



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

L'accompagnement infirmier des patients en cancérologie



Formateurs référents mémoire : THOMAS Jocelyne, AUGER DUCLOS Kelig

FRIOCOURT Christine
Formation infirmière
Promotion 2018-2021
10/05/2021

L'accompagnement infirmier des patients en cancérologie



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE
DIRECTION RÉGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat infirmier

Travaux de fin d'études : *L'accompagnement infirmier des patients en cancérologie*

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat infirmier, est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 10 mai 2021

Identité et signature de l'étudiant : Christine FRIOCOURT

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

La réalisation et l'aboutissement de ce mémoire a été possible grâce au soutien de plusieurs personnes que je tiens à remercier.

Tout d'abord, je remercie Madame AUGER-DUCLOS, référente de mon mémoire, pour ces conseils, son écoute et sa disponibilité durant ce long travail.

Merci également à Madame THOMAS qui a su me guider dans les débuts de mon MIRSI.

Je souhaite remercier Madame DAUCE qui a supervisé cette unité d'enseignement, pour son aide en mettant de précieux outils à notre disposition pour ce travail d'écriture.

Un grand merci aux deux infirmières de cancérologie qui se sont rendues disponibles pour répondre à mes questions afin d'enrichir ce mémoire.

Merci à l'équipe soignante de l'hôpital de jour en oncologie, lieu de stage où se sont passées mes situations d'appel, pour m'avoir encadré et encouragé.

Merci à mes collègues de promotion, pour leur écoute et nos échanges.

Je remercie ma famille pour la relecture de mon mémoire.

Sommaire

1	Introduction.....	1
2	Des situations d'appel vers la question de départ	3
2.1	Situations d'appel.....	3
2.2	Questionnement	3
2.3	Question de départ	4
3	Le cadre théorique	5
3.1	Définitions des notions théoriques	5
3.1.1	Le cancer.....	5
3.1.2	L'accompagnement	5
3.1.3	La posture infirmière	6
3.1.4	La relation soignant-soigné	7
3.1.5	La communication	7
4	Ce que disent les auteurs... ..	8
4.1	L'accompagnement infirmier	8
4.2	La temporalité dans les soins	8
4.3	La communication dans la prise en charge	8
4.4	La relation, fondement des soins infirmiers.....	9
4.5	Souffrance et deuil	10
5	Le recueil de données.....	11
5.1	Méthodologie	11
5.2	Entretien.....	11
5.3	Analyse descriptive.....	12
6	Discussion	14
7	Conclusion	18
	Bibliographie	19
	Annexes	22
	Abstract	4 ^{ème} de couverture

Siglier

IDE : Infirmier diplômé d'état

MIRSI : Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

HDJ : Hôpital de jour

« La médecine, c'est la haine de la maladie et l'amour du malade »

Professeur Jérôme Lejeune

1 Introduction

Dans le cadre de ma formation aux soins infirmiers, il m'est demandé, au terme de ces trois ans, de réaliser un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers ou M.I.R.S.I., nous permettant d'approfondir nos connaissances et donc d'améliorer notre pratique infirmière. Depuis trois ans, j'ai effectué plusieurs stages dans des services très variés. Cette alternance entre les stages et les cours théoriques m'a permis d'acquérir et de développer des compétences, d'enrichir mes connaissances, d'améliorer ma dextérité, mon organisation afin d'être en mesure de prendre en soins des patients dans leur globalité.

Durant ces trois années de formation infirmière, particulièrement pendant ces stages, un point m'a toujours interpellée : la facilité qu'ont les patients à se confier aux soignants et le poids des mots et des actes des soignants sur le vécu de leur maladie. Mais encore plus en oncologie où les soins relationnels sont essentiels et comptent beaucoup pour les patients. Les soignants ont un rôle essentiel dans la prise en soins des patients en oncologie et l'accompagnement prend une place primordiale dans cette prise en charge. J'ai été étonnée, pendant mon stage dans un hôpital de jour en oncologie, de la relation de confiance qui se crée lors d'un soin relativement court (un petit quart d'heure) et de l'impact que cette relation a sur le vécu du cancer par les patients. En effet, lors de mon stage de semestre 5 en hôpital de jour en oncologie, les patients viennent pour leur cure de chimiothérapie ou d'immunothérapie. Ils restent dix minutes pour certains, le temps d'une injection de chimio en sous-cutanée, une ou deux heures voire la journée pour d'autres. De même, certains peuvent revenir toutes les semaines, toutes les trois semaines, d'autres tous les mois. Entre deux cures, les patients ont une vie « normale » chez eux, peuvent « oublier » leur cancer, certains sont très soutenus chez eux et parlent de leur pathologie sans difficulté, d'autres vivent seuls ou n'en parlent pas afin de ne pas inquiéter leur entourage... Leur venue en hôpital de jour leur permet donc de se confier, de s'abandonner, de puiser du courage pour affronter l'avenir qui les inquiète. Ils évoquent l'importance de la chimiothérapie, la façon dont ils vivent avec le cancer, certains s'expriment, d'autres non. La oncologie met en exergue plusieurs versants : il y a la part pathologique de la maladie, avec l'incidence du traitement, mais aussi le côté psychologique, avec l'espérance de vie, la vie active à l'arrêt, les réactions de l'entourage...

C'est pourquoi, j'ai choisi de travailler sur l'accompagnement infirmier auprès de patients atteints d'un cancer, venant pour un soin court, pendant leur traitement, en HDJ, le traitement est long et l'annonce a été faite en amont, les patients ont vu l'infirmière d'accompagnement avant le début du traitement. Il ne s'agit pas de la prise en charge du premier traitement mais de tous. Je trouve très enrichissant de développer ma réflexion sur l'accompagnement des patients en oncologie, sur la

relation soignant-soigné, sur l'accompagnement infirmier dans ce cadre bien précis. Tout ceci dans l'optique d'approfondir mes connaissances, me permettant d'aider au mieux ces patients, que ce soit dans un service de cancérologie ou bien dans un autre service, là où je serai amenée à les prendre en soins.

2 Des situations d'appel vers la question de départ

2.1 Situations d'appel

Les situations qui suivent se sont produites dans les premiers jours de mon stage S5, en oncologie, dans un service d'hospitalisation de jour. Il y a un flux de patients assez important et neuf infirmiers s'occupent des patients venant à l'hôpital de jour. Le personnel soignant travaille toute la journée avec des patients qui ne viennent que quelques heures.

La première situation est la suivante : Mme R (52 ans) vient pour sa cure de chimiothérapie. Avec l'infirmière, nous arrivons dans sa chambre pour mettre la poche de chimio en place. Au moment où l'infirmière la pose, elle demande à la patiente si elle ne veut toujours pas mettre la machine à casque puisque ce traitement peut provoquer une alopecie. Et la patiente nous répond : « Ah non, les cheveux, ce n'est pas grave, ça repousse, je ne prends pas le casque au point où j'en suis, et puis c'est froid ». L'infirmière lui répond que c'est certain, les cheveux peuvent repousser, et que de toute façon, c'est à elle de décider. Et la patiente ajoute : « Oui, les cheveux tant pis, mais c'est l'ablation de mon sein droit que j'ai mis du temps à accepter. C'était difficile. Mais maintenant, il y a des hauts et des bas, mais ça va ». Avec l'infirmière, nous l'avons écoutée puis la conversation est relancée rapidement sur un autre sujet et nous sommes reparties.

La seconde situation est relativement courte. Il s'agit de Monsieur Y, (environ 40 ans), qui vient pour sa cure de chimiothérapie pour un cancer digestif. Il est important de savoir que ce monsieur a un traitement par chimiothérapie à l'HDJ et qu'il rentre chez lui avec un diffuseur de chimiothérapie qui est programmé sur 46 heures. Je vais le perfuser seule sur une chambre implantable, tout se passe bien, je discute de tout et de rien avec lui et je reviens dans la chambre peu de temps après pour poser la poche de chimiothérapie avec l'infirmière. Une sonnette sonne dans une autre chambre, l'infirmière me demande d'y répondre et j'y vais pendant que l'IDE pose le traitement. Lorsque je reviens dans la chambre, j'entends des bribes de phrases de la discussion entre l'IDE et Mr Y : « c'est vrai que depuis le cancer, ce n'est pas facile, je ne vois plus trop les copains, je suis un peu exclu... ». Ne souhaitant pas m'immiscer dans la conversation, et trouvant inapproprié d'y prendre part, je finis de ranger le chariot de soin et quelques temps après, nous ressortons de la chambre. Depuis son diagnostic de cancer, Monsieur Y souffre d'un isolement amical.

2.2 Questionnement

Se retrouver confrontée à la souffrance des patients n'est pas chose facile. Ces rendez-vous réguliers pour leur cure de chimiothérapie leur permettent de se livrer librement, face à des soignants qui sont

là pour prendre soin d'eux et qui ne font pas partie de leur famille, de leur cercle d'amis. Et à plusieurs reprises, je me suis sentie impuissante face à tant de solitude et de tristesse. Et je me suis rendue compte que l'écoute active est très importante et que ma présence même sans rien dire ou bien répondre à certains moments permet aux patients de se sentir entendus et soutenus. De nombreuses questions émergent de ces situations :

Comment accompagner ces patients face à leur combat contre le cancer ? Qu'attendent-ils de nous ? Comment les soutenir dans leur cheminement d'acceptation de la maladie ? Quelle attitude avoir lorsqu'ils nous en parlent, lorsqu'ils nous dévoilent leur détresse ? Pourquoi s'adressent-ils, se confient-ils aux soignants ? Qu'est-ce que la relation de confiance ? En quoi est-ce si important dans un soin ? Qu'est-ce que la communication ? En quoi est-ce important ? Que sous-entend la notion d'acceptation ? Jusqu'où cela va-t-il ? Doit-on se résigner ou apprendre à vivre avec son cancer ? Quel est le rôle infirmier dans l'accompagnement d'un patient atteint d'un cancer ? Quelle image de leur corps les patients ont-ils ? Comment les aider à rétablir une image corporelle d'eux qu'ils acceptent ? Quelles sont les étapes du deuil ? Où sont les limites du soignant dans l'accompagnement d'un patient en oncologie ? Les patients s'adresseraient-ils aux soignants de la même façon s'ils n'étaient pas habillés d'une blouse blanche ? Quel est le sens du soin ? Quelle est l'intention du soignant quand il va faire son soin ? Pourquoi l'alopecie est moins importante que de perdre son sein ? Quel est le poids des paroles du soignant ? Comment donner du temps afin d'accompagner les patients en cancérologie ? Quelle est la légitimité du soignant lors des confidences du patient ? Que représente la blouse blanche pour un patient ?

Comment au détour d'un soin technique aborde-t-on le vécu du patient ? Quel est l'impact des premiers mots du soignant sur un patient atteint d'une pathologie lourde, un cancer ? Quel est le poids de notre posture soignante ? Comment un sourire peut-il influencer le psychique du patient sur le vécu de son cancer ou de sa pathologie lourde ? Comment lors du soin technique qui est bref, peut-on accompagner un patient ? Qu'est-ce que la relation d'aide ? Comment aide-t-on le patient à avancer et à accepter de vivre avec sa maladie grâce à notre compréhension de ses étapes de deuil ?

2.3 Question de départ

En prenant en compte les différents facteurs mis en évidence dans mon questionnaire et grâce aux différents entretiens de guidance, ma question de départ est la suivante : « Dans quelle mesure la posture infirmière avec le patient, lors d'un soin de courte durée en cancérologie, crée des conditions favorables à l'expression du vécu ? »

3 Le cadre théorique

3.1 Définitions des notions théoriques

3.1.1 Le cancer

Selon le dictionnaire Larousse (2012), le cancer est un « ensemble de cellules indifférenciées qui, échappant au contrôle de l'organisme, se multiplient indéfiniment, envahissent les tissus voisins en les détruisant, et se répandent dans l'organisme en métastases ; la maladie en résulte ».

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2021), « l'une des caractéristiques définissant le cancer est l'apparition rapide de cellules anormales dont la croissance s'étend au-delà de leurs limites habituelles et qui peuvent alors envahir des zones voisines de l'organisme et se propager à d'autres organes. Il est fait référence à ce processus sous le terme de dissémination métastatique. Les métastases sont la principale cause de décès par cancer ».

Aujourd'hui, en France, le cancer est une priorité de santé publique. Il s'agit de la première cause de mortalité dans notre pays. C'est la première cause de décès chez l'homme, et la deuxième chez la femme. D'après Santé Publique France, le cancer de la prostate est le plus fréquent chez les hommes avec une incidence de 50 000 nouveaux cas en 2015 et le cancer du sein chez les femmes avec 58 000 nouveaux cas en 2018. Unicancer fait état des cancers causant le plus de décès en 2017 en France : chez l'homme, le cancer du poumon est la première cause de décès (20 815 décès) et viennent ensuite le cancer colorectal et le cancer de la prostate (respectivement 9 294 et 8 207 décès) ; chez la femme, il s'agit du cancer du sein (11 883 décès), suivi du cancer du poumon (10 176 décès) et du cancer colorectal (8 390 décès). Au niveau mondial, des estimations mettent en avant qu'un homme sur huit et qu'une femme sur onze décèdent d'un cancer.

Les facteurs de risques d'un cancer sont multiples : prédisposition génétique (seulement 5%), tabac, alcool, infections, inactivité physique, obésité, surpoids, traitements hormonaux, UV, expositions professionnelles, pollution...

3.1.2 L'accompagnement

Dans les années 1980-1990, la notion d'accompagnement apparaît dans la prise en charge des patients, elle désigne l'aide aux personnes en fin de vie. La loi de 1999 donne aux patients accès aux soins palliatifs afin de soulager leur douleur, leur souffrance physique. Le soignant doit accompagner son patient tant sur le plan physique (en soulageant ses symptômes, en lui prodiguant des soins de confort), que sur le plan moral (présence, écoute, aller au rythme du patient). Il est du rôle propre de

l'infirmière d'entourer la famille et les proches. Peu à peu, elle s'impose pour toutes les personnes soignées où une confiance réciproque est présente entre le patient et le soignant. Nous la retrouvons également dans le dictionnaire Larousse : accompagner, c'est être avec quelqu'un pour le conduire, c'est « servir de guide, d'accompagnateur à quelqu'un, à un groupe ». L'accompagnement dans le dictionnaire Larousse (2012) est « un ensemble de mesures et d'actions mises en place pour aider, soutenir ou soulager des personnes en difficultés ». Il a donc une dimension éducative : le soignant transmet ses connaissances à son patient en tenant compte de sa capacité à comprendre et à recevoir, pour qu'il devienne acteur des soins qu'il lui prodigue et acteur de sa maladie, de son cancer. Cela implique un accompagnement du patient tant sur le plan moral que physique. Il s'agit aussi d'un partenariat entre le patient et l'équipe pluri professionnelle afin de lui proposer un projet de soin personnalisé et de lui apporter une qualité de vie la plus optimale.

3.1.3 La posture infirmière

La posture infirmière peut se définir par l'utilisation par le soignant, des compétences acquises par ce dernier, associant donc ce qu'il est, ce qu'il fait et ce qu'il sait, lui permettant de construire une relation soignant soigné. Cette façon d'être, de faire et de savoir définit le soignant et cette image reçue par le malade impacte positivement ou négativement le soin.

Ainsi donc, à partir de cette définition, différentes caractéristiques de la posture d'accompagnement infirmier émergent. Tout d'abord, la dimension éthique : la posture infirmière dans l'accompagnement des patients nécessite un questionnement de la part du soignant sur le sens qu'il donne à sa relation avec le patient, ce qu'il souhaite, ce à quoi il veut tendre. Il ne s'agit de pas non plus de faire à la place du patient mais de s'associer et de travailler ensemble. Ensuite vient la dimension du « non-savoir », en effet le soignant est formé pour la profession qu'il souhaite exercer mais il ne sait jamais tout. Les soins infirmiers sont immenses et en perpétuelle évolution. Le patient va chercher à combler son ignorance grâce au dialogue, aux échanges avec le patient et l'équipe pluridisciplinaire, visant à enrichir ses connaissances, s'ouvrir à des savoirs. Vient après la dimension du dialogue : l'outil sur lequel repose toute relation. La posture infirmière permet au patient d'avoir un espace dédié à l'échange, où il peut s'ouvrir et se confier, sans notion de hiérarchie mais où deux personnes apprennent ensemble, mutuellement avec leurs compétences respectives. A ceci s'ajoute la dimension d'écoute. Savoir se taire, être attentif pour mieux répondre, soigner, comprendre, soutenir... Enfin, la dimension émancipatrice de la posture infirmière qui amène le soignant et son patient à apprendre l'un par l'autre et à grandir ensemble vers de nouvelles connaissances, de nouveaux espoirs.

3.1.4 La relation soignant-soigné

La relation soignant soignée est le lien créé entre l'infirmier et son malade pendant un soin. Sans alliance ou rapport collaboratif, le soin ne commence pas. Il nécessite une confiance dans l'intérêt propre du patient. Il est important de prendre en considération le contexte biopsychosocial du patient : sa pathologie et ses représentations, sur lui et sur sa maladie. Pour adapter l'objectif thérapeutique du traitement, le soignant doit savoir écouter pour mieux comprendre, stimuler la motivation. La relation soignant soignée a plusieurs facettes. Tout d'abord, la dimension affective : la relation doit être empathique pour comprendre la réalité du patient, et authentique, pour que l'infirmier puisse être à l'aise avec la réalité du patient et ainsi être à l'aise avec ses propres émotions, sentiments, pensées. Ensuite, la relation soignant soigné a un versant professionnel, c'est-à-dire que le soignant a un statut (IDE, psychologue, médecin... etc) et des compétences : il doit être en mesure d'établir l'alliance thérapeutique, de savoir recueillir les informations utiles et les organiser, de faire une proposition adaptée en fonction de sa profession. Ainsi, la relation d'aide est un partenariat entre l'infirmier et le patient, dans un esprit de non jugement, il revient au soignant d'aider son malade à exprimer ses ressources et d'être altruiste. La relation soignant-soigné peut être caractérisée par plusieurs niveaux : la relation de civilité amène à la relation fonctionnelle puis à la relation de soutien, de compréhension, de réassurance ou de relation d'aide pour aboutir à la relation thérapeutique. L'aide et le soutien psychologique entrent dans le cadre du rôle propre infirmier.

3.1.5 La communication

La communication lors d'un soin de courte durée en oncologie est de toute évidence primordiale. On distingue la communication verbale de la communication non verbale, celles-ci étant étroitement liées l'une à l'autre. Dans la communication verbale, plusieurs outils peuvent être utilisés : la reformulation, l'écoute active (du son de sa voix, de ce qu'il dit, des réactions physiologiques). Dans la communication non verbale, le soignant se concentrera sur les expressions corporelles, le faciès, le comportement du patient, ses gestuelles). La communication passe également par le respect des silences. Être là pour le patient, se rendre disponible, être à juste distance, à sa place, sans jugement. C'est savoir prendre le temps d'être là, de ne pas rassurer trop vite, d'écouter le patient, de ne pas poser trop de questions. Pour entrer en communication avec autrui, il est nécessaire de se décentrer de soi pour mieux comprendre la personne afin de l'aider à se comprendre elle-même.

4 Ce que disent les auteurs...

4.1 L'accompagnement infirmier

Selon Walter Hesbeen (2016), accompagner c'est faire « un bout de chemin avec l'autre en difficulté de santé. Un mouvement qui porte vers l'autre pour aller à sa rencontre sur le chemin qui est le sien. Accompagner c'est respecter la personne dans ce qu'elle a à vivre, c'est reconnaître son existence en tant que telle avec ses différences. Accompagner c'est tenir compte de la complexité et de l'individualité de chaque personne ; c'est respecter ses conditions de vie, son entourage, son environnement, sa spiritualité, son engagement ou non engagement ; il s'agit surtout de comprendre et de trouver du sens à cet accompagnement quel que soit la situation de la personne ». Cette vision de l'accompagnement qui implique le respect du patient dans son entièreté se rapproche de la vision de ces deux auteurs, Yves Gineste et Jérôme Pellissier (2005) : « Chaque soin doit veiller à ne pas séparer l'inséparable : l'amélioration ou le maintien de la santé et donc du bien-être et de la qualité de vie. En réalisant des soins sans aucun respect des attentes de la personne soignée, on participe directement à dégrader la santé, à signifier à la personne notre refus d'être en relation avec elle, à détruire son bien-être et sa qualité de vie ». Pour M. E. Perennec (2006), « L'analyse et les représentations que le patient a de la maladie est un préalable à tout entretien, il faut évaluer ce que le patient sait déjà, ce qu'il veut savoir et respecter son besoin d'information ».

4.2 La temporalité dans les soins

La notion de temps est importante dans les soins. Comment le soignant peut-il être en capacité de donner de son temps alors que bien souvent, les soignants n'en n'ont pas ? Il s'agit de faire preuve d'organisation et d'anticipation des soins à venir pour pouvoir « avoir le temps » d'être là, dans un contexte quantitatif afin de tendre vers un accompagnement qualitatif. A contrario, le patient et le soignant n'ont pas la même temporalité. L'infirmier doit être capable d'appréhender le temps afin d'être en mesure de s'adapter au patient, d'entendre ses propres visions de sa maladie, de son histoire de vie, d'accueillir ses propos. Cette écoute et cet accompagnement sont fondés sur la relation de confiance entre le patient et le soignant.

4.3 La communication dans la prise en charge

La communication requiert de la part du soignant « de renoncer à parler, à se justifier, à expliquer, à convaincre, à répondre » énonce Yakafokon. Selon Thierry Tournebise (2012), « la communication génère de la chaleur humaine, du respect et de la liberté tandis que la relation génère de l'affectivité, de l'attachement et de la vulnérabilité » afin de redonner confiance à l'entourage et aux familles

explorés utiles pour la prise en charge des patients atteints d'un cancer. La communication peut être verbale. Aussi Carl Rogers définit cinq types de reformulation : la reformulation effet/echo, la reformulation miroir, la reformulation renversement figure de fond, la reformulation clarification et la reformulation synthèse. Ces reformulations servent au soignant afin d'aider son patient à préciser, expliciter ses pensées. La communication ne se dissocie pas de l'empathie que le soignant a pour son patient. Pour Carl Rogers, « l'empathie est une disposition d'esprit du soignant dans la relation qui lui permettrait de percevoir et de ressentir les affects vécus par le soigné sans pour autant qu'ils deviennent les siens ». Les attitudes de Porter sont des éléments clés dans la communication soignant-soigné : ce psychologue américain décrit six attitudes typiques ; six comportements que l'on peut adopter pour se mettre à l'écoute : le jugement, l'interprétation, le soutien, l'investigation, le conseil et la compréhension.

4.4 La relation, fondement des soins infirmiers

Le dictionnaire des soins infirmiers définit les soins relationnels comme des « interventions verbales et/ou non verbales visant à établir une communication en vue d'apporter une aide ou un soutien psychologique à une personne ou un groupe de personnes ». Jacques Chalifour (1989) évoque le « trépied » de la relation d'aide qui regroupe les habiletés techniques, la vision humaniste et la connaissance de soi. Selon lui, cette association est le gage d'une relation d'aide efficace. Carl R. Rogers, psychologue et psychothérapeute américain, fondateur de la psychologie humaniste, (1966), énumère huit caractéristiques essentielles pour toute bonne relation d'aide à savoir : être congruent ou conscient de ses propres sentiments, se laisser éprouver des sentiments positifs envers l'autre, demeurer une personne distincte ou laisser l'autre indépendant de soi, être empathique, accepter l'autre tel qu'il est, éviter d'être menaçant pour l'autre, voir l'autre comme une personne en évolution, s'abstenir d'évaluer et de juger. Il détaille la relation d'aide comme « une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ces ressources ». Il s'agit d'une « relation dans laquelle l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d'affronter la vie ». L'approche Rogérienne établit que « tout individu est unique et en évolution ». La relation est donc centrée sur la personne, tenant celle-ci comme étant la mieux placée pour connaître ses problèmes et les solutions qui lui conviennent. L'aidant fait preuve de non jugement et de non directivité. Pour Rogers, la relation d'aide est conditionnée par l'acceptation inconditionnelle positive qui est unique et en évolution, par la congruence et l'authenticité. En effet, selon J. Chalifour, il doit y avoir un « état d'accord interne

entre ce qu'une personne est réellement, ce qu'elle perçoit, pense, ressent d'elle et ce qu'elle communique ». La dernière condition dont fait état Rogers est la compréhension empathique qui est « l'aptitude à pénétrer dans l'univers d'autrui, à le comprendre et à lui communiquer cette compréhension ». « Ce qui fait l'essence de la pratique soignante qui permet de prendre soin d'une personne, c'est la démarche interpersonnelle entre une personne soignée, qui nécessite de l'aide, et une personne soignante qui a pour mission d'être aidante et ce, dans une situation de vie dans laquelle le soignant est appelé à intervenir » d'après Walter Hesbeen.

4.5 Souffrance et deuil

Le professeur Régis Aubry et Marie-Claude Dayde, infirmière, (2017), disent que « la maladie fait souffrance : avoir mal, perdre son sentiment d'invulnérabilité, rencontrer la question de sa finitude est une source de souffrance ».

Pour Marie-Frédérique Bacqué, les mécanismes de défense définissent des « processus psychiques qui ont pour fonction l'organisation et le maintien des conditions psychiques optimales, pouvant aider le Moi du Sujet à affronter et à éviter l'angoisse et le malaise psychique ». Ces mécanismes participent ainsi aux tentatives d'élaboration du conflit psychique. Chaque patient va réagir d'une manière qui lui est propre.

Elizabeth Kübler Ross décrit en 1976 les étapes du travail du deuil. Ces différents stades ne sont pas obligatoirement vécus par tous les patients. Elles sont au nombre de six. Tout d'abord, il y a le choc initial (« Sur le coup, ça m'a fait un choc ! »), ensuite vient le déni (« Ce n'est pas vrai ! »), puis la révolte (« Pourquoi moi ? »), arrive par la suite la négociation (« D'accord, je n'ai pas le choix, mais... »), la réflexion (« Je ne serai plus jamais comme avant ! ») et pour finir l'acceptation : la maladie est acceptée (ou « supportée »).

5 Le recueil de données

5.1 Méthodologie

Pour compléter mes recherches théoriques, j'ai choisi d'interroger deux infirmières, expérimentées, en hôpital de jour en cancérologie. Ce sont deux infirmières avec lesquelles j'ai travaillé lorsque j'étais en stage en oncologie, à l'hôpital de jour. L'une d'entre elles était ma tutrice.

Les entretiens vont se faire à distance grâce à l'outil Google Meet. Ils auront une durée de dix à quinze minutes. En début d'entretien, je demanderai l'autorisation aux soignantes d'enregistrer notre rencontre pour pouvoir retranscrire leurs propos tels quels. Pour préparer ces rencontres, j'ai réalisé en amont une grille d'entretien de sept questions, me permettant ainsi de les orienter. Ce sont des entretiens semi-directifs.

Par ces deux entretiens, je souhaite approfondir la notion d'accompagnement, auprès des soignants, des patients en cancérologie, en cours de traitement, à distance de l'annonce, pendant un soin de courte durée. Savoir comment ils s'y prennent pour accompagner leur patient, leur vision sur l'accompagnement, comment ils arrivent concrètement à atteindre leurs objectifs.

Les objectifs visés pour l'entretien exploratoire sont les suivants :

- Connaître la situation professionnelle du soignant
- Connaître l'acceptation du patient par rapport à son vécu de la maladie
- Connaître la signification et l'importance de la relation soignant soigné auprès des soignants
- Connaître la signification et la vision des soignants dans l'accompagnement
- Connaître les moyens concrets que les soignants mettent en œuvre pour accompagner le patient, savoir comment ils évaluent, ils voient qu'ils ont atteint leur objectif d'accompagnement
- Connaître leur positionnement quant à l'existence d'une posture infirmière "type" pour accompagner les patients en cancérologie
- Savoir si elles souhaitent me partager quelque chose que nous n'avons pas encore évoqué

5.2 Entretien

Les deux entretiens ont été réalisés durant la même semaine et ont duré 15 minutes pour le premier et 25 minutes pour le second. Les faire en distanciel a bien évidemment des avantages et inconvénients. Avant de débiter, je leur ai demandé l'autorisation de lancer l'enregistrement en leur précisant que je garde ceux-ci à titre personnel, seulement le temps nécessaire à la transcription. Je noterai que l'outil utilisé pour les visioconférences permet un enregistrement facile pour les

retranscriptions. Néanmoins, le distanciel reste un obstacle à la communication, les échanges se font moins spontanément. La première infirmière était dans son bureau dans son service et nous n'avons pas été dérangées, de même pour le deuxième entretien où l'infirmière était à son domicile.

5.3 Analyse descriptive

J'ai fait le choix d'analyser les deux entretiens sans les dissocier pour montrer la complémentarité des discours des deux IDE que j'ai interrogées. Les tableaux d'analyse se trouvent en annexe (annexe IV). Le commentaire d'analyse reprend les objectifs visés des entretiens en suivant le même ordre.

Tout d'abord, en début d'entretien, les infirmières se sont présentées et ont évoqué leur situation professionnelle. Sur les deux entretiens, on observe qu'une IDE a sept ans d'expérience en oncologie dont 6 ans de travail de nuit, l'IDE 2 est a fait tout son parcours professionnel en oncologie (29 ans) dont 7 années en chirurgie oncologique et 15 ans en médecine soins palliatifs. Une IDE est expérimentée et diplômée de 1992 et une infirmière un peu plus jeune diplômée de 2013.

Ensuite, ces entretiens montrent que les infirmières emploient des moyens différents pour connaître le vécu de la maladie de leurs patients. Cela passe par la recherche de connaissances, elles essayent de savoir et se renseignent ; par l'observation du patient, par le regard ou les dires de celui-ci. Elles se mettent à la disposition du patient, en communiquant avec eux, en l'écoutant se livrer. Néanmoins, ces moyens mis en œuvre par les infirmières pour connaître le vécu du cancer sont impactés par la charge de travail de ces dernières et par l'environnement du patient.

Par ailleurs, j'ai cherché à explorer l'importance de la relation soignant-soigné pour les deux infirmières. Nous pouvons constater que la relation soignant-soigné est très importante et primordiale pour les deux infirmières. Cette importance se mesure par l'attention donnée au patient, la capacité de l'infirmière à se détacher de son soin technique, son ressenti sur le vécu du cancer. Cette relation établie par les soignants et hautement importante pour ces derniers, permet au patient de se confier quand il se rend à l'hôpital de jour.

Sur la question portant sur l'accompagnement, on observe que l'infirmière 1 développe plus sa vision de l'accompagnement et ce que ça lui apporte personnellement. Pour elle, bien accompagner son patient c'est atteindre son objectif de soin en voyant des réactions positives de son patient et un sentiment de faire son travail correctement. La deuxième IDE appuie le fait d'être « pleinement ensemble », soignant et patient. L'IDE 1 évoque également les conditions du premier traitement qui va impacter les cures qui vont suivre.

Les infirmières mettent en place des moyens concrets pour accompagner le patient. D'un part, il y a tout une partie verbale où le soignant échange avec le patient, il est là pour le rassurer. Il travaille en inter professionnalité et va faire le lien entre les divers professionnels pour que le patient soit accompagné dans son cancer le mieux possible. La communication verbale est étroitement liée au non verbal. Le soignant va utiliser le regard, le sourire, le toucher et l'écoute. Cependant, la situation sanitaire actuelle et le port de masque freinent la relation soignant-soigné. Les infirmières évoquent des perturbations dans la communication, des difficultés à reconnaître leurs patients... Aussi, elles s'adaptent et forcent le sourire puisque « un sourire se lit dans le regard » disent-elles.

Enfin, elles sont d'accord sur le fait qu'il n'y a pas de posture IDE type pour accompagner son patient. C'est propre à chacun, les personnalités de chaque soignant correspondent plus à certains qu'à d'autres. Pour elles, il faut savoir être avec son patient, aimer sa profession pour la transmettre et avoir une posture infirmière professionnelle.

Cette analyse interprétative nous amène maintenant vers la confrontation entre l'expérience des soignantes interrogées et le cadre théorique rédigé en amont.

6 Discussion

Beaucoup de notions évoquées dans les entretiens sont communes au cadre conceptuel. Je vais donc mettre en parallèle les concepts que j'ai développés ci-dessus, l'expérience des soignantes interrogées et ma vision ; mon avis sur les différentes notions.

Tout d'abord, je vais parler du parcours professionnel des infirmières. L'une est diplômée de 1992, l'autre de 2013 et elles travaillent toutes les deux en oncologie depuis leur diplôme d'État. Elles ont donc une expérience en oncologie de 29 et 7 ans, et plus précisément à l'hôpital de jour de 6 et 2 ans. Une des infirmières disait au cours de notre entretien que c'est un "choix de travailler en oncologie" et qu'elle s'y "sent bien". En prenant un peu de distance par rapport à mes entretiens, je me rends compte que je n'ai pas interrogé les infirmières sur les raisons qui les ont poussés à travailler en oncologie, et plus particulièrement en hôpital de jour. Personnellement, ce qui m'intéresse en oncologie, c'est de pouvoir concilier soins techniques et relationnels. Pour mon stage de semestre 5, j'ai demandé à aller dans un service de oncologie et j'y ai donc rencontré les deux soignantes que j'ai interrogées pour mon MIRS. Grâce à l'expérience de ce stage de dix semaines, je pense que pour travailler dans ce type de service, il faut que l'infirmière soit attirée par ce domaine, qu'elle s'y sente bien, pour pouvoir accompagner ses patients selon leurs attentes et leurs besoins. Je rejoins donc l'infirmière qui parle de « choix ».

Une des premières questions posées lors des entretiens portait sur les moyens mis en œuvre par les infirmières pour connaître le vécu de la maladie des patients. Celles-ci utilisent tous les outils disponibles afin de se renseigner : le dossier, l'observation clinique, la communication. Le soignant est attentif à sa posture et à l'attention donnée au patient. Cela dépend aussi, et les infirmières l'ont évoqué, de la charge de travail et de l'environnement. Je m'en suis aperçue en stage, certains patients se rendent compte que notre journée est bien remplie et taisent ce qu'ils auraient peut-être partagé si notre travail était moins dense. De plus, la proximité avec d'autres patients peut bloquer certains qui vont alors préférer se taire. Personnellement, en tant que future professionnelle, je cherche à utiliser tous les moyens qui sont à ma portée pour connaître le vécu de la maladie de mon patient afin de l'accompagner le mieux possible en fonction de ses besoins. Savoir également où en est le patient dans l'annonce de son cancer et de son deuil permet de personnaliser l'accompagnement.

Ensuite, je tiens à parler de l'accompagnement infirmier qui est un des mots-clés de mon mémoire. Dans la partie théorique, j'évoque l'apparition de ce terme, notamment avec les soins palliatifs ainsi que les diverses dimensions possibles : dimensions morale et physique mais aussi éducative. A

contrario, ces dimensions ne sont pas abordées dans mes entretiens. J'ai différencié 3 points qui me paraissent importants dans l'accompagnement. Premièrement, les soignantes parlent de leur ressenti. Pour une des infirmières, bien accompagner son patient apporte un sentiment de travail bien fait. Elle développe les conséquences personnelles qui résultent de l'accompagnement du patient qu'elle a pris en soins. La seconde infirmière accompagner signifie "être pleinement avec son patient". Cette idée de plénitude semblait très importante pour elle, puisqu'elle le répète plusieurs fois durant notre entrevue. Deuxièmement, les réactions des patients sont évoquées par "un grand sourire", ce qui signifie qu'ils sont réceptifs aux soins des infirmiers. Mais ceci s'accompagne d'une notion de temporalité : « la prochaine fois ». L'accompagnement en oncologie en hôpital de jour dure le temps de la perfusion du produit de chimiothérapie pour le soignant. Pour le patient, il s'agit d'un "petit bout" à chaque fois qu'il vient et c'est un accompagnement qui se prolonge à chaque séance, avec un soignant différent à chaque fois bien souvent. Et donc, troisièmement, la première fois, le premier traitement a un impact considérable sur la suite de la prise en charge. Le thème de mon mémoire est l'accompagnement infirmier des patients vivant avec un cancer, à l'HDJ, pendant un soin de courte durée, à distance de l'annonce et donc de la première fois. L'accompagnement infirmier sera forcément très différent en fonction du vécu du patient des précédentes chimiothérapies, notamment de la première. Dans mon cadre théorique, j'aborde la temporalité dans les soins : être en capacité de donner son temps alors que bien souvent, les soignants n'en n'ont pas. Je n'ai pas interrogé les infirmières sur ce point mais elles en ont parlé d'elles-mêmes. Il me semble qu'il est important de savoir donner du temps au temps pour être en mesure d'accompagner notre patient selon ses besoins. Toutefois, ce n'est pas toujours réalisable, l'hôpital de jour est un lieu où il y a un flux de patients considérable et donc une pression temporelle non négligeable. Future professionnelle, je suis consciente de la charge de travail qui peut être importante certains jours et de la pression temporelle qui peut en découler. J'essaierai de concilier les deux afin de donner du temps au temps pour pouvoir accompagner pleinement mon patient.

Puis, je vais aborder la relation soignant-soigné. Les deux infirmières interrogées sont unanimes : la relation soignant-soigné est très importante. Elle se traduit par l'attention des infirmières auprès de leurs patients et leurs capacités à se détacher de leur soin technique et de la chambre implantable pour se centrer sur la personne malade. Celles-ci soignent ce lien entre elles et leurs patients pour leur permettre d'exprimer leur vécu du cancer. Ceci rejoint le cadre conceptuel de mon mémoire et le « trépied » de la relation d'aide regroupant habiletés techniques, vision humaniste de connaissance de soi de la part du soignant. L'importance donnée par les infirmières à la relation soignant-soigné pour favoriser l'expression du vécu ne m'étonne pas, bien au contraire, je suis totalement en accord avec ces constats. J'accorde également une très haute importance à la relation

soignant-soigné. Je trouve que ce n'est pas toujours facile d'instaurer une relation de confiance avec un patient qu'on ne connaît pas et qu'on ne voit seulement que quelques heures. Comme le disait une des infirmières, il y a des profils avec qui le courant va passer rapidement et sans problème et des profils avec qui il y aura un peu plus de distance.

En outre, j'ai interrogé les infirmières sur les moyens concrets qu'elles utilisent pour accompagner le patient et la façon dont elles les évaluent. La communication qu'elles mettent en place a deux dimensions : une dimension verbale où elles vont être auprès du patient pour discuter avec lui, pour le rassurer, mais aussi où elles vont se mettre en relation avec les professionnels des soins de support. Et une dimension non verbale où le soignant va utiliser ses sens pour mieux accompagner son patient : le regard, le toucher, l'ouïe, ses expressions corporelles, notamment le sourire. Ceci reprend une partie de mon cadre conceptuel où la communication est précisée avec plus de détails. On retrouve des attitudes de Porter dans l'écoute des infirmières : le conseil, la compréhension, le soutien, l'investigation. Une des infirmières souligne qu'il ne faut pas toujours chercher à combler un silence, ce avec quoi je suis entièrement d'accord. Un silence vaut parfois mieux qu'une parole.

Lors de mon second entretien, j'ai demandé à l'infirmière comment elle vivait le port du masque lié à la situation sanitaire actuelle. Cette particularité n'est pas traitée dans le cadre conceptuel. Elle m'a fait part de son ressenti en m'expliquant que la communication est perturbée, c'est une barrière qui rend l'accompagnement plus difficile, il est plus difficile de reconnaître les patients. La première infirmière disait qu'elle plisse plus les yeux qui sont révélateurs d'un visage souriant. Mes différents stages depuis un an m'ont amenée à me questionner et à me rendre compte que je m'efforce de plisser les yeux pour que les patients devinent mon sourire derrière mon masque.

Ces moyens concrets mentionnés par les deux infirmières seront très utiles, pour moi qui est future professionnelle, me permettant d'adapter encore mieux ma communication avec les patients.

Enfin, j'ai questionné les infirmières sur l'existence d'une posture infirmière type pour accompagner les patients en oncologie. Leur réponse est claire : non, c'est propre à chaque soignant, il faut "rester soi-même." Je suis en accord avec elles mais je crois qu'il y a des généralités qui sont communes à tous les soignants, que j'ai mentionnées dans mon cadre théorique : savoir se mettre à l'écoute, la volonté de construire une relation de confiance, d'apprendre l'un par l'autre, être empathique, authentique et professionnel.

Pour conclure cette discussion, l'accompagnement infirmier des patients en oncologie a une grande importance, notamment dans l'expression du vécu du cancer. L'accompagnement est propre à chaque soignant et dépend des patients, de leurs attentes et de leurs besoins. Au terme de ce

MIRSI, je m'aperçois que les émotions des soignants peuvent impacter l'accompagnement et il serait intéressant de faire des recherches sur ce point. Je souhaite donc approfondir mes connaissances en me posant cette nouvelle question : dans quelle mesure les émotions du soignant, lors d'un soin en oncologie, impactent-elles la posture infirmière avec le patient ?

7 Conclusion

Dans ce Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers, sur le thème de l'accompagnement infirmier des patients en cancérologie, nous avons débuté par des questionnements portant sur l'impact de l'accompagnement infirmier des patients en cancérologie sur l'expression du vécu de leur cancer, à distance de l'annonce, à l'hôpital de jour. Ces questionnements nous ont alors conduits à la question de départ suivante : dans quelle mesure la posture infirmière avec le patient, lors d'un soin de courte durée en cancérologie, crée des conditions favorables à l'expression du vécu ? Suite à ça, des recherches ont été menées afin de construire un cadre théorique pour bâtir des premiers avis à partir des différents mots clés de ma question de départ : l'accompagnement, la posture infirmière, la communication, la relation soignant-soigné... Ensuite, un guide d'entretien a été élaboré afin d'approfondir les concepts abordés dans la première partie de mon mémoire. Deux entretiens ont été réalisés auprès d'infirmières travaillant en cancérologie, à l'hôpital de jour, ce qui permet d'enrichir mon mémoire grâce à leur expérience et à la réalité du terrain. Une analyse descriptive de ces entretiens a été faite de façon afin d'en faire ressortir les diverses notions évoquées. Suit ensuite la discussion dans laquelle les résultats de l'analyse sont confrontés au cadre théorique rédigé en amont. Les similitudes sont mises en évidence tout comme les points mentionnés dans les entretiens non abordés dans la première partie de mon mémoire. Tout ceci aboutit à un réajustement de la question de départ. La question définitive de recherche est donc : « dans quelle mesure les émotions du soignant, lors d'un soin en cancérologie, impactent-elles la posture infirmière avec le patient ? ».

Ce travail a confirmé ma conviction : l'accompagnement des patients en cancérologie est propre à chaque soignant, à chaque patient dépend de chaque parcours de vie. L'accompagnement d'un patient en HDJ en oncologie ne se réduit pas à une séance de chimiothérapie. Il s'agit d'un accompagnement sur la totalité du traitement, s'inscrivant dans une durée. Le soignant l'accompagne à un moment précis de son parcours sachant qu'il est le maillon d'une grande chaîne de professionnels qui vont rencontrer le patient. Cela passe par une posture soignante professionnelle, une communication adaptée, de l'empathie. Montaigne disait que « la parole appartient pour moitié à celui qui la prononce et à celui qui l'écoute ». Je retiendrai que ce travail me sera utile si je suis amenée travailler en cancérologie certes, mais aussi dans tout service prenant en soins des patients ayant un cancer.

L'élaboration et le commencement de ce mémoire m'a paru difficile à amorcer. Quelle direction prendre ? Par quoi commencer ? Une fois les premiers repères fixés, j'ai trouvé ce travail très intéressant et enrichissant

Bibliographie

Ouvrages :

Argenty, J. (2018). *Précis de soins relationnels* (p.59). Editions Lamarre.

Masson.

Bacque, M.-F. (2010). *Annoncer un cancer : diagnostic, traitements, rémission, rechute, guérison, abstention...* (p.124). Springer.

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin dans une perspective soignante* (p.64). Editions Masson.

INCa (2018, juin). *La vie cinq ans après un diagnostic de cancer*. https://www.e-cancer.fr/content/download/238458/3275124/file/La_vie_cinq_ans_apres_un_diagnostic_de_cancer_rapport_mel_20180625.pdf

Razavi, D. et Delvaux, N. (2002). *Psycho-oncologie : le cancer, le malade et sa famille* (2e éd.). Aubry, R., Dayde M.-C. (2017). *Soins palliatifs : éthique et fin de vie* (3e éd.). Editions Lamarre.

Pujol, H., Schraub, S. et Serin, D. (1997). *Les enjeux de la prise en charge des malades du cancer*. Flammarion.

Articles :

Da Rocha Rodrigues, M., Colin, S., Shaha, M. & Pautex, S. (2016). L'acceptabilité de l'intervention Revie ⊕ : perception et vécu des infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 127(4), 55-70. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2016-4-page-55.htm>

Ferraris, S. (2014). Cancérologie : le temps d'accompagnement soignant. *Objectif soins et management*, (223), 42-44.

Fontaine, M. (2009). L'accompagnement, un lieu nécessaire des soins infirmiers.... *Pensée plurielle*, 22(3), 53-63. <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2009-3-page-53.htm?contenu=article>

Héron, M. (2012). Le temps dans les soins. *Soins*, (769), 27.

Jeannin, N., Pelletti, C. & L, D. (2012). La profession infirmière face à l'annonce en cancérologie : place et enjeux de la dimension psychologique. *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 43(3), 177-185. <https://doi.org/10.3917/pos.433.0177>

Paul, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*, 110(3), 13-20. <https://doi.org/10.3917/rsi.110.0013>

Conférence :

Hesbeen, W. (2016, 31 mai). *Penser une relation de soin soucieuse de ce qui est vécu par chacun*. Journée Régionale d'Education Thérapeutique : Education Thérapeutique et Vulnérabilité, Dole. http://www.utep-besancon.fr/UTEP_fichup/938.pdf

Textes législatifs :

Institut National du Cancer. (2005, novembre). *Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé*. https://www.e-cancer.fr/content/download/98951/1078740/file/recommandations_nationales_da_nov_05.pdf

Pages web :

Bare, A., (2018). *La notion d'accompagnement*. <http://www.ch-hautanjou.fr/ifas/wp-content/uploads/sites/8/2018/09/Accompagnement.pdf>

Institut National du cancer. (2017, décembre). *Les chiffres du cancer en France*. Unicancer. <http://www.unicancer.fr/le-groupe-unicancer/les-chiffres-cles/les-chiffres-du-cancer-en-france>

Organisation mondiale de la santé (2021, 3 mars). *Cancer*. <https://www.who.int/cancer/fr/>

Santé Publique France. (2020, 16 avril). *Cancers*. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>

Dictionnaires :

Accompagnement. (2012). Dans *Le petit Larousse illustré* (p. 10). Larousse

Accompagner. (s. d.) Dans *Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagner/470?q=accompagner#463>

Cancer. (2012). Dans *Le petit Larousse illustré* (p. 163). Larousse.

Mémoire :

Kerveadou, F. (2015). *Etude de la relation soignant-soigné suite à l'annonce d'un cancer* [Mémoire, IFSI Quimper Cornouaille]. IFPS Quimper ENT. <https://www.ifps-quimper.fr/ent/docs/mirsi/KERVEADOU%20francoise.pdf>

Notes de cours :

IFAS Bischwiller (s. d.). *Concepts le soin / l'accompagnement / le rôle du soignant* [Document PDF]. Repéré dans l'environnement eCampus : http://www.synora-commerce.fr/ch_bischwiller_extranet/Doc/Ressources/LE_SOIN_2017011108562317.pdf

Lasbleiz, M. (2020) UE 2.9 S5 : *Cancérologie générale*. Recueil inédit, IFSI CHU Rennes.

Le Bihan, C. UE 4.2 S3 : *Relation d'aide*. Recueil inédit, IFSI CHU Rennes.

Page de couverture :

Michel-Ange. (1508–1512). *Création d'Adam* [Détail peinture]. Chapelle Sixtine, Vatican. <https://i.pinimg.com/originals/03/7e/82/037e82fb5bdb6e04c2c44a42e0ee62b7.jpg>

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien

Pouvez-vous vous présenter ?

Comment abordez-vous le vécu du patient en cours de traitement ?

Quelle importance portez-vous à la relation soignant-soigné que vous instaurez lors d'un soin ?

Quelle signification donnez-vous à l'accompagnement que vous prodiguez à vos patients ?

Comment arrivez-vous concrètement à accompagner le patient ? A quoi voyez-vous que vous avez atteint votre objectif d'accompagnement ?

Pensez-vous qu'il existe une posture infirmière "type" à suivre pour favoriser l'expression du vécu du patient selon vous ?

Avez-vous quelque chose à rajouter qui vous paraît important et que nous n'avons pas abordé ?

Annexe II : Retranscription entretien n°1

ESI : Je vais te présenter un peu mon mémoire, comme ça je te mets dedans. Ma question c'était dans quelle mesure la posture infirmière lors d'un soin de courte durée en cancérologie crée des conditions favorables à l'expression du vécu ? Et moi je me situe plus en cours de traitement à distance de l'annonce pour des soins de courte durée donc plutôt à l'hôpital de jour puisque j'y ai fait mon stage. Est-ce que tu peux te présenter, ton parcours professionnel ?

IDE : Lucile, infirmière en cancérologie depuis 2013 et à l'hôpital de jour depuis janvier 2019. Voilà du coup j'ai pu faire un peu tous les services en cancérologie. J'ai fait de la médecine soins palliatif pendant 3-4 ans, j'ai travaillé de nuit pendant 2-3 ans et quand on est de nuit, on tourne sur les 3 services d'hospitalisation complète : l'hôpital de semaine, la chirurgie et la médecine soins palliatifs. J'ai travaillé également à l'hôpital de semaine pendant 6-7 mois et chirurgie, j'ai fait qu'un mois de jour. Et je suis arrivée à l'hôpital de jour en janvier 2019. J'ai différentes missions, non pas que les soins : je fais les prescrits, la plateforme Sémasanté, la régulation du service et la programmation.

ESI : Comment abordes-tu le vécu du patient en cours de traitement ?

IDE : Comment j'aborde le vécu... Tout simplement en essayant de savoir comment s'est passé l'intercure, entre les deux, j'essaie de... alors en fonction des personnes, ce n'est pas évident mais j'essaie de savoir comment ils sont soutenus autour d'eux, s'ils ont de la famille à qui ils peuvent en parler, s'ils ont des enfants. On essaie de regarder un petit peu le contexte également, surtout que nous, on fait beaucoup le cancer du sein, s'il n'y a pas de côté génétique qui pourrait les angoisser pour leurs enfants, ou des choses comme ça. Le vécu du patient de la maladie... On a déjà des pistes, rien que déjà par rapport à l'appréhension qu'ils ont aux soins. S'ils arrivent, qu'ils sont directement à l'aise, tout ça, c'est des petites pistes qu'on peut, qui nous renseignent beaucoup, s'ils montrent déjà de l'anxiété rien que déjà vis à vis du soin, bah là ça nous dit qu'ils ne le vivent pas très bien. Que dire de plus... Vas-y, reposes-moi ta question ?

ESI : Comment abordes-tu le vécu du patient en cours de traitement ? Après, j'ai peut-être d'autres questions qui pourront recouper celle-là. Du coup, j'avais une autre question : quelle importance donnes-tu à la relation soignant soigné que tu instaures lors d'un soin avec un patient ?

IDE : Quelle importance... Une très haute importance ! Ouais, pour moi, le soin ne va pas sans l'attention que je vais porter au patient. C'est vrai que c'est des soins qui sont assez techniques et on va se concentrer sur la chimio, parce qu'on n'injecte pas n'importe quoi, on a le risque d'extravasation, mais la communication avec le patient, elle fait qu'il soit à l'aise, qu'il ait bien

compris tout ce que j'allais faire, c'est primordial. Si le patient ne va pas bien, je ne vais pas commencer un soin technique si je ne sens pas le patient. Si je ne sens pas qu'il est à l'aise, si je sens qu'il y a de l'anxiété, si je sens qu'il y a de la peur, si je sens qu'il y a de la tristesse, qu'il a juste envie de tout lâcher, tant qu'il est avec moi, c'est le bon moment pour tout lâcher parce que peut-être à la maison il ne se sent pas de tout lâcher et il lâche tout ici. Non, non, ça a une très grande importance et pour moi, c'est primordial cette prise en charge.

ESI : Et du coup, quelle signification tu donnes à l'accompagnement que tu prodigues ?

IDE : Quelle signification ?

ESI : Pour toi, qu'est-ce que ça t'apporte de bien accompagner ton patient ?

IDE : De bien faire mon boulot ! D'avoir bien fait mon boulot : si le patient ressort de son soin, de sa chimio, en ayant le sourire et en me remerciant, et en me disant à la prochaine fois avec un grand sourire, c'est que pour moi, j'ai réussi ma mission, que l'administration de son traitement s'est bien passé. Et que, vu que ça s'est bien passé, qu'il me dise à la prochaine, ça veut dire qu'il appréhende pas trop, enfin pour moi, qu'il appréhende moins la prochaine fois du fait que ça s'est bien passé. C'est bien pour ça que, c'est vrai que là je me concentre sur le milieu de traitement comme tu m'as dit que c'était en cours de chimio, à distance de l'annonce, mais d'où l'intérêt lors de la première chimio, la première fois qu'on pique sur la chambre implantable de cocooner le patient et de prendre beaucoup beaucoup beaucoup de temps lors de la première fois afin qu'il appréhende moins les autres fois et que ça se passe bien.

ESI : Et donc du coup, concrètement, comment tu arrives à accompagner le patient et comment tu vois que tu as atteint ton objectif d'accompagnement avec ce patient-là ?

IDE : Comment. Alors déjà comment je fais... Alors en ce moment, on a les masques donc, c'est pas, c'est pas du tout évident. Déjà pour percevoir que le patient ne va pas bien, on perd beaucoup. C'est vrai des fois, on hésite un peu, des fois, on voit dans les yeux que ça ne va pas mais la bouche ou l'expression joue beaucoup. Donc là avec les masques, ça ne nous facilite pas la tâche ! C'est un peu plus compliqué ! Mais le non verbal, je m'attache beaucoup au non verbal, et avec le masque je force beaucoup plus le sourire. Parce que je trouve que le sourire, je sais ce n'est pas, je trouve que le sourire c'est un bon moyen de communication. Ça peut être un sourire rassurant, bienveillant, de compassion enfin d'empathie, on donne beaucoup dans le sourire, on force beaucoup avec le masque pour que nos yeux plissent bien !! Voilà, il y a également le toucher, se mettre à la bonne distance, et ne pas, tout en demandant la permission de la personne, je trouve qu'il ne faut pas hésiter des fois à s'asseoir, de tout lâcher, du côté technique, et s'asseoir dans le lit du patient,

prendre le temps de prendre la main du patient et de lui dire bah mince, allez-y, dites-moi, je sens que ça va pas, c'est le moment, enfin je suis là pour vous et... Répète-moi ta question parce que j'ai l'impression que je vrille !!

ESI : Non, pas du tout ! Et donc, comment vois-tu que tu as atteint cet objectif d'accompagnement ?

IDE : Au niveau du patient comment je le vois ? Si, par exemple, la personne pleure, va du coup avoir bien pleuré avec moi et va avoir ce hoquet, on va dire ça comme ça, de pleurs, quand la personne va retrouver le sourire, quand la personne n'a plus de question et quand elle me remercie. Quand elle me remercie c'est que je lui ai donné ce dont elle avait besoin... Ça va, je réponds bien ?

ESI : Oui, c'est très intéressant ! J'ai une dernière question : penses-tu qu'il existe une posture infirmière type à suivre pour favoriser l'expression du vécu du patient ?

IDE : Une posture type ? Non, je pense qu'on a chacun notre personnalité. Justement, quand tu me demandais, que tu me rassurais dans le sens que ce que je répondais ne va pas trop à côté de plaque, justement j'étais en train de me dire que si tu as posé la question à différentes personnes, je pense qu'on a toutes notre façon différente d'amener les choses et je trouve que c'est rester, à partir du moment qu'on reste soi-même...pour moi, c'est un choix de travailler en onco, ça fait partie de ma personnalité et je m'y sens bien et du coup, je trouve qu'il y a beaucoup de choses qui passent... J'essaie de faire passer beaucoup de choses par mon regard et mon sourire mais ça c'est mon truc à moi. Je pense que chacune, on a notre posture infirmière et à partir du moment qu'on n'est pas blasés de notre travail et qu'on le fait encore et qu'on est content de ce qu'on a fait dans notre journée, pour moi, c'est qu'on fait encore l'affaire ! C'est que si on a encore envie d'apprendre aux étudiants notre boulot qu'on aime, du moment qu'on l'aime encore, voilà, c'est qu'on fait encore l'affaire et qu'on a notre posture encore infirmière qui marche et qui va bien.

ESI : Est-ce que tu as quelque chose à rajouter en plus puisque je n'ai plus de questions à te poser !

IDE : Non, je ne vois pas !

Annexe III : Retranscription entretien n°2

ESI : Je vais vous présenter mon cadre de mémoire. Le sujet c'est l'impact de l'accompagnement infirmier sur le vécu des patients en cancérologie. Ma question de départ : dans quelle mesure la posture infirmière lors d'un soin de courte durée en cancérologie créer des conditions favorables à l'expression du vécu ? Et donc dans mon mémoire, je me situe plus en cours de traitement, à distance de l'annonce, pour des soins de courte durée donc plutôt à l'hôpital de jour puisque j'avais fait mon stage là-bas.

IDE : D'accord. Et ta situation de départ, elle part de l'hôpital de jour de chez nous ?

ESI : Oui, j'ai deux situations. Je ne me rappelle plus trop des patients mais c'était une dame avec un cancer du sein qui disait qu'elle avait eu plus de mal à accepter son ablation de sein que la chute des cheveux ; que c'était plus compliqué. Et c'était un autre monsieur qui disait que depuis qu'il avait eu son cancer et depuis ses traitements, il souffrait d'isolement amical et que c'était un peu compliqué pour lui.

IDE : D'accord.

ESI : Donc, j'ai une première question : Est-ce que vous pouvez vous présenter, votre parcours professionnel ?

IDE : D'accord, je m'appelle Patricia, je suis infirmière diplômée depuis... Ouhlala... 1992..., du siècle dernier ! Donc j'ai fait tout mon parcours en cancérologie, je suis rentrée au centre en 1993, j'ai fait 7 ans de chirurgie plus spécifique oncologique, digestive, mammaire, thyroïde... Ensuite j'ai fait 15 ans de soins palliatifs, unité de soins continus, et puis ensuite l'hôpital de jour et je fais de l'accompagnement en tant qu'infirmière d'annonce depuis 2007.

ESI : D'accord, comment abordez-vous le vécu du patient en cours de traitement ?

IDE : Comment je l'aborde... Comment je m'occupe du patient ?

ESI : Oui, on peut prendre un peu toutes les dimensions possibles...

IDE : Déjà dans la prise en charge, voir comment va le patient, globalement, parce que sur un même traitement, il y a des cures où il va être plutôt en forme et tout va bien et il a des traitements soit il est douloureux, soit c'est le moral qui flanche un petit peu donc voilà... C'est prendre en compte un petit peu l'humeur du patient, comment il va, après, tout dépend un petit peu aussi, je l'avoue, de notre charge de travail, ça c'est clair... Notre charge de travail et puis aussi l'abord du vécu du patient... Je pense que le patient, suivant avec combien de personnes il est dans la chambre, va plus ou moins

s'exprimer. Alors y'en a qui s'exprimeront toujours de façon très volubile etc mais il y a des patients s'ils sont dans une chambre à trois, on ne va pas avoir le même comportement que si ils sont tous seuls, où ils peuvent se livrer, où ils peuvent un petit peu plus poser. Et puis, je pense que ça dépend aussi de comment nous on est à ces perceptions du vécu, en tant que soignant.

ESI : Donc j'ai une question un peu liée à ça : quelle importance du vécu à la relation soignant soigné que vous instaurez lors d'un soin ? Qu'est-ce que ça signifie pour vous...

IDE : Alors, pour moi, elle est très importante parce que c'est un court moment mais où tout se joue : la confiance dans le soignant qui est en train de s'occuper du patient, et puis de l'attention que l'on donne. C'est l'attention mais c'est être réellement, c'est comment allez-vous, mais aussi en s'adressant au patient. Si c'est comment allez-vous mais en étant occupé sur le chariot, c'est vrai que le patient ne va pas sentir les choses de la même façon. Donc ça c'est une chose, en s'adressant au patient dans le regard, et puis également, dans la façon de le toucher, dans la façon de l'appréhender. Puisque dans les soins, on a quand même une partie tactile et c'est important qu'à un moment donné qu'on ne se concentre pas seulement sur la chambre implantable mais ça peut être tout simplement poser la main sur le bras du patient, lui dire je suis là, je suis aussi avec vous, mais pleinement. Et après, pendant le soin, lui demander aussi comment il va, lui demander comment ça se passe à la maison, s'inquiéter de comment il vit sa chimiothérapie. Pour moi, c'est quelque chose qui me paraît important, on n'a pas toujours l'espace de le faire, maintenant, pour moi, un patient qui vient à l'HDJ, c'est un endroit où il a pleinement l'espace, où il peut s'autoriser d'avoir pleinement l'espace pour exprimer ce qu'il ressent par rapport au traitement. Parce que pour une majeure partie des patients, une fois qu'ils repartent, ils repartent avec leurs effets secondaires, bon ça va être difficile les 5 premiers jours mais après, et aussi heureusement pour eux, ils ont leur famille, ils ont leur vie, ils ont pour certain leur travail, et donc la vie repart. Mais recevoir un traitement de chimiothérapie, ce n'est pas anodin mais si les choses se passent nettement mieux mais n'empêche que c'est un impact et il y a pour les patients aussi c'est plus ou moins présent mais il y a aussi cette angoisse de mort. Alors après, il y a les optimistes pour qui, de toute façon, ce traitement va bien se passer, va être pourvu de guérison etc mais on a aussi à l'hôpital de jour des gens qui sont en récurrence. Qui dit récurrence, dit pas du tout le même ressenti de choses. Parce que ça veut dire, oui en fin de traitement, c'est pas sûr qu'ils réussissent à 100% mais il existera toujours ce doute, est-ce que le traitement va marcher, est-ce que je vais être en rémission, donc du coup cet espace-là est important, il est pas assez long, parce que l'hôpital de jour, il faut que ça aille vite et que en même temps, les patients ne veulent pas forcément y rester très longtemps, on fait le traitement et après on rentre vite à la maison parce qu'on a l'ambulancier qui nous attend et puis bah voilà, donner ces petits bouts de possibilité de s'exprimer et puis ça peut être aussi le moment de gratter pour nous en

tant d'infirmière, bah tiens y'a peut-être un problème social, et lui rappeler qu'il y a une assistante sociale qui est là, ça peut rappeler eh bien, je perds du poids, on a aussi un diététicienne, est-ce que vous en avez parlé au médecin. Voilà, ça peut être mettre en lien avec les soins de support. Je sais pas si je répons bien à tes questions ?

ESI : Je n'attends pas de réponses particulières, et c'est intéressant... Du coup, quelle signification vous donnez à l'accompagnement quand vous prodiguez les soins à vos patients ? Quelle vision vous avez de cet accompagnement-là, personnellement ?

IDE : Pour moi, il est important, ça fait partie du soin. Ça fait partie du soin cet accompagnement mais déjà en disant bonjour, quand on dit bonjour au patient, qu'on lui demande de se présenter, c'est l'intonation de la voix, de façon à essayer d'être pleinement avec le patient. Que ce moment qui va être court, quand on va le perfuser, quand on va lui poser le traitement, que ce moment soit important d'échanges et qu'il soit avec nous pour comment... Voilà, qu'on soit pleinement ensemble. Et c'est important, en tant que soignant aussi. Maintenant, c'est vrai que quelquefois, on n'a pas non plus toujours, dans sa tête, on se dit zut, celui-là va peut-être m'appeler, parce que son traitement est fini... Ou bah voilà, je sais que j'ai un traitement allergisant qui coule, est-ce que tout va bien se passer ? Voilà, faut pas se voiler la face, on n'est pas dans un monde de bisounours, mais en tant que soignante, essayer d'être le plus possible d'être présent avec le patient, pleinement dans le regard, le toucher. Parce que je pense qu'il y a pleins de choses qui passent par là.

ESI : Et donc du coup, une question qui va un peu plus creuser ça : concrètement, comment arrivez-vous à accompagner le patient ? S'il y a des gestes, des paroles ? Et comment avez-vous atteint cet objectif d'accompagnement ?

IDE : Quand le patient a déjà l'impression d'avoir la réponse à sa question, quand il a le sentiment d'avoir été écouté. Après, l'important, c'est qu'il soit entendu. Faut bien faire la nuance. Et puis se dire, s'il y a une problématique, eh bien, faire en sorte de la résoudre. Il peut être très inquiet tout simplement parce qu'il a oublié de demander au médecin de renouveler un médicament, ou s'il a oublié de dire au médecin, la dernière fois j'ai été constipé, j'ai oublié d'en parler au médecin. Être quelquefois le relais du médecin pour le patient qu'il a oublié. C'est aussi être là pour rassurer, parce que c'est le premier traitement, ils ne savent pas trop ce qu'il va se passer. Est-ce que cette chimio va me faire mal, qu'est-ce que je vais ressentir ? Ils s'attendent quelquefois à ressentir tout de suite les effets secondaires, alors que tout va se passer à la maison. Essentiellement ! C'est aussi leur rappeler certaines choses, les mettre en confiance, leur dire voilà, leur rappeler qu'ils ont sans doute tout ce qu'il faut à la maison pour remédier à leurs effets secondaires, leur transmettre qu'ils sont aussi acteurs, et si nous on les rend pas acteurs, pour certains, c'est sûr qu'ils le seront mais pour d'autres,

c'est moins évident. Ils sont là, ils subissent et venir à l'hôpital, bien souvent, c'est subir. C'est subir parce que, en tant que patient, on est dans un milieu inconnu, on ne sait pas trop, on n'est pas maître du temps et donc tout ça, ça fragilise, et ça donne quelquefois une personne tout simplement en retrait, autant un soignant qui se retrouve patient peut être dans cette même position de fragilité. Et donc, c'est vraiment, dans la position, se dire, voilà, j'essaie de regarder où en est le patient.

ESI : Est-ce que vous pensez qu'il existe une posture infirmière type à suivre pour favoriser l'expression du vécu du patient ? Ou alors c'est propre à chacun et... ?

IDE : Je crois que c'est un petit peu propre à chacun. Parce qu'il y a une alchimie de la rencontre. Entre nos patients, on a des profils de patients qui nous correspondent. Et il y a des patients avec qui la personnalité ne nous correspond pas. Mais par contre, avec une autre collègue, ça va bien matcher. Et ça c'est un peu l'alchimie de la rencontre. J'ai fait une formation sur des profils de personnalité, avec cinq grands profils de personnalité : le travailleur, le promoteur, le persévérant, le rêveur, et il m'en manque un... Peu importe... Et donc du coup, on se rend compte qu'on a une base et que notre base va matcher avec certains profils mais pas avec d'autres. Et qu'il y aura des personnes avec qui, des patients avec qui la relation ne va pas forcément matcher parce que votre attitude, votre positionnement ne lui correspond pas, tout simplement. Et puis avec d'autres collègues, eh bien, ça va mieux fonctionner. Et je pense que c'est vraiment l'alchimie de la rencontre... On a certains profils... Il y a aussi l'âge qui peut rentrer un petit peu en ligne de compte. Je me rends compte qu'avec mon profil peut-être un petit peu plus mature, ça peut rassurer les patients, par rapport à une jeune infirmière. Ce n'est pas pour autant que je vais être meilleure que la jeune infirmière mais de mon profil, je vais être plus rassurante. Et puis, il a d'autres patients qui aiment les gens très dynamiques, plus rigolards. Voilà, il n'y a pas une attitude. Après l'attitude première, par contre, qui est pour tout le monde, c'est d'être vraiment, je dirai pleinement avec son patient. C'est dire bonjour, c'est le regard droit dans les yeux, c'est le toucher, c'est être vraiment avec lui. Et quelquefois, le silence peut être aussi respectueux, on veut toujours combler par la parole et quelquefois, le silence aussi peut faire du bien. Quelqu'un qui ne parle pas quand le patient n'a pas envie de parler, eh bien, des fois, ce n'est peut-être pas la peine d'aller gratter et forcer en essayant de savoir ce qu'il se passe. Parce que quelquefois, il n'y a pas de mots. Je me souviens d'une situation, mais c'était plus lors d'une annonce, je me souviens que c'était un week-end de Pâques, c'était une dame qui faisait une fistule recto-vaginale. Et je me suis rendue compte de cette fistule recto-vaginale en faisant sa petite toilette. On faisait un drainage vaginal, donc du coup, voilà. Je lui dis, je fais la petite toilette, je veux que le médecin vous examine, je trouve vos pertes un peu bizarres, et elle aussi, elle n'était pas dupe. Et en fait le médecin est venu lui annoncer qu'effectivement, il y avait une fistule recto-vaginale, qu'on ne savait pas trop comment on allait faire, pour gérer ça, et en fait,

quand je suis revenue la voir, la réinstaller, lui refaire sa petite toilette, j'étais pleinement avec elle. Et je suis restée silencieuse, parce qu'il n'y avait pas de mots à ajouter. Elle était tellement dans un désarroi, il fallait qu'elle digère. Et cette attitude m'est venue, comme ça, je ne l'ai pas calculée, je sentais qu'il ne fallait rien rajouter. Et quelques temps plus tard, on s'est revues, mais lors d'une autre hospitalisation, et donc quand je suis rentrée dans sa chambre pour m'occuper d'elle. Je lui dit bonjour etc, on a rediscuté, ça faisait plusieurs jours que je m'occupais d'elle et elle me dit : je vous remercie. Le jour où on a découvert ma fistule recto-vaginale, de votre attitude, d'être restée silencieuse et d'avoir respecté mon silence. Et donc du coup, on apprend que le silence aussi peut faire partie du soin et peut être aussi respectueux. Mais du coup, ça s'accompagne quand même dans une présence, comme quoi vous êtes pleinement avec le patient, dans le toucher, dans l'accompagnement, dans le regard. Mais des fois, les mots ne sont pas indispensables.

ESI : Oui, c'est vrai. Et donc du coup, j'ai une autre question que je n'avais pas prévue, je me demandais avec les masques depuis un an, c'est quand même une barrière dans l'accompagnement du patient...

IDE : C'est une barrière, complètement, complètement. Mais dans ma vie quotidienne aussi. Même avec mes collègues, avec les gens qu'on croise dans la rue, c'est d'aller chercher le regard, et d'aller voir ce qui se passe dans le regard, parce qu'un sourire se lit dans un regard et il faut être attentif et aller chercher. Et effectivement, ça fait très très bizarre, et même, on ne reconnaît plus les patients, quand ils enlèvent leur masque, on ne s'attend pas forcément à voir ce bas du visage, mais effectivement, c'est compliqué, parce qu'on ne voit pas les mimiques du bas du visage et ça perturbe la communication quand même. Mais je suis rassurée, il paraît que les bébés répondent aux sourires derrière les masques ! Comme quoi il se passe quelque chose dans le regard.

ESI : C'est vrai que c'est important, s'il n'y avait pas le regard, il n'y a plus rien.

IDE : Mais c'est important en tant que soignant, tu feras l'expérience, lors de tes rencontres avec tes patients, peut-être plus maintenant, on ne va pas forcément chercher le patient le regard, mais profondément, les yeux dans les yeux comme on dit.

ESI : Je ne sais pas si vous avez quelque chose à rajouter parce que je n'ai plus de question ?

IDE : Bah non, si c'est bon pour toi et si j'ai répondu à tes questions, c'est très bien !

Annexe IV : analyse descriptive des entretiens

Objet : Présentation des soignants	
Objectif	Mettre en évidence leur parcours professionnel
Corpus	Réponses à la question 1
Item	Mots ou groupes de mots porteurs de sens
Indicateurs de classement	Ce qui décrit leur parcours professionnel

Niveau 1 d'analyse :

Années du diplôme d'état	Années depuis lesquelles travaillent en oncologie	Parcours en cancérologie
IDE 1 : 2013	IDE 1 : infirmière en cancérologie depuis 2013	IDE 1 : médecine soins palliatif, travail de nuit hôpital de semaine, chirurgie et médecine soins palliatifs), hôpital de semaine et chirurgie de jour
IDE 2 : 1992	IDE 2 : j'ai fait tout mon parcours en cancérologie	hôpital de jour depuis 2019 IDE 2 : 7 ans de chirurgie plus spécifique oncologique, digestive, mammaire, thyroïde... 15 ans de soins palliatifs, unité de soins continus, et puis l'hôpital de jour et je fais de l'accompagnement en tant qu'infirmière d'annonce depuis 2007

Objet : Connaissance de l'acceptation du patient par rapport à son vécu de la maladie	
Objectif	Mettre en évidence les moyens mis œuvre par les IDE afin d'aborder le patient pour connaître son acceptation par rapport à son vécu de la maladie
Corpus	Réponses à la question 2
Item	Mots ou groupes de mots porteurs de sens
Indicateurs de classement	Ce qui décrit les moyens mis en œuvre par les IDE pour connaître le vécu de la maladie des patients

Niveau 1 d'analyse :

Recherche de connaissance	Observation du patient	Posture du soignant	Communication avec le patient	Prise en charge du patient
<p>IDE 1 : J'essaie de savoir</p> <p>En essayant de savoir</p> <p>Regarder un peu le contexte</p> <p>Qui nous renseigne beaucoup</p> <p>IDE 2 : Voir comment va le patient</p>	<p>IDE 1 : ils sont directement à l'aise</p> <p>Ils montrent de l'anxiété</p> <p>Ca nous dit</p> <p>IDE 2 : moral qui flanche</p>	<p>IDE 1 : L'attention que je vais porter au patient</p> <p>IDE 2 : prendre en compte l'humeur du patient</p>	<p>IDE 1 : Ecoute</p> <p>IDE 2 : le patient va plus ou moins s'exprimer</p> <p>Se livrer, un petit peu plus se poser</p>	<p>IDE 2 : Dépend de notre charge de travail</p> <p>Suivant avec combien de personnes il est dans la chambre</p>

Niveau 2 d'analyse :

Recherche de connaissance		Observation du patient		Posture du soignant	Communication avec le patient		Prise en charge du patient	
Savoir	Se renseigner	Regarder	Dires du patient	Se mettre à la disposition	Ecouter	Se livrer	Travail IDE	Environnement
J'essaie de savoir En essayant de savoir Voir comment va le patient	Regarder un peu de contexte Qui nous renseigne beaucoup	Ils sont directement à l'aise Ils montrent de l'anxiété Ca nous dit	Moral qui flanche	L'attention que je vais porter au patient Prendre en compte l'humeur du patient	Ecouter	Le patient va plus ou moins s'exprimer Se livrer, un petit peu plus se poser	Dépense de notre charge de travail	Suivant avec combien de personnes il est dans la chambre
3	2	3	1	2	1	2	1	1
5		4		2	3		2	

Objet : Connaissance de la signification et de l'importance de la relation soignant soigné auprès des soignants	
Objectif	Mettre en évidence l'importance et la signification de la relation soignant soigné chez les soignants
Corpus	Réponses à la question 3
Item	Mots ou groupes de mots porteurs de sens
Indicateurs de classement	Ce qui décrit l'importance et la signification de la relation soignant soigné chez les soignants

Niveau 1 d'analyse :

Degré d'importance de la relation soignant soigné	Attention du soignant pour le patient	Ressenti du soignant	Permettre au patient de décompresser
IDE 1 : une très haute importance IDE 2 : très importante	IDE 1 : le soin ne va pas sans l'attention que je vais porter au patient IDE 2 : l'attention qu'on donne On ne se concentra pas seulement sur la chambre implantable S'inquiéter Je suis aussi avec vous	IDE 1 : je ne sens pas Je sens. IDE 2 : le moment de gratter un peu Y'a peut-être	IDE 1 : bon moment pour tout lâcher Lâcher tout ici tant qu'il est avec moi IDE 2 : exprimer ce qu'il ressent Pleinement l'espace

Niveau 2 d'analyse :

Degré d'importance de la relation soignant soigné	Attention du soignant pour le patient		<u>Ressenti du soignant</u>		Permettre au patient de décompresser	
Relation qui est primordiale	Attention donnée	Savoir se détacher du soin	Ressentir	Investigation	Espace	Temps
Une très haute importance Très importante	L'attention qu'on donne S'inquiéter Je suis aussi avec vous	Le soin ne va pas sans l'attention que je vais porter au patient On ne se concentra pas seulement sur la chambre implantable	Je ne sens pas Je sens	Le moment de gratter un peu Y'a peut-être	Lâcher tout ici tant qu'il est avec moi Pleinement l'espace	Bon moment pour tout lâcher Exprimer ce qu'il ressent
2	3	2	2	2	2	2
2	5		4		4	

Objet : Connaissance de la signification et de la vision des soignants dans l'accompagnement	
Objectif	Mettre en évidence la signification et la vision des soignants dans l'accompagnement
Corpus	Réponses à la question 4
Item	Mots ou groupes de mots porteurs de sens
Indicateurs de classement	Ce qui décrit la signification et la vision des soignants dans l'accompagnement

Niveau 1 d'analyse :

Ressenti du soignant	Réactions du patient	Impact de la première fois
IDE 1 : bien faire mon boulot Réussi ma mission IDE 2 : importance pour le soignant d'être pleinement ensemble	IDE 1 : à la prochaine fois Grand sourire	IDE 1 : beaucoup beaucoup beaucoup de temps la première fois Cocooner

Niveau 2 d'analyse :

Ressenti du soignant	Réactions du patient		Impact de la première fois
Sentiment d'atteindre son objectif de soin	Verbal	Non verbal	Importance de la première cure
Bien faire mon boulot Réussi ma mission Importance pour le soignant d'être pleinement ensemble	A la prochaine fois	Grand sourire	Beaucoup beaucoup beaucoup de temps la première fois Cocooner
2	1	1	2

2	2	2
---	---	---

Objet : Connaissance des moyens concrets mis en place par les soignants pour accompagner le patient, connaître la façon dont ils évaluent et vient qu'ils atteignent leur objectif d'accompagnement	
Objectif	Mettre en évidence les moyens concrets mis en place par les soignants pour accompagner les patients, mettre en évidence la façon d'évaluation de l'atteinte de leur objectif
Corpus	Réponses à la question 5 et à la dernière question de l'entretien n°2
Item	Mots ou groupes de mots porteurs de sens
Indicateurs de classement	Ce qui décrit les moyens d'accompagnement mis en œuvre par les soignants ainsi que l'évaluation de l'atteinte de leur objectif

Niveau 1 d'analyse :

Situation sanitaire et masques	Moyens concrets pour accompagner le patient	Evaluation de l'accompagnement
<p>IDE 1 : c'est pas du tout évident</p> <p>Ça ne nous facilite pas la tâche</p> <p>Force beaucoup plus le sourire pour plisser les yeux</p> <p>IDE 2 : perturbe la communication</p> <p>on ne reconnaît plus les patients</p> <p>un sourire se lit dans le regard</p> <p>Etre attentif, aller chercher</p>	<p>IDE 1 : percevoir</p> <p>voir dans les yeux</p> <p>Bouche, expression joue beaucoup</p> <p>Je m'attache beaucoup au non verbal</p> <p>Sourire rassurant, bienveillant, de compassion, d'empathie</p> <p>Donne beaucoup par le sourire</p> <p>Le toucher, se mettre à la bonne</p>	<p>IDE 1 : Voir</p> <p>Personne pleure, hoquet de pleurs</p> <p>Retrouver le sourire,</p> <p>N'a plus de question</p> <p>Me remercie</p> <p>Donner ce dont elle avait besoin</p> <p>IDE 2 : avoir la réponse à la</p>

	<p>distance</p> <p>Demander la permission de s'asseoir dans le lit</p> <p>Lâcher la technique</p> <p>Prendre la main</p> <p>Dire allez-y, dites-moi, je suis là pour vous</p> <p>IDE 2 : Entendre le patient</p> <p>Être le relais avec le médecin</p> <p>Rassurer, rappeler, les mettre en confiance</p> <p>Les rendre acteur</p> <p>Remédier à leurs effets secondaires</p> <p>être pleinement dans le regard, le toucher</p> <p>Echanges</p> <p>Intonation de voix</p> <p>Mettre en lien avec les soins de support</p>	<p>question</p> <p>Venir à l'hôpital, bien souvent c'est subir</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

Niveau 2 d'analyse :

Situation sanitaire et masques		Evaluation de l'accompagnement	
Ressenti des soignants	S'adapter	Observer	Dires

Ce n'est pas du tout évident	Force beaucoup plus le sourire pour plisser les yeux	Voir Personne pleure, hoquet de pleurs	N'a plus de question
Ça ne nous facilite pas la tâche	Un sourire se lit dans le regard	Donner ce dont elle avait besoin	Me remercie
Perturbe la communication	Etre attentif, aller chercher	Venir à l'hôpital, bien souvent c'est subir	Avoir la réponse à la question
On ne reconnaît plus les patients			
4	3	4	3
7	7		

Moyens concrets pour accompagner le patient					
Verbal		Non verbal			
Rassurer	Travailler en inter professionnalité	Regarder	Sourire	Toucher	Ecouter
Demander la permission de s'asseoir dans le lit	Mettre en lien avec les soins de support	Percevoir voir dans les yeux	Sourire rassurant, bienveillant, de compassion, d'empathie	Prendre la main	Entendre le patient
Lâcher la technique	Être le relais avec le médecin	Bouche, expression	On donne beaucoup par le sourire	Être pleinement dans le toucher	
Dire allez-y, dites-moi, je suis là pour vous	Remédier à leurs effets secondaires	joue beaucoup			
Rassurer, rappeler, les		Je m'attache beaucoup au non verbal			
		Être			

mettre en confiance	Les rendre acteur	pleinement dans le regard			
Echanges					
Intonation de voix					
5	4	4	2	2	1
9		9			
18					

Objet : Connaissance de leur positionnement quant à l'existence d'une posture infirmière « type » pour accompagner les patients en cancérologie	
Objectif	Mettre en évidence leur avis quant à l'existence d'une posture infirmière "type" pour favoriser l'expression du vécu du patient
Corpus	Réponses à la question 6
Item	Mots ou groupes de mots porteurs de sens
Indicateurs de classement	Ce qui décrit leur avis quant à l'existence d'une posture infirmière "type" pour accompagner les patients en cancérologie

Niveau 1 d'analyse :

Pas de posture type	Propre à chacun	Posture infirmière
IDE 1 : non propre à chacun	IDE 1 : chacun notre personnalité Notre façon différente d'amener les choses	IDE 1 : on n'est pas blasé de notre travail, on est content, on a envie d'apprendre aux étudiants, on fait encore l'affaire IDE 2 : Être pleinement

<p>Il n'y a pas une attitude</p>	<p>Rester soi-même C'est mon truc à moi IDE 2 : Alchimie de la rencontre Matcher avec certains profils mais pas avec d'autres</p>	<p>Savoir respecter un silence, les mots ne sont pas toujours indispensables</p>
----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

NOM : Friocourt PRÉNOM : Christine

TITRE : L'accompagnement infirmier des patients en cancérologie

This final thesis discusses nursing caring in oncology.

My internship in oncology introduced me to question myself : what impact does my posture have, how can we help the patient to accept the disease, what importance should we give to the relationship between the caregiver and the patient ? This led me to wonder : « to what extent created the nursing position with the patient, during a short-term care in cancerologie, favourable conditions for the expression of experience ? ». So, I have decided to work on caring for patients, in oncology, during short-term care, in out patient clinic, and for announcing cancer.

Therefore, the aim of this essay is to define the notions of nursing posture, care, support patient, relationship between the caregiver and the patient and communication. Accordingly, for discern the difference between the theory and the application, I meet two nurses who worked in cancerologie in out patient clinic.

Although I got a lot of questions thanks to the story, it also made me question the place of the caregiver's emotions in oncology support...

Mon travail de fin d'étude porte sur l'accompagnement infirmier des patients en cancérologie.

Mon stage en oncologie m'a amené à me questionner : quel impact a ma posture soignante, comment aider le patient à accepter sa maladie, quelle importance donner à la relation soignant soigné ? C'est pourquoi, je suis venue à me poser la question : « dans quelle mesure la posture infirmière avec le patient, lors d'un soin de courte durée en cancérologie, crée des conditions favorables à l'expression du vécu ? ». J'ai donc décidé de travailler sur l'accompagnement infirmier en cancérologie, pendant un soin de courte durée, à l'hôpital de jour, à distance de l'annonce.

L'intérêt de ce travail de recherche est de définir la notion de posture soignante, d'accompagnement, de relation soignant-soigné et de communication. Afin de confronter mes recherches théoriques avec la réalité du terrain, j'ai rencontré deux infirmières travaillant en cancérologie en hôpital de jour.

A travers les témoignages recueillis, j'ai eu beaucoup de réponses à mes questions. Mais je me suis aussi questionnée sur la place des émotions du soignant dans cet accompagnement en cancérologie...

KEYWORDS : oncology, nursing caring, position, expression of experience, communication

MOTS-CLÉS : cancérologie, accompagnement infirmier, posture, expression du vécu, communication

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS du CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guilloux
35033 Rennes Cedex 09
TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDES : 2018-2021

