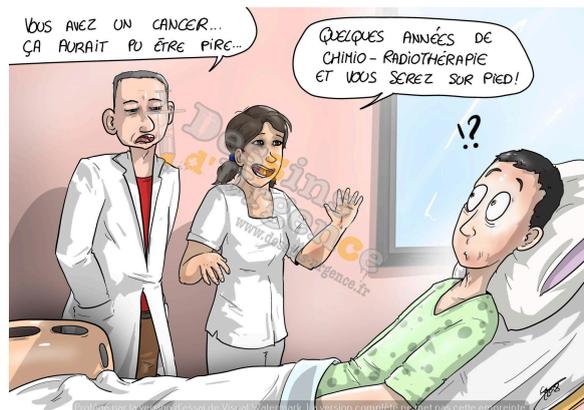




Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.  
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

### Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La prise en soin infirmière et l'accompagnement du patient en consultation d'annonce de cancérologie



Formateur référent mémoire : Nadine Le Borgne

BLIN Camille  
Formation infirmière  
Promotion 2021-2024

6 mai 2024



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE  
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS  
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**  
Pôle formation-certification-métier

## Diplôme d'Etat d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études :

La prise en soin infirmière et l'accompagnement du patient en consultation d'annonce de cancérologie

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

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

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

Le 6 mai 2024

Identité et signature de l'étudiant : Camille Blin

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

## Remerciements

Je tiens à remercier :

- Nadine Le Borgne, ma guidante de mémoire, pour son aide et ses conseils dans la réalisation de cet écrit de fin d'étude d'infirmière,
- Lisa Djadaoudjee, ma référente pédagogique, pour son accompagnement et son accessibilité durant toute ma formation.
- Tous les professionnels de santé, pour leur partage d'expériences et leur réponses à toutes mes interrogations sur ce mémoire.
- A mes amis qui m'ont toujours soutenu pendant ces trois années d'études.

Enfin, je remercie particulièrement mes parents, mon petit frère et mes tantes pour leur soutien qu'ils m'ont apporté tout au long de ces trois ans de formation.

## Sommaire

Introduction .....	1
1 <sup>ère</sup> partie : Le cheminement vers la question de départ .....	2
1. Présentation des situations d'appels .....	2
2. Questionnement .....	6
2.1 Démarche réflexive menant à la question de départ .....	6
2.2 Question de départ .....	7
2 <sup>ème</sup> partie : Le cadre théorique .....	7
1. L'annonce du cancer, mise en place par le dispositif de consultation d'annonce .....	7
1.1 Le dispositif de consultation d'annonce du cancer et le rôle infirmier .....	7
1.2 Le plan cancer et l'aspect législatif .....	9
1.3 Les outils d'aide et ressources à la consultation d'annonce .....	10
2. Les réactions émotionnelles chez le patient suite à l'annonce d'une maladie cancéreuse ..	11
2.1 Notions de réaction humaine et d'émotion .....	11
2.2 Représentation du cancer dans la société .....	12
2.3 Les différentes réactions émotionnelles que sont l'angoisse, la peur et l'agressivité dans le contexte de l'annonce .....	13
3. Guider le patient vers une dynamique de soin par la posture soignante .....	15
3.1 L'accompagnement et le prendre soin dans la posture soignante .....	15
3.2 L'accompagnement au cours de la consultation d'annonce .....	17
3.3 La posture soignante, le prendre soin et la communication face à l'annonce de la maladie .....	19

3 <sup>ème</sup> partie : L'exploration empirique .....	22
1. Présentation du choix et de la méthodologie de l'enquête .....	22
1.1 L'échantillon choisi .....	22
1.2 La méthodologie du guide d'entretien .....	22
2. Analyse des entretiens .....	23
2.1 Présentation de la méthode d'analyse .....	23
2.2 Analyse des entretiens .....	23
2.3 Les limites de l'analyse .....	26
4 <sup>ème</sup> partie : La discussion .....	27
1. Synthèse de l'analyse .....	26
2. Confrontation du cadre théorique et de l'analyse des entretiens .....	27
3. Réflexion et positionnement .....	29
4. Le projet recherche .....	30
Conclusion .....	32
Bibliographie .....	33

## Annexes

Annexe I : Phases de deuil selon Elisabeth Kubler Ross

Annexe II : Texte sur l'accompagnement de Martine C, dans le livre de Boucher, O et Bernard, U "Les annonces en cancérologie: le médecin face au malade témoignages et repères méthodologiques"

Annexe III : Schéma de la communication selon Shannon et Weaver

Annexe IV : Le guide d'entretien

Annexe V : Entretien avec l'infirmière n°1 de coordination en neurochirurgie

Annexe VI : Entretien avec l'infirmière n°2 de consultation d'annonce en pneumologie-oncologie

Annexe VII : Tableau d'analyse des entretiens

## Abstract

## Introduction

Actuellement étudiante infirmière en troisième année, dans le cadre de mon mémoire d'initiation de recherche en soin infirmier, j'ai choisi comme thème la consultation d'annonce en cancérologie. Pendant deux de mes stages, j'ai pu découvrir et observer le milieu oncologique. Cette spécialité m'intéresse et me passionne depuis le début de mes études.

Ayant observée deux consultations d'annonce dans deux services différents, traitant des patients atteints d'une maladie cancéreuse, de nombreux questionnements sur la prise en soin de ces patients m'ont interpellés. Notamment, sur le prendre soin et la posture infirmière face aux réactions émotionnelles des patients.

En tant qu'étudiante infirmière, je me suis interrogée, et mise à la place de ces infirmières. Je trouve que trouver sa place entre le patient et l'annonce choc d'un cancer, n'est pas facile. Je repense notamment à une de ces consultations d'annonce où l'infirmière s'est sentie démunie face à la réaction du patient. C'est là que ma réflexion sur mon sujet de mémoire a débutée. Mon intérêt pour comprendre comment analyser l'état psychologique du patient à ce moment de l'annonce, comment le guider vers l'inconnu, vers ce qui lui fait peur. Ainsi, comment trouver le bon positionnement.

Dans une première partie je vais présenter deux situations d'appels, ainsi que ma réflexion menant à ma question de départ. Une seconde partie présentera le cadre théorique basé sur un travail de recherche autour de ma question de départ. Puis, j'ai réalisé des entretiens auprès de deux infirmières de consultation d'annonce en cancérologie. Puis, une analyse de ces entretiens. Pour compléter cette analyse la partie discussion afin de synthétiser cet écrit, et donner mon positionnement professionnel. Une conclusion finalisera cet écrit.

# 1<sup>ère</sup> partie : Le cheminement vers la question de départ

## 1. Présentation des situations d'appels

### Situation n°1 :

Cette situation se déroule lors de mon stage en pneumologie-oncologie. Plusieurs jours par semaine, une infirmière est de consultation d'annonce, elle intervient après la consultation d'annonce faite par le médecin. Cette consultation est dédiée à interroger le patient sur ce qu'il a compris de sa maladie, à aider le patient à s'organiser, après l'annonce du diagnostic faite par le médecin, de reprendre les éléments avec le patient, lui réexpliquer ce qu'a dit le médecin et répondre aux questions. Souvent, dans ce service quelques jours séparent l'annonce du diagnostic de la consultation d'annonce, pour permettre au patient de se reposer et "digérer" l'annonce de la maladie.

Le dernier jour de mon stage, le vendredi, l'infirmière me propose d'assister à une consultation d'annonce.

Pour cette consultation, elle avait lieu juste après l'annonce faite par le médecin. Le patient en question était âgé de 80 ans et présentait un cancer à petites cellules. Il devait commencer les traitements de chimiothérapie dès le lundi. Le médecin nous prévient que le patient est accompagné de ses deux filles.

Au préalable, l'infirmière consulte le dossier du patient (les rendez-vous à prévoir, le traitement, les prescriptions...).

Avec l'infirmière, nous sommes ensuite allées accueillir le patient et sa famille. Une salle avec un bureau et des chaises est prévue pour cette consultation. En arrivant nous remarquons que les deux filles du patient pleuraient, lui avait un visage neutre. La première question que l'infirmière pose au patient est : "Qu'avez-vous compris de ce que vous a dit le médecin ?". Le patient répond qu'il a un cancer qu'il faut traiter assez vite pour augmenter ses chances de rémission. Ses filles expriment aussi qu'ils se doutaient du diagnostic, mais que cela était dur à accepter.

L'infirmière commence à questionner Monsieur sur les examens qu'il a eu, ses habitudes de vie. Le patient commence à s'énerver et à dire que c'était des choses inscrites dans son dossier, que si on voulait des informations, il faut aller voir dedans. Il nous dit également que nos questions le fatiguent et qu'il veut rentrer chez lui. L'infirmière décide alors de passer directement à la réalisation d'un planning hebdomadaire pour l'aider à s'organiser. On sent que le patient s'impatiente et s'agace. L'infirmière commence à s'adresser à ses filles pour rédiger le planning. Elle y inscrit les rendez-vous de chimiothérapie, le jour de la pose de la chambre implantable, les prémédications et les post médications, les examens de contrôles et les consultations avec les différents professionnels.

Le patient demande s'il peut aller aux toilettes, je l'accompagne jusqu'aux toilettes. En revenant dans la salle, ses filles s'excusaient pour le comportement de leur père. Elles disaient qu'il ne montrait pas

ses émotions, qu'il était fatigué et que l'annonce du cancer le chamboule, s'énervait sa façon d'évacuer ses émotions. L'infirmière leur dit qu'elle comprend et qu'au début ce n'est jamais facile. Tout arrive d'un coup surtout pour ce patient qui doit commencer les traitements au plus vite. Chacun réagit de façon différente, que ce type d'annonce est difficile à "encaisser".

Le patient revient des toilettes, l'infirmière donne les ordonnances, elle indique s'occuper de réserver le transport pour lundi. Elle leur demande s'ils ont des questions. Ils répondent que non, nous les avons accompagnés aux ascenseurs et leur avons dit au revoir.

Avec l'infirmière, nous avons débriefé de la séance. Elle m'a dit que cette séance était particulièrement compliquée, le patient venait d'avoir son diagnostic et n'avait pas eu le temps de se reposer et de réfléchir entre la consultation avec le médecin et la sienne. Elle m'a confié qu'elle s'était retrouvée en difficulté lorsque le patient s'est énervé. Elle a préféré que la séance ne dure pas trop longtemps, mais que le patient ait toutes les informations. Son accompagnement se fera tout au long de ses rendez-vous, quand il reviendra lundi, il pourra refaire un point avec l'infirmière de chimiothérapie.

Situation n°2 :

Je suis en stage en service de soins intensifs de neurochirurgie. Lors de ce stage, j'ai pu prendre en charge des patients venant pour une chirurgie d'une tumeur cancéreuse cérébrale.

Pendant une journée, j'ai suivi une infirmière de programmation en cancérologie, qui gère les consultations d'annonce dans un premier temps avec le médecin. Par la suite, elle prend un second temps avec le patient et son accompagnant s'il y'en a un.

J'ai assisté à une consultation d'annonce avec le médecin. La patiente s'appelle, madame G. Elle a été opérée d'une tumeur cérébrale lui ayant provoqué une asthénie, des nausées et des céphalées localisées au niveau des tempes. Elle a également un cancer intestinal depuis mars 2021, pour lequel elle est suivie par des contrôles réguliers, elle n'a jamais eu de chimiothérapie, ni de radiothérapie.

Suite à la chirurgie du cerveau, la tumeur est partie en analyse, aujourd'hui le médecin doit lui annoncer les résultats.

Le médecin fait rentrer madame G, qui est accompagnée de son mari dans le bureau. Il lui demande comment elle va. Elle lui répond que ça va, elle est soulagée que l'intervention se soit bien passée. Elle se sent moins fatiguée, les maux de tête se font rares, elle signale également au médecin voir un voile marron clair de temps en temps.

Le médecin regarde la cicatrice de Madame G, celle-ci est propre.

Il dit à Madame G qu'il a reçu les résultats de l'analyse. Il s'agit d'une tumeur cancéreuse agressive, un glioblastome. Il lui explique qu'il a enlevé toute la tumeur, mais que cela ne suffit pas. Il faut ensuite des traitements par chimiothérapie et radiothérapie, car autour de la tumeur, des tissus métastatiques se sont installés.

Il lui annonce donc la présence d'un autre cancer, qui n'a aucun lien avec son cancer intestinal. Le but des traitements est de stabiliser la maladie, mais elle ne guérira pas.

Madame G accuse le coup, elle dit ne pas s'attendre à une annonce comme ça, il en est de même pour son mari.

Un rendez-vous avec le radiothérapeute est déjà fixé, il lui en communique la date.

Le médecin leur dit qu'il faut être fort pour combattre la maladie, que les traitements sont lourds et fatiguent beaucoup.

Il termine la consultation en leur disant qu'ils vont par la suite voir l'infirmière de programmation en cancérologie pour leur expliquer plus en détails la suite de la prise en charge.

Une autre consultation d'annonce avec le médecin et l'infirmière était prévue, alors le couple patiente dans la salle d'attente pendant ce temps.

L'infirmière s'installe dans une salle de consultation et part chercher Madame G et son mari. Elle commença par se présenter. Elle demande à Madame G ce qu'elle a compris des mots du médecin.

Madame G nous raconte que cela lui fait un choc, elle pensait qu'après avoir enlevé la tumeur ça serait fini. Elle savait qu'elle allait probablement avoir un peu de chimiothérapie, mais elle pensait pouvoir guérir. L'infirmière pose la même question à son mari, qui répond la même chose que sa femme.

L'infirmière commence par lui préciser que le cancer cérébral est bien différent de celui de l'intestin, Madame G a deux cancers.

Elle lui indique que la semaine prochaine, elle a un rendez-vous au centre de cancérologie situé à côté, avec un radiothérapeute. Le but de ce rendez-vous est de prévoir le programme des rayons et la localisation du rayonnement. Réaliser une empreinte du visage, elle sera positionnée sur sa tête pour ne pas qu'elle bouge pendant la séance. Pendant ce rendez-vous, il lui sera réexpliqué tout le processus des traitements. Madame G aura un traitement concomitant de radiothérapie et de chimiothérapie. L'infirmière énonce les grandes lignes de ses traitements, elle dit à Madame G et son mari qu'ils ne peuvent pas tout retenir. Cela représente un bouleversement dans leur vie.

Madame G demande des précisions sur le traitement de radiothérapie.

L'infirmière lui répond qu'il consiste à détruire les métastases qu'a laissées la tumeur. Il est prévu une séance chaque jour du lundi au vendredi pendant 6 semaines, ce qui équivaut à 30 séances. Elle lui explique que cela se passe comme pour un IRM, c'est le même environnement. Elle passera plus de temps sur la route que la séance en elle-même.

Madame G demande, alors, quels seront les effets secondaires, et si elle va perdre ses cheveux. L'infirmière lui dit que non, pas tous ses cheveux juste à l'endroit où le rayon passera. L'effet secondaire principal est la fatigue. Madame G nous redemande confirmation sur sa perte de cheveux, l'infirmière lui réexplique une seconde fois.

L'infirmière lui donne des explications maintenant pour la chimiothérapie. Elle se prend par gélule, une gélule par jour. Une heure avant la radiothérapie pour activer les cellules cancéreuses qui seront détruites ensuite par les rayons. Puis après la fin des séances de radiothérapie, la prise d'une gélule par jour se fait pendant 5 jours en guise d'entretien.

L'infirmière souligne que le traitement de chimiothérapie ne nécessite pas une hospitalisation. Madame G est surprise, car elle pensait avoir un traitement par perfusion. L'infirmière lui répond que c'est souvent ce que les gens s'imaginent, mais dans son cas à elle ce n'est pas nécessaire. L'infirmière indique que le seul effet de cette chimiothérapie sont les nausées. Elle se calme très bien par la prise d'un anti nauséux. Madame G nous confie avoir peur des nausées, car "tout a commencé par des nausées", l'infirmière la rassure et lui dit qu'un antinauséux sera prescrit si besoin.

Elle leur explique qu'un IRM de contrôle et de surveillance sera fait dans 3 mois. Un bilan sanguin se fera une fois par semaine pour vérifier les défenses immunitaires.

Madame G souffle, elle a les larmes aux yeux, à ce moment, son mari lui prend la main. Il lui dit "ça va aller". L'infirmière les rassure et dit à madame G qu'il faut qu'elle prenne soin d'elle et se repose. L'infirmière informe Madame G et son mari que les traitements sont intenses.

Elle leur dit qu'elle va appeler leur médecin traitant, afin de passer la maladie cancéreuse en ALD. Effectivement madame G nous dit que son médecin n'a jamais fait les démarches pour qu'elle bénéficie de la prise en charge ALD. Elle leur commente que cela est pour avoir un remboursement à cent pour cent pour les frais médicaux qui sont en lien avec la maladie. Ainsi que prévoir les transports pour les rendez-vous de radiothérapie.

Madame G et son mari n'ont plus de question, l'infirmière leur remet un carnet de suivi avec des informations sur la maladie et les traitements. Des calendriers de suivis, le numéro de l'assistante sociale, de la psychologue du service dont ils auront peut-être besoin. L'infirmière mentionne que lors du rendez-vous de la semaine prochaine avec le radiothérapeute, une feuille de route leur sera remise et que tout sera plus clair pour eux. Elle leur conseille de lire les informations du livret avant le rendez-vous, pour poser leurs questions. Elle a conscience que cela fait beaucoup d'informations, mais qu'il faut agir vite.

Elle demande à madame comment elle se sent après toutes ses explications. Elle répond que ses angoisses ont diminué par rapport à l'annonce du médecin. Elle avait peur de perdre ses cheveux et de souffrir, or, les effets secondaires lui semblent moins pénibles.

L'infirmière laisse un temps de silence et leur demande s'ils ont des questions. Ils répondent négativement. L'infirmière annonce la fin de la séance, se lève, ouvre la porte et salue. Madame G et son mari nous remercient.

## 2. Questionnement

### 2.1 Démarche réflexive menant à la question de départ

Dans un premier temps, suite à la situation d'appel numéro 1, je me suis demandée, si la consultation avait été programmée à distance de l'annonce, est-ce qu'elle ne se serait mieux passée ? Ensuite c'est la réaction émotionnelle du patient qui m'a questionné. Est-ce que le patient refoule ses émotions, car sa famille était présente ? Puis sur son accompagnement, comment construire un projet de soin personnalisé avec le patient quand celui-ci est émotionnellement dépassé ? Comment l'aider petit à petit à trouver une organisation (rendez-vous, gestions, effets secondaires...) ? Comment l'accompagner pour l'aider à s'adapter à ce changement de vie ? Quelles ressources pourraient l'aider dans ce changement de vie ? Enfin c'est la posture infirmière pendant la consultation qui m'a interrogé face à la réaction du patient. Quelle posture infirmière adopter face à un patient anxieux ? Comment réagir lorsque le patient s'énerve ? Comment préparer et accompagner au mieux ce patient ?

Dans un deuxième temps, suite à la situation d'appel numéro 2 mes premiers questionnements se sont portés sur Madame G. Tout d'abord sur sa compréhension de sa pathologie, comment Madame G a intégré les informations ? Les a-t-elle toutes retenues ? Certaines ont-elles été plus retenues que d'autres ? Ensuite sur sa réaction émotionnelle, comment comprendre ce que ressent Madame G en observant son non-verbal ?

C'est ensuite sur la posture infirmière pendant la consultation que je me suis interrogée. Quelle posture doit-on adopter lors de la consultation d'annonce avec le médecin ? Est-ce une bonne idée de reprendre les mots du médecin ? Lesquels sont les plus appropriés ? Quelle posture soignante adopter lorsque la patiente fait face à ses émotions ? Comment rassurer Madame G concernant les effets secondaires de ses traitements ?

Enfin, après l'analyse de mes questionnements, le premier point que j'ai retenu est la posture infirmière lors des consultations d'annonce. Quelle posture doit-on adopter lors de la consultation d'annonce avec le médecin ? Est-ce nécessaire que l'infirmière assiste à la consultation avec le médecin ? Comment débiter la consultation et comment accompagner le patient pendant celle-ci ? Quelle posture soignante doit-on avoir, lors de cette consultation ? Quelle proxémie, attitude non-verbale adopter à ce moment ? Comment rassurer les patients face à leurs inquiétudes ? Ensuite

sur le déroulé de l'entretien infirmier, comment mener cet entretien ? Dans une situation, le projet de soin est abordé, dans l'autre, il est construit. N'est ce pas trop tôt de construire le projet de soin juste après l'annonce ? Que transmettre (administratif et dynamique de soin) à la fin de la séance ?

Enfin sur le patient lui-même, que retient le patient de cette consultation ? Est ce qu' avoir les deux consultations d'annonce (médecin-infirmier) à suivre influence l'attention du patient ?

Comment orienter le patient vers une dynamique de soin face à ses réactions ? Comment véhiculer des émotions positives lors de la consultation d'annonce ?

À la suite de ces questionnements, je remarque que dans nos valeurs, le prendre soin est primordiale pour accompagner le patient. Surtout lorsque celui-ci traverse un bouleversement dans sa vie. Au moment de la consultation d'annonce en cancérologie, leurs réactions émotionnelles sont diverses et personnelles. Je suis curieuse de savoir comment l'infirmière adapte sa posture soignante.

## 2.2 Question de départ

Question de départ : En quoi le **prendre soin** et la **posture soignante** de l'infirmière permettent l'**accompagnement** des **réactions émotionnelles** du patient lors de la **consultation d'annonce** en oncologie ?

Mots clefs : prendre soin, posture soignante, accompagnement, réactions émotionnelles et consultations d'annonce

## 2<sup>ème</sup> partie : Le cadre théorique

### 1. L'annonce du cancer, mise en place par le dispositif de consultation d'annonce

#### 1.1 Le dispositif de consultation d'annonce du cancer et le rôle infirmier

Tout d'abord il me semble important de définir la pathologie qu'est le cancer. Selon l'institut national du cancer: "c'est une maladie provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive". Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne. Les cellules cancéreuses ont tendance à envahir les tissus voisins et à se détacher de la tumeur. Elles migrent alors par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques pour aller former une autre tumeur (métastase)" (Institut National du cancer, 2005)

Ensuite il définit cette consultation d'annonce infirmière comme une "consultation personnalisée vous est proposée après la consultation médicale d'annonce de diagnostic ; elle vient en complément et en accompagnement." (Institut National du cancer, 2019).

Elle doit permettre de mieux informer le patient sur la maladie et les traitements, d'instaurer un dialogue autour de l'annonce de la maladie, d'identifier les problèmes liés aux conséquences de la maladie et présenter les partenaires de soins (soins de support : comme l'assistante sociale, la diététicienne, le psychologue, le kinésithérapeute, les associations ...). L'infirmière écoute, informe et réexplique ce qui a été dit par le médecin.

Il précise également que ces infirmières sont formées pour la consultation d'annonce. Elles ont aussi un rôle évaluatif de ce dispositif en demandant au patient son appréciation du dispositif.

Le Cabinet de cancérologie à Cagnes-Sur-Mer Pôle Saint-Jean complète la définition en ajoutant les mots "Organiser, coordonner et assurer le suivi du programme personnalisé de soins." (2020).

La ligue contre le cancer, réseaux des malades et des proches, et l'institut national du cancer présentent un livret sur "Le dispositif d'annonce Information destiné aux patients atteints de cancer". Ce livret présente la consultation d'annonce comme un temps pour partager ses émotions, son anxiété, ses incertitudes et ses questionnements mais c'est surtout un moment de dialogue. Également de découvrir l'équipe pluriprofessionnelle, de comprendre les mots du médecin, de préparer les démarches administratives.

Pour Olivier Bouché et Bernard Ulrich dans leur livre: "Les annonces en cancérologie. Le médecin face au malade", l'annonce marque le début de la prise en charge. C'est le premier dialogue entre le corps médical et le patient. La consultation d'annonce selon eux doit être claire et concise mais véhiculer aussi un message d'espoir. L'espoir permet au malade l'acceptation de sa maladie et de ses traitements.

Le docteur Daniel Serin (2002), cancérologue, déclare qu'au moment de l'annonce l'équipe soignante a pour but de favoriser la clairvoyance et l'adhésion de ce qui lui est dit et de ce qu'il lui sera fait. Martine Ruzniewski, psychologue-psychanalyste, informe que le mot représentant la maladie n'a pas pour fonction de rassurer le patient. Pour elle comme pour le docteur Daniel Serin "Les soignants doivent de ce fait accompagner et guider ce dernier dans sa rencontre avec ce nouveau langage." (cité par Bouché & Ulrich, 2011, p. 7)

Tout comme Olivier Bouché et Bernard Ulrich, la revue Walter santé note que ce moment marque l'arrivée du patient dans son programme personnalisé de soin. Également l'infirmière doit personnaliser chaque consultation et repérer les moyens dont dispose le patient.

L'article note aussi que ce moment ne peut être banalisé car c'est de là que s'installe la relation de confiance. L'Institut National du Cancer rejoint cette idée, et note que cela favorise l'adhésion du patient aux soins.

Pro Infos Cancer rejoint cette notion, en complétant par l'identification des besoins du patient.

Cette consultation doit se passer dans un espace dédié, apaisant et agréable, précise un article du CHU de Rouen sur la consultation d'annonce infirmière. C'est un moment où le patient peut exprimer son appréhension face à cette maladie.

Pour finir cette partie, le Cabinet de Cancérologie Cagnes-Sur-Mer Pôle Saint-Jean présente le rôle des infirmiers durant la consultation d'annonce :

- “De reformuler les éléments de la consultation médicale afin de s'assurer de leur bonne compréhension, et de redire en termes plus accessibles les informations et explications données ;
- De vérifier la bonne compréhension des ordonnances remise par le médecin ;
- D'expliquer le déroulement du traitement instauré et ses effets secondaires ;
- De remettre certains documents adaptés à chaque situation (brochures concernant les prothèses capillaires, livret d'accueil...) ;
- De faire visiter le service et de présenter l'équipe soignante ;
- De laisser le patient verbaliser ses angoisses et autres inquiétudes ;
- De présenter l'offre de soins de support ; et éventuellement de diriger le patient vers les soins de support adaptés (psychologue sur avis médical, assistante sociale, esthéticienne, manucure, sophrologue...)” (2020).

## 1.2 Le plan cancer et l'aspect législatif

Selon l'art. 35 du Code de déontologie médicale du 8 août 2004 sur l'information des patients : “Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers

auxquels elle doit être faite.” Le patient a des droits légitimes, dont l’information sur sa maladie et ce qu’elle implique. Le patient a le droit aussi de refuser les informations.

Selon Martine Ruzniewski et Carole Bouleux dans leur livre l'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale épreuve pour le malade, défi pour le médecin dans la Loi Kouchner du 4 mars 2002 (n° 2002-303) relative aux droits des malades, elles soulignent l’importance des points suivants : “l’accès à des soins de qualité, l’information du malade, son consentement aux soins et l’accès à son dossier médical, le respect de sa dignité, de sa vie privée et du secret médical, la protection contre les discriminations, la réparation du risque médical, l’accès aux soins palliatifs, la désignation d’une personne de confiance.” (2012)

Le Code de déontologie médicale et la loi Kouchner du 4 mars 2002 prône le droit des patients concernant l’information, les soignants doivent s’assurer que le patient comprend ce qui est dit. Ainsi que de tenir compte du patient lui-même, de ses souhaits et demandes légitimes. La consultation d’annonce favorise donc des soins à visée qualitative et l’information du patient sur sa pathologie.

Selon l’art 15 du Décret infirmier n°93-345 de mars 1983, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier : “Dans le cadre de son propre rôle, l’infirmière accomplit les actes ou les dispenses des soins visant notamment à assurer le confort du patient et comprenant, en tant que besoin, son éducation et celle de son entourage : “aide et soutien psychologique, relation d’aide thérapeutique.” L’infirmière a pour devoir d’assurer les commodités de la prise en soin du patient sous tous ses aspects. Pour cela, le dispositif d'annonce est créé lors du premier Plan cancer en 2003-2007. D’après le dispositif d’annonce (2009) “Il est mis en place à la demande des patients lors des Etats Généraux des malades atteints de cancer organisés par la Ligue Nationale Contre le Cancer. Le patient doit bénéficier d'une prise en charge de qualité au moment de l'annonce de sa maladie.” (p. 2). Ce dispositif représente:”un temps fort du parcours de soin” (Institut National du cancer, 2005). Les notions “d’empathie et d’humanité” sont évoquées, dont l’objectif est de mettre en place “une relation professionnel-patient favorisant l’implication future du patient dans ses soins.” (Institut National du cancer, 2005). “Le lieu et le moment de l’annonce ainsi que le savoir-être durant ce temps constituent des enjeux importants, décrits dans ce nouveau référentiel.” (Institut National du cancer, 2005)

Dix ans après, des améliorations ont été suscitées, de nouvelles ressources sont mises en place pour les professionnels afin de les aider dans leur activité.

### 1.3 Les outils d’aide et ressources à la consultation d’annonce

L'institut National du Cancer évoque un guide d'entretien permettant de repérer les obstacles que pourrait rencontrer le patient, trouver des solutions et de diriger le patient vers des personnes qui peuvent l'aider.

Le CHU de Rouen (s.d.) expose leurs documents d'aide : “plaquettes d'informations, cartes de visite de nos partenaires en soins de support, coordonnées téléphoniques de personnes compétentes, lieux et sources d'informations.” Ces documents représentent une ressource pour le patient, avec des données fiables et précises. Il peut également avoir une visite des locaux par le patient et ses accompagnants.

Le patient lui aussi garde une trace de cet entretien. Pour l'équipe soignante un document est conservé, dans le dossier patient. Pour but de tracer cet entretien, planifier des soins personnalisés et adaptés.

“Les informations peuvent être données à l'oral et par écrit.” (Hôpital Européen George-Pompidou, s.d.)

Tout comme le dit ProInfosCancer cette consultation “Il donne lieu à la rédaction d'une fiche de liaison reprenant le contenu du temps d'accompagnement, fiche qui sera intégrée dans le dossier patient.” (2023).

Comme l'évoque le livre: “Les annonces en cancérologie”, l'infirmière de consultation d'annonce est en lien avec les médecins de ville pour la gestion des transports et le passage du patient en ALD (affection de longue durée). C'est le médecin de ville qui suit le patient, des fois depuis plusieurs années. Il peut alors lui aussi devenir une ressource.

Le réseau espace santé cancer dit que l'infirmière de consultation d'annonce ce doit aussi d'évoquer la présence de différents professionnels de santé qui pourraient être amenés à rencontrer le patient. Comme l'assistante sociale, la psychologue, nutritionniste, associations ... L'institut National du cancer appelle cela des soins de support, faisant référence à la même chose.

## 2. Les réactions émotionnelles chez le patient suite à l'annonce d'une maladie cancéreuse

### 2.1 Notions de réaction humaine et d'émotion

Le dictionnaire Larousse définit la notion de réaction comme “Tout comportement directement suscité par un événement extérieur au système nerveux, appelé stimulus.” (Le Petit Larousse illustré, 2017, p. 972). Dans ce cas l'événement extérieur est l'annonce du diagnostic de cancer. Déclenchant une réaction humaine appelée stimulus, se traduisant par un comportement, ici on parlera d'une émotion.

Edith Goldbeter - Merinfeld dans son livre: "La question des émotions", décrit qu'un état émotionnel est comme un sentiment fort, marqué par un bouleversement physique et mental, traduisant une réponse cohérente face aux faits.

Le dictionnaire Le Robert complète cette définition en ajoutant que les émotions sont diverses. Comme exemple il donne la pâleur, l'accélération du pouls ... Le dictionnaire Larousse ajoute que cela est un état passager qui peut être dû à des émotions dites positives ou négatives.

Le mot sentiment est mis en lien avec les émotions déclenchées par incident selon En Beauce par néomédia.

Les émotions sont nombreuses, le dictionnaire Larousse parle de "Trouble subit, agitation passagère causés par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie, etc." (Le Petit Larousse illustré, 2017, p. 427)

De même que chaque réaction est propre à chacun, de par le caractère, le tempérament de la personne

...

- "Tous les patients n'ont pas le même parcours de santé, les mêmes antécédents familiaux, la même spiritualité;
- Tous les patients n'ont pas le même cadre de vie familial, le même cadre de vie professionnel, la même religion, la même personnalité;
- Tous les patients n'ont pas la même histoire, le même passé;
- sans oublier que le sexe, l'âge, le niveau culturel sont autant de facteurs discriminants d'un individu à l'autre." (Bouché & Ulrich, 2011, pp. 9-10 )

Également, ces réactions varient en fonction du type de cancer, sa représentation, pour exemple, le cancer du sein qui atteint la féminité de la femme ou la prostate qui engendre une sexualité compromise chez l'homme. Les réactions émotionnelles sont diverses d'un patient à un autre. L'adaptation du soignant face aux différentes réactions est un savoir être qui se travaille d'année en année.

## 2.2 Représentation du cancer dans la société

La campagne d'information en cancérologie a débuté en 1990 et le début des années 2000. La population a alors un accès plus visible et crée sa propre image du cancer. Des études commencent à paraître et les campagnes de dépistage par la suite. Le dépistage permet aux Français de détecter et de se soigner rapidement. La prévention secondaire participe énormément à cela. Pour se faire, la société a tendance à inciter le dépistage en diffusant des messages importants parfois choc pour faire réagir la population.

Dans les mœurs, le cancer était considéré comme nuisible, par crainte d'être à son tour touché. Il est considéré comme quelque chose de "censé arriver qu'aux autres". L'image du cancer dans la société restent toujours ancré et inchangé au fil des années

Le cancer est synonyme de "mort annoncée, déchéance physique, altération de la personnalité, amputation-ablation, isolement-solitude-précarité, douleur insupportable, maladie incurable, détresse morale" (Bouché & Ulrich, 2011, p. 5). Il provoque "un choc, une rupture, une cassure, une déchirure, un basculement, un effondrement"(Bouché & Ulrich, 2011, p.5). "Le cancer, c'est l'impensable, l'inimaginable, l'incompréhension, l'irréel, l'inattendu, l'inexplicable, la stupeur, la descente aux enfers". (Bouché & Ulrich, 2011, p.5) Ce sont les mots ressortis d'un groupe de parole sur l'imaginaire du cancer.

Il est considéré comme un "mythe" dans l'esprit de la société. Le sentiment ressenti est souvent la peur. De plus, les reportages spécialisés en cancer montrent un taux de vues très élevé, et en augmentation depuis une dizaine d'années. Le mot cancer fait plus peur à la société que pour les malades.

Selon Olivier Bouché et Bernard Ulrich, l'image du cancer doit être dédramatisée et relativisée. "D'abord parce que la maladie continue de faire peur, malgré toutes les campagnes d'informations et de sensibilisation, malgré le projet affiché des uns et des autres de changer le regard sur le cancer, de changer de discours, de changer de statut, même du malade, le considérant comme acteur engagé dans les soins, et partenaire averti de l'équipe qui le prend en charge."(Bensoussan & Dudoit, 2008, p. 14).

Pour conclure face à cette représentation " il n'est pas surprenant qu'un mode de défense s'installe contre cette crainte du cancer." (Bensoussan & Dudoit, 2008, p. 14) Considérer comme une "protection sociale et individuelle." (Bensoussan & Dudoit, 2008, p. 14).

### 2.3 Les différentes réactions émotionnelles que sont l'angoisse, la peur et l'agressivité dans le contexte de l'annonce

Nous l'avons vu, les réactions émotionnelles sont diverses et nombreuses. Nous allons étudier les plus fréquentes face auxquelles peut être confrontée l'infirmière de consultation d'annonce. C'est-à-dire l'angoisse, la peur et l'agressivité.

Face à ce bouleversement de vie les différentes réactions sont les suivantes : "Sentiment d'injustice, Stupeur Panique, Confusion mentale, Incrédulité, Blocage de la pensée, Perte du sentiment d'invulnérabilité, Perspective de la mort, Abattement Mutisme, Perte de l'estime et confiance en soi,

Angoisse Terreur Désarroi, Incertitude Dépression, Révolte, Culpabilité Ressentiment et Dénis de la réalité” (Bouché & Ulrich, 2011, p. 8) . Près 70 réactions ont été répertoriées suite à la déclaration d’une information choc. Le plus régulièrement c’est: “le silence, le déni, le désarroi, la culpabilité, l’acceptation, la résignation, la dépression, le marchandage, l’irritation avec colère - agressivité - révolte.” (Bouché & Ulrich, 2011, p. 21). Ce sont principalement des réactions émotionnelles dites négatives. L’annonce fait référence à un “traumatisme psychique”

Pour le patient, l’annonce d’un cancer est synonyme: “de la perte de ses fonctions corporelles, son autonomie, parfois de sa mobilité, de son rôle social, et beaucoup de ce qui constituait son sentiment d’identité. Ainsi la maladie crée du désordre dans la pensée, dans son vécu corporel, dans ce que l’on connaissait de soi. La vie psychique est bien malmenée!” (Bensoussan & Dudoit, 2008, p. 61)

La pathologie est souvent perçue comme une perturbation dans le quotidien. Cette annonce traumatisante peut faire l’objet d’une extériorisation ou non des émotions du patient.

Lors de la consultation d’annonce, nous nous trouvons dans la première étape,, le choc initial selon “Les étapes d’appropriation de la maladie de E.Kübler-Ross (1984)” (*voir annexe*)

“Face à ce traumatisme de l’annonce, des mécanismes de défenses se mettent donc en place” (Bouché & Ulrich, 2011, p. 22) “Ces mécanismes de défenses sont automatiques, inconscients ; ils ont une fonction adaptative face à une réalité trop douloureuse à supporter.” (Bouché & Ulrich, 2011, p. 23). Cette consultation est souvent source d’anxiété pour le patient. Le malade avant la consultation d’annonce est dans l’ignorance ou la confusion. Il ne connaît pas les résultats de l’examen, ni le pronostic. Il ne peut pas non plus connaître les répercussions que cela aura sur son quotidien car il ne l’a pas encore vécu. Il ne sait pas s’il va avoir mal, souffrir. La grande angoisse sur les effets secondaires des traitements est également présente avec les questions les plus récurrentes (alopécie, nausées, vomissements, douleur ...)

L’angoisse est un diagnostic médical, qui se rattache à la peur, autrement dit c’est l’expression de la peur. Pour J.-B. Pontalis, la peur peut représenter un chaos pour le patient. De même que J.-B. Pontalis, Rue du Colibri dit même que la peur est sensiblement mortelle. “Quand l’annonce tombe, la peur et l’incompréhension nous submergent. La peur d’une maladie qui peut être mortelle, la peur des traitements, la peur des conséquences de la maladie etc. L’incompréhension, car on n’a pas senti le cancer progresser en soi. « Comment puis-je être malade du cancer alors que je n’ai rien senti ? »” (Rue du Colibri, 2021). Cette peur peut alors se traduire par de l’agressivité mais selon Ginger S (psychologue), elle est l’expression de la conquête de l’environnement du patient, elle ne doit pas être confondue avec de la violence. On parle alors de l’agressivité défensive répondant à l’appréhension et à la consternation.

“La protection agressive : le malade se montre hostile, opposant, dans la revendication agressive en rendant l’entourage responsable de son malheur. Le sujet devient capable d’intégrer la réalité mais cette perspective reste insupportable et se manifeste par une agressivité qui traduit l’angoisse et souvent la question “pourquoi-moi?”. La colère n’est pas dirigée vers nous mais vers ce que nous représentons (santé, dynamisme...)” (Bouché & Ulrich, 2011, p. 23)

Pour Olivier Bouché, Bernard Ulrich et Ginger S cette agressivité est donc défensive et ne doit pas être prise pour nous. C’est l’expression du patient lui-même.

Toutes ces réactions sont dues au choc de l’annonce car même si la plupart des patients s’attendent à avoir un annonce dramatique, c’est l’effet de “surprise complète” de 36% qui est le plus fréquent. De même, il est dit que le malade voit souvent la consultation infirmière d’annonce comme une évaluation de la gravité de son diagnostic.

Pour repérer et identifier les émotions du patient, il faut aussi s’intéresser à son non-verbal. “Par exemple : se gratter l’oreille est synonyme qu’on ne veut pas écouter ce qu’on nous dit. Se tordre les mains est signe d’un besoin d’être rassuré. Fermer les yeux, se pincer le nez réfère à une besoin de réflexion, de conflit interne. Bras croisé représente un refus de communication . L’agitation, la nervosité est signe de compromettre la confiance. Balancement d’avant en arrière traduit qu’il n’a plus envie d’être ici” (Bouché & Ulrich, 2011, pp. 96-97)

C’est pourquoi la connaissance des réactions émotionnelles du patient chez le soignant, permet de mieux préparer les consultations d’annonce. Il faut savoir bien réagir et respecter les émotions envoyées par le patient.

Selon Olivier Bouché et Bernard Ulrich, le malade emploie souvent le “Je suis...” plutôt que ‘J’ai...’. En employant le “Je suis ...” cela signifie que le malade s’identifie comme la maladie et non pas comme atteint de la maladie. En faisant ça, le patient perd son identité, ce qui renforce son mal être face à la maladie.

### 3. Guider le patient vers une dynamique de soin par la posture soignante

#### 3.1 L’accompagnement et le prendre soin dans la posture soignante

Selon le cours de l’UE 4.7 S5 : Définition et Philosophie des soins palliatifs, Démarche palliative Organisation et offre de soins dispensés par Stéphanie Mahouin infirmière, le prendre soin c’est “Agir collectivement autour d’un contrat de soin inscrit dans un projet de soins. Savoir être

individuellement et collectivement.” Elle dit également que le patient malade à une histoire de vie, notre intérêt de lui prodiguer des soins à visés qualitatif, confortable et adapté, s’inscrit dans nos valeurs soignantes.

Tout ça dans le but de contribuer à son bien-être d’après Walter Hesbeen. Il évoque aussi l’autonomie du patient, dont l’objectif est de rendre le patient acteur de sa prise en charge, qui s’inscrit dans son projet de soin personnalisé. Le prendre soin selon Viviane Furtwängler (2009) dans son livre “Prendre soin de l’autre”, le prendre soin “consiste à s’occuper de la vie” (p. 135). Elle voit le soin d’une façon différente, pour elle c’est s’occuper de l’autre lorsqu’il ne peut plus s’occuper de ses besoins fondamentaux. Le prendre soin est une prise en charge qui s’applique autour des: “soins du corps, mais aussi avec les soins de l’âme et même les soins de l’esprit.” (p. 135) Elle fait donc référence à l’accompagnement du malade.

Le cours sur les soins palliatifs évoque également la notion d’accompagnement en lien avec la bienveillance, pour cela il est nécessaire de trouver une juste distance entre le soignant et le patient.

“Soigner, c’est être là, tenter d’apporter du confort et/ou du réconfort aux personnes qui souffrent et remplir une fonction, celle de soignant.” Une fois de plus ce cours fait appel à notre rôle et valeurs soignantes. Pour Patrick Verspieren « Accompagner quelqu’un ce n’est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, c’est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas. ». Il adhère plutôt dans une démarche de laisser faire, et de ne pas faire à sa place, c’est d’avancer avec le malade.

Comme évoqué dans le cours de l’UE 4.7 S5 l’accompagnement fait partie intégrante de la prise en soin du patient. C’est être présent, sans forcément parler. Admettre les doutes du malade et de ses proches. L’écoute, la disponibilité, l’authenticité, le respect du malade, c’est savoir l’intégrer dans une prise en soin, sa prise en soin.

“Accueillir l’Autre tel qu’il se définit lui-même. C’est le respect de l’Autre et de ses valeurs.”

D’après Martine C. bénévoles de l’Association jusqu’à la mort accompagner la vie (JALMALVJAMA’VIE), l’accompagnement représente beaucoup pour le patient. Son texte fait sens à nos valeurs (*voir annexe*). Martine C, aborde la notion du non verbal, autrement dit ce que l’on dégage, nos énergies, très importantes pour le patient, car c’est le guider vers une dynamique positive. Tout en sachant rester réaliste face à la réalité, néanmoins garder l’optimisme, trouver un équilibre est primordial.

Cette approche d’accompagnement qu’elle décrit, favorise la relation de confiance, nécessaire pour construire un projet de soin cohérent et personnalisé propre au malade.

Elle aussi fait référence à la “juste distance”, à ajuster en fonction des patients. Elle préconise tout de même de “se protéger des émois”, c’est-à-dire des émotions du patient, afin de rester un “pilier / une référence” pour le patient.

L'accompagnement et le prendre soin du patient sont des concepts à intégrer dans notre posture soignante. La posture soignante professionnelle est définie selon l'HAS (2012) comme «une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus » (p. 2)

Alphonse Doutriaux nous fait part de son point de vue dans la revue *Walter Santé*, pour lui la posture d'un infirmier fait appel à «une pratique empathique, attentive et respectueuse» (Walter Santé, 2023), où les différents patients sont en droit de recevoir des soins qualitatifs et individualisés.

La posture de l'infirmier va plus loin, elle représente des compétences «d'adaptabilité, d'analyse, de communication, d'écoute, de transmission, de négociation ou encore de prise de décision.» (Alchimie Associes, 2019)

On peut mettre en lien la posture soignante avec ce qu'a dit Martine C, bénévole de l'Association jusqu'à la mort accompagner la vie. Elle parle d'énergie positive de dynamique positive, qui se transmettent via la posture soignante.

La posture de l'infirmier représente donc un savoir être et un savoir faire, qui s'apprend et se perfectionne. Cette posture favorise l'adhésion du patient au soin et engage la relation soignant-soigné. «La confiance soignant patient favorise l'alliance thérapeutique et aide à se faire confiance, dans une dynamique de construction» (Bensoussan & Dudoit, 2008, p. 84)

### 3.2 L'accompagnement au cours de la consultation d'annonce

Selon le site *Pigier* un entretien «est une situation d'échange, de communication.» (s.d.) Le dictionnaire *Robert* le définit par une «Action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes ; sujet dont on s'entretient.» (Dico en ligne *Le Robert*, s.d.)

Dans un premier temps l'infirmier de consultation d'annonce devra prendre connaissance du dossier, selon réseau espace santé cancer. «L'IDE devra établir une relation de confiance, par un accueil personnalisé et chaleureux.» (p. 14) Lors de la consultation, elle commence par se présenter et expliquer son rôle.

Après l'accueil, l'infirmière de consultation d'annonce écoute le patient, fait le point sur ce qu'il a compris, et fait un point sur ses éventuelles difficultés. Encourager le patient à évaluer son savoir sur la maladie, voir où il se situe face à la pathologie, repérer des mécanismes de défense. Faire un point sur ses ressources/aidants, sur ses éventuels projets de vie. L'aider à exprimer ses émotions, le rassurer. Répondre à ses interrogations sur la prise en charge. Lui présenter l'équipe.

Bien sûr, cet entretien se termine par une synthèse et les documents sont remis au patient.

“Selon le protocole de communication en six étapes proposé par Robert Buckman :

- 1 - Préliminaire et préparation de l’entretien (environnement, lieu, participants)
- 2 - Que sait déjà le patient ?
- 3 - Que veut savoir le patient ?
- 4 - Communication de l’information (objectifs, point de vu du patient, pédagogie, contrôle de la compréhension, préoccupation)
- 5 - Réponses au sentiment du patient (identification et légitimation de la réaction du patient)
- 6 - Propositions de suivi (passer un contrat, préparer le suivi, préparation de l’avenir)” (cité par Bouché & Ulrich, 2011, p. 279).

Lors de la consultation le soignant doit adopter un certain comportement pour permettre au malade de s'exprimer et de se sentir compris.

Lors de la consultation, “le silence correspond à :

- un temps d'incubation et de réflexion : l’information fait son chemin, prend forme...
- un temps de repos ;
- un temps d’échange : on ne cesse pas de communiquer lorsqu’on se tait ...

Certains silences sont chargés d’émotions, d’autres révélateurs, d’autres encore sont stratégiques...” (Bouché & Ulrich, 2011, p. 83). Le but recherché est “apaisant du discours, de la perception de l’état psychique du patient, en un mot, son écoute active et attentive.” (Bouché & Ulrich, 2011, p. 100) “Un silence chargé de compréhension et de tendresse vaut parfois tous les discours !” (Bouché & Ulrich, 2011, p. 100)

L’écoute active, en lien avec l’empathie. Il est recommandé de ne pas se précipiter, laisser place aux silences, aux reformulations, répondre aux questions. Attention à ne pas se contredire avec son non verbale. Se faire comprendre est primordial. L’adaptation en fonction des patients.

“ - Laisser parler - ne pas interrompre - se laisser interrompre

- Inviter l’autre à s’exprimer - être accueillant
- Montrer ce que l’on veut écouter - être patient
- Accorder le temps nécessaire - être disponible

- Poser des questions - répéter - reformuler - être présent
- Être attentif à l'autre (communication verbale et non verbal)
- S'adapter à l'autre (flexibilité comportementale!)” (Bouché & Ulrich, 2011, p. 99)

La parcimonie doit être utilisée, dans le but de ne pas surcharger le patient avec trop d'informations, aller à l'essentiel.

Lors de la consultation d'annonce, il faut savoir que les mots doivent être employés avec prudence, on parle du pouvoir des mots. “Les mots peuvent manipuler, influencer, mais aussi terrifier, voire empoisonner émotionnellement une personne, en l'occurrence le patient. On peut parler de maltraitance des mots.” (Bouché & Ulrich, 2011, p. 87) Ils doivent être accompagnés par un soutien de la part du soignant. Il faut être vigilant à ne pas employer la négation, le dramatisme, la banalisation excessive, l'expression impersonnelle, l'expression d'affrontement (ex : vous avez tort), la dévalorisation, la fausse confiance (ex: croyez moi), le doute, l'infantilisation, la familiarité, ou encore le désespoir. Responsabiliser au plus le patient, bannir les mots à connotation négative (mourir, danger, subir). Surtout, le mot cancer doit être dit !

La reformulation est très importante lors de la consultation d'annonce, elle permet de reprendre certains mots, certaines idées, certaines phrases, vérification de sa compréhension. “Grâce à la reformulation, on ne coupe pas, comme avec une question, on accompagne et on stimule la pensée du patient.” (Bouché & Ulrich, 2011, p.100) Amener comme une suggestion dans l'attente d'un accommodement ou d'une correction. Montrer un intérêt, une recherche à comprendre le point de vue du malade, confirmation menant à un sentiment de confiance. Elle est également utile pour anticiper les quiproquos et équilibrer le dialogue.

En lien avec la notion d'approbation à intégrer (ex : hochement de tête) qui encourage le patient dans son discours.

### 3.3 La posture soignante, le prendre soin et la communication face à l'annonce de la maladie

Comme évoqué dans la partie d'avant : “L'art de communiquer” est essentiel dans ce moment d'annonce, elle représente le “savoir faire et le savoir être” du soignant selon Olivier Bouché et Bernard Ulrich. Le soignant doit être prêt à écouter le malade qui a besoin de connaître, d'avoir des informations ou à contrario, un patient dont le souhait est de ne rien savoir ou de revenir plus tard. C'est-à-dire avoir la capacité d'évaluer ce que le patient veut ou non savoir. Adapter son discours est primordial pour la relation soignant-soigné. Jauger les émotions de chaque patient lors de la

consultation post annonce permet au soignant d'aménager la consultation d'annonce. De ces faits les réactions émotionnelles varient d'un patient à un autre. L'adaptation du soignant face aux différentes réactions est un savoir être qui se travaille d'année en année. La perception qu'à le patient du soignant reflètent "les qualités de l'annonceur", l'image de l'équipe soignante est importante pour le patient. En tant que soignant, il faut accepter ces réactions et prendre du recul.

Nous pouvons nous référer au schéma de SHANON -WIENER (cybernéticien) dont l'émetteur est le soignant et le récepteur le patient. (*voir annexe*)

"Communiquer c'est dire quelque chose à quelqu'un d'autre"(Bouché & Ulrich, 2011, p. 79), par les mots donc la communication verbale. Mais aussi la communication non verbale s'exprimant par notre expression corporelle, faisant référence au "non dit". La communication non verbale est plus dure à contrôler. En plus de la communication non verbale, on trouve aussi la communication paraverbale, c'est-à-dire notre rythme, intonation, timbre de voix et le volume de celle-ci. "La communication non verbale ne doit pas contredire la communication verbale. Le "non verbale" l'emporte toujours sur le "verbale" dans une communication interpersonnelle d'adhésion ou de révélation." (Bouché & Ulrich, 2011, p. 80)

La voix et la prononciation sont les premiers outils de communication. Le patient est sensible au changement de ton, ou au soupir pendant la consultation d'annonce. La voix véhicule notre énergie. Le patient réagit psychologiquement à notre ton. Il faut favoriser la voix pleine, chaude et timbrée. Elle représente 38 % de la communication.

Il en est de même pour le premier contact qui se fait par le regard. "On dit souvent que le regard est la flamme du cœur; la trame, le miroir de l'âme. Le regard ne sait pas trahir les émotions intérieures, les sentiments. Il ne sait pas tricher. Il livre les pensées !" (Bouché & Ulrich, 2011, p. 92) Le regard ajusté favorise la confiance et de tolérance, il est "franc, empathique, bienveillant, généreux..." et pas de "l'hésitation, la fuite, la froideur..." (Bouché & Ulrich, 2011, p. 93). Regarder dans les yeux marqueur de politesse, d'intérêts.

Le sourire est le "geste clé de l'accueil" "Le sourire soulage le stress et l'anxiété, encourage et rassure, construit une relation de confiance, humanise l'entretien, dédramatise une situation." (Bouché & Ulrich, 2011, p. 93) On dit même: "qu'un sourire appelle un sourire". Lors de la consultation il est conseillé d'alterner: "air sérieux et air souriant".

Il faut aussi prendre en compte la gestuelle : "elle exprime le dynamisme, la force, l'implication dans l'échange, le sentiment profond." (Bouché & Ulrich, 2011, p. 83) C'est la plus importante dans la communication soit 55%. La gestuelle exprime "la disponibilité, l'écoute participante"(Bouché & Ulrich, 2011, p. 83). Se montrer disponible car cela reflète la confiance. Le langage corporel reflète

l'image de soi c'est "attitude engageante, une gestuelle dynamique pour inspirer confiance, capter l'attention, affirmer sa personnalité et en fin de compte entraîner l'adhésion." (Bouché & Ulrich, 2011, p. 95) Le mieux est d'adopter une posture de souplesse : "Se tenir droit - épaule en arrière, pas de main à la hanche (prétention!). Ne pas se tenir sur une hanche (désinvolture!). Une démarche assurée impose l'attention et rassure. Éviter d'être figé, sinistre/sombre. Ne pas hésiter à se mettre à hauteur du patient" (Bouché & Ulrich, 2011, p. 95)

Dans une seconde partie notre verbale " La parole, le verbe : qui comprend le sens des mots, les informations, les propositions, les questions, les suggestions, les reformulations..." (Bouché & Ulrich, 2011, p. 83) ne représente que 5% de la communication. Il doit transmettre de l'empathie : "On entend par empathie une disposition personnelle à une qualité d'écoute et de communication la plus authentique. Faire preuve d'empathie:" c'est être capable d'entrer dans la logique de l'autre", en adaptant une attitude questionnante. C'est: "chercher à comprendre avec" l'autre". C'est refuser d'influencer (attitude "projective") et de juger (attitude "réactive") les propos d'un interlocuteur." (Bouché & Ulrich, 2011, p. 85) C'est s'assimiler à quelqu'un, sentir ses émotions, distinguer son idée et son attitude. Comportement emphatique c'est s'intéresser, comprendre et axer sur le malade.

Le psychologue américain Carl Roger dit que le soignant doit identifier "toute la personnalité de son patient" (cité par Bouché & Ulrich, 2011, p. 85). La notion de respect est mise en lien avec l'empathie.

Selon Olivier Bouché et Bernard Ulrich il existe 2 types de soignants :

- Le soignant "cure", c'est-à-dire traiter, soigner, considérer comme scientifique, technique, il paraît rigoureux, organisé, ponctuel, il va droit au but. Il est perçus comme distant, froid, insensible
- Le soignant "care" c'est-à-dire dans le prendre soin, considérer comme humain, intuitif, il dégage quelque chose de chaleureux, sensible, à l'écoute. Il est perçu comme quelqu'un qui arrive en retard.

Pour un prendre soin et un bon accompagnement il est préconisé de trouver un "équilibre" entre les deux types de soignants.

Toutes ces notions s'inscrivent dans notre rôle de soignant, afin de rassurer dans le but de réparer, sensibiliser le patient face à l'aspect de la maladie qui ne signifie pas la fin.

Martine Ruszniewski donne 4 repères essentiels pour la consultation d'annonce :

- "Accepter les mécanismes de défenses du malade
- Etre à l'écoute

- Relation d'aide
- Entourage du malade" (cité par Bouché & Ulrich, 2011, p. 279 et 280)

Pour conclure cette partie nous pouvons dire que tous ces concepts mènent au début de la relation soignant-soigné.

### 3<sup>ème</sup> partie : L'exploration empirique

#### 1. Présentation du choix et de la méthodologie de l'enquête

##### 1.1 L'échantillon choisi

Dans le cadre de mon mémoire, j'ai choisi d'interroger deux infirmières travaillant en structure hospitalière. Une dans un service de neurochirurgie et l'autre en service de pneumologie oncologie. Elles ont toutes les deux été formées et ont une expérience en consultation d'annonce. Le but est d'avoir d'autres notions théoriques et leurs pratiques sur le terrain. Leurs deux services proposent un suivi oncologique. Dans le service de neurochirurgie, est faite la consultation d'annonce et le suivi oncologique mais les traitements et les consultations de radiothérapie sont faits dans un centre spécialisé. Le service de pneumologie fait la consultation d'annonce et les chimiothérapies à la journée dans son service.

##### 1.2 La méthodologie du guide d'entretien

Les enquêtes sont à visées qualitatives, j'ai réalisé un guide d'entretien semi-directif avec 14 questions ouvertes. Avec le consentement des infirmières je les ai enregistrés à l'aide d'un téléphone. Le but est d'avoir une écoute active envers le professionnel. Les entretiens auront une temporalité de vingt à trente minutes.

Les deux professionnels choisis sont en lien direct avec mon sujet de recherche : la consultation d'annonce. J'ai appelé les services de soins pour demander le contact de la personne chargée des consultations d'annonce. J'ai ensuite pris contact avec elles, et convenu d'une date.

Les objectifs sont de caractériser le poste d'infirmière de consultation d'annonce en cancérologie. Comprendre le déroulé d'une consultation d'annonce. Repérer, identifier les différentes émotions du patient. Identifier le rôle et la posture d'une infirmière en consultation d'annonce, face aux réactions émotionnelles du patient.

La première partie s'intéresse au profil des infirmières. Les objectifs sont de connaître le profil et le parcours des infirmières et connaître leurs points de vue sur la consultation d'annonce en cancérologie et les valeurs qu'elles mettent en lien.

La deuxième partie est centrée sur le dispositif de la consultation d'annonce. Dans le but d'identifier les spécificités de l'établissement dans lequel exerce l'infirmière et de repérer les aménagements et les outils qu'elles utilisent.

La troisième partie prête attention aux réactions émotionnelles des patients, les objectifs sont d'identifier les émotions auxquelles elles sont confrontées pendant les consultations d'annonce. Repérer comment elles les identifient. Questionner sur la posture infirmière face à l'angoisse des patients.

La dernière partie concerne sur comment guider le patient vers une dynamique de soin par la posture soignante ainsi que la communication. Les objectifs sont de comprendre comment les concepts d'accompagnement et de prendre soin sont mobilisés lors de la consultation d'annonce. Identifier comment instaurer une dynamique de soin pendant l'entretien.

Pour finaliser, une dernière question est posée, pour laisser la possibilité aux infirmières de rajouter des éléments à l'entretien. (*Le guide d'entretien est en annexe.*)

## 2. Analyse des entretiens

### 2.1 Présentation de la méthode d'analyse

Pour ma méthodologie d'analyse des entretiens, après leurs retranscriptions, j'ai décidé de les présenter sous forme de tableau. Le but est de reprendre question par question, infirmière par infirmière, pour ensuite comparer les points communs et les différences dans leurs procédés et pratiques en termes de consultation d'annonce. Ensuite, une analyse commune des entretiens sera faite. (*Les retranscriptions des entretiens et le tableau d'analyse sont en annexe.*)

### 2.2 Analyse des entretiens

Dans le cadre de mon mémoire j'ai réalisé deux entretiens avec deux infirmières formées en consultation d'annonce. L'infirmière 1, est passionnée d'oncologie depuis le début de ses études, elle a commencé par 7 ans de réanimation où l'accompagnement des familles était très présent. Par la suite, elle a fait 5 ans de recherche clinique oncologique où il y avait de l'annonce réussite ou échec de traitement. Elle a eu l'envie de revenir dans un service de soin "classique". Le service de soin où elle exerce lui a proposé un poste de coordination qu'elle a accepté. Ses motivations sont la richesse du soin relationnel, le bénéfice qu'elle apporte au patient, être le lien médecin patient et représenter un soutien.

L'infirmière 1 a des années d'expériences en plus que l'infirmière 2, qui est formée depuis 8 mois.

L'infirmière 2 est formée à ce poste car il fait partie du roulement de son service. Elle porte un grand

intérêt à l'oncologie et aimerait devenir IPA en oncologie par la suite.

Pour elles, l'accompagnement et le prendre soin représentent de l'écoute et de la réassurance. L'infirmière 2 ajoute la bienveillance, l'empathie et le soutien. L'infirmière 1, elle, ajoute l'information. Les deux infirmières n'ont pas donné de valeurs communes à la consultation d'annonce, mais se complètent. L'infirmière 1 parle d'humilité, et introduit la notion de respect et de dignité du patient. L'infirmière 2 parle d'écoute, d'empathie, de bienveillance, de réassurance, et de soutien. Elle évoque aussi l'accueil du patient qui doit être chaleureux, c'est le moment d'instaurer un lien de confiance, moment très important pour le patient. Elle dit que c'est "la base de la relation avec le patient."

L'infirmière 1 présente la consultation d'annonce en plusieurs étapes. La première où il y a supposition d'une maladie, la deuxième où il y a confirmation du diagnostic. Elle intervient à la troisième après la confirmation du diagnostic par le médecin. Pour elle c'est un temps d'échange, d'écoute, de compréhension des angoisses, de répondre aux questions, vérifier la compréhension du patient sur les traitements et la maladie, et surtout reformuler ce qu'a dit le médecin. L'infirmière 2 considère cette consultation comme un moment privilégié avec le patient, où la réexplication et l'information sont importantes. Les deux infirmières bénéficient d'un lieu dédié à la consultation d'annonce. Dans le service de l'infirmière 2 ils ont aménagé le bureau de telle sorte à ce qu'il soit accueillant, en y mettant une table ronde, des fauteuils, des plantes.

Pour ce qui est du contenu de la consultation d'annonce, les deux infirmières commencent la consultation en proposant une collation au patient. L'infirmière 2 dit que la présentation de soi et des locaux est très importante. Ensuite, elles leur demandent de reformuler les mots du médecin et ce qu'il a compris. Elles analysent ensuite l'état d'esprit du patient. Puis, elles lui expliquent et lui présentent les protocoles. L'infirmière 1 dit qu'elle leur demande si ils ont des questions et elle veut qu'ils repartent avec l'envie de se battre. L'infirmière 2, elle, demande le poids et la taille du patient pour la prescription des chimiothérapies. Elle dit qu'elle transmet aux patients : "On est toujours là, qu'ils peuvent nous solliciter à la moindre question. Je crois que c'est à peu près les grandes lignes."

A noter que chaque consultation d'annonce est différente "Elle est propre à chacun des patients et chacune des infirmières, parce qu'on a pas la même façon de procéder."

Pour les soins de supports les deux infirmières évoquent le PPS, plan de soin personnalisé, qui leur est utile pour la mise en place du parcours oncologique. Elles donnent toutes deux un cahier de liaison aux patients reprenant les informations sur la maladie, les traitements, les soins de supports avec leur contacts et les associations.

Dans le service de l'infirmière 2, les patients bénéficient d'un calendrier avec leurs dates de chimiothérapie et leurs rendez-vous. Il y a la présence d'une assistante sociale, d'une psychologue, d'une socio esthéticienne et d'une nutritionniste. Le service présente également une maquette du PAC (chambre implantable) aux patients, ainsi que le casque réfrigéré. L'infirmière 1 dit qu'il "arrive

toutes les difficultés de vie, et pas que la maladie”, le lien avec l’assistante sociale et la psychologue est très important, car la maladie est longue, elle la compare à un “début de marathon”, “on peut s’essouffler, être fatigué et d’avoir besoin d’être accompagné.”

Les deux infirmières évoquent la prise en charge ALD. L’infirmière 2 parle du PPS, des ordonnances, de la traçabilité elle dit “il faut avoir toutes les informations qu’il nous faut et en fonction on agit.” Là, le lien entre l’hôpital et la ville pour le suivi patient est primordial. La prise en charge de la famille est aussi essentielle que ce soit au niveau du positionnement, de la stabilité, ou de l’équilibre. “Il y a plein de choses à adapter et à définir pour chaque patient.” Il ne faut pas être pessimiste.

Pour identifier les émotions des patients, les deux infirmières disent que le non verbale est très présent et représentatif. L’infirmière 1 cite 3 états : sidération, colère et l’effondrement. Ce sont les états qui, selon elle, sont les plus courants. Elle parle du faciès, qui est triste et fermé. L’infirmière 2 décrit elle aussi plusieurs états : pas de réaction, les patients sont au clair de leur situation, donc l’expression est plutôt neutre, ou les patients sont stressés, angoissés et logorrhéiques. Elle remarque une évolution du comportement du patient entre le début et la fin de la consultation, l’angoisse est toujours là, mais maintenant ils savent à quoi s’attendre.

Pour pallier à l’angoisse des patients, les deux infirmières parlent de réassurance, d’écoute active, de la prise en compte du patient, ce qu’il peut entendre et de sa qualité de vie. Par exemple, si le patient a des problèmes de sommeil, il faut voir avec lui si il a des somnifères et si non voir avec le médecin s’il peut lui en prescrire. Elles leur conseillent des activités calmes leur permettant de se mobiliser en douceur et de prendre soin d’eux.

Informé le patient est essentiel car “Mieux on est informé, moins on est angoissé” dit l’infirmière 1. “L’angoisse du patient, c’est surtout écouter, ce qu’il a peur qu’on lui dise. Ne pas y aller si il n’est pas capable de l’entendre.” Il faut comprendre pourquoi il y a une angoisse et en fonction d’elle adapter le niveau d’information nécessaire. De plus, il y a souvent une différence entre l’imagination du patient et la réalité du terrain. Le but est de soulager l’angoisse. La famille peut aider à cela, car ils sont considérés dans la plupart des cas comme un soutien.

Sur la question de différence entre les pronostics et les réactions émotionnelles des patients, l’infirmière 2 dit que c’est souvent compliqué quand le diagnostic est soudain ou chez les patients jeunes. Beaucoup l’acceptent, c’est compliqué ils ont “l’impression que le monde s’écroule, ils s’y attendaient pas”. A noter, aussi que, dans le sens inverse, il arrive parfois aussi que des patients ont de bons pronostics mais ne pensent pas s’en sortir pour autant. L’infirmière 1 prend en charge que les patients qui sont atteints de tumeurs de haut grade avec souvent la même histologie. Elle dit ne pas avoir de “baromètre” pour répondre à cette question.

Sur l’évolution de leur pratique, les deux infirmières citent l’expérience comme le moyen principal dans l’évolution. L’infirmière 2, ne voit pas une grande évolution depuis qu’elle est infirmière en

consultation d'annonce, seulement maintenant elle se rend compte de toute l'organisation du parcours oncologique. L'infirmière 1 trouve une évolution mais depuis le début de son exercice. Maintenant, elle connaît le parcours oncologique comme l'infirmière 2. Elle connaît les prestataires du parcours oncologique. Elles sont plus à l'aise avec les patients, à prendre de la distance, mieux connaître les protocoles et être plus à l'aise avec leurs changements et l'apparition des nouveaux. L'infirmière 2 ajoute ne plus avoir besoin de support de suivi sous forme de check list comme au début. Également la relation de confiance avec les médecins, qui s'installe avec le temps. Avec leurs expériences, elles peuvent conseiller les patients.

L'infirmière 1 parle de la juste distance en disant être plus à l'aise face aux réactions émotionnelles du patient, et de ne pas se sentir désarmée face à certaines réactions.

L'infirmière 1 notifie que : “On s'est que suivant comment on annonce la maladie et suivant comment on projette le parcours soin, influence le bien être du patient dans son traitement. Donc pour moi ce qui est important c'est qu'ils partent avec l'envie et le courage d'aller faire les traitements.” Son but est de donner une bonne dynamique à la prise en charge, pour que le patient aille de l'avant.

### 2.3 Les limites de l'analyse

Cependant lors de mon entretien avec l'infirmière 1 j'ai été surprise car elle a dit que tous les cancers ne bénéficient pas d'une consultation d'annonce. Dans son service, il s'occupe que des cas les plus graves. Un moment, suite à une question posée, l'infirmière 1 me dit “Je sais pas si ça répond à ta question ?”. Je lui ai répondu que oui. J'ai également rencontré quelques difficultés au moment de l'entretien avec l'infirmière 1. Il y a eu des bruits de couloir pendant l'entretien, ainsi que le téléphone qui a sonné à une reprise. L'infirmière a coupé le téléphone mais cela l'a coupé dans son explication. L'infirmière 1 évoque quatre temps dans la consultation d'annonce, or elle n'en a cité que trois. Il manque le quatrième temps.

Les phrases de relances ont été utilisées plusieurs fois pour préciser les questions, dans les deux entretiens. Elles ont été très utiles et nécessaires.

## 4<sup>ème</sup> partie : Discussion

### 1. Synthèse de l'analyse

Les deux entretiens ont été très riches et m'ont permis d'approfondir le sujet du prendre soin, de l'accompagnement, ainsi que de la consultation d'annonce et des réactions émotionnelles des patients. Avoir l'expérience de professionnels sur le terrain reprend et complète mes recherches pour le cadre théorique.

Les résultats de l'analyse descriptive nous montre que les deux infirmières ont une vision commune de la consultation d'annonce. Elles nous prouvent que pour faire partie de ce dispositif il faut avant tout être passionné par son métier et notamment par l'oncologie. Ces deux professionnelles ont acquis un savoir faire et un savoir être au fil de leur pratique. La présence de l'équipe pluriprofessionnelle est mentionnée, là aussi dans le but d'avoir une prise en charge spécifique et adaptée à chaque patient. L'intérêt commun qu'elles portent pour s'assurer du bien-être du patient est fortement apparent, les valeurs qu'elles ont évoquées le prouvent. Elles décrivent toutes deux un déroulé type d'une consultation d'annonce similaire, avec quelques spécificités du à la différence de spécialité et d'organisation de leur établissement. Toutes deux notifient le droit à l'information pour les patients. Elles présentent plusieurs émotions auxquelles elles sont confrontées au quotidien mais pour ces deux infirmières la prise en compte de l'angoisse chez le patient, ainsi que sa prise en soin est fondamentale. Elles notent bien qu'il faut comprendre d'où vient cette angoisse pour pouvoir la soulager. Elles abordent toutes les deux la présence de l'entourage auprès du patient, qui dans la plupart des cas est perçue comme une aide de leur part.

Enfin, il est important de préciser que chaque consultation d'annonce en cancérologie est différente.

## 2. Confrontation du cadre théorique et de l'analyse des entretiens

Si nous faisons un lien entre le cadre théorique et les résultats de l'analyse exploratoire, nous pouvons dire que la plupart des notions étudiées dans le cadre théorique correspondent avec les paroles des infirmières. Leurs représentations sur la consultation d'annonce reprennent l'information, la reformulation, l'échange, l'écoute, la vérification de la compréhension et évaluation de l'angoisse. Le cadre théorique est plus large en ajoutant l'identification des problèmes. Pour les notions du prendre soin et de l'accompagnement les infirmières ne les ont pas vraiment définies mais elles les ont misent en lien avec des valeurs infirmières telles que le respect, la bienveillance, le soutien, la réassurance ... Le cadre théorique met en avant un contrat de soin pour le patient et le projet de soin. Les infirmières ont parlé du PPS qui leur permet de construire le projet de soin du patient. Le but commun entre les deux parties est de rendre le patient acteur de sa prise en soin. Sur la notion d'accompagnement dans le cadre théorique, le cours sur les soins palliatifs parle de la juste distance entre le soignant et le patient. Les deux infirmières ne l'ont pas vraiment évoqué, sauf l'infirmière 1 qui a dit être plus à l'aise face aux réactions émotionnelles du patient, ne pas se sentir désarmée.

Sur leurs représentations je ne pense pas qu'on puisse comparer ce que pensent les infirmières avec le cadre théorique. Oui, elles font partie de la population mais elles connaissent la réalité du terrain. Elles notifient quand même que souvent les patients s'imaginent hospitalisés, perfusés, sans cheveux, mais dans la réalité ce n'est pas ça. Cela confirme la partie représentation du cancer dans la société du cadre théorique.

Sur le déroulé de la consultation d'annonce évoqué dans le cadre théorique, selon Robert Buckman, on peut dire que les deux infirmières respectent ce protocole. Elles s'assurent du confort du patient, elles partent de ce qu'a compris le patient, en fonction de ce que veut savoir le patient, elles l'informent. C'est un moment d'échange où elles répondent aux questions du patients et soulagent l'angoisse du patient. La dernière étape du protocole est la proposition de suivi, on peut donc dire, puisque c'est une proposition qu'on s'assure du consentement du patient. L'infirmière 1 a parlé du consentement et si le patient refuse il est important de s'assurer qu'il a eu toutes les informations.

A noter, qu'elles bénéficient toutes les deux d'un lieu dédié pour la consultation d'annonce. Les deux infirmières et le cadre théorique évoquent les supports de soin comme l'assistance sociale, la psychologue, des documents d'informations sur la maladie et les traitements, et surtout le cahier de liaison, présent dans le dossier du patient.

D'un point de vue sur les réactions émotionnelles du patient, dans mon cadre théorique j'ai sélectionné 4 émotions : l'anxiété, l'angoisse, la peur et l'agressivité. Les deux infirmières ont donné comme émotions : la sidération, la colère, l'effondrement et l'angoisse. Ces émotions se remarquent au verbal du patient mais surtout à son non verbal. Elles remarquent que généralement l'angoisse diminue au fil et à mesure de la consultation, l'angoisse ne disparaît pas mais elle est soulagée.

Sur la posture infirmière, les deux infirmières évoquent l'écoute, d'utiliser des mots simples, le soutien, l'enquête et la prise en compte de l'entourage... Alchimie Associes définit la posture de l'infirmier : "d'adaptabilité, d'analyse, de communication d'écoute, de transmission, de négociation ou encore de prise de décision." (Alchimie Associes, 2019). Dans le cadre théorique, il est aussi évoqué l'adaptabilité du soignant, la gestion des temps de silence, la voix, la prononciation, le sourire et la gestuelle en plus. L'infirmière 2 parle de l'accueil comme dans le cadre théorique qui est très important pour installer une relation de confiance.

Martine C évoque dans le cadre théorique l'énergie et la dynamique positive, qui se transmettent via la posture soignante. L'infirmière 1 a bien spécifié que pour elle, il est important que le patient doit repartir avec l'envie de se battre. Comme le dit le cadre théorique, véhiculer un message d'espoir et une dynamique positive favorise l'acceptation de la maladie.

Les deux infirmières précisent que toutes les consultations d'annonces sont différentes, en effet le cadre théorique dit que les patients sont tous différents. Ils n'ont pas la même histoire de vie, les mêmes antécédents, la même identité et le même type de cancer.

Pour conclure on peut donc dire, que il n'y a pas un grand écart entre la théorie et la pratique. Les écarts seraient peut être le manque de moyen car la consultation d'annonce est obligatoire pour tous

les patients atteints d'une maladie cancéreuse. Or, l'infirmière 1 a dit que dans son service c'est juste les cas les plus graves, de stade 4 qui bénéficie d'une consultation d'annonce.

### 3. Réflexion et positionnement

Je pense que les entretiens exploratoires m'ont permis de compléter la partie théorique de ce mémoire. Je m'attendais à avoir une plus grande différence entre mon cadre théorique et la réalité du terrain. J'ai pris conscience de l'importance de ce dispositif de consultation en cancérologie.

Au début de l'écriture de ce mémoire je n'imaginai pas que le prendre soin était aussi complexe. Le prendre soin, commence avant la consultation d'annonce, car préparer cette consultation c'est déjà prendre soin du patient. S'intéresser à son histoire de vie, ses antécédents, afin de pouvoir au mieux prévoir et organiser cet entretien. Le prendre soin c'est écouter, rassurer et se montrer empathique face au malade et son entourage. C'est savoir trouver les mots pour le guider vers son parcours de soin. Le prendre soin, c'est se montrer disponible, faire savoir au patient que l'équipe sera là, pour l'accompagner dans la maladie.

Avant d'écrire ce mémoire, j'avais déjà assisté à des consultations d'annonce, mais je n'avais pas vu toute la partie administrative et post annonce. Cela représente aussi un grand travail organisationnel, qui demande du temps et de l'investissement. Le rôle de coordinateur en consultation d'annonce est très important pour planifier la prise en charge du patient. Le réseau oncologie est tellement large, j'ai compris ces intérêts pour le patient. Notamment d'un point de vue de la coordination de sa prise en charge entre les différentes thérapeutiques et praticiens (onco radiologue, médecins oncologiste ...). Il y a aussi beaucoup d'entraide entre les différentes équipes des différents hôpitaux. Je n'avais pas remarqué à quel point le réseau oncologique était étendu et important. J'ai aussi appris que la relation avec le médecin et la confiance qu'il accorde à l'infirmière de consultation d'annonce, peut nettement influencer la prise en soin du patient et la fluidité de son parcours.

Il est important de créer une relation soignant soigné avec le patient pour la suite de sa prise en charge par l'équipe soignante. C'est-à-dire établir un lien de confiance solide et stable. Il faut que le patient sache que l'équipe est disponible et que leur objectif est de l'aider et l'accompagner face à sa maladie et les effets secondaires de ses traitements. Le but est que le patient puisse se sentir entouré et en sécurité.

En effectuant des recherches pour cet écrit, je ne m'attendais pas à ce qu'il y ait autant de réactions émotionnelles possible face à l'annonce d'une maladie cancéreuse. J'ai été surprise, même si certaines reviennent particulièrement. Notamment l'angoisse qui est l'émotion la plus remarquée par les soignants. La prise en charge de cette angoisse est complexe et dépendante à chaque patient. La source d'angoisse de chaque patient est souvent liée à l'annonce de la maladie cancéreuse et

l'appréhension des effets secondaires des traitements. Cependant chez certains patients cette angoisse était déjà présente avant, et l'annonce accentue cette angoisse. D'où le fait d'utiliser l'enquête pendant la consultation d'annonce, afin de prendre en charge cette angoisse et soulager le patient avant de s'engager dans son parcours oncologique. J'ai aussi appris que plus le patient sait à quoi s'attendre, moins il sera angoissé. L'information est le but principal de la consultation d'annonce. Il faut, cependant, adapter le seuil d'information au patient. Par exemple, ne pas délivrer plus d'informations que ce que le patient est capable d'entendre.

On peut donc dire qu'il y a eu une évolution de ma perception sur la consultation d'annonce. L'écriture de ce mémoire m'a également aidé dans mon exercice professionnel en tant qu'étudiante infirmière. Effectivement j'ai réalisé un stage en médecine oncologique pendant cet écrit. J'ai pu observer et prendre en charge des patients atteints d'une maladie cancéreuse. Je peux dire que j'ai prêté une attention particulière à leurs réactions émotionnelles, j'ai pu ajuster ma posture soignant face à elles. Également, de remarquer moi même, que l'angoisse est quasiment omniprésente chez les patients, sa prise en charge est complexe.

En tant que future professionnelle, je peux dire que grâce à ce mémoire mon envie de m'investir dans le domaine de l'oncologie se confirme et me tient vraiment à cœur. J'ai pu découvrir en faisant mon cadre théorique la richesse de la prise en charge infirmière autour des patients atteints d'une maladie cancéreuse. Accompagner ces patients dans leur parcours oncologie en tant qu'infirmière demande beaucoup de qualités. Cela fait appel sans cesse à nos valeurs infirmières, des valeurs auxquelles je tiens particulièrement.

#### 4. Le projet recherche

Arrivant à la fin de cet écrit, je me rends compte qu'une autre question plus précise me vient en tête. S'intéresser spécifiquement à l'angoisse du patient est primordial dans la prise en soin. D'autant plus que l'angoisse est un diagnostic médical, parfois complexe à déceler. L'angoisse est une émotion forte qui peut détériorer la prise en charge du patient. Cette émotion ressentie par beaucoup de patients au moment de l'annonce d'une maladie oncologique, me fait pencher sur la question de la prise en charge et d'accompagnement d'un patient angoissé face à l'annonce d'un cancer. Je pense que la prise en charge de cette émotion est complexe. Si le patient était déjà anxieux dû à ses problèmes de vie personnelle, la prise en charge ne serait pas la même, et plus délicate. L'évaluation de cette angoisse surtout si elle est forte est importante. On peut donc parler de la différence entre anxiété et angoisse. L'anxiété est considérée comme moins forte que l'angoisse mais chronique. L'angoisse est représentée comme un pic, c'est-à-dire aiguë. Le but est de permettre le confort du patient et une bonne adhésion de sa part au suivi et aux traitements. Surtout, comment construire une

relation soignant soigné face à un patient angoissé. Ma question de recherche pour ce projet à évoluer est serait la suivante :

**Dans quelle mesure le prendre soin et le soulagement d'un patient angoissé lors de l'annonce d'un cancer intervient dans la qualité de la relation soignant soigné ?**

## Conclusion

En conclusion de ce travail de recherche, je peux dire qu'il a été très enrichissant pour la fin de mes études. J'ai pu en apprendre davantage sur l'accompagnement, le prendre soin et les réactions émotionnelles des patients. Les situations de départ que j'ai vécues m'avaient laissées plusieurs interrogations, que j'avais exposé. Mes recherches spécifiques sur la consultation d'annonce, le prendre soin, l'accompagnement, la posture soignante et les réactions émotionnelles chez les patients, m'ont donné un premier aperçu et plusieurs éléments de réflexion et de réponse sur ma question de départ.

Les recherches sur les notions théoriques m'ont aidé à adapter ma posture soignante lors de mes stages en prenant en compte les éléments de gestuelles, auxquels je ne faisais pas forcément attention avant. De même, pour le timbre de ma voix et la gestion des temps de silence qui sont souvent appréciés par le patient dans ces moments de parole.

J'ai pu approfondir mes connaissances sur la consultation d'annonce, le prendre soin et l'accompagnement de patient porteur d'une maladie cancéreuse au moment de l'annonce. Cet accompagnement est authentique et distinct d'un patient à un autre. Chaque être est unique et ne réagit pas de la même manière.

Cependant suite à mes entretiens avec les professionnels de santé, je peux dire, que face à l'annonce d'un cancer, l'émotion la plus courante est l'angoisse. Face à l'inconnu et nos représentations sur cette maladie, elle fait peur. En discutant de cette thématique avec mon entourage, j'ai observé que les représentations et les idées reçues sur la pathologie qu'est le cancer sont bien présentes. Elles représentent une appréhension chez beaucoup de personnes. Certaines personnes deviennent même angoissées à l'idée d'en parler.

De plus, les entretiens réalisés m'ont permis de comprendre qu'être infirmière en consultation d'annonce demande un savoir-faire qui s'acquiert avec le temps. L'expérience est le meilleur moyen de progression et permet de se construire notre propre guide de travail.

Grâce à cet écrit j'ai retenu que la prise en compte des émotions du patient et l'accompagnement du patient sont essentielles, afin de créer une relation soignant soigné.

Cet écrit a aussi suscité une remise en question personnelle sur ma manière de communiquer avec des personnes angoissées. Grâce aux recherches effectuées pour cet écrit, j'ai pu comprendre que cette angoisse est un mécanisme de défense. Pour comprendre cette angoisse, communiquer dans de bonnes conditions est indispensable afin de favoriser l'apaisement et de comprendre sa source.

## Bibliographie

Alchimie Associés (2019, 25 octobre). *La posture professionnelle*.  
<https://www.alchimie-associes.com/post/la-posture-professionnelle>

Bensoussan, P. et Dudoit, E. (2008). *Les souffrances psychologiques des malades du cancer: comment les reconnaître, comment les traiter ?*. Springer.

Boucher, O. et Bernard, U. (2011). *Les annonces en oncologie: le médecin face au malade témoignages et repères méthodologiques*. Springer.

Brunet, V. (s. d.). La communication, de Shannon et Weaver à aujourd'hui.  
[https://laboragora.com/index.php/2017/05/27/communication\\_shannon\\_et\\_weaver/](https://laboragora.com/index.php/2017/05/27/communication_shannon_et_weaver/)

Cabinet de Cancérologie Cagnes-Sur-Mer Pôle Saint-Jean (s. d.). *Consultation d'annonce infirmière*.  
<https://cancerologie06.fr/consultation-dannonce-infirmiere/>

Cesari, E. (2018, 2 août). Pourquoi les "5 étapes du deuil" d'Elisabeth Kübler-Ross ne sont pas toujours pertinentes ?  
<https://artherapievirtus.org/art-f/index.php/2018/08/02/pourquoi-les-5-etapes-du-deuil-delisabeth-kubler-ross-ne-sont-pas-toujours-pertinentes/>

CHU Rouen Normandie (s. d.). *La consultation infirmière d'annonce*.  
<https://www.chu-rouen.fr/patients-public/prise-charge-cancer/le-dispositif-dannonce/consultation-infirmiere-dannonce/>

Art. 35 du Code de déontologie médicale du 8 août 2004 (R 4127-35)  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006680538/1995-09-08](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006680538/1995-09-08)

Art. 15 du Décret infirmier n°93-345 de mars 1983  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000178583>

Dessin d'urgence. (s. d.) *TFE Annonce cancer*  
<https://www.dessins-urgence.fr/produit/tfe-annonce-cancer/>

Doutriaux, A. (2024, 29 mars). Quel est le rôle de l'infirmier en oncologie dans la prise en charge du cancer ?. <https://walter-learning.com/blog/sante/infirmier/cancerologie/oncologie>

Doutriaux, A. (2024, 29 mars). La posture professionnelle de l'infirmier. <https://walter-learning.com/blog/sante/infirmier/bientraitance/posture-professionnelle-infirmiere>

Furtwängler, V. (2008). *InfoKara Prendre soin de l'autre* (Vol. 23). Médecine & Hygiène. <https://www.cairn.info/revue-infokara1-2008-4-page-135.htm>

Goldbeter Merinfeld, E. (2002). La question des émotions. Dans Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux (dir.), *Autour de l'émotion* (n°29, p.7-12) <https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2002-2-page-7.htm>

Haute Autorité de Santé. (2012). *Regards croisés sur la bientraitance Évaluation*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance\\_-\\_support\\_de\\_presentatio\\_n.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_support_de_presentatio_n.pdf)

Hôpital Européen Georges Pompidou. (s. d.) *La consultation d'annonce et le projet personnalisé de soins*. <https://cancer-hopitalpompidou.aphp.fr/votre-prise-en-charge/votre-parcours/la-consultation-dannonce-et-le-projet-personnalise-de-soins/>

Institut national du cancer. (s. d.) *Dictionnaire*. <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/C/cancer>

Institut national du cancer. (s. d.) *Dispositif d'annonce*. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce>

Institut national du cancer. (s. d.). *Guide méthodologique à destination des professionnels de santé pour l'utilisation des outils de repérage et d'évaluation des besoins en soins oncologiques de support*.

file:///C:/Users/Camille/Downloads/Guide%20m%C3%A9thodologique.pdf

Labor Agora. (s. d.) *La communication, de Shannon et Weaver à aujourd'hui*. [https://laboragora.com/index.php/2017/05/27/communication\\_shannon\\_et\\_weaver/](https://laboragora.com/index.php/2017/05/27/communication_shannon_et_weaver/)

Larousse. (2017). émotion. Dans dictionnaire *Larousse en ligne*. Consulté le 12 décembre 2023 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion/28829>

Larousse. (2017). réaction. Dans dictionnaire *Larousse en ligne*. Consulté le 12 décembre 2023 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9action/66794>

Ligue contre le cancer. Réseaux des malades et des proches . et Institut national du cancer (2009) *Le dispositif d'annonce Information destinée aux patients atteints de cancer*.  
[https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/dispositif-annonce-2009-10\\_0.pdf](https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/dispositif-annonce-2009-10_0.pdf)

Mahouin, S (2023) Définition et Philosophie des soins palliatifs, Démarche palliative Organisation et offre de soins [Présentation PowerPoint] IFSI CHU de Rennes :  
file:///C:/Users/Camille/Desktop/IFSI/Semestre%205/UE%204.7%20Soins%20palliatifs%20et%20de%20fin%20de%20vie/cours%20D%C3%A9marche%20palliative,%20offre%20de%20soin,%20r%C3%B4le%20et%20missions/1.%20DEMARCHE%20PALLIATIVE%20D%C3%A9finition%20et%20Organisation-1.pdf

Néomédia. (2018. 3 février). *Les réactions émotionnelles*.  
<https://www.enbeauce.com/actualites/chroniques/328963/les-reactions-emotionnelles>

Pigier. (s. d.). *Qu'est ce qu'un entretien ?*. <https://www.pigier.com/actualite/quest-ce-quun-entretien>

Pro Infos Cancer (s. d.). *Dispositif d'annonce*.  
<https://www.proinfoscancer.org/fr/page/dispositif-dannonce-0>

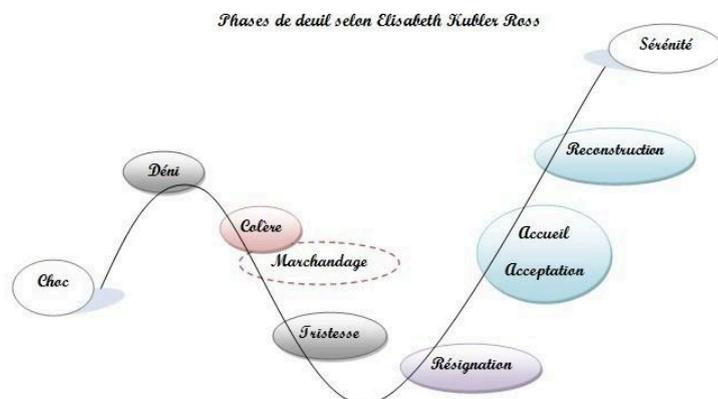
Le Robert. (s. d.). émotion. Dans *dictionnaire Le Robert Dico en ligne*. Consulté le 12 décembre 2023 sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/emotion>

Rue du Colibri (2021, 21 décembre). *La courbe du changement : les émotions face au cancer*.  
<https://rueducolibri.com/blog-courbe-du-changement/>

Ruszniewski, M. et Bouleux, C. (2012). L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale épreuve pour le malade, défi pour le médecin. Dans *Varia* (dir.), Leannec. (n°60, p.24-37)  
<https://www.cairn.info/revue-laennec-2012-2-page-24.htm#re1no1>

## Annexes

### Annexe I : Phases de deuil selon Elisabeth Kubler Ross



Annexe II : Texte sur l'accompagnement de Martine C, dans le livre de Boucher, O et Bernard, U "Les annonces en cancérologie: le médecin face au malade témoignages et repères méthodologiques"

D'après Martine C. bénévoles de l'Association jusqu'à la mort accompagner la vie (JALMALVJAMA'VIE), l'accompagnement représente beaucoup pour le patient. Son texte fait sens à nos valeurs : (Bouché & Ulrich, 2011, p. 103)

“Accompagner,  
C'est un sourire qui se dessine,  
Un visage qui s'illumine,  
Un regard qui nous accroche  
Des la première approche.

Accompagner,  
C'est rester humble et discret,  
Savoir garder sa neutralité,  
Offrir son temps, sa présence  
Pour que s'installe la confiance.

Accompagner,  
C'est savoir écouter et entendre

Sans bruit savoir attendre,  
C'est respecter leurs silences  
Laisser venir les confidences.

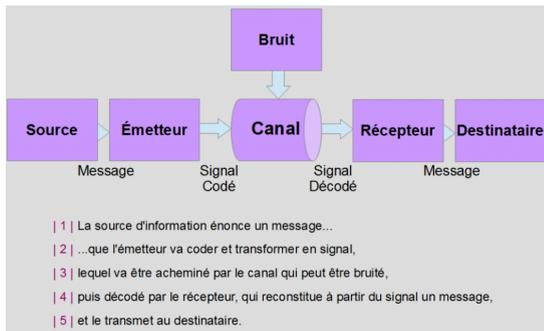
Accompagner,  
C'est savoir être disponible  
Sans tenter l'impossible  
Petit à petit cheminer  
Et savoir se préserver.

Accompagner,  
C'est à leur rythme, avancer  
Pas à pas et à leurs côtés,  
Trouver la juste distance  
Tout doucement avec patience.

Accompagner,  
C'est savoir donner et recevoir  
Ni entretenir ni briser l'espoir,  
Leur apporter de la douceur  
Parfois partager les pleurs.

Accompagner,  
C'est se protéger des émois  
En donnant le meilleur de soi,  
C'est avoir des moments privilégiés  
En toute humilité.”

Annexe III : Schéma de la communication selon Shannon et Weaver



## Annexe IV : Le guide d'entretien

- Présenter la démarche et le contexte de l'enquête : Je suis Camille Blin étudiante infirmière en troisième année. J'écris mon mémoire sur le prendre soin, la posture de l'infirmier et l'accompagnement des réactions émotionnelles du patient atteint d'une maladie cancéreuse, au cours de la consultation d'annonce.

Question de départ : En quoi le prendre soin et la posture soignante de l'infirmière permet l'accompagnement des réactions émotionnelles du patient lors de la consultation d'annonce en oncologie ?

- Les buts et les objectifs de la recherche à l'interviewé :
  - Caractériser le poste d'infirmière de consultation d'annonce en cancérologie.
  - Comprendre le déroulé d'une consultation d'annonce.
  - Repérer, identifier les différentes émotions du patient.
  - Identifier le rôle et la posture d'une infirmière en consultation d'annonce, face aux réactions émotionnelles du patient.
- Obtenir l'autorisation de la personne de l'enregistrer
- Garantir l'anonymat à l'interviewé

Méthodologie de l'entretien :

- Méthode : enquête qualitative
- Type : entretien semi-directif avec 14 questions ouvertes.
- Outils : enregistrement à l'aide d'un téléphone, avec l'accord du professionnel, prise de note.

Intérêt : Écoute active du professionnel.

- Temporalité : 20/30 min
- Lieu : salles dédiés
- Population : Deux infirmières de consultation d'annonce dans le bassin Rennais, de deux établissements différents.

Titre de la partie	Objectifs et questions
Profil de	<u>Objectifs</u> :

l'infirmière	<p>Connaître le profil et le parcours de l'infirmière.  Connaître son point de vue sur la consultation d'annonce en cancérologie et les valeurs qu'elle met en lien.</p> <p><u>Questions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pourquoi avez-vous choisi le poste d'infirmière en consultation d'annonce ? (<i>parcours, diplôme, année de diplôme, motivations, intérêts</i>)</li> <li>- Pour vous que représente la consultation d'annonce infirmière ? (<i>intérêts, points forts, bénéfice pour le patient</i>)</li> <li>- Quelles valeurs infirmières retrouvez-vous dans cette consultation d'annonce ?</li> </ul>
Le dispositif d'annonce	<p><u>Objectifs :</u>  Identifier les spécificités de l'établissement dans lesquels exerce l'infirmière.  Repérer les aménagements et les outils qu'elle utilise.</p> <p><u>Questions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bénéficiez-vous d'un lieu dédié à la consultation d'annonce, si oui lequel? (<i>endroit, salle ?</i>)</li> <li>- Quels sont les outils/ressources dont vous bénéficiez pour cet entretien ? (<i>fiches explicatives, dossier patient ?</i>)</li> </ul>
Les réactions émotionnelles du patient	<p><u>Objectifs :</u>  Identifier les émotions auxquelles elle est confronté pendant les consultations d'annonce.  Repérer comment elle les a identifiés.  Questionner sur la posture infirmière face à l'angoisse des patients.</p> <p><u>Questions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vos représentations sur le cancer ont-elles évolué depuis que vous êtes devenue infirmière en consultation d'annonce ? (<i>vision sur le cancer</i>)</li> <li>- Comment identifiez-vous les différentes émotions du patient lors de la consultation d'annonce ?</li> <li>- Quelle posture infirmière adoptée lorsque le patient est anxieux/angoissé ? (<i>verbal et non verbal</i>)</li> <li>- Remarquez-vous de façon globale une différence entre les pronostics et les réactions émotionnelles des patients ? (<i>un mauvais pronostic équivaut à une réaction plus forte ?</i>)</li> </ul>
Guider le patient vers un dynamique de soin par la	<p><u>Objectifs :</u>  Comprendre comment les concepts d'accompagnement et de prendre soin sont mobilisés lors de la consultation d'annonce.</p>

posture soignante et la communication	<p>Identifier comment instaurer une dynamique de soin pendant l'entretien.</p> <p><u>Questions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour vous qu'évoque l'accompagnement et le prendre soin dans ces situations ?</li> <li>- Pouvez-vous me donner les essentiels à savoir pour faire une consultation d'annonce adaptée ? (des conseils)</li> <li>- Que transmettre (administratif et dynamique de soin) pendant la consultation d'annonce ?</li> <li>- Avez-vous constaté un changement de votre première consultation d'annonce à aujourd'hui (savoir-faire, notion d'expérience) ? Si oui lesquels ?</li> </ul>
---------------------------------------	---

- Avez-vous quelque chose à ajouter ?

#### Annexe V : Entretien avec l'infirmière n°1 de coordination en neurochirurgie

- Ma première question, c'est pourquoi avez-vous choisi le poste d'infirmière en consultation d'annonce ?

- Déjà parce que je suis passionnée par l'oncologie. Quand j'étais en école d'infirmière j'ai fait 3 stages en unités d'oncologie et de soins palliatifs. J'ai fait mon mémoire de fin d'étude sur l'accompagnement du patient et de sa famille en soins palliatifs. Donc moi, ça fait 16 ans que je suis diplômée et quand je suis sortie de l'école, j'étais persuadée que j'aurais fait toute ma carrière en oncologie. Au début ça n'a pas été le cas, je suis partie infirmière en réanimation pendant 7 ans. Où il y a quand même de l'accompagnement de la famille et pas forcément du patient avec des pronostics qui sont graves et des accompagnements qui sont riches. Ensuite, j'ai fait 5 ans de recherche clinique. Tu es aussi dans de l'accompagnement du cancer, parce que la recherche clinique où je travaillais, c'était des patients atteints de cancers qui avaient déjà fait les premières lignes de traitements pour leur cancer, et qui étaient en échec thérapeutique. Donc ils venaient pour une consultation d'un essai clinique, on les faisait dans mon service. Dans ce service là, je faisais déjà de l'accompagnement de patients et de l'annonce de diagnostic. De l'annonce de réussite ou d'échec de traitement et de les accompagner dans tout ça. Ensuite, j'ai postulé en neurochirurgie parce que j'ai eu l'envie de revenir dans des secteurs de soins. J'ai vu en postulant ici, qu'il y avait aussi un poste d'infirmière de coordination, donc quand j'ai postulé ici je me suis dis un jour je ferai ça. Quand j'ai eu l'opportunité

avec un choix de poste qui s'est présenté, j'ai postulé. On était 4, moi clairement mes motivations pour ce poste c'est la richesse du soin relationnel envers le patient. Avec le poids de nos mots, le bénéfice que ça leur apporte de diminuer leur anxiété, d'améliorer leur sommeil, d'améliorer leur alimentation, de favoriser la discussion au sein de la famille, parce que parfois aborder le mot cancer, ou maladie, ou traitement c'est compliqué. Quand ce sont des jeunes adultes qui ne veulent pas en parler à leur conjoint ou leurs jeunes enfants. Enfin voilà, d'être le lien vraiment dans l'explication du médecin, la retranscription des informations et surtout leur apporter du soutien.

- D'accord. Ensuite ma deuxième question c'est, pour vous que représente la consultation d'annonce infirmière ? Avec les intérêts, points forts, et les bénéfices pour le patient.

- Alors, la consultation d'annonce pour moi, elle a 4 temps. La première consultation d'annonce c'est l'annonce ou on suppose qu'il y a une maladie, en tout cas c'est comme ça que ça fonctionne ici. Le patient rentre avec une découverte de lésion, le médecin le rencontre et il lui explique qu'on a trouvé quelque chose. Donc là, le premier temps infirmier, c'est d'aller les rencontrer, pour faire de la consultation, premier temps où on fait la consultation, où il y a supposition d'une maladie. Donc là, on fait reformuler le patient les éléments qu'il a entendu, ce qu'il a compris, et est ce qu'il a des questions. Ca c'est pour moi le premier temps. Le deuxième temps, c'est la consultation d'annonce avec confirmation du diagnostic. Là, on sait vraiment la nature de la lésion, ce qu'il faut qu'on fasse, donc on a des consultations faites par le médecin, il dit le nom de la maladie, si les traitements complémentaires sont nécessaires. Nous, le troisième temps, c'est le temps d'échange avec l'infirmière de consultation d'annonce et le patient. Là, notre rôle, c'est d'abord écouter leurs paroles, comprendre leurs angoisses et répondre à leurs questions. Répondre à leurs questions, c'est répondre à toutes leurs questions. Ce qu'ils ont compris de la nature de la maladie, ce qu'ils ont compris des traitements qui vont leur être proposés et toutes les craintes qu'ils peuvent avoir : Est ce qu'ils vont pouvoir retravailler ou pas ? Est ce qu'il faut le dire aux enfants ou pas, aux parents, à la famille ? Est ce que je vais vivre ou est ce que je ne vais pas vivre ? Est-ce que les traitements marchent ou est-ce que les traitements ne marchent pas ? Est ce que je peux reconduire ou pas reconduire ? Des questions sur le sommeil, sur la cicatrisation, sur l'alimentation ... Reprendre points par points, toutes les inquiétudes du patient, toutes ses questions. Nous, une fois qu'on a fait ça, notre rôle est aussi d'aller reformuler les informations médicales qui ont été délivrées par le médecin. Parce qu'une fois que la parole médicale a eu lieu, il est important aussi qu'on arrive à leur reformuler les choses, qu'ils ont vraiment une compréhension pleine de ce qui se passe.

- D'accord.

- Je ne sais pas si ça répond à ta question ?

- Oui, et ensuite, quelles valeurs infirmières retrouvez-vous dans cette consultation d'annonce ?

- Les valeurs infirmières, qu'est ce que tu entends par valeurs infirmières ?

- Valeurs, comme le respect, l'humanité ...

- Moi, je trouve que ce qu'il faut avoir en tête c'est qu'il faut rester en tant que soignant hyper humble, il faut avoir beaucoup d'humilité. On est pas parole d'évangile, on a des connaissances mais on a pas raison sur tout. Donc pour moi, déjà faut avoir l'humilité du soignant, il faut avoir l'humilité du patient. On doit aller à son rythme, donc il faut respecter sa demande. Si il ne demande pas les années de survie, c'est peut être pas nécessaire d'aller lui dire que son délai de survie est de 18 mois. Écouter sa parole, il y a des patients, une fois qu'ils ont le diagnostic, ils n'ont pas envie d'aller faire les traitements. Et malgré les croyances et les convictions du corps médical, si un patient n'en a pas envie, une fois qu'on a vérifié qu'il a pleinement compris la situation, respecter son choix. Donc pour moi, faut être humble, respecter la dignité du patient, être à l'écoute et ne pas délivrer plus d'informations que ce qui est demandé. Du coup, beaucoup de respect, mais ça, je pense que c'est dans notre profession en général et pas uniquement lié au poste d'annonce ou de coordination.

- Ok, ensuite, est-ce que vous bénéficiez d'un lieu dédié à la consultation d'annonce, si oui lequel ?

- Oui, la consultation d'annonce est faite par l'équipe médicale dans une bureau de consultation. Le patient est reçu avec son accompagnateur, l'information est délivrée. Une fois que le temps médical est terminé, nous, les infirmiers de coordination et d'annonce, on accueille le patient et sa famille, on vient ici dans notre bureau de coordination pour reprendre les choses. Donc, on a le bureau de consultation médical et le bureau de consultation avec l'infirmière de consultation d'annonce.

- D'accord, donc c'est deux lieux différents.

- Oui, c'est deux lieux différents et c'est des lieux identifiés et dédiés qu'à ça.

- D'accord, ensuite, quels sont les outils ou ressources dont vous bénéficiez pour cet entretien ? Par exemple une fiche explicative, ou dossier patient.

- Dans le dispositif annonce, je te disais tout à l'heure, on a un temps pour nous qui est l'annonce de suspicion de maladie, lorsque le patient rentre en hospitalisation à l'hôpital. Lorsqu'il rentre à l'hôpital on lui donne son PPS. PPS, c'est le plan de soin personnalisé du patient, pour nous c'est un support

qui contient toutes les données utiles pour le patient. Le numéro du secrétariat, le numéro du service de soin, notre numéro, les infirmiers de coordinations avec notre messagerie, notre mail, nos jours de présence, nos horaires de travail. Aussi, on donne les coordonnées de l'assistante sociale et de la psychologue, qui sont dans notre équipe de coordination. Ils ont le numéro direct de l'extérieur et pour lequel le patient ou la famille peuvent se reposer. Donc ça, c'est notre outil au temps de rencontre. Quand le patient est vu en consultation d'annonce par le médecin, nous on réalise notre entretien par la suite, on leur remet un document. Alors ce document là n'a pas de nom en tant que tel, nous on l'appelle le cahier de liaison, mais il peut s'appeler par d'autres noms. Ce cahier contient toutes les informations qui sont nécessaires pour la poursuite de leur parcours oncologique. On leur explique ce qu'est la radiothérapie, ce qu'est la chimiothérapie, concernant leur type de cancer, parce que ce n'est pas toujours la même chose. On adapte en fonction du diagnostic, on a aussi un onglet sur la fatigue, parce que les traitements oncologiques génèrent beaucoup de fatigue. On prend un grand temps d'échange sur ça, pour leur expliquer que pour nous elle est attendue, qu'elle est bénéfique, qu'il se passe ce qu'on veut. Donc pour nous c'est quelque chose de bien mais il est important qu'il s'y prépare parce que ça arrive un peu du jour au lendemain et c'est très fatiguant. Un onglet sur les informations sociales importantes, notamment la déclaration en cent pour cent, parce qu'une fois que le diagnostic est posé, l'ensemble de leur prise en charge est pris intégralement en charge. Donc, on se met en lien avec le cabinet médical pour faire la déclaration en cent pour cent ALD. On leur remet une fiche qui contient tous les liens et les plans unis cancer dédiés. C'est-à-dire, qu'on leur explique que d'aller chercher des infos sur internet, c'est pas forcément la bonne source d'information. Nous on leur a fait une fiche qui référence tous les documents officiels unis cancer, ils peuvent aller chercher des informations s'ils le souhaitent. Donc, on leur a fait un référencement médical, ou en tout cas pas forcément médical, mais un référencement des sources vérifiées. En dernier lieu, on leur remet une info d'une association patients qui s'appelle Oligosite, qui est une association de patients. Le président de l'association est un patient, il a monté cette association il y a des années, pour apporter de l'aide aux patients, à leurs aidants, ou aux soignants. On leur remet cette fiche avec leur numéro de téléphone, le mail pour qu'ils puissent prendre contact et avoir de l'aide s'ils le souhaitent. On a vraiment tout ce cahier de liaison qu'on leur présente, on reprend toutes les infos, et on leur remet ça, avec leur rendez-vous pour leur prise en charge oncologique dans les autres centres, en fonction de la où ils habitent.

- D'accord

- On fait le lien avec les équipes qui le prendront en charge après.

- Du coup maintenant j'aimerais savoir quelles sont vos représentations sur le cancer, et est ce qu'elles ont évolué depuis que vous êtes devenue infirmière en consultation d'annonce ?

- Alors mes représentations, n'ont pas évolué depuis que je suis infirmière en consultation d'annonce, mais elles ont évolué depuis mon début d'exercice. Elles ont évolué parce qu'au décours de mes années d'exercices. J'ai fait des formations, notamment au centre de cancérologie, une formation dispositif d'annonce. On rencontre des radiothérapeutes, des oncologues, les éducatrices de temps thérapeutique, qui sont au centre de cancérologie, tous les prestataires du parcours onco. J'ai évolué dans le sens où maintenant pour moi le cancer, c'est quelque chose contre lequel on va lutter, c'est une maladie qui parfois ne se guérit pas, mais ça ne nous empêche pas de vivre. Maintenant, c'est ancré en moi, le fait que quand je vois les patients en consultation d'annonce mon rôle est de leur donner l'énergie et le courage d'aller affronter les traitements qu'ils vont devoir réaliser. Pour moi, mon rôle est là, qu'ils aient bien compris, c'est le consentement éclairé, qu'ils aient entendu et compris ce qu'on leur dit, mais surtout qu'ils se chargent de courage et de force pour aller faire les traitements. De repartir avec de l'énergie et l'envie de se battre et pas de repartir avec beaucoup de chagrin et beaucoup de pessimisme. Parce qu'on sait que suivant comment on annonce la maladie et suivant comment on projette le parcours soin, cela influence le bien être du patient dans son traitement. Donc, pour moi ce qui est important, c'est qu'ils partent avec l'envie et le courage d'aller faire les traitements.

- D'accord, et comment identifiez-vous les différentes émotions du patient lors de la consultation d'annonce ?

- Alors, spécifiquement, sur l'annonce d'une tumeur, nous on est dans l'annonce d'une tumeur de grade IV, qui est la tumeur la plus agressive, avec le pronostic le plus péjoratif qu'il existe dans les tumeurs. En consultation d'annonce, on a vraiment 3 états, qu'on retrouve. La sidération, le patient se met en pause, ferme ses écouteurs parce qu'il a entendu la confirmation d'un cancer ou d'une tumeur et qu'il n'entend plus. La colère, parce que quand les patients nous demandent, qu'est ce qu'ils ont fait pour mériter ça ? On leur répond qu'on a pas la réponse, qu'ils ont rien fait de mal, qu'une tumeur, il y a pas de raison d'en faire une. C'est pas comme un fumeur qui a fumé, qui a un cancer du poumon parce qu'il a fumé. La, y'a pas de raison, pourquoi on fait une tumeur. Le chagrin, les gens qui s'effondrent et qui pleurent. C'est clairement les 3 états qu'on rencontre dans l'annonce. Soit on est sidéré, soit on est en colère, soit on est effondré. Et c'est des choses qui sont très facilement visibles, sur un patient. Nous on est en retrait lors de la consultation médicale. On est là pour entendre les mots prononcés par le médecin et observer le patient et sa famille. C'est très facile sur un visage de voir quelqu'un qui pleure, quelqu'un qui a contrario est très en colère, ou quelqu'un qui est complètement sidéré. Qui d'un coup a les épaules qui tombent, a les yeux dans la vague, et ne s'exprime plus. Voilà.

- Quelle posture infirmière adoptée lorsque le patient est anxieux/angoissé ?

- Je repense notamment à une rencontre que j'ai faite avec une patiente mardi. Elle vient de rentrer dans notre service, parce qu'on lui a découvert une lésion, elle venait d'être opérée. Donc, je l'ai vu dès le lendemain de son opération, elle avait déjà été opérée. Quand je suis rentrée pour me présenter, pour faire mon recueil d'informations, de savoir un peu où elle en était dans la maladie et d'être aux prémices de notre rencontre. D'emblée, quand elle m'a vu en blouse blanche elle m'a fait un "qu'est ce que vous allez me dire ?" La première chose que j'ai eu à lui dire c'est : "Moi j'ai rien à vous dire, surtout rien de grave. j'ai juste besoin qu'on se rencontre." Et le "rien de grave", "j'ai rien de grave à vous dire", "je veux juste qu'on discute et qu'on se rencontre." L'angoisse du patient, c'est surtout écouter, ce qu'il a peur qu'on lui dise. Ne pas y aller si il n'est pas capable de l'entendre. Surtout répondre à ses questions. Mieux on est informé, moins on est angoissé. Si l'angoisse est liée à quelque chose de spécifique, c'est déjà d'essayer de comprendre pourquoi. Très souvent c'est parce qu'il y a une représentation de quelque chose qui est très souvent pas forcément quelque chose qui est la réalité du terrain. Nos patients qui entendent parler de chimiothérapie, très souvent s'imaginent, maigre, à vomir, chauve, et hospitalisé avec des perfusions. C'est la représentation que tous les patients ont de la chimiothérapie. Donc, très souvent ils sont angoissés, parce qu'ils ont entendu ce mot- là. Donc, on leur demande "mais qu'est ce qui vous fait peur ? Qu'est ce qui vous angoisse ?" "Bah moi j'ai pas envie de perdre mes cheveux". Quand vous avez des jeunes femmes de 30 ans qui ont des cheveux jusqu'aux fesses, "j'ai pas envie de perdre mes cheveux." Donc nous, notre rôle, c'est de leur dire tout de suite, dans notre cas, la chimiothérapie de première intention, elle est par comprimés et elle ne fait pas perdre les cheveux. Déjà là, vous enlevez toute angoisse. "Je veux pas être à l'hôpital, on va pas me piquer, et je vais pas perdre mes cheveux." Donc, c'est juste comprendre l'angoisse et voir comment on peut la soulager.

- D'accord, et remarquez-vous de façon globale une différence entre les pronostics et les réactions émotionnelles du patient ? Par exemple, s'il y a un plus mauvais pronostic, est ce que les émotions du patient sont différentes que s'il y avait un meilleur pronostic ?

- Alors, la difficulté, nous les infirmiers de coordination, on a un temps partiel qui est alloué à ce travail là. Du coup, on a dû faire un arbre décisionnel des patients qu'on prendrait en charge. Et par conséquent, on ne prend en charge que les patients pour lesquels on suspecte une tumeur de haut grade. Donc, on ne prend en charge que des patients qui ont en définitif des anapath qui confirment des tumeurs de grade IV, qui est la plus péjorative du tableau des tumeurs. Donc, je peux pas vraiment graduer s'il y a une différence ou pas, parce qu'en annonce on est quasiment sûr à 99 % tout le temps sur la même histologie et la même pathologie. Donc là pour le coup j'ai pas de baromètre.

- Ça marche, pour vous qu'évoque l'accompagnement et le prendre soin dans ces situations ?

- Bah, le prendre soin, là on est dans du soin relationnel et pas dans du soin technique, je ne leur apporte aucun soin technique, c'est vraiment du soin relationnel. Moi, j'envisage ça avec beaucoup d'écoute active, beaucoup de réassurance et beaucoup d'informations. Globalement, ça représente ça pour moi.

- Pouvez-vous me donner les essentiels à savoir pour faire une consultation d'annonce adaptée ? Un peu comme des conseils.

- Le premier temps, c'est d'abord recueillir la parole du patient. Moi je commence toujours mes consultations après la consultation d'annonce par le médecin. Je leur propose de s'asseoir, je leur propose de boire un verre d'eau ou un jus d'orange. Est ce qu'ils veulent un temps ensemble avant qu'on se rencontre? Donc, déjà leur laisser le temps de décanter ce qu'ils viennent de recevoir. Soit ils veulent prendre quelque chose et le leur fournir, s'ils veulent un temps en couple ou en famille avant qu'on continue l'entretien, ils prennent le temps qu'il leur faut et ils me font signe quand ils sont prêts. Ensuite on démarre notre consultation. Je la démarre toujours en leur demandant de reformuler ce qu'ils ont entendu et compris de l'annonce médicale. Donc, là des fois, c'est le patient qui parle ou sa famille. Je m'adresse toujours au patient, en lui disant que je sais qu'on a du monde avec nous, je sais que sa femme et là, que ses enfants sont là, mais que moi mon travail, c'est le patient. Ils sont avec nous, ils m'entendent, donc ils entendent la même explication que celle que je lui fournis. Qu'une fois que j'ai fini le temps avec le patient, je poursuis le temps avec la famille, mais d'abord le patient. Donc je lui demande de me reformuler, ce qu'il a compris, ce qu'il a entendu, suivant ce qu'il me reformule, moi j'analyse. S'il a vraiment bien compris les paroles du médecin. Si il n'a pas formulé de façon à ce que j'ai l'impression qu'il est bien entendu les paroles médicales, je lui dit, "Je vais vous reformuler les mots qui ont été utilisés par le médecin." Parce que moi je ne peux que rebondir sur les mots utilisés par le corps médical. Si le corps médical annonce que la tumeur est agressive, grade IV, moi derrière je peux rebondir sur ces mots là et en les amenant d'une façon différente. Si pendant l'annonce, le médecin n'a pas dit que c'était un grade IV, je ne dirais pas, que c'était un grade IV. Si le médecin n'a pas nommé précisément le nom de la tumeur, je ne dirais pas le nom de la tumeur. Donc ça, c'est la première chose.

Puis ensuite, une fois que j'ai reformulé, ou que le patient m'a bien expliqué ce qu'il avait compris. Je lui présente ce fameux cahier de liaison pour lui expliquer le reste de son parcours oncologique, le fait qu'il va démarrer une autre étape et qu'on avance par étapes. Je lui explique son plan de soin. Avec des mots simples, avec des documents écrits. Je lui dis surtout qu'il n'a pas la charge mentale de tout retenir, parce que ça fait beaucoup trop. Parce que déjà lors de la consultation médicale, ils nous disent tous qu'ils viennent de se prendre un coup de massue sur la tête. Qu'ils n'ont pas la capacité d'emmagasiner tout d'un coup. On le sait, c'est prouvé scientifiquement qu'on ne retient pas

l'intégralité d'un entretien. C'est pour ça qu'il est important d'être accompagné, parce que quand je parle je sais que les membres de la famille retiennent beaucoup plus que le patient. Une fois que j'ai fini de donner ce cahier de liaison, je leur demande s'ils ont des questions et besoin de quelque chose. Je leur redis que là, on se rencontre, qu'on est pas du tout sur un clap de fin, qu'on est sur le démarrage d'un processus de prise en charge. Qu'il faut se laisser le temps d'absorber ce qu'ils viennent d'entendre. Que le parcours va se mettre en place très vite. Très souvent il rencontre les radiothérapeutes et les oncologues dans les sept à dix jours qui suivent. Et ils démarrent les rayons la semaine d'après. Donc, en fait,, dans un délai de quinze jours, ils sont déjà sous rayons et chimiothérapie. Donc, ça va quand même très vite. Et je veux qu'ils repartent avec l'envie de se battre.

- D'accord, et du coup c'est un peu ma question d'après.

- Dis-moi

- Que transmettre pendant la consultation d'annonce ? En parlant du côté administratif et du dynamisme du soin

- Oui, c'est parce que, aussi à un moment donné, quand on discute avec eux, arrive toutes les difficultés de la vie, et pas que de la maladie. C'est des gens qui se rendent compte qu'ils ne vont pas pouvoir aller reprendre leur activité professionnelle pendant plusieurs mois. Donc, ils sont inquiets pour savoir "mais oui mais comment je vais avoir mon salaire ? J'ai ma maison à payer, j'ai mes enfants, faut que je me nourrisse." Donc là, on les rassure, en les mettant en lien avec l'assistante sociale. La souffrance psychologique, parce que malgré tout on est quand même dans l'initiation d'une maladie qui va être longue. Quand on rentre dans la maladie cancer, on s'est bien que ça ne va pas disparaître en deux mois. Donc, c'est quand même un début de marathon. Où on peut s'essouffler, être fatigué, avoir besoin d'accompagnement. Donc on les met en lien avec la psychologue. Les rassurer en leur disant qu'il y a bien un lien entre l'hôpital et la ville. Ou on leur dit que c'est nous qui appelons le médecin traitant, pour leur dire la consultation d'annonce qui vient d'avoir lieu. Pour demander au médecin traitant de faire la demande de cent pour cent ALD. Le patient doit être déchargé de cette charge- là, de se dire "C'est bon elle s'en occupe, tout le reste de ma prise en charge va être prise intégralement par la sécurité sociale." L'organisation de la radiothérapie, on leur dit que la radiothérapie c'est tous les jours, pendant un grand nombre de semaines. On leur explique de prendre un taxi VSL qu'ils aiment bien, parce que clairement leurs chauffeurs ils vont les voir tous les jours, ils vont être plus souvent plus longtemps dans le véhicule qu'aux séances de rayons. Donc, avoir quelqu'un qu'ils apprécient. Les aidants, prendre le temps avec la famille, pour savoir comment eux, doivent se positionner, comment eux, doivent réagir, y'a des personnes qui veulent arrêter de

travailler, d'autres qui veulent continuer de travailler. Les aider un peu à stabiliser la vie de famille, la vie en dehors de l'hôpital, qu'une fois qu'ils sont chez eux, tout reste à peu près équilibré pour eux. On peut aussi rencontrer les enfants, s'ils ont besoin que ce soit nous, qui expliquions aux enfants ce qui a été dit avec d'autres mots, ou qu'on rencontre que les enfants, qui n'ont pas peur de blesser leurs parents, s'ils ont des questions. De faire des temps dédiés et la psychologue aussi. Donc, y'a plein, plein de choses qu'on peut adapter et définir pour eux. Moi, vraiment, ce que j'ai retenu de ma formation du dispositif d'annonce au centre de cancérologie, c'est qu'on est au début d'un parcours cancéro, on est au début d'une prise en charge. Où ils vont avoir pleins d'étapes, tant qu'on a pas initié le traitement, on ne peut pas présager de la réussite ou non des traitements, on ne peut pas. Donc, on ne va pas démarrer avec un discours pessimiste, même si on sait que cette maladie est grave, qu'elle nous rattrapera, qu'on ne peut pas la guérir, parce que c'est des faits, on ne peut pas la guérir. La maladie rattrape à un moment donné, sauf qu'on ne sait pas quand. Donc, ça ne sert à rien d'aller les programmer à cette consultation d'annonce dans le fait que, peut être un an. Alors que, techniquement, on ne sait pas quelle sera la tolérance aux traitements et quelle sera la réussite du traitement. Donc à cette phase là, c'est juste de leur donner la motivation pour démarrer. Il y aura bien le temps de l'évaluation au bout des IRM tous les trois mois, de dire si ça fonctionne ou pas. D'instaurer un discours en effet qui est fait par les radiothérapeutes et oncologues, qui est beaucoup plus pessimiste ou alarmant, en annonçant que les traitements ne marchent pas, mais ça c'est après. C'est pas au moment de l'annonce, au moment de l'annonce, c'est leur donner la niaque d'y aller.

- D'accord, du coup est ce que vous avez constaté un changement de votre première consultation d'annonce à aujourd'hui, en parlant de savoir-faire, ou de notion d'expérience ? Et si oui lequel ?

- Je pense que je suis plus à l'aise avec le fait de voir les patients pleurer, s'écrouler, crier, ou être mutique. De ne pas me sentir désarmée, peu importe la façon dont ils réagissent, ça j'ai appris. Ça s'apprend avec le temps d'exercice en fait je crois. On est plus à l'aise en tant qu'infirmière quand ça fait 10 ans qu'on le fait, que quand ça fait 10 mois. Donc, ça je pense que c'est juste le fait de vieillir dans l'exercice infirmier. D'être moins sensible. Pas sensible, parce que ça nous touche pareil, mais de réussir à prendre de la distance on va dire. Parce que moins sensible c'est pas le mot, ça nous touche pareil. Plus on avance dans le temps, plus on obtient des compétences sur le contenu. C'est à dire que moi plus j'ai fait de l'onco, plus j'approfondis le sujet de la radiothérapie, plus j'approfondi le sujet de la chimiothérapie, mieux je connais mes molécules, mieux je connais les effets secondaires, mieux je connais le réseau oncologique Bretagne. Donc, maintenant je connais bien les équipes aux alentours. Forcément, quand j'ai démarré le poste, il y a des équipes que je ne connaissais pas. Donc oui, plus j'exerce dans ce métier, plus j'en sais. J'ai envie de dire plus j'en sais sur l'organisation, et de la facilitation d'orientation et de la facilitation d'information. Savoir où trouver un relais dans les autres équipes, parce que j'ai appris à les connaître. Mais sur mon rôle propre, je pense que mon exercice de

réanimation et mon exercice de recherche clinique, ou déjà je faisais de l'annonce et du dispositif oncologique, ma fibre personnelle où j'étais déjà passionnée de soins palliatifs et d'oncologie rien qu'à l'école. On évolue tout le temps, mais je peux pas vraiment te répondre si je me suis vu une marge de progression conséquente sur ça. Là, à l'instant T, je ne sais pas répondre.

- D'accord, moi j'ai une dernière question, est ce que vous avez quelque chose à ajouter à cet entretien ?

- Accompagner les patients et la famille, je trouve que c'est le truc le plus riche dans la maladie. Que il faut être humble sur notre mission, humble dans ce qu'on sait et entourer notre travail de la plus grande bienveillance, surtout. Voilà.

- D'accord, merci beaucoup.

#### Annexe VI : Entretien avec l'infirmière n°2 de consultation d'annonce en pneumologie-oncologie

- Alors ma première question c'est pourquoi avez-vous choisi le poste d'infirmière de consultation d'annonce ?

- Alors, en fait, j'ai pas vraiment choisi, si tu veux. C'est que nous, c'est un parcours complet, il y a la pneumologie, les LISP, les soins palliatifs, et t'as aussi la chimiothérapie et avec tout ça, t'as en plus le poste de consultation d'annonce. Mais dans le service, si tu veux on est quasi toutes formées à ce poste là. Parce qu'en fait, le principe, c'est de tourner sur tous les postes. Après, moi j'aime beaucoup faire les consultations d'annonce, en plus j'ai un projet de faire IPA en oncologie, donc voilà. Et à la base je ne suis pas toute seule sur ce poste là.

- Et du coup vous êtes formé depuis combien de temps ?

- Ça fait quasiment 8 mois je pense.

- D'accord, pour vous que représente la consultation d'annonce infirmière ?

- La consultation d'annonce pour moi c'est un moment où tu es avec le patient, y'a pas de médecin. Alors soit tu as le patient avec sa famille, soit le patient vient tout seul, ou avec des amis, ça dépend. C'est le moment où tu vas prendre le temps avec le patient, pour lui réexpliquer. Déjà savoir ce qu'il a

compris de sa consultation médicale et ensuite lui expliquer. C'est là où tu vas lui expliquer tous les effets indésirables, tu vas lui expliquer son plan de soin personnalisé aussi. Moi ce que j'aime faire, c'est que je leur explique une journée type en chimio. Comme ça, ils ont le déroulé et ce qu'on fait. Comme les patients, en générale, leur pose de PAC se fait chez nous, je leur explique la pose de PAC en même temps. Ce que je fais toujours en début de consultation c'est de leur demander ce qu'ils ont compris, parce que ça c'est important. Parce qu'ils y'en a qui n'ont pas tout compris, donc voilà.

- Quelles valeurs infirmières retrouvez-vous dans cette consultation d'annonce ?

- Je dirai que tu as beaucoup d'écoute, de l'empathie, de la bienveillance avec les patients. De la réassurance aussi, parce que les patients quand ils arrivent, quand ils ont des pronostics qui ne sont pas forcément bons. Nous, on le sait, alors le patient en a plus ou moins conscience. Y en a qui sont très conscient d'autres plus ou moins. Pour ceux qui sont au clair sur la situation, c'est important d'être un soutien quand même pour eux. Là, c'est ce qui me vient en tête. L'accueil aussi, parce que les patients le disent aussi, l'accueil ça fait beaucoup. Le fait d'être chaleureux dans l'accueil, en fait ça te lance le début de la prise en charge, parce qu'après ils ont confiance dans le soin, je pense que ça joue aussi beaucoup.

- Bénéficiez-vous d'un lieu dédié à la consultation d'annonce, si oui lequel ?

- Alors, oui, nous, en fait, on a un bureau de consultation d'annonce, il est au niveau du sommeil au fond. Soit les patients arrivent, on les accompagne jusqu'au bureau, si ils arrivent au secrétariat des pneumologues c'est les secrétaires qui nous amènent les patients. Et tu vois, on a fait des travaux dans le bureau de consultation, parce qu'on l'a aménagé de tel sorte à ce que ça fasse pas vrai bureau. Il y a une table ronde, des fauteuils, et une plante. Que ce soit plus accueillant. Parce que le décor, l'environnement compte beaucoup aussi, donc on l'a aménagé.

- Quels sont les outils/ressources dont vous bénéficiez pour cet entretien ?

- C'est-à-dire ?

- Par exemple des fiches explicatives, ou le dossier patient.

- Ah oui, alors nous ce qu'on fait, déjà quand on doit préparer nos consultations d'annonce. Donc, on a le dossier patient qui est le même que le dossier chimio, donc celui-là, il faut le préparer. Dedans tu as le compte rendu de la réunion de concertation pluridisciplinaire avec les médecins. T'as aussi le courrier médical du pneumologue. Comme ça, tu sais, tu as toute l'histoire du patient, sa maladie, ses

traitements. C'est comme une macrocible enfaite. A la fin, il te précise, ça sera tel protocole, je fais ces ordonnances-là. Une fois que toi t'as ces ordonnances, tu fais, pour le patient, un plan de soins personnalisé un PPS. Donc nous, on fait le PPS nous même, alors normalement en amont le médecin est censé expliquer dans sa consultation médical les effets indésirables des traitements au patient avant nous. Parce que, en vrai, c'est pas à nous de le faire, nous on reprend simplement, ils ont pas toujours le temps de le faire. Mais nous on fait le PPS, tu mets le nom du protocole et tu leur marques leurs traitements et quand est ce qu'ils doivent les prendre. Tu dates bien, on leur dit que pour eux, la date c'est important, parce que ça leur permet de visualiser. Alors moi je leur dis souvent "Là, votre cure elle est prévue là, mais il suffit que votre prise de sang soit pas bonne et elle peut être décalée d'une semaine." Déjà au moins ils ont une base, ça les rassure.

- Oui c'est sous forme de calendrier ?

- Oui c'est ça, c'est sous forme de calendrier. Pour eux, ça leur permet de s'organiser, ils ont d'autres rendez-vous à côté, donc c'est important.

- C'est un calendrier à la semaine ?

- Non, en fait, t'as 8 semaines dessus, nous on prévoit, souvent ils ont une cure toutes les trois semaines, ou toutes les semaines. Donc si tu veux, tu leur marques pas tout, tu marques quelques cycles, pour les lancer. Après les patients ils connaissent leur protocole par cœur. Et puis comme on leur donne à chaque fois une convocation, ça leur rappelle. Après qu'est ce qu'on a d'autre?. On leur donne les fiches d'effets indésirables des traitements, pour chaque chimio. T'as une fiche avec les effets indésirables, ont leur explique pendant la consultation. Souvent le principal effet qu'ils redoutent, je pense que c'est la perte des cheveux et les nausées, vomissements. Après le reste, quand tu leur parles des résultats de prise de sang, ils comprennent pas forcément, donc c'est pas le truc sur lequel ils vont s'arrêter. Même si parfois, ça a plus d'importance. Après moi, j'aime bien leur donner des petites brochures ou dépliants qui expliquent ce que c'est la chimio, on leur donne aussi le dépliant de Proxi Ligue, ou de la lutte contre le cancer. Quand se sont des patients qui sont encore fumeurs actifs, on a aussi un petit dépliant de l'équipe ELSA. Comme ça on leur dit "si vous voulez qu'on appelle ELSA, pendant votre chimio on peut, parce qu'il n'est jamais trop tard pour arrêter, surtout quand on est en chimio." Après, au niveau des ressources, on a des personnes ressources aussi, on fait souvent appel à l'assistante sociale, parce que ce sont des gens qui parfois ont besoin au niveau des aides, y'en a qui sont encore en activité, qui ont une perte financière. Tu as la psychologue, qui joue beaucoup aussi. Y' a la socio esthéticienne, qui n'est pas là tous les jours, mais elle va les voir, c'est important aussi pour eux. Tu as la nutritionniste, qui passe tous les jours, qui passe pour surveiller leur poids, l'alimentation. Est-ce que j'ai oublié quelqu'un ? Et, est-ce que j'ai oublié

quelque chose ? Si, on leur laisse un classeur patient, ils ont un classeur patient, ou justement tu leur laisse dedans leur plan de soin, nous on fait une photocopie, on le laisse dans le nôtre. Donc ils ont leur plan de soin, les dépliant que tu leur donnes, ils ont les effets indésirables des traitements et ils ont ce qu'on appelle un carnet de route. Donc dedans, ça reprend un peu ce qu'est la chimio, mais plus axée, propre à l'oncologie d'ici. Tu as aussi tous les numéros qu'ils peuvent joindre ici, si ils ont un problème, l'infirmière du service, l'infirmière de pneumo, ils ont tout ce qu'il faut. Dedans ils peuvent aussi marquer, ils peuvent faire un peu un suivi de leur cycle, dans ce cas là ils peuvent écrire, tels dates j'ai eu tels effets indésirables. Je leur dis, en générale, c'est pas un effet indésirable si vous le supportez ou si les traitements permettent de l'arrêter, y' a pas besoin d'appeler, après si c'est vraiment un truc important vous appeler. Sinon vous le dites juste au médecin, vous le signalez à la prochaine cure si vous arrivez à le gérer.

- D'accord

- Je pense que j'ai fait à peu près le tour. Pour la pose de PAC ce qui est bien c'est que nous on a une petite maquette où tu as le PAC et souvent on le montre au patient, c'est pareille c'est plus visuel pour eux. Donc c'est bien, ça les rassure, Comme t'as certaines chimio qui provoquent des pertes de cheveux. Nous, en consultation, on a un casque alors il est pas réfrigéré mais au moins on leur montre à quoi ça ressemble. Ça leur permet d'avoir une idée, parce qu'ils ne sont pas obligés de le mettre, c'est eux qui décident, au moins ils ont une idée.

- Vos représentations sur le cancer ont-elles évolué depuis que vous êtes devenue infirmière en consultation d'annonce ?

- J'avais déjà fait mon stage pré pro en hémato-onco, au fur à mesure des stages tu rencontres toujours des patients onco, là aussi on en a dans le service. Je dirais qu'au niveau des représentations non, moi ce qui a évolué c'est au niveau de la prise en charge. Parce que quand on les prend en charge dans un service comme ça, en fait, on ne se rend pas compte de tout ce qui est derrière, ce que ça implique. Donc j'avoue que quand tu es en consultation d'annonce tu te rends vraiment compte de ce que va vivre le patient, de l'organisation que cela demande, de leur expliquer toutes les ordonnances. Parce que les patients ne comprennent pas forcément, ce qui est normal, c'est étranger pour eux. Tu leur expliques tout ça. Mais pas forcément au niveau de la représentation du cancer, je dirais que ça n'a pas changé, mis à part que nous en ce moment, depuis un certain temps, on a beaucoup plus de patients jeunes, mais sinon à part ça, non.

- D'accord, comment identifiez-vous les différentes émotions du patient lors de la consultation d'annonce ?

- Alors y'a des patients, ça dépend, ça peut être visuel, tu vas le voir, t'as des patients qui n'en ont rien à faire. Soit y'en a qui sont très au clair avec la situation, je dirais qu'ils sont assez neutres dans leurs émotions. Y en a d'autres qui vont pleurer, d'autres qui vont être très angoissés. Tu vas le voir de toute façon à leur non verbal, c'est comme ça. Y'en a qui te le disent dès le début, ils arrivent ils te disent : "Par contre moi je suis très stressé." Y en a qui parlent beaucoup, qui partent un peu dans tous les sens, donc t'es obligée de les recadrer parfois. Ca s'explique vraiment de différentes façons, mais je dirais, qu'en générale, c'est assez visuel. C'est plus du non verbal que du verbal. Ça fait partie des réactions, c'est normal. Je dirais ,qu'en général, c'est quelque chose que j'ai remarqué quand tu commences la consultation, au début ils sont très stressés, ils ont beaucoup de questions, vraiment ils sont dans l'inconnu, c'est l'angoisse totale pour eux. Au bout d'une heure, une heure et demie, quand t'as fini la consultation, tu vois déjà qu'il y a eu une évolution de leur part. Tu vois que y en a, ils sont apaisés, ils ont compris, rien qu'en fait leur expliquer, ça les rassure et pour eux c'est source de bénéfice. L'angoisse sera toujours là, mais déjà ils savent à quoi s'attendre, donc ça aide. Voilà.

- Quelle posture infirmière adoptée lorsque le patient est anxieux/angoissé ?

- Alors du coup, comme je te disais, tu as l'écoute, l'écoute active, c'est important, la réassurance, nous on voit avec eux, parce que t'as des patients qui sont déjà angoissés de base. Souvent tu demandes au patient "est ce que vous avez des traitements spécifiques à l'anxiété, à l'angoisse ?" Donc par rapport à la dépression. Y en a qui disent, "Oui, je suis déjà sous tels et tels traitements." Tu le notes et d'autres non. A ce moment-là, peut être voir avec le médecin, parce que y' en a qui vont dire "Moi je dors pas la nuit. J'ai mes cures de chimio, je suis fatigué ..." Donc toi tu peux à ce moment, à la consultation d'annonce, tu vois avec le médecin s'il peut pas prescrire un somnifère, ou un anxiolytique. Comme ça, ça peut aider le patient. Après, je dirais que ça c'est sur le moment même, nous on leur conseille aussi beaucoup d'activités en lien avec la ligue. La sophrologie, le yoga, y en a qui font beaucoup d'exercices comme ça. Puis l'entourage ça compte et le soutien, ça ils le disent à chaque fois. Tu leur demandes, tu leur dis: "Est ce que vous avez bien quelqu'un qui va vous soutenir pendant cette période ..." Y'en a qui vont te dire non mais ça leur pose pas problème, ils le vivent très bien. Y en a d'autres qui vont dirent "Oui, heureusement, j'ai ma fille, j'ai mon fils, j'ai mes enfants, j'ai mes parents." Voilà, ce qui est pratique c'est quand tu as l'entourage qui est là, parce que l'entourage pendant la consultation peut être aidant, parfois pas. Souvent ils sont quand même aidant, parce qu'il aide pour la personne, pas à relativiser, mais comme la personne sait que ça va être un soutien, du coup ça va apaiser la personne, donc ça, c'est bien.

- Remarquez-vous de façon globale une différence entre les pronostics et les réactions émotionnelles des patients ? Par exemple, un patient à qui on donne un mauvais pronostic, que le médecin qui l'a vu lui a donné un mauvais pronostic, la réaction émotionnelle est ce qu'elle va être plus forte ?

- Oui, c'est marrant, parce que tu as dans ce sens là, mais tu as aussi le sens inverse. Il y a pas longtemps j'ai fait une consultation d'annonce avec une patiente, le médecin lui avait dit qu'elle avait un très bon pronostic, qu'elle faisait partie des meilleures... Pour elle, comme elle faisait de la chimio, c'est qu'elle avait un mauvais pronostic, c'est qu'on lui cachait des choses. Tu vois, ça a double tranchant en fait. Oui, t'as des patients qui ont un mauvais pronostic de base, donc pendant la consultation d'annonce c'est très compliqué, y en a qui l'acceptent, beaucoup qui l'acceptent quand même. Forcément c'est un peu compliqué au niveau des émotions, ce qui est compréhensible. Pour eux comme ils disent, ils ont l'impression que t'as le monde qui s'écroule, ils ne s'y attendent pas. Souvent ce sont pour les gens qui ont eux un diagnostic assez rapidement et qui est arrivé soudainement aussi, alors qui n' avait rien qui laissait présager une tumeur, est ce qui avait une pathologie ou quoi que ce soit, qui n'avait même pas d'antécédents. Ou de par leur jeune âge. Ça pour eux c'est très compliqué. Je dirais que quand tu vois une différence comme ça dans les émotions par rapport au pronostic c'est deux catégories. Soit la personne sait qu'elle a un mauvais pronostic, donc là, forcément c'est assez compliqué. Ou alors, elle sait qu'elle a un bon pronostic mais quand même, elle va te dire que non, qu'elle va mourir, alors que ...

- Probablement pas

- Non voilà. On en est pas là, mais écoute, c'est comme ça.

- D'accord, pour vous qu'évoque l'accompagnement et le prendre soin dans ces situations ?

- L'accompagnement et le prendre soin, qu'est ce que ça m'évoque ? En fait ça reprend un peu nos valeurs infirmières. Je dirais que c'est ça. Tu as la bienveillance, l'écoute, la réassurance, l'empathie, le soutien. Ça constitue vraiment une base, la base de ta relation avec le patient, et de ta prise en charge. Parce que sans ça, c'est très compliqué. Je dirais que c'est surtout ça.

- Pouvez-vous me donner les essentiels à savoir pour faire une consultation d'annonce adaptée ? Un peu comme des conseils.

- Alors, je dirais que chaque consultation d'annonce est différente, elle est propre à chacun des patients et chacune des infirmières, parce qu'on a pas la même façon de procéder. Donc après ça, c'est plus propre à chacune. Les principales grandes lignes, je dirais que déjà c'est important de se

présenter, parce que pour le patient, il va retenir qui tu es, parce qu'il sait qu'après il va nous voir en chimio, s'il est hospitalisé il va nous voir en pneumo, donc ça c'est très important de se présenter. De présenter les lieux, parce que ça les rassure. Ensuite, de savoir ce qu'il a compris de sa consultation avec le médecin, ça c'est important. De savoir dans quel état d'esprit lui il est. De savoir aussi s'il est d'accord avec sa prise en charge, parce que parfois ils sont un peu sous le coup, donc ils disent ça fait temps de chimio. Tu verras qu'au fur et à mesure du temps, il va dire "non, là on arrête les traitements, parce que c'est bon." Je dirais connaître les principaux produits de chimio, ça peut être bien. C'est une aide et le fait que nous, en plus, on soit formé aux chimios, on connaît tous les protocoles par cœur, ça, ça aide. C'est vraiment un plus, alors que tu vois, y'en a une elle a fait de la consultation d'annonce, elle en fait peu, elle fait plus du tout de chimio, pour elle parfois c'est un peu compliqué. Nous on a de l'administratif à remplir avec le patient, donc c'est ce qui va constituer ton classeur, donc on suit un peu dans l'ordre. Ce qu'on fait à chaque fois c'est ça. On leur propose toujours s'ils veulent boire quelque chose, une collation. Ce qu'on fait à chaque fois, c'est le poids et la taille, comme les chimios sont prescrites en fonction du poids et de la taille, à chaque consultation d'annonce tu prends le poids et la taille du patient pour le médecin, pour qu'il puisse prescrire le traitement. L'explication de la pose de PAC, mais ça varie selon les établissements, mais ici c'est ce qu'on fait. Leur expliquer que nous on est toujours là, qu'ils peuvent nous solliciter à la moindre question et voilà. Je crois que c'est à peu près les grandes lignes.

- Que transmettre pendant la consultation d'annonce ? Que se soit au niveau administratif, on en a déjà un peu parlé mais au niveau de la dynamique de soin.

- Du coup dans la dynamique de soin, t'as le PPS, ça dépend, parfois le médecin a donné en amont les ordonnances, soit il nous les transmet et c'est à nous de les donner. Donc, tu as des ordonnances médicales, ou on leur explique tout ce à quoi ça correspond, quand est-ce qu'ils doivent les prendre, parce que t'as beaucoup de traitements, ils sont souvent perdus. On leur demande aussi leur carte de groupe, quand on sait que potentiellement, ils peuvent être transfusés, comme ça on gagne du temps. Puis y en a qui n'en ont pas donc on en fait faire une, on anticipe. Au niveau administratif, on leur demande aussi s'ils ont une prise en charge, que ce soit mutuelle ou assurance maladie, parce que ça change aussi la donne. Pareil s'ils sont en affection longue durée, souvent les gens vont te dire "J'attends que le médecin le fasse." Donc il faut le relancer. Voilà, après c'est beaucoup d'administratif. Nous ce qu'on fait c'est une petite macrocible du patient, pour vraiment le connaître. Voilà, avoir toutes les infos qu'il nous faut et en fonction on agit.

- Avez-vous constaté un changement de votre première consultation d'annonce à aujourd'hui que ce soit au niveau du savoir-faire, ou de l'expérience ? Si oui lesquels ?

- Oui, je pense qu'il y a eu une évolution. Parce que comme dans tout, je dirais. Quand tu commences au début et qu'après t'es plus à l'aise c'est complètement différent. Au début, je me faisais une petite check liste pour rien oublier. Maintenant ça rentre tout seul, j'en ai plus besoin. Je peux même changer de protocole comme ça. Y'a ça, et le fait aussi que ce qui m'aide, moi beaucoup, c'est que je connais tous les protocoles de chimio. Parce que je suis souvent en chimio aussi, donc ça m'aide énormément. Même pour les patients, je peux aussi les conseiller, parce que j'ai aussi le retour des patients, donc tu sais à peu près, on discute beaucoup avec les médecins. Et puis, y'a aussi la confiance des médecins, parce qu'au bout d'un certain temps les médecins te font confiance, donc ça aide aussi. Y'a le fait qu'à force d'en faire, même si elles sont toutes différentes, ça finit quand même par t'aider. Voilà, qu'est ce que je pourrais avoir d'autre ? Non, mais je dirais la connaissance des traitements, la confiance des médecins, puis de toute façon on en apprend tous les jours. Ça permet de découvrir aussi, quand tu connais pas un protocole, parce que y'a des nouveaux protocoles aussi, même quand tu connais pas le protocole, tu découvres et parfois tu as l'impression de repartir un peu de zéro. Parce que t'es obligée de refaire ton plan de soin. Mais voilà, moi j'aime bien. Ça ne me dérange pas.

- Avez-vous quelque chose à ajouter ?

- Ecoute, je te souhaite bon courage pour ton mémoire.

- Merci

#### Annexe VII : Tableau d'analyse des entretiens

<p><b>Question 1</b> : Pourquoi avez-vous choisi le poste d'infirmière en consultation d'annonce ? (parcours, diplôme, année de diplôme, motivations, intérêts)</p>	
<p><u>Infirmière 1</u> :</p> <p>Cette infirmière est passionnée d'oncologie (stage et mémoire). Elle a fait 7 ans de réanimation où elle a fait beaucoup d'accompagnement des familles. Puis, 5 ans de recherche clinique oncologique, avec l'annonce de réussite ou d'échec des traitements.</p> <p>Ensuite elle est retournée dans un service de soin "classique" avec poste de coordination en oncologie.</p>	<p><u>Infirmière 2</u> :</p> <p>Pour cette infirmière ce n'est pas un choix, il est compris dans son parcours pneumologie de son service, toutes les infirmières du service sont formées à ce poste.</p> <p>Son projet est de faire infirmière en pratique avancée en oncologie.</p>

<p>Ses motivations : soins relationnels, bénéfiques qu'on apporte au patient, lien médecin patient et soutien.</p>	
<p><b>Question 2 :</b> Pour vous, que représente la consultation d'annonce infirmière ? (intérêts, points forts, bénéfiques pour le patient)</p>	
<p><u>Infirmière 1 :</u> Elle décrit 4 temps :</p> <p>1 - Supposition qu'il y a une maladie : rencontre avec le médecin, explication. Le rôle de l'infirmière : rencontre, reformulation, répondre aux questions...</p> <p>2 - Confirmation du diagnostic : nature lésion par médecin.</p> <p>3 - Consultation d'annonce : temps d'échange, écoute, comprendre angoisse, réponses aux questions, compréhension, traitements et reformulation.</p>	<p><u>Infirmière 2 :</u> Elle dit que c'est le "moment où tu es avec le patient". Elle parle également de la réexplication des effets secondaires et du plan de soin personnalisé du patient. L'intérêt est de donner des explications d'une journée type en chimio et de la pose de PAC.</p>
<p><b>Question 3 :</b> Quelles valeurs infirmières retrouvez-vous dans cette consultation d'annonce ?</p>	
<p><u>Infirmière 1 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Humilité</li> <li>- Respecter les demandes du patient</li> <li>- Respecter la dignité du patient</li> <li>- Ne pas délivrer d'informations si patient ne veut pas l'entendre</li> </ul>	<p><u>Infirmière 2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beaucoup d'écoute</li> <li>- Empathie</li> <li>- Bienveillance</li> <li>- Réassurance</li> <li>- Soutien pour le patient</li> <li>- L'accueil (chaleureux, instaurer une confiance)</li> </ul>
<p><b>Question 4 :</b> Bénéficiez-vous d'un lieu dédié à la consultation d'annonce, si oui lequel? (endroit, salle ?)</p>	
<p><u>Infirmière 1 :</u> Dans son service il y a 2 lieux différents : le bureau médical et le bureau de coordination.</p>	<p><u>Infirmière 2 :</u> Elle a un bureau de consultation d'annonce aménagé "pour pas que ça fasse vrai bureau", table ronde, fauteuils, plantes. Le but</p>

	de ce bureau est qu'il soit accueillant, car l'environnement compte beaucoup.
<b>Question 5 :</b> Quels sont les outils/ressources dont vous bénéficiez pour cet entretien ? (fiche explicative, dossier patient ?)	
<p><u>Infirmière 1 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PPS</li> <li>- le numéro du service</li> <li>- l'assistante sociale</li> <li>- la psychologue</li> <li>- les documents (cahier de liaison pour les informations du parcours oncologiques : traitements, effets secondaires, ALD, associations, fiches info cancer).</li> </ul>	<p><u>Infirmière 2 :</u> Elle prépare la consultation (dossier patient, compte rendu de la RCP, courrier médical du pneumologue). C'est comme une macrocible avec histoire du patient (maladie, traitements), également du protocole et des traitements.</p> <p>Le PPS est fait par les infirmières.</p> <p>Elle utilise aussi un calendrier avec les dates (rendez-vous, traitements ...). Dans le but de rassurer le patient.</p> <p>Il y a aussi la présence de fiches explicatives (maladie, traitements, effets secondaires, associations).</p> <p>Elle utilise aussi un carnet de route pour les patients (chimiothérapie, effets secondaires qu'il a eu).</p> <p>La maquette du PAC est plus visuel pour le patient, également le casque réfrigéré.</p> <p>Equipe pluriprofessionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'assistante sociale</li> <li>- la psychologue</li> <li>- la socio esthéticienne</li> <li>- la nutritionniste</li> </ul>
<b>Question 6 :</b> Vos représentations sur le cancer ont-elles évolué depuis que vous êtes devenue infirmière en consultation d'annonce ? (vision sur le cancer)	
<p><u>Infirmière 1 :</u> Elle dit ne pas voir d'évolution depuis qu'elle est infirmière de consultation d'annonce mais depuis le début de son exercice.</p>	<p><u>Infirmière 2 :</u> Elle ne voit pas de changement sur ses représentations. Mais maintenant elle se rend compte de toute l'organisation, et de</p>

<p>Sa formation dans un centre de cancérologie lui a permis de rencontrer des radiothérapeutes, des oncologues, et de faire de l'éducation thérapeutique. Elle a rencontré tous les prestataires du parcours oncologique.</p> <p>Elle dit "Le cancer n'est pas quelque chose contre lequel on va lutter mais qui ne guérit pas."</p> <p>Son rôle est de donner l'énergie d'aller affronter la maladie, de vérifier la bonne compréhension, et de vérifier que le patient donne bien son consentement éclairé.</p> <p>"Parce qu'on sait que suivant comment on annonce la maladie et suivant comment on projette le parcours soin, ça influence le bien être du patient dans son traitement. Donc pour moi ce qui est important c'est qu'il parte avec l'envie et le courage d'aller faire les traitements."</p>	<p>l'implication.</p> <p>Elle dit que de nos jours il y a beaucoup plus de patients jeunes.</p>
<p><b>Question 7 :</b> Comment identifiez-vous les différentes émotions du patient lors de la consultation d'annonce ?</p>	
<p><u>Infirmière 1 :</u></p> <p>Elle donne 3 états : sidération, colère et effondrement.</p> <p>Le non verbal est très visible sur les patients (visage triste, visage fermé).</p>	<p><u>Infirmière 2 :</u></p> <p>Elle dit qu'il y a beaucoup de visuels, dû au non verbal. Cela se voit au début de la consultation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les patients qui n'ont pas de réaction</li> <li>- les patient au clair avec leur situation : neutralité</li> <li>- les patients stressés et qui le disent</li> <li>- les personnes angoissés</li> <li>- logorrhée</li> </ul> <p>Elle remarque que souvent à la fin de la consultation, il y a une évolution, ils sont plus apaisés, l'angoisse est toujours présente mais ils savent à quoi s'attendre.</p>

<p><b>Question 8 :</b> Quelle posture infirmière adoptée lorsque le patient est anxieux/angoissé ? (verbal et non verbal)</p>	
<p><u>Infirmière 1 :</u> Elle parle de réassurance et “d’écouter ce qu’il a peur qu’on lui dise.” “Ne pas y aller s’il n’est pas capable de l’entendre.” “Mieux on est informé, moins on est angoissé.” Il est important de comprendre pourquoi il y a une angoisse. Elle note aussi qu’il y a une différence entre l’imagination du patient et la réalité du terrain. Le plus important est de soulager l’angoisse.</p>	<p><u>Infirmière 2 :</u> Elle donne différentes notions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l’écoute active</li> <li>- la réassurance</li> <li>- l’enquête (traitements pour angoisse ?)</li> <li>- la prise en compte de la qualité de vie du patient, s’intéresser à lui.</li> <li>- Le conseiller sur des activités avec la ligue (sophrologie, yoga).</li> <li>- Lui demander si son entourage est présent, s’il a un soutien qui est source d’apaisement pour le patient.</li> </ul>
<p><b>Question 9 :</b> Remarquez-vous de façon globale une différence entre les pronostics et les réactions émotionnelles des patients ?</p>	
<p><u>Infirmière 1 :</u> Elle dit qu’elle prend en charge que les patients qui ont la tumeur cérébrale la plus péjorative, donc ne elle ne peut pas graduer.</p>	<p><u>Infirmière 2 :</u> Elle dit que oui et dans le sens inverse aussi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bon pronostic mais angoisse ++</li> <li>- Beaucoup l’acceptent mais c’est compliqué “l’impression que le monde s’écroule, ils ne s’y attendaient pas” parfois le diagnostic est rapide et soudain, ou de par leur jeune âge.</li> </ul>
<p><b>Questions 10 :</b> Pour vous qu’évoque l’accompagnement et le prendre soin dans ces situations ?</p>	
<p><u>Infirmière 1 :</u> L’importance du soin relationnel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l’écoute active</li> <li>- la réassurance</li> <li>- l’information</li> </ul>	<p><u>Infirmière 2 :</u> Elle dit que cela reprend toutes nos valeurs infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bienveillance</li> <li>- écoute</li> <li>- réassurance</li> <li>- empathie</li> <li>- soutien</li> </ul>

	C'est la base de la relation avec le patient.
<b>Question 11</b> : Pouvez-vous me donner les essentiels à savoir pour faire une consultation d'annonce adaptée ?	
<p><u>Infirmière 1</u> : Plusieurs points :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Recueillir la parole du patient"</li> <li>- Le confort, l'installation du patient, proposition de boire.</li> <li>- Demander de reformuler ce qu'ils ont entendus et compris.</li> <li>- Analyser si le patient a besoin de plus d'information.</li> <li>- Reformuler les mots du médecin.</li> <li>- Présentation du cahier de liaison (parcours oncologique et étapes de ce parcours) avec des mots simples.</li> <li>- Réassurance en disant qu'il ne peut pas tout retenir.</li> <li>- Demander s'ils ont des questions.</li> <li>- Le parcours va se mettre en place très vite.</li> <li>- Importance avec le fait que le patient doit repartir avec l'envie de se battre.</li> </ul>	<p><u>Infirmière 2</u> : Elle dit que chaque consultation d'annonce est différente. "Elle est propre à chacun des patients et chacune des infirmières, parce qu'on a pas la même façon de procéder."</p> <p>Elle donne plusieurs points essentielles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation de soi et des locaux.</li> <li>- Vérifier la compréhension de la consultation avec le médecin.</li> <li>- Quel est l'état d'esprit du patient ?</li> <li>- La connaissance sur les chimiothérapies et les protocoles.</li> <li>- Proposer une collation, et à boire.</li> <li>- Demander le poids, la taille pour la prescription des chimiothérapies.</li> <li>- L'explication de la pose de PAC</li> </ul> <p>Elle précise : "On est toujours là, qu'ils peuvent nous solliciter à la moindre question et voilà. Je crois que c'est à peu près les grandes lignes."</p>
<b>Question 12</b> : Que transmettre (administratif et dynamique de soin) pendant la consultation d'annonce ?	
<p><u>Infirmière 1</u> : Elle dit "arrive toutes les difficultés de vie, et pas que la maladie"</p> <p>Il est important de faire le lien avec l'assistante sociale, la psychologue car la maladie est longue. Elle le compare avec le "début de marathon". "Ou on peut s'essouffler, et être fatigué et d'avoir besoin d'accompagnement"</p>	<p><u>Infirmière 2</u> : Elle donne plusieurs éléments :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le PPS</li> <li>- les ordonnances</li> <li>- la traçabilité pour le patient pour qu'il se repère.</li> <li>- Demander la carte de groupe pour une éventuelle transfusion.</li> </ul>

<p>L'importance du lien hôpital ville , le 100 % ALD, la prise en charge de la famille (positionnement, stabilité, équilibre) et des enfants.</p> <p>Elle précise qu'il y a plein de choses à adapter et à définir pour chaque patient. Il ne faut pas être pessimiste.</p>	<p>- Vérifier la prise en charge mutuelle, l'assurance maladie, la prise en charge ALD.</p> <p>Elle dit "avoir toutes les infos qu'il nous faut et en fonction on agit."</p>
<p><b>Question 13 :</b> Avez-vous constaté un changement de votre première consultation d'annonce à aujourd'hui (savoir-faire, notion d'expérience) ? Si oui lesquels ?</p>	
<p><u>Infirmière 1 :</u> Elle dit être plus à l'aise face aux réactions émotionnelles du patient. De ne pas se sentir désarmée, ça s'apprend avec le temps et l'exercice. Ainsi, que de réussir à prendre de la distance. Elle dit mieux connaître le parcours oncologique des patients, le réseau, et qu'on évolue tout le temps.</p>	<p><u>Infirmière 2 :</u> Elle voit une évolution, elle est plus à l'aise, au début elle utilisait une check liste, mais plus maintenant. Elle est plus à l'aise dans les changements de protocole. Grâce à son poste en chimiothérapie, il est plus facile pour elle de connaître les protocoles et de donner des conseils aux patients.</p> <p>Elle parle aussi de la relation avec le médecin, de sa confiance.</p> <p>Elle cite l'expérience comme meilleur moyen de progression et surtout il faut savoir s'adapter.</p>
<p><b>Question 14 :</b> Avez-vous quelque chose à ajouter ?</p>	
<p><u>Infirmière 1 :</u> Elle dit que l'accompagnement du patient et de sa famille est le plus riche, qu'il faut rester humble, et être bienveillant.</p>	<p><u>Infirmière 2 :</u> /</p>

## Abstract

### Résumé en Français:

Ce projet de recherche est de comprendre en quoi le prendre soin et la posture soignante de l'infirmière permettent l'accompagnement des réactions émotionnelles du patient lors de la consultation d'annonce en oncologie.

Le patient rencontre le médecin qui lui annonce la maladie et lui présente les traitements. Ensuite, celui-ci rencontre une infirmière de consultation d'annonce qui lui explique la maladie, les traitements et répond à ses questions.

Pour mon travail, j'ai premièrement réalisé des recherches d'articles scientifiques et littéraires. Pour mon recueil d'informations, je me suis aidée d'Internet, de l'espace de ressources et de recherches que nous propose l'école, le but étant de définir les concepts et de faire un lien entre les différentes notions et auteurs.

Par la suite, j'ai interrogé deux infirmières de consultations d'annonce, qui ont toutes les deux complétées mes recherches, données leur vision de la consultation d'annonce et de la prise en soin des patients. Bien que la réaction émotionnelle qui revient le plus souvent soit celle de l'angoisse, au vu de toutes les informations retenues, j'en conclus que prendre soin est une notion très large. Notamment quand il en vient aux réactions émotionnelles qui sont alors nombreuses lors d'une consultation d'annonce.

Ainsi, adapter notre posture soignante et accompagner le patient dans cette épreuve sont très importants. Cela représente un enjeu pour la relation soignant-soigné, et la qualité de la suite de la prise en charge. Cependant, il est important de préciser que chaque consultation d'annonce en cancérologie est différente.

Le prendre soin et l'accompagnement sont au cœur des soins infirmiers, notamment lorsque le patient apprend une mauvaise nouvelle. En tant que futur professionnel, ce travail de recherche m'a permis d'approfondir l'envie de m'investir dans le domaine de l'oncologie, projet qui me tient vraiment à cœur.

Mots clés: prendre soin, posture soignante, accompagnement, réactions émotionnelles et consultations d'annonce

### Abstract :

This research project is to understand how the taking care and the nursing posture allow to the patient's emotional reactions to be accompanied during the announcement consultation in oncology.

The patient meets the doctor, who announces his illness and introduces him to the treatments. Then, he meets an announcement consultation nurse who explains the disease, the treatments and answers his questions. For my work, I first researched scientific and literary articles. Then, for my collection of information, I helped myself with Internet, the research space and resources our school provide, the goal being to define concepts and thus make a link between the various notions and authors.

Subsequently, I interviewed two announcement consultation nurses, who both completed my research, gave their vision of the announcement consultation and patient care. Although the emotional reaction that most often occurs is anguish, in view of all information retained, I concluded that the taking care is a very broad notion, especially when it comes to the emotional reactions that are then numerous during an announcement consultation.

Thus, adapting our nursing posture and accompanying the patient in this test are very important and represent a challenge for the caregiver-care receiving relationship and the care's continuation. However, it is important to specify that each cancer announcement consultation is different.

Care and support are at the heart of nursing care, especially when the patient learns bad news. As a future professional, this research work has allowed me to deepen the desire to invest in the field of oncology, a project that is really close to my heart.

Key words: taking care, caring posture, support, emotional reactions and announcement consultations