

La contribution de l'infirmière pivot dans l'expérience de l'annonce d'un diagnostic de cancer chez la personne atteinte et les proches

par Irène Leboeuf, Dominique Lachapelle, Sylvie Dubois et Catherine Genest

Abrégé

L'annonce d'un diagnostic de cancer est une situation difficile pour le patient, les proches et les intervenants (Reich, Vennin & Belkacémie, 2008). À ce jour, peu d'études décrivent la contribution de l'infirmière à ce moment critique de la trajectoire de soins (Tobin, 2012) et encore moins celle de l'infirmière pivot en oncologie (IPO). La présente étude vise donc à documenter la contribution de l'IPO dans l'expérience du patient atteint de cancer et de ses proches, lors de l'annonce du diagnostic et après cette annonce (quatre à six semaines). Quatorze IPO d'un centre hospitalier universitaire montréalais ont participé à deux entrevues individuelles. Les résultats montrent que les IPO ont un accompagnement individualisé permettant d'utiliser leur expertise afin de mieux comprendre l'expérience du patient et ses proches et ainsi, adapter leurs interventions selon leurs besoins et le moment de l'intervention. Ces résultats permettent d'émettre trois recommandations pour la pratique infirmière au niveau du développement de l'expertise de l'IPO, au niveau de la collaboration interprofessionnelle et au niveau de l'environnement.

Mots clés: Infirmière pivot en oncologie, contribution infirmière, annonce de diagnostic, cancer

Problématique

L'annonce d'une mauvaise nouvelle est définie par la communication d'une information modifiant radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de sa santé, notamment au moment du diagnostic de cancer ou suite à l'échec des traitements (Buckman, 1984). Cette situation peut générer un sentiment de détresse émotionnelle

tant chez la personne atteinte que chez les proches (DLC, 2011; Tobin & Begley, 2008), ainsi qu'une situation éprouvante pour les professionnels de la santé (Stiefel & Krenz, 2013; Lehto, 2012).

En effet, souvent mal préparés à l'annonce, l'infirmière et le médecin sont confrontés à leurs propres émotions, à des habiletés de communication non optimales ainsi qu'aux réactions du patient et des proches (Buckman, 1984; Dias, Chabner, Lynch & Penson, 2003; Tobin & Begley, 2008; Tobin, 2012). Or, les études portant sur la communication d'informations entourant le diagnostic de cancer décrivent principalement la perspective médicale et non celle de l'infirmière (Warnock, Tod, Foster & Soreny, 2010; Paul, Clinton-McHarg, Sanson-Fisher & Webb, 2009; Randal & Wearn, 2005) et encore moins celle de l'infirmière pivot en oncologie (IPO)¹.

Par ailleurs, depuis plus de deux décennies, les chercheurs tentent de mettre en lumière les éléments favorables liés au contexte lors de l'annonce du diagnostic. L'évidence scientifique n'est toutefois pas encore établie de façon définitive quant à la quantité et la qualité de l'information requise, le rôle de l'accompagnateur, le type de soutien et l'approche communicationnelle (Lockhart, Dosser, Cruickshank & Kennedy, 2007; Paul et al., 2009; Randall & Wearn, 2005). Cependant, il a été souligné qu'une communication de qualité permet aux professionnels de la santé d'établir un lien de confiance (Bettevy, Dufranc & Hofmann, 2006) tout en diminuant l'anxiété et l'incertitude (Delbanco & Gerteis, 2013). De plus, elle facilite l'enseignement, la circulation de l'information et l'établissement du plan de traitement (Swanson & Koch, 2010; Radziewick & Baile, 2001), tout en influençant la perception des patients en regard des soins reçus (Eid, Petty, Hutchins & Thompson, 2009; Randall & Wearn, 2005), de l'espoir, de l'adaptation psychosociale (Randall & Wearn, 2005) et de la prise de décision (Rassin, Levy, Schwartz & Silner, 2006).

À l'opposé, l'annonce non optimale d'une mauvaise nouvelle entraîne chez le patient du stress, de l'anxiété, de la détresse, une difficulté d'adaptation, de l'insatisfaction, une diminution de la qualité de vie (Eid et al., 2009; Paul et al., 2009) et de l'incertitude (Mystakidou et al., 2004). Caplan (1964) souligne qu'une telle situation de crise est une période de transition qui s'étale entre quatre à six semaines. La théorie de résolution de la crise de Caplan (1964) précise d'ailleurs l'importance d'offrir du soutien lorsque la personne vit une perte liée à un événement stressant, afin de restaurer un état d'équilibre assez rapidement. Selon lui, les premières quatre à six semaines suivant l'annonce du diagnostic sont difficiles à vivre, tant pour le patient que pour ses proches. Cet auteur qualifie cette étape de crise qui s'atténue au fur et à mesure que ces derniers développent leurs capacités d'adaptation à la situation. L'anxiété, la peur, le découragement, la colère sont des émotions vécues par les patients et les proches dans la période après l'annonce. Elles ont d'ailleurs été rapportées par plusieurs autres auteurs (Campbell, Craig, Eggert & Bailey-Dorton, 2010; Delbanco & Gerteis, 2013). Ainsi, c'est dans un contexte lourd en émotions que les IPO donnent de l'information pour mieux outiller les patients et leurs proches à composer avec le cancer et les traitements à venir.

Au sujet des auteures



Irène Leboeuf, inf., M.Sc.inf., CSIO(C), Conseillère en soins spécialisés, Direction des soins infirmiers (DSI), Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)



Dominique Lachapelle, inf., M.Sc. inf., Conseillère en soins spécialisés, DSI, CHUM



Sylvie Dubois, inf., Ph.D., Directrice des soins infirmiers, DSI & Professeure, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal



Catherine Genest, inf., M.Sc. inf., CSIO(C), Conseillère en soins spécialisés, DSI, CHUM

Auteure ressource: Irène Leboeuf, inf., M.Sc.inf., CSIO(C), Direction des soins infirmiers (DSI), Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), 1058 Saint-Denis, bureau 6111, Montréal (Québec), H2X 3J4. Tél: 514-890-8000 poste 34245. Télécopieur: 514-412-7674, Courriel: irene.leboeuf.chum@sss.gouv.qc.ca

1. IPO: spécialiste intégrée à une équipe interdisciplinaire de la lutte contre le cancer, qui possède les compétences nécessaires pour évaluer l'ensemble des besoins de la personne atteinte de cancer et de ses proches (DLCC, 2008, p. 5).

Certaines études mettent en lumière la contribution positive de l'infirmière lors de l'annonce (Dunniece & Slevin, 2000; McCulloch, 2004). Bien que ces études soient intéressantes en terme de soutien infirmier, elles ne précisent pas les interventions les plus aidantes pour le patient et ses proches, selon la perspective de l'infirmière. L'évaluation de la mesure du Plan cancer 2009-2013 et 2003-2007 (Institut National du cancer, 2009) montre que la contribution de l'infirmière favorise, entre autres, l'adhésion du patient aux différentes étapes thérapeutiques proposées (Smutek, 2006; Thorant & Arbonés-Hérédia, 2009; Tivoli, Sanchez, B., Tardieu, S., Metellus, P., Sambuc, R. & Chinot, 2005) et diminue le temps de la deuxième consultation médicale (Tivoli et al., 2005). Quoique cette étude appuie la place stratégique de l'infirmière, elle se limite à une perspective médicale et organisationnelle du résultat (observance et efficacité) et explicite peu la capacité de l'infirmière à aider le patient et les proches.

Plus près de nous, le Conseil québécois de lutte contre le cancer a recommandé, entre autres, finalement: l'instauration du rôle de l'IPO et son accès pour chaque individu diagnostiqué d'un cancer, dans les 48 heures suivant l'annonce (De Serres & Beauchênes, 2000). Selon la Direction québécoise de la lutte contre le cancer (DLCC) (2008), l'IPO est une « [...] personne ressource dès l'annonce du diagnostic et tout au long de la trajectoire de soins et de services, incluant l'ensemble des traitements. » (DLCC, 2008, p. 6). Ces fonctions-clés sont: 1) Évaluer les besoins biopsychosociaux et spirituels et la capacité d'adaptation du patient et de ses proches, 2) Enseigner et informer sur la nature de la problématique, l'impact sur la famille, la répercussion de la maladie, les ressources, 3) Soutenir le patient et ses proches afin de favoriser un sentiment de bien-être au sein de la famille, et finalement, 4) Coordonner les services. La relation thérapeutique est centrale à ces fonctions et le modèle de l'approche systémique familiale de Calgary (DLCC, 2007) sous-tend les interventions infirmières. Il est à noter que l'exercice des différentes fonctions de l'IPO est peu documenté à ce jour.

But de l'étude

Le but de notre démarche d'amélioration continue est donc de documenter la contribution de l'IPO dans l'expérience de l'annonce et de l'après annonce du diagnostic (quatre à six semaines) de cancer chez la personne atteinte et les proches.

Méthodologie

Cadre théorique

Cohérent avec l'approche systémique de Calgary (Wright et Leahey, 2009), le cadre théorique intitulé « modèle conceptuel bidimensionnel de la navigation en oncologie » ou en anglais « *Professional Navigation Framework* » servira de guide à la conduite de la présente étude et à l'interprétation des résultats (Fillion, Cook, Veillette, Aubin, de Serres, Rainville, Fitch & Doll, 2012). Ce cadre décrit deux dimensions interreliées du rôle de l'IPO: l'une axée sur le système de santé et l'autre sur le patient.

Participant

Il s'agit d'une étude qualitative à devis descriptif pour laquelle le recrutement des participants, le codage des données et l'analyse des résultats se sont déroulés de janvier 2012 à mai 2013. Quatorze (14) IPO, dont les fonctions et activités répondent aux critères de la DLCC (2005), ont été recrutées dans un centre hospitalier universitaire de Montréal.

Collecte des données

Après signature d'un formulaire de participation, chaque IPO a été rencontrée deux fois afin d'échanger sur son expérience avec deux patients (qui ont eu leur diagnostic depuis au moins six semaines). Un intervalle minimal d'une semaine entre les deux entrevues a été respecté. Chaque IPO a aussi complété

un questionnaire de données sociodémographiques ainsi qu'un formulaire décrivant la formation reçue lors de l'embauche ou en cours d'emploi, comme l'approche systémique familiale de Calgary (Wright & Leahey, 2009). De plus, un guide d'entrevue semi-structurée a été développé autour de trois thèmes: l'accompagnement, le contexte et les interventions de l'IPO, au moment de l'annonce de diagnostic et après l'annonce. Ces thèmes ont été identifiés à partir des écrits en lien avec le rôle de l'IPO et de l'approche systémique familiale.

Analyse des données

Une analyse de contenu assistée par le logiciel d'analyse de verbatim QDA Miner version 3.2 a permis d'identifier les différents thèmes qualifiant la contribution de l'IPO du centre hospitalier lors de l'annonce et du suivi après le diagnostic de cancer. L'analyse a été réalisée en trois étapes soit: 1) la condensation des données (réduction, codage), 2) la présentation des données et, 3) la formulation et la vérification des conclusions (Miles & Huberman; 2003). Ce processus a permis de vérifier la concordance des liens entre les transcriptions ou les parties de transcriptions d'entrevue avec les trois thèmes de recherche.

Résultats

Données sociodémographiques

Les IPO participantes ont une moyenne d'âge de 37,64 ans ($\pm 9,58$) et leur expérience en tant qu'infirmière et la formation réalisée sont présentées dans le tableau 1.

Au moment de l'annonce (0-48h)

En ce qui a trait aux éléments liés à l'accompagnement et aux interventions, la majorité des IPO (n = 11) affirment détenir un rôle important de soutien et ce, en vue de créer un lien de confiance avec le patient et ses proches, dès ce moment clé de la trajectoire de soins. Cependant, seulement cinq IPO sont présentes au moment de l'annonce du diagnostic et celles qui sont absentes (n = 6/9) affirment que ce lien de confiance pourrait être facilité par leur présence lors de l'annonce du diagnostic.

Les autres facettes du rôle de l'IPO, selon leur perspective, sont d'informer et de clarifier les informations auprès du patient et de ses proches (n = 8), de coordonner les soins et services (n = 7) et d'évaluer les besoins biopsychosociaux et spirituels (n = 5). Leur accompagnement est sur mesure; elles disent adapter

Niveau d'études	Bacc = 78,6 % DESS = 14,3 % MSc = 7,1 %	
Expérience comme infirmière	1-5 ans = 14,3 % 11-15 ans = 14,3 %	6-10 ans = 35,7 % > à 15 ans = 35,7 %
Expérience comme IPO	< à 6 mois = 7,1 % 13-24 mois = 14,3 % 37-48 mois = 21,4 % > à 60 mois = 35,7 %	7-12 mois = 7,1 % 25-36 mois = 7,1 % 49-60 mois = 7,1 %
Formation Approche familiale pendant les études: lors de l'obtention du poste d'IPO: en cours d'emploi:	60,0 % 13,3 %	
* au centre hospitalier	21,4 %	
* lors de rencontres clinico-administratives	42,9 %	
* dans des séminaires universitaires	14,3 %	
* lors de formation pré-congrès	21,4 %	
* dans des congrès	21,4 %	

leurs interventions et offrir du soutien en fonction des besoins exprimés par le patient et ses proches. Il s'agit d'interventions possibles, jugées nécessaires par l'IPO en tenant compte de l'individualité du patient: «*Bien sûr qu'au moment du diagnostic, les gens sont comme assommés souvent, alors l'intervention que j'aurais le plus utilisée c'est de l'écoute, c'est de vérifier c'est quoi les peurs, de démystifier tout ça avec ce que le médecin a dit et qu'est-ce qu'elle a compris. (...) Souvent, c'est de les laisser verbaliser*» (participante 4).

Certains éléments liés au contexte sont facilitants pour le rôle de l'IPO, s'ils sont présents au moment de l'annonce du diagnostic (0-48h). Les principaux sont : 1) la présence d'un proche; 2) le lien de confiance avec l'IPO; 3) un patient qui se doute de son état de santé; 4) la présence de l'IPO; 5) un lieu intime pour l'annonce; 6) un patient réceptif à l'aide offerte; 7) un médecin dont l'approche est humaniste.

Quatre à six semaines après l'annonce

Si le moment de l'annonce du diagnostic est vu comme un choc, un drame, l'aspect émotionnel est tout aussi chargé lors de l'après-annonce, surtout au début des traitements. Plusieurs participantes évoquent l'anxiété associée aux traitements, la peur des complications et des effets secondaires.: «*Il y a l'annonce du diagnostic qui est un choc et après ça, il y a une autre phase que les patients vivent, c'est la peur des traitements, comment on va réagir, toute la vie qui change alentour des traitements, l'organisation familiale, l'organisation sociale du travail, tout ce qui est aussi gestion des effets secondaires, cette inconnue-là*» (participante 11).

L'accompagnement offert et les interventions effectuées après l'annonce du diagnostic se font surtout directement en face à face auprès du patient, ainsi que par des contacts téléphoniques (n = 10). Les IPO ont à gérer diverses réactions de détresse émotionnelle du patient et des proches. On constate que les éléments liés à l'accompagnement et aux interventions sont similaires à ceux décrits précédemment lors de l'annonce du diagnostic. Les IPO ont posé des questions ouvertes ou systémiques pour explorer les agents « stressés », l'impact de l'annonce du diagnostic sur les proches et l'impact sur l'image corporelle. Elles ont légitimé l'expérience familiale tout en évitant de la banaliser.

Par contre, si certaines IPO mentionnent qu'au moment de l'annonce il ne faut pas surcharger le patient d'informations, on observe davantage, lors de l'après-annonce, le côté informationnel/enseignement/organisation des soins. Les IPO expliquent au patient et à ses proches les soins à venir, le plan de traitement, les rendez-vous qu'ils auront.

Afin d'optimiser la gestion de symptômes tout au long de la trajectoire de soins, les IPO (n = 13) utilisent le lien de confiance établi avec le patient et ses proches et ainsi favorisent «*l'empowerment*» du patient : «*À mon sens, il est impossible de faire un suivi adéquat d'infirmière pivot si on ne connaît pas son patient comme il faut, si on n'a pas créé un lien de confiance dès le début ou, du moins, à un certain moment*» (participante 11). De plus et de manière générale dans la phase de l'après-annonce, l'établissement du lien de confiance leur permet de mieux choisir leurs interventions et leurs stratégies d'accompagnement: «*Il n'y a pas une personne qui est pareille, il n'y a pas une personne qui a les mêmes besoins, qui a la même histoire. Donc, si je les connais mieux, je suis capable de les aider d'une façon personnalisée*» (participante 11).

En ce qui a trait aux éléments contextuels, la présence et le soutien des proches semblent être des éléments facilitants dans l'après-annonce, en optimisant la rétention de l'information. Les IPO considèrent qu'il est important d'avoir un lieu intime pour rencontrer le patient et ses proches (n = 5) tout au long de la trajectoire de soins. Elles notent toutefois un manque de salles appropriées pour leurs rencontres familiales.

La collaboration des membres de l'équipe interdisciplinaire est rapportée comme facilitante pour la pratique des IPO (n = 8), notamment: les attitudes positives des professionnels, la disponibilité pour échanger, les rencontres interdisciplinaires, la collaboration interprofessionnelle, le climat de travail agréable et l'accessibilité aux différentes ressources.

Discussion

Au moment de l'annonce (0-48h)

Seulement cinq participantes ont mentionné être présentes au moment du diagnostic. Pour ces intervenantes, le moment de l'annonce correspond à la rencontre médicale où le patient reçoit son diagnostic alors que la DLCC (2008) le définit comme étant une période s'échelonnant de 0 à 48 heures post-annonce du médecin. Ceci pourrait expliquer pourquoi ce chiffre est sous-estimé, notre analyse montrant que plutôt neuf IPO sont présentes à l'annonce du diagnostic donc entre 0 et 48 heures après l'annonce. De plus et selon les IPO, la notion de choc au moment de l'annonce est perçue tant par elles, que par les patients et leurs proches. À notre connaissance, peu d'études ont relevé cette réalité qui semble commune à ces trois acteurs (Tobin, 2012), et ce, malgré le fait qu'il existe plusieurs études concernant entre autres le patient et la famille (Dias et al., 2003; Leadbeater, 2001).

Concernant la nécessité d'avoir ou non une IPO lors de l'annonce du diagnostic, certaines d'entre elles croient que leur absence n'est pas nécessairement dramatique mais jugent que leur présence est utile dans les 48 heures post-annonce. Il est intéressant de noter qu'à aucun moment les IPO n'ont rapporté d'effets négatifs quant à leur présence au moment de l'annonce. De plus, elles soulignent que l'établissement du lien de confiance est un élément essentiel de leur pratique et qu'il pourrait être facilité par leur présence lors de l'annonce. Ceci est confirmé par Smutek (2006), pour qui la consultation infirmière est un temps dédié au patient qui se caractérise par l'écoute, la reformulation et l'évaluation de la situation de santé. Les objectifs sont d'établir un lien de confiance, de dédramatiser les soins et d'aider le patient à se projeter dans l'avenir.

Les participantes mentionnent souvent l'importance d'écouter les patients et les proches. Ceci leur permet de tenir compte de l'individualité des patients pour déterminer leur accompagnement et leurs interventions, et ce, dès le moment de l'annonce. L'écoute semble être un élément-clé de la pratique des IPO qui a d'ailleurs été rapporté comme étant central dans la trajectoire de soins par Hébert et Fillion (2011a et b).

D'un point de vue contextuel, la présence des proches lors de l'annonce est l'élément facilitant le plus rapporté dans cette étude. Cela permet une diminution du stress chez le patient afin qu'il se sente plus en confiance. Plusieurs auteurs abondent dans ce sens (Baile, Buckman, Lenzi, Globber, Beale & Kudelka, 2000; Buckman, 2005). La présence des proches est stratégique au niveau du soutien psychologique et informationnel, puisque ces derniers peuvent retenir et revoir l'information avec le patient. De plus, le lieu de l'annonce semble déterminant. Selon Buckman (2005) et Baile et al. (2000), le lieu où est donnée la mauvaise nouvelle est primordial pour minimiser son impact sur le patient et ses proches. Un environnement calme et privé constitue un élément central du protocole canadien SPIKES (*Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy and Summary*) de Buckman (2005) portant sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

Concernant le rôle des IPO au moment de l'annonce, les quatre fonctions clés de ce rôle énoncées par la DLCC (2008) concordent, soit: enseigner et informer, soutenir, évaluer les besoins du patient et ses proches et coordonner les services. Toutefois, on ne peut affirmer qu'il y a une norme d'accompagnement ou d'intervention, leurs interventions étant centrées et adaptées aux besoins évolutifs des patients et des proches.

Quatre à six semaines après l'annonce

Si l'écoute des IPO caractérise le moment de l'annonce du diagnostic, l'aspect informationnel est prioritaire après l'annonce. Ainsi, les documents et les outils remis à ce moment-là peuvent aider le patient à comprendre sa maladie, à retenir et à réviser l'information. Les résultats de l'étude de Hébert et Fillion (2011b) vont d'ailleurs dans ce sens, les IPO et les patients interrogés soulignent l'importance du soutien (émotionnel et informationnel), de la gestion de symptômes et du besoin accru d'informations.

L'accompagnement et les interventions des IPO se font principalement par contact téléphonique ou directement en face à face. Ceci leur permet d'offrir une présence, un soutien et une disponibilité adaptés aux besoins de la clientèle, comme rapportés par Hébert et Fillion (2011b). En terme de contacts téléphoniques, plusieurs études (Cox & Wilson, 2003; Cox, Wilson Health, Collier, Jones & Johnston, 2006; Overend, Khoo, Delorme, Krause, Avanessian & Saltman, 2008) ont souligné que l'infirmière spécialisée en oncologie assure un suivi efficace et sécuritaire auprès des patients.

L'individualité du patient semble être au cœur de l'intervention et de l'accompagnement de l'IPO. Duhamel (2007) et Wright et Leahey (2009) traitent abondamment de cette notion d'unicité ou de multi-réalités auprès de patients confrontés à une problématique de santé. Selon eux, l'infirmière n'adopte pas une intervention directive mais elle invite le patient et sa famille ou ses proches à réfléchir sur des idées et à trouver ses propres solutions. Le fait que dans la présente étude, les IPO tendent à intervenir en respectant l'individualité du patient, pourrait s'expliquer par les formations suivies sur l'approche systémique familiale de Calgary (Wright et Leahey, 2009).

Tout comme au moment de l'annonce du diagnostic, l'accès à des lieux adéquats pour rencontrer le patient et ses proches sur toute la trajectoire de soins est un élément important dans la période après-annonce (Buckman, 2005; Ptacek & Ptacek, 2001). D'ailleurs, les IPO participantes ont rapporté un manque de lieux adéquats leur assurant, entre autres, une entrevue sans interruption.

Un dernier élément d'importance est la synergie au sein de l'équipe. En effet, une collaboration optimale d'équipe semble facilitante pour les IPO parce qu'elle permet le partage d'informations et d'observations sur l'état de santé des patients avec d'autres professionnels. La DLCC (2005) parle d'ailleurs de rapprochement des savoirs plutôt que d'affrontement des savoirs. Lorsque les autres

professionnels sont présents, les IPO se sentent soutenues et cela peut diminuer leur stress (DLCC, 2005). Selon l'évaluation des besoins des patients que font les IPO, elles peuvent faire intervenir les professionnels appropriés ou proposer au patient des services qui pourraient le soutenir de façon optimale. Sur ce point, on ressent bien le rôle de pivot de ces infirmières spécialisées en oncologie telle que décrit par la DLCC (2008).

Conclusion

À la lumière de ces résultats, on observe que les IPO ont le souci d'accompagner équitablement et avec humanisme le patient et ses proches. Pour elles, le lien de confiance est la condition *sine qua non* pour accompagner la personne de façon individualisée et respectueuse de son unicité, tout au long de la trajectoire de soins. Les IPO utilisent ainsi leur expertise pour mieux comprendre l'expérience du patient et ses proches et adapter leurs interventions. Plus spécifiquement lors de l'annonce du diagnostic, alors que le patient et les proches sont en choc, les IPO privilégient l'écoute et l'évaluation de leurs besoins. Ces dernières soulignent l'importance de la présence d'un proche à ce moment clé, pour un meilleur soutien psychologique et une meilleure rétention et révision de l'information donnée. Dans la période de l'après-annonce, les IPO semblent intervenir principalement en transmettant de l'information et en répondant aux questions des patients et des proches, tout en poursuivant le soutien et l'écoute. De plus, leur évaluation permet la coordination appropriée des services impliquant l'équipe interdisciplinaire ce qui semble répondre le mieux aux besoins des patients et aussi pour mieux soutenir l'IPO. Enfin les IPO rapportent que l'accessibilité à des lieux appropriés soit un environnement calme et privé est un élément important pour leur suivi lors de l'annonce ou tout au long de la trajectoire de soins.

À la lecture de ces résultats de cette étude, certaines recommandations pour la pratique infirmière, peuvent être faites: 1) Consolider l'expertise des IPO en mettant en place des rencontres de co-développement sur des sujets tels que l'approche familiale, la détresse, et l'annonce d'une mauvaise nouvelle; 2) Consolider la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes interdisciplinaires, en mettant en lumière les rôles de chacun des professionnels; 3) Promouvoir l'importance d'avoir des lieux adéquats pour les rencontres avec les patients et leurs proches. ❏

RÉFÉRENCES

- Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale G. & Kudelka, A.P. (2000). SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist*, 5(4), 302-311. doi:10.1634/theoncologist.5-4-302
- Bettevy, F., Dufranc, C., & Hofmann, G. (2006). Critères de qualité de l'annonce du diagnostic: point de vue des malades et de la Ligne nationale contre le cancer. *Risques et Qualité*, III(2), 67-72.
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: Why is it still so difficult? *British Medical Journal*, 288(6430), 1597-1599.
- Buckman, R.A. (2005). Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2, 138-142.
- Campbell, C., Craig, J., Eggert, J., & Bailey-Dorton, C. (2010). Implementing and measuring the impact of patient navigation at a comprehensive community cancer center. *Oncology Nursing Forum*, 37(5), 61-68.
- Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry. New York, USA: Basic Books.
- Cox, K., & Wilson, E. (2003). Follow-up for people with cancer: Nurse-led services and telephone interventions. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 51-61.
- Cox, K., Wilson E., Heath L., Collier J., Jones L., & Johnston I. (2006). Preferences for follow-up after treatment for lung cancer: Assessing the nurse-led option. *Cancer Nursing*, 29(3), 176-87.
- Delbanco, T., & Gerteis, M. (2013). A patient-centered view of the clinician-patient relationship. Retrieved from www.uptodate.
- De Serres, M., & Beauchênes, N. (2000). L'intervenant pivot en oncologie: un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer. Document de réflexion. Québec : Conseil québécois de lutte contre le cancer. Retrieved from http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=0959e31602ca0ce39f59a1c335053678
- Dias, L., Chabner, B.A. Lynch, T.L., & Penson, R.T. (2003). Breaking bad news: A patient's perspective. *The Oncologist*, 8(6), 587-596.
- Direction de la lutte contre le cancer - DLCC. (2005). *Les équipes interdisciplinaires en oncologie - Avis - comité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer (CEILCC)*. Édition produite par : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Gouvernement du Québec. Retrieved from <http://publicationsreseau.msss.rtss.qc.ca/publications/2007/07-902-02.pdf>

- Direction de la lutte contre le cancer - DLCC. (2007). *L'infirmière pivot en oncologie. Programme de formation*. Édition produite par : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Gouvernement du Québec. Retrieved from <http://publicationsreseau.msss.rtss.qc.ca/publications/2007/07-902-02.pdf>
- Direction de la lutte contre le cancer - DLCC. (2008). *Rôle de l'infirmière pivot en oncologie*. Comité consultatif des infirmières en oncologie. Retrieved from http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=dc09f641d6c28a8b98d59439d1c3c475
- Direction de la lutte contre le cancer - DLCC. (2011). *Rapport du comité d'oncologie psychosociale - vers des soins centrés sur la personne*. Édition produite par : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Gouvernement du Québec. Retrieved from <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/8345f6bb97da7a3185257893006488e9?OpenDocument>
- Dunniece, U., & Slevin, E. (2000). Nurses' experiences of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 611-613.
- Duhamel, F. (2007). *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers* (2e éd.). Montréal, Canada : Gaëtan Marin Editeur.
- Eid, A., Petty, M., Hutchins, L., & Thompson, R. (2009). "Breaking bad news": Standardized patient intervention improves communication skills for haematology-oncology Fellows and advanced practice nurses. *Journal of Cancer Education*, 24(2), 154-159.
- Fillion, L., de Serres, M., Cook, S., Goupil, R.L., Bairati, I., & Doll, R. (2009). Professional patient navigation in head and neck cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 25(3), 212-221.
- Fillion, L., Cook, S., Veillette, A-M., Aubin, M., de Serres, M., Rainville, F., Fitch, M., & Doll, R. (2012). Professional navigation: A comparative study of two Canadian models. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 22(4), 257-266. doi:10.5737/1181912x224257266
- Hébert, J., & Fillion, L. (2011a). Gaining a better understanding of the support function of oncology nurse navigators from their own perspective and that of people living with cancer: Part 1. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 21(1), 33-38.
- Hébert, J., et Fillion, L. (2011b). Gaining a better understanding of the support function of oncology nurse navigators from their own perspective and that of people living with cancer: Part 2. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 21(2), 114-121.
- Institut National du cancer (2009). *Plan cancer 2009-2013*. Édition produite par : Le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et le Ministère de la santé et des sports. French Government. Retrieved from http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/plancancer20092013_02112009.pdf
- Leadbeater, M. (2001). Information needs of patients with cancer. *Nursing Standard*, 16(3), 33-35.
- Lelto, R.H. (2012). The challenge of existential issues in acute care: Nursing considerations for the patient with a new diagnosis of lung cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(1). E4-E11.
- Lockhart, K., Dosser, I., Cruickshank, S., & Kennedy, C. (2007). Methods of communicating a primary diagnosis for breast cancer to patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, Issue 3, Art. No: CD006011. doi:10.1002/14651858.CD006011.pub2
- McCulloch, P. (2004). The patient experience receiving bad news from health professionals. *Professional Nurse*, 19(5), 276-280.
- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Traduction de la 2e édition américaine par Martine Hlady Rispal. Révision scientifique de Jean-Jacques Bonniol 2e édition. Bruxelles, Belgique : Édition De Boeck Université.
- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Katsouda, E., & Vlahos, L. (2004). Cancer information disclosure in different cultural contexts. *Support Care Cancer*, 12(3), 147-154.
- Overend, A., Khoo, K., Delorme, M., Krause, V., Avanesian, A., & Saltman, D. (2008). Evaluation of a nurse-led telephone follow-up clinic for patients with indolent and chronic hematological malignancies: A pilot study. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 18(2), 64-68.
- Paul, C.L., Clinton-McHarg, T., Sanson-Fisher, R.W., Douglas, H., & Webb, G. (2009). Are we there yet? The state of the evidence base for guidelines on breaking bad news to cancer patients. *European Journal of Cancer*, 45(17), 2960-2966.
- Ptacek, J.T., & Ptacek, J.J. (2001). Patients' perceptions of receiving bad news about cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 19(21), 4160-4164.
- Radziewick, R., & Baile, W.F. (2001). Communication skill: Breaking bad news in the clinical setting. *Oncology Nursing Forum*, 28(6), 951-953.
- Randall, T., & Wearn, A.M. (2005). Receiving bad news: Patients with haematological cancer reflect upon their experience. *Palliative Medicine*, 19(8), 594-601.
- Rassin, M., Levy, O., Schwartz, T., & Silner, D. (2006). Caregivers' role in breaking bad news—Patients, doctors' and nurses' points of view. *Cancer Nursing*, 29(4), 302-308.
- Reich, M., Vennin, P., & Belkacémi, Y. (2008). L'annonce du diagnostic de cancer : l'acte qui doit sceller le pacte de confiance médecin-malade. *Bulletin du Cancer*, 95(9), 842-847.
- Smutek, B. (2006). La consultation infirmière, dispositif d'annonce de la maladie cancéreuse. *Soins*, 51(707), 52-53.
- Stiefel, F., & Krenz, S. (2013). Psychological challenges for the oncology clinician who has to break bad news. In *New challenges in communication with cancer patients*, A. Surbone et al. (Eds.) pp 51-62. doi:10.1007/978-1-4614-3369-9_5
- Swanson, J., & Koch, L. (2010). The role of the oncology nurse navigator in distress management of adult patients with cancer: A retrospective study. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), 69-75. doi:10.1188/10.ONF.69-76
- Thorant, C., & Arbonés-Hérédia, F. (2009). Une expérience infirmière en consultation d'annonce. *Soins*, 54(736), 51.
- Tivoli, B., Sanchez, B., Tardieu, S., Metellus, P., Sambuc, R., & Chinot, O. (2005). Participation à l'expérimentation nationale de l'annonce du diagnostic de cancer en neuro-oncologie : implication et reconnaissance des soignants. *Bulletin du Cancer*, 92(4), 373-380.
- Tobin, G.A. (2012). Breaking bad news. *Cancer Nursing*, 35(6), E21-E29. doi:10.1097/NCC.Ob013e318241921d
- Tobin, G.A., & Begley, C. (2008). Receiving bad news—A phenomenology exploration of the experience of receiving a cancer diagnosis. *Cancer Nursing*, 31(5), E31-E37.
- Warnock, C., Tod, A., Foster, J., & Soreny, C. (2010). Breaking bad news inpatient clinical stings: Role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1543-55. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05325.x
- Wright, L.M., & Leahey, M. (2009). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (5th ed.). Philadelphia, USA: F.A. Davis Company Philadelphia.