



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, vers l'acceptation d'une nouvelle image corporelle en cancérologie

Formateur référent mémoire : HOVAERE Frédéric

LEROUX Manon
Formation infirmière
Promotion 2019-2022
01/05/2022



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 d'infirmier(e)

Travaux de fin d'études :

*L'accompagnement infirmier, vers l'acceptation d'une nouvelle image corporelle 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 d'infirmier(e) 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 1 mai 2022 :

Identité et signature de l'étudiant : Manon LEROUX

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.

SOMMAIRE :

INTRODUCTION	1
1. DE LA SITUATION D'APPEL VERS LA QUESTION DE DÉPART	2
1.1 Situations d'appel	2
1.2 Questionnement	4
1.3 Question de départ	4
2 CADRE CONCEPTUEL	5
2.1 Le cancer	5
2.1.1 La pathologie : définition et données épidémiologiques	5
2.1.2 Le dispositif d'annonce	6
2.1.3 Prévention et dépistage	6
2.1.4 Les traitements	7
2.2 L'image corporelle	8
2.2.1 Définition de l'image corporelle	8
2.2.2 Altération de l'image corporelle	9
2.3 Les étapes du deuil	10
2.4 L'accompagnement infirmier	11
2.4.1 Définition du concept d'accompagnement	11
2.4.2 Cadre législatif du rôle infirmier	12
2.4.3 Relation soignant-soigné	12
3 MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES	14
4.1 Définir le cancer	16
4.1.1 La représentation des infirmières sur le cancer	16
4.1.2 L'impact du cancer sur les patients	16
4.2 Altération de l'image corporelle et les étapes du deuil	17
4.3 La relation soignant-soigné	18
4.4 Les difficultés rencontrées par les infirmières en oncologie	19
5 DISCUSSION	21
5.1 Le cancer et ses représentations	21
5.2 De l'altération de l'image corporelle vers les étapes du deuil	22
5.3 L'importance de la relation soignant-soigné	23
CONCLUSION	25
BIBLIOGRAPHIE	26
ANNEXES	

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Frédéric HOVAERE, le responsable de mon mémoire, m'ayant guidé tout au long de cette expérience en m'apportant de nombreux conseils.

Un grand merci à mon référent pédagogique, Simon DELAMBILY pour son accompagnement pendant ses trois dernières années.

Je remercie également Patricia Daucé qui nous a guidé dans cette unité d'enseignement en nous mettant à disposition de nombreux outils afin de faciliter l'écriture de ce mémoire.

Merci à l'ensemble des autres formateurs présents à l'IFSI pour leur enseignement de qualité pendant ses trois années de formation qui fut très enrichissante professionnellement et personnellement.

Je souhaite également remercier les deux infirmières de cancérologie m'ayant permis d'enrichir mon travail grâce à leur partage d'expérience et de savoir lors des entretiens .

Pour finir, je remercie tout particulièrement mon entourage pour leur soutien infaillible pendant ses trois années de formation. Mais aussi dans la rédaction de ce mémoire en m'ayant encouragé, conseillé ou encore le temps passé dans la relecture de mon mémoire et pour la correction orthographique.

INTRODUCTION

Au cours de ma formation, j'ai pu réaliser de nombreux stages très enrichissants dans des services variés. Ces expériences m'ont permis de développer des compétences et d'évoluer en tant que future professionnelle de santé. Après 3 ans de formation pour devenir infirmière, je suis amené à réaliser un Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers (MIRSI), permettant d'approfondir notre pratique infirmière en développant de nouvelles connaissances.

Le thème de mon mémoire est porté sur la cancérologie, l'accompagnement infirmier vers l'acceptation d'une nouvelle image corporelle en cancérologie. Lors de mon stage dans le service d'otorhinolaryngologie, j'ai rencontré de nombreux patients atteints du cancer. En effet, j'ai pu accompagner les patients en postopératoire suite à l'ablation de leur tumeur maligne. Ainsi, l'idée de ce sujet est survenue à la suite de situations m'ayant interpellée et questionnée pendant ce stage. Il me semblait intéressant de développer mes connaissances dans le domaine de la cancérologie afin de mieux comprendre les situations vécues pendant ce stage. Et de pouvoir répondre davantage aux attentes des patients dans ma future pratique professionnelle.

Afin de vous orienter dans ma réflexion, dans un premier temps je vais vous présenter mes situations d'appel m'ayant permis de développer mon questionnement et d'établir la question de départ. Par la suite, je vais rédiger le cadre théorique pour approfondir les principales notions présentes dans les situations. Ensuite, je vais mener deux entretiens auprès des infirmières pour enrichir mes recherches. Pour finir, je développerai la discussion permettant de faire des liens entre les recherches, les informations apportées par les infirmières lors des entretiens et mon point de vue professionnel sur ce travail. Ainsi, à la suite de cette réflexion je vais formuler ma question de recherche.

1. DE LA SITUATION D'APPEL VERS LA QUESTION DE DÉPART

1.1 Situations d'appel

Mes situations d'appel se sont produites lors de mon stage dans un Centre Hospitalier Universitaire, au cours de ma deuxième année de formation dans un service d'otorhinolaryngologie (ORL). Au sein de ce service il y a 3 secteurs, un secteur pour les interventions ORL, un secteur réservé pour les interventions ophtalmiques et un secteur pour les interventions orthopédiques. L'unité comporte une équipe pluridisciplinaire.

Ma première situation évoquée ci-dessous relate une expérience personnelle rencontrée dans le service : la réalisation d'un pansement en postopératoire, suite à une ablation d'un carcinome sur une patiente émue ayant subi une modification physique de son visage.

La patiente est âgée de 42 ans, elle a deux enfants : un garçon de 10 ans et un autre de 16 ans présentant un handicap mental depuis sa naissance. Elle est séparée de son mari depuis 3 ans, ce dernier est peu présent pour elle et ses enfants dans la vie quotidienne. Elle exerce un métier dans la vente de textile ou l'apparence à une place importante d'après elle. Dans la vie quotidienne, c'est une femme qui fait attention à son apparence et prend soin d'elle. Elle a été orientée dans le service d'ORL pour une ablation de son carcinome de la pyramide nasale.

La réalisation du pansement a eu lieu le deuxième jour en post-opératoire. Lors de son invention afin de favoriser sa cicatrisation, le chirurgien a dû ajouter un crin de Florence pour permettre un écoulement passif, pouvant rendre la plaie plus impressionnante. La patiente était très douloureuse ces deux derniers jours, mais soulagée par des antalgiques.

Sachant que madame était douloureuse ces deux derniers jours, nous lui avons administré au préalable un antalgique en prévention des douleurs pouvant survenir durant la réalisation du pansement. L'infirmière a parlé avec la patiente pendant tout le soin pour la distraire. Au début du soin elle ne ressentait pas de douleur et semblait décontractée en parlant avec nous de fait divers. Il faut savoir qu'elle ne voulait pas voir sa plaie ces deux derniers jours, par peur du reflet qu'elle pouvait se renvoyer dans le miroir. Lors du soin, elle nous posait des questions sur l'aspect et l'évolution de sa plaie, je lui ai donc décrit afin qu'elle puisse la visualiser. Cependant en lui décrivant

sa plaie elle s'est mise à pleurer, et nous a confié avoir peur de ne plus jamais retrouver son visage d'avant qu'elle appréciait tant. En poursuivant la discussion, madame nous informe que ses plus grandes craintes sont que ses propres enfants ne la reconnaissent plus pouvant ainsi impacter son rôle de mère. Suite aux révélations de la patiente, je ne savais plus comment intervenir pour la rassurer, j'avais de l'empathie pour elle. Ne sachant pas répondre, je me suis questionnée sur mon positionnement professionnel en tant que future infirmière. En effet, plus tard je pourrai être amené à vivre une situation similaire seule, et je vais devoir être capable de rassurer les patients et de leur apporter des réponses. Cependant dans cette situation je n'étais pas seule, l'infirmière m'a aidé en lui expliquant que ses enfants seront toujours là et qu'il y aura peu de cicatrices visibles étant donné que le chirurgien a recousu au niveau de l'aile du nez en vue de limiter l'étendue de la cicatrice. A l'issue de cet échange avec l'infirmière, la patiente a arrêté de pleurer et s'est détendue.

Ma seconde situation se déroule auprès d'un patient âgé de 66 ans, à la retraite suite à une carrière de menuisier, marié depuis de nombreuses années avec sa femme, ensemble ils ont eu des enfants et des petits-enfants. Monsieur a été adressé dans le service d'ORL suite à la découverte d'un carcinome épidermoïde au niveau de sa joue. Ce dernier a subi une intervention chirurgicale pour l'ablation de son cancer, il était à son 3^{ème} jour postopératoire.

Je vais dans la chambre du patient pour la réalisation de son pansement, il était souillé. Pendant ce soin, nous discutons de divers sujets, en avançant dans la discussion monsieur me parle de ses futurs projets avec sa femme. Il s'attarde plus particulièrement sur un projet, il voulait fêter ses 40 ans de mariage avec ses proches et sa famille pour l'occasion. Mais en me décrivant ce qu'il avait prévu avec sa femme, il s'arrête de parler pendant un moment, par la suite me regarde tristement et me demande : "Est-ce qu'on peut encore se présenter devant sa famille et ses proches avec ce visage ?". Au moment où le patient m'a posé cette question j'ai ressenti une grande tristesse et de la compassion pour lui. J'ai essayé d'avoir une réponse adaptée à sa question en lui expliquant qu'il avait été opéré il y a seulement 3 jours, donc qu'il lui fallait plus de temps pour cicatriser. Après lui avoir répondu, j'ai réalisé qu'il n'acceptera peut-être jamais son nouveau visage. J'ai donc continué la conversation en accentuant sur le fait qu'il venait de sortir d'une opération pour enlever son cancer en vue d'une future guérison. Mais en parlant, je voyais qu'il gardait ce regard triste malgré mes nombreuses tentatives de réassurance. A la suite du soin voyant que mes paroles n'étaient peut-être pas adaptées, j'ai demandé à l'infirmière d'accompagnement en cancérologie d'intervenir, grâce à son expérience et ses connaissances elle apporterait plus de réponse au questionnement de monsieur.

1.2 Questionnement

Face à ces deux situations m'ayant mise en difficulté, je me suis posée de nombreuses questions. En effet, je me suis demandée quel impact le patient a-t-il pu ressentir suite à la modification de son visage. Est-ce qu'une atteinte physique au niveau du visage peut perturber la reconnaissance de soi ? Mais aussi la reconnaissance par son entourage ? Est-ce qu'une atteinte physique au niveau du visage est plus perturbante que sur une autre partie du corps ? Quelle importance le visage a-t-il dans la reconnaissance de soi ? Est-ce qu'une modification physique peut impacter son rôle familial ? Comment se fait-il que le patient soit plus inquiet du reflet qu'il va renvoyer à sa famille que par la guérison de son cancer ?

1.3 Question de départ

Suite à ces réflexions et interrogations évoquées précédemment, nous pouvons nous demander, **en quoi l'accompagnement infirmier influence-t-il l'acceptation de l'image corporelle du patient suite à une modification physique engendrée par un cancer ?**

Dans un premier temps, je détaillerais mon cadre conceptuel grâce à mes diverses recherches. Par la suite, je présenterais la méthode choisie pour réaliser mes entretiens et l'analyse de mon enquête. Enfin, je terminerai par la discussion, avec un croisement entre mes recherches, les entretiens et mon questionnement.

2 CADRE CONCEPTUEL

A partir de ma question de départ, j'ai distingué plusieurs notions et concepts essentiels à approfondir, tels que le cancer, l'image corporelle, l'acceptation et l'accompagnement infirmier. Dans une première partie, nous aborderons le cancer, dans une seconde partie nous étudierons l'image corporelle. Ensuite, nous détaillerons les étapes du deuil et pour finir nous analyserons l'accompagnement infirmier.

2.1 Le cancer

2.1.1 La pathologie : définition et données épidémiologiques

D'après le dictionnaire Larousse (2022), le cancer se définit par 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 qui en résulte".

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2022) définit le cancer comme 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 le cancer.

En 2018, le nombre de nouveaux cas estimés en France est de 382 000, avec un pourcentage de 54% chez les hommes et de 46% chez les femmes d'après l'Institut National du Cancer. En effet, le cancer est la première cause de mortalité en France chez l'homme et la deuxième chez la femme. Selon Santé Publique France (2021), le cancer le plus fréquent chez l'homme est le cancer de la prostate suivies du poumon et colorectal cependant pour la femme le plus fréquent reste le cancer du sein suivie du colorectal et du poumon.

Malgré que le cancer touche de nombreuses femmes et hommes dans le monde, l'annonce du cancer reste une étape très difficile à vivre pour les patients. C'est le début d'un long processus à venir vers la guérison pour ces derniers.

2.1.2 Le dispositif d'annonce

Selon Santé Publique France (2021), des Plans Cancer ont été développés en France depuis de nombreuses années pour garantir une prise en soins plus accessible et adaptée envers les patients. En effet il y a eu trois Plans Cancer de développer depuis 2003 à nos jours : le premier Plan Cancer de 2003 à 2007 “a permis de structurer le paysage de la cancérologie et de créer l’Institut National du Cancer (INCa)” (Santé Publique France, 2021), le deuxième Plan Cancer de 2009 à 2013 “a mis l’accent sur la personnalisation des prises en charge et le déploiement des innovations thérapeutiques” (Santé Publique France, 2021) et le troisième Plan Cancer de 2014 à 2019) “a pour objectif de répondre aux besoins et aux attentes des personnes malades, de leurs proches et de l’ensemble des citoyens”(Santé Publique France, 2021).

Un dispositif d'annonce a été mis en place dans le cadre du Plan Cancer de 2003 à 2007 qui s’articule en quatre temps, le premier temps est “le temps médical” (Santé Publique France, 2021) correspondant aux consultations dédiées par l’oncologue pour l’annonce du diagnostic et de la proposition de stratégie thérapeutique décidées en réunion de concertation pluridisciplinaire. Le second temps est “le temps d’accompagnement soignant” (Santé Publique France, 2021) permet selon le souhait du patient d’établir un entretien avec un infirmier, un manipulateur électroradiologie, un psychologue à la suite de l’annonce du diagnostic. Le troisième temps est “l’accès à une équipe impliquée dans les soins de support” (Santé Publique France, 2021) et le dernier est “un temps d’articulation avec la médecine de ville” (Santé Publique France, 2021) qui correspond à la communication entre l’équipe soignante hospitalière et le médecin traitant.

Ainsi ces plans cancer ont permis de développer des dispositifs de prévention et de dépistage de nombreux cancers afin de favoriser une prise en soin la plus précoce possible.

2.1.3 Prévention et dépistage

Le cancer peut se déclarer ou se développer plus rapidement avec certains facteurs de risques. En effet, d'après Santé Public France (2021), les principaux facteurs de risques sont le tabagisme, l’alcool, la sédentarité, l’obésité, une infection persistante aux papillomavirus humains (HPV), le virus des hépatites B et C, mais il y a aussi les expositions environnementales et professionnelles . A la suite de cette identification des principaux facteurs de risques, il y a eu de nombreuses préventions primaires mises en place.

Lorsque le cancer est diagnostiqué à un stade précoce, les chances de guérison sont plus importantes. Afin de les diagnostiquer le plus rapidement possible, il a été mis en place des programmes nationaux de dépistage en France pour 3 cancers : le cancer du sein dans un programme en 2004, le cancer colorectal dans un programme développé entre 2008 et 2009 et le cancer du col de l'utérus dans un autre programme développé entre 2018 et 2019 (Santé publique France, 2021). Ces programmes sont mis en place par "les structures départementales de gestion des dépistages et les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CCDC)"(Santé Publique France, 2021) . Par exemple pour le cancer du sein, toutes les femmes âgées de 50 ans à 70 ans avec ou sans symptomatologie peuvent faire une mammographie tous les 2 ans.

Par ailleurs, lorsque le cancer est diagnostiqué à un stade précoce, les traitements mis en place auront moins de répercussion sur le patient. Effectivement, les traitements vont être moins offensifs donc ils vont provoquer moins d'effets secondaires.

2.1.4 Les traitements

Il existe différents types de traitements contre le cancer, ils sont choisis en fonction du type de cancer, de son degré d'extension, de la tolérance aux traitements de la part du patient, de la présence éventuelles d'autres maladies, de l'âge du patient et de son état de santé en général. Les traitements pouvant être utilisés seuls ou en combinaison contre le cancer sont d'après l'Institut National du Cancer (2017) : la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, l'hormonothérapie, les thérapies ciblées et l'immunothérapie spécifique. Le choix de ses thérapeutiques est réalisé par plusieurs professionnels de santé lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire afin de mettre en place un projet de soin personnalisé pour chaque patient .

Les traitements utilisés en cancérologie ont des effets secondaires très importants ayant des répercussions sur la vie quotidienne des patients. En effet, lors des chimiothérapie les principaux effets secondaires pouvant apparaître tel que les "nausées, vomissements, inflammation de la bouche (mucite) ou aphtes, diarrhée ou constipation, perte temporaire des cheveux (alopécie), fatigue, baisse des globules blancs, des globules rouges ou des plaquettes " (Institut National du Cancer, 2022). Lors d'une chirurgie selon Institut National du Cancer (2022), les patients peuvent ressentir aussi de la douleur, avoir une infection au niveau de leur plaie pouvant engendrer un problème de cicatrisation, présenter un lymphoedème. De plus, la radiothérapie présente aussi de nombreux effets secondaires tels que la fatigue, les troubles sexuels, les problèmes de fertilité et des

oedèmes d'après l'Institut National du Cancer. Toutefois, les techniques utilisées progressent de jour en jour grâce à de nombreuses recherches permettant ainsi de limiter les effets secondaires.

Tous les traitements utilisés en cancérologie engendrent de nombreux effets secondaires pouvant provoquer des conséquences importantes au niveau psychologique et au niveau physique. Les conséquences de ces traitements peuvent porter atteinte à l'image corporelle des patients.

2.2 L'image corporelle

2.2.1 Définition de l'image corporelle

L'image corporelle est définie par Schilder et Gantheret (2009) comme étant "l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes"(p. 35). Le développement de l'image du corps commence à partir de l'enfance prenant en compte deux principaux facteurs qui sont la douleur et le contrôle moteur des membres. Cependant cette image corporelle se construit aussi en fonction de la personnalité des individus.

La perception de notre corps est élaborée par les interactions avec notre entourage qui nous renvoie une image de nous-mêmes. En effet, nous pouvons nous identifier dans une partie du corps d'un tiers. Cependant cette image n'est pas figée, elle se développe tout au long de notre vie et se modifie en fonction de nos expériences (Schilder & Gantheret, 2009).

Selon Salter et Ovion (1992), la société nous impose une image véhiculée par les médias avec des personnes en bonne santé et un corps idéal sans imperfection. Elle écrit : "la publicité à la télévision, au cinéma ou dans la presse écrite cherche à conditionner les gens : il faut se conformer à ces images" (p. 2). L'apparence dans la société a une place importante, rendant "une personne qui a un défaut ou un handicap est assimilée dans l'esprit de la société à quelqu'un d'impur" (Salter & Ovion, 1992, p. 3). Il est aussi mis en évidence que l'éducation a un rôle primordial dans le développement de l'image du corps de l'enfance à l'adolescence. En effet, si l'enfant est toujours encouragé dans ce qu'il entreprend et si ses différences sont acceptées, par la suite "l'acceptation par les autres conduit à l'acceptation de soi" (Salter & Ovion, 1992, p. 2).

L'image corporelle change continuellement que ce soit avec l'étape de l'adolescence, en fonction des épreuves traversées dans la vie, ou même à la suite d'une maladie, or ces changements peuvent altérer l'image corporelle.

2.2.2 Altération de l'image corporelle

D'après Salter et Ovion (1992), l'altération de l'image corporelle "ne se limite pas à un changement d'apparence ou à un handicap visible, car si l'on s'accepte physiquement, on se sent habituellement bien" (p. 3).

Lors de l'annonce d'une maladie, le diagnostic commence à atteindre son image corporelle, "on sent que les cellules cancéreuses se développent insidieusement dans le corps et le détruisent"(Salter & Ovion, 1992, p. 7). À la suite de cette annonce, différents traitements vont être décidés par des oncologues pouvant engendrer des modifications corporelles parfois visibles telles que la chimiothérapies provoquant la chute des cheveux. Parfois invisibles pour autrui comme avec la mammectomie pouvant être dissimulée grâce aux vêtements. Que ce soit visible ou invisible, les patients ressentent un changement corporel portant atteinte à leur intégrité. À la suite des thérapies, de nombreux patients font face à une "régression infantile" (Salter & Ovion, 1992, p. 7), par exemple en ayant des problèmes d'incontinence à cause de la radiothérapie contraignant les patients à porter des protections anatomiques.

Les malades ayant vécu des altérations de l'image corporelle à la suite d'une intervention chirurgicale doivent passer par cinq phases :

1. Il faut donner au malade le temps d'accepter l'apparence de la plaie opératoire.
 2. Il doit la toucher et l'explorer.
 3. Il doit accepter la nécessité d'apprendre à se prodiguer des soins.
 4. Il faut qu'il deviennent indépendants et qu'il acquière la maîtrise des soins quotidiens.
 5. Il doit reconstruire une nouvelle image de son corps et si possible y adapter son style de vie.
- (Salter & Ovion, 1992, p. 14)

L'auteur Reich (2009) nous informe que le cancer et ses diverses thérapeutiques vont entraîner chez le patient une métamorphose plus ou moins rapide de son corps, de son identité corporelle d'où un risque potentiel de dépersonnalisation avec perte de contrôle de soi et perte de vue de son identité avec une atteinte de l'estime de soi et la perte de confiance (p. 248). De plus, l'auteur ajoute que les troubles de l'image corporelle en oncologie résultent donc du diagnostic de cancer, des pertes

fonctionnelles, et des mutilations, des symptômes, des douleurs, des effets secondaires des traitements, de la modification du vécu corporel avec pour les patients le sentiment de perdre le contrôle et d'être trahi par son propre corps (p. 249).

Ainsi d'après Salter et Ovion (1992) il est indispensable pour les patients d'avoir un soutien psychologique de la part de la famille et des personnels soignants lorsqu'ils subissent des changements dans l'image de leur corps. Certains patients sont amenés à endurer des chirurgie avec des lésions faciales, le visage est la partie du corps la plus exposée donc la plus visible, pouvant poser un obstacle dans la séduction par la suite.

Les patients subissent des changements corporels engendrant des altérations visibles ou invisibles aux yeux de tout le monde, ce changement impose un deuil de son ancienne apparence.

2.3 Les étapes du deuils

Le concept de deuil apparaît dès l'enfance, ils réalisent que leur entourage va être amené à mourir un jour, appelé "le début du deuil anticipatoire : la peur de l'inconnu, de la douleur que l'on connaîtra un jour, une peur que l'on retrouve dans presque toutes les histoires pour enfants, à titre de préparation archétypale" (Kubler-Rosse et al., 2009, p. 19). D'après Kubler-Rosse (2009) le deuil comporte 5 étapes "le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation"(p. 25). Ces différentes étapes ne sont pas figées, certaines personnes passent d'une étape à une autre avec des réactions pouvant être différentes alors que d'autres ne passerons pas par toutes les étapes. C'est un processus peu similaire d'une personne à l'autre car nous avons des pensées, des idées, des envies et un vécu personnel différent c'est pourquoi le deuil ne sera pas le même.

Élisabeth Kubler-Rosse affirme que dans la maladie l'altération de l'image corporelle s'apparente à un processus de deuil, en apprenant la perte, la personne refuse la gravité de la condition. Puis vient la colère qui s'exprimera aussi bien envers les infirmières et le corps médical que la famille et les amis, Dieu ou le mauvais sort. Au troisième stade, le malade marchandage avec la vie (ou le mauvais sort), pour essayer d'échapper à la situation. Alors s'ensuit une période de dépression, car il se rend compte du caractère inéluctable de la situation ainsi que de la perte et de la séparation que cela implique. Enfin, vient l'acceptation et l'occasion de répondre de manière réaliste à la situation (cité par Salter & Ovion, 1992, pp. 14-15).

Les auteurs Bacqué et Hanus (2020) décrivent aussi les étapes du deuil en 5 étapes. La première étape correspond à "l'état de choc ou le blocage somato-psychique" (p. 26) qui met en évidence "la sidération mentale accompagne l'arrêt de toutes les fonctions psychiques" (p.26). Ensuite il y a "les comportements de recherche et la régression" (p. 27) qui illustre l'obnubilation de l'endeuillé sur ses souvenirs passés avec le défunt. De plus, il y a une régression psychique comme quand un nourrisson réclame sa mère en pleurant jusqu'à l'épuisement. La troisième étape correspond à "l'agressivité et la colère" (p. 28) engendrant un "affects qui paraissent parfois déplacés, la colère, le ressentiment, la rage même accompagnent les premiers moments du deuil" (p. 28). "L'expression du chagrin du deuil" (p. 29) correspond à la quatrième étape, dans notre société les pleurs sont perçus comme un moyen d'évacuer ses émotions. En effet, "les larmes constituent une décharge motrice et somatique de la tension" (p. 29). La dernière étape est définie par "la terminaison du travail du deuil" (p. 33), les endeuillés sont capables "évoquer mentalement l'objet perdu sans s'effondrer, qu'il peut regarder des photos ou écouter de la musique autrefois partagée avec le défunt, alors la tempête émotionnelle du décès semble calmée" (p. 33).

Tout au long de ce processus de deuil de l'ancienne image corporelle des patients ayant subi un cancer, les infirmiers apportent un accompagnement continu afin de les étayer vers la dernière étape étant l'acceptation.

2.4 L'accompagnement infirmier

2.4.1 Définition du concept d'accompagnement

La définition d'accompagner selon Maela Paul (2004) est " se joindre à qqn/pour aller ou il va/en même temps que lui" (p. 60). Pour aller plus loin l'auteur renvoie le terme accompagner selon quatre idées d'après "une idée de secondarité : celui qui accompagne est second au sens littéral du terme, c'est-à-dire "suivant" : il n'a pas la primauté", "un effet d'ensemble : qu'elle que soit sa dissymétrie, l'accompagnement vise à produire une unité impliquant des relations entre les éléments de ce binôme", "l'idée de cheminer ou de faire route ensemble inclut l'idée de direction ou d'orientation, d'une distance à parcourir, d'étapes pour y parvenir, le plus souvent avec le sens d'une progression", "l'idée de transition : lié à une circonstance, une actualité, un événement, une situation, un état des choses présent à un moment donné, l'accompagnement est temporaire, occasionnel" (p. 59).

De plus, Maela Paul (2004) affirme que le verbe accompagner est combiné à 3 synonymes "escorter, guider, conduire" (p. 67). En effet escorter renvoie à "de la protection, de l'aide et de l'assistance" (p. 68) alors que guider renvoie au "registre du conseil et de l'orientation" (p. 68) et pour finir conduire renvoie au "registre de la direction, centré sur l'idée d'une conduite à tenir et par extension, registre des fonctions éducatives : instruire, enseigner, élever, éduquer, former, initier ne s'effectuant qu'au regard d'une direction donnée" (p. 68). Ces trois synonymes permettent d'illustrer les objectifs de l'accompagnement pour les professionnels de santé envers un patient.

Cependant cet accompagnement est encadré par de nombreuses lois pour les infirmiers afin d'avoir un positionnement juste et professionnel.

2.4.2 Cadre législatif du rôle infirmier

Le rôle infirmier est encadré par de nombreuses lois. En effet, l'article R4311-3 du Code de la Santé Publique datant du 3 septembre 2008 affirme que les actes infirmiers relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311 -5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

De plus, les infirmiers exercent de nombreux actes relevant de leur rôle propre mais aussi de leur rôle prescrit, "est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu" (Art. L4311-1 du Code de la Santé Publique du 9 février 2022).

2.4.3 Relation soignant-soigné

Selon Crépet (2002), la relation d'un soignant envers un patient devrait être composée "d'accueil, d'écoute, de dialogue, de compréhension" (p. 159). Ainsi grâce à leur l'expérience, les

soignants constatent que le plus important pour les malades est “l’écoute et ensuite par ordre décroissant, la présence et la chaleur humaine, le dialogue, l’aide et l’affection » (p. 175).

Dans les soins infirmiers, il y a différents types de relations mise en place, la relation de civilité définit selon Phaneuf (2011) par de la “bienséance, de courtoisie et de gentillesse” (p. 142), la relation de confiance qui permet d’instaurer un sentiment “de sécurité, d’assurance” (p. 149). Ensuite, il y a aussi la relation fonctionnelle qui “sert de relation de convenance pour nos échanges quotidiens, mais aussi de rapport de nature utilitaire au cours de soins” (p. 147). Il y a la relation éducative qui va bien au delà de la simple transmission de connaissances relatives à la prévention de la maladie et à son traitement, puisqu’il sert aussi à éclairer la personne sur ses comportements et sur ses émotions qui conditionnent des décisions, à lui présenter la nécessité du traitement ou du changement de ses habitudes de vie et à lui apporter un soutien psychologique nécessaire (p. 152). Pour finir, la relation d’aide est très importante entre les soignants et les patients, elle permet aux patients de se sentir soutenus. Phaneuf l’a défini comme étant “un échange entre deux personnes ou l’écoute reste primordiale, mais ou les paroles de la soignante sont également importantes, puisqu’elles s’orientent vers le soutien, la compréhension, la consolation ou le changement de comportements” (p. 188). Ainsi l’ensemble de ses relations permettent de favoriser l’alliance thérapeutique avec le patient pour une prise en soin la plus adaptée à la pathologie et au vécu du patient.

Crépet (2002) insiste dans son ouvrage sur le fait qu’une relation soignant-soigné ne sera pas la même en fonction des patients car il est primordial pour le soignant de s’adapter à l’histoire de la maladie et à son vécu personnel. Le Sommer-Péré (2000) confirme cette pensée en indiquant que « chaque cas est original, chaque personne est singulière, les situations sont incomparables » (p. 69). En effet, le malade a le droit “d’être mieux considéré, non comme un être diminué, mais comme une personne vivante à part entière, libre, digne, respectée dans ses droits, ses besoins” (Crepet, 2002, p. 238).

Pour finir d’après Le Sommer-Péré (2000) « Nous pouvons donc conclure que la relation de soins, d’aide ou de réadaptation est une réalité complexe dans laquelle interfèrent de nombreuses composantes attachées à des valeurs : techniques, économiques, administratives, déontologiques, culturelles, religieuses et morales “ (p. 70).

3 MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES

Afin de compléter mes recherches effectuées dans le cadre théorique, j'ai interrogé deux infirmières expérimentées en cancérologie. J'ai fait le choix d'un entretien semi-directif pour que les soignantes puissent exprimer leurs points de vue librement sans les influencer dans leurs réponses. Ce choix m'a aussi permis de relancer les professionnels de santé afin qu'elles puissent préciser davantage leur réponse. Lors de ces deux entretiens j'ai pu approfondir les notions et les concepts abordées précédemment et les confronter avec leur pratique professionnelle en tant qu'infirmière.

Dans un premier temps, pour structurer mon entretien j'ai défini plusieurs objectifs qui sont les suivants : mettre en évidence la vision des soignants sur le cancer, mettre en avant le ressenti des patients sur leur pathologie, connaître les conséquences engendrées à la suite d'une modification corporelle sur les patients, définir les caractéristiques de la relation soignant-soigné en cancérologie selon les IDE et pour finir établir les difficultés rencontrées par les IDE dans leur prise en soin avec les patients en cancérologie. Afin d'atteindre ses objectifs lors de mon entretien avec les infirmières, j'ai élaboré plusieurs questions tout en respectant le cheminement de mon cadre théorique.

Par la suite, j'ai souhaité interroger deux infirmières travaillant en cancérologie afin qu'elles puissent m'apporter des réponses pertinentes et adaptées à mon sujet. J'ai aussi fait le choix d'interroger des professionnels de santé travaillant dans différents services permettant d'avoir des réponses plus hétérogènes. Tout d'abord, je me suis entretenu avec une infirmière travaillant dans un service d'ORL dans un CHU (Centre Universitaire Hospitalier) depuis plus de 6 ans. Elle est aussi infirmière d'accompagnement en cancérologie dans ce service. Ensuite, j'ai échangé avec une infirmière travaillant dans un Centre de Lutte contre le Cancer depuis plus 10 ans, actuellement elle a été orientée dans un service de soin continu et de soin palliatif. Après avoir communiqué ensemble, j'ai réalisé mon premier entretien dans une salle de réunion dédiée au service pour être dans un environnement calme. Le second entretien s'est déroulé en distanciel grâce à l'outil Google Meet. Avant de commencer les entretiens, j'ai décidé de communiquer seulement le thème de mon mémoire pour ne pas les influencer dans leur réponse et d'être le plus neutre possible.

Pour finir, un accord verbal a été demandé auprès des deux professionnels de santé pour pouvoir enregistrer le contenu de nos échanges dans mon téléphone et ainsi retranscrire le plus fidèlement possible. J'ai également informé que le contenu des entretiens sera anonymisé.

4 ANALYSE DES ENTRETIENS

Pour respecter la confidentialité des professionnels de santé interrogés lors des entretiens, nous allons les nommer IDE (Infirmier Diplômé d'État) 1 et IDE 2. Les deux infirmières sont diplômées depuis plusieurs années avec un parcours différent. L'IDE 1 travaille dans un service d'ORL tandis que l'IDE 2 travaille dans un centre de lutte contre le cancer en chirurgie. Afin de pouvoir analyser mes entretiens j'ai réalisé des tableaux d'analyse (annexe IV) en distinguant le propos des soignants par deux couleurs.

4.1 Définir le cancer

4.1.1 La représentation des infirmières sur le cancer

Pour commencer l'entretien, il me semblait important d'explorer la représentation des soignants sur le cancer. Les deux soignantes ont commencé par me décrire une maladie pouvant avoir des conséquences négatives sur les patients, en effet elles l'illustrent par les propos suivant « *les gens... comprennent que ça va chambouler toute leur vie* », « *tendance à voir les patients qui s'en sortent pas* ». Ensuite, elles ont évoqué les traitements pouvant être utilisés en fonction du type de cancer à soigner « *soit des rayons* », « *soit de la chimiothérapie* ». L'IDE 2 ajoute que désormais les équipes pluridisciplinaires arrivent à guérir davantage les cancers, grâce à de nombreuses recherches qui ont permis de développer des thérapeutiques, « *la maladie... qu'on soigne de mieux en mieux* ». Cependant elle insiste aussi sur le fait que les protocoles restent toujours très longs « *c'est souvent des protocoles longs et complexes* ». Pour finir, l'infirmière 1 met en évidence qu'il s'agit d'une maladie qui touche de plus en plus de monde avec des profils très différents, "tout le monde connaît quelqu'un dans son entourage qu'a eu un cancer ou qui a un cancer".

4.1.2 L'impact du cancer sur les patients

Ensuite, je voulais visualiser à travers les soignants le vécu des patients sur leur maladie. Dans un premier temps, l'impact psychologique est davantage mis en avant par les deux infirmières. Tout d'abord elles abordent l'inquiétude des patients liée à leur pathologie soit à cause d'un manque de connaissance soit parce qu'ils ont peur des conséquences que le cancer va engendrer sur leur vie et sur leur santé. L'IDE 1 et 2 l'illustre par les propos suivant "j'ai l'impression que y'a quand même pour beaucoup le cancer ça veut dire égale mort", "le cancer ça évoque très souvent pour les familles et les

patients la mort". L'incompréhension est omniprésente chez les patients que ce soit au moment de l'annonce du cancer, ou encore quand les soignants vont leur expliquer les thérapeutiques pouvant être mises en place par la suite, ou même lorsqu'ils constatent l'impact de leur chirurgie en post-opératoire. En effet, certains patients ont besoin de plus de temps pour comprendre leur pathologie. L'IDE 1 illustre ces propos par *"les gens ne le comprennent pas forcément", "ils ne savent pas forcément ce que ça va impliquer"* .

Les deux soignantes évoquent aussi l'impact physique engendré par le cancer, étant souvent occasionné à cause des thérapeutiques. En effet, les interventions chirurgicales permettent l'ablation du cancer mais elles impactent aussi la vision de leur corps. L'IDE 1 affirme que *"c'est des chirurgies qui vont être très lourdes et au niveau visuel... très impactantes"*. De plus, la chimiothérapie est un traitement très invasif pour les patients pouvant entraîner des effets secondaires très impactants, par exemple l'IDE 1 affirme *"la perte de cheveux qui va être plus lourde pour les femmes encore que pour les hommes"*. Ces modifications corporelles vont engendrer chez les patients une altération de l'estime de soi liée à leur atteinte physique, l'IDE 2 illustre ces propos par *"la perte de l'estime de soi"* ou encore grâce à *"un problème de représentation corporelle"*. De plus, certains patients éprouvent des interrogations sur leur apparence à la suite d'une intervention, l'IDE 1 cite une phrase que les patients lui ont déjà posée à plusieurs reprises *"je vais reprendre... une apparence comme je l'avais ou pas ?"*. En effet, les infirmières justifient ces interrogations par le fait que les patients ne connaissent pas les interventions chirurgicales qu'ils vont subir, ils sont donc dans l'inconnu.

4.2 Altération de l'image corporelle et les étapes du deuil

Les infirmières mettent en avant lors de l'entretien que le cancer engendre une modification corporelle entraînant une altération de l'image de soi pour les patients. Afin d'accepter cette nouvelle image corporelle, les patients vont passer par différentes étapes qui correspondent aux étapes du deuil. L'enclenchement de ces différentes étapes du deuil est causé dans un premier temps à cause de l'altération de l'image corporelle. En effet, les infirmières mettent en avant dans les thérapeutiques l'impact visuel de la chirurgie en post opératoire pour les patients. Elles insistent sur le fait que l'opération peut engendrer des oedèmes et des hématomes plus ou moins visibles selon le type de chirurgie et la réaction de leur corps face à cette agression. L'IDE 1 et 2 décrit que *"l'oedème post-opératoire est toujours très très choquant", "il y a tout ce qui est hématomes en lien avec l'intervention"*. Ensuite, elles ont remarqué que l'attente des résultats peut parfois être long pour savoir si leur cancer est éradiqué. Ainsi, ça engendre une incertitude chez les patients, mais encore

une fois *“ça dépend du type de chirurgie”* et du type de cancer. L’IDE 1 illustre ses propos lors de l’entretien par *“il y a toujours... les résultats qui sont longs à avoir pour être sûrs que les marges sont suffisantes”*.

A la suite de ce changement corporel, les soignantes ont insisté à plusieurs reprises sur le fait que les patients passaient par des étapes. En effet, ces étapes permettent aux patients d’aller vers l’acceptation de leur nouvelle image corporelle. En post-opératoire, certains patients ne veulent pas se confronter tout de suite face à leur nouveau reflet dans le miroir, par peur de l’image qu’ils vont se renvoyer. L’IDE 1 appuie cette affirmation en disant que *“les femmes ont... peur de l’image qu’elles vont renvoyer”*. De plus, l’IDE 2 insiste sur le fait que les cancers touchant les femmes impactent dans leur féminité notamment ceux au niveau de la poitrine. Ainsi, le déni s’installe progressivement correspond à la première des étapes du deuil. Les patients vont le manifester de plusieurs manières et à différents moment soit *“ils vont être dans le déni aussi par rapport à l’annonce du cancer”* soit *“ils vont être dans le déni par rapport aux conséquences en fait du cancer”*. Le cheminement vers l’acceptation va se faire de façon différente en fonction des patients et de l’impact psychologique que le cancer a pu provoquer chez eux. Les deux infirmières affirment ces propos grâce à *“s’il ne se sente pas prêt à se voir tout de suite, si pour eux c’est trop... stressant on y va par étapes”, “dès que ça touche à l’image corporelle et principalement quand ça se voit c’est toujours très difficile à accepter”*.

4.3 La relation soignant-soigné

Ensuite, les infirmières ont abordé la relation soignant-soigné qui s’installe grâce à une relation de confiance avec le patient. Pour les soignantes, la confiance s’instaure principalement grâce à la bienveillance. En effet, elles mettent en avant qu’il faut *“beaucoup... de bienveillance, de réassurance”, “il faut beaucoup... d’empathie et de soutien”* et *“c’est mieux d’être honnête”*. Par la suite, elles évoquent qu’il est primordial d’avoir de l’adaptabilité envers le patient. Le fait d’avoir *“beaucoup de... disponibilité”* permet au patient de se sentir considéré par les soignants. Cette disponibilité permet aussi d’instaurer plus d’écoute auprès des malades. L’écoute est importante pour connaître les désirs du patient dans sa prise en soin mais aussi pour qu’il exprime ses inquiétudes et ses interrogations face à sa pathologie et ses thérapeutiques, l’IDE 2 insiste d’avantage sur ce point lors de l’entretien *“il faut beaucoup... d’écoute”, “il y a beaucoup de présence et d’écoute”*. Ainsi, en connaissant les désirs du patient, les soignants vont être plus en mesure de les aider à se projeter dans leur avenir. L’IDE 1 insiste davantage sur cette idée *“l’aider à se projeter dans l’avenir”, “pouvoir l’aider à se projeter”*. Le fait d’instaurer de la bienveillance, de l’écoute, de l’adaptabilité et d’aider le

patient à se projeter dans son avenir va permet d'accentuer la relation de confiance. Ainsi, les soignants vont pouvoir plus facilement soutenir les patients dans leur étapes du deuil.

La relation instaurée entre le malade et le soignant va être différents d'une personne à une autre *"en fonction de la prise en soin à partir de quand on va rencontrer le patient"* mais aussi en fonction de la personnalité des soignantes et des patients *"je pense qu'on a pas les mêmes caractéristiques dans la relation soignant-soigné"*. En effet, une relation avec le patient s'instaure au fur et à mesure, ça peut prendre du temps de connaître une personne. En cancérologie, les thérapeutiques et la prise en soin sont plus complexes impliquant une hospitalisation plus importante pour les patients. Ainsi, les soignants sont amenés à voir régulièrement les mêmes patients jusqu'à leur guérison, l'IDE 2 illustre ses propos par *"on les revoit régulièrement donc il y a un lien qui se crée, qui est parfois assez fort"*.

4.4 Les difficultés rencontrées par les infirmières en cancérologie

Pour finir l'entretien, il me semblait pertinent d'évoquer les difficultés que les infirmières pouvaient rencontrer dans leur prise en soin. Dans premier temps ce qui est ressorti à plusieurs reprises se sont les complications dues aux thérapeutiques et les difficultés des patients à accepter leur cancer. En effet, en post-opératoire c'est tellement brutal pour les patients de se confronter aux conséquences de l'opération qu'il leur faut du temps pour réaliser ce qu'ils viennent de vivre, l'IDE 1 illustre ses propos par *"en post-opératoire c'est tellement une claque, leur état générale, l'importance des cicatrices, des appareillages"*. De plus, les patients peuvent ressentir des douleurs intenses malgré la prise d'antalgiques, l'IDE 2 accentue c'est propos grâce à *"en cancérologie de la douleur il y en a beaucoup"*. De plus, lorsque les patients ont beaucoup de difficultés à se confronter à leur cancer, il est compliqué pour les soignants d'intervenir et d'instaurer une relation avec ce dernier. Les soignantes disent pendant l'entretien que *"l'annonce du cancer était tellement brutale qu'ils n'ont pas compris les tenants et les aboutissants de l'opération"* ou alors il peut y avoir *"des problèmes au niveau de l'image corporelle de la femme pour qui on touche à la féminité"*. En effet, elles mettent en avant que la suite de la prise en soin peut être compliquée par exemple lorsqu'elles vont refaire les pansements ou toucher aux appareillages. Ce sont des soins invasifs pour le patient pouvant être mal vécu. L'IDE 1 abordent deux autres difficultés qu'elle a rencontrées à plusieurs reprises le problème de communication lorsqu'un patient refuse de communiquer. Par conséquent, il est difficile d'adapter la prise en soin pour répondre aux attentes et aux besoins du patient. Pour finir, elle a évoqué la dépendance à une substance surtout au niveau de l'alcoolisme car les patients n'ont pas arrêté leur consommation avant l'opération. Ainsi, ils vont subir un sevrage forcé durant

l'hospitalisation pouvant impliquer des conséquences très graves, l'IDE 1 dit que *“après l'opération ils ont été en arrêt forcé par l'hospitalisation et... ils font un délirium tremens”*.

Par la suite, les infirmières ont mentionné plusieurs outils pouvant pallier ses difficultés rencontrées dans leur prise en soin. Tout d'abord, il y a le travail en pluridisciplinarité permettant de faire intervenir plusieurs professionnels de santé qui peuvent améliorer la prise en soin. En effet, l'IDE 2 parle des psychologues qui les aident à intervenir auprès des patients pour les soutenir dans leur acceptation de leur cancer et de leur nouvelle image corporelle. De plus, les soignantes parlent aussi de l'assistante sociale, de l'esthéticienne et des chirurgiens permettant de répondre d'avantages aux besoins des malades. Pour finir, l'IDE 2 mentionne l'accompagnement extérieur par des associations qui permettent aux patients de se rencontrer pour partager leur vécu. Elles contribuent aussi à favoriser la réinsertion sociale des patients grâce à de nombreuses activités.

5 DISCUSSION

Dans un premier temps, il me semble essentiel de rappeler ma question de départ étant la suivante : **En quoi l'accompagnement infirmier influence-t-il l'acceptation de l'image corporelle du patient suite à une modification physique engendrée par un cancer ?** Grâce aux recherches effectuées dans le cadre conceptuel sur les différents concepts et notions (le cancer, l'image corporelle, l'acceptation et l'accompagnement infirmier), j'ai pu analyser l'influence de l'accompagnement infirmiers dans l'acceptation de la nouvelle image corporelle des patients en cancérologie. Par la suite, les entretiens avec les infirmières ont permis d'évoquer leur point de vue sur les différents concepts et notions. Dans cette partie, nous allons croiser l'apport théorique des auteurs avec les données des infirmières interrogées et ainsi pouvoir apporter ma propre réflexion.

5.1 Le cancer et ses représentations

Dans un premier temps, les soignantes avaient une représentation négative sur le cancer à cause du nombre de personnes touchées tous les ans par cette maladie. Mais aussi à cause des traitements mis en place pouvant être brutaux psychologiquement et physiquement. En effet, lors de mes recherches j'ai pu constater que le cancer était la première cause de mortalité pour les hommes et la deuxième pour les femmes selon l'Institut National du Cancer (2021). Concernant les traitements utilisés en cancérologie, ils ont des effets secondaires très importants par exemple pour la chimiothérapie l'Institut National du cancer (2022) a mis en évidence les principaux effets secondaires pouvant être la "perte des cheveux (alopécie), fatigue, baisse des globules blancs". Tous ces effets secondaires ont des répercussions importantes sur leur rythme de vie, leur vie familiale et leur activité professionnelle. De plus les traitements vont engendrer des modifications physiquement pouvant impacter psychologiquement le patient.

Il y a plusieurs années le dispositif d'annonce a été mis en place grâce au Plan cancer de 2003 à 2007 permettant aux patients d'avoir plusieurs temps pour échanger avec des professionnels de santé. Ces différents temps accordés pour échanger avec les patients sur leur maladie leur permettent de poser davantage de questions. Mais aussi de pouvoir mieux comprendre leur pathologie et les thérapeutiques qui vont leur être procurés. Cependant les deux infirmières lors des entretiens expliquent que malgré de nombreux échanges avec les professionnels de santé, les patients sont toujours dans l'incompréhension. Elles expliquent que cette incompréhension est différente d'une personne à une autre, certains ont besoin de plus de temps pour réaliser qu'ils ont un cancer.

En entamant ce travail de recherche, je savais que le cancer engendre beaucoup de mortalité en France. Cependant de savoir qu'il s'agit de la première cause de mortalité en France pour les hommes montre l'impact de la maladie malgré de nombreuses recherches effectuées. Dans notre futur pratique professionnelle nous serons tous confrontés à des patients ayant un cancer ou étant en récurrence. Le fait de connaître d'avantages les effets secondaires engendrés par les thérapeutiques en oncologie, permet d'avoir une prise en soin plus personnalisée avec les patients. Mais aussi de mieux comprendre l'origine de la modification de leur image corporelle.

5.2 De l'altération de l'image corporelle vers les étapes du deuil

A la suite d'un cancer et des thérapeutiques mis en place, les patients subissent des modifications corporelles pouvant être rapides et plus ou moins visibles. L'auteur Reich (2009) insiste sur le fait que cette modification corporelle provoque "atteinte de l'estime de soi et la perte de confiance" (p. 248). Lors des entretiens, les infirmières évoquent les mêmes propos en parlant de "la perte d'estime de soi" et de "problème de représentation corporelle". Pour rappel, les auteurs Salter et Ovion (1992) mettent en avant cinq étapes par laquelle les patients passent en post-opératoire avant d'accepter leur cicatrice. L'IDE 1 met en avant qu'en post-opératoire il y a des apparitions d'œdèmes rendant la cicatrice plus impressionnante aux yeux des patients. Alors que l'IDE 2 insiste plus sur l'apparition des hématomes pouvant amener à choquer les patients.

Après avoir subi une altération de leur image corporelle, les patients vont passer par différentes étapes correspondant aux étapes du deuil. Kubler-Rosse (2009) les a décrit en 5 étapes "le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation" (p. 25). Ainsi, à la fin de ses étapes les patients vont vers l'acceptation de leur nouvelle image corporelle. Les deux professionnels de santé mentionnent aussi les différentes étapes du deuil. Cependant, elles soulignent que les patients ne vont pas se confronter de la même façon face à leur nouvelle image corporelle dans le miroir. Certains patients vont vouloir visualiser leur apparence dans le miroir tout de suite après l'opération alors que d'autres vont attendre plusieurs jours voire plusieurs semaines. Ainsi, le processus de deuil dépend de chaque patient. De plus, tout le monde ne passe pas obligatoirement par les cinq étapes du deuil et ils ne sont pas forcément vécu dans le même ordre. Le temps de ce processus du deuil peut aussi dépendre de l'endroit où se développe le cancer, l'IDE 2 évoque pour le cancer du sein une atteinte à la féminité pouvant être plus difficile à accepter. Et l'IDE 1 explique que les cancers au niveau du visage c'est plus visible par conséquent plus difficile à accepter. Il est primordial que le patient soit soutenu par les professionnels de santé et ses proches dans ce deuil. C'est très éprouvant pour les

patients psychologiquement, le fait d'être soutenu leur permet de mieux vivre leur deuil mais aussi de pouvoir les aider à cheminer vers l'acceptation.

D'avoir des connaissances sur les étapes du deuil lors de l'altération de l'image corporelle dans ma future pratique infirmière est une chance. En effet, ces connaissances acquises pendant ces recherches vont me permettre de mieux comprendre les réactions des patients dans leur processus de deuil. Ainsi, je pourrais répondre davantage aux attentes du patient en adaptant ma prise en soin.

5.3 L'importance de la relation soignant-soigné

L'auteur Crépet (2002) met en avant qu'une relation soignant-soigné doit être composée "d'accueil, d'écoute, de dialogue, de compréhension" (p. 159). Lors de l'entretien les infirmières relèvent les mêmes propos, en parlant "d'empathie", "de soutien", "d'écoute", "de bienveillance" et "de réassurance". Pour elles, il est primordial de mettre en place toutes ces valeurs pour avoir une relation de confiance avec les patients. Cette confiance permet par la suite de favoriser l'alliance thérapeutique et par conséquent mieux répondre aux attentes du patient. Cependant pour instaurer cette relation de confiance, les deux infirmières accentuent sur le fait qu'il faut du temps pour apprendre à connaître quelqu'un. De plus, L'IDE 2 ajoute que nous avons tous notre propre personnalité donc la relation soignant-soigné ne s'appliquera pas de la même façon entre les différents professionnels de santé envers les patients.

Lorsqu'une personne est atteinte d'un cancer, elle est dans l'incompréhension dans un premier temps. Par conséquent, les patients vont avoir beaucoup d'attentes envers les soignants pour soulever cette incompréhension. En effet, les professionnels de santé aident ces derniers à progresser vers la guérison. Tout d'abord, les patients vont avoir besoin d'un partage de savoir de la part des soignants pour mieux comprendre leur maladie. Par la suite, ils vont avoir besoin d'un soutien psychologique mais aussi physique le temps de s'adapter à leur nouvelle apparence. De l'annonce de leur cancer jusqu'à la rémission et même parfois après, les patients vont avoir besoin d'un accompagnement de la part des infirmiers et des autres professionnels de santé pour pouvoir évoluer et s'épanouir dans leur vie.

Selon moi, l'accompagnement infirmier est très important pour les patients dans leur prise en soin. Lorsque les patients subissent une modification corporelle, au début en post opératoire ils sont dans le déni, ils ne comprennent pas ce qui leur arrive. Le fait que les soignants soient avec eux qu'ils puissent répondre à leur question ou même seulement faire acte de présence leur permet de se

sentir soutenue dans cette épreuve. Cette présence va aussi les rassurer et favoriser la relation de confiance. Après avoir réalisé qu'il est subi une modification corporelle, ils vont continuer dans leur processus de deuil. Pendant cette période compliquée, il est primordial d'orienter les patients vers l'acceptation de leur nouvelle image corporelle. En effet, cette période va se faire par étapes et avec le temps dont ils ont besoin.

Au fur et à mesure de mes recherches sur le sujet, mes pensées ont évolué et de nouveaux questionnements sont apparus. Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis de mettre en avant un point qui pourrait être approfondi afin de continuer les recherches sur ce sujet. Nous avons pu constater que la prise en soin des patients est personnalisée en fonction de leur vécu personnel. Mais les soignants ont aussi une approche différente dans leur prise en soin en fonction de leur expérience, de leur vécu personnel et professionnel et de leur personnalité.

Dans quelle mesure la personnalité du soignant, lors d'un soin en oncologie, peut-elle influencer dans l'accompagnement infirmier ?

CONCLUSION

A la suite de ce travail d'initiation à la recherche, sur le thème de l'accompagnement infirmier vers l'acceptation d'une nouvelle image corporelle en cancérologie. Nous avons débuté les questionnements suite à deux situations d'appels qui ont amené à la question de départ : **en quoi l'accompagnement infirmier influence-t-il l'acceptation de l'image corporelle du patient suite à une modification physique engendrée par un cancer ?** J'ai d'abord effectué des recherches pour construire mon cadre théorique permettant de définir les différents concepts et notions de la question de départ. Par la suite, j'ai interviewé deux infirmières travaillant dans des services de cancérologie, m'ayant permis d'enrichir mon mémoire grâce à leur expérience. Une analyse descriptive a été faite afin de mettre en lumière les différentes notions présentes dans les entretiens. Ensuite, la discussion a été réalisée pour confronter l'analyse des entretiens avec les apports théoriques du cadre conceptuel. De plus, dans cette partie mon point de vue est mis en avant ainsi que ma projection professionnelle en tant que futur infirmière. Tout ce travail de recherche et d'analyse m'a permis un réajustement de la question de départ. La question définitive de recherche est donc : "Dans quelle mesure la personnalité du soignant, lors d'un soin en cancérologie, peut-elle influencer dans l'accompagnement infirmier ? "

Ce travail m'a permis d'affirmer que l'accompagnement infirmier n'est pas abordé de la même façon, elle dépend de la personnalité, du vécu personnel et professionnel des soignants et des patients. Ainsi, les soignants doivent adapter leur prise en soin en fonction de la personnalité et des besoins des patients. De plus, il est important d'avoir une posture professionnelle adaptée mais aussi d'avoir certaines valeurs telles que l'écoute, l'empathie et la bienveillance. Grâce à ce travail, j'ai pu approfondir mes connaissances dans la prise en soin des patients en cancérologie. Ces connaissances me seront utilisées si je suis amenée à travailler en cancérologie mais aussi dans tous les autres services pouvant prendre en soin des patients ayant un cancer. De plus, le fait d'approfondir mon questionnement professionnel m'a aidé à développer ma curiosité professionnelle. Ce que je retiens à la fin de ce travail, c'est qu'il est primordial dans le métier d'infirmière de vouloir constamment améliorer ses pratiques professionnelles .

BIBLIOGRAPHIE

Article L4311-1—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 29 avril 2022, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045137201/2022-02-09/

Article R4311-3—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 29 avril 2022, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019416833/2008-09-03/

Bacqué, M.-F., & Hanus, M. (2020). Chapitre III - Le déroulement du deuil « normal ». *Que sais-je?*, 8, 26-34.

Birmelé, B. (2018). *Accompagner. La relation soignante comme cheminement*. 15(1), 48-54.

Cancer. (s. d.). Consulté 29 mars 2022, à l'adresse

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Cancer et image du corps : Identité, représentation et symbolique | Cairn.info. (s. d.).

Consulté 30 mars 2022, à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-3-page-247.htm>

Cancers. (s. d.). Consulté 29 mars 2022, à l'adresse

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>

Crépet, A. (2002). *Améliorer les relations soignant-soigné : Priorité à la relation dans les conduites thérapeutiques*. Thélès.

INCA - Les cancers en France. (s. d.). Consulté 29 mars 2022, à l'adresse

https://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/

Kübler-Ross, E., Kessler, D., & Touati, J. (2011). *Sur le chagrin et le deuil : Trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil* (Nouvelle éd.). Pocket.

Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Cancer - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 29

mars 2022, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cancer/12634>

Le Sommer-Péré, M. (2000). Relation soigné-soignant : Quels modèles de référence ?

Perspective soignante, 9, 67-79.

Paul, M. (2004). *L'accompagnement : Une posture professionnelle spécifique*. l'Harmattan.

Phaneuf, M. (2011). *La relation soignant-soigné*. Chenelière.

Salter, M., & Ovion, L. (1992). *Altération de l'image corporelle : Le rôle de l'infirmière*.

InterEd.

Schilder, P., & Gantheret, F. (2009). *L'image du corps : Etude des forces constructives de la psyché.*

ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien

Depuis combien de temps êtes-vous IDE ? Quelles sont vos expériences professionnelles ? Depuis combien de temps travaillez-vous dans le service ? Avez-vous fait des spécialisations ? (Par exemple DU en cancérologie ?)

1. Quelles représentations avez-vous du cancer ? (avec vos mots)
2. Qu'est ce que vous avez constaté de la représentation des patients sur leur cancer ?
3. Quel est le vécu du patient suite à une intervention chirurgicale rendue nécessaire à cause de leur cancer ?
4. Selon vous, quelles sont les caractéristiques de la relation soignant-soigné avec un patient en cancérologie ?
5. Qu'est ce qui vous semble le plus important dans le rôle infirmier auprès d'un patient ayant subi une intervention chirurgicale dans le cadre de son cancer ?
6. Selon vous, quelles difficultés peut rencontrer une IDE lorsqu'elle aide un patient ayant subi une intervention chirurgicale importante due à son cancer ?

Annexes II : Retranscription entretien n°1

ESI : Je vais donc commencer l'entretien dans le cadre de mon mémoire. Avant de commencer je voulais savoir depuis combien de temps tu es infirmière diplômée ?

IDE 1 : Diplômée 2016, du coup là en juillet ça fera 6 ans, voilà. Principalement dans le même service ici en chirurgie ORL, ophtalmologie et maintenant on fait de la traumatologie.

ESI : Tu as toujours été dans ce service là ?

IDE 1 : Quasiment, j'ai été un petit peu sur le pôle de neuroscience ou il avait donc ce service là, la neurochirurgie, la neurologie, l'unité de soin continue de neurochirurgie ORL, la MPRA donc la réadaptation adulte et enfant. J'ai dû tourner deux mois sur ce pôle donc je n'ai pas fait beaucoup. Et j'ai été un ou deux mois à l'unité de soins continue ORL, neurochirurgie. Mais sinon j'ai tout le temps été ici quoi.

ESI : D'accord. Est-ce que t'as une spécialisation du type DU (Diplôme universitaire) ?

IDE 1 : Nan, nan. Bah j'ai fait, fin c'est pas vraiment une formation... mais j'ai fait pour l'infirmière d'annonce, j'ai fait quand même des petites formations de 3 jours et 3 jours. Voilà, pour avoir un peu les bases, le cadre législatif tout ça. Mais c'est pas une formation de type DU d'oncologie, ce genre de chose quoi. C'est plus théorique... sur la forme que la fond on va dire.

ESI : Ça t'as donné des bases pour être infirmière d'annonce ?

IDE 1 : Oui voilà c'est ça, des bases de communication aussi c'est pas mal mais c'est pas des cours on va dire.

ESI : Quelle représentation as-tu du cancer ? (Avec tes mots)

IDE 1 : Bah souvent de ce que j'en vois dans ma pratique, le cancer c'est un peu le tremblement de terre dans la vie des gens en général parce que c'est un peu souvent le mal du siècle... On va dire, tout le monde connaît quelqu'un dans son entourage qu'a eu un cancer ou qui a un cancer. Mais souvent voilà, ça rôde un peu autour de tout le monde et souvent ce que j'en vois c'est l'épée Damoclès qui est tombée quoi, c'est vraiment voilà... le mot qui fait peur.. Souvent les gens ne le

comprennent pas forcément, ils comprennent que ça va chambouler toute leur vie mais voilà c'est pas ... Voilà c'est un peu comme dire le flou on va dire.

ESI : Ils connaissent le mot mais pas ce qu'il y a derrière ?

IDE 1 : Voilà les conséquences, ils savent un petit peu que c'est très conséquent, qu'il va y avoir soit de rayons soit de la chimiothérapie, ils ont entendu ces mots là mais ils ne savent pas forcément ce que ça va impliquer.

ESI : D'accord. Qu'est ce que t'as pu constater sur la représentation des patients sur leur cancer ?

IDE 1 : Bah déjà ça dépend de la thérapeutique qui est décidée par rapport à la prise en charge de leur cancer. Si c'est de la radiothérapie ou de la chimiothérapie, en générale c'est la perte de cheveux qui va être plus pour les femmes encore que pour les hommes, qui va être la chose qui va les inquiéter. Est-ce que le traitement va me faire perdre mes cheveux ? Après quand c'est les chirurgies, surtout les chirurgies qu'on a chez nous, c'est des chirurgie qui vont être très lourdes et au niveau visuel... bah très impactante car souvent c'est sur le visage donc forcément ça va se voir. Donc ça va être quelque chose qui va les inquiéter énormément, savoir est-ce que je vais reprendre... une apparence comme je l'avais ou pas ? Qu'est ce que ça va impacter pour moi ? Après avec le Covid et les marques on voit quand même que mine de rien pour une fois ça à un peu un effet positif, c'est que... bah on va quand même avoir toute la zone du bas du visage qui va être cachée par le masque. Et j'ai l'impression que pour certain patient... ça permet d'avoir plus de temps pour accepter en fait leur nouvelle apparence. Et du coup de pouvoir faire petit à petit et d'être plus à l'aise aussi dans l'espace public. Puisque dans l'espace public ils peuvent garder le masque pour le Covid et en fin de compte, voilà ça leur permet de pas être des fois des bêtes curieuses parce que voilà les changements... qu'ils ont eu à cause de l'opération sont quand même importants, on va dire.

ESI : C'est vrai que l'aspect du masque je n'y avais pas pensé, ça permet en effet de cacher l'apparence physique. Mais pour toi quel est le vécu du patient suite à une intervention chirurgicale rendue nécessaire à cause de leur cancer ?

IDE 1 : Bah c'est par étape en fait, parce que... j'ai l'impression que y a quand même pour beaucoup le cancer ça veut dire égal mort hein. Donc forcément quand on leur dit que l'opération s'est bien passée, que le médecin pense avoir eu des marges suffisantes pour vraiment éradiquer le cancer, il y a quand même un soulagement. C'est à dire, ok normalement le cancer il est plus là, bon il y a

toujours... comment dire ... les résultats qui sont longs à avoir pour être sûrs que les marges sont suffisantes. Mais il y a quand même ce voilà, bon ça c'est un problème qui s'en va mais après je pense que y a quand même le contre coup. Parce qu'on a beau essayer de les préparer le plus qu'on peut en amont au changement qui vont avoir lieu... l'oedème post-opératoire il est toujours très très très choquant en fin de compte. Parce que les cicatrices en elle même souvent sont assez belles, bon c'est une infirmière qui le dit, les patients ne les trouvent jamais belles mais voilà elles sont assez fines, assez propre.. Mais c'est vraiment l'oedème post-opératoire qui fait que leur visage ont doublé voir triplé de taille... et du coup c'est très impressionnant. Donc c'est vrai que souvent... bon les premiers jours ils sont alités donc ils sont pas forcément confronter à leur image, c'est la sensation qu'ils sont de leur corps, ils nous disent mais je suis gonflé la c'est important ect... Oui effectivement vous êtes très gonflé, mais ça ça va partir. Et souvent ce qui est dure à entendre c'est le temps que ça va mettre à diminuer puisque ça peut être en mois des fois pour récupérer une forme de visage qui se rapproche de la leur et encore en générale il y a quand même une différence. Du coup, je sais que des fois ils nous arrivent de cacher les miroirs dans la salle de bain s'ils ne se sentent pas près à se voir tout de suite, si pour eux c'est trop ... c'est trop stressant, on y va par étape. Et souvent... La première semaine, il ne se voit pas du tout parce que c'est leur choix. Il y en a qui demandent par contre dès le début à se voir dans le miroir, à savoir un petit peu comment c'est, même pendant les pansements il y en a certains qui veulent qu'on prenne des photos pour voir ect.. C'est vraiment chacun à un peu, voilà ... son cheminement par rapport à son image et c'est vrai que ça dépend. Mais j'ai l'impression, bah je pense que c'est un peu à cause de la société mais que pour les femmes c'est encore plus dure à accepter, que vraiment l'image du corps est vraiment quelque chose qui va les inquiéter par rapport... même pas par rapport à elle souvent j'ai l'impression mais par rapport aux autres par rapport au conjoint... par rapport aux enfants, par rapport voilà. Elles ont peur de l'image qu'elles vont renvoyer et voilà. Alors que j'ai l'impression que ... en tout cas sur les patients que j'ai rencontrés que les hommes sont moins impacter. Après voilà ça dépend toujours, il y a toujours des exceptions, il y a des hommes qui vont être plus attachés à leur apparence physique ou ça va faire un gros choc et des femmes qui sont .. voilà... pas forcément impacter puis il y a des femmes aussi qui... comment dire... arrive malgré tout à... comment dire... prendre soin de leur apparence... malgré tout ça et réussir à garder le.. pas le contrôle mais qui reprenne le contrôle de leur apparence malgré les appareillages et tout ça et qui arrive à transcender tout ça et à se sentir bien. C'est assez impressionnant hein parce que c'est un gros travail mais voilà elles sont je pense une... leur image corporelle n'est pas forcément impacter par ça, elle voit plus loin et elle arrive à...

ESI : A passé au dessus de la situation ?

IDE 1 : Voilà c'est ça, ouais, c'est leur nouveau corps et voilà et elle arrive à trouver comment faire.

ESI : Ouais, quand tu parles par rapport à l'oedème post-opératoire, c'est aussi peut-être parce que ça renvoie la première image au patient... sa première nouvelle image corporelle ?

IDE 1 : Ah bah oui, je pense...

ESI : Ça reste du coup dans leur tête...

IDE 1 : C'est ça, il se voit plus que comme ça. C'est ouais impressionnant...

ESI : Selon toi, quelles sont les caractéristiques de la relation soignant-soigné avec un patient en cancérologie ?

IDE 1 : Les caractéristiques...

ESI : Tu peux dire avec tes mots c'est pas vraiment du vocabulaire précis.

IDE 1 : Bah je pense qui faut... on parle toujours de la relation de confiance mais c'est difficile en fait de baser une relation de confiance. Je pense que déjà, ce qui est... ce qui est... comment dire.. si on peut si on réussit déjà à voir le patient en préopératoire je trouve que c'est quand même un plus. Si on a pu être là ... a son arrivée et bah forcément on a pu lui dire des choses sur l'opération, le réassurer etc. Et du coup on a déjà une relation avant le bloc opératoire. Après des fois ça dépend comment on travaille, on l'a pas rencontré avant et on le voit que en postopératoire ... donc bah là ... forcément on a pas la même relation non plus, c'est vraiment en fonction de la prise en soin à partir de quand on va rencontrer le patient, je pense qu'on a pas les mêmes caractéristiques en faite dans la relation soignant-soigné. Euh ...en postopératoire je pense que... bah faut essayer de s'adapter au rythme du patient, je pense que c'est ça le plus important. Voir ou est-ce qu'il en est lui par rapport à l'opération, le cancer, voilà d'où il part comme ça en fait... on va pouvoir s'adapter et essayer de lui apporter ce qu'il a besoin. Parce que forcément on a quand même un rôle de soignant donc on va pas... si par exemple... si le patient est découragé, on va pas le laisser se décourager, on va être là pour essayer de le rassurer, lui montrer les côtés positifs de la chose, comment, quelles sont les étapes à venir. Essayer de l'aider à se projeter dans l'avenir. Parce que souvent c'est ça le post opératoire, c'est ... c'est très impressionnant, il y a les appareillages, il y a des fois la douleur, y a la fatigue, il y a voilà... le questionnement par rapport à l'avenir, du coup ça peut faire beaucoup. Et je

pense que si on essaie pas de ... de ... comment dire... de l'aider un peu à débroussailler ce qui va se passer, bah forcément le patient peut se replier un peu sur lui même et voilà se laisser un peu aller. Donc ... en voyant un peu ou est-ce qu'il est, on va pouvoir l'aider à se projeter. Après je pense que...d'être honnête sur ce qui se passe ce que sait, par rapport aux cicatrices par exemple si on voit que la cicatrisation effectivement elle est pas... elle est pas idéale, c'est pas ce qu'on veut. Je pense que c'est mieux d'être honnête là dessus mais de lui dire que on sait, on sait comment ça fonctionne, ça peut arriver comme ça des fois, on ... on recule de deux pas pour mieux avancer. Et c'est vrai que voilà, c'est pas... en générale le patient pense que c'est une ligne droite vers la guérison et souvent bah voilà, c'est en dent de scie. Et c'est normal malgré tout et réussir à le dire honnêtement : « oui c'est pas parfait mais c'est qu'une étape » bah je pense que voilà c'est important.

ESI : Ça favorise aussi du coup la relation de confiance avec le patient ?

IDE 1 : Ouais, je pense être le plus juste possible ça permet de voilà... d'avoir une relation de confiance un peu plus juste

ESI : Si nous on minimise peut-être que le patient ne va pas le voir de la même façon, pour le patient c'est sur lui donc c'est peut-être plus important que pour nous qui le voyons à l'extérieur ?

IDE 1 : C'est ça, souvent je sais que dans le milieu médical on a tellement l'habitude de voir des choses très dures, très importantes que sans faire exprès on va dire « oh mais ça va » ou des choses comme ça ou « c'est rien ». Et c'est vrai qu'on se rends pas compte des fois de l'impact que ça peut avoir pour le patient qui se dit « ah bon mais c'est rien » ou « ah bon j'exagère, ah mince ». Alors qu'en effet il n'exagère pas, c'est juste que c'est sur lui et pas sur quelqu'un d'autre.

ESI : Donc nous nous sommes habitués aux modifications corporelles des autres, c'est ça ?

IDE 1 : Ah oui oui, tout à fait.

ESI : D'accord. Selon toi, quelles difficultés peut rencontrer une IDE lorsqu'elle aide un patient ayant subi une intervention chirurgicale importante due à un cancer ?

IDE 1 :

ESI : Tu veux que je te le redise ?

IDE 1 : Ouais, je veux bien.

ESI : Je vais la reformuler en plus courte. Quelles difficultés tu peux rencontrer lorsque t'as un patient devant toi qui a subi une intervention chirurgicale importante ?

IDE 1 : Euh... La difficulté je trouve c'est vraiment quand il y a un problème de communication... En général... si le patient est dans le refus de communication et bien pour la prise en charge on va être vraiment bloqué en fin de compte. Parce que on va pas savoir comment faire pour... pour l'aider tout simplement, pour l'accompagner au mieux. Souvent ça peut-être parce que... comment dire... soit parce qu'il y en avait qui n'avait pas bien compris la chirurgie et l'impact que ça va avoir, ça arrive on a beau prendre des rendez-vous en amont, le chirurgien explique, on explique derrière et tout ça... Mais des fois l'annonce du cancer était tellement brutale qu'ils n'ont pas compris tous les tenants et les aboutissants de l'opération. Et du coup en post-opératoire c'est tellement une claque, leur état générale, l'importance des cicatrices, des appareillages tout ça que bah des fois ils vont être dans le refus de communication. Et du coup même des fois dans le refus de soin... de tout en faites, et là ça va être très difficile de réussir à retrouver une relation soignant-soigné... ouais ça va vraiment être difficile...

ESI : Et cette façon de refuser les soins, est-ce que c'est dues aux étapes du deuil ?

IDE 1 : Ouais ça peut, tout à fait. Mais il y en a qui sont dans le déni aussi par rapport à l'annonce du cancer aussi des fois, c'est vraiment... ça va plus loin. Il accepte à demi-mots l'opération mais ils vont jamais parler du cancer, ils vont jamais... voilà... même par rapport aussi à leur style de vie souvent si c'est dans des contexte d'alcool et/ou de tabac, bah on leur a dit que c'était des facteurs de risque donc d'un côté ils s'en veulent, pour eux c'est eux qui se sont donnés le cancer. Du coup, ils vont être dans le déni par rapport aux conséquences en fait du cancer mais en même temps ils vont énormément s'affoler pour leur style de vie. Donc voilà... c'est un peu difficile de faire le point, de réussir à savoir... qu'est-ce qui peut les aider à faire leur cheminement par rapport à tout ça. Après en générale au fur à mesure, à force d'échange, à force voilà... on va pas forcément... comment dire.. les forcés à communiquer mais en montrant qu'on est présent , en étant attentif à leur besoin, en leur proposant des choses qui sont pas forcément en lien direct avec la prise en charge mais plutôt autour. Du coup ils vont commencer souvent à s'ouvrir un peu plus et puis on va réussir à rétablir un peu la communication, mais ça peut prendre du temps ouais...

ESI : Est-ce qu'il y a d'autres difficultés que tu vois en dehors de la communication ?

IDE 1 : Oh bah oui il peut y en avoir d'autres, bah surtout justement par rapport à la population rencontrées parce que des fois, assez souvent d'ailleurs on va avoir des patients qui sont pas du tout sevrer au niveau de l'alcool. Avant, on avait quasiment systématiquement un passage par l'addictologie avant l'hospitalisation mais avec le Covid, il y a plus assez de place pour l'addictologie. Donc souvent...

ESI : Mais il faut qu'il veille bien nan ? C'est une question.

IDE 1 : Oui il faut qu'il veille bien mais souvent... avant on leur proposé et en général ils voulaient bien, ça rentrer dans le cheminement. Ça faisait une semaine d'encadrement, ça les aider voilà... à voir un petit peu leur consommation et puis ça les sortir de leur environnement habituel donc forcément ils étaient plus enclins en faites à essayer d'arrêter. La plupart, pas tous bien sûr mais il y en a beaucoup qui par leur difficulté de leur vie quotidienne se mettait dans la boisson et c'était pas forcément... comment dire.. ils le disaient eux même qu'ils étaient pas contre le fait d'arrêter mais que ça leur paraissait impossible en fin de compte. Alors le faites d'être encadrer à l'hôpital, bah forcément c'était plus facile ouais. Et bah là le problème c'est qu'ils arrivent souvent à l'hôpital, on leur a dit que ça aurait été bien de réduire leur consommation progressivement et je pense qu'ils étaient sincères quand ils ont dit « ah oui oui, on va essayer ». Mais le stress de l'opération à venir, toutes les informations qu'ils ont dû emmagasiner avant l'opération c'est énorme et forcément c'est voilà très difficile, c'est une addiction, c'est une maladie l'alcool donc forcément bah voilà même avec toute la bonne volonté du monde, ils n'ont pas forcément réussi à arrêter. Sauf que du coup, bah... je pense qu'ils veulent aussi un peu... comment dire... montrer aux soignants qu'ils ont fait des efforts donc ils disent « oui oui on a arrêté » sauf qu'après l'opération ils sont été en arrêt forcé par l'hospitalisation et du coup ils deviennent.. ils font un delirium tremens. Donc là, on va avoir des difficultés très importantes parce que y' a qui peuvent... même si quand on sait qu'il y a de l'alcoolisme on met en place des vitamines, on peut mettre en place du Valium tout ça mais c'est vrai qu'on va pas forcément le donner en systématique s'il y a pas de signes de manque. Et du coup bah dés fois ça arrive d'un coup et puis voilà ils deviennent dangereux pour eux surtout, parce qu'ils arrachent leur appareillage, ils sont vraiment voilà... pas bien du tout quoi. Donc ça c'est une des grandes difficultés qu'on peut rencontrer. Après...difficultés bah la communication, ça, je pense qu'il y en a d'autres mais je mets pas forcément le doigt dessus maintenant...

ESI : Mais après pour toi c'est les principales difficultés ?

IDE 1 : Ouais, c'est les plus importantes.

ESI : Je voulais principalement savoir comment pour toi c'était... tes principales difficultés dans ta prise en soins et après ce que tu adaptes par la suite. D'accord. Mais quand tu dis par rapport à l'addictologie, est-ce que ça peut-être aussi par rapport... au tabagisme ?

IDE 1 : Bah le tabac j'ai l'impression que... comment dire... vu qu'on a souvent des substituts on peut leur mettre des patch, des choses comme ça. Et... la trachéo j'ai l'impression quand même, c'est quelque chose qui fait que l'envie de fumer... elle est quand même moins présente. Fin c'est rare qu'ils nous en parlent vraiment que eux ils ressentent le manque de nicotine... J'ai l'impression que cette addiction là, elle est plus secondaire, en générale la canule doit avoir un impacte impressionnant sur leur respiration et je pense que ça leur viendrait pas à l'idée de fumer avec la trac. Je sais qu'il y en a des patients qui ont été trachéotomisés et qui continuent à fumer chez eux mais moi j'en ai pas vu à l'hôpital, en tout cas.

ESI : Oui ça te paraît moins important que l'alcool ?

IDE 1 : Oui c'est ça, l'alcool ils communiquent pas forcément le manque non plus mais on va le voir plus le manque. Le manque va être physiquement visible alors que le manque de nicotine souvent ils vont nous dire ils veulent bien des patch avant mais du coup on les mets en place en amont donc peut-être quand faites si on les mettait pas en place en amont, ils nous dirait plus qu'il y a des manques mais la du coup moins.

ESI : Ah d'accord. L'entretien est terminé, merci pour toutes tes réponses qui ont été très enrichissante

Annexe III : Retranscription entretien n°2

ESI : Dans le cadre de mon mémoire, je fais des entretiens pour voir la théorie et la pratique afin de visualiser les différences et les points communs qu'il y a par rapport au thème de mon mémoire. Ça te convient si je commence mes questions ?

IDE 2 : Pas de soucis.

ESI : Depuis combien de temps es-tu infirmière ?

IDE 2 : Je suis infirmière depuis 13 ans.

ESI : D'accord, est-ce que tu peux me dire tes expériences professionnelles et ton parcours professionnel ?

IDE 2 : Oui pas de soucis. J'ai commencé à la clinique Saint- Laurent principalement en soin palliatif et en pneumo. J'ai fait aussi un peu de chirurgie et de SSR, après j'ai fait de l'intérim tout en étant au centre Eugène Marquis. Donc j'ai fait des maisons de retraite, des pôles santé liés, Bain de Bretagne soin palliatif principalement et médecine... Et puis je suis restée au centre Eugène Marquis depuis 10 ans, bientôt 11 ans, et j'ai fait tous les services hôpital de jour, hôpital de semaine, la chirurgie et soin continue, soin palliatif.

ESI : Vous avez un parcours très diversifié. Et je voulais savoir si tu avais fait une spécialisation du type DU en oncologie ou autre ?

IDE 2 : Nan, j'ai fait régulièrement des formations mais pas de DU.

ESI : D'accord. Du coup je vais continuer mes questions : Quel représentation as-tu du cancer ?

IDE 2 : Représentation d'une maladie grave, très souvent mortelle quand même mais qu'on soigne de mieux en mieux. On a probablement un peu une image un peu faussée comme je travaille principalement en soin continue, soin palliatif, on a quand même tendance à voir les patients qui s'en sortent pas malheureusement. Donc c'est vrai on a pas... on avait fait une étude la dessus au centre entre les différents soignants et finalement on avait tous des opinions assez différentes... en fonction

du service puisque les patients de chirurgie s'en sortent généralement beaucoup mieux que les patients de soin continue.

ESI : Ah oui, je ne savais pas que cette étude avait été menée. Par la suite, qu'est-ce que tu as constaté de la représentation des patients sur leur cancer ?

IDE 2 : Que le cancer ça évoque très souvent pour les familles et les patients la mort finalement. La mort et puis... la dégradation de son état de santé. Un problème de représentations corporelles et de perte d'estime de soi. Beaucoup de choses...

ESI : Oui c'est ce que tu as constaté par rapport à ce que tu as vu avec les patients ?

IDE 2 : Ouais c'est ça.

ESI : D'accord, selon toi qu'elle est le vécu du patient suite à une intervention chirurgicale rendue nécessaire à cause de leur cancer ?

IDE 2 : Ça dépend des patients, ça dépend du type de chirurgie, nous on trait tous les types de cancer... donc ça dépend lequel... dès que ça touche à l'image corporelle et principalement quand ça se voit c'est toujours très difficile à accepter pour les patients. Je pense notamment aux femmes qui sont opérées des cancers du sein et qui permettent notamment un sein, ça touche beaucoup à la féminité et c'est très souvent difficile à accepter. Et après on a tous ce qui est ORL, ou là... bah déjà le cancer ORL représentation sociale, ORL c'est souvent tabaco alcoolique donc ça renvoie une image un peu comme ça et en plus c'est très souvent au niveau du visage donc un peu difficile à vivre pour les patients... Mais après ça peut être aussi difficile même quand ça ne se voit pas.

ESI : Merci pour ta réponse. Selon toi, quelles sont les caractéristiques de la relation soignant-soigné avec un patient en cancérologie ?

IDE 2 : Beaucoup d'écoute, beaucoup d'écoute, de disponibilité, de bienveillance, de réassurance. C'est une maladie grave, c'est une maladie difficile à vivre avec pleins d'étapes parce souvent c'est pas que de la chimio, il y a de la chimio, des rayons... c'est souvent des protocoles long et complexes. Des patients qui vont être suivis pendant des mois voire des années... donc très souvent on les connaît déjà bien aussi, on les revoit régulièrement donc il y a un lien qui se crée, qui est parfois assez fort...

donc il faut beaucoup de disponibilité, d'écoute et d'empathie et de... soutien finalement. Ça répond à ta question ?

ESI : Oui oui, je te laisse parler pour que tu puisses dire ce que t'as comme idée mais oui oui ça me convient. Donc je vais passer à la prochaine question, qu'est ce qui te semble le plus important dans le rôle infirmier auprès d'un patient ayant subi une intervention chirurgicale dans le cadre de son cancer ?

IDE 2 : Prise en charge de la douleur parce que quand même en cancérologie de la douleur il y en a beaucoup, écoute et... Ouais il y a beaucoup de relationnel finalement... je pense que c'est le plus important au final. Relationnel et puis tout ce qui est surveillance technique... pour les complications liées à la chirurgie. Mais très souvent après les chirurgies il y a beaucoup beaucoup de relationnel. C'est finalement, quand elles sont... nous alors on fait quasiment que de la chirurgie du sein, un petit peu de chirurgie dermato autrement, mais quand elles sont prises en charge nos patientes elles sont très souvent ça été fait très vite. On vient de découvrir le cancer, elles étaient un peu la tête dans le guidon, elles venaient d'apprendre le diagnostic c'était pas encore très concret et puis la chirurgie se passe et très souvent c'est très... juste après la chirurgie il y a un gros... psychologiquement c'est très difficile. Ça devient concret finalement. Et puis c'est le début d'un long protocole et c'est toujours un peu difficile à se moment donc il a beaucoup de présence et d'écoute.

ESI : Parce que du coup elles n'ont vraiment pas beaucoup de temps entre l'annonce du diagnostic et leur chirurgie, on ne leur laisse pas de temps pour tout assimiler ?

IDE 2 : Très souvent ça va vite, puis il faut que ça soit pris en charge assez rapidement donc c'est vrai on découvre une masse dans un sein, il y a une écho on découvre que finalement que c'est un cancer et donc c'est opéré souvent très rapidement.

ESI : Oui, du coup elles n'ont pas le temps d'accepter leur diagnostic et de le comprendre ?

IDE 2 : Ouais et puis elles sont avant dans le stress et tout ça, la.. il y a les nerfs qui relâchent, la tumeur qui est enlevée parfois le sein avec. Et puis bah après... il va y avoir tout ce qui va suivre derrière. Elle ne savent pas encore quel protocole va être mis en place chimio, rayon, donc c'est pas toujours tout de suite en fait. Donc il y a toute l'angoisse aussi de tout ce qui va se passer derrière.

ESI : D'accord. Du coup la dernière question, selon toi, quelles difficultés peut rencontrer une IDE lorsqu'elle aide un patient ayant subi une intervention chirurgicale importante dû à son cancer ?

IDE 2 : Quelles difficultés... Bonne question, je sais pas du tout, il peut y en avoir pleins parce qu'en faites c'est vaste. L'opération liée au cancer, il y en a tellement de différentes que...

ESI : Bah tu peux me dire ce qui te vient en tête c'est grave s'il y en a plusieurs au contraire ca va être plus pertinent pour mon analyse après.

IDE 2 : Bah il peut y avoir de la douleur sur la prise en charge, un problème d'image... j'essaie de réfléchir sur ce que j'ai pu avoir..

ESI : Il y a pas de soucis, je comprends ça peut être compliqué

IDE 2 : Ouais... bah c'est souvent quand même des patients très lourds à prendre.. fin je pense aux patients en soins continus, on a des patients très très lourds à prendre en charge donc souvent il y a une complexité au niveau de la prise en charge. Il y a beaucoup de choses à prendre en ligne de compte, beaucoup de risque en lien avec la chirurgie et la chimio qui suit... j'essaie de réfléchir on peut passer à côté d'un truc...

ESI : Oui, bah sinon tu peux, je sais pas si t'as travaillé hier ou avant hier mais quelles difficultés t'as pu voir dans cette journée là quand t'as pris en soins tes patients.

IDE 2 : Sur de la chirurgie ?

ESI : Oui, voilà ou tu étais dans ton service, par exemple qu'est ce que t'as pu rencontrer cette journée là ?

IDE 2 : Mais sur quelqu'un qui vient d'être opéré par exemple ? C'est plutôt ça pour toi ?

ESI : Oui c'est ça après une intervention chirurgicale.

IDE 2 : Mais en terme technique ?

ESI : C'est pas forcément technique, nan c'est tout l'aspect de la prise en soin en fait.

IDE 2 : Les difficultés en lien... Bah par exemple, une patiente qui a beaucoup de mal a accepté l'intervention en elle-même. Qui ne peut pas regarder ne serait ce que le pansement donc après

forcément refaire le pansement, montrer la cicatrice ça prend du temps. Il y a des patients qui sont dans le déni... bah après en terme technique il y a tout ce qui est hématomes en lien avec l'intervention... de la douleur beaucoup.. Principalement, ça des problèmes au niveau de l'image corporelle de la femme pour qui ont touché à la féminité puisque on enlève une partie d'un sein voir deux seins donc ça c'est toujours un peu difficile. Il y a des femmes qui ne supportent pas ne serait ce que pansement donc forcément voir après les cicatrices c'est compliqué donc on a souvent des psychologues qui interviennent avec nous.

ESI : D'accord, vous avez des psychologues qui interviennent pour les pansements.

IDE 2 : Oui ça peut arriver, quand c'est très très difficile on anticipe parfois la venue de la psychologue du centre assez rapidement. On a l'avantage d'avoir un tout petit centre, on a que 4 services, on a l'avantage d'avoir pleins d'autres professionnels avec nous, ce qui fait qu'on est quand même pas trop démunis et qu'on a une prise en charge assez globale. Donc.. sur ce genre de chose, on est quand même assez aidé. Et on fait les consultations d'accompagnement aussi pour préparer les patients, ou on leur annonce.. on prend un peu plus le temps que le médecin, il y a des infirmières dédiées qui passent environ une heure avec le patient pour expliquer tout ce qui va suivre en fait en fonction si ça été décidé par le médecin et le chirurgien. Et puis prendre le temps de voir ce qui va poser problème dans la prise en charge et orienter après sur l'assistante sociale, esthéticienne, psychologue... Ça généralement c'est fait en amont, ce qui peut quand même dégrossir un peu le problème et quand on sent que quelqu'un est très très en difficulté... sur ce genre de situation après on oriente dès le début la psychologue et on fait en sorte qu'elle passe sur l'hospitalisation, voir juste après le bloc. Donc ça peut aider quand même. J'ai répondu à ta question ?

ESI : Oui oui c'est super. J'ai plus d'information merci beaucoup. C'est intéressant de savoir que la psychologue peut intervenir juste avant un pansement.

IDE 2 : Ouais ça peut arriver, c'est pas toujours hyper facile à obtenir parce que évidemment elles sont demandées. Parce que forcément maladie lourde ça veut dire aussi très souvent suivie psycho, mais quand on y arrive c'est bien.

ESI : Et comment, elle vous accompagne pendant la réfection du pansement ou c'est que en amont ou après ?

IDE 2 : En amont ou après, souvent quand c'est un peu difficile voilà... ou alors on voit en refaisant la première fois le pansement la dame pour elle c'est insupportable et que c'est très très difficile, bah là on va essayer de la faire passer après. C'est vraiment on essaie de s'adapter à nos patientes quoi... Elles savent en tout cas que c'est possible de rencontrer la psychologue, d'être suivie après derrière et puis on a tout ce qui est ERI au centre Eugène Marquis. On a une association en faites en lien avec les patients atteints de cancer et qui propose des activités, des psychologues pour après continuer un suivi après en externe quoi.

ESI : Et ce suivie c'est principalement pour quelles raisons ?

IDE 2 : Pour garder un lien social, pour de l'activité physique, parfois il y a des activités un peu physiques, il y avait du gospel à un moment donné. Maintenir un lien social, faire rencontrer les patients et les patientes entre eux.. et puis ouais maintenir quand même une activité physique, on se rend compte que dans la prise en charge de la chirurgie ça aide finalement de maintenir une... un sport en fait notamment au niveau du cancer du sein pour pouvoir bien mobiliser ses bras, elles récupèrent souvent plus facilement quand elles ont maintenu l'activité physique derrière.

ESI : D'accord, merci pour toutes tes réponses, c'était très intéressant.

Annexe IV : Analyses des entretiens

La couleur noir correspond à l'IDE 1

La couleur **bleu** correspond à l'IDE 2

Thème : La représentation des infirmiers sur le cancer

Objectif : Mettre en évidence la vision des soignants sur le cancer

Représentation de la pathologie d'après les IDE			
Image de la maladie	Conséquence négative	Fréquence	Traitement
Le mot qui fait peur Représentation d'une maladie grave Les différents soignants ... avaient tous des opinions assez différentes... en fonction du service	Le tremblement de terre Le mal du siècle C'est l'épée Damoclès qui est tombée quoi Les gens... comprennent que ça va chambouler toute leur vie Très conséquent Très souvent mortelle Tendance à voir les patients qui s'en sortent pas	Tout le monde connaît quelqu'un dans son entourage qu'a eu un cancer ou qui a un cancer Ça rôde autour de tout le monde	Soit des rayons Soit de la chimiothérapie La maladie.... qu'on soigne de mieux en mieux Les patients de chirurgie s'en sortent généralement mieux C'est souvent des protocoles longs et complexes
3	7	2	5
17			

Thème : Le vécu des patients en cancérologie à travers les soignants

Objectif : Mettre en avant le ressenti des patients sur leur pathologie

Impacts physiques de la pathologie sur le patient			Impacts psychologiques de la pathologie sur le patient	
Conséquences des thérapeutiques	Interrogation sur l'apparence	Altération de l'estime de soi liée à l'atteinte physique	Inquiétude liée à la pathologie	Incompréhension

<p>La perte de cheveux qui va être plus lourde pour les femmes encore que pour les hommes</p> <p>Est-ce que le traitement va me faire perdre mes cheveux ? (l'IDE cite une phrase d'un patients)</p> <p>C'est des chirurgies qui vont être très lourdes et au niveau visuel... très impactantes</p> <p>Les changements... qu'ils ont eu à cause de l'opération sont quand même importante</p> <p>Dégradation de son état de santé</p>	<p>Je vais reprendre... une apparence comme je l'avais ou pas ? (l'IDE cite une phrase d'un patients)</p> <p>Qu'est-ce que ça va impacter</p> <p>D'avoir plus de temps pour accepter en fait leur nouvelle apparence</p>	<p>Les masques... ça leur permet de pas être des fois des bêtes curieuses</p> <p>Les masques ... leur permet... d'être plus à l'aise aussi dans l'espace public</p> <p>Perte de l'estime de soi</p> <p>Un problème de représentation corporelle</p>	<p>La chose qui va inquiéter</p> <p>Les inquiéter énormément</p> <p>J'ai l'impression que y' a quand même pour beaucoup le cancer ça veut dire égale mort</p> <p>Le cancer ça évoque très souvent pour les familles et les patients la mort</p> <p>La mort</p> <p>L'angoisse aussi de tout ce qui va se passer derrière</p> <p>Juste après la chirurgie ... psychologiquement c'est très difficile</p>	<p>Les gens ne le comprennent pas forcément</p> <p>Le flou</p> <p>Ils savent un petit peu</p> <p>Ils ont entendu ces mots</p> <p>Ils ne savent pas forcément ce que ça va impliquer</p>
5	3	4	7	5
12			12	

Thème : L'image corporelle perturbée

Objectif : Connaître les conséquences engendré à la suite d'une modification corporelle sur les patients

Les thérapeutiques		Les étapes du deuil		
L'incertitude de l'ablation complète du cancer en post-opératoire	Impacte visuelle de la chirurgie en post-opératoire	Image corporelle altéré	Le déni	Cheminement vers l'acceptation
Le médecin	L'oedème	Les patients ne	Ils vont être dans	C'est par étapes

<p>penses avoir eu des marges suffisantes pour vraiment éradiquer le cancer</p> <p>Il y a toujours... les résultats qui sont longs à avoir pour être sûrs que les marges sont suffisantes</p> <p>Ça dépend du type de chirurgie</p>	<p>post-opératoire est toujours très très choquant</p> <p>L'œdème post-opératoire qui fait que leurs visages ont doublé voir triplé de taille et du coup c'est très impressionnant</p> <p>Ils nous disent mais "je suis gonflé là c'est important... oui effectivement vous êtes très gonflé, mais ça va partir"</p> <p>Il y a tout ce qui est hématomes en lien avec l'intervention</p>	<p>les trouvent jamais belle leur cicatrice</p> <p>Ils sont alités donc ils sont pas forcément confrontés à leur image</p> <p>Ça peut être en mois des fois pour récupérer une forme de visage qui se rapproche de la leur</p> <p>Chacun à un peu... son cheminement par rapport à son image</p> <p>L'image du corps est vraiment quelque chose qui va les inquiéter</p> <p>Les femmes ont... peur de l'image qu'elles vont renvoyer</p> <p>Le cancer ORL... c'est très souvent au niveau du visage donc un peu difficile à vivre pour les patients</p> <p>Femmes qui sont opérés des cancers du sein et qui perdent notamment un sein, ça touche beaucoup à la féminité</p>	<p>le déni aussi par rapport à l'annonce du cancer</p> <p>Ils vont être dans le déni par rapport aux conséquences en fait du cancer</p> <p>Il y a des patients qui sont dans le déni</p>	<p>Le cancer il est plus là... mais je pense que y' a quand même le contre coup</p> <p>Essayer de les préparer le plus qu'on peut en amont au changements qui vont avoir lieu</p> <p>S'ils ne se sentent pas prêt à se voir tout de suite, si pour eux c'est trop... stressant on y va par étapes</p> <p>C'est un peu à cause de la société mais que pour les femmes c'est encore plus dure à accepter</p> <p>Dès que ça touche à l'image corporelle et principalement quand ça se voit c'est toujours très difficile à accepter</p> <p>C'est très souvent difficile à accepter</p> <p>C'est une maladie à vivre avec pleins d'étapes</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3	3	8	3	8
6		19		

Thème : La relation soignant-soigné

Objectif : Définir les caractéristiques de la relation soignant-soigné en cancérologie selon les IDE

Les bases d'une relation soignant-soigné	Établir une relation de confiance			
	Adaptabilité	Écoute	Bienveillance	Aider le patient à se projeter
<p>Différentes relations</p> <p>En fonction de la prise en soin à partir de quand on va rencontrer le patient</p> <p>Je pense qu'on a pas les mêmes caractéristiques dans la relation soignant-soigné</p> <p>Voir ou est-ce qu'il en est lui par rapport à l'opération, le cancer, voilà d'où il part</p> <p>On les revoit régulièrement donc il y a un lien qui se crée, qui est parfois assez fort</p> <p>Il y a beaucoup, beaucoup de relationnel</p>	<p>Pouvoir s'adapter</p> <p>Essayer de s'adapter au rythme du patient</p> <p>Beaucoup de... disponibilité</p> <p>Il faut beaucoup de disponibilité</p>	<p>Il faut beaucoup... d'écoute</p> <p>Beaucoup d'écoute, beaucoup d'écoute</p> <p>Il y a beaucoup de présence et d'écoute</p>	<p>Essayer de lui apporter ce qu'il a besoin</p> <p>Essayer de le rassurer</p> <p>Beaucoup... de bienveillance, de réassurance</p> <p>Il faut beaucoup... d'empathie et de soutien</p> <p>C'est mieux d'être honnête</p> <p>Réussir à le dire honnêtement</p> <p>Si le patient est décourager, on ne va pas le laisser se décourager</p>	<p>L'aider à se projeter dans l'avenir</p> <p>L'aider un peu à débroussailler ce qui va se passer</p> <p>Pouvoir l'aider à se projeter</p>
4	4	3	7	3
4	16			

Thème : Difficultés par les IDE dans leur prise en soin

Objectif : Établir les difficultés rencontrées par les IDE dans leur prise en soin avec les patients en cancérologie

Des difficultés				Des outils	
Complications dû aux thérapeutiques	Difficultés des patients à accepter leur cancer	Problèmes de communication	Dépendance à une substance	Travail en pluridisciplinarité	Accompagnements extérieurs
<p>En post-opératoire c'est tellement une claque, leur état générale, l'importance des cicatrices, des appareillages</p> <p>Tout ce qui est hématomes en lien avec l'intervention</p> <p>En cancérologie de la douleur il y en a beaucoup</p>	<p>L'annonce du cancer était tellement brutale qu'ils n'ont pas compris les tenants et les aboutissants de l'opération</p> <p>Des problèmes au niveau de l'image corporelle de la femme pour qui on touche à la féminité</p> <p>Une patiente qui a beaucoup de mal à accepter l'intervention, qui ne peut pas regarder ne serait-ce que le pansement</p>	<p>Problème de communication</p> <p>Si le patient est dans le refus de communication et bien dans la prise en charge on va être vraiment bloqués</p>	<p>On va avoir des patients qui ne sont pas du tout sevrés au niveau de l'alcool</p> <p>Après l'opération ils ont été en arrêt forcé par l'hospitalisation et... ils font un delirium tremens</p>	<p>Prendre des rendez-vous en amonts, le chirurgien explique, on explique derrière</p> <p>On a souvent des psychologues qui interviennent avec nous</p> <p>Parfois on anticipe la venue du psychologue</p> <p>On a l'avantage d'avoir plein d'autres professionnels avec nous... on a une prise en charge assez globale</p> <p>On fait des consultations d'accompagnement aussi pour préparer les patients... il y a des infirmières dédiées</p>	<p>Une association en lien avec les patients atteints de cancer et qui propose des activités, des psychologues pour après continuer un suivi en externe</p>

				Voir ce qui va poser problème dans la prise en charge et orienter après sur l'assistante sociale, esthéticienne, psychologue	
3	3	2	2	6	1
10				7	

NOM : LEROUX
PRÉNOM : Manon

TITRE : L'accompagnement infirmier, vers l'acceptation d'une nouvelle image corporelle en cancérologie.

Summary : The final thesis discusses patients in oncology. More specifically, it is the nursing accompaniment towards the acceptance of a new body image in cancer. Indeed, thanks to my internship in oncology, I was able to develop two situations in which I questioned myself. This led me to wonder : "How can nursing support influence acceptance of the patient's body image following a physical change caused by cancer?"

In an attempt to answer my question, I conducted research to define the various concepts and notions related to my questioning. So I decided to highlight the following notions and concepts : cancer, body image, stages of grief and nursing caring. Afterwards, I conducted a field survey in April using recorded semi-directive interviews with healthcare professionals working in oncology. My purpose was to answer my initial question.

The analysis of these interviews, cross-referenced with my various readings, highlights the importance of nursing caring in the acceptance of body image.

Résumé : Ce travail de fin d'étude aborde le thème de la prise en charge des patients en cancérologie. Plus précisément il s'agit de l'accompagnement infirmier vers l'acceptation d'une nouvelle image corporelle en cancérologie. En effet, grâce à mon stage en oncologie, j'ai pu développer deux situations sur lesquelles je me suis questionnée. C'est pourquoi, je suis venue à me poser la question : "en quoi l'accompagnement infirmier influence-t-il l'acceptation de l'image corporelle du patient suite à une modification physique engendrée par un cancer ?"

Pour tenter de répondre à ma problématique, j'ai effectué des recherches afin de définir les différents concepts et notions reliés à mon questionnement. J'ai donc décidé de mettre en avant les notions et concepts suivants : le cancer, l'image corporelle, les étapes du deuil et l'accompagnement infirmier. Par la suite, j'ai réalisé une enquête de terrain courant avril par le biais d'entretiens semi-directifs enregistrés avec des professionnels de santé travaillant en cancérologie. Le but de ces entretiens était de répondre à la question de départ.

L'analyse de ces entretiens, croisés avec mes diverses lectures, met en avant l'importance de l'accompagnement infirmier dans l'acceptation de l'image corporelle.

KEYS WORDS : Oncology, Nursing caring, Body image, Acceptance, Stages of grief

MOT CLÉS : Cancérologie, Accompagnement infirmier, Image corporelle, Acceptation, Étapes du deuil

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS du CHU de Rennes

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.
2, rue Henri le Guilloux 35033 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDES – Année de formation : 2022