oxygène, masques à haute concentration, matériel d'intubation...

<sup>7</sup> Glycémie capillaire, sonde urinaire, thermomètre, stéthoscope, gants, solution hydro alcoolique....

<sup>8</sup> Dossier de soins patient, feuille de transmissions, ECG, feuille de synthèse des recommandations

<sup>9</sup> Stylo, téléphone, lampe pour surveillance pupilles, tenues de travail (blouses...)

<sup>10</sup> Perruque, bassine, mouchoirs avec du sang, valise personnelle patient...

<sup>11</sup> Demi-assis, allongé

<sup>12</sup> Présence d'oxygène, d'une ligne de perfusion, déjà scopé....

<sup>13</sup> Barrières du lit mises, présence d'affaires du patient, mouchoirs, informations souhaitées données (affichage thermomètre, glycémie...)

## PREPARATION DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES<sup>14</sup> : /

PREPARATION DES ETUDIANTS/APPRENANTS<sup>15</sup> : Tenue professionnelle mise

### BRIEFING :

**HEURE** : Il est 18h dans le service.

#### SITUATION<sup>16</sup> :

Situation 1 : L'infirmière doit aller prendre les paramètres de 18h chez Madame.

Situation 2 : Le médecin est passé dans la chambre de la patiente pour lui annoncer que les résultats de ses examens ne sont pas bons, le cancer a évolué et son état général ne lui permet pas de rentrer à domicile. Il faudrait envisager un transfert aux soins palliatifs. Le médecin vient dire à l'infirmière la nouvelle qui a été annoncée. L'infirmière va aller se rendre dans la chambre de la patiente pour éventuellement répondre à ses questions.

**DOCUMENTS<sup>17</sup>** : Rapport de l'après-midi, avec les informations sur la patiente : patiente de 69 ans hospitalisée pour méningite carcinomateuse incurable depuis deux semaines. Probablement que la patiente pourra rentrer à domicile. Madame a hâte de rentrer chez elle pour retrouver sa famille et effectuer des soins palliatifs à domicile. Le médecin est passé la voir dans l'après-midi.

### INFORMATIONS PATIENT<sup>18</sup>

**Nom** : Madame T.

**Age** : 69 ans

**Prénom** : S.

**Poids** : 54kg

**Date de naissance** : 03/04/1948

**Taille** : 1m64

**Allergies** : /

**Sexe** : F

**Antécédents** :

**Médicaux** :

**Chirurgicaux** : Tumorectomie mammaire gauche en 2004

**Gyneco obstétrique** : /

**Traitement personnel** :

Transmets transdermique sieste 35mcg/h 1x/j

Motilium compr 10mg 1x/j

Pantomed 40mg compr 1x/j

Dafalgan forte 1gr 4x/j

Contramal caps 50mg si nécessaire

<sup>14</sup> Si prévu dans le scénario, préparer les examens complémentaires à afficher (radio thorax, bilan sang...)

<sup>15</sup> Analyse préalable de documents si besoin

<sup>16</sup> Lieu où se déroule le scénario, informations données avant l'entrée dans la pièce de simulation

<sup>17</sup> Document remis lors du briefing/ dossier de soins, résultats biologiques, transmissions écrites...

<sup>18</sup> Mise en page du dossier de soins ou si non nécessaire pour le scénario, mémo pour le formateur (voix)

## REFERENTIELS / RECOMMANDATIONS D'EXPERTS <sup>19</sup>:

Les articles retenus dans notre revue de la littérature.

## PISTES POUR LE DEBRIEFING :

## PROGRESSION DU SCENARIO :

Configuration moniteur	Mannequin Patient	Interventions étudiants (ce que l'on aimerait voir...)	Messages
Heure de début du scénario : 18H			

---

<sup>19</sup>Sources citées, bibliographie

<p><b>État initial:</b></p> <p><b>Situation 1 :</b></p> <p>PA : 127/70 mmHG</p> <p>FC : 78 pls/min</p> <p>FR : 17 / min</p> <p>SpO<sub>2</sub> : 96% avec 2L de O<sub>2</sub></p> <p>Tracé ECG <sup>20</sup>: normal</p> <p>S Cliniques :</p> <p>-yeux<sup>21</sup> : fermés, pleure</p> <p>-pupilles<sup>22</sup> : normal-réactive</p> <p>-auscultation pulmonaire : normale</p>	<p>Madame pleure dans son lit, lorsque l'infirmière rentre pour prendre ses paramètres, la patiente refuse. Elle dit qu'elle ne veut pas manger et qu'elle souhaite mourir.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Interpeller médecin avant de rentrer dans la chambre pour savoir ce qui a été dit durant son entretien avec la patiente. De cette manière, l'infirmière pourra être au courant qu'une mauvaise nouvelle a été annoncée.</li> <li>2) Suggérer à la patiente la présence de la famille.</li> <li>3) Consulter dossier infirmier ainsi que médical avant de rentrer dans la chambre : dans l'optique que celui-ci soit bien complété par le médecin.</li> </ol>	
--	---	--	--

<sup>20</sup> Sinusal, Fibrillation....

<sup>21</sup> Ouverts, demi-fermés, fermés

<sup>22</sup> Myosis, mydriase, anisocorie, normal-réactive



<p><b>Situation 2:</b></p> <p>PA : 127/70 mmHG</p> <p>FC : 78 pls/min</p> <p>FR : 17 / min</p> <p>SpO<sub>2</sub> : 96% avec 2L de O<sub>2</sub></p> <p>Tracé ECG <sup>23</sup>: normal</p> <p>S Cliniques :</p> <p>-yeux<sup>24</sup> : fermés, pleure</p> <p>-pupilles<sup>25</sup> : normal-réactive</p> <p>-auscultation pulmonaire : normale</p>	<p>La patiente regarde la TV dans sa chambre et rigole. Madame commence à plier ses affaires et les ranger. Lorsque l'infirmière lui pose des questions, la patiente répond de manière légère. Madame est dans le déni de la situation.</p>	<p>1) L'infirmière ose aborder le sujet de la mauvaise nouvelle que le médecin vient d'annoncer. Elle n'évite pas le sujet et essaye d'expliquer à Madame la situation.</p> <p>2) L'infirmière arrive à discuter d'un sujet difficile et reconnaît ses émotions.</p>	
<p><b>Heure de fin du scénario : 18h07</b></p>			

### EVALUATION DU SCENARIO :

**POINTS POSITIFS :**

**POINT A AMELIORER :**

**REALISME :**

**PROTOCLES UTILISES :**

**PROTOCOLES A METTRE EN PLACE**

<sup>23</sup>Sinusal, Fibrillation....

<sup>24</sup>Ouverts, demi-fermés, fermés

<sup>25</sup>Myosis, mydriase, anisocorie, normal-réactive

## **Annexe 2 :**

### **Liste critique de l'évaluation critique pour la recherche critique et l'interprétation :**

Critique :

Date :

Auteur :

Année :

	OUI	NON	Pas clair	Pas applicable
1) Existe-t-il une adéquation entre la perspective philosophique déclarée et la méthodologie de la recherche?				
2) Existe-t-il une adéquation entre la méthodologie de la recherche et la question ou les objectifs de la recherche?				
3) Existe-t-il une adéquation entre la méthodologie de la recherche et la méthode utilisée pour recueillir les données?				
4) Existe-t-il une adéquation entre la méthodologie de la recherche et la représentation et l'analyse des données?				
5) Existe-t-il une adéquation entre la méthodologie de la recherche et l'interprétation des résultats?				
6) Existe-t-il une déclaration qui situe le chercheur sur le plan culturel ou théorique?				
7) Le chercheur influence-t-il la recherche, et vice versa ?				
8) Les participants et leurs voix sont-ils adéquatement représentés?				

<p>9) La recherche est-elle conforme aux critères actuels ou, pour les études récentes, y a-t-il des preuves d'une approbation éthique par un organisme approprié?</p>				
<p>10) Les conclusions tirées dans le rapport de recherche découlent-elles de l'analyse, de l'interprétation ou des données?</p>				

**Évaluation globale – Comprendre – Exclure – Chercher plus d'infos**

**Commentaire:**

*«Il n'existe pas de 'bonnes' façons d'annoncer une mauvaise nouvelle mais certaines sont moins dévastatrices que d'autres» (Haute Autorité de Santé, 2008)*

L'annonce d'une mauvaise nouvelle est un long processus qui va bouleverser la vie du patient, mais va également impacter le personnel soignant. Avec ce travail de fin d'études, nous avons choisi de nous focaliser sur la manière dont ce processus d'annonces de mauvaises nouvelles pourrait devenir plus facile à gérer pour les infirmières. Quels sont les obstacles vécus par les infirmières en matière de communication? Quelles sont les changements à apporter? Des manquements persistent-ils à ce sujet?

Le thème central de notre travail de fin d'études s'intéresse ainsi aux moyens qu'il serait possible de mettre en œuvre pour améliorer la communication de l'infirmière auprès d'un patient ayant reçu une mauvaise nouvelle. Plusieurs pistes sont proposées à l'ensemble des praticiens de l'art infirmier qui, inévitablement, se retrouvent face à cette situation difficile durant leur carrière.

*Mots clés : Infirmière – Mauvaise nouvelle – Oncologie – Communication – Annonce de mauvaise nouvelle – Patient hospitalisé – Coordination*