

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers
HES-SO Valais-Wallis / Haute Ecole de Santé

Travail de Bachelor

Le rôle infirmier dans le contexte d'annonces oncologiques

Comprendre et soutenir le vécu du patient au moment du choc
Revue de Littérature

Réalisé par : Camille Favre et Emma Zermatten

Promotion : Bachelor 22

Sous la direction de : Audrey Genolet

Lieu et date : Sion, le 26 juin 2025

Résumé

Le cancer constitue la deuxième cause de mortalité dans le monde après les maladies cardiovasculaires. En Suisse, environ 45 000 nouveaux cas sont recensés chaque année. L'annonce d'un diagnostic ou de la péjoration d'un cancer ne se limite plus aux services spécialisés, et de nombreux infirmiers y sont confrontés dans divers contextes hospitaliers. Cette revue de la littérature a pour objectif d'identifier les interventions infirmières les plus adaptées et efficaces à mettre en œuvre durant et après l'annonce d'un cancer, afin d'assurer un accompagnement optimal des patients adultes hospitalisés.

Cette recherche a été effectuée entre novembre et décembre 2024 sur les bases de données CINAHL, PubMed et Embase. Six études ont été sélectionnées selon les critères suivants : interventions infirmières réalisées durant ou après l'annonce, auprès de patients adultes hospitalisés atteints de cancer, publiées entre 2019 et 2024. Ont été exclues les interventions menées par d'autres professionnels de santé, les études réalisées à domicile, centrées sur un type de cancer spécifique, portant uniquement sur des aspects médicaux ou techniques, ainsi que les revues systématiques, les méta-analyses et les méta-synthèses.

Les résultats soulignent l'importance d'une prise en charge infirmière structurée dès l'annonce, notamment grâce à l'utilisation de l'outil EPICES / SPIKES. Cette prise en charge se prolonge ensuite par des interventions telles que la communication thérapeutique, le soutien émotionnel, le dépistage de la détresse, la personnalisation des soins, l'accompagnement décisionnel et la promotion de stratégies d'adaptation. La mise en place de postes d'infirmiers pivots ou navigateurs apparaît également comme un levier majeur.

Mots-clés : annonce de mauvaises nouvelles, oncologie, interventions infirmières, milieu hospitalier, accompagnement du patient, soutien émotionnel, communication thérapeutique

Remerciements

La concrétisation de ce travail de Bachelor n'aurait pas été possible sans l'aide précieuse de nombreuses personnes. Nous adressons nos sincères remerciements à toutes celles et tous ceux qui nous ont soutenues et encouragées tout au long de ce parcours.

Nous exprimons une reconnaissance particulière à Mme Audrey Genolet, notre directrice de travail, pour sa disponibilité constante, ses conseils avisés et son accompagnement bienveillant durant toutes les étapes de notre recherche. Son regard constructif et le temps investi dans la relecture de notre travail ont été d'une grande valeur.

Enfin, nous remercions chaleureusement nos familles et amis pour leur présence, leur écoute et leur soutien indéfectible tout au long de cette aventure académique.

Déclaration

Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers à la Haute Ecole de Santé Valais Wallis (HEdS).

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé Valais, du Jury ou du directeur du travail de Bachelor.

Les auteures attestent avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références bibliographiques et les outils d'intelligence artificielle présentés au Tableau I.

Tableau I. Détail d'utilisation des outils d'intelligence artificielle dans le travail de Bachelor.

Section, pages	Outil utilisé	Mode d'utilisation
Global	ChatGPT	Aide à la reformulation

Lieu et date : Sion, le 26 juin 2025



Signature

Table des matières

1	Introduction.....	1
1.1	Problématique	1
1.2	Question de recherche	2
1.3	But de la revue de littérature.....	3
2	Cadre théorique	4
2.1	Cancer	4
2.1.1	Définition	4
2.1.2	Classification TNM & stades	4
2.1.3	Physiologie du cancer.....	5
2.1.4	Prévention	5
2.1.5	Traitements	6
2.2	Annnonce d'un diagnostic ou d'une péjoration de cancer	6
2.2.1	Outil "EPICES" / "SPIKES"	8
2.3	Modèle des relations interhumaines de Joyce Travelbee.....	9
3	Méthode.....	11
3.1	Devis de recherche.....	11
3.2	Collecte des données	11
3.3	Sélection des données	14
3.4	Analyse des données	15
4	Résultats	17
4.1	Étude 1	17
4.1.1	Description de l'étude	17
4.1.2	Validité méthodologique	18
4.1.3	Pertinence clinique	18
4.2	Étude 2	19
4.2.1	Description de l'étude	19
4.2.2	Validité méthodologique	20
4.2.3	Pertinence clinique	20
4.3	Étude 3	21
4.3.1	Description de l'étude	21
4.3.2	Validité méthodologique	22
4.3.3	Pertinence clinique	23

4.4	Etude 4	23
4.4.1	Description de l'étude	23
4.4.2	Validité méthodologique	25
4.4.3	Pertinence clinique	25
4.5	Étude 5	25
4.5.1	Description de l'étude	26
4.5.2	Validité méthodologique	27
4.5.3	Pertinence clinique	27
4.6	Étude 6	28
4.6.1	Description de l'étude	28
4.6.2	Validité méthodologique	29
4.6.3	Pertinence clinique	29
4.7	Synthèse des principaux résultats	29
5	Discussion	31
5.1	Discussion des résultats	31
5.2	Discussion de la qualité des évidences.....	34
5.3	Forces et limites de la revue de la littérature.....	34
6	Conclusions	35
6.1	Propositions pour la pratique	35
6.2	Propositions pour la formation	35
6.3	Propositions pour la recherche	36
7	Liste de références	37
8	Annexes	I
	Annexe I : Tableau de classification TNM	I
	Annexe II : Tableau des mots-clés et descripteurs	II
	Annexe III : Equations de recherche détaillées - CINAHL.....	III
	Annexe IV : Equations de recherche détaillées - Medline (PubMed)	V
	Annexe V : Equations de recherche détaillées - Embase	VII
	Annexe VI : Diagramme de flux PRISMA 2020	IX
	Annexe VII : Tableaux de recension des études	X
	Annexe VIII : Glossaires.....	XVI

Liste des figures

1 : Grade des recommandations et niveau de preuve 15

Liste des tableaux

Tableau 1 : Question PICO(T) 3
Tableau 2 : Schéma d'annonce..... 7
Tableau 3 : Version française de l'outil EPICES / SPIKES 8
Tableau 4 : Equation de recherche finale - CINAHL..... 13
Tableau 5 : Equation de recherche finale - Medline (PubMed)..... 13
Tableau 6 : Equation de recherche finale - Embase..... 14
Tableau 7 : Liste des articles retenus..... 16

Liste des abréviations

CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CII	Conseil international des infirmières
HUG	Hôpitaux universitaires genevois
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
SSP	Service de la santé publique

1 Introduction

Les interventions infirmières pouvant être mises en place lors de l'annonce d'un diagnostic ou d'une péjoration de cancer sont une thématique à explorer, car le cancer est la deuxième cause de mortalité dans le monde (Office fédéral de la statistique [OFS], 2023; Organisation mondiale de la santé [OMS], 2022a). De plus, les patients oncologiques sont souvent pris en charge dans des unités non spécialisées en oncologie au moment de l'annonce. Pourtant selon le rapport publié par Teike Lüthi & al (2020), les infirmiers¹ ne sont pas suffisamment préparés à gérer ces situations complexes.

Ces constats ont également été vécus par les auteures de ce travail, qui ont été confrontées, au cours de leurs expériences cliniques, à des situations d'annonce de diagnostic ou de péjoration de la maladie dans un contexte oncologique. Face à ces prises en soins, elles ont ressenti un manque d'outils et de repères pour répondre adéquatement aux besoins des patients, mais également à leurs propres besoins professionnels. Un sentiment d'incomplétude dans l'accompagnement infirmier, ainsi qu'une difficulté à adopter une posture adaptée, ont ainsi été fréquemment ressentis. Par ailleurs, un certain degré de frustration face à ces situations semblait également partagé par plusieurs membres des équipes soignantes rencontrées dans les différents établissements où les auteures ont été en stage. C'est à la lumière de ces expériences et réflexions que les auteures ont choisi d'approfondir cette thématique à travers une revue de la littérature.

1.1 Problématique

Au niveau mondial, le cancer représente la deuxième cause de mortalité après les maladies cardiovasculaires dans la population générale. Cependant il reste, en Suisse la première cause de décès chez les hommes entre 45 et 84 ans et chez les femmes entre 25 et 84 ans. L'incidence varie également en fonction du sexe et de l'âge (OFS, 2023). Selon les dernières informations transmises par l'Office fédéral de la statistique, un homme sur quatre et une femme sur cinq développeraient un cancer avant l'âge de 70 ans en Suisse. Cette proportion atteint même deux hommes sur quatre et deux femmes sur cinq au cours de leur existence (OFS, 2021).

Entre 2016 et 2020, selon l'Office fédéral de la statistique, le nombre de nouveaux cas de cancers était toujours en augmentation chez les hommes comme chez les femmes. Actuellement, il y a en moyenne 45'000 nouveaux cas de cancers chaque année en Suisse,

¹ Dans un souci de lisibilité, l'écriture épïcène n'a pas été utilisée dans ce travail. Le genre masculin est utilisé de manière générique et inclusive pour désigner toutes les personnes, indépendamment de leur genre.

malgré un taux de mortalité qui a diminué de 39 % chez les hommes et de 28 % chez les femmes. Par ailleurs, un patient sur seize hospitalisé, l'est pour un cancer (OFS, 2023).

L'annonce d'un diagnostic ou de la péjoration d'un cancer ne se réalise donc plus uniquement dans des services spécialisés en oncologie, mais également dans des services de tout domaine. De ce fait, de nombreux infirmiers se retrouvent, au quotidien, face à l'annonce de mauvaises nouvelles et ont donc un rôle crucial à jouer. Pourtant, ils sont, le plus souvent, mal préparés à l'annonce d'un diagnostic ou d'une péjoration d'un cancer. Ils se retrouvent donc confrontés à leurs propres émotions, à des techniques de communications non adaptées et aux réactions du patient et de leurs proches (Teike Lüthi et al., 2020).

Cette lacune ne permet donc pas d'assurer un accompagnement optimal des patients durant ce processus. Chez certaines personnes, cette prise en soins non adaptée peut provoquer un choc. Ce phénomène est cité dans la littérature comme "l'onde de choc de l'annonce" (Loiselle et al., 2020). Un accompagnement adapté du patient dès l'annonce permet de co-construire une relation de confiance, de diminuer l'anxiété et l'incertitude, de faciliter la circulation des informations et d'influencer positivement la perception du patient en regard des soins procurés. A contrario, un accompagnement non-optimal du patient dès l'annonce engendre du stress, de l'anxiété, de la détresse, une difficulté d'adaptation, de l'insatisfaction et une diminution de la qualité de vie chez le patient (Loiselle et al., 2020). Face à ces situations éprouvantes, les patients ont besoin de reconnaissance et de compréhension de leurs représentations de la maladie, mais surtout de leur vécu (Service de la santé publique [SSP], 2024; Teike Lüthi et al., 2020). Dans ces types de prise en charge, les infirmiers, eux, souhaitent clarifier au mieux les informations concernant le diagnostic et les stratégies thérapeutiques. Ils désirent également agir sur l'accueil des émotions du patient et l'aider à verbaliser ses craintes (Conseil international des infirmières, 2021; Teike Lüthi et al., 2020). Malgré ces volontés ambitieuses, certains infirmiers, notamment ceux formés en Suisse, ne possèdent pas les outils et les connaissances pour y parvenir (Teike Lüthi et al., 2020). Il est donc essentiel de combler ces lacunes, tant sur le plan théorique que pratique.

1.2 Question de recherche

Pour donner suite aux éléments présentés dans la problématique, cette revue de littérature concerne donc les interventions infirmières à mettre en place durant et après l'annonce d'un diagnostic ou d'une péjoration de cancer. La question de recherche qui exprime ce phénomène d'intérêt est la suivante :

« *Quelles interventions les infirmiers peuvent-ils mettre en place durant et après l'annonce d'un diagnostic ou d'une péjoration de cancer afin d'améliorer l'accompagnement des patients adultes en milieu hospitalier ?* »

Tableau 1 : Question PICO(T)

Question PICO(T) – Question clinique d'intervention	
P - Population ou problème / phénomène d'intérêt	Infirmiers travaillant dans un milieu hospitalier
I - Intervention	Interventions infirmières présentées dans la littérature
C - Comparaison	Situation actuelle non-optimale pour l'annonce d'un diagnostic ou d'une péjoration de cancer
O - Outcome (résultat)	Améliorer l'accompagnement des patients dans un contexte oncologique
T - Temps	Durant et après l'annonce d'un diagnostic ou d'une péjoration de cancer

1.3 But de la revue de littérature

Le but de cette revue de littérature est de déterminer quelles sont les interventions infirmières les plus adaptées et les plus efficaces à mettre en œuvre durant et après l'annonce d'un diagnostic ou d'une péjoration de cancer dans le but d'assurer un accompagnement optimal des patients adultes en milieu hospitalier.

Les objectifs en lien avec cette revue de littérature sont :

- Identifier les besoins et les attentes des patients adultes dans un contexte d'annonce de diagnostic ou de péjoration de cancer en milieu hospitalier.
- Identifier, analyser et critiquer les interventions infirmières proposées par la littérature scientifique auprès des patients adultes dans un contexte d'annonce de diagnostic ou de péjoration de cancer en milieu hospitalier.
- Mobiliser les étapes du processus de recherche tout au long de la construction de cette revue de littérature.

2 Cadre théorique

Le cadre théorique de cette revue de littérature présente les concepts qui sont issus ou en lien avec la question de recherche. Les concepts retenus sont le cancer et l'annonce d'un diagnostic ou d'une péjoration de cancer. Le modèle des relations interhumaines de Joyce Travelbee sera également présenté.

2.1 Cancer

2.1.1 Définition

Le terme « cancer » s'applique à une grande famille de pathologies. Le cancer se définit comme une maladie génétique qui se caractérise par la croissance incontrôlée de cellules anormales dans divers organes ou tissus de l'organisme. Le cancer est aussi appelé « néoplasme » ou « tumeur maligne » (OFS, 2020; OMS, 2022a). Selon la manière de les classer, il existerait même plus de 200 types de cancers différents (Société canadienne du cancer, 2024b).

2.1.2 Classification TNM & stades

Le cancer se divise en plusieurs stades pouvant être classifiés par l'échelle internationale « TNM ». Son acronyme se divise en : T pour « Tumor » qui prend en compte la taille de la tumeur, N pour « Node » qui exprime l'atteinte ou non des ganglions lymphatiques par des cellules cancéreuses et M pour « Metastasis » qui signifie la présence ou non de métastases dans différentes parties du corps. Il existe cinq stades pour classifier le degré d'importance du cancer. Évidemment, la détermination des stades varie selon les types de cancers (Institut National du Cancer, 2021; OMS, 2022b; Zemmal & Zerougui, 2021). Le tableau détaillé de la classification TNM est disponible en annexe I.

Stade 0 : la tumeur est dite *in situ* qui signifie dans son milieu naturel

Stade 1 : la tumeur est unique et de petite taille

Stade 2 : la taille de la tumeur augmente localement

Stade 3 : la présence d'un envahissement des tissus avoisinants ainsi que des ganglions lymphatiques témoigne d'une progression locale de la tumeur

Stade 4 (ou final) : l'extension est systémique (Institut National du Cancer, 2021; OMS, 2022b; Zemmal & Zerougui, 2021).

2.1.3 Physiologie du cancer

Le processus physiologique complexe par lequel des cellules saines sont transformées en cellules cancéreuses se nomme « la transformation maligne ». La transformation maligne comporte trois étapes : 1) l'initiation 2) la promotion 3) la propagation.

L'initiation se caractérise par la mutation du matériel génétique d'une cellule qui la prépare à devenir maligne. Elle peut être causée par un événement intrinsèque inconnu, par des facteurs héréditaires, par le vieillissement et l'affaiblissement des gènes ou par une exposition à une substance cancérigène. De nombreuses substances chimiques, le tabac, l'alcool, certains virus, les radiations et les rayons ultraviolets sont notamment considérés comme des agents cancérigènes et donc des facteurs de risque (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2020; Peter Gale, 2024a; Société canadienne du cancer, 2024a).

La promotion, quant à elle, représente l'étape ultime du développement d'un cancer. Des agents dits promoteurs stimulent la cellule, qui a subi l'initiation, à devenir cancéreuse (OFSP, 2020; Peter Gale, 2024a; Société canadienne du cancer, 2024a).

Finalement, la propagation se définit comme l'envahissement direct des tissus voisins et éloignés par les cellules cancéreuses. En plus de se propager, les cellules cancéreuses produisent des enzymes spécifiques qui détruisent les tissus sains. La maladie oncologique peut également se propager via le système cardiovasculaire ou le système lymphatique. Ce processus découle de la formation de métastases (OFSP, 2020; Peter Gale, 2024a; Société canadienne du cancer, 2024a).

Parmi tous ces éléments, le rôle essentiel de l'infirmier est de prévenir le développement de la maladie, notamment en informant les patients potentiellement exposés aux facteurs de risque du cancer.

2.1.4 Prévention

La prévention primaire est essentielle. Elle vise à réduire les risques en agissant sur des facteurs évitables, tels que le tabagisme, l'alcool, l'alimentation déséquilibrée ou l'exposition excessive aux rayons ultraviolets. Il est également crucial de reconnaître les symptômes précurseurs, comme une perte de poids, une fatigue inexplicable, des sueurs nocturnes, une perte d'appétit, des douleurs inexplicables ou des ganglions hypertrophiés. Enfin, il convient d'informer sur les dépistages adaptés en fonction des risques individuels (OFSP, 2020; OMS, 2022a; Peter Gale, 2024b).

2.1.5 Traitements

Quant aux différents traitements existants, ils ont pour but d'éliminer les cellules cancéreuses et d'empêcher leur prolifération au niveau systémique. Il existe deux grandes catégories qui ont chacune une fonction spécifique. La première exerce un contrôle dit local en agissant directement sur la tumeur et sur les foyers tumoraux. Dans cette catégorie se trouvent la chirurgie ainsi que la radiothérapie. La seconde a une action sur l'entièreté du corps, elle est dite systémique, on y retrouve les chimiothérapies, l'hormonothérapie, les thérapies moléculaires et l'immunothérapie. Pour une meilleure stratégie thérapeutique, une combinaison de plusieurs traitements est privilégiée. En recherchant l'action complémentaire des différentes approches, l'efficacité selon chaque situation spécifique est maximisée (Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV], 2024; OMS, 2022a; Peter Gale, 2024c).

2.2 Annonce d'un diagnostic ou d'une péjoration de cancer

L'étape de l'annonce, qu'il s'agisse d'un diagnostic initial ou d'une aggravation de l'état oncologique, est un temps fort dans le parcours de soins des patients atteints de cancer (Teike Lüthi et al., 2020).

Le processus d'annonce du diagnostic oncologique s'adresse à tous les patients touchés par le cancer, généralement en début de maladie. En revanche l'annonce d'une péjoration oncologique sous-entend quant à elle, l'inefficacité des thérapies, ou la propagation de la maladie. Elle interviendrait donc à un stade plus avancé (Stadelmaier & Duguey-Cachet, 2019; Trochet, 2023). Dans les deux cas, cet échange se compose de trois aspects : la lecture et l'explication des différents examens médicaux confirmant le nouveau diagnostic ou la péjoration de l'état de santé, la présentation des stratégies thérapeutiques (si elles existent) et une discussion autour des besoins et des attentes du bénéficiaire de soins (Stadelmaier & Duguey-Cachet, 2019; Trochet, 2023).

Pour le patient, l'annonce d'un diagnostic ou d'une péjoration de cancer représente une étape éprouvante et suscite diverses émotions comme la peur, la colère, la tristesse ou la sidération. Chez certains bénéficiaires de soins, l'annonce d'une telle mauvaise nouvelle peut provoquer un choc et un traumatisme. Lors de l'onde de choc, les ignorances ou les suppositions du patient face à la maladie deviennent réalité (Teike Lüthi et al., 2020). Face à cette réalité, le patient peut anticiper les répercussions sur sa vie future. Cette période peut alors être marquée par diverses manifestations comme des troubles du sommeil, une inappétence, un repli sur soi-même ou encore de l'agressivité. Des mécanismes d'adaptation tels que le déni, la projection agressive ou la maîtrise peuvent également

émerger. Finalement si l'émotion demeure intense après l'annonce, elle l'est également tout particulièrement tout au long des traitements (Teike Lüthi et al., 2020).

C'est pour toutes ces raisons qu'un dispositif d'annonce existe et pourrait être mis en place dans ce type de situations. Le but de ce dispositif est que le patient ait accès aux meilleures conditions d'information, d'écoute et de soutien. Le schéma d'annonce devrait s'articuler en deux phases : un temps médical & un temps d'accompagnement infirmier. Le temps médical est divisible en trois sous-catégories : le temps d'annonce de la suspicion du cancer, le temps d'annonce de la confirmation du diagnostic et le temps dédié à la proposition thérapeutique. Le temps d'accompagnement infirmier, quant à lui, permet au patient et à ses proches d'échanger avec d'autres professionnels que des médecins. Les infirmiers peuvent alors être à l'écoute des besoins du patient et de ses proches, reformuler ce qui a été expliqué par le médecin et donner un complément d'informations sur les stratégies de prise en soins (Stadelmaier & Duguey-Cachet, 2019; Trochet, 2023).

Tableau 2 : Schéma d'annonce

Temps médical	Temps d'accompagnement infirmier
a) Temps d'annonce de la suspicion ou de la péjoration d'un cancer b) Temps d'annonce de la confirmation du diagnostic : après de multiples examens cliniques et paracliniques c) Temps dédié à la proposition thérapeutique : traitements	C'est un échange formel ou informel entre le patient, ses proches et l'infirmier. L'infirmier peut alors compléter les informations données par le médecin, les préciser et les expliquer. L'infirmier se montre également à l'écoute des besoins et des attentes du patient et de ses proches.

(Stadelmaier & Duguey-Cachet, 2019; Trochet, 2023)

D'un point de vue légal, deux des onze droits du patient sont particulièrement importants pour les bénéficiaires de soins confrontés à ce type de situation : le droit à l'information & le droit d'être accompagné et conseillé. Concernant le droit à l'information, les professionnels de santé, incluant les infirmiers en collaboration avec les médecins, doivent renseigner le patient sur son état de santé, sur les examens et les traitements envisageables et sur les bénéfices et risques associés. Quant au droit à l'accompagnement et au conseil, tout patient séjournant dans un établissement de soins suisse a droit à une assistance et à des conseils, tant pour lui que pour ses proches. Ce type

d'accompagnement peut être apporté par des professionnels de santé, notamment des infirmiers, mais aussi par des associations externes (SSP, 2024).

2.2.1 Outil "EPICES" / "SPIKES"

Dans une situation d'annonce d'un diagnostic oncologique ou d'une péjoration de la maladie, la coordination médico-infirmière assure une cohérence au niveau des interventions et de la continuité des soins durant toute la procédure. Dans cette optique, le CHUV propose un outil mnémotechnique appelé « EPICES » (ou « SPIKES » en anglais) qui a pour but de guider cette procédure (Teike Lüthi et al., 2020). Cet outil, initialement créé au Canada par l'équipe de Buckman et coll en 2000 (Buckman et al., 2000), est considéré comme un point de départ essentiel dans la prise en charge infirmière et médicale. Cet outil n'est toutefois pas encore utilisé de manière systématique en Suisse. Son implantation hétérogène amène au fait qu'à ce jour aucune recommandation ou application formelle de cet outil n'existe à l'échelle fédérale. Il pourrait donc être un nouvel appui dans la pratique infirmière au cours de l'annonce d'un diagnostic ou d'une péjoration dans le contexte oncologique (Hôpitaux universitaires de Genève [HUG], 2025; Prasad et al., 2024).

Tableau 3 : Version française de l'outil EPICES / SPIKES

	Rôle infirmier	Rôle médical
E (environnement) Avant l'entretien	<ul style="list-style-type: none"> • Quel(s) proche(s) auprès du patient ? • Quelles dispositions ? : salle d'annonce - chaises • Comment je me sens ? • Patient advocacy : promouvoir la bonne pratique d'annonce 	<ul style="list-style-type: none"> • Quand planifier l'entretien ? • Je connais le dossier ? • Qui va parler ? • Comment je me sens ?
P (perception du patient) Pendant l'entretien	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des représentations liées à la situation de santé • Perceptions des proches 	<ul style="list-style-type: none"> • S'attend-il à ce que je vais lui dire ?
I (invitation)	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de refus de savoir : explorer les raisons de son choix 	<ul style="list-style-type: none"> • Que veut-il savoir ?
C (connaissances)	<ul style="list-style-type: none"> • Observation des réactions du patient et de ses proches • Reformulation de ce qui a été dit • Garantir la transmission d'informations dans un langage accessible 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire l'annonce • Utiliser les mots justes • Laisser un temps de silence après l'annonce • Ne pas minimiser – dire la vérité
E (empathie)	<ul style="list-style-type: none"> • Inviter le patient et ses proches à parler de leurs émotions 	<ul style="list-style-type: none"> • Inviter le patient et ses proches à parler de leurs émotions
S (stratégies & synthèse)	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les ressources du patient • Synthétiser le contenu abordé et le vécu exprimé 	<ul style="list-style-type: none"> • Aborder les stratégies de traitements curatifs ou palliatifs • Synthétiser le contenu abordé et le vécu exprimé • Questions et prochain RDV

(Teike Lüthi et al., 2020)

2.3 Modèle des relations interhumaines de Joyce Travelbee

La posture infirmière préconisée dans l'annonce de la mauvaise nouvelle s'aligne sur celle décrite par Joyce Travelbee, qui met en avant la relation d'humain à humain comme fondement de toute prise en soins. C'est pour cette raison que la théorie du « Human-to Human Relationship Model » ou « Modèle des relations interhumaines » a été intégrée dans le cadre théorique de cette revue de littérature.

La personne : L'être humain est considéré comme un individu unique et irremplaçable, à la fois semblable et distinct de tout autre, qu'il ait existé ou existera un jour. En perpétuelle évolution, il vit dans le présent tout en étant en devenir (Moreira de Freitas et al., 2018). Selon Joyce Travelbee, plus une personne prend conscience de sa propre humanité, plus elle évolue et développe son humanité. Ce modèle met ainsi en avant des soins centrés sur le patient, en reconnaissant et en respectant l'unicité de chacun. Travelbee souligne que qualifier une personne de « patient » relève d'un stéréotype et d'une catégorisation. En réalité, il n'existe pas de patients, mais des êtres humains uniques ayant besoin de soins, de soutien et de l'assistance d'autres êtres humains (Shelton, 2016).

La santé & la maladie : La santé revêt à la fois une dimension objective et subjective. Les individus interprètent et relient leur perception personnelle de la santé et de la maladie. D'après Travelbee, vivre l'expérience de la maladie et de la souffrance est une composante intrinsèque de la condition humaine. Ainsi, tous les êtres humains éprouvent de la souffrance, car elle fait partie intégrante de leur existence. Les relations humaines jouent un rôle essentiel pour aider les individus à surmonter cette souffrance (Moreira de Freitas et al., 2018; Shelton, 2016).

Les soins infirmiers : L'infirmier et le patient sont avant tout des êtres humains en interaction. Selon Joyce Travelbee, le rôle de l'infirmier consiste à établir une relation interpersonnelle permettant d'accompagner le patient, sa famille ou sa communauté dans la prévention ou la gestion de la maladie ou d'une souffrance, tout en aidant à donner un sens à cette expérience de santé. L'infirmier a également pour mission d'éduquer le patient (éducation thérapeutique) et de lui proposer des stratégies pour éviter ou atténuer la détresse liée à des besoins non-satisfaits. En outre, il lui revient d'aider la personne malade à cultiver l'espoir afin de mieux affronter le stress lié à la maladie et à la souffrance (Moreira de Freitas et al., 2018; Shelton, 2016).

La théorie des relations interhumaines de Joyce Travelbee est particulièrement pertinente dans le cadre de l'annonce d'un diagnostic ou d'une péjoration de cancer. En effet, pour la personne malade et ses proches, un tel diagnostic, ou une aggravation de la maladie

engendre une détresse et une souffrance liées à l'angoisse de la progression de la maladie (Shelton, 2016). Dans ce contexte, le rôle de l'infirmier est crucial. Il doit établir une communication avec le patient et ses proches pour identifier et répondre à leurs besoins, tout en les aidant à mettre en place des stratégies visant à atténuer cette détresse et à cultiver l'espoir.

3 Méthode

Cette section présente les étapes de construction de l'équation de recherche, les critères de sélection des articles et les critères d'analyse de ceux-ci.

3.1 Devis de recherche

Cette revue de littérature s'appuie sur six articles scientifiques explorant les interventions infirmières à mettre en place pendant et après l'annonce d'un diagnostic ou d'une péjoration de cancer, dans le but d'améliorer l'accompagnement des patients adultes en milieu hospitalier. Parmi ces articles, quatre études qualitatives* permettent d'approfondir la compréhension des expériences et des comportements des infirmiers et des patients, tandis que deux études quantitatives* se concentrent sur la mesure et la quantification de variables*. Cette revue de littérature se positionne donc dans une démarche composée de devis mixtes*. Sur les six articles sélectionnés, quatre relèvent directement de la discipline infirmière, tandis que les deux autres, bien qu'issus de disciplines connexes telles que la médecine, entretiennent un lien étroit avec les sciences infirmières. De ce fait, il est nécessaire de rassembler les visions des paradigmes post-positivistes* et constructivistes* pour permettre d'avoir une vision d'ensemble du phénomène à l'étude et de pouvoir dégager des pistes d'action qui permettront de répondre à la question de recherche.

3.2 Collecte des données

Des bases de données scientifiques, à savoir CINAHL, PubMed et Embase, ont été consultées pour répondre à la question de recherche initiale et réaliser cette revue de littérature, avec Google Scholar utilisé en complément.

La collecte des données s'est déroulée en deux phases distinctes. Une recherche initiale, servant à valider la faisabilité de la revue de la littérature a été effectuée du mois d'avril 2024 au mois de mai 2024. L'équation de recherche servant à répondre à la question de recherche a été introduite sur les bases de données entre le mois de novembre 2024 et décembre 2024. La complémentarité de la vision généraliste de « Embase », de la vision médicale de « PubMed » et de la vision paramédicale de « CINAHL » permet de favoriser une vision globale du phénomène d'intérêt.

Les quatre concepts-clés de la question de recherche ont été traduits en anglais. Les termes retenus sont : « *Nursing interventions* » (*Interventions infirmières*), « *Oncology* » (*Oncologie*), « *Patient support* » (*Accompagnement du patient*) & « *Breaking bad news* » (*Annnonce de mauvaises nouvelles*). Ces quatre mots-clés ont été employés pour la recherche dans CINAHL et Embase, tandis que la recherche dans PubMed s'est limitée à deux concepts-clés : « *Nursing interventions* » et « *Oncology* ». Les descripteurs associés

à ces concepts ont été identifiés à l'aide du site « HeTop » et des thésaurus* spécifiques de chaque base de données. L'ensemble des mots-clés et des descripteurs sont répertoriés dans le tableau de l'annexe II.

Les équations de recherche ont été élaborées grâce à des recherches simples et avancées dans chaque base de données, en utilisant les opérateurs booléens* « *OR* » et « *AND* » pour combiner les mots-clés et les descripteurs. L'équation de recherche finale utilisée pour CINAHL se trouve dans le tableau 4, celle de PubMed dans le tableau 5 et celle d'Embase dans le tableau 6 ci-dessous. L'ensemble des équations de recherche détaillées est présenté en annexe III pour CINAHL, en annexe IV pour PubMed et en annexe V pour Embase. Des filtres ont également été appliqués pour sélectionner des articles publiés entre 2019 et 2024 et portant sur des populations adultes.

Tableau 4 : Equation de recherche finale - CINAHL

Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
TI (Nurse intervent* OR Nurse act* OR "Nurse care" OR "Nursing care" OR "nurse protocol" OR "nursing protocol" OR Nurse pract*) OR AB (Nurse intervent* OR Nurse act* OR "Nurse care" OR "Nursing care" OR "nurse protocol" OR "nursing protocol" OR Nurse pract*) OR ((MH "Nursing Interventions") OR (MH "Nurse Practice Acts") OR (MH "Nursing Care+") OR (MH "Nursing Protocols+") OR (MH "Practical Nurses")) AND TI (Oncolog* OR Cancer* OR "Cancer care" OR "Cancer manag" OR Cancer pract*) OR AB (Oncolog* OR Cancer* OR "Cancer care" OR "Cancer manag" OR Cancer pract*) OR ((MH "Oncology+") OR (MH "Oncology Nursing+") OR (MH "Oncology Nurses+") OR (MH "Oncology Nurse Practitioners") OR (MH "Cancer Patients") OR (MH "Cancer Care Facilities") OR (MH "Oncologic Care+")) AND TI (Patient support* OR patient assist* OR "patient advocac" OR "patient aid" OR "patient guid" OR patient ressourc*) OR AB (Patient support* OR patient assist* OR "patient advocac" OR "patient aid" OR "patient guid" OR patient ressourc*) OR ((MH "Cancer Patients")) AND TI ("Annouc" OR "Inform" OR "Report" OR "Revelat" OR "Communic") OR AB ("Annouc" OR "Inform" OR "Report" OR "Revelat" OR "Communic") OR ((MH "Diagnosis+") OR (MH "Clinical Deterioration") OR (MH "Health Information+") OR (MH "Information Needs") OR (MH "Communication+") OR (MH "Communication Protocols+") OR (MH "Communication Skills"))	272	10

Tableau 5 : Equation de recherche finale - Medline (PubMed)

Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
(Nurse intervent*[Title/Abstract] OR Nurse act*[Title/Abstract] OR "Nurse care"[Title/Abstract] OR "Nursing care"[Title/Abstract] OR "nurse protocol"[Title/Abstract] OR "nursing protocol"[Title/Abstract] OR Nurse pract*[Title/Abstract] OR ("Nursing Care"[Mesh]) OR ("Nursing"[Mesh]) OR ("nursing"[Subheading]) OR ("Patient Care Planning"[Mesh]) OR ("Nursing Assessment"[Mesh])) AND (Oncolog*[Title/Abstract] OR Cancer*[Title/Abstract] OR "Cancer care"[Title/Abstract] OR "Cancer manag"[Title/Abstract] OR Cancer pract*[Title/Abstract]) OR (("Neoplasms"[Mesh]) OR ("Oncology Nursing"[Mesh]) OR ("Oncology Service, Hospital"[Mesh]))	36	3

Tableau 6 : Equation de recherche finale - Embase

Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
('nurse intervent*':ab,ti OR 'nurse act*':ab,ti OR 'nurse care':ab,ti OR 'nursing care':ab,ti OR 'nurse protocol*':ab,ti OR 'nursing protocol*':ab,ti OR 'nurse pract*':ab,ti) OR (('nurse manager'/exp) OR ('nurse'/exp) OR ('protocol'/exp)) AND (oncolog*':ab,ti OR cancer*':ab,ti OR 'cancer care*':ab,ti OR 'cancer manag*':ab,ti OR 'cancer pract*':ab,ti) OR (('neoplasm'/exp) OR ('malignant neoplasm'/exp) OR ('oncology nursing'/exp) OR ('oncology care model'/exp)) AND ('patient support*':ab,ti OR 'patient assist*':ab,ti OR 'patient advocac*':ab,ti OR 'patient aid':ab,ti OR 'patient guid*':ab,ti OR 'patient ressourc*':ab,ti) OR (('cancer patient'/exp) OR ('hospital patient'/exp) OR ('hospital patients'/exp) OR ('patient centered communication'/exp)) AND (annouc*':ab,ti OR inform*':ab,ti OR 'report':ab,ti OR 'revelat':ab,ti OR 'communic*':ab,ti) OR (('access to information'/exp) OR ('communication skill'/exp) OR ('communication skills'/exp) OR ('cancer diagnosis'/exp))	176	5

3.3 Sélection des données

A l'issue du processus de recherche, 484 études scientifiques ont été identifiées à partir des trois bases de données consultées. Une première sélection a été réalisée sur la base des titres, réduisant le corpus à 18 articles. Ensuite, après lecture des résumés et du contenu intégral des articles, 6 études ont été retenues : 3 provenant de la base de données CINAHL, 2 de Embase, et une identifiée via le moteur de recherche Google Scholar. Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été appliqués pour affiner cette sélection. Le processus de sélection des articles est illustré dans le diagramme de flux PRISMA, présenté en annexe VI.

Les critères d'inclusion sont : des interventions infirmières mises en place durant ou après l'annonce d'un diagnostic ou d'une péjoration de cancer - ciblant des patients adultes (18 ans et plus) atteints de cancer – réalisées en milieu hospitalier, et publiées entre 2019 et 2024. Quant aux critères d'exclusion, il s'agit : des interventions effectuées par d'autres professionnels de santé (médecins, psychologues, assistants sociaux, ...) – des études menées à domicile – des articles centrés exclusivement sur un type de cancer spécifique – des études axées uniquement sur des aspects techniques ou médicaux sans aborder l'accompagnement émotionnel ou relationnel, ainsi que les revues systématiques – les méta-analyses* et les méta-synthèses*.

Les outils utilisés pour évaluer le niveau de preuves des études sélectionnées incluent le grade des recommandations* et les niveaux de preuve*, détaillés dans la figure ci-dessous.

1 : Grade des recommandations et niveau de preuve

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

(Haute Autorité de Santé, 2013, p. 8)

3.4 Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée de manière structurée pour chacune des six études, afin de répondre à la question de recherche initiale. Pour cela, des tableaux de recension, présentés en annexe VII, ont été complétés pour chaque étude. Ces tableaux incluent des informations essentielles telles que le design, les buts et objectifs, la question de recherche, les hypothèses, l'échantillon, le cadre de référence, les considérations éthiques, les méthodes de collecte et d'analyse des données, ainsi que les principaux résultats.

La liste des articles sélectionnés est présentée dans le tableau 7, à la page suivante.

Tableau 7 : Liste des articles retenus

N°	Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niveau de preuve
1	Prasad Viji, Naik Poonam, Ancheril Alphonsa	Efficacy of Communication Skill Training on Knowledge and Skill of Nursing Students in Conveying Diagnosis to Patients with Cancer: A Pilot Study Approach	2024	CINAHL	C3
2	Nazmiye Yildirim, Perihan Güner, Figen Inci	The Level of Psychosocial Skills of Nurses Caring for Cancer Patients and Affecting Factors : Results of a Multicenter Study	2024	Embase	C4
3	Wonsun Kim, Chanam Shin, Linda Larkey, Soojun Jo, Dara James	Supportive Care Needs: Perspectives of Cancer Patients and Healthcare Providers	2022	CINAHL	C4
4	Roque Andréa Cibebe, Gonçalves Ivana Regina, Popim Regina Célia	Experience of care nurses: approaches to the principles of navigation of cancer patients	2023	CINAHL	C4
5	Aquil Amina, Mouallif Mustapha, Elgot Abdeljalil	Identification and management of mental health distress in Moroccan patients with cancer : Strategies adopted by oncology nurses and barriers to practice	2024	Embase	C4
6	El-Akhras Ali, Bilodeau Karine	L'accompagnement infirmier personnalisé aux besoins des jeunes hommes atteints de cancer	2023	Google Scholar	C4

4 Résultats

4.1 Étude 1

Prasad, V., Naik, P., & Ancheril, A. (2024). Efficacy of Communication Skill Training on Knowledge and Skill of Nursing Students in Conveying Diagnosis to Patients with Cancer : A Pilot Study Approach. *Journal of Health and Allied Sciences NU*, 14(02), 235-242. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1769581>

4.1.1 Description de l'étude

Cet article présente les résultats d'une étude quantitative quasi-expérimentale* (pré-test et post-test) menée dans deux facultés de sciences infirmières à Mangaluru, en Inde. L'objectif principal était d'évaluer l'efficacité de la formation aux compétences en communication dans l'acquisition de connaissances et l'amélioration des compétences des étudiants en soins infirmiers, concernant la transmission du diagnostic et l'annonce de mauvaises nouvelles à des patients atteints de cancer. Pour ce faire, un échantillon intentionnel* non-probabiliste* de 32 étudiants de troisième année en soins infirmiers a été constitué et réparti en deux groupes : groupe d'intervention (n = 16) et un groupe témoin (n = 16). Les critères d'inclusion comprenaient les étudiants de troisième année souhaitant participer à l'étude et ayant un poste clinique dans un hôpital universitaire de médecine à Mangaluru. Les étudiants ayant déjà reçu une formation ou un séminaire sur les compétences en communication étaient exclus de l'étude. Les données ont été recueillies à l'aide de plusieurs instruments : un formulaire de base et un questionnaire de connaissances auto-administré sur la transmission des mauvaises nouvelles basé sur l'échelle d'évaluation standardisée de Miller et al. La fiabilité de cette échelle a été testée par l'Alpha de Cronbach* (r = 0.93), ainsi que par le coefficient de corrélation de Pearson* et la formule de prophétie de Spearman Brown* (r = 0.78). L'étude a adopté une méthodologie à l'aveugle. Un pré-test de 30 questions portant sur les connaissances de base a été réalisé, et un barème d'évaluation, composé de 23 énoncés, sur l'annonce de mauvaises nouvelles a été administré à 32 étudiants, avant et après l'intervention.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide de tests statistiques : test t*, ANOVA à mesures répétées* et test post hoc* (Bonferroni), permettant d'évaluer les effets de l'intervention sur les scores de compétences et de connaissances des participants. Les résultats ont révélé une amélioration significative des connaissances et des compétences post formation. En effet, les scores moyens des connaissances du groupe d'intervention sont passés de 14.19 ± 2.46 en pré-test à 24.19 ± 2.26 en post-test (t = 17.11, p = 0.000), tandis que ceux du groupe témoins sont restés stables (t = 1.14, p = 0.27). Concernant les compétences en communication, le score global moyen des étudiants du groupe

d'intervention a progressé de 30.88 ± 3.58 à 86.69 ± 6.97 après la formation, alors que celui du groupe témoin est resté inchangé (31.00 ± 7.29 à 30.56 ± 5.49). Une différence significative entre les groupes a également été constatée en matière de compétences en communication et en transmission du diagnostic ($t = 35.9$, $p = 0.000$). La formation, combinant des sessions théoriques et pratiques basées sur le modèle SPIKES, s'est révélée particulièrement efficace pour préparer les étudiants à annoncer des diagnostics difficiles aux patients oncologiques.

4.1.2 Validité méthodologique

Cette étude repose sur une méthodologie rigoureuse, incluant des échelles validées et un devis quasi-expérimental contrôlé. Malgré une taille d'échantillon modeste (32 participants), le seuil de significativité statistique a été atteint. Les deux groupes sont homogènes et représentatifs de la population d'étudiants en soins infirmiers, ce qui constitue une force. L'exclusion des étudiants ayant reçu une formation en communication renforce la validité interne. La principale limite réside toutefois dans le fait que l'échantillon est composé uniquement d'étudiants, ce qui restreint la généralisation des résultats à la pratique professionnelle.

4.1.3 Pertinence clinique

Les résultats de cette étude soulignent l'importance d'une formation spécifique aux compétences de communication dans la pratique infirmière. En effet, la capacité à transmettre une mauvaise nouvelle de manière empathique et professionnelle constitue une compétence essentielle dans la prise en charge de patients atteints de cancer. Intégrer ce type de formation dans le développement professionnel continu des infirmiers diplômés pourrait renforcer la qualité des interactions soignant-soigné et, par conséquent, contribuer à une amélioration significative de la qualité des soins.

En Suisse, et plus particulièrement en Valais, ces résultats sont applicables au contexte de formation. L'intégration de formations basées sur le modèle EPICES / SPIKES et d'ateliers pratiques pourrait optimiser les compétences des futurs infirmiers dans l'annonce de mauvaises nouvelles. De plus, ces enseignements pourraient être élargis pour inclure des protocoles cliniques visant à standardiser la communication en oncologie, garantissant ainsi une prise en charge plus humaine et efficace des patients confrontés à des diagnostics difficiles.

4.2 Étude 2

Nazmiye, Y., Perihan, G., & Figen, I. (2024). The Level of Psychosocial Skills of Nurses Caring for Cancer Patients and Affecting Factors : Results of a Multicenter Study. *Psycho-Oncologie*, 18(3), 223-231. <https://doi.org/10.32604/po.2023.045294>

4.2.1 Description de l'étude

Cet article présente une étude disciplinaire, quantitative, descriptive, transversale et multicentrique menée en Turquie auprès de 1189 infirmiers impliqués dans la prise en charge directe de patients atteints d'un cancer. Cette recherche s'est déroulée dans 32 établissements de santé implantés dans les régions les plus importantes du territoire turc. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les niveaux de compétences psychosociales des infirmiers, ainsi que les facteurs influençant leur pratique auprès de patients atteints de cancer. Un échantillonnage de convenance* a été utilisé pour recruter les participants alors qu'un échantillonnage stratifié* a permis de sélectionner les établissements de santé. La collecte de données s'est déroulée entre avril et août 2017 à l'aide de trois instruments : un questionnaire socio-démographique (âge, années d'expériences et formation reçue sur le soutien psychosocial) – un formulaire d'évaluation des compétences psychosociales et l'échelle de qualité de vie professionnelle (ProQOL). Le formulaire, composé de 15 items sur une échelle de Likert* à quatre niveaux, mesure la perception des compétences (plus la note est proche de 4, plus elles sont perçues comme ancrées). L'échelle ProQOL comprend trois sous-échelles : la satisfaction de compassion, l'épuisement professionnel et la fatigue de compassion, toutes les trois évaluées à l'aide d'une échelle de Likert à cinq niveaux (plus les réponses s'approchent de 5, moins le répondant perçoit ces éléments). L'analyse des données reposait sur des statistiques descriptives.

Les résultats de cette étude montrent une forte prévalence de détresse psychologique et de besoins non satisfaits en soutien psychosocial, émotionnel et informationnel chez les patients atteints de cancer perçus par les soignants. Les interventions psychosociales englobent la communication thérapeutique, le soutien émotionnel, la transmission d'informations, l'accompagnement dans les décisions, le développement de méthode d'adaptation, le dépistage des niveaux de détresse et l'orientation vers la psycho-oncologie lorsque nécessaire. Le niveau de compétences psychosociales variait entre $2,72 \pm 0,98$ et $2,47 \pm 0,89$, avec une empathie plus développée et une capacité plus faible à mobiliser le soutien social. Les compétences en communication, comme l'écoute active ($2,64 \pm 1,00$), la réponse empathique ($2,72 \pm 0,98$) et la capacité à fournir des informations ($2,65 \pm 0,95$) étaient mieux maîtrisées que l'activation des systèmes de soutien social ($2,47 \pm 0,89$), le toucher thérapeutique ($2,48 \pm 0,90$) et le développement de stratégies d'adaptation ($2,53 \pm$

0.90). Selon les auteurs, il est essentiel que les infirmiers améliorent ces dernières, ainsi que leur capacité à poser des questions ouvertes ($2,52 \pm 0,88$). L'étude montre que l'expérience influence les compétences psychosociales. Une faible corrélation positive, comprise entre 0,023 et 0,082, a été observée entre l'expérience avec des patients oncologiques et le niveau de compétences ($p < 0.05$).

4.2.2 Validité méthodologique

La méthodologie multicentrique et le large échantillon ont renforcé la représentativité des résultats. La majorité des participants étaient des femmes mariées, titulaires d'un baccalauréat, avec 11,35 ans d'expérience en moyenne, dont 6,22 ans auprès de patients atteints de cancer. L'échantillon comprenait donc à la fois de jeunes diplômés et des infirmiers expérimentés. Malgré une méthode d'échantillonnage non-probabiliste, des critères stricts d'inclusion (infirmiers fournissant des soins directs aux patients adultes atteints de cancer, hospitalisés et ambulatoires, quelle que soit leur ancienneté) ont été appliqués. Un infirmier par hôpital, désigné coordinateur de l'étude, a été sélectionné et formé spécifiquement. Trois instruments de mesure validés ont minimisé les erreurs systématiques (α de Cronbach $> 0,70$). Les questionnaires ont été envoyés aux coordinateurs, distribués aux participants et remplis volontairement durant leur quart de travail avant d'être déposés dans une boîte fermée. Les coordinateurs les ont ensuite transmis au chercheur principal par cargo, garantissant la confidentialité et évitant du travail supplémentaire hors service. L'analyse statistique approfondie a été réalisée à l'aide du programme SPSS, avec un niveau de signification alpha fixé à $p < 0.05$. Enfin, l'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'université de Koç, avec l'accord des institutions et le consentement éclairé des participants. Cette étude présente tout de même plusieurs biais. Un biais de sélection est possible en raison des différences d'âge et d'expérience des participants, ainsi que du fait que 50% des répondants envisageaient de changer d'unité au moment de l'étude. De plus, les questionnaires auto-administrés exposent au biais de désirabilité sociale. Parmi les limites de cette étude, les données reposent sur l'auto-évaluation des participants, pouvant entraîner une surestimation ou une sous-estimation de leurs compétences. La nature transversale de l'étude empêche d'établir un lien de causalité entre compétences psychosociales et facteurs d'influence. Enfin, l'absence de consensus sur la définition des compétences psychosociales complique leur évaluation.

4.2.3 Pertinence clinique

Cette étude souligne l'importance des soins psychosociaux lors de la prise en charge des patients dans un contexte oncologique et la nécessité de renforcer certaines compétences infirmières, comme le soutien social, le toucher thérapeutique, l'usage de questions

ouvertes et les stratégies d'adaptation. Elle met également en avant le besoin de formations continues infirmières pour mieux accompagner les patients dans un contexte oncologique. Malgré des différences culturelles et organisationnelles entre la Turquie et la Suisse, ces résultats restent applicables en Suisse et dans le milieu de soins valaisans, car tous les patients, quelle que soit leur origine, nécessitent un soutien psychosocial infirmier face à un cancer.

4.3 Étude 3

Wonsun, K., Chanam Shin, Linda Larkey, Soojung Jo, & Dara James. (2022). Supportive Care Needs: Perspectives of Cancer Patients and Healthcare Providers. *Clinical Nursing Research*, 31(6), 1033-1041. <https://doi.org/10.1177/10547738211045226>

4.3.1 Description de l'étude

Cet article présente les résultats qualitatifs descriptifs d'une étude mixte descriptive non-disciplinaire menée dans un centre de soins ambulatoires pour patients atteints de cancer à Phoenix, Arizona. L'objectif principal était d'explorer les besoins en soins de support des patients et de leurs professionnels de santé, ainsi que d'identifier les différences et similitudes entre leurs perspectives. Pour ce faire, un échantillon intentionnel de 15 participants : 8 patients atteints de cancer et 7 professionnels de la santé (infirmiers, oncologues et infirmiers navigateurs de patients) a été constitué. Il est à noter que ces 15 participants ont également assisté au volet quantitatif de l'étude. Les patients ont été recrutés selon des critères bien définis, incluant un diagnostic de cancer, un traitement en cours ou récemment terminé (moins de six mois), la capacité à communiquer en anglais et l'absence de troubles cognitifs. Une fois la sélection effectuée, les données ont été recueillies au moyen d'entretiens semi-structurés* individuels, d'une durée de 60 à 90 minutes, menés en face-à-face ou par téléphone. Les entretiens des patients se sont déroulés à domicile, tandis que ceux des professionnels de la santé ont eu lieu dans un environnement clinique calme, facilitant ainsi un échange approfondi sur les expériences et les perceptions de chacun. L'échange, pour les patients, débutait par la question « Pourriez-vous partager votre expérience des soins de soutien en tant que patient atteint de cancer ? » suivie de treize questions de relance pour les patients et six pour les soignants.

L'analyse thématique a été menée de manière rigoureuse par l'équipe de recherche, incluant un codage ligne par ligne et l'élaboration d'un livre de codes structurant les catégories et thèmes majeurs. Le codage, d'abord réalisé individuellement et manuellement, a ensuite été comparé entre chercheurs. La fiabilité et la transparence ont été assurées par une triangulation via des débriefings et une vérification de la fiabilité intercodeurs, atteignant un taux de concordance de 85%. L'analyse des données a révélé

quatre thèmes principaux concernant les besoins en soins de support : (1) l'accès à l'information et aux ressources, (2) l'importance des groupes de soutien par les pairs, (3) le soutien apporté aux aidants, et (4) la personnalisation des soins. Les patients ont exprimé un besoin accru d'informations sur leur maladie, les effets secondaires des traitements et les ressources disponibles. L'un d'eux rapporte « *J'ai fait beaucoup de recherches par moi-même, je pense que j'aurais pu en savoir plus* » (patient 6). D'autres patients soulignent l'importance des groupes de soutien qui leur ont permis d'échanger avec des personnes vivant une expérience similaire : « *Mon église a un groupe de soutien pour les personnes atteintes de cancer, j'ai appris la majorité de ce que je sais d'eux* » (patient 6). Concernant les aidants, plusieurs patients ont décrit leur détresse face aux difficultés émotionnelles de leurs proches : « *Je ne pense pas que ma femme ait eu du soutien...elle était plus dévastée que moi...le soutien du conjoint pourrait être aussi important que le soutien du patient* » (patient 4). Enfin les patients ont exprimé leur frustration face au manque de soins individualisés, soulignant que leur prise en charge ne tenait pas toujours compte de leur situation spécifique : « *Je n'ai pas bien compris les problèmes lymphatiques et le lymphœdème. J'ai dû passer des appels téléphoniques à différents endroits pour comprendre* » (patient 3). Ces thèmes illustrent les différences entre les perspectives des patients et des professionnels de la santé, notamment en ce qui concerne la communication et la prise en charge post-cancer.

4.3.2 Validité méthodologique

L'étude présente une rigueur scientifique solide grâce à l'application des critères COREQ*. La stratégie d'échantillonnage intentionnel a permis de cibler un groupe représentatif de patients et de professionnels impliqués dans les soins de support. Une vérification de la fiabilité intercodeurs (85 %) a été réalisée pour assurer la cohérence des analyses. De plus, une double codification des données a été effectuée par plusieurs chercheurs afin de renforcer la validité des résultats. Toutefois, cette étude présente certaines limites. L'échantillon, bien que de taille adéquate pour une étude qualitative, montre une diversité variable selon les critères analysés. L'écart-type* de l'âge des participants (59 ans \pm 14,7) révèle une population allant d'adultes actifs potentiellement avec des enfants à des personnes retraitées, ce qui peut influencer la perception des besoins en soins de support. De même, les soignants interrogés avaient un niveau d'expérience hétérogène (9 ans \pm 6,5), allant de jeunes diplômés avec 2,5 ans d'ancienneté à des professionnels plus expérimentés avec 15,5 ans de pratique, ce qui peut façonner différemment leur regard sur la prise en charge. De plus, une approche multicentrique aurait permis de voir si les perceptions des participants étaient partagées et aurait augmenté la validité externe du devis qualitatif.

4.3.3 Pertinence clinique

Cette étude met en lumière des besoins de soins de support encore insuffisamment pris en compte, notamment en matière d'information, de soutien aux aidants et de prise en charge individualisée. Elle souligne l'importance d'une meilleure communication et d'une adaptation des ressources aux besoins spécifiques des patients. Ces défis, similaires à ceux rencontrés en pratique infirmière, soulignent la difficulté d'assurer une continuité des soins et d'intégrer pleinement l'accompagnement des aidants dans la prise en charge.

Pour la pratique infirmière en Suisse, notamment en Valais, ces résultats sont transposables. En effet, la nécessité d'une meilleure communication patient-soignant, d'un soutien accru aux proches et d'un accès facilité aux ressources, s'inscrit dans les recommandations des soins infirmiers oncologiques. La mise en place de formations spécifiques sur la communication et le soutien psychosocial des patients pourrait être envisagée afin d'améliorer la qualité de la prise en charge. De plus, ces enseignements pourraient être appliqués pour développer des protocoles cliniques visant à identifier et répondre plus précisément aux besoins individuels des patients atteints de cancer, optimisant ainsi leur qualité de vie et leur adhésion aux traitements.

4.4 Étude 4

Roque, A. C., Gonçalves, I. R., & Popim, R. C. (2023). Experience of care nurses : Approaches to the principles of navigation of cancer patients. *Text & Context Nursing*, 32. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2023-0020en>

4.4.1 Description de l'étude

Cet article présente les résultats qualitatifs descriptifs d'une étude disciplinaire menée au sein d'un grand hôpital public de São Paulo, au Brésil, en décembre 2021. Son objectif principal était de comprendre les expériences des infirmiers dans la prise en charge des patients atteints de cancer, en s'appuyant sur les principes de navigation d'Harold Freeman. L'étude visait à explorer les facilités et barrières rencontrées par ces professionnels, ainsi que leur contribution à l'accompagnement des patients oncologiques. L'échantillon, qui est un échantillonnage de convenance non-probabiliste, a été constitué de 6 infirmiers travaillant directement avec des patients atteints de cancer. Le recrutement s'est fait sur une base volontaire, après présentation du projet de recherche à la direction des soins infirmiers. Les critères d'inclusion comprenaient une expérience clinique en oncologie et une implication dans le parcours de soins des patients. Les données ont été recueillies à l'aide d'entrevues semi-structurées comportant quatre questions ouvertes portant sur l'organisation des soins, l'intégration entre services, la formation et les stratégies améliorant

la prise en charge des patients oncologiques. Les entretiens, d'une durée moyenne de 20 minutes, ont été enregistrés et retranscrits intégralement.

L'analyse des données a suivi une approche thématique basée sur l'analyse de contenu, en utilisant un codage systématique pour identifier les catégories et sous-thèmes principaux. Cinq thèmes ont émergé. La fluidité des soins a été largement évoquée, plusieurs participants soulignant l'importance d'une prise en charge coordonnée. Comme l'exprime un patient, « J'avais l'impression de devoir répéter mon histoire à chaque nouveau médecin, ce qui était épuisant. Un meilleur suivi aurait rendu les choses plus simples. » Du côté des soignants, certains ont également mis en avant les difficultés liées à la transmission des informations, créant parfois des interruptions dans le parcours de soins.

L'intégration entre services est apparue comme un enjeu majeur, les infirmiers et les patients ayant relevé des difficultés dans la communication interdisciplinaire. Un soignant explique : « *Il nous manque parfois des informations cruciales en provenance d'un autre service, ce qui complique la continuité des soins.* » Cette fragmentation est également perçue par les patients, l'un d'eux témoignant : « *J'ai été transféré d'un service à un autre sans vraiment comprendre pourquoi. J'aurais aimé que quelqu'un m'explique mieux.* »

Le lien entre les patients et leurs familles a également émergé comme un élément central. Si certaines familles se sont senties impliquées, d'autres ont regretté un manque d'informations. Un patient confie : « *Ma famille était présente à chaque étape, mais parfois, ils se sentaient exclus des décisions importantes.* » De leur côté, les infirmiers soulignent l'impact positif du soutien familial sur le bien-être des patients : « *Lorsque la famille est impliquée, on voit une vraie différence dans l'état émotionnel des patients.* » Le rôle et les compétences des infirmiers dans la navigation des patients ont été mis en avant. Considérés comme des figures centrales du parcours de soins, ils facilitent l'orientation des patients et assurent un suivi personnalisé. Un infirmier témoigne : « *Mon rôle est d'être un repère pour les patients, de répondre à leurs questions et de les guider dans ce processus complexe.* ». Enfin, la formation et la valorisation des équipes ont été mentionnées comme des aspects fondamentaux pour garantir une prise en charge de qualité. Certains professionnels expriment un besoin accru de formation pour mieux accompagner les patients : « *Nous avons parfois l'impression d'être livrés à nous-mêmes face à certaines situations complexes. Une formation continue sur la navigation en oncologie nous aiderait beaucoup.* » L'importance de la reconnaissance des compétences et du travail des infirmiers a également été soulignée, dans une volonté d'améliorer la qualité des soins et de renforcer l'engagement des équipes.

4.4.2 Validité méthodologique

L'étude repose sur des critères rigoureux de recherche qualitative, notamment le COREQ, garantissant la crédibilité et la fiabilité des données collectées. Le processus de codage a été réalisé de manière itérative par plusieurs chercheurs afin de limiter les biais d'interprétation. Une triangulation des données a été effectuée par débriefings et confrontation des analyses entre chercheurs. Toutefois, certaines limites doivent être considérées. Bien que l'échantillon soit composé de six infirmiers, ce qui reste cohérent avec les exigences d'une recherche qualitative, la diversité des niveaux de formation (Bachelor, Master, PhD) pourrait constituer une limite. En effet, cette hétérogénéité peut influencer les représentations et les discours. Toutefois, les participants présentaient des âges et des expériences cliniques comparables, ce qui permet de nuancer cet éventuel biais en garantissant une certaine homogénéité dans la compréhension du phénomène étudié. Les participants présentaient une expérience professionnelle en oncologie allant de 6 à 16 ans ce qui reflète une diversité relative, mais ne couvre pas l'ensemble des parcours professionnels possibles dans ce domaine. De plus, le contexte unique d'un seul hôpital public de l'État de São Paulo ne permet pas de transposer complètement ces conclusions à d'autres structures de soins. Une étude multicentrique aurait permis d'élargir la portée des résultats.

4.4.3 Pertinence clinique

Les résultats de cette étude apportent des enseignements pertinents pour la pratique infirmière en oncologie. L'importance de la navigation des patients, du renforcement du lien soignant-soigné et de la coordination interdisciplinaire apparaît comme essentielle pour une prise en charge optimale. Les infirmiers jouent un rôle central dans l'amélioration de l'expérience des patients en facilitant leur parcours de soins.

Dans le contexte de soins en Valais, ces résultats peuvent être partiellement transposables. La mise en place de formations spécifiques sur la navigation des patients et le soutien psychosocial pourraient optimiser la qualité des soins. Par ailleurs, l'intégration de parcours structurés pour les patients atteints de cancer pourrait contribuer à une meilleure adhésion aux traitements et à une prise en charge plus personnalisée.

4.5 Étude 5

Aquil, A., Mouallif, M., & Elgot, A. (2024). Identification and management of mental health distress in Moroccan patients with cancer : Strategies adopted by oncology nurses and barriers to practice. *Cancer Reports Wiley Periodicals LLC*, 7. <https://doi.org/10.1002/cnr2.1985>

4.5.1 Description de l'étude

Cet article présente une étude qualitative, descriptive et non-disciplinaire, réalisée entre le 1^{er} mars et le 1^{er} juin 2022 auprès de 25 infirmiers travaillant en oncologie dans quatre centres distincts au Maroc. Cette recherche avait pour objectif d'explorer les stratégies infirmières utilisées pour identifier et gérer la détresse psychologique des patients atteints de cancer, ainsi que les obstacles entravant cette prise en charge. Le recrutement des participants s'est effectué par un échantillonnage non-probabiliste de convenance les infirmiers ayant été invités à participer par l'infirmier chef de chaque service oncologique concerné. La collecte et l'analyse des données ont été réalisées simultanément. Tout d'abord, les participants ont rempli un formulaire socio-démographique incluant des informations telles que le sexe, l'âge, l'état civil, l'unité de travail, le poste et l'expérience, les diplômes et l'existence éventuelle d'une spécialisation en oncologie. Ensuite, ils ont participé à un entretien semi-structuré d'une durée moyenne d'une heure, mené dans le centre oncologique où ils exerçaient. Ces entretiens, enregistrés sous forme audio, portaient sur deux axes principaux : le dépistage et la gestion des troubles mentaux, et comportaient sept questions ouvertes. Enfin, les entretiens ont été retranscrits en intégralité. La collecte des données a pris fin lorsque l'équipe a estimé que les informations recueillies étaient suffisantes et qu'aucun nouveau code n'avait été créé.

L'âge moyen des participants à cette étude était de 33,76 ans, avec 10,59 ans d'expérience moyenne, dont 4,35 en oncologie. Les participants ont identifié cinq stratégies pour repérer la détresse mentale chez les patients atteints de cancer, en l'absence de protocole standardisé en oncologie. Ils adaptent leurs propres méthodes, incluant la collecte d'informations auprès du patient - « Comment vous sentez-vous aujourd'hui ? » - et de ses proches, l'usage de compétences infirmières interpersonnelles (communication, écoute active, relation de confiance) et l'identification des causes sous-jacentes, souvent sociales ou financières - « Les sources de la détresse me permettent de savoir si le patient a une tendance à être déprimé ». Après avoir identifié la détresse de leurs patients, certains infirmiers ont mis en place différentes stratégies pour y remédier. Celles-ci se regroupent en cinq catégories. Le soutien psychosocial repose sur l'écoute et l'acceptation du patient - « Comme stratégie, je pousse le patient à s'exprimer, et je le soutiens même s'il parle et raconte des choses loin de son parcours thérapeutique ; je l'écoute, je l'accepte, je ne le bloque pas, j'évite les propos sévères. ». L'approche religieuse et l'approche scientifique peuvent également apporter du réconfort - « La première chose que je fais et que je considère comme très importante, c'est l'information. Lorsque j'explique au patient que la science n'a pas de valeur limite et que la maladie cancéreuse est devenue comme d'autres maladies chroniques ça soulage c'est curable et le traitement est efficace. ». Enfin, les

infirmiers favorisent la thérapie de groupe ou les discussions et impliquent la famille dans l'accompagnement du patient.

4.5.2 Validité méthodologique

Pour garantir la rigueur scientifique de l'étude, une approche qualitative rigoureuse et approfondie a été adoptée. Des entretiens semi-structurés ont été menés auprès de 25 infirmiers en oncologie, avec une saturation des données atteinte après 17 participants. L'équipe de recherche a tenu des réunions régulières pour analyser les résultats et affiner le codage des données. L'analyse inductive a permis d'extraire des codes, catégories et thèmes principaux sans préconception. Le logiciel « Atlas ti 9 » a facilité la gestion des données et l'identification des modèles. Enfin, l'étude a reçu l'approbation éthique de l'Association marocaine pour la recherche et l'éthique, et chaque participant a signé un consentement. Cette étude présente tout de même plusieurs biais : un biais de sélection limitant la diversité des perspectives (participants uniquement marocains) ; un échantillon composé uniquement de 21 infirmiers en pratique avancée (IPA) et de 4 infirmiers chefs d'unité de soins (ICUS), sans inclure d'infirmiers titulaires d'un Bachelor de base, bien qu'il s'agisse malgré tout de professionnels infirmiers ; un biais de réponse lié aux déclarations socialement désirables, et un biais de confirmation pouvant influencer l'analyse. Enfin, l'absence de données sur la fréquence réelle de la détresse psychologique et l'orientation des patients vers les soins psychosociaux constitue une limite.

4.5.3 Pertinence clinique

Cet article souligne l'importance de détecter la détresse psychologique chez les patients en contexte oncologique. Les infirmiers doivent utiliser l'évaluation clinique de l'état mental et des outils validés, comme l'échelle HADS ou le thermomètre de détresse. D'autres techniques incluent la collecte d'informations, les compétences infirmières interpersonnelles et l'identification des causes sous-jacentes. Pour gérer cette détresse, diverses interventions infirmières sont recommandées : soutien psychosocial, approche religieuse ou scientifique, thérapie de groupe ou discussions et implication familiale. Enfin, des formations complémentaires sont essentielles pour les infirmiers accompagnant les patients dans un contexte oncologique. Malgré des différences culturelles et organisationnelles entre la Suisse et le Maroc, notamment dans la prise en charge et l'acceptation des soins psychologiques et l'accès aux ressources, les résultats de cette étude restent transférables à la Suisse et au milieu de soins valaisans. Tout patient en situation d'annonce d'un diagnostic ou d'une péjoration de cancer peut développer une détresse psychologique. Il est donc essentiel pour les infirmiers de la détecter et de la soigner.

4.6 Étude 6

El-Akhras, A., & Bilodeau, K. (2023). L'accompagnement infirmier personnalisé aux besoins des jeunes hommes atteints d'un cancer. *Revue canadienne des soins infirmiers en oncologie*, 33(2), 231-238. <https://doi.org/10.5737/23688076332231>

4.6.1 Description de l'étude

Cette étude qualitative, descriptive et disciplinaire porte sur huit jeunes hommes (18-39 ans, âge moyen de 28 ans) hospitalisés au moins une fois à la suite d'un diagnostic de cancer dans un centre oncologique francophone au Québec. L'objectif de cette recherche était de décrire et de comprendre un accompagnement infirmier personnalisé aux besoins de jeunes hommes atteints de cancer. Les participants ont été recrutés par échantillonnage de convenance via des infirmiers pivots en oncologie et une annonce sur les réseaux sociaux. Pour la collecte des données, les jeunes hommes ont rempli un questionnaire socio-démographique avant de participer à un entretien semi-directif* d'environ une heure, par vidéoconférence.

L'analyse des données a fait émerger deux grands thèmes décrivant l'accompagnement infirmier : la relation de confiance entre l'infirmier et le patient atteint de cancer, et la réponse aux besoins non-satisfaits. Le premier thème souligne l'importance de la présence humaine. Il est essentiel que l'infirmier prenne le temps d'échanger avec le patient. Un patient illustre ce besoin en déclarant : « *D'essayer de faire le lien de confiance, savoir qu'on n'est pas tout seul. Moi, j'avais besoin d'être dans ma bulle, mais savoir que si j'ai besoin d'aide, quelqu'un est disponible pour moi lors de mon hospitalisation.* ». L'établissement d'un partenariat est aussi crucial, impliquant le patient dans les décisions et tenant compte de son point de vue. L'accessibilité des infirmiers, notamment via des suivis planifiés, et l'accompagnement émotionnel sont aussi primordiaux. Le second thème porte sur les besoins non satisfaits. Les patients souhaitent des soins adaptés à leur réalité et des discussions sur des sujets qui les concernent (identité, travail, études). L'identification à d'autres patients et l'accès à des informations claires sont cruciaux. Les patients veulent savoir à quoi s'attendre. Comme l'exprime un participant : « *J'aurais aimé avoir plus de documentation, plus de ressources à moi, à mon type de cancer, il y a plusieurs sortes de cancer, il ne faut pas donner un truc général, quand on me parlait de l'opération et de la chimio, c'est général, cancer du testicule et de la prostate. J'aimerais avoir un truc comme un pamphlet, c'est niais, mais j'aimerais qu'ils me disent à quoi je dois m'attendre* ». Se sentir actif et utile malgré la maladie est aussi un besoin exprimé. Ils veulent aussi bénéficier d'un soutien psychologique dès l'annonce du diagnostic.

4.6.2 Validité méthodologique

Pour assurer la rigueur scientifique de l'étude, une analyse qualitative itérative et inductive a été menée selon l'approche de Miles et al., incluant la condensation et la présentation des données, ainsi que l'élaboration et la vérification des conclusions. Les transcriptions des entretiens ont été relues, comparées à l'audio, puis importées dans le logiciel « QDA Miner 5.0.19. Un codage inductif a été appliqué aux segments pertinents, avec des allers-retours entre verbatims, codes et analyses. Le modèle humaniste des soins infirmiers UdeM a guidé les derniers cycles de codage en mettant en avant des notions d'accompagnement favorisant une relation humaniste. Enfin, la validation des résultats s'est faite par discussions entre auteurs et par une experte en oncologie et recherche qualitative, renforçant crédibilité, fiabilité et transférabilité. Les notes méthodologiques du journal de bord ont également documenté rigoureusement le processus. Bien que l'échantillonnage soit non probabiliste, des critères d'inclusion stricts ont été appliqués et l'étude a été approuvée par un comité d'éthique. Les 8 participants, ayant tous signé un consentement, cela suffisait pour une vision globale du phénomène, la saturation des données étant atteinte après 6 entretiens. L'étude présente néanmoins des biais : un biais de sélection lié à l'échantillonnage de convenance, au sexe masculin et au jeune âge des participants et un biais de désirabilité sociale pouvant influencer les réponses des participants.

4.6.3 Pertinence clinique

Cet article met en avant deux axes essentiels dans l'accompagnement infirmier des patients atteints de cancer. D'une part, établir une relation de confiance avec l'infirmier grâce à une présence humaine, un partenariat, une meilleure accessibilité et un soutien émotionnel. D'autre part, répondre aux besoins non satisfaits en proposant des soins adaptés à leur réalité, en favorisant l'identification à d'autres patients, en offrant des informations claires, en soutenant leur sentiment d'utilité et en assurant un accompagnement psychologique. Les résultats sont applicables au contexte de soins valaisan. Tout patient confronté à l'annonce d'un diagnostic ou d'une péjoration de cancer pourrait éprouver un manque dans la relation de confiance avec les infirmiers et dans la réponse à ses besoins. Il est donc essentiel, en tant qu'infirmiers, d'identifier les axes d'amélioration pour optimiser l'accompagnement de ces patients.

4.7 Synthèse des principaux résultats

L'ensemble des études met en évidence une forte prévalence de la détresse psychologique ainsi que des besoins psychosociaux non satisfaits dans le cadre de l'annonce d'un diagnostic ou d'une péjoration oncologique. Ces constats soulignent la nécessité d'améliorer l'accompagnement des patients adultes confrontés à de telles situations.

Diverses interventions infirmières à visée psychosociale doivent être mises en œuvre afin de maintenir une qualité de soins optimale tout au long du parcours du patient. Tout d'abord, la nécessité d'une meilleure communication thérapeutique soignant-soigné permet de co-construire une relation de confiance dans la prise en charge. Pour cela, la personnalisation des soins est indispensable. Par ailleurs, le soutien émotionnel apporté au patient et à ses proches reste souvent insuffisant, en particulier pour l'entourage. L'infirmier peut alors les orienter vers la psycho-oncologie afin de leur offrir un accompagnement plus adapté. De plus, les patients expriment fréquemment un manque d'informations et de ressources sur leur maladie. Le rôle de l'infirmier est donc de leur garantir un accès illimité aux ressources nécessaires pour les aider dans leur prise de décision. L'annonce étant souvent perçue comme un choc, l'infirmier doit aussi accompagner le patient dans le développement de stratégies d'adaptation. Enfin, le dépistage et la prise en charge de la détresse psychologique sont essentiels pour assurer un suivi complet, tant sur le plan somatique que psychologique (Aquil et al., 2024; El-Akhras & Bilodeau, 2023; Nazmiye et al., 2024; Wonsun et al., 2022).

Un autre aspect du rôle infirmier est de structurer le parcours du patient dans sa maladie oncologique. L'infirmier de navigation joue un rôle clé en assurant la fluidité et l'intégration entre les différents services. Cela souligne l'importance de la collaboration interdisciplinaire ainsi que le rôle central des infirmiers en tant que coordinateurs des soins (Roque et al., 2023).

Toutes les études aboutissent à la même conclusion : la nécessité de la formation. Il semble que l'utilisation d'un outil structuré, validé et recommandé — tel que le modèle EPICES / SPIKES — soit essentielle pour assurer une prise en charge adaptée et respectueuse des besoins du patient. Ce modèle, qui organise le processus d'annonce en six étapes, offre un cadre à la fois structuré et empathique, en répartissant de manière complémentaire les rôles entre médecins et infirmiers. Pour que son implémentation soit effective dans la pratique, des formations spécifiques apparaissent donc indispensables (Prasad et al., 2024). Les formations viseraient également à renforcer les interventions infirmières psychosociales, encore trop peu développées dans la pratique actuelle. Il s'agit notamment de l'activation des réseaux de soutien social, du recours au toucher thérapeutique, de l'accompagnement dans le développement de stratégies d'adaptation, ou encore l'apprentissage à poser des questions ouvertes. Le développement de ces compétences contribuerait à valoriser et renforcer le rôle infirmier dans l'accompagnement des patients lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle (Nazmiye et al., 2024).

5 Discussion

Les résultats de la revue de la littérature vont maintenant être comparés avec ceux de revues systématiques, afin de mettre en avant la validité des résultats obtenus. Un lien avec les concepts du cadre théorique va également être effectué.

5.1 Discussion des résultats

Les articles de Nazmiye et al. (2024), d'El-Akhras & Bilodeau (2023), d'Aquil et al. (2024) ainsi que de Wonsun et al. (2022) mettent en évidence une forte prévalence de détresse psychologique ainsi que des besoins non satisfaits en matière de soutien psychosocial, émotionnel et informationnel chez les patients atteints de cancer. Les traitements de plus en plus ciblés permettent une avancée dans la lutte contre la pathologie, mais le traitement médicamenteux seul ne suffit pas pour satisfaire l'ensemble des besoins du patient et de ses proches (Wonsun et al., 2022). Ces constats sont corroborés par la revue systématique de Archer-Nanda & Dwyer (2024), qui précise que l'environnement des soins oncologiques expose les patients à des expériences physiques et émotionnelles traumatisantes.

Selon Nazmiye et al. (2024), les soins psychosociaux englobent diverses dimensions : le soutien émotionnel, le dépistage de la détresse, la communication thérapeutique, l'orientation vers la psycho-oncologie lorsque cela est indiqué, l'accompagnement dans le processus décisionnel, la transmission d'informations adaptées, ainsi que le développement de stratégies d'adaptation. Dans cette même optique, la revue systématique d'Archer-Nanda & Dwyer (2024) met en avant le modèle de soins « Trauma-Informed Care » (TIC), qui repose sur cinq dimensions fondamentales : la sécurité, la fiabilité et la transparence, la collaboration et la mutualité, le respect de l'autonomie et des choix du patient, et la prise en compte de la culture, de l'anamnèse et du genre du patient. La première dimension de ce modèle, la sécurité, fait écho à plusieurs éléments relevés dans les articles analysés : le besoin de soutien émotionnel et le dépistage systématique de la détresse psychologique mis en avant par Nazmiye et al. (2024), l'importance de la présence humaine et d'une relation de partenariat soignant-soigné soulignée par El-Akhras & Bilodeau (2023), ainsi que les cinq stratégies de dépistage de la détresse détaillées par Aquil et al. (2024). La deuxième dimension, la fiabilité et la transparence, rejoint l'importance de la communication thérapeutique auprès des patients atteints de cancer, mise en avant dans les articles de Nazmiye et al. (2024) et de Wonsun et al. (2022). La collaboration et la mutualité, la troisième dimension, est en adéquation avec le rôle infirmier d'orientation vers des spécialistes en psycho-oncologie, tel que précisé dans l'article de Nazmiye et al. (2024). Elle se retrouve également à travers la capacité des infirmiers à faciliter des échanges entre patients (rencontre d'expert à expert) et à les soutenir dans un rôle actif et valorisant, comme l'illustre l'article de El-Akhras & Bilodeau (2023). Elle fait

également écho au rôle pivot des infirmiers dans la navigation du patient au sein du système de soins en soulignant l'importance de la collaboration interdisciplinaire, cité dans l'article de Roque et al. (2023). Le respect de l'autonomie et des choix du patient, la quatrième dimension, vient renforcer le rôle infirmier dans l'accompagnement décisionnel et la communication d'informations adaptées, comme le décrivent Nazmiye et al. (2024). Enfin, la cinquième dimension du modèle TIC porte sur la prise en compte de la culture, de l'anamnèse et du genre du patient et souligne l'importance, pour les infirmiers, d'adapter leurs interventions à la réalité unique de chaque patient et d'encourager des échanges centrés sur leurs préoccupations concrètes, comme le rappellent El-Akhras & Bilodeau (2023) ainsi que Wonsun et al. (2022). Elle rejoint également la mission infirmière de soutenir les patients dans le développement de stratégies d'adaptation durables, afin de les aider à faire face à la maladie de manière active et autonome (Aquil et al., 2024).

L'article de Prasad et al. (2024) met en lumière les effets positifs d'une formation structurée à la communication dans le contexte de l'annonce d'un diagnostic oncologique. Basée sur le modèle SPIKES, cette formation permet de structurer l'entretien, de réduire l'appréhension des soignants et d'améliorer la qualité de la relation soignant-soigné. Ces résultats convergent avec ceux de la revue systématique de Lopes Agnese et al. (2022), qui soulignent que la communication des mauvaises nouvelles constitue un acte complexe, souvent redouté par les infirmiers, en raison d'un manque de formation spécifique. Cette revue met en évidence la nécessité de dispositifs de formation continue, l'importance d'un cadre éthique et empathique, ainsi que le rôle central de l'infirmier dans l'accompagnement émotionnel des patients lors de ces annonces. Elle recommande également d'intégrer les infirmiers pleinement dans ce processus, en les dotant d'outils concrets et de compétences reconnues pour répondre aux besoins émotionnels, sociaux et existentiels des patients.

La mise en avant de la détresse psychologique, ainsi que des besoins essentiels non comblés chez les patients atteints de cancer ressort dans l'ensemble des études et rejoint les éléments développés dans le cadre théorique. Teike Lüthi et al (2020) décrivent le moment de l'annonce, qu'il s'agisse d'un diagnostic initial ou de l'annonce d'une aggravation de l'état oncologique, comme une étape charnière du parcours de soins. Ils soulignent également que cette annonce constitue une période particulièrement éprouvante, pouvant susciter diverses émotions telles que la peur, la colère, la tristesse ou encore la sidération. Cette annonce peut entraîner un véritable choc, parfois même traumatique, désigné dans la littérature sous le terme d' « onde de choc de l'annonce » (Teike Lüthi et al., 2020). Plusieurs articles, dont ceux d'El-Akhras & Bilodeau (2023), de Nazmiye et al. (2024) et de Wonsun et al. (2022) insistent sur l'impact émotionnel de cette

annonce et sur la nécessité d'un accompagnement humain et structuré. Selon l'article de Nazmiye et al (2024), les besoins non-satisfaits relèvent principalement du domaine du soutien psychosocial, émotionnel et informationnel. Comme mentionné dans le cadre théorique, c'est précisément pour répondre à ces besoins qu'un dispositif d'annonce structuré a été élaboré (Stadelmaier & Duguey-Cachet, 2019; Trochet, 2023). Ce dispositif vise à garantir que le patient reçoive des informations claires et précises, dans un contexte d'écoute bienveillante et de soutien adapté (Stadelmaier & Duguey-Cachet, 2019; Trochet, 2023). Dans cette perspective, Prasad et al. (2024) démontrent que la formation des soignants à la communication, basée sur le modèle EPICES / SPIKES, renforce significativement leur capacité à participer à l'annonce d'un diagnostic de manière structurée, empathique et centrée sur le patient. Ce modèle rejoint l'outil mnémotechnique « EPICES » (ou « SPIKES » en anglais), présenté dans le cadre théorique, qui constitue un point de départ essentiel de la prise en charge des patients atteints de cancer, tant pour les infirmiers que pour les médecins ([HUG], 2025; Teike Lüthi et al., 2020). Par ailleurs, Roque et al. (2023) mettent en avant l'approche de « navigation des patients », inspirée du modèle de Freeman, qui valorise la coordination interdisciplinaire, et la fluidité du parcours de soins. De leur côté, Wonsun et al. (2022) insistent sur l'importance d'un accompagnement individualisé, ainsi que sur la nécessité d'une communication interprofessionnelle efficace afin de répondre à la diversité des besoins des patients atteints de cancer. Ces éléments viennent renforcer les fondements théoriques selon lesquels, dans le contexte d'une annonce de diagnostic ou d'une aggravation de la maladie, une coordination étroite entre médecins et infirmiers garantit la cohérence des interventions et la continuité des soins ([HUG], 2025; Teike Lüthi et al., 2020).

L'analyse des six articles révèle également deux grands axes du rôle infirmier dans ces situations : la transmission d'informations d'une part, et l'accompagnement ainsi que le conseil au patient et à ses proches d'autre part. Ces éléments font écho aux fondements légaux abordés dans le cadre théorique, en particulier aux droits du patient. Deux droits prennent ici une importance particulière : le droit à l'information & le droit d'être accompagné et conseillé (SSP, 2024).

L'ensemble des résultats de cette revue de littérature fait également écho à la théorie de soins de Travelbee, qui considère la relation d'humain à humain comme le fondement de toute démarche de soins (Moreira de Freitas et al., 2018; Shelton, 2016). Selon cette approche, chaque patient est perçu comme un être unique et irremplaçable. Il ne s'agit donc pas d'une relation hiérarchique entre professionnel et patient, mais bien d'une rencontre

entre deux êtres humains, l'un ayant besoin de soins, l'autre apportant soutien et assistance (Moreira de Freitas et al., 2018; Shelton, 2016).

5.2 Discussion de la qualité des évidences

L'ensemble des études retenues pour cette revue de littérature répond aux critères fondamentaux de rédaction d'un article scientifique. En effet, sur l'ensemble des études analysées, cinq présentent un niveau de preuve C4, et une atteint un niveau de preuve C3. Chacune d'elles expose clairement son objectif de recherche, définit des critères d'inclusion et d'exclusion, décrit en détail la méthode employée, prend en compte les considérations éthiques et explicite les limites de l'étude. L'analyse des six articles sélectionnés met également en évidence une cohérence méthodologique ainsi qu'une complémentarité dans les résultats, renforçant la crédibilité de l'ensemble du travail. L'association d'études de nature qualitatives et quantitatives permet d'ancrer la pertinence des besoins non-satisfaits mis en avant.

5.3 Forces et limites de la revue de la littérature

Cette revue de littérature intègre un nombre restreint d'articles, mais ceux-ci ont été choisis parmi les études récemment publiées. De plus, les études ont été sélectionnées à travers plusieurs bases de données qui ont été retenues pour leur pertinence par rapport à la question de recherche. La vision mixte de la revue de la littérature permet de répondre à celle-ci de manière la plus étendue possible. Les pays dans lesquels les études ont été menées sont géographiquement éloignés de la Suisse, mais ont des contextes de soins qui peuvent être transférables au contexte national. Les variations culturelles ont été prises en compte dans l'analyse des études et malgré celles-ci, les besoins mis en avant comme étant non satisfaits sont similaires.

6 Conclusions

L'interprétation des résultats a mis en évidence une concordance entre les principales conclusions de cette revue et les concepts du cadre théorique. Elle rejoint également les résultats d'autres revues systématiques portant sur des thématiques similaires, bien que basées sur un corpus plus large ou sur d'autres bases de données. Cette dernière partie présentera des recommandations en vue d'optimiser la pratique clinique, la formation des soignants et les axes de recherches futures.

6.1 Propositions pour la pratique

Compte tenu de la complexité des situations d'annonce de mauvaises nouvelles dans le contexte oncologique, le rôle infirmier s'inscrit comme un élément central de la pratique clinique. Dès l'instant de l'annonce, le recours à un outil structuré, validé et recommandé, tel que le modèle EPICES / SPIKES s'avère indispensable afin de garantir une prise en charge adaptée et respectueuse des besoins du patient. Cet outil structure le processus d'annonce en six étapes, en répartissant de manière complémentaire les rôles entre les médecins et les infirmiers. Son utilisation représenterait une réelle plus-value pour la pratique clinique, en favorisant une approche coordonnée et centrée sur le patient. Par la suite, diverses interventions infirmières doivent être mobilisées tout au long du parcours de soins, notamment la communication thérapeutique, le soutien émotionnel, la transmission d'informations, l'accompagnement dans le processus décisionnel, la promotion de stratégies d'adaptation (telles que les groupes de pairs ou l'accès à la psycho-oncologie), le soutien aux proches, la personnalisation des soins, le développement d'un partenariat de soins avec le patient, ainsi que le dépistage systématique de la détresse à l'aide de l'évaluation clinique de l'état mental et d'outils validés tels que l'échelle HADS ou le thermomètre de détresse, et la mise en place de réponses appropriées. L'infirmier se doit d'adopter, tout au long de l'accompagnement, une posture professionnelle fondée sur l'empathie et la bienveillance. Enfin, afin de garantir la continuité, la coordination et la cohérence de la prise en charge au sein d'une approche interdisciplinaire, la désignation d'un infirmier pivot ou navigateur constitue un levier organisationnel essentiel.

6.2 Propositions pour la formation

Au sein du cursus de Bachelor en soins infirmiers, un module dédié à l'oncologie est actuellement proposé, incluant une simulation centrée sur la période suivant l'annonce médicale. Il conviendrait de compléter cette activité par un apport théorique structuré, incluant l'apprentissage du modèle EPICES / SPIKES, afin de renforcer les compétences des étudiants dans la gestion de situations d'annonce complexes. En complément,

l'intégration de témoignages de patients ayant été confrontés à des insuffisances communicationnelles de la part des soignants constituerait une plus-value pédagogique, en sensibilisant les futurs professionnels aux dimensions relationnelles, émotionnelles et éthiques de ces interactions.

Comme mentionné en introduction, l'annonce d'un diagnostic ou d'une péjoration oncologique concerne de nombreux secteurs hospitaliers et ne se limite pas aux services d'oncologie. Dans cette perspective, il serait pertinent de développer une brochure regroupant le modèle EPICES / SPIKES, accompagnée de recommandations de bonnes pratiques. Ce support pourrait être diffusé à l'ensemble du personnel soignant exerçant en milieu hospitalier, afin d'harmoniser les pratiques et de renforcer la qualité de l'accompagnement offert aux patients.

Concernant la formation continue post-graduation, un Certificate of Advanced Studies (CAS) en oncologie et soins palliatifs est actuellement proposé. Toutefois, ce programme n'aborde pas de manière spécifique la question de l'annonce diagnostique ou de la péjoration de la maladie. Il serait intéressant d'envisager un renforcement de cette formation par l'intégration de contenus centrés sur la prise en charge infirmière lors de l'annonce de mauvaises nouvelles et après celle-ci. Par ailleurs, l'inclusion d'un module consacré au rôle d'infirmier pivot ou navigateur, ainsi qu'aux interventions de soutien psychosocial, pourrait être une manière de mieux répondre aux besoins cliniques, émotionnels et relationnels des patients et de leurs proches.

6.3 Propositions pour la recherche

Au cours de l'élaboration de cette revue de la littérature, plusieurs pistes de recherche ont émergé. En premier lieu, il serait pertinent d'approfondir la question du niveau de preuve relativement faible des études analysées, en menant des recherches quantitatives et qualitatives de plus grande envergure. Par ailleurs, deux axes de recherche spécifiques mériteraient d'être approfondis. Le premier concerne les modalités d'annonce d'un diagnostic ou d'une péjoration oncologique dans un contexte national, voire européen ; les six études analysées dans cette revue provenant majoritairement de régions telles que l'Amérique du Sud et l'Asie, dont les contextes culturels diffèrent de celui de la Suisse. Le second axe porte sur l'évaluation de l'efficacité des formations post-graduation destinées aux infirmiers, tant pour la gestion de l'annonce de mauvaises nouvelles que pour la prise en charge psychosociale tout au long du parcours de soins. Ces recherches contribueraient à améliorer les pratiques cliniques et à mieux adapter les formations aux besoins du terrain.

7 Liste de références

- Aquil, A., Mouallif, M., & Elgot, A. (2024). Identification and management of mental health distress in Moroccan patients with cancer : Strategies adopted by oncology nurses and barriers to practice. *Cancer Reports Wiley Periodicals LLC*, 7.
<https://doi.org/10.1002/cnr2.1985>
- Archer-Nanda, E., & Dwyer, M. L. (2024). Trauma-Informed Care Addressing the Mental and Emotional Needs of Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 28(4), 372-379. <https://doi.org/10.1188/24.CJON.372-379>
- Buckman, R., Baile, W. F., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES - A Six-Step Protocol for Delivering Bad News : Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302-311.
- Centre hospitalier universitaire vaudois. (2020). *Classification TNM*. CHUV Service de chirurgie viscérale. <https://www.chuv.ch/fr/chirurgie-viscerale/chv-home/personnel-de-la-sante/classification-tnm>
- Centre hospitalier universitaire vaudois. (2024). *Les traitements du cancer*. CHUV Département d'oncologie. <https://www.chuv.ch/fr/oncologie/onc-home/patients-et-familles/la-maladie-et-ses-traitements/traitements>
- Conseil international des infirmières. (2021). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_FR_WEB.pdf
- Datatab. (2025). *Qu'est-ce que la valeur p*. <https://datatab.fr/tutorial/p-value>
- El-Akhras, A., & Bilodeau, K. (2023). L'accompagnement infirmier personnalisé aux besoins des jeunes hommes atteints d'un cancer. *Revue canadienne des soins infirmiers en oncologie*, 33(2), 231-238. <https://doi.org/10.5737/23688076332231>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche— Méthodes quantitatives et qualitatives* (4^e éd.). Chenelière Education.
www.cheneliere.ca/fortin

- Gedda, M. (2015). *Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative*. Elsevier Masson SAS.
https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utles_pour_recherche/criteres_COREQ.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
- Hôpitaux universitaires de Genève. (2025). *Annonce de mauvaise nouvelle*. HUG Hôpitaux Universitaires Genève. <https://www.hug.ch/soins-palliatifs/annonce-mauvaise-nouvelle>
- Institut National du Cancer. (2021). *Types et stades des cancers*. République Française Institut National du Cancer. <https://www.cancer.fr/toute-l-information-sur-les-cancers/comprendre-les-cancers/qu-est-ce-qu-un-cancer/types-et-stades-des-cancers>
- Loiselle, C. G., Attieh, S., Cook, E., Tardif, L., Allard, M., Rousseau, C., Doneal, T., Saha-Chaudhuri, P., & Talbot, D. (2020). L'infirmière pivot associée à une expérience de soins oncologiques positive et à une satisfaction accrue des patients. *Revue canadienne des soins infirmiers en oncologie*, 30(1), 54-60.
<https://doi.org/10.5737/236880763015460>
- Lopes Agnese, B., Queiroz Godoy Daniel, A. C., & Batista dos Santos Pedrosa, R. (2022). Communicating bad news in the practice of nursing : An integrative review. *Journal Einstein*, 20. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2022RW6632
- Moreira de Freitas, R. J., Abreu de Moura, N., Maia Feitosa, R. M., Vilani Cavalcante Guedes, M., De Freitas, M. C., De Fatima da Silva, L., & Macedo Monteiro, A. R. (2018). Nursing Process Based On The Joyce Travelbee Model. *Journal of Nursing*. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a235051p3287-3294-2018>

- Nazmiye, Y., Perihan, G., & Figen, I. (2024). The Level of Psychosocial Skills of Nurses Caring for Cancer Patients and Affecting Factors : Results of a Multicenter Study. *Psycho-Oncologie*, 18(3), 223-231. <https://doi.org/10.32604/po.2023.045294>
- Office fédéral de la santé publique. (2020). *Cancer*. Confédération suisse office fédéral de la santé publique OFSP. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/krebs.html>
- Office fédéral de la statistique. (2021). *Le cancer en Suisse, rapport 2021*. [file:///C:/Users/Emma%20Z/Downloads/1178-2100%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Emma%20Z/Downloads/1178-2100%20(2).pdf)
- Office fédéral de la statistique. (2023). *Généralités sur le cancer*. Confédération suisse office fédéral de la statistique OFS. <https://datawrapper.dwcdn.net/172bc2068d87824f2c034a195433e360/5/>
- Organisation mondiale de la santé. (2022a). *Cancer*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organisation mondiale de la santé. (2022b). *Guide d'utilisateur du TNM ESSENTIEL*. https://gicr.iarc.who.int/static/public/docs/Essential%20TNM%20Users%20Guide_Version%203_8%20sites%20_Apr%201%202022_FR.pdf
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement : An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pamplona, F. (2022, juillet 28). Analyse post-hoc : Processus et types de tests. *Mind the Graph Blog*. <https://mindthegraph.com/blog/fr/analyse-post-hoc/>
- Peter Gale, R. (2024a). *Développement et propagation du cancer*. Le MANUEL MSD Version pour professionnels de la santé. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/h%C3%A9matologie-et->

oncologie/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-des-cancers/bases-cellulaires-et-mol%C3%A9culaires-des-tumeurs-malignes

Peter Gale, R. (2024b). *Facteurs de risque de cancer*. Le MANUEL MSD Version pour professionnels de la santé.

<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/h%C3%A9matologie-et-oncologie/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-des-cancers/bases-cellulaires-et-mol%C3%A9culaires-des-tumeurs-malignes>

Peter Gale, R. (2024c). *Revue générale du traitement des cancers*. Le MANUEL MSD Version pour professionnels de la santé.

<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/h%C3%A9matologie-et-oncologie/principes-th%C3%A9rapeutiques-en-oncologie/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-du-traitement-des-cancers>

Prasad, V., Naik, P., & Ancheril, A. (2024). Efficacy of Communication Skill Training on Knowledge and Skill of Nursing Students in Conveying Diagnosis to Patients with Cancer : A Pilot Study Approach. *Journal of Health and Allied Sciences NU*, 14(02), 235-242. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1769581>

Roque, A. C., Gonçalves, I. R., & Popim, R. C. (2023). Experience of care nurses : Approaches to the principles of navigation of cancer patients. *Text & Context Nursing*, 32. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2023-0020en>

Service de la santé publique. (2024). *L'essentiel sur le droit des patients*.

<https://www.vs.ch/documents/8841577/8881879/Brochure+sur+les+droits+des+patients+2024.pdf/2aecc603-1737-3306-7652-dfd95f4b26f1?t=1727940732009>

Shelton, G. (2016). Appraising Travelbee's Human-to Human Relationship Model. *Advanced Practitioner Oncology*, 6(7), 657-661.

<https://doi.org/10.6004/jadpro.2016.7.6.7>

Société canadienne du cancer. (2024a). *Comment le cancer se forme, se développe et se propage*. Société canadienne du cancer. <https://cancer.ca/fr/cancer-information/what-is-cancer/how-cancer-starts-grows-and-spreads>

- Société canadienne du cancer. (2024b). *Qu'est-ce que le cancer?* Société canadienne du cancer. <https://cancer.ca/fr/cancer-information/what-is-cancer>
- Société suisse de médecine intensive. (2006). *Randomisée. Contrôlée. En double aveugle. Pourquoi?* Forum Med Suisse.
https://swissethics.ch/assets/Fortbildung/Publikationen/kleist_p_rand_2006_f.pdf
- Stadelmaier, N., & Duguey-Cachet, O. (2019). Relation médecin-patient au cours de l'annonce d'un cancer en radiologie. *Elsevier Masson SAS*, 29(1), 18-24.
<https://doi.org/10.1016/j.femme.2018.12.001>
- Teike Lüthi, F., Gasser, M., & Gallant, S. (2020). *L'art infirmier dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle.*
https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/cfo/documents/2020_6_annonce_mauvaises_nouvelles_Soins_Infirmiers.pdf
- Thompson, N. (2024, avril 14). What is the Spearman-Brown formula? *Assessment Systems*. <https://assess.com/spearman-brown-prediction-formula/>
- Trochet, C. (2023). Les outils infirmiers dans l'annonce diagnostique d'une mauvaise nouvelle. *Elsevier Masson SAS*, 72(295), 47-48.
<https://doi.org/10.1016/j.revinf.2023.09.014>
- Wonsun, K., Chanam Shin, Linda Larkey, Soojung Jo, & Dara James. (2022). Supportive Care Needs : Perspectives of Cancer Patients and Healthcare Providers. *Clinical Nursing Research*, 31(6), 1033-1041. <https://doi.org/10.1177/10547738211045226>
- Zemmal, Y., & Zerougui, Z. E. (2021). *Etude des facteurs de risque du cancer de la prostate.* <https://bucket.theses-algerie.com/files/repositories-dz/2146539141429924.pdf>

8 Annexes

Annexe I : Tableau de classification TNM

Code	Dénomination	Description détaillée
T	Tumeur primitive	Évalue la taille de la tumeur et son extension locale au sein de l'organe d'origine ou vers les structures adjacentes
T0	Absence de tumeur décelable	Aucun signe clinique ou radiologique de tumeur primitive
Tis	Carcinome in situ	Présence de cellules cancéreuses confinées à l'épithélium, sans invasion du tissu conjonctif sous-jacent
T1	Tumeur de petite taille	Tumeur limitée à l'organe d'origine, sans extension significative vers les structures voisines
T2	Tumeur de taille moyenne	Tumeur plus volumineuse ou avec un début d'extension locale, sans envahissement majeur
T3	Tumeur localement avancée	Tumeur de grande taille ou envahissant les tissus adjacents
T4	Tumeur envahissante	Invasion directe d'organes ou de structures voisines
N	Atteinte ganglionnaire régionale	Analyse la présence de cellules tumorales dans les ganglions lymphatiques régionaux, c'est-à-dire situés à proximité de la tumeur primaire
N0	Absence d'envahissement ganglionnaire	Aucun ganglion lymphatique régional ne présente de métastase
N1	Atteinte ganglionnaire limitée	Métastase(s) dans un petit nombre de ganglions lymphatiques régionaux proches de la tumeur
N2	Atteinte ganglionnaire modérée	Métastases dans plusieurs ganglions, parfois fixés ou plus éloignés, mais toujours régionaux
N3	Atteinte ganglionnaire étendue	Envahissement massif ou présence de ganglions pathologiques dans des régions plus distantes ou non-contiguës au site primaire
M	Métastases distance à	Évalue la présence de métastases dans les organes éloignés, traduisant une dissémination systémique de la maladie cancéreuse
M0	Absence de métastase	Aucun signe clinique ou radiologique de propagation à distance
M1	Présence de métastase(s)	Confirmation d'une ou plusieurs localisations secondaires à distance

(CHUV, 2020; Zemmal & Zerougui, 2021)

Annexe II : Tableau des mots-clés et descripteurs

Concept	Mots-clés français	Mots-clés anglais	Mesh (PubMed)	Cinahl headings (CINAHL)	Emtree (Embase)
Nursing interventions	Intervention infirmière Acte infirmier Soins infirmiers Protocole infirmier Pratique infirmière	Nurse intervent* OR Nurse act* OR "Nurse care" OR "Nursing care" OR "Nurse protocol" OR "Nursing protocol" OR Nurse pract*	"Nursing care"[Mesh] "Care given to patients by nursing service personnel "[Mesh] "Nursing Assessment"[Mesh] "Advanced practice nursing" [Mesh]	MH "Nursing interventions" MH "Nurse Practice Acts" MH "Nursing Care" MH "Nursing Protocols" MH "Practical Nursing"	'Nurse manager'/exp 'Nurse'/exp 'Protocol'/exp
Oncology	Oncologie Cancer Soins du cancer Gestion du cancer Pratique en matière de cancer	Oncolog* OR Cancer* OR "Cancer care" OR "Cancer manag*" OR Cancer pract*	"Neoplasms"[Mesh] "Neoplasia"[Mesh] "Neoplasias"[Mesh] "Tumor"[Mesh] "Tumors" [Mesh] "Hopsital" [Mesh] "Oncology nursing" [Mesh]	MH "Oncology" MH "Oncology Nurses" MH "Oncology Nursing" MH "Oncology Nurse Pratictioners" MH "Cancer Patients" MH "Cancer Care Facilities" MH "Oncologic care"	'Neoplasm'/exp 'Cancer center'/exp 'Oncology ward'/exp
Patient support	Soutien aux patients Aide aux patients Assistance aux Patients Guide des patients Ressources des patients	Patient support* OR Patient assist* OR "Patient advocac*" OR "Patient aid" OR "Patient guid*" OR Patient ressource*	"Patient-centered care"[Mesh] "Patient care" [Mesh] "Patient escort service" [Mesh]	MH "Cancer Patients"	'Cancer patient'/exp 'Hospital patient'/exp 'Patient centered care'/exp 'Patient centered communication'/exp
Breaking bad news	Annonce Information Rapporter Révéler Communiquer Mauvaises nouvelles	"Annouc*" OR "Inform*" OR "Report" OR "Revelat" OR "Communic*"	"Information disclosure" [Mesh] "Truth disclosure" [Mesh] "Health information system" [Mesh] "Langage art" [Mesh] "Diagnosis" [Mesh]	MH "Health Information" MH "Information Needs" MH "Communication" MH "Communication Protocols" MH "Communication Skills" MH "Diagnosis" MH "Clinical Deterioration"	'Access to information'/exp 'Communication skill'/exp 'Cancer diagnosis'/exp

Annexe III : Equations de recherche détaillées - CINAHL

	Equations de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
S1	TI (Nurse intervent* OR Nurse act* OR "Nurse care" OR "Nursing care" OR Nurse protocol* OR Nursing protocol* OR Nurse pract*) OR AB (Nurse intervent* OR Nurse act* OR "Nurse care" OR "Nursing care" OR Nurse protocol* OR Nursing protocol* OR Nurse pract*)	176'790	
S2	TI (Oncolog* OR Cancer* OR "Cancer care" OR Cancer manag* OR Cancer pract*) OR AB (Oncolog* OR Cancer* OR Cancer care* OR Cancer manag* OR Cancer pract*)	566'038	
S3	TI (Patient support* OR Patient assist* OR Patient advocac* OR "Patient aid" OR Patient guid* OR Patient ressource*) OR AB (Patient support* OR Patient assist* OR Patient advocac* OR "Patient aid" OR Patient guid* OR Patient ressource*)	260'840	
S4	TI (Annouc* OR Inform* OR "Report" OR "Revelat" OR Communic*) OR AB (Annouc* OR Inform* OR "Report" OR "Revelat" OR Communic*)	538'381	
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4 : TI (Nurse intervent* OR Nurse act* OR "Nurse care" OR "Nursing care" OR Nurse protocol* OR Nursing protocol* OR Nurse pract*) OR AB (Nurse intervent* OR Nurse act* OR "Nurse care" OR "Nursing care" OR Nurse protocol* OR Nursing protocol* OR Nurse pract*) AND TI (Oncolog* OR Cancer* OR "Cancer care" OR Cancer manag* OR Cancer pract*) OR AB (Oncolog* OR Cancer* OR Cancer care* OR Cancer manag* OR Cancer pract*) AND TI (Patient support* OR Patient assist* OR Patient advocac* OR "Patient aid" OR Patient guid* OR Patient ressource*) OR AB (Patient support* OR Patient assist* OR Patient advocac* OR "Patient aid" OR Patient guid* OR Patient ressource*) AND TI (Annouc* OR Inform* OR "Report" OR "Revelat" OR "Communic") OR AB (Annouc* OR Inform* OR "Report" OR "Revelat" OR Communic*)	821	
S6	((MH "Nursing Interventions") OR (MH "Nurse Practice Acts") OR (MH "Nursing Care+") OR (MH "Nursing Protocols+") OR (MH "Practical Nurses"))	342'319	

S7	((MH "Oncology+") OR (MH "Oncology Nursing+") OR (MH "Oncology Nurses+") OR (MH "Oncology Nurse Practitioners") OR (MH "Cancer Patients") OR (MH "Cancer Care Facilities") OR (MH "Oncologic Care+"))	98'868	
S8	(MH "Cancer Patients")	55'929	
S9	((MH "Diagnosis+") OR (MH "Clinical Deterioration") OR (MH "Health Information+") OR (MH "Information Needs") OR (MH "Communication+") OR (MH "Communication Protocols+") OR (MH "Communication Skills"))	2'588'906	
S10	S1 OR S6 : TI (Nurse intervent* OR Nurse act* OR "Nurse care" OR "Nursing care" OR Nurse protocol* OR Nursing protocol* OR Nurse pract*) OR AB (Nurse intervent* OR Nurse act* OR "Nurse care" OR "Nursing care" OR Nurse protocol* OR Nursing protocol* OR Nurse pract*) OR ((MH "Nursing Interventions") OR (MH "Nurse Practice Acts") OR (MH "Nursing Care+") OR (MH "Nursing Protocols+") OR (MH "Practical Nurses"))	342'323	
S11	S2 OR S7 : TI (Oncolog* OR Cancer* OR Cancer care* OR Cancer manag* OR Cancer pract*) OR AB (Oncolog* OR Cancer* OR Cancer care* OR Cancer manag* OR Cancer pract*) OR ((MH "Oncology+") OR (MH "Oncology Nursing+") OR (MH "Oncology Nurses+") OR (MH "Oncology Nurse Practitioners") OR (MH "Cancer Patients") OR (MH "Cancer Care Facilities") OR (MH "Oncologic Care+"))	592'295	
S12	S3 OR S8 : TI (Patient support* OR Patient assist* OR Patient advocac* OR "Patient aid" OR Patient guid* OR Patient ressource*) OR AB (Patient support* OR Patient assist* OR "Patient aid" OR Patient advocac* OR "Patient aid" OR Patient guid* OR Patient ressource*) OR ((MH "Cancer Patients"))	308'627	
S13	S4 OR S9 : TI (Annouc* OR Inform* OR "Report" OR "Revelat" OR Communic*) OR AB (Annouc* OR Inform* OR "Report" OR "Revelat" OR Communic*) OR ((MH "Diagnosis+") OR (MH "Clinical Deterioration") OR (MH "Health Information+") OR (MH "Information Needs") OR (MH "Communication+") OR (MH "Communication Protocols+") OR (MH "Communication Skills"))	2'895'414	

S14	S10 AND S11 AND S12 AND S13 : TI (Nurse intervent* OR Nurse act* OR "Nurse care" OR "Nursing care" OR Nurse protocol* OR Nursing protocol* OR Nurse pract*) OR AB (Nurse intervent* OR Nurse act* OR "Nurse care" OR "Nursing care" OR Nurse protocol* OR Nursing protocol* OR Nurse pract*) OR ((MH "Nursing Interventions") OR (MH "Nurse Practice Acts") OR (MH "Nursing Care+") OR (MH "Nursing Protocols+") OR (MH "Practical Nurses")) AND TI (Oncolog* OR Cancer* OR Cancer care* OR Cancer manag* OR Cancer pract*) OR AB (Oncolog* OR Cancer* OR Cancer care* OR Cancer manag* OR Cancer pract*) OR ((MH "Oncology+") OR (MH "Oncology Nursing+") OR (MH "Oncology Nurses+") OR (MH "Oncology Nurse Practitioners") OR (MH "Cancer Patients") OR (MH "Cancer Care Facilities") OR (MH "Oncologic Care+")) AND TI (Patient support* OR Patient assist* OR Patient advocac* OR "Patient aid" OR Patient guid* OR Patient ressourc*) OR AB (Patient support* OR Patient assist* OR Patient advocac* OR "Patient aid" OR Patient guid* OR Patient ressourc*) OR ((MH "Cancer Patients")) AND TI (Annouc* OR Inform* OR "Report" OR "Revelat" OR Communic*) OR AB (Annouc* OR Inform* OR "Report" OR "Revelat" OR Communic*) OR ((MH "Diagnosis+") OR (MH "Clinical Deterioration") OR (MH "Health Information+") OR (MH "Information Needs") OR (MH "Communication+") OR (MH "Communication Protocols+") OR (MH "Communication Skills"))	2'436	
S15	Ajout du filtre "adulte" Ajout du filtre "2019-2025"	272	10

Annexe IV : Equations de recherche détaillées - Medline (PubMed)

	Equations de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
S1	(Nurse intervent*[Title/Abstract] OR Nurse act*[Title/Abstract] OR "Nurse care"[Title/Abstract] OR "Nursing care"[Title/Abstract] OR Nurse protocol*[Title/Abstract] OR Nursing protocol*[Title/Abstract] OR Nurse pract*[Title/Abstract])	16'107	
S2	(Oncolog*[Title/Abstract] OR Cancer*[Title/Abstract] OR "Cancer care*[Title/Abstract] OR Cancer manag*[Title/Abstract] OR Cancer pract*[Title/Abstract])	7'487	

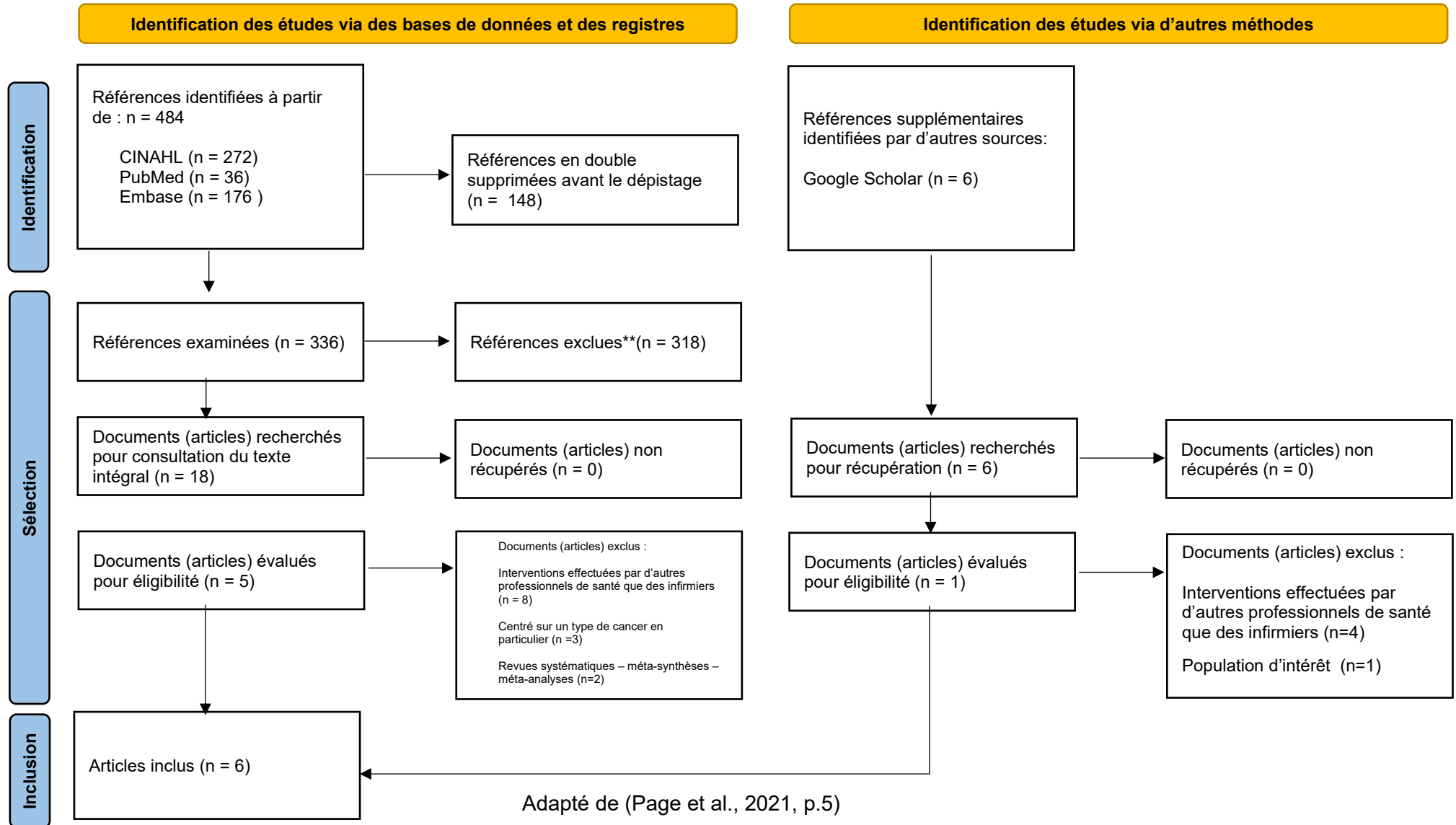
S3	S1 AND S2 : (Nurse intervent*[Title/Abstract] OR Nurse act*[Title/Abstract] OR "Nurse care"[Title/Abstract] OR "Nursing care"[Title/Abstract] OR Nurse protocol*[Title/Abstract] OR Nursing protocol*[Title/Abstract] OR Nurse pract*[Title/Abstract]) AND (Oncolog*[Title/Abstract] OR Cancer*[Title/Abstract] OR "Cancer care"[Title/Abstract] OR Cancer manag*[Title/Abstract] OR Cancer pract*[Title/Abstract])	9	
S4	((("Nursing Care"[Mesh]) OR ("Nursing"[Mesh]) OR ("Nursing") [Subheading]) OR ("Patient Care Planning"[Mesh]) OR ("Nursing Assessment"[Mesh]))	458'987	
S5	((("Neoplasms"[Mesh]) OR ("Oncology Nursing"[Mesh]) OR ("Oncology Service, Hospital"[Mesh]))	4'046'246	
S6	S1 OR S4 : (Nurse intervent*[Title/Abstract] OR Nurse act*[Title/Abstract] OR "Nurse care"[Title/Abstract] OR "Nursing care"[Title/Abstract] OR (Nurse protocol*[Title/Abstract] OR Nursing protocol*[Title/Abstract] OR Nurse pract*[Title/Abstract]) OR (("Nursing Care"[Mesh]) OR ("Nursing"[Mesh]) OR ("Nursing" [Subheading]) OR ("Patient Care Planning"[Mesh]) OR ("Nursing Assessment"[Mesh]))	470'011	
S7	S2 OR S5 : (Oncolog*[Title/Abstract] OR Cancer*[Title/Abstract] OR Cancer care*[Title/Abstract] OR Cancer manag*[Title/Abstract] OR Cancer pract*[Title/Abstract]) OR ((("Neoplasms"[Mesh]) OR ("Oncology Nursing"[Mesh]) OR ("Oncology Service, Hospital"[Mesh]))	4'048'243	
S8	S6 AND S7 : (Nurse intervent*[Title/Abstract] OR Nurse act*[Title/Abstract] OR "Nurse care"[Title/Abstract] OR "Nursing care"[Title/Abstract] OR Nurse protocol*[Title/Abstract] OR Nursing protocol*[Title/Abstract] OR Nurse pract*[Title/Abstract] OR ((("Nursing Care"[Mesh]) OR ("Nursing"[Mesh]) OR ("Nursing" [Subheading]) OR ("Patient Care Planning"[Mesh]) OR ("Nursing Assessment"[Mesh])) AND (Oncolog*[Title/Abstract] OR Cancer*[Title/Abstract] OR Cancer care*[Title/Abstract] OR Cancer manag*[Title/Abstract] OR Cancer pract*[Title/Abstract]) OR ((("Neoplasms"[Mesh]) OR ("Oncology Nursing"[Mesh]) OR ("Oncology Service, Hospital"[Mesh]))	30'155	
S9	Ajout du filtre : « adults 19-44 years » Ajout du filtre : « 2019-2025 »	36	3

Annexe V : Equations de recherche détaillées - Embase

	Equations de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
S1	(nurse intervent*:ab,ti OR nurse act*:ab,ti OR 'nurse care':ab,ti OR 'nursing care':ab,ti OR nurse protocol*:ab,ti OR nursing protocol*:ab,ti OR nurse pract*:ab,ti)	58'231	
S2	(oncolog*:ab,ti OR cancer*:ab,ti OR cancer care*:ab,ti OR cancer manag*:ab,ti OR cancer pract*:ab,ti)	3'621'986	
S3	(patient support*:ab,ti OR patient assist*:ab,ti OR patient advocac*:ab,ti OR 'patient aid':ab,ti OR patient guid*:ab,ti OR patient ressourc*:ab,ti)	9'901	
S4	(annouc*:ab,ti OR inform*:ab,ti OR 'report':ab,ti OR 'revelat':ab,ti OR communic*:ab,ti)	5'367'749	
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4 : (nurse intervent*:ab,ti OR nurse act*:ab,ti OR 'nurse care':ab,ti OR 'nursing care':ab,ti OR nurse protocol*:ab,ti OR nursing protocol*:ab,ti OR nurse pract*:ab,ti) AND (oncolog*:ab,ti OR cancer*:ab,ti OR cancer care*:ab,ti OR cancer manag*:ab,ti OR cancer pract*:ab,ti) AND (patient support*:ab,ti OR patient assist*:ab,ti OR patient advocac*:ab,ti OR 'patient aid':ab,ti OR patient guid*:ab,ti OR patient ressourc*:ab,ti) AND (annouc*:ab,ti OR inform*:ab,ti OR 'report':ab,ti OR 'revelat':ab,ti OR communic*:ab,ti)	1'910	
S6	((nurse manager'/exp) OR ('nurse'/exp) OR ('protocol'/exp))	403'210	
S7	((neoplasm'/exp) OR ('malignant neoplasm'/exp) OR ('oncology nursing'/exp) OR ('oncology care model'/exp))	6'486'227	
S8	((cancer patient'/exp) OR ('hospital patient'/exp) OR ('hospital patients'/exp) OR ('patient centered communication'/exp))	985'542	
S9	((access to information'/exp) OR ('communication skill'/exp) OR ('communication skills'/exp) OR ('cancer diagnosis'/exp))	912'297	

S10	S1 OR S6 : (nurse intervent*:ab,ti OR nurse act*:ab,ti OR 'nurse care':ab,ti OR 'nursing care':ab,ti OR nurse protocol*:ab,ti OR nursing protocol*:ab,ti OR nurse pract*:ab,ti) OR (('nurse manager'/exp) OR ('nurse'/exp) OR ('protocol'/exp))	438'595	
S11	S2 OR S7 : (oncolog*:ab,ti OR cancer*:ab,ti OR cancer care*:ab,ti OR cancer manag*:ab,ti OR cancer pract*:ab,ti) OR (('neoplasm'/exp) OR ('malignant neoplasm'/exp) OR ('oncology nursing'/exp) OR ('oncology care model'/exp))	7'084'996	
S12	S3 OR S8 : (patient support*:ab,ti OR patient assist*:ab,ti OR patient advocac*:ab,ti OR 'patient aid':ab,ti OR patient guid*:ab,ti OR patient ressourc*:ab,ti) OR (('cancer patient'/exp) OR ('hospital patient'/exp) OR ('hospital patients'/exp) OR ('patient centered communication'/exp))	994'223	
S13	S4 OR S9 : (annouc*:ab,ti OR inform*:ab,ti OR 'report':ab,ti OR 'revelat':ab,ti OR communic*:ab,ti) OR (('access to information'/exp) OR ('communication skill'/exp) OR ('communication skills'/exp) OR ('cancer diagnosis'/exp))	6'115'326	
S14	S10 AND S11 AND S12 AND S13 : (nurse intervent*:ab,ti OR nurse act*:ab,ti OR 'nurse care':ab,ti OR 'nursing care':ab,ti OR nurse protocol*:ab,ti OR nursing protocol*:ab,ti OR nurse pract*:ab,ti) OR (('nurse manager'/exp) OR ('nurse'/exp) OR ('protocol'/exp)) AND (oncolog*:ab,ti OR cancer*:ab,ti OR cancer care*:ab,ti OR cancer manag*:ab,ti OR cancer pract*:ab,ti) OR (('neoplasm'/exp) OR ('malignant neoplasm'/exp) OR ('oncology nursing'/exp) OR ('oncology care model'/exp)) AND (patient support*:ab,ti OR patient assist*:ab,ti OR patient advocac*:ab,ti OR 'patient aid':ab,ti OR patient guid*:ab,ti OR patient ressourc*:ab,ti) OR (('cancer patient'/exp) OR ('hospital patient'/exp) OR ('hospital patients'/exp) OR ('patient centered communication'/exp)) AND (annouc*:ab,ti OR inform*:ab,ti OR 'report':ab,ti OR 'revelat':ab,ti OR communic*:ab,ti) OR (('access to information'/exp) OR ('communication skill'/exp) OR ('communication skills'/exp) OR ('cancer diagnosis'/exp))	6'696	
S15	Ajout du filtre : « 2019-2024 » Ajout du filtre : « adult (18-64 years) »	176	5

Annexe VI : Diagramme de flux PRISMA 2020



Annexe VII : Tableaux de recension des études

Prasad, V., Naik, P., & Ancheril, A. (2024). Efficacy of Communication Skill Training on Knowledge and Skill of Nursing Students in Conveying Diagnosis to Patients with Cancer: A Pilot Study Approach. *Journal of Health and Allied Sciences NU*, 14(02), 235-242. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1769581>

Design	But(s), objectif(s)	Pays et milieu clinique	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Principaux résultats
<p>Étude quantitative (non-disciplinaire) quasi-expérimentale (pré-test et post-test)</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>C3 (selon le tableau des grades de recommandation et des niveaux de preuve)</p> <p>Paradigme</p> <p>Post-positiviste</p> <p>Variables</p> <p>Les connaissances initiales des étudiants</p> <p>Expérience personnelle face au cancer</p> <p>Forces et limites de l'étude</p> <p>Limite : faible nombre d'étudiants infirmiers de sexe masculin et la taille d'échantillon réduite</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>Une mise en situation d'annonce de la mauvaise nouvelle peut augmenter le niveau de compétence de communication des étudiants infirmiers.</p>	<p>Évaluer l'efficacité de la formation aux compétences de communication sur les connaissances et les compétences des étudiants en soins infirmiers afin de transmettre le diagnostic aux patients atteints de cancer</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>La question de recherche est sous-entendue : « Chez les étudiants en troisième année en sciences infirmières, une formation aux compétences en communication améliore-t-elle leurs connaissances et compétences pour transmettre une mauvaise nouvelle aux patients atteints de cancer comparé aux étudiants ne suivant pas de formation dans ce domaine ? »</p>	<p>2 collèges de sciences infirmières à Mangaluru (Inde)</p> <p>Échantillon</p> <p>32 étudiants (16 dans le groupe d'intervention et 16 dans le groupe témoin) en sciences infirmières en 3^{ème} année</p> <p>Echantillonnage</p> <p>Échantillonnage intentionnel non-probabiliste</p> <p>Considérations éthiques</p> <p>Avant la collecte de données, l'approbation du comité d'examen scientifique et du comité d'éthique institutionnel ont été obtenues. Le consentement éclairé et écrit des participants a aussi été obtenu après l'explication en détail du projet par les chercheurs.</p>	<p>Il n'y pas de cadre théorique particulier dans cette étude.</p> <p>Mots-clés : efficacité, formation de compétences en communication, étudiants en soins infirmiers, transmission du diagnostic, patients atteints de cancer</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Les étudiants en soins infirmiers en 3^{ème} année de licence en sciences infirmières et souhaitant participer à l'étude</p> <p>Les étudiants en soins infirmiers ayant des postes cliniques dans un hôpital universitaire de médecine à Mangaluru</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>Les étudiants en soins infirmiers ayant déjà reçu une formation ou un séminaire sur les compétences en communication lors d'annonce d'un diagnostic oncologique</p>	<p>Une étude quasi-expérimentale avec un pré-test sur les connaissances de base (30 questions), un barème d'évaluation des mauvaises nouvelles composé de 23 énoncés et un post-test ont été proposés au groupe témoin.</p> <p>Méthode à l'aveugle</p> <p>Instruments utilisés</p> <p>Formulaire de base, un questionnaire de connaissances auto-administré et un barème d'évaluation des mauvaises nouvelles</p> <p>Pour le barème d'évaluation, l'échelle d'évaluation standardisée développer par Miller et al. a été utilisée ainsi que l'alpha de Cronbach afin de tester la fiabilité ($r = 0.93$).</p> <p>Le coefficient de corrélation de Pearson et la formule de prophétie de Spearman ont été utilisés pour tester la fiabilité du questionnaire initial.</p>	<p>Des tests t, ANOVA à mesures répétées et le test post hoc (Bonferroni) ont été utilisés pour évaluer les effets des interventions sur les scores de compétences et de connaissances des participants.</p> <p>Une différence significative ($p < 0.05$) a été trouvée entre les scores de pré-test et de post-tests.</p> <p>Logiciels</p> <p>Il n'y a pas de logiciel spécifique pour l'analyse des données de cette étude.</p>	<p>Une amélioration significative des connaissances et des compétences après la formation a été observée. En effet, les scores moyens de connaissance des étudiants du groupe d'intervention sont passés de 14.19 ± 2.46 en pré-test à 24.19 ± 2.26 en post-test ($t = 17.11$, $p = 0.000$), tandis que celui du groupe témoin est resté stable ($t = 1.14$, $p = 0.27$). Concernant les compétences en communication, une progression marquée a été relevée : le score global moyen des étudiants du groupe d'intervention a augmenté de 30.88 ± 3.58 à 86.69 ± 6.97 après la formation, contre une stagnation dans le groupe témoin (31.00 ± 7.29 à 30.56 ± 5.49). De plus, une différence significative entre les groupes a été constatée en ce qui concerne les compétences en communication et la transmission du diagnostic ($t = 35.9$, $p = 0.000$). La formation, qui combinait des sessions théoriques et pratiques basées sur le modèle SPIKES, s'est révélée très efficace pour préparer les étudiants à annoncer des diagnostics difficiles aux patients atteints de cancer.</p> <p>Conclusions</p> <p>Une formation aux compétences en communication est un moyen efficace afin d'améliorer les connaissances et les compétences des étudiants infirmiers (Bachelor). La mise en œuvre de modules de formation pourrait amener à une amélioration des compétences en communication et donc de la qualité des soins aux patients atteints de cancer.</p>

Nazmiye, Y., Perihan, G., & Figen, I. (2024). The Level of Psychosocial Skills of Nurses Caring for Cancer Patients and Affecting Factors : Results of a Multicenter Study. *Psycho-Oncologie*, 18(3), 223-231. <https://doi.org/10.32604/po.2023.045294>

Design	But(s), objectif(s)	Pays et milieu clinique	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Principaux résultats
<p>Etude quantitative transversale multicentrique (étude disciplinaire)</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>C4 (selon le tableau des grades de recommandation et des niveaux de preuve)</p> <p>Paradigme</p> <p>Post-positivisme</p> <p>Variables</p> <p>Niveaux de compétences des infirmiers en soins psychosociaux</p> <p>Facteurs influençant les compétences en soins psychosociaux des infirmiers</p>	<p>Evaluer les niveaux de compétences psychosociales des infirmiers et les facteurs influençant leur pratique auprès de patients atteints de cancer</p> <p>Question(s) de recherche (sous-entendue)</p> <p>« Quel est le niveau de compétences des infirmiers en soins psychosociaux, et quels facteurs influencent leur pratique auprès de patients atteints de cancer ? ».</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>La qualité de vie professionnelle, certaines caractéristiques démographiques (âge, genre) et certaines caractéristiques professionnelles (expériences, formations) peuvent influencer le niveau de compétences psychosociales des infirmiers.</p>	<p>32 hôpitaux de 12 régions géographiques de Turquie.</p> <p>Échantillon 1189 infirmières fournissant des soins directs à des patients adultes atteints de cancer.</p> <p>Echantillonnage</p> <p>Echantillonnage stratifié (probabiliste) : sélection des hôpitaux.</p> <p>Echantillonnage de convenance (non-probabiliste) : sélection des participants.</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Infirmiers fournissant des soins directs aux patients adultes atteints de cancer hospitalisés et ambulatoires, quelle que soit leur ancienneté</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p>	<p>Il n'y pas de cadre théorique particulier dans cette étude.</p> <p>Mots-clés : Compétences en communication, Compétences psychosociales, Satisfaction de la compassion, Cancer, Soins infirmiers</p> <p>Considérations éthiques</p> <p>L'approbation de cette étude a été obtenue auprès du Comité d'éthique de l'Université Koç, et l'autorisation écrite des institutions participantes ainsi que le consentement éclairé écrit des participants ont été obtenus.</p> <p>Forces et limites de l'étude</p> <p>Forces : étude menée auprès d'un large échantillon – boîte pour réceptionner les questionnaires (possibilité de le faire pendant son « shift »)</p> <p>Limites : absence de consensus sur les compétences psychosociales – Les participants peuvent avoir surestimé ou sous-estimé leurs compétences en matière de soins psychosociaux.</p>	<p>Un infirmier par hôpital a été désigné comme coordinateur de l'étude. Les questionnaires ont été remis à l'infirmier coordinateur de chaque hôpital par voie postale. Les questionnaires, référencés de manière anonyme, ont été remis dans une boîte fermée et récupérée par l'infirmier coordinateur, qui a ensuite envoyés les résultats de l'enquête recueillis au chercheur responsable par cargo. La collecte de données a été effectuée entre avril et août 2017.</p> <p>Instruments utilisés</p> <p>Le questionnaire : 4 questions sur les caractéristiques démographiques, 6 questions sur les caractéristiques professionnelles et 4 autres questions.</p> <p>Le formulaire de compétences psychosociales : Valeur alpha de Cronbach = 0.939. Résultats sous la forme d'une échelle de Likert à 4 niveaux.</p> <p>L'échelle de qualité de vie professionnelle (ProQOL) : Elle contient 3 sous-échelles : la satisfaction de compassion, l'épuisement professionnel et la fatigue de compassion. Valeur alpha de Cronbach = 0.792. Réponses sous la forme d'une échelle de Likert à 5 niveaux.</p>	<p>Pour les statistiques descriptives, les nombres, les pourcentages, les moyennes, les écart-types ou les scores minimum et maximum ont été utilisés selon le type de données. Les valeurs ressorties suivaient une courbe normale. Le test T Student et le test de corrélation de Pearson ont été utilisés pour examiner les facteurs affectant le niveau de chaque compétence. Le niveau alpha de signification dans toutes les analyses a été déterminé comme étant $p < 0.05$.</p> <p>Logiciels</p> <p>Programme SPSS pour Windows</p>	<p>Le niveau de compétences psychosociales variait entre $2,72 \pm 0,98$ et $2,47 \pm 0,89$, avec une empathie plus développée et une capacité plus faible à mobiliser le soutien social. Les compétences en communication, comme l'écoute active ($2,64 \pm 1,00$), la réponse empathique ($2,72 \pm 0,98$) et la capacité à fournir des informations ($2,65 \pm 0,95$) étaient mieux maîtrisées que l'activation des systèmes de soutien social ($2,47 \pm 0,89$), le toucher thérapeutique ($2,48 \pm 0,90$) et le développement de stratégies d'adaptation ($2,53 \pm 0,90$). Une faible corrélation positive, comprise entre 0,023 et 0,082, a été observée entre l'expérience avec des patients oncologiques et le niveau de compétences ($p < 0.05$).</p> <p>Conclusions</p> <p>Cette étude souligne l'importance des soins psychosociaux lors de la prise en charge des patients dans un contexte oncologique et la nécessité de renforcer certaines compétences infirmières, comme le soutien social, le toucher thérapeutique, l'usage de questions ouvertes et les stratégies d'adaptation.</p>

Wonsun, K., Chanam Shin, Linda Larkey, Soojung Jo, & Dara James. (2022). Supportive Care Needs : Perspectives of Cancer Patients and Healthcare Providers. *Clinical Nursing Research*, 31(6), 1033-1041. <https://doi.org/10.1177/10547738211045226>

Design	But(s), objectif(s)	Pays et milieu clinique	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Principaux résultats
<p>Étude qualitative descriptive (étude disciplinaire)</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>C4 (selon le tableau des grades de recommandation et des niveaux de preuve)</p> <p>Paradigme</p> <p>Constructiviste</p> <p>Phénomène à l'étude</p> <p>Les besoins de soins de soutien des patients atteints de cancer</p>	<p>Décrire les besoins en soins de support pour les patients atteints de cancer du point de vue des patients et des infirmiers et voir si les perceptions sont similaires ou différentes</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>« Quelles sont les thématiques qui ont le plus d'impact chez les patients et les soignants par rapport aux soins de soutien du patient atteint de cancer ? ».</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>Il n'y a pas d'hypothèse mentionnée.</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Diagnostiqués avec une forme quelconque de cancer Recevant actuellement un traitement contre le cancer ou ayant terminé le traitement dans les 6 mois Capables de parler, de lire et d'écrire en anglais</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>Patients souffrant de troubles cognitifs</p>	<p>États-Unis (région de Phoenix, Arizona)</p> <p>Unité de soins ambulatoires d'un centre de cancérologie</p> <p>Échantillon</p> <p>Échantillon de 15 personnes (8 patients et 7 prestataires de soins)</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Échantillonnage de convenance non-probabiliste</p> <p>Forces et limites de l'étude</p> <p>La principale force de l'étude est que 4 sur 7 des soignants interviewés sont des infirmiers ce qui montre que l'énoncé de la part des soignants est majoritairement une vision infirmière.</p> <p>La limite concerne l'échantillon de patient issu uniquement d'un seul centre de soins.</p>	<p>Il n'y pas de cadre théorique particulier dans cette étude.</p> <p>Mots-clés : patients atteints de cancer, besoin en soins de soutien</p> <p>Considérations éthiques</p> <p>Approuvé par les comités d'examen institutionnel d'un centre de cancérologie et d'une université partenaire de la région métropolitaine de Phoenix.</p> <p>Les participants ont rempli un formulaire de consentement.</p>	<p>Entretien semi-structuré (en présentiel ou au téléphone)</p> <p>Question d'ouverture : « Pourriez-vous partager votre expérience des soins de soutien en tant que patient atteint de cancer ? » suivie de 13 questions de relance pour les patients et 6 pour les soignants</p> <p>Durée : 60 à 90 minutes par entretien</p> <p>Instruments utilisés</p> <p>Guide d'entretien pour le suivi des questions</p> <p>De quoi enregistrer et retranscrire les entretiens</p>	<p>Les rapports de données ont été réalisés par l'équipe de recherche en utilisant l'analyse thématique comme technique d'analyse. Un codage ligne par ligne avec l'élaboration d'un livre de codes basé sur le tri et la synthèse des codes en catégories et thèmes majeurs a été effectué. Le codage a été effectué individuellement et manuellement par les chercheurs puis chaque thème émergent a été comparé. La collecte de données a été stoppée lorsque la saturation a été atteinte et que donc aucun nouveau thème ou code n'est apparu.</p> <p>Des séances de débriefing entre les pairs avec les chercheurs ont été organisées afin de garantir la rigueur et la transparence du processus de codage et la fiabilité de l'analyse.</p> <p>Logiciels</p> <p>Il n'y a pas de logiciel spécifique pour cette étude.</p>	<p>L'analyse des données a révélé quatre thèmes principaux concernant les besoins en soins de support du point de vue des patients et des professionnels de santé : (1) l'accès à l'information et aux ressources, (2) l'importance des groupes de soutien par les pairs, (3) le soutien apporté aux aidants, et (4) la personnalisation des soins.</p> <p>Conclusions</p> <p>Il est important d'intégrer des soins de soutien dans les soins contre le cancer. Les infirmiers et autres professionnels de santé doivent donc évaluer et identifier continuellement les besoins et les priorités de chaque patient. Le fait de travailler main dans la main apporte des soins de soutien de meilleure qualité, complets et bien coordonnés. Tout cela permet donc de maximiser la qualité des soins contre le cancer.</p>

Roque, A. C., Gonçalves, I. R., & Popim, R. C. (2023). Experience of care nurses : Approaches to the principles of navigation of cancer patients. *Text & Context Nursing*, 32. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2023-0020en>

Design	But(s), objectif(s)	Pays et milieu clinique	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Principaux résultats
<p>Étude qualitative descriptive (étude disciplinaire)</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>C4 (selon le tableau des grades de recommandation et des niveaux de preuve)</p> <p>Paradigme</p> <p>Constructiviste</p> <p>Phénomène à l'étude</p> <p>Analyse de l'expérience de l'accompagnement des patients atteints de cancer selon la théorie de Freeman</p>	<p>Comprendre les expériences des infirmiers aidant les patients atteints de cancer selon les principes de navigation d'Harold Freeman</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>La question de recherche est « Comment les infirmiers cliniciens peuvent-ils contribuer au parcours thérapeutique des patients atteints de cancer ? ».</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>Il n'y a pas d'hypothèse mentionnée.</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Tous les infirmiers ayant travaillé directement avec des patients oncologiques de l'hôpital étudié</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>-</p>	<p>Hôpital public axé sur l'enseignement et la recherche de l'État de São Paulo, Brazil</p> <p>Échantillon</p> <p>6 infirmiers (entre 35 et 45 ans) travaillant directement dans les soins de santé aux patients de cancer (ancienneté entre 11 et 21 ans)</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Échantillonnage de convenance non-probabiliste</p> <p>Forces et limites de l'étude</p> <p>Limites : la diversité des niveaux de formations des infirmiers – expérience professionnelle des infirmiers allant de 6 à 16 ans (diversité)</p>	<p>Le modèle d'Harold Freeman décrivant les 9 principes (être un modèle de soins fluide et doux, facilité l'accès aux soins, établir une relation étroite soignant-soigné, distinguer les différentes tâches et professionnelles, effectuer les tâches selon les compétences, déterminer les processus a effectué, être claire sur tout le parcours patient, être un facilitateur dans la connexion des systèmes de santé, coordination des soins) qui caractérisent la navigation des patients atteints de cancer a été utilisé dans cette étude.</p> <p>Considérations éthiques</p> <p>Approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'établissement (Hôpital public à São Paulo)</p> <p>Les infirmiers devaient lire et signer le TCLE (document à signer afin de donner son accord pour participer à une étude).</p>	<p>Le premier contact pour la collecte de données a eu lieu à travers une réunion avec le responsable des soins infirmiers de l'hôpital afin de présenter le projet de recherche. Après l'approbation du responsable, une liste a été mise à disposition sous format électronique avec les noms et les numéros de téléphones des infirmiers ayant une expérience en oncologie.</p> <p>Entretien semi-structuré comportant des questions sur les soins prodigués aux patients atteints de cancer et à leur famille</p> <p>L'entretien semi structuré comportait 4 questions d'orientation élaboré à partir du cadre théorique des 9 principes de navigation du patient d'Harold Freeman. Les entretiens ont tous été enregistrés et ont duré en moyenne 20 minutes. Ils ont été menés par 2 chercheurs ayant une expérience en oncologie et en recherche.</p> <p>Instruments utilisés</p> <p>Un questionnaire socio-démographique ainsi que des entretiens semi-structurés ont été utilisés.</p>	<p>Une analyse de contenu a été utilisée pour le traitement des données recueillies en suivant 3 étapes. Un processus de codage a également été utilisé afin de rendre plus claire les discours des infirmiers. Les codes ont été séparés en catégories analytiques selon le cadre théorique.</p> <p>La préanalyse : organisation matérielle et systématisation des idées, visant à formuler des hypothèses et à développer des indicateurs guidant l'interprétation finale</p> <p>L'exploration matériel : catégorisation des données, qui vise à atteindre le cœur de la compréhension du texte et dans laquelle ont lieux le choix des unités de signification et la catégorisation</p> <p>Le traitement des données : Les résultats bruts sont traités afin de les rendre significatifs et valides. Le chercheur peut proposer des thèmes et réaliser des interprétations orientées vers les objectifs de l'étude.</p> <p>Logiciels</p> <p>COREQ (consolidated Criteria for Reporting Qualitative research) qui est une checklist permettant d'évaluer la qualité de l'étude qualitative tout en donnant un cadre à l'étude a été utilisée.</p>	<p>L'analyse a pu faire émerger 5 catégories, selon le cadre théorique : la bonne fluidité des soins, l'intégration facilitée entre les équipes, l'importance du lien avec les patients et les familles, la délimitation des compétences et des rôles des infirmiers soignants dans la navigation des patients atteints de cancer et la valorisation de la formation des équipes.</p> <p>Il est souligné que la relation est facilitée lorsque la formation est réalisée.</p> <p>Conclusions</p> <p>Les expériences des infirmiers ont révélé que le renforcement des principes de navigation contribue aux soins et à la minimisation des barrières. Cela peut faciliter et adoucir le parcours thérapeutique des patients atteints de cancer. Même sans spécialisation spécifique et sans mise en place du programme de navigation, les infirmiers fournissent des soins de qualité.</p>

Aquil, A., Mouallif, M., & Elgot, A. (2024). Identification and management of mental health distress in Moroccan patients with cancer : Strategies adopted by oncology nurses and barriers to practice. *Cancer Reports Wiley Periodicals LLC*, 7. <https://doi.org/10.1002/cnr2.1985>

Design	But(s), objectif(s)	Pays et milieu clinique	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Principaux résultats
<p>Etude qualitative descriptive (étude non-disciplinaire)</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>C4 (selon le tableau des grades de recommandation et des niveaux de preuve)</p> <p>Paradigme</p> <p>Constructivisme (analyse inductive)</p> <p>Variables</p> <p>Stratégies infirmières pour identifier et gérer la détresse</p> <p>Obstacles à la mise en place de ces stratégies</p>	<p>Explorer les stratégies infirmières pour identifier et gérer la détresse chez les patients atteints de cancer ainsi que les obstacles concomitants qui les empêchent d'accomplir cette tâche.</p> <p>Question(s) de recherche (sous-entendue) : « Quelles sont les stratégies infirmières pour identifier et gérer la détresse des patients atteints de cancer et les éléments limitant leurs stratégies ? ».</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>L'hypothèse n'est pas explicitement citée dans l'article, mais elle est sous-entendue. Il est supposé que les infirmiers possèdent un certain niveau de compétences dans l'identification et la gestion de la détresse psychologique des patients atteints d'un cancer.</p>	<p>4 centres oncologiques au Maroc entre le 1^{er} mars et le 1^{er} juin 2022</p> <p>Échantillon</p> <p>25 infirmiers travaillant en oncologie.</p> <p>Echantillonnage</p> <p>Les infirmiers ont été invités par l'infirmier chef de chaque service oncologique. Un échantillonnage par convenance (non-probabiliste) a donc été utilisé pour la sélection des participants.</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Accepter de participer à l'étude</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>Il n'y pas de critère particulier.</p>	<p>Il n'y pas de cadre théorique particulier dans cette étude.</p> <p>Mots-clés : Infirmiers en oncologie, Identification, Gestion, Détresse psychologique</p> <p>Considérations éthiques</p> <p>L'approbation éthique a été obtenue auprès de l'association marocaine pour la recherche et l'éthique. Les participants ont été informés de l'étude en question, ont signé un formulaire de consentement et ont accepté l'enregistrement audio de l'entretien.</p>	<p>Les infirmiers ont rempli un formulaire de données socio-démographiques. Puis, ils se sont soumis à un entretien semi-structuré dans lequel un audio été enregistré.</p> <p>Instruments utilisés</p> <p>Le formulaire de données sociodémographiques : Il n'y a pas d'information sur ce formulaire, si ce n'est les résultats (caractéristiques de l'échantillon).</p> <p>Entretiens semi-structurés : Ils ont duré en moyenne une heure et se sont déroulés dans un bureau au sein des centres oncologiques ou travaillait chaque participant. Ils étaient composés de 2 axes (le dépistage et la gestion des troubles mentaux) et de 7 questions.</p>	<p>La collecte et l'analyse des données ont eu lieu simultanément. L'analyse a été inductive avec des codes et des catégories issues des récits des participants. Les relations au sein et entre les codes et les catégories ont été examinés tout au long du processus.</p> <p>Logiciels</p> <p>Le logiciel « Atlas ti 9 » a été utilisé. C'est un logiciel d'analyse de données qualitatives.</p> <p>Forces et limites de l'étude</p> <p>Force : méthode qualitative approfondie – application des critères COREQ</p> <p>Limite : absence d'évaluation du nombre de patients orientés vers des soins psychosociaux et de la prévalence de la détresse psychologique</p>	<p>Les infirmiers ont identifié 5 stratégies principales pour identifier la détresse mentale chez les patients atteints de cancer : obtenir des informations directement au patient – demander aux membres de la famille – communication & écoute active – établir une relation de confiance – rechercher la cause de la détresse. Les infirmiers ont également identifié 5 stratégies pour gérer cette détresse : fournir un soutien psychosocial – adopter une approche religieuse ou scientifique – thérapie de groupe – intégration des membres de la famille. Enfin, les infirmiers ont mentionné 3 groupes d'obstacles à l'évaluation et à la gestion de la détresse psychologique : obstacles liés au système de santé – obstacles liés au patient – obstacles liés à l'infirmier.</p> <p>Conclusions</p> <p>La détresse mentale non traitée peut entraîner un non-respect des schémas thérapeutiques, des soins anticancéreux compromis, une satisfaction réduite à l'égard des soins de santé, des séjours hospitaliers prolongés, des visites médicales plus fréquentes et une mortalité plus élevée. En tant qu'infirmier, il est donc impératif d'identifier et de gérer la détresse psychologique. Des outils scientifiques existent pour le dépistage, mais ne sont encore trop peu utilisés : l'échelle d'anxiété et de dépression hospitalière (HADS) et le thermomètre de détresse.</p>

El-Akhras, A., & Bilodeau, K. (2023). L'accompagnement infirmier personnalisé aux besoins des jeunes hommes atteints d'un cancer. *Revue canadienne des soins infirmiers en oncologie*, 33(2), 231-238. <https://doi.org/10.5737/23688076332231>

Design	But(s), objectif(s)	Pays et milieu clinique	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Principaux résultats
<p>Etude qualitative descriptive (étude disciplinaire)</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>C4 (selon le tableau des grades de recommandation et des niveaux de preuve)</p> <p>Paradigme</p> <p>Constructivisme (approche inductive)</p> <p>Variables</p> <p>Types d'accompagnements infirmiers personnalisés</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>:-</p>	<p>Décrire et comprendre un accompagnement infirmier personnalisé aux besoins des jeunes hommes atteints d'un cancer</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>« Comment se déroule l'accompagnement infirmier auprès de jeunes hommes atteints d'un cancer ? ».</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>L'hypothèse sous-entend un accompagnement infirmier pour les jeunes patients atteints de cancer, avec des axes d'amélioration.</p> <p>Critère(s) d'inclusion :</p> <p>Être âgé entre 18 et 39 ans – être un homme – avoir reçu un diagnostic de cancer et avoir terminé des traitements actifs – être en mesure de comprendre et de parler le français ou l'anglais</p>	<p>Centre hospitalier universitaire francophone offrant des soins en oncologie au Québec (Canada)</p> <p>Échantillon</p> <p>Huit jeunes hommes d'âge moyen de 28 ans qui ont été hospitalisés au moins une fois à la suite d'un diagnostic de cancer et qui proviennent de la province du Québec ont été recrutés.</p> <p>Echantillonnage</p> <p>Méthode d'échantillonnage par convenance (non-probabiliste)</p> <p>Forces et limites de l'étude</p> <p>Forces : clientèle encore peu étudiée – La saturation des données a été atteinte (dès le 6^{ème} entretien).</p> <p>Limites : grande diversité des participants de l'étude – L'étude se déroule au Canada, les résultats doivent donc être interprétés dans ce contexte.</p>	<p>Le modèle humaniste des soins infirmiers UdeM a été utilisé pour cette étude. Il présente des notions d'accompagnements (l'écoute active, l'engagement et la reconnaissance des forces de la personne,...) favorisant une relation humaniste (caring) entre l'infirmier et le patient. Selon ce modèle, l'accompagnement se caractérise aussi par le fait d'être avec la personne qui est unique et en interrelation avec sa famille et ses proches.</p> <p>Considérations éthiques</p> <p>L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Québec. Les participants ont tous signé un formulaire de consentement.</p>	<p>Les jeunes hommes ont rempli un questionnaire socio-démographique et ont participé à un entretien semi-directif d'environ 1 heure par vidéoconférence.</p> <p>Instruments utilisés</p> <p>Le contenu du questionnaire socio-démographique n'est pas développé dans l'étude. Nous retrouvons cependant la description socio-démographique des participants.</p> <p>L'entretien semi-directif s'articulait autour de deux grands thèmes, chacun comprenant plusieurs sous-thèmes. Le premier portait sur l'importance de la relation de confiance entre l'infirmier et le jeune homme, incluant la présence humaine, le partenariat, l'accessibilité de l'infirmier et la prise en compte du ressenti du patient. Le second thème abordait les besoins non-satisfaits pouvant être comblés par l'accompagnement infirmier, tels que la délivrance de soins adaptés, l'identification à d'autres patients, l'accès à des informations ciblées, l'implication active du patient et un soutien psychologique approprié.</p>	<p>Une analyse qualitative itérative des données a été réalisée selon l'approche de Miles et collaborateurs. Les transcriptions textuelles des entrevues ont été relues et comparées à la bande audio, puis importées dans le logiciel. Des codes ont ensuite été attribués de manière inductive à des segments de texte ayant du sens avec le phénomène d'intérêt de l'étude. Les données ont été représentées sous forme de schémas et de tableaux. Des allers-retours ont été faits entre les verbatims, les codes et les tableaux. Le modèle humaniste des soins infirmiers UdeM a teinté les derniers cycles de codage en caractérisant les thèmes et les sous-thèmes.</p> <p>Logiciels</p> <p>Le logiciel QDA Miner version 5.0.19 a été utilisé.</p>	<p>L'analyse des données a fait émerger deux thèmes (composés de sous-thèmes) décrivant l'accompagnement infirmier : l'importance de l'établissement d'une relation de confiance entre l'infirmier et le jeune homme atteint d'un cancer (accorder une présence humaine, établir un partenariat de soins, être accessible et s'intéresser au ressenti du patient) & des besoins non répondus demeurent à être comblés par l'accompagnement infirmier (recevoir des soins adaptés à la réalité des jeunes patients atteints d'un cancer, s'identifier à d'autres jeunes hommes atteints d'un cancer, recevoir des informations ciblées, se sentir dans l'action & avoir un soutien psychologique adapté).</p> <p>Conclusions</p> <p>Etant donné le besoin d'un accompagnement spécialisé pour les jeunes patients atteints d'un cancer, des formations incluant l'exploration des sentiments chez les jeunes hommes, la planification des rencontres de suivi, l'identification des besoins propres aux jeunes hommes, l'importance d'un soutien psychologique et la mise en relation avec les pairs devraient être proposées aux infirmiers. Il serait également recommandé de mettre en place des services additionnels pour renforcer l'accompagnement des jeunes hommes (par exemple des infirmiers pivots), un groupe de soutien adapté aux jeunes adultes, ainsi que des informations adaptées à la réalité des jeunes hommes.</p>

Annexe VIII : Glossaires

Glossaire méthodologique

La majorité des termes définis dans ce glossaire méthodologique sont issus de l'ouvrage de Fortin & Gagnon (2022). Pour ces derniers, seul le numéro de page est mentionné à la suite de la définition. Pour certains termes cependant, d'autres références ont été utilisées, lesquelles sont directement indiquées au sein de la définition concernée.

Analyse de la variance (ANOVA) : test statistique paramétrique qui consiste à déterminer les différences entre trois groupes ou plus en comparant la variation au sein de chaque groupe et avec celle qui existe entre les groupes. (p.391)

Coefficient alpha de Cronbach (a) : indice de la cohérence interne des énoncés d'une échelle de mesure. (p.280)

Coefficient de corrélation de Pearson : statistique servant à déterminer l'existence d'une relation linéaire entre deux variables continues. (p.368)

Critères COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) : lignes directrices pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative composées de 32 items répartis en trois domaines : 1) recherche et équipe 2) conception de l'étude 3) analyse et résultats. (Gedda, 2015)

Devis mixte : intégration des méthodes qualitatives et des méthodes quantitatives en recherche et en évaluation afin de répondre de façon optimale à des questions de recherches. (p.212)

Écart type : indicateur statistique mesurant la dispersion autour de la moyenne, qui a été évaluée à partir de l'ensemble d'une population ou à partir d'un échantillon. (p. 363)

Échantillonnage de convenance / accidentel : choix des sujets en fonction de leur disponibilité et de leur emplacement. (p.261)

Échantillonnage intentionnel : sélection de certains sujets en fonction de caractéristiques typiques de la population à l'étude. (p.262)

Échantillonnage non-probabiliste : échantillon constitué sans que tous les éléments qui les composent soient obtenus par un processus aléatoire. (p.260)

Échantillonnage stratifié : échantillonnage employé quand la population se trouve fragmentée en strates relativement homogènes quant à la variable étudiée. (p.258)

Échelle de Likert : échelle d'attitude constituée d'une série d'énoncés déclaratifs, pour lesquels le répondant exprime son degré d'accord ou de désaccord. (p.303)

Entretien semi-structuré / semi-directif : méthode qualitative servant à recueillir des données auprès des participants quant à leurs sentiments, leurs pensées et leurs expériences sur des thèmes préalablement déterminés. (p.164)

Étude quasi-expérimentale : étude conduite dans le but de vérifier une relation de cause à effet, mais dans laquelle il manque un ou deux éléments essentiels, soit le groupe témoin, soit la répartition aléatoire, soit les deux. (p.26)

Étude qualitative : étude mettant l'accent sur la compréhension et reposant sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participants. (p.24)

Étude quantitative : étude mettant l'accent sur la description, l'explication, la prédiction et le contrôle et reposant sur la mesure des phénomènes et l'analyse des données numériques. (p.24)

Étude transversale : recueil de données sur la fréquence d'un événement ou d'une condition de santé dans une population à un moment précis dans le temps. (p.180)

Formule de prophétie de Spearman : équation utilisée en psychométrie pour estimer la fiabilité d'un test lorsqu'on modifie sa longueur, généralement en l'allongeant ou en le raccourcissant. Elle permet de prédire la nouvelle fidélité d'un test si on en multiplie ou divise le nombre d'items, tout en supposant que les nouveaux items sont de qualité similaire aux anciens. (Thompson, 2024)

Grade de recommandation : évaluation de la qualité des données probantes et jugement de la force des recommandations qui en découlent. (p.244)

Méta-analyse : approche qui consiste à rassembler les données issues d'études quantitatives comparables et à les soumettre de nouveau à des analyses statistiques. (p.59)

Méta-synthèse : analyse d'études qualitatives de façon critique et synthèse des résultats dans un nouveau cadre de référence. (p.59)

Méthodologie en aveugle : méthode de recherche consistant à maintenir confidentielle, tout au long de l'étude, l'attribution des interventions aux participants. (Société suisse de médecine intensive, 2006)

Niveau de preuve : façon de classer des études d'après leur robustesse, déterminant ainsi les études les plus susceptibles de fournir des réponses fiables à des questions cliniques précises. (p.436)

Opérateur Booléen : ET, OU, SAUF, AND, OR, NOT – sont des termes qui servent à unir des mots-clés dans un repérage documentaire. (p.67)

P-value : indicateur statistique permettant d'évaluer la probabilité que les résultats observés dans une étude soient dus au hasard, si l'hypothèse nulle est vraie. Elle se trouve généralement à < 0.05 , ce qui signifie qu'il est peu probable que les résultats soient dus au hasard (rejet de l'hypothèse nulle). (Datatab, 2025)

Paradigme constructiviste : posture philosophique qui soutient l'existence de multiples interprétations de la réalité et dont le but de la recherche est de comprendre comment chacun construit cette réalité dans un contexte donné. (p.22)

Paradigme post-positiviste : posture philosophique qui admet l'existence d'une réalité de manière probabiliste, que l'erreur est possible et qui considère les résultats de recherche comme étant probants jusqu'à ce qu'ils soient réfutés. (p.20)

Test post hoc : analyse statistique réalisée après avoir trouvé un résultat global significatif (généralement dans une ANOVA), dans le but de déterminer précisément quelles comparaisons entre groupes sont significatives. (Pamplona, 2022)

Test T : test paramétrique qui sert à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations relativement à une variable aléatoire connue. (p.389)

Thésaurus : répertoire qui fournit les mots-clés ou les termes de recherche décrivant le concept ou qui y sont associés. (p.67)

Variable : expression quantitative d'un concept ou d'un construit. (p.39)