

Communication en oncologie

La communication adaptée de l'infirmière pour
répondre aux besoins des patients atteints de
cancer recevant des mauvaises nouvelles

Une revue étoffée de littérature

Valentine Bapst et Olivia Michel

Promotion Bachelor 2011

Travail réalisé en vue de l'obtention du titre de
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers
Sous la direction de M. Andrea Serena, inf., PhD (c)

Haute Ecole de Santé de Fribourg

Le 30 juin 2014

Résumé

Etat des connaissances

L'annonce de mauvaises nouvelles relatives au cancer est une pratique courante dans les milieux de soins aigus. Cette maladie évoque la mort et provoque des sentiments négatifs au sein de toute la population. Dans ce contexte, les infirmières ont un rôle communicationnel important à jouer dans la fourniture d'informations et la gestion des émotions auprès des patients cancéreux.

Buts

Investiguer les facteurs influençant une communication adaptée permettant à l'infirmière de répondre aux besoins des patients atteints de cancer recevant des mauvaises nouvelles.

Méthode

Des recherches scientifiques ont été identifiées dans des banques de données (CINAHL et PubMed) d'après des critères de sélections prédéfinis et analysées pour s'assurer de leur validité méthodologique. Puis les quinze articles retenus ont été synthétisés pour permettre l'extraction et la catégorisation des résultats.

Résultats

Il ressort que les patients ont besoin d'être rassurés, de spiritualité, d'une relation de confiance et d'empathie du soignant, d'information, d'espoir et de réponses à leurs indices. En parallèle, des obstacles à la communication ont été observés comme les caractéristiques des patients, les propres peurs de l'infirmière, la diversité culturelle ou générationnelle, l'image de la profession, le manque de temps, la collaboration d'équipe et l'utilisation de questions fermées. Les résultats ont également permis d'identifier des facteurs influençant une communication efficace comme les formations, le soutien de la direction et l'organisation des soins, ainsi que l'utilisation d'un support écrit.

Conclusion et perspectives

Cette revue a mis en évidence différents facteurs permettant une communication efficace, dont la formation. Elle a également relevé que l'organisation des soins doit s'adapter afin de privilégier autant les soins relationnels que les soins techniques. Enfin, des propositions de stratégies utiles à la pratique infirmière et des pistes de recherches ultérieures ont été relevées.

Key-words: communication – nursing – bad news – cancer – nurse-patient

Remerciements

Nous tenons à remercier sincèrement notre directeur de travail, Monsieur Andrea Serena, pour sa disponibilité et ses précieux conseils qui ont fortement contribué à la réalisation de cette revue étoffée de littérature.

Nous souhaitons également exprimer notre gratitude à tous nos proches et amis qui nous ont soutenues et encouragées.

Enfin, nous nous remercions l'une l'autre pour notre collaboration productive et agréable tout au long du travail.

Plan

1	INTRODUCTION.....	5
2	ETAT DES CONNAISSANCES ET QUESTION DE RECHERCHE.....	6
2.1	PROBLEMATIQUE.....	6
	<i>Cadre historique et légal.....</i>	<i>6</i>
	<i>Les réactions du patient</i>	<i>7</i>
	<i>Le rôle des professionnels</i>	<i>8</i>
	<i>Le vécu des soignants.....</i>	<i>8</i>
	<i>La communication : un partage d'informations et d'émotions</i>	<i>9</i>
	<i>Les stratégies d'annonce</i>	<i>10</i>
2.2	QUESTION DE RECHERCHE	12
2.3	BUTS POURSUIVIS ET INTERET POUR LA PRATIQUE INFIRMIERE.....	12
3	CADRE THEORIQUE	13
3.1	CONCEPTS	13
	3.1.1 <i>La relation d'aide selon Rogers.....</i>	<i>13</i>
	3.1.2 <i>Le deuil.....</i>	<i>15</i>
	3.1.3 <i>Les stratégies de coping.....</i>	<i>16</i>
3.2	L' INTERACTIONNSIME SELON FORNEROD	17
4	METHODES.....	18
4.1	DEVIS.....	18
4.2	BANQUES DE DONNEES.....	19
4.3	MOTS-CLES.....	19
4.4	CRITERES DE SELECTION	19
4.5	STRATEGIES DE RECHERCHE	20
	4.5.1 <i>Stratégie de recherche n°1.....</i>	<i>20</i>
	4.5.2 <i>Stratégie de recherche n°2.....</i>	<i>22</i>
	4.5.3 <i>Stratégie de recherche n°3.....</i>	<i>23</i>
	4.5.4 <i>Processus d'inclusion.....</i>	<i>24</i>
4.6	DEMARCHE D'ANALYSE	25
4.7	METHODE DE SYNTHESE ET D'EXTRACTION DES DONNEES	25
5	RESULTATS	26
5.1	LES BESOINS DES PATIENTS.....	26
	5.1.1 <i>Le besoin d'être rassuré.....</i>	<i>26</i>
	5.1.2 <i>Les besoins spirituels</i>	<i>27</i>

5.1.3	<i>Le besoin d'une relation de confiance avec le soignant</i>	27
5.1.4	<i>Le besoin d'empathie</i>	27
5.1.5	<i>Le besoin d'information</i>	28
5.1.6	<i>Le besoin d'espoir</i>	28
5.1.7	<i>Le besoin de réponses aux indices</i>	29
5.2	LES OBSTACLES A LA COMMUNICATION	29
5.2.1	<i>Les caractéristiques des patients</i>	29
5.2.2	<i>Les propres peurs de l'infirmière</i>	29
5.2.3	<i>La diversité culturelle et générationnelle</i>	30
5.2.4	<i>L'image des infirmières</i>	30
5.2.5	<i>Le manque de temps</i>	30
5.2.6	<i>La collaboration avec le médecin et au sein de l'équipe</i>	31
5.2.7	<i>L'utilisation de questions fermées</i>	31
5.3	LES FACTEURS INFLUENÇANT UNE COMMUNICATION EFFICACE	31
5.3.1	<i>La formation</i>	31
5.3.2	<i>Le soutien de la direction et l'organisation des soins</i>	34
5.3.3	<i>Utilisation d'un support écrit</i>	34
6	DISCUSSION	35
6.1	LES BESOINS DES PATIENTS	35
6.2	LES OBSTACLES A LA COMMUNICATION	36
6.3	LES FACTEURS INFLUENÇANT UNE COMMUNICATION EFFICACE	37
6.4	LIENS ENTRE LES CATEGORIES	39
6.5	DISCUSSION DES RESULTATS AVEC CADRE THEORIQUE	41
6.6	LIMITES DE LA REVUE	43
6.7	FORCES DE LA REVUE	43
6.8	RECOMMANDATIONS	44
6.8.1	<i>Pratique clinique</i>	44
6.8.2	<i>Formation</i>	47
6.8.3	<i>Recherche</i>	48
7	CONCLUSION	49
8	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	50
9	ANNEXES	54

1 Introduction

Compte tenu de sa fréquence et de sa gravité, le cancer est une préoccupation centrale dans notre société actuelle. Nous sommes nous-mêmes très sensibles à cette problématique de par nos expériences personnelles et professionnelles. Au cours de nos différents stages en milieu somatique aigu, nous avons souvent pris en soins des patients atteints de cancer et nous avons pu constater que la communication avec cette population pose parfois problème.

Un des aspects les plus difficile de la communication en oncologie consiste en l'annonce de mauvaises nouvelles car celle-ci est souvent une expérience traumatisante pour les patients et délicate pour les soignants. En effet, le cancer évoque la mort et provoque de nombreux sentiments négatifs. Dans ce contexte, les infirmières¹ ont un rôle communicationnel important à jouer dans la fourniture d'informations et la gestion des émotions auprès des patients cancéreux.

Dans le terme « mauvaises nouvelles », nous incluons les informations qui concernent le diagnostic, mais également la récurrence, l'échec de traitement et toutes autres annonces négatives autour du cancer.

A travers notre travail de Bachelor, nous aimerions donc traiter du rôle communicationnel de l'infirmière en essayant d'apporter des pistes pour que l'interaction réponde au mieux aux besoins des patients cancéreux.

Ce travail se compose de différentes parties. Tout d'abord, nous décrivons la problématique de notre sujet qui aboutira à notre question de recherche. Ensuite, nous définirons et argumenterons les concepts utilisés. Nous poursuivrons par la description des stratégies de recherches, des critères d'inclusion et d'exclusion des articles et de la méthode de synthèse des données. Les résultats des quinze articles retenus seront exposés puis ils seront discutés dans le chapitre suivant. La dernière partie traitera des forces et des limites de notre revue ainsi que des recommandations pour la pratique, la formation et la recherche.

¹ Peut également se lire au masculin durant tout le travail

2 Etat des connaissances et question de recherche

2.1 Problématique

Selon l'Office Fédéral de la Statistique [OFS], 37'000 nouveaux cas de cancer ont été recensés en 2009. D'après Bacqué (2011), le cancer évoque la mort et provoque des sentiments négatifs au sein de toute la population. Les statistiques justifient cette association cancer-mort étant donné que cette pathologie est la cause de 29% des décès chez les hommes et 22% chez les femmes (OFS, 2009).

En prenant en considération les données épidémiologiques, l'annonce de mauvaises nouvelles de cancer est une pratique courante dans les milieux de soins aigus. Tout en soulignant que l'annonce d'un diagnostic relève de la responsabilité du médecin, nous verrons par la suite que les infirmières travaillant dans des contextes hospitaliers ont également un rôle très important à jouer.

Selon Buckman (2001), une mauvaise nouvelle est

toute nouvelle qui modifie radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son avenir. Selon cette définition, moins celui-ci se doute de la gravité de sa condition et plus la nouvelle lui paraîtra mauvaise ; c'est l'écart entre les attentes de l'individu, y compris ces projets d'avenir, et la réalité médicale qui détermine la force de l'impression reçue. (p.13)

Cadre historique et légal

Autrefois, l'annonce du cancer était un tel tabou que les médecins ne la communiquaient pas ou le faisaient qu'à un parent. Ils perpétuaient ainsi un « mensonge " compassionnel " destiné à ne pas affoler le malade » (Bacqué, 2011, p.2). Les familles étaient alors plongées dans un lourd secret qui les poussaient à fuir leur proche. Ce n'est que dans les années 1980, avec les avancées médicales, l'augmentation du taux de guérison et l'instauration d'un cadre juridique que les médecins ont commencé à oser la communiquer (Bacqué, 2011).

Actuellement, les patients ont le droit à une information complète et compréhensible conformément à l'article 47 de la loi du 16 novembre 1999 sur la santé.

Les réactions du patient

Au moment d'une annonce de mauvaises nouvelles, c'est toute la vie et l'avenir du patient qui s'effondre. Il est d'autant plus difficile de l'accepter que dans la société actuelle, une certaine sécurité nous empêche de penser à la maladie ou au pire (Bacqué, 2011). De plus, de nos jours, il faut être performant dans son travail et dans sa famille, ce qui exclut toute possibilité de maladie. Les personnes atteintes se sentent tout à coup mises hors-jeu, marginalisées car elles perdent leur valeur sociale (Buckman, 2001).

Lorsque le patient apprend une mauvaise nouvelle, il est pris par surprise et cela provoque chez lui toute une série d'émotions négatives qui peuvent s'apparenter à un stress. Cette dynamique émotionnelle prend une place importante dans l'annonce. Cette dernière devient alors particulièrement complexe et imprévisible car elle tourne autour des réactions du patient. Ces réactions peuvent se manifester par la peur, l'anxiété, la stupeur, l'incrédulité, la colère, la dénégation, la culpabilité, l'humour, l'espoir ou désespoir et le marchandage (Buckman, 2001).

Chaque patient va réagir différemment selon sa biographie et son mode de vie : « 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, 2001, p.15). Il n'est donc pas possible de généraliser d'un individu à un autre ; les sentiments sont toujours imprévisibles. Cependant, la façon dont la mauvaise nouvelle est communiquée peut influencer les réactions du patient de manière considérable. Les patients déclarent d'ailleurs : « On se rappelle des mots pendant longtemps. On se raccroche aux paroles qui prennent un poids et un enjeu considérable » (Voelter et al., 2005, p.1352).

Arbabi et al. (2010) expliquent plus en détails ces enjeux :

la façon 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. Annoncer des mauvaises nouvelles peut aussi les encourager à participer à la prise de décisions complexes. (p.128)

Les réactions négatives vécues lors de l'annonce de mauvaises nouvelles ont donc de lourdes conséquences sur le psychisme des patients. Ce phénomène peut s'apparenter à un deuil. En effet, une mauvaise nouvelle va induire un changement radical associé à des pertes. Le patient va alors devoir trouver des stratégies pour évoluer vers une acceptation de sa nouvelle situation et l'acquisition d'un autre équilibre (Bacqué, 2011).

Le rôle des professionnels

Les annonces de mauvaises nouvelles font partie intégrante du rôle des médecins et des infirmières (Teike Lüthi & Cantin, 2011). Dans le cas d'un cancer, la Haute Autorité de Santé [HAS] française souligne que « il n'y a pas une annonce, mais une succession d'annonces, tout au long de la prise en charge, au rythme des patients, à laquelle participe chaque professionnel d'une équipe » (Mihura & Erbaut, 2008, p.4). La mauvaise nouvelle ne constitue donc pas uniquement un point dans le temps, mais fait partie de tout un processus qui est sans cesse réadapté. Ce processus doit être accompagné tout au long de la maladie par l'équipe soignante. Les mauvaises nouvelles représentent des étapes majeures tout au long de la trajectoire de la maladie d'un patient, mais aussi dans la relation qui le lie au soignant.

Le médecin est souvent le premier à annoncer les mauvaises nouvelles ce qui lui donne un rôle particulier. Mais l'infirmière a aussi un rôle très important de par sa proximité avec le patient, comme nous l'expliquent Teike Lüthi & Cantin (2011) :

Ces annonces [...] constituent également une part importante de la réalité professionnelle des infirmières, non seulement du fait qu'elles assurent fréquemment les entretiens de reprise nécessaires à l'accompagnement de la personne qui a reçu une mauvaise nouvelle, mais aussi parce qu'elles annoncent et accompagnent généralement les pertes du quotidien en lien avec l'évolution d'une maladie. (p.85)

Dans ce sens, Buckman (2001) souligne que « D'ailleurs, celui qui annonce la nouvelle doit avoir une responsabilité plus que momentanée envers le patient ou le parent. Car il ne peut s'agir d'un cas isolé qui n'entraînerait ni conséquences ni discussion ultérieure » (p.11). Nous comprenons alors que l'infirmière a un rôle important à jouer avant, pendant, mais surtout après l'annonce.

Le vécu des soignants

Si l'annonce de mauvaises nouvelles est un bouleversement pour le patient, elle représente donc aussi l'un des aspects les plus difficiles du rôle des professionnels de la santé. De plus, le vécu des infirmières est aussi soumis à de fortes émotions. Les soignants, êtres humains confrontés à un autre être humain qui souffre, ressentent des peurs qui peuvent être pénibles à supporter (Buckman, 2001). Buckman (2001) met en évidence les difficultés que rencontrent les soignants dans ce rôle au quotidien : la peur de faire mal, de provoquer une réaction, d'avouer son ignorance, d'exprimer des sentiments, de recevoir des reproches, d'être face à un domaine non étudié et la peur de

sa propre maladie, de sa propre mort. Il inclut également l'empathie comme difficulté car le soignant compatissant prend souvent part à la détresse de son patient. Malgré la volonté de bien faire du soignant, qui est à la base de son métier, il reste toujours confronté à la détresse du patient. Ce sentiment d'insatisfaction va être source de grandes pressions qui peuvent conduire à un épuisement professionnel (Stiefel et al., 2006).

Lorsque de telles émotions sont vécues, tout individu met en place des mécanismes de défense. D'après Chabrol (2005), il s'agit d'« opérations mentales involontaires et inconscientes qui contribuent à atténuer les tensions internes et externes » (p.31). Ces phénomènes émotionnels inconscients se manifestent fréquemment dans la communication et la relation professionnelle, autant chez le patient que chez le soignant. Dans le cas d'annonces de mauvaises nouvelles, la HAS cible les mécanismes de défense les plus fréquents. Il s'agit pour le patient de : l'isolation, le déplacement, la projection agressive, la régression et le déni. Le soignant, quant à lui, a parfois recouru à l'identification projective, la rationalisation, la fausse réassurance, la fuite en avant, la banalisation ou le mensonge (Mihura & Erbaut, 2008). Ces stratégies peuvent à la fois représenter une ressource pour « passer le cap » mais également une entrave à la relation, comme à l'acceptation de la nouvelle.

La communication : un partage d'informations et d'émotions

L'annonce de mauvaises nouvelles, bien qu'elle soit douloureuse, répond néanmoins aux besoins d'information du patient. En effet, selon la Revue Médicale Suisse,

Le malade désire être traité comme un sujet à part entière, être respecté et informé. Il attend de son médecin qu'il lui communique les nouvelles en des termes clairs, compréhensibles et en association avec une proposition de prise en charge. (Voelter, Mirimanoff, Stiefel, Rousselle & Leyvraz, 2005, p.1351)

De plus, « l'information échangée [...] doit être adaptée aux rythmes et aux représentations de l'interlocuteur, en tenant compte de ses interrogations, de ses attentes et de ses besoins » (Stiefel, Rousselle, Despland & Guex, 2006, p.390). D'après Mihura et Erbaut (2008), ces annonces, lorsqu'elles sont adaptées, ont un effet structurant car elles permettent aux professionnels et au patient de discuter des informations et d'évoluer dans une perspective commune pour la suite de la prise en soins. Cependant, « le but premier n'est pas de livrer une information neutre, uniquement médicale ou scientifique, mais de se livrer à un partage de questions et d'informations, d'émotions

aussi » (Mihura & Erbaut, 2008, p.27). L'annonce a également un rôle fondateur dans la relation soignant-soigné. C'est là que se créent les liens qui uniront ces deux intervenants tout au long de l'accompagnement : « Le premier entretien va instaurer ou rompre le climat de confiance, et va influencer la relation ultérieure » (Dias et al., 2003, cité par Voelter et al., 2005, p.1352).

Les paragraphes précédents montrent que l'annonce de mauvaises nouvelles est un type particulier de communication qui implique le patient et le soignant dans un transfert d'informations à haute charge émotionnelle.

Selon Stiefel et al. (2006),

Les multiples fonctions de la communication soignant-soigné - échange d'informations, expression émotionnelle, développement d'une alliance thérapeutique, reconstruction narrative - représentent un défi considérable pour les cliniciens. Il est alors compréhensible que cet entretien soit un exercice délicat et sensible et que certaines difficultés communicationnelles puissent se manifester dans la consultation. (p.390)

Les professionnels doivent donc développer des compétences dans le domaine de la communication : c'est la clé indispensable pour une annonce satisfaisante qui mènera le patient vers l'acceptation de sa nouvelle situation et son adaptation.

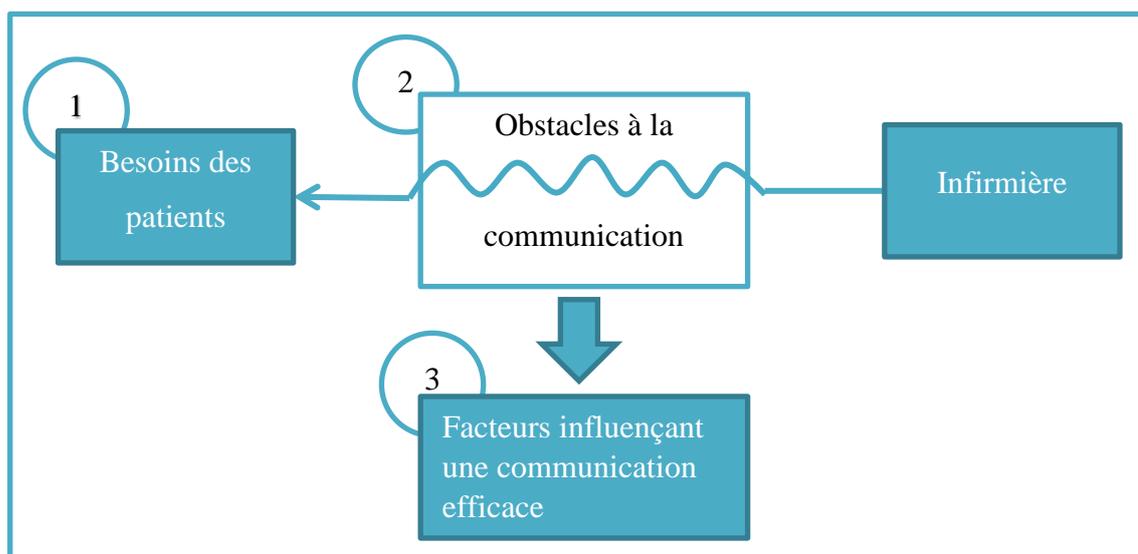
Les stratégies d'annonce

Même s'il n'existe pas de recettes tout faites pour procéder à une annonce de mauvaises nouvelles, les soignants peuvent s'appuyer sur la méthode SPIKES de Buckman, ou EPICES en français. C'est un protocole qui propose un moyen mnémotechnique rassemblant six points importants pour la communication difficile de mauvaises nouvelles (Davenport & Schopp, 2011). Le E pour l'Environnement signifie l'importance du contexte. Le P nous rend attentif à la Perception du patient. Le I pour l'Invitation, stipule que le médecin doit être attentif à l'invitation implicite du patient à lui donner des informations. Le C de Connaissances souligne l'importance du partage de l'information. Le E pour l'empathie et le S pour Stratégies et synthèse qui invite le médecin à exposer les différentes possibilités qui s'offrent au patient et de conclure l'entretien par un résumer (Teike Lüthi & Cantin, 2011). Cependant cette méthode n'a pas encore été totalement adoptée. Selon Arbabi et al. (2010), la formation dans ce domaine reste encore pauvre : seuls 8% des médecins disent avoir été formés à l'annonce de mauvaises nouvelles.

La méthode SPIKES a déjà été largement traitée dans la littérature scientifique. Toutefois, il paraît important de prendre en compte de manière plus spécifique des stratégies pour les annonces de mauvaises nouvelles, mais du point de vue des soins infirmiers. Dans ce sens, les articles traitant de la communication entre l’infirmière et le patient cancéreux sont des pistes à considérer. La maîtrise d’une bonne communication est essentielle à l’établissement d’une relation d’aide entre l’infirmière et le patient (Rogers, 1968).

Pour résumer, nous avons pu relever que l’annonce de mauvaises nouvelles est un bouleversement de l’équilibre du patient qui engendre des besoins spécifiques autour de la communication (1). L’infirmière, de par sa proximité avec le patient, est très impliquée dans ce processus et va tenter d’y répondre par un partage d’informations et d’émotions. Pourtant, cette dernière peut se sentir démunie face à cette tâche très complexe. De plus, il y a de nombreux obstacles qui peuvent entraver cette communication (2). Le but de ce travail sera donc de trouver des moyens de surpasser ces obstacles afin de soutenir le patient dans ses besoins (3).

Ci-dessous, la problématique dont est issue la question de recherche est représentée sous forme schématique.



2.2 Question de recherche

La question que nous allons développer s'intitule alors :

Qu'est ce qui influence une communication adaptée permettant à l'infirmière de répondre aux besoins des patients atteints de cancer recevant des mauvaises nouvelles ?

Cette question se divise en trois objectifs :

- identifier les besoins des patients recevant des mauvaises nouvelles
- identifier les obstacles à la communication
- décrire les facteurs influençant une communication efficace

Pour notre travail de Bachelor, la population que nous allons étudier englobera les infirmières en milieu hospitalier étant en contact avec des patients atteints de tous types de cancer. Aucune comparaison ne sera faite pour cette question de recherche. Les résultats visent à cerner la communication adaptée permettant aux infirmières de soutenir le patient lors d'annonce de mauvaises nouvelles.

2.3 Buts poursuivis et intérêt pour la pratique infirmière

Après avoir relevé les difficultés rencontrées par les patients et les soignants au moment de l'annonce de mauvaises nouvelles, l'objectif de ce travail sera d'amener des informations tirées des écrits scientifiques répondant à cette problématique. Par leur analyse, nous ressortirons des propositions qui ont pour but d'améliorer la communication des infirmières. Nous espérons que ces pistes d'actions pourront être mobilisées par la suite dans notre propre carrière et par tous les autres professionnels de la santé.

Ce travail a aussi pour but de susciter chez les soignants une remise en question des pratiques actuelles dans le domaine de la communication de mauvaises nouvelles. Nous voulons également sensibiliser le lecteur à la complexité de la tâche pour les infirmières et valoriser ainsi son importance dans ce processus.

3 Cadre théorique

Dans ce chapitre, nous allons exposer des concepts et un cadre de référence choisis en lien avec les problématiques relevées plus haut. Dans la suite de notre travail, ils seront mobilisés pour l'analyse des résultats de notre revue.

3.1 Concepts

Nous allons présenter ci-dessous trois concepts qui ressortent de notre questionnement. Le premier intitulé « relation d'aide selon Rogers » s'intéresse au rapport soignant-soigné et au rôle de l'infirmière. Il expose aussi des outils et attitudes aidants dans la communication. Le deuxième présentera la notion de deuil qui peut être mise en lien avec le ressenti des patients au moment où ils apprennent une mauvaise nouvelle qui bouleverse leur avenir. Enfin, nous parlerons des stratégies de coping. Ces dernières nous renseignent sur des moyens développés par le patient pour faire face au stress qu'il vit lors de l'annonce de mauvaises nouvelles.

3.1.1 La relation d'aide selon Rogers

Dans son livre « Le développement de la personne », Carl Rogers (1968) définit la relation d'aide comme ceci : « J'entends, par ce terme de relation d'aide, des relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d'affronter la vie » (p. 29).

Selon Rogers, il existe trois conditions pour que cette relation d'aide soit possible. Tirées de ses expériences personnelles, ces trois valeurs sont définies par Rogers comme des bases essentielles au soignant dans ses rapports avec le patient.

La première valeur est issue d'un constat que fait Rogers (1968) : « je n'ai jamais trouvé utile et efficace, dans mes rapports avec autrui, d'essayer de maintenir une façade, d'agir d'une certaine façon, à la surface, alors que j'éprouve au fond quelque chose de tout à fait différent » (p.15). Il va alors parler de congruence ou d'authenticité. Cette notion se caractérise par « une correspondance exacte entre l'expérience et la prise de conscience » (Rogers, 1968, p. 238). Rogers (1968) dit que, chez une personne

congruente, ce qui est ressenti dans sa conscience réapparaît de manière conforme dans ce qu'elle communique. Pour le comprendre, il propose un exemple :

Lorsque mon attitude reflète l'agacement que j'éprouve vis-à-vis de quelqu'un, mais que je n'en suis pas conscient, ma communication comprend des messages contradictoires. Mes paroles communiquent un certain message, mais je communique aussi d'une manière détournée l'agacement que j'éprouve, ce qui crée une certaine confusion chez l'autre personne et la rend moins confiante, bien qu'elle aussi puisse être inconsciente de ce qui cause la difficulté entre nous. (Rogers, 1968, p. 40)

Rogers (1968) résume alors ainsi : « Je crois que cette ambiguïté ou cette contradiction dans la communication est toujours présente quand une personne, qui est, à un moment donné, non congruente, s'efforce de communiquer » (p. 238). La façon d'être de l'aidant interagit donc beaucoup dans la communication et la notion de confiance.

Autrement dit, ce qui compte, c'est l'être plus que l'avoir, cet être qui transpire à travers l'attitude. La façon dont nous allons intervenir sera aussi importante que ce que nous dirons. Le signifiant seul peut rendre crédible le signifié. L'attitude est plus parlante que le discours lui-même. La façon dont nous disons les choses doit être notre préoccupation fondamentale... Plus je crois en mes valeurs et moins je dois en faire un usage brutal, magique, péremptoire, rigide, obsessionnel. (De Peretti, 1974, p. 186)

La deuxième valeur fondamentale de toute relation d'aide est la considération positive inconditionnelle. Rogers (1968) prône une acceptation totale de l'autre : le thérapeute devrait porter une attention chaleureuse pour ce que le patient est, sans tentative d'appropriation ou d'influence. Dès lors, « la plus grande barrière qui s'oppose à la communication mutuelle interpersonnelle est notre tendance, toute naturelle, à juger, à évaluer, à approuver ou désapprouver les dires de l'autre personne ou de l'autre groupe » (Rogers, 1968, p.230).

Enfin, Rogers désigne l'empathie comme la troisième condition essentielle dans les rapports soignant-soigné. Il s'agit de « sentir le monde intérieur du client et ses significations intimes comme s'il était le nôtre, quoiqu'en oubliant jamais que ce n'est pas le nôtre » (Rogers, 1989, cité par De Peretti, 1997, p. 94). Il faut donc que le thérapeute « maîtrise son propre cadre de référence à lui, qu'il le met entre parenthèses, pour se situer aussi exactement que possible dans les référentiels de l'autre, sans s'y perdre » (De peretti, 1997, p. 94). Le soignant tend alors vers une compréhension profonde de l'autre qui va ouvrir les voies de la communication, permettant ainsi au patient de faire part de sa perception de l'univers et de ses sentiments (Rogers, 1968).

Nous l'avons compris, les attitudes évoquées ci-dessus (congruence, authenticité, acceptation chaleureuse, non-jugement, empathie, ...) sont indispensables pour

construire une relation d'aide basée sur une bonne communication. Elles vont mener au concept d' « écoute Rogérienne » ou « écoute active ». Cette dernière est définie par un dialogue incluant les attitudes Rogériennes et dans lequel le soignant encourage l'expression du patient, reformule et résume ses propos, dans le but de manifester son intérêt et le faire évoluer positivement (De Peretti, 1974). Elle constitue un outil de communication très utile à la relation d'aide en instaurant un climat de confiance et de sincérité entre les deux intervenants (Townsend, 2004).

3.1.2 Le deuil

Au moment de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, le patient va devoir faire le deuil de sa santé, de son espoir de guérison ou de ses projets d'avenir par exemple.

Bacqué et Hanus (2000) nous expliquent que :

Le deuil est manifestement une des expériences les plus douloureuses et les plus difficiles de la vie. Tout pénible qu'il soit, et pour longtemps, le travail de deuil a un sens, celui de pouvoir continuer à aller de l'avant, continuer de vivre. (p.3)

Elisabeth Kübler-Ross (1969) décrit cinq étapes du processus de deuil. Chaque personne peut vivre ses étapes différemment et y faire des allers-retours de l'une à l'autre. Les cinq étapes sont la dénégation, la révolte, le marchandage, la dépression et l'acceptation. La dénégation commence au moment de l'annonce de la mauvaise nouvelle et la plupart des patients passent par cette étape qui peut être longue. Le patient refuse de croire la vérité et pense que le médecin et les soignants lui mentent. Le malade doit envisager l'éventualité de sa propre mort puis rejeter cette pensée pour pouvoir continuer à vivre. Cette étape est importante car elle sert d'amortisseur du choc et permet au patient de prendre le temps de réfléchir, puis de pouvoir en parler (Kübler-Ross, 1969).

Après la dénégation, le patient ressent des sentiments d'injustice, de colère, d'envie et de ressentiment appelé étape de révolte. Le patient se révolte contre sa maladie, les personnes en bonne santé, ses projets irréalisables mais également contre son entourage et les soignants. Cette étape est donc particulièrement difficile à gérer car il faut être présent auprès du patient qui a besoin d'attention, de respect et de temps pour s'exprimer (Kübler-Ross, 1969).

Toujours selon Kübler-Ross (1969), le marchandage consiste à marchander la vie et le temps qu'il reste au patient. Celui-ci va promettre d'être raisonnable, obéissant, bon et de faire quelque chose en échange d'une semaine ou d'un mois. Dieu est souvent associé à ce moment difficile. Il arrive qu'un sentiment de culpabilité s'ajoute à cette étape.

Au moment de l'étape de la dépression, le patient se rend compte de son état de santé, de ses pertes et des conséquences de sa maladie. Il a besoin de présence et de temps pour exprimer sa tristesse qui l'aidera à s'acheminer vers l'acceptation.

Kübler-Ross (1969) nomme l'acceptation comme dernière étape. Si le patient a eu du temps et a pu traverser les étapes précédentes de façon optimale, il peut entrer dans une période d'apaisement. Le patient est calme, a trouvé une certaine paix, accepte et souvent désire rester seul ce qui est difficile à comprendre pour son entourage.

3.1.3 Les stratégies de coping

Certains événements banals (conflits familiaux, surcharge de travail,...) ou sérieux (maladie grave, décès,...), vont susciter des émotions désagréables chez l'individu qui va percevoir ces situations comme menaçantes pour son intégrité physique et psychique, nommées stress (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Selon Lazarus et Folkman (1984), le stress est une « transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien être » (p.19). L'annonce de mauvaises nouvelles correspond donc tout à fait à cette définition. Dans cette approche que l'on qualifie alors de « transactionnelle », le stress ne réside ni dans l'environnement, ni chez l'individu, mais dans un consensus entre les deux. Elle met donc en évidence l'influence de la perception de la situation par l'individu : les événements de la vie n'ont pas tous le même impact sur les individus. Ce n'est ni leur intensité, ni leur fréquence ou leur gravité qui va déterminer le stress mais le retentissement émotionnel et la signification que l'individu lui donne (Lazarus & Folkman, 1984).

Bruchon-Schweitzer (2001) ressort que :

L'individu ne subit pas passivement les événements de vie aigus et chroniques. Il essaye de « faire face » (to cope). On parle de coping pour désigner les réponses, réactions, que l'individu va élaborer pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer la situation aversive. (p.68)

La réaction individuelle face au stress peut être influencée par certains « filtres » tels que la personnalité, les expériences passées, les ressources, la culture ou encore les convictions.

Lazarus et Folkman (1984) définissent le coping comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources » (p. 141). On distingue deux fonctions

principales du coping : le coping centré sur le problème qui permet de modifier le problème à l'origine du stress et celui centré sur l'émotion qui permet de réguler les réponses émotionnelles au stress en agissant sur nos pensées et nos attitudes. Face à une situation contrôlable, l'individu utilisera la stratégie centrée sur le problème alors qu'en cas d'évènements incontrôlables, il commencera par gérer ses problèmes émotionnels (Lazarus & Launier, 1978). Selon Lazarus et Folkman (1984), le coping et le stress font partie intégrante du processus d'adaptation à toutes les difficultés de la vie.

En conclusion, le coping est un ensemble de réactions et de stratégies élaborées par un individu pour faire face à des situations stressantes et, si aucune stratégie de coping n'est efficace en elle-même, son efficacité varie selon les critères de chaque individu (Bruchon-Schweitzer, 2001).

3.2 L'interactionnisme selon Fornerod

Le modèle de l'interactionnisme de Fornerod a été choisi comme base pour l'analyse de la communication qui pourra être mobilisée dans la suite notre travail de Bachelor.

Selon Fornerod (2007), la communication est définie comme « un processus interactif de construction de sens se réalisant entre subjectivités dans un contexte social. L'information prend une signification, pour un acteur donné, au travers d'une communication mettant en œuvre des mécanismes d'inférence (interprétation) » (p.2). Elle ne correspond donc pas uniquement à une transmission d'information classique (théorie de l'émetteur-récepteur), mais à une interaction au cours de laquelle deux personnes co-construisent un univers commun sur la base de leurs propres visions de la situation (Fornerod, 2007). Quand les deux individus parviennent à s'entendre dans un univers de référence commun, Fornerod (2007) parle alors d'intersubjectivité. Les acteurs œuvrent alors pour construire un objet tiers, chacun avec son identité personnelle (corps, affectif, inconscient, spirituel) et sociale (rôles, statuts sociaux). De plus, Fornerod (2005) souligne l'importance du contexte dans lequel la communication a lieu. Ainsi des facteurs environnementaux tels que le lieu de rencontre, sa durée et les déterminants socioculturels entrent en ligne de compte.

Toute interaction suppose donc une relation entre deux ou plusieurs personnes. Et c'est par le biais de cette relation que peuvent être échangées des significations telles que les pensées, les sentiments, les normes, les actions, etc. De plus, Fornerod (2007) structure la communication autour de quatre canaux principaux : les distances entre les

interactants, les signes non-verbaux, les éléments para-verbaux et le canal langagier.

De manière générale, « Dans le modèle anthroposystémique, le « produit » du travail soignant n'est pas prédéterminé, mais se co-construit dans et par les interactions entre le patient et le soignant » (Fornerod, 2005, p.191). L'infirmière ne fait donc pas pour le patient, mais avec lui, tout en impliquant sa propre subjectivité. C'est ce même principe qui est présent dans la relation d'aide.

4 Méthodes

Dans ce chapitre, nous allons présenter la méthode utilisée pour la réalisation de notre revue. Nous allons tout d'abord justifier le devis de recherche choisi, puis nous présenterons les banques de données et les mots-clés utilisés. Ensuite, nous détaillerons les critères de sélection. Finalement, nous expliquerons nos démarches d'analyse et de synthèse qui sont utilisées pour notre revue de littérature.

4.1 Devis

Le devis choisi pour réaliser ce travail de Bachelor est une revue étoffée de littérature. Celle-ci se rapproche de la revue systématique de littérature définie comme une « démarche scientifique rigoureuse de revue critique de la littérature consistant à rassembler, évaluer et synthétiser toutes les études pertinentes et parfois contradictoires qui abordent un problème donné » (Nadot, 2009, p.1).

Cependant, au vu du niveau d'étude correspondant au Bachelor et du temps limité à disposition dicté par le calendrier académique, ce travail porte sur un nombre restreint de recherches.

La démarche ordinaire d'une revue de littérature consiste à relever un problème de recherche, le préciser en tenant compte de l'état des connaissances, puis à déterminer des cadres conceptuels en lien avec ce problème dans le but de proposer une base pour de futures recherches. Mais notre travail a principalement pour but d'approfondir nos connaissances sur le thème choisi, d'étudier les pratiques actuelles et de s'appuyer sur des résultats probants pour en recommander des améliorations (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2007).

Le devis de recherche de ce travail de Bachelor permet donc de réaliser une synthèse des connaissances actuelles concernant la communication en oncologie. De cette synthèse, nous espérons tirer des pistes d'actions pertinentes pour les soins infirmiers découlant d'une analyse fine des écrits scientifiques.

4.2 Banques de données

Pour trouver les articles scientifiques qui sont utilisés pour cette revue étoffée de littérature, différentes bases de données informatisées doivent être consultées. Nous avons choisi de retenir CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) (<http://www.ebscohost.com/biomedical-libraries/cinahl-plus-with-full-text>) car les études qui y sont référées sont spécifiques aux sciences infirmières. Nous utilisons également Medline (Medical Literature On-Line) dont les articles sont accessibles par le biais du système de recherche de PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

4.3 Mots-clés

Pour la recherche de nos articles, les mots-clés suivant sont utilisés :

- Nursing / soins infirmiers
- Communication / communication
- Bad news / mauvaises nouvelles
- Truth disclosure / annonce de vérité
- Neoplasms ou cancer / cancer
- Oncology/ oncologie
- Help relation / relation d'aide
- Coping / adaptation
- Nurse-patient / infirmière-patient

4.4 Critères de sélection

Dans ce paragraphe, nous décrivons des critères d'inclusion et d'exclusion utilisés pour cibler les articles de notre revue étoffée de littérature.

Les critères d'inclusion suivants décrivent les conditions nécessaires au choix des études. Les années de publication doivent se situer de 2000 jusqu'à ce jour. La population doit être ciblée sur les infirmières au contact de patients atteints de cancer et le phénomène étudié doit traiter de l'annonce de mauvaises nouvelles et/ou de la communication. De plus, les recherches sélectionnées doivent avoir démontré leur pertinence méthodologique en passant par la démarche d'analyse critique. Quant aux critères d'exclusion, afin d'avoir des résultats récents, les études ne doivent pas être publiées avant 2000. Elles ne doivent pas traiter spécifiquement d'une population âgée de moins de dix-huit ans.

Pour la recension des études, nous commençons donc par introduire nos mots-clés dans les banques de données, puis nous les confrontons à nos critères de sélection. Suite à ces étapes, il reste encore de nombreuses recherches. Nous procédons donc ensuite à un triage par la lecture des titres, puis des résumés en s'assurant que tous les critères de sélection soient respectés et que la question de recherche soit bien traitée.

4.5 Stratégies de recherche

Les stratégies utilisées pour la recherche des études dans les banques de données sont présentées ci-dessous sous forme de tableaux.

Dans un premier temps, nous avons identifié dix-huit études. Puis nous en avons retenu seize pour l'analyse. Au final, quinze ont pu être incluses dans les résultats de notre revue. Un schéma a également été réalisé pour résumer et argumenter le choix de nos études. Les études qui ont finalement dû être exclues sont désignées par un astérisque se référant au schéma de la page 24.

4.5.1 Stratégie de recherche n°1

Banque de données	CINAHL
Technique	SU subject terms Articles publiés entre 2000 et 2013
Mots clés	“Cancer” [SU Subject Terms] AND “Nurse-Patient” [SU Subject Terms] AND

	“Communication” [SU Subject Terms] OR “Bad news” [SU Subject Terms]
Résultats	134 articles en date du 19 décembre 2013
Articles sélectionnés :	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Li Hui, T., Emily, A. & Desley, H. (2012). Nurses’ perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 21, 2647–2658. 2. Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J. & Ferrell, B. (2013). Oncology Nurse Communication Barriers to Patient-Centered Care. <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i>, 17, 152-158. 3. *¹ Pedersen, B., Koktved, D.P. & Nielsen, L.L. (2012). Living with side effects from cancer treatment – a challenge to target information. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 715-723. 4. *¹ Goldsmith, J., Ferrell, B., Wittenberg-Lyles, E. & Ragan, S.L. (2012). Palliative Care Communication in Oncology Nursing. <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i>, 17, 163-167. 5. Lehto, R.H. (2012). The Challenge of Existential Issues in Acute Care: Nursing Considerations for the Patient With a New Diagnosis of Lung Cancer. <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i>, 16, 4-11. 6. Stajduhar, K.I., Thorne, S.E., McGuinness, L. & Kim-Sing, C. (2010). Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 19, 2039–2047. 7. Ristevski, E., Breen, S. & Regan, M. (2011). Incorporating Supportive Care Into Routine Cancer Care: The Benefits and Challenges to Clinicians’ Practice. <i>Oncology Nursing Forum</i>, 38, 204-211. 8. Langewitz, W., Heydrich, L., Nübling, N., Szirt, L., Weber, H. & Grossman, P. (2010). Swiss Cancer League communication skills training programme for oncology nurses: an evaluation. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 2266-2277. 9. Uitterhoeve, R., Bensing, J., Dilven, E., Donders, R., DeMulder, P. & Van Achterberg, T. (2009). Nurse–patient communication in cancer care: does responding to patient’s cues predict patient satisfaction with communication. <i>Psycho-Oncology</i>, 18, 1060–1068. 10. *² Wakefield, A, Cooke, S. & Boogis, C. (2003). Learning together: use of simulated patients with nursing and medical students for breaking bad news. <i>International Journal of palliative nursing</i>, 9, 32-38. 	

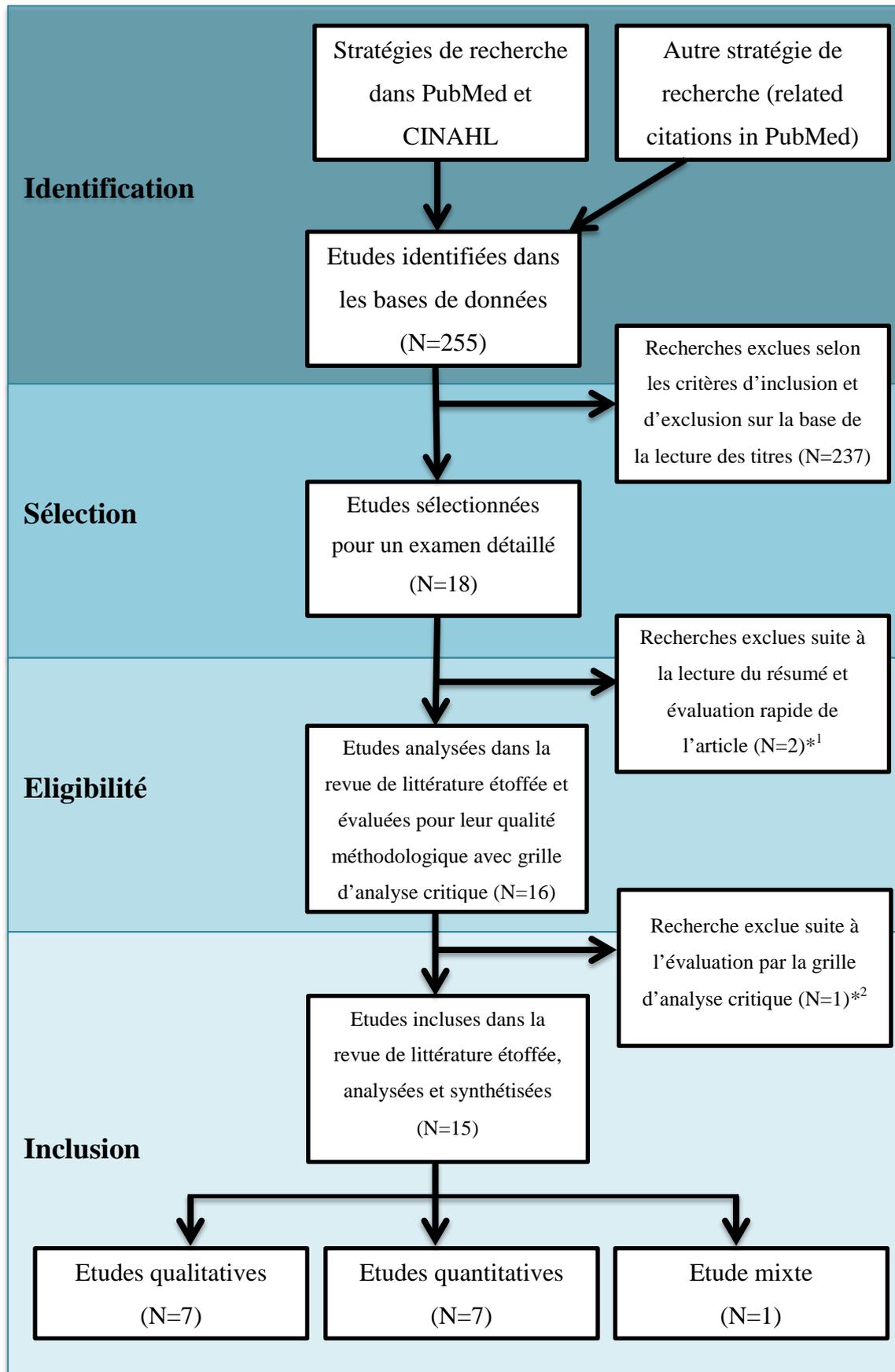
4.5.2 Stratégie de recherche n°2

Banque de données	PubMed
Technique	MeSH term + non-MeSH Title/Abstract term Articles publiés entre 2000 et 2013
Mots clés	((communication skills) AND (((cancer[MeSH Terms]) OR neoplasm[MeSH Terms]) OR oncology[MeSH Terms])) AND ((nurses[Title/Abstract]) OR nursing[MeSH Terms])
Résultats	106 en date du 27 janvier 2014
<p>Articles sélectionnés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Baer, L. & Weinstein, E. (2012). Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations. <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i>, 17, 45-51. 12. Fukui, S., Ogawa, K., Ohtsuka, M. & Fukui, N. (2008). A randomized study assessing the Efficacy of Communication Skill Training on Patients' Psychologic Distress and Coping. <i>American Cancer Society</i>, 113, 1462-1470. 13. Botti, M., Endacott, R., Watts, R., Cairns, J., Lewis, K. & Kenny, A. (2006). Barriers in Providing Psychosocial Support for Patients With Cancer. <i>Cancer Nursing</i>, 29, 309-316. 14. Van Weert, J.C.M., Jansen, J., Spreeuwenberg, P.M.M., Van Dulmen, S. & Bensing, J.M. (2010). Effects of communication skills training and a Question Prompt Sheet to improve communication with older cancer patients: A randomized controlled trial. <i>Critical Reviews in Oncology/Hematology</i>, 80, 145-159. 15. Kruijver, I.P.M., Kerkstra, A., Bensing, J.M. & Van de wiel, H.B.M. (2001a). Communication skills of nurses during interactions with simulated cancer patients. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 34(6), 772-779. 	
<p>Related citations in PubMed:</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Kruijver, I.P.M., Kerkstra, A., Kerssens, J.J., Holtkamp, C.C.M., Bensing, J.M. & Van De Wiel, H.B.M. (2001b) Communication between nurses and simulated patients with cancer: evaluation of a communication training programme. <i>Journal of Oncology Nursing</i>, 5, 140-150. 	

4.5.3 Stratégie de recherche n°3

Banque de données	PubMed
Technique	MeSH term Title/Abstract term Publiés entre 2000 et 2013
Mots clés	((neoplasms[MeSH Terms]) AND communication[title/Abstract]) AND Bad news [title/Abstract]
Résultats	15 en date du 27 janvier 2014
Articles sélectionnés :	
17. Parker, P.A., Baile, W.F., De Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A.P. & Cohen, L. (2001). Breaking Bad News About Cancer: Patients' Preferences for Communication. <i>Journal of Clinical Oncology</i> , 19, 2049-2056.	
Related citations in PubMed:	
18. Bowles, N., Mackintosh, C. & Torn, A. (2001). Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution-focused communication training. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 36, 347-354.	

4.5.4 Processus d'inclusion



Inspiré de PRISMA 2009 Flow Diagram de Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & The PRISMA Group (2009).

4.6 Démarche d'analyse

Une fois la recension des écrits effectuée, la prochaine étape consiste à analyser leur pertinence. La démarche d'analyse permet donc d'évaluer les points forts et les points faibles d'une recherche afin de déterminer si celle-ci peut être utilisée pour notre revue étoffée de littérature. Elle a aussi pour but de structurer l'analyse en consignnant l'information de manière logique et synthétique. On obtient ainsi un bilan des connaissances sur le sujet (Loiselle et al., 2007).

Pour notre démarche d'analyse, nous nous sommes appuyées sur les grilles de lecture critique présentées en annexe B, C et D, en choisissant l'une des trois selon l'approche quantitative, qualitative ou mixte de la recherche. Ces grilles se répartissent en plusieurs items respectant la structure habituelle d'une recherche (titre, résumé, introduction, méthodes, résultats et discussion). Il s'agit de répondre aux questions par « oui », « non » ou « peu clair » dans le but de vérifier la qualité de l'étude analysée. De plus, un espace est consacré pour un éventuel commentaire argumentant des exemples de l'article.

Ces grilles remplies pour nos seize articles se trouvent en annexe F.

4.7 Méthode de synthèse et d'extraction des données

La démarche de synthèse est l'étape qui suit l'analyse. Elle se réalise à l'aide d'une seconde grille (Annexe E) qui se base sur les entêtes suivants : devis, échantillon, buts/question de recherche, cadre de référence/concepts, instruments de collecte des données/variables et traitement des données, résultats, discussion/perspectives, remarques personnelles. Le but est de donner une vue d'ensemble structurée et visuelle d'un article sélectionné et en faire ressortir les points clés. Ainsi, les résultats sont extraits et mis en évidence.

Ces grilles complétées pour nos quinze articles sont présentées en annexe G.

5 Résultats

Afin de poser le contexte, nous commençons par détailler quelques aspects méthodologiques ainsi que les caractéristiques des différentes populations étudiées.

Pays : six études ont été menées en Amérique du Nord, six en Europe dont une en Suisse et les trois dernières viennent de Singapour, du Japon et de l'Australie.

Dates de publication : les études ont été menées entre 2001 et 2013, dont plus de la moitié après l'année 2010.

Devis : nous dénombrons onze études observationnelles (exploratoires, études de cas, enquêtes et corrélationnelles) et quatre études expérimentales dont trois essais randomisés contrôlés. En tout, sept études sont longitudinales contre huit transversales.

Echantillon : huit échantillons d'études se sont basés sur des infirmières (cinq en oncologie et trois dans d'autres domaines hospitaliers), trois sont spécifiques aux patients et les quatre dernières se sont intéressées autant aux infirmières qu'aux patients.

L'article de Stajduhar et al. (2010) prend en compte le point de vue des « fournisseurs de soins », il s'intéressait donc aux infirmières mais également aux médecins.

Suite aux démarches d'analyse et de synthèse des articles, les résultats ont été synthétisés et thématiques dans une grille spécialement conçue, présentée en annexe H. Ils ont été classés en reprenant les trois objectifs de départ : les besoins des patients, les obstacles à la communication et les facteurs influençant une communication efficace. Dans ce chapitre, nous développerons chacun de ces points en sous-catégorie afin de présenter l'ensemble des résultats.

5.1 Les besoins des patients

5.1.1 Le besoin d'être rassuré

Plusieurs études ont relevé que les patients ont besoin d'être rassurés par rapport à leurs peurs (Lehto, 2012 ; Stajduhar et al., 2010 ; Fukui et al., 2008 ; Parker et al., 2001). Selon Stajduhar et al. (2010), les patients apprécient que leurs peurs soient validées à travers le dialogue. Ils ont besoin qu'on leur rappelle qu'ils ne sont pas seuls. Fukui et al. (2008) précisent que, lorsqu'ils se sentent entourés, les patients abordent souvent spontanément leurs expériences négatives pendant les entretiens.

5.1.2 Les besoins spirituels

Deux articles relèvent de l'importance d'aborder la spiritualité dans l'accompagnement des patients (Wittenberg-Lyles et al., 2013 ; Lehto, 2012). Dans l'étude de Lehto (2012), 22% des patients interrogés ont exprimé des préoccupations orientées vers la spiritualité, dont beaucoup de questions sur l'après-mort. Le patient a besoin d'être écouté avec respect pour lui permettre de rechercher du sens à ce qu'il est en train de vivre.

5.1.3 Le besoin d'une relation de confiance avec le soignant

Pour une communication qui implique des thèmes difficiles, il est important qu'une relation de confiance se soit installée entre le patient et le soignant (Stajduhar et al., 2010 ; Ristevski et al., 2011 ; Botti et al., 2006). Selon Ristevski et al. (2011), la relation de confiance que le patient va entretenir avec le soignant peut lui apporter du soutien dans la prise de décision, les informations et la gestion des questions sociales et interpersonnelles. Les compétences dans l'exercice des soins de routine et la démonstration d'une bonne compréhension de l'histoire médicale aident à l'instauration de cette relation (Botti et al., 2006).

De plus, les patients ont exprimé qu'ils apprécieraient qu'il y ait au moins un soignant qui les connaisse bien et qui reste constant durant tout leur parcours. Ils ont également besoin qu'on leur montre de l'attention, tout en maintenant un comportement professionnel, en particulier lorsque leur cancer est en phase avancée. (Stajduhar et al., 2010). Les patients demeurent malgré tout conscients des limites des soignants comme le peu de temps qu'ils ont à disposition pour discuter dans le système de santé actuel. L'important n'est pas le temps réel en minutes mais la façon dont le soignant utilise ce temps. Ainsi, le fait que le soignant se montre disponible favorise une bonne communication (Stajduhar et al., 2010).

5.1.4 Le besoin d'empathie

De nombreuses études relèvent l'importance d'une communication empathique surtout dans les discussions qui compromettent la qualité de vie du patient (Lehto, 2012 ; Stajduhar et al., 2010 ; Ristevski et al., 2011 ; Langewitz et al., 2010 ; Fukui et al., 2008 ; Kruijver et al., 2001a). L'utilisation de phrases empathiques est signe d'une communication efficace (Langewitz et al., 2010) et favorise l'expression des préoccupations des patients (Kruijver et al., 2001a). Dans la méthode de

communication SPIKES, un de ces points est centré l'empathie afin de répondre à ce besoin (Fukui et al., 2008).

5.1.5 Le besoin d'information

Plus de la moitié des articles sélectionnés parlent du besoin d'information des patients (Lehto, 2012 ; Stajduhar et al., 2010 ; Ristevski et al., 2011 ; Langewitz et al., 2010 ; Fukui et al., 2008 ; Botti et al., 2006 ; Van Weert et al., 2010 ; Kruijver et al., 2001a ; Parker et al., 2001). Les patients décrivent souvent une sensation de perte de contrôle face à laquelle ils réclament beaucoup d'informations (Stajduhar et al., 2010). Cela va permettre au patient de saisir la réalité de son diagnostic et de l'intégrer dans une perspective de vie qui fasse sens (Lehto, 2012). La fourniture d'information doit être claire et signifiante (Lehto, 2012), appropriée, précise et détaillée (Botti et al., 2006) et approfondie sur des sujets adaptés aux besoins et à la situation des patients (Van Weert et al., 2010). Elle doit néanmoins tenir compte de la capacité réduite à assimiler les nouvelles et ne pas surcharger les patients (Langewitz et al., 2010 ; Van Weert et al., 2010).

Les souhaits concernant le pronostic sur la durée qu'il reste à vivre varient d'un patient à un autre (Stajduhar et al., 2010).

Les patients ont besoin de recevoir autant d'informations médicales que psychosociales (Langewitz et al., 2010 ; Kruijver et al., 2001a) et qu'on réponde à leurs questions (Parker et al., 2001).

En matière de communication oncologique, les patients ont donc besoin d'un équilibre entre des informations et la gestion des émotions (Langewitz et al., 2010). Selon l'étude de Kruijver et al. (2001a), les infirmières n'explorent pas souvent les sentiments des patients et discutent rarement les aspects émotionnels de la maladie. Il existe donc un déséquilibre entre la communication instrumentale et affective.

5.1.6 Le besoin d'espoir

Selon l'étude de Stajduhar et al. (2010), les patients interrogés ont décrit des besoins très différents concernant l'honnêteté dans les informations. Pour certains, le maintien de faux espoirs serait la pire erreur en matière de communication, alors que pour d'autres ce serait plutôt la destruction de tout espoir. Mais de manière générale, les patients ont besoin de maintenir de l'espoir, même si l'espoir ne porte pas sur la guérison mais plutôt sur la possibilité de vivre pleinement leur vie jusqu'à ce qu'ils

meurent. Langewitz et al. (2010) et Fukui et al. (2008) rejoignent cette étude en mettant l'accent sur la nécessité de faire la balance entre la vérité et l'espoir.

Selon Kruijver et al. (2001b), le fait de se montrer encourageant et optimiste participe au traitement des sentiments d'une personne en détresse psychologique.

5.1.7 Le besoin de réponses aux indices

Les patients utilisent souvent des indices indirects pour exprimer leurs sentiments ou inquiétudes. Ils ont donc besoin que les soignants repèrent ces indices et y répondent, ce qui va augmenter leur satisfaction (Uitterhoeve et al., 2009). A l'inverse, les comportements d'évitements des infirmières face aux indices conduiront à une diminution de l'expression des sentiments des patients (Kruijver et al., 2001a).

5.2 Les obstacles à la communication

5.2.1 Les caractéristiques des patients

Le stade de la trajectoire de la maladie peut influencer la communication. Certaines périodes sont plus difficiles que d'autres au niveau psychosocial, autant pour le patient que pour l'infirmière (Botti et al., 2006). Le début de trajectoire de la maladie est un inhibiteur majeur de la communication, car le choc et le déni diminuent la capacité des patients à absorber les informations et à articuler leurs besoins (Li Hui et al., 2012).

De plus, Li Hui et al. (2012), décrivent les caractéristiques des patients qui peuvent entraver la communication comme les personnalités-défis. Cela concerne notamment les patients très demandeurs, qui se plaignent beaucoup ou manipulateurs.

5.2.2 Les propres peurs de l'infirmière

Dans l'étude de Li Hui et al. (2012), certaines infirmières ont relevé que leurs propres peurs peuvent entraver la communication, tout comme le fait de ne pas pouvoir répondre aux questions des patients. Il est d'autant plus difficile lorsque cela touche des thèmes délicats comme la mort ou la sexualité.

Botti et al. (2006) reconnaissent également la difficulté et la vulnérabilité des infirmières travaillant avec des patients cancéreux car elles sont entraînées dans leur monde émotionnel.

5.2.3 La diversité culturelle et générationnelle

Les cultures et les religions influencent beaucoup les perceptions des patients, en particulier sur la mort, et complexifie donc la communication. La barrière de la langue avec les patients étrangers, mais également le personnel infirmier immigré, constitue l'entrave principale à une communication efficace (Li Hui et al., 2012). D'autre part, les cultures asiatiques ont pour coutume de peu exprimer leurs sentiments négatifs, ce qui constitue un défi pour la communication (Li Hui et al., 2012 ; Fukui et al., 2008).

Van Weert et al. (2010) présentent également les difficultés liées aux besoins spécifiques des patients âgés atteints de cancer comme la diminution des capacités cognitives, la surdité ou les écarts générationnels.

5.2.4 L'image des infirmières

Dans l'opinion publique, l'image de l'infirmière est peu respectée et manque de crédibilité aux yeux des patients. Cela entrave la communication car ces derniers ne reconnaissent pas l'infirmière comme une professionnelle de confiance vers qui s'adresser pour demander des informations mais plus comme une travailleuse domestique, croyant que seuls les médecins ont des connaissances (Li Hui et al., 2012). Le manque de confiance en soi des infirmières participe également à cette vision (Wittenberg-Lyles et al., 2013 ; Ristevski et al., 2011).

5.2.5 Le manque de temps

Quatre études ont relevé l'importance d'avoir du temps dans les soins en communication (Li Hui et al., 2012 ; Stajduhar et al., 2010 ; Ristevski et al., 2011 ; Botti et al., 2006).

Dans le système de santé actuel, le soignant a peu de temps pour la discussion avec les patients. Le fait que le patient ressente que le soignant est pressé ou n'est pas vraiment présent peut entraver la communication (Stajduhar et al., 2010). L'environnement et un management orienté vers les tâches peuvent influencer une mauvaise qualité de la communication (Li Hui et al., 2012). Selon Ristevski et al. (2011), il y a notamment un problème de déséquilibre entre les tâches habituelles en chimiothérapie et la discussion psychosociale. Et parfois, la discussion doit être interrompue à cause des besoins en soins d'autres patients.

D'autre part, face aux collègues ou à l'hôpital, le fait de s'asseoir avec un patient peut parfois entraîner la peur que cela soit perçu comme de l'inactivité ou de la paresse (Li Hui et al., 2012).

Un autre défi consiste à trouver le bon moment pour parler avec le patient alors que cela pourrait se produire à toutes heures, surtout la nuit car les patients ont le temps de réfléchir. La charge de travail des infirmières est un obstacle potentiel à leur capacité à fournir des soins psychosociaux (Botti et al., 2006).

5.2.6 La collaboration avec le médecin et au sein de l'équipe

Les médecins annoncent généralement la mauvaise nouvelle sans le personnel infirmier et ne réalisent pas les conséquences d'une telle action comme le risque de pertes d'informations ou que le patient ressente un abandon au niveau émotionnel. Il est difficile ensuite, pour les infirmières, de reprendre la communication avec le patient (Botti et al., 2006 ; Wittenberg-Lyles et al., 2013).

L'infirmière peut, par ailleurs, être au courant du diagnostic avant que le patient en soit informé, ce qui la place dans une position inconfortable et inhibe la communication (Botti et al., 2006).

Le manque de transmissions au sein de l'équipe infirmière crée également des difficultés de communication avec les patients car cela engendre des incohérences dans les discours. Par exemple, les réponses peuvent diverger d'une infirmière à l'autre lorsque le patient ou sa famille pose des questions (Wittenberg-Lyles et al., 2013).

5.2.7 L'utilisation de questions fermées

Les questions fermées sont des questions directes qui demandent des renseignements précis et limitent par conséquent la liberté d'expression du patient. Dans les études de Kruijver et al. (2001a ; 2001b), les infirmières ont posé des questions essentiellement fermées (88%) ce qui ne donne pas la possibilité au patient de s'exprimer librement.

5.3 Les facteurs influençant une communication efficace

5.3.1 La formation

Dans les facteurs influençant une communication efficace, nous avons pu ressortir huit études qui traitent de différentes formations pour les infirmières dans le but d'améliorer leurs compétences communicationnelles.

Formation en communication centrée sur le patient

Wittenberg-Lyles et al. (2013) ont conçu un programme nommé CONFORT pour enseigner une communication centrée sur le patient applicable dans les soins palliatifs et lors de l'annonce de mauvaises nouvelles. Le programme s'appuie sur sept principes qui sont la communication, l'orientation, l'opportunité, la présence consciente, la famille et l'ouverture. Cela permettra aux infirmières d'apprendre à pratiquer des techniques de communication centrée sur le patient.

Un autre programme, présenté dans l'étude de Langewitz et al. (2010), s'appuie également sur les théories de la communication centrée sur le patient.

Formation en soins de soutien

Le projet de « victoria's cancer action plan 2008-2011 » consiste en l'élaboration d'un kit de ressource pour les soignants qui leur fournissent des supports et les forme pour les soins de soutien. Ainsi, les cliniciens devraient améliorer leurs connaissances et leurs compétences pour évaluer les besoins des patients en soins de soutien et être capable d'utiliser les différents outils pour mieux y répondre (Ristevski et al., 2011).

Programme d'entraînement aux compétences communicationnelles

Plusieurs études présentent des programmes qui entraînent les infirmières à l'acquisition de compétences en communication (Langewitz et al., 2010 ; Baer & Weinstein, 2012 ; Van Weert et al., 2010 ; Kruijver et al., 2001b).

Le programme d'entraînement de la ligue suisse contre le cancer permet d'augmenter l'empathie, la rassurance et l'optimisme, de diminuer le temps de parole ininterrompu et le contenu médical ainsi qu'augmenter le contenu psychosocial et pour finir, de donner de meilleures réponses aux indices des patients. Dans ce programme, les infirmières ont participé à deux séminaires de cinq jours composés de théorie sur la communication, d'enseignement de techniques d'expression et de pratique de jeux de rôle avec des patients simulés (Langewitz et al., 2010).

Baer & Weinstein (2012) ont mis en place un projet éducatif pour améliorer les compétences en communication thérapeutique des infirmières en oncologie. Des enquêtes ont été faites après le programme et ont révélé l'importance de mettre en place des formations adaptées.

Dans l'étude de Van Weert et al. (2010), les infirmières ont reçu une formation d'une journée dans le but d'améliorer l'éducation pour les patients âgés atteints de cancer en

examinant leurs besoins spécifiques autour de leur maladie. Des améliorations ont été mesurées dans le groupe expérimental sur la communication adaptée, affective et interpersonnelle.

Kruijver et al. (2001b) ont mis en place une formation sur les compétences en communication affective (axée sur les émotions) et instrumentale (axée sur les informations médicales) pour les infirmières. Des améliorations ont été constatées pour la communication instrumentale. Ce programme a aussi un impact sur la confiance des infirmières pour aborder ces sujets délicats et donc sur la diminution des comportements de distanciation.

Toutes ces études démontrent la nécessité de mettre en place puis d'appliquer des programmes de formation en communication pour les infirmières.

Méthodes SPIKES

Une formation en communication reprend la méthode en six étapes SPIKES pour stimuler et soutenir psychologiquement et émotionnellement les patients ainsi que pour réduire à long terme leur détresse psychologique. Dans les 41 entretiens menés avec cette méthode, 22 entrevues ont amélioré la communication (Fukui et al., 2008).

Formation sur la communication centrée sur les solutions

Bowles et al. (2001) ont évalué une formation sur la communication inspirée de la thérapie brève centrée sur les solutions [SBFT]. Des techniques de SBFT ont été enseignées aux infirmières lors d'une formation de quatre jours. Cela a permis d'améliorer leur sentiment de confiance et de compétence ainsi que la volonté d'initier des conversations difficiles. Suite à leur formation, les infirmières ont réalisé qu'elles ne devaient plus avoir la pression de trouver des solutions pour le patient mais redonner le pouvoir entre ses mains (*empowerment*). Après la formation, les infirmières se sont décrites comme étant plus à même de permettre aux patients de négocier des objectifs appropriés, de susciter et amplifier les réalisations, les forces et les sources de résilience des patients. Cela a conduit à un plus grand sentiment de maîtrise de soi et réduit l'anxiété dans leurs interactions (Bowles et al., 2001).

5.3.2 Le soutien de la direction et l'organisation des soins

Trois études relèvent l'importance de l'implication et du soutien de la direction en faveur d'un management de soins favorisant la communication au sein de ses services (Li Hui et al., 2012 ; Stajduhar et al., 2010 ; Ristevski et al., 2011).

L'institution doit mettre à disposition les moyens nécessaires pour la formation et l'application des soins de soutien dans les services. Ces derniers doivent être promus comme valables par les hôpitaux et l'appui institutionnel doit inclure la formation des cliniciens, le dépistage systématique coordonné aux soins cliniques et des ressources adéquates telles que la majoration du temps infirmier prévu (Ristevski et al., 2011). Dans le même sens, Stajduhar et al. (2010) encouragent la direction à trouver le temps et l'espace pour entamer les discussions avec les patients.

Selon Li Hui et al. (2012), la direction des soins devrait être plus orientée vers une approche holistique qui encouragerait les infirmières à s'asseoir et communiquer avec le patient en adoptant un management moins orienté vers les tâches mais plus vers la communication.

5.3.3 Utilisation d'un support écrit

La communication peut également être favorisée par le biais de supports écrits comme le montrent Ristevski et al. (2011). Ils ont évalué la mise en place d'un support écrit sous forme de questionnaire pouvant être utilisé par les infirmières auprès des patients. Celui-ci est une bonne ressource qui permet d'initier les discussions avec plus de facilité et d'aborder une large palette de thèmes qui ne sont pas souvent amenés spontanément par les patients ou les cliniciens, comme la sexualité par exemple. Ce support sert également à donner un but à l'interaction et un espace au patient pour qu'il puisse s'exprimer. Le remplissage du questionnaire est aussi l'occasion de renforcer les connaissances que les patients avaient déjà et d'apporter de nouvelles informations. Enfin, l'instauration du support a permis de construire des liens avec le patient et d'améliorer le soutien entre collègues (Ristevski et al., 2011).

6 Discussion

Cette revue de littérature a pour but d'investiguer la communication adaptée pour répondre aux besoins des patients atteints de cancer recevant des mauvaises nouvelles. Les quinze études retenues ont permis de mettre en évidence des thèmes qui correspondent aux objectifs fixés en lien avec notre question de recherche. Il ressort que les patients ont besoin d'être rassurés, de spiritualité, d'une relation de confiance et d'empathie du soignant, d'information, d'espoir et de réponses à leurs indices. En parallèle, des obstacles à la communication ont été observés comme les caractéristiques des patients, les propres peurs de l'infirmière, la diversité culturelle ou générationnelle, l'image de la profession, le manque de temps, la collaboration d'équipe ainsi que les questions fermées. Les résultats ont également permis d'identifier des facteurs influençant une communication efficace comme les formations, le soutien de la direction et l'organisation des soins, ainsi que l'utilisation d'un support écrit.

Dans la discussion, les résultats les plus probants vont être repris avec une vision critique de la méthodologie et comparés avec des études antérieures ; puis ils seront mis en lien avec le cadre théorique. Nous ferons ensuite une critique de notre revue en présentant ses limites et ses forces. Enfin, quelques recommandations et perspectives issues de cette revue de littérature seront présentées.

6.1 Les besoins des patients

Lehto et al. (2012), Stajduhar et al. (2010) et Fukui et al. (2008) ont mis en évidence le besoin d'être rassuré des patients par rapport à leurs peurs, leur anxiété et leur détresse psychologique après avoir reçu une mauvaise nouvelle. Ce qui rejoint les propos de Buckman (2001) qui avait déjà décrit les réactions négatives qui découlent de cette annonce et auxquelles les soignants doivent être attentifs. Il avait également nommé le désespoir comme une émotion pouvant être ressentie par le patient cancéreux. Cela serait en adéquation avec les résultats de notre revue dont quatre articles ont relevé un besoin d'espoir des patients.

Trois études dont la méthodologie est fiable (cf. Annexe F, p.70, 73 et 91) ont relevé l'importance d'une relation de confiance entre le patient et le soignant (Stajduhar et al.,

2010 ; Ristevski et al., 2011 ; Botti et al., 2006). De plus, créer une relation de confiance soignant-soigné permet aussi de créer une alliance thérapeutique (Stiefel et al., 2006).

Le besoin d'empathie est également un résultat qui ressort fortement car il est soulevé par six études sur les quinze retenues. Celui-ci apparaît comme stratégie citée dans plusieurs articles.

Nous avons déjà abordé l'importance pour les patients de recevoir des informations claires et compréhensibles dans la problématique (Stiefel et al., 2006 ; Voelter et al., 2005) et ce besoin s'est confirmé dans plus de la moitié des études analysées.

L'importance que les patients accordent à la concordance des réponses des soignants à leurs indices semble être un résultat probant. Bien que ce sujet ne soit traité uniquement par une étude (Uitterhoeve et al., 2009.), la méthodologie de cette dernière semble très fiable (cf. Annexe F, p.79) avec un échantillon de 134 personnes. De plus, une autre étude parle des risques des comportements d'évitements (Kruijver et al., 2001a) qui s'apparentent à une non-réponse aux indices. Mihura et Erbaut (2008), cités dans l'état des connaissances, parlent également de mécanismes de défense des soignants pouvant entraver la communication, telle que la fuite ou la banalisation.

6.2 Les obstacles à la communication

L'article de Li Hui et al. (2012) cite la peur des infirmières comme entrave à la communication. Dans notre problématique, nous avons déjà relevé cette difficulté. En effet Buckman (2001) nous dit que les soignants ressentent des peurs qui peuvent être pénibles à supporter : la peur de faire mal, de provoquer une réaction, d'avouer son ignorance, d'exprimer des sentiments, de recevoir des reproches, d'être face à un domaine non étudié ou la peur de sa propre maladie, de sa propre mort. Cela dit, la recherche menée par Li Hui et al. (2012) est une étude qualitative comprenant un échantillon relativement faible (N=10). Toutefois, la méthodologie étant correcte par rapport au devis (cf. Annexe F, p.63), nous considérons que ce résultat peut être pris en compte.

Un résultat intéressant ressortant de nos études est celui de la diversité culturelle à laquelle nous rendent attentif Li Hui et al. (2012) et Fukui et al. (2008). Ces deux articles proviennent de Singapour et du Japon. La généralisation de leurs conclusions est donc relative étant donné que certaines problématiques sont traitées plus spécifiquement pour l'Asie. Cependant, les résultats de l'article de Singapour ont de grandes similitudes

avec la Suisse pour laquelle les problèmes de diversité culturelle se posent également dans les soins, tant auprès des patients que du personnel immigré. Dans l'article de Fukui et al. (2008), les auteurs soulignent l'individualité des réactions émotionnelles des patients selon leur culture. Choses que nous pouvons retenir et appliquer également en Suisse.

L'article de Li Hui et al. (2012) met également en évidence la faiblesse de la crédibilité de la profession infirmière dans l'opinion publique. Il nous paraît intéressant et important de souligner ce thème car cela peut affecter les infirmières dans leur pratique, bien qu'il n'y ait qu'un seul article qui en parle. Comme relevé plus haut, la taille de l'échantillon de cet article étant critiquable, nous aurions besoin de plus amples études pour traiter et confirmer cette problématique. Il y a toutefois deux autres études qui soulignent qu'un manque de confiance en elles des infirmières peut accentuer cette vision (Wittenberg-Lyles et al., 2013 ; Ristevski et al., 2011).

Dans notre problématique, nous n'avons pas pris en considération l'aspect du temps. Cependant, dans nos résultats, il ressort qu'un manque de temps dans les soins constitue un défi pour une communication efficace. Ce résultat est considérable puisqu'il est appuyé par quatre études (Li Hui et al., 2012 ; Stajduhar et al., 2010 ; Ristevski et al., 2011 ; Botti et al., 2006).

6.3 Les facteurs influençant une communication efficace

Formation

Dans la problématique, nous avons cité Arbabi et al. (2010) qui constataient que les médecins bénéficiaient de peu de formation en matière de communication. Or, dans nos recherches d'articles, nous avons remarqué que de nombreuses formations étaient mises en place pour les infirmières. Cette contradiction peut être due au fait que nous nous intéressons plus spécifiquement à la profession infirmière ou que ce domaine a pu se développer durant ces dernières années.

La formation est un thème qui ressort dans plus de la moitié de nos articles retenus. Dans l'ensemble, les auteurs mettent en place ou évaluent ces programmes de formation dédiés aux infirmières travaillant principalement en oncologie. Malgré que toutes ces recherches se rejoignent sur le même thème, elles proposent des formations très différentes et qui varient dans leur efficacité. Nous avons pu constater que les améliorations après la formation sont indépendantes de la taille de l'échantillon. L'étude

de Van Weert et al. (2010), par exemple, a un échantillon de 210 patients et 79 infirmières et les résultats ne sont pas significatifs dans toutes les catégories (cf. Annexe F, p.93). Cependant la formation proposée dans cet article est intéressante à considérer car elle apporte des améliorations sur la communication affective et interpersonnelle.

Une des formations qui semble la plus importante à retenir est le programme d'entraînement aux compétences communicationnelles de la Ligue Suisse contre le Cancer (Langewitz et al., 2010). Elle nous intéresse particulièrement car elle a été menée en Suisse et représente donc un modèle pour la pratique infirmière dans notre pays. De plus, l'étude présente une taille d'échantillon importante (N=61) ainsi qu'une méthodologie fiable (cf. Annexe F, p.76). Les résultats sont tous significatifs et ont démontré une amélioration des compétences sur l'empathie, la rassurance et l'optimisme, la diminution du temps de parole ininterrompu et du contenu médical ainsi que l'augmentation du contenu psychosocial et la meilleure réponse aux indices.

L'article de Baer & Weinstein (2012) ressort plutôt un état des connaissances. Ces auteurs font une enquête sur la communication, mais la formation n'est pas évaluée ce qui rend cet article plutôt faible au niveau des preuves, de l'évaluation et des résultats (cf. Annexe F, p.86). L'étude est, malgré cela, intéressante car elle traite des changements avant et après la formation et note les manquements au niveau des programmes en communication pour les infirmières en oncologie.

Une autre formation concerne la communication centrée sur les solutions (Bowles et al., 2001). Cette approche est intéressante car elle est en harmonie avec les valeurs en soins infirmiers comme l' *empowerment*, l'augmentation de la responsabilité des patients et la participation aux soins. Toutefois, cette étude présente des lacunes au niveau méthodologique : l'échantillon est petit (N=16), des participants se sont désistés au cours de la recherche et les outils de mesure ne sont pas approuvés. Au final, seul un des résultats quantitatifs a réellement été démontré significativement. Il s'agit de l'augmentation de la volonté des infirmières à initier des conversations difficiles après la formation. Cette étude est partie du constat qu'il est important de s'appuyer sur une formation validée scientifiquement. D'autre part, les auteurs apportent une critique de l'approche centrée sur les patients dont l'efficacité n'avait pas été démontrée. Mais plusieurs années après, une étude suisse a évalué positivement l'impact d'une formation en communication centrée sur le patient (Langewitz et al., 2012). Nous considérons donc ces deux approches autant valables l'une que l'autres, bien que différentes.

La formation de Fukui et al. (2008) se base sur la méthode SPIKES qui correspond à EPICES en français comme présentée dans la problématique (Teike-Lüthi & Cantin, 2011). Nous avons déjà relevé que cette méthode est intéressante en matière de communication de mauvaises nouvelles et aide les infirmières à être plus structurées dans leurs entretiens. Pourtant, les résultats de l'article de Fukui et al. (2008) ne montrent pas une amélioration significative malgré une étude avec une bonne méthodologie (cf. Annexe F, p.88).

Soutien de la direction et organisation des soins

Dans notre revue, nous avons surtout considéré les infirmières mais il ressort également des résultats au niveau organisationnel. Pour une bonne communication, il faut un environnement propice et aidant. Trois études soulignent alors l'importance du soutien de la direction et de l'organisation des soins (Li Hui et al., 2012 ; Stajduhar et al., 2010 ; Ristevski et al., 2011). Cet aspect nous semble donc important à prendre en compte.

Utilisation d'un support écrit

Une seule étude traite de l'utilité d'un support écrit qui permettrait d'entrer en communication et d'évaluer les besoins en soins de soutien auprès des patients (Ristevski et al., 2011). Le petit échantillon (N=6) et le devis qualitatif démontrent un niveau de preuve faible. Le thème de cette étude est néanmoins intéressant par l'idée du support écrit. Même si l'échantillon est petit, il a donné lieu à des résultats concrets axés sur l'expérience des infirmières. Il serait non négligeable que d'autres recherches soient faites sur ce sujet.

6.4 Liens entre les catégories

Après avoir discuté séparément les résultats dans les trois catégories, nous allons maintenant faire des liens entre les besoins des patients, les obstacles à la communication et les formations.

En premier lieu, nous tenons à souligner qu'il a été difficile de mettre chaque résultat dans des catégories. Nous avons remarqué qu'il y avait de nombreuses concordances et que les stratégies peuvent devenir des besoins ou inversement. Par exemple, le besoin d'empathie des patients peut aussi être tourné comme une stratégie pour les infirmières :

être empathique. De même, tous les obstacles tournés au négatif peuvent également devenir des facteurs favorisant la communication.

Dans l'ensemble, nous avons remarqué très peu de contradictions dans nos résultats. De nombreux liens sont donc possibles entre les catégories.

En analysant les thèmes des besoins des patients, des obstacles et de la formation issus des résultats de nos recherches, nous avons pu établir les rapports entre eux. Nous avons donc remarqué que les formations ont pour but de former les infirmières à une communication efficace qui tiendrait compte des besoins des patients et surmonterait les obstacles.

Concrètement, nous avons remarqué que la formation proposée par Kruijver et al. (2001) a pour but d'entraîner les infirmières à mieux répondre au besoin d'information des patients que nous avons justement relevé dans nos résultats. La formation va aussi aider les infirmières à surmonter leurs peurs identifiées comme un obstacle dans la première partie des résultats. En effet, le programme augmente le propre sentiment de contrôle des infirmières dans les situations émotionnellement lourdes, ce qui diminue leurs peurs.

La formation centrée sur les solutions de Bowles et al. (2001) permet quant à elle de répondre à deux besoins précédemment identifiés : le besoin d'espoir en construisant un sentiment d'optimisme et le besoin d'être rassuré en diminuant l'anxiété des patients. En se formant, les infirmières augmentent leur confiance en elles et se sentent alors plus à même d'initier des conversations délicates. L'obstacle de leurs peurs est alors surmonté grâce à la formation.

D'incroyables concordances ont été constatées entre les besoins des patients que nous avons identifiés et les effets du programme de la Ligue Suisse contre le Cancer (Langewitz et al., 2010). Nous retenons cette formation comme celle qui se démarque des autres par ses résultats très probants, ayant un réel impact sur la réponse aux besoins des patients. En effet, le programme de la Ligue Suisse contre le Cancer permet d'agir sur le besoin d'empathie des patients, d'espoir, d'être rassuré et de réponses à leurs indices. Il permet également à l'infirmière de mieux faire l'équilibre entre la communication médicale et psychosociale, en augmentant la communication psychosociale et en diminuant le contenu médical.

Dans la formation sur la méthode SPIKES (Fukui et al., 2008), nous avons aussi remarqué de grandes similitudes avec les thèmes identifiés précédemment dans les besoins et les obstacles. La lettre S correspond à l'environnement qui peut se référer

dans nos résultats au manque de temps pour communiquer et aux questions organisationnelles. La lettre P pour les préférences des patients nous rappelle qu'il faut être attentif aux besoins des patients et à leur individualité. Dans la méthode SPIKES, le I pour invitation peut s'apparenter dans nos recherches par le besoin des patients d'avoir des réponses à leurs indices. La lettre K pour *Knowledge* correspond au besoin d'informations des patients qui ressort dans la plupart de nos recherches. Le E correspond à l'empathie qui est également un thème que nous avons identifié dans nos résultats. Nous constatons donc que pour chaque lettre de la méthode, nous avons identifié des thèmes similaires dans nos résultats.

En conclusion, ce chapitre a permis d'apporter des pistes de réponses à notre question de recherche : « Qu'est ce qui influence une communication adaptée permettant à l'infirmière de répondre aux besoins des patients atteints de cancer recevant des mauvaises nouvelles ? ».

Comme nous l'avons vu, différents types de théorie en communication permettent de répondre aux différents besoins des patients : la communication centrée sur les patients, centrée sur les solutions, la communication instrumentale et la communication affective. Il n'y a donc pas qu'une seule communication efficace mais plusieurs combinaisons possibles pour chaque situation de soins.

La formation sur ces théories et l'entraînement pratique sont des moyens qui vont permettre aux infirmières de développer leurs compétences en communication et leur permettre ainsi de répondre de manière adaptée aux besoins des patients lors d'annonce de mauvaises nouvelles.

Notre revue a également relevé la nécessité que l'organisation des soins s'adapte pour privilégier autant les soins relationnels que les soins techniques.

6.5 Discussion des résultats avec cadre théorique

Suite à la synthèse de nos articles, nous réalisons que certains concepts présentés dans l'état des connaissances semblent plus pertinents que d'autres. Pour cela, nous nous baserons plutôt sur la relation d'aide de Rogers et sur notre cadre de référence, l'interactionnisme de Fornerod, pour mettre en lumière nos résultats.

En ce qui concerne le concept de relation d'aide, nous pouvons voir des similitudes entre nos résultats et les trois valeurs Rogériennes.

L'authenticité est relevée par Rogers comme un élément fondamental de la relation d'aide. Nous ne retrouvons pas telle quelle cette valeur dans nos résultats, cependant certains éléments peuvent s'y rattacher. Par exemple, Kruijver et al. (2001a) relèvent qu'il est aidant pour les patients de bénéficier d'une communication affective. Ils mettent l'accent sur l'importance de l'attitude affective auprès des patients comme la gestion des émotions par le toucher, plutôt que la fourniture d'informations médicales. Dans le même sens, Rogers cité par De Peretti (1974) dit que « l'attitude est plus parlante que le discours lui-même » (p. 186).

La valeur de considération positive inconditionnelle de Rogers rejoint le thème du besoin d'une relation de confiance avec le soignant que de nombreuses études ont relevé. En effet, le patient a besoin de se sentir en confiance pour pouvoir s'exprimer librement, sans peur d'être jugé, comme nous le disent également Fukui et al. (2008).

Rogers désigne l'empathie comme le troisième élément central dans la relation thérapeutique. C'est une valeur qui a également été relevée dans nos résultats comme un besoin fondamental pour le patient dans la communication.

La relation d'aide va permettre une bonne communication basée sur la pratique de l'écoute active. La formation de la Ligue Suisse contre le Cancer (Langewitz et al., 2010) a permis aux infirmières d'augmenter le temps de parole ininterrompu des patients, signe d'une amélioration de leur compétence en écoute active. Proposer des formations spécifiques aux infirmières peut donc être une solution efficace pour améliorer les compétences concernant l'écoute active.

Plusieurs éléments de nos résultats peuvent être mis en lien avec le modèle de l'interactionnisme selon Fornerod. Dans cette théorie, l'interaction ne consiste pas uniquement à une transmission d'information, mais elle est décrite comme un échange entre deux acteurs dans le cadre d'une relation et d'un contexte. A travers nos résultats, il ressort également le besoin du patient d'une relation de confiance et d'un contexte favorable à la communication (temps, espace, organisation). De plus, Fornerod (2005) souligne l'importance de prendre en compte le patient dans son individualité. Ce que nous retrouvons dans nos résultats sous les thèmes des soins centrés sur le patient, du besoin d'information adaptée et des caractéristiques des patients. Dans l'interactionnisme, il faut s'adapter à la singularité culturelle de chaque individu. Dans la même idée, nous avons relevé que la diversité culturelle peut être une barrière dans la communication lorsque les infirmières n'en tiennent pas compte.

Fornerod parle aussi de la notion de partenariat entre les deux individus. L'infirmière doit faire avec le patient et non pour lui. C'est ce qui ressortait également de la formation centrée sur les solutions qui tendait à favoriser l'*empowerment* des patients (Bowles et al., 2001) et des soins centrés sur le patient qui encourageait l'implication de ce dernier dans son plan de soins (Langewitz et al., 2010).

6.6 Limites de la revue

La généralisation des conclusions de cette revue de littérature doit être considérée avec précaution. En effet, ce travail contient certaines limites à prendre en compte.

Tout d'abord, il comprend des articles provenant de différents continents, ce qui rend les résultats difficilement transférables au système de santé helvétique. Seule une étude a été menée en Suisse. De plus, quatre études ont été publiées il y a plus de dix ans, risquant légèrement de biaiser les résultats en présentant des données peu actuelles. D'autre part, de nombreuses recherches datant d'avant 2000 n'ont pas pu être incluses dans cette revue malgré qu'elles auraient pu apporter des réponses intéressantes à la question de recherche.

Tous les articles ne traitent pas de nos trois objectifs à la fois et leur contenu est très diversifié. La démarche de synthèse a donc été menée selon notre propre appréciation des résultats les plus probants et des nombreux liens pouvant être faits entre eux.

Le nombre restreint de recherches analysées dans cette revue représente également une limite. Le temps imparti pour la réalisation de ce travail, inséré dans un cursus de formation, en est la cause. Si un plus grand nombre d'étude avait été considéré, les résultats auraient apporté une plus grande richesse et fiabilité à nos conclusions. De plus, nous nous initions au domaine de la recherche scientifique et il s'agit là d'une première expérience d'écriture d'une revue étoffée de littérature.

6.7 Forces de la revue

Le fait de réaliser ce travail de Bachelor à deux est positif car il a permis d'inclure un plus grand nombre de recherche, d'avoir une vision plus élargie et de discuter les analyses critiques des articles ensemble, lors d'hésitations.

Le point relevé ci-dessus concernant les pays d'origine des articles peut également être une force car cette diversité apporte une richesse de point de vue et d'expériences à nos

résultats. Les pays concernés ont tout de même tous une culture et une vision des soins similaires qui pourrait être transférable à la Suisse. De plus, une des recherches de cette revue a été menée en Suisse et constitue une grande ressource pour la pratique locale. Dans la plupart de nos études, l'échantillon est composé d'infirmières travaillant en oncologie ce qui apporte des réponses ciblées à la question de recherche. Pour terminer, les connaissances acquises sur le sujet ainsi que le développement d'une posture méthodologique sont des apprentissages qui pourront être mobilisés dans notre future pratique infirmière. Cela nous positionnera comme ressources auprès de l'équipe soignante pour répondre à des questionnements issus du terrain en se basant sur la littérature scientifique.

6.8 Recommandations

A travers l'état des connaissances, les fondements théoriques et les études retenues, différents résultats ont mis en évidence l'importance et la complexité de la communication lors de mauvaises nouvelles. Une communication efficace a de nombreux enjeux qui vont influencer la qualité de vie des patients et des soins. C'est pour cela que les infirmières doivent impérativement se sensibiliser à cette problématique et entreprendre des interventions pour mieux répondre aux besoins des patients. A plus haute échelle, il semblerait également important que les sciences infirmières s'y intéressent davantage.

Nous allons donc présenter ci-dessous des perspectives issues de notre revue pour la pratique clinique, la formation et les futures recherches.

6.8.1 Pratique clinique

Nous pouvons présenter, sous forme de *guideline*, des stratégies utiles à la pratique infirmière pour répondre spécifiquement aux thèmes mis en évidence dans notre revue :

- | | |
|----------|--|
| Empathie | <ul style="list-style-type: none">- exprimer authentiquement de l'empathie et explorer le vécu du patient- partager des petits contacts physiques empathiques (sourire, toucher, prendre la main)- pratiquer l'écoute active |
|----------|--|

Information	<ul style="list-style-type: none"> - porter plus d'attention aux phases de la trajectoire de la maladie - donner des informations claires, détaillées, significatives, appropriées et adaptées au patient - utiliser des formats variés (diagramme, images, etc.) - informer à différents points dans le temps - recommander des sites spécialisés ou livres - avouer ses propres limites de connaissances - rester attentif aux émotions des patients - faire la bonne balance entre l'espoir et la réalité - rechercher des informations auprès du médecin pour être au courant de la situation du patient
Soins centrés sur le patient	<ul style="list-style-type: none"> - différentes formations pour les infirmières sur la communication centrée sur le patient - faire participer les patients à leur plan de soins et continuer à leur fournir des options - répondre aux indices des patients - utiliser des questions ouvertes - encourager le patient à plus s'exprimer et raconter son histoire - évaluer les besoins des patients avec eux au début de la prise en charge
Temps et espace	<ul style="list-style-type: none"> - insérer la communication dans un protocole : <ul style="list-style-type: none"> • planifier de manière systématique quelques minutes en plus lors de l'admission • remplir le support écrit lors d'un entretien - ne pas sembler pressé dans le discours et le langage du corps (contact visuel direct, s'asseoir, hochement de tête) - intégrer les soins émotionnels dans les tâches pratiques et médicales

Spiritualité	<ul style="list-style-type: none"> - faire une évaluation spirituelle pour identifier une éventuelle source de force et orienter vers des ressources religieuses - accompagner les discussions existentielles et spirituelles
Espoir / motivation	<ul style="list-style-type: none"> - délivrer des informations honnêtes mais positives en formulant des encouragements et en rappelant l'engagement des soignants - se montrer encourageant et optimiste - maintenir de l'espoir, même s'il ne porte pas sur la guérison mais sur la possibilité de vivre pleinement leur fin de vie
Humour	<ul style="list-style-type: none"> - utiliser l'humour selon les préférences des patients pour désamorcer les tensions et renforcer la relation soignant-soigné (Stajduhar et al., 2010 ; Bowles et al., 2001)
Relation de confiance	<ul style="list-style-type: none"> - démontrer de l'intérêt pour le patient, rassurer, accompagner - rester professionnel
Gestions de ses propres peurs	<ul style="list-style-type: none"> - les formations augmentent la confiance en elles des infirmières et diminuent donc leurs peurs pour les conversations difficiles - mettre en place des limites personnelles pour les infirmières (ne pas trop s'impliquer)
Gestion de la diversité Culturelle	<ul style="list-style-type: none"> - adopter une organisation respectueuse de la culture - inclure des cours d'initiation culturelle et linguistique pour améliorer ses connaissances - encourager l'auto-apprentissage et le partage de savoir culturel entre pairs

Image de la profession - les organisations infirmières devraient mener un programme national de promotion de l'image de l'infirmière moderne et de son travail auprès du grand public

6.8.2 Formation

Les formations et les entraînements à la communication sont des thèmes qui ressortent majoritairement dans nos études. Nous avons pu voir que différents types de programmes sont mis en place. Il s'agit donc, maintenant, aux infirmières d'être attentives et d'y participer pour améliorer leurs compétences en communication.

Dans le cursus Bachelor, les infirmières suivent quelques cours spécifiques à la communication mais ils sont insuffisants pour qu'elles se sentent en confiance pour des conversations aussi difficiles que les annonces de mauvaises nouvelles. Pour acquérir leur spécialisation en oncologie, les médecins sont obligés de suivre de nombreux cours en communication. Or, ce n'est pas le cas pour les infirmières travaillant en oncologie. Cela peut être discutable vu l'importance de leur rôle dans la communication auprès des patients cancéreux. Pour les infirmières confrontées régulièrement à ce genre de discussions délicates, il serait donc adéquat de suivre des formations continues.

L'efficacité de ces formations varie passablement entre elles. La formation de la Ligue Suisse contre le Cancer est un modèle qui semble efficace et applicable. Concrètement, les infirmières travaillant en oncologie devraient suivre des cours composés de théorie sur la communication, d'enseignement de techniques d'expression et de pratique de jeux de rôle avec des patients simulés.

Comme nous le montre la revue, le support écrit et la méthode SPIKES sont des outils à recommander aux infirmières car ils permettent de répondre à de nombreux besoins des patients lors d'entretiens. L'enseignement de techniques de thérapie brève centrée sur les solutions leur permet également de se sentir plus en confiance pour entreprendre des conversations difficiles. Toutefois, les techniques enseignées lors de formations ne doivent pas être utilisées formellement mais peuvent être adaptées au propre style de communication des infirmières.

Par ailleurs, les institutions doivent tout d'abord prendre conscience des bénéfices d'avoir des infirmières formées en communication et devraient donc encourager les formations continues, autant financièrement que sur le plan de l'accessibilité.

6.8.3 Recherche

Concernant les futures recherches, notre revue apporte différentes perspectives. Nous avons relevé que certains thèmes comme l'image de l'infirmière et l'utilisation de support écrit sont peu traités dans la littérature. Il s'agit de sujets intéressants mais ils nécessiteraient de plus amples recherches scientifiques pour appuyer leurs résultats. De futures études sur l'influence des perceptions de la profession infirmière sur les soins hospitaliers seraient donc utiles, tout comme sur l'élaboration et l'efficacité d'un support écrit pour la communication oncologique.

Nous avons également relevé l'importance d'évaluer les formations mises en place, pour celles qui ne l'ont pas déjà été. Cela confirmerait l'efficacité de ces programmes dans les soins. D'autre part, une étude ultérieure serait nécessaire afin de valider l'efficacité des interventions infirmières recensées dans cette revue de littérature sur la qualité des soins perçue par les patients atteints de cancer.

7 Conclusion

Le but de cette revue étoffée de littérature était d'investiguer les facteurs influençant une communication adaptée de l'infirmière auprès de patients atteints de cancer recevant des mauvaises nouvelles. Pour cela, nous avons commencé par identifier les besoins spécifiques des patients ainsi que les obstacles à la communication, pour ressortir des moyens pour favoriser une communication efficace. Les résultats ont pu être extraits et catégorisés à partir de quinze recherches sélectionnées.

Notre revue a mis en évidence, dans la littérature, que les patients ont besoin d'être rassurés, de spiritualité, d'une relation de confiance et d'empathie, d'information, d'espoir et de réponses à leurs indices. En parallèle, des obstacles à la communication ont été observés comme les caractéristiques des patients, les propres peurs de l'infirmière, la diversité culturelle ou générationnelle, l'image de la profession, le manque de temps, la collaboration d'équipe ainsi que les questions fermées. Les résultats ont également permis d'identifier des facteurs influençant une communication efficace tels que les formations, le soutien de la direction et l'organisation des soins, ainsi que l'utilisation d'un support écrit.

Ce travail a permis de faire un état des connaissances actuelles dans le contexte de la communication en oncologie, sans avoir la prétention d'apporter des réponses absolues. Toutefois, cette revue soulève l'importance et la complexité de la communication lors de mauvaises nouvelles et les enjeux qui s'y rattachent. Il est donc primordial que les infirmières se sensibilisent à cette problématique et entreprennent des interventions pour mieux répondre aux besoins des patients. Un *guideline* a été élaboré apportant des stratégies utiles à la pratique infirmière en matière de communication oncologique.

Enfin, comme nous l'avons relevé, notre revue ouvre différentes perspectives dans le domaine des sciences infirmières qui mériteraient de plus amples recherches.

8 Références bibliographiques

- Art. 47 de la loi cantonale fribourgeoise du 16 novembre 1999 sur la santé (= LSan/FR ; RSF 821.0.1).
- Arbabi, M., Roozdar, A., Taher, M., Shirzad, S., Arjmand, M., Mohammadi, M.R., Nejatiasafa, A.A., Tahmasebi, M. & Roozdar, A. (2010). How to break bad news: physicians' and nurses' attitudes. *Iran J Psychiatry*, 5, 128-133.
- Bacqué, M.-F. (2011). *Annoncer un cancer - Diagnostic, traitements, rémission, rechutes, guérison, abstention, ...*. Paris : Springer.
- Bacqué, M.-F. & Hanus, M. (2000). *Le deuil*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Baer, L. & Weinstein, E. (2012). Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17, 45-51.
- 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, 309-316.
- Bowles, N., Mackintosh, C. & Torn, A. (2001). Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution-focused communication training. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 347-354.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts, stress, coping. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-83.
- Buckman, R. (2001). *S'asseoir pour parler : l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*. Paris : Masson.
- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 31-42.
- Davenport, L. & Schopp, G. (2011). Breaking bad news: communication skills for difficult conversations. *JAAPA*, 2, 46-50.
- De Peretti, A. (1974). *Pensée et Vérité de Carl Rogers*. Toulouse : Privat.
- De Peretti, A. (1997). *Présence de Carl Rogers*. Ramonville Saint-Agne : Eres.
- Fornerod, P. (2005). *La pratique du soin infirmier au XXIe siècle. Repères conceptuels d'une pratique réflexive*. Université de Genève : Les Cahiers de la section des Sciences de l'éducation.
- Fornerod, P. (2007). *L'approche interactionniste de la relation et de la communication*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

- Fukui, S., Ogawa, K., Ohtsuka, M. & Fukui, N. (2008). A randomized study assessing the Efficacy of Communication Skill Training on Patients' Psychologic Distress and Coping. *Amercian Cancer Society*, 113, 1462-1470.
- Goldsmith, J., Ferrell, B., Wittenberg-Lyles, E. & Ragan, S.L. (2012). Palliative Care Communication in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17, 163-167.
- Lehto, R.H. (2012). The Challenge of Existential Issues in Acute Care: Nursing Considerations for the Patient With a New Diagnosis of Lung Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16, 4-11.
- Kruijver, I.P.M., Kerkstra, A., Bensing, J.M. & Van de wiel, H.B.M. (2001a). Communication skills of nurses during interactions with simulated cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 772-779.
- Kruijver, I.P.M., Kerkstra, A., Kerssens, J.J., Holtkamp, C.C.M., Bensing, J.M. & Van De Wiel, H.B.M. (2001b). Communication between nurses and simulated patients with cancer: evaluation of a communication training programme. *Journal of Oncology Nursing*, 5, 140-150.
- Kübler-Ross, E. (1975). *Les derniers instants de la vie*. Genève : Labor et Fides.
- Langewitz, W., Heydrich, L., Nübling, N., Szirt, L., Weber, H. & Grossman, P. (2010). Swiss Cancer League communication skills training programme for oncology nurses: an evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 2266-2277.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L.A. Pervin et M. Lewis (Dir.), *Perspectives in interactional psychology* (pp. 287-327). New York : Plenum.
- Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J., Polit, D.F. & Beck, C.T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières, approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI.
- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
- Li Hui, T., Emily, A. & Desley, H. (2012). Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2647-2658.
- Mihura, J. & Erbaut, M. (2008), *Annoncer une mauvaise nouvelle*. [Rapport] Paris : Haute Autorité de Santé.

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, DG. & The PRISMA Group. (2009). *PRISMA 2009 Flow Diagram*. Accès : <http://www.prisma-statement.org/2.1.4%20-%20PRISMA%20Flow%202009%20Diagram.pdf>
- Nadot, N. (2009). *La «revue systématique de littérature» (systematic review)*. [Polycopié]. Fribourg: Haute Ecole de Santé.
- Office fédéral de la statistique. (2013). *Cancer – Données, indicateurs*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/05/key/01/01.html>.
- Parker, P.A., Baile, W.F., De Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A.P. & Cohen, L. (2001). Breaking Bad News About Cancer: Patients' Preferences for Communication. *Journal of Clinical Oncology*, 19, 2049-2056.
- Pedersen, B., Koktved, D.P. & Nielsen, L.L. (2012). Living with side effects from cancer treatment – a challenge to target information. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 715-723.
- Ristevski, E., Breen, S. & Regan, M. (2011). Incorporating Supportive Care Into Routine Cancer Care: The Benefits and Challenges to Clinicians' Practice. *Oncology Nursing Forum*, 38, 204-211.
- Rogers, C. (1968). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.
- Stajduhar, K.I., Thorne, S.E., McGuinness, L. & Kim-Sing, C. (2010). Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2039–2047.
- Stiefel, F., Rousselle, I., Despland J.-N. & Guex, P. (2006). Améliorer les compétences communicationnelles : expérience « clinique » et évaluation scientifique. *Revue Médicale Suisse*, 52, 390-392.
- Teike Lüthi, F. & Cantin, B. (2011). Annonce de mauvaises nouvelles : une pointe d'EPICES dans l'apprentissage. *Revue Médicale Suisse*, 7, 85-87.
- Townsend, M, C. (2004). *Soins infirmiers : Psychiatrie et santé mentale*. Canada : ERPI Editions du renouveau pédagogique.
- Uitterhoeve, R., Bensing, J., Dilven, E., Donders, R., DeMulder, P. & Van Achterberg, T. (2009). Nurse–patient communication in cancer care: does responding to patient's cues predict patient satisfaction with communication. *Psycho-Oncology*, 18, 1060–1068.
- Van Weert, J.C.M., Jansen, J., Spreeuwenberg, P.M.M., Van Dulmen, S. & Bensing, J.M. (2010). Effects of communication skills training and a Question Prompt Sheet to improve communication with older cancer patients: A randomized controlled trial. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 80, 145-159.

- 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.
- Wakefield, A., Cooke, S. & Boogis, C. (2003). Learning together: use of simulated patients with nursing and medical students for breaking bad news. *International Journal of palliative nursing*, 9, 32-38.
- Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J. & Ferrell, B. (2013). Oncology Nurse Communication Barriers to Patient-Centered Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17, 152-158.

9 Annexes

Table des annexes :

ANNEXE A : DECLARATION D'AUTHENTICITE.....	55
ANNEXE B : GRILLE DE LECTURE CRITIQUE, APPROCHE QUANTITATIVE	56
ANNEXE C : GRILLE DE LECTURE CRITIQUE, APPROCHE QUALITATIVE.....	58
ANNEXE D : GRILLE DE LECTURE CRITIQUE, APPROCHE MIXTE	60
ANNEXE E : GRILLE DE SYNTHÈSE D'UN ARTICLE SCIENTIFIQUE.....	62
ANNEXE F: DEMARCHE D'ANALYSE.....	63
ANNEXE G : DEMARCHE DE SYNTHÈSE	107
ANNEXE H : GRILLE DE SYNTHÈSE DES RESULTATS.....	145

Annexe A : Déclaration d'authenticité

« Nous déclarons avoir réalisé ce travail nous-mêmes, conformément aux directives.
Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées. »

Valentine Bapst et Olivia Michel

Annexe B : Grille de lecture critique, approche quantitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?				
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?				
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?				
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?				
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?				
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				

Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Évaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				

Tirée de : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Annexe C : Grille de lecture critique, approche qualitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?				
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?				
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?				
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?				
	-Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ?				
	-Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?				
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?				
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?				
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?				

Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?				
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				

Tirée de : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Annexe D : Grille de lecture critique, approche mixte

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Éléments de l'article
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				
Question de R / Buts	-Question				
	-Buts de l'étude				
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?				
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?				
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour décrire en détail les facteurs d'influence (obstacles)				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				

Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				

Tirée de : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Annexe E : Grille de synthèse d'un article scientifique

Devis	Echantillon (N, M, E.T.)	Buts / Question de recherche Cadre de référence / Concepts	Méthodes : instruments de collecte des données	Méthodes : variables et traitement des données	Résultats	Discussion / Perspectives	Remarques Personnelles

Annexe F: Démarche d'analyse

Référence : Li Hui, T., Emily, A. & Desley, H. (2012). Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2647–2658.

Approche qualitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre nous renseigne sur : La population (les infirmières), le phénomène d'intérêt (la communication efficace) et le contexte (oncologie adulte à Singapour).
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Synthétique et structuré. Reprend la structure des chapitres de l'étude (but, état des connaissances, devis, méthode, résultats, conclusion, pertinence pour la pratique clinique).
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Description des challenges actuels de la pratique infirmière en oncologie. Définition de l'« effective communication » comme un processus mutuel : il s'agit d'envoyer le bon message mais également qu'il soit reçu correctement et compris par l'autre personne (Courtney, 2010).
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Recensement pertinent résumant quels sont les enjeux d'une communication efficace avec les patients oncologiques.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?			X	Aucun cadre théorique n'est défini clairement. Le terme de « trajectoire de maladie » fait-il référence aux travaux de Corbin et Strauss ?
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Quels sont les facteurs qui favorisent ou inhibent – ou les deux – une communication efficace entre des patients oncologiques adultes et les infirmières de Singapour ?
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			la question de recherche découle de manière logique et naturelle du questionnement relevé dans l'état des connaissances.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Approche qualitative située dans le paradigme interprétativiste. Les méthodes correspondent à la tradition d'une recherche qualitative. Les données ont été recueillies à un seul moment, étude transversale.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Le cadre est défini, notamment en décrivant les particularités du lieu de l'étude, la sélection des participants est décrite.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X			« data saturation », p.2649 de l'article.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Entretiens semi - structurés individuels, face à face. Fin avec une question ouverte. Durée entre 28 et 91 min. enregistrés puis retranscrits.
	-Y-a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			La méthode correspond à la tradition des études qualitatives.

Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Un flyer d'info a été distribué pour le recrutement, 10 infirmières ont été sélectionnées, puis interrogées. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique. Les participants ont signé une feuille de consentement.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Selon les auteurs eux-mêmes (p.2655), la transférabilité à d'autre contexte de communication avec les patients est possible, du fait de la description précise de l'étude et de ses méthodes.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Utilisation d'un programme analytique de texte : « leximancer 3.0 ». Regroupement des idées par concepts principaux et création d'une carte conceptuelle. + utilisation d'un journal de bord réflexif.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Explications et retranscriptions d'extraits d'interview, schémas synthétiques, ...
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?			X	Les résultats sont mis en lien avec les recherches antérieures, mais sans liens avec une approche philosophique.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			! généralisation relative : certains résultats sont spécifiques à l'Asie, voire à Singapore. Petit échantillon / devis de l'étude
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les auteurs réalisent eux-mêmes une critique de leur recherche en décrivant les limites de l'étude (généralisation) mais également les points forts (transférabilité, description précise des méthodes de recherche, etc.).
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Un chapitre est consacré aux perspectives d'applications dans la pratique, tant au niveau du macro- et méso-système (recommandations pour les associations d'infirmières et les managers des soins) qu'au niveau du microsystème (interventions pour les infirmières). Proposition de thèmes pour des recherches futures issus de questionnement soulevé par les présents résultats.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Article très structuré et bien écrit, avec un sens de l'autocritique.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			En plus de réponses spécifiques à la question de recherche, l'article étend sa réflexion pour donner des pistes d'application dans la pratique à différents niveaux. Il permet aussi de soulever d'autres problématiques intéressantes pour les futures recherches.

Référence : Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J. & Ferrell, B. (2013). Oncology Nurse Communication Barriers to Patient-Centered Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17, 152-158.

Approche qualitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Nous renseigne sur la population (les infirmières), le phénomène d'intérêt (les obstacles de la communication pour l'infirmière aux soins centrés sur le patient) et le contexte (en oncologie).
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			L'article est clair et structuré en plusieurs chapitres (résumé, état des connaissances, méthode, résultats, discussions, conclusion et implications pour la pratique infirmière).
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le but de cette étude est d'identifier les obstacles à la communication centrée sur le patient et de déterminer ce que la formation des infirmières devrait comprendre comme compétences en communication et éducation.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Un paragraphe ressort différents travaux ayant déjà été menés sur le sujet et décrit plusieurs difficultés que les infirmières rencontrent dans leur quotidien. Les études déjà menées révèlent également l'importance de la formation en communication des infirmières en oncologie pour améliorer la qualité de vie des patients, leur satisfaction ainsi que la qualité des soins.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?			X	Aucun cadre théorique n'est explicité dans l'article.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Qu'est-ce que les infirmières gestionnaires considèrent comme des obstacles à la communication des soins centrés sur le patient ? Qu'est-ce que les infirmières gestionnaires ont identifié comme compétences nécessaires pour des soins centrés sur le patient pour les infirmières en oncologie ?
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			L'état des connaissances est complet et les questions de recherche découlent de manière logique et claire de ce paragraphe.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Le devis de recherche n'est pas décrit mais il s'agit d'une recherche qualitative qui répond aux traditions de ces études (groupe de discussions enregistré puis transcrit). Étude de cas. Il s'agit d'une étude transversale car il y a eu qu'une séance du groupe de discussion.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			L'échantillon et le cadre sont clairement définis. Sept infirmières gestionnaires ont participé au groupe de discussion, trois pour les soins cliniques ou de gestion des soins aux patients pour les cliniques externes, trois infirmières gestionnaires de soins aux patients des unités d'oncologie et hospitalisés ainsi qu'un directeur des opérations. Les infirmières étaient âgées de 36 à 63 ans et ont été dans la profession pendant 25-40 ans.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	Les chercheurs ne précisent pas avoir saturé les données.

Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			La séance a été enregistrée puis retranscrite pour être analysée par les chercheurs.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			L'étude veut identifier les obstacles à la communication centrée sur le patient auprès d'infirmières gestionnaires. L'analyse qualitative descriptive est une approche appropriée pour ensuite identifier les thèmes qui ressortent de la discussion de groupe. Les questions de recherche sont clairement énoncées et correspondent au but de l'étude ainsi qu'à l'approche utilisée.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			La procédure est décrite, les infirmières d'un établissement sont invitées personnellement puis participent à un groupe de discussion pendant une séance. Celle-ci est enregistrée puis retranscrite et analysée par les chercheurs pour en ressortir les principaux thèmes. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'université du support.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			L'étude est suffisamment détaillée pour crédibiliser et transférer les conclusions.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Après avoir retranscrit la séance, les données ont été analysées à l'aide d'un processus d'analyse thématique. Deux membres de l'équipe de recherche ont lu indépendamment les transcriptions et suggéré des catégorisations qui ont ensuite été discutées en équipe.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Deux obstacles à la communication centrée sur le patient sont clairement identifiés : 1. Le manque de cohérence du personnel de soins dans la communication a créé des difficultés de communication avec les patients et les membres de la famille. 2. Les attentes des médecins et les hypothèses concernant les infirmières ont été des barrières en communication entre les membres de l'équipe.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les résultats sont interprétés et explicités avec plusieurs recherches déjà menées.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?			X	Les chercheurs ne parlent pas clairement de généralisation des résultats dans la recherche.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les chercheurs explicitent les limites de l'étude à cause de l'échantillon d'infirmières venant du même centre de cancérologie malgré que cet échantillon représente un large éventail au niveau des âges et des perspectives de gestions à la fois aux patients hospitalisés et aux services ambulatoires.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?			X	Quelques pistes sur les conséquences pour la pratique sont plus ou moins explicitées. L'étude ne précise pas des travaux de recherche possibles pour l'avenir.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est présenté de manière très structurée et synthétique nous permettant de bien comprendre le déroulement de l'étude.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Des indications pour la pratique infirmière sont décrites de manière précise. Un projet éducatif de formation en communication pour les soins de fin de vie est explicité ainsi qu'un tableau récapitulatif sur des implications pour la pratique.

Référence: Lehto, R.H. (2012). The Challenge of Existential Issues in Acute Care: Nursing Considerations for the Patient With a New Diagnosis of Lung Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16, 4-11.

Approche qualitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Nous renseigne sur : La population (patients atteints de cancer du poumon nouvellement diagnostiqués), le phénomène d'intérêt (les soins infirmiers par rapport aux questions existentielles des patients) et le contexte (les soins aigus).
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?			X	Le résumé présente la question de recherche et annonce au lecteur ce qu'il va trouver dans l'article. Mais la structure est floue et la méthodologie n'est pas du tout abordée.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Description de l'importance de la problématique chez les personnes atteintes du cancer du poumon et les questions que cela suscite dans la pratique. Le but est de présenter des stratégies infirmières pour aider les patients à mieux gérer l'annonce de mauvaises nouvelles. Données épidémiologiques. Définition du concept de « <i>existential concerns</i> » comme les préoccupations qui concernent les actions de l'individu, les responsabilités personnelles, la recherche de sens et de but dans la vie, les droits fondamentaux de la liberté personnelle, l'aliénation, le sens de la souffrance et de la mort, le regret et les choix (Yalom, 1980).
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Recensement pertinent des précédentes recherches sur le sujet, en décrivant l'impact sur la pratique des soignants mais également les conséquences et risques pour les patients : Les préoccupations existentielles apparaissent souvent lorsque l'individu a connaissance de sa mort imminente réelle ou imaginée; elles deviennent alors une cause de stress qui va entraîner de l'anxiété, la dépression, la somatisation et des paramètres hostiles. La manière de résoudre ces questions diffère chez chaque individu. Certains trouvent du réconfort dans la spiritualité et la religion. Les questions existentielles sont plus facilement abordées en soins palliatifs, mais peu en soins aigus où les soignants sont souvent mal à l'aise et contribuent à cette aliénation. Et moins de recherches ont été menées sur la période initiale depuis le diagnostic. Tendance des patients en phase post-diagnostic à éviter les questions existentielles, tout comme chez les soignants qui ont eux-mêmes de l'anxiété face à la mort.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?		X		Aucun cadre théorique n'est explicité
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Les buts de l'article sont clairement explicités bien que n'étant pas formulés en question : présenter aux infirmières le type de préoccupations sur l'existence et/ou sur la mort que peuvent avoir les patients avec un récent diagnostic de cancer du poumon et trouver des stratégies/ressources pour les aider à manager leur réponse à ce stress.

	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Les buts ressortent de manière logique du raisonnement qui est mené dans l'état des connaissances et des lacunes pointées dans la pratique.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?			X	Le devis n'est pas décrit. Cet article n'est pas une étude primaire, mais secondaire à une étude menée en 2010 par Letho & Therrien. Le présent article reprend la méthodologie et synthétise les résultats. Ensuite, il élabore une discussion sur les stratégies infirmières qui peuvent être mises en place pour aider les patients. C'est un article qui tend donc plutôt vers une revue de littérature. Les données ont été quantifiées, mais sont analysées qualitativement. Le temps passé sur le terrain n'est pas spécifié, mais il s'agit d'une étude transversale.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Échantillon est composé d'hommes et de femmes âgés de plus de 21 ans ayant reçu un nouveau diagnostic de cancer du poumon et qui se préparent au traitement. 66.9% d'entre eux avait un cancer de stade I ou II. Pour participer à l'étude, ils devaient également être capable de lire et écrire en anglais et ne pas avoir de comorbidités, en particulier pas de troubles psychiques ou cognitifs préexistants. N=73. L'étude se passe dans le midouest des Etats-Unis et les participants ont été recrutés dans un centre régional de cancer (RCC) et auprès du système du « Veterans administration Health » (VAH).
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	Une éventuelle saturation des données n'a pas été indiquée.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			La récolte de données a été réalisée par le biais d'interviews semi-structurées auprès de patients atteints de cancer du poumon, en utilisant la méthode « 3CM » (Conceptual Content Cognitive Map : carte conceptuelle de contenu cognitif). Les participants ont dû écrire sur un bout de papier des concepts importants qui leur sont venus en tête à propos de leur diagnostic de cancer. Puis ils ont dû les coder avec des symboles positifs ou négatifs (+ ou -).
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			D'après l'article (p. 6), la méthode du 3CM est utile quand on veut obtenir plus d'informations sur les perceptions d'un individu ou d'un groupe pour permettre ensuite de déterminer un plan d'action approprié. Cet instrument semble donc bien correspondre aux buts de la recherche qui ont été décrits antérieurement.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Le comité d'examen institutionnel et les comités de développement de la recherche des différents établissements (RCC et VAH) ont approuvé toutes les procédures de l'étude.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Le déroulement de l'étude est clair et scientifique. La taille de l'échantillon est considérable.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Les méthodes de traitement des données ont été décrites de manière succincte : Deux infirmières scientifiques ont indépendamment analysé, résumé et codé le contenu du 3CM. Les déclarations qui étaient reliées ont été regroupées pour faire émerger des catégories de thèmes. Suite au développement de ces catégories, les

					résultats ont pu être quantifiés. Mais, sur le fond, ils ont ensuite été analysés qualitativement.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			La première partie des résultats, concernant le type de préoccupations perçues par les patients, est décrite puis mise en lien avec la deuxième partie qui concernait les stratégies adaptées pouvant être mise en place par les infirmières. Les commentaires sont aussi complétés par des tableaux récapitulatifs.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			La discussion semble être intégrée directement dans le chapitre des résultats. Elle est très orientée vers des actions applicables pour la pratique. Des anciennes recherches sont citées et mises en lien avec les propositions de l'étude actuelle. Les auteurs reprennent notamment le concept des diagnostics infirmiers, plus précisément le diagnostic d' « anxiété face à la mort ». Les chercheurs de cette étude ont aussi souhaité présenter des thérapies issues d'autres auteurs, sur lesquels ils s'appuient pour présenter les interventions pratiques.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?			X	L'étude ne nous informe pas explicitement sur la possibilité ou non de généraliser les résultats. L'étude nous donne toute une liste d'interventions qui peuvent être essayées et qui pourraient être aidantes. Ces actions sont mises au conditionnel (<i>MAY help, MAY promote, ...</i>) ce qui nous montre que l'article n'a pas la prétention de dire que ses recommandations sont absolues.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?			X	Aucune mention au sujet des limites de l'étude.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			L'article est très axé sur cet aspect-là. Des perspectives pour la pratique sont énoncées dans chacun des points de la discussion, s'appuyant sur les résultats de la présente étude mais également en lien avec des résultats d'études antérieures. Les auteurs donnent aussi des adresses de site ou associations qui pourraient donner plus de recommandations au lecteur et d'autres travaux qu'il serait intéressant de lire.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Les chapitres de résultats et de discussion pourraient être séparés de manière plus claire mais, en général, l'article est bien rédigé.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			L'étude répond à une problématique réelle du terrain des soins aigus et les besoins des patients ont pu être mis en évidence. Les chercheurs indiquent aux soignants de nombreuses pistes pour améliorer leur pratique et les convainquent des avantages à progresser dans ce domaine.

Référence : Stajduhar, K.I., Thorne, S.E., McGuinness, L. & Kim-Sing, C. (2010). Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2039–2047.

Approche qualitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Nous renseigne sur la population (patients), le phénomène d'intérêt (communication aidante) et le contexte (cancer avancé).
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Clair et synthétique, s'appuie sur les chapitres de l'étude (but, état des connaissances, devis, méthode, résultats, conclusion, pertinence pour la pratique clinique).
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			But de l'étude : identifier ce qu'est une communication aidante du point de vue des patients atteints de cancer. Et créer des recommandations basées sur des preuves pour une meilleure pratique dans ce domaine. Mais, pas de définition du concept de « <i>helpful communication</i> ».
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			L'article retrace différents travaux ayant déjà été menés dans le domaine et relève l'importance d'une communication efficace dans le cas de cancer, à différents moments clés de la maladie. Une communication efficace pouvant impliquer une meilleure relation thérapeutique (collaboration du patient) et une meilleure satisfaction du patient et diminution de ses émotions négatives (anxiété, stress, tristesse). Mais l'étude relève également un manque de focalisation sur le point de vu du patient.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?			X	Aucun cadre théorique n'est explicité dans l'introduction. Dans la discussion, l'étude reprend la théorie de « l'enquête relationnelle » de Doane & Varcoe (2007).
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Qu'est ce que les patients atteints de cancer avancé identifient comme étant une communication aidante lors des rencontres avec les professionnels de la santé ?
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Le cheminement jusqu'à cette question de recherche découle de manière logique, sur la base d'une lacune relevée dans les écrits déjà publiés et de la volonté d'améliorer la pratique.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Il s'agit d'une seconde analyse de données d'interviews qualitatives. Le recueil de données a été réalisé lors d'une précédente étude (Thorne et al, 2005, 2006) et réutilisé pour la présente recherche. Le travail a donc été largement facilité pour la deuxième étude, pour laquelle on peut supposer que la récolte de donnée a été rapide. Lors de la première étude, les données avaient été récoltées sur une période de deux ans. Etude transversale.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			200 participants avaient été recrutés au Canada lors de la première étude, via des méthodes publicitaires. Tous avaient différents types de cancer à différents stades de traitement. Pour l'étude actuelle, les chercheurs ont sélectionnés 18 patients dans les interviews individuelles et 16 participants dans les interviews de groupe. Leur âge varie entre 34 et 79 ans. Tous les

					participants sélectionnés souffrent d'un cancer en phase avancée (cancers multiples, récurrences ou progressant rapidement vers une phase palliative). N=34
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	L'étude n'indique pas la saturation ou non des résultats.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			La première étude a récolté les données par le biais d'un guide d'interview commun qui a été utilisé par un assistant de recherche pour mener des entretiens auprès des participants en individuel, par téléphone ou en groupe-focus. Les interviews ont été enregistrées puis transcrites. Pour la 2 ^{ème} étude, seules les interviews des patients dont le cancer était en phase avancée ont été gardées.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			La recherche s'intéresse aux perceptions subjectives des patients au sujet de la communication aidante. Le fait de travailler sur la base d'interviews qualitatives semble donc être judicieux. Et, selon l'étude (p.2041), l'analyse secondaire qualitative est une approche appropriée pour enquêter sur des sous-ensembles de la population qui n'ont pas été soumis à l'analyse précédente et où une question de recherche identifiable est présente. Ce qui correspond tout à fait à la situation de la présente recherche, étant donné que son but est de s'intéresser plus spécifiquement au sous-ensemble des patients qui sont en phase avancée de leur maladie.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?			X	La procédure est décrite et on nous informe que l'étude secondaire, tout comme la première, a reçu une approbation éthique. Cependant, la façon dont les auteurs se sont pris pour trier toutes les interviews de la première étude pour ne sélectionner que celles qui correspondaient à leurs attentes pour la deuxième étude n'est pas précisée.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Le déroulement de l'étude est suffisamment détaillé et rigoureux pour crédibiliser les conclusions.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Les chercheurs ont analysé les données en s'appuyant sur la méthode comparative constante. Les transcriptions ont été lues plusieurs fois pour identifier des thématiques récurrentes, convergentes ou contradictoires. Et, sur la base de cette analyse, les chercheurs ont réalisé une description interprétative de ce que les patients atteints de cancer avancé perçoivent comme utile dans les communications de santé.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés de manière claire et structurés sur 4 grands points : - l'importance du temps - la démonstration d'intérêt/ d'attention - la reconnaissance de la peur - l'équilibre d'honnêteté et d'espoir dans les informations données
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les résultats sont mis en lien avec ceux de la recherche primaire dont les données avaient été reprises, ainsi qu'avec d'autres écrits présentés dans l'état des connaissances. L'étude met également les résultats en lien avec une vision de la théorie de « l'enquête relationnelle » de Doane & Varcoe (2007).
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Les auteurs nous rendent attentifs à la transférabilité limitée des résultats, du fait de la particularité des informations recueillies auprès d'un petit échantillon

					de patients et ce qu'ils ont choisi de partager avec nous. Cependant, ils en font une analyse critique et assurent que leur documentation sur les thèmes relevés par ces participants en particulier peut être utile et donner un aperçu pour améliorer la pratique collective.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?			X	A part les questions de transférabilité citées ci-dessus, aucune autre limite n'est mentionnée.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Il pointe le problème d'une communication encore trop faible et des répercussions sur la qualité de vie des patients. Il relève le besoin d'une meilleure compréhension des besoins des patients et de leur perception de la communication efficace.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article a une très bonne structure qui le rend facilement lisible. Tous les chapitres sont présentés de manière très claire et synthétique.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Des suggestions pour la pratique plus ou moins concrètes sont décrites dans le chapitre des résultats. Mais surtout, l'étude tend à démontrer l'importance de faire des efforts dans le sens d'une meilleure communication en insistant sur les besoins du point de vue du patient.

Référence : Ristevski, E., Breen, S. & Regan, M. (2011). Incorporating Supportive Care Into Routine Cancer Care: The Benefits and Challenges to Clinicians' Practice. *Oncology Nursing Forum*, 38, 204-211.

Approche qualitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre nous renseigne sur la population (cliniciens) le phénomène d'intérêt (les bénéfices ou les défis à l'intégration d'un dépistage de routine des soins de soutien) et le contexte (cadre clinique en oncologie).
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Résumé très structuré, synthétise séparément chaque chapitre.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Les buts de l'étude sont définis : étudier les expériences des cliniciens au sujet du dépistage de soins de soutien et d'orientation, et d'identifier les obstacles et les avantages perçus associés à sa mise en œuvre dans le cadre clinique. Le « supportive care screening » est une méthode d'évaluation des besoins des patients en soins de soutien qui se base sur un questionnaire, des discussions auprès d'eux et différentes échelles. Le projet de « victoria's cancer action plan 2008-2011 » consiste en l'élaboration d'un kit de ressource pour les soignants qui leur fourni des supports et les forme pour les soins de soutien. Ainsi, les cliniciens devraient améliorer leurs connaissances et leurs compétences pour évaluer les besoins des patients en soins de soutien et être capable d'utiliser les différents outils prouvés.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Les études antérieures sur le sujet sont citées.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?		X		Aucun cadre théorique ou conceptuel n'est défini.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Les buts de la recherche sont clairement définis (cités ci-dessus), même s'ils ne sont pas formulés sous forme de question.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			L'état de connaissance retrace les évidences qui ont déjà été démontrées dans les précédentes études au sujet de la nécessité d'évaluer les besoins des patients atteints de cancer en soins de soutien et d'agir concrètement pour prévenir le développement de troubles. Mais on relève le problème encore actuel de l'implantation dans la pratique de support approprié et du manque d'entraînement des soignants pour les soins de soutien. C'est pourquoi l'étude souhaite se pencher sur les résultats perçus par des soignants qui bénéficient déjà du kit de ressource.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Il s'agit d'une étude qualitative, approche exploratoire. La méthode correspond au devis. Les données sont récoltées lors d'une seule rencontre. Il s'agit une étude transversale.

Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Le contexte est celui d'un grand hôpital régional, à Victoria, en Australie. Les participants étaient des employés travaillant dans le service de chimiothérapie ou de radiothérapie. Ils devaient avoir au moins 18 ans, être un infirmier diplômé ou radiothérapeute et recommandés par leur ICUS comme étant capables de participer à l'étude. 10 cliniciens ont consentis à participer. A la fin, au total 5 infirmières et 1 radiothérapeute ont complété les interviews. N=6
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	Ce n'est pas précisé dans la recherche.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Après avoir accepté de participer, les cliniciens ont assisté à une petite formation de 4 heures sur les soins de soutien, le dépistage, la référence et la participation à la recherche. Puis, les cliniciens ont utilisé le « supportive care screening » auprès de 40 patients pendant une durée de 3 mois. Ils devaient ainsi évaluer les besoins de patients en soins de soutien en évaluant leur niveau de stress (par l'échelle du « distress thermometer », du questionnaire « Problem list » et le « K10 »). A la fin de cette période, les cliniciens ont été rencontrés par le chercheur pour une interview semi-structurée de 15 à 20 minutes durant laquelle ils devaient évaluer leur aisance à utiliser ce processus de dépistage et son utilité à travers 4 thèmes de questions.
	-Y-a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			La question de recherche s'intéresse à la vision des cliniciens concernant l'intégration du programme du « supportive care screening » dans leur pratique. La récolte de données par interviews semi-structurées semble donc être appropriée.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			La procédure est décrite. Tous les participants potentiels à l'étude ont reçu une feuille d'information détaillée et une forme écrite de consentement éclairé qu'ils ont dû signer et retourner aux chercheurs pour pouvoir participer à l'étude.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Le déroulement de l'étude est clair et se base sur une méthode qualitative scientifiquement reconnue.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Les données ont été traitées par analyse thématique. L'analyse thématique tire son approche de la théorie Glaser et Strauss (1967). Elle consiste en un processus d'identification des thèmes communs, des sujets, des significations, des modèles par le biais du codage, du tri inductif et de l'organisation des données. Dans l'étude, les données ont donc été organisées et codées à l'aide des quatre sujets des questions de l'interview. Les chercheurs ont créé des catégories en lisant et en regroupant les différents mots, les phrases et les concepts des participants. Les catégories ont été fusionnées ou étendues, ou de nouvelles catégories ont été créées, ce qui nous donne des concepts provisoires (Corbin et Strauss, 2008). La dernière étape dans le développement des thèmes a consisté à identifier les relations, faire des comparaisons et contraster les thèmes émergents au sein des catégories et entre elles.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés de manière claire, structurés en deux grands points (résultats positifs et défis) puis divisés en sous-points.

Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les résultats sont repris et mis en lien avec des recherches antérieures, permettant ainsi de donner plus d'explications et de les comparer.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?			X	Il est dit que la petite taille de l'échantillon et le caractère qualitatif de l'étude axée sur l'expérience des soignants entraîne une généralisation modérée des résultats. Cependant, il est dit que les bénéfices du kit sur la pratique infirmière et pour les soins des patients ont été clairement documentés.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Un paragraphe est dédié aux limites de l'étude. Les auteurs relèvent notamment le petit nombre de participants et le peu de variété dans les professions de l'échantillon.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Un autre paragraphe s'intéresse à l'implication pour les sciences infirmières en formulant notamment des recommandations à l'échelle du système hospitalier et administratif des soins. Les auteurs proposent pour les futures recherches, de prendre un échantillon plus grand, avec une plus grande variété de professionnel pour traiter la question des bénéfices/défis du dépistage, ainsi que de considérer également d'autres environnements comme les services de chirurgie, soins palliatifs, etc.).
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'analyse a été facilitée par la très bonne structure de l'article. L'étude est bien écrite ; elle permet une compréhension rapide et un repérage facile lié à la présence claire de points et sous-points.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			L'étude apporte des implications pour la pratique individuelle des infirmières, mais surtout à l'échelle plus globale des hôpitaux et du système administratif de la santé en les incitant à mieux considérer l'intérêt des soins de soutien et d'adopter des mesures pour les favoriser.

Référence : Langewitz, W., Heydrich, L., Nübling, N., Szirt, L., Weber, H. & Grossman, P. (2010). Swiss Cancer League communication skills training programme for oncology nurses: an evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 2266-2277.

Approche quantitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre nous renseigne sur la population (infirmières en oncologie) et l'intervention (programme d'entraînement à la communication de la ligue suisse contre le cancer) La comparaison (avant / après la formation) et les outcomes sont précisés dans le résumé.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Clair et structuré, par chapitre (but, état des connaissances, méthodes, résultats, conclusion).
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Des compétences communicationnelles appropriées traitant les besoins et les craintes des patients doivent faire partie de la formation des infirmières en oncologie. Le but de l'article est d'évaluer l'efficacité d'un programme d'entraînement en compétences communicationnelles de la ligue suisse contre le cancer.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			La variable serait la communication efficace en cas de cancer. Elle est décrite à travers la littérature scientifique. Il ressort qu'une bonne communication dépend de l'utilisation de questions directives ouvertes, la clarification des aspects psychosociaux, l'utilisation de phrases empathiques, le récapitulatif, les suppositions éclairées, la balance entre la vérité et l'espoir et le fait de centrer la communication sur le patient. L'intervention consiste en des cours d'entraînement de la ligue suisse contre le cancer. On nous donne des informations sur leur mise en place.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Il n'y a pas de cadre théorique défini.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			X	Les hypothèses ne sont pas explicitement notées dans l'article mais, de par ce que nous disent les auteurs dans l'état des connaissances, on ressent qu'ils s'attendent à valider l'efficacité du programme d'entraînement.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Dans l'état des connaissances, on nous informe que les cours sont constitués sur la base de résultats d'essais randomisés contrôlés. Ces derniers étant considérés comme très fiables, on peut supposer que le programme sera efficace.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Il s'agit d'un essai non randomisé. Les données ont été récoltées en deux fois entre 2003 et 2006. Il s'agit donc d'une étude longitudinale.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			L'échantillon est composé d'infirmières en oncologie souhaitant participer aux cours d'entraînement. Pour leur recrutement, les chercheurs avaient envoyé des courriers de pub à des services d'oncologie de Suisse. Les données démographiques plus précises de l'échantillon sont détaillées dans un tableau (âge moyen de 40.6 ans avec 13.2 années d'expérience

				en moyenne, etc.) N=61
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X		Taille considérable d'échantillon par rapport au sujet traité.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		Les participants ont assisté à 2 séminaires de 5 jours composés de théorie sur la communication, d'enseignement de techniques d'expression et de pratique de jeux de rôle. Dès le début du séminaire, des vidéos d'interviews avec des patients simulés ont été enregistrées. (vidéos de pré-intervention) Puis un séminaire « booster » de 5 jours à été conduit six mois plus tard. Et des secondes vidéos d'interviews avec des patients simulés ont été réalisées (post-intervention). Les interactions avec les patients simulés étaient standardisées et devaient être axées sur le fait d'aider le patient à gérer les effets secondaires de sa chimiothérapie et de l'encourager à poursuivre tout son cycle.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		Les auteurs veulent évaluer l'efficacité du cours d'entraînement. La variable est la communication qui devrait être meilleure après les cours. Pour évaluer une « bonne » communication, cette variable a dû être opérationnalisée. Pour cela, l'étude va se baser sur la mesure de la durée de discours ininterrompu du patient et celle du professionnel pour obtenir des indices d'une bonne communication. De plus, la notion de communication centrée sur le patient a également été opérationnalisée. Pour cela, les échanges ont été classifiés par le RIAS, ce qui a permis d'indiquer un certain score d'items respectant les principes de communication centrée sur le patient. (plus de détails dans le chapitre « traitements des données).
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		La procédure est claire. En Suisse, quand de vrais patients ne sont pas impliqués dans l'étude, une approbation éthique formelle n'est pas demandée. Cependant, tous les participants ont donné leur consentement éclairé à participer aux investigations, y compris l'analyse de leur vidéo avec les patients simulés.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X		Les interviews sont entrées informatiquement dans le système d'analyse d'interaction de Roter (RIAS). Ce système comporte 42 catégories d'énoncés possibles dans lesquelles le contenu des interviews est classé selon leurs types (par ex. approbation, désapprobation, humour, compliment, critique, information, question ouverte/fermée, ...) Certaines de ces catégories sont des indicateurs d'une bonne communication. Cette liste est basée sur les principes communément acceptés de communication centrée sur le patient (Mead & Bower 2000, Stewart et al, 2003, de Haes 2006), dont les principaux éléments sont : l'attention aux besoins physiques et psychosociaux des patients, la révélation des préoccupations des patients, la transmission d'un sentiment de partenariat et l'implication des patients dans la prise de décision. Vu que le patient est incité à s'exprimer, la longueur de discours ininterrompu des patients a aussi été calculée. Les interventions des soignants qui consistaient simplement à faire poursuivre le patient par des petites approbations ou des « hmm-hmm » n'étaient pas considérées. Le calcul de « réciprocités » est également inclus dans les statistiques. Elles consistent en la réponse appropriée des soignants face aux indices des

				patients. Puis une analyse statistique a été menée : une analyse multivariée répétée de la variable a été réalisée pour évaluer les différences entre les entretiens en pré- et post- intervention. Un coefficient d'objectivité et de significativité a été déterminé.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		Les résultats sont présentés de manière structurée et synthétique. Il y a de nombreux tableaux pour détailler la procédure et les résultats. Cependant, certains tableaux sont un peu complexes et difficilement lisibles à notre niveau de formation. Au niveau de la mise en page, on peut aussi reprocher que la disposition des tableaux gêne la lecture et donne une impression de désordre. Principaux résultats : Après la formation, les infirmières laissaient plus d'occasions au patient pour faire de longs discours ininterrompus, elles utilisent des déclarations empathiques plus appropriées et étaient plus susceptibles de répondre aux signaux du patient. + elles abordent plus les questions psychosociales.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X		La littérature scientifique est reprise et comparée avec les résultats de la présente étude. Pas de cadre théorique en particulier.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		La fiabilité est assurée par l'élaboration d'un coefficient d'objectivité, avec test de wilks Lambda et T-test. Les différences entre les pré- et post- interventions étaient significatives.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Les auteurs décrivent les limites de leur étude, comme par exemple le fait qu'elle ait été réalisée avec des patients simulés. De plus, l'étude ne considère que les éléments de la communication verbale, et pas du tout le non-verbal. Une autre limite de l'étude serait l'absence de groupe de contrôle qui aurait pu prouver que l'amélioration est bien due à la formation et non pas uniquement liée à l'évolution dans le temps.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X		Concrètement, la pratique peut s'appuyer sur cette étude et prendre les cours d'entraînement de la ligue suisse contre le cancer comme exemple pour la formation des infirmières en matière de communication. Pour les futurs travaux dans le domaine du comportement de communication des oncologues et infirmières en oncologie, l'article recommande l'utilisation de réels patients.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		L'article est sérieux, clair et structuré conformément par rapport à son devis. L'analyse statistique est toutefois difficilement accessible et s'adresse à un lecteur aguerri.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X		Les résultats sont prometteurs et fournissent la preuve que le comportement de communication des infirmières en oncologie peut être amélioré au moyen d'interventions simples (formation rapide/ peu coûteuse, ...).

Référence : Uitterhoeve, R., Bensing, J., Dilven, E., Donders, R., DeMulder, P. & Van Achterberg, T. (2009). Nurse–patient communication in cancer care: does responding to patient’s cues predict patient satisfaction with communication. *Psycho-Oncology*, 18, 1060–1068.

Approche quantitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l’aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?			X	Le titre nous renseigne sur la population (infirmières - patients) et la comparaison (la réponse aux indices du patient en rapport avec sa satisfaction). Mais il ne permet pas de mettre en évidence l’intervention, ni les outcomes.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l’introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé est clair et structuré par chapitre de l’étude (objectif, méthode, résultats, conclusions).
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Le but de l’étude est d’investiguer la relation entre le fait que les infirmières répondent aux indices du patient et la satisfaction de ce dernier.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			La variable indépendante : « cue-responding behaviour ». L’article en donne une description à travers la littérature scientifique : Les patients utilisent souvent des indices indirects pour exprimer leurs sentiments/ inquiétudes, en particulier lorsqu’ils subissent un stress psychologique. Les infirmières doivent donc développer une capacité de reconnaître ces indices pour identifier les besoins implicites des patients en soutien émotionnel et y répondre adéquatement. C’est cette capacité que l’on appelle « cue-responding behaviour ». La variable dépendante : la satisfaction du patient.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Le concept d’indice est défini : une supposition de ce qui pourrait être une expression ou un signal (verbal mais aussi non verbal) qui indiquerait indirectement une question, une émotion ou une inquiétude que le patient souhaiterait amener et qui devrait être exploré par le professionnel de santé. (Association européenne de la communication dans les soins de santé, 2005) Mais aucun cadre théorique n’a été choisi.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Les auteurs ont clairement écrit qu’ils faisaient l’hypothèse que le fait de répondre aux indices sera relié à la satisfaction du patient.
	-Découlent-elles de l’état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?	X	X		Oui car certaines études antérieures ont démontré que la réponse aux indices permettait de mieux aborder les besoins émotionnels des patients et que l’implication d’aspect émotionnel dans la communication était un indicateur d’une grande satisfaction du patient. Et non, parce qu’une précédente étude ayant été menée avec des oncologues et radiologues n’avait pas démontré de relation entre la réponse aux indices et la satisfaction du patient.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?		X		Le devis n’est pas décrit. Mais il semblerait qu’il s’agisse d’une étude corrélacionnelle, longitudinale.
Population et contexte	-La description de l’échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Échantillon de 34 infirmières et 100 patients recrutés de 7 cliniques universitaires des Pays-Bas. Les auteurs précisent qu’ils ont pris des infirmières

				<p>de tout âge et genre pour obtenir un échantillon représentatif de la population.</p> <p>Les critères d'inclusion sont spécifiés (infirmières qualifiées en oncologie ou ayant au moins 2 ans d'expérience en oncologie, travaillant de 60 à 100% et ayant donné leur consentement éclairé).</p> <p>Pour chaque infirmière 3 patients ont été attribués au hasard. Les critères d'inclusion pour les patients sont également décrits (âge > 17 ans, de langue néerlandaise et donnant leur consentement éclairé). N= 34 infirmières et 100 patients</p>
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X		Echantillon suffisamment grand.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		Les données ont été récoltées entre février 2006 et 2007 par l'enregistrement de conversations entre infirmières et patients cancéreux et par des questionnaires.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		<p>Pour la variable dépendante :</p> <p>La satisfaction des patients a été évaluée sur leur propre jugement par le biais d'un questionnaire. En partant de l'idée que les préoccupations des patients sont une part importante des soins, le questionnaire présentait une liste de préoccupations possibles en leur demandant pour chacune s'ils la ressentaient et si l'infirmière l'avait abordée.</p> <p>La variable indépendante :</p> <p>Des observateurs entraînés ont codé les réponses des infirmières selon le « Médical Interview Aural Rating Scale » (MIARS). Cette méthode analyse chaque tour de parole en les classant soit dans une des 6 catégories de réponse adéquate aux indices, soit dans une des 6 catégories de réponse non-adéquate, soit dans une des 4 catégories qui prennent en compte la morphologie des passages de parole.</p> <p>Pour contrôler d'autres influences potentielles, des variables complémentaires sur les infirmières (âge, genre, lieu de travail, ...) et les patients (âge, genre, statut de maladie, éducation, traitement en cours, ...) ont été récoltées.</p> <p>La mesure du sentiment de stress du patient a été réalisée par le biais du « Hospital Anxiety and Depression Scale » (HADS).</p>
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		<p>Un paragraphe est dédié à la description de la procédure. Les conversations infirmière-patient ont eu lieu dans la chambre du patient, en l'absence de tout autre intervenant et étaient enregistrées pour une durée de 20 minutes. Avant la rencontre, les patients ont rempli 2 petits questionnaires sur leurs préoccupations et leur niveau d'anxiété/dépression. Après la conversation, ils ont rempli un autre questionnaire sur les sujets discutés et leur satisfaction de la communication.</p> <p>Mesures éthiques : le comité d'éthique régional a été informé de l'étude et n'a exprimé aucune objection. Le médecin et l'infirmière chefs du service concerné ont également approuvé l'étude. Les participants étaient volontaires.</p>
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X		<p>Le niveau de réponse aux indices a été calculé comme : (le nombre de comportement d'exploration/ reconnaissance) – (le nombre de comportement distancé) divisé par le nombre total de réponse aux indices.</p> <p>Les chercheurs ont donc obtenu des statistiques descriptives sur toutes les variables de l'étude. Ils ont ensuite examiné la relation bivariée entre la variable indépendante et les résultats en utilisant la corrélation de « Pearson & Spearman ». Les</p>

					résultats significatifs ont été entrés dans le programme SPSS 14.0. pour obtenir un coefficient indiquant l'ampleur du changement dans la satisfaction des patients par rapport à une unité de changement dans la réponse aux indices.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les auteurs commencent par donner des détails sur les données sociodémographiques de l'échantillon. Les résultats sont ensuite décrits et structurés sous forme de chapitre : - l'expression d'indices de la part des patients - la réponse aux indices par les infirmières - la perception des performances des infirmières - les analyses corrélationnelles - les analyses de modèle mixte Les résultats sont également illustrés dans divers tableaux.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Pas de cadre théorique, mais les concepts présentés dans l'introduction sont repris dans le travail. Les résultats de l'étude présente sont comparés à ceux d'une étude antérieure dont on nous parle déjà dans l'introduction.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	La question de la généralisation n'est pas clairement abordée. Cependant, les auteurs nous parlent du taux de corrélation modeste, en lien avec la difficulté de réaliser des codages fidèles à la réalité. Il n'y avait en effet pas de code pour les indices signalant un besoin d'information, ni pour les indices signalant le besoin de cacher les inquiétudes ou préoccupations. Ces deux types d'indices n'ont donc pas été pris en compte dans cette étude. Une des autres causes possibles de cette faible corrélation peut être le fait que les conversations étaient, dans l'ensemble, pas très bonnes en terme de réponse aux indices.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les auteurs font état des limites suivantes : - la satisfaction des patients a été auto-évaluée et a pu être influencée par leur désir de répondre d'une manière socialement correcte. - Il peut exister d'autres caractéristiques des patients ou des infirmières pouvant influencer la satisfaction qui n'ont pas été mesurées. - tous les patients participants à l'étude étaient blancs, ce qui n'est pas vraiment représentatif d'un échantillon diversifié sur le plan ethnique et culturel. Les auteurs relèvent aussi les forces de l'étude : - les données observationnelles des interactions infirmières-patients. - la conceptualisation de la satisfaction comme étant le jugement du patient sur la réactivité des infirmières pour les aspects des soins qui sont ressentis comme importants pour lui. - la sélection aléatoire des infirmiers et des patients qui limite le risque de biais de sélection.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les auteurs recommandent de faire un effort pour améliorer les compétences de réponse aux indices des infirmières en oncologie. Pour les futures recherches, les auteurs voudraient rajouter des catégories de code dans le MIARS qui prendraient en compte les types d'indices qui n'ont pas pu être considérés dans la présente étude (cités sous « limites de l'étude »). Les auteurs recommandent également une future étude comprenant un échantillon de patients plus diversifié au niveau culturel et ethnique. D'autres études pourraient également être menées sur la relation entre la réponse aux indices et

					l'identification des préoccupations, l'humeur et le coping.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit et structuré. Le chapitre de la discussion aurait toutefois pu être scindé en plusieurs chapitres (discussion, limites de l'étude, forces et implication pour la pratique, conclusion)
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			L'étude fournit la preuve empirique que la satisfaction du patient au sujet de la communication est indépendamment reliée avec le fait que les infirmières en oncologie répondent à ses indices. L'article souligne donc l'importance pour les infirmières en oncologie de faire un effort pour améliorer leurs compétences de réponse aux indices.

Référence : Wakefield, A, Cooke, S. & Boogis, C. (2003). Learning together: use of simulated patients with nursing and medical students for breaking bad news. *International Journal of palliative nursing*, 9, 32-38.

Approche qualitative (ou mixte)

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Nous renseigne sur la population (étudiants infirmiers et médecins), le phénomène d'intérêt (l'apprentissage interdisciplinaire avec des patients) et le contexte (l'annonce de mauvaises nouvelles).
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?		X		Le résumé n'est pas structuré.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			L'annonce de mauvaises nouvelles est un aspect des soins que les infirmières et les médecins trouvent difficile et pour lequel il serait bénéfique de collaborer et de consulter conjointement. L'apprentissage interprofessionnel permet d'améliorer les soins auprès du patient et d'apprécier les perspectives de chacun sur les stratégies de communication de mauvaises nouvelles. L'emploi de patients simulés permet aux étudiants d'entraîner les compétences communicationnelles et d'expérimenter les sentiments d'inconfort dans un environnement sécurisé avant de le faire dans une réelle situation clinique.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			L'article retrace les connaissances à travers la littérature scientifique.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Le concept de patients simulés est défini comme « des personnes laïcs qui sont formés pour dépeindre un rôle qui a été spécialement conçu pour enseigner aux étudiants en santé comment interagir lors des rencontres cliniques. Ils sont formés pour présenter, de façon précise et reproductible, les problèmes qui pourraient se manifester chez un vrai patient. » (Barrows, 1971 ; Tamblyn 1998) Les auteurs font également allusion à une approche d'apprentissage basée sur les idées de Baile et al (2000): d'abord l'étudiant bénéficie d'une démonstration, puis il expérimente en redonnant un feedback et tout en étant observé par le reste du groupe, puis inversion des rôles.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Le but de l'article est décrit. Il s'agit d'évaluer la faisabilité et l'efficacité d'un apprentissage interdisciplinaire auprès d'étudiants infirmiers et médecins utilisant des patients simulés pour s'entraîner à annoncer des mauvaises nouvelles.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Le cheminement jusqu'à la question de recherche semble logique et s'appuyant sur le recensement d'études antérieures.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain			X	Le devis n'est pas explicité. Il s'agissait, à la base, d'une approche mixte (qualitative et quantitative) mais les résultats quantitatifs n'ayant pas démontré de signifiante, seule la partie des données qualitatives est développée dans cet article. Etude longitudinale.

	est-il en adéquation avec les devis de recherche ?				Le fait que la récolte de données ait lieu en deux fois (avant et après le cours) peut faire penser à une méthode plutôt quantitative. Mais le questionnaire comprenant des questions libres et son analyse sont bien qualitatifs. Récolte de données sur une période de 2 semaines durant le mois de janvier 2002.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Les étudiants ont été recrutés à l'université de Manchester (Grande-Bretagne). Les futurs infirmiers ont été rencontrés en classe où l'étude leur a été expliquée. Puis ils ont eu la possibilité de s'inscrire. Les étudiants médecins ont, quant à eux, reçu des lettres et des mails d'invitation. Les participants volontaires ont ensuite signé leur consentement éclairé. N = 34 (12 en médecine + 22 en soins infirmiers)
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		Les chercheurs auraient même souhaité plus d'étudiants participants mais peu se sont portés volontaires. Ils expliquent cela par le fait que l'étude soit un ajout dans leur cursus normal et que de nombreux étudiants étaient occupés par d'autres activités extra-scolaires.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Pour l'évaluation pré- et post- cours, des questionnaires qualitatifs et quantitatifs ont été soumis aux participants. Les questionnaires qualitatifs comprenaient une série de questions libres explorant les sentiments des étudiants au sujet d'apprendre en interdisciplinarité et avec des patients simulés. Les questionnaires quantitatifs contenaient une échelle de Likert à 7 points pour explorer le niveau de confiance des étudiants pour annoncer des mauvaises nouvelles et gérer les situations conflictuelles.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			2 questionnaires distincts ont été réalisés pour le pré-cours et pour le post-cours, correspondant à chacune des deux approches (qualitative et quantitative) avec les méthodes spécifiques qui s'y apparentent : des questions ouvertes pour les qualitatifs et une échelle pour les quantitatifs.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			L'échantillon a été réparti en groupe de 4 à 6 étudiants et, pour chacun d'entre eux, 2 animateurs et patients simulés ont été attribués. L'étude se déroule en 4 étapes : préparation des animateurs, évaluation pré-cours, activités d'apprentissage interprofessionnel et évaluation post-cours. Au niveau éthique, on nous parle du consentement éclairé signé par les participants. Etant donné que les patients étaient simulés, l'implication d'un comité d'éthique ne semble pas nécessaire.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Le déroulement de l'étude est bien détaillé et peut être transférable dans un autre contexte. Dans la conclusion, les auteurs précisent même que, bien que l'étude ait été menée auprès d'étudiants pour l'annonce de mauvaises nouvelles, cette forme d'apprentissage peut être également valable dans les soins palliatifs et auprès de personnel diplômé.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Concernant les données qualitatives, elles ont été indépendamment codées par 3 chercheurs afin d'identifier des thèmes dans les données et entre les 2 groupes d'étudiants. Les données quantitatives ont été analysées en utilisant le « Statistical Package for the Social Science » version 10.1.

Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?		X		Les résultats sont regroupés par points et s'appuient sur des citations des étudiants. Nous pouvons reprocher le fait qu'il n'y ait pas de titre intitulé « Résultats ». Ces derniers sont intégrés dans le chapitre « Discussion ». Et les résultats quantitatifs ne sont pas du tout présentés.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			La littérature scientifique est reprise pour comparer et appuyer les résultats. Le concept de « patient simulé » décrit dans l'introduction est largement repris.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?		X		Les parties dont les résultats n'étaient pas suffisamment significatifs pour tirer des conclusions ont été retirées de l'étude, mais on ne nous donne pas d'autre indication sur la fiabilité des résultats.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les auteurs ont rédigé un paragraphe au sujet des possibles limites de l'étude. Il s'agit de la petite taille de l'échantillon et du fait qu'il soit composé uniquement d'étudiants volontaires. Les auteurs relèvent aussi que même si les patients simulés se rapprochent beaucoup d'une réelle situation clinique, ce n'est pas exactement la même chose.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?		X		Les auteurs n'énoncent pas d'implications pour la clinique, ni pour les futures recherches.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?		X		L'article est mal structuré, ce qui rend sa lecture difficile, en particulier en ce qui concerne le résumé et le chapitre des résultats inexistant. Le raisonnement des auteurs n'est pas suffisamment détaillé pour que l'on puisse comprendre leurs choix. La décision des auteurs de supprimer une partie de l'étude en cours de route engendre une déception et le lecteur ne retrouve pas ce qu'il attendait de cet article.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?		X		L'étude présente des résultats intéressants concernant les méthodes d'apprentissage, mais dont la fiabilité n'est pas connue. Il serait intéressant de reproduire la recherche avec, cette fois, un échantillon plus grand permettant l'exploitation des données quantitatives. Des implications concrètes ne sont pas décrites. De plus, limite pour notre revue de littérature : la présente étude ne concerne pas exclusivement les mauvaises nouvelles relatives au cancer. (mais 1 des 4 scénarios joués avec les patients simulés consistait à l'annonce d'un diagnostic de cancer du sein).

Suite à l'analyse de cet article, ayant révélé une fiabilité douteuse des résultats, nous avons choisi de l'exclure de notre revue de littérature.

Référence : Baer, L. & Weinstein, E. (2012). Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17, 45-51.

Approche quantitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre nous renseigne sur la population (infirmières en oncologie) et l'intervention (programme éducatif pour améliorer les compétences en communication).
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?			X	L'article est structuré en plusieurs chapitres contenant des explications sur le contenu du paragraphe (processus pour améliorer la communication, formation des médecins et des infirmières,...)
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Les infirmières ont tendance à garder la communication au niveau superficiel. Beaucoup de programmes de soins infirmiers n'enseignent pas les compétences en communication pour répondre à des questions difficiles ou à annoncer de mauvaises nouvelles. Le but de l'article est de mettre en place un projet éducatif développé pour améliorer les compétences en communication thérapeutique des infirmières en oncologie
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			L'article résume les connaissances sur la communication efficace et sur les enjeux d'une communication efficace et thérapeutique chez les patients atteints de cancer. La communication influence des facteurs tels que la satisfaction des patients, l'anxiété, la compliance au traitement et les résultats cliniques.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Il n'y a pas de cadre théorique défini dans l'article
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			X	Les hypothèses ne sont pas explicitement définies dans l'article. Nous supposons que les résultats seront la participation et la validation du projet par les infirmières qui auront participé.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?			X	Peu de recherches antérieures sont mentionnées dans l'article. Quelques exemples d'autres programmes d'amélioration de la communication des infirmières mais également des médecins.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?		X		Le devis de recherche n'est pas décrit dans l'article. Il s'agit d'une enquête.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?		X		Il n'y a pas d'échantillon explicité dans l'article. Des mails ont été envoyés aux patients hospitalisés ou en ambulatoire, les travailleurs sociaux et aux infirmières pour les inviter à participer aux 3 séances du projet sans obligation d'assister aux 3.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?		X		Nous ne savons pas la taille de l'échantillon, il est composé d'infirmières et de travailleurs sociaux qui fournissent des soins aux patients oncologiques dans un cadre urbain, scolaire et ambulatoire.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Des évaluations sur les compétences en communication avant et après chaque session ont été faites mais l'évaluation n'est pas décrite dans l'article. Aucun autre instrument de collecte n'est

					présent dans l'article, il s'agit d'une enquête.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?		X		Non, aucune variable n'est mesurée.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Les points principaux du programme de communication sont explicités dans l'article. Plusieurs techniques de communication sont utilisées durant le programme comme SPIKES, NURSE ou ask-tell-ask. Rien n'est spécifié dans l'article nous permettant de savoir si des mesures au niveau des droits et de l'éthique ont pu être prises.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?		X		Aucune analyse statistique n'est présente dans l'article.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?			X	Les enquêtes faites après le programme présentent que le projet a été bien suivi et vécu par les infirmières et travailleurs sociaux. Sur une échelle allant de 0 à 5, les infirmières et les travailleurs sociaux ont, en moyenne, un niveau de compétence de 4.5 après la formation contre 3.5 avant.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?		X		Les résultats ne sont pas interprétés dans l'article. Des enquêtes ont été faites auprès des personnes ayant suivi le programme mais sans interpréter les résultats ensuite car nous ne savons également pas l'échantillon présent durant la formation.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Non, l'article n'aborde pas le sujet de la généralisation des données, il n'y a pas de conclusion précise.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?			X	Rien n'est explicité dans l'article sur les limites de l'article.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?			X	L'article énonce que ces présentations ont posé les bases pour de futurs programmes d'amélioration de la communication des infirmières et des travailleurs sociaux mais rien de concret n'est décrit.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	La formation n'est pas évaluée, ce qui rend cet article plutôt faible au niveau preuve, évaluation et résultat. L'étude est, malgré cela, intéressante car elle traite des changements avant et après la formation et note les manquements au niveau des programmes en communication pour les infirmières en oncologie.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?			X	Cet article ressort plutôt un état des connaissances et fait une enquête sur la communication et explicite plusieurs techniques de communication mais sans en donner des résultats probants et clairs.

Référence : Fukui, S., Ogawa, K., Ohtsuka, M. & Fukui, N. (2008). A randomized study assessing the Efficacy of Communication Skill Training on Patients' Psychologic Distress and Coping. *Amercian Cancer Society*, 113, 1462-1470.

Approche quantitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre nous renseigne sur l'étude (étude randomisée), le but (évaluer l'efficacité de la formation en communication sur la détresse psychologique des patients et l'adaptation). Un sous-titre nous précise : « La communication des infirmières avec des patients récemment diagnostiqués d'un cancer »
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			L'article est clair et structuré en plusieurs chapitres contenant les parties de la recherche (contexte, méthode, résultats et discussions)
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Le problème de recherche est clairement énoncé, la majorité des infirmières en oncologie ont de la difficulté à communiquer et soutenir le patient et sa famille dans les annonces de mauvaises nouvelles. Le but de l'article est d'évaluer l'efficacité de la formation en communication sur la détresse psychologique des patients et sur l'adaptation
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			L'article résume les connaissances sur l'importance de la communication efficace pour les infirmières en oncologie et sur le fait que la majorité de ces infirmières ont des difficultés à communiquer avec des patients et leur famille après une annonce de mauvaise nouvelle. Variable : détresse psychologique des patients Groupe expérimental : infirmières recevant la formation avant l'étude. Groupe de contrôle : infirmières recevant la formation après.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Il n'y a pas de cadre théorique défini dans l'article
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			X	Les hypothèses ne sont pas explicitement définies dans l'article. Nous supposons que les résultats seront l'évaluation de l'efficacité de la formation pour les infirmières en oncologie et la répercussion positive sur la détresse psychologique et l'adaptation des patients récemment diagnostiqués.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?	X			Plusieurs études ont été faites mais n'ont pas démontré l'efficacité des formations en communication pour les professionnels de la santé pour améliorer la détresse psychologique et l'adaptation des patients. Ces études manquaient de conception randomisée et contrôlée, d'uniformité dans les échantillons d'études et la durée des programmes était souvent insuffisante.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Il s'agit d'un essai clinique randomisé contrôlé Les données ont été récoltées pendant une année donc cela est une étude longitudinale.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			L'échantillon est composé de 8 infirmières d'une institution de dépistage dans l'est du Japon qui assurent le soutien psychologie et à l'information

				des patients après avoir été informés de leur diagnostic de cancer par les médecins. Les patients ont été sélectionnés parmi ceux qui avaient subi un test de dépistage de cancer et avaient le soutien des infirmières après une consultation avec le médecin pour leur annonce de cancer. 6 critères doivent être respectés pour les patients.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X		89 patients ont participé, la taille de l'échantillon est considérée comme relativement petite d'après la recherche. Les patients venaient d'un seul établissement.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		Plusieurs échelles sont utilisées pour la collecte de données comme HADS et MAC. Chaque échelle est décrite précisément.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		La détresse psychologique du patient est opérationnalisée en étant évaluée sur des échelles.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		La procédure est claire et chaque point de la recherche est explicité. Les infirmières sont séparées de manière aléatoire soit dans le groupe expérimental qui utilisera le modèle après avoir suivi la formation, soit dans le groupe contrôle dont les infirmières suivront la formation après l'étude et utiliseront donc une méthode traditionnelle pour leur suivi des patients durant l'étude. Les participants ont été choisis selon des caractéristiques précises (âge, sexe, statut d'emploi et matrimonial, les confidents, l'appui social, site et stade du cancer,...) Les entretiens se sont déroulés à une semaine, un mois et trois mois après l'annonce du diagnostic. Ils ont été menés selon la méthode SPIKES pour le groupe expérimental. Chaque infirmière participante ainsi que tous les patients ont signé par écrit un consentement éclairé. Les patients ont pu refuser ou abandonner l'étude à n'importe quel moment.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X		Plusieurs échelles ont été utilisées durant l'étude, des données statistiques sont récapitulées dans des tableaux après avoir été analysées. Il en ressort un effet positif de la formation sur les patients.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		Plusieurs tableaux récapitulatifs sont présentés dans l'article. Ils sont clairs et compréhensifs.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X		Les résultats sont présentés dans un tableau et sous forme de pourcentage. Sur les 41 entretiens menés par les infirmières formées, 54% des entretiens ont amélioré la communication en utilisant les 6 étapes de la méthode SPIKES. 24% n'ont pas suffisamment suivi la 2ème étape (P: perception), 29% n'ont pas suivi la 3ème (I: invitation) et 22% n'ont pas suivi la 4ème étape (E: émotion).
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		La généralisation des résultats de cette recherche reste incertaine, dû au recrutement difficile, aux analyses des entretiens après retranscriptions qui n'ont pas été comparées à la communication réelle entre les groupes et la communication des médecins n'a également pas été évaluée. Malgré cela, la recherche apporte un résultat optimal auprès des infirmières et des patients atteints de cancer.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		La recherche décrit les limites de l'étude et que d'autres études seront nécessaires pour poursuivre la formation en communication et diminuer cette problématique.

Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			La recherche serait la première à utiliser une conception randomisée pour évaluer l'impact d'un programme de formation en communication pour les infirmières avec des résultats sur les patients atteints de cancer. La formation a été mise sur pied et les infirmières ont pu la suivre après l'étude. Des discussions ont été entreprises après avoir soulevé la problématique de la communication des infirmières avec les patients atteints de cancer.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est clair et structuré en plusieurs sous-thèmes nous permettant de suivre correctement le déroulement de la recherche. La plupart des points précédents sont présents dans l'étude et plusieurs tableaux récapitulatifs sont présentés.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats peuvent être utilisés dans la pratique infirmière et plusieurs pistes sont explicitées pour la suite. La formation en communication a été mise sur pied pour les infirmières de l'institution.

Référence : 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, 309-316.

Approche qualitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre nous renseigne sur la population (les infirmières) et le phénomène d'intérêt (les obstacles en matière de soutien psychosocial) et le contexte (soins auprès de patients atteints de cancer).
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			L'article est clair et structuré en plusieurs parties explicitant toute la procédure de l'étude (résumé, introduction, but de l'étude, méthodes, participants, procédure, analyse des données, résultats, discussions, limites et conclusions).
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le problème du soutien psychosocial pour les patients atteints de cancer est explicité et peut augmenter les charges spécifiques sur les professionnels de la santé.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Le recensement est pertinent et résume les expériences et conséquences des interventions psychosociales et émotionnelles.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?			X	Aucun cadre théorique n'est défini clairement.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Aucune question n'est clairement formulée, par contre, le but de l'étude est explicité : Identifier les principaux problèmes liés à la prestation des soins psychosociaux efficace pour les patients adultes hospitalisés pour un cancer hématologique tels qu'ils sont perçus par des infirmières de 3 ans ou plus d'expérience.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Le but de la recherche découle de manière logique au questionnement relevé dans l'état des connaissances.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passés sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			La conception qualitative est décrite dans l'article. Les méthodes correspondent à une recherche qualitative descriptive. Étude de cas. Les données ont été recueillies à un seul moment, en octobre 2013, il s'agit donc d'une étude transversale.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			L'échantillon est composé de 15 infirmières, le lieu de la recherche (service de cancérologie à l'hôpital tertiaire de Melbourne) ainsi que les limites de l'échantillon (infirmières expérimentées exclusivement) sont explicités.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		Les données n'ont pas été saturées.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Deux groupes de discussions de 8 et 7 participants. Deux entrevues avec un animateur et un observateur. D'une durée d'environ 1h enregistrées puis retranscrites.
	-Y-a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			La méthode correspond à la tradition des études qualitatives.

Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			La procédure de l'étude est clairement décrite dans l'article. L'étude a été approuvée par les comités d'éthique de l'Université Deakin et de l'hôpital de référence. Les participantes ont signé une feuille de consentement.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Transférables à d'autres contextes de soutien psychosocial avec les patients cancéreux grâce à la description minutieuse de la conception et des méthodes de l'étude.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			L'analyse des données est clairement explicitée dans l'article et permet de comprendre le déroulement de la transcription et du traitement des entretiens.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont synthétisés dans des tableaux et explicités de manière claire et avec beaucoup de détails comme des citations des participants.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?		X		Les résultats ne sont pas interprétés avec des recherches antérieures et sans liens avec une approche philosophique.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Le petit nombre de participants permet une clarification et une exploration en profondeur mais limite la généralisation des résultats. L'échantillon comprend des infirmières travaillant dans le même cadre, il est donc difficile de généraliser.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les chercheurs ressortent qu'un petit nombre de participants permet une clarification et une exploration en profondeur mais limite la généralisation des résultats et la composition de la clientèle diversifiée à laquelle les participants ont été exposés. Les infirmières travaillent dans le même cadre, ce qui peut être une force mais également une faiblesse, il permettra d'améliorer la pertinence des résultats dans ce milieu particulier.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?			X	Les chercheurs ne traitent pas directement des conséquences de l'étude sur la pratique et ne donnent pas de propositions pour de futures recherches. Le chapitre discussion ressort des résultats d'études semblables à celle-ci et donne quelques idées d'amélioration possible à entreprendre, sans entrer dans les détails.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Article très structuré, les résultats sont clairs et permet une bonne compréhension de l'ensemble de l'étude.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?			X	L'étude ressort 5 thèmes d'analyse et indiquent un besoin urgent de développer un cadre pour fournir aux infirmières le développement des compétences et un soutien continu afin d'améliorer leur capacité à intégrer les aspects psychosociaux et d'optimiser les résultats. Mais aucun résultat n'est explicité pouvant être utilisé dans la pratique.

Référence : Van Weert, J.C.M., Jansen, J., Spreeuwenberg, P.M.M., Van Dulmen, S. & Bensing, J.M. (2010). Effects of communication skills training and a Question Prompt Sheet to improve communication with older cancer patients: A randomized controlled trial. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 80, 145-159.

Approche quantitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre nous renseigne sur la population (patients âgés atteints de cancer) et l'intervention (une formation en communication et un questionnaire pour améliorer la communication).
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			L'article est clair et très structuré par plusieurs chapitres et sous-chapitres.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Les besoins en communication des patients âgés atteints de cancer sont explicités dans le paragraphe 1.1. Un grand nombre d'études répond aux besoins d'information et de communication des patients atteints de cancer mais on sait très peu sur les besoins des patients âgés (65 ans et plus) atteints de cancer. Le but de l'article est d'évaluer l'efficacité d'une formation en communication pour améliorer celle-ci avec les patients âgés atteints de cancer.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			L'article résume les connaissances de plusieurs études déjà menées sur la communication efficace chez les patients atteints de cancer et donne des précisions sur la communication spécifique avec les personnes âgées. Il ressort que la compréhension des besoins d'informations des patients âgés atteints de cancer est essentiels car ceux-ci ont une compréhension différentes d'un patient plus jeune. Une communication efficace est connue pour être la clé de résultats optimaux en matière de santé.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Plusieurs théories ont été utilisées durant cette étude comme : l'adaptation au stress de Lazarus et Folkman, la théorie de l'auto-régulation et la théorie de Millers sur l'adaptation à la maladie.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Les chercheurs ont émis les hypothèses que l'intervention conduirait à des changements mesurables dans : les compétences de communication des infirmières en oncologie sont: communication plus adaptée, la communication interpersonnelle, la communication affective et de parler de l'avenir. Le contenu des informations fournies : l'établissement des priorités dans la fourniture de traitement des sujets liés à une diminution de la surcharge d'information. Cela signifie que la quantité d'information et de réhabilitation des informations relatives au traitement devrait diminuer. Améliorer le rappel de l'information des patients cancéreux âgés.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Les hypothèses sont présentées à la fin de l'état de connaissances qui est très complet.

Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Il s'agit d'un essai clinique randomisé contrôlé. Il s'agit d'une étude longitudinale car la collecte de données s'est déroulée de janvier 2005 à juin 2008
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			L'échantillon est très détaillé, il est composé de 210 patients de 12 unités d'oncologie, âgés de 65 ans ou plus, recevant une chimiothérapie pour la 1ère fois ou 1ère fois depuis 5ans, ne participant pas à un essai clinique, parlant correctement le néerlandais et sans troubles cognitifs non pas liés à l'âge. Les infirmières doivent être certifiées pour fournir des soins en oncologie et donner les enseignements sur la chimiothérapie. 43 infirmières font parties du groupe expérimental et 34 ont participé au groupe témoin.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			La taille de l'échantillon est correcte par rapport au sujet traité.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les infirmières ont été mises dans les 2 groupes par tirage au sort. La période de la collecte de données a duré de février 2005 à juin 2008. Les infirmières expérimentales ont reçu l'intervention consistant à une vidéo feedback, une formation d'une journée sur les compétences en communication, une réunion de suivi 6 semaines après et la mise en œuvre d'un livret patient. Les infirmières du groupe de contrôle ont continué à fournir aux patients l'éducation habituelle et ont reçu l'intervention après l'étude. Des échelles spécifiques ont été utilisées pour évaluer le niveau de fragilité et d'anxiété généralisée des patients.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Les variables à mesurer sont opérationnalisées.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			La procédure de recherche est clairement explicitée dans l'article par plusieurs points. Les infirmières ont été mises dans les 2 groupes par tirage au sort et les infirmières expérimentales ont reçu l'intervention tandis que les infirmières du groupe de contrôle ont continué à fournir aux patients l'éducation habituelle et ont reçu l'intervention après l'étude. Le comité d'éthique médicale de l'université médicale Centre Utrecht des Pays-Bas a accordé la permission pour l'étude. Chaque patient a donné son consentement éclairé.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Les statistiques descriptives ont été obtenues sur les caractéristiques des sujets. L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel MlwiN. C'est une analyse multi-niveaux qui prend en compte toutes les données disponibles et ont permis de répondre aux hypothèses.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés sous forme de plusieurs tableaux très précis ainsi que dans un paragraphe séparé en plusieurs points.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Dans la discussion, tous les résultats de l'étude sont repris et mis en lien avec différentes recherches déjà menées dans ce domaine. Les résultats sont résumés avant d'être mis en lien avec d'autres études, ce qui nous permet de mieux comprendre. Les chercheurs expliquent avoir fait une réunion avec 10 infirmières après l'étude pour réfléchir sur les résultats.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	Aucune généralisation des résultats n'est clairement explicitée mais, tout au long du paragraphe de discussions, des liens sont faits avec d'autres études et des pistes d'action.

	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les chercheurs ressortent de nombreuses limites et les expliquent de manière très précise en donnant également plusieurs pistes d'action pour améliorer ces limites. Ces limites sont également mises en lien avec d'autres études déjà menées pour nous donner une idée des résultats possibles.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			De nombreuses pistes d'action sont explicitées dans la discussion pour des recherches à venir dans le domaine de la dynamique difficile entre la communication patient-soignant et les résultats auprès des patients tels que le rappel de l'information. Une réunion a été faite après l'étude avec 10 infirmières et plusieurs pistes ont été données pour la pratique clinique.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est structuré, clair et permet une bonne compréhension de la recherche. L'étude est assez précise pour nous permettre une analyse approfondie car les résultats sont probants, bien décrits et des limites sont explicitées.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats sont probants, clairs et plusieurs pistes ainsi que des limites sont explicitées. De nombreux liens sont faits avec d'autres études nous montrant que ces résultats sont utiles pour la pratique infirmière.

Référence : Kruijver, I.P.M., Kerkstra, A., Bensing, J.M. & Van de wiel, H.B.M. (2001a). Communication skills of nurses during interactions with simulated cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 772-779.

Approche quantitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre nous renseigne sur la population (les infirmières) et l'intervention (les interactions avec les patients en observant les aptitudes à la communication).
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			L'article est clair et très structuré en plusieurs chapitres (introduction, l'étude, but, méthodes, procédure, résultats et discussion).
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Il est bien connu que dans les soins du cancer, la communication avec les patients est émotionnellement chargée. Le cancer est une maladie mortelle et le traitement médical peut avoir de lourdes conséquences. De nombreux patients atteints de cancer semblent éprouver de la détresse après le diagnostic. Les infirmières de salles sont impliquées étroitement dans les préoccupations des patients car elles fournissent des soins sur 24 heures. Le but de la recherche est d'étudier l'équilibre de la communication instrumentale et affective utilisée par les infirmières lors d'entrevues d'admissions avec des patients atteint de cancer, récemment diagnostiqués, y compris la communication non verbale.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			L'article résume les connaissances de plusieurs études déjà menées sur l'importance de la communication et d'une relation de confiance dans tous les suivis de patients atteints de cancer. Il ressort également les différences entre la communication instrumentale et affective ainsi que les conséquences d'un déséquilibre entre ces deux communications. Il ressort également l'importance des entretiens d'admissions et pourquoi ceux-ci ont donc été choisis pour cette étude.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Aucune théorie n'est explicitée dans l'article.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			X	Les hypothèses ne sont pas clairement formulées dans l'article mais nous comprenons qu'il s'agit d'évaluer l'équilibre entre la communication instrumentale et affective.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?			X	Des théories et plusieurs recherches sont présentées dans l'état des connaissances mais aucune hypothèse n'est explicitée.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Il s'agit d'une étude observationnelle directe à l'aide de bandes vidéo. Celle-ci fait partie d'un essai clinique randomisé contrôlé (article 16).
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			L'échantillon est détaillé, il est composé de 53 infirmières de différentes spécialités médicales de trois hôpitaux des Pays-Bas ont participé à l'étude. Toutes les infirmières avaient de l'expérience dans les soins aux patients atteints de cancer. Les trois hôpitaux qui ont participé étaient deux

					universitaires et un général. Les infirmières ont été recrutées dans 11 services. Les chercheurs ont décidé d'utiliser des patients simulés pour cette étude car ceux-ci évaluent directement les compétences de communication des infirmières qui sont importants dans l'exercice quotidien de leur pratique. Trois acteurs ont participé et ont été formés par des professionnels pour jouer un patient atteint de cancer récemment diagnostiqué qui arrive dans un service d'admission. Un scénario a été écrit pour cette étude.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			La taille de l'échantillon est correcte par rapport au sujet traité.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les 53 infirmières ont passé des entretiens d'admissions avec des patients simulés durant environ 20 minutes. Chaque entretien a été enregistré et filmé. Directement après l'entretien, chaque participant a eu une courte rencontre avec l'acteur et le chercheur où les infirmières ont eu l'occasion de déclarer leurs sentiments de l'expérience.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Les variables à mesurer sont opérationnalisées.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			La procédure de recherche est clairement explicitée dans l'article par plusieurs points pour comprendre le déroulement. Les infirmières auront une formation en communication. L'approbation du comité d'éthique a été fournie par chacun des trois hôpitaux. Les résultats sont également anonymes et chaque participant pouvait se retirer librement de l'étude s'il le souhaitait.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?			X	Il n'y a pas d'hypothèses clairement définies dans l'article mais les résultats ont été analysés et insérés dans différents tableaux.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés sous forme de tableaux très précis ainsi que dans un paragraphe.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ? -Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ? -les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		X	Dans la discussion, les résultats sont repris et mis en lien avec différentes autres études déjà menées. Aucune généralisation n'est explicitée par les chercheurs dans l'article. Les chercheurs ne ressortent pas de limites explicitement dans leur article.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les chercheurs ajoutent qu'un sujet intéressant de la recherche serait une enquête plus approfondie de la validité du travail avec la méthode du patient simulé. Cela pourrait élargir un aperçu de la mesure dans laquelle les compétences en communication des infirmières, telle que mesurées avec des patients simulés, peuvent prédire les comportements de communication avec les patients réels dans la pratique infirmière.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est structuré, clair et permet une bonne compréhension de la recherche.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Une formation en communication est donnée à tous les participants. Plusieurs résultats sont intéressants et probants dans la pratique infirmière.

Référence : Kruijver, I.P.M., Kerkstra, A., Kerssens, J.J., Holtkamp, C.C.M., Bensing, J.M. & Van De Wiel, H.B.M. (2001b) Communication between nurses and simulated patients with cancer: evaluation of a communication training programme. *Journal of Oncology Nursing*, 5, 140-150.

Approche quantitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre nous renseigne sur la population (les infirmières et les patients cancéreux) et l'intervention (utilisation de patients simulés dans un programme de formation à la communication).
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			L'article est clair et structuré en plusieurs chapitres (introduction, but de l'étude, méthodes, procédure, évaluation, résultats et discussion)
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Dans les soins du cancer, la communication avec les patients est chargée en émotions. Le cancer est une maladie mortelle et le traitement médical peut avoir de lourdes conséquences. De nombreux patients atteints de cancer semblent éprouver de la détresse après le diagnostic comme la peur, la colère, l'anxiété, la dépression ou l'impuissance. Les infirmières de salles sont impliquées étroitement dans les préoccupations des patients car elles fournissent des soins sur 24 heures. Le but de la recherche est d'étudier l'effet d'un programme de formation et ces compétences en communication sur la communication affective et instrumentale utilisé par les infirmières lors de l'entrevue d'admission avec les patients récemment diagnostiqués d'un cancer.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			L'article résume les connaissances de plusieurs études déjà menées sur l'importance de la communication efficace et d'une relation de confiance dans tous les suivis de patients atteints de cancer. Il ressort également les différences entre la communication instrumentale et affective ainsi que les conséquences d'un déséquilibre entre ces deux communications. L'importance des entretiens d'admissions et pourquoi le choix s'est porté sur des patients simulés pour cette étude sont explicités.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Aucune théorie n'est explicitée dans l'article.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			L'hypothèse est que les comportements en communication efficaces facilitent les interactions entre les infirmières et les patients. Ceci sera bénéfique pour les patients qui souffrent de problèmes psychosociaux dus à la maladie mortelle, ainsi que les infirmières elles-mêmes. Les compétences acquises permettront aux infirmières d'accroître leur stabilité et leur contrôle dans la gestion des situations émotionnellement chargées ce qui facilite leur tâche principale. Cela conduira à une augmentation de l'évaluation des problèmes, le soutien affectif et la résolution de problèmes.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?	X			L'hypothèse est décrite à la suite d'un état des connaissances complet.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Il s'agit d'un essai clinique randomisé contrôlé Étude longitudinale.

Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			L'échantillon est détaillé, il est composé de 53 infirmières de différentes spécialités médicales (11 services) de trois hôpitaux des Pays-Bas ont participé à l'étude. Au cours de l'étude, sept infirmières ont abandonné et les 46 infirmières restantes ont complété le pré-test, la formation et le post-test. Le groupe expérimental était composé de 25 infirmières qui ont participé à la formation, et le groupe témoin était constitué de 21 infirmières qui avaient l'intention de participer à la formation après l'étude. Les patients simulés ont été choisis par les chercheurs pour répondre à la question de recherche.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?		X		L'échantillon est légèrement faible d'après les chercheurs (0.67). Il est possible qu'après la formation, des changements plus importants auraient été remarqués si l'échantillon avait été plus grand.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les effets de la formation ont été mesurés en utilisant une conception de groupe témoin pré-test/post-test randomisée. Les entretiens d'admission avec des patients simulés ont été filmés puis observés en utilisant le système Roter Interaction Analysis (RIAS). La communication affective et instrumentale a ensuite été observée par deux évaluateurs indépendants directement à partir des enregistrements vidéo à l'aide d'un système informatique qui est spécialement conçu pour coder les interactions comportementales observées à partir d'enregistrements vidéo.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Les variables à mesurer sont opérationnalisées.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			La procédure de recherche est clairement explicitée dans l'article par plusieurs points pour comprendre le déroulement. Tout d'abord, une formation de 18 heures sur les compétences en communication a été suivie par les infirmières. 2 groupes ont été séparés : le groupe témoin qui suivra la formation après l'étude et le groupe expérimental qui a suivi la formation. Avant la formation, puis un mois après, chaque infirmière a participé à une entrevue d'admission filmée avec un acteur. Les infirmières participantes ont été invitées à passer par la procédure d'admission avec le patient simulé de la même manière qu'elles le font sur le service avec les patients réels. Les entretiens avec les patients simulés ont duré 20 minutes. Après 20 minutes, la procédure a été interrompue. Au niveau de l'éthique, rien n'est explicité dans l'article.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Plusieurs analyses statistiques ont été entreprises pour répondre à l'hypothèse. Plusieurs données comme les comportements en communication et les effets des interactions ont été analysées par plusieurs programmes.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés dans plusieurs tableaux très précis ainsi que dans un paragraphe explicatif.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Dans la discussion, tous les résultats de l'étude sont repris et mis en lien avec différentes recherches déjà menées dans un contexte relativement similaire ainsi que dans différents autres domaines. Un résumé des résultats avec l'avis des chercheurs est également présenté.

	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Aucune généralisation n'est explicitée par les chercheurs dans l'article. Dans la discussion, des liens entre la recherche et d'autres études déjà menées montrent que certaines études ont des résultats similaires à cette recherche.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les chercheurs ressortent que l'échantillon de l'étude est légèrement faible. Ils ont eu des difficultés à obtenir un échantillon suffisamment grand et s'il avait été plus conséquent, les changements après la formation auraient également pu être plus marqués. Les chercheurs ressortent également l'inconvénient de ne pas avoir de situation réelle dans leur recherche. Cela peut conduire à des interactions artificielles et d'autres résultats pour les patients ne peuvent pas être mesurés.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les chercheurs ajoutent qu'un sujet intéressant de la recherche serait une enquête plus approfondie de la validité du travail avec la méthode du patient simulé. Cela pourrait élargir un aperçu de la mesure dans laquelle les compétences en communication des infirmières, telle que mesurée avec des patients simulés, peuvent prédire les comportements de communication avec les patients réels dans la pratique infirmière. Une autre question intéressante est proposée par les chercheurs : quel est l'effet d'un programme de formation en communication sur les interactions entre les infirmières et les patients atteints de cancer réels ? (une étude est menée sur ce sujet).
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est structuré, clair et permet une bonne compréhension de la recherche. L'étude est assez précise pour nous permettre une analyse approfondie de l'article.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			L'étude a été faite avec des patients simulés mais il est possible de faire des liens avec la pratique infirmière. Des conseils sont donnés par les chercheurs sur les effets de la formation sur la communication instrumentale et affective.

Référence : Parker, P.A., Baile, W.F., De Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A.P. & Cohen, L. (2001). Breaking Bad News About Cancer: Patients' Preferences for Communication. *Journal of Clinical Oncology*, 19, 2049-2056.

Approche qualitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre nous renseigne sur la population (les patients atteints de cancer), le phénomène d'intérêt (les préférences des patients sur la communication) et le contexte (lors annonces de mauvaises nouvelles à propos du cancer).
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			L'article est clair et structuré en plusieurs parties explicitant toute la procédure de l'étude (résumé, l'introduction, les patients et méthodes, les participants et les procédures, les mesures, l'analyse des données, les résultats et la discussion)
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			La plupart des études sur les annonces de mauvaises nouvelles ont été écrites du point de vue des médecins avec moins d'attention portée sur les perceptions des patients. Donner une nouvelle défavorable est une communication bidirectionnelle entre le médecin et le patient. Le patient est celui dont la vie est directement touchée et il est particulièrement important d'examiner et de comprendre le point de vue du patient. Le but de cette étude est d'évaluer les préférences des patients en ce qui concerne la façon dont les médecins leur annoncent les mauvaises nouvelles concernant leur diagnostic de cancer ou la récurrence de cancer.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Le recensement est pertinent, clair et résume les études déjà menées et les manquements comme des études sur les perceptions des patients de la communication de mauvaises nouvelles.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?		X		Aucun cadre théorique n'est défini clairement.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			La question n'est pas clairement formulée par contre le but de l'étude est explicité et nous permet de comprendre l'évaluation qui va être faite dans l'article.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Le but de la recherche découle de manière logique au questionnement relevé dans l'état des connaissances mais aucune question de recherche n'est explicitée.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passés sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Le devis de recherche n'est pas décrit dans l'article mais il s'agit d'une approche qualitative. Les méthodes correspondent à une recherche qualitative descriptive. Étude de cas. Les données ont été recueillies à un seul moment, il s'agit donc d'une étude transversale. Il correspond au devis de recherche.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			381 patients ont reçu un questionnaire et 351 les ont renvoyés (92%). Les chercheurs sont consultants externes à l'Université du Texas MD Anderson Cancer Center et assistent à des rendez-vous de

				<p>suivi médical dans les types de cancer comme le sein, gynécologique, urologique ou gastro-intestinal.</p> <p>Pour être admis à l'étude, les patients doivent avoir été diagnostiqués d'un cancer au moins 1 mois plus tôt pour leur laisser le temps de s'adapter à l'idée du diagnostic et de réfléchir à leur expérience. Ils ont également besoin d'avoir 18 ans ou plus et être capable de parler couramment anglais. Les patients ont été abordés dans la salle d'attente au moment où l'étude a été brièvement décrite et ils ont été invités à y participer.</p>
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X		Oui, les chercheurs ont saturé les données car 35 items correspondaient à un haut degré de corrélation et sont donc généralement considérés comme fiables. La saturation est expliquée précisément dans l'article.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		<p>Un questionnaire a été développé pour mesurer les préférences des patients en ce qui concerne les interactions avec les médecins au moment de leur annonce de mauvaise nouvelle d'un diagnostic de cancer ou d'une récurrence.</p> <p>Une équipe de recherche (4 oncologues, 1 psychiatre et 1 psychologue) a identifié, par des recherches dans la littérature, les principaux aspects de l'interaction médecin-patient.</p> <p>Cinq patients atteints de cancer de différents sites et à différents stades ont fait des commentaires sur le contenu et la clarté des questionnaires qui ont ensuite été révisés sur la base de ces réactions. Les 46 items traitent de divers aspects du contexte et du contenu de la conversation des annonces de mauvaises nouvelles. Les patients évaluent sur une échelle de cinq points l'importance de chaque élément au moment de l'annonce d'un diagnostic ou d'une réapparition du cancer. Les options de réponse étaient : 1 pas du tout important, 2 en option, peut prendre ou à laisser, 3 importante, 4 très important et 5 essentiel, chaque médecin devrait le faire. Les patients ont du dire quelles réponses à leurs questions ils auraient aimé recevoir.</p>
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X		La méthode correspond à la tradition des études qualitatives et les thèmes sont adéquats tout au long de l'étude.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		<p>La procédure de l'étude est clairement décrite dans l'article et nous permet la compréhension de chaque point de l'étude. Les patients ont été abordés dans les salles d'attentes de l'hôpital pour remplir un questionnaire sur leur perception, en tant que patient, de la façon dont sont faites les annonces de mauvaises nouvelles par les médecins. Ils étaient libres de répondre au questionnaire.</p> <p>L'étude a été approuvée par le Conseil d'examen institutionnel de l'hôpital.</p>
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X		Le transfert vers d'autres contextes et d'autres hôpitaux avec les patients cancéreux serait possible grâce à la description minutieuse de la conception et des méthodes de l'étude ainsi que des échelles d'analyse utilisées.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X		Plusieurs échelles spécifiques sont clairement décrites et ont été utilisées dans l'article pour analyser chaque item du questionnaire.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		Les résultats sont synthétisés dans plusieurs tableaux et explicités de manière claire dans un paragraphe. Plusieurs facteurs ressortent et sont détaillés.

Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les résultats sont pratiquement tous repris et confirmés par d'autres études en se focalisant surtout sur des études ressortant l'avis des patients.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Les chercheurs présentent leurs résultats et soulignent que cette étude offre des informations supplémentaires sur les préférences des patients atteints de cancer sur la manière dont ils reçoivent les mauvaises nouvelles.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Plusieurs limites sont notées par les chercheurs. L'étude a été menée dans un centre de lutte contre le cancer, donc les perspectives de ces patients peuvent peut-être différer de ceux des patients traités dans les hôpitaux communautaires (traitements plus récents par exemple). Les préférences des patients ont été examinées à un seul moment dans leur processus de maladie.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les chercheurs soulignent que des études futures devraient étudier la stabilité des préférences des patients de quoi et comment ils souhaitent recevoir les mauvaises nouvelles de leur cancer. Un autre domaine qui mérite davantage de recherche est l'identification des caractéristiques supplémentaires des patients qui peuvent influencer leurs préférences d'information et de soutien. Une extension importante du travail actuel est d'évaluer prospectivement les moyens de fournir des informations sur le diagnostic du cancer et/ou de réapparition qui répondent aux préférences des patients et à leurs attentes.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Article très structuré, les résultats sont clairs et permet une bonne compréhension de l'ensemble de l'étude.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Plusieurs pistes sont données pour la pratique infirmière. Les chercheurs ressortent que les efforts autour de ce sujet sont importants parce que donner efficacement des mauvaises nouvelles peut améliorer la compliance d'un patient à un traitement, conduire à une meilleure compréhension des directives ou des symptômes, réduire le stress, l'anxiété et améliorer la satisfaction des patients.

Référence : Bowles, N., Mackintosh, C. & Torn, A. (2001). Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution-focused communication training. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 347-354.

Approche mixte

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Éléments de l'article
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre nous renseigne sur la population (infirmières), le phénomène d'intérêt (évaluation d'un entraînement à la communication centrée sur les solutions) et le contexte (compétences infirmières).
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Résumé clair et structuré par chapitre (buts, état des connaissances, devis et méthodes, résultats et interventions, conclusions).
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Les compétences de communication des infirmières sont critiquées depuis de plusieurs années et de nombreuses formations en techniques de communication que les infirmières reçoivent ne s'appuient pas sur un cadre théorique ou pratique cohérent. Les chercheurs veulent donc évaluer la pertinence d'une approche d'éducation aux compétences communicationnelles basée sur la SFBT (Solution-focused brief therapy).
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Une des variables pourrait être le niveau de compétence communicationnelle des infirmières, dont la comparaison se fait entre avant la formation et après la formation. Les connaissances sur la communication dans les soins sont retracées à travers la littérature scientifique.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Le cadre théorique de la « Solution Focused Brief Therapy » (thérapie brève centrée sur les solutions) est défini : Il s'agit à la fois d'un système de communication et d'un ensemble d'hypothèses sur la meilleure façon de motiver les gens à changer, s'adapter et croître. Cette approche consiste en un déplacement de l'attention depuis une perspective dominée par un problème, un déficit ou une pathologie vers une perspective orientée sur les solutions. Elle a pour but d'amplifier et consolider les forces, les capacités et les espoirs des clients pour lesquels la relation thérapeutique se transforme alors en une collaboration. Cette méthode s'applique rapidement et peut être utilisée en entretien ou dans les conversations quotidiennes. C'est sur cette base que les chercheurs ont élaboré une courte formation pour initier les infirmières aux conversations centrées sur les solutions. D'autres théories de communication, comme celles de Rogers, sont également citées.
Question de R / Buts	-Question		X		Les buts ne sont pas présentés sous forme de question.
	-Buts de l'étude	X			Les buts sont présentés clairement et un chapitre distinct leur est destiné. Cette étude vise à examiner la pertinence et l'application clinique de la SFBT, ainsi que la possibilité de l'entraîner. Pour cela, les chercheurs vont : - mesurer l'avis des infirmières sur la pertinence de

					la SFBT et son adéquation à la pratique clinique. - déterminer si une formation de courte durée dans la SFBT pourrait améliorer les compétences de communication des infirmières dans la pratique. - identifier les changements dans la clinique provenant de la pratique de la SFBT.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Les chercheurs décrivent l'utilisation d'une méthode mixte (quantitative et qualitative). Il s'agit d'une étude exploratoire longitudinale. Les méthodes quantitatives pourraient faire penser au devis d'un essai randomisé non-contrôlé, mais cela n'est pas clairement précisé.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Seize infirmières et ont été recrutées de différents milieux cliniques, tant en milieu hospitalier qu'en milieu communautaire. L'étude a accepté tous ceux qui ont demandé la formation, sans critères de présélection. Tous les volontaires étaient des femmes, avec une gamme allant d'infirmière clinicienne à infirmière spécialisée avec fonction de leadership. N=16 A la fin de l'étude, 10 infirmières ont complété tous les questionnaires et seulement 6 ont participé au groupe de discussion.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			X	Il semblerait que la taille de l'échantillon soit un peu petite pour une méthode quantitative. Mais le nombre de participant est défini par les auteurs comme étant adapté à l'enseignement en petits groupes.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Tous les volontaires ont participé à un programme de formation de 4 jours en SFBT, sur une période de 8 semaines entre mai et Juillet 2000. Récolte de données quantitatives : Des mesures de référence ont été prises avant le début du cours, à l'aide d'un instrument de l'échelle de Likert conçu spécifiquement pour cette étude. Les domaines devant être évalués de 0 à 10 par les infirmières étaient : la compétence/ la confiance /la volonté et la fréquence pour parler avec des personnes en difficulté, la façon avec laquelle leurs collègues toléraient de le faire et la possibilité de le faire par rapport à leur rôle. Les mesures ont été répétées 6 mois après la fin du cours. Récolte de données qualitatives : Un groupe de discussion a été mené avec les élèves six mois après avoir terminé le cours. Le groupe de discussion commentait les changements dans la pratique, leurs observations et sentiments à ce sujet. Le groupe de discussion a été enregistré sur bande audio, transcrit et analysé par un chercheur indépendant (n'ayant pas donné le cours et n'étant même pas au courant du thème de la SFBT) dans le but d'éviter les biais.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?			X	Des démarches éthiques officielles ne sont pas décrites. Les auteurs expliquent toutefois que les questionnaires étaient anonymes et que les participants avaient la possibilité de refuser le questionnaire sans qu'il n'y ait de conséquences pour leur formation ou à leur travail.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour décrire en détail les facteurs d'influence (obstacles)	X			Une analyse statistique a été menée pour les données quantitatives et les marges de signification ont été calculées par rapport au test de Wilcoxon. Les données qualitatives ont été analysées en utilisant une méthode d'analyse de contenu thématique de Busnard's en 14 étapes.

Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés clairement, sous forme de points et sous-points, et illustrés par des tableaux.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?		X		Les résultats sont uniquement résumés. Nous retrouvons cependant quelques notions dans la conclusion qui nous rappelle celles évoquées dans l'état des connaissances. Mais les résultats ne sont pas comparés avec des études précédentes.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			La notion de fiabilité des résultats est évoquée par les auteurs et ils avouent leurs limites. Les auteurs nous disent également que l'utilisation de la SFBT peut se faire dans n'importe quel contexte. L'étude peut donc tout à fait être transférable.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les chercheurs décrivent les limites de leur étude dans un chapitre intitulé « critiques méthodologiques ». Il s'agit des limites suivantes : - Bien qu'il ait une grande validité, la fiabilité de l'instrument développé pour les aspects quantitatifs de cette évaluation n'a pas été établie avant son utilisation. - Le nombre d'étudiants constitue une base insuffisante pour l'extrapolation des résultats. - Six étudiants n'ont pas réussi à contribuer à la deuxième récolte de données quantitatives et 11 n'étaient pas disponibles pour le groupe de discussion. De toute évidence, il y a possibilité d'un biais d'échantillonnage.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les auteurs recommandent l'utilisation des techniques SFBT dans la pratique infirmière. Ils soulignent qu'un examen plus approfondi de l'efficacité de la communication axée sur les solutions en soins infirmiers est indiqué.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit et compréhensible. Il est clair et va à l'essentiel. La structure permet une bonne lisibilité et de se repérer rapidement. Le tableau illustrant les résultats est très pertinent et facile à comprendre.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			La SFBT peut aussi être une approche utile à la formation des compétences en communication, car elle fournit une structure facile à comprendre et constitue trousse à outils qui est en harmonie avec les valeurs en soins infirmiers comme l' <i>empowerment</i> , l'augmentation de la responsabilité des patients et la participation aux soins.

Annexe G : Démarche de synthèse

Référence bibliographique : Li Hui, T., Emily, A. & Desley, H. (2012). Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2647–2658.

Devis	Echantillon (N, M, E.T.)	Buts / Question de recherche Cadre de référence / Concepts	Méthodes : instruments de collecte des données	Méthodes : variables et traitement des données	Résultats	Discussion / Perspectives	Remarques Personnelles
<p>Approche qualitative / paradigme interprétativiste.</p> <p>Etude descriptive transversale</p>	<p>infirmières diplômées singapouriennes ou résidentes permanentes de Singapour, âgées entre 21 et 64 ans, pouvant parler anglais et travaillant depuis au moins 2 ans dans les soins infirmiers en oncologie / hématologie</p> <p>N=10 Elles étaient toutes des femmes.</p>	<p>But: Identifier les facteurs qui favorisent ou entravent une communication efficace entre les patients oncologiques adultes et les infirmières diplômées de Singapour.</p> <p>Cadre de référence : Aucun cadre de référence précisé.</p> <p>Concepts : Définition de l'« effective communication » comme un processus mutuel : il s'agit d'envoyer le bon message mais également qu'il soit reçu correctement et compris par l'autre personne (Courtney, 2010).</p>	<p>Un flyer d'info a été distribué pour le recrutement. 10 infirmières ont été sélectionnées, puis rencontrées en entretien individuel face à face. Les entretiens étaient semi-structurés et duraient entre 28 et 91 min. Ils ont été menés par le premier auteur de la recherche et ont été enregistrés, puis retranscrits. Après chaque entretien, les questions de l'interview ont été redéfinies pour continuer à approfondir certaines pistes.</p> <p>L'étude a été approuvée par le comité d'éthique. Les participants ont signé une feuille de consentement.</p>	<p>Les auteurs ont utilisé un programme informatique analytique appelé : « leximancer 3.0 » pour réaliser une première analyse du contenu de chaque transcription d'entretien, ainsi que de l'ensemble des 10 transcriptions. Cet outil analyse les mots ou les phrases qui sont les plus exprimés et les regroupe par concepts principaux, permettant ainsi de dégager des thèmes et des sous-thèmes.</p> <p>Les transcriptions ont ensuite été analysées par deux auteurs différents (le premier et l'ainé), ce qui leur a donné plus de profondeur.</p>	<p>- Les caractéristiques du patient: - la communication est influencée suivant le stade de la trajectoire de la maladie du patient. La communication est moins efficace lorsque le patient est en stade terminal, ainsi que lorsqu'il vient d'être diagnostiqué car les notions de déni et de chagrin sont particulièrement présentes dans cette situation, rendant la communication plus complexe. - il a aussi été relevé que le manque de respect des patients envers les infirmières, croyant que seuls les médecins ont des connaissances, entrave la communication, car les patients ne reconnaissent pas l'infirmière comme un professionnel de confiance vers qui s'adresser pour demander des informations mais plus comme une travailleuse domestique. - Il y a également des patients avec des personnalités-défi, que l'on qualifie aussi de « patients demandeurs », qui utilisent les plaintes pour obtenir les soins ou les services désirés. Il a été ressorti que les patients qui paient le plus pour leur hospitalisation se voient comme des consommateurs et ont</p>	<p>Le début de trajectoire de la maladie est un inhibiteur majeur de la communication, car le choc et le déni diminuent la capacité des patients à absorber les informations et à articuler leurs besoins. L'étude recommande donc aux infirmières d'être plus attentives à ces phases-là et de prendre le temps d'investiguer la trajectoire de la maladie telle qu'elle est perçue par le patient. La reconnaissance professionnelle des infirmières est encore une lacune, bien que la formation progresse. Les singapouriens considèrent encore les infirmières comme du personnel peu qualifié et peu payé, exécutant des tâches domestiques. Cet irrespect conduit à une qualité de soins plus faible auprès des patients et également une moins bonne satisfaction des infirmières au travail. L'étude suggère donc aux leaders des soins infirmiers et aux organisations infirmières de se concentrer sur un programme national d'éducation pour améliorer l'image de l'infirmière moderne et de son travail auprès du grand public. La propre perception de la mort des infirmières peut aussi affecter les</p>	<p>L'article est très structuré.</p> <p>Dans le titre, nous retrouvons la population : les infirmières, le phénomène d'intérêt : la communication efficace avec les patients et le contexte : l'oncologie adulte à Singapour.</p> <p>Le résumé est clair. Le background permet de comprendre les différents concepts et d'où découle la problématique. Cependant, aucun cadre théorique n'est explicité.</p> <p>La question de recherche est présentée de manière claire, tout comme le déroulement de l'étude et les moyens utilisés pour le recueil et le traitement des données.</p> <p>Les résultats sont expliqués de manière synthétique et illustrés par des schémas et tableaux.</p> <p>Dans la discussion, les résultats sont mis en liens avec des recherches antérieures de manière pertinente et les</p>

		<p>L'article utilise le terme de « trajectoire de maladie » qui nous rappelle les théories de Corbin et Strauss sur les maladies chroniques.</p>		<p>Un journal de bord réflexif a également été utilisé par les auteurs pour noter toutes les idées qui émergeaient durant la collecte de données.</p>	<p>plus d'exigences par rapport aux services. Ceux-ci seront alors plus demandeur en informations et communication.</p> <p>- Les caractéristiques de l'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - certaines infirmières de l'étude ont relevé que leurs propres peurs peuvent entraver la communication. Tout comme le fait de ne pas pouvoir répondre aux questions des patients et le fait que les informations à transmettre soient défavorables et touchent des thèmes délicats comme la mort ou la sexualité. <p>- L'interaction infirmière-patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - la diversité culturelle constitue un défi, notamment avec les patients asiatiques ayant pour coutume de peu exprimer leurs sentiments négatifs et de ne pas discuter des issues défavorables. Les cultures et les religions influencent beaucoup les perceptions des patients, en particulier sur la mort, ce qui complexifie la communication. - la barrière de la langue avec les patients étrangers, mais également le personnel infirmier immigré, constitue l'entrave principale à une communication efficace. <p>- L'environnement :</p> <p>Les participantes relèvent l'importance du management des soins qui se baserait moins sur les tâches et plus sur la communication.</p> <p>De plus, devant répondre à une certaine image face à l'hôpital et à leurs collègues, le fait de s'asseoir avec un patient peut parfois entraîner la peur que cela soit perçu comme de l'inactivité/de la paresse.</p>	<p>soins et la communication. L'entraînement au développement de compétences communicationnelles peut toutefois aider les infirmières à parler des sujets sensibles.</p> <p>La culture doit être considérée comme un facteur inévitable d'influence sur la communication, auquel les infirmières doivent être attentives.</p> <p>Un des grands challenges de la communication efficace réside dans la gestion des patients internationaux qui ont une culture, religion et surtout une langue étrangère. Pour assister les infirmières, il faudrait que les organisations adoptent une orientation qui considère plus la culture. Cela pourrait inclure des cours d'initiation culturelle et linguistique pour les infirmières pour améliorer leur connaissance des autres cultures et leur sensibilité. A un niveau plus bas, les managers devraient déjà simplement encourager l'auto-apprentissage et le partage de savoirs culturels entre pairs.</p> <p>L'organisation/le management des soins joue également un grand rôle. Ainsi, la direction des soins devrait être plus orientée vers une approche holistique qui encouragerait les infirmières à s'asseoir et communiquer avec le patient.</p>	<p>auteurs proposent des pistes pour l'amélioration de la pratique. Ils énoncent aussi des thèmes pouvant être traités dans de futures études.</p> <p>Limites de l'étude : L'échantillon est petit, mais est tout à fait adéquat en lien avec le type d'étude. Toutefois, il faut rester méfiant quant à la généralisation des résultats.</p> <p>La généralisation des conclusions de cet article est relative étant donné que certaines problématiques sont traitées plus spécifiquement pour Singapour. Cependant, cet état a de grandes similitudes avec la Suisse pour laquelle les problèmes de diversité culturelle se posent également dans les soins.</p>
--	--	--	--	---	--	---	---

Référence bibliographique : Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J. & Ferrell, B. (2013). Oncology Nurse Communication Barriers to Patient-Centered Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17, 152-158.

Devis	Echantillon (N, M, E.T.)	Buts / Question de recherche Cadre de référence / Concepts	Méthodes : instruments de collecte des données	Méthodes : variables et traitement des données	Résultats	Discussion / Perspectives	Remarques Personnelles
Approche qualitative descriptive Étude de cas Étude transversale	Sept infirmières gestionnaires ont participé au groupe de discussion, trois pour les soins cliniques ou de gestion des soins aux patients pour les cliniques externes, trois infirmières gestionnaires de soins aux patients des unités d'oncologie et hospitalisés ainsi qu'un directeur des opérations. Les infirmières étaient âgées de 36 à 63 ans et ont été dans la profession pendant 25-40 ans	<p>But : En l'absence de programmes de formation pour les infirmières, le but de cette étude est d'identifier les obstacles à la communication centrée sur le patient et de déterminer ce que la formation des infirmières devrait comprendre comme compétences en communication et éducation.</p> <p>Questions de recherche :</p> <p>1. Qu'est-ce que les infirmières gestionnaires considèrent comme des obstacles à la communication pour prodiguer des soins centrés sur le patient ?</p> <p>2. Qu'est-ce que les infirmières gestionnaires identifient comme</p>	Animé par le premier auteur, un guide semi-structuré a été conçu pour orienter la discussion sur les obstacles de la communication pour l'infirmière et les besoins de formation. Les infirmières ont été invitées à faire part de leurs réflexions sur le rôle de la communication de l'infirmière tout au long de la trajectoire du cancer; de distinguer les points de mauvaises communications entre les infirmières et les patients, les membres de la famille et les collègues; décrire la communication efficace; identifier les domaines dans lesquels les infirmières pourraient bénéficier de formation en communication ; et décrivent le confort	<p>Les transcriptions ont été produites à partir des cassettes audio. Les données ont été analysées à l'aide d'un processus itératif d'analyse thématique (Creswell , 1998; Strauss & Corbin , 1998).</p> <p>Tout d'abord, deux membres de l'équipe de recherche lisent indépendamment les transcriptions et identifient les morceaux de texte sans restriction, ce qui suggère un thème. Ensuite, les membres de l'équipe ont discuté des catégorisations de conversation et les revendications d'interprétation sur les catégories identifiées.</p>	<p>Entrée à la communication : Deux obstacles à la communication centrée sur le patient sont identifiés :</p> <p>1. Le manque de cohérence du personnel de soins dans la communication a créé des difficultés de communication avec les patients et les membres de la famille.</p> <p>2. Les attentes des médecins et les hypothèses concernant les infirmières ont été des barrières en communication entre les membres de l'équipe.</p> <p>Pour l'obstacle 1, les infirmières parlent du défi auquel elles font face en recueillant et en interprétant tous les aspects des soins du patient y compris les nombreuses informations des visites médicales et de tous les médecins spécialisés. Armée « d'un petit morceau de connaissance », il est difficile pour l'infirmière de régler l'incohérence de l'information donnée aux patients et aux familles et les aider à recoller tous les morceaux.</p> <p>Pour l'obstacle 2, les infirmières dérivent un manque d'explications des médecins sur les processus et procédures pour la suite. Il est difficile ensuite de communiquer avec le patient en disant : « heu, je n'ai pas</p>	<p>Le but de cette étude était de savoir comment les gestionnaires perçoivent les obstacles de la communication et les compétences en communication des infirmières nécessaires pour promulguer des soins centrés sur le patient. Tous les gestionnaires de cette étude décrivent les obstacles de nature procédurale comme la structure et la fonction de l'équipe de soins de santé plutôt que des rôles infirmiers spécifiques. La capacité de l'infirmière à s'engager dans la communication centrée sur le patient avec les patients et leur famille a été entravée par une information insuffisante au sein de l'équipe. En conséquence, les infirmières perdent une quantité d'énergie sur la collecte et la clarification de l'information auprès du patient et de sa famille plutôt que de s'engager dans des conversations sur l'information psychosociale.</p> <p>Les infirmières sont souvent incertaines quant à savoir s'il faut ou non engager la conversation avec le patient et la famille lorsque ces discussions doivent avoir lieu. Pour l'instant, les infirmières doivent compter sur leurs connaissances innées de la communication pour déterminer les possibilités de communication centrée sur le</p>	<p>L'article est clair et structuré en plusieurs chapitres (résumé, état des connaissances, méthode, résultats, discussions, conclusion et implications pour la pratique infirmière).</p> <p>Un paragraphe ressort différents travaux ayant déjà été menés sur le sujet et décrit plusieurs difficultés que les infirmières rencontrent dans leur quotidien. Les études déjà menées révèlent également l'importance de la formation en communication des infirmières en oncologie pour améliorer la qualité de vie des patients, leur satisfaction ainsi que la qualité des soins.</p> <p>L'état des connaissances est complet et les questions de recherche découlent de manière logique et claire de ce paragraphe.</p> <p>Le devis de recherche n'est pas décrit mais il s'agit d'une recherche qualitative qui répond aux traditions de ces études (groupe de discussions enregistré puis transcrit). Étude de cas.</p>

		<p>des compétences en communication centrée sur le patient nécessaires pour les infirmières en oncologie ?</p>	<p>des infirmières qui sont initiées et savent répondre à des conversations difficiles.</p> <p>La séance a commencé par une introduction, une explication de l'étude et les procédures de consentement éclairé. L'animateur a commencé par demander aux participants de partager un bref résumé de leur rôle.</p> <p>La discussion au sein du groupe fait émerger une cascade d'expériences, d'idées et de pensées liées aux soins infirmiers en oncologie.</p> <p>Un membre de l'équipe de recherche a assisté à la séance du groupe de discussion et pris des notes. La séance a été enregistrée sur bande audio.</p>	<p>participé, je ne fais pas,... » Être invité dans la communication médecin-patient a été considéré comme optimal pour les infirmières.</p> <p>Aptitudes à la communication centrée sur le patient : Tous les participants ont indiqué que la communication infirmière-médecin est partie intégrante des soins centrés sur le patient. Il a également été transmis que les infirmières devaient apprendre à gérer leur rôle d'intermédiaire entre les patients, les familles et les médecins malgré qu'elles soient souvent prises au milieu. Il ressort qu'il est difficile d'avoir des conversations avec des patients mourant surtout pour les infirmières inexpérimentés et qu'il existe un grand besoin de recevoir une formation en communication en fin de vie.</p> <p>Des fonctions de communications spécifiques comme l'utilisation d'un langage accessible et en répétant ont été également identifiés comme des compétences en communication efficaces centrées sur les patients. La communication sur la douleur et la spiritualité sont apparues comme les deux principaux sujets pour le traitement du cancer. Les infirmières sont préoccupées par la façon dont elles partagent les informations sur la douleur chez les patients et les familles. Face à la douleur et les difficultés d'échanges d'informations avec le patient et sa famille sont des soucis de communication les plus profonds pour la promulgation des soins centrés sur le patient.</p>	<p>patient. Les infirmières ont besoin de formation pour apprendre à pratiquer les techniques de communication spécifiques.</p> <p>Le rôle de la communication de l'infirmière est défini selon la performance routinière et intime des soins aux patients. Un lien de confiance ouvre les possibilités de discussions difficiles. Toutefois, la communication centrée sur le patient a été définie par la relation infirmière-médecin et de la communication au sein de l'équipe de soins, ce qui suggère que la formation en communication doit inclure les compétences individuelles.</p>	<p>Il s'agit d'une étude transversale car il y a eu qu'une séance du groupe de discussion.</p> <p>Les chercheurs explicitent les limites de l'étude à cause de l'échantillon d'infirmières venant du même centre de cancérologie malgré que cet échantillon représente un large éventail au niveau des âges et des perspectives des gestions à la fois aux patients hospitalisés et aux services ambulatoires.</p>
--	--	--	---	--	--	--

					<p>Programme CONFORT</p> <p>Le programme CONFORT est conçu pour aider les infirmières dans leur pratique de la communication centrée sur le patient dans les soins de fin de vie.</p> <p>CONFORT est un acronyme pour sept principes (communication, orientation, opportunité, présence conscience, famille et ouvertures) conçu pour être enseigné et mis en œuvre dans la communication pour les soins palliatifs et de mauvaises nouvelles.</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--

Référence bibliographique : Lehto, R.H. (2012). The Challenge of Existential Issues in Acute Care: Nursing Considerations for the Patient With a New Diagnosis of Lung Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16, 4-11.

Devis	Echantillon (N, M, E.T.)	Buts / Question de recherche Cadre de référence / Concepts	Méthodes : instruments de collecte des données	Méthodes : variables et traitement des données	Résultats	Discussion / Perspectives	Remarques Personnelles
<p>Approche qualitative/ quantitative</p> <p>Etude descriptive transversale</p>	<p>Hommes et femmes âgés de plus de 21 ans ayant reçu un nouveau diagnostic de cancer du poumon et qui se préparent au traitement.</p> <p>Ils devaient être capables de lire et écrire en anglais et ne pas avoir de comorbidités, en particulier pas de troubles psychiques ou cognitifs préexistants.</p> <p>N=73.</p> <p>L'étude se passe dans le midouest des Etats-Unis et les participants ont été recrutés dans un centre régional de</p>	<p>Buts : Présenter aux infirmières praticiennes en oncologie le type de préoccupations existentielles et/ou concernant la mort que peuvent éprouver les patients avec un récent diagnostic de cancer du poumon.</p> <p>Puis, trouver des stratégies pratiques et des ressources pour les infirmières qui pourraient aider les patients à accepter et gérer leurs réponses, normales mais souvent stressantes, face à ce diagnostic vital.</p> <p>Aucune question n'est clairement formulée.</p> <p>Cadre de référence : Aucun cadre théorique de référence n'est choisi.</p>	<p>Etude La récolte de données a été réalisée par le biais d'interviews semi-structurés auprès de patients atteints de cancer du poumon, en utilisant la méthode « 3CM » (<i>Conceptual Content Cognitive Map</i> : carte conceptuelle de contenu cognitif). Les participants ont dû écrire sur un bout de papier des concepts importants qui leur sont venus en tête à propos de leur diagnostic de cancer. Puis ils ont dû les coder avec des symboles positifs ou négatifs (+ ou -).</p> <p>Le comité d'examen institutionnel et les comités de développement de la recherche des différents établissements (RCC et VAH) ont approuvé toutes les procédures de l'étude.</p>	<p>Deux infirmières scientifiques ont indépendamment analysé, résumé et codé le contenu du 3CM.</p> <p>Les déclarations qui étaient reliées ont été regroupées pour faire émerger des catégories de thèmes.</p> <p>Suite au développement de ces catégories, les résultats ont pu être quantifiés.</p> <p>Mais, sur le fond, ils ont ensuite été analysés qualitativement.</p>	<p>Types de préoccupations existentielles : 53% des patients ont cité des questions relatives à la mort. 66% ont parlé de peur pour leur avenir (futur incertain, éventualité d'handicap, possibilité de transmettre la maladie). 22% ont évoqué des sujets orientés vers la spiritualité (pratique religieuse, prière, sens de la vie, sens d'un but plus grand).</p> <p>Puis 8 sous-thèmes de préoccupations ont pu être ressortis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la préparation psychologique - le temps qu'il reste à vivre - l'impact de la mort sur les proches - la préparation comportementale - l'acceptation de la mort - les expériences de proches décédés suite à un cancer - les questions sur l'après-mort. <p>Rôle de l'infirmière : Ces résultats sont complétés par la description de stratégies pouvant être mises en place par les infirmières pour aider les patients à gérer leur réponse au stress qu'implique un diagnostic potentiellement vital :</p> <p>- <u>la préparation psychologique</u> : pour que le patient saisisse la réalité de son diagnostic et l'intègre dans une perspective de vie qui fasse sens. → donner des informations claires et significatives, en prenant le temps</p>	<p>Discussion : Les interventions des infirmières contre « l'anxiété de mort » consisteraient donc à explorer l'histoire de vie, les relations, la spiritualité, les directives anticipées et la gestion des symptômes.</p> <p>Mais souvent les infirmières en soins aigus sont trop axées sur les traitements curatifs et la gestion de la maladie et sont mal à l'aise pour aborder les questions existentielles. Alors que la discussion de ce sujet, peut les amener à mieux déterminer les besoins individuels des patients en santé mentale et de mieux les soutenir dans leur adaptation.</p> <p>De plus, l'hôpital aigu serait un environnement défavorable au développement de ce genre de discussions, de par son manque de familiarité et de confort et du fait que les infirmières soient déjà très occupées par leur pratique, dans un cadre de soins axés vers le rendement.</p> <p>Les infirmières sont aussi confrontées à leur propre anxiété face à la mort et peuvent développer beaucoup d'émotions négatives qui entravent la relation avec le patient. L'étude relève donc l'importance que les infirmières puissent prendre le temps d'examiner leurs propres représentations et sentiment face à la mort et à la souffrance, et qu'elles puissent partager entre elles</p>	<p>L'article est plutôt bien écrit, mais les chapitres des résultats, de la discussion et la conclusion devraient être plus distincts.</p> <p>Le titre nous renseigne sur : La population (patients atteints de cancer du poumon nouvellement diagnostiqués), le phénomène d'intérêt (les soins infirmiers par rapport aux questions existentielles des patients) et le contexte (les soins aigus).</p> <p>Le résumé interpelle le lecteur en définissant clairement les buts de la recherche, mais il n'indique pas du tout la méthode et n'énonce aucun résultat.</p> <p>Description de données épidémiologiques pour mieux comprendre l'importance de la problématique.</p> <p>Le background permet de comprendre les différents concepts et amène à la problématique de recherche. Aucun cadre théorique n'est explicité.</p> <p>Les buts de l'article sont clairement explicités mais ne sont pas formulés en questions. Le déroulement de l'étude et les moyens utilisés pour le</p>

	<p>cancer (RCC) et auprès du système du « Veterans administration Health » (VAH).</p>	<p>Concepts : Le concept de <i>existential concerns</i> est défini comme les préoccupations qui concernent les actions de l'individu, les responsabilités personnelles, la recherche de sens et de but dans la vie, les droits fondamentaux de la liberté personnelle, l'aliénation, le sens de la souffrance et de la mort, le regret et les choix (Yalom, 1980).</p> <p>Le stress psychologique peut être traité de différentes manières, pouvant être référées au domaine de la santé mentale : différents types de psychothérapies et approche médicamenteuse (TCC, groupes de soutien, consultation psychiatrique, psychoéducation, technique de résolution de problème, thérapies alternatives comme méditation, musicothérapie, relaxation, etc.). Ces traitements peuvent améliorer la qualité de vie des patients et permettre l'alliance thérapeutique.</p>			<p>d'écouter et de comprendre la situation du point de vue du patient, et d'adapter la communication selon l'individualité du patient (selon le développement, l'expérience, la culture et l'âge).</p> <p>- <u>le temps qu'il reste à vivre et la perte d'un futur productif :</u> L'anticipation d'un futur limité provoque de l'anxiété, de la tristesse et parfois de la colère. → aider le patient à accéder à des groupes de soutien, trouver des ressources sociales, voire sur des forums internet pour qu'il puisse exprimer ses sentiments. Assister le patient pour réfléchir à ses buts/valeurs et choisir ses priorités dans le temps qu'il lui reste.</p> <p>- <u>l'impact de la mort sur les proches :</u> Le patient est souvent inquiet de savoir comment ses proches vont fonctionner sans lui et se sent parfois coupable (surtout si tabagisme). → assurer une présence soutenante, non-jugeante et favoriser un climat de liberté ou les inquiétudes peuvent être exprimées.</p> <p>- <u>la préparation comportementale :</u> Consiste en des stratégies actives pour être sûr que toutes les affaires importantes de vie sont en ordre en cas de décès. → soutenir et fournir des ressources éducatives pour les démarches légales, la gestion des finances, la planification des funérailles, les directives anticipées, etc.</p> <p>- <u>l'acceptation de la mort :</u> contemplation personnelle et intégration du concept de sa propre fin. → accompagner les discussions existentielles et spirituelles.</p>	<p>et trouver des stratégies pour gérer les émotions. L'auteur recommanderait aussi des cours d'éducation sur la communication au sujet de la mort. L'auteur évoque également le soutien de la direction des soins qui devrait permettre aux infirmières de trouver le temps et l'espace pour entamer les discussions avec les patients. Par exemple, en planifiant de manière systématique quelques minutes en plus lors de l'admission ou de l'évaluation de pré-traitement.</p>	<p>recueil sont décrits et explicités. Les méthodes de traitement de données sont expliquées de manière assez sommaire, mais leur valeur scientifique n'est pas remise en cause.</p> <p>Les résultats sont expliqués de manière synthétique et structurée, sous forme de points. Ils sont mis en liens avec des actions pratiques, se basant également sur des recherches antérieures. L'auteur propose ainsi de nombreuses pistes pour l'amélioration de la pratique. Mais il ne précise pas de thème pour les futures études.</p> <p>Limites de l'étude : L'article est spécifiquement orienté vers le cancer du poumon qui est particulièrement létal, d'où la problématique prend tout son sens.</p> <p>La généralisation des conclusions de cet article semble toutefois être possible grâce à sa méthodologie scrupuleuse, aux similarités entre la population des USA et de notre pays, et au concept universel qu'est l'anxiété entraînée par un diagnostic potentiellement vital.</p>
--	---	--	--	--	--	--	--

					<p>- <u>les expériences de proches décédés suite à un cancer :</u> Les souvenirs d'expériences passées de proches peuvent remonter. → construire une relation de confiance où ces souvenirs/ images puissent être exprimés.</p> <p>- <u>les questions sur l'après-mort :</u> Souvent en lien avec les connaissances culturelles. → faire une évaluation spirituelle pour identifier une éventuelle source de force qui pourra être utilisée. Orienter vers des ressources religieuses. Ecouter et montrer du respect pour les différences dans le but que le patient se sente libre de travailler les questions de recherche de sens à la vie.</p> <p><u>Concernant la peur de l'avenir exprimée par le patient,</u> Interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rassurer le patient et lui enseigner des stratégies cognitivo-comportementales concrètes pour recadrer la situation et diminuer les schémas de pensée négative. - Aider les patients à concentrer leur attention sur le moment présent (par exemple, par la pratique de la pleine conscience, de la méditation) - enseigner des stratégies de relaxation (bains chauds, massages, yoga, musique, l'exercice et la journalisation). - orienter le patient vers des thérapies de groupe de soutien, comme : Supportive-Expressing Group Therapy (Yalom, 1985). Cognitive Existential Group Therapy (Kissane et al., 2003), Healing journey (Cunningham, 2002), Meaning-Centered Group psychotherapy (Breitbart & Heller, 2003) et Recreating Your Life (Cole & Pargament, 1999). 	
--	--	--	--	--	--	--

Référence bibliographique : Stajduhar, K.I., Thorne, S.E., McGuinness, L. & Kim-Sing, C. (2010). Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2039–2047.

Devis	Echantillon (N, M, E.T.)	Buts / Question de recherche Cadre de référence / Concepts	Méthodes : instruments de collecte des données	Méthodes : variables et traitement des données	Résultats	Discussion / Perspectives	Remarques Personnelles
<p>seconde analyse de données d'interviews qualitatives descriptive transversale</p>	<p>200 participants avaient été recrutés au Canada lors de l'étude initiale, via des méthodes publicitaires. Tous avaient différents types de cancer à différents stades de traitement. Pour l'étude actuelle, les chercheurs ont sélectionnés 18 patients dans les interviews individuelles et 16 participants dans les interviews de groupe. Leur âge varie entre 34 et 79 ans. Tous les participants sélectionnés souffrent d'un cancer en</p>	<p>Buts de l'étude : identifier ce qu'est une communication aidante du point de vue des patients atteints de cancer. Et créer des recommandations basées sur des preuves pour une meilleure pratique dans ce domaine.</p> <p>Question de recherche: Qu'est ce que les patients atteints de cancer avancé identifient comme étant une communication aidante lors des rencontres avec les professionnels de la santé ?</p> <p>Cadre de référence: Aucun cadre théorique n'est explicité dans l'introduction.</p> <p>Mais, dans la discussion, l'étude reprend la théorie de « l'enquête</p>	<p>Le recueil de données a été réalisé lors d'une précédente étude (Thorne et al, 2005, 2006) et réutilisé pour la présente recherche.</p> <p>La première étude a récolté les données par le biais d'un guide d'interview commun qui a été utilisé par un assistant de recherche pour mener des entretiens auprès des participants en individuel, par téléphone ou en groupe-focus. Les interviews ont été enregistrées puis transcrites.</p> <p>Pour la seconde étude, seules les interviews des patients dont le cancer était en phase avancée ont été gardées.</p>	<p>Les chercheurs ont analysé les données en s'appuyant sur la méthode comparative constante. Les transcriptions ont été lues plusieurs fois pour identifier des thématiques récurrentes, convergentes ou contradictoires. Et, sur la base de cette analyse, les chercheurs ont réalisé une description interprétative de ce que les patients atteints de cancer avancé perçoivent comme utile dans les communications de santé.</p>	<p>4 thèmes principaux sont ressortis :</p> <p>1. l'importance du temps : -les patients savent que les soignants ont peu de temps à disposition pour discuter dans le système de santé actuel. Mais ils peuvent pardonner ce manque de temps si la relation thérapeutique est bien établie dès la première rencontre. Finalement, d'après les patients, ce qui compte n'est pas forcément le temps réel en minute mais plutôt la façon dont le soignant utilise ce temps. Et donc, ce qui entrave beaucoup la communication, c'est lorsque le patient ressent que le soignant est pressé ou n'est pas vraiment présent. A l'inverse, le contact visuel direct, les techniques d'écoute active, le fait de s'asseoir, ne pas sembler pressé dans le discours et le langage du corps sont des signes qui vont favoriser une bonne communication en montrant au patient que nous sommes disponibles.</p> <p>2. la démonstration d'intérêt/d'attention : les patients qui sont en phase avancé de cancer pensent parfois qu'ils ne sont plus dignes d'intérêt pour les soignants, vu qu'on ne peut plus rien pour eux. C'est pourquoi il est très important de continuer à démontrer de l'intérêt pour eux, de les rassurer et de les accompagner. Pour cela, il faut que les patients puissent toujours</p>	<p>L'étude a permis de relever l'importance d'une communication sensible et empathique dans les cas de cancer avancé et le besoin d'améliorer la communication dans les soins qui compromettent gravement la qualité de vie des patients. Un guide standardisé de directives pour la pratique basé sur des preuves scientifiques est rendu difficile, du fait de l'individualité et du contexte de chaque rencontre entre le soignant et le patient. Le comportement de communication recommandé est d'être patient, diplomate, compréhensif, honnête et optimiste et d'être confortable pour parler de questions telles que la mort. Il faut aussi considérer le patient comme une personne de valeur, en tenant compte de son histoire de vie. Les résultats sont également mis en lien avec une théorie de Doane & Varcoe (2007). Dans cette approche, les infirmières sont continuellement mis au défi de réfléchir sur leur pratique avec les patients et sur leurs propres actions, les comportements, les valeurs, les croyances et les hypothèses. Ce processus réflexif permet aux infirmières de développer la capacité à communiquer avec les patients comme des « êtres humains » plutôt que comme un patient avec un diagnostic particulier.</p>	<p>L'article est très structuré et lisible.</p> <p>Le titre renseigne sur la population (patients), le phénomène d'intérêt (communication aidante) et le contexte (cancer avancé).</p> <p>Le résumé est clair et structuré par chapitre. L'état des connaissances retrace les différents écrits sur le sujet, souligne l'importance de la problématique et ses conséquences sur les patients et mets en évidence le manque de littérature sur le sujet de la présente étude.</p> <p>Les buts de l'article sont clairement explicités et la question de recherche est formulée.</p> <p>Le déroulement de l'étude est bien décrit et les moyens utilisés pour le recueil lors de la première étude sont rappelés. Les méthodes de traitement de données sont décrites brièvement.</p> <p>Les résultats sont expliqués clairement et structurés sous forme de points. Ils sont mis en</p>

	<p>phase avancée (cancers multiples, récurrences ou progressant rapidement vers une phase palliative).</p> <p>N=34</p>	<p>relationnelle » de Doane & Varcoe (2007).</p> <p>Concept : Pas de définition du concept de « <i>helpful communication</i> ».</p>			<p>participer à leur plan de soins et qu'on continue à leur fournir des options. Les patients attendent aussi que leurs efforts de santé, et éventuellement des méthodes alternatives tentées, soient validés par les professionnels. L'étude relève aussi l'importance de la relation avec le thérapeute et du soutien qu'il témoigne par l'expression d'empathie et par des petits contacts physiques (s'asseoir sur le lit, prendre la main). Les patients restent toutefois conscients des limites des soignants et apprécient un comportement professionnel. Par exemple, un câlin sera mal perçu chez la plupart des patients.</p> <p>3. la reconnaissance de la peur : Le patient a besoin que sa peur soit validée à travers le dialogue et une expression authentique d'empathie. L'humour a souvent été décrit comme bénéfique par les patients, mais elle peut aussi être inappropriée parfois. Il est également important d'explorer les peurs et de rassurer le patient en l'accompagnant et en lui rappelant qu'il n'est pas seul. Les patients ont aussi exprimé qu'ils apprécieraient qu'il ait au moins un soignant qui les connaisse bien qui reste constant durant tout leur parcours.</p> <p>4. l'équilibre d'honnêteté et d'espoir dans les informations données : Les patients décrivent souvent une sensation de perte de contrôle face à laquelle ils réclament beaucoup d'informations. L'étude suggère donc aux soignants de fournir autant d'informations significatives que possible, dans des formats variés (diagramme, images, ...) et à différents points dans le temps. Les patients décrivent aussi la référence à des sites spécialisés</p>	<p>liens avec des recommandations pour les soignants.</p> <p>Dans la discussion, les résultats sont mis en lien avec ceux de la recherche primaire dont les données avaient été reprises, ainsi qu'avec d'autres écrits présentés dans l'état des connaissances et une théorie de Doane & Varcoe (2007).</p> <p>Limites: L'étude utilise toujours le terme de « providers » que nous avons traduit ici comme « soignants », mais ce terme un peu trop général crée un flou nous permettant pas de distinguer le rôle des médecins de celui des infirmières. Nous savons toutefois que les auteurs considèrent effectivement aussi les infirmières, comme ils y font allusion dans l'état des connaissances et la conclusion. Nous supposons donc que les résultats sont applicables pour la pratique infirmière.</p> <p>Il faut toutefois être vigilant à la transférabilité limitée des résultats, du fait de la particularité des informations recueillies auprès d'un petit échantillon de patients et ce qu'ils ont choisi de partager avec nous. Cependant, les auteurs en font une analyse critique et assurent que leur documentation sur les thèmes relevés par ces participants en particulier peut être utile et donner un aperçu pour améliorer la pratique collective.</p>
--	--	--	--	--	--	--

					<p>confirmés ou à des livres sur le cancer comme aidante. Ils disent aussi avoir apprécié quand le soignant avoue ses propres limites de connaissance. Cependant, les patients interrogés ont décrit des besoins très différents concernant l'honnêteté dans les informations. Pour certains, le maintien de faux espoirs serait la pire erreur en matière de communication, alors que pour d'autres ce serait plutôt la destruction de tout espoir. L'étude conclut donc qu'il faut faire une bonne balance entre l'espoir et la réalité dans la délivrance d'information. Concernant le pronostic sur la durée qu'il reste à vivre, ici aussi les souhaits varient d'un patient à un autre. Cela suggère donc que le soignant l'aborde sur la demande du patient ou qu'il en ait une bonne connaissance. Mais dans tous les cas, le pronostic doit être nuancé et sans faire aucune promesse.</p> <p>Le fait de délivrer des informations honnêtes mais positives, en formulant des encouragements et en rappelant l'engagement des soignants est la forme de communication qui a été décrite comme permettant aux patients de mieux faire face à la connaissance de leur mort imminente. Cela leur permettait de maintenir de l'espoir, même si l'espoir ne porte pas sur la guérison mais plutôt sur la possibilité de vivre pleinement leur vie jusqu'à ce qu'ils meurent.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

Référence bibliographique : Ristevski, E., Breen, S. & Regan, M. (2011). Incorporating Supportive Care Into Routine Cancer Care: The Benefits and Challenges to Clinicians' Practice. *Oncology Nursing Forum*, 38, 204-211.

Devis	Echantillon (N, M, E.T.)	Buts / Question de recherche Cadre de référence / Concepts	Méthodes : instruments de collecte des données	Méthodes : variables et traitement des données	Résultats	Discussion / Perspectives	Remarques Personnelles
Approche qualitative, étude exploratoire transversale	Les participants sont des employés travaillant dans le service de chimiothérapie ou de radiothérapie. Ils devaient avoir au moins 18 ans, être un infirmier diplômé ou radiothérapeute et recommandés par leur ICUS comme étant capables de participer à l'étude. 10 cliniciens ont consentis à participer. A la fin, au total 5 infirmières et 1 radiothérapeute ont complété les interviews. N=6 Le contexte	Buts de l'étude : étudier les expériences des cliniciens au sujet « supportive care screening » et d'identifier les obstacles et les avantages perçus associés à sa mise en œuvre dans le cadre clinique. Cadre de référence : Aucun cadre théorique n'est décrit. Concept : Le « supportive care screening » est une méthode d'évaluation des besoins des patients en soins de soutien qui se base sur un questionnaire, des discussions auprès d'eux et différentes échelles. Le projet de « victoria's cancer action plan 2008-2011 » consiste en l'élaboration d'un kit de ressource pour	Après avoir accepté de participer, les cliniciens ont assisté à une petite formation de 4 heures sur les soins de soutien, le dépistage, la référence et la participation à la recherche. Puis, les cliniciens ont utilisé le « supportive care screening » auprès de 40 patients pendant une durée de 3 mois. Ils devaient ainsi évaluer les besoins de patients en soins de soutien en évaluant leur niveau de stress (par l'échelle du « distress thermometer », du questionnaire « Problem list » et le « K10 »). A la fin de cette période, les cliniciens ont été rencontrés par le chercheur pour une interview semi-structurée de 15 à 20 minutes durant	Les données ont été traitées par analyse thématique. L'analyse thématique tire son approche de la théorie Glaser et Strauss (1967). Elle consiste en un processus d'identification des thèmes communs, des sujets, des significations, des modèles par le biais du codage, du tri inductif et de l'organisation des données. Dans l'étude, les données ont donc été organisées et codées à l'aide de quatre sujets des questions de l'interview. Les chercheurs ont créé des catégories en lisant et en regroupant les différents mots, les phrases et les concepts des participants. Les catégories ont été fusionnées ou étendues, ou de nouvelles catégories	Les cliniciens ont identifié des avantages à l'application clinique du kit de « supportive care », mais ils ont également relevé des défis. Résultats positifs : - l'amélioration de la communication avec le patient : Plus de facilité à initier les discussions à travers l'outil de dépistage. Une fois la discussion initiée, les cliniciens peuvent plus aisément approfondir ou clarifier les questions. La formulation du questionnaire est très adaptée et ne blesse pas les patients. De plus, les items du questionnaire permettent d'aborder une large palette de thèmes qui ne sont pas souvent abordés spontanément par les patients ou les cliniciens (par ex. la sexualité) à cause qu'ils se gênent ou qu'ils n'y avaient simplement pas pensé. Le questionnaire permet de donner un but à l'interaction et un espace au patient pour qu'il puisse s'exprimer et dans lequel il sent que le soignant est disponible pour ça. De plus, la discussion autour du questionnaire a permis aux soignants de renforcer les connaissances que les patients avaient déjà et d'apporter de nouvelles informations. - la construction de lien entre soignant-soigné : Les participants ont relevé que le	Au final, le processus de dépistage des besoins en soin de soutien par le biais du kit est assez proche de ce qui était déjà fait, mais a permis de le rendre formel et l'intégrer dans la routine. Il fournit une base pour une pratique basée sur des preuves scientifiques, bien que les soignants aient ressorti des points positifs et négatifs à son intégration dans le cadre clinique. L'étude relève également l'importance d'une communication efficace qui a un effet positif sur l'ajustement du patient à sa maladie et sur la relation de confiance qu'il va entretenir avec le soignant pouvant lui apporter du soutien dans la prise de décision, les informations et la gestion des questions sociales et interpersonnelles. Les résultats de cette étude démontrent justement que l'intégration du kit de dépistage améliore la communication entre le patient et les soignants, notamment par le biais d'une meilleure connaissance de leurs besoins. Il est donc recommandé aux cliniciens de s'entraîner à identifier plus efficacement les besoins des patients et, par la suite, d'y répondre de manière appropriée en incluant quand et comment orienter les patients vers une aide spécialisée. La barrière de temps avait déjà été relevée dans d'autres études comme	L'étude est très structurée et bien écrite. Elle permet une compréhension rapide et un repérage facile lié aux la présence claire de points et sous-points. Le titre renseigne sur la population (cliniciens) le phénomène d'intérêt (les bénéfices ou les défis à l'intégration d'un dépistage de routine des soins de soutien) et le contexte (cadre clinique en oncologie) Le résumé est clair et structuré par chapitre. L'état des connaissances retrace les différents écrits sur le sujet. Les buts de l'article sont clairement explicités, bien qu'ils ne soient pas formulés sous forme de question. Le déroulement de l'étude est bien décrit, tant sur le plan de la récolte de données que de leur analyse. Les résultats sont expliqués de manière détaillée et claire et séparés en deux grands axes (résultats positifs et défis), puis en sous-points.

	<p>est celui d'un grand hôpital régional, à Victoria, en Australie.</p>	<p>les soignants qui leur fourni des supports et les forme pour les soins de soutien. Ainsi, les cliniciens devraient améliorer leurs connaissances et leurs compétences pour évaluer les besoins des patients en soins de soutien et être capable d'utiliser les différents outils prouvés scientifiquement.</p>	<p>laquelle ils devaient évaluer leur aisance à utiliser ce processus de dépistage et son utilité à travers 4 thèmes de questions.</p>	<p>sont été créées, ce qui nous donne des concepts provisoires (Corbin et Strauss, 2008). La dernière étape dans le développement des thèmes a consisté à identifier les relations, faire des comparaisons et contraster les thèmes émergents au sein des catégories et entre elles.</p>	<p>processus lors de la discussion d'évaluation construisait un lien avec le patient qui n'était pas forcément encore établi. Dès lors, le patient reconnaît le soignant comme une aide à laquelle il peut faire appel à l'avenir en cas de problème/question.</p> <p>- l'évolution des pensées : Certains participants étaient septiques au début du projet concernant l'utilité du kit, mais une fois qu'ils l'ont eu utilisé, ils ont changé leur avis et ont décrit le processus de dépistage comme « valable », « bénéfique », « fantastique ». Ils ont constaté son utilité, en facilitant le travail des soignants, mais aussi en permettant de donner une voix aux patients.</p> <p>-le soutien entre pairs et collégialité : L'utilisation du Kit a permis de relancer plus de discussion entre les collègues au sujet des différentes manières de faire et d'améliorer le soutien entre eux.</p> <p>Défis :</p> <p>-le temps : le temps utilisé pour remplir le questionnaire et pour la discussion qui suivait, étant estimée entre 30 et 60 minutes, constitue un défi pour l'implantation dans la pratique. Cela pose notamment un problème d'équilibre entre les tâches habituelles en chimiothérapie et la discussion de dépistage. Parfois la discussion devait aussi être interrompue à cause des besoins en soins d'autres patients. Le questionnaire permet d'identifier les thèmes/questions significatifs pour le patient, mais les soignants avaient encore besoin ensuite de demander au patient de les prioriser, pour qu'ils puissent remettre au futur certains thèmes pour ne traiter que les plus urgents. De plus, la documentation</p>	<p>étant l'entrave principale aux soins de soutien.</p> <p>Un des moyens de mieux intégrer le dépistage des besoins en soutien dans la pratique serait de l'intégrer dans la routine d'un autre rendez-vous préprogrammé comme celui destiné à l'éducation du patient en début de traitement ou de la révision de traitement.</p> <p>Les auteurs s'accordent à dire qu'il faut encore chercher une solution pour une documentation des soins plus simple et rapide.</p> <p>Bien que le kit fourni des ressources théoriques et des entraînements pour les soignants pour mieux comprendre les soins de soutien, il persiste un manque d'assurance dans les compétences de base, en particulier en matière de soins centrés sur les émotions.</p> <p>Implication pour la pratique :</p> <p>Le fait de prodiguer des soins de soutien n'est pas de la responsabilité d'un seul clinicien, mais elle est partagée par tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire.</p> <p>Les administrations des services de santé doivent considérer les bénéfices du projet de Victoria's cancer action plan sur la pratique infirmière et pour les patients, mais doivent également considérer des moyens pour rendre son intégration dans la routine. Pour ce faire, les soins de soutien doit être promus comme valables par les hôpitaux, et l'appui institutionnel doit inclure la formation des cliniciens, le dépistage systématique coordonné aux soins cliniques (par exemple, en l'incluant dans le cadre de rendez-vous préprogrammés) et des ressources adéquates telles que la majoration du temps infirmier prévu et l'identification de réseaux</p>	<p>Dans la discussion, les résultats sont comparés avec ceux de recherches antérieures et argumentés en apportant plus d'informations issues des précédents résultats.</p> <p>Un chapitre est consacré à l'implication de l'étude pour les sciences infirmières. L'étude apporte des recommandations pour la pratique individuelle des infirmières, mais surtout à l'échelle plus globale des hôpitaux et du système administratif de la santé en les incitant à mieux considérer l'intérêt des soins de soutien et d'adopter des mesures pour les favoriser.</p> <p>Limites:</p> <p>Les auteurs indiquent que la petite taille de l'échantillon et le caractère qualitatif de l'étude axée sur l'expérience des soignants entraînent une généralisation modérée des résultats concernant les bénéfices/barrières à l'intégration du dépistage dans la pratique.</p> <p>Cependant, les bénéfices du kit sur la pratique infirmière et pour les soins des patients ont été clairement documentés.</p> <p>Les auteurs proposent pour les futures recherches, de prendre un échantillon plus grand, avec une plus grande variété de professionnel, ainsi que de considérer également d'autres environnements comme les services de chirurgie, soins palliatifs, ...).</p>
--	---	---	--	--	---	---	--

					<p>des soins et l'écriture des notes cliniques prennent également beaucoup de temps.</p> <p>- champ d'application : L'utilité du dépistage pour identifier les besoins psychosociaux des patients est reconnue, mais le problème réside plutôt dans l'utilisation ensuite de ces résultats en vue d'interventions. Les cliniciens ont relevé qu'ils étaient plus à l'aise pour traiter des questions physiques mais qu'il subsistait un manque d'assurance et d'entraînement pour pouvoir gérer les questions émotionnelles, parfois également associée à une certaine stigmatisation. Le dépistage sert toutefois aux soignants en vue de l'orientation vers un spécialiste (psychologue par exemple), mais les patients y sont parfois réticents.</p>	<p>spécialisés pour l'orientation des patients.</p>	
--	--	--	--	--	---	---	--

Référence bibliographique : Langewitz, W., Heydrich, L., Nübling, N., Szirt, L., Weber, H. & Grossman, P. (2010). Swiss Cancer League communication skills training programme for oncology nurses: an evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 2266-2277.

Devis	Echantillon (N, M, E.T.)	Buts / Question de recherche Cadre de référence / Concepts	Méthodes : instruments de collecte des données	Méthodes : variables et traitement des données	Résultats	Discussion / Perspectives	Remarques Personnelles
Approche quantitative essai non randomisé étude longitudinale : (Récolte de données en 2 fois entre 2003 et 2006)	infirmières en oncologie souhaitant participer aux cours d'entraînement. Recrutées par l'envoi d'un courrier de pub à des services d'oncologie de Suisse. (âge moyen de 40.6 ans avec 13.2 années d'expérience en moyenne). N=61 (70 au départ mais 9 ont du être exclus car leur vidéos n'étaient pas fiables) 54 femmes et 7 hommes.	But de l'étude : évaluer l'efficacité d'un programme d'entraînement en compétences communicationnelles de la ligue suisse contre le cancer auprès d'infirmières en oncologie. Cadre de référence : Aucun cadre théorique n'est décrit. Variable : la communication efficace en cas de cancer : selon la littérature scientifique, elle dépend de l'utilisation de questions directives ouvertes, la clarification des aspects psychosociaux, l'utilisation de phrases empathiques, le récapitulatif, les suppositions éclairées, la balance entre la vérité et l'espoir et le fait de centrer la	Les participants ont assisté à 2 séminaires de 5 jours composés de théorie sur la communication, d'enseignement de techniques d'expression et de pratique de jeux de rôle. Dès le début du séminaire, des vidéos d'interviews avec des patients simulés ont été enregistrées. (vidéos de pré-intervention) Puis un séminaire « booster » de 5 jours à été conduit six mois plus tard. Et des secondes vidéos d'interviews avec des patients simulés ont été réalisées (post-intervention). Les interactions avec les patients simulés étaient standardisées et devaient être axées sur le fait d'aider le patient à gérer les effets secondaires de sa chimiothérapie et de l'encourager à	On évalue l'efficacité du cours d'entraînement, dont la variable est la communication qui devrait être meilleure après les cours. Pour évaluer un « bonne » communication, cette variable a dû être opérationnalisée. Pour cela, les interviews sont entrées informatiquement dans le système d'analyse d'interaction de Roter (RIAS). Ce système comporte 42 catégories d'énoncés possibles dans lesquelles le contenu des interviews est classé selon son type. Certaines de ces catégories sont reliées à des principes reconnus de la communication centrée sur la personne. Un nombre élevé d'énoncés classés dans ces catégories	Empathie : Les résultats indiquent une augmentation de près de deux fois plus des réponses empathiques appropriées après la formation. (passant de 1.6% à 3.1%) Rassurance / optimisme : Les discours rassurants et optimistes des professionnels ont également fortement augmentés (1.4 vs 3.3 %). Diminution du contenu médical et augmentation du psychosocial : Il y a eu une réduction de la quantité d'informations médicales ou thérapeutiques abordées par les infirmières (18.4 % vs 13.0 %), ainsi que d'une diminution des conseils sur ces questions (4.5 % vs 2.5 %). D'autre part, l'attention accordée aux problèmes psychosociaux a augmenté (questions fermées : 1.3 % vs 2.2 % ; questions ouvertes : 1.2 % vs 2.0 %). Ces changements ont également été reflétés par les énoncés des patients simulés, qui donnaient plus d'informations sur leur style de vie (3.4 % vs 5.8 %) et moins sur des questions médicales et thérapeutiques (7.5 % vs 6.1 %). Longueur du discours ininterrompu : La durée pendant laquelle les patients simulés ont été autorisés à parler de manière ininterrompue a	L'augmentation du contenu psychosocial comparé aux questions biomédicales est intéressant et devra être considéré dans les futurs programmes de formation. Mais cela dépend aussi du rôle que les infirmières et médecins en oncologie veulent prendre auprès de leur patient et par rapport à l'équipe pluridisciplinaire. Par exemple, se mettre d'accord en équipe pour se répartir : les questions psychosociales traitées par les infirmières et les questions médicales par le médecin. Les auteurs nous mettent également en garde que : "les bénéfices de la consultation centrée sur le patient ne doit pas faire perdre le focus sur la gestion de la maladie" (Kinmonth et al., 1998, p. 1202). Communication en oncologie = mixte entre donner des informations et gérer les émotions. Mais l'information doit rejoindre les désirs du patient sur les faits concrets et doit tenir compte de sa capacité réduite à capter les nouvelles informations. Le patient devrait toujours avoir l'opportunité de se sentir libre de passer d'une discussion orientée vers des questions biomédicales à une discussion plus centrée sur le psychosocial et ses émotions. C'est lui qui doit pouvoir décider de	L'article est sérieux, clair et structuré conformément par rapport à son devis. L'analyse statistique est toutefois difficilement accessible et s'adresse à un lecteur aguerri. Le titre nous renseigne sur la population (infirmières en oncologie) et l'intervention (programme d'entraînement à la communication de la ligue suisse contre le cancer) La comparaison (avant / après la formation) et les outcomes sont précisés dans le résumé. Le résumé est clair et structuré par chapitre. L'état des connaissances retrace écrits scientifiques sur le sujet. Les buts de l'article sont clairement explicités, bien qu'ils ne soient pas formulés sous forme de question. La procédure de recherche est bien décrite et les auteurs nous indiquent le respect des démarches éthiques. Les résultats sont présentés de manière structurée et synthétique. Il y a de nombreux tableaux pour détailler la

		<p>communication sur le patient.</p> <p>Concept : Les principes communément acceptés de l'approche centrée sur le patient (Mead & Bower 2000, Stewart et al, 2003 , de Haes 2006) sont : l'attention aux besoins physiques et psychosociaux des patients, la révélation des préoccupations des patients, la transmission d'un sentiment de partenariat et l'implication des patients dans la prise de décision.</p>	<p>poursuivre tout son cycle.</p>	<p>sera donc indicateur d'une bonne communication.</p> <p>Vu que le patient est incité à s'exprimer, l'étude va également se baser sur la mesure de la durée de discours ininterrompu du patient et celle du professionnel pour obtenir des indices d'une bonne communication.</p> <p>Le calcul de « réciprocités » est également inclu dans les statistiques. Elles consistent en la réponse appropriée des soignants face aux indices des patients.</p> <p>Puis une analyse statistique a été menée : une analyse multivariée répétée de la variable a été réalisée pour évaluer les différences entre les entretiens en pré- et post- intervention. Un coefficient d'objectivité et de significativité a été déterminé.</p>	<p>statistiquement augmenté (3.7 ± 4.51 énoncés en pré-intervention vs 4.31 ± 4.60 énoncés en post-intervention).</p> <p>Réciprocités : Les changements après la formation semblent cohérents avec les objectifs d'intervention : Lorsque les patients simulés ont été invités à donner leur avis, ils ont donné plus d'informations sur les aspects du style de vie et psychosociaux. Les infirmières ont utilisé un plus grand nombre de réponses empathiques appropriées au lieu de dire simplement qu'elles étaient d'accord avec les émotions ou préoccupations de leurs patients. Dans l'ensemble, 62% des indices empathiques des patients simulés ont été répondus de façon appropriée.</p> <p>Toutes les données ci-dessus sont significatives ($P < 0.01$ ou < 0.05).</p>	<p>l'orientation qu'il veut donner à sa consultation.</p> <p>Implication pour la pratique : Le programme d'entraînement en matière de compétence communicationnelle de la ligue suisse contre le cancer peut être utilisé comme modèle pour atteindre une amélioration substantielle de la communication centrée sur le patient.</p>	<p>procédure et les résultats. Cependant, certains tableaux sont un peu complexes et difficilement lisibles à notre niveau de formation. Au niveau de la mise en page, on peut aussi reprocher que la disposition des tableaux gêne la lecture et donne une impression de désordre.</p> <p>Dans la discussion, la littérature scientifique est reprise et comparée avec les résultats de la présente étude.</p> <p>Un encadré résume l'implication de l'étude pour la pratique infirmière.</p> <p>Forces: Grand échantillon par rapport au sujet traité. Résultats fiables et significatifs. Correspond tout à fait à notre population et à notre question de recherche.</p> <p>Limites : Le fait que l'étude ait été réalisée avec des patients simulés. l'absence de groupe de contrôle qui aurait pu prouver que l'amélioration est bien due à la formation et non pas uniquement liée à l'évolution dans le temps. De plus, l'étude ne considère que les éléments de la communication verbale, et pas du tout le non-verbal.</p>
--	--	---	-----------------------------------	--	--	---	--

Référence bibliographique : Uitterhoeve, R., Bensing, J., Dilven, E., Donders, R., DeMulder, P. & Van Achterberg, T. (2009). Nurse–patient communication in cancer care: does responding to patient’s cues predict patient satisfaction with communication. *Psycho-Oncology*, 18, 1060–1068.

Devis	Echantillon (N, M, E.T.)	Buts / Question de recherche Cadre de référence / Concepts	Méthodes : instruments de collecte des données	Méthodes : variables et traitement des données	Résultats	Discussion / Perspectives	Remarques Personnelles
Approche quantitative Etude corrélationnelle longitudinale	Échantillon de 34 infirmières et 100 patients recrutés de 7 cliniques universitaires des Pays-Bas. Echantillon représentatif (infirmière de tout âge et genre). Les critères incluent les infirmières qualifiées en oncologie ou ayant au moins 2 ans d'expérience en oncologie, travaillant de 60 à 100% et ayant donné leur consentement éclairé. Pour chaque infirmière, 3 patients ont été attribués au hasard. Les critères d'inclusion pour les patients sont	But : Investiguer la relation entre le fait que les infirmières répondent aux indices du patient et la satisfaction de ce dernier. Cadre de référence : Aucun cadre n'est explicité. Variables : La variable indépendante : « cue-responding behaviour » : Les patients utilisent souvent des indices indirects pour exprimer leurs sentiments/ inquiétudes, en particulier lorsqu'ils subissent un stress psychologique. Les infirmières doivent donc développer une capacité de reconnaître ces indices pour identifier les besoins implicites des patients en soutien émotionnel et y répondre adéquatement. C'est	Les données ont été récoltées entre février 2006 et 2007 par l'enregistrement de conversations entre infirmières et patients cancéreux et des questionnaires. Les conversations infirmière-patient ont eu lieu dans la chambre du patient, en l'absence de tout autre intervenant et étaient enregistrées pour une durée de 20 minutes. Avant la rencontre, les patients ont rempli 2 petits questionnaires sur leurs préoccupations et leur niveau d'anxiété/dépression (HADS). Après la conversation, ils ont rempli un autre questionnaire sur les sujets discutés et leur satisfaction de la communication. La réponse aux indices a été opérationnalisée via le modèle du « Médical Interview Aural Rating Scale »	Le niveau de réponse aux indices a été calculé comme : (le nombre de comportement d'exploration/ reconnaissance) – (le nombre de comportement distance) divisé par le nombre total de réponse aux indices. Les chercheurs ont donc obtenu des statistiques descriptives sur toutes les variables de l'étude. Ils ont ensuite examiné la relation bivariée entre la variable indépendante et les résultats en utilisant la corrélation de « Pearson & Spearman ». Les résultats significatifs ont été entrés dans le programme SPSS 14.0. pour obtenir un coefficient indiquant l'ampleur du changement dans la satisfaction des patients par rapport à une unité de changement dans la	Données sociodémographiques plus précises sur l'échantillon des patients et des infirmières (cf. tableau 1). - l'expression d'indices de la part des patients les patients donnaient en moyenne 14.2 indices par conversation (variant de 1 à 30). 25% des échanges contenaient des indices, alors que 75% étaient des expressions neutres. La majorité (70%) des indices étaient l'expression d'inquiétude ou de préoccupation et 6% exprimaient clairement des émotions déplaisantes. - la réponse aux indices par les infirmières Par conversation, 21% des indices ont été explorés, 24% ont été reconnus et 55% ont engendré des comportements de distanciation. Le level moyen de réponse aux indices est de -0.18. Un level supérieur à 0 a toutefois été calculé dans 36% des conversations. (ce qui veut dire que, dans ces conversations-là, les infirmières répondaient plus souvent aux indices en les explorant et les reconnaissant qu'en se distançant). - la perception des performances des infirmières Les performances des infirmières ont été interprétées sur un score standardisé de 0 à 1. La moyenne est de 0.50.	L'étude fournit la preuve empirique que la satisfaction du patient au sujet de la communication est indépendamment reliée avec le fait que les infirmières en oncologie répondent à ses indices. Ces résultats sont comparés à une précédente étude qui avait été menée avec des médecins oncologues et qui n'avait pas pu démontrer de corrélation. Les résultats montrent également que les patients traités de manière curative ont d'autres perceptions de l'attention qu'ils portent à leurs indices d'inquiétude. Ils sembleraient qu'ils soient moins attentifs au fait que l'infirmière réponde ou non à leurs indices. Cela est peut-être en lien avec des besoins émotionnels plus faibles que chez les patients en soins palliatifs. Un autre résultat frappant de l'étude est que les patients sont implicites dans l'expression de leurs préoccupations (70% des indices des patients étaient des allusions à l'inquiétude). Il y a un important bénéfice à la réactivité des infirmières aux indices des patients pouvant conduire à une meilleure identification des préoccupations des patients. En vue de la constatation que plus	L'article est bien écrit et structuré. Le titre nous renseigne sur la population (infirmières - patients) et la comparaison (la réponse aux indices du patient en rapport avec sa satisfaction). Mais il ne permet pas de mettre en évidence l'intervention, ni les outcomes. Le résumé est clair et structuré par chapitre de l'étude (objectif, méthode, résultats, conclusions). Le but de l'article est clairement décrit, bien qu'il ne soit pas formulé en question. La procédure de recherche et l'opérationnalisation des variables sont bien décrites et l'article nous indique le respect des démarches éthiques. Les résultats sont présentés de manière claire et s'appuient sur des tableaux. Les résultats sont comparés avec ceux d'une précédente étude dans la discussion. On peut toutefois reprocher que ce chapitre aurait pu être scindé en plusieurs petits paragraphes (limites, implication pour la

<p>l'âge minimum de 17 ans, la langue néerlandaise et le consentement éclairé.</p> <p>N= 34 infirmières et 100 patients</p>	<p>cette capacité que l'on appelle « cue-respondering behaviour ».</p> <p>La variable dépendante : la satisfaction du patient.</p> <p>Concepts : Indice = une supposition de ce qui pourrait être une expression ou un signal (verbal mais aussi non verbal) qui indiquerait indirectement une question, une émotion ou une inquiétude que le patient souhaiterait amener et qui devrait être exploré par le professionnel de santé. (Association européenne de la communication dans les soins de santé, 2005) Pour favoriser l'expression des indices indiquant un stress émotionnel, les professionnels peuvent utiliser des questions ouvertes directives, évoquer les inquiétudes émotionnelles, clarifier les aspects émotionnels, se montrer empathique, résumer ou poser des questions de « screening » comme « quoi d'autre ? ».</p>	<p>(MIARS).</p> <p>Pour contrôler d'autres influences potentielles, des variables complémentaires sur les infirmières (âge, genre, lieu de travail, ...) et les patients (âge, genre, statut de maladie, éducation, traitement en cours, ...) ont été récoltées.</p>	<p>réponse aux indices.</p>	<p>- les analyses corrélationnelles Pour examiner les relations entre la perception de performance et le fait de répondre aux indices, une série de corrélations ont été calculées. Les résultats de corrélation impliquent également les intercorrélations entre les autres variables mises en évidence. La performance perçue (donc la satisfaction du patient) est positivement corrélée avec le fait de répondre aux indices et avec le but du traitement (niveau de signification $p = 0.01$). La performance perçue est également positivement corrélée avec le nombre d'indice et l'âge des patients ($p=0.05$). Le score d'anxiété ou de dépression n'était pas des critères significatifs. Des analyses exploratoires portant sur les autres caractéristiques des patients et les infirmières n'ont pas montré des corrélations particulières avec la satisfaction. Bien que l'anxiété et les scores de dépression (HADS) n'étaient pas directement en rapport avec la satisfaction, ils sont en corrélation avec le nombre de indices données et le type de traitement (curatif / palliatif). En résumé, les patients qui ont signalé des scores plus élevés de satisfaction étaient les patients plus âgés et en traitement palliatif.</p> <p>- les analyses de modèle mixte Ces analyses complémentaires ont permis d'examiner l'indépendance ou non des corrélations. Ainsi, la corrélation positive entre satisfaction et traitement palliatif a été confirmée, même après un contrôle indépendant du niveau de réponse aux indices et de l'âge du patient. Par contre, la corrélation avec l'âge n'est pas significative car elle est liée au but de traitement (l'âge élevé étant souvent associé à une prise en charge palliative).</p>	<p>de la moitié des indices des patients ont reçu une réponse de distanciation, il semble approprié de faire un effort pour améliorer les compétences de réponse aux indices des infirmières en oncologie.</p> <p>Cependant le taux de corrélation entre satisfaction et réponse aux indices reste modeste. Selon les auteurs, cela peut s'expliquer par la difficulté de réaliser des codages fidèles à la réalité.</p>	<p>pratique, conclusion, ...)</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la satisfaction des patients étant auto-évaluée - l'existence d'autres caractéristiques des patients ou des infirmières pouvant influencer la satisfaction qui n'auraient pas été mesurés. - échantillon faiblement diversifié sur le plan ethnique et culturel. <p>Forces:</p> <ul style="list-style-type: none"> - les données observationnelles des interactions infirmières-patients. - la conceptualisation de la satisfaction comme étant le jugement du patient sur la réactivité des infirmières pour les aspects des soins qui sont ressentis comme importants pour lui. - la sélection aléatoire des infirmiers et des patients qui limite le risque de biais de sélection. <p>Généralisation :</p> <p>Les auteurs nous parlent d'un taux de corrélation modeste, en lien avec la difficulté de réaliser des codages fidèles à la réalité et le fait que les conversations étaient, dans l'ensemble, pas très bonnes en terme de réponse aux indices.</p>
---	--	--	-----------------------------	--	--	---

Référence bibliographique : Baer, L. & Weinstein, E. (2012). Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17, 45-51.

Devis	Echantillon (N, M, E.T.)	Buts / Question de recherche Cadre de référence / Concepts	Méthodes : instruments de collecte des données	Méthodes : variables et traitement des données	Résultats	Discussion / Perspectives	Remarques Personnelles
Approche quantitative Enquête	Il n'y a pas d'échantillon explicite dans l'article. Des mails ont été envoyés aux patients hospitalisés ou en ambulatoire, les travailleurs sociaux et aux infirmières pour les inviter à participer aux 3 séances du projet sans obligation d'assister aux 3. L'échantillon est principalement composé d'infirmières et de travailleurs sociaux qui fournissent des soins aux patients oncologiques dans un cadre urbain, scolaire et ambulatoire mais nous n'avons pas de chiffres.	Les infirmières ont tendance à garder la communication au niveau superficiel. Beaucoup de programmes de soins infirmiers n'enseignent pas les compétences en communication pour répondre à des questions difficiles, annoncer de mauvaises nouvelles. But Le but de l'article est de mettre en place un projet éducatif développé pour améliorer les compétences en communication thérapeutique des infirmières en oncologie. Cadre de référence Il n'y a pas de cadre de référence clairement explicité dans l'article	Aucun instrument de collecte de données n'est utilisé dans l'étude puisque celle-ci n'est pas évaluée.	Les points principaux du programme de communication sont explicités dans l'article. Plusieurs techniques de communication sont apprises puis utilisées durant le programme comme SPIKES, NURSE ou ask-tell-ask.	Aucun résultat ne ressort puisque aucune évaluation de la formation n'a été faite. Seul une enquête a été faite à la fin sans données précises. Des évaluations sur les compétences en communication avant et après chaque session ont été faites mais l'évaluation n'est pas décrite dans l'article. Aucun autre instrument de collecte n'est présenté dans l'article, il s'agit d'une enquête. Les enquêtes faites après le programme présentent que le projet a été bien suivi et vécu par les infirmières et travailleurs sociaux. Sur une échelle allant de 0 à 5, les infirmières et les travailleurs sociaux ont, en moyenne, un niveau de compétence de 4.5 après la formation contre 3.5 avant. Dans l'ensemble, les évaluations sont positives. La plupart des participants ont estimé le contenu des présentations et des discussions interactives et sont un pas en avant dans l'amélioration de leurs compétences en communication. Les résultats ne sont pas interprétés dans l'article. Des enquêtes ont été faites auprès des personnes ayant suivi le programme mais sans interpréter les résultats ensuite car nous ne savons également pas l'échantillon présent durant la formation.	Ces présentations ont posés les bases pour de futurs programmes pour améliorer les compétences en communication des infirmières et travailleurs sociaux en oncologie. Plus de temps de pratique et moins de temps de didactique aideront dans le développement de ces compétences. La mise en œuvre d'un programme de séances d'entraînement et un retour immédiat en un petit groupe est un élément clé pour aider à augmenter la compétence et la confiance des infirmières d'avoir ces discussions. Des conférences régulières de l'équipe, réunions de famille, et ronds psychosociaux sont des stratégies complémentaires pour améliorer la communication et les soins centrés sur le patient.	La formation n'est pas évaluée, ce qui rend cet article plutôt faible au niveau preuve, évaluation et résultat. L'étude est, malgré cela, intéressante car elle traite des changements avant et après la formation et note les manquements au niveau des programmes en communication pour les infirmières en oncologie. Cet article ressort plutôt un état des connaissances et fait une enquête sur la communication et explicite plusieurs techniques de communication mais sans en donner des résultats probants et clairs.

Référence bibliographique : Fukui, S., Ogawa, K., Ohtsuka, M. & Fukui, N. (2008). A randomized study assessing the Efficacy of Communication Skill Training on Patients' Psychologic Distress and Coping. *Amercian Cancer Society*, 113, 1462-1470.

Devis	Echan- tillon (N, M, E.T.)	Buts / Question de recherche Cadre de référence / Concepts	Méthodes : instruments de collecte des données	Méthodes : variables et traitement des données	Résultats	Discussion / Perspectives	Remarques Personnelles
Étude quantita- tive Essai clinique randomisé contrôlé Étude longitu- dinale	89 patients ont participé à l'étude, 42 dans le groupe expérimental et 47 dans le groupe témoin. 11 patients ont abandonné après la 2ème évaluation. Les patients étaient sélectionnés pour l'étude selon plusieurs critères comme l'âge (plus de 18ans), avec des cancers du sein, de l'estomac ou du colon mais pas à un stade avancé. Les patients étaient exclus s'ils n'avaient pas été informés d'un diagnostic de cancer par les médecins ou s'ils avaient	Le problème ressorti est que la majorité des infirmières en oncologie ont de la difficulté à communiquer et soutenir le patient et sa famille dans les annonces de mauvaises nouvelles. But Le but de l'article est d'évaluer l'efficacité d'une formation en communication pour les infirmières, qui serait utile à réduire la détresse psychologique et améliorer l'adaptation chez les patients informés d'un diagnostic de cancer juste après un test de dépistage. Il a été expliqué aux patients que 1. l'étude a été effectuée dans le but de développer un meilleur style de soutien infirmier avec une nouvelle méthode de communication, 2.	Les infirmières du groupe expérimental ont suivi la formation en communication. Le programme se composait de 2 ateliers, un au début et l'autre à la fin de l'étude. Les ateliers ont une durée de 6h et sont très structurés. La méthode SPIKES est explicitée point par point : S : mise en place de l'entrevue P : la perception de la maladie par le patient est évaluée I : obtenir l'invitation du patient K : donner des informations et des connaissances E : répondre aux émotions du patient avec des réponses empathiques S : stratégie et résumé Le programme débuté avec une grande réunion de groupe qui dure environ 2h pour une	Les entretiens du groupe expérimental ont été enregistrés et retranscrits puis évalués par deux enquêteurs formés. Si les résultats étaient différents, les enquêteurs discutaient et décidaient ensemble. Les données démographiques et cliniques des patients, des infirmières et des médecins ainsi que les scores psychologiques de chaque évaluation ont été évalués et comparés. Les différences entre le groupe expérimental et le groupe contrôle ont aussi été évaluées et n'ont pas démontré de différences statistiquement significatives. Les échelles HAD et MAC ont été évaluées une semaine, un mois et trois mois après l'annonce du diagnostic de	Les quatre infirmières formées ont mené les entretiens d'après la méthode à 6 étapes, SPIKES. Dans les 41 entretiens du groupe expérimental menés par ces quatre infirmières formées, 22 (54%) des entrevues ont amélioré la communication en utilisant les 6 étapes. 10 (24%) n'ont pas suivi suffisamment la deuxième étape (P), 12 (29%) n'ont pas suivi la troisième étape (I) et 9 (22%) n'ont pas suivi la quatrième étape (E). Les 3 autres étapes ont été suffisamment suivies dans >80% du total des 41 entrevues. Dans les entrevues, la majorité des patients ont exprimé leurs expériences négatives ainsi que la satisfaction des orientations en communication des infirmières. En ce qui concerne les caractéristiques de l'entrevue entre les groupes, le temps des interviews était statistiquement différent (temps de groupe expérimental: 21.9 + - 7,6 minutes; groupe témoin: 18,3 + - 8,0 minutes). Par conséquent, cette variable a été contrôlée. Aucune autre différence statistique n'a été observée entre les groupes. Inversement, toutes les infirmières du groupe témoin ont répondu qu'elles ont mené des entrevues en réagissant passivement aux expressions des patients. Par exemple, elles ont fourni un soutien émotionnel, mis l'accent sur ce que les patients ont exprimé et elles ont mentionné le diagnostic de cancer que lorsque les patients ont	Cet essai randomisé a démontré les effets d'une formation en communication pour des infirmières sur l'amélioration de la détresse psychologique et le style d'adaptation chez les patients qui ont été informés de leur diagnostic de cancer juste après un test de dépistage du cancer. À notre connaissance, c'est le premier rapport pour démontrer ces effets. Une raison possible de ce résultat peut-être la conception de l'étude qui a choisi des sujets homogènes, recevant les mêmes mauvaises nouvelles (diagnostic de cancer pour la première fois) et avec le même type et stade de cancer. Plusieurs études ont indiqué que les programmes de formations en communication doivent être plus longs et plus intenses afin que les professionnels de la santé acquissent un niveau satisfaisant. Les résultats peuvent également avoir été influencés par l'attitude culturelle de patients japonais et le système de soutien mauvais pour les patients atteints de cancer nouvellement diagnostiqués qui existe à ce jour au Japon. Certaines études ont démontré que les patients japonais ne cherchent pas de l'aide professionnelle pour des problèmes psychosociaux créés par l'expérience du cancer, et que les patients cancéreux japonais répriment généralement	L'article est clair et structuré en plusieurs sous-thèmes nous permettant de suivre correctement le déroulement de la recherche. La plupart des points importants sont présents dans l'étude et plusieurs tableaux récapitulatifs sont présentés. Des discussions ont été entreprises après avoir soulevé la problématique de la communication des infirmières avec les patients atteints de cancer. Les résultats peuvent être utilisés dans la pratique infirmières et plusieurs pistes sont explicitées pour la suite. La formation en communication a été mise sur pied pour les infirmières de l'institution.

	<p>un status psychologique grave après évaluation du médecin. 8 infirmières d'une institution de dépistage dans l'est du Japon qui assurent le soutien psychologique et l'information des patients après avoir été informés de leur diagnostic de cancer par les médecins. Ils ont accepté de participer à l'étude et ont été séparés au hasard dans les deux groupes.</p>	<p>les participants seront assignés au hasard soit au groupe contrôle utilisant la méthode habituelle, soit au groupe expérimental utilisant la nouvelle méthode de communication, 3. que les patients auraient 3 entrevues avec les infirmières et donc 3 évaluations.</p>	<p>partie théorique sur l'impact de la communication entre les patients et les professionnels de la santé, les principes de l'annonce des mauvaises nouvelles et la façon de gérer la détresse des patients cancéreux. Divers scénarios sont joués dans des petits groupes pour exercer les entrevues avec la méthode SPIKES. Ils sont ensuite discutés entre les participants pour en ressortir les inquiétudes et les préoccupations.</p> <p>L'anxiété et la dépression ont été évaluées par l'échelle HAD et l'adaptation mentale au cancer a été évaluée avec l'échelle MAC à 3 moments différents, 1 semaine, 1 mois et 3 mois après l'annonce du diagnostic de cancer. L'HAD est une échelle d'auto-évaluation allant de 0 à 3. Les scores les plus élevés indiquent une plus grande tendance à l'anxiété et la dépression. L'échelle MAC est une échelle d'auto-</p>	<p>cancer.</p>	<p>souhaité le confirmer. Toutes les infirmières du groupe de contrôle ont également déclaré qu'elles ont toujours communiqué avec les patients, à leur façon, mais n'avait pas confiance en elles car elles n'ont jamais eu la chance d'apprendre la stratégie. Une importante différence entre les groupes selon l'échelle MAC a été révélée sous la préoccupation anxieuse.</p>	<p>leurs émotions liées au cancer. Parce que les japonais sont habitués à ces attitudes, l'amélioration de la communication des infirmières utilisant les 6 étapes peut stimuler et soutenir psychologiquement et émotionnellement des patients en changeant leurs attitudes. Cette interprétation peut être confirmée par les résultats de leur style d'adaptation améliorée. Ainsi, les sujets du groupe expérimental met en évidence un style d'adaptation intensifié (l'esprit de combat dans le MAC) et une diminution du style de préoccupation anxieuse et de fatalisme dans le MAC. Les résultats de l'étude suggèrent l'importance d'une meilleure formation pour les infirmières pour réduire à long terme la détresse psychologique des patients même si des preuves doivent être fournies par des études futures.</p>	
--	--	---	---	----------------	--	---	--

			<p>évaluation de 40 items utilisée pour évaluer le style d'adaptation des patients atteints de cancer. Elle se compose de cinq sous-échelles: l'esprit de combat, la préoccupation anxieuse, le fatalisme, l'impuissance - désespoir, et l'évitement. Chaque élément est évalué sur une échelle de 1 à 4, allant de "ne s'applique pas à moi" jusqu'à "s'applique certainement à moi" avec des scores plus élevés indiquant une plus grande tendance à adopter un style d'adaptation.</p>				
--	--	--	---	--	--	--	--

Référence bibliographique : 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, 309-316.

Devis	Echantillon (N, M, E.T.)	Buts / Question de recherche Cadre de référence / Concepts	Méthodes : instruments de collecte des données	Méthodes : variables et traitement des données	Résultats	Discussion / Perspectives	Remarques Personnelles
<p>Approche qualitative descriptive, étude de cas</p> <p>Étude transversale (données récoltées en octobre 2013)</p>	<p>15 infirmières expérimentées (3 ans ou plus), travaillant en hématologie, oncologie, radiologie ou salle de greffe ont participé à l'étude. Ces domaines sont associés à une importante morbidité et les infirmières font face à des problèmes psychosociaux liés au diagnostic, aux traitements et à la situation personnelle des patients atteints. L'étude a été limitée à des infirmières expérimentées car celles-ci ont</p>	<p>But L'étude vise à identifier les principaux problèmes liés aux prestations de soins psychosociaux efficaces pour les patients adultes hospitalisés pour un cancer hématologique, telle que perçus par les infirmières de 3 ans ou plus d'expérience.</p>	<p>Deux groupes de discussion de 8 et 7 participants respectivement dans chaque groupe, ont été menés. Un membre de l'équipe de recherche a mené les sessions et un observateur était présent pour prendre des notes. Avant de commencer chaque entrevue, une introduction a été faite entre les participants et les chercheurs puis l'animateur a donné quelques informations sur les entretiens, la confidentialité et que les participants ont le droit de se retirer de l'étude quand ils le souhaitent. Les qualifications, l'expérience et la configuration du rôle de chacun des participants sont présentées. Les participants sont encouragés à utiliser</p>	<p>Les transcriptions ont été d'abord lues par un membre de l'équipe de recherche. Les notes prises par l'observateur lors de chacune des entrevues de groupes de discussion ont également été lues en ce moment pour fournir un contexte pour la transcription de l'interview. Les thèmes communs dans le contexte de chaque entrevue ont été identifiés conduisant à l'identification de cinq grands thèmes. La validation des thèmes s'est produite de deux façons. Le codage des thèmes a été examiné entre le chercheur du projet qui avait initialement codé les données et les deux autres membres de l'équipe de recherche : un universitaire et un</p>	<p>5 thèmes ont été identifiés suite aux entrevues :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. quand est-ce le bon moment pour parler ? 2. bâtir des relations 3. le monde émotionnel 4. le soutien tout au long du parcours du patient 5. la répartition dans les processus de communication <p>Thème 1 : Les participants ont reconnu avoir besoin d'entrer dans l'environnement du patient pour pouvoir fournir des soins psychosociaux. Les tâches telles que changer un lit ou donner des soins d'hygiène sont de bonnes excuses pour entrer dans l'environnement du patient et cela l'aide à parler car les infirmières ne les regardent pas directement et font quelque chose en même temps. Cependant, les participants ont identifié la charge de travail comme un obstacle potentiel à leur capacité à fournir des soins psychosociaux. Les participants estiment que les patients ont également remarqué la charge de travail comme un obstacle à demander des soins. Lorsque l'infirmière juge être le bon moment pour parler, il ne coïncide pas toujours avec le moment où le patient</p>	<p>Les infirmières sont confrontées en permanence à un certain nombre de questions professionnelles et personnelles en s'adressant aux exigences pratiques, émotionnelles et psychologiques des patients atteints de cancer. Il est apparu que les problèmes rencontrés pour répondre en permanence aux besoins comme l'information ou les soins curatifs jusqu'aux soins palliatifs avaient la possibilité, à certains moments, d'affecter profondément le niveau de satisfaction des infirmières avec leur vie personnelle. Le soutien professionnel est un domaine qui peut être amélioré dans le but d'améliorer la satisfaction au travail. Les infirmières ont le sentiment de travailler dans l'isolement et ne pas être incluses dans les processus de communication. Le soutien offert aux infirmières qui travaillent comme infirmières primaires peut avoir besoin d'amélioration pour contrecarrer le sentiment actuel de travailler en vase clos. L'épuisement émotionnel est une préoccupation très réelle chez les infirmières en oncologie. Plus de 70% connaissent des niveaux de stress modérés à élevés. La charge de travail et le manque de temps disponible pour engager la discussion avec les patients sont également des obstacles.</p>	<p>L'article est clair et structuré en plusieurs parties explicitant toute la procédure de l'étude (résumé, introduction, but de l'étude, méthodes, participants, procédure, analyse des données, résultats, discussions, limites et conclusions)</p> <p>Transférable à d'autres contextes de soutien psychosocial avec les patients cancéreux grâce à la description minutieuse de la conception et des méthodes de l'étude.</p> <p>L'étude a été approuvée par les comités d'éthique de l'Université Deakin et de l'hôpital de référence. Les participantes ont signé une feuille de consentement.</p> <p>Les chercheurs ressortent qu'un petit nombre de participants permet une clarification et une exploration en profondeur mais limite donc la généralisation des résultats et la composition de la clientèle diversifiée à laquelle les participants ont été exposés. Les infirmières travaillent dans le même cadre,</p>

	<p>été considérées comme modèles et entraîneurs pour les infirmières inexpérimentées.</p>		<p>des exemples de la «vraie vie» pour identifier les situations dans lesquelles un soutien psychosocial pour les patients et les familles a été considéré comme efficace ou aurait pu être amélioré. Un guide est utilisé en parallèle pour permettre aux participants de parler librement de leurs expériences des soins aux patients atteints de cancer hématologique et les membres de leur famille. Les séances de groupe de discussion ont duré 1 heure; les deux ont été enregistrées et transcrites.</p>	<p>clinicien. Tous les membres étaient en accord avec les thèmes. Une présentation des résultats de l'étude a été donnée aux participants afin de valider davantage les résultats.</p>	<p>voulait parler. Un bon moment pour parler pour le patient pourrait se produire 24h par jour, 7jours par semaine et surtout la nuit car les patients ont le temps de réfléchir.</p> <p>Thème 2 : pour apporter une aide psychosociale efficace, il faut d'abord construire une relation et gagner la confiance du patient. Ce n'est qu'avec cette confiance acquise que l'encadrement psychosocial pourra être fourni. Un facteur clé pour gagner la confiance du patient est de travailler comme infirmière primaire (référence). D'autres facteurs comme la capacité à faire preuve de compétence dans l'exercice des soins de routine et la capacité à démontrer une compréhension de l'histoire médicale du patient favorise l'approche du patient. Il ressort également que le processus peut être plus rapide si l'infirmière travaille à temps plein plutôt qu'à temps partiel. Le rôle d'infirmière primaire n'est disponible que pour les temps pleins car elle permet d'offrir une meilleure continuité des soins aux patients et établir une relation de confiance. Cela signifie que les infirmières relativement inexpérimentées qui travaillent à temps plein peuvent travailler comme infirmières primaires. Il ressort que les infirmières inexpérimentées ne sont pas capables de faire face à la complexité de la maladie du patient et d'accompagner le patient dans les aspects psychosociaux. Ces aspects sont pensés beaucoup trop tard. Les participants ont estimé que la compréhension de l'histoire du patient est importante pour construire une relation avec le patient. Il est important de commencer par gagner la confiance du patient afin d'établir une relation. Être l'infirmière principale du patient est considéré</p>	<p>L'élaboration de stratégies efficaces pour aider à utiliser les compétences de communication dans la prestation de soins est fondamentale pour atteindre les résultats psychosociaux optimaux pour les patients. Cette communication est essentielle pour permettre la fourniture d'informations appropriées, précises et détaillées pour le patient à des étapes clés concernant le processus pathologique de la maladie. L'apprentissage de l'action par modèle clinique proposé est une approche interactive visant à améliorer les compétences en communication des infirmières et les aideront à gérer des événements difficiles et de réduire leur stress grâce à l'apprentissage structuré et une pratique réflexive. Il est important pour les infirmières de discuter de leurs propres difficultés avec les patients; par conséquent, une telle approche a été jugée préférable à un enseignement didactique.</p>	<p>ce qui peut être une force mais également une faiblesse. Il permettra d'améliorer la pertinence des résultats dans ce milieu particulier.</p> <p>Les chercheurs ne traitent pas directement des conséquences de l'étude sur la pratique et ne donnent pas de propositions pour de futures recherches.</p> <p>Le chapitre discussion ressort des résultats d'études semblables à celle-ci et donne quelques idées d'amélioration possible à entreprendre sans entrer dans les détails.</p> <p>L'étude ressort 5 thèmes d'analyse et indique un besoin urgent de développer un cadre pour fournir aux infirmières le développement des compétences et un soutien continu afin d'améliorer leur capacité à intégrer les aspects psychosociaux et d'optimiser les résultats.</p>
--	---	--	--	--	--	---	---

					<p>comme un véhicule important pour atteindre cette confiance et démontrer une compréhension de la complexité de l'histoire médicale et du traitement du patient.</p> <p>Thème 3 : « Il est difficile de ne pas se laisser entraîner dans leur monde émotionnel ». Les infirmières travaillant avec des patients admis pour un cancer ont reconnu qu'elles étaient vulnérables et émotionnellement épuisées car elles sont entraînées dans le monde émotionnel des patients. Les participants ont indiqué qu'ils avaient mis des limites personnelles pour 3 raisons principales : éviter de devenir trop impliqués, empêcher la divulgation d'informations personnelles et éviter de devenir émotionnellement épuisés. La question non résolue pour les participants était : comment puis-je aider le patient et sa famille et prendre encore soin de moi ?</p> <p>Thème 4 : Les participants ont estimé qu'il y avait des moments clés dans le parcours du patient et que certaines périodes étaient plus difficiles que d'autres au niveau psychosocial, autant pour le patient que pour les infirmières.</p> <p>Thème 5 : Le processus de communication a été jugé inefficace par les participants. Tout d'abord, les médecins annoncent généralement la mauvaise nouvelle sans le personnel infirmier et après avoir donné le diagnostic, les médecins ne réalisent pas les conséquences possibles d'une telle action. Deuxièmement, l'infirmière est souvent au courant du diagnostic avant que le patient en soit informé, ce qui la place dans une position inconfortable au moment de</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>s'occuper du patient.</p> <p>Les participants ont indiqué qu'ils ne recevaient que peu d'informations des médecins en ce qui concerne les progrès du patient pendant l'hospitalisation et après leur sortie de l'hôpital. La communication inefficace a également été signalée comme existante entre les infirmières elles-mêmes et avec qu'un sentiment général de travailler dans l'isolement les unes des autres (attribué également avec le modèle de soins primaires). Il est clair, à partir des résultats de cette étude que les besoins psychosociaux des patients atteints de cancer sont dynamiques. À l'heure actuelle, un certain nombre d'obstacles sont perçus et ont un impact professionnel et personnel sur l'infirmière. Toutefois, pour que les infirmières soient efficaces dans le domaine de la prestation de soins et améliorer les résultats des patients, ils doivent avoir les compétences et le soutien nécessaire. Par conséquent, une surveillance clinique, un modèle d'apprentissage de l'action de la gestion, de l'éducation et des fonctions de soutien a été proposé.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

Référence bibliographique : Van Weert, J.C.M., Jansen, J., Spreuwenberg, P.M.M., Van Dulmen, S. & Bensing, J.M. (2010). Effects of communication skills training and a Question Prompt Sheet to improve communication with older cancer patients: A randomized controlled trial. *Critical Reviews in Oncology / Hematology*, 80, 145-159.

Devis	Echantillon (N, M, E.T.)	Buts / Question de recherche Cadre de référence / Concepts	Méthodes : instruments de collecte des données	Méthodes : variables et traitement des données	Résultats	Discussion / Perspectives	Remarques Personnelles
<p>Approche quantitative</p> <p>Essai clinique randomisé contrôlé</p> <p>Étude longitudinale (collecte de données de janvier 2005 à juin 2008)</p>	<p>210 patients de 12 unités d'oncologie, âgés de 65 ans ou plus, recevant une chimiothérapie pour la 1ère fois ou 1ère fois depuis 5 ans, ne participant pas à un essai clinique, parlant correctement le néerlandais et sans troubles cognitifs non pas liés à l'âge. Les infirmières doivent être certifiées pour fournir des soins en oncologie et donner les enseignements sur la chimiothérapie.</p>	<p>But : améliorer l'éducation pour les patients âgés atteints de cancer. Plus précisément, en examinant les besoins spécifiques qui doivent être abordés dans l'enseignement des traitements de chimiothérapie, élaborer des recommandations pour adapter le processus de communication pour les besoins des patients âgés et de mettre en œuvre une intervention fondée sur ces recommandations puis les évaluer.</p>	<p>Les infirmières ont été mises dans les 2 groupes par tirage au sort. La période de la collecte de données a duré de février 2005 à juin 2008. Les infirmières expérimentales ont reçu l'intervention consistant à une vidéo feedback, une formation d'une journée sur les compétences en communication, une réunion de suivi 6 semaines après et la mise en œuvre d'un livret patient. Les infirmières du groupe de contrôle ont continué à fournir aux patients l'éducation habituelle et ont reçu l'intervention après l'étude.</p> <p>Des échelles spécifiques ont été utilisées pour évaluer le niveau de</p>	<p>Pour évaluer la qualité de la communication, l'échelle « chimioQUOTE » a été développée pour l'étude. Elle se compose de deux parties, la chimio-importance (complétée par les patients âgés pour avoir un aperçu de leurs besoins en communication) et la chimio-performance (aperçu de l'efficacité de l'intervention sur la communication). Les 67 aspects de la communication ont été évalués par les observateurs formés durant les consultations.</p> <p>L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel MlwiN. C'est une analyse multi-niveaux qui prend en compte</p>	<p>Le score moyen de fragilité est de 2,4, les chercheurs concluent que la majorité des patients inclus ne sont pas fragiles. Les groupes expérimentaux et le contrôle ont été comparables. Il y avait une différence significative de l'âge entre le groupe expérimental et le groupe témoin. Il n'y avait pas d'autres différences entre l'expérimental et le groupe témoin ce qui indique que la randomisation a réussi.</p> <p>La durée moyenne de la rencontre était de 55,3 min (SD = 15,7). Il n'y avait pas de différences significatives entre l'expérimental et le groupe témoin en ce qui concerne la durée de la consultation. Cela signifie que la mise en œuvre d'une courte pause dans le groupe expérimental n'a pas augmenté la durée de la consultation.</p> <p>Le groupe expérimental a montré un effet significatif et positif de l'intervention dans la catégorie de discuter des attentes réalistes. Dans cette catégorie, il y avait en particulier une amélioration sur le « forum survie attendu » et « discuter de l'avenir ». Dans les catégories de communication adaptée, affective et interpersonnelle, un effet significatif intérieur du groupe a été trouvé. Dans la communication de la catégorie sur</p>	<p>Les résultats ont montré un effet de l'intervention positif dans le groupe expérimental pour fournir une communication adaptée, affective et interpersonnelle. Cela indique que la formation a donné lieu à des changements positifs dans l'application des compétences en communication. Il est connu dans la littérature que les professionnels des soins de santé en général semblent éprouver des difficultés à discuter de pronostic chez les patients atteints de cancer, en particulier quand il s'agit de mauvaises nouvelles. Il pourrait être possible qu'une formation pratique aux techniques de communication soit particulièrement importante quand il s'agit de discuter de sujets qui ont à voir avec le pronostic.</p> <p>Récemment, des lignes directrices ont été élaborées pour aider les cliniciens à la tâche difficile mais importante de communiquer des informations sur le pronostic à la fois sensible et efficace. Une analyse de contenu a montré que le nombre des points discutés lors de la consultation a considérablement diminué. Il s'agissait d'un résultat escompté, car il a été trouvé au début de l'étude (pré-test) que les</p>	<p>L'article résume les connaissances de plusieurs études déjà menées sur la communication efficace chez les patients atteints de cancer et donne des précisions sur la communication spécifique avec les personnes âgées. Il ressort que la compréhension des besoins d'informations des patients âgés atteints de cancer est essentielle car ceux-ci ont une compréhension différente d'un patient plus jeune. Une communication efficace est connue pour être la clé de résultats optimaux en matière de santé.</p> <p>Plusieurs théories ont été utilisées durant cette étude comme : l'adaptation au stress de Lazarus et Folkman, la théorie de l'auto-régulation et la théorie de Millers sur l'adaptation à la maladie.</p> <p>Les chercheurs ressortent de nombreuses limites et les explicitent de manière très précise en donnant également plusieurs pistes d'action pour améliorer ces limites. Ces</p>

	<p>43 infirmières font parties du groupe expérimental et 34 ont participé au groupe témoin, 79 en tout.</p>	<p>Les chercheurs ont émis les hypothèses que l'intervention conduirait à des changements mesurables dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les compétences de communication des infirmières en oncologie sont: communication plus adaptée, la communication interpersonnelle, la communication affective et de parler de l'avenir. - Le contenu des informations fournies : l'établissement des priorités dans la fourniture de traitement des sujets liés à une diminution de la surcharge d'information. Cela signifie que la quantité d'informations relatives au traitement devrait diminuer. - Améliorer le rappel de l'information des patients cancéreux âgés 	<p>fragilité et d'anxiété généralisée des patients.</p>	<p>toutes les données disponibles.</p>	<p>mesure, une amélioration significative a été trouvée pour les articles « demandant la quantité d'informations que le patient voudrait savoir », « contrôle des patients selon les attentes » et « vérifier si le patient veut toujours commencer la chimiothérapie après avoir été instruit ».</p> <p>La catégorie affective a montré un changement positif notable sur « être attentif à la façon dont est le patient », « prêter une oreille attentive » et « de l'espace pour les sentiments et les émotions ». Une diminution significative a été trouvée pour la catégorie « Informations de réhabilitation ». Cela signifie que les infirmières du groupe expérimental fournissent moins d'informations de réadaptation par rapport au groupe témoin. Les thèmes spécifiques qui ont diminué ont été « discutent tous les effets secondaires possibles » et « sexualité ». Il n'y avait pas de changements significatifs dans les catégories d'informations liées au traitement et des informations d'adaptation.</p> <p>Le bien-être général a significativement changé par une augmentation dans le groupe témoin. Il y a également une diminution de la quantité de sujets abordés concernant les selles, la bouche, la peau, les cheveux et les effets secondaires qui doivent être signalés au personnel de l'hôpital. Beaucoup plus de questions ont été posées par les patients et les compagnons dans le groupe expérimental sur des sujets liés aux traitements, aux habitudes hospitalières, aux détails de la thérapie et aux effets secondaires par rapport au groupe de contrôle.</p>	<p>patients ont été surchargés d'informations.</p> <p>Après l'étude, des infirmières ont confirmé que, dans leurs services, moins de sujets ont été abordés mais plus largement et mieux adaptés aux besoins et aux situations des patients individuels. Comme nous avons cherché à améliorer la fourniture d'informations, nous pensons que les résultats de l'analyse de contenu peuvent être interprétés comme les effets positifs d'intervention, à condition que les infirmières aient fait les bons choix dans les questions qu'elles ont soulevées. Le rappel de l'information est important et perçu différemment par chaque patient selon le stress au moment de l'annonce qui va diminuer l'attention. Un meilleur rappel de l'information va peut-être entraîner l'augmentation des besoins et la satisfaction du patient.</p>	<p>limites sont également mises en lien avec d'autres études déjà menées pour nous donner une idée des résultats possibles.</p> <p>De nombreuses pistes d'action sont explicitées dans la discussion pour des recherches à venir dans le domaine de la dynamique difficile entre la communication patient-soignant et les résultats auprès des patients tels que le rappel de l'information. Une réunion a été faite après l'étude avec 10 infirmières et plusieurs pistes ont été données pour la pratique clinique.</p> <p>L'article est structuré, clair et permet une bonne compréhension de la recherche. L'étude est assez précise pour nous permettre une analyse approfondie car les résultats sont probants, bien décrits et des limites sont explicitées.</p>
--	---	---	---	--	---	---	---

					<p>Les infirmières du groupe expérimentales ont démontré un effet significatif sur l'intervention la communication et les attentes réalistes. Des améliorations ont été mesurées dans le groupe expérimental sur la communication adaptée, affective et interpersonnelle.</p> <p>Un changement peu significatif a été remarqué dans le groupe expérimental. Les résultats indiquent que les compétences de communication des infirmières peuvent être améliorées par la communication la formation professionnelle. Plus de recherche sont nécessaires pour comprendre la relation difficile entre la communication patient-soignant et le rappel des informations.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

Référence bibliographique : Kruijver, I.P.M., Kerkstra, A., Bensing, J.M. & Van de wiel, H.B.M. (2001a). Communication skills of nurses during interactions with simulated cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 772-779.

Devis	Echantillon (N, M, E.T.)	Buts / Question de recherche Cadre de référence / Concepts	Méthodes : instruments de collecte des données	Méthodes : variables et traitement des données	Résultats	Discussion / Perspectives	Remarques Personnelles
<p>Approche quantitative observationnelle directe à l'aide de bandes vidéo.</p> <p>Celle-ci fait partie d'un essai clinique randomisé contrôlé (article 16)</p> <p>Etude longitudinale</p>	<p>Au total, 53 infirmières de différentes spécialités médicales de trois hôpitaux des Pays-Bas ont participé à l'étude.</p> <p>Toutes les infirmières avaient de l'expérience dans les soins aux patients atteints de cancer. Les trois hôpitaux qui ont participé étaient deux universitaires et un général. Les infirmières ont été recrutées dans 11 services : maladies gynécologie, l'urologie, chirurgie, médecine interne, hématologie et ORL.</p>	<p>But : La recherche à étudier l'équilibre de la communication instrumentale et affective utilisée par les infirmières lors d'entrevues d'admissions avec des patients atteints de cancer, récemment diagnostiqués, y compris la communication non verbale.</p> <p>Question de recherche : quel est le solde réel de la communication affective et instrumentale utilisée par les infirmières au cours de l'entrevue d'admission avec des patients atteints de cancer récemment diagnostiqués ?</p>	<p>Les 53 infirmières ont passé des entretiens d'admissions avec des patients simulés durant environ 20 minutes. Chaque entretien a été enregistré et filmé. Directement après l'entretien, chaque participant a eu une courte rencontre avec l'acteur et le chercheur où les infirmières ont eu l'occasion de déclarer leurs sentiments de l'expérience.</p> <p>32 catégories de comportement pour les infirmières ont été adaptées. La communication instrumentale se compose des catégories qui contiennent tous les éléments à l'égard des soins médicaux et des sujets, des articles sur l'organisation de la</p>	<p>Les 53 conversations filmées des admissions des patients simulés ont été observées en utilisant le système Roter Interaction Analysis (RIAS) qui distingue les communications instrumentales (tâche) et affectives.</p> <p>La communication affective et instrumentale entre les infirmières et les patients atteints de cancer a été observée par deux évaluateurs indépendants directement à partir des enregistrements vidéo à l'aide du système informatique qui est spécialement conçu pour coder les interactions comportementales observées à partir d'enregistrements vidéo (Iec Progamma, 1994).</p>	<p>Afin de répondre à la question de recherche, le rapport de rôle à affective communication a été examiné en premier. Les résultats montrent que 62 % des comportements de communication utilisés par les infirmières ont joué un rôle et 38 % étaient affective. Cela signifie que la majorité des énoncés des infirmières concerne la communication instrumentale. Ensuite, l'apparition des comportements de communication des infirmières dans les catégories affectives et instrumentales a été examinée. Il est apparu qu'une partie relativement importante de la communication affective est liée aux comportements affectifs plus globaux, comme donner un accord (19%) et des paraphrases (10%) . La minorité des énoncés affectifs a été liée à des comportements affectifs spécifiques comme preuve de sollicitude (2%), l'empathie (2%) et à rassurer, être optimisme (2%). Dans les catégories instrumentales, la plupart des communications par les infirmières sont : fournir des informations médicales (24%), suivi par des informations sur les problèmes psychosociaux (11%) et sur l'organisation de la salle (6%). En outre, il est apparu que quelques énoncés sont liés à des comportements de communication structurants tels</p>	<p>À l'avenir, les infirmières doivent systématiquement suivre des programmes (continus) de formation dans lequel elles apprennent à communiquer efficacement en relation avec les émotions et les sentiments des patients et comment intégrer les soins émotionnel avec des tâches pratiques et médicales. Les résultats indiquent qu'un déséquilibre existe bel et bien dans l'utilisation de comportements instrumentaux et affectifs des infirmières: les infirmières donnent surtout des informations sur des sujets médicaux, ce qui est certainement un aspect important de la procédure d'admission. Cependant, elles ont rarement fait une évaluation de la compréhension du patient de la situation. Elles n'ont pas exploré les sentiments du patient activement et elles ont rarement discuté les aspects émotionnels de la maladie afin de créer une atmosphère réconfortante. Ces résultats sont en accord avec ceux de la littérature qui montrent un déséquilibre dans l'utilisation des deux types de communication caractérisés par un problème médical et de la négligence de la composante émotionnelle. Ces comportements sont surtout considérés par les patients comme</p>	<p>Il est bien connu que dans les soins du cancer, la communication avec les patients est émotionnellement chargée. Le cancer est une maladie mortelle et le traitement médical peut avoir de lourdes conséquences. De nombreux patients atteints de cancer semblent éprouver de la détresse après le diagnostic. Les infirmières de salles sont impliquées étroitement dans les préoccupations des patients car elles fournissent des soins sur 24 heures.</p> <p>Les chercheurs ajoutent qu'un sujet intéressant de la recherche serait une enquête plus approfondie de la validité du travail avec la méthode du patient simulé. Cela pourrait élargir un aperçu de la mesure dans laquelle les compétences en communication des infirmières, telle que mesurée avec des patients simulés, peuvent prédire les comportements de communication avec les patients réels dans la pratique infirmière.</p> <p>L'article est structuré, clair et</p>

<p>Les chercheurs ont décidé d'utiliser des patients simulés pour cette étude car ceux-ci évaluent directement les compétences de communication des infirmières qui sont importants dans l'exercice quotidien de leur pratique. Trois acteurs ont participé et ont été formés par des professionnels pour jouer un patient atteint de cancer récemment diagnostiqué qui arrive dans un service d'admission. Un scénario a été écrit pour cette étude.</p>			<p>salle et des services, et les expressions verbales sur des questions de style de vie et sujets psychosociaux qui indiquent l'orientation et la direction de la conversation comme les demandes de précisions, d'avis et de compréhension. La communication affective se compose des catégories qui se réfèrent à des aspects nécessaires pour établir des relations de confiance entre les infirmières et les patients afin de faciliter l'échange d'informations. Elle se réfère à la conversation sociale des infirmières qui n'a pas de fonction particulière dans les activités de soins infirmiers, tels que des déclarations personnelles et des blagues</p>		<p>que donner l'orientation (3%) et des demandes de clarification (0%). Quelques énoncés sont liés à des comportements qui impliquent le patient pendant son discours comme demander une clarification (1%) et pour leur demander leur avis (1%).</p> <p>En ce qui concerne les aptitudes verbales des infirmières, les questions ouvertes sont importantes afin de faciliter les patients à répondre librement sur des sujets affectifs ou médicaux. Les questions fermées sont des questions directes qui demandent des renseignements précis et limitent par conséquent les réponses. Les infirmières ont posé des questions essentiellement fermées (88%). Enfin, la communication non verbale affective des infirmières avec les patients atteints de cancer récemment diagnostiqués pendant la conversation d'admission a été étudiée et montre que le regard entre l'infirmière et le patient était présent la plupart du temps. Les affirmations par hochements de tête étaient aussi un comportement non verbal fréquemment utilisé. En outre, il est apparu que le sourire, penché vers l'avant et le toucher affectif se produit relativement rarement.</p>	<p>peu favorables, ce qui conduit à l'insatisfaction des soins. Reid Ponte a constaté que plus les infirmières montraient de l'empathie, plus les préoccupations ont été communiquées par les patients. La divulgation des sentiments des patients a été fortement inhibée par des infirmières aux comportements d'évitement, tels que le changement brusque de l'objet de la conversation et de se comporter comme si le patient n'avait pas parlé du tout.</p> <p>La prise en charge émotionnelle, en plus de la pratique des soins, est une tâche cruciale dans le rôle professionnel de l'infirmière. Cependant, la recherche montre que de discuter des problèmes émotionnels avec les patients est l'une des tâches les plus difficiles pour les professionnels de soins en raison de la gêne qu'ils éprouvent lors de l'examen de ces questions avec les patients atteints de cancer. Les infirmières qui s'occupent de patients atteints de cancer gravement malades étaient conscientes de l'utilisation de tactiques de distanciation. Elles avaient peur apparemment de perdre le contrôle de la situation si elles devenaient trop près aux patients.</p>	<p>permet une bonne compréhension de la recherche. Une formation en communication est donnée à tous les participants. Plusieurs résultats sont intéressants et probants dans la pratique infirmière.</p> <p>L'article résume les connaissances de plusieurs études déjà menées sur l'importance de la communication et d'une relation de confiance dans tous les suivis de patients atteints de cancer. Il ressort également les différences entre la communication instrumentale et affective ainsi que les conséquences d'un déséquilibre entre ces deux communications. Il ressort également l'importance des entretiens d'admissions et pourquoi ceux-ci ont donc été choisis pour cette étude.</p>
---	--	--	---	--	--	---	---

Référence bibliographique : Kruijver, I.P.M., Kerkstra, A., Kerssens, J.J., Holtkamp, C.C.M., Bensing, J.M. & Van De Wiel, H.B.M. (2001b) Communication between nurses and simulated patients with cancer: evaluation of a communication training programme. *Journal of Oncology Nursing*, 5, 140-150.

Devis	Echantillon (N, M, E.T.)	Buts / Question de recherche Cadre de référence / Concepts	Méthodes : instruments de collecte des données	Méthodes : variables et traitement des données	Résultats	Discussion / Perspectives	Remarques Personnelles
<p>Approche quantitative</p> <p>Essai clinique randomisé contrôlé</p> <p>Étude longitudinale</p>	<p>Au total, 53 infirmières de différentes spécialités médicales dans trois hôpitaux aux Pays-Bas ont commencé le projet. Au cours de l'étude, sept infirmières ont abandonné à cause de grossesses, maladies, changements de travail ou démotivation. Les 46 infirmières restantes ont complété le pré-test, la formation et le post-test. Le groupe expérimental était composé de 25 infirmières qui ont</p>	<p>But : Étudier l'effet d'un programme de formation et ces compétences en communication sur la communication affective et instrumentale utilisée par les infirmières lors de l'entrevue d'admission avec les patients récemment diagnostiqués d'un cancer.</p> <p>Questions de recherche : - Quel est l'effet d'un programme de formation en communication sur les communications affectives et instrumentales des infirmières de salle lors de l'entrevue d'admission avec les patients récemment diagnostiqués avec le cancer? - Quelles sont les compétences en</p>	<p>2 groupes séparés, le groupe témoin qui suivra la formation après l'étude et le groupe expérimental qui a suivi la formation.</p> <p>Formation de 18 heures où les infirmières ont appris les compétences en communication pendant 6 jours avec des périodes de 3 heures. La formation a été menée par deux formateurs expérimentés. En plus de la formation théorique, des jeux de rôles ont été faits et les participants (environ 10-15) ont appris comment traiter les problèmes qu'ils ont vécus dans leur pratique. Après chaque cours, un devoir pratique qui doit être accompli à la maison ou au travail est donné.</p>	<p>Les effets de la formation ont été mesurés en utilisant une conception de groupe témoin pré-test/post-test randomisée. Les 92 (46 pré- 46 post-test) entretiens filmés d'admission avec des patients simulés ont été observés en utilisant le système Roter Interaction Analysis (RIAS) (Roter 1989). Dans ce système, une distinction est faite entre la communication instrumentale (tâches) et affective. La version a inclus 32 catégories de comportements pour l'infirmière et 27 pour les patients.</p> <p>La communication affective et instrumentale entre les infirmières et les patients atteints de</p>	<p>La première question de recherche concerne l'effet de la formation sur les comportements de communication des infirmières. Les pourcentages de comportement de la communication verbale des infirmières lors du pré- et post-test ont été calculés pour le groupe expérimental et le groupe contrôle séparément. Il est montré que le rôle et la communication affective des infirmières formées est resté le même après la formation. Cela indique que ce rapport n'a pas changé de manière significative. Quant à l'apparition de comportements de communication au sein des catégories affectives et instrumentales, les résultats révèlent que des changements importants dans les comportements des infirmières de communication instrumentales ont eu lieu après la formation. Il est apparu que les infirmières formées ont posé des questions beaucoup plus ouvertes dans le domaine psychosocial. Leurs questions psychosociales fermées n'ont pas changé au post-test tandis que les infirmières dans le groupe de contrôle ont posé considérablement moins de questions psychosociales fermées. Il est apparu que, bien que les deux groupes d'infirmières aient montré une augmentation des questions ouvertes au post-test,</p>	<p>L'hypothèse de la formation était que les compétences acquises pour communiquer des émotions efficacement avec les patients atteints de cancer (au lieu d'utiliser des tactiques de distanciation) pourraient permettre aux infirmières d'augmenter leurs propres sentiments de contrôle face à des situations émotionnellement lourdes, soutenant ainsi les patients.</p> <p>L'augmentation des questions psychosociales ouvertes a indiqué que les infirmières formées étaient moins concentrées sur leur agenda médical, dans le sens où elles sont plus en mesure de donner des informations médicales avec des questions ouvertes qui facilitent et encouragent les patients à raconter leur histoire, à améliorer l'évaluation et résolution de problèmes.</p> <p>Les changements dans le domaine affectif au post-test n'ont pas eu lieu et c'est dans un sens décevant, car des comportements affectifs, comme faire preuve d'empathie, se soucier et manifester de l'optimisme semblent être d'une grande importance dans la création d'un</p>	<p>L'article résume les connaissances de plusieurs études déjà menées sur l'importance de la communication efficace et d'une relation de confiance dans tous les suivis de patients atteints de cancer. Il ressort également les différences entre la communication instrumentale et affective ainsi que les conséquences d'un déséquilibre entre ces deux communications.</p> <p>L'importance des entretiens d'admissions et pourquoi le choix s'est porté sur des patients simulés pour cette étude est explicitée.</p> <p>L'hypothèse est que les comportements en communication efficaces facilitent les interactions entre les infirmières et les patients. Ceci sera bénéfique pour les patients qui souffrent de problèmes psychosociaux dus à la maladie mortelle, ainsi que les infirmières elles-mêmes. Les compétences acquises permettront aux infirmières d'accroître leur stabilité et leur</p>

<p>participé à la formation, et le groupe témoin était constitué de 21 infirmières</p> <p>Toutes les infirmières ont l'expérience des soins aux patients atteints de cancer. Trois hôpitaux ont participé et les infirmières ont été recrutés dans 11 services constitués des spécialités médicales comme la gynécologie, l'urologie, la chirurgie, la médecine interne / hématologie et l'ORL. Les patients simulés ont été choisis par les chercheurs pour répondre à la question de recherche.</p>	<p>communication des infirmières après avoir suivi la formation sur les comportements communicatifs pour les patients récemment diagnostiqués de cancer lors de l'entrevue d'admission?</p>	<p>Avant la formation, puis un mois après, chaque infirmière a participé à une entrevue d'admission filmée avec un acteur. Les infirmières participantes ont été invitées à passer par la procédure d'admission avec le patient simulé de la même manière qu'ils ont fait sur le service aux patients réels.</p> <p>Les entretiens avec les patients simulés ont duré 20 minutes. Après 20 minutes, la procédure a été interrompue.</p>	<p>cancer a été observée par deux évaluateurs indépendants directement à partir des enregistrements vidéo à l'aide d'un système informatique qui est spécialement conçu pour coder les interactions comportementales observées à partir d'enregistrements vidéo.</p> <p>La fréquence des expressions communicationnelles des infirmières et des patients dans les catégories instrumentales et affectives étaient proportionnées au nombre total de déclarations verbales. L'analyse statistique montre la différence des infirmières formées change de manière significative les comportements en communication efficaces et instrumentales à la suite de la formation, par rapport au groupe non formé des infirmières et leurs patients étaient différents que dans le groupe témoin.</p>	<p>l'augmentation dans le groupe non formé des infirmières était plus forte. Ceci était contraire à nos attentes. Il montre également que la quantité d'information donnée sur des sujets médicaux par les infirmières formées est restée plus ou moins la même, tandis que les infirmières sans formation ont considérablement augmenté la fourniture d'informations à mesure post-test. En ce qui concerne la communication affective, la différence entre le pré- et post-test des infirmières formées n'a pas changé de manière significative du score du groupe sans formation. Pourtant, les infirmières formées ont été beaucoup plus encourageantes et ont fait des remarques optimistes, ce qui est important dans le traitement des sentiments de personnes en détresse, et montre un comportement empathique augmenté (P50.06). En ce qui concerne la communication non verbale des infirmières, aucun changement significatif n'a été trouvé.</p> <p>Pour la deuxième question de recherche, le nombre total de déclarations affectives des patients simulés à l'état expérimental avait augmenté de manière significative. Cela indique que le rapport de rôle contre la communication affective a changé de manière significative.</p> <p>Les patients du groupe expérimental ont diminué leur communication des renseignements médicaux contrairement au groupe contrôlé. Des changements favorables dans les catégories affectives ont également eu lieu bien que les différences ne soient pas significatives. Il est apparu, par exemple, que les patients des infirmières formées ont exprimé des préoccupations beaucoup plus fortes, par rapport au groupe d'infirmières non formées.</p>	<p>climat de confiance dans lequel les patients atteints de cancer en difficulté peuvent exprimer leurs préoccupations. Bien que non significative, les infirmières formées ont montré une amélioration dans deux de ces comportements affectifs importants au post- mesure : ils ont augmenté leurs remarques encourageantes, optimistes et leur comportement emphatique.</p> <p>Dans l'ensemble, nous voyons des changements favorables mais limités après la formation.</p>	<p>contrôle dans la gestion des situations émotionnellement chargées ce qui facilite leur tâche principale. Cela conduira à une augmentation de l'évaluation des problèmes, le soutien affectif et la résolution de problèmes</p> <p>L'échantillon est légèrement faible d'après les chercheurs. Il est possible qu'après la formation, des changements plus importants auraient été remarqués si l'échantillon avait été plus grand.</p>
---	---	---	--	--	--	---

Référence bibliographique : Parker, P.A., Baile, W.F., De Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A.P. & Cohen, L. (2001). Breaking Bad News About Cancer: Patients' Preferences for Communication. *Journal of Clinical Oncology*, 19, 2049-2056.

Devis	Echantillon (N, M, E.T.)	Buts / Question de recherche Cadre de référence / Concepts	Méthodes : instruments de collecte des données	Méthodes : variables et traitement des données	Résultats	Discussion / Perspectives	Remarques Personnelles
<p>Approche qualitative descriptive</p> <p>Étude de cas</p> <p>Étude transversale</p>	<p>381 patients ont reçu un questionnaire et 351 les ont renvoyés (92%). Les patients sont consultants externes à l'Université du Texas MD Anderson Cancer Center et assistent à des rendez-vous de suivi médical dans les types de cancer comme le sein, gynécologique, urologique ou gastro-intestinal. Pour être admis à l'étude, les patients doivent avoir été diagnostiqués d'un cancer au moins 1 mois plus tôt pour leur laisser le</p>	<p>But : Le but de cette étude est d'évaluer les préférences des patients en ce qui concerne la façon dont les médecins leur annoncent les mauvaises nouvelles sur leur diagnostic de cancer et sur la récurrence.</p>	<p>Un questionnaire a été développé pour mesurer les préférences des patients en ce qui concerne les interactions avec les médecins.</p> <p>Une équipe de recherche (4oncologues, 1 psychiatre et 1psychologue) ont identifié, par des recherches dans la littérature, les principaux aspects de l'interaction médecin-patient. Cinq patients atteints de cancer de différents sites et à différents stades ont fait des commentaires sur le contenu et la clarté des questionnaires qui ont ensuite été révisés sur la base de ces réactions. Les 46 items traitent de divers aspects du contexte et du contenu de la conversation des annonces de</p>	<p>La sous-échelle de suivi de la Behavioral style échelle Miller (MBSS) a été utilisée car elle évalue les styles d'interventions qui peuvent être liés à la façon dont patients réagissent quand des nouvelles de leur cancer sont données.</p> <p>Des analyses descriptives des caractéristiques démographiques et médicales de l'échantillon et une analyse factorielle exploratrice utilisant l'analyse principale orthogonale et rotation varimax ont été faites. Nous avons également effectué des corrélations bivariées entre la mesure et l'échelle MBSS. En outre, des analyses de régression ont été utilisées pour examiner l'association entre</p>	<p>351 questionnaires ont été reçus. L'âge des participants était de 28 à 80 ans, avec une moyenne de 57,2 ans. 60% des patients étaient des femmes et la plupart étaient mariées. 30% des patients ont reçu un diagnostic de cancer du sein, 17% gynécologique, 31% gastro-intestinal et 22% urologiques. Le temps moyen depuis que les patients ont reçu leur diagnostic initial était de 3,3 ans et 31% avaient été diagnostiqués avec une récurrence.</p> <p>Sur les 46 items du questionnaire, les patients ont indiqué que leurs médecins possèdent des connaissances techniques sur leur cancer lors de l'annonce de mauvaises nouvelles d'un diagnostic ou d'une réapparition du cancer. Parmi les 10 items les mieux cotés, 7 sont sur les aspects liés à l'expertise du médecin, le type et l'étendue de l'information fournie au patient et 3 autres items sont les caractéristiques du composant de facilitation de la communication (par exemple, médecin donnant des nouvelles directement). Les 46 items évalués le plus bas étaient presque exclusivement ceux qui décrivent les aspects favorables de la communication.</p> <p>Les 46 items ont été analysés avec rotation varimax. L'analyse factorielle a été utilisée pour condenser les items</p>	<p>Cette étude est portée sur les préférences en communication des patients, contrairement à beaucoup d'autres études. Les patients peuvent évaluer les aspects de la communication les plus importants et où ils trouvent le plus d'espoir.</p> <p>Plusieurs limites sont notées par les chercheurs. L'étude a été menée dans un centre de lutte contre le cancer donc les perspectives de ces patients peuvent peut-être différer de ceux des patients traités dans les hôpitaux communautaires (traitements plus récents par exemple). Les préférences des patients ont été examinées à un seul moment dans leur processus de maladie.</p> <p>Les chercheurs soulignent que des études futures devraient étudier la stabilité des préférences des patients de quoi et comment ils souhaitent recevoir les mauvaises nouvelles de leur cancer. Un autre domaine qui mérite davantage de recherche est l'identification des caractéristiques supplémentaires des patients qui peuvent influencer leurs préférences d'information et de soutien. Une extension importante du travail actuel est d'évaluer prospectivement les moyens de fournir des informations sur le diagnostic du</p>	<p>La plupart des études sur les annonces de mauvaises nouvelles ont été écrites du point de vue des médecins avec moins d'attention portée sur les perceptions des patients. Parce que donner une nouvelle défavorable est une communication bidirectionnelle entre le médecin et le patient. Le patient est celui dont la vie est directement touchée et il est particulièrement important d'examiner et de comprendre le point de vue du patient.</p> <p>Le recensement est pertinent, clair et résume les études déjà menés et les manquements comme des études sur les perceptions des patients de la communication de mauvaises nouvelles. Les chercheurs ont saturé les données car 35 items correspondaient à un haut degré de corrélation et sont donc généralement considérés comme fiables. La saturation est expliquée précisément dans l'article.</p> <p>Limite pour notre étude : L'article prend en considération l'avis des patients sur les interactions avec leur médecins, et non pas avec les infirmières.</p>

	<p>temps de s'adapter à l'idée du diagnostic et de réfléchir à leur expérience. Ils ont également besoin d'avoir 18 ans ou plus et être capable de parler couramment anglais. Les patients ont été abordés dans la salle d'attente au moment où l'étude a été brièvement décrite et ils ont été invités à y participer.</p>		<p>mauvaises nouvelles Les patients évaluent sur une échelle de cinq points l'importance de chaque élément au moment de l'annonce d'un diagnostic ou d'une réapparition du cancer. Les options de réponse étaient 1. pas du tout important, 2. en option, peut prendre ou à laisser, 3. importante, 4. très importante et 5. essentiel, chaque médecin devrait le faire. Les patients ont du dire quelles réponses à leurs questions ils auraient aimé avoir.</p>	<p>les facteurs démographiques (âge, sexe, éducation et l'état matrimonial) et les variables médicales (stade de la maladie et l'état de récurrence).</p>	<p>en sous-ensembles d'éléments connexes ou facteurs. Les facteurs sont constitués de différents aspects des préférences des patients pour la façon dont ils sont informés de leur cancer.</p> <p>Trois facteurs sont identifiés :</p> <p>Le contenu : 13 items ont souligné l'expertise du médecin (se sentir confiant des compétences du médecin sur le type de cancer) et les différents aspects du contenu de la conversation (informations sur la maladie, le traitement,...).</p> <p>Le soutien : 12 items couvre les aspects favorables de la communication et sur le confort et le soutien pour le patient en lui fournissant des informations sur d'autres ressources et en l'aidant à communiquer avec les autres.</p> <p>La facilitation : 7 items traitent d'où et quand l'information est transmise, la compréhension de la vie privée, l'attention du médecin et l'attente de tous les tests terminés avant de donner le patient les nouvelles.</p> <p>Il y a une association positive significative entre le style de surveillance et les préférences des patients pour les aspects du message et les aspects favorables de la communication. Ainsi, ils accordent plus d'importance d'obtenir des informations détaillées sur leur cancer, de recevoir toutes les réponses à leurs questions et obtenir davantage de soutien de leur médecin. Dans l'ensemble, les résultats indiquent que les facteurs associés avec le contenu du message et les aspects favorables de la communication étaient plus importants pour les femmes que les hommes. Les patients ayant une</p>	<p>cancer et/ou de réapparition qui répondent patients préférences et les attentes.</p> <p>Plusieurs pistes sont données pour la pratique infirmière. Les chercheurs ressortent que les efforts autour de ce sujet sont importants parce que donner efficacement des mauvaises nouvelles peut améliorer la conformité d'un patient à un traitement, conduire à une meilleure compréhension des directives ou des symptômes, réduire le stress, l'anxiété et améliorer la satisfaction des patients.</p>	<p>Toutefois, nous pensons que les résultats peuvent également être transférables pour les infirmières.</p>
--	---	--	---	---	---	---	---

					<p>éducation plus formelle évaluent le contenu du message et le contexte dans lequel les nouvelles sont annoncées plus importante que ceux qui sont moins scolarisés ou les patients plus jeunes qui accordent moins d'importance au contexte dans lequel les nouvelles sont données. Les préférences sur la façon dont les nouvelles devraient être livrées ne diffèrent pas en fonction du stade du cancer.</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--

Référence bibliographique : Bowles, N., Mackintosh, C. & Torn, A. (2001). Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution-focused communication training. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 347-354.

Devis	Echantillon (N, M, E.T.)	Buts / Question de recherche Cadre de référence / Concepts	Méthodes : instruments de collecte des données	Méthodes : variables et traitement des données	Résultats	Discussion / Perspectives	Remarques Personnelles
<p>méthode mixte : quantitative et qualitative.</p> <p>étude exploratoire longitudinale.</p>	<p>Seize infirmières ont été recrutées de différents milieux cliniques, tant en milieu hospitalier qu'en milieu communautaire. L'étude a accepté tous ceux qui ont demandé la formation, sans critères de présélection. Tous les volontaires étaient des femmes, avec une gamme allant d'infirmière clinicienne à infirmière spécialisée avec fonction de leadership. N=16</p> <p>A la fin de l'étude, 10 infirmières ont complété tous les</p>	<p>Buts : Cette étude vise à examiner la pertinence et l'application clinique de la SFBT, ainsi que la possibilité de l'entraîner. (→ mesurer l'avis des d'infirmières sur la pertinence de la SFBT et son application, déterminer si une formation de courte durée pourrait améliorer les compétences de communication, identifier les changements dans la clinique provenant de la SFBT).</p> <p>Variables : Le niveau de compétence communicationnelle des infirmières est comparé entre avant et après formation.</p> <p>Cadre théorique : La « Solution Focused Brief Therapy » (thérapie brève centrée sur les solutions). Il s'agit à la fois d'un système</p>	<p>Tous les volontaires ont participé à un programme de formation de 4 jours en SFBT, sur une période de 8 semaines entre mai et Juillet 2000.</p> <p>Récolte de données quantitatives : Des mesures de référence ont été prises avant le début du cours, à l'aide d'un instrument de l'échelle de Likert conçus spécifiquement pour cette étude. Les domaines devant être évalués de 0 à 10 par les infirmières étaient : la compétence/ la confiance /la volonté et la fréquence pour parler avec des personnes en difficulté, la façon avec laquelle leurs collègues toléraient de le faire et la possibilité de le faire par rapport à leur rôle. Les mesures ont été répétées 6 mois après la fin du cours.</p>	<p>Une analyse statistique a été menée pour les données quantitatives et les marges de signifiante ont été calculées par rapport au test de Wilcoxon. les données qualitatives ont été analysées en utilisant une méthode d'analyse de contenu thématique de Busnard's en 14 étapes.</p>	<p>Données quantitatives : Trois des six dimensions évaluées dans le questionnaire indiquent un changement positif: la volonté, la compétence et la confiance. Mais des différences significatives ont été observées pour l'une d'entre elles : la volonté (P = 0.047). Alors que les tendances positives pour la compétence et la confiance sont apparents, ils n'atteignent pas des niveaux de signification (P = 0.076 et P = 0.105, respectivement). Etonnement, la fréquence indique un changement de direction négative. Cela peut s'expliquer par une éventuelle modification des perceptions des infirmières en ce qui concerne la désignation des « patients en difficulté » et de la communication.</p> <p>Données qualitatives : Avant le cours sur la SFBT : - Les infirmières reconnaissent que leur discours était dominé par les problèmes et que cela mettait sur elle une pression émotionnelle. - Elles décrivaient aussi leur sentiment d'avoir un dialogue inapproprié avec leurs patients et que, malgré tous leurs efforts pour être une « bonne infirmière », elles ne parviennent pas à répondre à leurs attentes. Sentiment qu'elles devraient pouvoir résoudre les problèmes pour leurs patients. - Certaines ont aussi relevé qu'elles se sentaient plus comme des accompagnatrices ou des consolatrices. Elles</p>	<p>La formation SFBT a été considérée comme pertinente et utile par les participants, dont les commentaires indiquent qu'il y a eu un impact positif sur la communication avec leurs patients et leurs collègues et des changements dans leur pratique. La formation a permis notamment de diminuer les discours orientés vers le problème, les sentiments d'inadéquation et de stress émotionnel du soignant et la dépendance du patient.</p>	<p>L'article est bien écrit et compréhensible. Il est clair et va à l'essentiel.</p> <p>Le titre nous renseigne sur la population (infirmières), le phénomène d'intérêt (évaluation d'un entraînement à la communication centrée sur les solutions) et le contexte (compétences infirmières).</p> <p>Résumé claire et structuré par chapitre.</p> <p>Les buts de l'article sont clairement écrits, bien qu'ils ne soient pas sous forme de question.</p> <p>La procédure de recherche et la récolte de données sont claires. Cependant les démarches éthiques ne sont pas formellement décrites.</p> <p>Les résultats sont présentés de manière claire et s'appuient sur un tableau facile d'accès.</p> <p>Limites : - Bien qu'il ait une grande validité, la fiabilité de l'instrument développé pour les aspects quantitatifs de cette évaluation n'a pas été établie avant son utilisation. - Le nombre d'étudiants</p>

	<p>questionnaires et seulement 6 ont participé au groupe de discussion.</p>	<p>de communication et d'un ensemble d'hypothèses sur la meilleure façon de motiver les gens à changer, s'adapter et croître. Cette approche consiste en un déplacement de l'attention depuis une perspective dominée par un problème, un déficit ou une pathologie vers une perspective orientée sur les solutions. Elle a pour but d'amplifier et consolider les forces, les capacités et les espoirs des clients pour lesquels la relation thérapeutique se transforme alors en une collaboration. Cette méthode s'applique rapidement et peut être utilisée en entretien ou dans les conversations quotidiennes. C'est sur cette base que les chercheurs ont élaboré une courte formation pour initier les infirmières à la SFBT.</p> <p>D'autres théories de communication, comme celles de Rogers, sont également citées.</p>	<p>Récolte de données qualitatives : Un groupe de discussion a été mené avec les élèves six mois après avoir terminé le cours. Le groupe de discussion commentait les changements dans la pratique, les observations et sentiments à ce sujet. Le groupe de discussion a été enregistré sur bande audio, transcrite et analysée par un chercheur indépendant (n'ayant pas donné le cours et n'étant même pas au courant du thème de la SFBT) dans le but d'éviter les biais.</p>		<p>étaient bonnes pour écouter, mais qu'elles n'avaient pas de direction dans leurs interactions avec les patients.</p> <p>Après le cours sur la SFBT :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La SFBT est perçue comme une boîte à outils pour « se jeter à l'eau » pour des discussions difficiles. Cela permet d'augmenter leur niveau de confiance et cela a démontré des résultats. Elles se sentent plus capables de s'engager de ce type de discussion. Mais elles sont également conscientes que l'utilisation de la SFBT ne doit pas se faire formellement mais qu'elles peuvent l'adapter à leur propre style de communication. Les questions-miracles, si elles sont adaptées à la particularité du patient, peuvent être très aidantes. - Les infirmières ont réalisé qu'elles ne devaient plus avoir la pression de trouver des solutions pour le patient, mais redonner le pouvoir entre ses mains (<i>empowerment</i>). Après la formation, elles se sont décrites comme étant plus à même de permettre aux patients de négocier des objectifs appropriés, de susciter et amplifier les réalisations, les forces et les sources de résilience des patients. Cela a conduit à un plus grand sentiment de maîtrise de soi et réduit l'anxiété dans leurs interactions. Après le cours de SFBT, les infirmières se sont senties plus libre d'utiliser l'humour. - les participantes ont aussi déclaré avoir utilisé l'approche SFBT dans le domaine privé ou avec leurs collègues. Certaines leur ont même enseigné quelques bases de la SFBT. Cela a permis, dans certains cas, de changer l'orientation de l'équipe et d'y améliorer la communication et de construire un sentiment d'optimisme. 		<p>constitue une base insuffisante pour l'extrapolation des résultats.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Six étudiants n'ont pas réussi à contribuer à la deuxième récolte de données quantitatives et 11 n'étaient pas disponibles pour le groupe de discussion. De toute évidence, il y a possibilité d'un biais d'échantillonnage. <p>Implications :</p> <p>Les auteurs recommandent l'utilisation des techniques SFBT dans la pratique infirmière.</p> <p>La SFBT peut aussi être une approche utile à la formation des compétences en communication, car elle fournit une structure facile à comprendre et constitue une trousse à outils qui est en harmonie avec les valeurs en soins infirmiers comme l'<i>empowerment</i>, l'augmentation de la responsabilité des patients et la participation aux soins.</p>
--	---	---	---	--	--	--	---

Annexe H : Grille de synthèse des résultats

Liste numérotée des articles :

1. Li Hui, T., Emily, A. & Desley, H. (2012). Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2647–2658.
2. Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J. & Ferrell, B. (2013). Oncology Nurse Communication Barriers to Patient-Centered Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17, 152-158.
3. Lehto, R.H. (2012). The Challenge of Existential Issues in Acute Care: Nursing Considerations for the Patient With a New Diagnosis of Lung Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16, 4-11.
4. Stajduhar, K.I., Thorne, S.E., McGuinness, L. & Kim-Sing, C. (2010). Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2039–2047.
5. Ristevski, E., Breen, S. & Regan, M. (2011). Incorporating Supportive Care Into Routine Cancer Care: The Benefits and Challenges to Clinicians' Practice. *Oncology Nursing Forum*, 38, 204-211.
6. Langewitz, W., Heydrich, L., Nübling, N., Szirt, L., Weber, H. & Grossman, P. (2010). Swiss Cancer League communication skills training programme for oncology nurses: an evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 2266-2277.
7. Uitterhoeve, R., Bensing, J., Dilven, E., Donders, R., DeMulder, P. & Van Achterberg, T. (2009). Nurse–patient communication in cancer care: does responding to patient's cues predict patient satisfaction with communication. *Psycho-Oncology*, 18, 1060–1068.
8. Baer, L. & Weinstein, E. (2012). Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17, 45-51.
9. Fukui, S., Ogawa, K., Ohtsuka, M. & Fukui, N. (2008). A randomized study assessing the Efficacy of Communication Skill Training on Patients' Psychologic Distress and Coping. *Amercian Cancer Society*, 113, 1462-1470.

10. 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, 309-316.
11. Van Weert, J.C.M., Jansen, J., Spreeuwenberg, P.M.M., Van Dulmen, S. & Bensing, J.M. (2010). Effects of communication skills training and a Question Prompt Sheet to improve communication with older cancer patients: A randomized controlled trial. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 80, 145-159.
12. Kruijver, I.P.M., Kerkstra, A., Bensing, J.M. & Van de wiel, H.B.M. (2001). Communication skills of nurses during interactions with simulated cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 772-779.
13. Kruijver, I.P.M., Kerkstra, A., Kerssens, J.J., Holtkamp, C.C.M., Bensing, J.M. & Van De Wiel, H.B.M. (2001) Communication between nurses and simulated patients with cancer: evaluation of a communication training programme. *Journal of Oncology Nursing*, 5, 140-150.
14. Parker, P.A., Baile, W.F., De Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A.P. & Cohen, L. (2001). Breaking Bad News About Cancer: Patients' Preferences for Communication. *Journal of Clinical Oncology*, 19, 2049-2056.
15. Bowles, N., Mackintosh, C. & Torn, A. (2001). Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution-focused communication training. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 347-354.

Thème	N° de l'article / Résultats	Implications dans la pratique / Interventions / Stratégies
Besoins des patients	Besoin d'être rassuré : 3. 66% des patients de l'étude ont parlé de peur pour leur avenir (futur incertain, éventualité d'handicap, possibilité de transmettre la maladie). 4. Le patient a besoin que sa peur soit reconnue et validée à travers le dialogue et qu'il ne se sente pas seul. 9. Après avoir été informés d'un diagnostic de cancer suite à un test de dépistage, les patients présentent une détresse psychologique et sont atteints émotionnellement. Dans des entretiens, la majorité des patients ont exprimé leurs expériences négatives.	3. rassurer le patient et lui enseigner des stratégies cognitivo-comportementales concrètes pour recadrer la situation et diminuer les schémas de pensée négative. Aider les patients à concentrer leur attention sur le moment présent et stratégie de relaxation 4. expression authentique d'empathie en explorant les peurs et en rassurant. L'humour a souvent été décrit comme bénéfique par les patients, mais il peut aussi être inappropriée parfois. 9. donner des informations détaillées, répondre aux questions des patients de manières précises, donner du soutien aux patients et donner de l'espoir.

	<p>Besoins spirituels :</p> <p>2. La communication sur la spiritualité apparaît comme un sujet important à aborder.</p> <p>3. 22% des patients interrogés ont évoqué des préoccupations orientées vers la spiritualité (pratique religieuse, prière, sens de la vie, sens d'un but plus grand, questions sur l'après-mort, etc.) pour lesquels ils souhaiteraient une écoute et se sentir libre de mener ces réflexions.</p>	<p>3. accompagner les discussions existentielles et spirituelles.</p> <p>3. faire une évaluation spirituelle pour identifier une éventuelle source de force qui pourra être utilisée. Orienter vers des ressources religieuses.</p>
	<p>Besoin d'une relation de confiance avec le soignant :</p> <p>4. Les patients ont aussi exprimé qu'ils apprécieraient qu'il ait au moins un soignant qui les connaisse bien qui reste constant durant tout leur parcours.</p> <p>4. Les patients ont un grand besoin d'attention, en particulier ceux qui sont en phase avancée de cancer et qui pensent parfois qu'ils ne sont plus dignes d'intérêt pour les soignants vu qu'on ne peut plus rien pour eux. L'étude relève aussi l'importance de la relation avec le thérapeute et du soutien qu'il témoigne. Les patients restent toutefois conscients des limites des soignants et apprécient un comportement professionnel.</p> <p>4. Les patients savent que les soignants ont peu de temps à disposition pour discuter dans le système de santé actuel. Mais ils peuvent pardonner ce manque de temps si la relation thérapeutique est bien établie dès la première rencontre. Finalement, d'après les patients, ce qui compte n'est pas forcément le temps réel en minute mais plutôt la façon dont le soignant utilise ce temps.</p> <p>5. La relation de confiance que le patient va entretenir avec le soignant peut lui apporter du soutien dans la prise de décision, les informations et la gestion des questions sociales et interpersonnelles.</p> <p>10. Construire une relation et gagner la confiance du patient pour apporter une aide psychosociale efficace. Pour gagner la confiance du patient il est important de travailler comme infirmière primaire (référence), faire preuve de compétence dans l'exercice des soins de routine et démontrer une compréhension de l'histoire médicale du patient.</p>	<p>4. démontrer de l'intérêt pour eux, les rassurer et les accompagner. Pour cela, il faut que les patients puissent toujours participer à leur plan de soins et qu'on continue à leur fournir des options. Expressions d'empathie et petits contacts physiques mais en restant professionnel.</p> <p>4. Avoir un contact visuel direct, techniques d'écoute active, s'asseoir, ne pas sembler pressé dans le discours et le langage du corps sont des signes qui vont favoriser une bonne communication en montrant au patient que nous sommes disponibles.</p>
	<p>Besoin d'empathie :</p> <p>3. Prendre le temps d'écouter et de comprendre la situation du point de vue du patient, et d'adapter la communication selon l'individualité du patient (selon le développement, expérience, culture et âge).</p> <p>4. L'importance d'une communication sensible et empathique dans les cas de cancer avancé et le besoin d'améliorer la communication dans les soins qui compromettent la qualité de vie des patients.</p> <p>5. Meilleure connaissance des besoins des patients pour y répondre de manière adaptée.</p> <p>6. Une communication efficace dépend de l'utilisation de phrases empathiques.</p> <p>9. La méthode SPIKES comprend un point centré sur l'empathie.</p> <p>12. Il est apparu qu'une partie relativement importante de la communication affective est liée aux comportements affectifs plus globaux, comme l'empathie. Constat que plus les infirmières montraient de l'empathie, plus les préoccupations ont été communiquées par les patients.</p>	<p>4. Expression d'empathie</p>

	<p>Besoin d'information :</p> <p>3. Le patient a besoin de saisir la réalité de son diagnostic et l'intégrer dans une perspective de vie qui fasse sens, c'est pourquoi il faut donner des informations claires et significatives.</p> <p>4. Les patients décrivent souvent une sensation de perte de contrôle face à laquelle ils réclament beaucoup d'informations. Concernant le pronostic sur la durée qu'il reste à vivre, ici aussi les souhaits varient d'un patient à un autre.</p> <p>5. La discussion doit permettre de renforcer les connaissances que les patients ont déjà et d'apporter de nouvelles informations.</p> <p>6. En matière de communication oncologique, le patient a besoin d'un mixte entre des informations et la gestion des émotions. Mais l'information doit rejoindre les désirs du patient sur les faits concrets et doit tenir compte de sa capacité réduite à capter les nouvelles informations.</p> <p>9. la méthode SPIKES comprend un point sur l'information.</p> <p>10. La fourniture d'informations appropriées, précises et détaillées pour le patient à des étapes clés concernant le processus pathologique de la maladie.</p> <p>11. Communiquer des informations sur le pronostic sans surcharger le patient d'informations, aborder moins de sujets mais plus largement et mieux adaptés aux besoins et aux situations des patients individuellement. Les patients ont besoin qu'on leur rappelle les informations car ces informations sont perçues différemment par chaque patient selon le stress au moment de l'annonce qui va diminuer l'attention.</p> <p>12. besoin d'équilibre entre les informations médicales et psychosociales. Un déséquilibre existe entre les communications instrumentales et affectives des infirmières: elles donnent surtout des informations sur des sujets médicaux mais elles n'explorent pas souvent les sentiments du patient et elles ont rarement discuté les aspects émotionnels de la maladie.</p> <p>14. Les différents aspects du contenu de la conversation telles que les informations sur la maladie et le traitement sont favorables à la communication. La priorité pour les patients est de recevoir des informations détaillées et recevoir des réponses à leurs questions.</p>	<p>4. fournir autant d'informations significatives que possible, dans des formats variés (diagramme, images, ...) et à différents points dans le temps. faire référence à des sites spécialisés confirmés ou à des livres sur le cancer. Avouer ses propres limites de connaissance. Le pronostic doit être nuancé et sans faire aucune promesse.</p> <p>12. apprendre à communiquer efficacement en relation avec les émotions et les sentiments des patients Intégrer les soins émotionnels dans les tâches pratiques et médicales Avoir une communication non verbale comme des hochements de tête, des sourires,...</p>
	<p>Besoin d'espoir et de vérité :</p> <p>4. Les patients interrogés ont décrit des besoins très différents concernant l'honnêteté dans les informations. Pour certains, le maintien de faux espoirs serait la pire erreur en matière de communication, alors que pour d'autres ce serait plutôt la destruction de tout espoir.</p> <p>6. La balance entre la vérité et l'espoir est indispensable à une communication efficace</p> <p>9. Accompagner les informations en donnant de l'espoir permet de soutenir le patient dans ses besoins psychologiques.</p> <p>13. Se montrer encourageant et optimiste participe au traitement des sentiments d'une personne en détresse.</p>	<p>4. Délivrer des informations honnêtes mais positives, en formulant des encouragements et en rappelant l'engagement des soignants. Les patients ont besoin de maintenir de l'espoir, même si l'espoir ne porte pas sur la guérison mais plutôt sur la possibilité de vivre pleinement leur vie jusqu'à ce qu'ils meurent.</p> <p>6. faire une bonne balance entre l'espoir et la réalité dans la délivrance d'information</p>

	<p>Besoin de réponses aux indices :</p> <p>7. La satisfaction des patients augmente si les infirmières répondent à leurs indices. Les patients sont implicites dans l'expression de leurs préoccupations (70% des indices des patients étaient des allusions à l'inquiétude). Il y a un important bénéfice à la réactivité des infirmières aux indices des patients pouvant conduire à une meilleure identification des préoccupations des patients.</p> <p>12. La divulgation des sentiments des patients a été fortement inhibée par des infirmières aux comportements d'évitement, tels que le changement brusque de l'objet de la conversation et de se comporter comme si le patient n'avait pas parlé du tout.</p>	<p>7. En vue de la constatation que plus de la moitié des indices des patients ont reçu une réponse de distanciation, il semble approprié de faire un effort pour améliorer les compétences de réponse aux indices des infirmières en oncologie.</p>
<p>Obstacles à la communication</p>	<p>Caractéristiques des patients :</p> <p>1. la communication peut être entravée par les personnalités-défis (patient demandeurs, manipulateurs, ...) Ainsi que le stade de trajectoire de maladie dans lequel se trouve le patient : le début de trajectoire de la maladie est un inhibiteur majeur de la communication, car le choc et le déni diminuent la capacité des patients à absorber les informations et à articuler leurs besoins.</p> <p>10. le stade de la maladie. Moments clés dans le parcours du patient et certaines périodes plus difficiles que d'autres au niveau psychosocial, autant pour le patient que pour les infirmières.</p>	<p>1. L'étude recommande donc aux infirmières d'être plus attentives à ces phases-là et de prendre le temps d'investiguer la trajectoire de la maladie telle qu'elle est perçue par le patient.</p>
	<p>Propres peurs de l'infirmière :</p> <p>1. certaines infirmières de l'étude ont relevé que leur propre peur peut entraver la communication. Tout comme le fait de ne pas pouvoir répondre aux questions des patients et le fait que les informations à transmettre soient défavorables et touchent des thèmes délicats comme la mort ou la sexualité.</p> <p>10. le monde émotionnel : Les infirmières travaillant avec des patients admis pour un cancer ont reconnu qu'elles étaient vulnérables et émotionnellement épuisées car elles sont entraînées dans le monde émotionnel des patients.</p>	<p>10. mis en place par les infirmières de limites personnelles pour 3 raisons principales : éviter de devenir trop impliquées, empêcher la divulgation d'informations personnelles et éviter de devenir émotionnellement épuisées.</p>
	<p>Diversité culturelle et générationnelle :</p> <p>1. La diversité culturelle constitue un défi, notamment avec les patients asiatiques ayant pour coutume de peu exprimer leurs sentiments négatifs et de ne pas discuter des issues défavorables. Les cultures et les religions influencent beaucoup les perceptions des patients, en particulier sur la mort, ce qui complexifie la communication.</p> <p>La barrière de la langue avec les patients étrangers, mais également le personnel infirmier immigré, constitue l'entrave principale à une communication efficace.</p> <p>9. Les patients japonais répriment leurs émotions.</p> <p>11. Les personnes âgées ont des besoins spécifiques qui peuvent constituer un défi (diminution des capacités cognitives, surdité, écarts générationnels, ...)</p>	<p>1. il faudrait que les organisations adoptent une orientation qui considère plus la culture. Cela pourrait inclure des cours d'initiation culturelle et linguistique pour les infirmières pour améliorer leur connaissance des autres cultures et leur sensibilité. A un niveau plus bas, les managers devraient déjà simplement encourager l'auto-apprentissage et le partage de savoirs culturels entre pairs.</p>
	<p>Image des infirmières :</p> <p>1. faiblesse de la crédibilité et du respect de la profession infirmière dans l'opinion publique. Il a été relevé que le manque de respect des patients envers les infirmières, croyant que seuls les médecins ont des connaissances, entrave la communication car les patients ne reconnaissent pas l'infirmière comme un professionnel de confiance vers qui s'adresser pour demander des informations mais plus comme une travailleuse domestique.</p>	<p>1. L'étude suggère aux leaders des soins infirmiers et aux organisations infirmières de se concentrer sur un programme national d'éducation pour améliorer l'image de l'infirmière moderne et de son travail auprès du grand public.</p>

	<p>2. Les infirmières ont un manque de confiance en elles.</p> <p>5. Les infirmières manquent d'assurance.</p>	
	<p>Manque de temps :</p> <p>1. La communication est également influencée par l'environnement et le mangement des soins (approche holistique vs approche par tâches). Face à l'hôpital et aux collègues, le fait de s'asseoir avec un patient peut parfois entrainer la peur que cela soit perçu comme de l'inactivité/de la paresse.</p> <p>4. Les soignants ont peu de temps à disposition pour discuter dans le système de santé actuel. Ce qui entrave beaucoup la communication, c'est lorsque le patient ressent que le soignant est pressé ou n'est pas vraiment présent.</p> <p>5. Le temps : cela pose notamment un problème d'équilibre entre les tâches habituelles en chimiothérapie et la discussion psychosociale. Parfois la discussion doit aussi être interrompue à cause des besoins en soins d'autres patients.</p> <p>10. Le bon moment pour parler pour le patient pourrait se produire 24h par jour, 7 jours par semaine et surtout la nuit car les patients ont le temps de réfléchir. La charge de travail peut être un obstacle potentiel à leur capacité à fournir des soins psychosociaux.</p>	<p>10. Les tâches telles que changer un lit ou donner des soins d'hygiène, sont de bonnes excuses pour entrer dans l'environnement du patient et cela l'aide à parler car les infirmières ne les regardent pas directement et font quelque chose en même temps.</p>
	<p>Collaboration avec le médecin et au sein de l'équipe :</p> <p>2. Il y a parfois un manque de cohérence du personnel de soins dans la communication (peu d'implication des infirmières dans les procédures médicales, pas toujours mises au courant des nouvelles, discours divergent selon les infirmières, etc.). Il y a aussi un manque d'explications des médecins sur les procédures pour la suite. Il est difficile ensuite pour les infirmières reprendre la communication avec le patient.</p> <p>10. Les médecins annoncent généralement la mauvaise nouvelle sans le personnel infirmier et après avoir donné le diagnostic, ils ne réalisent pas les conséquences d'une telle action. L'infirmière est souvent au courant du diagnostic avant que le patient en soit informé, ce qui la place dans une position inconfortable au moment de s'occuper du patient.</p>	<p>2. infirmières doivent être invitées dans les communications médecin-patient</p> <p>10. Les infirmières doivent acquérir plus de compétences et le soutien nécessaire, une surveillance clinique, un modèle d'apprentissage de l'action de la gestion, de l'éducation et des fonctions de soutien.</p>
	<p>Utilisation de questions fermées :</p> <p>12. + 13. L'utilisation des questions fermées par les infirmières diminue les réponses des patients.</p>	
<p>Facteurs favorisant une communication efficace :</p>		
<p>Formation</p>	<p>Formation en communication centrée sur le patient :</p> <p>2. Enseignement de la communication centrée sur le patient, grâce au programme CONFORT (communication, orientation, opportunité, présence conscience, famille et ouvertures) conçu pour être enseigné et mis en œuvre dans la communication pour les soins palliatifs et de mauvaises nouvelles.</p> <p>6. Le programme d'entraînement de la ligue suisse contre le cancer peut être utilisé comme modèle pour la communication centrée sur le patient.</p>	<p>2. Les infirmières ont besoin de formation pour apprendre à pratiquer les techniques de communication spécifiques.</p>

	<p>Formation en soins de soutien</p> <p>5. À travers les « supportive care kit» les soignants peuvent apprendre à être plus attentifs aux besoins psychosociaux des patients et améliorer la communication par la mobilisation de ressources et compétences.</p>	<p>5. les soins de soutiens sont une responsabilité partagée entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire.</p>
	<p>Programme d'entraînement aux compétences communicationnelles</p> <p>6. Le programme d'entraînement de la ligue suisse contre le cancer permet de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - augmenter l'empathie - augmenter la rassurance et l'optimisme - diminuer le temps de parole ininterrompue - diminution du contenu médical et augmentation du psychosociale. - meilleure réponse aux indices du patient <p>8. La mise en place d'un projet éducatif développé pour améliorer les compétences en communication thérapeutique des infirmières en oncologie. Les enquêtes faites après le programme présentent que le projet a été bien suivi et vécu par les infirmières et travailleurs sociaux. Dans l'ensemble, les évaluations sont positives. La mise en œuvre d'un programme de séances d'entraînement et un retour immédiat en petit groupe, faire des conférences régulières ou réunions de famille sont des stratégies complémentaires pour améliorer la communication</p> <p>11. Les infirmières ont reçu une formation d'une journée dans le but d'améliorer l'éducation pour les patients âgés atteints de cancer en examinant leurs besoins spécifiques autour de la maladie. Des améliorations ont été mesurées dans le groupe expérimental sur la communication adaptée, affective et interpersonnelle.</p> <p>13. Formation sur les compétences en communication affective et instrumentale. Le rôle et la communication affective des infirmières formées est resté le même après la formation mais des changements importants au niveau de la communication instrumentale ont eu lieu après la formation. Les compétences acquises pour communiquer des émotions efficacement avec les patients atteints de cancer (au lieu d'utiliser des tactiques de distanciation) pourraient permettre aux infirmières d'augmenter leurs propres sentiments de contrôle face à des situations émotionnellement lourdes, soutenant ainsi les patients.</p>	<p>8. baser les futurs programmes pour améliorer les compétences en communication des infirmières et travailleurs sociaux en oncologie en passant plus de temps de pratique et moins de temps de didactique.</p> <p>8. augmenter la compétence et la confiance des infirmières</p> <p>11. élaborer des recommandations pour adapter le processus de communication aux besoins des patients âgés, mettre en place une intervention fondée sur ces recommandations puis les évaluer.</p> <p>13. formation utile pour la communication des infirmières lors de l'entrevue d'admission → donner des informations médicales avec des questions ouvertes qui facilitent et encouragent le patient à raconter son histoire, à améliorer son évaluation et résoudre des problèmes.</p>
	<p>Méthode SPIKES</p> <p>9. Une formation en communication reprend la méthode en 6 étapes SPIKES pour stimuler et soutenir psychologiquement et émotionnellement les patients ainsi que pour réduire à long terme leur détresse psychologique. Dans les 41 entretiens menés avec cette méthode, 22 entrevues ont amélioré la communication.</p>	<p>9. améliorer la communication des infirmières en utilisant les 6 étapes → Faire les programmes de formation en communication plus longs et plus intenses afin que les professionnels de la santé acquièrent un niveau satisfaisant.</p>

	<p>Formation sur la communication centrée sur les solutions</p> <p>15. Formation sur la communication centrée sur les solutions. Techniques de SFBT. Permet de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - augmentent la confiance et le sentiment de compétence pour les conversations difficiles mais pas significativement. - augmentent significativement la volonté des infirmières à initier des conversations délicates. - Les infirmières ont réalisé qu'elles ne devaient plus avoir la pression de trouver des solutions pour le patient, mais redonner le pouvoir entre ses mains (empowerment). Après la formation, elles se sont décrites comme étant plus à même de permettre aux patients de négocier des objectifs appropriés, de susciter et amplifier les réalisations, les forces et les sources de résilience des patients. Cela a conduit à un plus grand sentiment de maîtrise de soi et réduit l'anxiété dans leurs interactions. - Après le cours de SFBT, les infirmières se sont senties plus libre d'utiliser l'humour. - changer l'orientation de l'équipe et d'y améliorer la communication et de construire un sentiment d'optimisme. 	<p>15. Les techniques de SFBT sont perçues comme une boîte à outils pour « se jeter à l'eau » pour des discussions difficiles Mais la SFBT ne doit pas se faire formellement mais qu'elles peuvent l'adapter à leur propre style de communication.</p>
<p>Organisation des soins</p>	<p>Soutien de la direction / organisation</p> <p>1. La direction des soins devrait être plus orientée vers une approche holistique qui encouragerait les infirmières à s'asseoir et communiquer avec le patient. (management moins dirigé vers les tâches et plus sur la communication)</p> <p>4. Le soutien de la direction des soins devrait permettre aux infirmières de trouver le temps et l'espace pour entamer les discussions avec les patients.</p> <p>5. L'institution doit accorder plus d'importance et mettre à disposition les moyens nécessaires pour la formation et l'application des soins dans les services. Les soins de soutien doit être promus comme valables par les hôpitaux, et l'appui institutionnel doit inclure la formation des cliniciens, le dépistage systématique coordonné aux soins cliniques et des ressources adéquates telles que la majoration du temps infirmier prévu et l'identification de réseaux spécialisés pour l'orientation des patients</p>	<p>4. Planifier de manière systématique quelques minutes en plus lors de l'admission ou de l'évaluation de pré-traitement.</p>
<p>Support écrit</p>	<p>Utilisation d'un support écrit</p> <p>5. La mise en place d'un support écrit sous forme de questionnaire permet de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - initier les discussions avec plus de facilité - aborder une large palette de thèmes qui ne sont pas souvent abordés spontanément par les patients ou les cliniciens (par ex. la sexualité) à cause qu'ils se gênent ou qu'ils n'y avaient simplement pas pensé - donner un but à l'interaction et un espace au patient pour qu'il puisse s'exprimer - renforcer les connaissances que les patients avaient déjà et d'apporter de nouvelles informations - construire des liens avec le patient - améliorer le soutien entre collègues 	<p>5. dépistage systématique des besoins en soutien par le biais d'un questionnaire. Pour l'intégrer dans la pratique quotidienne, il faut l'insérer dans la routine d'un autre rendez-vous préprogrammé comme celui destiné à l'éducation du patient en début de traitement ou de la révision de traitement.</p>