

Institut de Formation des Manipulateurs en Électroradiologie Médicale de Rennes.

Mémoire d'initiation à la recherche en soins d'électroradiologie médicale

La Séance à Blanc en Radiothérapie

BLANCHARD Chloé

Sous la direction de ARNOULD Béatrice

Promo 2020-2023

Annexe VII Attestation sur l'honneur



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 de Manipulateur en électroradiologie
Médicale

Travaux de fin d'études :

(nom du document) La séance à blanc en Radiothérapie

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 ».

**Phrases à insérer par l'étudiant, après la page de couverture, du (nom du
document) La séance à blanc à dater et à signer**

**J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue
de l'obtention du diplôme d'Etat de HERM 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 6/05/2023

Signature de l'étudiant :

B. Blanchard

Fraudes aux examens :

**CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX**

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

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

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

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

Résumé en français :

Ce travail d'initiation à la recherche porte sur les séances à blanc en radiothérapie pour les traitements de cancer du sein. Une séance à blanc permet de vérifier le positionnement du patient. Au cours de celle-ci, nous réalisons seulement des images, il n'y a pas de traitement. La question de départ est : En quoi le rôle du manipulateur en électroradiologie médicale lors d'une séance à blanc, en radiothérapie, permet de préparer la patiente au traitement pour un cancer du sein ?

Pour cela, j'ai effectué des questionnaires destinés aux patientes, qui m'ont permis de connaître leur ressenti par rapport au traitement et à leur prise en charge au cours de la séance à blanc. Ensuite je me suis entretenue avec quatre manipulateurs en électroradiologie médicale ce qui a permis de connaître leur rôle au cours de la séance à blanc et l'intérêt de ces séances pour les patientes.

Pour conclure, l'objectif principal des séances à blanc est le côté technique, cela permet d'effectuer les dernières vérifications avant le début du traitement. Au cours de cette séance, les patientes découvrent l'environnement de la salle ainsi que l'appareil de traitement. Cette séance permet également de leur réexpliquer le déroulement du traitement. C'est la prise en charge globale des patientes qui est importante pour un meilleur vécu du traitement en radiothérapie.

A la suite de cette étude, nous pouvons nous questionner sur la réalisation de ces séances pour des examens d'imagerie médicale.

Mots clés : Radiothérapie, Séance à blanc, Traitement, Cancer du sein

Abstract :

This research paper focuses on mock sessions in radiotherapy for breast cancer treatment. A mock session allows to check a patient's position. During this session, there is no treatment, we only make images. The initial question is : How does the role of the x-ray nurse during a mock session in radiotherapy, help the patient be prepared for the treatment of a breast cancer ?

For this purpose, I carried out questionnaires for patients, which enabled me to know more about their feelings concerning the treatment and their care during the mock session. Then, I interviewed four X-ray nurses, which allowed me to understand their role during the mock session and also what it brings to the patient.

To conclude, the main objective of the mock session is the technical side since it allows us to carry out the last check before the beginning of treatment. During this session, the patients discover both the environment of the room and the linear accelerator. This session allows to explain again treatment process. Indeed, what is essential for the patient is the overall care since it allows a better experience of radiotherapy treatment.

Following this research paper, we can think about the way these sessions are carried out for medical imaging examinations.

Keyword : Radiotherapy, Mock session, Treatment, Breast cancer

Remerciements

Je remercie ma directrice de mémoire, Madame Arnould, pour m'avoir guidé sur le chemin de la recherche.

Un grand merci également à ma famille ainsi qu'à mes collègues de promo.

Table des matières

1	INTRODUCTION	1
2	SITUATION D'APPEL.....	2
3	CADRE THÉORIQUE	4
3.1	LA RADIOTHÉRAPIE	4
3.1.1	<i>Définition de la radiothérapie.....</i>	4
3.1.2	<i>Le parcours du patient en radiothérapie</i>	5
3.2	LE RÔLE DU MANIPULATEUR EN ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE EN RADIOTHÉRAPIE	7
3.3	LE TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN	8
3.4	SÉANCE À BLANC.....	10
3.5	LA COMMUNICATION SOIGNANT-SOIGNÉ	11
3.5.1	<i>La communication</i>	11
3.5.2	<i>Groupes d'appartenance</i>	12
3.5.3	<i>Les différents canaux.....</i>	12
3.5.4	<i>La relation d'aide</i>	14
3.5.5	<i>Relation de confiance</i>	14
3.5.6	<i>Communication efficace</i>	15
3.6	LES REPRÉSENTATIONS	15
4	ENQUÊTE DE TERRAIN	17
4.1	OUTILS D'ENQUÊTE	17
4.2	LES LIMITES DE L'ENQUÊTE	18
5	ANALYSE.....	19
5.1	RESULTATS DES QUESTIONNAIRES	19
5.2	LES PARAMÈTRES TECHNIQUES.....	23
5.2.1	<i>Le positionnement</i>	23
5.2.2	<i>La préparation du traitement</i>	24
5.2.3	<i>Les traitements asservis à la respiration</i>	24
5.3	LA DÉCOUVERTE DE L'ENVIRONNEMENT.....	25
5.3.1	<i>Les représentations.....</i>	25
5.3.2	<i>Les explications.....</i>	26
5.4	LE RELATIONNEL AVEC LE PATIENT.....	27
5.5	LE PARCOURS DU PATIENT	29
5.6	LE TEMPS	30
5.7	LE RÔLE DU MANIPULATEUR EN ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE.....	31

5.8	SYNTHESE DE L'ANALYSE	32
6	CONCLUSION	34
7	BIBLIOGRAPHIE	36

Table des illustrations

Figure 1 : Exemple De Retour Visuel, Système Catalyst De Chez C-Rad.....	5
Figure 2 : Exemple de contention : Plan incliné pour les traitements de cancer du sein.....	6
Figure 3 : Schéma simplifié du déroulement d'une radiothérapie (IRSN)	7
Figure 4 : Schéma de la communication de Shannon	11
Figure 5 : Réponse à la question 1 des questionnaires.....	19
Figure 6 : Réponse à la question 2 des questionnaires.....	20
Figure 7 : Réponse à la question 3 des questionnaires.....	20
Figure 8 : Réponse à la question 4 des questionnaires.....	21
Figure 9 : Réponse à la question 5 des questionnaires.....	22
Figure 10 : Réponse à la question 6 des questionnaires.....	22

1 Introduction

La radiothérapie est un traitement de référence en cancérologie. Elle utilise des radiations ionisantes dans le but de détruire les cellules cancéreuses tout en épargnant les tissus sains. C'est au cours d'une RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) que sont choisies les différentes thérapeutiques possibles. Suite à la RCP, lors de la consultation d'annonce, le médecin explique les différentes étapes du traitement au patient. Ensuite le patient fera un scanner de simulation qui servira de base pour la dosimétrie. L'étape de la dosimétrie permet de définir les différents faisceaux de traitement. Une consultation paramédicale peut être organisée pour répondre aux différentes questions des patients. Après avoir effectué les différents contrôles qualité, le patient peut commencer son traitement.

L'étape de la radiothérapie peut être stressante pour les patients. Nous devons en tant que soignant nous montrer disponibles. Le patient va rencontrer différents professionnels tout au long de sa prise en charge. Chaque professionnel participe au bon déroulement du traitement. Pour cela, nous devons également effectuer les différentes vérifications pour s'assurer du bon positionnement du patient.

Dans ce travail nous allons voir en quoi nous avons, en tant que soignant un rôle à jouer dans la prise en charge des patients et notamment lors de la séance à blanc.

Nous allons tout d'abord vous présenter les différentes notions importantes d'un traitement en radiothérapie puis nous aborderons la notion de la communication.

2 Situation d'appel

Durant ma recherche de thème pour le mémoire, j'ai été amenée à lire un article de HOSPIMEDIA : « Une salle de radiothérapie simulée en 3D prépare le patient à son parcours de soin ». Le projet présenté dans cet article a pour but « *d'améliorer la prise en charge des patients dans leur parcours de radiothérapie grâce à un jumeau virtuel de l'équipement médical dans son environnement avec simulation de son fonctionnement tel qu'il est dans la réalité* ». Un patient témoigne : « *la visualisation vaut mieux que 1000 mots* ». Je me suis donc interrogée sur la question de la simulation pour les patients.

Durant mes stages de radiothérapie j'ai assisté à des séances à blanc pour des traitements de cancer du sein. Une séance à blanc c'est la première séance où l'on ne délivre pas de traitement, il y a seulement des images (IP : imagerie portale) qui sont prises. Cela permet à la patiente de se rendre compte du repositionnement, l'appareil de traitement se déplace comme lors des séances de traitement. Ces séances permettent également de vérifier les paramètres techniques des différents faisceaux, et le bon positionnement de la patiente. Ce rendez-vous est également la première approche que la patiente a avec la salle de radiothérapie, cela peut lui permettre de se préparer au traitement.

La question de l'habituatation aux soins est également revenue lors de mon stage d'IRM. J'ai pu rencontrer plusieurs prises en charge particulières où il a parfois été difficile de finir l'examen, par exemple avec des personnes claustrophobes ou en situation de handicap. En proposant des séances d'habituations serait-il plus facile de prendre en charge les patients ?

Je vais dans un premier temps vous définir les différentes appellations que j'ai utilisées.

Simulation : « 1. Action de simuler. 2. Représentation modélisée, figurée d'un phénomène. » D'après Linternaute¹.

Séance à blanc : « *C'est la première séance de radiothérapie, elle est essentielle à la maîtrise des risques en radiothérapie. Ce rendez-vous sous la machine de traitement permet de vérifier tous les paramètres de traitement et le positionnement du patient, avant le début du traitement.* » D'après l'ASN².

Habituatation : « *Processus simple d'apprentissage, observable de l'amibe à l'homme, et qui consiste en une diminution des réponses d'un individu à un stimulus lorsque celui-ci lui est présenté de façon permanente sans renforcement.* » D'après le dictionnaire Larousse³.

¹ <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/simulation/>

² <https://www.asn.fr/espace-professionnels/retour-d-experience/bulletin-la-securite-du-patient/2-la-premiere-seance-a-blanc>

³ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/habituatation/38782>

Suite à mes différentes situations ainsi qu'aux différentes recherches effectuées, j'ai choisi une modalité ou ces séances de « simulation » sont déjà, en partie, effectuées : la radiothérapie. Elles s'appellent séances à blanc. La radiothérapie est également une modalité où la relation soignant-soigné occupe une place importante dans la prise en charge.

En effet les patients viennent dans un contexte oncologique. Ils ont besoin, pour certains, d'établir une relation de confiance avec les professionnels qui les entourent. C'est également une modalité où nous avons, en tant que manipulateur en électroradiologie médicale (MERM) une place importante dans la prise en charge. Nous voyons les patients tous les jours lors des séances, contrairement au médecin. Nous devons donc être en capacité de savoir interpréter les différents signes que peuvent laisser paraître les patients. Nous avons également un rôle dans l'éducation thérapeutique du patient pendant et après le traitement de radiothérapie. La première séance de traitement ou séance à blanc a donc une place importante dans la prise en charge, c'est à ce moment-là qu'on présente l'équipe ainsi que l'environnement de la salle de traitement.

Questionnement :

- Est-ce que la séance à blanc permet une meilleure prise en charge des patients en radiothérapie ?
- L'habitué aux soins est-elle une aide pour les patients ?
- L'habitué aux soins améliore-t-elle la relation soignant-soigné ?
- La séance à blanc représente-t-elle une étape indispensable ?
- Est-ce que la séance à blanc pourrait être mise en place pour tous les traitements ?
- Quel est le rôle du MERM dans l'habitué aux soins ?
- Cela permet-il au patient d'être plus en confiance ?
- Une relation de confiance s'installe-t-elle entre le patient et le MERM ?
- Les séances d'habitués pourraient-elles améliorer le temps de prise en charge des patients ?

Suite à ces différents questionnements j'ai pu en faire ressortir une question de départ :

En quoi le rôle du manipulateur en électroradiologie médicale lors d'une séance à blanc, en radiothérapie, permet de préparer la patiente au traitement pour un cancer du sein ?

Nous allons aborder la notion de la radiothérapie et le parcours d'un patient en radiothérapie ainsi que les traitements contre le cancer du sein. Nous allons également définir les objectifs d'une séance à blanc. Nous aborderons ensuite les concepts suivants : la communication et les représentations.

3 Cadre théorique

3.1 La radiothérapie

3.1.1 Définition de la radiothérapie

D'après Dillenseger, Moershel et Zorn (2016), la radiothérapie utilise des radiations ionisantes dans le but de guérir ou de soulager les malades en bloquant la capacité des cellules à se multiplier. « *La radiothérapie est un traitement de référence en cancérologie, près de 60% des malades atteints de cancer bénéficient de la radiothérapie.* » La radiothérapie peut être associée à de la chirurgie, de la chimiothérapie, de l'hormonothérapie ...

L'objectif principal de la radiothérapie est d'être efficace sur les cellules cancéreuses avec en parallèle une meilleure préservation des tissus sains, cela permet d'avoir moins de séquelles. Elle permet également des gestes chirurgicaux moins lourds. La radiothérapie est donc ciblée au volume tumoral.

Il existe la radiothérapie externe, la source de rayonnement est placée en dehors du malade, et la curiethérapie, la source de rayonnement est placée à l'intérieur de l'organisme. Nous allons parler ici de radiothérapie externe, celle utilisée plus fréquemment pour les traitements de cancers du sein.

Le but de la radiothérapie conformationnelle est d'être au plus proche du volume cible défini par le médecin radiothérapeute. Cette technique permet également de mieux épargner les tissus sains. Il existe plusieurs techniques de radiothérapie conformationnelle : la RCMi (radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité) rotationnelle ou VMAT et la RCMi avec faisceau stationnaire ou traitement conformationnel. La RCMi rotationnelle permet de moduler 3 paramètres tout au long du faisceau de traitement :

- Le statif bouge en continu,
- Le débit de dose se module en continu,
- Le MLC (collimateur multi lame) bouge en continu pour se conformer à la forme du volume cible

Pour la RCMi avec faisceau stationnaire les lames, qui se modulent au volume cible, restent fixes, le débit de dose est constant tout au long du faisceau et le statif ne bouge pas.

Pour s'assurer que la dose se dépose bien dans le volume cible, il y a des imageries quotidiennes pour vérifier la position du patient, on appelle ça la radiothérapie guidée par l'imagerie (IGRT). Il est possible de faire des CBCT (cone beam CT) qui sont comme des scanners basse dose ou des IP (imageries portales) qui sont des radiographies. On en réalise souvent deux perpendiculaires. Cette imagerie permet d'effectuer des décalages de tables si nécessaire pour assurer le bon repositionnement du patient tout au

long du traitement. On compare les imageries quotidiennes aux images de références effectuées lors du scanner de simulation.

Aujourd'hui il existe également des systèmes de radiothérapie guidée par l'image surfacique (SGRT) ou repositionnement surfacique. Ces systèmes sont utilisés lors du positionnement des patients, des caméras placées dans la salle détectent la surface de la peau des patients et comparent l'image du jour à l'image de référence acquise lors du scanner de simulation. Ils nous affichent les décalages à effectuer si nécessaire. Le repositionnement surfacique permet de voir en temps réel les mouvements des patients et de stopper le faisceau de traitement si des mouvements sont détectés. La SGRT est également utilisée pour les traitements asservis à la respiration, dans ces cas-là, en fonction des fournisseurs, le patient a la possibilité d'avoir un retour visuel des amplitudes respiratoires à effectuer. Ci-dessous le retour visuel d'une patiente traitée en DIBH avec le système Catalyst de chez C-RAD.

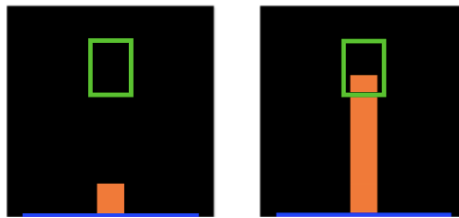


FIGURE 1 : EXEMPLE DE RETOUR VISUEL, SYSTÈME CATALYST DE CHEZ C-RAD

Le carré vert représente l'inspiration profonde bloquée, la patiente doit se placer dans le carré vert lorsque le faisceau est actif.

Au cours du traitement en radiothérapie, chaque patient suit un parcours bien défini.

3.1.2 Le parcours du patient en radiothérapie

D'après Comprendre la radiothérapie de l'Institut national du Cancer, c'est le bilan diagnostic qui est effectué en premier (imagerie médicale, biopsie, biologie ...). Il permet de faire une classification de la maladie. Cette classification a une valeur diagnostic et pronostic. Suite à cette classification, une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) est réalisée pour décider des différentes thérapeutiques possibles : chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie, hormonothérapie. Le choix du traitement est effectué en fonction des caractéristiques du cancer (localisation, type, stade), des données personnelles du malade (âge, antécédents, état de santé), de son avis et de ses préférences.

Après la RCP, une consultation d'annonce est organisée avec le patient. Lors de cette consultation on lui expose les différentes thérapeutiques possibles. Le médecin va également décrire la prescription et les différentes étapes du traitement.

Après la consultation avec le médecin, on peut en organiser une autre avec un professionnel paramédical peut être organisée. Lors de cette consultation, nous allons réexpliquer le traitement au patient ainsi que les différentes consignes à respecter. Ce sera le moment d'éclaircir les questionnements du patient.

Ensuite un scanner de simulation virtuelle est réalisé. C'est lors de ce scanner que nous définissons la position du patient. Elle doit prendre en compte la reproductibilité lors de toutes les séances de traitements, le confort du patient, l'immobilité et la radioprotection en rendant accessible le volume cible tout en épargnant un maximum les organes à risques. Pour cela il existe des moyens de contention personnalisés. Ils sont différents en fonction de la zone traitée. Pour les traitements de cancer du sein, nous utilisons des plans inclinés, cela permet d'horizontaliser le thorax. Sur ces plans il est possible de régler la position des bras, des poignets, du cale tête, pour assurer le confort de la patiente au cours des séances (figure 2). Le patient doit être parfaitement aligné dans les trois plans. Le scanner va également servir de base pour la dosimétrie.



FIGURE 2 : EXEMPLE DE CONTENTION : PLAN INCLINÉ POUR LES TRAITEMENTS DE CANCER DU SEIN

Suite au scanner le médecin radiothérapeute définit les volumes cibles et les organes à risques en effectuant le tracé des contours sur les images du scanner.

La dosimétrie est l'étape où nous choisissons la balistique de traitement. Les physiciens dosimétristes, à l'aide du logiciel de dosimétrie, qui permet de simuler le traitement en mettant en place les différents faisceaux, définissent les paramètres en fonction de la prescription. Les doses sont définies en fonction du type de cancer, du stade, de l'organe touché, de l'âge du patient et des traitements antérieurs. Ces paramètres sont ensuite envoyés à l'appareil de traitement. La dosimétrie est vérifiée et validée par le radiothérapeute. Ces contrôles qualité sont réalisés avant les séances de traitements.

D'après Dillenseger, Moershel et Zorn (2016), le principal objectif des contrôles qualité est de comparer la répartition de dose calculée par le logiciel de dosimétrie avec la répartition de dose mesurée. Il faut effectuer cette mesure pour chaque faisceau de traitement. Pour la RCM rotationnelle, la répartition de dose est calculée grâce à une chambre d'ionisation placée dans un fantôme. Elle peut également être

calculée par les imageurs portales. Lorsqu'on utilise la RCMi avec faisceau stationnaire, il est possible de calculer cette dose grâce à des diodes que l'on place sur la peau au centre du faisceau lumineux. Pour la RCMi avec faisceau stationnaire, la position des lames est également contrôlée sur les IP lors de la séance à blanc.

Suite à cela le patient peut commencer son traitement avec les MERM. Au cours du traitement, le patient a des consultations hebdomadaires avec le médecin radiothérapeute pour effectuer le suivi de son traitement.

Le schéma ci-dessous de l'IRSN (institut de radioprotection et de sûreté nucléaire) résume le parcours du patient en radiothérapie.

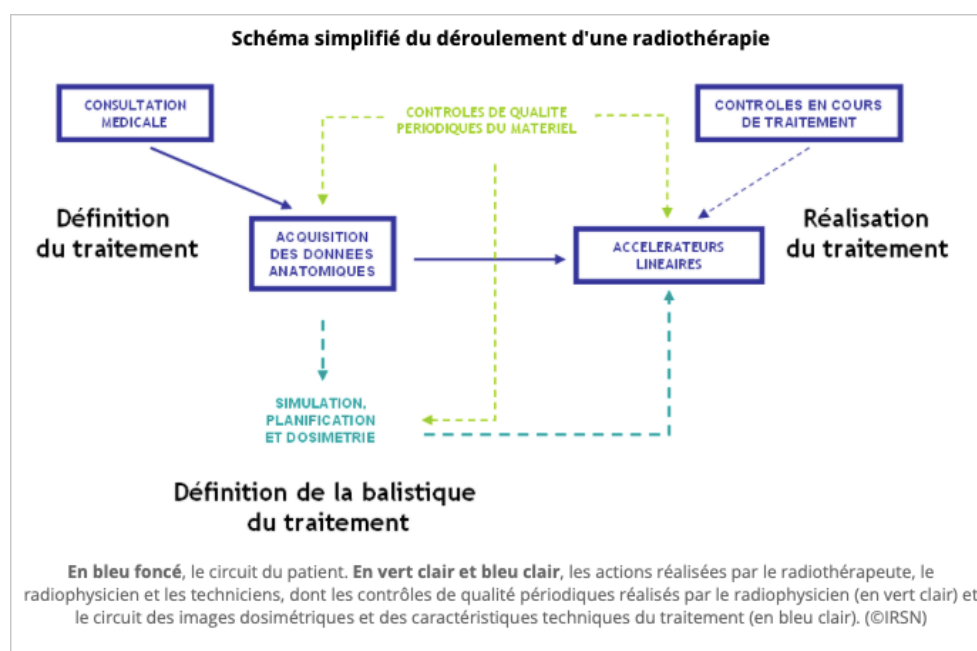


FIGURE 3 : SCHÉMA SIMPLIFIÉ DU DÉROULEMENT D'UNE RADIOTHÉRAPIE (IRSN)

3.2 Le rôle du manipulateur en électroradiologie médicale en radiothérapie

Les manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) interviennent tout au long du parcours du patient. Ils interviennent lors du dépistage, du diagnostic, du bilan d'extension ainsi que lors du traitement du cancer.

Nous allons parler du rôle du MERM lors du traitement de radiothérapie.

D'après le décret des manipulateurs en électroradiologie médicale les MERM « *réalisent des traitements mettant en œuvre des rayonnements ionisants ou d'autres agents physiques. Ils interviennent dans les domaines de l'imagerie médicale, de la médecine nucléaire, de la radiothérapie et des explorations fonctionnelles, sur prescription médicale et sous la responsabilité d'un médecin.* »

Dans le domaine de la radiothérapie, le MERM :

- « *Confectionne des moyens de contentions personnalisés* »
- « *Met à jour des éléments de traçabilité du traitement* »
- « *Contribue aux procédures relatives à la préparation des traitements* »
- « *Met en œuvre des séances de traitement, ces séances comportent l'imagerie de repositionnement du patient* »
- « *Réalise des contrôles par dosimétrie* »
- « *Pose du matériel vecteur et application de source radioactive* »
- « *Installe et vérifie le positionnement des patients lors de la mise en œuvre des séances d'irradiation corporelle totale* »
- « *Installe et vérifie le positionnement des patients lors de la mise en œuvre de traitements hypofractionnés délivrés avec une dose par fraction supérieure à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la santé* »

3.3 Le traitement du cancer du sein

Le choix du traitement pour un cancer du sein dépend :

- Du type de cancer du sein
- De l'existence de récepteurs hormonaux
- De la présence de HER2 : protéine qui stimule la croissance des cellules mammaires.
- De la localisation de la tumeur, de sa taille, d'une atteinte ou non des ganglions lymphatiques ou de métastases
- De l'état de la patiente

Lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) les médecins établissent une proposition de traitement. Cette proposition est expliquée à la patiente qui exprime ses préférences thérapeutiques et donne son accord. Suite à cela, un parcours personnalisé de soin est établi. Ce programme peut associer différents traitements : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie ...

D'après le guide des traitements des cancers du sein (2013), la chirurgie est le traitement principal pour le cancer du sein. Il existe deux possibilités, la tumorectomie qui consiste à enlever la tumeur ainsi qu'une petite partie du tissu qui l'entoure, cette technique permet de conserver le sein dans sa grande

partie. La mastectomie consiste à retirer tout le sein, y compris le mamelon. Lorsque que c'est la mastectomie qui est retenue, il existe des reconstructions immédiates lors de l'opération ou des reconstructions différées.

Dans certains cas, les ganglions lymphatiques peuvent être touchés. Pour savoir si c'est le cas, le premier ganglion qui draine le sein est enlevé pour être analysé. Si ce dernier n'est pas cancéreux les autres ganglions sont conservés. Au contraire s'il est cancéreux, les ganglions axillaires sont enlevés. C'est le curage ganglionnaire, il peut avoir lieu d'emblée ou dans un deuxième temps.

D'après le guide des traitements des cancers du sein (2013), la radiothérapie complète souvent la chirurgie dans le cadre des cancers du sein. Il existe différents protocoles de radiothérapie pour les cancers du sein en fonction du type de cancer. Suite à une chirurgie conservatrice ou tumorectomie, une radiothérapie est souvent réalisée. Dans ces cas-là on irradie la glande mammaire, une dose plus élevée ou boost peut être réalisé au niveau du lit tumoral (l'endroit où était situé la tumeur). Après une chirurgie non conservatrice ou mastectomie, il est possible d'effectuer une irradiation de la paroi thoracique. En fonction de l'envahissement ganglionnaire il peut y avoir une irradiation au niveau des différentes chaînes ganglionnaires. Les séances de radiothérapie se déroulent en général 5 jours par semaine durant 3 à 6 semaines.

D'après le guide des traitements des cancers du sein (2013), la chimiothérapie peut également compléter la chirurgie ou la radiothérapie en fonction de ces formes. La chimiothérapie peut être utilisée avant la chirurgie pour diminuer la taille de la tumeur et faciliter l'intervention chirurgicale. Si elle est utilisée après la chirurgie l'objectif est d'empêcher la multiplication des cellules cancéreuses localement, ou à distance.

Le plus souvent la chimiothérapie est administrée par injection intraveineuse, mais elle peut également être administrée par voie orale. La fréquence et la durée du traitement dépendent du type du cancer, du type de traitement utilisé, des protocoles et de l'objectif du traitement. Le traitement est souvent administré sur une période de 3 à 6 mois. Il est composé de 4 à 6 cures espacées d'environ 21 jours. Les périodes de repos permettent aux patientes de récupérer.

Dans certains types de cancers du sein, nous pouvons proposer un traitement par thérapie ciblée en complément de la chimiothérapie. Ce traitement cible certaines molécules, qui ont un rôle prépondérant dans le développement du cancer. Ces traitements provoquent moins d'effets secondaires que les chimiothérapies classiques.

D'après le guide des traitements des cancers du sein (2013), l'hormonothérapie peut également être utilisée. C'est un traitement médicamenteux utilisé chez les femmes qui souffrent de cancer du sein hormonodépendant. Certaines hormones peuvent stimuler la croissance des cellules cancéreuses. Le traitement par hormonothérapie permet de stopper l'effet des œstrogènes, ce qui neutralise la stimulation de la croissance des cellules cancéreuses. Le but de ce traitement est de diminuer les risques de récurrence à l'autre sein. Elle peut également être utilisée avant une chirurgie pour diminuer la taille de la tumeur.

Pour les traitements de cancer du sein gauche en radiothérapie, il existe une technique avec asservissement de la respiration appelée DIBH ou RAR (radiothérapie avec asservissement respiratoire). Le but de cette technique est de délivrer les rayons en inspiration profonde forcée, cela permet de diminuer la dose d'irradiation au cœur et aux poumons. Cela est basé sur le fait que lors de l'inspiration profonde forcée, la contraction du diaphragme ainsi que l'expansion des poumons éloignent le cœur du champ d'irradiation. Pour effectuer des traitements en RAR, il est impératif que la patiente soit participative dans son traitement. Le principe de cette technique est expliqué à la patiente lors de la consultation d'annonce avec le médecin.

Pour les cancers du sein il y a encore beaucoup de traitements conformationnels, ce qui nécessite la réalisation d'une séance à blanc avant le début du traitement.

3.4 Séance à blanc

D'après l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) la séance à blanc est la première séance de radiothérapie. Au cours de cette séance, il n'y a pas de faisceau de traitement, il y a seulement des images de réalisées. Elle permet de vérifier tous les paramètres de traitement ainsi que le positionnement du patient avant le début du traitement.

La séance à blanc est la dernière étape de vérification des paramètres. Elle permet de détecter une erreur ou une imprécision. Cette séance à blanc permet de limiter les événements indésirables qui pourraient survenir au cours du traitement.

Dans le bulletin la sécurité du patient n°2, publié par l'ASN, une patiente témoigne : *« Ce moment a été l'occasion de « faire connaissance avec la machine » et avec une partie de l'équipe soignante. Les manipulateurs ont pris le temps de m'expliquer le déroulement du traitement, l'importance des repères tracés sur le sein, la nécessité d'un positionnement précis et de répondre à mes questions. »*

Au cours de cette séance à blanc, il est primordial de mettre le patient en confiance. La communication est un moyen efficace pour établir une relation de confiance.

3.5 La communication soignant-soigné

3.5.1 La communication

D'après Terrat (2013), la communication permet de former des relations, de partager des émotions, des sentiments, des expériences et des informations. Elle permet aussi de manifester et de satisfaire nos besoins. Dans le cadre du soin, la communication est un outil indispensable pour obtenir les informations nécessaires.

D'après Bioy, Bourgeois et Nègre I. (2013), la communication est : « *un échange de personne à personne, qui mobilise et remanie en temps réel ce que l'on est, et la façon dont l'autre se vit. Étymologiquement communiquer, c'est mettre en commun. À l'origine, ce terme est un synonyme de « communier », mettre en communauté. Progressivement, le terme va prendre le sens de transmettre, d'échanger.* » « *Dans le contexte des pratiques de soins on échange pour l'autre.* »

Pour Shannon, la communication peut être définie comme : « *la transmission d'un message d'un endroit à un autre* ».

Ci-dessous, le schéma de la communication de Shannon.

L'émetteur envoie un message qui doit être compréhensible pour le récepteur : c'est le codage. Le canal, c'est le moyen qu'utilise l'émetteur pour envoyer son message (verbal, non verbal, écrit ...). Le récepteur va ensuite décoder le message pour le comprendre. Le feed-back est la réponse que le récepteur envoie à l'émetteur.

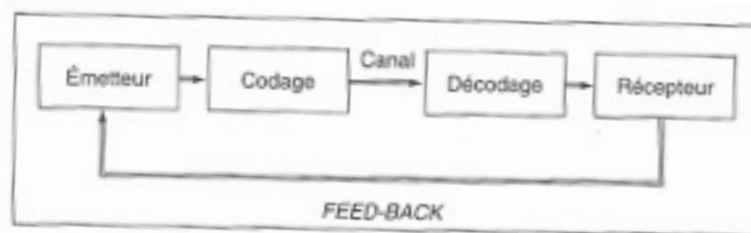


Figure 1. Le schéma de la communication de Shannon

FIGURE 4 : SCHÉMA DE LA COMMUNICATION DE SHANNON

Les rôles entre l'émetteur et le récepteur s'inversent en continu au fil d'un échange, Abric (2004) préfère donc parler de deux interlocuteurs.

Dans la relation soignant-soigné, la communication est donc indispensable. Cela permet de former une relation avec le patient en échangeant des informations, des sentiments, des émotions et des expériences avec ce dernier. La communication nous permet également de transmettre un message aux patients. Pour s'assurer que le message soit bien compris, il faut adapter notre communication au patient.

3.5.2 Groupes d'appartenance

D'après Abric (2004), chaque individu fait partie d'un groupe d'appartenance en fonction de ses valeurs, son éducation, sa personnalité. Le groupe d'appartenance est également défini par le statut social de l'individu. Il va développer un comportement lié à son environnement psychologique et social : « *les comportements et attitudes qui semblent appropriés à son statut* ». Des préjugés et stéréotypes en fonction de ce groupe d'appartenance peuvent altérer la communication entre deux individus.

D'après Terrat (2013), il faut adapter sa communication en fonction du contexte (amis, personne inconnue, supérieur hiérarchique). Chaque individu possède un cadre de référence dû à ses valeurs, son éducation et sa culture. Il est important de s'assurer que le message est bien perçu par le récepteur et pour cela il faut utiliser un langage commun. « *L'émetteur doit donc utiliser un code dont il est sûr que le récepteur comprenne la signification* ». « *Le récepteur doit faire un travail de décodage pour comprendre le message. Il a lui aussi son cadre de référence qui peut influencer la réception du message* ».

Pour communiquer il existe différents langages mais également différents canaux.

3.5.3 Les différents canaux

D'après Terrat (2013), il existe différents moyens de communication, la communication verbale et la communication non verbale. Seulement 10% des informations passent par le canal oral. La communication verbale est simple et claire. La communication non verbale regroupe le langage du corps, les expressions faciales, le regard, le toucher, les gestes et l'apparence. Elle permet d'affirmer le langage parlé mais peut aussi l'influer.

D'après Abric (2004), pour une communication optimale, les conditions physiques de l'échange sont importantes. Le fait d'être côte à côte ou face à face permet une meilleure compréhension. Le locuteur est le créateur de son message, c'est lui qui choisit les mots utilisés. L'attitude de la personne laisse également passer un message. Le fait de sourire montre une attitude d'écoute et une relation positive. Nous devons choisir le meilleur canal pour une communication optimale.

D'après Terrat (2013), certains facteurs peuvent influencer la qualité de la communication. Il faut adapter son mode de communication en fonction des émotions des patients. Si nous sommes personnellement touchés, nous pouvons choisir un autre moment pour communiquer ou demander à un de nos collègues de le faire à notre place. Pour une communication optimale il ne faut pas juger et prendre le temps d'écouter avant de répondre. Pour s'assurer que les informations soient bien comprises nous pouvons reformuler. Être disponible et à l'écoute dans un endroit calme favorise également l'échange.

L'anthropologue Edward Hall a identifié quatre distances relationnelles de base :

- Espace intime (15 - 50 cm)
- Espace privé (50 cm – 1m20)
- Espace social (1m20 – 3m50)
- Espace public (au-delà de 3m50)

Lors des soins nous sommes dans l'espace intime et privé, il faut donc adapter la communication pour que le soin ne soit pas perçu comme une agression.

D'après Bioy, Bourgeois et Nègre (2013), les mots, gestes, attitudes et silence participent à la communication. « *Chaque type de communication renforce l'autre* », et « *le langage du corps est le seul qui soit sincère* ». Une grande partie du message passe par le langage gestuel. Nous devons faire en sorte d'harmoniser notre communication verbale et non verbale, pour ne pas nous contredire par les gestes que nous faisons. Le langage verbal informe et le langage non verbal établit le contact et peut même remplacer la parole. La partie du corps qu'on regarde le plus chez l'autre est le visage. Il permet de montrer pleins d'émotions comme la joie, la surprise, la peur, la colère, la tristesse ... Le fait de sourire, par exemple, est un signe de convivialité, mais il peut aussi montrer de la tristesse, de la tendresse ou de l'ironie. Pour montrer qu'on accorde de l'attention à quelqu'un, on va le regarder. Le regard peut mettre en confiance ou justement engendrer de la méfiance. Notre attitude, même inconsciente, peut laisser passer des messages forts. Le fait de hocher la tête, de regarder la personne ou encore de sourire montre une écoute active de l'autre. En tant que soignant nous devons éviter les gestes qui laissent penser que nous ne sommes pas sûrs de nous, comme les activités de dérivation.

Pour une communication efficace nous devons donc faire attention à notre attitude, notre gestuelle, notre langage du corps et aux mots que nous utilisons. Tout cela permettra d'instaurer une relation d'aide et de confiance.

3.5.4 La relation d'aide

La relation entre un soignant et un patient est définie comme une relation d'aide. D'après Bioy, Bourgeois et Nègre (2013), une relation d'aide est la « *mise en relation de deux individualités dont l'objectif concerne un mieux par le partage de compétences communes* ». Pour la mise en place d'une relation d'aide il faut que le patient fasse confiance au soignant. Il faut que nous soyons à l'écoute et disponible pour ce dernier. La relation d'aide est la manière la plus efficace de prendre soin d'un patient : « *il s'agit de prendre de soin plus que de soigner, d'accompagner plus que de guérir* ».

En tant que soignant, nous ne prenons pas les décisions à la place du patient. Le soignant n'est pas responsable de l'évolution de la maladie mais y participe. « *En revanche il est responsable de ce qu'il donne au patient, de ce qu'il lui transmet en termes d'expériences, de ressources et d'humanité.* ». Nous devons garder en tête que « *tout individu fait le meilleur choix qu'il est possible pour lui de faire à un moment donné* » et que « *tous les individus sont responsables de leurs actes* ». Nous devons seulement lui donner toutes les informations nécessaires pour qu'il fasse ses propres choix.

D'après Bioy, Bourgeois et Nègre (2013), nous devons nous montrer bienveillant et cela peu-importe les choix du patient : « *Le soignant accepte l'individu dans sa globalité* ». Cela facilitera le fait que le patient ait confiance en nous.

3.5.5 Relation de confiance

D'après le dictionnaire de l'académie française (9^e édition), la confiance est « *une espérance ferme que l'on place en quelqu'un, en quelque chose, certitude de la loyauté d'autrui* ». Une relation de confiance permet au patient de se sentir en sécurité et de communiquer plus facilement ses besoins. « *Hildegarde PEPLAU décrit 4 étapes dans l'évolution de la relation de confiance entre le soignant et le soigné :*

- *Une étape d'orientation : chacun des partenaires se présente et recherche contact et sécurité*
- *Une étape de mise à l'épreuve : le soigné cherche à trouver les limites de la confiance qu'il peut avoir dans le soignant avant de s'engager plus loin dans la relation*
- *Une étape d'exploitation de la relation : les personnes échangent pour trouver des solutions. Chacune est acceptée telle qu'elle est.*
- *Une étape de fin de relation : chacun fait le bilan de ce qui s'est passé, conclut la relation et noue d'autres liens avec d'autres personnes »*

3.5.6 Communication efficace

D'après Abric (2004), l'attitude détermine la qualité de la relation, le ton de la voix, les gestes et les actes ou même l'absence d'actes et de gestes détermine la nature et l'intensité des émotions et donc le climat relationnel. Pour une communication optimale l'autre ne doit pas « *se sentir ni jugé, ni analysé, ni interprété* ». Nous devons avoir une attitude d'écoute compréhensive et « *contrôler nos réactions spontanées* ». Nous devons faire attention à l'ordre des mots et aux mots que nous utilisons, tous les mots n'ont pas la même pondération. L'autre peut se sentir agressé. Le fait de commencer par des mots à connotation positive améliore le ressenti de l'autre.

D'après Bioy, Bourgeois et Nègre (2013), il ne faut pas supposer les choses mais toujours demander une validation au patient voire même des compléments d'information si besoin. Cela montre qu'on s'intéresse vraiment à eux. De plus les capacités de communication du soignant « *améliorent la satisfaction du patient* ».

Le fait de faire attention à tous ces paramètres : notre attitude, nos gestes, nos mots ... nous permettra d'améliorer nos capacités de communication tout au long de notre carrière. Comme évoqué par Abric (2004), chaque individu possède un cadre de référence. Son langage est lié à ce dernier mais aussi à ses représentations.

Tout comme chaque individu à son langage en rapport avec son cadre de référence, il possède ses propres représentations.

3.6 Les représentations

Dans la revue soins d'octobre 2010, un article sur la première séance d'hémodialyse mentionne qu'un patient non préparé au soin aura une perception plus négative. Le vécu des patients peut être amélioré en les préparant en amont au soin réalisé. L'impact d'un soin non choisi a également un impact sur le vécu des soignants.

D'après Abric (2004), « *la représentation est une vision du monde, vision fonctionnelle permettant à un individu de donner un sens à ses conduites (elle détermine ses comportements), de comprendre la réalité à travers son propre système de référence (donc de s'y adapter, de s'y définir une place)* ». « *Nous appelons représentations l'ensemble organisé des informations, des croyances, des attitudes et des opinions qu'un individu (ou un groupe) élabore à propos d'un objet donné* ». Les représentations sont donc le fruit de notre imagination. Elles ne représentent pas le monde comme il est mais « *la réalité telle qu'on se la représente* ». Nous pouvons avoir des représentations différentes en fonction de notre groupe d'appartenance, de notre éducation ... Du fait de nos représentations, il est difficile d'aborder une

communication de manière neutre. Notre système de représentation a déjà imaginé cette rencontre avant de la vivre réellement. C'est grâce à la représentation que l'on se fait de l'autre que l'on va choisir le canal utilisé lors de la communication. De la même manière nous nous faisons des représentations de certains objets ou lieux.

4 Enquête de terrain

4.1 Outils d'enquête

Pour mon travail de recherche, j'ai utilisé la méthode déductive. D'après J. Marquet, L. Van Campenhoudt et R. Quivy, dans une démarche déductive la partie théorique précède le recueil de données. La partie théorique nous permet d'élaborer notre outil d'enquête. Ensuite nous articulons les données théoriques avec les données recueillies pour faire l'analyse.

Pour répondre à ma question de départ qui est : **En quoi le rôle du manipulateur radio lors d'une séance à blanc, en radiothérapie, permet de préparer la patiente au traitement pour un cancer du sein ?**

J'ai choisi d'effectuer des questionnaires destinés aux patientes, pour avoir leur ressenti sur les séances à blanc. Ces questionnaires ont été distribués aux patientes qui ont eu ou pas une séance à blanc au cours de leur prise en charge en radiothérapie. Nous avons également voulu interroger celles qui n'ont pas eu de séance à blanc pour connaître leur ressenti par rapport au traitement. J'ai diffusé ces questionnaires dans 2 centres de radiothérapie, un CLCC et un privé.

Pour en connaître plus sur le rôle des MERM lors de ces séances, j'ai également effectué des entretiens semi-directifs avec des MERM qui travaillent en radiothérapie. Ces entretiens ont été réalisés dans les mêmes centres que les questionnaires patientes. Pour cette étude, nous voulions simplement des MERM qui travaillaient en radiothérapie.

Nous avons choisi deux centres différents pour pouvoir avoir 2 façons de faire, et donc potentiellement des avis divergents.

D'après Abric (2004), le questionnaire est : « *la forme la plus achevée de l'entretien directif : tout y est prévu à l'avance* : les thèmes abordés, la formulation des questions, l'ordre des questions et très souvent même les modalités de réponse ».

D'après Abric (2004), l'entretien semi directif ou entretien guidé est : « *un entretien non directif ponctué d'introduction directives des thèmes que le client n'a pas abordés spontanément* ». Ce type d'entretien permet d'aborder tous les thèmes voulus. Contrairement à un entretien non directif où il y a une seule question de posée et ensuite c'est la personne interviewée qui décide des thèmes abordés.

Pour la distribution des questionnaires auprès des patientes, j'ai contacté les cadres de santé des différentes structures par mail. Après validation de leur part, j'ai déposé 30 questionnaires dans chaque structure. Ils ont été distribués auprès des patientes par les professionnels. Après 2 semaines, je suis allée récupérer les questionnaires. J'en ai récupéré 10 dans le privé et 8 au CLCC. Pour les entretiens avec les MERM, je suis également passée par les cadres de santé. Ils m'ont organisé un temps où j'ai pu rencontrer les différents MERM. Au CLCC, comme dans le centre privé, les entretiens se sont réalisés sur du temps de coupe. Je me suis donc entretenue avec les MERM disponibles.

Pour extraire les données des entretiens, j'ai classé les verbatims dans un tableau (Annexe VII), ce qui m'a aidé à rédiger mon analyse par la suite.

4.2 Les limites de l'enquête

Ce travail d'initiation à la recherche nécessite du temps et l'apprentissage d'une méthode rigoureuse. J'ai pu rencontrer plusieurs difficultés lors de sa réalisation.

Cette enquête est menée sur 2 établissements, cela n'a permis de récupérer que 18 questionnaires, il est donc difficile de généraliser. Il y a également eu des données manquantes dû à une mauvaise compréhension de certaines patientes. Cela a été un frein dans l'analyse des questionnaires.

Une autre limite de cette recherche est le peu d'expérience dans la conduite des entretiens. Certaines relances manquaient de précision et pour d'autres la réponse était induite. La pratique des entretiens m'a permis de m'améliorer au cours de mon travail. Cette difficulté sera par la suite un frein dans l'analyse des entretiens. Certains ont des réponses plus détaillées que d'autres. De plus les MERM qui se sont entretenus avec moi n'étaient pas forcément volontaires et pour certains ne pratiquaient que rarement des séances à blanc.

5 Analyse

Dans cette partie, je vais présenter les résultats de mes questionnaires et de mes entretiens. Pour faire référence aux différents entretiens, j'utiliserais E1 pour l'entretien 1, E2 pour l'entretien 2, E3 pour l'entretien 3 et E4 pour l'entretien 4.

Échantillon des entretiens :

MERM	Nombre d'année d'expérience en radiothérapie	Sexe	Nombre d'année d'expérience	Structure
E1	1 an et demi	Femme	Diplômée depuis 1 an et demi	CLCC
E2	3 ans	Femme	Diplômée en 2020	CLCC
E3	17 ans	Femme	Diplômée depuis 17 ans	Privé
E4	30 ans	Femme	Diplômée depuis 31 ans	Privé

5.1 Résultats des questionnaires

Dans cette partie je vais vous présenter les résultats des questionnaires distribués aux patientes.

Pour commencer, je vais vous présenter l'échantillon de patiente. A la question 1 : Quel âge avez-vous ?

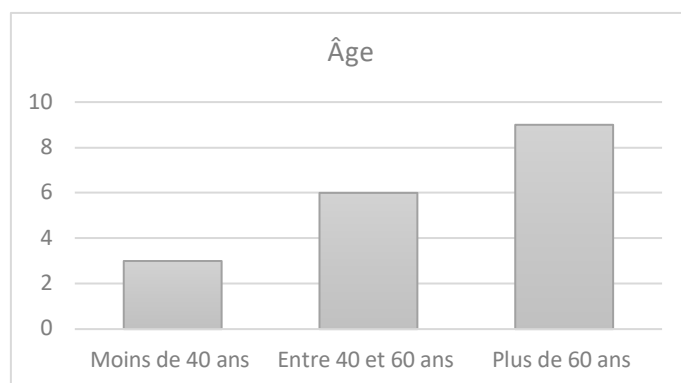


FIGURE 5 : RÉPONSE À LA QUESTION 1 DES QUESTIONNAIRES

3 ont répondu qu'elles avaient moins de 40 ans, 6 entre 40 et 60 ans et 9 ont plus de 60 ans.

A la question 2 : Quand avez-vous commencé la radiothérapie ?

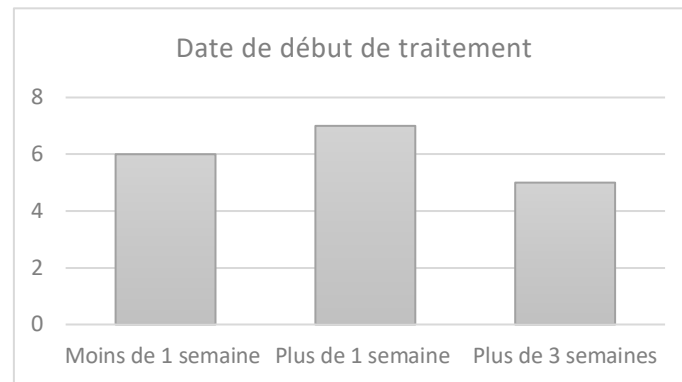


FIGURE 6 : RÉPONSE À LA QUESTION 2 DES QUESTIONNAIRES

6 ont commencé il y a moins de 1 semaine, 7 il y a plus de 1 semaine et 5 plus de 3 semaines.

A la question 3 : Avez-vous bénéficié d'une première séance à blanc (une séance où on ne fait pas de rayons traitement) ?

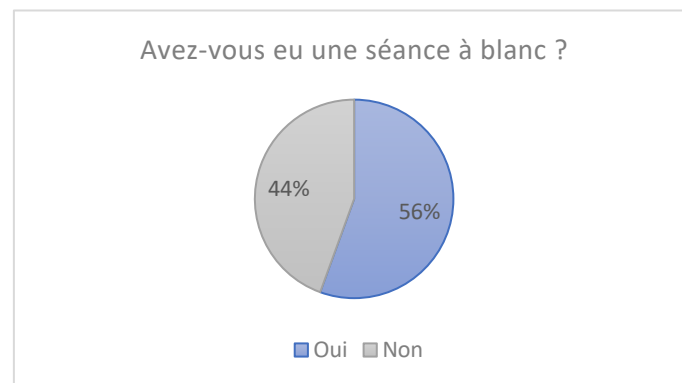


FIGURE 7 : RÉPONSE À LA QUESTION 3 DES QUESTIONNAIRES

56% des patientes ont eu une séance à blanc et 44% n'en n'ont pas eu.

A la question 4 : « Est ce que cette séance vous a permis : », chaque patiente ayant eu une séance à blanc devait donner 3 réponses.

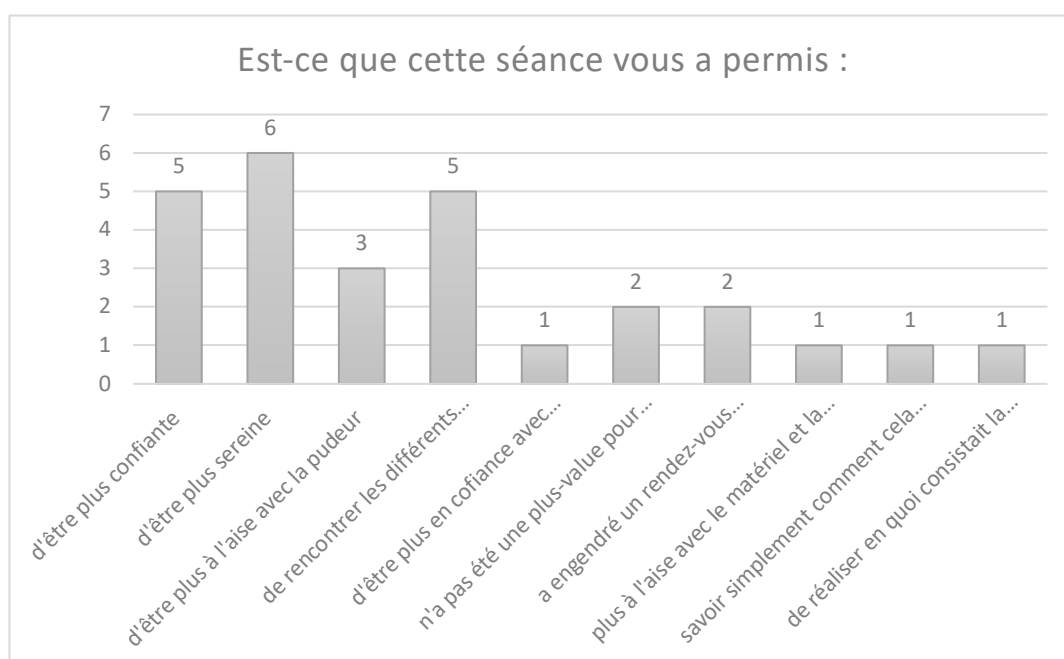


FIGURE 8 : RÉPONSE À LA QUESTION 4 DES QUESTIONNAIRES

Nous remarquons que les réponses qui reviennent le plus sont le fait d'être plus confiante, le fait d'être plus sereine et de rencontrer les différents professionnels.

Certaines patientes ont également répondu « autre » :

- « plus à l'aise avec le matériel et la posture »
- « savoir simplement comment ça allait se passer »
- « de réaliser en quoi consistait la "machine" et d'être assez stressée ensuite (comme quoi les rayonnements ne sont pas anodins) »

2 patientes ont répondu que ça n'avait pas été une plus-value et 2 ont également répondu que cela avait engendré un rendez-vous supplémentaire pour elle.

A la question 5 : Lors de votre parcours de soin dans votre prise en charge lors de votre traitement en radiothérapie, lequel de ces moments vous a semblé le plus important ? Toutes les patientes devaient répondre à cette question.

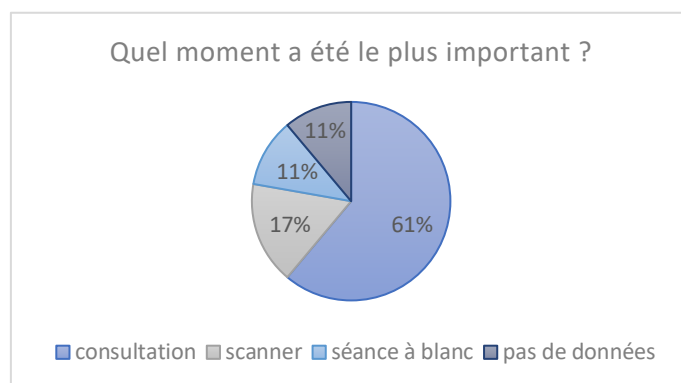


FIGURE 9 : RÉPONSE À LA QUESTION 5 DES QUESTIONNAIRES

61% ont répondu que c'était la consultation avec les MERM, 17% ont dit que c'était le scanner, 11% ont dit que c'était la séance à blanc et 11% des patientes n'ont pas répondu à cette question.

A la question 6, seulement les patientes n'ayant pas eu de séance à blanc devait répondre à cette question : Pensez-vous que cette séance aurait pu être intéressante pour vous ?

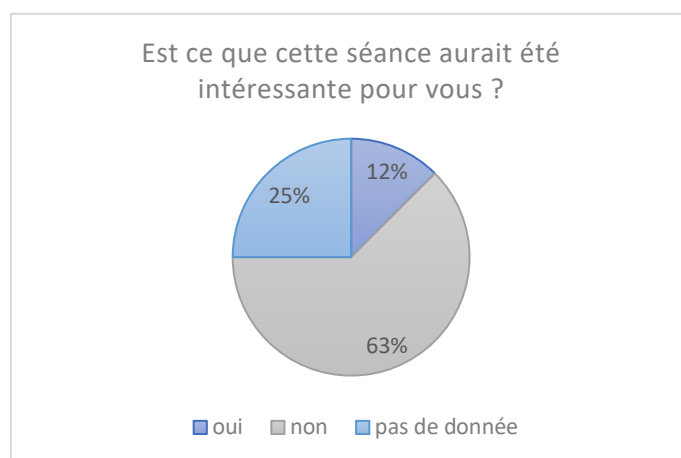


FIGURE 10 : RÉPONSE À LA QUESTION 6 DES QUESTIONNAIRES

La majorité ont répondu que non cette séance n'aurait pas été intéressante pour elles. Elles ont dit :

« Les manipulateurs radio ont répondu à toutes les questions que je me posais et ont très bien expliqué le déroulement de la séance. »

« Je n'en ressentais pas le besoin »

« Pour moi, cela aurait rajouté un rendez-vous alors que j'étais tout à fait prête et désireuse de commencer au plus vite (pour terminer aussi plus vite bien sûre) »

« Les différents professionnels que j'ai rencontrés ont été très informatifs »

Cela montre que si les informations données ont été suffisamment claires, elles ne ressentent pas le besoin de bénéficier d'une séance à blanc par la suite. En général, les patientes n'ayant pas de séance à blanc programmée dans leur protocole de traitement ne sont pas au courant que cela est possible. Cela peut aussi expliquer le fait qu'elles n'en n'ont pas ressenti le besoin.

Je n'ai pas remarqué de différences significatives entre les différents centres.

5.2 Les paramètres techniques

5.2.1 Le positionnement

Les séances à blanc ont tout d'abord un objectif technique pour les MERM. Effectivement on constate que tous les MERM ont évoqué le fait que cette séance à blanc permet de vérifier le positionnement des patients :

« on ne fait pas du tout de traitement, comme ça, après ça permet au médecin de prendre le temps de regarder les images » (154, E1),

« on fait des images qu'on va présenter au médecin avant de traiter » (128, E4).

Sur les images réalisées lors de la séance à blanc, le médecin vérifie la position du MLC.

Pour vérifier le positionnement, il faut que le patient soit dans les mêmes conditions que lors des séances de traitement, choisie lors du scanner de simulation. Effectivement une MERM dit :

« la patiente se positionne comme pour le traitement et on fait des images de contrôle » (19, E3).

Les séances à blanc ne sont réalisées que pour les traitements en RCMI avec faisceau stationnaire (traitements conformationnels) :

« que les conformationnels » (137, E3)

« uniquement pour le conformationnel » (114, E4)

Pour les traitements en RCMI rotationnelle (VMAT), les mesures sont effectuées en amont de la première séance :

« ce qui est VMAT ça a été calculé par la physique, validé par le médecin donc quand on fait nous un CBCT de contrôle comme on fait à chaque séance on connaît au niveau anatomie » (129, E4).

La vérification du traitement est une étape obligatoire avant le début des séances, comme évoqué par une des MERM :

« pour moi c'est plus légal » (125, E2)

Elle peut s'effectuer de différentes manières en fonction des techniques de traitement. Comme évoqué dans Dillenseger, Moershel et Zorn (2016), le contrôle qualité doit être effectué avant la première séance de traitement. Par exemple pour les traitements RCMI rotationnelle, les mesures sont effectuées sur un fantôme avec un semi-conducteur ou grâce aux imageurs portales. Pour les traitements RCMI avec faisceaux stationnaires ou traitement conformationnel, il est possible de faire une séance à blanc. Elle permettra de vérifier la position du patient et la position des MLC (collimateur multi-lames) sur les IP effectuées. Ces IP seront ensuite vérifiées par le médecin avant le début du traitement. Les mesures de doses pour les traitements conformationnels sont réalisées grâce à des diodes placées à la peau des patients.

La séance à blanc permet également de préparer le traitement en amont.

5.2.2 La préparation du traitement

Cette séance peut permettre de régler certains paramètres comme évoqué par 50% des MERM, elle permet de régler les caméras du système de repositionnement surfacique :

« on réglait nos caméras » (I12, E1),

« on prépare nous catalyst » (I104, E4).

Les caméras détectent la surface de la peau des patients. Le système de repositionnement surfacique permet de s'assurer que le patient ait la même position lors des séances de traitement qu'au scanner de simulation. Il permet également de surveiller les mouvements du patient au cours de la séance et de bloquer le faisceau si nécessaire. Les caméras sont également utilisées pour les traitements asservis à la respiration. Dans ces cas-là elles permettent de s'assurer que la patiente bloque bien la respiration pendant le faisceau, et lui indique également de quelle manière elle doit bloquer sa respiration grâce à un indicateur visuel. Au début de chaque traitement, il faut régler les caméras de la salle pour qu'elles détectent correctement la surface de la peau du patient. Le réglage des caméras se fait donc à la première séance de traitement ou lors de la séance à blanc s'il y en a une.

5.2.3 Les traitements asservis à la respiration

Dans 3 entretiens sur 4, elles ont évoqué le fait que des séances à blanc sont réalisées pour les traitements asservis à la respiration :

« pour les traitement RAR » (I17, E1)

« les traitement DIBH » (I91, E3)

« pour les respirations bloquées » (I15, E4)

Pour ces traitements, la séance à blanc peut permettre de vérifier le positionnement du cœur en inspiration profonde bloquée :

« les médecins et les médecins regardent la position du cœur sur le CBCT » (122)

Elle peut également permettre de s'assurer que la patiente tiendra bien la respiration bloquée sur toute la séance :

« voir si elles arrivent à bien tenir » (159, E1)

« bien comprendre le principe de bien bloquer la respiration » (1106, E3)

Certaines patientes stressent de ne pas réussir à bloquer correctement la respiration :

« elle n'arrivait pas à tenir sa respiration un stress supplémentaire pour elle » (1131, E4)

Je pense, au vu des réponses des MERM, que la séance à blanc pour les traitements asservis à la respiration est une plus-value sur le traitement. Elle permet de s'assurer que la patiente réussira à bien tenir la respiration tout au long de la séance de traitement. Si ce n'est pas le cas, cela permet de réajuster avec la patiente avant le début du traitement. De plus pour la patiente cela permet d'avoir un entraînement avant la première séance et donc d'être moins stressée.

5.3 La découverte de l'environnement

5.3.1 Les représentations

3 MERM sur 4 évoquent effectivement le fait que cette séance à blanc permet aux patients de découvrir la salle de traitement :

« permet de découvrir un petit peu l'endroit où ils vont être traités et le matériel, la façon dont ils sont installés » (127, E2),

« les séances se passeront de la même manière » (123, E3).

Dans les questionnaires distribués aux patientes, elles ont également évoqué cet aspect de découverte à la question 5, la séance à blanc permet :

« Familiariser avec la machine »

« Mise en situation rassurante, permet d'avoir moins d'appréhension ».

Ainsi qu'à la question 6 :

« Permet de visualiser la thérapie avant la 1^{re} séance, dédramatiser »

Dans le cadre théorique, nous avons évoqué le fait que chaque personne se fait une représentation de chaque chose ou événement. Cette représentation est basée sur des croyances personnelles et ne sont donc pas la réalité. Le fait de faire cette séance à blanc permet de changer ces représentations et de

visualiser comment se passe réellement la séance de traitement. Se familiariser avec la salle et les machines permet d'être plus rassuré par la suite. Comme évoqué par une patiente qui témoigne dans l'ASN, la séance à blanc est le moment où le patient découvre la salle de traitement, la machine ...

5.3.2 Les explications

Tous les MERM évoquent le fait que lors de cette séance, nous expliquons aux patientes le déroulement de la séance, du traitement et ce que l'on fait. Les mots du champ lexical de « expliquer » reviennent régulièrement au cours des différents entretiens. Effectivement, nous remarquons qu'ils reviennent 3 fois dans l'entretien 1 (145, 146 et 160), 4 fois dans l'entretien 2 (136, 138, 155 et 174), 6 fois dans l'entretien 3 (116, 148, 149, 162, 167 et 186) et 7 fois dans l'entretien 4 (139, 140, 142, 148, 151, 154 et 156).

« réexpliquer » (160, E1)

« expliquer le déroulement du traitement » (116, E3)

« ce qui est important c'est de bien expliquer au patient » (140, E4)

Il est également important de leur faire un rappel sur les conseils à la peau. Pour les cancers du sein, il ne faut pas mettre de crème sur la zone à traiter avant la séance, il ne faut pas s'épiler durant toute la durée du traitement et il faut utiliser des produits (gel douche et crème) neutre.

Les explications qui sont données lors de la séance à blanc ou lors de la première séance de traitement, pour celles qui n'ont pas de séance à blanc, permettent de faire un rappel de ce qui a été dit par le radiothérapeute lors de la consultation d'annonce. Effectivement, une des MERM dit :

« on n'a pas de soucis de manque d'informations » (143, E4)

Le fait d'expliquer aux patients permet d'instaurer une relation de confiance entre l'équipe soignante et le patient. La confiance que le patient porte envers le soignant est importante, comme dit dans l'ouvrage *Communication soignant-soigné*, cela lui permettra *« de se sentir en sécurité et de communiquer plus facilement ses besoins »*. Cette confiance est primordiale pour la suite de la prise en charge. Effectivement, c'est aux MERM que le patient devra se confier sur les effets secondaires au cours du traitement de radiothérapie, qui lui, pourra en retour faire le nécessaire pour le soulager.

L'importance de cette séance à blanc est donc de bien expliquer aux patients ce que nous faisons et pourquoi nous le faisons. Même si le patient ne bénéficie pas de séance à blanc il est primordial de lui expliquer ce que nous faisons tout au long de la prise en charge en radiothérapie. Un patient qui comprend ce qu'on fait sera plus coopérant par la suite.

Cette séance est également un temps où les MERM sont disponibles pour répondre aux différentes questions des patientes comme évoqué par 50% des MERM :

« ça lui permet de réfléchir à des questions qu'elle aurait pu avoir à cette séance à blanc » (147, E1)

« répondre à leurs questions, leur question de planning souvent » (138, E2).

Comme évoqué par Abric (2004), il ne faut pas supposer les choses, il faut toujours demander confirmation. Ici il ne faut pas supposer que le patient a déjà eu ces informations, il vaut mieux le répéter, pour s'en assurer.

D'après le Larousse, une question est une *« demande faite pour obtenir une information, vérifier ses connaissances »*. En posant des questions, les patientes cherchent à connaître une information sur le déroulement du traitement. Cela peut aussi être une question plus technique, une question de planning ou d'organisation.

La communication est donc un outil indispensable lors de la séance à blanc. Elle permet d'obtenir et de passer les informations nécessaires. Nous devons donc nous adapter au patient que nous prenons en charge. Certains patients veulent tout savoir et tout comprendre alors que d'autres préfèrent se laisser guider. Nous devons donc adapter nos explications en fonction de cela et leur donner les informations qu'ils recherchent en nous montrant disponible pour répondre aux différentes questions.

5.4 Le relationnel avec le patient

Le traitement en radiothérapie peut être une source de stress. $\frac{3}{4}$ des MERM disent que la séance à blanc peut donc permettre de les apaiser, de les rassurer ... :

« ça les apaise » (129, E2)

« elles sont plutôt rassurées, elles voient comment ça va se passer et puis la vraie première séance il n'y a pas de surprise quoi » (157, E3)

« c'est beaucoup d'appréhension » (155, E4)

Une des MERM pense que les séances à blanc peuvent au contraire être une source d'angoisse pour les patientes :

« que ça leur mettait un peu plus d'angoisse, parce qu'on les faisait venir un ou deux jours avant leur début de traitement et ils ne comprenaient pas trop pourquoi » (133, E1)

Elle pense aussi que cette séance peut faire peur :

« le mot séance à blanc peut leur faire peur » (135 et 37, E1)

« elles peuvent vite prendre peur » (136, E1)

Je pense, que si le but de la séance à blanc est bien expliqué en amont, elle ne devrait pas être une source de stress ou faire peur. C'est pour cela que le fait d'expliquer aux patients ce qu'on fait, pourquoi on le fait tout au long du traitement est important. Décrire et vivre le déroulement du traitement peut au contraire rassurer les patientes pour la suite. La séance peut être perçue comme inutile pour une patiente qui n'est pas stressée ou qui a eu toutes les explications qu'elle voulait en amont :

« certaines regrettent un peu parce que ça les fait venir une fois de plus » (153, E3)

Une patiente qui n'a pas eu de séance à blanc dit aussi que :

« Pour moi, cela aurait rajouté un rendez-vous »

Une des MERM insiste sur l'aspect psychologique que nous avons tendance à oublier un peu en radiothérapie. Elle dit que grâce à une bonne préparation psychologique, les patients n'auraient pas besoin d'avoir une séance à blanc. Il leur faudrait une préparation anti-stress :

« si on les préparait à gérer leur stress, ils arriveraient peut être à ne pas avoir besoin forcément de cette séance à blanc » (1133, E4)

« si quelqu'un est bien préparé, ça se passe, ça se passerait bien » (196, E4)

Effectivement elle nous donne l'exemple d'une patiente traitée en DIBH pour le sein gauche qui fait de la cohérence cardiaque pour gérer son stress avant les séances de traitement :

« elle gère son stress, elle a appris, donc elle fait de la respiration, de la cohérence cardiaque » (1124, E4)

Et les séances de cette patiente se passent bien.

Je pense donc qu'effectivement une bonne préparation anti-stress peut aider certains patients dans la réalisation de leur traitement. Mais tous les patients ne stressent pas forcément. Pour tous les patients par contre, s'ils ont suffisamment d'explication en amont. La séance à blanc ne leur ai pas forcément bénéfique. Les patientes qui n'ont pas eu de séance à blanc disent que cela ne leur aurait pas été bénéfique car :

« les différents professionnels que j'ai rencontrés ont été très informatifs »

« l'échange avec l'équipe manipulatrice est important »

« les manipulateurs radio ont répondu à toutes les questions que je me posais et ont très bien expliqué le déroulement des séances. »

Cela montre bien que si elles ont suffisamment d'informations avant le début du traitement, la séance à blanc n'est pas indispensable.

5.5 Le parcours du patient

La consultation d'information ou consultation avec les MERM est perçue comme un moment important par les patientes comme par les MERM :

« on aimerait bien qu'ils aient une consultation d'information, auparavant qui permettrait de refaire le point par rapport à ce qu'ils ont eu comme explication avec le médecin » (140, E4)

Cette consultation permet de répondre à leurs différentes questions :

« les patients posent plus de question-là » (154, E2)

« un temps dédié et on leur réexplique tout, les conseils à la peau donc ouais » (154, E2)

Elle permet également aux patientes d'être plus sereines pour leur début de traitement :

« elles sont déjà assez sereines » (147, E2)

Les patientes ont également trouvé pour 67% d'entre elles que c'était le moment le plus important de leur prise en charge.

« Consultation nécessaire et rassurante qui permet d'avoir toutes les explications. Rencontre avec le manipulateur très appréciable avant le début du traitement »

« La consultation permet d'échanger sur la prise en charge générale de ce cancer (tous les traitements vécus) et aussi sur son ressenti concernant la maladie »

« Besoin d'être rassurée et de comprendre comment se déroule la séance et d'avoir des informations sur les effets sur la peau et le corps »

« La consultation avec les MERM est très précieuse, ce qui permet d'avoir une vision du déroulement de la RT, de prendre contact avec le personnel, d'être moins stressée pour la première séance, ce qui est très important et d'être en confiance d'avoir des réponses à nos questions »

Mais dans les 2 centres où j'ai effectué mon enquête, il n'était pas possible que toutes patientes aient une consultation avec un professionnel paramédical. Il y a un manque de créneaux. De plus cela dépend également du médecin référent. Même si la consultation peut être ajoutée à la demande des patients.

« ça dépend des médecins, il y a des médecins qui n'en mette pas non plus » (148, E2)

« il n'y a pas forcément de créneaux disponibles » (129, E3)

S'il n'y a pas de consultation avec un professionnel paramédical, les différentes informations sont données au scanner et lors de la première séance de traitement ou séance à blanc. Cela reste cependant moins détaillé que lors de la consultation.

La consultation avec les MERM est un temps d'échange entre les patients et les MERM. Cela permet aux patients de comprendre comment va se dérouler le traitement, de poser les questions auxquelles ils

n'avaient pas pensé lors de la consultation avec le médecin et d'échanger sur leur prise en charge. C'est également lors de cette consultation que nous pouvons faire un rappel sur les différents effets indésirables et redonner les différentes consignes à respecter durant le traitement.

5.6 Le temps

Au cours des différents entretiens, la notion de temps est une notion qui revient régulièrement.

La séance à blanc peut permettre de diminuer le temps de la première séance de traitement comme évoqué dans le premier entretien :

« c'est des examens qui peuvent être assez long pour le patient donc pour réduire un peu son temps de traitement » (19, E1)

Pour les patients qui ne bénéficient pas de séance à blanc, les MERM prennent quand même un temps pour répondre aux questions ou réexpliquer certains points du traitement :

« celle qui n'a pas de séance à blanc on prend quand même le temps de leur expliquer les mêmes chose » (147, E3)

Il n'y a effectivement pas de différence de prise en charge. Le temps qui n'est pas pris lors de la séance à blanc est pris lors de la première séance de traitement.

En général, il y a un créneau plus long pour les DT (début de traitement) ou les séances à blanc.

« il y a plus de temps de rendez-vous en faites pour la première fois » (137, E2)

« on prévoit plus de temps lors de ces séances-là forcément, par rapport à une séance qui dure une dizaine de minutes on en a le double » (150, E4)

Comme évoqué auparavant, c'est lors de la première séance ou séance à blanc que nous réglons tous les paramètres comme les caméras du repositionnement surfacique ... de plus c'est lors de cette séance que nous réexpliquons au patient le déroulement du traitement, le déroulement des séances, les conseils à la peau ...

Le fait qu'il y ait un créneau plus long de prévu, nous permet d'être plus disponible pour le patient. Effectivement dans l'entretien 2, la MERM insiste sur le mot temps. Il revient 4 fois de la ligne 36 à la ligne 38. Cela montre bien que le fait d'avoir plus de temps lui permet de répondre aux différentes questions des patients. Ce mot revient aussi régulièrement dans l'entretien 4 (150, 155, 157, 191, 192).

Les patients bénéficient donc des explications lors de la consultation d'annonce, lors de la consultation avec un professionnel paramédical, lors du scanner, lors de la séance à blanc ou première séance de traitement.

Je pense qu'il est primordial de prendre le temps de tout expliquer aux patients. De plus le fait de découper les explications en différents temps permet qu'ils les assimilent mieux.

5.7 Le rôle du Manipulateur en électroradiologie médicale

A la question : « C'est quoi votre rôle en tant que MERM durant la séance à blanc ? », elles ont toutes évoqué le côté technique de la séance à blanc. Effectivement la séance à blanc permet de s'assurer du bon positionnement du patient :

« qu'on est parti sur ... un bon positionnement » (187, E4)

Durant cette séance les MERM doivent faire des images de contrôle :

« nous notre rôle du coup c'est de faire l'imagerie » (157, E1)

Ils doivent aussi expliquer le déroulement de la séance, ce qu'ils font et faire un rappel sur les différentes consignes à respecter durant le traitement :

« explique le déroulement de la séance Les conseils à respecter pour la peau et pour le reste » (162, E3)

Et répondre aux différentes questions des patients :

« répondre à leurs questions » (174, E2)

Effectivement comme mentionné dans le décret des manipulateurs en électroradiologie médicale les MERM « *contribuent aux procédures relatives à la préparation des traitements* », « *réalisent des contrôles par dosimétrie* » et « *installe et vérifient le positionnement des patients* ». Lors du traitement en radiothérapie, il y a une relation de confiance qui s'installe entre le patient et le MERM. Peplau H. décrit 4 étapes dans l'évolution de la relation de confiance. Dans l'étape de mise à l'épreuve « *le soigné cherche à trouver les limites de la confiance qu'il peut avoir dans le soignant avant de s'engager plus loin dans la relation* ». Ces limites, le patient peut les tester en posant justement des questions sur le déroulement du traitement. Nous nous devons de donner toutes les informations dont le patient a besoin. Nous devons également être à l'écoute et disponible pour lui, cela permettra qu'il se confie plus facilement.

50% des MERM ont également évoqué le côté plus relationnel de cette séance à blanc. Pour elle la séance à blanc permet de rassurer les patientes, de communiquer et d'échanger avec elles :

« je pense ... de les rassurer, de communiquer, d'échanger » (187, E4)

« la rassurer » (162, E3)

D'après Terrat (2013), « *la communication permet de manifester et de satisfaire nos besoins* ». C'est grâce à la communication que le patient nous envoie un message qui peut nous laisser penser qu'il est stressé. Ce message peut passer par la communication verbale ou non verbale, nous devons donc faire attention à tous les signaux que le patient nous envoie, d'après communication soignant-soigné, « *le langage du corps est le seul qui soit sincère* ».

Au cours des séances de traitements, nous devons éviter de montrer que nous sommes stressées car nous pouvons communiquer notre stress aux patients. Effectivement un des MERM nous dit :

« *on ne se rend pas compte que la personne qui est déjà stressée, elle se dit, punaise, ils ne gèrent pas le truc quoi* » (1137, E4)

« *Mais c'est vrai qu'on ne peut pas forcément toujours cacher son stress* » (1139, E4)

Dans communication soignant-soigné, ils évoquent le fait que « *nous devons éviter les gestes qui laissent penser que nous ne sommes pas sûre de nous, comme les activités de dérivation* ». Nous devons donc faire attention à nos mots mais aussi à nos gestes pour ne pas montrer ce stress qui peut être dû au fait que c'est un traitement que nous n'effectuons pas souvent.

Je pense que notre rôle au cours de la séance à blanc est d'expliquer les différentes étapes aux patients et répondre à leurs différentes questions. Nous devons également effectuer les différents réglages nécessaires pour débiter le traitement et faire les images de contrôles que le médecin vérifiera avant la première séance. C'est au cours de cette séance à blanc que nous instaurons une relation de confiance avec le patient. Il faut que nous soyons disponibles et à l'écoute de ce dernier. Cela permettra également de savoir si le patient est stressé. Nous devons également faire attention à notre attitude pour le mettre en confiance.

5.8 Synthèse de l'analyse

L'essentiel des éléments ressortant des entretiens et des questionnaires est l'importance des explications sur le traitement et le déroulement des séances. Les patientes reçoivent les informations à différents moments. Le fait de le répéter plusieurs fois leur permet de bien tout assimiler. La prise en charge commence par la consultation d'annonce avec le médecin radiothérapeute qui explique une première fois toutes les étapes du traitement, la prescription et les effets indésirables. Puis ces informations sont reprises lors du scanner, de la consultation paramédicale ou encore lors de la première séance ou séance à blanc. Effectivement les patientes ayant déjà eu toutes les informations avant ne ressentaient pas forcément le besoin d'avoir une séance à blanc car les séances de traitement ne représentaient pas de stress supplémentaire pour elles.

Je pense que la consultation paramédicale est une étape importante dans la prise en charge. Même si elle n'est pas toujours effectuée par manque de créneaux disponibles. Elle permet d'avoir un temps dédié pour répondre aux différentes questions des patientes. Les patientes ayant eu cette consultation sont plus sereines lors des séances de traitement.

Étant donné que la consultation avec le MERM n'est pas toujours réalisable, la séance à blanc peut être un temps dédié à cet échange. Je pense que la séance à blanc permet une mise en situation qui peut être utile pour les patientes stressées. De plus, c'est au cours de cette séance qu'elles découvrent la machine et la salle de traitement.

Au cours de cette séance nous devons faire attention à notre attitude, pour ne pas laisser paraître un manque de confiance en soi par exemple. De plus pour donner des consignes claires il faut que nos paroles et notre communication non verbale soient en adéquation.

Même s'il n'y a pas de séance à blanc, un temps est pris lors de la première séance de traitement pour bien expliquer ce que nous faisons et pourquoi nous le faisons. Un créneau plus long est réservé pour cette séance. Cela permet d'être plus disponible pour le patient.

Je pense donc que ce qui est important est la prise en charge globale des patientes en radiothérapie. Nous devons nous adapter aux différentes patientes dans nos explications ou encore dans notre savoir être. Certaines patientes auront besoin d'être plus rassurées. La relation de confiance s'installe au fur et à mesure de la prise en charge.

Le rôle des MERM au cours de la séance à blanc est d'expliquer ce que nous faisons et pourquoi nous le faisons. Il faut qu'elles comprennent que le but de cette séance à blanc est de vérifier le positionnement avant le début du traitement pour éviter une source de stress supplémentaire. Nous nous devons également de réexpliquer les différentes étapes, de redonner les consignes par rapport aux effets secondaires et de répondre à ses questions. Tout cela permettra donc d'instaurer la relation de confiance avec la patiente pour qu'elle vive au mieux son traitement en radiothérapie.

6 Conclusion

Ce travail de fin d'étude m'a permis d'avoir une première approche de la démarche de recherche. J'ai donc pu confronter mon expérience de stage, mes connaissances théoriques avec des lectures nouvelles et une enquête avec des entretiens et des questionnaires.

Les lectures effectuées au cours de ce travail m'ont permis de me poser des questions sur ma pratique future et d'enrichir mes connaissances. La conduite des entretiens n'est pas un exercice facile. Au fur et à mesure de la réalisation de ces derniers, je me suis sentie plus à l'aise dans les questions de relances. Il est également difficile, quand on a une idée en tête, de ne pas influencer les réponses de l'autre. L'étape du traitement de données m'a rassuré dans le contenu de mon analyse. J'ai également pu découvrir la méthode de réalisation de questionnaires. Élaborer des questions à réponses multiples est un travail qui reste compliqué. J'aurais souhaité avoir des questions plus ouvertes, mais le travail d'analyse par la suite s'avère plus complexe.

La question de départ de ce travail de recherche est : En quoi le rôle du MERM lors d'une séance à blanc, en radiothérapie, permet de préparer la patiente au traitement pour un cancer du sein ?

Nous avons vu que les MERM ont tout d'abord un rôle dans la vérification du positionnement du patient et dans le réglage des différents paramètres techniques. La séance à blanc permet également aux patientes de découvrir la salle de traitement, ainsi que le déroulement d'une séance avant le début du traitement. La préparation et les explications en amont sont primordiales pour que le patient vive au mieux ses séances de traitement. La relation de confiance s'installe au fur et à mesure de la prise en charge. Nous avons vu que s'il n'y avait pas de séance à blanc, les MERM prennent le temps de tout expliquer de la même manière aux patients au cours de la première séance. Le MERM a donc un rôle essentiel lors de la séance à blanc pour préparer la patiente au traitement.

J'ai vu au cours de mon travail de recherche que les séances à blanc n'allaient plus être réalisées grâce aux améliorations des techniques. Et comme nous avons pu le voir, elles ne sont pas indispensables pour les patients si toutes les informations ont bien été données en amont. De plus, lors de la première séance de traitement un temps est pris également pour répondre à leurs différentes questions. La séance à blanc permet tout de même aux patients les plus stressés d'avoir une première approche avec le déroulement de la séance.

Le fait d'avoir l'avis des patientes grâce aux questionnaires a été très enrichissant. Cela a permis de répondre aux questions dont les MERM n'avaient pas forcément la réponse.

Ce travail de recherche nous amène à d'autres interrogations :

La séance à blanc permet aux patientes de découvrir l'environnement de la salle de radiothérapie, et de vraiment se représenter le déroulement de la séance de traitement. En quoi, la réalisation d'une séance à blanc pour des examens d'imageries, pour les patients les plus stressés, leur permettraient de mieux les appréhender ?

7 Bibliographie

Ouvrage

ASN. (Novembre 2011). La première séance à blanc. Bulletin la sécurité du patient n°2.

Dillenseger, J-P. Moerschel, E. Zorn. C. (2016). Guide des technologies de l'imagerie médicale et de la radiothérapie. 2^e édition. ELSEVIER MASSON.

Abrie, J-C. (2004). Psychologie de la communication. Théories et méthodes. ARMAND COLLIN.

Institut National du Cancer. (Octobre 2009). Comprendre la radiothérapie.

Paillard, C. (2018) Relation. Dictionnaire Des Concepts en Sciences Infirmières. 4^e édition. NOISY LE GRAND : SETES

Marquet, J. Van Campenhoudt, L. Quivy, R. (2022) Manuel de recherche en sciences sociales. 6^e édition. ARMAND COLIN.

Cancer Info. (Octobre 2013) Les traitements des cancers du sein. Guides patients.

Bioy, A. Bourgeois, F. Nègre I. (2013) Communication soignant-soigné. Repères et pratiques. 3^e édition.

Revue

Terrat, E. (Octobre 2013) La communication fonctionnelle. L'aide-soignante.

Hémery, P. (Le 31/05/2022). Une salle de radiothérapie simulée en 3D prépare le patient à son parcours de soin. HOSPIMEDIA.

Grimault, M. Isnard Bagnis, C. Tourette Turgis, C. (10/2010). La 1^e séance d'hémodialyse, vécu des patients et des soignants. Soins (p28-31).

Web

L'internaute. (Mis à jour le 6/01/2021). Simulation.

<https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/simulation/>

ASN. (Mis à jour le 3/09/2021). La première séance « à blanc ».

<https://www.asn.fr/espace-professionnels/retour-d-experience/bulletin-la-securite-du-patient/2-la-premiere-seance-a-blanc>

Larousse. (Consulté le 12/12/2022). Habituation.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/habituacion/38782>

Académie nationale de médecine. (Consulté le 19/11/2022). Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. JM Mantz et F Wattel

<https://www.academie-medecine.fr/importance-de-la-communication-dans-la-relation-soignant-soigne/>

La communication soignant-soigné : un espace de guérison ? Christophe LORREYTE [en ligne] (consulté le 19/11/2022)

<https://christophe-lorreyte.fr/communication-soignant-soigne-vers-un-espace-de-guerison/>

Dictionnaire médical. (Consulté le 8/11/2022). Soin.

<https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/558-soin/>

Larousse. (Consulté le 30/01/2023). Communication.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

National Library of Medicine. (Consulté le 21/03/2023). Deep Inspiration Breath Hold : technique and advantages for cardiac sparing during breast cancer irradiation

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5893752/>

IRSN. (Consulté le 13/03/2023). Savoir et comprendre. Le déroulement d'une radiothérapie externe.

https://www.irsn.fr/FR/connaissances/Sante/exposition-patients-sante-radioprotection/radiotherapie/radiotherapie-cancer/Pages/2-radiotherapie-externe-deroulement.aspx#.ZA7m1S_pNQI

Jordy Ramos. (Consulté le 12/04/2023) Mise en place d'un dispositif de repositionnement surfacique dans un service de radiothérapie

<https://travaux.master.utc.fr/wp-content/uploads/sites/16/2022/06/ids-159-mise-en-place-dun-systeme-de-repositionnement-surfacique-dans-un-centre-de-radiotherapie-j-ramos.pdf>

Larousse. (Consulté le 14/04/2023). Question.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/question/65653>

Legifrance. (Consulté le 12/01/2023). Décret n° 2016-1672 du 5 décembre 2016 relatif aux actes et activités réalisés par les manipulateurs d'électroradiologie médicale.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033537927>

Diaporama :

Dr Lecouillard. (2022) Cancer du sein.

ANNEXES

<u>ANNEXE I : QUESTIONNAIRE PATIENTE</u>	1
<u>ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN</u>	3
<u>ANNEXE III : ENTRETIEN 1</u>	4
<u>ANNEXE IV : ENTRETIEN 2</u>	6
<u>ANNEXE V : ENTRETIEN 3</u>	9
<u>ANNEXE VI : ENTRETIEN 4</u>	12
<u>ANNEXE VII : TABLEAU DES ENTRETIENS</u>	17

Annexe I : Questionnaire patiente

Bonjour,

Je suis étudiante en 3^e année de Manipulateur en électroradiologie médicale à l'institut de formation de Rennes. Je fais ce questionnaire dans le cadre d'un travail de fin d'étude. Il porte sur la prise en charge d'une patiente en radiothérapie. Cela ne vous prendra que 2 min.

Cette enquête anonyme, me permettra de recueillir les données nécessaires pour la réalisation de ce travail. Pour y répondre vous devez être en cours de traitement de radiothérapie pour un cancer du sein.

Je vous remercie par avance du temps que vous prendrez pour répondre à ce questionnaire.

Chloé

1) Quel âge avez-vous ?

Moins de 40 ans

Entre 40 et 60 ans

Plus de 60 ans

2) Quand avez-vous commencé la radiothérapie ?

Moins d'une semaine

Plus d'une semaine

Plus de 3 semaines

3) Avez-vous bénéficié d'une première séance à blanc (une séance où on ne fait pas de rayons traitement) ?

Oui

Non

Si non, allez directement à la question 5.

4) Est-ce que cette séance vous a permis (*possibilité de sélectionner 3 réponses au maximum et les classer de 1 à 3 selon votre préférence*) :

D'être plus confiante

D'être plus sereine

D'être plus à l'aise avec la pudeur

De rencontrer les différents professionnels

D'être plus en confiance avec l'équipe

N'a pas été une plus-value pour votre traitement

A engendré un rendez-vous supplémentaire

Autre :

- 5) Lors de votre parcours de soin dans votre prise en charge lors de votre traitement en radiothérapie, lequel de ces moments vous a semblé le plus important ? (*1 seule réponse attendue*)

La consultation avec les manipulateurs en électroradiologie médicale

Le scanner de simulation

La séance à blanc (séance où on ne fait pas de rayons de traitement)

Pouvez-vous justifier votre réponse :

.....

.....

.....

- 6) *Répondre à cette question uniquement si vous avez répondu « non » à la question 3.*

Pensez-vous que cette séance aurait pu être intéressante pour vous ?

Oui

Non

Pouvez-vous justifier votre réponse :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci

Annexe II : Guide d'entretien

Bonjour,

Je m'appelle Chloé, je suis étudiante en 3^e année de manipulateur en électroradiologie médicale à l'Institut de Formation de Rennes. Je réalise cet entretien dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Le sujet de ce mémoire porte sur les séances à blanc en radiothérapie.

Est-ce que vous acceptez que j'enregistre l'entretien ? Cela me permettra d'utiliser vos réponses pour mon travail, cela dans le respect de l'anonymat.

- Pour commencer est-ce que vous pouvez vous présenter et me parler de votre parcours professionnel
- Pouvez-vous définir selon vous une séance à blanc ? est-ce que vous en pratiquez dans votre centre ? pour quel traitement ?
- Quels sont les objectifs de ses séances ?
 - o Quels sont les objectifs pour vous ?
 - o Quels sont les objectifs pour les patients ?
- Est-ce que selon vous cette séance apporte quelque chose aux patients ?
 - o Pouvez-vous citer des exemples
- Selon vous y-a-t-il des différences au niveau de la prise en charge avec des patients qui n'ont pas de séance à blanc ?
 - o Lesquelles ?
 - o Pourquoi ?
 - o Pouvez-vous citer des exemples ?
- Est-ce que ces patients sont plus préparés pour leur première vraie séance ?
- Quel est votre rôle en tant que MERM lors de ces séances à blanc ?

Annexe III : Entretien 1

C (moi) : Alors du coup pour commencer est-ce que vous pouvez vous présenter, présenter votre parcours ?

MERM : ouais, donc je m'appelle X, je suis au centre en radiothérapie depuis maintenant 1 ans et demi et avant j'ai fait mes études à l'école de Rennes à l'IFMEM.

5 C : Ok très bien, heu pour vous c'est quoi une séance à blanc ?

MERM : Et bah une séance à blanc, alors pour nous avant il y avait plusieurs objectifs, maintenant bah les techniques évoluent donc il y a de moins en moins de séances à blanc, mais il y en a encore. Et avant les séances à blanc avaient pour objectifs, par exemple je prends la machine du Versa qu'on a ici .. heu .. c'est des examens qui peuvent être assez longs pour le patient donc pour réduire un peu son temps de traitement à la première séance, parce que à la première séance on a pas mal de paramètres à régler et bien l'objectif de cette séance là c'était de ... en faites ... que le début de traitement soit moins long donc on faisait venir 1 ou 2 jours avant comme ça on réglait ... heu ... on faisait notre CBCT, on réglait nos caméras et heu le jour du DT (Début de traitement) c'est beaucoup moins long pour le patient.

10 C : Oui ok. Moi ce que j'étudie c'est plus les séances à blancs pour les cancers du sein, mais est-ce qu'il y en a pour d'autre traitement ?

MERM : Oui il y en avait pour d'autres traitements à l'époque, surtout pour les stéréos heu maintenant pour les cancers du sein bah c'est surtout pour les RAR plutôt.

C : Ok, les RAR du coup c'est ...

MERM : Les RAR c'est les traitements asservis à la respiration.

20 C : Oui c'est vrai

MERM : Quand c'est un sein gauche pour épargner le cœur. Du coup cet objectif-là, c'était de faire venir la patiente, pareil, 1 ou 2 journées avant et de lui faire faire un CBCT pour qu'ensuite les physiciens et les médecins regardent la position du cœur sur le CBCT. Donc ça c'est un tout nouveau protocole, qui vient d'être mis en place cette année, donc c'est en cours de projet. Et donc du coup ouais les physiciens et les médecins regardent la position du cœur et heu nous ça nous permet aussi de voir si tout au long du traitement on doit faire un CBCT ou sinon en fonction des décalages que l'on obtient, faire juste des Xi, donc des contrôles d'imagerie avant la séance.

25 C : ouais ok, et du coup pourquoi c'est plus fait forcément, parce que les techniques augmentent, elles s'améliorent quoi ...

30 MERM : et bah pour les autres traitements c'était devenu un peu inutile, du coup ils ont décidé maintenant d'arrêter ces séances à blanc. Mais pour les seins c'est toujours d'actualité.

C : ok, et pour les patientes est ce que ça apportait quelque chose selon vous ?

MERM : bah non, je pense que ça leur mettait un peu plus d'angoisse, parce qu'on les faisait venir un ou deux jours avant leur début de traitement et ils ne comprenaient pas trop pourquoi ils commençaient dès maintenant. Donc en plus le mot séance à blanc peut leur faire peur heu du coup non c'est pas très

35

... moi je trouve pas ça .. heu .. très bien pour les patientes parce qu'elles peuvent vite prendre peur et c'est un mot qui peut faire peur et elles ne comprennent pas trop pourquoi ça leur sert ou nous sert et puis voilà

C : Ouais, ok. Donc pour vous ça n'apporte rien aux patientes.

40 MERM : Non

C : et au niveau des prises en charge du coup c'est quand même différent entre une personne qui a une séance à blanc ou pas ?

MERM : Bah c'est pas qu'elle est différente, c'est surtout que des fois pour les débuts de traitement ça prenait beaucoup vachement moins de temps. Parce qu'une personne qui n'a pas de séance à blanc
45 admettons bah quand elle arrive on va tout lui expliquer d'un coup. Donc elle absorbe beaucoup, beaucoup, beaucoup d'informations alors que la pendant la séance à blanc, on lui expliquait et quand elle venait le 1^{er} jour elle savait tout. Donc ça lui permettait de réfléchir à des questions qu'elle aurait pu avoir à de cette séance à blanc.

C : Ok, et donc ... heu ... les patients qui viennent pour les séances à blanc, ils sont plus préparés pour
50 la première séance.

MERM : voilà c'est ça exactement.

C : Ok, et donc en tant que manip, c'est quoi vraiment notre rôle pendant la séance à blanc ?

MERM : Et bah du coup si je prends l'exemple d'un sein par exemple, un sein RAR, heu bah du coup nous on va juste, en faites la séance à blanc c'est juste un CBCT .. une imagerie. On ne fait pas du tout
55 de traitement comme ça après ça permet au médecin de prendre le temps de regarder les images, voir ce qui va et qui ne va pas, régler les derniers paramètres avant de commencer sont début de traitement et nous notre rôle du coup c'est de faire l'imagerie, faire le recalage quand même, comme si on était en traitement, sauf qu'on ne va pas appliquer les décalages, on va les ignorer et après c'est juste pour les RAR par exemple, nous ça nous permet de voir si elles arrivent à bien tenir, si elles arrivent à tenir
60 l'apnée et sinon, leur réexpliquer comment faire faire et puis comme ça le jour du début de traitement tout est parfait.

C : Ok très bien, je n'avais pas forcément d'autres questions

MERM : ok et bah parfait

65 Annexe IV : Entretien 2

C : Du cou mon sujet de mémoire c'est sur les séances à blanc en radiothérapie, moi c'est plus au niveau du cancer du sein, mais après on pourra aborder aussi les autres traitements.

MERM : ouais, on ne fait plus de séance à blanc pas en sein

5 C : ah oui ok très bien, donc pour commencer est-ce que vous pouvez vous présenter, et me parler un petit peu de votre parcours.

MERM : heu ... et bah j'ai été diplômée de l'école de Rennes en 2020 et donc ça va faire 3 ans que je suis-là, j'ai fait mon stage pré pro et j'ai fait 6 mois de scanner et que de la radiothérapie sinon.

C : Ok très bien, et sinon est-ce que vous pouvez définir une séance à blanc.

10 MERM : Bah les séances à blanc pour moi c'est quand le patient vient et qu'on ne fait pas de rayons du tout. Soit on fait des radios de contrôle soit on l'installe, pour ... vérifier la position.

C : Ouais ok, et c'est pratiqué pour quel traitement ici ?

MERM : bah le sein, on fait des radios de contrôle pour le sein et heu bah maintenant on fait beaucoup de CBCT, on ne fait plus de radio de contrôle, on fait des scanners, pour vérifier la position ... et heu il me semble que pour le cœur aussi on fait des séances à blanc, c'est tellement rare que c'est vrai qu'on
15 n'y pense pas, mais c'est vrai qu'on fait des séances à blanc pour le cœur aussi. Mais ... heu ... on ne fait pas de radio de contrôle quoi, on installe juste le patient en position.

C : et donc ce n'est pas pour tous les seins que vous faites des séances à blanc ?

MERM : heu non, avant oui maintenant non.

C : et c'est du à quoi ça ?

20 MERM : En fait sur le ... les Halcyon, depuis qu'ils ont été installés on fait des contrôle qualité VMAT avant que le patient vienne. Du coup en fait on n'a pas besoin de faire de radio de contrôle. On fait juste un CBCT avant chaque séance, mais parce que c'est la particularité des Halcyon, t'as pas le droit de traiter tant que tu n'as pas fait le CBCT.

C : ok, très bien et les objectifs de ces séances selon vous ?

25 MERM : Bah pour moi c'est plus légal, c'est parce qu'on est obligé de faire des radios de contrôle avant la séance. Avant de commencer même les séances et s'il n'y a pas de contrôle qualité de fait, on est obligé de faire des radios et des mesures. Mais heu, et je pense que les patients ça leur permet de découvrir un petit peu l'endroit où ils vont être traité et le matériel, la façon dont ils sont installés et peut être que ça va ... il se peut que ça les apaise quoi ... fin je sais pas

30 C : que ça les rassure ...

MERM : oui que ça les rassure (rire). Oui parce que le fait d'avoir découvert l'environnement sans avoir de rayons c'est déjà quand même pas mal.

C : et donc oui aux patientes ça leur apporte... ça les rassure .. et tout

MERM : oui voilà ça les rassure ...

35 C : et au niveau des explications aussi c'est là que vous pouvez répondre aux questions

MERM : Oui voilà, on a plus de temps parce qu'on sait qu'on n'a pas de traitement à faire, on a plus de temps pour leur expliquer et puis il y a plus de temps de rendez-vous en fait pour la première fois. Donc c'est vrai qu'on a plus le temps de leur expliquer, de répondre à leurs questions, leur question de planning, souvent c'est des questions de planning.

40 C et MERM : rire

MERM : Questions de planning, et même les questions autour de leur traitement hein

C : Oui, qu'elles n'ont pas forcément posé avant ou ...

MERM : oui c'est ça ... au scanner elles n'y pensent pas et après entre le scanner et le traitement il y a peut-être 3 semaines. Donc pendant les 3 semaines je pense qu'elle ...

45 C : et elles n'ont pas forcément de consultation heu ...

MERM : non pas tout le temps, parfois c'est à la première séance, parfois c'est au scanner. Donc quand c'est au scanner souvent ça se passe bien, parce qu'elles arrivent elles ont déjà eu la consulte, elles sont déjà assez sereines. Et parfois ça arrive pendant la première semaine de traitement et ça dépend des médecins, il y a des médecins qui n'en mettent pas non plus. Parfois il y a des patientes on dit, « bah là
50 il faudra une consulte, parce qu'elle pose trop de questions » (rire) et le médecin en n'a pas prévu, mais on peut organiser ça.

C : bah ouais parce que .. cette consultation avec les manipulateurs.... Fin ça permet quand même de réexpliquer tout

MERM : ouais carrément, les patients posent plus de question-là, ils savent que c'est un temps dédié et
55 on leur réexplique tout, les conseils à la peau donc ouais

C : ouais ok, et au niveau des différences de prise en charge du coup entre une patient qui a admettons, une séance à blanc et une autre qui n'en n'a pas ...

MERM : heu ... bah celle qui n'en n'ont pas heu du coup elles pensent que c'est normal en fait ... fin elles ne savent pas ... ouais les patientes ne savent pas que .. que des patientes ont une séance à blanc et
60 d'autre pas en faite

C : Oui et dans ces cas-là vous faites tout la même journée

MERM : ouais on commence tout la même journée. Après je ne sais pas, comme ça je ne peux pas te dire si elles sont plus sereines ou pas quoi

C : ouais ok. Celles qui ont des séances à blancs, est-ce qu'elles sont quand même plus préparées pour
65 la première séance après ?

MERM : Bah oui, bah en faites elles ont moins de questions parce qu'elles les ont posées à la première séance

C : Oui puis elles ont déjà vu le repositionnement

MERM : oui c'est ça, ouais je pense qu'elles ont quand même moins de questions

70 C : et moins d'appréhension aussi.

MERM : (approbation)

C : et au niveau de votre rôle en tant que manip durant cette séance ? au niveau de la communication ou

MERM : Bah, on leur explique le traitement, on est là pour répondre à leurs questions, leur ... oui c'est ça.

75

C : Très bien bah merci beaucoup

Annexe V : Entretien 3

C (moi) : Du coup mon sujet c'est sur les séances à blanc en radiothérapie, et plus particulièrement pour les cancers du sein.

MERM : D'accord

5 C : Pour commencer est-ce que vous pouvez vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ?

MERM : Moi c'est X, je suis manipulatrice depuis quasiment 17 ans j'ai travaillé qu'en radiothérapie depuis que je suis sortie de l'école. Et je n'ai travaillé qu'ici en fait.

C : Pouvez-vous définir une séance à blanc.

10 MERM : Donc une séance à blanc c'est une séance où on vérifie la mise en place du traitement, la patiente se positionne comme pour le traitement et on fait des images de contrôle avec l'appareil de traitement.

C : Ok ouais, et donc comment elle se déroule à peu près ?

15 MERM : Heu ... il faut compter 15 min, on met en place la patiente sous l'appareil de traitement, même condition qu'au scanner avec les points de tatouage ... on se positionne sur les points de tatouage et après on fait des images avec l'appareil de traitement.

C : Ok très bien. Et donc pour vous c'est quoi les objectifs de la séance ?

20 MERM : Expliquer le déroulement du traitement, rassurer les patients, et puis décrire un petit peu les différentes étapes du traitement avec les patients, ça permet de les rassurer et de leur donner un petit peu le principe des séances après, parce que ça se passe quasiment de la même manière donc ça les aide à comprendre ce qui va se passer par la suite.

C : Ouais ok, et pour elles c'est ça, ... l'objectifs pour eux c'est de découvrir tout ...

MERM : Bah c'est de découvrir les appareils, la salle, la façon dont ça va se passer et de voir que ce n'est pas douloureux. C'est juste qu'il faut rester immobile ... et que ça se passe bien et que les séances se passeront de la même manière après, c'est rassurant ... ouais

25 C : Ouais, et est-ce qu'ici elles ont une consultation avec des manips avant ?

MERM : Heu pas toutes les patientes, il y en a quelques-unes qui en ont, mais c'est vrai que toutes les patientes n'ont pas de consultations d'informations avant ... avant de débiter.

C : Ouais ok, et ça ça dépend de quoi ?

30 MERM : Ca dépend des médecins qui n'ont pas forcément, ça dépend des patients qui n'en n'ont pas forcément envie ... il n'y a pas forcément toujours les créneaux de disponible non plus donc il y a beaucoup de paramètres. S'ils n'ont pas de consultations d'infos, ils peuvent avoir des informations au scanner mais forcément c'est moins détaillé que lors de la consultation d'info où il y a une heure de discussion par rapport à ce qu'il va se passer.

35 C : Oui, et donc après le scanner c'est vraiment la première séance ou la séance à blanc où ils peuvent poser leurs questions.

MERM : Oui c'est ça.

C : Et des séances à blanc vous-en faites pour tous les traitements de cancer du sein ?

MERM : Que les conformationnels, que les traitements ...

C : Oui quand c'est en VMAT ...

40 MERM : non en VMAT on enchaîne directement la séance et comme toutes les séances

C : Ok, et donc pour vous qu'est-ce que cette séance apporte aux patients ?

MERM : Ca permet de définir ce qui va se passer par la suite, ça permet de comprendre comment ça va se passer, ça permet d'avoir une discussion sur les différentes ... les systèmes qu'il faut faire pour les séances ... ne pas mettre de crème, faire attention à la peau exetera. Ça nous permet de discuter, de bien

45 bien rassurer les patients sur ce qui va se passer et leur donner tout ce qu'il faut faire.

C : Ok, et est-ce qu'il y a une différence de prise en charge avec une patiente qui n'a pas de séance à blanc ? au niveau relationnel peut être ...

MERM : Pas forcément, parce que celle qui n'a pas de séance à blanc on prend quand même le temps de leur expliquer les mêmes choses, les différents paramètres qu'il faut respecter, de faire attention ...

50 ouais on prend quand même le temps pour des traitement VMAT à la première séance d'expliquer tout ça

C : Ok, et ... et donc les patientes qui ont une séance à blanc elles sont quand même plus préparées après

MERM : Oui, ouais, parce qu'elles ont vu, après ça fait ... certaines regrettent un peu parce que ça les fait venir une fois de plus mais c'est dans le protocole de ... de leur traitement donc c'est comme ça.

55 Mais dans l'ensemble c'est plutôt bien ... bien perçu.

C : Ouais elles aiment bien ...

MERM : Bah elles sont plutôt rassurées, elles voient comment ça va se passer et puis la vraie première séance il n'y a pas de surprise quoi.

C : Oui elles savent comment ça se passe.

60 MERM : C'est ça

C : Et donc c'est quoi votre rôle du coup pendant ces séances ?

MERM : Bah informer la patiente, la rassurer, lui expliquer le déroulement de la séance, le déroulement du traitement et les consignes, les conseils à respecter pour la peau et pour le reste.

C : Oui parce que du coup les conseils pour la peau elles les ont juste eus avec le médecin ?

65 MERM : Oui le médecin, si elles n'ont pas eu de consultation d'info c'est le médecin, donc on leur remet une couche sur le fait de ne pas mettre de crème avant la séance, sur pas d'épilation, sur les produits qu'elles peuvent utiliser, pas utiliser exetérat donc la nous on réexplique les choses quoi.

C : Ok, et donc vous continuer à faire quand même des séances à blancs pour tous les traitements conformationnels.

70 MERM : Ouais c'est ça

C : Ok

MERM : Après ça va certainement changer d'ici la fin de l'année dans le service, mais pour l'instant on continu

C : Ok ouais, parce que j'ai vu qu'avec les paramètres techniques ça pouvait ...

75 MERM : Il y a des techniques qui font qu'on ne fait pas de séances à blanc et je pense qu'on va y venir d'ici la fin de l'année.

C : Ok, et autrement je ne sais pas si vous aviez des exemples particuliers de prise en charge pour illustrer ...

MERM : Par rapport à un patient rassuré ou pas ?

80 C : Ouais voilà

MERM : Pas spécialement, après les traitements sur les cancers du sein ce sont souvent des personnes qui sont très anxieuses donc c'est pas évident toujours, après dans l'ensemble ça se passe bien, les gens sont quand même rassuré à la fin. Mais je n'ai pas d'exemple particulier.

C : Ok oui et de toute façon dans tous les cas même si elles n'ont pas de séance à blanc, c'est la première
85 séance qui permet de réexpliquer ...

MERM : Oui de réexpliquer les choses ouais

C : Ok, et de montrer tout ... et est-ce que ça ne serait pas intéressant justement de maintenir ces séances à blanc pour tous les patients

MERM : Peut-être ... ouais à voir ... ça sera je pense une réflexion qu'on va avoir quand on va changer
90 de technique pour l'instant, c'est ce que j'ai entendu, qu'il n'y en aurait plus après, je ne sais pas. Et là on fait les traitements DIBH aussi, je ne sais pas si tu as vu

C : Ouais si si

MERM : Là on fait 2 séances à blanc

C : 2 séances à blanc ok

95 MERM : Ouais on fait une séance que sur la respiration, et une séance ... sur les images en fait ..

C : D'accord et vous commencer par la respiration ...

MERM : Alors la première que la personne vient, on fait juste un CBCT et on vérifie la respiration et la deuxième séance à blanc on fait le CBCT plus les images de contrôles

C : D'accord

100 MERM : Et elle vient une 3^e fois et là on commence le traitement

C : Ok ouais donc ça permet vraiment de bien voir au niveau de la respiration

MERM : C'est vraiment une étape, après le DIBH on n'en fait que depuis 1 ans et demi, à peine 2 ans qu'on en fait. On n'en a pas assez en routine pour être heu bah pour le faire en une seule fois le contrôle, donc on le fait en 2 fois.

105 C : Ok

MERM : Et c'est peut-être aussi simple pour les patientes, de bien comprendre le principe, de bien bloquer la respiration.

C : Oui bah oui. Et bah très bien, je n'ai pas forcément d'autres questions. Merci.

Annexe VI : Entretien 4

C (moi) : Donc mon sujet c'est sur les séances à blanc en radiothérapie, pour les cancers du sein.

MERM : D'accord

C : Pour commencer est-ce que vous pouvez vous présenter et me parler de votre parcours.

5 MERM : C'est long hein tu sais, moi j'ai quand même pas mal d'année de ... à partir de quand veux-tu savoir ? depuis que j'ai commencé ?

C : Oui voilà, c'est pour avoir un peu le nombre d'année d'expérience ...

10 MERM : ça doit faire ... on va dire plus de 30 ans que je suis ici, j'ai fait on va dire plus d'un an et demi de diagnostic et en fait pour me rapprocher je suis arrivée en thérapie ici, qui n'était pas du tout ma vocation et bah voilà, ça me convenait pas mal, parce que j'aime bien le rapport avec les patients, ce côté ... voilà ... que veux-tu savoir d'autre ?

C : Non c'est très bien. Est-ce que tu peux définir une séance à blanc selon toi

MERM : Par rapport au blocage respiratoire c'est ça ?

C : heu non tout, c'est pour le cancer du sein en général

15 MERM : Alors nous on fait une séance à blanc comme tu dis uniquement pour le conformationnel parce qu'on fait des images. On le fait maintenant pour les respirations bloquées .. Après moi je n'ai pas eu beaucoup de recul parce qu'on en a pas fait beaucoup et heu qui dit pas beaucoup dit encore moins de contrôle et de séance à blanc. J'en ai fait quand même une sur une réduction. Donc ils ont changé pas mal les protocoles là, ça évolue un petit peu nous... donc on était un petit peu perdu avec ma collègue après que dire sur les séances à blanc ... l'idéal c'est que les patientes ou patients parce qu'on aura peut-être des hommes aussi, soient bien préparés et moi je trouve ce qui est hyper important c'est le côté

20 psychologique, qu'on oublie peut être un petit peu en thérapie, qui manque Qui manque beaucoup. Moi par exemple, je suis une adepte de l'hypnose, je suis frustrée parce qu'on n'a jamais voulu que je fasse cette formation-là, trop chère déjà pour mon budget perso, mais je trouve que c'est hyper important.

25 C : Oui ok .. et donc ici, pour quel traitement vous pratiquez les séances à blanc ?

MERM : Alors les séances à blanc pour le sein on est d'accord ?

C : Oui et est-ce qu'il y en a pour d'autres localisations aussi ?

30 MERM : Oui dès qu'on fait du conformationnel, en général on fait des images qu'on va présenter au médecin avant de traiter. Sinon tout ce qui est VMAT ça a été calculé par la physique, validé par le médecin donc quand on fait nous un CBCT de contrôle comme on fait chaque séance heu on connaît au niveau anatomie, on connaît ce qu'il faut faire et ne pas faire. Et quand on a vraiment un doute on appelle le médecin. Donc c'est vraiment exceptionnel, par exemple pour une prostate si on a un gaz, ou si on est ... fin les volumes ne sont pas tout à fait ... fin les volumes cibles ... fin on va dire le volume cible on est dedans mais ça veut dire qu'on va prendre un peu d'autres organes, ça on appelle le médecin.

35 C : Ouais ok

MERM : Ouais on fait très peu de séance à blanc.

C : Ok et comment elle se déroule les séances à blanc ?

MERM : Heu bah nous on à la préparation, dans certains cas on utilise catalyst qui est le repositionnement surfacique. Donc ça on le prépare avec le patient, donc on lui explique à quoi ça sert.

40 Heu la séance à blanc comme tu dis, ce qui est important c'est de bien expliquer au patient. Donc en général on aimerait bien qu'ils aient une consultation d'information, auparavant qui permettrait de refaire le point par rapport à ce qu'ils ont eu comme explication avec le médecin. Pour qu'effectivement quand on va faire le traitement on n'ai pas ce soucis de ... de manque d'information, de communication entre le médecin et le patient ou entre nous hein personnel soignant et le patient.

45 C : Mais du coup tous les patients n'ont pas de consultation avant ?

MERM : Non, non parce qu'on n'a pas assez de créneaux, et après les gens des fois quand le médecin leur dit vous avez compris ce que j'ai dit, ils osent pas dire : non pas tout. Donc en fait des fois ils disent bah j'ai pas besoin, le médecin m'a tout expliqué.

C : Oui donc lors de la séance à blanc, vous reexpliqué tout aussi ..

50 MERM : Ouais, ouais, donc on prévoit plus de temps lors de ces séances-là forcément, par rapport à une séance qui dure une dizaine de minutes on en a le double. Et on se doit d'expliquer oui ce qu'on fait et ce que ça va donner par la suite.

C : Ouais ok, et donc c'est quoi l'objectif des séances à blanc pour les manips et pour les patients ?

MERM : Alors bah la séance à blanc justement c'est d'expliquer heu ce que ça va Pour que le patient
55 sache déjà dans un premier temps comment ça se passe parce que c'est vrai que c'est beaucoup d'appréhension, ils ne connaissent pas, ils ont beaucoup de ... donc c'est pour leur expliquer, qu'ils prennent le temps, qu'on prenne le temps, et que du coup ils soient plus relâchés quand on fera les séances de traitement.

C : Ouais

60 MERM : Et que justement ils aient vu un petit peu comment ça se passait, que malgré tout ce qu'ils ont entendu, ou tout ce qu'ils ont pu imaginer, bah ça sera comme ça lors des séances autre ... lors de la vraie séance

C : Ouais c'est ça, et donc est ce que cette séance elle apporte quelque chose quand même aux patients ?

MERM : Ça il faudrait leur poser la question, je pense que c'est plus à eux ..

65 C : Comparé par exemple à quelqu'un qui n'en n'a pas ?

MERM : Heu ... ça dépend des patients, parce que ceux qui n'en n'ont pas ne savent pas que il pourrait ne pas y en avoir, et qu'on pourrait faire une mise en situation ... parce que c'est ça c'est un peu une mise en situation .. donc nous tout ceux qu'on traite d'emblée comme les prostate, les rectums, les
poumons exceterat ... en général en VMAT sans séance à blanc on va dire, sans préparation, ça ne pose
70 pas de problème ...

C : Oui ils ne sont pas forcément plus stressés pour la première séance ?

MERM : Ils sont ... ils sont ... stressés effectivement comme quelqu'un qui vient pour une séance à blanc, après nous ça ne nous gêne pas dans le fait de faire la séance, parce qu'on n'a pas remarqué qu'il y avait par exemple un gros décalage si tu veux dans le positionnement par exemple

75 C : Oui donc il n'y a pas de ..

MERM : Oui donc je pense que ça peut être exceptionnel

C : Ok, et donc les patients qui ont une séance à blanc, ils sont quand même plus préparés après pour la première séance ?

MERM : devraient (rire)

80 C : Pas tous ?

MERM : Il y en a il leur en faudrait plusieurs, pour qu'ils soient dedans

C : Ouais ... après ça c'est lié au stress, aux appréhensions du traitement ...

MERM : Ouais ouais ... donc peut être que si on les préparait à gérer leur stress, ils arriveraient peut être à ne pas avoir besoins forcément de cette séance à blanc comme tu dis.

85 C : Ouais et donc le rôle des manip pendant de la séance à blanc c'est ?

MERM : de les rassurer, de s'assurer qu'on est parti sur ... un bon positionnement sur ... ouais je pense ... de les rassurer, de communiquer, d'échanger

C : Oui

MERM : A ce moment là

90 C : Oui parce qu'on a plus de temps du coup ...

MERM : C'est ça de prendre le temps, on a plus de temps donc il faut effectivement le consacrer à ça

C : Ouais, et donc est-ce que ça pourrait être intéressant de les maintenir quand même pour tous les patients, ou pas forcément du coup ?

MERM : Moi, .. fin je suis convaincu qu'une bonne préparation anti-stresse avant ça serait pas mal.

95 Après on veut faire tout très rapidement donc voilà on ne peut pas se permettre. Mais je pense que si quelqu'un est bien préparé avant, ça se passe, ça se passerait bien. Je pense qu'après une séance à blanc on n'aurait pas forcément besoin de la faire, après il y a des critères ou on va les maintenir, sur les respirations bloquées on les maintiens.

C : Oui du coup oui ...

100 MERM : Ouais ouais, il y a des choses où ..;

C : Et du coup pour les respirations bloquées ça se passe comment ? c'est quoi le ..

MERM : Alors la première séance à blanc on ... parce que ça demande du temps alors il faut aussi comprendre que plus ça va être long pour le patient plus ça va aussi être stressant pour eux alors donc en fait on prépare nous catalyst, tout ce qui est heu ..

105 C : Oui repositionnement surfacique

MERM : Oui voilà, repositionnement surfacique parce que nous on l'utilise aussi lors de la séance pour s'assurer qu'il ne bouge pas et qu'on est toujours dans la même position. Donc on prépare catalyst et

après aussi on les prépare dans la respiration bloquée, donc là ils sont en situation de positionnement de séance et on voit comment ça fonctionne.

110 C : Ok

MERM : Et la deuxième séance si je ne m'abuse, on fait le CBCT, dans la deuxième séance à blanc.

C : Ok

MERM : Donc le catalyst est fait et donc là on fait le repositionnement, la respiration bloquée avec le patient, la patiente, et ensuite on fait le CT. Et donc là on a évolué un peu dans la séance, là il y a déjà 2
115 étapes qu'elles ont déjà assimilée avant qu'on commence la séance elle-même.

C : Ok, donc là elles sont vraiment bien préparées après aussi ...

MERM : Elles sont stressées, tout comme nous

C : Ouais

MERM : Ouais ouais, donc c'est difficile

120 C : Oui puis comme vous n'en avez pas fait beaucoup, vous aussi vous ...

MERM : Oui bah nous on stresse ... pas mal, donc là je vois, on a une très bonne communication avec une patiente là actuellement et on échange beaucoup avec elle justement on en profite un petit peu. Elle nous dit bah ça va, je ne remarque pas que vous êtes stressés, et elle elle gère son stress, elle a appris, donc elle fait de la respiration, de la cohérence cardiaque et ces choses-là, donc voilà, on a quand même
125 ... on se rassure l'une et l'autre quoi

C : Ouais

MERM : En fait quelque part

C : Ouais parce qu'il y a quand même du stress à chaque séance

MERM : Ah bah on a eu une patiente qui était Covid, quand il a fallu faire sa séance en DIBH, la pauvre,
130 elle n'arrivait pas à tenir sa respiration, ce qui était évident. Donc un stress supplémentaire pour elle, un stress pour nous parce qu'on dit on n'y arrivera jamais. Et en fait la longueur de la séance faisait que ça devenait compliqué quoi. Bon après ça allait mieux au niveau respiratoire mais voilà Je pense que le stress, la gestion du stress c'est hyper important

C : Oui, puis on communique peut être aussi le stress aux patients

135 MERM : A bah c'est clair, c'est clair. On n'est pas très très doués, il y a des fois où on se dit, ah punaise non j'ai pas le truc, ça déconne, tu peux aller me chercher machin. Et on ne se rend pas compte que la personne qui est déjà stressée, elle se dit, punaise, ils ne gèrent pas le truc quoi. Donc ouais, c'est aussi à nous de faire attention, mais c'est vrai qu'on ne peut pas forcément toujours cacher son stress

C : Oui bah non, quelquefois c'est plus compliqué.

140 MERM : Voilà c'est ça aussi.

C : Autrement je n'avais pas forcément d'autres question, je ne sais pas si tu avais des exemples de prises en charge où la séance à blanc a permis que ça se passe mieux.

MERM : Bah moi c'est comme je te parlais, sur l'hypnose, on a eu des patients, par exemple des ORL avec un masque qui ... qui du coup avaient des angoisses et des angoisses qui montent, hein une crise

145 d'angoisse c'est horrible, les gens n'arrivent pas à se contrôler et nous on ne sait pas ce que c'est. Donc on n'est pas préparé à ça non plus. Donc bah plus nous on va aussi stresser, on se dit, mais qu'est-ce qu'il me fait, plus on va grandir l'angoisse du patient. Et on a un patient comme ça qui du coup était claustro, finissait en crise d'angoisse parce que d'emblée il n'en voulait pas de son masque. Et en fait il a été suivi par une ancienne manip qui a fait une formation en hypnose, et grâce à ça il arrivait à gérer sa séance de radiothérapie.

C : Ah oui, et du coup c'était à toute les séances qu'il faisait ...

MERM : Il se préparait ouais, ouais, elle lui avait enregistré quand elle n'était pas là, mais autrement ouais.

C : Oui d'accord, et du coup lui il a eu une séance à blanc pour commencer ?

155 MERM : Non non, c'était une préparation avant chaque séance qu'il faisait. Parce que lui c'était niet, son masque il n'en voulait pas. Donc d'emblée, déjà, on l'avait en plus hospitalisé, c'était un monsieur pas très vieux hein. Il avait une quarantaine d'années. Mais l'angoisse tu ne peux pas la gérer, une fois que ça monte, ça monte, moi j'ai eu une patiente qui en a fait une, ça arrive à ne plus pouvoir respirer tu vois. Donc quand tu arrives avec ton masque, tu dis, bah on n'y arrivera pas.

160 C : Oui

MERM : Ouais après, les séances à blanc, pour ce type de patient ça peut être intéressant.

C : Ouais c'est ça.

MERM : En fait de se dire, on a du faire avec un patient comme ça une fois. C'est souvent avec les masques, de se dire bon on va se mettre en situation de séance.

165 C : Comme ça, ça va permettre de préparer quand même

MERM : Voilà et on verra demain ce que ça donne. Ouais, ça peut être bien pour ces gens-là, les gens angoissés.

C : Oui bah oui, ça permet oui de voir une première fois et comme ça le lendemain ...

170 MERM : Ouais voilà, lui il sait comment c'est, il sait comment ... la salle est, comment ça va se passer en fait, ouais. Ça permet oui pour les personnes qui sont stressées, avec qui on n'arrive pas à passer l'étape du oui, pour qui c'est non direct, qu'ils acceptent de mettre le masque, parce que comme je l'ai dit c'est souvent avec le masque quand même, déjà peut être sur une séance à blanc d'essayer et on peut comme ça passer l'étape du peut être. Et après elles pourront peut être réussir à faire le traitement en ayant déjà vu une fois

175 C : Oui, ouais

MERM : Parce que oui, sous le masque ça peut être très anxiogène quand même, et donc de pouvoir permettre de faire le traitement quand même dans de bonne condition et peut être permettre qu'ils tiennent après sous le masque pendant les séances.

C : Très bien, merci beaucoup

180

Annexe VII : Tableau des entretiens

Thème		Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4
Technique	Réglage des caméras (catalyst) Repositionnement surfacique	« on réglait nos caméras » (113)			« on utilise catalyst qui est le repositionnement surfacique » (139) « on prépare nous catalyst » (1105)
	Temps de traitement	« c'est des examens qui peuvent être assez long pour le patient donc pour réduire un peu son temps de traitement » (110)	« on commence tout la même journée » (163)	« celle qui n'a pas de séance à blanc on prend quand même le temps de leur expliquer les mêmes chose » (148) « ouais on prend quand même le temps pour les traitements VMAT à la première séance d'expliquer tout ça » (150)	« on prévoit plus de temps lors de ce séances-là forcément, par rapport à une séance qui dure une dizaine de minutes on a le double » (151) « qu'on prenne le temps » (158) « on a plus de temps donc il faut effectivement le consacrer à ça » (193) « on veut faire tout très rapidement » (196) « ça demande du temps » (199) « plus ça va être long pour le patient plus ça va aussi être stressant pour eux » (1105)
	Vérifier le positionnement	« on fait notre CBCT » (113)	« on ne fait pas de rayons du tout » (110)	« on vérifie la mise en place du traitement » (110)	« on fait des images » (116)

		« les médecins et les médecins regardent la position du cœur sur le CBCT » (123) « on ne fait pas du tout de traitement comme ça après ça permet au médecin de prendre le temps de regarder les images » (155) « faire le recalage quand même » (158)	« Soit on fait des radios de contrôle soit on l'installe » (111) « vérifier la position » (110) « on fait des scanner pour vérifier la position » (114) « on installe juste le patient en position » (117)	« la patiente se positionne comme pour le traitement et on fait des images de contrôle » (110) « on met en place la patiente sous l'appareil de traitement » (113) « même condition qu'au scanner avec les points de tatouage » (113) « il faut rester immobile » (123)	« on fait des images qu'on va présenter au médecin avant de traiter » (129) « s'assurer qu'on est parti sur ... un bon positionnement » (188) « en situation de positionnement de séance » (1110) « on fait le CBCT » (1113) « on fait le repositionnement » (1115) « on fait le CT » (1116)
	Quel traitement ?	« pour les traitement RAR » (118) « les traitement asservi à la respiration » (120) « si elle arrive à tenir l'apnée » (160)	« on fait des radios de contrôle pour le sein » (113) « il me semble que pour le cœur aussi on fait des séances à blanc » (114)	« que les conformationnels » (138) « en VMAT on enchaîne directement la séance comme toutes les séances » (140) « les traitement DIBH » (192)	« uniquement pour le conformationnel » (115) « pour les respirations bloquées » (116) « dès qu'on fait du conformationnel » (129) « la respiration bloquée » (1115)
	Évolution de la technique	« les techniques évoluent donc il y a de moins en moins de séances à blanc » (18)		« il y a des techniques qui font qu'on ne fait pas de séance à blanc » (177)	« ce qui est VMAT ça a été calculé par la physique, validé par le médecin donc quand on fait nous un CBCT de contrôle comme on

		« c'était devenu un peu inutile » (131)			fait à chaque séance on connaît au niveau anatomie » (130) « on va les maintenir, sur les respirations bloquées » (199)
	Consignes			« ne pas mettre de crème, faire attention à la peau exetera » (144) « les consignes, les conseils à respecter pour la peau et pour le reste » (163) « donc on leur remet une couche sur le fait de ne pas mettre de crème avant la séance, sur pas d'épilation, sur les produits qu'elles peuvent utiliser, pas utiliser exeterat » (166)	« s'assurer qu'il ne bouge pas » (1108)
	Préparation			« une séance sur la respiration, et une séance ... sur les images en fait » (196) « elle vient une 3 ^e fois et là on commence le traitement » (1101)	« soient bien préparés » (121)
Relationnel	Angoisse / appréhension	« que ça leur mettait un peu plus d'angoisse, parce qu'on	« ça les apaise » (130) « ça les rassure » (132)	« ça permet de les rassurer » (114)	« c'est beaucoup d'appréhension » (156)

		les faisait venir un ou deux jours avant leur début de traitement et ils ne comprenaient pas trop pourquoi » (134) « le mot séance à blanc peut leur faire peur » (136 et 38) « elles peuvent vite prendre peur » (137)	« moins d'appréhension aussi » (171) « on leur explique le traitement, on est là pour répondre à leurs questions » (175) « après je ne sais pas, comme ça je ne peux pas te dire si elles sont plus sereine ou pas quoi » (1 63)	« c'est rassurant » (124) « personne très anxieuse » (182) « bien rassurer les patients » (145) « elles sont plutôt rassurées, elles voient comment ça va se passer et puis la vraie première séance il n'y a pas de surprise quoi » (158) « rassurer » (163) « les gens sont quand même rassuré à la fin » (183) « rassurer les patients » (117)	« ils soient plus relâchés quand on fera les séances de traitements » (158) « de rassurer » (188) « je pense de les rassurer, de communiquer, d'échanger » (188) « plus ça va être long pour le patient plus ça va aussi être stressant pour eux » (1105) « elles sont stressées, tout comme nous » (1119) « nous on stress ... pas mal » (1123) « des angoisses et des angoisses qui montent » (1146) « une crise d'angoisse c'est horrible » (1146)
	Explication	« expliquer d'un coup » (146) « le premier jour elle savait tout » (148) « réexpliquer » (161)	« répondre à leurs questions, leur question de planning souvent » (139) « question de planning, et même les question autour de leur traitement » (142)	« expliquer le déroulement du traitement » (117) « décrire un petit peu les différentes étapes du traitements » (117) « discuter » (144)	« ce qui est important c'est de bien expliquer au patient » (141) « on se doit d'expliquer oui ce qu'on fait et ce que ça va donner par la suite » (152)

		« réfléchir à des questions qu'elle aurait pu avoir à cette séance à blanc » (148) « ils sont plus préparés pour la première séance » (150)	« au scanner elles n'y pensent pas » (144) « moins de question parce qu'elles les ont posées à la première séance » (167)	« informer » (163) « expliquer » (163) « donc la nous on réexplique les choses quoi » (168) « réexpliquer les choses ouais » (187)	« c'est d'expliquer heu ce que ça va ... pour que le patient sache déjà dans un premier temps comment ça se passe » (155) « c'est pour leur expliquer » (157)
	Découverte		« permet de découvrir un petit peu l'endroit où ils vont être traités et le matériel, la façon dont ils sont installés » (128) « le fait d'avoir découvert l'environnement sans avoir de rayons c'est déjà quand même pas mal » (132)	« aide à comprendre ce qui va se passer par la suite » (120) « découvrir les appareils, la salle, la façon dont ça va se passer et de voir que ce n'est pas douloureux » (122) « les séances se passeront de la même manière » (124) « définir ce qui va se passer par la suite » (142)	« ils ne connaissent pas » (157) « ils aient vu un petit peu comment ça se passait » (161) « ça sera comme ça lors des séances autres ... lors de la vraie séance » (162) « une mise en situation » (169) « c'est un peu une mise en situation » (169)
	Psychologique				« ce qui est hyper important c'est le côté psychologique » (121) « le stress, la gestion du stress c'est hyper important » (1134)
	Préparation				« si on les préparait à gérer leur stress, ils arriveraient peut être à ne

					pas avoir besoin forcément de cette séance à blanc » (185) « une bonne préparation anti-stress avant ça serait pas mal » (195) « si quelqu'un est bien préparé, ça se passe, ça se passerait bien » (197) « elle elle gère son stress » (1125) « elle fait de la respiration, de la cohérence cardiaque » (1126) « c'était une préparation avant chaque séance qu'il faisait » (1156)
Légal	Contrôle qualité		« contrôle qualité VMAT avant que le patient vienne » (121) « pour moi c'est plus légal » (126) « on est obligé de faire des radios de contrôle avant la séance » (126) « s'il n'y a pas de contrôle qualité de fait, on est obligé		

			de faire des radios et des mesures » (127)		
Parcours patient	Consultation paramédicale		« non pas tout le temps » (47) « qu'elles arrivent elles ont déjà eu la consulte, elles sont déjà assez sereines » (148) « ça dépend des médecins, il y a des médecins qui n'en mette pas non plus » (149) « patientes on dit, bah là il faudra une consulte, parce qu'elle pose trop de questions » (150) « on peut organiser ça » (152) « les patients posent plus de question-là » (155) « un temps dédié et on leur réexplique tout, les conseils à la peau donc ouais » (155)	« toutes les patientes n'ont pas de consultations d'informations avant » (127) « ça dépend des patients qui n'en n'ont pas forcément envie » (129) « il n'y a pas forcément les créneaux disponible » (130)	« on aimerait bien qu'ils aient une consultation d'information, auparavant qui permettrait de refaire le point par rapport à ce qu'ils ont eu comme explication avec le médecin » (141) « on n'a pas assez de créneaux » (147) « ils osent pas dire » (148)
	Scanner				