

Titre : Les caractéristiques de la relation de soin en situation palliative cancéreuse chez l'adulte : une revue systématique de la littérature.

Title : The characteristics of the care relationship in a palliative cancer situation in adults : a systematic review of the literature

Auteur : Marie Sergio^{1 A}

¹Université de Lorraine, APEMAC, F-54000 Nancy, France

^A Centre Hospitalier de Bar Le Duc - Equipe Mobile de Soins Palliatifs

1 boulevard d'Argonne

55000 Bar Le Duc

03-29-45-88-88

msergio@pssm.fr

Frédérique Claudot¹

¹ Université de Lorraine, APEMAC, F-54000 Nancy, France

INTRODUCTION

Les soins palliatifs se définissent comme « des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage » (article L. 1110-10 du Code de la Santé Publique). En oncologie, ils s'instaurent lorsqu'il n'y a plus de perspective thérapeutique de guérison. Ils placent l'aspect relationnel au centre de leur démarche ce qui se traduit par un accompagnement global du patient et de ses proches. Castra (2013) explique que « *selon l'ensemble de ses acteurs, c'est l'importance accordée à la relation avec le malade qui distingue le travail en soins palliatifs du travail dans les autres services* »[1]. L'approche des soins palliatifs prône l'écoute et l'accueil de la souffrance du mourant et de son expérience. L'accent est donc mis sur la compétence relationnelle des soignants puisque que « *le mourant en soins palliatifs ne doit pas être replié sur lui-même, en retrait, on attend au contraire de lui qu'il s'investisse dans les relations avec son entourage et avec les soignants. Il doit donc être un partenaire actif de son propre accompagnement* »[1]. Il explique que la relation de soin s'inscrit dans un partenariat dans lequel chacun des protagonistes doit être acteur.

Classiquement, la relation de soin est qualifiée d'asymétrique (Worms, 2006 ; Zaccâï-Reyners, 2006 ; Manoukian, 2014 ; Deshays, 2018) : un soigné, perçu comme vulnérable ; et un soignant, tantôt assimilé au pouvoir, notamment le pouvoir médical, tantôt associé à la sollicitude et à une position maternante [2, 3]. Il s'agit d'une rencontre dans un contexte particulier entre deux personnes, deux subjectivités : un malade et un professionnel de santé. Selon Manoukian (2014), il s'agit d'« *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* » et il ajoute « *au delà de la relation entre deux personnes c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens* » [4]. Elle nécessite trois attitudes de la part du professionnel de santé : de l'engagement

personnel (considérer le malade sans jugement de valeur), de l'objectivité (éviter toute déformation ou interprétation) et de la disponibilité (pour identifier, observer et écouter les problèmes et les besoins du patient).

Généralement, des qualités relationnelles nous viennent à l'esprit lorsque l'on évoque la relation de soin et plus particulièrement en soins palliatifs : l'empathie, la confiance, la présence. Certaines études vont plus loin en la qualifiant d'amitié [5–10] ou de relation familiale.

Or, cette relation amicale, ces bonnes intentions suffisent-elles pour aider le patient ? Qu'en est-il réellement ? Ces qualités sont-elles suffisantes et exclusives à l'instauration de la relation de soin et surtout sont-elles garantes d'une meilleure prise en soin ? Pour autant Deshays (2018) nous explique bien que « *là où il y a relation, il y a un risque. Quel risque ? Celui d'être affecté, touché, et de perdre la clairvoyance d'un raisonnement rationnel* »[11]. Comment être objectif alors ? Qu'en est-il de la posture du soignant ? Et de celle du soigné ? Le mourant doit-il nécessairement s'engager dans une relation avec le soignant ? Au nom de quoi ? En évoquant des relations amicales voire familiales, la « philosophie » du « bien mourir » spécifique aux soins palliatifs ne veut-elle pas à un moment donné édulcorer la fin de vie et atténuer la violence de la mort (comme si nous oublions qu'il s'agit de la condition humaine) ? N'y a t'il pas une modification de l'asymétrie de la relation ou tout du moins une modification de la distance ? Comment être « juste » dans ce contexte ? Quelle place est laissée au soigné et quelles sont les conséquences d'un tel positionnement du soignant pour le malade ?

L'objectif de cette étude est de caractériser la relation de soin (soignant-soigné) en situations palliatives cancéreuses chez des adultes quel que soit le service d'accueil du soigné.

Pour ce faire, nous explorerons la littérature scientifique actuelle sur le sujet et nous posons l'hypothèse suivante : l'étude de la relation de soin en soins palliatifs révèle une culture

spécifique du prendre soin qui s'appuierait sur des compétences personnelles plus que sur des compétences techniques et professionnelles.

MATERIEL ET METHODE

Notre étude consistait en une revue systématique de la littérature. L'élaboration de cette revue s'est basée sur les lignes directrices PRISMA.

Identifications de données :

La revue de la littérature scientifique a été effectuée à partir des bases de données PsycINFO, PubMed, Web of Science, Science Direct et Cairn. Ces bases de données ont été choisies parce qu'elles recensent la littérature scientifique dans différents domaines : psychologie, médecine, science de la santé et sciences humaines et sociales, et cela dans le but d'être le plus exhaustif possible et d'avoir des résultats dans plusieurs disciplines.

Les équations de recherche qui ont été utilisées étaient les suivantes :

- *Palliative care AND Cancer AND (Nurse's role OR Nurse's experience)*
- *Palliative care AND Cancer AND (Features OR Characteristics) AND Nurse-patient relationship*
- Soins Palliatifs AND Cancer AND relation de soin.

Il a été décidé, afin d'obtenir le plus de résultats possibles de définir trois équations de recherche plutôt qu'une seule. Le terme de « relation de soin » n'ayant pas d'équivalent MeSh, il a fallu trouver des mots clés se rapprochant le plus possible de cette notion.

Sélection des articles :

Les critères de sélection appliqués visaient l'acquisition d'articles scientifiques, publiés entre 1999 (date à laquelle les soins palliatifs sont introduits dans le Code de la Santé Publique) et avril 2018, de langue française ou anglaise, et dont le titre, les mots clés et/ou le résumé contenaient au moins un des termes de la recherche (c'est à dire un des termes des équations

de recherche) ou à défaut évoquait notre sujet. La sélection finale était réalisée après lecture complète de l'article sur la base des critères suivants : l'article évoquait la relation soignant-soigné, établissait des caractéristiques de la relation de soin, définissait des qualités soignantes, et enfin la particularité de la relation de soin avait des conséquences sur le patient et le soignant.

Analyse :

Chaque article a été entièrement lu et analysé grâce à une grille de lecture développée spécifiquement pour répondre à l'objectif de l'étude. Cette grille comportait : le titre, les noms et professions des auteurs ; l'année de parution et la revue, la base de donnée dans laquelle l'article a été trouvé ; la méthodologie de l'article ; les caractéristiques de la relation, les qualités soignantes (du point de vue du patient et du soignant), les verbes et copules présents dans l'article, les conséquences pour le patient et pour le soignant ; et enfin les limites de l'étude et des remarques globales.

Pour chacun des articles, nous avons choisi de réaliser une analyse qualitative et plus particulièrement une analyse de contenu.

Cette analyse de contenu a été conduite sur deux plans : le fond et la forme. Pour le fond, nous avons mis en avant ce qui émergeait de la relation de soin entre chacun des partenaires en termes de qualité soignante. Pour la forme, nous avons cherché des unités lexicales se rapportant à des qualités humaines et notamment les verbes attributifs (ou copules) de ces qualités afin de mieux comprendre comment sont envisagées ces qualités.

RESULTATS

Notre recherche initiale nous a permis d'identifier 5061 articles. Après élimination des doublons et sélection sur titre et résumé nous avons identifié 59 articles répondant à nos critères. Après lecture intégrale, nous avons finalement inclus 30 articles répondant à nos

critères d'inclusion (Figure 1, flow chart). Nous avons donc rempli la grille de lecture à partir de ces 30 articles afin de caractériser la relation de soin en situations palliatives cancéreuses chez une population adulte.

- Caractéristiques principales des articles sélectionnés

La majorité des articles ont été rédigés par des équipes anglo-saxonnes ($n = 20$) et par des équipes en Sciences Infirmières.

Sur les 30 articles, seuls 4 s'enquéraient du point de vue du patient. Alors que la grande majorité (19 articles) exprimait le point de vue soignant sur les qualités indispensables à l'instauration de la relation de soin. Enfin 4 études ne précisaien pas s'il s'agissait du point de vue patient ou soignant.

Nous avons pu regrouper les résultats en 3 catégories : d'abord les caractéristiques de la relation de soin, ensuite les éléments relatifs à l'intelligence émotionnelle et sociale, enfin les conséquences de cette relation. Ces 3 catégories sont détaillées ci-dessous.

- Les caractéristiques de la relation de soin

La relation de soin était qualifiée de centrale [5, 9, 12] et indispensable [6, 13–15]. Dans 20 % des études , elle était le fruit d'une rencontre et d'une négociation entre les deux acteurs [5, 9, 10, 12, 16, 17]. Il s'agissait alors d'un processus interpersonnel [6, 12, 18–20]. Cette relation était qualifiée de significative, profonde et positive [16] voire de l'ordre de l'amitié [5–10] ou de la symbiose [16]. La confiance et l'alliance thérapeutique [6, 7, 9, 12, 15, 16, 19, 21–25] étaient des éléments prégnants, proposant ainsi un cadre sécurisant aux patients [7, 15].

Des considérations éthiques ont aussi été soulevées dans les études notamment la bienfaisance [26], le respect [6] et la valeur morale de la relation [9].

Une seule étude pointait le caractère unilatéral et non réciproque de la relation de soin [9] alors qu'une autre évoquait la compréhension mutuelle [19]. En général, la relation de soin était centrée sur le patient et chargée d'émotions.

Plusieurs études s'accordaient pour décrire la complexité de la relation de soin entre le patient et le soignant.

- L'intelligence émotionnelle et sociale

Patients comme soignants ont décrit différentes qualités nécessaires pour l'accompagnement en situations palliatives : les qualités communicationnelles [6–8, 12–14, 16, 18, 21, 23, 26–28], la compassion [19–21, 24, 26], l'empathie [5, 6, 8, 13, 18, 24, 29], la gentillesse [16, 26], l'authenticité [6, 20, 26], l'amour, l'ouverture [6, 26] et l'engagement [15, 20].

Les soignants mettaient aussi en avant l'expérience, la compétence [5, 9, 12, 15, 30, 31], l'intuition [32, 33], la patience, la proximité, la créativité [6], la bonté, la chaleur, la sincérité [21], l'implication émotionnelle [28], l'amitié et la douceur [20].

Les patients, quant à eux, souhaitaient des soignants possédant une certaine habileté relationnelle [23], faisant preuve de compréhension, de tolérance, d'acceptation [26] et d'humour [20].

Ces qualités leur semblaient utiles et nécessaires dans l'élaboration de la relation de soin où la confiance était un élément central [6, 7, 9, 12, 15, 16, 19, 21–23, 25].

Les verbes attributifs de ces qualités humaines relevés étaient les suivants : « connaître le patient » apparaissait dans neuf articles [5–7, 9, 14, 17, 19, 26, 32], « prendre le temps » dans sept articles [5–7, 12, 14, 21, 26], « être présent », « être là », « être avec », « être pour la personne », « être à côté », « être disponible », « être impliqué », « être un soutien » apparaissaient douze fois [5–7, 12, 21, 22, 24, 25]. « Etre à l'écoute » et « être empathique » ont été cités quatre fois [13, 18, 25, 34]. « Etre ouvert » et « avoir une ouverture » sont présents dans trois articles [8, 21, 24]. Et d'autres copules n'apparaissaient qu'une seule fois

comme « être dévoué »[21], « être ressource », « être flexible », « être avocat » [30], « être au milieu » [33], « être authentique » [29], « être réceptif » [24], « être sensible » et « être créatif » [25]. Deux études utilisaient les termes « faire le bien » [10] et « souffrir avec » [29].

- Les conséquences de la particularité de la relation de soin en soins palliatifs

Nous allons à présent décrire quelles sont les conséquences de la particularité de la relation de soin en soins palliatifs pour le patient puis pour le soignant.

Conséquences pour le patient :

D'une façon générale et du point de vue du soignant, l'instauration de la relation de soin pour le patient était considérée comme positive avec une meilleure qualité de soin [5, 7, 8, 13, 18, 19, 21, 26, 34] et de vie [13, 14, 22], un soulagement des différentes souffrances [5, 19, 21, 26] et donc une amélioration du bien-être [5, 6, 13, 19, 23, 26] et une préservation de la dignité [6, 14, 21]. Certaines études allaient plus loin en confirmant que l'instauration d'une relation de soin permettait aux patients de vivre encore [6, 9, 10], d'être préparé et conscient de la mort à venir [14]. Deux études ont pointé le maintien de l'autonomie et de l'indépendance des patients [14, 23]. Cependant, une seule étude soulignait la passivité des malades [15]. Un article affirmait que les soignants respectent le souhait du patient de maintenir une distance avec eux même s'ils considèrent que la relation pourrait être bénéfique [21].

Conséquences pour le soignant :

Pour le soignant s'inscrire dans une relation de soin avec le patient en situation palliative avait des conséquences négatives mais aussi des conséquences positives. Pour les aspects négatifs, l'analyse de la littérature retrouvait essentiellement des effets de stress et de difficultés émotionnelles notamment le fait d'être submergé par les émotions des patients (4, 9–14), une pression importante [5], de la fatigue [29], de la vulnérabilité [29], un coût personnel [28, 35], de la frustration [6, 15] et de la tristesse [6].

Les aspects positifs relevés étaient une satisfaction dans le travail [6, 7, 13, 35] avec une autonomie [5], un enrichissement personnel permettant une certaine relativité et prise de distance quant à sa propre vie [6, 9, 29].

DISCUSSION

Notre étude avait pour objectif de caractériser la relation de soin (soignant-soigné) en situation palliative cancéreuse chez des adultes quel que soit le service d'accueil du soigné. Elle montre que la relation de soin dans cette situation dépend de qualités personnelles et humaines.

Données analysées :

La grande partie des résultats des études de cette revue de littérature est écrite par des professionnels de santé et majoritairement des infirmiers, et sont révélateurs de leur point de vue. Il s'agit d'un biais de l'étude.

- Caractéristiques de la relation de soin

L'ensemble des études incluses soulignent l'aspect indispensable de la relation de soin en situation palliative. Il semblerait que cette dimension occupe une place prépondérante et que les compétences techniques soient relayées au second plan, comme si la seule relation de soin permettait une amélioration de la qualité de vie du patient. Walsé et Al . (2006) s'interrogent d'ailleurs pour savoir si l'instauration d'une relation est un soin en soi ou si cette relation a des conséquences sur d'autres soins. La question de l'alliance thérapeutique est également prégnante. Elle peut être définie de façon multiple mais les auteurs s'accordent pour dire qu'il s'agit d'un pacte mutuel et d'une négociation.

Aussi, certaines caractéristiques retrouvées dans la littérature comme l'amitié ou la familiarité iraient à l'encontre des enseignements des instituts de soins infirmiers. En effet, il est demandé aux futurs soignants de faire preuve d'objectivité et de trouver la juste distance. La

relation de soin est même qualifiée d'asymétrique. Les soins palliatifs veulent-il gommer cette asymétrie pour atteindre un idéal du bien mourir où le mourant serait inscrit dans la communauté des vivants?

Les considérations éthiques telles que la bienfaisance et la non malfaissance sont en revanche les mêmes que dans les autres domaines de soin.

- L'intelligence émotionnelle sociale

Les qualités relevées dans la littérature font appel à des compétences sociales et ce que l'on peut regrouper sous l'appellation d'« intelligence émotionnelle et sociale ». Elles sont directement impliquées dans la communication et la relation à l'autre. Les qualités communicationnelles sont d'ailleurs celles qui sont les plus mises en exergue par les soignants dans les différentes études [6–8, 12–14, 16, 18, 21, 23, 26–28]. L'intelligence émotionnelle est « *l'habileté à percevoir et à exprimer les émotions, à les intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre et à raisonner avec les émotions, ainsi qu'à réguler les émotions chez soi et chez les autres* » (Mayer et Salovey, 1997). L'intelligence sociale est définie quant à elle par Thorndike (1920) comme « *la capacité de comprendre les autres et à agir d'une façon appropriée dans les relations interpersonnelles* ». Elle comporte deux aspects : la compréhension d'autrui et l'action vis-à-vis d'autrui. Les soignants travaillant en soins palliatifs désignent souvent ces qualités comme une présence à l'autre ou comme de l'empathie, ... D'ailleurs, ils les déclinent en diverses catégories alors que les patients désignent cela sous l'appellation générique d'« habiletés relationnelles ». Que se cachent-ils sous cette appellation ? Les représentations sont-elles identiques pour chacun des partenaires de la relation ? Y a-t-il une adéquation entre les attentes des patients et les représentations que les soignants ont de ces attentes ?

Les intelligences émotionnelle et sociale sont acquises [36] et les instituts de soins infirmiers cherchent à les renforcer puisque les étudiants, en France, doivent valider une compétence

intitulée « *communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin* ». Il s'agirait d'apprendre déjà à se connaître et à reconnaître ses émotions afin de pouvoir mieux gérer certaines situations complexes. Une question peut se poser : s'agit-il d'une compétence professionnelle ou d'un savoir-être ? Formarier (2007) nous dit que « ces qualités humaines doivent être optimisées par un réel savoir professionnel en sciences humaines ».

De plus, les auteurs [18, 25, 27, 30, 31] mettent en avant la nécessité d'une formation spécifique pour travailler en soins palliatifs. Schofield et Al. (2008) vont plus loin en s'interrogeant sur la façon de transmettre de telles compétences et sur les leviers qu'ils existent. Ils évoquent l'analyse de pratique professionnelle. Mais comment ces compétences se traduisent-elles en pratique soignante ? Qu'en est-il de la posture professionnelle des soignants exerçant en soins palliatifs ?

Nous pouvons aussi souligner le fait que certains verbes attributifs dénotent des états transitoires (« être à l'écoute », « être disponible », « être présent », « être empathique », « être là », « être présent », ...) et non des états permanents (c'est-à-dire des états qui sont toujours présents). Il semble donc être difficile de pouvoir établir une relation de soin avec toutes les personnes soignées que l'on rencontre et que cette relation soit constante dans le temps.

Il nous paraît indispensable que les soignants aient conscience des enjeux de la relation de soin mais encore plus de ses caractéristiques. En effet, nous venons de le voir, il est tout à fait possible de travailler sur ces éléments. L'analyse de la pratique professionnelle pourrait être un outil intéressant à proposer aux soignants afin que la relation de soin instaurée soit pensée et éviter ainsi des dérives possibles.

- Conséquences de la particularité de la relation de soin en soins palliatifs

Les conséquences pour le patient tout d'abord sont des conséquences perçues comme exclusivement positives du point de vue soignant. Une seule étude nomme une dérive possible

de la relation de soin en relation de pouvoir. Cela signifie que nous pouvons nous interroger sur la relation étroite en soins palliatifs et notamment sur le fait que dans ce domaine de soin la notion de bienveillance semble prégnante excluant peut être toutes les autres qualités. Mais là encore, il s'agit du point de vue des soignants sur les conséquences de leur travail. Qu'en est-il du point de vue des patients ? Dans les études, les patients ont souligné qu'ils attendaient des soignants qu'ils maintiennent leur autonomie et leur indépendance et qu'ils les considèrent comme des personnes et non comme des malades. Autrement dit, le patient veut être considéré comme un sujet et non comme un objet de soin. Est-il considéré de façon autonome par les soignants qui veulent entrer en relation avec lui ? Une étude [14] révèle une absence de consensus sur la notion de « bonne mort » entre les patients et les soignants. Globalement, les conséquences pour le soignant sont soit de l'ordre de la satisfaction soit conduisant à un surinvestissement et un épuisement (« *burn out* »). La notion d'épuisement est à mettre en lien avec la difficulté émotionnelle à gérer la souffrance des Autres.

Points forts et limites de l'étude

Notre étude comporte certaines limites qu'il faut confronter à ses forces.

La première limite de cette étude est le choix des mots clés. Même si une phase exploratoire a permis de cibler certains mots clés, un biais n'est pas exclu, le terme « relation de soin » n'ayant pas d'équivalent MeSh. C'est pourquoi, nous avons choisi trois équations de recherche différentes afin de limiter ce biais.

CONCLUSION

Cette étude montre que la relation de soin en situation palliative cancérologique chez l'adulte est une notion centrale de l'accompagnement. Elle se caractérise par des qualités soignantes telles que l'empathie, la présence à l'autre, la disponibilité, le respect et la confiance. Ces

caractéristiques peuvent être en lien avec une forme d'intelligence : sociale et émotionnelle. Les soignants se dirigeant vers ce type de population présenteraient cette forme d'intelligence qui pourrait se développer au cours de formation. Néanmoins, il semble primordial que les professionnels de santé aient conscience de ce qui se joue au sein de la relation de soin afin de limiter des dérives possibles. Enfin, il faudrait être au plus près de ce que le patient désire et cela dans un souci de respect de ses désirs et de son autonomie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Castra M. *Travail émotionnel et compétences relationnelles en soins palliatifs*. In : F. Schepens, Les soignants et la mort. Paris, ERES ; 2013 :123-135.
- [2] Zaccai-Reyners N. Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin. *Esprit* 2006 ; 1: 95-108
- [3] Bleusez A, Larcher V. Influence des représentations inconscientes sur la relation de soins en gériatrie. *J Psychol* 2011; 287: 35–39.
- [4] Manoukian A. *La relation soignant-soigné*. 3^e ed. Paris : Lamarre ; 2008
- [5] McIlpatrick S, Sullivan K, McKenna H. Nursing the clinic vs. nursing the patient: nurses' experience of a day hospital chemotherapy service. *J Clin Nurs* 2006; 15: 1170–1178.
- [6] Errasti-Ibarrondo B, Pérez M, Carrasco JM, et al. Essential elements of the relationship between the nurse and the person with advanced and terminal cancer: A meta-ethnography. *Nurs Outlook* 2015; 63: 255–268.
- [7] Luker KA, Austin L, Caress A, et al. The importance of 'knowing the patient': community nurses' constructions of quality in providing palliative care. *J Adv Nurs* 2000; 31: 775–782.
- [8] Caris-Verhallen W, Timmermans L, van Dulmen S. Observation of nurse-patient interaction in oncology: review of assessment instruments. *Patient Educ Couns* 2004; 54: 307–320.
- [9] Mok E, Chiu PC. Nurse-patient relationships in palliative care. *J Adv Nurs* 2004; 48: 475–483.
- [10] Walshe C, Luker KA. District nurses' role in palliative care provision: a realist review. *Int J Nurs Stud* 2010; 47: 1167–1183.
- [11] Deshays C. *Trouver la bonne distance avec l'autre*. Paris : Dunod ; 2018.
- [12] Canning D, Rosenberg JP, Yates P. Therapeutic relationships in specialist palliative care nursing practice. *Int J Palliat Nurs* 2007; 13: 222–229.
- [13] Banerjee SC, Manna R, Coyle N, et al. Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study. *Nurse Educ Pract* 2016; 16: 193–201.
- [14] Johnston B, Smith LN. Nurses' and patients' perceptions of expert palliative nursing care. *J Adv Nurs* 2006; 54: 700–709.
- [15] Berterö C. District nurses' perceptions of palliative care in the home. *Am J Hosp Palliat Care* 2002; 19: 387–391.

- [16] Mishelmovich N, Arber A, Odelius A. Breaking significant news: The experience of clinical nurse specialists in cancer and palliative care. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc* 2016; 21: 153–159.
- [17] Walshe C, Chew-Graham C, Todd C, et al. What influences referrals within community palliative care services? A qualitative case study. *Soc Sci Med* 1982 2008; 67: 137–146.
- [18] Schofield NG, Green C, Creed F. Communication skills of health-care professionals working in oncology--can they be improved? *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc* 2008; 12: 4–13.
- [19] Georges J-J, Grypdonck M, Dierckx de Casterlé B. Being a palliative care nurse in an academic hospital: a qualitative study about nurses' perceptions of palliative care nursing. *J Clin Nurs* 2002; 11: 785–793.
- [20] Wentlandt K, Seccareccia D, Kevork N, et al. Quality of Care and Satisfaction With Care on Palliative Care Units. *J Pain Symptom Manage* 2016; 51: 184–192.
- [21] Sekse RJT, Hunskår I, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *J Clin Nurs* 2018; 27: e21–e38.
- [22] Reinke LF, Shannon SE, Engelberg RA, et al. Supporting hope and prognostic information: nurses' perspectives on their role when patients have life-limiting prognoses. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39: 982–992.
- [23] Charalambous A, Radwin L, Berg A, et al. An international study of hospitalized cancer patients' health status, nursing care quality, perceived individuality in care and trust in nurses: A path analysis. *Int J Nurs Stud* 2016; 61: 176–186.
- [24] Richardson K, Macleod R, Kent B. A Steinian approach to an empathic understanding of hope among patients and clinicians in the culture of palliative care. *J Adv Nurs* 2012; 68: 686–694.
- [25] Andersson E, Salickiene Z, Rosengren K. To be involved - A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Educ Today* 2016; 38: 144–149.
- [26] Sinclair S, McClement S, Raffin-Bouchal S, et al. Compassion in Health Care: An Empirical Model. *J Pain Symptom Manage* 2016; 51: 193–203.
- [27] Loftus LA, McDowell J. The lived experience of the oncology clinical nurse specialist. *Int J Nurs Stud* 2000; 37: 513–521.
- [28] Dunne K, Sullivan K, Kernohan G. Palliative care for patients with cancer: district nurses' experiences. *J Adv Nurs* 2005; 50: 372–380.
- [29] Liu Y-C, Chiang H-H. From vulnerability to passion in the end-of-life care: The lived experience of nurses. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc* 2017; 31: 30–36.
- [30] O'Connor M, Chapman Y. The palliative care clinical nurse consultant: An essential link. *Collegian* 2008; 15: 151–157.

- [31] Mohan S, Wilkes LM, Ogunsiji O, et al. Caring for patients with cancer in non-specialist wards: the nurse experience. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2005; 14: 256–263.
- [32] Tibi-Levy Y. Répondre aux besoins et attentes des malades en fin de vie et de leurs proches – Enquête auprès de 64 professionnels des soins palliatifs et bénévoles. *Med. Pallia* 2009 ; 8: 276-289.
- [33] McLennan SM, Lasiter S, Miller WR, et al. Oncology nurses' experiences with prognosis-related communication with patients who have advanced cancer. *Nurs Outlook* 2013; 61: 427–436.
- [34] McKenna H, McCann S, McCaughey E, et al. The role of an outreach oncology nurse practitioner: a case study evaluation. *Eur J Oncol Nurs* 2004; 8: 66–77.
- [35] Güner P, Hiçdurmaz D, Kocaman Yıldırım N, et al. Psychosocial care from the perspective of nurses working in oncology: A qualitative study. *Eur J Oncol Nurs* 2018; 34: 68–75.
- [36] Goleman N. *L'intelligence émotionnelle : Intégrale*. Paris: J'ai lu, 2014.

Déclaration d'intérêt : l'auteur déclare aucun conflit d'intérêt.

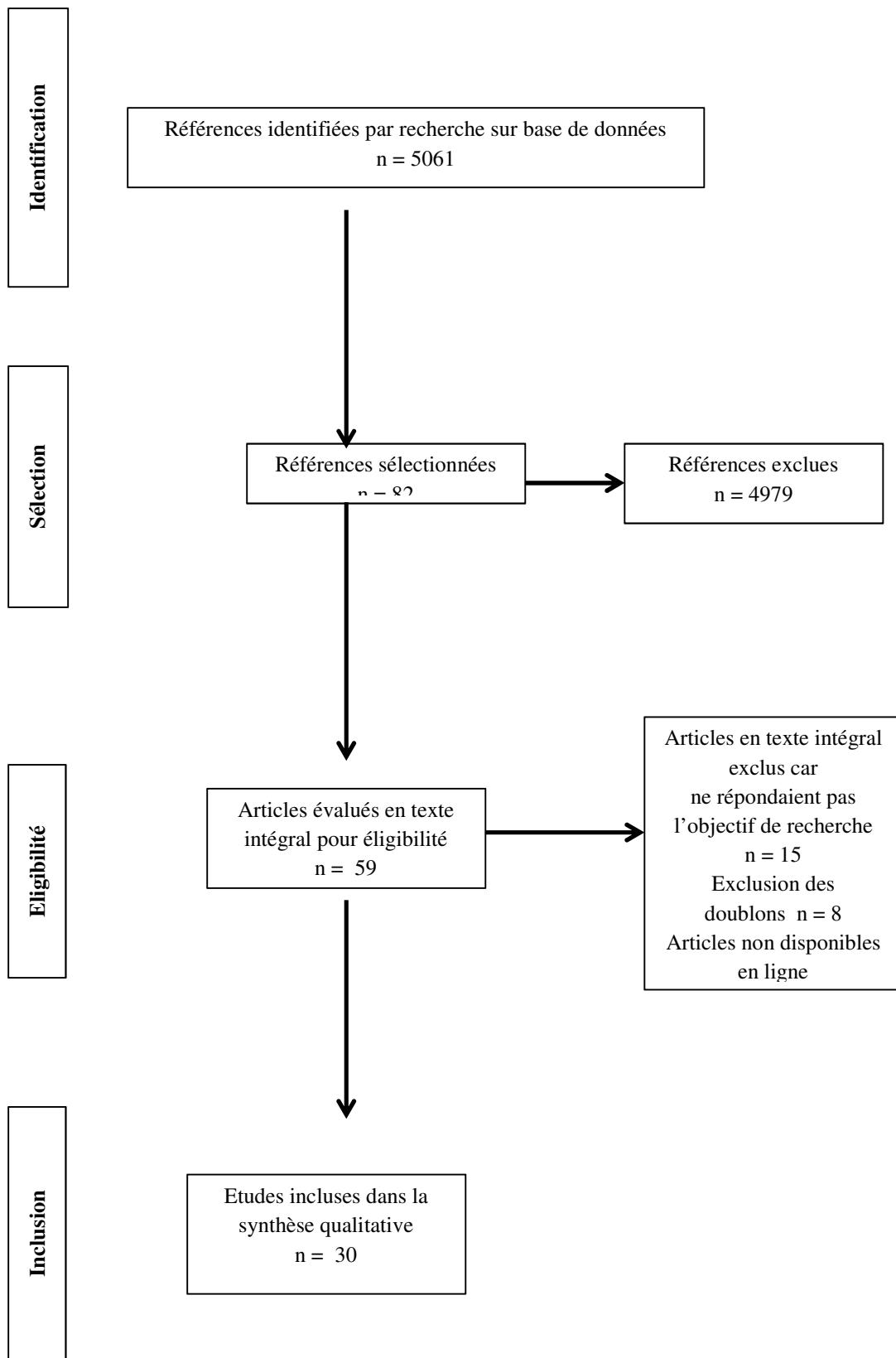


Figure 1 : Flow Chart.