



INSTITUT DE FORMATION DES MANIPULATEURS EN ELECTORADIOLOGIE MEDICALE

Centre Hospitalier Universitaire de Rennes

2, rue Henri le Guilloux 35000 Rennes

Consultation d'Accompagnement
En Médecine Nucléaire
Radiothérapie Interne Vectorisée

Yasmine AMADOU

Travail de Fin d'Etudes

Formation de Manipulateurs en Electroradiologie Médicale

Promotion 2020 - 2023



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 Electroradiologie Médicale

Travaux de Fin d'Etudes :

Consultation d'accompagnement en radiothérapie interne vectorisée, en médecine nucléaire

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

*J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de **manipulateur en électroradiologie médicale** 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 des pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 02/05/2023

Signature de l'étudiant : Yasmine AMADOU

Fraudes aux examens :

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

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

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

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

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

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée à réaliser ce travail de fin d'étude.

Tout d'abord, un grand merci à ma directrice de mémoire Karine Nadreau pour son aide et ses conseils.

Un grand merci à Béatrice Arnould, ma référente pédagogique, pour son soutien et son accompagnement

Merci aux structures et aux manipulateurs radio qui m'ont accordé l'opportunité de réaliser mes entretiens d'enquête dans leur service

Je remercie également toutes l'équipe pédagogique de l'IFMEM de Rennes pour ces trois années d'apprentissage et d'accompagnement

Enfin, je souhaite remercier tout particulièrement ma mère pour son soutien si précieux qu'elle m'a offert tout au long de la formation.

Glossaire

RIV : Radiothérapie interne vectorisée

MEM : Manipulateur en électroradiologie médicale / manipulateur radio

Manipulateur RIV : MEM faisant de la RIV

ETP : Education thérapeutique du patient. Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente à la prise en charge du patient » (HAS, 2007) [12].

Radioprotection : « Ensemble des moyens destinés à protéger les personnes des rayonnements ionisants » (Glossaire, s.d.) [11].

Iode 131 : Isotope radioactif

Lutéium 177 : isotope radioactif

PSMA : est une protéine membranaire surexprimée par le tissu prostatique cancéreux

Levothyrox : Est un médicament utilisé chez les personnes n'ayant plus de thyroïde. « C'est un traitement substitutif pour remplacer la thyroxine naturelle lorsque celle-ci n'est plus sécrétée en quantité suffisante par la thyroïde » (VIDAL, 2023) [41].

Table des matières

INTRODUCTION	1
I. Contextualisation.....	2
A. Situation d'appel et cheminement.....	2
B. Questionnement	3
II. Cadre théorique.....	7
A. Contexte de la consultation d'accompagnement.....	7
B. L'accompagnement	8
1. La notion d'accompagnement	8
2. Emergence de l'accompagnement.....	10
3. Posture d'accompagnement : Fonctions et Position.....	13
4. La démarche d'accompagnement	16
C. La formation	18
1. La formation initiale	19
2. La formation continue.....	20
3. Que dit la législation sur la formation ?	22
D. Compétences	23
1. Le Savoir	24
2. Le savoir-faire ou la compétence opérationnelle	24
3. Le savoir-être ou la compétence comportementale	25
4. Les compétences en Accompagnement.....	27
III. Intérêt de l'objet de recherche	29
IV. Hypothèse de recherche et Méthodologie d'enquête.....	30
A. Hypothèses de recherche.....	30
B. Méthodologie d'enquête.....	31
1. Présentation de l'outil d'enquête	31
2. Population interrogée.....	32
3. Guide d'entretien.....	32
V. Analyse des entretiens	34

A. La consultation d'accompagnement en RIV	34
1. Généralités de la consultation	34
2. L'accompagnement : une relation d'aide	36
3. Le temps d'information	38
4. Position et posture du manipulateur RIV	41
B. La formation	44
1. La formation initiale	45
2. La formation continue	45
3. Acquis par expérience	47
C. Les compétences	48
1. Les compétences communicationnelles	49
2. Les compétences personnelles et temporelles	51
3. Les compétences opérationnelles dans la consultation d'accompagnement	53
VI. Discussion	55
CONCLUSION	61
Bibliographie	63
ANNEXES	

INTRODUCTION

La médecine nucléaire est une modalité d'imagerie médicale à la fois diagnostique et thérapeutique, qui utilise des produits radioactifs. Le versant thérapeutique de la médecine nucléaire qui permet le traitement de certains types de cancers tels que : le cancer de la thyroïde, les tumeurs neuroendocriniennes, le cancer de la prostate, est appelé la radiothérapie interne vectorisée (RIV).

« *La radiothérapie interne vectorisée, aussi appelée radiothérapie métabolique, consiste à administrer les rayons via un médicament porteur d'un élément radioactif. Le traitement s'effectue le plus souvent par voie veineuse ou par voie orale* » (IRSN, s.d.) [15], par le personnel paramédical du service de médecine nucléaire : le manipulateur en électroradiologie médicale principalement.

« *La radiothérapie interne vectorisée repose sur des radiopharmaceutiques (iode 131, lutétium 177, radium 223, ...) choisis pour leur ciblage sélectif de cellules tumorales, lesquelles doivent être de petite taille* » (IRSN, s.d.) [15]. Les médicaments radioactifs de ce type de traitement cancérologique ont été développés depuis la fin des années 2000. On parle :

- **D'Irathérapie** pour le traitement du cancer de la thyroïde, par l'iode 131 en gélule
- **De Luthatera** pour le traitement des tumeurs neuroendocriniennes, par le lutétium 177
- **De ¹⁷⁷Lu-PSMA** pour le cancer de la prostate, par PSMA marqué au lutétium 177

En raison de ce type de traitement, une prise en charge spécifique est mise en place, et dans laquelle on distingue un temps de rencontre avec le patient pour discuter et échanger sur le traitement, sur ses questionnements et ses inquiétudes. En d'autres termes, il s'agit de le préparer au traitement et de s'assurer qu'il y ait tout ce qu'il faut pour un traitement optimal et de qualité. Le traitement par RIV demande des conditions qui doivent être remplis et des consignes qui doivent être respectées pour la réalisation du traitement. En ce sens, le manipulateur RIV assure un rôle important dans cette prise en charge où il est la principale personne paramédicale que le patient voit et rencontre tout au long du traitement et à travers une consultation d'accompagnement et / ou un entretien téléphonique.

Dans ce contexte, ce temps d'accompagnement mis en place pour préparer le patient au traitement, répondre à ses questionnements, évaluer ses besoins et ressources, informer du déroulement du traitement et des précautions face à la radioactivité, repose également sur une relation d'aide, de conseil et de réassurance. Et cela, nécessite un savoir-faire et un savoir-être du manipulateur RIV face au patient traité par RIV.

I. Contextualisation

A. Situation d'appel et cheminement

Au cours de ma formation pratique, j'ai pu observer dans les différentes modalités que j'ai parcouru cette notion de démarche de soutien et d'accompagnement de la personne soignée, talonnée d'informations, de conseils, d'éducation, qui est mise en œuvre dans la prise en charge d'une personne, tout en tenant compte de la situation clinique du patient et de l'acte de soin à réaliser. Qu'on soit en radio conventionnelle, au scanner, en IRM..., j'ai observé le MEM mettre en œuvre différentes approches singulières pour introduire le patient dans sa prise en charge et le faire participer à chaque étape de la réalisation de l'examen tant sur le versant technique que relationnel.

En 1^{ère} année de ma formation, cette notion pour moi était floue, j'avais pensé que tant que je relatais toutes les informations sur le déroulé de l'examen au patient, le reste de la prise en charge se passerait bien. Mais j'ai vu des MEMs s'atteler à cette notion : informer, s'adapter, questionner, guider, soutenir, rassurer, apaiser, montrer... En fonction de chaque patient et de sa situation clinique, et ce, peu importe le type d'examen à réaliser, il y avait toujours un temps tout au long de la prise en charge pour accorder de l'importance, de l'attention au patient et de faire de lui le centre de la prise en charge. Mais comment ? Malgré les conseils que je recevais des MEMs, sur la conduite relationnelle avec le patient, je ne comprenais pas assez bien l'enjeu de cette notion.

C'est seulement en 2^{ème} année de formation, en m'inspirant du travail de ma mère qui est accompagnante éducative et sociale auprès des personnes âgées, des adolescents et des adultes en situation de handicap, et des « consultations d'accompagnement » auxquelles j'ai eu l'occasion de participer durant mon 1^{er} stage en médecine nucléaire, que j'ai pu discerner l'intégralité de cette notion.

La première consultation à laquelle j'ai participé, concernait une jeune femme de 28 ans, maman d'un bébé qui vient de naître il y avait 1 ou 2 mois. Elle était accompagnée de son père et du bébé, et était présente pour traitement par irathérapie. Avant d'accueillir la patiente, la MEM a d'abord regardé le dossier de la patiente afin de prendre connaissance de tout ce qui concerne la patiente et d'identifier si possible certaines ressources et besoins de la patiente avant la rencontre.

Avec la MEM, nous avons accueilli la patiente dans un bureau propice et agréable à la discussion, à l'écoute, aux échanges, et nous nous sommes présentées à elle. Avant de commencer cette consultation

qui a duré environ une heure, la MEM a présenté à la patiente le but de cette consultation qui était d'aborder toutes les interrogations, les inquiétudes, les craintes, les besoins de la patiente face au traitement par irathérapie, face à l'hospitalisation prévue dans le cadre du traitement et de faire un récapitulatif des étapes du parcours de soin de la patiente. Par la suite, la MEM a cherché à savoir où en était la patiente dans sa connaissance de la maladie, du traitement, et de quelles ressources avait-elle besoin pour tracer une trajectoire et suivre les étapes de son parcours de soin. Cette approche permettait à la MEM d'explicitier et de reformuler ce que la patiente avait compris ou non de la consultation médicale, et de s'adapter à son au degré de compréhension. Pour cela, la MEM s'est servie d'une diapositive illustrée et schématisée pour parcourir avec la patiente les étapes de son traitement car ce dernier se fera par hospitalisation dans une chambre plombée où sera isolée la patiente pendant trois jours, dans une mesure de radioprotection pour la patiente elle-même et pour son entourage.

B. Questionnement

Plusieurs éléments ont été abordés durant ce temps, à savoir :

- La question sur la situation familiale et professionnelle de la patiente, sur les proches qui l'accompagneront également, notamment son conjoint et ses parents
- Un résumé sur le fonctionnement de la thyroïde et sur l'importance du traitement médical « Levothyrox » indispensable à vie
- Des conseils sur la préparation au traitement
- La question sur la radioactivité, les précautions et recommandations de radioprotection à appliquer pour soi et pour son environnement pendant l'hospitalisation et après l'hospitalisation
- Les effets indésirables au traitement
- La scintigraphie et la mesure de débit de dose à réaliser le jour de la fin du traitement pour vérifier la distribution du produit dans l'organisme
- Et surtout les questionnements personnels de la patiente avant l'hospitalisation, ses inquiétudes face à l'exposition radioactive pour elle-même, ses enfants, son entourage, ses attentes, ses craintes et doutes face au traitement.

Sur ce dernier volet, j'observais la MEM conseiller, rassurer et apaiser la patiente en lui apportant les réponses nécessaires.

Etant sa première cure, nous avons par la suite avec MEM fait une petite démonstration avec la participation de la patiente pour lui montrer comment se prenait le traitement, car ce dernier consiste à ingérer une gélule d'iode 131 d'une activité de 1100 MBq.

Ce temps d'accompagnement était également suivi d'une visite du service où la patiente allait être hospitalisée et la chambre plombée où elle allait résider.

Les patients qui viennent à cette consultation ont souvent des inquiétudes, des questions et des représentations. La visite du service permet donc de les rassurer et de les familiariser à un endroit inconnu et parfois anxiogène. C'est dans cette optique que nous avons fait visiter le service et la chambre plombée à la patiente afin de rendre l'endroit assez connu pour elle et assurer son confort physique et psychologique. Ce qui vient amplifier cette relation de confiance que la MEM acquiert au début de la consultation, faisant ainsi d'elle une personne référente pour la patiente, qui l'identifie comme étant en mesure de la comprendre, de l'écouter et de l'apaiser. Durant la visite, la MEM a profité pour m'expliquer et me faire visiter le service d'hospitalisation, la chambre plombée ainsi que l'équipe d'infirmiers et d'aides-soignants qui veilleront au traitement de la patiente. Avec la MEM, nous avons discuté ensemble de ce temps d'accompagnement et de ce que j'avais compris sur son importance dans la démarche de soin, de soutien, d'accompagnement et du rôle du MEM ainsi que des compétences déployées pendant cette consultation. Au cours de cette discussion, j'ai fait savoir à MEM que j'ai été émerveillée par ce temps de rencontre qui regroupe beaucoup de choses et qui facilite ainsi ma vision des différents aspects de cette notion de soutien, d'accompagnement.

Une autre consultation qui vient approfondir les choses pour moi est la 2^{ème} consultation à laquelle j'ai assisté au cours de ce même stage, chez un patient de 49 ans pour un traitement des tumeurs neuroendocriniennes au Lutétium 177 appelé Lutathera. Le patient était à sa quatrième et dernière cure, et était déjà très introduit et investi dans son parcours médical depuis 15 ans déjà, à la suite de problèmes cardio-vasculaires et de sa tumeur neuroendocrinienne de la grêle. Pour cette dernière cure, le patient recevait la lutathera d'une activité de 7400 MBq par perfusion sur un bras, associé à une autre perfusion de sérum physiologique sur l'autre bras.

Pour ce patient, j'ai surtout privilégié l'échange que j'ai eu avec lui lors de sa sortie de l'hôpital. Je l'avais raccompagné dans le service d'hospitalisation pour récupérer ses affaires après avoir fait sa scintigraphie de contrôle pour vérifier la distribution du produit. Nous avons discuté de son parcours, du traitement et notamment de la consultation d'accompagnement qui lui était réservée avec le MEM formé. Il a évoqué avoir apprécié ce temps d'accompagnement au cours duquel il a eu des réponses à ses questions et a appris énormément sur le traitement et la prise en charge. Temps au cours duquel le MEM est devenu pour lui un ami avec qui il entretient une conversation qui regroupe le relationnel, l'échange, le rappel sur la conduite à tenir, etc. Même si ça le chagrinait de ne pas voir son fils de 6 ans après l'hospitalisation pour ne pas l'exposer à la radioactivité, il disait je cite « j'ai été très bien suivi à

l'accompagnement donc je vais appliquer les conseils donnés pour faire plaisir à vos collègues qui m'accueillent pendant ce temps. Cela doit être difficile non ? la concentration et les capacités que vous mettez en place pour assurer cette consultation. Il faut être formé ou pas ? » je me souviens lui avoir avoué ne pas avoir de réponse et qu'en tant qu'étudiante manipulatrice radio, j'étais aussi dans une étape de découverte de ce type de consultation paramédicale.

Cela a engendré en moi plusieurs questions dont une concernant l'importance de la consultation d'accompagnement pour comprendre le parcours et la prise en charge du patient traité au Lutétium 177, que j'ai utilisé comme problématique pour mon analyse de situation de ce stage, avec une vision d'étudiante manipulatrice en électroradiologie médicale.

Avec cette problématique travaillée dans mon analyse de situation, j'étais restée centrée sur le traitement : connaître le parcours de soin en radiothérapie interne vectorisée en médecine nucléaire, comprendre la prise en charge, ce qu'est la lutathera ou l'irathérapie et comment l'un ou l'autre était administré. Cependant, qu'en était-il du côté du MEM ? je ne l'avais mentionné que très peu dans la rédaction de mon analyse et pourtant c'est lui qui anime cette consultation complémentaire à la consultation médicale pendant une durée d'une heure ; c'est lui qui s'assure de la compréhension des informations par le patient, des ressources et des besoins du patient, qui se confie sur son état de santé, sur son état psychologique, sur sa situation familiale et professionnelle et sur son adhésion au traitement. Alors dans ma réflexion, et en me servant des entretiens informels que j'ai eu avec la MEM et le patient traité par Lutathera, je me suis fait un brainstorming [Annexe IV] autour de la consultation d'accompagnement en médecine nucléaire pour mettre en évidence tout ce qui implique cette consultation et mieux orienter mes interrogations. Cela m'a permis d'aboutir à des questionnements sur la consultation d'accompagnement en elle-même, sur le rôle du MEM dans la prise en charge du patient traité, sur les compétences du MEM, sur la formation, sur l'impact émotionnel et sur la psychologie du MEM, etc. De ce fait, je me suis demandé ce qu'est réellement la consultation d'accompagnement ? en quoi consiste-t-elle exactement avec ce côté prise en charge psychologique qui la talonne également ? N'est-ce pas plutôt une consultation d'information ? d'explication ?, au vu toutes les précautions et recommandations de radioprotection qui sont données pendant ce temps ? et concernant le MEM, quel est son rôle dans ce type de consultation ? quelles connaissances et compétences cela mobilise-t-il chez lui pour assurer cette consultation ? et dans ce cas comment est-il formé ? quelle formation est nécessaire pour gérer ce genre de consultation ? je me rappelle que dans le service, la MEM qui avait assuré ce temps d'accompagnement avait été formée par une autre MEM formée à l'éducation thérapeutique du patient. Donc serait-ce une formation en interne ou en externe ? permet-elle cette formation d'avoir les compétences nécessaires pour assurer ce temps d'accompagnement ? qu'apporte cette consultation au MEM ? impacte-t-elle sa psychologie ? ces émotions ? sachant que chaque consultation

d'accompagnement reste singulière, certaines plus que d'autres, avec leur charge émotionnelle au point de laisser une trace dans l'expérience professionnelle.

Autant d'interrogations m'ont conduit à trois questions de recherche à savoir :

- Comment le manipulateur en électroradiologie médicale, à travers la consultation d'accompagnement, s'implique-t-il dans le parcours de soin du patient ?
- En quoi cette consultation intègre-t-elle les compétences du manipulateur en électroradiologie médicale ?
- Lors d'une consultation d'accompagnement d'un patient traité par radiothérapie interne vectorisée, comment le MEM met-il en œuvre les compétences acquises à travers une formation initiale ou continue, ou à travers ses expériences ?

Pour pouvoir choisir ma problématique finale, j'ai posé chaque question de recherche précédente afin d'en définir chaque terme, d'identifier et d'explicitier ce qui m'intéresse et ce sur quoi j'aimerais travailler. C'est au cours de ce processus et de mes questionnements préalablement cités que j'ai fini par choisir ma question de départ à savoir :

En quoi les compétences acquises en formation ou non sont-elles mobilisables lors de la consultation d'accompagnement du patient traité par radiothérapie interne vectorisée en médecine nucléaire ?

II. Cadre théorique

A. Contexte de la consultation d'accompagnement

La consultation d'accompagnement provient du dispositif d'annonce de la mesure 40 du Plan Cancer.

Le dispositif d'annonce est une mesure du Plan Cancer mise en place pour répondre à la demande des patients. Son objectif est de permettre au patient d'avoir de meilleures conditions d'annonce de sa pathologie en lui faisant bénéficier à la fois d'un temps de consultation médicale, d'un temps soignant de soutien, d'accompagnement et de repérage des besoins du patient ainsi que l'accès à ses besoins (INCa, 2006) [14].

Le dispositif d'annonce s'inscrit dans une dynamique continue où plusieurs professionnels de santé interviennent. Il doit permettre l'information, le soutien et l'accompagnement du patient. Il s'appuie sur une prise en charge pluridisciplinaire associant prioritairement les médecins et les personnels paramédicaux tels que les manipulateurs en électroradiologie médicale, les infirmiers (INCa, 2006) [14].

L'objectif majeur de ce dispositif est d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients et pour cela, il se construit autour de quatre temps :



L'élément important qui nous intéresse ici est le temps d'accompagnement, qui fait partie intégrante du dispositif d'annonce de la mesure 40 du Plan Cancer et qui se concrétise par une consultation d'accompagnement paramédicale entre un professionnel de santé impliqué dans le parcours du patient et le patient lui-même. Ce temps d'accompagnement n'a pas de caractère obligatoire et ne peut donc être imposé au patient. Il est au contraire recommandé au patient et dépend de la volonté de celui-ci.

Ce temps d'accompagnement, permet au patient ou à ses proches « d'accéder, selon leurs choix, à des soignants (infirmier, manipulateur d'électroradiologie médicale) disponibles à cet effet, qui écoutent, reformulent, donnent de l'information, conseillent et peuvent orienter le patient vers d'autres professionnels (service social, psychologue, ...) ou les informer des services rendus par les associations de soins de support » (INCa, 2006) [14]. L'écoute est essentielle dans cette consultation, offrant ainsi au patient un temps pour se confier, pour parler de lui, de son entourage et le situer dans son parcours de soin.

B. L'accompagnement

1. La notion d'accompagnement

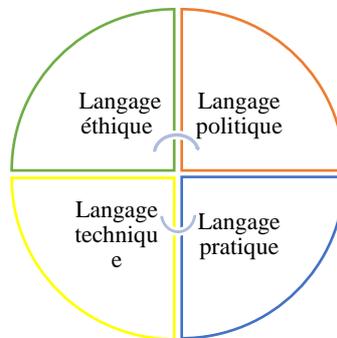
Etymologiquement, le verbe accompagner semble venir de « cum » qui signifie « avec » et de « panis », pain ; « *le compagnon serait celui qui mange son pain en même temps qu'un autre ; et plus généralement, accompagner c'est aller avec quelqu'un ou quelque chose* » (Le Bouedec, 2001) [21]. Selon le Petit Robert, dictionnaire de la langue française, accompagner c'est « *se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui* » (Le Robert, s.d.) [24]. C'est aussi « *Conduire, escorter, guider, mener. C'est aussi soutenir, assister quelqu'un* » (Mottaz, 2012) [32]

Dans leur fiche concept de l'accompagnement : définitions et postures, Bischoff et Velasquez (2016) illustrent plusieurs auteurs spécialisés dans la définition du concept d'accompagnement. Ainsi, ils présentent que pour Roberge (2003), le mot accompagnateur vient du terme « compagnonnage », « compagnon », celui avec lequel on partage le pain. Accompagner signifie donc « *prendre pour compagnie* », puis « *se joindre à* ». De cette étymologie découle « l'idée d'un déplacement commun et l'idée de partage de quelque chose d'essentielle » [36] [5]. Dans cette même fiche, ils évoquent que selon Ardoino (2000), « *la plupart des usages du terme accompagnement restent intimement liés à une temporalité-durée, et donc l'accompagnement ne peut se comprendre proprement que dans le temps et l'histoire vécus* » [2] [5]. Autrement dit, l'accompagnement aurait une signification propre et selon la période et le temps historique dans lequel il est employé. Pour clôturer sur ses définitions, ils font appel à Gaston Pineau (1998) qui vient appuyer les propos de Ardoino cité plutôt. Celui-ci souligne « qu'étymologiquement, le mot source-compagnon d'où dérive accompagnement est irrigué par au moins trois filets de sens :

- *Une relation de partage, d'échange, de communication d'un élément substantiel, le pain ou le pas*
- *Un mouvement vers une parité de relation, même avec une disparité de position, de place*
- *Une durée : cette relation partagée s'établit dans le temps, avec des débuts et des suites* » [5].

L'accompagnement serait donc une notion éphémère, changeante et singulière selon le temps, l'histoire et le contexte qui le caractérise et dans lequel il est employé. On remarque donc cette différence d'employabilité de l'accompagnement depuis les cours royales ou princières (où les courtisans accompagnaient le prince, avec les dames de compagnie...), en passant par le christianisme où Le Bouedec (2001) [21] nous parle d'accompagnement spirituel, et par la musique où accompagner c'est soutenir le chant, la mélodie, jusqu'à son essor dans de multiples domaines aujourd'hui.

Ainsi, la question de l'accompagnement fait appel à une multitude de concepts, sur plusieurs degrés de réalité, qui se croisent, s'entrechoquent et s'imbriquent. C'est un terme à définition instable, au point d'envisager plusieurs versions en fonction du domaine dans lequel il est inscrit. Ce qui amène Maela Paul et Michel Fabre (2020) [35] à définir quatre langages de l'accompagnement :



- « **Le langage éthique** : L'accompagnement y est promu par le langage de la sollicitude, de la bienveillance, de l'empathie ou de l'écoute de l'autre ; et de nos jours, cela relève des compétences relationnelles, mobilisées dans un contexte professionnel, tout en s'adressant à des individus considérés en tant que personne singulière.
- **Le langage politique** : L'accompagnement ici a pour rôle de rendre les individus autonomes, responsables et capables de se prendre en main.
- **Le langage technique** : L'accompagnement comme synonyme et remède de déliaison, permettrait une approche sur mesure, un traitement individualisé des problèmes
- **Le langage pratique** : Par l'injonction implicite faite aux professionnels de se doter de nouvelles modalités de faire, plus efficaces, pour répondre à ces attentes sociopolitiques ». (Paul & Fabre, 2020) [35]

Rejoignant le langage éthique de Maela Paul (2020), Michel Roberge (2003), souligne que « l'accompagnement est à la fois un art et un métier, et sa véritable essence est une question de position relationnelle, de valeurs et d'éthique » [36]. C'est ce que vient appuyer Le Bouedec (2001) en démontrant à son tour que : « *l'accompagnement est un art, pas une science. On l'apprend par la pratique et par ajustement successifs. Donc, c'est en s'immergeant dans la notion, en vivant des expériences, en assistant à des situations d'accompagnement qu'on peut se l'approprier pas à pas, l'ajuster et la rendre singulière à chaque personne* » [20]. En ce sens, l'art de l'accompagnement nécessite une immersion dans les valeurs éthiques, sociales et relationnelles de l'accompagnement, un apprentissage continu jonché d'ajustements et des expériences permettant de le saisir dans sa globalité.

L'accompagnement doit être ajusté à chaque personne, à chaque contexte et situation. Ainsi, il s'émerge et féconde depuis plusieurs années dans divers champs notamment dans la formation, dans l'éducation, dans le travail, dans le social, dans la santé...

2. Emergence de l'accompagnement

L'accompagnement est un concept qui existe déjà dans le champ des soins palliatifs. Il va prendre son essor et envahir le champ professionnel dans les années 1990, dans des domaines d'activité variés comme la santé, le social, l'éducation, la formation..., ce qui augmente la difficulté d'en cerner le sens et le considérer comme stabilisé.

Il existe donc plusieurs accompagnements et non pas un seul, qui s'intègrent dans une diversité sociale et professionnelle dans la mesure où les accompagnants ont des formations, des cultures, des expériences et des pratiques différentes, alors que les accompagnés eux-mêmes ont des profils singuliers, des besoins et des attentes distincts.

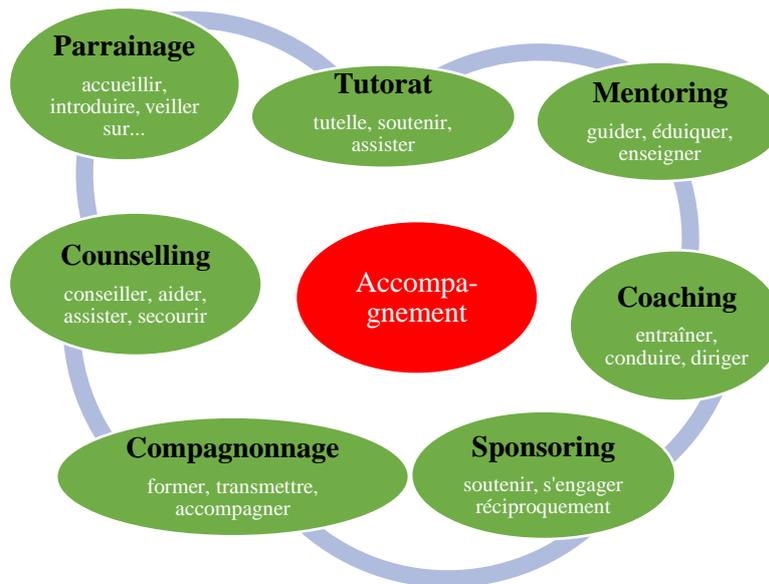
Le Bouedec (2001), commence avec l'accompagnement des mourants, dans les soins palliatifs, pour assister les mourants en fin de vie, leurs familles et entourage. Selon lui, « *la notion d'accompagnement s'est imposée comme substitution à l'idée d'une activité médicale devenue impuissante, et quand on ne peut plus guérir, mais seulement au mieux soulager, il y a encore quelque chose à faire, à savoir : accompagner* » [21]. L'accompagnement serait donc une forme de soin qui rentre dans la guérison du patient et qui touche précisément l'état psychologique et mentale de celui-ci. Aujourd'hui, cette pratique de l'accompagnement dans le milieu médical se perpétue également dans d'autres champs médicaux comme par exemple en cancérologie dans le parcours d'un patient, en gériatrie, etc.

Luc Pasquier (2001), évoque aussi l'accompagnement dans le champ social notamment dans l'éducation spécialisée où « *dans tout action d'insertion sociale et professionnelle, le mode est à l'accompagnement dans une double perspective d'autonomisation et de sociabilisation* » [33]. Il s'agirait ici d'accompagner une personne vers une autonomie dans la vie sociale et professionnelle, et même pour le patient, vers une certaine autonomie dans son parcours de soin, comme c'est le cas en éducation thérapeutique du patient.

Continuant sur cette diversité de l'accompagnement, Du Crest (2001), quant à lui décrit l'accompagnement en formation et en insertion où « *Il existe de nombreuses formes de relations qui intègrent plus ou moins la notion d'accompagnement, allant du parrain au maître d'apprentissage, du tuteur au correspondant...* » [8]. Il démontre ici, qu'il existe de nombreuses formes relatives à

l'accompagnement dans tous les domaines possibles, et qu'on ne peut pas considérer que toutes ces variantes sont de l'accompagnement mais qu'elles s'y réfèrent souvent.

En suivant Du Crest, on peut alors illustrer ces différentes formes variables, dérivées de l'accompagnement, qui ont également été citées par Maëla Paul en 2004 dans le cadre d'un programme d'animation du centre régional de ressources à Bourgogne. Ce sont : le counselling, le parrainage, le mentoring, le compagnonnage, le sponsoring, le tutorat, le coaching (Paul M. , 2004) [34].



Le counselling : selon l'OMS (organisation mondiale de la santé), le counselling est défini comme « *un dialogue confidentiel entre un patient et un soignant* » (Sarasy, 2012) [37]. C'est une forme d'accompagnement désignant une situation dans laquelle deux personnes entrent en relation, et où l'un tente d'aider l'autre à résoudre, à traiter ou à venir à bout d'un problème. Son objectif est de permettre à une personne de faire face au stress. C'est une relation dans laquelle une personne tente d'aider et de soutenir une autre personne en situation difficile.

Le parrainage : C'est une notion aujourd'hui institutionnalisée. Par exemple, on retrouve ce mode dans certains cursus universitaires (en médecine, en institut de formation des manipulateurs radio...) où des étudiants seniors sont désignés parrains et marraines d'un étudiant de première année qui vient d'entrer dans le supérieur, dans le but de l'accueillir, de l'introduire et de l'aider par des conseils tout au long de son parcours.

Le mentoring ou le préceptorat : il s'agit d'accompagner des jeunes dans leur insertion professionnelle.

Le compagnonnage : fait appel à des valeurs traditionnelles. Il concourt au développement de la personne, à son appropriation d'un bagage culturel.

Le sponsoring : est une notion où il s'agit d'accompagner d'une façon économique un projet

Le tutorat : est une notion qui fait intervenir un enseignant et un apprenant.

Le coaching : Il consiste à aider une personne à déterminer et à atteindre des objectifs professionnels ou personnels.

L'accompagnement a été étudié depuis très longtemps, en particulier par des philosophes grecs et romains. A partir de ces études anciennes, Maela Paul (2004) a mis en évidence trois traditions, trois modèles de l'accompagnement issues de trois auteurs majeurs : Homère, Socrate et Hippocrate. Ce sont : le modèle thérapeutique, le modèle maïeutique et le modèle initiatique [34]. Ces modèles de l'accompagnement qu'elle identifie entrent en lien et concordent avec les différents modes d'accompagnement cités précédemment.

L'accompagnement thérapeutique	L'accompagnement maïeutique	L'accompagnement initiatique
<ul style="list-style-type: none">• Provient du premier précepte d'Hypocrate "premièrement ne pas nuire"• L'important est de mobiliser les ressources de la personne face à un dysfonctionnement passager et non de se substituer à elle en lui fournissant un remède• Il met en évidence l'individualisme : A chaque personne correspond un remède	<ul style="list-style-type: none">• Est identifié chez Socrate et Platon• "connais toi toi-même et tu connaîtras l'univers et les Dieux"• Chercher à mobiliser les ressources de la personne en la mettant en contact avec son intériorité• Le rôle de facilitateur tenu ici, en s'appuyant sur sa propre expérience• on retrouve ici l'autonomisation	<ul style="list-style-type: none">• Issu d'Homère• Son but est le changement de statut par le biais de rites de passage• Ici, la personne accompagnée passe du statut de passif à celui d'actif.• On retrouve la socialisation et l'intégration• C'est une forme d'accompagnement qui remonte depuis la nuit des temps

A travers les définitions des différents modes d'accompagnement et ses formes dérivées, nous pouvons souligner que l'accompagnement peut se réduire à un suivi dans le développement des liens sociaux, professionnels et personnels d'une personne.

De plus, aujourd'hui, l'accompagnement est institutionnalisé et encadré. « *Il est une posture qui n'est adoptée qu'en référence à une institution et dans le cadre de cette institution* » (Le Bouedec, 2001) [20]. Le Bouedec nous fait donc savoir qu'un accompagnement se fait toujours dans un cadre institutionnel, qu'il se fait au nom des valeurs, des critères, des finalités d'une institution.

De ce fait, il ne peut y avoir un accompagnement fait en son propre nom car celui-ci se situe maintenant dans un contexte institutionnel [20] comme c'est le cas dans le milieu hospitalier. Dans cet état de chose, qu'elle serait alors la posture à adopter ?

3. Posture d'accompagnement : Fonctions et Position

La posture, selon Larousse, « *est une position du corps ou de ses parties dans l'espace. C'est une attitude, une façon de se tenir, de placer son corps, ses membres* » [17].

Dans le champ professionnel, la posture définit une attitude, une manière d'être dans l'échange, une manière d'être devant l'autre.

Aujourd'hui, l'accompagnement se matérialise dans un concept de pratique professionnelle instituée et encadrée et non d'une bonne volonté ou d'un lien d'amitié.

Selon Maela Paul, dans la fiche concept de Bischoff et Velasquez (2016), les compagnons vont de pairs, sont de statuts égaux, alors que l'accompagnement « *concerne deux personnes de statut inégal mais qui néanmoins, vont devoir fonctionner au sein d'une relation conjuguant disparité des places et parité relationnelle* » [5]. Cette disparité de place s'illustre par les différentes postures auxquelles peut être confronté l'accompagnateur, dans une relation d'accompagnement qui requiert une grande adaptabilité de la part du professionnel face à la singularité de chaque personne.

Pour approfondir les propos de Maela Paul cités ci-dessus, Boutinet (2002) décrit quatre paradoxes de la posture d'accompagnement à savoir :

- « **Le paradoxe relationnel** : où il évoque une relation d'accompagnement asymétrique mais paritaire entre deux personnes. C'est une relation entre un aîné doué d'une certaine expertise et un plus jeune apparaissant quelque peu démuné, une relation où l'accompagnant est à la fois facilitateur et expert.
- **Le paradoxe du lien social** : où il s'agit d'individualiser un parcours, de reconnaître le profil singulier de la personne suivie : « individualiser mais ne pas laisser seul »
- **Le paradoxe de l'orientation** : où l'accompagnant ici devient un guide, il prend en charge une personne qui ne sait pas très bien où elle va et qui doute de son orientation.
- **Le paradoxe de la détermination** : où l'accompagnement joue continuellement sur le paradoxe du volontaire et de l'involontaire en considérant la personne accompagnée comme simultanément volontaire, porteur d'une demande et ne sachant pas ce qu'elle veut » (Boutinet, 2002) [7].

En suivant Boutinet (2002), l'accompagnement concerne les situations où il y a un acteur principal, que d'une manière ou d'une autre, il s'agit de soutenir, de protéger, d'honorer, de servir, d'aider à atteindre son but. En ce sens, Le Bouedec (2001) désigne « une posture discrète et de service, une posture modeste de l'accompagnateur. Une posture en retrait, en retenue, où il agit avec modestie mais où son action a une visée importante, où il manifeste de l'empathie, où il accueille l'autre avec son histoire et le reconnaît dans son unicité » [20]. De cette manière, quelques soient les situations qui appellent à l'accompagnement, « *le propre de la posture d'accompagnement est la centration inconditionnelle sur la personne de l'autre, que celui-ci soit habité par l'angoisse ou le désespoir, ou qu'il soit paralysé par un doute existentiel au point de ne plus savoir quoi penser, ni quoi faire ou croire...* » (Le Bouedec, 2001) [20].

Ainsi, La posture professionnelle de l'accompagnateur s'ouvre sur plusieurs qualités de base sur lesquelles insiste Le Bouedec, à savoir : l'humilité, l'authenticité, la spontanéité, la souplesse, la générosité, l'ouverture d'esprit, l'accueil de la différence, l'écoute empathique et la capacité de soutenir les silences [20], « *car accompagner, c'est tabler sur le développement de la personne, c'est répondre à une exigence éthique de la solidarité dans l'effort d'humanisation* » (Le Bouedec, 2001). Ces qualités de base font appel au langage éthique de l'accompagnement décrit par Maela Paul (2020). Elles constituent ainsi le socle et le fondement de la posture et de la relation d'accompagnement, auxquelles viennent s'ajouter la confiance et le consentement de la part de l'accompagné.

Toujours dans la fiche concept de Bischoff et Velasquez (2016), Maela Paul définit cinq dimensions ou sous-posture de la posture d'accompagnement qui s'imbriquent les uns les autres et qui se complètent dans le processus d'accompagnement :

- « **Une posture éthique** : qui impose un esprit critique et réflexif. Cela veut dire s'interroger sur le bien-fondé de notre posture d'accompagnement, les limites, le cadre de bienveillance, de non-prise de pouvoir et de respect de l'autre.
- **Une posture de « non savoir »** : qui invite à se positionner d'égal à égal. On évite la posture de l'expert pour laisser davantage la parole à l'autre.
- **Une posture de dialogue** : où chacun est acteur et auteur de la relation en sortant des rôles habituels pour résoudre ensemble la problématique posée.
- **Une posture d'écoute** : qui permet l'interaction, la reformulation, le questionnement, l'attente de l'autre.
- **Une posture émancipatrice** : qui permet à chacun (accompagné/accompagnant) de grandir en humanité » [5].

A ces postures, il convient d'énoncer les fonctions remplies dans l'accompagnement et donc répondre à la question : Que fait-on exactement lorsqu'on accompagne quelqu'un ?

Pour répondre à cette question, Le Bouedec (2001) nous souligne trois fonctions essentielles qui constituent, semble-t-il la spécificité de l'accompagnement [20] :

- Accompagner quelqu'un : C'est d'abord l'accueillir et l'écouter face à l'angoisse extrême, voire au désespoir. C'est aider par une présence attentive, accueillante, chaleureuse, inconditionnelle et respectueuse.

Une présence, une accueil, une écoute, pour rassurer, pour soulager, pour recevoir l'autre tel qu'il est et « *transmettre à l'autre la certitude d'avoir été compris dans ce qu'il dit et dans ce qu'il vit* » (Le Bouedec, 2001).

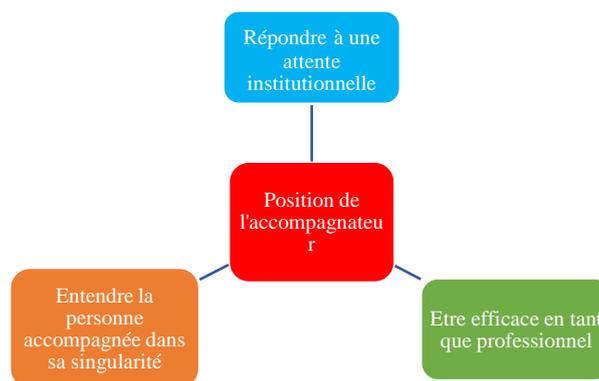
- Accompagner quelqu'un : C'est ensuite participer avec lui au dévoilement du sens de ce qu'il vit et recherche.

Cette fonction selon Le Bouedec (2001), se fait par l'ouverture de la question, qui émerge toujours de l'histoire de la personne.

- Accompagner quelqu'un : C'est enfin cheminer à ses côtés pour le confirmer dans le nouveau sens où il s'engage.

Cette fonction a pour but de « *confirmer le sujet de l'autre dans cette nouvelle étape. C'est l'accueillir et écouter sa fatigue, ses hésitations, ses regrets, ses questionnements, ses joies et l'aider. C'est une fonction de réassurance* » (Le Bouedec, 2001).

On pressent à travers ces fonctions et postures identifiées dans l'accompagnement, la démarche et les compétences qu'il faut pour accompagner. Et dans ce processus de l'accompagnement, Maela Paul (2004) [34], agence la position de l'accompagnateur comme étant à l'intersection de trois exigences :



« *Le professionnel en accompagnement est ainsi, une plaque tournante, l'interface entre la commande de l'institution, et les attentes et demandes de la personnes accompagnée* » (Paul M. , 2004) [34].

De plus, la posture professionnelle de l'accompagnement est remise en cause pour devenir une posture subjective, car elle concerne une relation de personne à personne où chaque personne est considérée du

point de vue de sa singularité et de son unicité. Il n'y a pas d'objectivité, ni d'universalité dans une relation d'accompagnement car chaque personne est différente et unique.

4. La démarche d'accompagnement

Selon Ardoino (2000), « *l'accompagnement est un processus, qui s'effectue dans le temps et dans l'espace* » [2]. Le temps est un paramètre important dans la démarche d'accompagnement et permet d'accorder pleinement sa présence, sa disponibilité, son attention à la personne accompagnée et de cheminer au rythme de ce dernier.

La démarche d'accompagnement implique donc une notion de suivi et il est nécessaire d'aller étape par étape et d'individualiser car le temps mis pour un accompagnement sera différent d'une personne à l'autre.

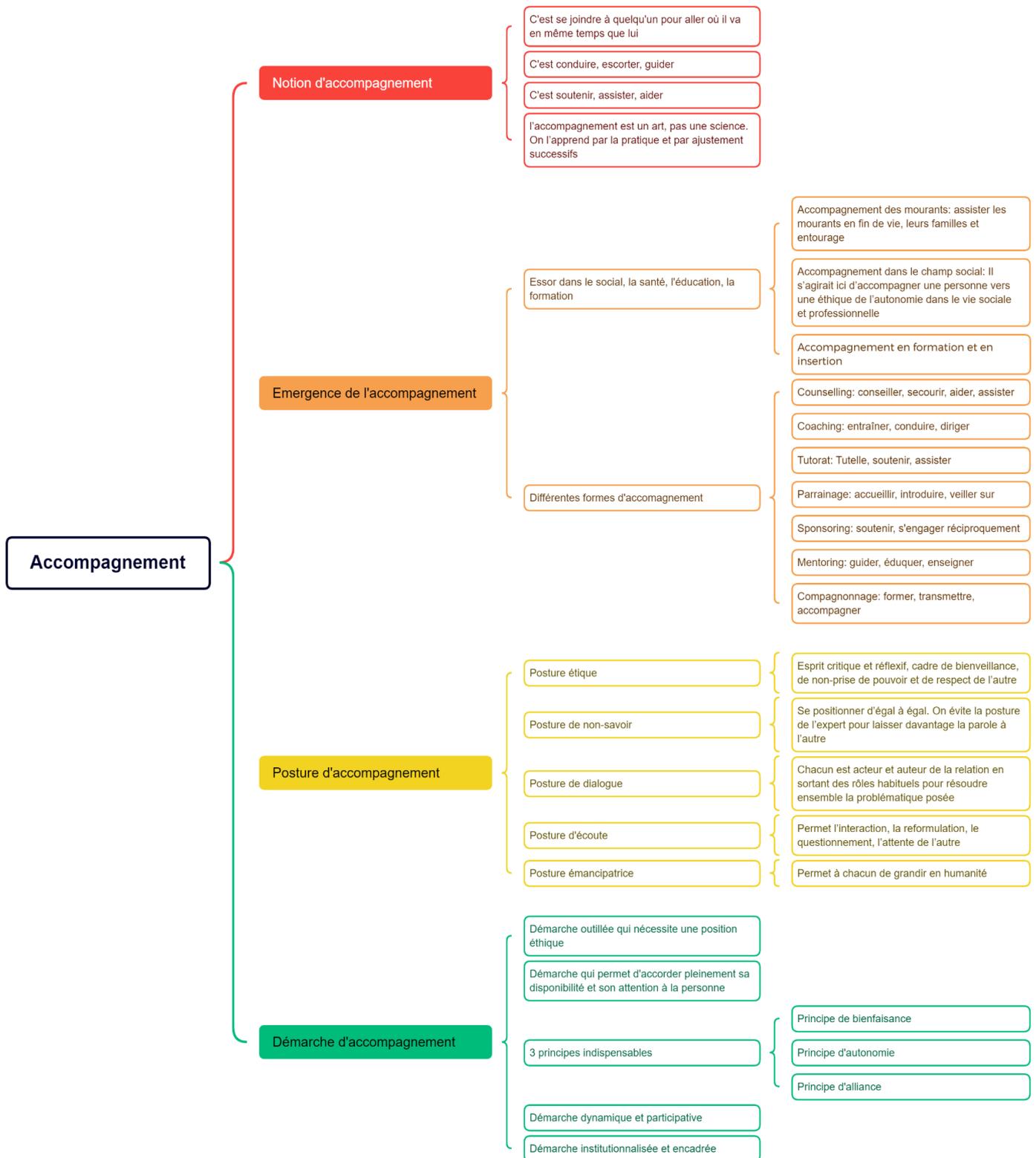
Aujourd'hui, la notion d'accompagnement renvoie à une démarche outillée, qui nécessite une position éthique et encore plus dans un cadre professionnel. De cette position éthique, Le Bouedec (2001), décrit trois principes éthiques qui peuvent être pris en compte dans une démarche d'accompagnement :

- « **Le principe de bienfaisance** : Chercher le bien de l'autre : consiste à prendre comme fil conducteur de son action de recherche, le bien de l'autre, le meilleur intérêt pour lui, le maximum de chance.
- **Le principe d'autonomie** : Etablir un contrat avec l'autre : se décline dans la nécessité pour un professionnel d'obtenir le consentement libre et éclairé de la personne. [...] adopter l'autonomie comme principe éthique c'est considérer que chaque personne est responsable
- **Le principe d'alliance** : Vivre une solidarité pleine de sollicitude : cette alliance ne peut se faire sans confiance entre l'accompagnateur et l'accompagnée. Il faut alors de la crédibilité, de l'expérience, de la confidentialité, de l'assurance, une appartenance institutionnelle du côté de l'accompagnateur que va chercher l'accompagné » (Le Bouedec, 2001) [20].

La personne accompagnée doit donc être prise dans sa globalité, avec ses besoins, ses attentes, son histoire, ses refus etc.

Dans le cadre de cette démarche d'accompagnement, Maela Paul (2004) évoque l'entretien comme étant « *l'outil commun dans une démarche d'accompagnement* » [34]. Une démarche dynamique et participative, qui justifie des dispositifs d'écoute, de consentement, de confiance et où la qualité de l'accueil, de l'information, de la communication et des relations qui s'établissent contribue à aider et à répondre aux attentes, aux besoins et aux questionnements de la personne accompagnée dans sa globalité.

La démarche d'accompagnement est un processus de cheminement. Elle s'adapte à la situation de la personne accompagnée, par la posture du professionnel qui l'exerce, tout en respectant les principes éthiques de l'accompagnement.



Nous avons souligné précédemment que l'accompagnement est aujourd'hui une notion, une démarche, institutionnalisée et encadrée. Qu'il ne se fait pas en son propre nom mais au nom d'un institut, dans lequel il régit. En ce sens, le professionnel qui pratique l'accompagnement dans toutes ses formes ne le fait pas du jour au lendemain. Cela peut nécessiter une formation qui peut être à la fois initiale et continue, qui permet de saisir l'accompagnement dans tous ses aspects, les postures à prendre et les compétences indispensables.

C. La formation

« Le mot français « *formation* » remonte au XI^{ème}. Il désigne le processus naturel ou culturel par lequel les choses prennent forme, ainsi que les résultats de ce processus. Former, comme processus, c'est former quelqu'un à quelque chose et pour quelque chose » (Fabre, 1992) [9].

Dans les pratiques éducatives, l'INSEE (Institut nationale de la statistique et des études économiques, 2020), définit la formation comme étant « *une forme d'apprentissage à la fois organisé et institutionnalisé* » (INSEE, 2020). Cette définition vient compléter celle du code de travail qui définit l'action de formation « *comme un parcours pédagogique permettant d'atteindre un objectif professionnel* » qui « *peut être réalisée en tout ou en partie à distance* » et qui « *peut également être réalisée en situation de travail* » (Legifrance, s.d.) [27].

L'objectif d'une formation est de permettre aux apprenants d'acquérir des capacités et des compétences qu'ils seront capables d'appliquer en situation réelle après la formation. Cet objectif doit se manifester en objectifs pédagogiques et clairement défini pour obtenir de bons résultats.

La formation, de nos jours, envahit plusieurs champs professionnels et éducatives, et s'étale dans la durée à travers la formation initiale et la formation continue. Elle est permanente, régulière et se répand de façon pédagogique, où l'enseignement, l'apprentissage, le développement personnel et professionnel sont perpétuels.

La formation implique une transformation de la personne dans ses aspects personnels, sociaux et professionnels, et également une transformation par des apprentissages de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être.

Dans un contexte d'éducation permanente, il existe plusieurs types de formation qui engagent une personne dans un processus d'acquisition de compétences et de développement professionnel. Ces formations sont :

« **La formation initiale** : désigne le cursus au cours duquel les étudiants apprennent les bases d'une profession quelle qu'elle soit. Elle se déroule dans la continuité de sa scolarité : de la maternité jusqu'aux études supérieures. C'est une formation qui permet d'acquérir des compétences et des savoirs indispensables à l'exercice d'une profession choisie. Elle se déroule généralement en présentiel, dans les établissements scolaires, universitaires avec une durée variable selon le cursus choisi.

La formation continue : concerne les personnes déjà en activité ou possédant une expérience professionnelle. Dans le cadre de cette formation, les personnes cherchent avant tout à améliorer leurs compétences, en développer de nouvelles pour évoluer dans leur emploi actuel ou à compléter un cursus de formation initiale.

La formation professionnelle : concerne les professionnels. Elle s'apparente beaucoup à la formation continue. Elle permet de se former tout au long de sa vie professionnelle pour développer ou gagner de nouvelles compétences » (Les formations en France, s.d.) [29].

A travers ces différents types de formation qui peuvent se compléter les uns les autres, nous verrons plus spécifiquement la formation initiale et la formation continue.

1. La formation initiale

La formation initiale, par définition, correspond à la formation de base. C'est le fondement d'un projet professionnel, qui sert à acquérir des connaissances, des compétences, des ressources et des capacités nécessaires pour entrer dans la vie active. La formation initiale est destinée aux étudiants. Elle conduit à l'exercice d'une profession ou d'un métier par le suivi d'un cursus dont la durée et les enseignements varient suivant la filière choisie.

Par exemple, la formation initiale des manipulateurs en électroradiologie médicale dure trois ans. C'est une formation qui revêt différentes formes : formation en salle de classe, sur le terrain, etc. Les méthodes pédagogiques les plus adoptés sont :

- L'enseignement théorique en classe par le biais de la présentation des concepts
- L'enseignement à travers des études de cas, des exercices, des travaux pratiques
- L'enseignement à travers des jeux de rôles, des simulations, permettant de confronter les étudiants à des situations sur lesquelles ils peuvent être amenés à intervenir dans le cadre professionnel
- Les évaluations théoriques, orales et pratiques

- Les stages sur le terrain, qui permettent de compléter les connaissances théoriques par une situation clinique réelle, par une expérience concrète, d'acquérir et de valider des compétences dans notre domaine d'étude.

De ce fait, la formation initiale « *transmet et certifie des savoirs, éventuellement des savoir-faire jugés, au mieux et prédictifs, des compétences qui devraient pouvoir être mobilisées dans l'exercice du métier* » (Beckers, 2004) [4]. C'est une base solide à partir de laquelle l'on est capable de trouver d'autres ressources pour amorcer une construction professionnelle et qui favorise le développement personnel et le développement professionnel.

La formation initiale est un mode d'apprentissage dans l'action et par l'expérience qui permet de faciliter l'ancrage des acquisitions. Cet ancrage est également assuré par la formation continue qui permet de renouveler, d'améliorer ces compétences déjà acquises, d'en acquérir d'autres et d'ajuster son développement professionnel.

2. La formation continue

Dans les parcours professionnels, la formation continue est un complément à la formation initiale. Elle se réalise à travers de nouveaux apports (savoirs, connaissances, compétences, capacités) qui permettent une construction globale personnelle et professionnelle.

La formation initiale et continue sont liées. Si la formation initiale fonctionne comme un vecteur conductrice de la construction professionnelle, la formation continue quant à elle conduit au développement professionnel par l'acquisition et l'amélioration des savoirs professionnels.

La notion de formation continue est étroitement liée à celle du développement professionnel, car apprendre, se renouveler, s'engager, se remettre en question font partie des processus clés du développement de la personne dans l'exercice de sa profession. Le professionnel s'inscrit alors dans une perspective d'apprentissage continu. « *On peut donc dire que s'engager dans une formation continue liée à sa profession suscite le développement professionnel* » (SAVOIE-ZAJC, 2006) [36]. Un développement qui permettrait d'assurer une posture et des compétences optimales auprès de qui le professionnel s'engage.

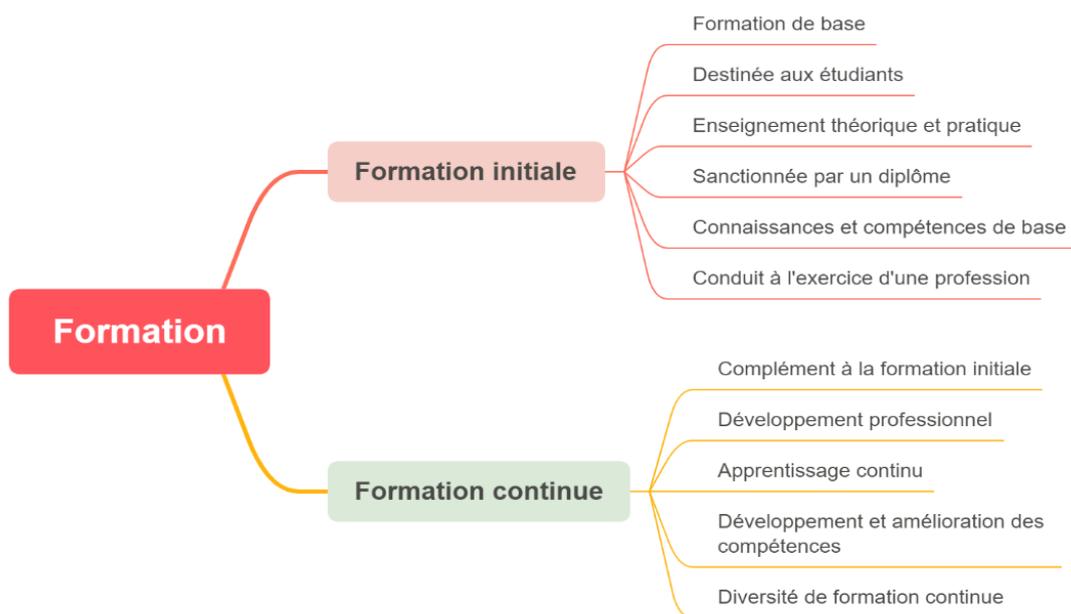
Selon le ministère de l'éducation du Québec (MEQ, 1999), « *la formation continue repose sur une variété de moyens, soit la formation par les collègues, la formation à l'université, la recherche-action,*

les colloques et les congrès, les stages et le partage d'expériences pédagogiques » (Gaudreau, Trépanier, & Duchaine, 2021) [10].

On parle alors de formation continue en interne lorsque la formation d'un professionnel est réalisée par des collègues, des membres de son équipe, qu'ils accompagnent dans diverses situations pour observer, apprendre, et se former à travers les acquis et les expériences des autres.

La formation continue en externe quant à elle correspond à la formation en « externe », ailleurs, dans une université, dans un institut de formation ou encore au sein d'une autre équipe ne faisant pas partie de l'organisme ou du lieu de travail du professionnel qui se forme.

Dans le métier du manipulateur en électroradiologie médicale (MEM), le manipulateur radio dispose de nombreuses formations (hypnose, douleur, radioprotection, éducation thérapeutique du patient, relationnel, etc.). Ce dernier peut, selon son lieu de profession et en lien avec son développement professionnel, se former soit en interne, soit en externe, tout au long de sa carrière.



Formation

3. Que dit la législation sur la formation ?

En France, le code du travail régit plusieurs articles sur la formation des professionnels. Nous retrouvons :

- **L'article L6311-1 du code du travail, modifié par la loi n° 2009 – 1437 du 24 novembre 2009 - art 1 : relatif à la formation professionnelle continue.**

« La formation professionnelle continue a pour objet de favoriser l'insertion ou la réinsertion professionnelle des travailleurs, de permettre leur maintien dans l'emploi, de favoriser le développement de leurs compétences et l'accès aux différents niveaux de qualifications professionnelle et leur contribution au développement culturel, économique et social » (Légifrance, s.d.) [26].

- **L'article L6111-1 du code du travail, modifié par loi n° 2022-1598 du 21 décembre 2022 - art 1 : relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie (FPTLV).**

« La formation professionnelle tout au long de la vie constitue une obligation nationale. Elle vise à permettre à chaque personne, indépendamment de son statut, d'acquérir et d'actualiser des connaissances et des compétences favorisant son évolution professionnelle, ainsi que de progresser d'au moins un niveau de qualification au cours de sa vie professionnelle. Elle comporte une formation initiale, comprenant notamment l'apprentissage et des formations ultérieures, qui constituent une formation professionnelle continue » (Légifrance, s.d.) [27].

Concernant les professionnels de santé, nous avons :

- **L'article R. 4382-3 du décret n°2011-2114 du 30 décembre 2011 du code de la santé publique, relatif au développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé paramédicaux (HAS, 2014) [13].**

« Le développement professionnel continu, apparu dans la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires) de 2009, est dispositif de formation réglementé et obligatoire, qui concernent tout professionnel de santé, dont les manipulateurs en électroradiologie médicale (MEM). Les objectifs de ce dispositif qui ont été définis sont : le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences des professionnels de santé, l'amélioration des pratiques, l'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la prise en charge des patients » (AFPPE, 2019) [1].

L'offre de formations continues destinées aux manipulateurs en électroradiologie médicale (MEM) est variée et propose des enseignements théoriques et pratiques pour :

- Mettre à jour ou approfondir les connaissances dans les différents aspects de la profession : radioprotection, gestion d'images, les nouvelles technologies de l'imagerie médicale, ...

- Se spécialiser dans un domaine particulier de la profession tel que l'échographie, l'imagerie interventionnelle, ...
- Elargir le champ des compétences et savoirs vers d'autres pratiques tel que la prise en de la douleur, la prise charge psychologique du patient, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement du patient, l'hypnose, la communication thérapeutique, la qualité, l'hygiène et la sécurité, ...

D. Compétences

Le terme compétence au XV^{ème} siècle est emprunté du bas latin « *compétentia* » qui signifie « proportion, rapport exact ». « *C'est la capacité fondée sur un savoir ou une expérience, que l'on reconnaît à une personne* » (Morel, 2012) [31].

Selon Le Petit Robert, la compétence est « *une connaissance, une expérience, qu'une personne a acquise dans tel ou tel domaine et qui lui donne qualité pour bien juger* » [31]

De nombreux auteurs définissent chacun le concept de compétence. Ces définitions attribuées à la compétence sont à la fois distinctes mais similaires dans leur signification, et se rejoignent, se complètent pour former un large éventail de la notion de compétence. On retrouve parmi ces auteurs : Lasnier (2000) qui définit la compétence comme étant « *une savoir-agir complexe qui fait suite à l'intégration, à la mobilisation et à l'agencement d'un ensemble de capacités et d'habiletés (pouvant être d'ordre cognitif, affectif, psychomoteur et social) et de connaissances utilisées efficacement, dans des situations ayant un caractère commun* » [18]. Cette définition rejoint celle de Le Bortef (1997) qui définit la compétence comme étant « *la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs dans une situation et dans un contexte donnés* » [19]. A travers ces définitions, les auteurs parlent de la compétence comme d'un « savoir-mobiliser », d'un « savoir-agir » puisque l'action de compétence prend la forme d'une mobilisation d'un ensemble de capacités et de ressources de manière intégrée, volontaire et appropriée à la situation donnée. En ce sens, il s'agirait alors d'un déploiement de ressources internes et externes, de capacités, d'attitudes, de postures mises en évidence, qui permettent d'agir, d'intervenir ou de résoudre un problème dans son domaine professionnel. C'est ce que confirme Bellier (1999) dans sa définition de la compétence comme « *permettant d'agir et/ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte particulier en mobilisant diverses capacités de manière intégrée* » [16].

On remarque, chez chacun des auteurs cités, des termes similaires qui apparaissent, tels que : « savoir-agir », « savoir-mobiliser », « situation donnée », « contexte particulier ». On peut donc situer la compétence comme étant une notion contextualisée, qui se déploie dans un contexte, dans une situation

professionnelle donnée, où la personne compétente met en œuvre ses acquis dans une combinaison adéquate, sensée, appropriée et spécifique à la situation donnée.

Dans sa définition, le Boterf (1997) a évoqué « *la mobilisation d'un ensemble de savoirs* ». Cet ensemble de savoirs est un ensemble de ressources qu'il distingue en deux types de ressources, à savoir : les ressources internes et les ressources externes qui peuvent être mobilisées dans une situation donnée par une personne compétente dans son champ d'action. Selon lui, les ressources internes incluent l'ensemble des connaissances (connaissances théoriques, conceptuelles, des savoir-faire, des expériences, des habilités, des intérêts, des attitudes, etc.) de la personne, tandis que les ressources externes peuvent être physiques (documents, outils, lieux, machines), humaines (formateurs, pairs, experts) ou temporelles [3].

En effet, le dictionnaire des compétences distingue trois catégories de compétences requises dans une activité professionnelle [23] :

- Le savoir = connaissances
- Le savoir-faire = compétence opérationnelle
- Le savoir-être = compétence comportementale.

1. Le Savoir

Le savoir correspond à « *l'ensemble des connaissances acquis au cours d'une formation, du parcours scolaire, universitaire et professionnel* » [39]. C'est une notion très large et peut englober ce qui a été assimilé sur le plan éducatif, pédagogique, culturel, etc. Il se limite aux connaissances théoriques et est spécifique au domaine de travail que l'on vise.

2. Le savoir-faire ou la compétence opérationnelle

Le savoir-faire désigne « *la compétence professionnelle pratique* » [39]. Pour bien comprendre ce concept, par exemple, un jeune étudiant manipulateur en électroradiologie médicale, alternant entre stage sur le terrain et apports théoriques à l'école, développera ses connaissances théoriques (savoir) essentiellement à l'école, puis les appliquera sur son lieu de stage conformément à la modalité d'imagerie médicale (radiographie, scanner, IRM, etc.) et « acquerra ainsi une certaine maîtrise du domaine traité (savoir-faire). Autrement dit, le savoir-faire représente l'expérience professionnelle » [39].

« Les compétences opérationnelles sont indissociablement liées aux situations dans lesquelles elles doivent être exercées. Elles se développent en situation et deviennent visibles dans la manière de gérer ces mêmes situations » (Zbinden-Bühler, Schuler, & Petrini) [42]. En ce sens, un rôle essentiel se joue dans la manière d'agir, de se comporter, d'adapter une posture, de mettre en œuvre telle ou telle capacité, d'adopter une attitude donnée ; cela survient dans une situation, dans un contexte donné, et dépend de la situation. Ainsi, les compétences opérationnelles tiennent compte de la situation et amènent une personne à utiliser les bonnes ressources internes et externes (décrit par le Boterf) acquises de manière adéquate et approprié pour gérer la situation dans son unicité.

Sous cet angle, le SEFRI (2017) souligne « qu'une personne dispose des compétences opérationnelles requises si elle est capable d'exécuter des tâches et des activités professionnelles de manière ciblée, adéquate, autonome et flexible » [40]. Ainsi, quatre dimensions indissociables des compétences opérationnelles ont été ainsi élaborées :

- « Les compétences professionnelles : permettent à une personne de résoudre de manière indépendante les tâches et les problèmes qui se présentent dans son champ professionnel et de faire face aux exigences changeantes dans sa profession.
- Les compétences méthodologiques : la personne planifie l'exécution des tâches et des activités professionnelles, et privilégie une manière de procéder ciblée, structurée et efficace.
- Les compétences sociales : la personne sait comment modeler de manière constructive ses relations sociales et la communication que ces dernières impliquent dans le contexte professionnel.
- Les compétences personnelles : la personne met sa personnalité et son comportement au service de son activité professionnelle » (Zbinden-Bühler, Schuler, & Petrini)[42].

3. Le savoir-être ou la compétence comportementale

Le savoir-être « s'acquiert certes par l'éducation de ses parents, ainsi que par ses relations amicales et ses études, mais il se développe également au sein du milieu professionnel » [39]. Le savoir-être peut-être lié aux valeurs, aux coutumes sociales, à la personnalité, aux traits de caractères innés ou acquis. On parle donc, ici, de l'attitude, du comportement, des compétences personnelles.

Aussi appelées compétences douces, les compétences comportementales (savoir-être) sont des « aptitudes qui font référence aux différents savoir-être professionnels que devrait posséder une personne. Elles peuvent inclure l'intelligence relationnelle ou émotionnelle, l'intelligence sociale, la communication » (Lemaigre-Voreaux, 2022) [28], et les qualités personnelles comme l'empathie, l'éthique, l'esprit critique, la gentillesse... Il s'agit de facultés humaines qui peuvent émaner de la

personne elle-même ou de l'extérieur. Les compétences comportementales (savoir-être) peuvent s'appliquer dans de nombreux domaines, et elles se distinguent des compétences opérationnelles (savoir-faire) qui, elles, sont propres à chaque secteur.

Aujourd'hui, il existe de nombreux référentiels de compétences dans chaque secteur d'activité qui répertorient toutes les compétences acquises en cours de formation. « *Le référentiel de compétences contribue à identifier les compétences nécessaires pour le bon exercice des fonctions confiées, et celles que l'apparition d'activités nouvelles nous appelle à développer* » (BnF, 2012) [6]. C'est le cas de la formation des manipulateurs en électroradiologie médicale, qui dispose d'un référentiel de compétences où de nombreux champs de compétences propres à la profession, sont à acquérir à travers des stages réalisés tout au long de la formation.

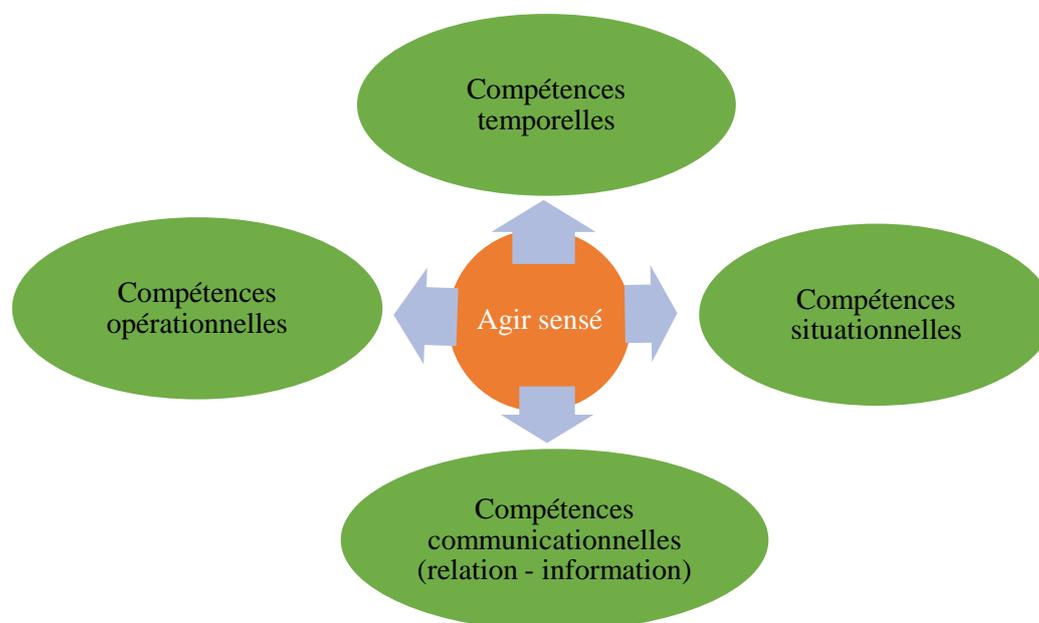
	SAVOIR	SAVOIR FAIRE	SAVOIR ETRE
Signification	Connaissance	Pratique	Attitude / comportement
Verbalisation	Je connais, j'ai appris...	Je sais...	Je suis...
Exemples	<ul style="list-style-type: none"> - Les contre-indications en IRM, au Scanner - Les principes de radioprotection - Les incidences radiologiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser un examen radiologique - Poser un abord veineux - Poser une perfusion - Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Autonome - Capable de m'adapter - Empathique - Créatif - Etc.

Tableau synthèse

4. Les compétences en Accompagnement

Le développement des compétences concerne l'ensemble des individus, et ce quel que soit leur niveau de formation initiale et leur poste. Cela vise à acquérir de nouvelles compétences en rapport avec l'évolution de la profession exercée et d'améliorer l'efficacité professionnelle.

En accompagnement, en rapport avec le « savoir-agir » de Lasnier (2000), le « savoir-mobiliser » de Le Bortef (1997), qui désigne la mobilisation et l'agencement des compétences, des capacités de façon appropriée dans une situation donnée, dans un contexte donnée, Lhotelier (2001) parle d'un « agir sensé », qu'il définit comme étant la « *centration des compétences par une éthique de la personne qui donne l'orientation sensée de l'action* »^[30] dans une situation donnée, dans un contexte d'accompagnement. Il évoque ainsi, au-delà du savoir-faire, d'autres compétences indispensables en accompagnement, à savoir : les compétences communicationnelles, les compétences situationnelles (connaissance de son milieu, de l'ancrage) et les compétences temporelles (présence, endurance, rythme). Selon lui, « *même si accompagner, c'est se centrer inconditionnellement sur la personne, il ne s'agit pas de séparer personne, compétences et situations* » (Lhotelier, 2001). L'accompagnement doit intégrer plusieurs compétences, indissociables les unes des autres. Il construit ainsi « l'agir sensé », le « savoir-agir », le « savoir-être » en accompagnement, autour de toutes ces compétences nécessaires.



Les compétences en Accompagnement

L'accompagnement intègre une démarche participative entre l'accompagnateur et l'accompagné. Les compétences communicationnelles (écoute active, empathie, convivialité, communication verbale et non verbale, respect...) occupent ainsi une place importante dans l'accompagnement puisqu'elles associent le langage éthique de l'accompagnement et le relationnel qui concerne également l'accueil, l'écoute, la confiance, la communication verbale et non verbale, l'aide, qui sont conducteurs de la relation de confiance au sein de l'accompagnement.

En lien avec les compétences nécessaires dans la relation d'accompagnement, le référentiel de compétences des manipulateurs en électroradiologie médicale, illustre la compétence six : « *conduire une relation avec la personne soignée* » à acquérir en formation initiale pour favoriser une relation soignant-soigné. Cette compétence s'intéresse à la qualité de la démarche de soutien et d'accompagnement de la personne soignée (la démarche de conseils et d'éducation mise en œuvre, la prise en charge adaptée aux besoins de la personne...), au mode de communication adapté à la personne soignée et à sa situation (le langage, les attitudes professionnelles), et aux informations et conseils transmis à la personne soignée (Cf. Référentiel des compétences du MEM).

Dans cet ensemble de compétences en accompagnement, pour le Bouedec (2007), « *les compétences de bases telles que l'écoute, les savoirs divers nécessaires et qui peuvent s'acquérir et se développer, ne suffisent pas pour faire d'un professionnel en accompagnement, un bon accompagnateur. Car il faut, en plus, des qualités d'intériorité, de pénétration, de tact, de patience, d'humilité, de compassion, qu'aucune formation ne saurait assurer* » (Le Bouedec, 2007) [22]. On peut, ici, faire appel aux compétences comportementales qui relève de la personnalité, du caractère, des valeurs et des expériences du professionnel.

Sous ce même angle, Maela Paul revient dans la fiche concept de Bischoff et Velasquez (2016) où elle définit également des compétences de l'accompagnateur comme :

- « Être un miroir par la relation d'écoute
- Faciliter les échanges
- Être garant et aider
- Faciliter la prise décisions et de priorisation » [5].

L'accompagnement à travers ses définitions cumule de nombreuses compétences (savoir, savoir-faire et savoir-être) indispensables, acquises par expérience ou par formation initiale ou continue.

III. Intérêt de l'objet de recherche

L'accompagnement est une notion vague et instable du fait de ses multiples définitions. Cependant, ces définitions visent un seul et même objectif : celle d'accompagner, d'aider, de conseiller, de guider, de rassurer, quelque que soit le domaine dans lequel il est employé. Tout individu a besoin d'accompagnement, d'autant plus en santé où l'accompagnement par les professionnels de santé peut constituer un pilier pour le patient dans son parcours de soin. Pilier sur lequel le patient sait qu'il peut compter tout au long de son suivi, pour rassurer ses doutes, ses inquiétudes, ses peurs, ses besoins, pour l'aider dans certaines démarches concernant ses soins, pour le guider vers d'autres professionnels si besoin, etc.

La radiothérapie interne vectorisée (RIV) est un traitement cancérologique en plein essor, utilisant des produits radioactifs pour cibler et détruire les cellules tumorales de certains types de cancers tels que le cancer de prostate, le cancer de la thyroïde, les tumeurs neuroendocriniens, ... En tant que thérapie, elle est moins lourde et moins longue dans le temps par rapport à certains traitements cancérologiques comme la radiothérapie externe qui peut être étalée sur plusieurs semaines et qui a lieu chaque jour de la semaine. Cependant, la RIV reste un traitement difficile pour le patient qui le subit, et cela nécessite donc une prise en charge globale et de qualité, à la fois pour le patient lui-même et pour son traitement.

Prendre en charge le patient dans sa globalité dans son parcours de soin, ne signifie pas seulement de lui prodiguer les soins et les traitements dont il a besoin simplement mais aussi de prendre soin de lui, de son état physique et psychologique, d'être disponible pour lui, de lui accorder de l'attention, du respect, de l'écouter, de le conseiller, de l'expliquer, de subvenir à ses besoins, de s'adapter à lui, à sa situation clinique et à sa singularité, d'instaurer une relation où le patient se sent bien et compris. Il ne faut donc pas négliger le contexte de vie du patient et mettre en place des éléments concourant à son bien-être malgré la maladie cancéreuse.

Le cancer n'est pas une maladie facile à vivre pour le patient, en plus du traitement qui l'accompagne. Comme dans tout traitement cancérologique selon la mesure 40 du Plan Cancer, la RIV dispose aussi d'un temps d'accompagnement du patient dans le processus du traitement. Cet accompagnement est réalisé par un MEM du service de médecine nucléaire. Il est celui qui accueille le patient en consultation d'accompagnement jusqu'à la réalisation du traitement qu'il assure lui-même sous la responsabilité du médecin nucléaire.

D'après mes observations sur le terrain, il m'est apparu intéressant de voir cet aspect du MEM immergé dans l'accompagnement autre que le côté purement technique du traitement par RIV. En imagerie médicale, la durée de prise en charge du patient est souvent courte, et si le MEM trouve toujours du temps dans cette courte durée pour instaurer une relation avec le patient ; en médecine nucléaire dans le cadre de la RIV, ce temps est d'autant plus élargi et entièrement dédié au patient, et où le MEM s'intègre pleinement dans le parcours du patient à la fois sur l'aspect relationnel que technique de la prise en charge.

Dans la construction de mon cadre théorique, je me suis servie des éléments élaborés dans ma phase exploratoire en rapport avec mon thème de recherche et ma situation d'appel pour définir les concepts qui constitueraient le cadre théorique. Je me suis centrée sur le propre de l'accompagnement, de la formation et des compétences s'impliquant dans cette consultation, qui révèle de l'aspect soignant du MEM. J'ai donc pu constater que la versatilité du MEM entre soin et technique lui permet de suivre et d'accompagner le patient dans son parcours. A partir de là, j'ai voulu savoir comment le MEM en médecine nucléaire intégrait ces compétences techniques et relationnelles au sein de l'accompagnement avec le patient et son rôle pour conduire ce dernier vers la compréhension du traitement par RIV et assurer sa réalisation de façon optimale.

IV. Hypothèse de recherche et Méthodologie d'enquête

A. Hypothèses de recherche

L'accompagnement varie en fonction du champ professionnel dans lequel il s'exerce, et dans tous les cas, peut impliquer ou non une formation et des compétences propres. Nous nous centrons particulièrement ici, sur le manipulateur en électroradiologie médicale au sein de l'accompagnement du patient traité par radiothérapie interne vectorisée, en médecine nucléaire et les compétences appropriées dans cette démarche d'accompagnement.

Au vu de la situation de départ, des différentes interrogations développées auparavant, du développement théorique et de la question de départ qui avait été posée à savoir : « **En quoi les compétences acquises en formation ou non sont-elles mobilisables lors de la consultation d'accompagnement du patient traité par radiothérapie interne vectorisée en médecine nucléaire ?** », j'ai élaboré des hypothèses de recherche découlant de toutes ces étapes précédentes.

Les hypothèses émises sont les suivantes :

- **Hypothèse 1** : La consultation d'accompagnement en radiothérapie interne vectorisée correspond à l'une des formes du concept d'accompagnement : le counselling (relation d'aide).
- **Hypothèse 2** : La formation initiale permet de donner les savoirs (savoir, savoir-faire, savoir-être) nécessaires à l'accompagnement.
- **Hypothèse 3** : Les compétences communicationnelle et relationnelle constituent des compétences clés dans la démarche d'accompagnement.

B. Méthodologie d'enquête

1. Présentation de l'outil d'enquête

Dans le cadre de ce travail de recherche, ma méthodologie d'enquête se base sur une approche qualitative. Ainsi, afin de confronter mes recherches théoriques à la réalité du terrain, il me paraît évident de réaliser des entretiens semi-directifs pour recueillir des données et évaluer la pertinence de ma question de départ. Pour cela, j'ai élaboré un guide d'entretien à partir des trois hypothèses posées, pour lesquelles j'ai défini des objectifs principaux, et établis au moins 10 questions ouvertes visant l'objectif de chaque hypothèse. Cette enquête qualitative m'a permis de collecter des informations plus précises et approfondies sur les différents thématiques retenues de mes lectures. En effet, « l'enquête qualitative est une méthode descriptive qui s'appuie sur des interprétations, des phénomènes et leur signification. Elle a pour objectif de proposer des hypothèses, d'expliquer, d'étudier les phénomènes, les relations et de promouvoir la compréhension » [44]. L'enquête qualitative permet ainsi une interaction et un libre-échange avec les professionnels sur leurs pratiques tout en restant orientée sur les axes de recherche.

J'ai rencontré directement les professionnels dans leur service sauf un en visioconférence, et réalisé 3 entretiens enregistrés. Au départ, je voulais réaliser 4 entretiens mais les 3 entretiens que j'avais préalablement fait durerait entre 1h et 1h et demi, ce qui me faisait beaucoup de données à recueillir. Je me suis donc focalisé sur les 3 entretiens, soumis à l'anonymat pour permettre une liberté d'expression.

2. Population interrogée

J'ai choisi d'interroger 2 manipulatrices RIV et 1 manipulateur RIV travaillant dans différents services de médecine nucléaire. Les professionnels interrogés ont tous une expérience dans la RIV et pratiquent cette dernière depuis au moins 1 an.

Pour élaborer ce choix de population, j'ai établi des critères d'inclusion et d'exclusion décrites dans mon guide d'entretien [Annexe I] :

Critères d'inclusion

- Services de médecine nucléaire qui pratiquent la radiothérapie interne vectorisée
- Manipulateurs en électroradiologie médicale qui interviennent dans la radiothérapie interne vectorisée et qui réalisent des consultations d'accompagnement.
- Manipulateurs en électroradiologie médicale qui interviennent dans la radiothérapie interne vectorisée et qui ne réalisent pas de consultation d'accompagnement.
- Manipulateurs en électroradiologie médicale avec plus ou moins d'expérience (depuis moins de 1 an).

Critères d'exclusion

- Autres professionnels médicaux ou paramédicaux
- Services de médecine nucléaire non impliqués dans la radiothérapie interne vectorisée
- Manipulateurs en électroradiologie médicale qui n'interviennent pas dans la radiothérapie interne vectorisée.

Le recueil des données a eu lieu dans le service de médecine nucléaire d'un CHU et dans le service de médecine nucléaires de deux centres de lutte contre le cancer, qui pratiquent tous les trois la RIV.

3. Guide d'entretien

Les questions élaborées dans mon guide d'entretien correspondent à une hypothèse posée, dont un objectif principal est défini.

Pour l'hypothèse 1, dix questions sont émises et concernent les généralités sur la consultation d'accompagnement et la représentation de cette consultation comme une forme d'accompagnement : le

counselling (relation d'aide). L'objectif de cette première partie est de savoir si la consultation d'accompagnement en radiothérapie interne vectorisée (RIV) constitue une relation d'aide et non un simple temps d'information.

Pour l'hypothèse 2, six questions sont posées, et concernent la formation initiale identifiée comme nécessaire et suffisante à l'accompagnement. L'objectif de cette deuxième partie est de déterminer si la formation initiale est suffisante à l'acquisition des savoirs et des compétences mobilisables en accompagnement

Pour l'hypothèse 3, onze questions sont également émises, et concernent principalement les compétences communicationnelles. L'objectif de cette troisième partie est d'évaluer l'importance des compétences communicationnelles dans la relation d'accompagnement.

V. Analyse des entretiens

A. La consultation d'accompagnement en RIV

1. Généralités de la consultation

La consultation d'accompagnement en RIV est une consultation paramédicale assurée auprès du patient par un manipulateur radio appelé manipulateur RIV, dans le service de médecine nucléaire faisant de la radiothérapie interne vectorisée (RIV). Ce qui déjà montre l'aspect institutionnalisé et encadré de l'accompagnement évoqué dans le cadre théorique.

Sur les 3 manipulateurs RIV interviewés, pour 2 professionnels, la consultation paramédicale est réalisée après la consultation médicale avec un médecin du service de médecine nucléaire : « Il y a le médical qui est la première et après la consultation d'accompagnement avec un manip RIV », À la suite de la consultation médicale, nous, là, les manipulateurs de RIV, on intervient, on va faire la consultation paramédicale et là nous serons plus terre à terre ». Ce qui rappelle le dispositif d'annonce de la mesure 40 du Plan Cancer dans lequel la consultation paramédicale s'inscrit en tant qu'un temps d'accompagnement, dont l'objectif est de faire bénéficier au patient d'un temps de soutien, d'un temps d'information, de repérage de ses besoins et des réponses à ses questions. En ce qui concerne la 3^{ème} professionnelle, il s'agit d'une consultation non pas paramédicale, mais médicale en présence du médecin nucléaire et du manipulateur RIV : « C'est vraiment une consultation qui a duré 1 h avec le médecin et nous manip RIV ». Cette dernière souligne que la consultation, dans leur service, est faite en présence du médecin et d'un manipulateur RIV : « on sera avec le médecin pour la consultation », et qu'il ne s'agit pas d'une consultation assurée uniquement par le manipulateur RIV car pour elle : « ce n'est pas une consultation comme on peut l'entendre, parce que c'est médical la consultation. Mais on fait un petit entretien téléphonique avec le patient on va dire ». Pour cette manipulatrice RIV, il ressort qu'il n'y a qu'un entretien téléphonique entre eux manipulateur RIV et le patient mais pas une consultation d'accompagnement. Néanmoins, elle rappelle que cet entretien téléphonique avec le patient renvoie à une "petite consultation" lorsqu'ils appellent ce dernier pour organiser la consultation médicale : « Il y a une petite consultation qui se fait déjà quand on appelle pour leur dire cependant qu'on voudrait organiser un rendez-vous et alors là, si le patient nous pose des questions, alors là, on va répondre, lui donner des consignes et certaines informations » mais « On ne va pas faire une consultation, nous les manip », « Ce n'est pas nous, dans notre fonction, notre rôle, on n'est pas compétent » puisque « Il y a des informations que le médecin doit recueillir et ce n'est pas nous les manip qui allons faire ça ».

Cependant, les 3 manipulateurs RIV s'accordent à dire que la consultation d'accompagnement pour d'autres ou l'entretien téléphonique pour certains, avec le patient est systématique dans le cadre d'un traitement RIV et s'étale généralement sur une durée d'une heure. Il s'agit d'une seule consultation qui a lieu en présentiel dans le service de médecine nucléaire et qui se poursuit après par un appel téléphonique pour rappeler les informations et consignes du traitement : « Naturellement, il n'y en a qu'une au bout d'une heure à peu près qui est prévue, ça peut déborder hein, ça peut-être 1 h et demi. On n'a pas à jouer le chrono. Naturellement, il y en a qu'une de prévue et après, c'est de téléphoner », « C'est une seule consultation en présentiel et une téléphonique quelque jours avant pour faire des rappels avec eux avant le traitement ». Ils font savoir également qu'il n'y a pas de préparation spécifique de leur côté avant d'accueillir le patient en consultation paramédicale ou avant l'entretien téléphonique. Ils organisent les choses avec le patient directement. En ce sens, quel est donc le but de cette consultation selon les manipulateurs RIV

Concernant le but de la consultation, les 3 manipulateurs RIV, malgré une interprétation différente des uns des autres, notent que le but de la consultation, qu'elle soit un entretien téléphonique ou une consultation paramédicale avec le manipulateur RIV, vise un même point, à savoir : préparer le patient au traitement, lui fournir toutes les informations et les explications nécessaires, s'assurer que le patient sache où il va dans son parcours, qu'il ait tout, qu'il soit en condition pour le traitement, répondre à toutes ces questions et le rassurer du traitement. Ainsi, Il s'agit pour l'un des manipulateurs RIV de « donner toutes les clés et les explications purement techniques de comment se passe le traitement. Pour moi, quand il va venir ici, il sait où il va aller et qu'est ce qui va se passer. C'est important pour le patient parce qu'il est déjà dans un cursus qui n'est pas facile pour lui. Donc là, venir et savoir déjà le déroulement sur deux ou trois jours, voilà, ça le calme », pour une autre de « le préparer au traitement, s'assurer qu'il y ait tout ce qu'il faut pour le traitement » et pour la dernière qu'on « réponde à toutes les questions qu'il pourrait se poser »

Le manipulateur RIV est celui qui s'occupe du patient traité par RIV dans son entièreté, de l'accueil en passant par les consultations et la préparation au traitement jusqu'à la réalisation du celui-ci. Il joue ainsi un rôle important dans la prise en charge du patient et dans son parcours en RIV car « ce n'est pas anodin le traitement ».

Selon le fonctionnement de leur service, les manipulateurs interrogés décrivent brièvement et de façon différente, le rôle du manipulateur RIV au sein de l'accompagnement et de la préparation du patient. Ils pratiquent tous la RIV depuis au moins 1 an et signalent qu'il n'y a que les manipulateurs RIV qui traitent et s'occupent du patient RIV, pas autrement. Concernant le rôle défini du manipulateur RIV, ceux faisant la consultation d'accompagnement dans leur service s'attèlent à dire pour l'un que leur rôle dans cette consultation va être de « revoir les planques autrement après la consultation médicale », de

revoir certains points au besoin du patient, d'expliquer le traitement et l'attitude à avoir dans la semaine suivant le traitement, et surtout d'échanger sur les inquiétudes du patient traité par RIV. Pour l'autre, leur rôle serait de dédramatiser la situation. Il s'agit pour ces manipulateurs d'illustrer de façon plus terre à terre toutes les informations du traitement données au patient lors de sa consultation médicale et plus important de soulager l'appréhension et les craintes du patient. En ce qui concerne la 3^{ème} manipulatrice RIV interrogée, leur rôle dans l'accompagnement et la préparation du patient est avant tout axé sur la gestion administrative du patient : « C'est nous qui prenons les rendez-vous, qui faisons les ordonnances, les prescriptions de prise de sang. Si les patients ont besoin d'un bon de transport, et bien on prépare le bon de transport », et le recueil de certaines informations à la demande du médecin nucléaire : « Il faut organiser et en consultation au téléphone, on fait comprendre qu'on recueille souvent des informations ». De ce fait, au-delà de traiter et de prendre en charge le patient le jour-J, elle argumente qu'il n'y a pas que l'aspect du métier de technicien du manipulateur radio et que toute la gestion administrative du parcours du patient en RIV y est compris. Toutefois, elle rejoint les autres manipulatrices RIV sur le fait que les manipulateurs RIV ont tout un ensemble de rôle qui fait que les patients soient bien préparés au traitement.

2. L'accompagnement : une relation d'aide

La relation d'aide est une des formes d'accompagnement : *le counselling* dont l'OMS définit comme étant « un dialogue confidentiel entre un patient et un soignant ». Comme nous l'avons évoqué plus haut dans le cadre théorique, c'est une relation dans laquelle une personne tente d'aider et de soutenir une personne en situation difficile. En ce sens, les 3 manipulateurs révèlent que les patients qui viennent en RIV, sont déjà dans un cursus qui n'est pas facile pour eux. Donc avoir un temps de consultation paramédicale ou téléphonique pendant lequel ils ont des explications sur le déroulé du traitement, des informations supplémentaires, des conseils, des réponses à leurs questions, de l'aide pour tel besoin, de l'apaisement sur leurs inquiétudes, ... enlève déjà une angoisse, un stress, une appréhension et quelque part, cela les calme et les rassure également car « sinon ils ne vont pas savoir quoi faire » alors « moi, je leur dis déjà surtout de préparer leur question parce que le médecin va les voir... Je leur dis le médecin va tellement vous donner d'informations qu'à un moment donné, vous allez peut-être oublier les questions que vous vouliez poser, donc n'hésitez pas à les préparer à l'avance, de les écrire pour lors de la consultation... Ce sont des conseils comme ça ».

Pour les 3 manipulateurs, une notion de suivi s'intègre dans cette relation dans le sens où le patient qui les voit une fois en consultation les reverrait le jour du traitement et les aurait eus au téléphone pour des informations complémentaires ou d'éventuelles questions. Ce qui permettrait aux patients de les connaître et donc les revoir au traitement rassure ces derniers, car ils seront avec un visage familier

qu'ils ont déjà vu et entendu. Puisque selon les 3 manipulateurs, ils sont chacun au nombre de 3 dans leur service et donc pour les patients, revoir les mêmes personnes qu'ils connaissent déjà à chaque cure du traitement est source d'apaisement car « ça les rassure de savoir que c'est un des trois manipulateurs qu'ils connaissent, qui le voit en consultation, qui va faire peut-être le premier traitement et qui va les revoir plusieurs fois ». Un des manipulateurs appuie sur le fait que « ça les calme et en plus c'est nous qui allons faire le traitement. Donc on les revoit après ou alors c'est notre visage, ils nous reconnaissent et ça les calme et les rassure de voir les mêmes personnes... On fait tous la même chose parce que le traitement, tu revois les patients en consultation et ça fait un suivi ». De ce fait, une autre manipulatrice indique que chez eux, les patients « ont une personne référente » entre elle et ses collègues et s'identifie comme « interlocuteurs » envers le patient. Néanmoins, elle souligne que pour eux, « ce suivi n'est pas physique, pas en consultation » avec eux. Mais que cela « est une forme d'accompagnement pour le patient » avec « un côté rassurant, parce qu'ils se sentent vraiment bien pris en charge, que s'ils ont une interrogation, s'il y a un souci, ils savent qu'ils nous ont, nous, comme interlocuteurs, que ce soit par mail, par téléphone... Qu'on est vraiment là s'ils ont besoin à tout moment ».

Dans cette relation d'aide, les manipulateurs RIV donnent chacun leur définition de l'accompagnement chez le patient traité par RIV. Et il ressort de nos 3 professionnels que l'accompagnement en RIV « vient dans le fait qu'on précise qu'on est trois manipulatrices qui allons-nous occuper d'eux... Et surtout, qu'ils n'hésitent pas à nous appeler s'ils ont des questions », que c'est « le fait de tout expliquer, de tout décortiquer avec le patient, c'est comme si on était à côté de lui effectivement et qu'on l'accompagnait dans sa démarche de soins. C'est comme si on lui donnait un tout petit peu la main, parce qu'on lui dit exactement tout ce qui va l'attendre » et qu'« on va bien lui expliquer, on va faire le traitement, il sera préparé, il sera accompagné pour que ça se passe le plus limpide possible ». Une manipulatrice RIV appuie sur le fait que l'accompagnement, c'est être à côté des patients, que c'est de les accompagner au mieux dans leurs séjours d'hospitalisation, dans leurs traitements et qu'aussi c'est essayer d'anticiper les questions que pourraient se poser les patients. Elle justifie cela par le fait que la consultation mise en place est « pour tout lui expliquer, l'accompagner et prendre soin de lui au maximum ». Ce que vient confirmer un autre manipulateur RIV ses dires : « Tu es là pour prendre son soin de lui entre guillemets pour que le traitement, les images se passent le mieux possible ».

Il semble alors que le but dans cette relation, c'est d'accompagner le patient dans le temps et l'aider tout au long de son traitement, c'est l'intégrer un peu plus dans son traitement, lui apporter des réponses, chercher à voir s'il a des besoins : « On va poser des questions, on va parler, discuter, identifier leur peur, trouver des solutions, essayer au max de les détendre, de les rassurer », « il y a plein d'échanges qui se font et du coup, il y a vraiment un accompagnement » car « l'accompagnement est aussi important et de toute façon l'accompagnement du patient il est toujours là ». Nous pouvons donc identifier, dans

cet état de chose, que l'accompagnement a pour sens : une relation de partage, d'échange, de communication, une relation de mouvement vers une parité de relation même s'il y a une disparité de position, de place (Manipulateur RIV – Patient), une relation partagée qui s'établit dans le temps avec des débuts et des suites même si dans ce contexte de la RIV la relation d'accompagnement s'établit sur une courte durée. De ce fait, les manipulateurs RIV notent une relation de confiance qui s'instaure, permettant de dédramatiser la situation et également, une notion de temporalité, de disponibilité, de présence auprès du patient soulignée par les phrases telles que : « On est vraiment là s'ils ont besoin à tout moment », « parce qu'ils sont habitués à nous en fait, puisque dès le départ on les prend par la main, on les maternelle », « On a un peu plus le temps que le médecin pour parler et donc on prend le temps et du coup ça, se fluidifie les choses et les patients sont plus sereins et quand ils doivent revenir, ils sont moins anxieux », « Vraiment on est à côté d'eux en fait », « Nous on prend le temps ». Ces éléments évoqués par les manipulateurs RIV rappellent la notion de « *temporalité-durée* » de Ardoino (2000) à laquelle l'accompagnement semble intimement lié.

De cette relation, les manipulateurs RIV en déduisent que l'information seule ne suffit pas et que la mise en place de ce temps paramédical a également pour but de rendre plus humain le déroulé du traitement, et non de juste « *balancé des informations sur le traitement et ses étapes et dire "bon voilà c'est tout" non. C'est aussi prendre le patient dans sa globalité, le comprendre, tout ça, pour que le traitement se passe dans de bonnes conditions* ». Et cet aspect humain qu'on peut reconnaître dans cette relation paraît s'identifier au langage éthique de l'accompagnement de Maela Paul (2020) qui se démarque par le soutien, la bienveillance, l'empathie, la sollicitude, l'écoute de l'autre.

En parlant d'information, il se trouve que la consultation d'accompagnement pour certains ou l'entretien téléphonique pour d'autres regorge aussi d'un temps d'information sur les étapes du traitement, fournit au patient.

3. Le temps d'information

Pour compléter le cadre théorique dans lequel nous n'avons pas illustré la signification de l'information et surtout dans ce contexte de l'information patient, il s'avère que l'information est aussi un élément primordial dans la consultation avec le patient, auprès de qui le manipulateur RIV a l'obligation de délivrer les informations nécessaires au traitement : « *L'information on est obligé de la dire* ». Ainsi, selon Larousse, l'information est « *une indication, un renseignement, une précision que l'on donne ou que l'on obtient sur quelqu'un ou sur quelque chose* » [45]. Suivant cette définition, nous constatons que le temps d'information dans ce contexte va consister à la fois à donner l'information au patient et à la

recueillir auprès du patient. L'information du patient par un professionnel de santé, en l'occurrence ici, le manipulateur RIV, permet au patient d'être éclairé sur les différents actes de soins thérapeutiques auxquels il va être soumis.

De plus, L'information permet d'assurer la compréhension du patient sur sa prise en charge. Et si l'information nécessite du temps et de la disponibilité, elle tient néanmoins compte de la situation du patient dans toutes ses dimensions (psychologique, sociale, culturelle, etc.).

Dans la RIV, en plus de la consultation médicale avec le médecin où ce dernier explicite toutes les étapes et les modalités du traitement au patient, il ressort que pour les manipulateurs RIV, le temps d'information c'est « la ré-explication, des explications du traitement et de l'attitude à avoir », c'est de leur « expliquer comment va se dérouler le traitement, l'hospitalisation, les imageries qu'ils auront à tel moment », c'est de leur « réexpliquer toutes les étapes du traitement et puis de vérifier que ça a bien été mis en œuvre » au-delà de la consultation médicale. Malgré cet avis commun, il résulte d'une manipulatrice RIV qu'« une consultation pour expliquer en soi le traitement, en général, c'est quand même médical parce qu'il y a quand même des informations que le médecin veut recueillir ». Néanmoins, de tous les manipulateurs RIV, il en découle que l'information chez le patient RIV consiste à expliquer vraiment le déroulement du séjour d'hospitalisation, le déroulement du traitement, les règles de radioprotection pendant et après le traitement, à expliquer le pourquoi ils seront installés seuls dans une chambre plombée durant quelques jours. Pour les manipulateurs RIV, « Il faut vraiment qu'il ait conscience de l'importance » du traitement, il faut « qu'il ait vraiment connaissance de tout ce qui les attend » : C'est donner l'information au patient et s'assurer qu'il l'ait.

D'après les manipulateurs RIV, l'information dispose d'un autre aspect que celle d'assurer la compréhension du patient sur son parcours de soin. Il s'agit d'un aspect de sérénité, de confiance et d'apaisement du patient engendré par l'accès aux informations et aux explications sur sa prise en charge thérapeutique. Ils soulignent alors que le but de l'information pour le patient, « c'est qu'il ait les informations et qu'il soit serein », c'est de lui « donner un maximum d'informations de façon, à ce qu'il sache vraiment à quoi s'attendre et qu'il soit plus confiant et plus rassuré ». Il apparaît dans ce cas de figure qu'on retrouve cet élément humain, relationnel, qui est toujours présent même pendant l'information. Les manipulateurs RIV démontrent ainsi que même durant un temps d'information, le relationnel est toujours d'actualité et est intimement lié à l'élaboration de la confiance, de la sérénité et de la compréhension du patient. Une manipulatrice RIV vient appuyer cela en disant qu'ainsi, « si effectivement ils ont compris toute l'information, on est sûr qu'on va pouvoir faire le bon traitement ». En d'autres termes, l'information engendre la mise en confiance et la compréhension du patient sur sa prise en charge thérapeutique, qui elle conduit à assurer la qualité du traitement.

Il se trouve que pour délivrer l'information aux patients, 2 manipulateurs RIV dans leurs services se servent de supports PowerPoint ou de supports PDF pour illustrer la chronologie de l'information sur les étapes du traitement, et ce, concernant tous les types de traitement RIV afin de ne pas passer à côté d'une information à délivrer : « J'ai tous les PowerPoint de chaque type de traitement », « Nous on a préparé des PDF, on a une trame ». De plus, étant dans une relation dynamique et participative, les manipulateurs RIV ont souligné quelques fois partir complètement dans d'autres débats avec le patient et se servir de leurs supports pour s'y retrouver et ne rien oublier : « Nous, on a des supports. On a des PowerPoint pour chaque type de pathologie... c'est un fil conducteur pour être sûr qu'on n'oublie pas d'informations importantes ». « S'il y a des questions ou quoi, on bifurque. C'est pour ça qu'on a la trame pour ne rien oublier », « parce que dès fois, c'est vrai qu'on peut partir partout pendant une consultation, et il faut revenir et ne pas oublier les infos, c'est ça qui est important ».

A part les supports PowerPoint comme outil conducteur de l'information, un manipulateur RIV évoque des démonstrations et des illustrations faits avec le matériel de traitement pour montrer au patient comment sera pris le traitement : « il y a aussi des démonstrations, des illustrations pour expliquer et informer le patient... Faire des démonstrations avec le matériel pour lui montrer comment sera pris le traitement ». Pour une autre manipulatrice, il s'agit de faire des ateliers pour montrer au patient comment sera le traitement : « On fait un atelier pour lui montrer concrètement comment sera le traitement ».

En plus de prendre en compte la situation du patient dans toutes ses dimensions psychologiques, sociales et culturelles comme illustré plus haut, soulignons aussi que l'information s'adapte également au patient et à son statut selon un des manipulateurs RIV. Pour lui, les explications sur le traitement, les informations sur les modalités du traitement, les questions des patients par rapport au traitement nécessitent l'adaptation aux patients et diffèrent en fonction de son statut même si finalement, l'information reste la même et est ajustée à chaque patient de façon singulière. Pour cette raison, il démontre cela en disant que : « En fonction de la population qu'on a, ce ne sont pas les mêmes questions qui nous sont posé en consultation. Par exemple, les femmes et les hommes n'ont pas les mêmes besoins au niveau de l'information » et que « Les hommes, ça va être beaucoup de questions techniques de traitement, comment ils marchent, pourquoi ? quant à l'organisation, ils s'enfichent. Pour eux c'est technique. Les femmes, ça va être de l'organisation, pas de technique. Elles, ça va être les enfants. Pour elles, Ce n'est pas le traitement lui-même. Savoir pourquoi la molécule va se fixer, elles s'enfichent, du moment que c'est le traitement, qu'il faut qu'on avale ça pour le truc, très bien ça va ».

Dans cet état de chose, il semble que le temps d'information soit étroitement lié à l'accompagnement, à la relation d'aide du patient RIV. Ce qui amène à déterminer la position et la posture du manipulateur RIV dans cette relation d'accompagnement intégrant l'information auprès du patient en RIV.

4. Position et posture du manipulateur RIV

Selon les éléments évoqués dans le cadre théorique, la posture, dans le champ professionnel, définit une attitude, une manière d'être dans l'échange, une manière d'être devant l'autre. Pour revenir à la posture de manipulateur RIV au sein de l'accompagnement, passons d'abord par la position de ce dernier au sein de l'accompagnement.

Tout abord, nous avons évoqué plutôt dans le sous-thème de la « relation d'aide » qu'il y a une disparité de position, de place au sein de cette relation même si cette dernière tend vers un mouvement de parité entre le manipulateur RIV et le patient. Cela rappelle le paradoxe relationnel présenté par Boutinet (2002) où il souligne la relation d'accompagnement comme étant une relation asymétrique, mais paritaire entre deux personnes : ici le manipulateur RIV doué d'une certaine expertise dans le domaine et le patient quelque peu démuné. C'est dans ce contexte que pour les 3 manipulateurs RIV, il paraît indispensable de se présenter et de présenter son statut professionnel au patient afin de réduire une certaine gêne et d'effacer une disparité qui pourrait mettre mal à l'aise le patient. Les manipulateurs RIV argumentent cela en se désignant aux patients comme n'étant pas des médecins, mais des paramédicaux qui travaillent sous la tutelle du médecin : « Nous on est paramédicale », « Moi je leur explique que je suis un manip, donc déjà, ce que moi je leur dis en général, c'est que je suis un infirmier mais un infirmier qui a le droit de jouer avec les rayonnements », « on leur dit dès le départ nous ne sommes pas des médecins ». Une manipulatrice explique que le fait d'expliquer qui ils sont aux patients et pourquoi ils font la consultation permet d'ôter une gêne, de mettre les patients à l'aise. Elle justifie cela en disant : « on leur dit dès le départ nous ne sommes pas des médecins on trouve que ça enlève une petite gêne, que les patients peuvent avoir à poser des questions parce que dès fois, ils ont l'impression qu'ils ne sont pas légitimes pour certaines questions, quand ils les posent au médecin, ils ont peur qu'on les juge parce qu'ils trouvent que c'est une question bête ou que c'est une question qui n'a pas de raison d'être et dès fois, ils ne parlent pas beaucoup avec le médecin mais à nous, ils vont se confier beaucoup plus ».

Toutefois, à la différence de 2 manipulateurs qui rencontrent le patient après la consultation médicale, pour une manipulatrice, les manipulateurs RIV dans leur service peuvent constituer le premier interlocuteur avant le médecin : « C'est vrai qu'au départ, on peut être le premier interlocuteur avant le

médecin », puisque ce sont eux qui se chargent de gérer toute la partie administrative concernant le patient.

Revenant à la posture du manipulateur RIV dans la relation avec le patient, nous pouvons souligner que la position du manipulateur auprès du patient permet déjà d'ajuster sa posture sans impliquer une notion de hiérarchie ou de disparité de position. Ainsi, comme l'a indiqué Maela Paul (2004), même si l'accompagnement concerne deux personnes de statut inégal, il n'empêche néanmoins qu'il y a une parité relationnelle qui s'instaure et qui s'illustre par la posture du manipulateur RIV, et qui requiert une grande adaptabilité et un ajustement face à la singularité de chaque personne. De ce fait, il ressort de la posture des manipulateurs RIV interrogés de l'adaptation au patient et à sa situation, du respect, de l'écoute, de la confiance, de la diplomatie, d'égal à égal et de l'attention. Et nous retrouvons en effet ces termes qualifiant leur posture dans leurs propos suivants : « Si par exemple un patient a des difficultés sur certains points, on va avoir une attitude spécifique qui n'aura pas lieu d'être avec un autre patient qui n'a pas ses difficultés », « Il ne faut pas être trop agressif ou trop vexer les gens, donc toujours beaucoup de diplomatie », « Moi j'écoute », « On n'a pas une posture de professionnelle. On a plutôt une posture de quelqu'un qui discute avec eux, qui est à leur portée en fait, et il n'y a pas de filtre en fait, il n'y a pas de tabou », « A chaque consultation, comme les patients sont différents, eh bien, on va devoir s'adapter aussi à la personnalité de la personne qu'on a en face de nous ». Effectivement, parlant de la posture professionnelle désignée par une manipulatrice RIV qui souligne ne pas avoir une posture professionnelle spécifique dans la relation d'accompagnement avec le patient, Le Bouedec (2001) démontre que la posture de l'accompagnateur, et donc ici du manipulateur RIV, s'ouvre sur plusieurs qualités telles que l'humilité, l'authenticité, la spontanéité, la souplesse, la générosité, l'ouverture d'esprit, l'accueil de la différence, l'écoute empathique et la capacité de soutenir les silences. En effet, en se basant sur les qualités d'accueil de la différence et de capacité à soutenir les silences, les 3 manipulateurs RIV notent qu'il faut respecter le silence du patient et ne pas obliger ce dernier à s'exprimer s'il n'en a pas envie : « Il y a des gens qui ne parlent pas beaucoup et il faut aussi savoir respecter ça. Que si une personne n'a pas envie de parler, eh bien, il faut accepter qu'elle ne parle pas », « Moi, je ne vais pas m'immiscer si je sens que le patient n'a pas forcément envie de s'exprimer, de parler, forcément pas de la maladie, mais même autrement », « Il y a des patients qui sont fermés également. Donc effectivement, avec eux, eh bien, on va se contenter de faire les gestes techniques », « C'est son choix. On est obligé d'assumer, de s'y plier ». Malgré cet aspect de chose qui peut survenir au cours de la consultation, une manipulatrice évoque que « la posture, va conditionner un peu le déroulement aussi de la consultation » et souligne dans ce cas d'accepter de prendre le temps pour réussir à débloquer quelque chose auprès du patient et pour cela, elle affirme que : « Dans ma voix, j'essaie d'être gentille, avenante, attentionnée, je les encourage à parler » car « Tu prends ton patient en charge

en fonction de ce qu'il est et pas en fonction de ce que tu veux faire toi. C'est lui qui mène la danse et ce n'est pas toi en gros ».

Par ailleurs, les 3 manipulateurs RIV mettent en évidence une posture de « non savoir » défini par Maela Paul (2004) qui invite à se positionner d'égal à égal et où on évite la posture de l'expert. Ainsi, pour répondre à cette posture, il s'agit pour une manipulatrice de se cantonner à ce qu'elle sait afin de ne pas donner d'informations erronées au patient : « je me cantonne à ce que je sais. S'il y a une question qui vient de leur part et que je ne sais pas répondre, je vais écouter, on va demander au médecin ou vous demanderez au médecin ou je vais demander et je lui dis de venir vous voir, ou je lui demande et je vous donne la réponse. Parce qu'on n'est pas médecin, on a des limites ». Pour une autre, c'est de se mettre à la même hauteur que le patient afin de ne pas donner l'impression au patient de lui être supérieur : « J'essaye de me mettre à la même hauteur que le patient, pour que vraiment il ne ressente pas que c'est moi qui lui apprend quelque chose, mais en fait que je suis juste là pour délivrer une information et écouter ces questions et que je lui réponde, donc c'est vraiment d'égal à égal », « Certains, ils savent tout mieux que toi et c'est tout l'inverse... là c'est pareil, c'est aussi un peu à toi, tu dis, moi je suis là pour vous délivrer des informations, je sais que vous connaissez déjà plein de choses, alors il ne faut pas aller les braquer ». Et pour le dernier manipulateur, il s'agit d'adaptation surtout car : « C'est différent en fonction des patients et des métiers. Tout ce qui est prof en général, profs ou infirmiers, ce sont des métiers qui sont compliqués et il faut que ça soit comme ça, ils veulent tout savoir. Dès fois ils pensent en savoir plus que toi. Donc il faut savoir aussi les laisser un peu croire qu'ils en savent plus que toi pour avancer. L'essentiel, c'est qu'ils arrivent au point. Et c'est là où est l'art de la consultation. C'est l'adaptation, s'adapter au patient, à la situation ».

En fin de compte, une manipulatrice affirme que la posture « dépend de comment on a intégré sa profession au départ ». Pour elle, il s'agit aussi de faire appel à la posture soignante du manipulateur RIV puisque le métier de manipulateur oscille entre deux domaines à la fois technique et soignant pour lesquelles elle souligne : « Je fais de l'imagerie, je check la technicité des caméras mais en même temps, j'ai ce côté vraiment pratique de soignant qui me plaît ».

Thème : La consultation d'accompagnement en RIV

Dans ce thème, nous avons identifié 4 sous-thèmes à savoir les généralités sur la consultation en elle-même, la relation d'aide, le temps d'information, la position et la posture du manipulateur RIV, qui ont apporté chacun des éléments répondant à ma question de départ qui est : En quoi les compétences acquises en formation ou non sont-elles mobilisables lors de la consultation d'accompagnement du patient traité par RIV ?

A travers l'analyse élaborée dans chaque sous-thème, nous pouvons souligner que la consultation regroupe diverses facettes qui amènent le manipulateur RIV à adapter son rôle, sa posture, son comportement et son relationnel en fonction de la singularité des patients. Ce qui l'amène à mobiliser des compétences qui lui permettent d'agencer sa posture et son relationnel auprès du patient afin d'assurer de façon efficace ce temps. De plus, à travers ce thème, nous pouvons distinguer que même s'il y a de l'information à délivrer, cette dernière est indissociable de la relation d'aide et de l'accompagnement qui se manifeste tout en intégrant une attitude du manipulateur RIV qui fait appel à ses expériences, à son savoir-être et à son savoir-faire. D'une manière intègre et appropriée, il agit de façon à garder la personne soignée prioritaire, et autour de laquelle il fait tourner et adapter ses capacités et ses ressources dans les besoins du patient RIV.

Nous pouvons ici dire que les sous-thèmes évoqués dans l'analyse de ce thème viennent confirmer que l'hypothèse selon laquelle la consultation d'accompagnement en RIV correspond à l'une des formes du concept d'accompagnement : le counselling (relation d'aide). De plus, l'analyse de ce thème nous permet également de souligner que la consultation d'accompagnement n'est pas qu'un simple temps d'information, mais une intégration d'un temps de soutien, d'aide, d'accompagnement et d'information indissociable.

Pour assurer ainsi de telles postures dans la relation avec le patient en RIV, parlons de formation, d'acquis par expérience et de compétences dans un dernier temps pour situer la construction de ces postures.

B. La formation

La formation, comme nous l'avons évoqué précédemment dans le cadre théorique est une forme d'apprentissage. Elle a pour objectif de permettre aux étudiants, aux professionnels d'acquérir des capacités et des compétences qu'ils seront capables d'appliquer en situation réelle. Nous retrouvons

dans la formation, plusieurs branches de formation dérivées. Il s'agit principalement de la formation initiale et de la formation continue.

1. La formation initiale

En revenant toujours au cadre théorique, la formation initiale est une formation de base qui désigne le cursus durant lequel l'on apprend les bases d'une profession. Elle permet d'acquérir des compétences et des savoirs de base indispensables à la pratique d'une profession. En ce sens, les 3 manipulateurs interrogés nous font savoir qu'en dehors des savoirs et compétences de base que nécessite la profession de manipulateur en électroradiologie médicale, dans le cadre de la RIV et dans la pratique de prise en charge du patient RIV, la formation initiale ne leur a pas servi. Ils confirment cela en évoquant leur année de formation : « Je ne suis pas sûre qu'en 2000... 2005, il y avait de la RIV déjà », « Je suis sorti en 95 de l'école donc ça fait 28 ans que je travaille en médecine nucléaire tout le temps ».

Toutefois, les acquis concernant la prise en charge du patient en RIV ont plus ou moins nécessité une formation continue au sein de leur service mais pas chez tous les manipulateurs RIV.

2. La formation continue

La formation continue concerne les personnes ayant déjà une expérience professionnelle et qui cherchent dans cette formation à améliorer ou à développer de nouveaux savoirs, de nouvelles compétences.

Sur les 3 manipulateurs interviewés, il en découle que 2 manipulateurs RIV ont bénéficié d'une ou de plusieurs formations continues dont : une formation sur le savoir-écouter, sur le savoir-échanger, sur l'hypnose conversationnelle et une formation en interne pour l'un : « J'ai eu des formations sur le savoir écouter, savoir échanger, j'ai fait aussi un peu de l'hypnose conversationnelle pour les accompagner au niveau de l'hypnose, La discussion positive » ; et pour l'autre une formation en interne et en éducation thérapeutique du patient. Concernant la 3^{ème} manipulatrice RIV, cette dernière dit n'avoir pas été formé à la RIV : « Je n'ai pas été formée », mais possède des acquis qui reposent surtout sur l'expérience puisqu'elle a toujours travaillé dans ce domaine et a formé en interne ses collègues. Cependant, elle affirme avoir essayé de faire une formation en relationnelle pour les patients en RIV : « J'ai essayé de faire une formation plus en relation pour les patients en fin de vie, donc faire une formation avec les infirmières comme la formation continue ».

En fin de compte, il ressort des manipulateurs RIV, une formation en interne par laquelle ils ont été formés ou par laquelle ils ont formé leurs collègues. En effet, la formation en interne consiste à observer, à apprendre, à acquérir des capacités, à se former à travers l'expérience de ces collègues. Ce sont ces derniers qui forment leur prochain sur tous les aspects de la prise en charge du patient RIV, sur la consultation d'accompagnement, sur l'élaboration de l'entretien téléphonique.... « J'ai été formé par mes collègues en interne », « Elles m'ont expliqué ce qu'il fallait faire, pas faire, tout ça, elles m'ont un peu expliqué en interne », « j'ai formé toutes mes collègues », « En interne, elles observent, voient comment faire, je les montre et voilà, elles mettent en pratique. Si elles ont des questions je suis là, j'explique », « J'ai vu comment elle faisait, après, tu te renseigne un peu pour te faire un petit peu ta propre méthode pour personnaliser en fait la consultation ».

L'ETP, éducation thérapeutique du patient, selon la définition du rapport OMS-Europe publié en 1996, « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » [12]. Comme nous l'avons identifié plus haut, une manipulatrice RIV a bénéficié également d'une formation en éducation thérapeutique du patient. Cependant, elle atteste qu'il n'y a pas forcément besoin d'être formé à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour réaliser des consultations avec le patient, surtout que cette formation vise une prise en charge à long terme du patient alors que dans la RIV, il s'agit d'un temps à court terme important : « On peut faire quand même des consultations sans être formé encore à l'ETP. Moi avant de faire des consultations thyroïde je n'avais pas eu de formation spécifique », « je faisais déjà les consultations depuis plus de deux ans avant d'avoir la formation éducation thérapeutique » et « ça n'a pas eu d'impact sur ma façon de prendre en charge le patient parce que, comme on mettait déjà le patient au cœur du problème, en fait, il était déjà central ». C'est ce que vient confirmer un autre manipulateur RIV qui souligne : « Je vais faire une formation d'éducation thérapeutique ». Mais cela ne l'empêche en rien de faire et de continuer à faire des consultations d'accompagnement. La formation en interne suffirait donc, et nous observons cela chez la 3^{ème} manipulatrice qui déclare : « Oui en interne, il n'y pas eu d'autre formation ».

Néanmoins, pour la manipulatrice RIV ayant fait la formation en ETP, même si cette formation n'est pas adaptée spécifiquement à la RIV, elle permet quand même d'acquérir des ressources solides et utiles à la relation d'aide du patient puisque dans cette relation aussi comme en ETP, il s'agit de se centrer prioritairement sur la personne soignée. Elle affirme pour cela qu'en ETP, « On te forme en te disant que la priorité, c'est le patient », « parce que l'éducation thérapeutique, on dit que ce n'est pas un acte de soins, c'est vraiment la prise en charge de la personne en parallèle du soin », « tu apprends beaucoup de techniques, beaucoup d'empathie » et « la formation éducation thérapeutique, même si ce n'est pas adapté à ce qu'on fait nous, parce que c'est trop, on peut s'en servir ».

Mis à part ces formations continues, il semble que les 3 manipulateurs RIV ont essentiellement développé par expérience, leurs acquis, leurs compétences dans la relation d'accompagnement en RIV.

3. Acquis par expérience

Chacun des manipulateurs RIV s'identifie par un parcours d'expérience différent, mais qui dans tous les cas à mener à une acquisition de savoir-faire et à une accumulation de connaissances, au point que cela en devienne naturel dans leur démarche d'accompagnement du patient RIV. Concernant le 1^{er} manipulateur RIV interviewé, ce dernier tire ses acquis de la radiothérapie où il a exercé avant de s'investir dans la médecine nucléaire. Il signale ainsi, qu'il a surtout développé le côté relationnel à travers la radiothérapie, domaine thérapeutique dans lequel un accompagnement, un suivi du patient à lieu par le MEM qui le voit tous les jours de la semaine, sur toute la durée du traitement et donc à long terme. Pour lui, cet acquis relationnel provenant de son expérience en radiothérapie est un grand avantage dans sa prise en charge du patient RIV : « Avant de faire de la médecine nucléaire, j'ai fait beaucoup de radiothérapie donc avec ce côté relationnel, le suivi... Entre guillemets, mon point fort avec les patients, c'est que j'ai un peu l'habitude avec la radiothérapie » et « avec l'expérience, en deux ou trois questions, on arrive à cerner un petit peu les gens, on arrive à savoir, à identifier leur appréhension, leur état de stress ». « Ces expériences-là, tout ça fait que pour les consultations, ça se passe bien » et « c'est devenu naturel ».

Pour la 2^{ème} manipulatrice interrogée, celle-ci a fait de la recherche clinique dans laquelle existait déjà la RIV qui était à cette période-là dans un protocole de recherche clinique. Ce qui lui avait permis d'assister à toutes les consultations pendant ces 3 ans en recherche clinique avant de rebasculer sur le fonctionnement normal de la médecine nucléaire, en intégrant cette fois-ci la RIV avec elle : « En fait, moi j'en fait depuis très longtemps et ensuite j'ai fait de la recherche clinique pendant 3 ans » et « j'ai également rebasculé sur le fonctionnement de la médecine nucléaire sans rester à la recherche clinique, mais à ce moment-là, oui, j'ai assisté à toutes les consultations ». Elle atteste ainsi, que : « C'est plutôt une expérience à l'ancienneté, et le fait de travailler depuis longtemps m'a formé pour la RIV ». « En fait, c'est au fil de l'eau je dirais, parce que travaillant dedans, baignant dedans, eh bien ça vient comme ça ».

Dans le cas de la 3^{ème} manipulatrice, cette dernière souligne aussi avoir fait beaucoup de consultations dans le RIV pendant plus de 2 ans avant d'avoir eu une formation continue en éducation thérapeutique du patient : « Je faisais déjà les consultations depuis plus de deux ans avant d'avoir la formation éducation thérapeutique ». Pour elle, pour réussir à faire quelque chose de bien et de mieux auprès du patient lors des consultations, c'est de piocher à la fois dans son vécu, dans ses expériences et de

l'extérieur, toutes les ressources nécessaires pour rendre ce temps de consultation optimale et bénéfique au patient. Et elle le précise en disant : « Je pense que tu pioche aussi dans ton vécu et dans les expériences que tu as eues, tu pioches aussi là-dedans pour réussir à faire quelque chose de mieux dans tes consultations... Tu pioche aussi des choses à l'extérieur ».

En résumé, ces 3 manipulateurs RIV par leurs expériences, viennent approuver les propos de Le Bouedec qui souligne que « *l'accompagnement est un art, pas une science. Qu'on l'apprend par la pratique et par ajustement successifs. Et donc, c'est en s'immergeant dans la notion, en vivant des expériences, en assistant à des situations d'accompagnement qu'on peut se l'approprier pas à pas, l'ajuster et la rendre singulière à chaque personne* » (Le Bouedec, 2001)

Thème : Formation

En éléments de réponse à la question de départ, le thème sur la formation a réuni la formation initiale, la formation continue et les acquis par expérience par lesquelles le manipulateur RIV a élargi ses compétences. A travers ce thème, nous avons pu constater qu'au-delà de la formation initiale, les manipulateurs RIV interviewés ont eu chacun un parcours différent qui a conduit chacun à un amas de savoirs, d'expériences, d'acquis, qu'aujourd'hui ils mettent à disposition dans la relation avec le patient RIV. **Ce qui en effet nous amène à infirmer l'hypothèse selon laquelle la formation initiale permet de donner les savoirs nécessaires à l'accompagnement.**

Justement, parlant des compétences, celles-ci peuvent résulter de la formation, des expériences, ou encore de la personnalité du manipulateur RIV, que ce dernier mobilise dans sa démarche d'accompagnement du patient en RIV.

C. Les compétences

Selon Guy le Boterf (1997), « *la compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et dans un contexte données* » [19]. Nous avons vu plus haut dans le cadre théorique que la compétence associe plusieurs types de savoirs qui se regroupent en 3 compétences principales que sont le savoir théorique, le savoir-faire et le savoir-être. Il s'agit d'un déploiement de savoirs, d'expériences, de ressources internes et externes, de capacités, d'attitudes, de postures, mises en

évidence qui permettraient d'agir, d'intervenir ou de résoudre un problème dans son domaine professionnel.

Dans notre contexte, à savoir l'accompagnement du patient en RIV, celui-ci doit intégrer plusieurs compétences indissociables les unes des autres tout en tenant compte de la singularité des patients et de leurs situations, car comme l'a illustré Lhotellier (2001) « *même si accompagner c'est se centrer inconditionnellement sur la personne, il ne s'agit pas de séparer personne, compétences et situations* »^[30]. Nous avons donc identifié plusieurs compétences ressorties de nos interviews auprès des manipulateurs RIV. Ce sont les compétences communicationnelles, les compétences personnelles, la compétence temporelle et les compétences opérationnelles.

1. Les compétences communicationnelles

Lhotellier (2001) a distingué la compétence communicationnelle comme étant l'une des compétences indispensables dans un contexte d'accompagnement. Il la définit comme une compétence intégrant à la fois relation et information qu'on retrouve dans la consultation d'accompagnement ou dans l'entretien téléphonique, où il y a d'un côté l'information qui est fournie et la relation qui y est établie comme base afin d'assurer la compréhension du traitement, d'apaiser, de soutenir, de conseiller et de rassurer du déroulement du traitement RIV. La communication est fondatrice et conductrice du relationnel patient, de la relation de confiance, de la relation d'échange, de la relation d'écoute, de la relation d'aide, etc.

En ce sens, il ressort des 3 manipulateurs RIV qu'il y a beaucoup d'échange entre eux et le patient, et ce, durant les consultations et pendant le traitement puisque ce sont eux qui se chargent également du traitement. Ils sont donc présents auprès du patient tout au long de son parcours de soin. Ce qui amène à établir un cadre de confiance et de sécurité auprès du patient car pour les patients, le fait de les connaître et de revoir les mêmes manipulateurs RIV crée un climat de réassurance et de confiance comme le soulignent certains manipulateurs RIV, « *J'ai des patients qu'on avait déjà traités il y a trois ou quatre ans qui reviennent pour un nouveaux traitements, donc on se connaît bien que ça soit moi ou mes collègues* », « *on est là pour quelque chose qui est quand même assez lourd pour le patient. Ce n'est pas juste une prise de sang. Il peut y avoir du stress, mais là, de reconnaître les visages et tout, de reconnaître les manip les rassure* », « *donc on les revoit après ou alors c'est notre visage, ils nous reconnaissent et ça les calme et les rassure de voir les mêmes personnes* ». Donc le but, « *c'est de créer un climat de confiance, d'échange, qu'on soit à l'aise et tout* ».

Pour les manipulateurs RIV, la communication, l'écoute active, l'échange, la convivialité, l'empathie, la confiance sont des notions importantes et misent en pratique même au téléphone ou par mail. Selon eux, « savoir écouter, discuter, ces choses-là sont importantes » et que « l'écoute est importante, même quelquefois au téléphone » puisque le patient, « il va se confier, il va parler », « alors il faut trouver le dosage de discuter, d'échanger entre pas faire comme si c'était quelque chose de bénin qu'ils avaient mais en même temps ne pas dramatiser parce que c'est un cancer qui se soigne très bien ».

En ce qui les concerne, le relationnel avec le patient est quelque chose qui leur vient naturellement en présence des patients et ils l'explicitent clairement dans leurs propos : « C'est devenu naturel qu'on s'en rend plus compte. Je ne réfléchis plus à ça. C'est naturel comme ça. On rigole, on papote, on arrive à trouver les mots », « naturellement, je ne réfléchis plus, ça vient comme ça... Inconsciemment, ça vient, on ne s'en rend plus compte, mais on s'adapte toujours et toujours, les gens sont différents et leurs situations aussi », « on discute avec eux, donc on les écoute aussi... C'est un échange vraiment comme si on était amis presque dès fois », « on n'a pas forcément une façon d'échanger avec eux. Sinon, comme on se revoit, on est amené à se revoir ou au téléphone. Il s'instaure forcément une communication particulière. Je veux dire que quand un patient vient pour une scintigraphie osseuse, on va faire l'injection même si c'est nous qui, encore faisons l'imagerie l'après-midi et après c'est terminé, on le revoit plus. Mais là en RIV, On les revoit quand même donc il s'instaure forcément une relation ou une amitié, c'est un grand mot, mais avec certains patients, oui [...] Mais, ça reste professionnel », « dès fois, on passe dix minutes à parler comme si on était au café ».

Pour eux, le relationnel doit être bâti sur une base solide : la confiance, à travers laquelle le manipulateur RIV s'assure de mener une bonne consultation à la fois dynamique et participative et où le patient peut se sentir bien et sans contrainte. A cela, une manipulatrice déclare : « Je pense qu'on ne peut pas faire des consultations comme ça dans RIV ou d'autres choses si tu n'as pas un minimum du relationnel avec le patient ». Car dans le relationnel, dans l'échange : « le relationnel, ça englobe un peu l'empathie, la chaleur humaine », « c'est la relation de confiance qui s'instaure... On rigolait, on papotait, ça fait partie du truc en fait, comme ça, la prochaine fois que je le vois, très rapidement, on sera dans une relation calme, détendu et ça va rouler. C'est ça le plus important ».

Selon les manipulateurs RIV, la communication dans laquelle s'intègre le relationnel et qui constitue le fil conducteur d'une relation est très importante et doit être adapté à chaque personne : « Ce sont des personnes à qui il va falloir parler d'une certaine façon, d'autres il faut parler plus simple... Il faut savoir s'adapter, c'est ça la communication », « on s'adapte toujours et toujours, les gens sont différents et leurs situations aussi », « Y en a d'autres, je sais qu'il ne faut surtout pas faire de blagues, ils sont très carrés et l'humour n'a pas lieu d'être » mais « c'est le relationnel, il faut être accueillant, chaleureux même si le patient il est fermé ». Une manipulatrice précise ainsi, que la communication sous toutes ses formes est

indispensable et essentielle dans le relationnel avec le patient « *parce que dans la communication, il y a aussi la communication par rapport à ton attitude, ta posture, le ton, le respect des silences et tout ça, c'est dans la communication aussi. Donc ça serait communication plus que relationnel, parce que relationnel ce n'est pas une compétence mais une qualité plutôt* ». A ce propos, elle décrit que les attitudes, la posture, le ton, le comportement décrivent une certaine communication dont le patient peut se servir pour établir sa confiance.

La communication, certes, permet d'établir une relation, mais également, elle permet de transmettre, de faire savoir quelque chose à quelqu'un, de lui faire prendre connaissance de quelque chose, en utilisant une manière de communiquer pour assurer sa compréhension. C'est le cas ici, où dans la consultation, nous avons distingué un temps d'information indissociable de la relation créée avec le patient. Nous avons ainsi explicité précédemment que ce temps d'information consiste à communiquer au patient des informations sur le déroulement du traitement, ainsi que des recommandations et consignes nécessaires au traitement, à valoriser par le patient avant, pendant et après le traitement. Pour ce faire, les manipulateurs RIV disent utiliser dans leur communication, la reformulation, la ré-explication sous d'autres formes pour s'assurer que le patient comprenne bien et qu'il retienne. Pour eux, il faut être prévenant avec le patient, lui parler calmement, reformuler s'il n'a pas compris car « *il ne faut tout bâcler et juste donner de l'information parce qu'il faut le faire mais adopter une manière qui facilite la compréhension du patient* » et « *avec l'expérience des autres patients qui se sont exprimés avant, eh bien c'est comme ça que, entre guillemets, on rassure de ce que je sais* ». Une manipulatrice souligne que la reformulation est un bon outil de vérification pour s'assurer de la compréhension du patient : « *Le fait de reformuler, de leur faire parler pour voir s'ils ont bien compris bah ça, ça t'aide à vérifier que les informations sont passées* ».

La communication occupe donc une place capitale dans toutes les étapes de la consultation avec le patient.

Toutefois, pour Le Bouedec (2007), « *les compétences de bases tels que l'écoute, les savoirs divers nécessaires et qui peuvent s'acquérir et se développer, ne suffisent pas pour faire d'un professionnel en accompagnement, un bon accompagnateur. Car il faut en plus, des qualités d'intériorité, de pénétration, de tact, de patience, d'humilité, de compassion, qu'aucune formation ne saurait assurer* » [22].

2. Les compétences personnelles et temporelles

Les compétences personnelles : proviennent de la personnalité du professionnel elle-même. Elles font appel à aux compétences comportementales ou douces. Il s'agit d'une compétence où la personne met sa personnalité et son comportement au service de son activité professionnelle. Elle fait appel au savoir-être lié aux valeurs, aux coutumes sociales, à la personnalité et aux traits de caractères innés ou acquises du professionnel. Comme l'a indiqué Le Bouedec (2001) plus haut, il y a des qualités, des comportements, des traits de personnalité qui ne peuvent nous provenir d'une formation que par nous-même.

En ce sens, les 3 manipulateurs RIV ont distingué chacun une compétence personnelle, un savoir-être qui leur est propre, mais dont le point commun qui ressort des 3 est l'empathie. Selon eux, l'empathie est une qualité essentielle qui favorise une relation. Donc avoir de l'empathie, être quelqu'un d'empathique est très essentiel, indispensable pour assurer une relation de soin, d'accompagnement, d'aide auprès du patient RIV. Même lorsqu'il ne s'agit que de délivrer une information ou de recueillir des informations, pour les manipulateurs RIV, il faut s'assurer que le patient sente que l'on s'intéresse à lui et qu'il reste au centre de cette relation.

Ainsi dans leur propos, ils démontrent l'importance d'une telle qualité dans la consultation : « Ceux qui choisissent de faire ça, c'est qu'ils ont déjà une petite sensibilité d'empathie envers les gens », « c'est sûr qu'il faut être un minimum empathique, écouter... Si tu n'es pas empathique, ça va être compliqué », « beaucoup d'empathie avec le patient... Je suis une personne avec beaucoup d'empathie ».

En continuant dans cette optique des qualités et des capacités personnelles que les manipulateurs RIV mobilisent lors de la consultation, une manipulatrice certifiée que : « c'est typiquement quelque chose dans le comportement qui fait que tu vas les mettre à l'aise... Par rapport à ta façon de te comporter, tu vas les mettre à l'aise pour qu'ils se livrent un peu plus ». Elle souligne ici, l'influence du comportement sur la relation avec le patient et qui peut conditionner l'apaisement et la confiance du patient auprès du manipulateur RIV. C'est ce que vient appuyer une autre manipulatrice qui dit : « Je pense que dans notre manière d'être, on arrive finalement, j'ai l'impression, à rassurer rapidement les patients ». A cela, un autre manipulateur RIV vient ajouter : « Je pense que pour faire la consultation il faut quelqu'un de posé, de calme », « il faut quelqu'un de posé, de calme, qui peut prendre le temps, qui sait écouter ». Ainsi donc, notre manière d'être, de nous tenir, de nous comporter influence la perception que le patient a de nous. D'autant plus qu'il ne s'agit pas d'une maladie anodine pour le patient, il faut savoir être quelqu'un de calme, de rassurant, il faut savoir être prévenant, avenant, afin de pouvoir insuffler un certain bien-être au patient.

Pour soutenir ces qualités personnelles, ce savoir-être, cette compétence comportementale, une manipulatrice RIV précise que c'est le côté humain que nous faisons ressortir dans le relationnel lorsque nous essayons de rassurer, de prendre soin et de prendre le temps de s'accorder au patient : « Je pense que quand tu choisis de faire par exemple des consultations, mais dans tous les domaines hein, c'est que

tu aimes bien le relationnel avec les gens déjà, tu aimes les gens et tu aimes les aider. Tu aimes contribuer à leur rendre la vie plus facile et du coup, ça vient aussi un peu de toi, de ta personnalité à toi » et « Si tu fais du relationnel, si tu amènes aussi l'information et que tu sais t'adapter au patient et que tu tires un peu de ta propre vie à toi, je pense que tu arrives à faire quelque chose qui est efficace en fait dans le résultat et je pense que le patient il est sensible à ça, au fait que tu t'intéresses à lui », aussi, « j'aime bien partager avec les gens et du coup je me dis que ça joue dans le bon déroulé en fait du traitement ça ne coûte rien à nous, mais pour le patient, c'est hyper important ». Pour elle, tirer des ressources de sa propre vie, de sa propre personnalité peut conduire à faire quelque chose de bien envers le patient.

La compétence temporelle : Une autre qualité qu'a souligné Le Bouedec plus haut, est la patience qu'on pourrait inscrire dans la compétence temporelle établit par Lhotellier (2001). Il s'agit dans cette compétence : de la présence, de l'endurance, du rythme et de la patience que le manipulateur RIV assure auprès du patient. Ainsi, il ressort des 3 professionnels de ne pas faire les choses dans la précipitation et surtout de prendre le temps et la patience qu'il faut pour le patient, d'accorder toute son attention, sa présence, et de s'adapter au rythme du patient : « On prend le temps et l'effort voilà. S'il faut répéter quatre fois, cinq fois, on le fait », « si avec le patient, ça ne passe pas ou que tu ne prends pas le temps, ou autre, ça va être compliqué », « on n'est pas qu'avec eux parce qu'on a souvent d'autres injections en même temps. Mais on est bien là quand même et tout le temps, et pour chaque geste que l'on vient, on échange », « tu essaies vraiment de prendre le temps pour ton patient, quitte à ce que ça dure plus d'1 h la consultation ce n'est pas grave on est là pour ça en fait ».

3. Les compétences opérationnelles dans la consultation d'accompagnement

D'après le Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI) de la Suisse, « les compétences opérationnelles sont indissociablement liées aux situations dans lesquelles elles doivent être exercées. Elles se développent en situation et deviennent visibles dans la manière de gérer ces mêmes situations » [40].

Jusqu'ici, nous pouvons voir que tout ce qui est ressorti des entretiens avec les 3 manipulateurs RIV, a plus ou moins impliqué la compétence opérationnelle.

Tout d'abord, cette compétence fait appel à l'autonomie et tourne autour d'une grande adaptabilité du manipulateur RIV à gérer une situation d'accompagnement tout en respectant la différence d'un patient à l'autre. Comme le précise un manipulateur RIV, « en soi, c'est toujours la même consultation et on réagit en fonction du patient ». Il souligne de ce fait, que si les patients ont un problème, il faut s'adapter avant et non pendant le traitement le jour-J, et il illustre cet argument par un exemple : « Par exemple,

j'ai eu un patient, un jour, il ne pouvait pas avaler la gélule d'iode. Donc on est passé sur l'iode liquide, mais ce n'est pas du tout la même façon de faire, il faut anticiper, gérer ça ». Dans cette perspective, une manipulatrice fait valoir à son tour que : « Ça demande beaucoup de concentration. C'est ce que disent mes collègues qui m'ont rejoint. C'est que ce travail de suivi des patients, ça demande vraiment beaucoup de concentration » et « ça demande justement beaucoup de réflexion, de savoir comment agir » car dans certains cas, « il y a des informations que le médecin donne et après si le patient n'a pas bien compris il pose une question et il faut réussir à répondre, ce qui peut être compliqué parce qu'également les patients quand même essaient de poser des questions, quelquefois comme par exemple « est-ce que je vais mourir », mais quand même des questions quelquefois bien cernées. Il faut s'adapter en fait. Pour nous être sur nos gardes et bien savoir répondre et s'aider justement de la consultation de ce qui a été dit ».

Pour une autre manipulatrice, cette compétence ressort aussi dans le fait de prendre connaissance du dossier du patient afin de pouvoir identifier au préalable les ressources, les besoins, les difficultés du patient qui peuvent être inscrits dans son dossier de soin : « Quand on a un nouveau patient ou un ancien patient, on relit un peu son historique pour se remettre un peu les choses en place. Et comme ça, on connaît le dossier parce que quelquefois il y a une pathologie à un endroit donné. Mais il peut y avoir d'autres choses ailleurs. C'est bien qu'on le sache aussi... Moi je sais que j'aime bien aller lire les dossiers de façon profonde pour bien m'imprégner de tout son passif ». De cette manière, cela permet à la manipulatrice de s'imprégner d'une première impression et d'identifier certains éléments concernant le patient sans toutefois fonder totalement le temps de consultation dessus, et faire du patient la priorité lors de la consultation d'accompagnement.

Thème : Les compétences

Les compétences mobilisées dans la consultation d'accompagnement comme nous pouvons le voir dans l'analyse de cette partie se concentre surtout sur le patient sans le dissocier de sa situation clinique et de sa singularité. En éléments de réponse à la question de départ, nous avons pu discerner que les manipulateurs RIV interrogés déploient dans leur consultation de nombreuses ressources tirées de leurs formations, de leurs expériences tout en s'adaptant aux capacités, aux besoins, au rythme du patient dans le but d'assurer à la fois la sérénité du patient face au traitement et son intégration dans son parcours de soin par sa compréhension des modalités du traitement par RIV.

Les compétences ressortis à travers ce thème permettent de mettre en évidence les capacités communicationnelles et relationnelles, les capacités d'adaptation et de gestion du manipulateur RIV auprès du patient. La consultation en RIV reste un contexte dans lequel le manipulateur doit successivement ajuster sa postures et les compétences à mobiliser en fonction du patient et de sa situation.

A travers l'analyse de ce thème, nous pouvons illustrer qu'elle vient confirmer notre hypothèse à savoir que les compétences communicationnelles et relationnelles constituent des compétences clés dans la démarche d'accompagnement tout en intégrant d'autres compétences (personnelles, temporelles, opérationnelles), dans l'adaptabilité et le respect de la différence et la singularité des patients.

VI. Discussion

A la suite de mes entretiens et de l'analyse de ces derniers, j'ai constaté que sur les trois hypothèses qui avaient été posées, deux ont été confirmées et une, a été infirmée.

La question de départ qui avait été posée dans ma phase exploratoire est la suivante : En quoi les compétences acquises en formation ou non sont-elles mobilisables lors de la consultation d'accompagnement du patient traité par RIV ?

Les thèmes et sous-thèmes tirés des objectifs principaux de mes hypothèses ci-dessous et illustrés dans l'analyse ont permis d'apporter des éléments de réponses à cette problématique, d'approfondir ma réflexion et de l'orienter sur de nouvelles pistes concernant les fonctions du manipulateur RIV.

Les hypothèses de travail émises à partir de la question départ et des recherches théoriques que je rappelle ici, se présentent comme suit :

- **Hypothèse 1** : La consultation d'accompagnement en radiothérapie interne vectorisée correspond à l'une des formes du concept d'accompagnement : le counselling (relation d'aide).
- **Hypothèse 2** : La formation initiale permet de donner les savoirs (savoir, savoir-faire, savoir-être) nécessaires à l'accompagnement.
- **Hypothèse 3** : Les compétences communicationnelle et relationnelle constituent des compétences clés dans la démarche d'accompagnement.

Hypothèse 1 : Concernant cette hypothèse, qui a été confirmée, l'objectif était de savoir si la consultation d'accompagnement constitue une relation d'aide et non juste un temps d'information patient sur le déroulé du traitement.

En élaborant cette hypothèse, j'ai pensé que dans tous les services de médecine nucléaire faisant de la RIV, une consultation d'accompagnement était mise en place pour le patient. Mais au fil de mes entretiens, je me suis rendu compte que ce n'était pas le cas dans les services et que chaque service avait sa façon de prendre en charge le patient en RIV qui lui est propre, même si finalement, le traitement restait le même. A cela, la fonction du manipulateur RIV pouvait varier d'un service à l'autre dans la prise en charge et dans l'accompagnement du patient RIV, mais en définitive, le même objectif, à savoir la préparation du patient au traitement, est visé. Toutefois, il était intéressant de voir comment chacun des manipulateurs RIV incorpore sa définition de l'accompagnement dans la relation avec le patient en RIV. Ainsi sur mes 3 entretiens réalisés, 2 manipulateurs RIV font de la consultation d'accompagnement, tandis que le 3^{ème} manipulateur RIV fait plutôt un entretien téléphonique avec le

patient et assiste le médecin nucléaire dans la consultation médicale. Malgré cette distinction, la notion d'accompagnement intervient dans leur pratique et les 3 MEMs gardent un rôle similaire et primordial dans la prise en charge du patient.

Certes, ce constat des choses à évoquer en moi un étonnement, une déstabilisation dans ma réflexion et dans ma recherche de résultats, puisque je ne m'attendais pas à cela et j'ai dû modifier mon questionnaire d'entretien afin de me conformer à cette différence de pratique. Mais cela, je pense, n'a impacté en rien mon analyse. Au contraire, cette différence était la bienvenue pour élaborer un certain contraste et d'autres questionnements dans ma réflexion.

Revenons à l'objectif de cette hypothèse 1. En se basant dessus, lors de mes entretiens, j'ai pu, tout d'abord, constater que les fonctions du manipulateur RIV peuvent différer sur de nombreux aspects tels que : la délivrance des informations sur le traitement, la consultation... Mais globalement, des points communs ressortent des manipulateurs RIV dans leur posture, dans leur relationnel et dans leur position face au patient.

Certes, il y a de l'information sur les étapes du traitement à délivrer au patient, mais également un aspect relationnel qui se crée aussi et qui mêle aide, soutien, conseil, accompagnement. Cependant, comme indiqué plus haut, sur les 3 manipulateurs RIV interrogés, 2 pratiquent en autonomie la consultation d'accompagnement tandis que pour le dernier (une manipulatrice), il s'agit en premier lieu d'un entretien téléphonique puis après une consultation médicale dans laquelle on retrouve le patient, le médecin nucléaire et le manipulateur RIV. Pour ce dernier, j'ai été perturbée du rôle du manipulateur dans la gestion administrative concernant le traitement du patient RIV. Toutefois, mis à part le fait de ne pas pratiquer en autonomie la consultation, celui-ci rejoint les 2 autres manipulateurs sur la relation d'accompagnement qui s'établit dans la prise en charge du patient. Ainsi donc, la consultation ne se résume pas qu'à une consultation d'information, mais également à l'accompagnement, au soutien et à l'aide qu'on peut offrir au patient.

Dans leur relation avec le patient, j'ai pu distinguer que les manipulateurs RIV cherchent à rassurer le patient dans tous les aspects et surtout à le préparer au traitement pour que ce dernier se passe dans de bonnes conditions. Même à travers les informations qu'ils donnent au patient, ils cherchent à s'assurer de sa compréhension et de sa sérénité face au traitement. Et j'ai pu constater, d'après les propos des manipulateurs RIV que pour les patients, le fait de les connaître, de connaître leur visage et de savoir que ce sont eux qui s'occuperont de leur traitement et qui les reverront les rassure et les rend plus confiants.

De plus, il semble que la côté soin et la posture soignante s'invitent également dans ce contexte, car une manipulatrice a relevé lors de l'entretien avec elle : « Je fais de l'imagerie, je check la technicité des caméras mais en même temps, j'ai ce côté vraiment pratique de soignant ». Dans cet état de chose, j'ai identifié que pour les manipulateurs, il ne s'agit pas d'organiser simplement le traitement avec le patient mais de l'apporter également un certain soin et de prendre soin de lui à la fois sur le plan physique que relationnel.

Hypothèse 2 : L'hypothèse 2 met en évidence la formation initiale qu'elle juge suffisante et nécessaire pour acquérir les savoirs indispensable à l'accompagnement. Dans le cas de cette hypothèse, il s'agissait pour moi de faire appel aux acquis et aux connaissances de base que la formation initiale intègre dans une démarche d'accompagnement. Pour les manipulateurs RIV, la formation initiale les a intégrés à l'exercice de leur profession mais pas aux acquis et capacités nécessaires à la RIV et à la consultation d'accompagnement. L'infirmité de cette hypothèse m'a permis de voir qu'en tant que professionnels, les manipulateurs RIV se sont basés sur leurs expériences et sur les formations continues en relationnel pour tirer toutes les ressources nécessaires leurs permettent d'assurer de façon optimale une relation avec le patient RIV.

Chacun des manipulateurs RIV a eu un parcours différent et intéressant, partant de la recherche clinique en RIV, en allant aux formations en internes et formation en ETP, en passant par des formations en relationnel, en hypnose conversationnelle et des expériences de la radiothérapie, etc.... J'ai trouvé intéressant la manière dont chacun à réfuter cette hypothèse tout en me décrivant son parcours d'expérience. De plus, la différence d'expérience en RIV entre chaque manipulateur donne une certaine diversité qui se rejoint et qui se complète dans une même éthique centrée sur la personne soignée.

J'ai également découvert à travers cette hypothèse qu'il n'y a pas de formation spécifique à la pratique de la consultation d'accompagnement et qu'un apprentissage en interne suffisait, mais il faut disposer de compétences et d'un savoir-être pour assurer cette prise en charge.

Hypothèse 3 : L'objectif de cette hypothèse était d'évaluer l'importance des compétences communicationnelles dans la relation d'accompagnement que j'ai souligné comme étant des éléments clés dans la relation avec le patient. La confirmation de cette hypothèse a permis de souligner son importance par la façon dont chaque manipulateur RIV l'a évoqué au cours de l'entretien, tout en s'appuyant sur une certaine adaptabilité en fonction du patient.

Dans la communication réside beaucoup d'éléments qui conduisent une relation et la rend stable et bénéfique pour le patient. A travers cette compétence communicationnelle commune à tous les

manipulateurs RIV interviewés, ces derniers montrent la disponibilité, la présence et l'attention qu'ils mettent au service du patient.

J'ai identifié que cette compétence permet aux manipulateurs de créer un cadre de sécurité et de confiance au sein duquel le patient se sent écouté, compris, et apaisé de ses doutes et de ses questionnements face au traitement.

Aussi, il s'avère que le relationnel établi à travers la communication est quelque chose qui vient naturellement et inconsciemment aux manipulateurs sans qu'ils ne s'en rendent compte, sans qu'ils ne réfléchissent, car selon eux, la communication ne serait pas fluide si on cherche à réfléchir systématiquement, mais plutôt adapter sa communication et être accueillant et chaleureux même lorsque le patient est fermé. En ce sens, une manipulatrice a souligné que le relationnel et la communication seraient toujours bénéfique au patient, et même si celui-ci ne s'exprime pas, il est primordial de ne pas l'obliger à parler mais plutôt de l'encourager.

De plus, j'ai pu apercevoir une autre facette de la communication qui est de respecter le silence du patient et de l'accepter tel qu'il est.

En plus de la compétence communicationnelle, j'ai remarqué d'autres compétences à savoir les compétences personnelles, temporelles que j'ai trouvé indissociable des compétences communicationnelles. Cependant, dans l'analyse, je les ai distingués afin d'élaborer une vision plus claire dans ma réflexion. Ainsi, j'ai remarqué à travers les propos des manipulateurs qu'il faut une personne qui aime les gens, une personne calme, une personne posée, une personne empathique, pour assurer l'accompagnement, car celui-ci fait beaucoup appel au côté humain et aux compétences douces qui s'expriment par la communication, le relationnel et par le comportement.

J'ai noté qu'avec le patient en RIV, il fallait prendre le temps et l'effort d'être à ses côtés. Les manipulateurs RIV sont les personnes que le patient voit le plus dans ce parcours, ils constituent des interlocuteurs, des personnes référentes entre chaque cure de traitement et n'hésitent pas à aider le patient en prenant en compte ces craintes et ses inquiétudes.

Pour toutes les hypothèses, les manipulateurs ont apporté des éclairages supplémentaires tout en répondant aux différents thèmes identifiés dans mon cadre théorique. Du concept d'accompagnement en passant par la formation et jusqu'aux compétences en accompagnement, il en ressort que ce qui est réalisé dans la pratique professionnelle, répond à mes recherches théoriques dans la majorité. Cependant, même en constatant lors mon enquête de recherche que la notion de consultation d'accompagnement en médecine nucléaire n'a pas lieu partout, pas dans tous les services de médecine nucléaire faisant de la

RIV, il en résulte néanmoins, de la part du manipulateur RIV, une démarche de soutien et d'accompagnement de la personne soignée.

Par ailleurs, je voudrais évoquer ici deux éléments sur lesquels je ne m'étais pas penchée, mais qui sont ressortis de mes entretiens : la psychologie du manipulateur RIV plus précisément ses ressentis et la RIV comme nouvelle facette du métier de MEM en médecine nucléaire.

Psychologie du manipulateur RIV : En évoquant la psychologie du manipulateur RIV ici, je voulais surtout montrer le ressenti des manipulateurs dans cette relation qui le lie au patient en RIV.

En effet, lors de mes entretiens, j'ai discerné des manipulateurs un sentiment de bonheur et d'utilité à être aux côtés du patient RIV et à cheminer avec lui dans son parcours. J'ai également noté que ce sentiment provient aussi de la reconnaissance des patients envers eux, pour leur avoir accordé de leur présence, de leur temps, de leur attention, de leur soutien, de leur aide, de leur affection, en tant que personne singulière et non en tant que simple patient malade. Les 3 manipulateurs disent aimer ce qu'ils font, qu'ils aiment aider les gens, qu'ils aiment partager. Ils disent aimer le plaisir de rencontrer des gens intéressants et de passer de bons moments avec eux, sans parler forcément de la maladie. Ils disent se sentir utiles, heureux. Ils trouvent cela valorisant, et pour eux ça fait chaud au cœur de recevoir des remerciements, des gestes de la part des patients : « Il nous remerciait, il disait « c'est presque dommage, vous allez me manquer, on va plus se voir ». Ça fait plaisir. Ça fait chaud au cœur. Quand tu rentres chez toi le soir tu es content », « et on sait que les patients ils sont reconnaissants aussi. On en a des gestes de la part des patients, des témoignages et on est heureux, moi je suis heureuse », « quand ils sortent de la consultation, ils disent merci beaucoup de votre gentillesse et ça fait plaisir... Moi je suis contente, j'aime bien, parce que je me dis au moins on a fait un truc bien ».

Toutefois, au-delà de ce ressenti, une manipulatrice a évoqué dans son entretien qu'il fallait également garder une certaine distance, mettre des limites pour se protéger et ne pas se faire envahir par la situation ou par l'état du patient parce que cela peut être dangereux pour eux. Dans cette optique, elle dit avoir essayé de mettre une barrière de soignant pour se protéger de ces situations dans le métier.

A partir de là, je me suis alors demandé : à quel point le manipulateur RIV s'imprègne-t-il de son rôle dans la prise en charge du patient en RIV ? car, j'ai noté lors de mes entretiens que leur posture se façonne en fonction du patient tout en faisant appel aux principes de bienfaisance et d'alliance décrit par Le Bouedec (2001).

Outre cela, les manipulateurs ont trouvé en la RIV, une nouvelle facette du métier du manipulateur en médecine nucléaire. Etant une modalité d'imagerie majoritairement diagnostique, ce côté thérapeutique

qui s'invite à travers la RIV, insuffle un nouvel angle du métier intéressant pour le manipulateur RIV, car « faire que le traitement, ça ne serait pas très intéressant », pense un manipulateur RIV. Donc faire de la consultation, établir une relation, discuter, échanger avec le patient les impliquent complètement dans le soin du patient, et d'assurer ce soin à la fois sur le traitement et le relationnel. Parce que, une consultation, une prise en charge n'est jamais deux fois la même, et c'est ça qui fait qu'elle est intéressante.

Une nouvelle facette du métier : Il ressort des manipulateurs RIV, que cette facette du métier les rend autant infirmiers que manipulateurs, les rend autant soignants que manipulateurs, puisqu'il s'agit d'un métier de soins où ils associent le métier de manipulateur en électroradiologie médicale aux soins thérapeutiques des patients. Ce qui leur permet d'avoir un certain suivi des patients et donc d'établir une relation importante.

C'est nouvelle facette du métier c'est le soin qui, selon une manipulatrice, fait appel au côté infirmier. La RIV serait donc un versant thérapeutique de la médecine nucléaire qui relie deux choses : technicité et relation à long terme avec le patient. Une manipulatrice souligne ainsi que : « Ce côté soin, c'est vraiment un plus dans le métier de manip radio ». Ce qui est différent d'un examen de base de quelques minutes, où la relation de soin est beaucoup plus limitée en raison du temps d'examen, mais « ici en RIV on prend vraiment le temps ». Ce plus dans le métier qui se manifeste par le soin, vient également s'illustrer dans les propos soutenus par une autre manipulatrice RIV qui dit : « On est en parallèle du parcours de soins, même si nous, on considère que c'est quand même du soin, ce qu'on va faire, donner la gélule, expliquer aux patients comment on va prendre la gélule et tout ça, ça fait partie du soin ».

Le soin peut s'exprimer de différentes façons, et dans le cas du manipulateur RIV, ce dernier trouve en la RIV, une façon d'exprimer et de mettre plus en évidence son côté soignant.

Le manipulateur radio est un professionnel versatile et polyvalent dans son métier. Sa grande adaptabilité lui permet de faire face aux différentes facettes de son métier, tout en gardant comme priorité le patient, autour duquel il fait adapter ses compétences, et son côté technique et soignant. Cependant, la technicité du métier de MEM fait que cet aspect de soin et le côté soignant du manipulateur radio sont méconnus et moins accentués. En ce sens, nous pourrions poser une nouvelle question de recherche qui serait la suivante :

En quoi le côté soignant du manipulateur radio en RIV permet-il de valoriser son métier ?

CONCLUSION

Pour conclure, ce travail a été très enrichissant pour moi. Il m'a permis d'acquérir de nombreux savoirs sur la RIV, sur la prise en charge du patient traité par RIV et surtout sur l'accompagnement et le relationnel qui y sont introduits. J'ai approfondi mes connaissances sur le rôle du manipulateur RIV et sur les compétences qui forment sa posture face au patient. Dans le contexte de l'accompagnement, le manipulateur RIV est la personne-source à qui le patient se confie sur ses appréhensions et sur le traitement. En tant que tel, il constitue un pilier pour le patient et un indispensable interlocuteur avec qui échanger pendant la consultation, durant les appels téléphoniques et entre chaque cure de traitement.

En m'intéressant à la consultation d'accompagnement en RIV, j'ai retenu qu'il faut être une personne aimable, qui apprécie aider les gens et qui est là pour eux. L'approfondissement de ses savoirs m'a permis également de noter que le côté humain ressort beaucoup dans ce genre de relation et que notre comportement et notre posture est aussi un mode de communication qui peut créer une première impression, une première étape de confiance et d'aisance auprès du patient.

De plus, j'ai identifié que la technicité du manipulateur RIV n'impacte en rien sa posture de soignant, son relationnel et sa communication adaptable à chacun. Au contraire, cette polyvalence est un avantage dans l'exercice de son métier.

Au cours de ce travail, j'ai développé une réflexion professionnelle et personnelle sur le rôle du manipulateur radio en RIV et particulièrement dans la consultation d'accompagnement. J'ai pu voir que la signification du concept d'accompagnement varie en fonction du champ dans lequel il est employé et au niveau des manipulateurs RIV interrogés, qu'il peut prendre diverses significations en fonction de leur personnalité, de leur expérience et de leurs lieux d'exercice, mais au bout du compte, elle revient au même objectif, à savoir : être à côté de quelqu'un, cheminer avec lui, l'aider, le soutenir..., et cela nécessite une mobilisation des compétences qui dépendent de la situation d'accompagnement. J'ai appris que ces compétences ne nécessitent pas forcément une formation, et qu'il s'agit d'expérience, de pratique et d'ajustements successifs car l'accompagnement demande une posture discrète et modeste, une posture d'écoute et des qualités personnelles.

A travers ce travail, j'ai aussi découvert que la consultation d'accompagnement en RIV n'a pas lieu partout, dans les services de médecine nucléaire faisant de la RIV. Etant un traitement visant le cancer, j'ai pensé au début que cette consultation pouvait avoir lieu systématiquement comme c'est le cas en radiothérapie externe où il y a également des consultations d'accompagnement réalisées par des manipulateurs radio avant la réalisation du traitement. Ainsi, en me heurtant au fait que certains lieux

ne font pas de la consultation d'accompagnement, je me suis alors demandé si cela était dû au fait que la RIV soit une thérapie assez récente ? ou parce que les lieux qui font cette consultation, sont des centres anti - cancer ?

Toutefois, malgré les différences de prise en charge que j'ai pu observer au cours de mon enquête de recherche, le manipulateur RIV reste une personne indispensable et centrale dans cette thérapie, et auprès de qui, le patient peut se tourner quels que soient ses besoins.

Bibliographie

- [1] AFPPE. (2019). *Developpement professionnel continue: Une obligation encore méconnue*. Consulté le Février 02, 2023, sur AFPPE: <https://ebulletin.radiologie.fr/e-quotidien-jfr-lundi/developpement-professionnel-continu-obligation-encore-meconnue#:~:text=Le%20DPC%20est%20un%20dispositif,Am%C3%A9liorer%20les%20pratiques>
- [2] Ardoino, J. (2000). De l'accompagnement en tant que paradigme. *Revue Pratiques de Formation/Analyses (Université Paris 8, Education Permanente)*. Consulté le Février 02, 2023, sur <https://etreseerasmus.eu/?Postures/download&file=fichenotionconceptM5.pdf>
- [3] Basque, J. (2015). *Le concept de compétences: Quelques définitions*. Montréal, Canada: Projet MAPES (Modélisation de l'approche-programme en enseignement supérieur). Consulté le Janvier 03, 2023, sur <https://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2011-1-page-1.htm>
- [4] Beckers, J. (2004). *Comment amorcer la construction identitaire d'un praticien réflexif par la formation initiale?* Consulté le Février 02, 2023, sur <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/21962/1/Amorcer%20construction%20identitaire.pdf>
- [5] Bischoff, O., & Velasquez, S. (2016). *L'accompagnement: définitions et postures*. Fiche concept . Consulté le Février 03, 2023, sur <https://etreseerasmus.eu/?Postures/download&file=fichenotionconceptM5.pdf>
- [6] BnF, B. n. (2012). *Référentiel des emplois et des compétences*. Consulté le Janvier 03, 2023, sur https://emploi.bnf.fr/referentiel_emplois_compences
- [7] Boutinet, J.-P. (2002). Questionnement anthropologique autour de l'accompagnement. *Education permanente*, 2(153), pp. 241 - 250. Consulté le Février 02, 2023, sur [http://emmenhelen.free.fr/accompagnement/153%20BOUTINET%20\[1\].pdf](http://emmenhelen.free.fr/accompagnement/153%20BOUTINET%20[1].pdf)
- [8] Du Crest, A. (2001). Emergences récentes de l'accompagnement. Dans G. Le Bouedec, A. Du Crest, L. Pasquier, & R. Stahl, *L'accompagnement en éducation et formation: Un projet impossible ?* (p. 71). Paris: L'Harmattan. Consulté le Janvier 05, 2023
- [9] Fabre, M. (1992). Qu'est-ce que la formation. *Recherche et formation*(12), pp. 119-134. Consulté le Février 02, 2023, sur https://www.persee.fr/doc/refor_0988-1824_1992_num_12_1_1115
- [10] Gaudreau, N., Trépanier, N., & Duchaine, M.-P. (2021). *Les types d'activités de formation continue, leurs avantages et leurs limites*. Consulté le Février 02, 2023, sur <https://www.researchgate.net/publication/351565608>

- [11] *Glossaire*. (s.d.). Consulté le Février 02, 2023, sur Ramsay Santé, Centre de radiothérapie de Bobigny -IRHE: <https://irhe-bobigny.ramsaysante.fr/vous-avez-dit-radiotherapie#:~:text=Radioprotection%20%3A%20ensemble%20des%20moyens%20destin%C3%A9s,patients%20contre%20les%20rayonnements%20radioactifs>.
- [12] HAS. (2007, Juin). Education thérapeutique du patient. Consulté le Février 02, 2023, sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
- [13] HAS. (2014). *La formation professionnelle tout au long de la vie des professionnels de santé paramédicaux*. Consulté le Février 02, 2023, sur HAS: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2811693/fr/la-formation-professionnelle-tout-au-long-de-la-vie-des-professionnels-de-sante-paramedicaux
- [14] INCa. (2006). *Le dispositif d'annonce du cancer (Mesure 40 du Plan Cancer)*. PDF. Consulté le Février 02, 2023, sur https://www.e-cancer.fr/content/download/98952/1078748/file/dispo_annonce_12pages_190406.pdf
- [15] IRSN. (s.d.). *Savoir et Comprendre : Les principes de la radiothérapie*. Consulté le Février 02, 2023, sur IRSN: <https://www.irsn.fr/savoir-comprendre/sante/principes-radiotherapie>
- [16] La notion de compétence: un modèle pour décrire, évaluer et les compétences. (2011). *Le travail humain*, 74, pp. 1-30. Consulté le Février 02, 2023, sur <https://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2011-1-page-1.htm>
- [17] Larousse. (s.d.). Consulté le Février 02, 2023, sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/posture/62965>
- [18] Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal: Guérin. Consulté le Janvier 05, 2023
- [19] Le Boterf, G. (1997). *Compétence et navigation professionnelle*. Paris: Editions d'organisations. Consulté le Janvier 02, 2023
- [20] Le Bouedec, G. (2001). Une posture spécifique vers une définition opératoire. Dans G. Le Bouedec, A. Du Crest, L. Pasquier, & R. Stahl, *L'accompagnement en éducation et formation: un projet impossible?* (pp. 131-165). Paris: L'Harmattan. Consulté le Janvier 05, 2023
- [21] Le Bouedec, G. (2001). Les usages traditionnels de la notion d'accompagnement. Dans G. Le Bouedec, A. Du Crest, L. Pasquier, & R. Stahl, *L'accompagnement en éducation et formation: un projet impossible ?* (p. 23). Paris: L'Harmattan. Consulté le Janvier 05, 2023

- [22] Le Bouedec, G. (2007). Tous accompagnateurs ? Non : il n'y a d'accompagnement que spirituel. *Penser l'accompagnement adulte: ruptures, transitions, rebonds*, pp. 169-189. Consulté le Janvier 03, 2023
- [23] *Le dictionnaire des compétences*. (s.d.). Consulté le Janvier 03, 2023, sur https://data.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pages/dictionnaire_compences/
- [24] *Le Robert*. (s.d.). Consulté le Février 02, 2023, sur Le Robert: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/accompagner>
- [25] Legifrance. (s.d.). Consulté le Février 02, 2023, sur https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000037367747
- [26] Légifrance. (s.d.). Consulté le Février 03, 2023, sur Légifrance: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000021340825#:~:text=La%20formation%20professionnelle%20continue%20a,qualification%20professionnelle%2C%20de%20contribuer%20au
- [27] Légifrance. (s.d.). Consulté le Février 03, 2023, sur <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006132349/>
- [28] Lemaigre-Voreaux, N. (2022). *Soft skills: Compétences comportementales essentielles en entreprise*. Consulté le Janvier 03, 2023, sur Blog: <https://www.evolution-perspectives.com/fr/blog/blog/soft-skills-les-comp%C3%A9tences-comportementales-essentielles-en-entreprise#>
- [29] *Les formations en France*. (s.d.). Consulté le Février 02, 2023, sur Je change de métier: <https://www.je-change-de-metier.com/types-formations-France>
- [30] Lhotelier, A. (2001). Postface: Note conjointe sur l'accompagnement. Dans G. Le Bouedec, A. Du Crest, L. Pasquier, & R. Stahl, *L'accompagnement en éducation et formation: Un projet impossible?* (p. 183). Paris: L'Harmattan. Consulté le Janvier 05, 2023
- [31] Morel, M.-A. (2012). Compétence. (M. Formanier, Éd.) *Les concepts en soins infirmiers*, pp. 110-112. Consulté le Février 02, 2023, sur <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0110>
- [32] Mottaz, A.-M. (2012). Accompagnement. *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition*, pp. 42-43. Consulté le Février 03, 2023, sur <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0042>
- [33] Pasquier, L. (2001). L'accompagnement en éducation et formation: un projet impossible? - Émergences récentes de l'accompagnement. Dans G. Le Bouedec, A. Du Crest, L. Pasquier, & R. Stahl. L'Harmattan. Consulté le Janvier 05, 2023

- [34] Paul, M. (2004). Le concept d'accompagnement: synthèse effectuée à partir de l'intervention de Maela Paul. 7. Bourgogne. Consulté le Janvier 05, 2023, sur http://a.pdc.free.fr/IMG/pdf/_Le_concept_d_accompagnement_MAELA_PAUL.pdf
- [35] Paul, M., & Fabre, M. (2020). La démarche d'accompagnement: Repères méthodologiques et ressources théoriques. (D. B. Supérieur, Éd.) *Persepectives en éducation & formation*. Consulté le Février 03, 2023, sur <https://formation-profession.org/pages/article/29/30/a227>
- [36] Roberge, M. (2003). A propos du métier d'accompagnement et de l'accompagnement dans différents métiers. *L'accompagnement dans tous ses états, Education Permanente*(153), pp. 101-109. Consulté le Février 03, 2023, sur <https://etreserasmus.eu/?Postures/download&file=fichenotionconceptM5.pdf>
- [37] Sarasy, B. (2012). Counselling. (M. Formarier, Éd.) *Les concepts en sciences infirmiers*, pp. 133-135. Consulté le Janvier 06, 2023, sur <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0133>
- [38] SAVOIE-ZAJC, L. (2006). *Au coeur d'une dynamisme de formation continue dans une communauté d'apprentissage*. Consulté le Février 02, 2023, sur https://cdc.qc.ca/actes_aqpc/2006/Savoie_Zajc_Louise_401.pdf
- [39] *Savoir, savoir-être, savoir-faire: Différence et exemples*. (2022). Consulté le Janvier 05, 2023, sur CadreEmploi: <https://www.cadremploi.fr/editorial/conseils/conseils-carriere/savoir-savoir-etre-savoir-faire-differences-et-exemples>
- [40] SEFRI, S. d. (2017). Processus de développement des professions dans la formation initiale. (SEFRI, Éd.) Berne. Consulté le Janvier 03, 2023, sur https://edudoc.ch/record/216916/files/information_handlungskompetenzorientierung_f.pdf
- [41] VIDAL. (2023). *Gamme de médicaments Levothyrox*. Consulté le Février 02, 2023, sur VIDAL: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/levothyrox-5507.html>
- [42] Zbinden-Bühler, A., Schuler, M., & Petrini, B. (s.d.). Les compétences opérationnelles et l'orientation vers ces compétences dans la formation professionnelle initiale., (pp. 1-8). Consulté le Janvier 03, 2023, sur https://edudoc.ch/record/216916/files/information_handlungskompetenzorientierung_f.pdf
- [43] INSEE. (2020). Consulté le Février, 03, 2023, sur INSEE : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2161#:~:text=Une%20formation%20est%20une%20forme,la%20fois%20organismes%20et%20institutionnalis%C3%A9s>
- [44] Briand, G. (2022). Les méthodes qualitatives et quantitatives. Dans Cours IFMEM, UE 5.3.4 Initiation à la recherche. Consulté le Février, 03, 2023

[45] L'information. Larousse. Consulté le Avril, 25, 2023, sur [https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/information/42993#:~:text=Action%20d'informer%20quelqu'un,\(Abr%C3%A9viation%20famili%C3%A8re%20%3A%20info.\)](https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/information/42993#:~:text=Action%20d'informer%20quelqu'un,(Abr%C3%A9viation%20famili%C3%A8re%20%3A%20info.))

ANNEXES

ANNEXE I : Guide d'entretien

1. Présentation

- **Thème de recherche** : La consultation d'accompagnement en radiothérapie interne vectorisée en médecine nucléaire.

- **Question de départ** : En quoi les compétences acquises en formation ou non sont-elles mobilisables lors de la consultation d'accompagnement du patient traité par RIV ?

- **Hypothèses de recherche** :
 - La consultation d'accompagnement en radiothérapie interne vectorisée correspond à l'une des formes du concept d'accompagnement : le counseling (relation d'aide).
 - La formation initiale permet de donner les savoirs (savoir, savoir-faire, savoir-être) nécessaires à l'accompagnement.
 - Les compétences communicationnelle et relationnelle constituent des compétences clés dans la démarche d'accompagnement.

- **Objectif** : Confrontation des éléments retenus dans le cadre théorique et vérification des hypothèses dans les pratiques professionnelles sur le terrain.

- **Présentation au personnel destiné** : Se présenter aux professionnels manipulateurs en électroradiologie médicale interviewés :

Bonjour,

Je m'appelle Yasmine AMADOU, je suis étudiante manipulatrice en électroradiologie médicale, en troisième année à l'institut de formation des manipulateurs en électroradiologie de Rennes (IFMEM Rennes). Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, j'effectue un mémoire sur la consultation d'accompagnement en radiothérapie interne vectorisée, en médecine nucléaire.

L'anonymat de votre identité et de votre lieu de travail sera respecté. L'usage de vos réponses au cours de cet entretien est exclusivement réservé à l'exercice de mon travail de fin d'étude. Il n'y a pas d'obligation à répondre à toutes les questions, ni de bonne ou de mauvaise réponse attendue, juste votre avis/vécu sur le thème de la recherche. Si vous le

permettez, cet entretien sera enregistré et retranscrit, et fera l'objet d'une analyse dans le respect de votre anonymat.

Je vous remercie du temps que vous m'accordez pour réaliser cet entretien.

2. Méthodologie

- **Méthode de l'entretien** : Enquête qualitative.
- **Type d'entretien** : Entretien semi-directive avec des questions ouvertes.
- **Outils** : Enregistrement avec un microphone après accord des professionnels, prise de note.
- **Temporalité** : 1h – 1h 30
- **Confidentialité** : Maintenir l'anonymat pour chaque entretien

3. Population

Critères d'inclusion

- Services de médecine nucléaire qui pratiquent la radiothérapie interne vectorisée
- Manipulateurs en électroradiologie médicale qui interviennent dans la radiothérapie interne vectorisée et qui réalisent des consultations d'accompagnement.
- Manipulateurs en électroradiologie médicale qui interviennent dans la radiothérapie interne vectorisée et qui ne réalisent pas de consultation d'accompagnement.
- Manipulateurs en électroradiologie médicale avec plus ou moins d'expérience (depuis moins de 1 an).

Critères d'exclusion

- Autres professionnels médicaux ou paramédicaux
- Services de médecine nucléaire non impliqués dans la radiothérapie interne vectorisée
- Manipulateurs en électroradiologie médicale qui n'interviennent pas dans la radiothérapie interne vectorisée.

4. Lieux d'enquête

- Services de Médecine Nucléaire

5. Grille d'entretien

HYPOTHESE 1 : La consultation d'accompagnement en radiothérapie interne vectorisée correspond à l'une des formes du concept d'accompagnement : le counseling (relation d'aide).

Objectif principal

Savoir si la consultation d'accompagnement en radiothérapie interne vectorisée constitue une relation d'aide et non un simple temps d'information patient

Questionnements

- Comment se passe la radiothérapie interne vectorisée dans votre service ?
- Pratiquez-vous la consultation d'accompagnement pour la RIV ?
- Y a-t-il toujours une consultation d'accompagnement systématique ? Si oui/non, pourquoi ?
- Comment préparez-vous, en amont, la consultation d'accompagnement avant d'accueillir le patient ?
- Quel est le but de la consultation d'accompagnement en RIV dans le parcours du patient ?
- Pouvez-vous décrire de façon succincte les étapes de cette consultation ?
- Quels sujets abordez-vous avec le patient pendant la consultation d'accompagnement ?
- Qu'entendez-vous par accompagnement dans cette consultation ?
- Quels types de posture adoptez-vous durant la consultation d'accompagnement ?
- Combien de consultations d'accompagnement mettez-vous à disposition du patient ? Y a-t-il un suivi, une continuité de l'accompagnement pendant et après la RIV ?

HYPOTHESE 2 : La formation initiale permet de donner les savoirs (savoir, savoir-faire, savoir-être) nécessaires à l'accompagnement.

Objectif principal	<i>Déterminer si la formation initiale est suffisante à l'acquisition des savoirs et des compétences mobilisables en accompagnement</i>
Questionnements	<ul style="list-style-type: none">- Depuis combien de temps pratiquez-vous la consultation d'accompagnement ?- La formation initiale est la base qui permet d'acquérir des compétences et des savoirs indispensables. La pensez-vous complète et suffisante pour réaliser l'accompagnement ?- Avez-vous été formé ou pas à la consultation d'accompagnement ? Si oui, de quel type de formation s'agit-il ? Est-ce une formation en externe ou en interne ?- Comment se déroule cette formation ?- Quels compétences indispensables à la pratique de l'accompagnement avez-vous développé au cours de cette formation ?- A part la formation, y-a-t-il autre moyen par lequel vous avez acquis/développé/amélioré les compétences nécessaires à la consultation d'accompagnement ?
<p><u>HYPOTHESE 3</u> : Les compétences communicationnelle constituent des compétences clés dans la démarche d'accompagnement.</p>	
Objectif principal	<i>Evaluer l'importance des compétences communicationnelles dans la relation d'accompagnement</i>

Questionnements

- Quel genre de relation mettez-vous en place pour intégrer le patient dans la consultation d'accompagnement et dans son traitement par RIV ?
- Quel mode de communication approprié et adapté êtes-vous amené à utiliser lors d'une consultation d'accompagnement
- Comment communiquez-vous avec le patient ?
- Comment instaurez-vous la confiance auprès du patient ?
- Comment gérez-vous l'appréhension et le stress du patient par rapport au traitement par RIV, lors de la consultation ?
- De quelle façon facilitez-vous les échanges et l'écoute pour la compréhension du patient ?
- Un auteur (Lhotellier, 2001) illustre la compétence communicationnelle comme étant à la fois relation et information. Pensez-vous que cette compétence soit la plus importante dans une relation d'accompagnement du patient traité par RIV ?
- Selon vous, les compétences communicationnelles et relationnelles résultent-elles de la formation ou de vos expériences et de votre personnalité ?
- On retrouve dans la compétence communicationnelle et relationnelle : l'accueil, la convivialité, l'écoute active, l'empathie, la communication verbale et non verbale, Mettez-vous en œuvre, de façon approprié et intègre tous ces éléments auprès du patient traité par RIV, que ça soit en consultation d'accompagnement ou en dehors ?
- Les mobilisez-vous très souvent ou dépendamment du patient et de sa situation ?
- Quelle est pour vous, la compétence essentielle à solliciter par le professionnel au cours d'une consultation d'accompagnement ?

ANNEXE II : Entretiens

Entretien 1

Yasmine : Bonjour, je m'appelle Yasmine AMADOU, je suis étudiante manipulatrice en électroradiologie médicale, en troisième année à l'institut de formation des manipulateurs en électroradiologie de Rennes (IFMEM Rennes). Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, j'effectue un mémoire sur la consultation d'accompagnement en radiothérapie interne vectorisée en médecine nucléaire.

L'anonymat de votre identité et de votre lieu de travail sera respecté. L'usage de vos réponses au cours de cet entretien est exclusivement réservé à l'exercice de mon travail de fin d'étude. Il n'y a pas d'obligation à répondre à toutes les questions, ni de bonne ou de mauvaise réponse attendue, juste votre avis/vécu sur le thème de la recherche. Si vous le permettez, cet entretien sera enregistré et retranscrit, et fera l'objet d'une analyse dans le respect de votre anonymat.

Je vous remercie du temps que vous m'accordez pour réaliser cet entretien. Donc, pour commencer, comment se passe la radiothérapie interne vectorisée dans votre service ?

MEM : Donc ici nous, **on va s'occuper de faire des consultations après le médecin**, donc il y a le docteur qui parle au patient. **Nous on fait la consultation qui va être surtout sur : revoir les planques autrement après la consultation médicale. S'il y a des points à revoir, on va le faire et après on va expliquer le traitement et l'attitude à avoir dans la semaine qui suit. Et on va échanger avec le patient sur ses inquiétudes. En fonction de la population qu'on a, ce ne sont pas les mêmes questions qui nous sont posé en consultation. Par exemple, les femmes et les hommes n'ont pas les mêmes besoins au niveau de l'information. Et nous, on fait aussi également l'injection, donc on est fait en autonomie là. Le médecin nous donne juste le feu vert**, par exemple ce matin, je l'ai appelé, je lui ai dit la prise de sang elle est là, il m'a dit OK, donc j'ai fait venir le produit, j'ai perfusé, injecté, tout fait et le patient il revient demain matin pour les images.

Yasmine : D'accord.

MEM : Donc ici, **on est vraiment en autonomie quasiment.**

Yasmine : D'accord.

MEM : Juste vraiment la première consultation qui est médicale. Et après ?

Yasmine : Et après ? Derrière le reste. Est-ce vous qui gérez avec l'aval du médecin.

MEM : Voilà, c'est à dire qu'il y a des moments où par exemple le Luthatera il y a une prise de sang à valider et avant, donc ça, c'est une décision médicale. Donc moi j'appelle le médecin, il me l'a validé ou pas. Et une fois qu'il me dit OK, moi je fais tout le reste. Mais lui, par exemple aujourd'hui, il n'a pas vu le patiente.

Yasmine : D'accord.

MEM : Mais juste regarder la prise de sang.

Yasmine : OK, donc vous, vous pratiquez la consultation d'accompagnement pour la RIV ?

MEM : Oui.

Yasmine : Et il y a certains qui le font ? qui font de la RIV sans faire de la consultation ou ceux qui font la consultation, font également la RIV.

MEM : Non, on fait tous la même chose. On est trois pour le moment, bientôt quatre. On fait tous la même chose parce que le traitement, tu revois les patients en consultation, ça fait un suivi. Et puis voilà, ça c'est sympa aussi parce que du coup, en médecine nucléaire, on fait beaucoup d'images. Donc là, la consultation, discuter, échanger. C'est une nouvelle facette du métier qui est intéressant. Faire que le traitement, ça ne serait pas très intéressant je pense.

Yasmine : D'accord, très bien.

Yasmine : Et y a-t-il toujours une consultation d'accompagnement systématique ?

MEM : Elle est en systématique parce que ça va être la ré-explication, des explications du traitement et de l'attitude à avoir après que le médecin a vraiment que survolé. Donc sans ça, on ne peut pas passer à l'étape d'après qui est le traitement.

Yasmine : D'accord.

MEM : Sinon ils ne vont pas savoir quoi faire.

Yasmine : D'accord.

MEM : Pendant l'hospitalisation où ils vont, c'est d'emblée après, et c'est nous qui validons avec le médecin si le patient est apte, par exemple pour le traitement de la thyroïde, ils sont hospitalisés trois jours, tout le Week end, il faut qu'ils soient autonomes. Donc, si nous, on décèle un problème d'autonomie ou autre pendant la consultation, on alerte avec le médecin et on en discute. Est ce qu'on peut le faire ou pas ? Donc on a besoin de cette consultation.

Yasmine : OK. Et comment préparez-vous, en amont, la consultation d'accompagnement avant d'accueillir le patient ?

MEM : Alors nous on a préparé des PDF, on a une trame. Après, en soi, c'est toujours la même consultation et on réagit en fonction du patient. Donc on n'a pas de préparation avant d'accueillir le patient en consultation. Le patient, je ne le connais pas, je ne l'ai jamais vu, il sort d'à côté, il vient là, on discute. Sur les cinq premières minutes, on cerne le patient. On arrive à savoir si ça va être un patient qui aura tout bien regardé déjà avant, donc quand ils viennent, ils ont déjà toutes les infos, donc c'est juste discuté. Et dès fois ce sont des gens qui vont être très stressés sur un point ou pas. Donc ça c'est à nous de rassurer les choses, c'est à la volée qu'on fait ça.

Yasmine : D'accord.

MEM : Donc nous, on a un support type, mais c'est tout.

Yasmine : Et vous vous adaptez à chaque patient ? à sa situation ?

MEM : Oui. S'il y a des questions ou quoi, on bifurque. C'est pour ça qu'on a la trame pour ne rien oublier.

Yasmine : D'accord

MEM : Parce que dès fois, c'est vrai qu'on peut partir partout pendant une consultation, et il faut revenir et ne pas oublier les infos, c'est ça qui est important.

Yasmine : D'accord. Mais du coup, quel est le but de la consultation d'accompagnement en RIV, dans le parcours du patient ?

MEM : C'est dans quel sens ?

Yasmine : Dans le sens quel est le but pour le patient dans cette consultation, genre, quel est le point visé, l'objectif ici de cette consultation pour le patient ?

MEM : Le patient, lui, on lui donne toutes les clés et les explications purement techniques de comment se passe le traitement. Pour moi, quand il va venir ici, il sait où il va aller et qu'est ce qui va se passer. C'est important pour le patient parce qu'il est déjà dans un cursus qui n'est pas facile pour lui. Donc là, venir et savoir déjà le déroulement sur deux ou trois jours, voilà, ça le calme et en plus c'est nous qui allons faire le traitement. Donc on les revoit après ou alors c'est notre visage, ils nous reconnaissent et ça les calme et les rassure de voir les mêmes personnes

MEM : Du coup pour eux, ça apaise, par exemple aujourd'hui j'ai fait la quatrième cure du même patient.

Yasmine : Ah oui, d'accord

MEM : j'ai fait sa consulte, j'ai fait ses quatre traitements, c'est aléatoire hein. C'est le roulement qui a fait ça. Mais du coup, je suis à peine arrivé tout de suite, « oh c'est vous ! » et du coup, on a passé l'heure et demie de traitement. Durant tout ce que j'avais à faire pendant 1 h et demi, on a parlé de tout et de rien. Parce que du coup, je le connais un peu ce Monsieur. On discute et tout... Du coup le patient, on fait le traitement... voilà, pas de stress, détendu, on rigolait, on papotait...

Yasmine : Il y a eu une relation qui a été instaurée dès le départ aussi ?

MEM : Voilà, il y a une relation de confiance, on se connaît, donc du coup, ça dédramatise un peu la situation. On est là pour quelque chose qui est quand même assez lourd pour le patient. Ce n'est pas juste une prise de sang. Il peut y avoir du stress, mais là, de reconnaître les visages et tout, de reconnaître les manips les rassure. On a un peu plus le temps que le médecin pour parler et donc on prend le temps et du coup ça se fluidifie les choses et les patients sont plus sereins et quand ils doivent revenir, ils sont moins anxieux. C'est vraiment tout ça. Et on personnalise, on parle avec eux, on vérifie avant de faire le traitement qu'il ait bien tout ce qu'il faut, tout ça. C'est vrai que le médecin n'avait pas trop le temps de faire ça.

Yasmine : Oui... Pouvez-vous décrire de façon succincte les étapes de cette consultation ?

MEM : Eh bien on reçoit le patient, on discute avec lui de tout et de rien, sur sa situation familiale, professionnelle, on lui explique les étapes du traitement pour lequel il est là parce que c'est différent en fonction si c'est l'irathérapie, le PSMA ou le lutathera, il y a des consignes, des conseils qui sont données au patients, on vérifie ensemble que toutes les conditions du traitement soient remplies voilà, on répond à ses questions, on rassure ses inquiétudes, tout ça

Yasmine : Et sinon, en plus du support que vous avez, quels genres de sujets en plus abordez-vous avec le patient pendant la consultation ?

MEM : Donc on a tout le support. Déjà, ça c'est le côté technique. Donc ça c'est important de tout voir. Alors après il y a des consultations, là j'en ai vu un hier où on a parlé de sa vie à lui. Parce que du coup **il va se confier, il va parler**. Donc là, hier on a parlé de... Ça dérive complètement hein, après c'est une consultation. **Dès fois, on passe dix minutes à parler comme si on était au café...** Hier, c'était ça, il m'a raconté qu'il avait fait l'armée après qu'il avait ouvert une société et que là il a été à la retraite donc là, ça n'a aucun rapport avec le traitement. Par contre, **c'est la relation de confiance qui s'instaure. On rigolait, on papotait, ça fait partie du truc en fait, comme ça, la prochaine fois que je le vois, très rapidement, on sera dans une relation calme, détendu et ça va rouler. C'est ça le plus important.**

Yasmine : D'accord.

MEM : Donc il y a **dès fois, il faut trouver le chemin. Mais ça, c'est au feeling**. Parce qu'après nous, quand ils sont convoqués, **ils reçoivent un passeport un petit livret explicatif du traitement**. Donc ça (me donne un livret), c'est pour les gélules d'iode, l'irathérapie. Donc tout patient, va en recevoir un en fonction du traitement qu'il veut. C'est un récapitulatif léger avec deux ou trois photos, comme ça quand ils viennent déjà en consultation, ils savent déjà un peu ce qu'on va dire. Et après, ici (montre l'écran d'ordinateur), **j'ai tous les PowerPoint de chaque type de traitement**.

MEM : On va parler de... par exemple pour la thyroïde, on va leur expliquer le Levothyrox, qu'il y a plus de thyroïde donc il faudra prendre un traitement à vie. Donc on voit tout ça, si ça n'a pas été trop difficile. S'ils peuvent avaler bien parce que techniquement bah, il faut qu'ils avalent la gélule. **S'ils ont des problèmes, il faut s'adapter avant et non pendant le traitement. Par exemple, j'ai eu un patient, un jour, il ne pouvait pas avaler la gélule d'iode. Donc on est passé sur l'iode liquide, mais ce n'est pas du tout la même façon de faire, il faut anticiper, gérer ça...** C'est toutes ces choses-là qui sont importants avant. On reparle des différents types de sevrage qu'il peut y avoir, parce qu'il y a des choses à faire avant. Donc on voit tout ça tranquillement, calmement, parce que le médecin en a parlé mais très rapidement, donc **nous on prend le temps**, est ce qu'il y a des questions ? c'est clair ?... Pour la thyroïde, on les envoie, on les emmène chercher le Thyrogen si y a besoin à la pharmacie. **S'ils ont des voyages après, parce qu'il faut faire des ordonnances qui stipule qu'ils ont eu un traitement radioactif parce que sinon, ça peut faire sonner le portillon. Mais du coup, il ne va pas pouvoir prendre le vol. C'est plein de**

petites choses comme ça en fait. **On fait visiter la chambre plombée, on a même fait une vidéo pour leur montrer l'environnement pendant la consultation**

Yasmine : OK...

MEM : Donc vraiment, tu vois, c'est tout. Chez eux, **il faut faire chambre séparée. On leur demande s'ils vivent seuls, s'ils vivent en couple, s'ils ont des enfants, de la famille. Il faut poser toutes ces questions parce qu'ils ne vont pas avoir la même attitude. Après moi j'en ai eu un, il m'a dit moi je pars d'ici le lundi, je saute sur mon bateau, je mets au milieu de la mer pendant une semaine (rire). Bon, voilà là, la radioprotection, ça va être facile. Par contre, dès fois, on a des femmes avec des enfants en bas âge. Là, ça devient compliqué. Il faut bien cadrer le truc. Pareil, si elles ont des menstruations, il faut gérer aussi. Ça en fait partie parce qu'il y a des contraintes à respecter derrière. Donc tout ça, ça va... On s'adapte aux patients. Si ce sont des jeunes ou pas des jeunes. Donc euh... en fait la consultation n'est jamais deux fois la même, mais c'est aussi ce qui fait qu'elle soit intéressante.**

Yasmine : D'accord.

MEM : Et voilà, et puis à la fin tu vois des images (montre des images), on leur explique qu'il y a une imagerie et c'est tout.

Yasmine : D'accord

MEM : Et ça on a un fichier pour chaque traitement quoi.

Yasmine : OK, c'est intéressant ! Et qu'est-ce que vous entendez par accompagnement dans cette consultation ?

MEM : Ce qu'on va... **Pour moi, c'est qu'on va accompagner le patient. On va bien lui expliquer, on va faire le traitement, il sera préparé, il sera accompagné pour que ça se passe le plus limpiquement possible.**

Yasmine : D'accord. Et quels types de postures adoptez-vous durant la consultation d'accompagnement ?

MEM : Comme ça la posture ?

Yasmine : Est-ce que dans vos postures professionnelles ? Si... Comment vous vous présentez physiquement ou psychologiquement aux patients ?

MEM : Ah euh, **moi je leur explique que je suis un manip, donc déjà, ce que moi je leur dis en général, c'est que je suis un infirmier comme un infirmier qui a le droit de jouer avec les rayonnements. Donc c'est ça la différence. Euh généralement ils ont eu des TEP Scan ou des choses comme ça donc ils nous ont déjà côtoyés sans le savoir et je leur explique que je travaille sous la tutelle du médecin donc voilà, et que je suis là pour les accompagner naturellement. Après moi, avant, avant de faire de la médecine nucléaire, j'ai fait beaucoup de radiothérapie donc avec ce côté relationnel, le suivi, voilà je suis très avenant avec les patients, les accompagner. Je suis très prévenant aussi. Entre guillemets, mon point fort avec les patients, c'est que j'ai un peu l'habitude avec la radiothérapie.**

Yasmine : Et combien de consultations d'accompagnement mettez-vous à disposition du patient ?

MEM : Alors, naturellement, il y a le médical qui est la première et après la consultation d'accompagnement avec un manip RIV, après il a la première cure et après ce sont des consultations téléphoniques qu'on fait. Après si le traitement c'est toutes les six semaines, huit semaines il y a un peu d'attente. On les rappelle pour savoir si ça va. On revoit deux ou trois points s'il y a besoin. Mais après un patient s'il nous le demande on peut refaire une consultation. Mais naturellement, il n'y en a qu'une au bout d'une heure à peu près qui est prévue. Ça peut déborder hein, ça peut-être 1 h et demi. On n'a pas à jouer le chrono. Naturellement, il y en a qu'une de prévue et après, c'est de téléphoner.

Yasmine : D'accord. Et à la fin du traitement y a-t-il une continuité, un suivi de l'accompagnement après la RIV ?

MEM : Non, non, non, il n'y a pas de suivi de notre part parce que...par exemple là, le Monsieur il... Demain il reverra le médecin et après, c'est l'oncologue qui fait le suivi.

Yasmine : D'accord. Et sinon, depuis combien de temps pratiquez-vous la consultation d'accompagnement ?

MEM : J'ai commencé il y a 1 an

Yasmine : Et, la formation initiale est la base qui permet d'acquérir des compétences et des savoirs indispensables. La pensez-vous complète et suffisante pour réaliser l'accompagnement ?

MEM : Euh bah moi c'était il y a longtemps, il n'y avait pas la RIV en soit, ça n'existait pas du tout non plus. Et puis en plus moi j'étais plus partie sur faire autre chose que de la médecine nucléaire et je ne suis pas sûre qu'en 2000... 2005, il y avait de de la RIV déjà. Donc ça n'existait pas. Par contre, les compétences de traitement des rayonnements, ces choses-là, oui, parce qu'en plus moi j'ai fait de la radiothérapie, donc les traitements, la curiethérapie, tout ça, j'avais des petites notions, donc c'est un peu... On retrouve un peu ces trucs-là. Mais la formation de base euh non ça n'a pas beaucoup servi, bah après la prise en charge du patient, ces choses-là, oui, mais techniquement, sur le traitement lui-même brut, non. Après, c'est l'accompagnement donc au même titre qu'au TEP scan, en radiothérapie pour accompagner un patient. Tu es là pour prendre son soin de lui entre guillemets pour que le traitement, les images se passent le mieux possible. Donc là-dessus oui, mais sinon non.

Yasmine : D'accord.

MEM : C'est vrai que ça n'existait pas.

Moi : C'est vrai, tout à fait. Et avez-vous été formé ou pas à la consultation d'accompagnement ?

MEM : Pas encore, j'ai été formé par mes collègues en interne, et j'ai aussi une formation à la fin du mois.

Yasmine : Et sinon, comment se déroule la formation en interne ?

MEM : Là, j'ai suivi mes collègues et en plus, je suis arrivé pendant l'été. Alors on m'a dit tu vas faire ça. Donc. Donc elles qui ont fait le DU, donc **elles m'ont expliqué ce qu'il fallait faire, pas faire, tout ça, elles m'ont un peu expliqué en interne** et après bah, **on a fait les traitements ensemble**. On est en autonomie, donc on a fait ça plusieurs fois. **J'étais doublé et puis, bah après tranquillement, j'étais lâché avec, si besoin, j'appelais mes collègues.**

Yasmine : D'accord. Tout à l'heure vous avez parlé d'une formation à faire à la fin du mois, de quel type de formation il s'agit ?

MEM : Là, **je vais faire une formation d'éducation thérapeutique.**

Yasmine : Ah d'accord !

MEM : Euh... voilà sur l'ETP, **parce que pour l'irathérapie maintenant on est en ETP nous aussi** et je vais faire cette formation là et... et voilà. Et le DU pour le moment, il n'y en a pas besoin.

Yasmine : Donc la formation en ETP, elle rapporte beaucoup à ce genre de consultation ? il y a un peu d'éducation avec le patient ?

MEM : Donc c'est entre deux, parce que le problème, c'est que nous on ne peut pas faire de l'éducation à long terme. En fait, je sais que quand je vais y aller, ils vont me dire oui mais tu n'es pas trop dans les clous. Oui, je sais mais voilà. Euh... parce qu'en fait, eux, ils vont me dire que normalement, c'est éduquer ton patient dans le temps. Donc nous on va l'éduquer dans le temps, mais temporairement, ce n'est pas sur du 20 ans. Alors que l'ETP c'est sur des trucs qui durent 20 ans, à long terme quoi, comme l'alcoolisme, ces choses-là. Nous ça va être sur deux ans, trois ans, mais voilà, après c'est... après il y a des futurs traitements aussi qui vont arriver. Donc ça change. Par exemple nous ont fait aussi les méningiomes. Alors pour le méningiome par contre, il y a de l'éducation à faire aussi dans le temps. Donc c'est intéressant ça.

Yasmine : Ah oui, d'accord, j'avais pas du tout pensé comme ça. En fait, je pensais qu'il n'y avait pas de contrainte à faire cette formation-là. Que n'importe qui pouvait la faire.

MEM : N'importe qui, mais c'est vrai **que le but c'est accompagner le patient dans le temps et l'aider**. Par exemple...**si par exemple un patient a des difficultés sur certains points, on va avoir une attitude spécifique qui n'aura pas lieu d'être avec un autre patient qui n'a pas ses difficultés**. En fait l'ETP c'est **ça, c'est s'adapter à chacun et lui trouver des solutions**. S'il y a un problème avec quelque chose, on trouvera une solution là-dessus ou pas, c'est travailler là-dessus. Donc nous, c'est ponctuel, plusieurs fois dans l'année, il y a des choses à faire. Mais c'est vrai que c'est sur une période courte, deux ans. Alors qu'il y a d'autres choses sur lesquelles ça va être beaucoup plus claires, par exemple les ORL quand ils sont opérés avec l'alcool, ces choses-là ou le tabac, il y a alors là quelque chose à envisager sur du plus long terme.

Yasmine : Oui, ok.

MEM : Moi je sais que mes collègues quand ils ont été on leur a dit oui bah...C'est un moyen quoi.

Yasmine : Oui.

MEM : Mais là, nous, maintenant, on a des méningiomes. Donc quand je vais y aller, je le sais, donc je ne serais pas vexé. Je vais quand même travailler, il n'y a pas de souci.

Yasmine : D'accord

MEM : C'est un peu l'entre deux

Yasmine : OK. Et quelles compétences indispensables à la pratique de l'accompagnement avez-vous développé au cours de votre formation en interne avec les collègues ?

MEM : Il faut avoir un bon relationnel avec le patient.

Yasmine : Relationnel ?

MEM : Oui, Parce que si... tu sais si avec le patient, ça ne passe pas ou que tu ne prends pas le temps, ou autre, ça va être compliqué... On a des collègues dès fois qui sont comme ça et qui sont un peu speed ou quoi, ce n'est pas le but, ça ne va pas aller. Là, il faut quelqu'un de posé, de calme, qui peut prendre le temps, qui sait écouter. Ce sont ces choses-là qui sont importants. Le traitement en soi, en lui-même, n'est pas très compliqué techniquement, c'est une pompe, on lui rentre des chiffres, on fait ce qu'il faut, on perfuse, voilà, ça se fait très facilement il n'y a pas de compétences particulières. Mais en revanche, là c'est sûr, savoir écouter, discuter ces choses-là qui sont importantes.

Yasmine : Et du coup, à par la formation, y-a-t-il autre moyen par lequel vous avez acquis, développé ou améliorer les compétences nécessaires à la consultation d'accompagnement ? vous m'avez parler de radiothérapie aussi ou vous avez travaillé avant. C'est une expérience qui a pu vous aider ?

MEM : Bah oui, c'est ce qu'on m'a dit. En général, les patients, c'est ce qu'ils me disent donc... et puis oui, au niveau du relationnel patient, c'est quelque chose où je m'en sors bien chaque fois. Souvent, je n'ai pas trop de souci là-dessus.

Yasmine : Ok.

MEM : Après euh... après oui, ce sont les collègues avec qui je travaille qui me disent aussi ça.

Yasmine : On a parlé du relationnel patient, quel genre de relation mettez-vous en place pour intégrer le patient dans la consultation d'accompagnement et dans son traitement par RIV ?

MEM : Le patient, quand il arrive, on lui donne beaucoup d'informations. Il a tendance à souvent subir. Puisqu'on lui dit c'est comme ça, il faut faire comme ça, il faut faire ci, il faut faire ça. Avec moi il va arriver, et on va commencer à parler expliquer, je vais lui demander « est-ce que vous avez tout compris ? est-ce que vous avez des choses à revoir ? voilà, il va falloir faire ça ». On va l'intégrer un peu plus, on va lui demander des choses, on va lui apporter des réponses, on va chercher à voir s'il a des besoins. Donc ce n'est pas drastique. On discute et tout donc c'est... voilà. Pour eux, ça les relâche et ils sont détendus. Et du coup, ils sont tout de suite plus à même de continuer.

Yasmine : Quel mode de communication approprié et adapté êtes-vous amené à utiliser lors d'une consultation d'accompagnement ? Comment vous communiquez avec le patient ?

MEM : Je dirais tous les modes de communication, verbale, non verbale, on a parlé aussi des supports PDF, il y a aussi des démonstrations, des illustrations pour expliquer et informer le patient. Il faut être prévenant avec le patient, lui parler calmement, reformuler s'il n'a pas compris, ces choses-là. Il ne faut tout bâcler et juste donner de l'information parce qu'il faut le faire mais adopter une manière qui facilite la compréhension du patient

Yasmine : Et donc, comment instaurez-vous la confiance auprès du patient ?

MEM : Comme je l'ai dit tout à l'heure, c'est le relationnel, il faut être accueillant, chaleureux même si le patient il est fermé et donc... voilà

Yasmine : OK, du coup comment est-ce que vous gérez l'appréhension, le stress du patient par rapport au traitement lors de la consultation ?

MEM : Eh bien pour les patients stressés comment gérez ça ? eh bien ça se fait au feeling. Il y en a chez qui je vais déceler... une petite blague ou deux, ça va passer. Y en a d'autres, je sais qu'il ne faut surtout pas faire de blagues, ils sont très carrés et l'humour n'a pas lieu d'être. En fait c'est au feeling, avec l'expérience, en deux ou trois questions, on arrive à cerner un petit peu les gens, on arrive à savoir, à identifier leur appréhension, leur état de stress. On va poser des questions, on va parler, discuter, identifier leur peur, trouver des solutions, essayer au max de les détendre, de les rassurer. Moi, il y a une dame, je n'arrivais pas à placer un mot, son appréhension c'était... elle avait du mal à avaler, son appréhension c'était d'avalier. J'ai dit OK, ne bougez pas, j'arrive. Je suis parti chercher une gélule de Doliprane, un verre d'eau, j'ai ouvert la gélule, elle était vide et je l'ai fait avaler sa gélule. Elle voit qu'elle pouvait, pouf...plus de stress. Détendue, on a pu discuter après, il n'y a pas de problème. Quand elle était là, elle a commencé à pleurer de peur d'avoir un problème, parce qu'elle n'arrive pas à avaler. Et comme elles sont opérées des thyroïdes, les patients ont du mal à avaler, et donc elle avait peur. Mais je n'arrivais à rien, je n'arrivais pas à lui parler, du coup on a fait un essai en avalant une gélule de doliprane que j'ai été chercher, et après c'est parti, la consultation a déroulé naturellement. Donc, Je ne vais pas le faire en routine ça. Donc de base on parle et après je montre comment avaler la gélule car ici on a ce qu'il faut pour montrer. (Montre le matériel utiliser pour avaler la gélule d'iode)

MEM : Je ne pouvais pas juste lui montrer, il fallait qu'elle essaie. Je suis allé chercher une paille tout neuf qu'elle met à la bouche avec une gélule de doliprane (montre la technique), car elle sa peur était d'avalier. J'ai alors coupé court à la consultation et j'ai commencé par ça. Une fois qu'elle a vu qu'elle pouvait l'avalier, tout allait bien. J'ai repris la présentation et je suis repartie à zéro. Et la consultation s'est très bien passée. Pour cette patiente, c'était ça. Pour d'autres, ça va être autre chose. Les hommes, ça va être beaucoup de questions techniques de traitement, comment ils marchent, pourquoi ? quant à l'organisation, ils s'enfichent. Pour eux c'est technique. Les femmes, ça va être de l'organisation, pas de

technique. Elles, ça va être les enfants. Pour elles, Ce n'est pas le traitement lui-même. Savoir pourquoi la molécule va se fixer, elles s'enfichent, du moment que c'est le traitement, qu'il faut qu'on avale ça pour le truc, très bien ça me va voilà. Donc **c'est différent en fonction des patients et des métiers. Tous ce qui est prof en général, profs ou infirmiers, ce sont des métiers qui sont compliqués et il faut que ça soit comme ça, Ils veulent tout savoir. Dès fois ils pensent en savoir plus que toi. Donc il faut savoir aussi les laisser un peu croire qu'ils en savent plus que toi pour avancer. L'essentiel, c'est qu'ils arrivent au point. Et c'est là où est l'art de la consultation. C'est l'adaptation, s'adapter au patient, à la situation. La consultation ce n'est pas juste balancé des informations sur le traitement et ses étapes et dire « bon voilà c'est tout » non, c'est aussi prendre le patient dans sa globalité, le comprendre, tout ça, pour que le traitement se passe dans de bonnes conditions.** Moi j'ai eu un monsieur, il ne voulait pas perdre ses cheveux.

Yasmine : Ah Oui ?

MEM : Oui, c'était radicale, on n'a pas fait le traitement. Parce que on ne pouvait pas lui dire qu'il n'allait pas perdre de cheveux. Donc il n'a pas voulu pour ça.

Yasmine : D'accord

MEM : Et On n'a pas réussi à le décrocher de là. Pas du tout. Mais déjà, voilà dès fois on n'y arrive pas. Des échecs. Après, ce monsieur, **c'est son choix. On est obligé d'assumer, de s'y plier.**

Yasmine : De quel façon facilitez-vous alors les échanges et l'écoute pour la compréhension du patient ?

MEM : Comme je l'ai dit tout à l'heure, **reformuler, vérifier avec eux par des questions pour voir s'ils ont compris, faire des démonstrations avec le matériel pour lui montrer comment sera pris le traitement** par exemple pour l'irathérapie avec la gélule d'iode

Yasmine : OK. Pendant dans la rédaction de mon cadre théorique, un auteur (Lhotellier) illustre la compétence communicationnelle comme étant à la fois relation et information. Pensez-vous que cette compétence soit la plus importante dans la relation d'accompagnement du patient traité par RIV ?

MEM : Sur la relation et l'information ?

Yasmine : Oui.

MEM : Moi, **le but, c'est de lui donner l'information et m'assurer qu'il l'est.** Donc effectivement, relation et information vont ensemble ici, c'est ça. Après voilà, **le but c'est qu'il ait les informations et qu'il soit serein.**

Yasmine : OK Et selon vous les compétences communicationnelle et relationnelle résultent-elles de la formation ou de vos expériences et de votre personnalité ?

MEM : **Oui elles me viennent des expériences et de moi-même, de ma personnalité quoi.** C'est ce qui fait le...ces expériences-là, tout ça fait que pour les consultations, ça se passe bien. Il y a des

professionnels qui sont très nerveux et ça ne va pas aller pour les consultations, Mais je pense que pour la consultation il faut quelqu'un de posé, de calme

Yasmine : On retrouve dans la compétence communicationnelle et relationnelle : l'accueil, la convivialité, l'écoute active, l'empathie, la communication verbale et non verbale. Mettez-vous en œuvre, de façon approprié et intègre tous ces éléments auprès du patient traité par RIV, que ça soit en consultation d'accompagnement ou en dehors ?

MEM : On s'adapte. En fait, c'est devenu naturel qu'on s'en rend plus compte. Je ne réfléchis plus à ça. C'est naturel comme ça. On rigole, on papote, on arrive à trouver les mots. Au bout d'un moment, c'est devenu naturel. Après, j'ai fait moi la radiothérapie, donc forcément on est un peu plus vigilant là-dessus. J'ai eu des formations sur le savoir écouter, savoir échanger, j'ai fait aussi un peu de l'hypnose conversationnelle pour les accompagner au niveau de l'hypnose, La discussion positive. Toutes ces choses-là. En fait, ce sont des choses qu'on fait naturellement, de façon intégrée. C'est pour ça qu'il faut aussi que toi t'y crois à ces choses-là, il faut que tu aies envie de le faire parce qu'il faut que ce soit naturel, il ne faut pas que tu passes ton temps réfléchir sinon la conversation n'est plus fluide. Donc là, ça se fait naturellement. Donc c'est tout ça aussi qui joue. Donc c'est vraiment l'ensemble de mon expérience en radiothérapie, de mes formations-là qui ont contribué à tout ça et c'est devenu naturel.

Yasmine : Un ensemble de chose...

MEM : Et puis bah c'est sûr qu'il faut être un minimum empathique, écouter... Si tu n'es pas empathique, ça va être compliqué. De toute façon, Ils disent souvent que notre consultation n'a rien à voir avec les consultations médicales. Le médecin, il est là pour donner des choses et il n'a pas forcément le temps, c'est vrai que lui il est moins dans empathie, même s'il peut écouter un peu. Ça, c'est plus notre rôle et le patient, il le sent très vite. Donc c'est pas du tout la même ambiance. On prend le temps et l'effort voilà. S'il faut répéter quatre fois, cinq fois, on le fait.

Yasmine : Les mobilisez-vous très souvent ou dépendamment du patient et de sa situation ?

MEM : Naturellement. Cela vient naturellement. C'est au feeling et on s'adapte à chacun

Yasmine : Et combien de temps ça peut prendre la consultation ?

MEM : Globalement, 1h. Si c'est une consultation dite compliquée parce qu'on a beaucoup de choses à voir ou à revoir ou quoi, donc Il faut prendre le temps. On est sur 1 h et demi, 2 h, mais c'est assez rare. Euh, là hier J'ai fait 1 h 30 parce que j'ai passé une demi-heure à parler d'autre chose. On est parti dans plein de trucs. Mais la consultation en soi, c'est 1 h. Et si ce sont des gens dès fois qui sont très documenté en une demi-heure, ça peut être fait

Yasmine : D'accord, la question est un peu discrète mais sur votre psychologie à vous comment ça peut agir ou... ?

MEM : Moi j'aime bien parce que du coup, j'aide les gens et c'est important, au moins tu vois, quand je rentre à la maison je suis content de ça... Bah voilà, j'ai aidé les gens et ça fait partie du truc aussi. Dès

fois quand tu rentres tu dis ah bah j'ai l'impression de ne pas être utile. Là au moins tu es utile, tu passes des bons moments, tu rencontres des gens qui sont intéressants. Moi, j'aime bien, mais ça revient aussi à la radiothérapie. Eh oui, c'est vrai que quand je rentre, j'aime bien me dire oui, j'ai aidé certaines personnes. Par exemple le patient, il est arrivé à sa TEP Scan, il très stressé, j'ai réussi à le déstresser assez facilement, donc le TEP Scan s'est passé plus naturellement. Moi un patient qui repart la tête avec le sourire et qui nous dit merci et tout, tu as gagné la journée. Alors que quand il était arrivé, il était triste, très stressé, donc si tu arrives un peu à arrondir les angles, c'est bien. Là en fait, c'est la suite, c'est l'étape d'après, après le traitement. En consultation le patient il te dis « ah c'est presque dommage de ne plus vous voir ». Là, c'est ce qu'il nous disait tout à l'heure, il nous remerciait, il disait « c'est presque dommage, vous allez me manquer, on va plus se voir ». Ça fait plaisir. Ça fait chaud au cœur. Quand Tu rentres chez toi le soir tu es content... La journée, une journée bien utile, tu as aidé. Voilà. Moi, j'aime bien. Après moi, j'ai toujours été comme ça, à vouloir accompagner les gens. Comme je dis, j'essaie de prendre tout le monde, un peu comme si c'était de ma famille. J'essaie de faire au maximum, que tout se passe bien, d'accompagner, au petit besoin, de compenser. Des choses simples. En médecine nucléaire, c'est le problème. Mais bon, au niveau dosimétrie, je suis un peu plus élevé que la normale. J'ai tendance à être plus en contact avec les patients, quand ils sont un peu stressés, je pose ma main sur leur bras... Je suis un peu plus proche que d'autres personnes mais voilà. Mais ça, ça fait partie de moi, c'est comme ça. Je suis assez tactile avec les gens pour les rassurer.

Yasmine : Sinon, dans tout ça, quelle est selon vous, la compétence essentielle à solliciter par le professionnel au cours d'une consultation d'accompagnement ?

MEM : C'est l'échange. Savoir communiquer en fait. Parce que la communication, c'est vaste. C'est l'échange, s'adapter à la personne aussi. Ce sont des personnes qui à il va falloir parler d'une certaine façon, d'autres il faut parler plus simple. L'essentiel c'est de trouver des images. Il faut savoir s'adapter, c'est ça la communication. S'assurer que le patient comprenne bien ce qu'on veut et qu'il retienne. C'est surtout ça. Après le reste comme poser un cathéter, ces choses-là, ça va. Je peux te montrer après l'injecteur, ce n'est pas trop compliqué en soi.

Yasmine : D'accord

MEM : C'est vraiment la communication qui est le plus important. A la TEP Scan, à la scintigraphie, le côté technique de l'imagerie, de la perfusion est important aussi. Mais, c'est 1/3 l'imagerie, l'injection qui constitue... Un patient, si tu piques dix fois, forcément, il n'est pas serein derrière. Mais voilà, il faut savoir piquer un peu. Dès qu'on dit bonjour à un patient, on va le mettre une aiguille dans le bras donc euh avoir des compétences quand même. Et l'accompagnement est aussi important. Il est toujours là, de toute façon l'accompagnement du patient il est toujours là. Mais c'est vrai que nous, c'est surtout ça le plus gros du métier. Après l'injecteur, posé un cathéter et puis euh...Même quand je fais le traitement, en fait on est dans le relationnel, c'est plaisant quoi, on a passé un bon moment même si c'est des moment qui doivent être très stressant pour le patient

Yasmine : D'accord. Merci beaucoup, c'est terminé pour mes questions, merci de m'avoir apporté toutes ces réponses et de ce temps accordé.

MEM : De rien, c'était intéressant de partager avec toi. Est-ce que tu veux voir du coup les livrets pour chaque traitement, les supports PDF et la vidéo de visite qu'on a fait ?

Yasmine : Oui, bien sûr...

MEM : Très bien, je te montre tout ça... tu vois l'écran ?

Yasmine : Oui.

Entretien 2

Yasmine : Bonjour, je m'appelle Yasmine AMADOU, je suis étudiante manipulatrice en électroradiologie médicale, en troisième année à l'institut de formation des manipulateurs en électroradiologie de Rennes (IFMEM Rennes). Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, j'effectue un mémoire sur la consultation d'accompagnement en radiothérapie interne vectorisée en médecine nucléaire.

L'anonymat de votre identité et de votre lieu de travail sera respecté. L'usage de vos réponses au cours de cet entretien est exclusivement réservé à l'exercice de mon travail de fin d'étude. Il n'y a pas d'obligation à répondre à toutes les questions, ni de bonne ou de mauvaise réponse attendue, juste votre avis/vécu sur le thème de la recherche. Si vous le permettez, cet entretien sera enregistré et retranscrit, et fera l'objet d'une analyse dans le respect de votre anonymat.

Je vous remercie du temps que vous m'accordez pour réaliser cet entretien. Donc, pour commencer, comment se passe la radiothérapie interne vectorisée dans votre service ?

MEM : On est également trois manipulatrices à organiser ces traitements là et pour lesquels, en amont, pour certains traitements, on convoque également le patient, on fait toute la partie administrative du patient. On traite et les prend en charge également, lorsqu'ils vont venir en traitement et qu'il va y avoir une surveillance par bilan sanguin, par scanner. C'est nous qui prenons les rendez-vous, qui faisons les ordonnances, les prescriptions de prise de sang. Si les patients ont besoin d'un bon de transport, et bien on prépare le bon de transport.

Yasmine : D'accord

MEM : On fait toute la gestion administrative. Il n'y a pas que l'aspect du métier de technicien de manip radio. En fait, On a aussi tout un rôle qui fait que les patients soient bien préparés, donc c'est principalement pour les patients Lutathera, PSMA. Nous on fait également les radio embolisations à l'yttrium 90 avec la phase de quinze jours avant. Et si les patients sont hospitalisés dans nos chambres radioprotection, on a quatre chambres radio protégées, eh bien en ce moment-là, c'est nous qui prévoyons une consultation avant le traitement même, à J0 avec un médecin de chez nous, on voit, on appelle le patient pour voir avec lui s'il est disponible à des dates, en fonction de nos médecins, de leur présence, etc. On lui envoie la convocation pour venir et voilà. Donc il y a tout ce cheminement. Par contre les Irathérapie pour les doses d'iode, là ce sont les secrétaires qui s'en occupent parce que ça a toujours été comme ça depuis le début, on va dire, donc c'est pas un travail qui leur est retiré aujourd'hui, peut être ça viendra dans une nouvelle organisation, peut-être, mais pour l'instant, ce sont elles qui gèrent pour les doses d'iode, justement, de prendre contact avec les patients, de voir selon les prescriptions du médecin chez nous, s'il veut que ce soit un traitement thérapeutique en sevrage ou pas. Donc, sous Thyrogène à ce moment-là, quand est ce qu'ils doivent arrêter... Sinon, s'ils sont sous sevrage il faut

envoyer l'ordonnance... Là, ce sont les secrétaires qui gèrent ça et à quel moment le médecin pense que c'est bien de faire le traitement déjà et puis de la disponibilité du patient. Mais ça, c'est sur les irathérapies et dans ce cas nous, on est donc trois manipulatrices, on les prend en charge uniquement à partir du jour de leur arrivée pour le traitement et puis après on va s'en occuper les trois jours de l'hospitalisation.

Yasmine : D'accord je comprends. Et sinon, est ce que vous pratiquez de la consultation d'accompagnement auprès du patient pour la RIV ?

MEM : Alors ça dépend. Je sais que ma collègue, le médecin, l'a sollicitée, par exemple en amont d'un traitement par Lutathera qui doit se faire prochainement. Le médecin souhaitait qu'on soit présent à la consultation, mais quand on est pris déjà par les autres fonctions, ça peut ne pas être évident de se dégager du temps à être là à la consultation, mais ça peut arriver, mais pas tout seul en revanche, on sera avec le médecin pour la consultation.

Yasmine : D'accord.

MEM : On ne va pas faire une consultation, nous les manip, mais en fait, c'est le jour où ils arrivent pour leurs traitements ou sont hospitalisés qu'on est avec eux. Soit, ils sont hospitalisés la veille ou le jour-J pour les lutathera par exemple, eh bien là, nous, on va les prendre en charge. On va leur expliquer comment va se dérouler le traitement, l'hospitalisation, les imageries qu'ils auront à tel moment. On voit avec eux, pour la sortie, prévoir l'ambulance. Donc c'est vrai que c'est nous qui appelons aussi le VSL, voire la semaine dernière que ce soit nous qui trouvons le VSL pour revenir chercher le patient parce qu'il est venu avec son frère, mais au retour, il n'y a plus personne pour venir le chercher. Donc il a fallu trouver le transport. Voilà. C'est ça aussi. Mais une consultation pour expliquer en soi le traitement, en général, c'est quand même médical parce qu'il y a quand même des informations que le médecin veut recueillir. Là, c'est vraiment une consultation qui a duré 1 h avec le médecin et nous manip RIV, mais elle aborde tout l'aspect vraiment médical. Nous on est paramédicale. Donc il y a des informations que le médecin doit recueillir et ce n'est pas nous les manip qui allons faire ça. Par exemple, les radio embolisations, en amont, on voit pour une consultation avec le médecin parce que lui il veut savoir s'il a des anticoagulants, quels sont-ils à ce moment-là ? Si on peut les arrêter, s'il ne faut pas les arrêter, les autres médicaments, etc... voilà. Et puis, quand les médecins ne connaissent pas du tout, effectivement, ils veulent savoir un peu les antécédents du patient. Donc là, ce n'est pas nous, dans notre fonction, notre rôle, on n'est pas compétent. Mais il y a une petite consultation qui se fait déjà quand on appelle pour leur dire en revanche qu'on voudrait organiser un rendez-vous et alors là, si le patient nous pose des questions, alors là, on va répondre, lui donner des consignes et certaines informations comme : « Comment ça se déroule ? vous êtes hospitalisé ? Vous arrivez la veille ou le matin même ? Il faut que vous ayez pris une douche. Vous aurez la possibilité de prendre un petit déjeuner, mais un petit déjeuner, vraiment. Vous arriverez, on va vous poser une voie veineuse », je pense pour la radio embolisation parce que c'est un peu speed. Ils doivent être là à 8 h et demi. Il y a déjà un petit plateau technique

d'imagerie. Eh bien, ces informations-là, oui, on va pouvoir les donner au téléphone. Ou par exemple, pour un lutathera, quand il découvre qu'il va être éventuellement candidat pour avoir ce traitement-là, eh bien, ils ont quelquefois des questions. Moi, je leur dis déjà surtout de préparer leur question parce que le médecin va les voir. Ça va peut-être durer 1 h, mais je leur dis le médecin va tellement vous donner d'informations qu'à un moment donné, vous allez peut-être oublier les questions que vous vouliez poser, donc n'hésitez pas à les préparer à l'avance, de les écrire pour que lors de la consultation, eh bien, avec vos petites notes, vous penseriez à les poser au médecin. Voilà ce sont des conseils comme ça. Donc oui, mais pour moi, ce n'est pas une consultation comme on peut l'entendre, parce que c'est médical la consultation. Mais on fait un petit entretien téléphonique avec le patient on va dire

Yasmine : un petit entretien avec le patient... ?

MEM : Oui, On échange beaucoup. On a vraiment nous un téléphone dédié pour la RIV et les patients peuvent nous appeler directement. Donc quand on a pris contact au départ, effectivement, on leur donne notre numéro. Et comme ça, ils n'ont pas besoin de passer par le secrétariat et ils ont une personne référente entre moi et mes collègues X, Y, toutes les trois, on alterne en fait...euh sur du lundi au vendredi, il y'a une manip RIV, mais les trois premiers jours c'en est une, Les deux derniers jours, c'en est une autre qui va continuer la semaine d'après, lundi, mardi et mercredi.

Yasmine : D'accord.

MEM : Voilà, Dans notre organisation, c'est comme ça. Comme ça en fait, comme il y a le week-end qui sépare, mais on continue, en fait, on poursuit sur le début de la semaine d'après

Yasmine : D'accord. C'est toujours systématique la consultation avec le médecin ou l'entretien téléphonique avec vous ?

MEM : Oui, oui, oui, c'est toujours systématique la consultation avec le médecin et l'entretien téléphonique avec nous. Il y a une prise en charge importante parce que ce n'est pas anodin le traitement

Yasmine : C'est vrai que ce sont des traitements très radioactifs, donc euh...

MEM : Voilà ! Et d'un certain coup. Voilà, donc il ne faut pas que le patient euh, il faut vraiment qu'il ait conscience de l'importance et non pas de dire bah non aujourd'hui, il pleut, je ne veux pas y aller. Mais en général, ce n'est pas ça du tout parce que les patients, ils sont en attente. Je pense au lutathera par exemple, aujourd'hui, c'est un traitement qui vient en deuxième ligne quelquefois. Mais en fait, ça a quand même été reconnu ce traitement là pour une efficacité. Donc on est plus en troisième ou quatrième ligne. On peut agir et intervenir déjà rapidement après la découverte de la maladie. Et du coup, les patients ont conscience de l'importance du traitement. Et c'est plutôt eux qui sont à nous appeler quelques fois, quand ils n'ont pas de nouvelles pour savoir « Alors quand est ce que je commence ? » Parce qu'ils ont eu connaissance de ce traitement là avec leur oncologue qui leur a dit « bah voilà, au vu de la situation, moi je verrai bien vers un traitement par radiothérapie interne vectorisée, ça se fait au CHU de M auprès du docteur S qui est notre médecin référent sur une tumeur neuroendocrine, euh moi, je

vais soumettre votre dossier ». Après ce n'est pas l'oncologue seul qui décide. Ça se précise en commission RCP, mais déjà l'oncologue évalue la faisabilité du traitement si effectivement il correspond, si c'est bien ciblé. Et là les patients, du coup quelques fois ils se disent « bah alors quand est ce qu'on va faire mon traitement ? » Et forcément, ce n'est pas dans les huit jours parce que ça demande quand même d'établir, de recueillir des informations, des imageries précédentes. Voilà, **il y a tout ça aussi qu'on fait, c'est de récupérer les examens qui se sont déjà passés récemment, le bilan sanguin le plus récent possible. Quelque fois, le médecin n'a pas beaucoup d'informations, donc nous, on se charge de tous recueillir**, on n'appelle le laboratoire pour avoir quel était son dernier bilan, s'ils peuvent nous le faxer. Ensuite, l'oncologue devait transmettre mais ..., par exemple le résultat du dernier scanner, le compte rendu, les images. Donc nous on essaye de récupérer le compte rendu par les identifiants et tout ça et d'aller sur la plateforme pour récupérer les images précédentes, de recueillir des informations, de demander au PACS de les transférer... voilà

Yasmine : D'accord, et tout ça, c'est tout un processus derrière, préparé en amont ?

MEM : Ouais, Eh oui, oui. Et tout ça c'est le manip RIV

Yasmine : le manip RIV qui le fait ?

MEM : Ouais

Yasmine : D'accord ok, et donc ici, le manip ne fait pas de consultation mais plutôt un petit entretien avec le patient qui est souvent téléphonique, dans ce cas, comment préparez-vous cet entretien en amont, avant d'accueillir le patient ? avant que le patient ne vous contacte ?

MEM : Alors En général, il ne nous contacte pas tous.

Yasmine : D'accord

MEM : Sinon c'est plutôt nous qui allons la première fois vers eux. Et pour leur dire justement, on convient aussi là d'une consultation avec le médecin qui va se positionner pour éventuellement organiser le traitement.

Yasmine : Ok

MEM : donc, selon le planning du médecin, eh bien, on voit sa disponibilité, on en parle avec lui aussi. Et si ça lui convient ce jour-là, pour voir le patient et bien sûr en fonction du planning du patient. Mais souvent ils sont plutôt disponibles. **Il n'y pas vraiment de préparation avant de contacter le patient, on organise les choses avec lui directement.** Mais il y en a quand même qui sont assez jeunes et qui sont en activité donc on voit tout ça ensemble.

Yasmine : Donc quel est le but de tout ça, de ce petit entretien téléphonique, de ce côté administratif et gestion du traitement RIV dans le parcours du patient ?

MEM : C'est de le préparer au traitement, s'assurer qu'il y ait tout ce qu'il faut pour le traitement... Mais nous, on est un maillon quoi. Bien évidemment, et c'est vrai qu'au départ, on peut être le premier interlocuteur avant le médecin qui va étudier son dossier

Yasmine : D'accord

MEM : On leur dit souvent « vous allez avoir rendez-vous avec le Dr R, vous allez avoir rendez-vous avec le docteur tel ou tel ». On gère tout ça en fait

Yasmine : D'accord

MEM : Parce que c'est qu'avec la diversité des traitements, tous les médecins du service ont un peu leurs compétences, enfin ils sont compétents partout dans la médecine nucléaire, mais en soit ils ont vraiment des pathologies ou des domaines pour lesquels ils sont plus à même

Yasmine : Ok

MEM : Vraiment là par exemple pour les tumeurs neuroendocrines, on sait que c'est avec le docteur O. c'est elle qui est vraiment...qui connaît vraiment bien ce domaine-là.

Yasmine : Et c'est quoi le délai avant le traitement pour appeler patients ?

MEM : Il faut organiser et en consultation au téléphone, on fait comprendre qu'on recueille souvent des informations, parce que quelque fois on leur demande s'ils ont passé un scanner, quand ? pour les lutathera, par exemple, il y a l'injection d'analogues de somatostatine ou la somatuline. On veut savoir à quel moment ils l'ont fait. Et là, déjà, ça détermine. Parce que s'ils l'ont fait la semaine d'avant, il faut 28 jours entre l'injection de la somatuline et l'injection du lutathera. Donc déjà, ça ne va pas être dans la précipitation. Et ensuite, vraiment, nous il faut qu'on ait recueilli et il faut qu'il ait fait un scanner juste avant de commencer le traitement. Donc si le scanner ils l'ont passé il y a deux mois, il faut déjà trouver un rendez-vous pour faire un scanner TAP avec injection. Donc ça, c'est aussi... Pas toujours simple de l'avoir rapidement. Donc ça conditionne aussi parce que ça peut prendre euh... Là, par exemple, la semaine dernière, on a vu le patient en consultation, donc moi je l'avais convoqué et lui encore parce que c'est urgent, parce qu'il a 37 ans, il est vraiment jeune et qu'il y a urgence parce qu'il n'est déjà pas bien. Donc lundi dernier, j'ai essayé de recueillir le scanner, de voir avec lui, de le contacter, de voir son injection de somatuline et d'organiser la consultation. Et on voulait une consultation cardio aussi, d'avoir une échographie cardiaque avant. Donc ça aussi, ce n'est pas évident de les avoir rapidement et de programmer la consultation, donc il a eu vendredi la consultation avec le médecin référent chez nous. Et on s'était dit peut-être que le 23, 24 mars, on pourrait éventuellement faire le traitement. En fait, il y a des éléments qui font qu'on est obligé de décaler de 28 jours.

Yasmine : D'accord

MEM : Oui, là, quelques fois après, c'est à traiter, mais de toute façon euh..., sachant que la RIV n'est pas un traitement immédiat, comme le temps de l'action des rayonnements est longue. Voilà, autant la chirurgie, c'est immédiat. Là, la RIV on sait que c'est quand même pour un traitement d'efficacité à long

terme. Elle n'est pas active dans les huit jours. Donc, les patients, justement, il faut évaluer qu'il est une survie quand même déjà.

Yasmine : D'accord. Et sinon la consultation avec le médecin vous, vous pouvez y aller ?

MEM : Oui, nous on peut y aller

Yasmine : Est que vous pouvez me décrire succinctement comment elle se déroule ?

MEM : Alors si on parle pour le lutathera. Parce que les radio embolisations je n'y assiste pas, quelques fois les médecins font une consultation uniquement par téléphone pour les radio embolisations. Pour les PSMA également... Il n'y a pas de consultation sur place.

Pour les lutathera, effectivement, le médecin souhaite rencontrer le patient pour évaluer elle-même l'état de santé du patient. À combien ? comment elle évalue l'OMS ? Et du coup, elle va donc lui dire que, effectivement, c'est bien sûr, sur recommandation de son oncologue que le patient est là aujourd'hui pour évaluer ensemble la faisabilité du traitement. Et elle lui explique vraiment tout le déroulement et le traitement en quoi elle consiste. Donc, elle a un petit livret pour lequel elle présente effectivement, voilà à quoi ressemble on va dire, les lésions. Il y a un site récepteur qui est sensible quand vous avez des injections de somatuline. Ce site récepteur également va l'être avec le produit radioactif, le lutécium, mais qui est mis en fait sur des analogues, de la même façon mais avec le lutécium. Donc ça va cibler sur les lésions et le but. Effectivement, ça va être de détruire de manière ciblée puisque le radiopharmaceutique a une affinité pour les lésions des tumeurs neuroendocrines. En général, les patients qui viennent aussi, c'est parce qu'ils sont métastatiques, il y en a de disséminer un peu partout.

Yasmine : D'accord

MEM : De toute façon les TNE sont souvent au stade métastatique parce que c'est très sournois et qu'en fait les patients ne vont pas consulter et même quand ils en parlent à leur médecin traitant. Un médecin traitant décèlera de base sur une fréquence un petit peu rapproché de diarrhée ou machin. Et donc on arrive tout le temps à un stade métastatique pour les TNE.

Yasmine : D'accord

MEM : Après ce sont des tumeurs qui évoluent lentement et pour lesquelles les patients vont vivre une quinzaine, une vingtaine d'années. Mais c'est vrai que quand on découvre et quand c'est déjà au stade métastatique... **Donc on va leur expliquer le but du traitement et qu'il faut donc être à distance des injections de somatuline pour le lutathera. Que le but ça va être non pas d'éradiquer le cancer qu'ils ont mais c'est pour stabiliser la maladie, qu'avec le scanner qu'ils ont passé, on voit là où on en est, qu'il y aura d'autres scanners, d'autres imagerie réalisée tous les trois mois pour évaluer justement l'efficacité du traitement.** Mais on est bien d'accord c'est pour avoir une stabilité de la maladie. Quand les patients présentent une tumeur neuroendocrine, souvent, ils ont des signes cliniques associés, comme les flash pathos. Ça dépend si la tumeur endocrine est sécrétante ou non, et donc il peut y avoir des flash, donc ils rougissent d'un coup. Ça survient comme ça. Euh Ça peut être dix fois par jour et c'est quand même

gênant. Des diarrhées également. Et du coup, et bien on peut agir aussi sur ces signes cliniques et amener un confort de vie que le patient n'avait plus. Et c'est bien souvent ce qu'ils nous disent, après déjà un premier traitement, c'est qu'ils vont mieux physiquement parce que eh bien le radio pharmaceutique a permis de réduire ses effets secondaires liés à la tumeur TNE.

Yasmine : D'accord

MEM : Mais après bah le médecin interroge aussi sur un petit peu la vie du patient, puisqu'il y en a qui sont activité, pour percevoir un petit peu comment le patient vit avec sa maladie, puisqu'on a des patients qui sont dans le déni

Yasmine : D'accord.

MEM : Et puis là, il va falloir aussi pour eux venir toutes les huit semaines pour les lutathera. Toutes les huit semaines, on va faire un nouveau traitement, donc on fait quatre injections à huit semaines d'intervalle, comme les injections pour ceux qui sont sous somatuline, c'est le plus fréquent, c'est tous les 28 jours. Ça veut dire que, entre deux cures qui s'espacent de huit semaines, ils vont faire une injection de somatuline au milieu. Mais qu'eux, ils vont les faire toutes les quatre semaines. Mais ils feront sinon une fois sur deux, juste après le traitement par lutathera. Quand ils rentrent chez eux, ils font une injection de somatuline, pas avant surtout, mais juste après, ça ne gêne pas. Et comme ça, ils font leur traitement sous somatuline aussi tous les 28 jours. Effectivement, certains patients pensent qu'ils vont arrêter la somatuline le temps du lutathera. Pas du tout. Il faut continuer les injections de somatuline le plus souvent c'est comme ça. Il peut y avoir des exceptions mais en général, c'est l'injection somatuline qui se poursuit. Comme c'est une injection intramusculaire dans les fesses, ils n'aiment pas trop. Ils se disent que peut être on va arrêter ça, non, ils continuent. Donc le médecin explique un peu tout le processus et comment ça va s'organiser, s'articuler le traitement et que, bien sûr, il faut se dire que toutes les huit semaines, ils viennent, qu'ils vont avoir des prises de sang pour surveiller parce que les traitements par RIV eh bien ils sensibilisent beaucoup les cellules sanguines, des lignées sanguines et que peut être les plaquettes vont baisser, les globules rouges etc. Donc, on surveille de près par un bilan sanguin toutes les quatre semaines, c'est à dire qu'on fait un en quatre semaines en général. Et puis deux semaines avant le prochain traitement, parce que nous, c'est le délai pour pouvoir commander. Donc on explique bien ça aux patients et que surtout, l'importance de ce planning, de cet agenda et qu'il faut le respecter pour nous comme pour eux, pour être dans de bonnes conditions. Voilà, il faut bien sûr que les patients soient sensibilisés dans tous les cas hein.

Yasmine : Oui c'est ça...

MEM : Et Que ce n'est pas un traitement comme ça, pas comme juste un antibiotique.

Yasmine : D'accord.

MEM : Mais en général, Ils ont conscience de ça.

Yasmine : Et est-ce que le médecin aborde aussi le côté radioprotection ?

MEM : Oui, complètement. Oui, ça s'est mis déjà, même en bas du courrier de la consultation. Le côté radioprotection est toujours rappelé en bas que, bien sûr toutes les informations sont données, mais ça il ne faudrait pas débiter une grossesse pour les femmes en âge de procréer. Et que l'on s'assure qu'effectivement qu'il ait une contraception efficace, etc.

Yasmine : D'accord.

MEM : Et également avec leur conjoint, leur famille, les recommandations qu'il y aura à prendre, surtout pour les femmes enceintes, les bébés. Pour leur conjoint, y'a pas forcément trop de précautions euh, ce n'est pas comme les doses d'iode, ce n'est pas comme avec l'iode 131 où ils restent 3 jours en chambre plombée. Donc éventuellement comme les PSMA ou le lutécium, avec ces radioéléments là ils pourraient rentrer chez eux le soir même. Donc ce n'est pas la même recommandation de radioprotection en fonction du radioélément utilisé pour le traitement. Mais effectivement, pour les bébés femmes enceintes on suggère quand même de prendre des précautions.

Yasmine : Et pendant cette consultation, votre rôle à vous ?

MEM : Moi j'écoute. Non parce que j'en ai fait pas mal de consultations parce que pendant trois ans, j'ai été en fait à la recherche clinique. Pareil dans le service et en fait j'ai... je me suis occupé des lutathera à ce moment-là. Les lutathera sont arrivés en fait en routine, donc ça ne relevait plus de la recherche clinique. Donc du coup comme j'ai également rebasculé sur le fonctionnement de la médecine nucléaire sans rester à la recherche clinique, mais à ce moment-là, oui, j'ai assisté à toutes les consultations. Donc j'écoutais beaucoup parce qu'après, en fait, les patients, quelquefois on leur a donné cette information là mais ils ne s'en souviennent pas ou ils n'ont pas compris l'information et ils reposent la question. Et comme j'ai assisté à la consultation, je pouvais les apporter des réponses, je trouve ça très intéressant. Mais c'est vrai à la recherche clinique que je l'ai fait beaucoup. Là, aujourd'hui, on est pris par autre chose donc je ne peux pas être présent à toutes les consultations. Comme là avec ma collègue J, la semaine dernière, c'était compliqué. Mais parce qu'effectivement il y a des informations que le médecin donne et après si le patient n'a pas bien compris il pose une question et Il faut réussir à répondre, ce qui peut être compliqué parce qu'également les patients quand même essayent de poser des questions, quelquefois comme par exemple « est-ce que je vais mourir », mais quand même des questions quelquefois bien cerné. Il faut s'adapter en fait. Pour nous être sur nos gardes et bien savoir répondre et s'aider justement de la consultation de ce qui a été dit.

Yasmine : D'accord. Du coup ici ce n'est pas vraiment une consultation d'accompagnement fait par le manip RIV, mais plus de l'information, de l'explication donnée en consultation par le médecin, pendant lequel vous êtes présent ?

MEM : Oui. Complètement. L'accompagnement après il vient dans le fait qu'on précise qu'on est trois manipulatrices qui allons-nous occuper d'eux, là le jour même de l'injection, ils sont hospitalisés une nuit, donc on va les suivre à leur chambre et on les retrouve le lendemain matin, qu'ils vont avoir une

imagerie et ils rentrent chez eux après. Et surtout, qu'ils n'hésitent pas à nous appeler s'ils ont des questions. S'il survient quelque chose, surtout dans les semaines qui suivent leur hospitalisation du genre le syndrome occlusive, une anémie sévère... on ne sait pas et qu'ils nous préviennent. Ça Ils oublient quelquefois. Donc on n'apprend par hasard qu'ils ont est hospitalisé. Mais justement, pour nous, on a bien compris et c'est ce qu'on essaye de transmettre, qu'on est l'interlocuteur en fait, entre les cures, entre les traitements, même dans la surveillance après, puisqu'on va les suivre pendant un an après le début de la première cure, on poursuit les scanners, un DOTA Toc à un an du premier traitement, les prises de sang qu'on continue, donc, c'est à dire dans les six mois qui suivent le dernier traitement. Donc qu'il ne faut pas qu'ils hésitent à nous contacter s'il y a un souci.

Yasmine : Donc vous les suivez en fait sur ce délai-là, et du coup l'accompagnement rentre un peu dedans dans ce cas-là ?

MEM : Oui, là complètement. Mais ce suivi n'est pas physique, pas en consultation avec nous.

Yasmine : D'accord

MEM : Mais on est joignables et on échange beaucoup beaucoup par mail.

Yasmine : D'accord. Et c'est sur des questions qu'ils ont ? des inquiétudes ?

MEM : Oui, oui. Et après quand ils sont le jour-là présent, c'est vrai qu'il y a de l'écoute dans tous les cas. En revanche l'écoute elle est importante, même quelquefois au téléphone. J'ai des patients qu'on avait déjà traités il y a trois ou quatre ans qui reviennent pour un nouveaux traitement, donc on se connaît bien que ça soit moi ou mes collègue. Mais ils ont quelquefois été plus avec quelqu'un donc, ils nous parlent un petit peu. Parce que le patient, c'est une personne qui a tout son entourage et pour qui eh bien, il faut vivre avec la maladie. Mais bien sûr, la famille veut la préserver. Ils veulent aller voir leurs petits-enfants. Là, j'ai un patient il n'a pas pu aller voir sa famille à Noël quand même. Là, c'était trop difficile, il était trop fatigué au moment de Noël, il a même été hospitalisé avec des transfusions sanguines. Et ça lui a beaucoup coûté parce que là, il m'a dit « Moi, là, maintenant, Noël, je n'ai pas pu le faire avec mes petits-enfants, mes fils sont à Toulouse, mais moi, je suis ici, de toute façon là je vais les voir en février ».

Yasmine : D'accord.

MEM : Voilà, ils nous parlent de leurs familles et tout, c'est pour ça on retient un petit peu au fur et à mesure la vie du patient. Et alors il y a sa femme, il n'y a pas sa femme ou son mari, pas de mari, etc... Et puis on essaie de retenir les noms de leurs enfants et petits-enfants et ils aiment bien, parce que durant l'injection du lutathera, on commence par les acides aminés euh on en est au moins pour 5 h, 6 h, ensemble dans la salle d'injection. Donc on a... on n'est pas qu'avec eux parce qu'on a souvent d'autres injections en même temps. Mais on est bien là quand même et tout le temps, et pour chaque geste que l'on vient, on échange. Si en plus il y un ECG à faire, ça prend un peu de temps, la pose de la voie veineuse, on prend les constantes, donc on échange sur les enfants et petits-enfants, sur tout et n'importe quoi.

Yasmine : C'est vous qui faites l'injection du radioélément ou s'il y a des paramètres à prendre et tout ?

MEM : Oui, c'est nous qui administrons le traitement au patient, on fait l'injection et tout.

Yasmine : C'est intéressant ça

MEM : Oui. Et c'est là qu'en fait aujourd'hui, pour nous les manip's RIV, on a un métier de soins infirmiers

Yasmine : D'accord

MEM : Là, on est autant infirmière que manipulatrice.

Yasmine : D'accord et donc ce type, ce genre de suivi là, comme vous l'avez dit tout à l'heure en fait, ce n'est pas de l'accompagnement en consultation à proprement parlé, mais c'est un suivi dans lequel vous accompagnez le patient en fait. Comment vous décrivez alors ce suivi-là ? quelle définition vous pouvez donner de ce suivi ?

MEM : Que c'est une forme d'accompagnement pour le patient le suivi, et ça a vraiment un côté rassurant. Parce qu'ils se sentent vraiment bien pris en charge, que s'ils ont une interrogation, s'il y a un souci, ils savent qu'ils nous ont, nous, comme interlocuteurs. Que ce soit par mail, par téléphone. Et souvent au dernier traitement, on les entend dire « bon bah c'est la dernière fois, on va plus voir après alors ? » Je dis « ben oui, mais par téléphone si vous avez besoin, par mail aussi, et puis vous savez, on va vous surveiller parce que les lignées sanguines elles sont sensibles. Donc ne vous inquiétez pas, on a les prises de sang encore » ... Mais on sent bien qu'en fait, pour eux, c'est presque comme si on les lâche et ils voudraient rester. Pourtant même si c'est leur oncologue qui reprend la main entre guillemets, parce que souvent il y a des oncologues, soit ils vont faire une consultation à mi traitement, je parle pour les lutathera, et puis après le dernier traitement, ils les revoient ou alors il y en a bien ils les estiment qu'ils laissent le service de médecine nucléaire gérer les quatre doses et qu'ils reverront leurs patients à l'issue des quatre traitements. Pour les PSMA, c'est un peu différent parce que souvent c'est quand même plus agressif les PSMA. Donc en général, ils ont vu leur oncologue après... Les PSMA c'est toutes les six semaines, les injections. Souvent ils les revoient dans les six semaines j'ai l'impression. Ces six injections à six semaines d'intervalle, disons quatre et plus deux éventuellement. Mais souvent, ils les revoient au cours... si ce n'est pas au bout des six semaines, mais au bout de deux traitements. Il y a un suivi plus régulier j'ai l'impression, et je maîtrise un petit peu moins parce que finalement ce sont les médecins chez nous qui gèrent beaucoup plus pour le suivi. En fait ils nous donnent et font les ordonnances, Ils nous disent « ouais, on va le mettre sous tel médicament », donc après nous les manip's RIV le jour même, « c'est ce qu'il y a des ordonnances particulières pour ce patient-là ? Est-ce que tu veux que je lui remette telle ou telle ordonnance ? » Mais eux ils l'ont préparé les ordonnances. Nous, ça va être entre les traitements quelquefois : « Ah ce patient-là, j'aimerais bien recontrôler, est-ce que tu peux m'envoyer l'ordonnance ». On appelle le patient, « est-ce que je peux vous envoyer l'ordonnance par mail ? » Ou dans tous les cas, je l'appelle et je dis ça par courrier pour ce qui n'ont pas de mail. Avant le lutathera

était dans la recherche clinique. Vraiment, ce sont des traitements qui ont commencé sous des protocoles de recherche clinique.

Yasmine : D'accord.

MEM : Ensuite, il y a eu d'autres protocoles en recherche clinique. Parce que selon les attentes de la tumeur neuroendocrine, si elle est au niveau du pancréas, si elle est bronchique, si elle est grêle, ça rentre dans les cases de tel ou tel protocole ou pas. Et c'est quand même avec Netter notamment, que ça peut permettre l'évaluation de l'efficacité de ces traitements là et que, au départ, c'était dans la recherche clinique avec des doses. Il fallait demander à l'ARS, à l'Agence régionale de santé qui donne l'autorisation

Yasmine : D'accord

MEM : Ensuite. Donc ça a été en autorisation temporaire d'utilisation en ATU et ensuite on a été en post ATU. Donc ça prenait encore un meilleur virage là, on avait passé encore un stade supplémentaire qui validait effectivement ces traitements d'analogues de la somatostatine marqueur du lutécium. Et puis après, ça fait maintenant depuis 2019, je crois qu'on est en AMM autorisation de mise sur le marché. Donc c'est comme un autre médicament, comme un antibiotique. On a une AMM pour les lutathera. Donc forcément que ça donne d'autres possibilités. Alors que là pour les PSMA on est en ATU. En tous les cas, et c'est vrai que là ce sont les médecins qui gèrent aussi leurs commandes etc. Mais quand j'étais à la recherche clinique, qu'on traitait déjà les tumeurs neuroendocrines, et bien j'envoyais le bon au fournisseur. Je demandais pour tel patient avec des initiales, la dose pour telle date, etc. J'avais un récépissé et je faisais même les commandes des produits. Aujourd'hui, ça, c'est les radio pharmaciens. Mais on est en collaboration avec les radiopharmaciens, et en fait, on commande vraiment pour le mois d'après en amont. On n'attend pas de savoir si la prise de sang du patient est bonne, pas trop bonne. On sait qu'il faut quinze jours minimum pour commander et avoir la dose. Donc on les commande pour le mois d'après. Mais si huit jours avant, on se dit oula, le bilan sanguin du patient n'est pas bon. A ce moment-là, on peut dire huit jours avant, en fait, on ne veut pas la dose, mais quand on doit la commander, c'est quinze jours avant. Donc maintenant on commande systématiquement. Et c'est la radio pharmacie qui gère aujourd'hui.

Yasmine : OK. Et du coup, quel genre de posture vous adopter ? vous m'avez dit tout à l'heure que vous rentrez un peu dans le cadre infirmier et tout, quel genre de posture en tant que manip vous adoptez dans tout ce processus, dans le suivi... ?

MEM : Ça dépend comment on a intégré sa profession au départ. Pour moi, le côté soignant, le côté infirmier me plaît. Moi, je voulais être infirmière mais je n'ai aucun regret. Je suis très, très contente d'être manipulatrice radio mais j'aime beaucoup les soins. Donc je fais de l'imagerie, je check la technicité des caméras mais en même temps, j'ai ce côté vraiment pratique de soignant qui me plaît,

beaucoup d'empathie avec le patient oui, ça j'ai toujours aimé ça. Moi j'ai toujours aimé, Donc je ne me pose pas la question en fait.

Yasmine : Et Globalement, à combien de consultations vous avez assisté à peu près ?

MEM : ça remonte, depuis au moins quand j'étais en recherche clinique

Yasmine : D'accord

MEM : Sachant que quelques fois, quand j'étais à la recherche clinique, effectivement, quelque fois, j'avais trois patients en lutathera parce qu'à ce moment-là, justement, c'est que le centre de N était un centre référent pour faire les traitements dans le protocole. Et on avait des patients qui pouvaient venir du centre de la France, tout l'ouest, descendre jusqu'à Bordeaux et La Rochelle. Donc parce qu'il n'y avait pas tant que ça de centres qui faisaient les traitements. Quand l'AMM s'est ouverte mais là, forcément, Rennes a pu faire les traitements. Et à Tours et à Angers. Et à Tours et sur la Normandie, Il devrait y en avoir aussi et descendre sur Bordeaux. Mais avant, il n'y avait pas tous ces centres. Peut-être Il y avait Bordeaux déjà. Mais en fait, quand on est dans une étude de recherche clinique, avec une étude de... je dirais de d'évaluer effectivement l'efficacité des traitements, eh bien il y a des centres référents qui ont été décidés parce qu'on répondait aux exigences de l'industriel investigateur. Donc N, avec notre médecin, s'étaient positionné. OK, on avait tous le label qualité pour pouvoir le mettre en place dans le service. Et puis parce que de toute façon, on ne peut pas répondre à tous les protocoles de recherche clinique. Donc nous, on s'était centré sur ça et Rennes en fait d'autres aussi. Donc à ce moment-là, comme il y avait peu de centres en France, bien sûr, il y a toujours Paris et puis il devait y avoir Lyon, Marseille, Lille. Il va y avoir six centres en France. Donc forcément que on concentrait sur N. Et j'avais vraiment des patients qui venaient de toute la Bretagne.

Yasmine : D'accord

MEM : Mais comme il y avait peu de centres, ça concentrait. Puisqu'avant qu'on ne commence les lutathera, L'injection d'analogues avec le lutécium, ça ne se faisait pas en France. Donc on avait déjà des patients qui allaient Aux Pays-Bas, en Hollande pour faire le traitement parce on a toujours de l'imagerie en médecine nucléaire en lien avec ces tumeurs neuroendocrines. Mais aujourd'hui, comme il y a l'AMM, eh bien, tous les centres de médecine nucléaire qui font de la thérapie sont à même éventuellement de donner et bien sûr de demander l'autorisation de manipuler le lutécium.

Yasmine : D'accord. Et pour le patient, mis à part, un appel téléphonique avec lui avant le traitement et la consultation avec le médecin, Combien d'appels téléphoniques ou consultations mettez-vous à disposition pour lui ?

MEM : Alors en général on l'appelle. On aura eu un contact une fois.

Yasmine : ok

MEM : A moins qu'on ait des questions supplémentaires avant encore la consultation. Mais on va l'avoir eu vraiment une fois pour justement voir avec eux, en fonction de leur agenda, quelle date convient pour

faire la consultation avant traitement. Et quand ils ont des questions justement, je n'hésite pas à leur dire, à répondre à des questions simples que je peux répondre. Et puis justement, qu'ils préparent leurs questions pour la consultation médicale. Voilà en général, on les a qu'une fois au téléphone avant.

Yasmine : Donc vous m'avez dit que ça faisait combien de temps que vous faisiez la RIV ?

MEM : La RIV ici on a commencé avec notre équipe toutes les trois. Mais en fait la RIV disons qu'on l'a étiquetée là depuis 2019. Mais on en a toujours fait depuis longtemps donc oui, parce que, en fait, même s'il y a une attachée de recherche clinique au sein du service de médecine nucléaire qui a étoffé son équipe maintenant. Eh bien elle est arrivée en 2011 et elle ne va pas du tout toucher aux radioéléments, elle ne va pas poser les voies veineuse, tout ça. Donc nous on est manip, on fait des injections mais moi je le fais depuis très très longtemps

Yasmine : D'accord

MEM : Et les PSMA On a commencé maintenant Il y à peine un an je pense. Les manip RIV pour les radio embolisation c'est quand même assez restreint. C'est seulement quand ils sont hospitalisés dans nos chambres qu'on s'occupe d'eux également, parce que comme quelque fois ça relève de la gastro et que nos chambres ne sont pas toujours disponibles du coup ils sont hospitalisés en gastro. Donc du coup on ne gère même pas du tout la prise en charge, le bilan sanguin en amont. On les voit juste pour la partie imagerie en tant que manip qui vient faire une imagerie après le J0 par exemple. Eh bien là, ils viennent faire une imagerie pour que le médecin en médecine nucléaire voit effectivement si le bon trajet a été pris, qu'il n'y a pas de champ vers les poumons. Parce qu'il ne s'agit pas de détruire les poumons. Donc à ce moment-là, quinze jours après, ils reviennent, mais dans tous les cas l'imagerie qui sera fait en médecine nucléaire même avec mes collègues manip qui ne font pas du tout de la RIV

Yasmine : D'accord, et vous avez été formé pour faire la RIV ?

MEM : Non. En fait, moi j'en fait depuis très longtemps et ensuite j'ai fait de la recherche clinique pendant 3 ans mais je n'ai pas été formée.

Yasmine : D'accord

MEM : Je me suis formée seule. Je n'ai pas fait de DU ou autre formation concernant la RIV

Yasmine : Mais du coup, c'est par expérience alors ?

MEM : Voilà exactement. Mais c'est plutôt une expérience à l'ancienneté, le fait de travailler depuis longtemps m'a formé pour la RIV

Yasmine : Votre formation initiale, ça vous a aidé dans ce parcours-là ?

MEM : Non.

Yasmine : Vous ne la pensez pas suffisante ou... ?

MEM : Je suis sorti en 95 de l'école donc ça fait 28 ans que je travaille en médecine nucléaire tout le temps. Donc en 95, on parlait de traitement par rapport aux gélules de l'iode, c'est tout. Et quand je suis arrivé dans le service, c'est essentiellement ce qu'on faisait.

Yasmine : D'accord

MEM : Et après on a étoffé un petit peu, déjà ouvert sur la recherche clinique et avec des protocoles où il y avait des injections. Je me souviens d'avoir fait des injections pour les tumeurs médullaires de la thyroïde

Yasmine : D'accord

MEM : On en n'a fait des protocoles, la liste est longue. Mais voilà, donc, avec des injections qui se passaient la journée dans notre service, effectivement, j'aurais même pu savoir s'ils rentraient chez eux après. Donc en fait, c'est au fil de l'eau je dirais, parce que travaillant dedans, baignant dedans, ben ça vient comme ça. Voilà, au niveau matériel, pour l'injection, on en a deux types soit ces des matériels à cassette en main, tubulures avec une cassette. Donc c'est comme une pompe avec cassette. Ou alors on a un appareil vraiment blindé, plombé, on met une seringue de 50 ml dans un gros tunnel plombé où on insère la seringue de 50 ml, on relie avec des tubulures au patient et ça va injecter tout doucement en une demi-heure pour les lutathera.

Yasmine : D'accord

MEM : Donc si on veut injecter plus rapidement, il y a la pompe à cassette. On adapte justement la vitesse à laquelle on va faire les injections.

Yasmine : Dans le cadre du suivi du patient quels sont les compétences indispensables que vous avez développées ou que vous mettez en place ?

MEM : Ça demande beaucoup de concentration. C'est ce que disent mes collègues qui m'ont rejoint. C'est que ce travail de suivi des patients, ça demande vraiment beaucoup de concentration parce que justement on est là : « ah tiens, on a le scanner là, Il faut que l'on voie pour le programmer, ou alors le patient normalement a dû passer son scanner, il faut qu'on aille récupérer le compte rendu » puisqu'ils ne les passent pas tous du CHU, Ils ne sont pas tous du CH, donc tiens, on n'a pas reçu aussi quelquefois le bilan, c'est bizarre, faut qu'on appelle le labo. Donc c'est comme ça qu'on peut savoir si le patient va bien ou pas bien même quand ils sont en cours de traitement, c'est qu'on n'a pas eu le bilan à un mois. Pourquoi ? parce qu'effectivement le patient a été hospitalisé mais comme ils ne nous appellent pas, c'est en appelant le labo, parce qu'on ne commence pas par appeler forcément le patient. Mais ça demande justement beaucoup de réflexion, de savoir comment agir, comment récupérer les informations. On ne va pas forcément aller toujours direct au patient. Et il y a une fois notamment justement, on attendait, je pense, des résultats pour une patiente. Et le médecin bah oui c'est bizarre ça. J'ai dit ok je vais l'appeler, je suis tombé sur son mari. La patiente était décédée il y avait déjà un mois. Et on n'avait pas été avertis. Donc on peut avoir des situations un peu dramatiques. Mais sa demande, dans tous les cas vraiment

beaucoup de concentration. Du coup, on est trois, donc forcément de transmettre les informations, d'avoir des supports pour pouvoir toutes les trois travailler. Donc on a un tableau Excel sur lequel on rentre tous les patients qui sont justement en traitement et les patients qui ont fini. Quand en amont, on a toutes les informations à recueillir, c'est ce qu'on appelle le Baseline, dans le Baseline donc on va avoir toute l'imagerie antérieure, de voir à quelle date il a tel examen avant de commencer, à quelle date il a son scanner, à quelle date est la consultation, est ce qu'on a un bilan récent, et normalement, comme je le disais aussi, c'est que faut pas croire que les patients, ils arrivent chez nous et on va faire le traitement. C'est décidé en réunion pluridisciplinaire.

Yasmine : Et vous entre vous et le patient, quel genre de relation vous mettez en place pour l'intégrer en fait dans ce processus-là ?

MEM : Eh bien Toujours un peu pareil, c'est à dire de les mettre à l'aise, qu'on est vraiment là s'ils ont besoin à tout moment. Bien sûr, on n'est pas là le week-end, on n'est pas là la nuit, mais que sinon, ils n'hésitent pas à nous contacter et nous tenir informés, surtout si jamais ils ne vont pas bien, que bien sûr, ce n'est pas nous qui allons faire une consultation téléphonique comme ça s'est produit il y a quelque temps : un patient qui n'allait pas très bien et c'est plutôt sa femme qui s'est inquiétée et sa fille. Et j'ai dit nous à distance, c'est d'aller voir votre médecin traitant. Voilà, ça peut être ça, mais au moins il y a le conseil. Donc c'est ce qu'on leur dit. Surtout de ne pas hésiter à nous appeler. Mais ils ne sont pas non plus à nous appeler de manière euh... quelques-uns vont être plus demandeurs que d'autres, mais en général, non, ils savent aussi qu'on est là s'ils ont besoin dans tous les cas. Et c'est vrai qu'ils comprennent très vite et justement ce qui fait que quand on est au dernier traitement, pour eux de se dire que bah ils vont être lâcher... pas livrés à eux-mêmes parce que l'oncologue qui les suit déjà est là, mais parce que c'était finalement ils sont habitués à nous en fait, puisque dès le départ on les prend par la main, on les maternelle.

Yasmine : Je vois

MEM : Bah oui, parce que voilà : ce bilan-là, on met les date à laquelle il faut les faire, votre scanner, j'ai pris le rendez-vous. Donc il y a telle date ou tel... On vous fait tout.

Yasmine : Vous occuper d'eux, de tout...

MEM : De tout. Et c'est vrai que... je pense justement que s'occuper de tout pour eux, c'est ça le principe un petit peu pour être sûr de ne pas passer à côté aussi d'évènements importants. Mais du coup, ils sont un peu maternés, bien pris en main et ça leur fait drôle quand le traitement se finit, et un peu de...pas de l'inquiétude en tous cas mais... ils apprécient beaucoup.

Yasmine : Et dans ce contexte-là, de les materner. Quel genre de communication vous adoptez avec eux ?

MEM : Après euh, on n'a pas forcément une façon d'échanger avec eux. Sinon, comme on se revoit, on est amené à se revoir ou au téléphone. Il s'instaure forcément une communication particulière. Je veux

dire que quand un patient vient pour une scintigraphie osseuse, on va faire l'injection même si c'est nous qui, encore faisons l'imagerie l'après-midi et après c'est terminé, on le revoit plus. Mais là en RIV, On les revoit quand même donc il s'instaure forcément une relation ou une amitié, c'est un grand mot, mais avec certains patients, oui.

Yasmine : Amitié, confiance... ?

MEM : Oui, oui dans tous les cas. Mais après, ça reste professionnel, je veux dire voilà, il ne faut pas non plus euh... il faut rester dans des limites aussi pour qu'on ne se fasse pas envahir, pour nous, nous protéger.

Yasmine : psychologiquement ?

MEM : Oui, c'est ça. À nous de mettre une barrière ou dans tous les cas, ne pas nous nous engouffrer pour les aider. Et pas dans tout, parce ce que ça peut être dangereux pour nous

Yasmine : D'accord. Donc Conseil, Communication, en étant toujours dans la posture professionnelle ?

MEM : Oui voilà

Yasmine : Et les éduquer un peu aussi dans ce parcours de soins ?

MEM : Oui, quelquefois oui. Pour certains qui ont tendance à oublier les prises de sang etc., ça arrive ça mais moins aujourd'hui, c'est vrai. Mais combien de fois il y en a je rappelais. Oui Je parle vraiment de mon vécu aussi quand j'étais la recherche clinique. Parce que c'est vrai que là, quelquefois, combien de fois je rappelais, je commençais toujours par le laboratoire et le labo me disait bah non le bilan remonte à telle les dates. OK, donc il n'est pas allé faire son bilan : « allo monsieur, alors je crois que vous deviez avoir un bilan à faire, peut-être vous l'avez prévu ? » parce qu'il ne faut pas être trop agressif ou trop vexer les gens, donc toujours beaucoup de diplomatie. Mais il y en a vraiment qui n'étaient pas très soucieux donc ça, ça ne va pas quoi. Ou quelquefois on appelait souvent pour confirmer qu'on allait pouvoir faire le traitement, donc on n'oubliait surtout pas de demander : « l'injection de somatuline, vous l'avez fait quand ? » Et s'il nous dit huit jours avant bah non on avait dit on fait le traitement. « Donc là on ne peut pas, il va falloir décaler de quatre semaines » Ah bon ? Bref, pour ces patients-là, il est important qu'ils aient bien compris quand même des choses comme il faut

Yasmine : Et par exemple pour le lutathera, quand êtes avec eux en chambre plombé, comment communiquez-vous avec le patient ?

MEM : Oui, c'est là, on va échanger sur la famille, sur un peu leurs centres d'intérêts. Si j'ai une patiente qui est très bonne cuisinière, là il y en a un ils adorent les bouquins, donc je lui parle littérature c'est un grand mot, mais je peux parler de tous les sujets.

Yasmine : Oui ?

MEM : Les sujets, si je ne les maîtrise pas, Je ne vais pas aller bien loin. Mais ça peut être voilà sur les lectures... Parce que Souvent, ils ont leur livre avec eux donc... « ah alors je l'ai lu, il est vraiment bien

celui-là » ou alors « Vous connaissez ? » Je dis non je ne connais pas, il me dit « ah oui ? » Je dis « attendez je vais noter, Moi aussi je m'informe, je prends note comme ça, je le lirai ».

Etudiant : Ça leur plaît quand vous vous investissez comme ça ?

MEM : Oui oui. On ne parle pas de la maladie.

Yasmine : D'accord

MEM : En général, ça peut venir un petit peu dans le sujet. Mais comme le médecin le voit le jour même où on fait le traitement, donc là, je peux être présente donc je vais entendre un petit peu ce qui se dit et comment il va depuis la dernière fois, etc. Du coup je ne leur pose pas la question. Mais sinon, si c'est moi qui les vois en premier, je leur dis alors « comment ça va depuis la dernière fois ? Est-ce que ça a été dans les jours qui ont suivi la semaine ? » Genre les lutathera c'est surtout cinq, six jours après l'injection qu'ils commencent à abaisser le niveau un petit peu. Puis ce n'est pas à chaque fois, ça aussi je l'ai constaté. Donc je leur conseille un peu en fonction de ce que m'ont dit les patients précédemment, parce que maintenant, je dirais que j'ai quand même vu plus d'une soixantaine de patients pour ces traitement-là.

Yasmine : D'accord...

MEM : On en a des dossiers. Donc du coup, comme j'avais toujours l'habitude de demander comment ça va et tout ça, j'ai remarqué quelquefois et certains patients me le disaient : « tu sais F, à la fin du premier traitement ça allait, là le deuxième, j'étais vraiment très fatigué, mais je pouvais même plus bientôt m'habiller, prendre ma douche, ça me coûtait terriblement ». Et là, au troisième traitement pas comme au deuxième, ça allait bien. Donc ça varie vraiment d'une fois à l'autre, donc quand on a un patient qui nous dit « bah au premier traitement, ça allait et puis là, au deuxième, très fatigué ». Je dis écouter, Au vu d'autres patients, effectivement, ça peut survenir au cours du traitement mais ça ira à la fin de la troisième injection.

Yasmine : Je comprends. Et de quelle façon vous instaurez la confiance auprès du patient ?

MEM : Eh bien, la confiance auprès du patient ça vient vraiment naturellement. Il y a des patients qui sont fermés également. Donc effectivement, avec eux, eh bien, on va se contenter de faire les gestes techniques. On ne va pas... enfin moi, je ne vais pas m'immiscer si je sens que le patient n'a pas forcément envie de s'exprimer, de parler, forcément pas de la maladie, mais même autrement. On a des patients, plus d'une soixantaine de patients et c'est vrai qu'on a toutes les situations. J'ai aussi des patients qui étaient dans le déni complet. Alors là, c'était très compliqué parce que bah oui, « vous avez bien fait les prises de sang ? », mais elle ne voulait pas. Elle voulait continuer de travailler. Donc elle a continué son activité donc son employeur ne savait pas qu'elle était malade. C'était quand même compliqué parce qu'il fallait organiser le scanner, il fallait organiser des pansements pour les traitements et là il fallait qu'elle soit avec nous deux ou trois jours parce qu'elle arrivait la veille, le jour même de l'injection et le lendemain, l'imagerie. C'était très compliqué, hein. Et elle était un peu dans le déni. Mais après moi je

dis c'est en fonction de chacun des patients, de ceux qui ont envie de parler, de savoir un petit peu. Du coup, avec l'expérience des autres patients qui se sont exprimés avant, eh bien c'est comme ça que, entre guillemets, je rassure de ce que je sais. C'est pareil aussi je me cantonne à ce que je sais. S'il y a une question qui vient de leur part et que je ne sais pas répondre, je vais écouter, on va demander au médecin ou vous demanderez au médecin ou je vais demander et je lui dis de venir vous voir, ou je lui demande et je vous donne la réponse. Parce qu'on n'est pas médecin, on a des limites.

Yasmine : Et je justement en continuant dans ce sens-là, comment vous gérez l'appréhension ou le stress d'un patient ?

MEM : En les rassurant, en leur disant que c'est vrai qu'on fait ces traitements là depuis déjà toute une période, que le médecin qu'ils ont vu est vraiment... Ils le savent qu'il est très compétent parce que l'oncologue l'a adressé à ce médecin là en disant bien que c'est un spécialiste, qu'on a quand même une certaine expérience, une certaine habitude. Et je pense que dans notre manière d'être, on arrive finalement, j'ai l'impression, à rassurer rapidement les patients.

Yasmine : D'accord

MEM : On ne va pas les mentir, mais ça vient assez vite je trouve, parce que justement on les maternelle aussi. On est là. Je sais qu'il y a un patient avec lui c'est « ah avec vous madame F quand vous nous dites, on reçoit tout de suite le mail », ça ne prend pas trois quatre jours, moi c'est immédiatement, je les appels OK, on convient, je vous envoie par mail, j'envoie ça. Je leur dis bah si vous n'êtes pas là aujourd'hui alors demain. En général j'essaie d'être très rapides, même quand ils m'appellent ou qu'ils m'envoient un mail, on répond, de toute façon on est trois. Donc je crois que tout ça c'est rassurant pour eux, et aussi dans le fait de notre attitude de travail à être à l'écoute justement et de répondre rapidement. C'est ça qui fait qu'ils sont en général rassurés on peut dire. Et même avec le Médecin, ce n'est pas qu'avec nous les manip.

Puis clairement, c'est le médecin référent qui est en consultation pendant 1 h avec eux. Là, il va les parler, les expliquer. Ça les met déjà aussi complètement en confiance. Il est vraiment à l'écoute et explique très bien de manière... comme un prof, avec les mots qu'il faut pour les patients, pour qu'il comprenne. Il n'est pas juste dans les sphères.

Yasmine : Un auteur Lhotellier illustre la compétence communicationnelle comme étant à la fois relation et information. Qu'en pensez-vous ? Pensez-vous qu'elle soit la plus importante dans une relation avec le patient traité en RIV ?

MEM : Dans la relation avec le patient ? d'avoir cette relation là avec le patient ?

Yasmine : Oui, C'est cette compétence-là, à la fois que le patient... Il est intégré ce que vous lui avez dit, qu'il est compris, dans démarche d'information, relation et confiance... ?

MEM : Oui, c'est vrai que... Je dirais que 50 % du traitement et le fait qu'ils aient confiance, qu'ils aient compris l'intérêt font qu'ils vont faire les prises de sang, font qu'ils vont venir avec le jour-J du traitement

et pas dire je reste chez moi, j'ai une petite baisse tension, parce qu'ils savent l'importance du traitement et tout ce qui est mis en place pour eux, pour qu'on les fasse ses traitements. Donc... Mais c'est vrai que le fait de leur avoir bien expliqué... Et c'est pour ça aussi que le médecin pour les lutathera tient à les voir en consultation parce qu'ils estiment que si on veut bien traiter le patient et qu'ils viennent, qu'ils respectent quand on va dire il faut faire un scanner, il faut faire la prise de sang c'est très important, il faut bien faire les injections de somatuline, respecter les consignes. Eh bien **si effectivement ils ont compris toute l'information, on est sûr qu'on va pouvoir faire le bon traitement** quoi

Yasmine : D'accord

MEM : Et c'est là, que quand on a des patients dans le déni, ça peut être plus compliqué.

Yasmine : Ok. Et pour vous, donc vous m'avez dit tout à l'heure que c'est par vos expériences, donc vos compétences, que ce soit relationnelle, communicationnelle, elles résultent de la formation ou de vos expériences et de votre personnalité ?

MEM : Moi, j'ai choisi un métier...parce qu'enfin, j'ai toujours ressenti...enfin par exemple quand j'étais étudiante, j'adorais les stages avec les patients. Et aussi ce qui ressortait et ressort toujours de ma personnalité. Donc **moi j'ai beaucoup d'empathie pour les patients** et c'est vrai que le côté relationnel avec le patient, c'était le sujet de mon mémoire d'ailleurs (rire) : relation manipulateur- patient, c'était le sujet de mon mémoire et pour moi la boucle est bouclée, parce ce que c'était ce pourquoi j'avais choisi la profession. Et du coup c'était mon sujet de mémoire. Donc forcément, **je trouve que du coup, en associant le métier manipulatrice avec aujourd'hui ce côté dans des traitements thérapeutiques où on a un suivi des patients, c'est génial parce qu'on suit les patients, donc on établit vraiment une relation importante. Et on sait que les patients ils sont reconnaissants aussi. On en a des gestes de la part des patients, des témoignages et on est heureux, moi je suis heureuse.**

Yasmine : On retrouve dans la compétence communicationnelle et relationnelle : l'accueil, la convivialité, l'écoute active, l'empathie, la communication verbale et non verbale, Mettez-vous en œuvre, de façon approprié et intègre tous ces éléments auprès du patient traité par RIV, que ça soit en consultation d'accompagnement ou en dehors ?

MEM : **Naturellement, naturellement, je ne réfléchis plus, ça vient comme ça,** et comme je l'ai dit **je suis une personne avec beaucoup d'empathie**

Yasmine : Et vous les mobilisez très souvent ou dépendamment du patient et de sa situation ?

MEM : **Inconsciemment, ça vient, on ne s'en rend plus compte, mais on s'adapte toujours et toujours, les gens sont différents et leurs situations aussi**

Yasmine : D'accord. Donc juste une dernière question. Quelle est pour vous la compétence essentiel à solliciter par le professionnel manip auprès du patient traité par RIV ?

MEM : Auprès du patient ?

Yasmine : Oui

MEM : Après, c'est vrai que d'avoir pris en charge des patients et de les connaître un peu au départ...de connaître un peu la pathologie, aussi, de bien avoir les connaissances un peu aussi du type de traitement du fait de la maladie, je dirai que il n'y pas vraiment une compétence essentiel mais un ensemble de chose, de savoir, de connaissance, de ressources, de compétences quel soit technique, relationnel, communication voilà...Mais la compétence essentielle à solliciter je ne sais pas, vraiment pas, désolé (rire)

Yasmine : D'accord. C'est terminé pour moi. Je suis contente de vous avoir rencontré. Merci beaucoup pour ce temps que vous m'avez accordé et pour tous ces éléments que vous m'avez apportés

MEM : Pas de quoi. C'est vrai que manip RIV.... eh bien moi je des collègues, clairement elles n'aiment pas faire cette partie-là la RIV, parce que justement c'est du soin et elles n'aime pas ce côté-là. Elles n'aiment pas le côté infirmier. Elles, elles ont choisi Manip Radio pour la technicité avec les machines. Alors que la RIV ça relie vraiment deux choses technicité et relation à long terme on va dire avec le patient, surtout ce côté soin, et c'est vraiment un plus dans le métier de manip radio. Ce qui est différent d'un examen de base de quelque minutes, ici en RIV on prend vraiment le temps.

Yasmine : Et sinon, vos collègues, c'est vous qui les aviez formés ?

MEM : Eh bien, au départ, quand j'étais à la recherche clinique, je faisais tous les injections de lutathera et justement, à un moment donné c'est venu dans le courant. Donc oui, j'ai formé toutes mes collègues.

Yasmine : En interne donc ? Il n'y a pas eu d'autres formation ?

MEM : Oui en interne, il n'y pas eu d'autre formation. En interne, elles observent, voient comment faire, je les montre et voilà, elles mettent en pratique. Si elles ont des questions je suis là, j'explique. Après j'ai essayé de faire une formation plus en relation pour les patients en fin de vie, donc faire une formation avec les infirmières comme la formation continue, ce qui est proposées pour avoir des éléments pour justement garder une certaine distance, pour ne pas être détruit parce que le patient il vient de décéder

Yasmine : Cette formation là, ça vous a aidé dans votre pratique pour la RIV ?

MEM : Ça permet de s'exprimer, d'en parler, de voir un peu comment les autres personnes aussi elles vont... Mais après, j'avais déjà essayé par moi-même parce que dans les scintigraphie, on fait des scintigraphie pour des enfants qui ont des neuroblastome Et là apparaissent des tumeurs rares, du coup, il y a des enfants à qui on découvre la tumeur pour la première fois et ils ont trois mois ou alors deux ans et après, on les voit tous les trois mois. Et puis il y a un certain moment, ils sont plus là aujourd'hui et la famille est là en tout cas les parents, et du coup, on crée un lien avec les parents. Donc j'ai essayé maintenant de mettre une barrière de soignant. Maintenant, quand je pars de l'hôpital ça reste à l'hôpital et quand je rentre chez moi j'essaie de ne plus y penser personnellement

Entretien 3

Yasmine : Bonjour, je m'appelle Yasmine AMADOU, je suis étudiante manipulatrice en électroradiologie médicale, en troisième année à l'institut de formation des manipulateurs en électroradiologie de Rennes (IFMEM Rennes). Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, j'effectue un mémoire sur la consultation d'accompagnement en radiothérapie interne vectorisée en médecine nucléaire.

L'anonymat de votre identité et de votre lieu de travail sera respecté. L'usage de vos réponses au cours de cet entretien est exclusivement réservé à l'exercice de mon travail de fin d'étude. Il n'y a pas d'obligation à répondre à toutes les questions, ni de bonne ou de mauvaise réponse attendue, juste votre avis/vécu sur le thème de la recherche. Si vous le permettez, cet entretien sera enregistré et retranscrit, et fera l'objet d'une analyse dans le respect de votre anonymat.

Je vous remercie du temps que vous m'accordez pour réaliser cet entretien. Donc, pour commencer, comment se passe la radiothérapie interne vectorisée dans votre service ?

MEM : Donc En fait, les patients qui nous sont adressés, euh...c'est le médecin, en fait, l'oncologue qui le suit, qui peut décider de proposer le traitement par radiothérapie interne vectorisée, soit parce que les traitements précédents n'apportent plus l'effet escompté ou parce que du coup, c'est plus efficace suffisamment, ou alors ça ne marche pas suffisamment. Et du coup, on peut être amené à proposer le traitement par RIV. Donc à ce moment-là, il va voir le médecin nucléaire en consultation. Alors d'abord, le médecin nucléaire va programmer des examens pour être sûr que ce patient-là, il sera éligible à avoir un traitement par la RIV, parce qu'on fait des lutathera pour les tumeurs neuroendocrines et on fait aussi des traitements du cancer de la prostate. Et donc, pour pouvoir envisager ce traitement, on doit être sûr qu'on a bien les récepteurs qu'il faut. Donc déjà, il faut procéder à différents examens. Ensuite, une fois qu'on a validé que le traitement pouvait se faire, le médecin nucléaire va voir le patient pour lui expliquer, en gros bah le déroulé, comment ça va se passer, quel est l'effet attendu, et suite à la consultation médicale, nous, là, les manipulateurs de RIV, on intervient, on va faire la consultation paramédicale et là nous serons plus terre à terre. En fait, on est là pour déjà un petit peu dédramatiser la situation, pour leur expliquer vraiment le déroulement du séjour, le déroulement du traitement, leur expliquer toutes les règles de radioprotection qu'ils vont devoir suivre une fois qu'ils auront eu le traitement. Et puis, on leur explique aussi pourquoi on va les mettre en chambre plombée pendant quelques jours, pour qu'ils aient vraiment connaissance de tout ce qui les attend. Mais ça déjà, ça enlève une angoisse, un stress, une appréhension et quelque part, ça les rassure de savoir que c'est un des trois manipulateurs qu'ils connaissent, là qui les voit en consultation, qui va faire peut-être le premier traitement qui va les revoir plusieurs fois. Donc il ne va pas trop changer au niveau des visages. Donc ça, c'est rassurant aussi parce qu'en général, il y a au moins quatre cures et quelque fois ça va jusqu'à six cures pour ces deux traitements là, parce qu'on a un autre traitement pour le cancer thyroïdien où là, c'est

une prise de gélules. Donc voilà, Donc, c'est... nous, on fait la première consultation paramédicale en présentiel, on administre le traitement dans le service de soins, dans les chambres plombées et ensuite entre chaque cure en fait, on fait un appel, une consultation téléphonique dix jours avant le traitement pour être sûr que l'état du patient permet de faire la cure suivante parce que le produit coûte cher. Et puis il faut être sûr que le patient va pouvoir le supporter, donc il faut qu'on cadre un petit peu les choses, donc euh il y a des consultations avec les oncologues bien sûr, et les médecins nucléaires aussi. Et nous, bah on fait notre consultation téléphonique dix jours avant chaque cure. Et comme ça, on répète toujours les mêmes questions, il retombe toujours sur un des trois et ainsi de suite jusqu'à la fin de la cure... des cures. Voilà en gros notre rôle.

Yasmine : Ils vous connaissent un peu comme ça tout au long en fait ?

MEM : Oui, comme ça, nous, on les connaît aussi. Dès fois, ça tombe sur le même manip RIV, le hasard fait parce que comme on est trois, on tourne tous les trois semaines. Et dès fois, le hasard fait que tu vas tomber sur ton patient et à chaque cure. Et là, il y a un monsieur moi pour les PSMA, sur six cures qu'il a eues, j'ai dû en faire quatre sur les six quoi, il dit « Oh Je suis content que ça soit vous », donc ils sont contents de nous revoir, même s'ils sont dans un parcours qui n'est pas forcément évident. Mais comme quoi il y a un lien quand même qui se crée et qui facilite un peu les choses. Ça enlève un stress, je pense aux patients.

Yasmine : Donc vous pratiquez la consultation d'accompagnement pour la RIV ?

MEM : Oui oui, de toute façon euh il n'y a que les manip RIV qui vont de la consultation d'accompagnement, pas autrement

Yasmine : Et depuis combien de temps vous pratiquez la consultation d'accompagnement ?

MEM : Alors pour la RIV, pour les traitements lutécium là, on a commencé ça que l'été dernier. Donc les consultations on les a commencés un tout petit peu avant. Mais par contre pour les cancers thyroïdiens. Moi je faisais déjà les consultations quand les médecins donnaient les gélules. Donc là, ça fait plusieurs années pour le cancer thyroïdien

Yasmine : Et est-elle toujours systématique la consultation d'accompagnement pour le patient ?

MEM : Pour les gélules d'iode, oui elle est systématique. En fait, souvent ils ont au moins un traitement. Et si le traitement n'est pas suffisant pour éradiquer les cellules thyroïdiennes restantes, là, on peut leur proposer un autre traitement au moins six mois après. Donc dès fois, il y en a qui sont à leur troisième traitement, voire quatrième traitement. Et donc bon, ça ce n'est pas très courant, mais systématiquement, avant la prise de gélules, on les voit aussi pour leur expliquer, parce que c'est eux qui restent le plus longtemps finalement dans les chambres plombées, ils restent trois jours ici. Donc on leur explique que dès fois ils ont un traitement... comment dire un traitement à faire avant, par exemple des injections dans les cuisses pour stimuler les cellules thyroïdiennes. Ou bien un sevrage s'ils ont déjà eu le traitement précédemment. Donc nous, on est là pour leur réexpliquer toutes les étapes du traitement et puis vérifier

que ça a bien été mis en œuvre. Et puis, le jour du traitement, ils viennent encore nous revoir en consultation. On fait un check List pour être sûrs que toutes les consignes ont bien été respectées. On prévient le médecin qui va donner le feu vert. On fait le bilan sanguin aussi nous même pour gagner du temps. Et après on les envoie en service de soins et on... une fois que tout a validé par le médecin. On récupère notre gélule et on va leur donner dans le bâtiment de soins en début d'après-midi ou le 12 h.

Yasmine : D'accord. Et donc comment préparez-vous la consultation d'accompagnement en amont avant d'accueillir le patient ?

MEM : Nous, on en fait, on essaye de...on a un logiciel qui recense en fait toutes les consultations, les comptes rendus de consultations, que ça soit par l'oncologue, le médecin nucléaire, la diététicienne, le chirurgien. Tu peux avoir toutes les informations que tu veux. Moi, je fais personnellement, mais je pense que mes collègues font pareil. Quand on a un nouveau patient ou un ancien patient, on relit un peu son historique pour se remettre un peu les choses en place. Et comme ça, on connaît le dossier parce que quelquefois il y a une pathologie à un endroit donné. Mais il peut y avoir d'autres choses ailleurs. C'est bien qu'on le sache aussi. Parce qu'on va quand même échanger beaucoup avec le patient pendant les consultations et pendant les traitements. Donc en fait, nous euh moi je sais que j'aime bien aller lire les dossiers de façon profonde pour bien m'imprégner de tout son passif, en fait. Voilà. Et après, nous, on a des supports. On a des PowerPoint pour chaque type de pathologie et ça nous... on n'est pas obligé de s'arrêter sur toutes les diapos. Mais c'est un fil conducteur pour être sûr qu'on n'oublie pas d'informations importantes. Donc voilà, on essaie de suivre ça.

Yasmine : Et pour vous, quel est le point visé, le but en fait de cette consultation d'accompagnement en RIV dans le parcours du patient ?

MEM : Le but, c'est qu'on réponde à toutes les questions qu'il pourrait se poser. Dès fois, il y a des gens qui arrivent déjà à la consultation médicale avec des questions en tête parce qu'ils ont reçu un petit livret d'information, un passeport, on appelle ça, qui explique déjà ce qui va se passer. Comme ça ils ont lu tranquillement chez eux déjà le déroulé du traitement. Ils se posent déjà des questions, ils s'interrogent déjà sur plusieurs choses, donc ils arrivent avec leurs questions. Donc nous, on est là pour répondre à leurs questions et on est là pour leur apporter des informations auxquelles ils n'ont pas pensé, par exemple les règles de radioprotection, ils n'y pensent pas forcément beaucoup. Euh toutes les choses à faire en amont, bah ils, ne peuvent pas les connaître puisque tant que tu n'as pas été touché, tu ne veux pas savoir, nous même, on ne les connaissait pas avant. Donc on est vraiment là pour leur donner un maximum d'informations de façon à ce qu'ils sachent vraiment à quoi s'attendre et qu'ils soient plus confiants et plus rassurés en fait. Et donc, à chaque consultation, comme les patients sont différents, eh bien, on va devoir s'adapter aussi à la personnalité de la personne qu'on a en face de nous. On va rentrer plus ou moins dans les détails si on voit que la personne, elle, n'est pas apte entre guillemets, à tout comprendre, c'est à nous de prendre du recul à un moment donné et se dire bon, ça, ce n'est pas la peine que je lui en parle parce que ça va être trop compliqué. Même si je ne lui explique pas, ça ne va pas ça

ne va pas pénaliser le patient parce que ça n'aura pas d'impact sur sa prise en charge, mais ça va peut-être lui enlever un stress. Le fait de lui donner cette information-là, je vais peut-être le stresser plus que je ne vais l'aider. Donc c'est à nous de voir un peu dans quelle position on se met à rapport à ça mais au global, ce qu'on veut, c'est rassurer le patient et être complètement transparent par rapport à ce qui va se passer.

Yasmine : Et pouvez-vous décrire de façon succincte les étapes de cette consultation ?

MEM : Alors justement, le PowerPoint, on l'a fait dans un certain ordre. Mais effectivement, quelquefois, ce n'est pas du tout l'ordre là, qu'on va prendre. Parce que tu sais, on doit aussi donner un livret qui explique par exemple toutes les pathologies de la thyroïde par exemple, qui explique toutes les pathologies liées à la thyroïde. Et puis une carte d'alerte où on note qu'il ne faut pas faire d'injection de produit de contraste, qu'il ne faut pas manger de fruits de mer, des choses comme ça. Et au moment où on leur donne ça en début de consultation et tout de suite, il y en a qui commencent à te poser des questions que tu dois aborder au cours de ton PowerPoint, de ta consultation, mais dès fois bah tu fais tout à l'envers. A un moment donné il te pose une question, tu lui dis bah non votre question je la reprendrai dans un quart d'heure. Donc bah moi je fais au feeling en fonction de ce que le patient me dit. Et après le PowerPoint il peut te servir à vérifier que tu n'as pas oublié un point. Parce que vu que tu fais un peu les choses de façon décousue, à un moment donné du coup, bah comme tu ne suis pas le déroulé normal de la présentation, tu peux très bien zapper quelque chose. Donc nous on regarde vaguement comme ça pour être sûr qu'on n'a rien oublié. Mais sinon, le déroulé qu'on avait fait sur le PowerPoint c'était un déroulé logique, on expliquait qui on était, pourquoi on faisait la consultation. Après, on leur explique le fonctionnement un peu du traitement, que ça soit pour le lutathera ou pour autre chose. On leur explique ce qu'il faut faire avant le traitement. Après, on leur explique le séjour en chambre plombée, les contraintes qu'il y aura là-bas et après le balayage de scintigraphie. Donc tu vois c'est vraiment dans l'ordre chronologique, mais quelquefois bah on ne peut pas le suivre.

Yasmine : Et mise à part l'explication du traitement en soi. Quels autres sujets abordez-vous avec le patient pendant la consultation d'accompagnement ?

MEM : Alors maintenant, pour le cancer thyroïdien, on a mis en place un... ce qu'on appelle une éducation thérapeutique du patient. Et donc au moment de la convocation, on leur met une feuille d'information et on leur dit justement qu'on va leur proposer de participer à un programme d'éducation thérapeutique du patient. Mais ça, c'est supervisé par l'ARS, un petit peu et du coup, il faut qu'ils donnent leur consentement. En fait, nous, ça va nous permettre d'être rémunérés pour justement le temps qu'on passe à faire ses consultations et les traitements parce que là on monopolise des manipulateurs mais on n'est pas... ils ne sont pas rémunérés pour ça. Le fait d'avoir mis ce programme d'éducation thérapeutique, ça va permettre peut-être de financer une partie de cette prise en charge. Et du coup, au début de la consultation, la première chose qu'on doit faire dans les nouveaux patients, c'est que pour les nouveaux patients, c'est leur demander est ce qu'ils sont d'accord de rentrer dans le programme

d'éducation thérapeutique du patient. Parce que s'ils rentrent dans le programme, tu as des papiers à remplir, à imprimer en direct au moment où ils disent oui. Et du coup, là, ça modifie un petit peu le... comment dire le déroulé de la consultation. Et moi, je sais qu'il y a des choses qui me perturbent un peu parce qu'il y a notamment une feuille à remplir au départ. Et je trouve qu'elle est hyper violente pour le patient. Il faut qu'il dise le mot cancer par exemple. Est-ce que vous pouvez dire quel est votre pathologie ? Et il faut qu'il dise le mot cancer et les personnes qui n'ont pas accepté cette maladie-là bah elles peuvent se mettre à pleurer. Et moi, ça m'ait arrivé plusieurs fois, qu'ils s'écroulent, ils se mettent à pleurer et tout ça. Et du coup, pour répondre à ta question, oui le contenu de la consultation, il est un peu conditionné au fait que oui ou non ils vont participer à ce programme d'éducation thérapeutique. Auquel cas moi, je change l'ordre de ma présentation.

Yasmine : C'est juste l'ordre qui change ou...

MEM : L'ordre. Parce que le contenu, c'est ce qu'on leur dit : même si vous n'acceptez pas de participer au programme, votre prise en charge ne sera pas modifiée. Donc en fait, on donnera le même type d'information, mais pas forcément dans le même ordre et pas forcément avec les mêmes papiers. Parce que là, il y a le côté officiel qui arrive. Qui doit...moi dès fois, je trouve que c'est un questionnaire un peu violent mais bon.

Yasmine : Mais du coup vous êtes formé à l'ETP ?

MEM : Alors du coup, on peut faire quand même des consultations sans être formé encore à l'ETP. Moi avant de faire des consultations thyroïde je n'avais pas eu de formation spécifique. J'avais été avec M qui, elle, faisait déjà les consulte. J'ai vu comment elle faisait, après, tu te renseigne un peu pour te faire un petit peu ta propre méthode pour personnaliser en fait la consultation. Et ensuite, par contre dès qu'il y a un programme d'éducation thérapeutique qui est mis en place. Là tu es obligée d'avoir une formation d'au moins 40 heures ou un DU en fait. Et du coup, moi j'ai eu la formation de 40 heures, I aussi, M elle, elle avait fait son DU avant de mettre en place les consultations et J, il va la commencer bientôt. Là, c'est obligatoire. L'ARS demande à ce que les personnes qui font ça aient eu la formation, et là on te forme en te disant que la priorité, c'est le patient. Parce que l'éducation thérapeutique, on dit que ce n'est pas un acte de soins, c'est vraiment la prise en charge de la personne en parallèle du soin. Et du coup, tu dois intégrer toutes ces problématiques à elle pour être sûr que...bah nous c'est ponctuel puisque c'est pour le traitement à l'iode là, mais n'empêche que tout ce qu'on leur explique pendant à la consultation, on peut résumer ça à des ateliers aussi et à la fin de la consultation, on va vérifier que tous les ateliers sont acquis. Et tout ça, c'est rempli par le patient. Ce sera archivé dans le dossier du patient. Et ça... ça remonte à l'ARS, en gros. Le dossier patient il faut qu'il soit vraiment ficelé pour que l'ARS ait un regard sur ce qu'on fait voilà. Ça répond à ta question ?

Yasmine : Oui, merci. Si on revient donc sur l'accompagnement, qu'est-ce que vous entendez par accompagnement dans cette consultation ?

MEM : Et bien justement, ce que je disais tout de suite, on est en parallèle du parcours de soins, même si nous, on considère que c'est quand même du soin, ce qu'on va faire, donner la gélule, expliquer aux patients comment on va prendre la gélule et tout ça, ça fait partie du soin. Mais après, le fait de tout expliquer, de tout décortiquer avec le patient, c'est comme si on était à côté de lui effectivement et qu'on l'accompagnait dans sa démarche de soins. Et c'est comme si on lui donnait un tout petit peu la main en fait, parce qu'on lui dit exactement tout ce qui va l'attendre euh la prise de la gélule, on fait un atelier pour lui montrer concrètement comment sera le traitement. Tu sais, tu étais avec moi...

Yasmine : Oui, J'étais avec vous.

MEM : Avec la paille et tout ça. On leur explique une première fois comme ça ils ont vu, ils ont visualisé comment ça allait se passer. Donc déjà, « ils disent à bah si c'est que ça, ça va ! » Ce n'est pas trop méchant euh... Tu les accompagne vraiment après quand tu leur explique les injections qu'ils vont devoir faire, tu leur dis il va falloir prendre rendez-vous avec une infirmière libérale, il va falloir faire les injections à telle heure, le lendemain à telle heure...on... vraiment on explique tous les différents pas de façon très très euh comment dire euh de façon très complète pour pas qu'ils y aient d'interrogation justement. Donc c'est vraiment, vraiment on est à côté d'eux en fait. Pour moi, c'est ça l'accompagnement. C'est vraiment essayer de...même d'anticiper les questions que les patients pourraient se poser parce qu'on sait que dès fois ils n'osent pas poser des questions et puis de vraiment les accompagner au mieux dans leur séjours et leurs traitements.

Yasmine : Et sinon, quel type de postures adoptez-vous pendant la consultation d'accompagnement ?

MEM : Eh bien justement, nous, l'intérêt de notre consultation, on leur dit dès le départ nous ne sommes pas des médecins. Déjà, on trouve que ça enlève une petite gêne, que les patients peuvent avoir à poser des questions parce que dès fois, ils ont l'impression qu'ils ne sont pas légitimes pour certaines questions, quand ils les posent au médecin, ils ont peur qu'on les juge parce qu'ils trouvent que c'est une question bête ou que c'est une question qui n'a pas de raison d'être et dès fois, ils ne parlent pas beaucoup avec le médecin mais à nous, ils vont se confier beaucoup plus. Donc on n'a pas une posture de professionnel. On a plutôt une posture de quelqu'un qui discute avec eux, qui est à leur portée en fait, et il n'y a pas de filtre en fait, il n'y a pas de...il n'y a pas de tabou. On leur dit mais..., moi je leur dis, je vous montre des images sur le PowerPoint, si vous avez des choses que vous ne comprenez pas ou si vous voulez que je vous explique plus de choses, vous me le dites tout de suite. Il n'y a pas de barrière, tu vois et on leur dit de s'exprimer librement et que nous, on est là pour eux, on est là, on prend ce temps là pour eux, en fait.

Yasmine : Et combien de consultation d'accompagnement mettez-vous à disposition du patient ? Y a-t-il un suivi, une continuité de l'accompagnement pendant et après la RIV ?

MEM : Généralement c'est une seule consultation en présentiel et une téléphonique quelque jours avant pour faire des rappels avec eux avant le traitement comme je l'ai dit tout à l'heure. Alors nous, on... quand c'est le cancer thyroïdien là, euh nous, on ne va pas les revoir les patients, sauf s'ils reviennent

pour un autre traitement plus tard, mais après, **le suivi, il fait plutôt médicalement**. En fait, ce sont les médecins ou les endocrinologue qui vont suivre au niveau des prises de sang pour voir ce que ça donne. Et puis le médecin nucléaire il suit en gros pendant presque un an au niveau des prises de sang. **Nous, les paramédicaux, on n'a pas de suivi sur ces patients-là après**. Voilà. Alors que les lutathera bah au fur et à mesure des cures, on va les voir, mais après c'est pareil, on les verra plus une fois que c'est fini.

Yasmine : Ok. Donc je reviens sur la formation. Donc la formation initiale définit comme étant la base qui permet d'acquérir des compétences et les savoirs indispensables. Pensez-vous que la formation initiale est complète et suffisante pour réaliser l'accompagnement ?

MEM : **La formation initiale, pas vraiment** mais par exemple pour l'éducation thérapeutique, bah en fait c'est nous, ... on est un petit peu, comment dire.... Notre position n'est pas facile parce que ce n'est pas de la vraie éducation thérapeutique. Parce que la vraie éducation thérapeutique, c'est par exemple pour les pathologies sur du long terme, le diabète, l'insuffisance rénale, les soins au niveau des poches, mais qui sont sur des mois et des années. Et comment dire, c'est pour des personnes en fait qui sont suivies sur du long terme. Et normalement justement, l'éducation thérapeutique c'est pour améliorer tout le côté euh vie pratique de la personne, intégrer tous ces problèmes qu'il pourrait avoir. Et normalement ce n'est pas lié aux soins alors que nous, dans notre cas de cancer thyroïdien, c'est pour quelque chose de ponctuel. Et d'ailleurs, quand j'ai fait la formation et que j'ai parlé de ça, ils m'ont regardé, ils m'ont dit mais ce n'est pas d'éducation thérapeutique que vous faites et en fait, bah j'ai dit je suis désolé, mais nous, le dossier il a été déposé, il est accepté et donc ils ont considéré que c'était quand même...Même si ce n'est pas celle qu'on connaît habituellement pour des pathologies très longues. Même les greffés rénaux, les choses comme ça, euh c'est quand même le déroulé, il est un peu similaire à ce qu'on fait pour les autres pathologies, mais sur un court terme. Donc là, c'est pour ça que je te dis qu'on n'est pas réellement dans l'éducation thérapeutique. Et c'est pour ça que moi, comme **je faisais déjà les consultations depuis plus de deux ans avant d'avoir la formation éducation thérapeutique, ça ne m'a pas gêné, ça ne m'a pas, ça n'a pas eu d'impact sur ma façon de prendre en charge le patient parce que, comme on mettait déjà le patient au cœur du problème, en fait, il était déjà central**. C'est à dire que la consultation qu'on avait mis en place, c'était déjà pour tous lui expliquer, l'accompagner, prendre soin de lui au maximum. On était déjà dans la démarche si tu veux. Donc l'idée elle est bonne, mais par contre la formation que j'ai eue là, ça pourrait m'aider pour si jamais on mettait en place d'éducation thérapeutique pour un autre type de problématique, mais pas pour celui du cancer thyroïdien. Parce que là, dans la vraie éducation thérapeutique, tu, tu prends en compte l'environnement familial, l'environnement, la maison, l'habitat, le fait que la personne a besoin d'aménagement chez elle ou pas, le fait qu'elle peut avoir besoin d'un psychologue. Des choses comme ça. Nous, on n'a pas ce genre de problématique. Les questions qu'on pose sur l'environnement de la maison, c'est plus pour la radioprotection si tu veux, tu vois, c'est purement ciblé sur notre traitement. Mais ce n'est pas dire bah tiens il faudrait aménager la cuisine parce qu'elle a mal au dos ou faudrait mettre ça à tel endroit pour

éviter les risques de chute, par exemple pour les gens qui font des chutes, c'est pas du tout ça nous notre truc. Donc ça t'éclaire, tu vois bien que dans l'esprit, c'est ce qu'ils veulent. Mais sauf que nous, c'est vraiment appliqué à du soin. Donc tu vois, c'est ça un peu l'ambiguïté.

Yasmine : Et du coup, comment se déroule la formation en ETP ?

MEM : Donc en fait, l'ETP c'était à S que j'ai eu la formation. Donc en fait, il y avait, il faut 40 heures en tout pour valider cette formation-là. Donc moi, c'était soit deux jours à S, donc je passais deux journées entières là-bas ou soit une journée. Et puis j'avais en plus des séances inter présentiel en fait, en e- Learning et du coup, ils nous envoyaient un lien pour se connecter à un site. Et puis tu avais plein, plein de trucs à lire, alors des choses très intéressantes justement, avec des documentaires sur des personnes qui expliquait comment gérer telle ou telle pathologie, comment prendre en charge un patient qui avait telle ou telle problématique, plein de témoignages. Tu as des cours un peu sur la législation. Ils expliquent ce que c'est l'éducation thérapeutique, ce qu'on doit faire pour mettre en place les programmes et tout ça. Ils expliquent comment créer un programme d'éducation thérapeutique donc, tout ça, c'est un peu de la théorie et on faisait ça entre chaque séance en présentiel et comme ça on préparait un peu déjà les séances de présentiel. Et c'était vraiment sympa parce qu'en présentiel donc on était un groupe d'une dizaine de personnes d'horizons différents. Il y avait des infirmières, il y avait des APA pour le sport, des manipulateurs, des infirmières, des infirmières de bloc, des infirmiers de psy. Il y avait une psychiatre et puis un papa euh un papa en fait qui voulait faire la formation en tant que parent d'un patient. Son enfant était hémophile et sa femme était infirmière formatrice à l'Ifsi de M. Et en fait, ils ont eu une expérience d'éducation thérapeutique qui ne s'est pas bien passée. Et donc lui, en tant que papa, il était demandeur pour voir ce que devait normalement recouvrir justement l'éducation thérapeutique. Et c'était super intéressant parce que lui, là, on s'est rendu compte que les termes qu'on utilise, nous en tant que professionnel, ils peuvent heurter les patients. Par exemple, on dit patient acteur et il dit : « moi je ne peux pas quand je vois mon fils qui est hémophile et qui est suivi depuis qu'il est bébé, quand on me parle de patients acteurs, ça, ça me blesse. Mon fils, il n'a pas choisi d'être malade ». Et quand tu entends acteur, c'est comme si c'était un jeu en fait. Et il dit : « Moi, je ne supporte plus ce mot-là ». Et en fait, dans les formatrices, il y avait une ancienne patiente qui s'est formée à l'éducation thérapeutique et elle lui a dit Je suis d'accord avec toi, moi aussi je l'ai reçu comme ça. Donc du coup, c'est hyper riche. C'était très bien et du coup, en présentiel, on faisait une partie théorique et on faisait beaucoup d'ateliers où on se mettait en scène. On fait jouer chacun des rôles et [on essayait de voir justement comment appliquer ce qui est recommandé dans l'éducation thérapeutique au niveau de l'écoute du patient, voir comment on pouvait faire pour lui proposer des choses positives par rapport à ses problèmes à lui et vraiment se centrer sur la personne et prendre en compte tous les aspects humains, psychologiques, familiaux, les états physiques aussi. Donc t'intègre toutes les composantes de la personne.](#) Et puis tu essaies de voir comment tu peux faire au mieux pour l'aider par rapport à tous ces

blocages qu'elle pourrait avoir. Donc ça, c'est vraiment super intéressant. Et puis on était un bon groupe en plus, ça marchait bien.

Yasmine : Et dans ce cas quelles compétences indispensables à l'accompagnement avez-vous développer au cours de cette formation ?

MEM : Pendant la formation là-bas, déjà ils te donnent des outils aussi, alors ça c'est bien. Ils te propose... justement quand on faisait les ateliers là, où on se mettait en scène, c'était pour nous faire acquérir des outils qui étaient mis à disposition pour faciliter et montrer que justement, chaque personne est différente et que quand tu veux faire passer un message, si tu veux faire parler quelqu'un qui ne veut pas parler, eh bien tu as des outils à disposition qui évoquent des choses complètement différentes d'une personne à l'autre, mais qui peuvent débloquent des situations, par exemple si un patient ne veut pas parler. Bon, nous, on n'est pas trop dans ce cadre-là parce que je te dis comme c'est très ponctuel. Mais par exemple, ils te montrent les photographies, ils ont plein de photos de plein de sujets différents. Ils étaient tout ça sur une table. C'est un exemple que je te donne. Et puis ils disent là, par exemple, sur cette photo-là, par rapport à votre maladie que vous avez en ce moment, votre vécu et tout ça, quelles photos évoquent le plus de choses pour vous ? Et tu vois quelqu'un qui n'arrive pas s'exprimer spontanément comme ça, il va prendre une photo et puis du coup, il a un support et ça va favoriser le dialogue, il va dire bah voilà pourquoi vous avez choisi cette photo-là. Et là, ça débloquent pas mal de choses. Ça, c'est un exemple mais il y a plein d'autres exemples comme ça et donc plein de techniques d'animation aussi. Parce que dans l'éducation thérapeutique, dans la vraie, on est censé faire des ateliers avec plusieurs personnes sur des points précis. Par exemple, ceux qui ont...par exemple le lutathera tu sais pour les tumeurs neuroendocrines. Ils ont une éducation thérapeutique en amont eux pour justement gérer tous les symptômes de mal de ventre, diarrhée, problèmes alimentaires et tout ça. Et donc, par rapport à toutes ces problématiques-là, ils ont fait des ateliers et du coup, ils font des ateliers avec quatre, cinq, six personnes. Donc ce sont des outils, des méthodes d'animation, de groupe, d'ateliers, ... Savoir respecter le silence d'une personne, parce qu'on est... Moi, je parle beaucoup par exemple. Mais il y a des gens qui ne parlent pas beaucoup et il faut aussi savoir respecter ça. Que si une personne n'a pas envie de parler, eh bien, il faut accepter qu'elle ne parle pas. Et accepter de prendre du temps pour que peut-être tu arrives à débloquent quelque chose. Donc tu vois, c'est plein d'aspects différents. Tu apprends beaucoup de techniques, beaucoup d'empathie. Donc après, c'est normalement euh, comme on disait, ceux qui choisissent de faire ça, c'est qu'ils ont déjà une petite sensibilité d'empathie envers les gens. Mais ils essaient de développer beaucoup cet aspect-là.

Yasmine : Et à part la formation, y-at-il autre moyen ou biais par lequel vous avez acquis ou développé ou amélioré les compétences nécessaires à la consultation d'accompagnement ?

MEM : Et bien moi comme je te disais tout à l'heure, je pense que quand tu choisis de faire par exemple des consultations, mais dans tous les domaines hein, c'est que tu aimes bien le relationnel avec les gens déjà, tu aimes les gens et tu aimes les aider. Tu aimes contribuer à leur rendre la vie plus facile et du

coup, ça vient aussi un peu de toi, de ta... comment dire, de ta personnalité à toi. Et du coup, je pense que tu pioche aussi dans ton vécu et dans le ton... comment dire, les expériences que tu as eues. Tu pioches aussi là-dedans pour réussir à faire quelque chose de mieux dans tes consultations aussi, je pense.

Yasmine : Tout à l'heure, tu as parlé d'une position que tu pourrais prendre en fait par rapport au patient. Comment tu l'as décrit cette position ?

MEM : La position que j'ai par rapport aux patient

? Tu veux dire physiquement ou euh... Je sais qu'en éducation thérapeutique par exemple, ils disaient que justement, pour éviter ce rapport un peu hiérarchique entre le professionnel et le patient, ils y en avaient qui disaient qu'ils faisaient leurs consultations sans mettre de bureau, parce que mettre un bureau des gens entre toi et le patient, c'est mettre une barrière. Et du coup, il y a déjà un écart qui se fait. Alors moi, du coup, ce que je fais quand... bah on est obligé d'avoir un bureau parce que nous, pour faire nos ateliers, on pose tu as vu les machins et les papiers, on est obligé d'avoir un bureau. Mais moi je ne sais pas si tu te rappelles. Moi, je leur dis asseyez-vous confortablement pour bien voir l'écran et j'essaie de me mettre de me pencher vers le bureau pour être proche d'eux. Mais ça, c'est typiquement quelque chose dans le comportement qui fait que tu vas les mettre à l'aise par exemple, parce que si tu restes derrière ton bureau comme ça, éloignée, tu parles d'une voix monocorde et qu'ils ne sentent pas qu'il y a une chaleur humaine qui se dégage, tu ne vas pas les mettre à l'aise. En fait, ta posture, elle va conditionner un peu le déroulement aussi de ta consultation. Et moi, je le vois vraiment. Je trouve que les gens, tu les vois, quand ils sortent de la consultation, ils disent merci beaucoup de votre gentillesse et ça fait plaisir. Et là, tu sais que tu as un truc qui est passé avec le patient, Alors il y a des gens avec qui ça ne passera pas parce qu'il y a des gens ils arrivent ils sont complètement... je ne sais pas si c'est leur personnalité qui est comme ça ou quoi mais ils sont fermés et tu as beau ramé, faire des efforts, tout ce que tu veux mais t'arrivera pas. Certains, tu n'arriveras pas, mais c'est très rare. Moi j'en ai eu un mais je comprends pourquoi mais parce que sa femme est décédée aussi. J'ai compris après. Mais tous les autres en général ouais tu... par rapport à ta façon de te comporter, tu vas les mettre à l'aise pour qu'ils se livrent un peu plus en fait.

Yasmine : Je pense que ça rejoint un peu ma prochaine question. Donc euh quel genre de relation mettez-vous en place pour intégrer le patient dans la consultation d'accompagnement et dans son traitement RIV ?

MEM : Eh bien c'est ça en fait, c'est de créer un climat de confiance, d'échange, qu'on soit à l'aise et tout. Et justement dans la salle de formation, comme tu me demandais tout à l'heure la formation éducation thérapeutique, qu'est-ce que ça a pu t'apprendre, t'apporter ? bah ça typiquement, j'ai trouvé ça génial. Le premier jour où on s'est rencontrés à Saint-Brieuc donc il y avait les deux formatrices. On était en U autour d'une table et les deux formateurs. Ils nous avaient préparé le café, les croissants et tout ça. Donc ça a déjà j'ai trouvé ça génial parce que tu dis tu ne vas pas commencer la tête dans le guidon

avec des trucs de législation. On a fait un jeu pour apprendre un peu à connaître les prénoms avant de commencer la formation. Donc on a fait un... tu sais le jeux où tu dois cocher les croix, là, je sais plus comment ça s'appelle. Donc en fait on a mis des villes, des professions, aime bien faire la cuisine, a un chien, aime les animaux et tout ça. Et en fait on devait faire des croix. Tu sais des lignes de croix ou des colonnes. Et le premier cas est fini. Il avait gagné

Yasmine : Un peu comme le sudoku ?

MEM : oui, voilà. Et du coup, on se déplaçait dans la salle. On se connaissait, que depuis un quart d'heure, mais j'ai trouvé ça génial. Et donc on était avec nos feuilles et puis on allait voir chacun, tous les gens : donc toi tu t'appelles comment ? etc. On mettait les prénoms, et rien que ça, le fait que ça soit interactif et tout et qu'on aille vers l'autre. Et bien ça a permis tout de suite de donner une ambiance de travail qui était vachement positif. Donc ça, c'est un truc. Et après le cadre, le... comment ils appellent ça [le cadre de sécurité](#), ça j'ai trouvé génial. Ils ont dit qu'ils avaient leur un papier blanc. Qu'est ce qui, pour vous dans la formation, ferait que vous vous sentirez à l'aise ou pas dans le groupe ? Qu'est-ce que vous voyez comme éléments ? Et en fait, le papa en question, Il a dit Il faudrait que vous n'utilisiez pas trop du jargon médical parce que moi, je ne suis pas du tout, je suis électricien, je ne connais rien à votre jargon médical et j'ai peur d'être un peu largué. Donc je me... donc la personne la formatrice lui dit oui donc tu te réserve le droit de lever la main quand tu ne connais pas un mot et on explique ce que c'est. Donc elle, elle l'a notée sur le paperboard et on a noté je ne sais pas, il y avait 7 lignes et pendant tous les jours de la formation à chaque fois convenait. On rappelle [le cadre de confiance](#) et on reprenait les points : on est d'accord que si on ne comprend pas, on fait ça, on est d'accord qu'il n'y a aucun jugement de notre part par rapport à ce que quelqu'un va dire, on est d'accord que si on veut aller aux toilettes, il n'y a pas de souci, on dit qu'on va aux toilettes, mais ça ne retient pas pendant 2 h pour aller aux toilettes. Mais tu vois, ce sont des petites choses, mais ça suffit à faire la différence je trouve dans le déroulement d'une formation. Eh bien ça, c'est un truc que bah moi en début de consultation inconsciemment, c'est un peu ça que je fais. Mais je me suis dit tiens, ça [c'est bien pour instaurer un climat de confiance](#). J'ai dit, « si vous avez un truc qui ne va pas, n'hésitez pas à me dire, moi je prends cinq minutes si vous avez besoin de sortir, si à un moment ça ne va pas dans la consultation, vous me le dites » et tu vois, ce sont des détails, mais le patient Il va être content parce qu'il se dit ouf ça va faire tomber un peu la pression. Voilà.

Yasmine : Ça a l'air très intéressant.

MEM : Moi, je trouve ça vraiment chouette.

Yasmine : C'est vrai, on en apprend beaucoup

MEM : Oui oui, mais [la formation éducation thérapeutique, même si ce n'est pas adapté à ce qu'on fait nous, parce que c'est trop, enfin on peut s'en servir](#) hein. Mais les ateliers, nous, sont déjà faits et c'est le même schéma pour tout le monde. C'est là où ce n'est pas de l'éducation thérapeutique, C'est que, quel

que soit ton environnement familial, quelle que soit ta profession, quel que soit ton habitation, n'importe quoi, tout le monde va avoir le même truc au final la gélule, la paille, les injections, le sevrage et les règles de radioprotection. Donc en fait ce n'est pas de l'éducation, enfin ce n'est pas la vraie éducation thérapeutique. Mais par contre, on apprend vraiment beaucoup de choses. Oui, et que tu peux utiliser même chez toi, dans ta vie privée.

Yasmine : Et quel mode de communication approprié et adapté êtes-vous amené à utiliser lors d'une consultation d'accompagnement ? Comment est-ce que vous communiquez avec le patient ?

MEM : Quel mode de communication ? alors, j'essaie de prendre toujours un ton euh je ne veux pas faire la personne qui apprend à l'autre. J'essaie de discuter d'égal à égal avec un ton qui, comment dire... chaleureux quand même, même si je sais que dès fois, c'est compliqué parce que c'est quand même un cancer à la base. Mais on essaye. Alors il faut trouver le dosage de discuter, d'échanger entre pas faire comme si c'était quelque chose de bénin qu'ils avaient bien mais en même temps ne pas dramatiser parce que c'est un cancer qui se soigne très bien. Donc c'est à toi de trouver un peu le dosage. Moi j'essaie de me mettre à la même hauteur que le patient, pour que vraiment il ne ressente pas que c'est moi qui lui apprends quelque chose, mais en fait que je suis juste là pour délivrer une information et écouter ces questions et que je lui réponde, donc c'est vraiment d'égal à égal. Donc dans ma voix, j'essaie d'être gentil si tu veux, avenante, attentionnée, je les encourage à parler. Voilà.

Yasmine : Et pour un patient qui arrive avec appréhension, stress par rapport au traitement par RIV, comment gérez-vous cela lors de la consultation ?

MEM : Eh bien, Il y a dès fois, c'est plus compliqué. Donc je sais que la fois où la personne a pleuré, là c'était une dame de 46 ans, elle était avec sa fille parce qu'elle avait peur justement, de ne pas être capable de tout comprendre, ce que j'allais lui dire, à cause du stress, de l'anxiété, tout ça, et elle n'acceptait pas son cancer, en fait. Et elle a dit que c'était la fin de sa vie. Le jour où elle lui a dit ça, c'était une catastrophe et qu'elle n'avait toujours pas accepté. Et donc elle est venue avec sa fille. Et elle acceptait d'entrer dans le programme d'éducation thérapeutique, et donc là, j'ai dû lui faire remplir la feuille. Et puis dans les questionnements, quel est le nom de votre maladie ? et puis elle me regarde et elle le dit bah c'est un cancer et elle s'est écroulée. Donc là, effectivement, bah tu es obligé de **prendre le temps**. Tu laisses la personne pleurer. Je lui ai dit je suis désolé, je sais que c'est un peu violent la question. Donc moi, je n'aime pas le faire en début. En fait, ce que je fais maintenant, c'est que je fais ma consultation et que, à la fin, je leur redemande en espérant que ça va mieux passer que de le demandé d'emblée. Et **quand ça arrive, que la personne craque, soit à cause de ça, soit pour autre chose, parce que vraiment ça ne va pas ben il faut accepter que la personne pleure**. Tu lui dis je comprends, t'essaie de la rassurer. Tu essaies de calmer un petit peu. Donc tu fais une parenthèse dans ta consultation. Mais là, **c'est le côté humain en fait, que tu fais ressortir**. Et puis tu lui demande est ce qu'il veut un verre d'eau, t'essaie de calmer un petit peu le jeu et puis euh et moi je sais que je leur dis je comprends très bien votre réaction, c'est vous qui me direz quand vous êtes capable de reprendre la consultation et souvent ils te

disent non, mais de toute façon, ça ne changera rien au problème, mon cancer il là, il est là. En fait, tu fais en fonction des patients. Donc si tu dis est ce que vous êtes capable qu'on reprenne maintenant où vous voulez encore vous poser un peu ? Est-ce que vous voulez sortir, prendre l'air, pour reprendre vos esprits et revenir ? Tu essaies vraiment de prendre le temps pour ton patient, quitte à ce que ça dure plus d'1 h la consultation. Ce n'est pas grave on est là pour ça en fait, mais tu es... eh ben justement, tu prends ton patient en charge en fonction de ce qu'il est et pas en fonction de ce que tu veux faire toi. C'est lui qui mène la danse et ce n'est pas toi en gros. Après, si c'est un patient... on a eu aussi des cas où des patients ils n'écoutent rien. Certains, ils savent tout mieux que toi et c'est tout l'inverse. Mais ce n'est pas souvent. Et ben là c'est pareil, c'est aussi un peu à toi euh, tu dis-moi je suis là pour vous délivrer des informations, je sais que vous connaissez déjà plein de choses, alors il ne faut pas aller les braquer. Donc tu leur dis, « je sais que vous connaissez déjà plein de choses et tout, mais nous, on est là pour vous donner vraiment les informations, que tout le monde est la même information avant de commencer le traitement et que vous soyez au courant de tout ce qui va se faire ». Donc tu vois, tu t'adapte vraiment en fonction de ce que la personne va te dire en face Voilà

Yasmine : Et du coup, de quelle façon facilitez-vous les échanges et l'écoute pour la compréhension du patient ?

MEM : Alors nous, justement, dans les techniques qu'ils te disent en éducation thérapeutique, mais ça, je le faisais déjà avant dans le métier que je faisais auparavant, C'est la reformulation. Parce que dès fois, tu te rends compte que tu parles, tu parles, t'explique des trucs, est ce que c'est clair pour vous ? Oui, oui, oui, ils vont dire oui, oui. Et puis alors, est ce que vous pouvez me réexpliquer du coup, comment ça se passe les injections thyroïdiennes là ? « Ah ben oui, c'est vrai que ça, je n'ai pas trop compris ». Donc là, le fait de reformuler, bah tu te rends compte que l'information au final elle n'est pas comprise. Le patient il n'a pas, soit il n'a pas été assez réceptive, pas assez attentionnée ou il n'a tout simplement pas compris. Parce qu'il y en tu sais, Il y a des personnes âgées qui viennent tout seul. Ils ne mémorisent pas tout, ils ne comprennent pas tout. Donc le fait de reformuler, de leur faire parler pour voir s'ils ont bien compris bah ça, ça t'aide à vérifier que les informations sont passées. Et puis maintenant, dans l'éducation thérapeutique, comme on a des validations d'ateliers, on valide tous les points qu'on a descendu. Donc est ce que ça vous a aidé à mieux comprendre ? Oui, pas du tout, un peu et ils doivent te répondre. Et donc ça à la fin bah ton questionnaire d'évaluation des ateliers, tu le remplis avec eux. Et si jamais à un moment ils te disent... par exemple tu leur demande est ce que ça vous a... la consultation, au final, vous a permis de vous rassurer par rapport à votre traitement ? Oui, un peu, pas du tout. Là, dès fois, ils vont te dire pas du tout, Alors tu leur demande alors « est ce que c'est parce que vous n'avez pas compris ce que je vous ai expliqué ? Ou est-ce que c'est pour autre chose ? » il dit « non, c'est que ça ne me rassure pas parce que même si maintenant je sais de toute façon ce qui va se passer, ça ne change rien. J'ai un cancer, je vais prendre une gélule radioactive et je serai radioactif ». Donc voilà, donc ce

n'est pas toujours évident. Mais la reformulation, je trouve que c'est un bon outil, un bon outil pour vérifier tout ça.

Yasmine : un auteur Lhotellier illustre la compétence communicationnelle et relationnelle comme étant à la fois relation et information. Pensez-vous que cette compétence soit la plus importante dans une relation d'accompagnement du patient traité par RIV ?

MEM : Est-ce sur l'aspect relationnel ou l'information ?

MEM : Il rassemble les deux. La relation et l'information comme une compétence communicationnelle à la fois sur la relation que vous établissez, sur les informations que vous fournissez

MEM : Je pense qu'on ne peut pas faire des consultations comme ça dans RIV ou d'autres choses si tu n'as pas un minimum du relationnel avec le patient. Et ça va de pair avec l'information. Parce que si tu balances de l'information comme ça, de façon froide, sans mettre les formes, sans t'adapter à chaque fois à la personne que t'as en face, sans faire preuve d'empathie, je pense que tu n'auras pas le même résultat que si tu les envoies comme ça, comme si c'était un cours en fait. L'information seule, ce n'est pas suffisant. Justement la mise en place d'une consultation paramédicale c'est pour rendre un peu plus humain, on va dire entre guillemets, le déroulé du séjour et du traitement et tout ça, parce que souvent les patients, ils vont dire ouais là, on balance tellement d'informations que là, moi je sais plus ce que je dois mémoriser ou pas. Et puis c'est fait de façon tellement machinale dès fois, mais je peux comprendre parce qu'ils n'ont pas le temps non plus dès fois les médecins, alors que nous justement on a mis ce temps-là en plus pour accompagner aussi le médecin, pour revenir sur des points qu'ils n'ont pas compris et pour développer les points qui vont être importants pour le patient justement. Des trucs pratiques. Donc oui, c'est bien de dire que c'est à la fois du relationnel et de l'information.

Yasmine : Et selon vous, les compétences communicationnelles et relationnelles résultent-elles de la formation ou de vos expériences et de votre personnalité ?

MEM : Les trois (rire). Parce que je pense que tu... comme je te disais tout à l'heure, tu pioche aussi des choses à l'extérieur et je pense que oui, vraiment, il faut... Si tu es quelqu'un d'hyper timide, qui n'est pas proche des gens et tout ça, il ne faut pas faire de la consultation, je pense, parce que l'information sera passée sur moi, mais il manquera quelque chose, je pense. Tu vois ? Alors que si tu fais du relationnel, si tu amènes aussi l'information et que tu sais t'adapter au patient et que tu tires un peu de ta propre vie à toi, je pense que tu arrives à faire quelque chose qui est efficace en fait dans le résultat et je pense que le patient il est sensible à ça, au fait que tu t'intéresses à lui, puisque ce n'est pas que balancer des infos, mais tu lui demandes est-ce qu'il y a des choses que vous ne pouvez pas faire ou est-ce que vous avez des problèmes, d'autres problèmes dont vous voulez qu'on discute et il sent que tu t'intéresses à lui et qu'il est au centre en fait. Et c'est ça qui fait aussi la différence. Donc c'est un peu des trois je pense.

Yasmine : Justement, on retrouve dans les compétences communicationnelle et relationnelle : l'accueil, la convivialité, l'écoute active, l'empathie, mais aussi la communication verbale et non verbale. Mettez-vous en œuvre, de façon appropriée et intégrez tous ces éléments auprès du patient traité par RIV, que ça soit en consultation ou en dehors ?

MEM : Oui, et dans ma personnalité je suis comme ça. Dans l'échange en fait aussi on leur dit que de toute façon, à la fin de la consultation aussi, malgré le fait d'avoir fait tout ça, s'ils ont encore des questions qui leur viennent à l'esprit, donc on leur demande de téléphoner. Et comme ça, les secrétaires de thyroïde nous passent le patient et on peut éventuellement encore rajouter une corde à notre arc. Ou alors on leur laisse... comme maintenant on est deux semaines entières en RIV, on a un numéro de consultation. Et moi, j'ai déjà des gens qui ont, qui m'ont rappelé. Ou alors ils me demandent de leur envoyer un SMS, par exemple, pour leur confirmer un truc. Ils ont une question qu'ils n'ont pas osé poser au médecin par exemple, et ils me disent est-ce que vous pouvez essayer de vous renseigner et me transmettre soit par SMS et tout, ça m'est arrivé deux ou trois fois. Et du coup nous téléphoner, envoyer un SMS c'est encore un autre outil ça. C'est en plus de la communication, c'est le fait de pouvoir aussi communiquer, mais bon, je ne sais pas si c'est différent, c'est aussi de la communication, mais par un autre biais.

Yasmine : Vous les mobilisez très souvent ou dépendamment du patient et de sa situation ?

MEM : Oui et comme je t'ai dit tout on c'est en fonction du patient et on s'adapte à lui

Yasmine : Et dans tout ça, quelle est pour vous la compétence essentielle à solliciter par le professionnel au cours d'une consultation d'accompagnement ?

MEM : Pour celui qui dirige la consultation ?

Yasmine : Oui, le professionnel manip RIV

MEM : A part l'information ? parce que l'information on est obligé de la dire.

Yasmine : Oui

MEM : Moi je pense que c'est euh... Si je dis relationnel, c'est trop vague pour toi ? Le relationnel, parce que ça englobe un peu l'empathie, la chaleur humaine. Oui, moi, je dirais le relationnel et l'information en fait. Mais je trouve que l'empathie, oui, je ne sais pas comment... Qu'est-ce que je pourrais dire d'autre. Alors, ce n'est pas une compétence l'empathie hein, c'est la communication. En fait la communication après, sous toutes ses formes. Parce que dans la communication, il y a aussi la communication par rapport à ton attitude, ta posture, le ton, le respect des silences et tout ça, c'est dans la communication aussi. Donc ça serait communication plus que relationnel, parce que relationnel ce n'est pas une compétence mais une qualité plutôt.

Yasmine : D'accord. Et une dernière question. Par exemple pour l'irathérapie ou le lutathera, quand vous êtes en chambre plombée avec le patient pour mettre en place le traitement. Comment vous discutez avec lui ?

MEM : Alors quand c'est pour la gélule en fait, je t'ai dit on les reçoit déjà avant en consultation, faire la prise de sang et tout ça, Donc on les a déjà vus une première fois, on a discuté avec eux. Donc si jamais tu ne reconnais pas un patient que t'avais eu au téléphone, n'importe quoi ou pour la consulte première, bah tu le rencontres la première fois-là. Donc tu vas le revoir quand il est installé dans sa chambre plombée et tout et donc pour lui l'irathérapie, comme le geste est assez rapide en fait, on retourne voir dans la chambre, on lui demande s'il est bien installé, on lui demande s'il a quelque chose à demander au personnel de soins parce qu'une fois qu'on aura donné la gélule, on va ressortir et on ferme la porte jusqu'au lundi, du vendredi au lundi. Et donc on vérifie bien qu'il a tout ce qu'il lui faut, qu'il a bien ses chargeurs et tout ça pour les appareils qu'il a amenés. Et puis après on donne la gélule, ça va assez vite alors que pour les autres traitements, on reste euh donc quand c'est le lutathera et le PSMA, nous on rencontre le patient le jour même du traitement. Alors sois-tu l'as vu en consulte, soit tu l'as eu au téléphone, souvent. Donc tu te représentes, tu dis vous vous rappelez, alors souvent ils se rappellent de toi. Si c'est la première fois, tu dis je suis une des trois manipulateurs qui font de la RIV, tu te présentes, euh en général, le médecin est passé avant toi. Eh bien on leur demande quand même comment ils se sentent, sachant que on sait très bien qu'ils sont malades. Mais est-ce que ça va aller pour la cure et tout ça ? On revérifie un petit peu avec eux les choses futiles un peu mais voilà. Et puis euh et après pendant le traitement, en fait, **on discute avec eux, donc on les écoute aussi**. Alors dès fois, ils ont la télé qui est allumés parce que ça dure 45 minutes le traitement. Euh dès fois, l'autre jour moi, j'ai eu un directeur de banque et il m'a posé plein de questions. Il m'a dit qu'il était hyper intéressé par tout le montage, la pompe et tout ça. Je lui ai dit si vous voulez, je vous explique au fur et à mesure ce que je fais. Donc il me posait plein de questions. Il a dit « c'est génial parce que là, j'ai tout compris ce que vous faites, je suis super content et tout, alors vraiment merci ». Enfin tu vois, et là tu vas discuter pendant 45 minutes avec lui. Mais **c'est un échange vraiment comme si on était amis presque dès fois**. Et ça, c'est vraiment euh, je trouve la plupart des patients, ça se passe comme ça. Et moi, j'ai eu un patient qui est un peu plus euh il ne parlait pas beaucoup en fait, mais bon, sa situation est un peu complexe, mais il était très très fermé, bah à ce moment-là tu ne dis rien. Quand il ne veut pas parler, il ne veut pas parler. **On n'est pas là pour obliger les gens à parler, mais souvent ils ont besoin de parler donc tu es là pour discuter avec eux et c'est super intéressant**. Donc là, comme il y avait des grévés qui passaient la télé. Ils demandaient vous n'êtes pas en grève ? Si mais je suis réquisitionné (rire). Tu vois, **il y a plein d'échanges qui se font et du coup, il y a vraiment un accompagnement**. Comme tu disais tout à l'heure. Tu les suis pendant le traitement, tu es avec eux, tu leur explique à chaque fois ce que tu vas faire. Et puis après, quand tu pars, tu leur dis tu vas les revoir le lendemain. Comme ça Ils savent qu'il y a toujours une continuité aussi. Ils sont tout content le lendemain quand ils viennent.

Yasmine : Et pour vous ? Pour votre psychologie quand le patient, il est tout content ?

MEM : ben **moi je suis contente, j'aime bien, parce que je me dis au moins on a fait un truc bien**. Moi je trouve que c'est valorisant parce que tu te dis euh... En plus moi naturellement, j'aime bien. Enfin,

j'aime bien partager avec les gens et du coup je me dis que ça joue dans le bon déroulé en fait du traitement ça ne coûte rien à nous, mais pour le patient, c'est hyper important. Et que, au moment où on fait le traitement, on est les dernières personnes qui vont les voir avant qu'on ferme la porte et du coup ils sont contents. Et la personne tu vois qui ne parlait pas ? Elle m'a quand même dit qu'elle était contente d'avoir pu parler avec moi parce que dans sa vie, il ne voit plus personne et il habite tout seul chez lui. Il avait, il avait moins de 60 ans, et il allait se retrouver euh ça fait deux ans qu'il a quitté son travail pour problèmes de santé. Il n'allait plus de chômage, il allait devoir quitter son appartement. Et là, il ne voyait plus personne, plus de vie professionnelle, plus de vie familiale. Parce que ces filles sont à Tours. Et il m'a dit vous, vous avez vu là, je suis malade et tout, **je sais que je suis très malade, mais ça me fait du bien de vous parler parce que je ne vois plus personne depuis longtemps, et rien que ça, ça me fait du bien.** Et même s'il n'a pas parlé beaucoup et bien le peu qu'il a fait, il a quand même été content donc là tu es content aussi toi parce que tu te dis bah pourtant t'as l'impression de ne pas avoir rempli le contrat. Et quand tu dis ça, tu dis bah **finalement tu vois le ressenti des gens, tu ne sais pas tout ce qu'il y a derrière en fait, et ça sera toujours bénéfique de faire du relationnel comme ça et la communication.**

Yasmine : Et sur le plan technique de traitement, vous vous êtes formé entre vous ou ce sont les médecins qui vous ont formé ?

MEM : Alors au début, comme c'était une nouvelle pompe qui avait, parce qu'avant c'étaient les médecins qui le faisaient avec une méthode de gravité. Et comme on est passé au système de pompe, il y a le fournisseur de la pompe qui est venu pour nous faire une première formation dans un bureau nous trois. Au début, il y avait M, I et moi. Je n'étais pas encore dans le groupe et après les premiers traitements, ça a été l'été. Donc il y avait S qui venait en tant que radio physicien, PCR pour voir tout le côté radioprotection. Le premier traitement, il y avait S, il y avait le fournisseur de pompes et il y avait J et M parce que c'est tombé l'été quand I et moi ont étaient en vacances. Donc ils se sont formés comme ça dans la chambre. S elle faisait ses mesures et tout. Et puis après, il y a tout l'aspect traitement des déchets là et après euh... Du coup, on s'est formé chacun notre tour en fait, avec M, moi je me suis formé une fois avec M. Après, avec J, parce que c'est lui qui a vu les deux autres traitements pendant les vacances et I après s'est formé avec J et ainsi de suite. Donc on se forme entre nous pour les histoires de pompe et gestion des déchets. Et tout ça. Voilà.

Yasmine : Encore une dernière question (rire) Sur la notion de radioprotection ? vous pensez que le patient l'intègre bien lorsque vous lui expliquez pour avant et après le traitement ?

MEM : Oui on essaie de l'expliquer. On essaie d'en parler pas mal. **On leur explique pourquoi on les met en chambres plombées, parce qu'ils émettent un rayonnement et on leur explique aussi pourquoi on les laisse sortir au bout de tant jours.** Moi, je leur explique la courbe, parce qu'il doivent se dire pourquoi au bout de trois jours et pas au bout de cinq , ou au bout de deux , donc moi je la montre, la courbe et je leur dis quand vous sortez, vous êtes à peu près sur ces deux endroits là de la courbe et on sait que là, vous respectez les normes exigées par la législation pour ressortir, que vous n'êtes pas un danger pour

l'extérieur à partir du moment où vous restez à deux mètres des autres personnes. Et en général, ils comprennent très bien et ils sont plutôt même phobiques des rayons. Et du coup, quand on leur dit il faudra faire chambre à part, ne pas avoir de rapport sexuel pendant trois jours, ils disent oui bon, on va faire cinq jours parce que pour eux ce n'est pas assez. Même peut être une semaine. Et tu sens que oui, ils ont bien intégré qu'ils allaient être radioactifs et ils ont tellement peur. Il y en a ils flippent, mais complètement par rapport à leur entourage. Et moi, j'ai eu une patiente de lutathera. Elle me dit mais moi je n'oserai même pas approcher mon mari trois jours tellement je serai tétanisée, puis vous, vous prenez aussi des radiations ? je dis oui mais vous ne vous inquiétez pas, nous on est habitués, on est formé pour ça et tout. **Ils comprennent bien et je pense qu'ils respectent parce qu'à partir du moment où ils ont compris souvent les enfants ils les amènent chez les grands parents, chez des amis.** Donc je pense qu'ils assimilent bien. **On essaye de faire en sorte qu'ils assimilent bien pour les femmes qui ont des règles par exemple à la sortie, on leur explique bien il faut mettre les serviettes hygiéniques dans un sac, vous mettez ça dans votre garage ou dans votre jardin pendant deux mois et après vous les jeter dans les ordures ménagères.** Mais ça ils captent bien. Oui, moi je n'ai jamais eu quelqu'un qui n'a pas compris même en reformulant qui n'a pas compris ce que c'étaient les règles de radioprotection. Au début s'ils se disent ah bon il y a quelque chose ? moi, je croyais que quand on sortait, c'était bon. Mais après, quand tu leur explique, ils disent oui je comprends bien. En général ils comprennent bien.

Yasmine : C'est tout. Merci beaucoup pour ce temps-là. Franchement, j'ai appris beaucoup, j'ai pas mal éclairé aussi ça m'a apporté pas mal d'éléments aussi pour l'analyse de ma problématique et de mon sujet. Merci beaucoup.

ANNEXE III : Tableau de tri des données et Thèmes d'analyse

Thèmes d'analyse

- **Thème 1** : La consultation d'accompagnement en RIV
 - Sous-thème : La consultation : Généralités
 - Sous-thème : Relation d'aide
 - Sous-thème : Temps d'information
 - Sous-thème : Position et posture du Manip RIV

- **Thème 2** : La formation
 - Sous-thème : La formation initiale
 - Sous-thème : La formation continue
 - Sous-thème : Acquis par expérience

- **Thème 3** : Les compétences
 - Sous-thème : Compétence communicationnelle
 - Sous-thème : Compétence personnelle
 - Sous-thème : Compétence opérationnelle
 - Sous-thème : Compétence temporelle

- **Thème 4** : Une autre facette du métier

- **Thème 5** : Psychologie du Manip RIV

La consultation d'accompagnement en RIV

<u>Sous-thèmes</u>	<u>Entretien 1</u>	<u>Entretien 2</u>	<u>Entretien 3</u>
<p>La consultation : Généralités</p>	<p align="center"><u>Généralités</u></p> <p>→ « Elle est en systématique »</p> <p>→ « On va s'occuper de faire des consultations après le médecin »</p> <p>→ , après il a la première cure et après ce sont des consultations téléphoniques qu'on fait »</p> <p>→ « Naturellement, il n'y en a qu'une au bout d'une heure à peu près qui est prévue. Ça peut déborder hein, ça peut-être 1 h et demi. On n'a pas à jouer le chrono. Naturellement, il y en a qu'une de prévue et après, c'est de téléphoner »</p> <p align="center"><u>But</u></p> <p>→ « Le patient, lui, on lui donne toutes les clés et les explications purement techniques de comment se passe le traitement. Pour moi, quand il va venir ici, il sait où il va</p>	<p align="center"><u>Généralités</u></p> <p>→ « C'est vraiment une consultation qui a duré 1 h avec le médecin et nous manip RIV »</p> <p>→ « Il y a une petite consultation qui se fait déjà quand on appelle pour leur dire en revanche qu'on voudrait organiser un rendez-vous et alors là, si le patient nous pose des questions, alors là, on va répondre, lui donner des consignes et certaines informations »</p> <p>→ « Pour moi, ce n'est pas une consultation comme on peut l'entendre, parce que c'est médical la consultation. Mais on fait un petit entretien téléphonique avec le patient on va dire »</p> <p>→ « Oui, oui, oui, c'est toujours systématique la consultation avec le</p>	<p align="center"><u>Généralités</u></p> <p>→ « Oui elle est systématique »</p> <p>→ « C'est une seule consultation en présentiel et une téléphonique quelque jours avant pour faire des rappels avec eux avant le traitement »</p> <p align="center"><u>But</u></p> <p>→ « Le but, c'est qu'on réponde à toutes les questions qu'il pourrait se poser »</p> <p align="center"><u>Manip RIV</u></p> <p>→ « Il n'y a que les manip RIV qui vont de la consultation d'accompagnement, pas autrement »</p> <p>→ « Moi je faisais déjà les consultations quand les médecins</p>

	<p>aller et qu'est ce qui va se passer. C'est important pour le patient parce qu'il est déjà dans un cursus qui n'est pas facile pour lui. Donc là, venir et savoir déjà le déroulement sur deux ou trois jours, voilà, ça le calme et en plus »</p> <p style="text-align: center;"><u>Manip RIV</u></p> <p>→ « J'ai commencé en août »</p> <p>→ « On est trois pour le moment, bientôt quatre »</p> <p>« C'est nous qui allons faire le traitement »</p> <p>→ « Nous on fait la consultation qui va être surtout sur : revoir les planques autrement après la consultation médicale. S'il y a des points à revoir, on va le faire et après on va expliquer le traitement et l'attitude à avoir dans la semaine qui suit. Et on va échanger avec le patient sur ses inquiétudes »</p> <p>→ « On n'a pas de préparation avant d'accueillir le patient en consultation »</p>	<p>médecin et l'entretien téléphonique avec nous. Il y a une prise en charge importante parce que ce n'est pas anodin le traitement »</p> <p>→ « Le médecin interroge aussi sur un petit peu la vie du patient, puisqu'il y en a qui sont activité, pour percevoir un petit peu comment le patient vit avec sa maladie, puisqu'on a des patients qui sont dans le déni »</p> <p style="text-align: center;"><u>But</u></p> <p>« C'est de le préparer au traitement, s'assurer qu'il y ait tout ce qu'il faut pour le traitement »</p> <p style="text-align: center;"><u>Manip RIV</u></p> <p>→ « J'en ai fait pas mal de consultations parce que pendant trois ans »</p> <p>→ « On est également trois manipulatrices à organiser ces traitements là et pour lesquels, en amont, pour certains traitements, on convoque également le patient »</p>	<p>donnaient les gélules. Donc là, ça fait plusieurs années »</p> <p>→ « En fait, on est là pour déjà un petit peu dédramatiser la situation »</p> <p>→ « Nous, on fait la première consultation paramédicale en présentiel, on administre le traitement dans le service de soins, dans les chambres plombées et ensuite entre chaque cure en fait, on fait un appel, une consultation téléphonique dix jours avant le traitement pour être sûr que l'état du patient permet de faire la cure suivante »</p> <p>→ « On fait le bilan sanguin aussi nous même pour gagner du temps »</p> <p>→ « Le jour du traitement, ils viennent encore nous revoir en consultation. On fait un check List pour être sûrs que toutes les consignes ont bien été respectées. On prévient le médecin qui va donner le feu vert »</p>
--	--	--	--

	<p>→ « On fait visiter la chambre plombée, on a même fait une vidéo pour leur montrer l'environnement pendant la consultation »</p> <p>→ « On les rappelle pour savoir si ça va. On revoit deux ou trois points s'il y a besoin »</p>	<p>→ « On convoque également le patient, on fait toute la partie administrative du patient »</p> <p>→ « On traite et les prend en charge également, lorsqu'ils vont venir en traitement et qu'il va y avoir une surveillance par bilan sanguin, par scanner »</p> <p>→ « C'est nous qui prenons les rendez-vous, qui faisons les ordonnances, les prescriptions de prise de sang. Si les patients ont besoin d'un bon de transport, et bien on prépare le bon de transport »</p> <p>→ « Nous qui trouvons le VSL pour revenir chercher le patient parce qu'il est venu avec son frère, mais au retour, il n'y a plus personne pour venir le chercher »</p> <p>→ « On fait toute la gestion administrative. Il n'y a pas que l'aspect du métier de technicien de manip radio »</p>	
--	---	---	--

		<p>→ « On a aussi tout un rôle qui fait que les patients soient bien préparés donc c'est principalement pour les patients Lutathera, PSMA »</p> <p>→ « C'est nous qui prévoyons une consultation avant le traitement même, à J0 avec un médecin de chez nous, on voit, on appelle le patient pour voir avec lui s'il est disponible à des dates, en fonction de nos médecins »</p> <p>→ « On ne va pas faire une consultation, nous les manip »</p> <p>→ « Les Irathérapie pour les doses d'iode, là ce sont les secrétaires qui s'en occupent parce que ça a toujours été comme ça depuis le début »</p> <p>→ « Ce sont les secrétaires qui gèrent ça et à quel moment le médecin pense que c'est bien de faire le traitement déjà et puis de la disponibilité du patient »</p> <p>→ « Le médecin souhaitait qu'on soit présent à la consultation, mais quand on</p>	
--	--	---	--

		<p>est pris déjà par les autres fonctions, ça peut ne pas être évident de se dégager du temps à être là à la consultation, mais ça peut arriver, mais pas tout seul en revanche, on sera avec le médecin pour la consultation »</p> <p>→ « On a vraiment nous un téléphone dédié pour la RIV et les patients peuvent nous appeler directement »</p> <p>→ « C'est le jour où ils arrivent pour leurs traitements ou sont hospitalisés qu'on est avec eux »</p> <p>« Il y a tout ça aussi qu'on fait, c'est de récupérer les examens qui se sont déjà passés récemment, le bilan sanguin le plus récent possible »</p> <p>→ « Quelque fois, le médecin n'a pas beaucoup d'informations, donc nous, on se charge de tous recueillir »</p> <p>→ « Il n'y pas vraiment de préparation avant de contacter le patient, on organise les choses avec lui directement »</p>	
--	--	---	--

		→ « Il faut organiser et en consultation au téléphone, on fait comprendre qu'on recueille souvent des informations »	
L'accompagnement : Une relation d'aide	<p>→ « On fait tous la même chose parce que le traitement, tu revois les patients en consultation, ça fait un suivi »</p> <p>→ « Sinon ils ne vont pas savoir quoi faire »</p> <p>→ « Par exemple pour le traitement de la thyroïde, ils sont hospitalisés trois jours, tout le Week end, il faut qu'ils soient autonomes »</p> <p>→ « Si nous, on décèle un problème d'autonomie ou autre pendant la consultation, on alerte avec le médecin et on en discute »</p> <p>→ « Du coup pour eux, ça apaise »</p>	<p>→ « Quand il découvre qu'il va être éventuellement candidat pour avoir ce traitement-là, eh bien, ils ont quelquefois des questions. Moi, je leur dis déjà surtout de préparer leur question parce que le médecin va les voir »</p> <p>→ « Je leur dis le médecin va tellement vous donner d'informations qu'à un moment donné, vous allez peut-être oublier les questions que vous vouliez poser, donc n'hésitez pas à les préparer à l'avance, de les écrire pour que lors de la consultation »</p> <p>→ « Ce sont des conseils comme ça »</p> <p>→ « Ils ont une personne référente entre moi et mes collègues »</p>	<p>→ « Ça enlève une angoisse, un stress, une appréhension et quelque part, ça les rassure de savoir que c'est un des trois manipulateurs qu'ils connaissent, là qui les voit en consultation, qui va faire peut-être le premier traitement qui va les revoir plusieurs fois »</p> <p>→ « Ils sont contents de nous revoir, même s'ils sont dans un parcours qui n'est pas forcément évident »</p> <p>« Mais comme quoi il y a un lien quand même qui se crée et qui facilite un peu les choses. Ça enlève un stress, je pense aux patients »</p> <p>→ « Le fait de tout expliquer, de tout décortiquer avec le patient, c'est comme si on était à côté de lui »</p>

	<p>→ « Il y a une relation de confiance, on se connaît, donc du coup, ça dédramatise un peu la situation »</p> <p>→ « On personnalise, on parle avec eux, on vérifie avant de faire le traitement qu'il ait bien tout ce qu'il faut »</p> <p>→ « Dès fois, il faut trouver le chemin. Mais ça, c'est au feeling »</p> <p>→ « On a un peu plus le temps que le médecin pour parler et donc on prend le temps et du coup ça, se fluidifie les choses et les patients sont plus sereins et quand ils doivent revenir, ils sont moins anxieux »</p> <p>→ « Pour moi, c'est qu'on va accompagner le patient. On va bien lui expliquer, on va faire le traitement, il sera préparé, il sera accompagné pour que ça se passe le plus limpidement possible »</p> <p>→ « Tu es là pour prendre son soin de lui entre guillemets pour que le traitement, les images se passent le mieux possible »</p>	<p>→ « L'accompagnement après il vient dans le fait qu'on précise qu'on est trois manipulatrices qui allons-nous occuper d'eux, là le jour même de l'injection, ils sont hospitalisés une nuit, donc on va les suivre à leur chambre et on les retrouve le lendemain matin, qu'ils vont avoir une imagerie et ils rentrent chez eux après. Et surtout, qu'ils n'hésitent pas à nous appeler s'ils ont des questions »</p> <p>→ « Il ne faut pas qu'ils hésitent à nous contacter s'il y a un souci »</p> <p>→ « Ce suivi n'est pas physique, pas en consultation avec nous »</p> <p>→ « C'est une forme d'accompagnement pour le patient le suivi, et ça a vraiment un côté rassurant. Parce qu'ils se sentent vraiment bien pris en charge, que s'ils ont une interrogation, s'il y a un souci, ils savent qu'ils nous ont, nous, comme interlocuteurs, que ce soit par mail, par téléphone »</p>	<p>effectivement et qu'on l'accompagnait dans sa démarche de soins. Et c'est comme si on lui donnait un tout petit peu la main en fait, parce qu'on lui dit exactement tout ce qui va l'attendre »</p> <p>→ « Tu les accompagne vraiment après quand tu leur explique les injections qu'ils vont devoir faire, tu leur dis il va falloir prendre rendez-vous avec une infirmière libérale, il va falloir faire les injections à telle heure, le lendemain à telle heure »</p> <p>→ « Vraiment on est à côté d'eux en fait. Pour moi, c'est ça l'accompagnement. C'est vraiment essayer de...même d'anticiper les questions que les patients pourraient se poser parce qu'on sait que dès fois ils n'osent pas poser des questions et puis de vraiment les accompagner au mieux dans leur séjours et leurs traitements »</p>
--	--	--	---

	<p>→ « Le but c'est accompagner le patient dans le temps et l'aider »</p> <p>→ « On va l'intégrer un peu plus, on va lui demander des choses, on va lui apporter des réponses, on va chercher à voir s'il a des besoins »</p> <p>→ « Ça les relâche et ils sont détendus. Et du coup, ils sont tout de suite plus à même de continuer »</p> <p>→ « On va poser des questions, on va parler, discuter, identifier leur peur, trouver des solutions, essayer au max de les détendre, de les rassurer »</p> <p>→ « La consultation ce n'est pas juste balancé des informations sur le traitement et ses étapes et dire « bon voilà c'est tout » non, c'est aussi prendre le patient dans sa globalité, le comprendre, tout ça, pour que le traitement se passe dans de bonnes conditions »</p> <p>→ « L'accompagnement est aussi important. Il est toujours là, de toute façon</p>	<p>→ « Qu'on est vraiment là s'ils ont besoin à tout moment »</p> <p>→ « Que sinon, ils n'hésitent pas à nous contacter et nous tenir informés, surtout si jamais ils ne vont pas bien »</p> <p>→ « Il y a le conseil »</p> <p>→ « Quand on est au dernier traitement, pour eux de se dire que bah ils vont être lâcher... pas livrés à eux-mêmes parce que l'oncologue qui les suit déjà est là, mais parce qu'ils sont habitués à nous en fait, puisque dès le départ on les prend par la main, on les maternelle »</p> <p>→ « Je leur conseille un peu en fonction de ce que m'ont dit les patients précédemment, parce que maintenant, je dirais que j'ai quand même vu plus d'une soixantaine de patients pour ces traitement-là »</p>	<p>→ « Le suivi, il fait plutôt médicalement... Nous, les paramédicaux, on n'a pas de suivi sur ces patients-là après »</p> <p>→ « La consultation qu'on avait mis en place, c'était déjà pour tout lui expliquer, l'accompagner, prendre soin de lui au maximum »</p> <p>→ « L'information seule, ce n'est pas suffisant. Justement la mise en place d'une consultation paramédicale c'est pour rendre un peu plus humain, on va dire entre guillemets, le déroulé du séjour et du traitement et tout ça »</p> <p>→ « Nous justement on a mis ce temps-là en plus pour accompagner aussi le médecin, pour revenir sur des points qu'ils n'ont pas compris et pour développer les points qui vont être importants pour le patient justement »</p> <p>→ « Dans l'échange en fait aussi on leur dit que de toute façon, à la fin de la consultation aussi, malgré le fait</p>
--	---	---	---

	<p>l'accompagnement du patient il est toujours là »</p> <p>→ « Non, non, non, il n'y a pas de suivi de notre part... c'est l'oncologue qui fait le suivi »</p>		<p>d'avoir fait tout ça, s'ils ont encore des questions qui leur viennent à l'esprit, donc on leur demande de téléphoner »</p> <p>→ « Il y a plein d'échanges qui se font et du coup, il y a vraiment un accompagnement »</p>
<p>Un temps d'information</p>	<p>→ « En fonction de la population qu'on a, ce ne sont pas les mêmes questions qui nous sont posé en consultation. Par exemple, les femmes et les hommes n'ont pas les mêmes besoins au niveau de l'information »</p> <p>→ « Ça va être la ré-explication, des explications du traitement et de l'attitude à avoir après que le médecin a vraiment que survolé. Donc sans ça, on ne peut pas passer à l'étape d'après qui est le traitement »</p> <p>→ « Ils reçoivent un passeport un petit livret explicatif du traitement »</p>	<p>→ « On va leur expliquer comment va se dérouler le traitement, l'hospitalisation, les imageries qu'ils auront à tel moment »</p> <p>→ « Mais une consultation pour expliquer en soi le traitement, en général, c'est quand même médical parce qu'il y a quand même des informations que le médecin veut recueillir »</p> <p>→ « Mais elle aborde tout l'aspect vraiment médical »</p> <p>→ « Il faut vraiment qu'il ait conscience de l'importance et non pas de dire bah</p>	<p>→ « Pour leur expliquer vraiment le déroulement du séjour, le déroulement du traitement, leur expliquer toutes les règles de radioprotection qu'ils vont devoir suivre une fois qu'ils auront eu le traitement. Et puis, on leur explique aussi pourquoi on va les mettre en chambre plombée pendant quelques jours, pour qu'ils aient vraiment connaissance de tout ce qui les attend »</p> <p>→ « On est là pour leur réexpliquer toutes les étapes du traitement et puis vérifier que ça a bien été mis en œuvre »</p>

	<p>→ « J'ai tous les PowerPoint de chaque type de traitement »</p> <p>→ « Le patient, quand il arrive, on lui donne beaucoup d'informations »</p> <p>→ « On a parlé aussi des supports PDF, il y a aussi des démonstrations, des illustrations pour expliquer et informer le patient »</p> <p>→ « Faire des démonstrations avec le matériel pour lui montrer comment sera pris le traitement »</p> <p>→ « Le but, c'est de lui donner l'information et m'assurer qu'il l'est »</p> <p>→ « Le but c'est qu'il ait les informations et qu'il soit serein »</p> <p>→ « Nous on a préparé des PDF, on a une trame »</p> <p>→ « S'il y a des questions ou quoi, on bifurque. C'est pour ça qu'on a la trame pour ne rien oublier »</p> <p>→ « Parce que dès fois, c'est vrai qu'on peut partir partout pendant une</p>	<p>non aujourd'hui, il pleut, je ne veux pas y aller »</p> <p>→ « Donc on va leur expliquer le but du traitement et qu'il faut donc être à distance des injections de somatuline pour le lutathera »</p> <p>→ « Que le but ça va être non pas d'éradiquer le cancer qu'ils ont mais c'est pour stabiliser la maladie, qu'avec le scanner qu'ils ont passé, on voit là où on en est, qu'il y aura d'autres scanners, d'autres imagerie réalisée tous les trois mois pour évaluer justement l'efficacité du traitement »</p> <p>→ « Le médecin explique un peu tout le processus et comment ça va s'organiser, s'articuler le traitement »</p> <p>→ « Il faut bien sûr que les patients soient sensibilisés dans tous les cas »</p> <p>→ « Ce n'est pas un traitement comme ça, pas comme juste un antibiotique »</p>	<p>→ « On est là pour répondre à leurs questions et on est là pour leur apporter des informations auxquelles ils n'ont pas pensé, par exemple les règles de radioprotection, ils n'y pensent pas forcément beaucoup »</p> <p>→ « On est vraiment là pour leur donner un maximum d'informations de façon, à ce qu'ils sachent vraiment à quoi s'attendre et qu'ils soient plus confiants et plus rassurés en fait »</p> <p>→ « Nous, on a des supports. On a des PowerPoint pour chaque type de pathologie... c'est un fil conducteur pour être sûr qu'on n'oublie pas d'informations importantes »</p> <p>→ « Le PowerPoint, on l'a fait dans un certain ordre. Mais effectivement, quelquefois, ce n'est pas du tout l'ordre là, qu'on va prendre »</p> <p>→ « Moi je fais au feeling en fonction de ce que le patient me dit. Et après le</p>
--	---	---	---

	<p>consultation, et il faut revenir et ne pas oublier les infos, c'est ça qui est important »</p> <p>→ « Il faut faire chambre séparée. On leur demande s'ils vivent seuls, s'ils vivent en couple, s'ils ont des enfants, de la famille »</p> <p>→ « Après moi j'en ai eu un, il m'a dit moi je pars d'ici le lundi, je saute sur mon bateau, je mets au milieu de la mer pendant une semaine (rire). Bon, voilà là, la radioprotection, ça va être facile »</p> <p>→ « S'ils ont des voyages après, parce qu'il faut faire des ordonnances qui stipule qu'ils ont eu un traitement radioactif parce que sinon, ça peut faire sonner le portillon. Mais du coup, il ne va pas pouvoir prendre le vol »</p> <p>→ « Dès fois, on a des femmes avec des enfants en bas âge. Là, ça devient compliqué. Il faut bien cadrer le truc. Pareil, si elles ont des menstruations, il faut gérer aussi »</p>	<p>→ « Le côté radioprotection est toujours rappelé en bas que, bien sûr toutes les informations sont données »</p> <p>→ « Ce n'est pas la même recommandation de radioprotection en fonction du radioélément utilisé pour le traitement »</p> <p>→ « Effectivement, pour les bébés femmes enceintes on suggère quand même de prendre des précautions »</p> <p>→ « Si effectivement ils ont compris toute l'information, on est sûr qu'on va pouvoir faire le bon traitement »</p>	<p>PowerPoint il peut te servir à vérifier que tu n'as pas oublié un point »</p> <p>→ « On leur explique le fonctionnement un peu du traitement, que ça soit pour le lutathera ou pour autre chose. On leur explique ce qu'il faut faire avant le traitement, on leur explique le séjour en chambre plombée, les contraintes qu'il y aura là-bas et après le balayage de scintigraphie »</p> <p>→ « On fait un atelier pour lui montrer concrètement comment sera le traitement »</p> <p>→ « On leur explique une première fois comme ça ils ont vu, ils ont visualisé comment ça allait se passer »</p> <p>→ « L'information on est obligé de la dire »</p> <p>→ « On leur explique pourquoi on les met en chambres plombées, parce qu'ils émettent un rayonnement et on</p>
--	--	--	---

			<p>leur explique aussi pourquoi on les laisse sortir au bout de tant jours »</p> <p>→ « Ils comprennent bien et je pense qu'ils respectent parce qu'à partir du moment où ils ont compris souvent les enfants ils les amènent chez les grands parents, chez des amis »</p> <p>→ « On essaye de faire en sorte qu'ils assimilent bien pour les femmes qui ont des règles par exemple à la sortie, on leur explique bien il faut mettre les serviettes hygiéniques dans un sac, vous mettez ça dans votre garage ou dans votre jardin pendant deux mois et après vous les jeter dans les ordures ménagères »</p>
<p>Position et posture du Manip RIV</p>	<p><u>Position</u></p> <p>→ « Moi je leur explique que je suis un manip, donc déjà, ce que moi je leur dis en général, c'est que je suis un infirmier mais</p>	<p><u>Position</u></p> <p>→ « Nous on est paramédicale »</p>	<p><u>Position</u></p> <p>→ « L'intérêt de notre consultation, on leur dit dès le départ nous ne sommes pas des médecins on trouve que ça</p>

	<p>un infirmier qui a le droit de jouer avec les rayonnements »</p> <p style="text-align: center;"><u>Posture</u></p> <p>→ « Si par exemple un patient a des difficultés sur certains points, on va avoir une attitude spécifique qui n'aura pas lieu d'être avec un autre patient qui n'a pas ses difficultés »</p> <p>→ « Je leur explique que je travaille sous la tutelle du médecin donc voilà, et que je suis là pour les accompagner naturellement »</p> <p>→ « C'est différent en fonction des patients et des métiers. Tous ce qui est prof en général, profs ou infirmiers, ce sont des métiers qui sont compliqués et il faut que ça soit comme ça, Ils veulent tout savoir. Dès fois ils pensent en savoir plus que toi. Donc il faut savoir aussi les laisser un peu croire qu'ils en savent plus que toi pour avancer. L'essentiel, c'est qu'ils arrivent au</p>	<p>→ « C'est vrai qu'au départ, on peut être le premier interlocuteur avant le médecin »</p> <p>→ « Il y a des informations que le médecin doit recueillir et ce n'est pas nous les manip qui allons faire ça »</p> <p>→ « Ce n'est pas nous, dans notre fonction, notre rôle, on n'est pas compétent »</p> <p style="text-align: center;"><u>Posture</u></p> <p>→ « Moi j'écoute »</p> <p>→ « J'écoutais beaucoup parce qu'après, en fait, les patients, quelquefois on leur a donné cette information là mais ils ne s'en souviennent pas ou ils n'ont pas compris l'information et ils reposed la question. Et comme j'ai assisté à la consultation, je pouvais les apporter des réponses, je trouve ça très intéressant »</p> <p>→ « On essaye de transmettre, qu'on est l'interlocuteur en fait, entre les cures, entre les traitements, même dans la</p>	<p>enlève une petite gêne, que les patients peuvent avoir à poser des questions parce que dès fois, ils ont l'impression qu'ils ne sont pas légitimes pour certaines questions, quand ils les posent au médecin, ils ont peur qu'on les juge parce qu'ils trouvent que c'est une question bête ou que c'est une question qui n'a pas de raison d'être et dès fois, ils ne parlent pas beaucoup avec le médecin mais à nous, ils vont se confier beaucoup plus »</p> <p>→ « On expliquait qui on était, pourquoi on faisait la consultation »</p> <p style="text-align: center;"><u>Posture</u></p> <p>→ « A chaque consultation, comme les patients sont différents, eh bien, on va devoir s'adapter aussi à la personnalité de la personne qu'on a en face de nous. On va rentrer plus ou moins dans les détails si on voit que la personne, elle, n'est pas apte entre guillemets, à tout comprendre »</p>
--	--	--	--

	<p>point. Et c'est là où est l'art de la consultation. C'est l'adaptation, s'adapter au patient, à la situation »</p> <p>→ « C'est son choix. On est obligé d'assumer, de s'y plier »</p>	<p>surveillance après, puisqu'on va les suivre pendant un an après le début de la première cure »</p> <p>→ « Ça dépend comment on a intégré sa profession au départ. Pour moi, le côté soignant, le côté infirmier me plaît »</p> <p>→ « Je fais de l'imagerie, je check la technicité des caméras mais en même temps, j'ai ce côté vraiment pratique de soignant qui me plaît »</p> <p>→ « Il y a des patients qui sont fermés également. Donc effectivement, avec eux, eh bien, on va se contenter de faire les gestes techniques »</p> <p>→ « Moi, je ne vais pas m'immiscer si je sens que le patient n'a pas forcément envie de s'exprimer, de parler, forcément pas de la maladie, mais même autrement »</p> <p>→ « C'est pareil aussi je me cantonne à ce que je sais. S'il y a une question qui vient de leur part et que je ne sais pas</p>	<p>→ « C'est à nous de prendre du recul à un moment donné et se dire bon, ça, ce n'est pas la peine que je lui en parle parce que ça va être trop compliqué. Même si je ne lui explique pas, ça ne va pas ça ne va pas pénaliser le patient parce que ça n'aura pas d'impact sur sa prise en charge, mais ça va peut-être lui enlever un stress »</p> <p>→ « Le fait de lui donner cette information-là, je vais peut-être le stresser plus que je ne vais l'aider. Donc c'est à nous de voir un peu dans quelle position on se met à rapport à ça mais au global, ce qu'on veut, c'est rassurer le patient et être complètement transparent par rapport à ce qui va se passer »</p> <p>→ « On n'a pas une posture de professionnelle. On a plutôt une posture de quelqu'un qui discute avec eux, qui est à leur portée en fait, et il</p>
--	---	--	--

		<p>répondre, je vais écouter, on va demander au médecin ou vous demanderez au médecin ou je vais demander et je lui dis de venir vous voir, ou je lui demande et je vous donne la réponse. Parce qu'on n'est pas médecin, on a des limites »</p> <p>→ « Qu'il ne faut pas être trop agressif ou trop vexer les gens, donc toujours beaucoup de diplomatie »</p>	<p>n'y a pas de filtre en fait, il n'y a pas de tabou »</p> <p>→ « Savoir respecter le silence d'une personne »</p> <p>→ « Il y a des gens qui ne parlent pas beaucoup et il faut aussi savoir respecter ça. Que si une personne n'a pas envie de parler, eh bien, il faut accepter qu'elle ne parle pas »</p> <p>→ « Et accepter de prendre du temps pour que peut-être tu arrives à débloquer quelque chose »</p> <p>→ « Je sais qu'en éducation thérapeutique par exemple, ils disaient que justement, pour éviter ce rapport un peu hiérarchique entre le professionnel et le patient, ils y en avaient qui disaient qu'ils faisaient leurs consultations sans mettre de bureau, parce que mettre un bureau des gens entre toi et le patient, c'est mettre une barrière »</p>
--	--	---	---

			<p>→ « J'essaie de me mettre de me pencher vers le bureau pour être proche d'eux »</p> <p>→ « Si tu restes derrière ton bureau comme ça, éloignée, tu parles d'une voix monocorde et qu'ils ne sentent pas qu'il y a une chaleur humaine qui se dégage, tu ne vas pas les mettre à l'aise. En fait, ta posture, elle va conditionner un peu le déroulement aussi de ta consultation »</p> <p>→ « Il y a des gens avec qui ça ne passera pas parce qu'il y a des gens ils arrivent ils sont complètement... je ne sais pas si c'est leur personnalité qui est comme ça ou quoi mais ils sont fermés et tu as beau ramé, faire des efforts, tout ce que tu veux mais t'arrivera pas »</p> <p>→ « J'essaie de prendre toujours un ton euh je ne veux pas faire la personne qui apprend à l'autre. J'essaie de discuter d'égal à égal »</p>
--	--	--	---

			<p>→ « J'essaye de me mettre à la même hauteur que le patient, pour que vraiment il ne ressente pas que c'est moi qui lui apprends quelque chose, mais en fait que je suis juste là pour délivrer une information et écouter ces questions et que je lui réponde, donc c'est vraiment d'égal à égal »</p> <p>→ « Dans ma voix, j'essaye d'être gentil si tu veux, avenante, attentionnée, je les encourage à parler »</p> <p>→ « Quand ça arrive, que la personne craque, soit à cause de ça, soit pour autre chose, parce que vraiment ça ne va pas ben il faut accepter que la personne pleure »</p> <p>→ « Tu prends ton patient en charge en fonction de ce qu'il est et pas en fonction de ce que tu veux faire toi. C'est lui qui mène la danse et ce n'est pas toi en gros »</p>
--	--	--	---

			<p>→ « Au moment où on fait le traitement, on est les dernières personnes qui vont les voir »</p> <p>→ « Certains, ils savent tout mieux que toi et c'est tout l'inverse... là c'est pareil, c'est aussi un peu à toi euh, tu dis, moi je suis là pour vous délivrer des informations, je sais que vous connaissez déjà plein de choses, alors il ne faut pas aller les braquer »</p>
--	--	--	---

La formation

<u>Sous-thèmes</u>	<u>Entretien 1</u>	<u>Entretien 2</u>	<u>Entretien 3</u>
Formation initiale	<p>→ « La formation de base euh non ça n'a pas beaucoup servi, bah après la prise en charge du patient, ces choses-là, oui, mais techniquement, sur le traitement lui-même brut, non »</p> <p>→ « Moi c'était il y a longtemps, il n'y avait pas la RIV en soit, ça n'existait pas du tout non plus »</p> <p>→ « Je ne suis pas sûre qu'en 2000... 2005, il y avait de la RIV déjà »</p>	<p>→ « Non »</p> <p>→ « Je suis sorti en 95 de l'école donc ça fait 28 ans que je travaille en médecine nucléaire tout le temps »</p>	<p>→ « La formation initiale, pas vraiment »</p>
Formation continue	<p>→ « J'ai été formé par mes collègues en interne »</p> <p>→ « J'ai fait deux, trois... deux, trois consultations avec mes collègues »</p> <p>→ « Elles m'ont expliqué ce qu'il fallait faire, pas faire, tout ça, elles m'ont un peu expliqué en interne »</p> <p>→ « J'étais doublé et puis, bah après tranquillement, j'étais lâché avec, si besoin, j'appelais mes collègues »</p>	<p>→ « Non »</p> <p>→ « Je n'ai pas été formée »</p> <p>→ « Oui, j'ai formé toutes mes collègues »</p> <p>→ « Oui en interne, il n'y pas eu d'autre formation. En interne, elles observent, voient comment faire, je les montre et voilà, elles mettent en pratique. Si elles ont</p>	<p>→ « On peut faire quand même des consultations sans être formé encore à l'ETP. Moi avant de faire des consultations thyroïde je n'avais pas eu de formation spécifique »</p> <p>→ « J'ai vu comment elle faisait, après, tu te renseigne un peu pour te faire un petit peu ta propre méthode pour personnaliser en fait la consultation »</p>

	<p>→ « Je vais faire une formation d'éducation thérapeutique »</p> <p>→ « L'ETP c'est ça, c'est s'adapter à chacun et lui trouver des solutions</p> <p>→ « J'ai eu des formations sur le savoir écouter, savoir échanger, j'ai fait aussi un peu de l'hypnose conversationnelle pour les accompagner au niveau de l'hypnose, La discussion positive »</p>	<p>des questions je suis là, j'explique »</p> <p>→ « J'ai essayé de faire une formation plus en relation pour les patients en fin de vie, donc faire une formation avec les infirmières comme la formation continue »</p>	<p>→ « Un programme d'éducation thérapeutique qui est mis en place. Là tu es obligée d'avoir une formation d'au moins 40 heures ou un DU en fait »</p> <p>→ « J'ai eu la formation de 40 heures »</p> <p>→ « On te forme en te disant que la priorité, c'est le patient. Parce que l'éducation thérapeutique, on dit que ce n'est pas un acte de soins, c'est vraiment la prise en charge de la personne en parallèle du soin »</p> <p>→ « Ça n'a pas eu d'impact sur ma façon de prendre en charge le patient parce que, comme on mettait déjà le patient au cœur du problème, en fait, il était déjà central »</p> <p>→ « Tu apprends beaucoup de techniques, beaucoup d'empathie »</p> <p>→ « La formation éducation thérapeutique, même si ce n'est pas adapté à ce qu'on fait nous, parce que c'est trop, enfin on peut s'en servir »</p>
--	---	---	--

<p>Acquis par expérience</p>	<p>→ « Avant de faire de la médecine nucléaire, j'ai fait beaucoup de radiothérapie donc avec ce côté relationnel, le suivi »</p> <p>→ « Entre guillemets, mon point fort avec les patients, c'est que j'ai un peu l'habitude avec la radiothérapie »</p> <p>→ « Les compétences de traitement des rayonnements, ces choses-là, oui, parce qu'en plus moi j'ai fait de la radiothérapie, donc les traitements, la curiethérapie, tout ça, j'avais des petites notions »</p> <p>→ « Avec l'expérience, en deux ou trois questions, on arrive à cerner un petit peu les gens, on arrive à savoir, à identifier leur appréhension, leur état de stress »</p> <p>→ « Ces expériences-là, tout ça fait que pour les consultations, ça se passe bien »</p> <p>→ « C'est vraiment l'ensemble de mon expérience en radiothérapie, de mes formations-là qui ont contribué à tout ça et c'est devenu naturel »</p>	<p>→ « J'ai été en fait à la recherche clinique »</p> <p>→ « En fait, moi j'en fait depuis très longtemps et ensuite j'ai fait de la recherche clinique pendant 3 ans »</p> <p>→ « J'ai également rebasculé sur le fonctionnement de la médecine nucléaire sans rester à la recherche clinique, mais à ce moment-là, oui, j'ai assisté à toutes les consultations »</p> <p>→ « C'est plutôt une expérience à l'ancienneté, le fait de travailler depuis longtemps m'a formé pour la RIV »</p> <p>→ « En fait, c'est au fil de l'eau je dirais, parce que travaillant dedans, baignant dedans, eh bien ça vient comme ça »</p>	<p>→ « Je faisais déjà les consultations depuis plus de deux ans avant d'avoir la formation éducation thérapeutique »</p> <p>→ « Je pense que tu pioche aussi dans ton vécu et dans le ton... comment dire, les expériences que tu as eues. Tu pioches aussi là-dedans pour réussir à faire quelque chose de mieux dans tes consultations »</p> <p>→ « Tu pioche aussi des choses à l'extérieur »</p>
-------------------------------------	--	---	---

Les compétences

<u>Sous-thèmes</u>	<u>Entretien 1</u>	<u>Entretien 2</u>	<u>Entretien 3</u>
Compétences opérationnelles	<p>→ « On est vraiment en autonomie quasiment »</p> <p>→ « On fait aussi également l'injection, donc on est fait en autonomie là. Le médecin nous donne juste le feu vert »</p> <p>→ « En soi, c'est toujours la même consultation et on réagit en fonction du patient »</p> <p>→ « S'ils ont des problèmes, il faut s'adapter avant et non pendant le traitement »</p> <p>→ « Par exemple, j'ai eu un patient, un jour, il ne pouvait pas avaler la gélule d'iode. Donc on est passé sur l'iode liquide, mais ce n'est pas du tout la même façon de faire, il faut anticiper, gérer ça »</p>	<p>→ « Il y a des informations que le médecin donne et après si le patient n'a pas bien compris il pose une question et Il faut réussir à répondre, ce qui peut être compliqué parce qu'également les patients quand même essayent de poser des questions, quelquefois comme par exemple « est-ce que je vais mourir », mais quand même des questions quelquefois bien cerné. Il faut s'adapter en fait. Pour nous être sur nos gardes et bien savoir répondre et s'aider justement de la consultation de ce qui a été dit »</p> <p>→ « C'est nous qui administrons le traitement au patient, on fait l'injection et tout »</p> <p>→ « Ça demande beaucoup de concentration. C'est ce que disent mes collègues qui m'ont rejoint. C'est que ce</p>	<p>→ « On a un logiciel qui recense en fait toutes les consultations, les comptes rendus de consultations, que ça soit par l'oncologue, le médecin nucléaire, la diététicienne, le chirurgie »</p> <p>→ « Quand on a un nouveau patient ou un ancien patient, on relit un peu son historique pour se remettre un peu les choses en place. Et comme ça, on connaît le dossier parce que quelquefois il y a une pathologie à un endroit donné. Mais il peut y avoir d'autres choses ailleurs. C'est bien qu'on le sache aussi »</p> <p>→ « Moi je sais que j'aime bien aller lire les dossiers de façon profonde pour bien m'imprégner de tout son passif »</p>

	<p>→ « Il faut poser toutes ces questions parce qu'ils ne vont pas avoir la même attitude »</p> <p>→ « On s'adapte aux patients »</p> <p>→ « C'est nous qui validons avec le médecin si le patient est apte »</p> <p>→ « Je ne pouvais pas juste lui montrer, il fallait qu'elle essaie. Je suis allé chercher une paille tout neuf qu'elle met à la bouche avec une gélule de doliprane, car elle sa peur était d'avaler. J'ai alors coupé court à la consultation et j'ai commencé par ça. Une fois qu'elle a vu qu'elle pouvait l'avaler, tout allait bien. J'ai repris la présentation et je suis repartie à zéro. Et la consultation s'est très bien passée »</p>	<p>travail de suivi des patients, ça demande vraiment beaucoup de concentration »</p> <p>→ « Ça demande justement beaucoup de réflexion, de savoir comment agir, comment récupérer les informations »</p> <p>→ « En général j'essaie d'être très rapides, même quand ils m'appellent ou qu'ils m'envoient un mail, on répond »</p> <p>→ « C'est vrai que d'avoir pris en charge des patients et de les connaître un peu au départ...de connaître un peu la pathologie, aussi, de bien avoir les connaissances un peu aussi du type de traitement du fait de la maladie, je dirai qu'il n'y pas vraiment une compétence essentiel mais un ensemble de chose, de savoir, de connaissance, de ressources, de compétences quel soit technique, relationnel, communication</p> <p>→ « Donc on a un tableau Excel sur lequel on rentre tous les patients qui sont</p>	
--	--	---	--

		<p>justement en traitement et les patients qui ont fini »</p> <p>→ « Quand en amont, on a toutes les informations à recueillir, c'est ce qu'on appelle le Baseline, dans le Baseline donc on va avoir toute l'imagerie antérieure, de voir à quelle date il a tel examen avant de commencer, à quelle date il a son scanner, à quelle date est la consultation, est ce qu'on a un bilan récent »</p>	
<p>Compétence temporelle</p>	<p>→ « On prend le temps et l'effort voilà. S'il faut répéter quatre fois, cinq fois, on le fait »</p> <p>→ « Si c'est une consultation dite compliquée parce qu'on a beaucoup de choses à voir ou à revoir ou quoi, donc Il faut prendre le temps »</p> <p>→ « Nous on prend le temps »</p>	<p>→ « On n'est pas qu'avec eux parce qu'on a souvent d'autres injections en même temps. Mais on est bien là quand même et tout le temps, et pour chaque geste que l'on vient, on échange »</p>	<p>→ « Tu essaies vraiment de prendre le temps pour ton patient, quitte à ce que ça dure plus d'1 h la consultation ce n'est pas grave on est là pour ça en fait »</p> <p>→ « Tu dis est ce que vous êtes capable qu'on reprenne maintenant où vous voulez encore vous poser un peu ? Est-ce que vous voulez sortir, prendre l'air, pour reprendre vos esprits et revenir ? »</p>

	<p>→ « Si avec le patient, ça ne passe pas ou que tu ne prends pas le temps, ou autre, ça va être compliqué »</p>		
<p>Compétence communicationnelle</p>	<p>→ « Oui elles me viennent des expériences et de moi-même, de ma personnalité »</p> <p>→ « Dès fois ce sont des gens qui vont être très stressés sur un point ou pas. Donc ça c'est à nous de rassurer les choses, c'est à la volée qu'on fait ça »</p> <p>→ « Donc on les revoit après ou alors c'est notre visage, ils nous reconnaissent et ça les calme et les rassure de voir les mêmes personnes »</p> <p>→ « On est là pour quelque chose qui est quand même assez lourd pour le patient. Ce n'est pas juste une prise de sang. Il peut y avoir du stress, mais là, de reconnaître les visages et tout, de reconnaître les manip les rassure »</p>	<p>→ « On échange beaucoup »</p> <p>→ « On est joignables et on échange beaucoup beaucoup par mail »</p> <p>→ « Quand ils sont le jour-là présent, c'est vrai qu'il y a de l'écoute dans tous les cas »</p> <p>→ « L'écoute elle est importante, même quelquefois au téléphone »</p> <p>→ « J'ai des patients qu'on avait déjà traités il y a trois ou quatre ans qui reviennent pour un nouveaux traitement, donc on se connaît bien que ça soit moi ou mes collègue »</p> <p>→ « Ils nous parlent de leurs familles et tout, c'est pour ça on retient un petit peu au fur et à mesure la vie du patient »</p>	<p>→ « On va quand même échanger beaucoup avec le patient pendant les consultations et pendant les traitements »</p> <p>→ « Acquérir des outils qui étaient mis à disposition pour faciliter et montrer que justement, chaque personne est différente et que quand tu veux faire passer un message, si tu veux faire parler quelqu'un qui ne veut pas parler, eh bien tu as des outils à disposition qui évoquent des choses complètement différentes d'une personne à l'autre, mais qui peuvent débloquent des situations »</p> <p>→ « C'est de créer un climat de confiance, d'échange, qu'on soit à l'aise et tout »</p> <p>→ « Le cadre de sécurité »</p> <p>→ « Le cadre de confiance »</p>

	<p>→ « Durant tout ce que j'avais à faire pendant 1 h et demi, on a parlé de tout et de rien. Parce que du coup, je le connais un peu ce Monsieur. On discute et tout... Du coup le patient, on fait le traitement... voilà, pas de stress, détendu, on rigolait, on papotait... »</p> <p>→ « Il va se confier, il va parler »</p> <p>→ « Dès fois, on passe dix minutes à parler comme si on était au café »</p> <p>→ « C'est la relation de confiance qui s'instaure. On rigolait, on papotait, ça fait partie du truc en fait, comme ça, la prochaine fois que je le vois, très rapidement, on sera dans une relation calme, détendu et ça va rouler. C'est ça le plus important »</p> <p>→ « Il faut avoir un bon relationnel avec le patient »</p> <p>→ « Là c'est sûr, savoir écouter, discuter ces choses-là qui sont importantes »</p>	<p>→ « On essaie de retenir les noms de leurs enfants et petits-enfants et ils aiment bien »</p> <p>→ « C'est à dire de les mettre à l'aise »</p> <p>→ « On va échanger sur la famille, sur un peu leurs centres d'intérêts. Si j'ai une patiente qui est très bonne cuisinière, là il y en a un ils adorent les bouquins, donc je lui parle littérature c'est un grand mot, mais je peux parler de tous les sujets »</p> <p>→ « On ne parle pas de la maladie »</p> <p>→ « La confiance auprès du patient ça vient vraiment naturellement »</p> <p>→ « J'ai aussi des patients qui étaient dans le déni complet. Alors là, c'était très compliqué »</p> <p>→ « Mais après moi je dis c'est en fonction de chacun des patients, de ceux qui ont envie de parler, de savoir un petit peu »</p> <p>→ « Avec l'expérience des autres patients qui se sont exprimés avant, eh bien c'est</p>	<p>→ « C'est bien pour instaurer un climat de confiance. J'ai dit, « si vous avez un truc qui ne va pas, n'hésitez pas à me dire, moi je prends cinq minutes si vous avez besoin de sortir, si à un moment ça ne va pas dans la consultation, vous me le dites » et tu vois, ce sont des détails, mais le patient Il va être content parce qu'il se dit ouf ça va faire tomber un peu la pression »</p> <p>→ « Avec un ton qui, comment dire... chaleureux quand même, même si je sais que dès fois, c'est compliqué parce que c'est quand même un cancer à la base »</p> <p>→ « Alors il faut trouver le dosage de discuter, d'échanger entre pas faire comme si c'était quelque chose de bénin qu'ils avaient mais en même temps ne pas dramatiser parce que c'est un cancer qui se soigne très bien. Donc c'est à toi de trouver un peu le dosage »</p> <p>→ « C'est la reformulation. Parce que dès fois, tu te rends compte que tu parles, tu</p>
--	--	--	--

	<p>→ « Je dirais tous les modes de communication, verbale, non verbale »</p> <p>→ « Il faut être prévenant avec le patient, lui parler calmement, reformuler s'il n'a pas compris, ces choses-là »</p> <p>→ « Il ne faut tout bâcler et juste donner de l'information parce qu'il faut le faire mais adopter une manière qui facilite la compréhension du patient »</p> <p>→ « C'est le relationnel, il faut être accueillant, chaleureux même si le patient il est fermé »</p> <p>→ « Eh bien pour les patients stressés comment gérez ça ? eh bien ça se fait au feeling »</p> <p>→ « Une petite blague ou deux, ça va passer »</p> <p>→ « Y en a d'autres, je sais qu'il ne faut surtout pas faire de blagues, ils sont très carrés et l'humour n'a pas lieu d'être »</p> <p>→ « Reformuler, vérifier avec eux par des questions pour voir s'ils ont compris »</p>	<p>comme ça que, entre guillemets, on rassure de ce que je sais »</p> <p>→ « C'est le médecin référent qui est en consultation pendant 1 h avec eux. Là, il va les parler, les expliquer. Ça les met déjà aussi complètement en confiance. Il est vraiment à l'écoute et explique très bien de manière... comme un prof, avec les mots qu'il faut pour les patients, pour qu'il comprenne. Il n'est pas juste dans les sphères »</p> <p>→ « Naturellement, je ne réfléchis plus, ça vient comme ça »</p> <p>→ « Inconsciemment, ça vient, on ne s'en rend plus compte, mais on s'adapte toujours et toujours, les gens sont différents et leurs situations aussi »</p>	<p>parles, t'explique des trucs, est ce que c'est clair pour vous ? Oui, oui, oui, ils vont dire oui, oui. Et puis alors, est ce que vous pouvez me réexpliquer du coup, comment ça se passe les injections thyroïdiennes là ? « Ah ben oui, c'est vrai que ça, je n'ai pas trop compris ». Donc là, le fait de reformuler, bah tu te rends compte que l'information au final elle n'est pas comprise »</p> <p>→ « Le fait de reformuler, de leur faire parler pour voir s'ils ont bien compris bah ça, ça t'aide à vérifier que les informations sont passés »</p> <p>→ « Mais la reformulation, je trouve que c'est un bon outil, un bon outil pour vérifier tout ça »</p> <p>→ « Je pense qu'on ne peut pas faire des consultations comme ça dans RIV ou d'autres choses si tu n'as pas un minimum du relationnel avec le patient. Et ça va de pair avec l'information. Parce que si tu balances de l'information comme ça, de</p>
--	---	--	---

	<p>→ « C'est devenu naturel qu'on s'en rend plus compte. Je ne réfléchis plus à ça. C'est naturel comme ça. On rigole, on papote, on arrive à trouver les mots »</p> <p>→ « Il faut que ce soit naturel, il ne faut pas que tu passes ton temps réfléchir sinon la conversation n'est plus fluide »</p> <p>→ « C'est l'échange. Savoir communiquer en fait. Parce que la communication, c'est vaste »</p> <p>→ « Ce sont des personnes à qui il va falloir parler d'une certaine façon, d'autres il faut parler plus simple »</p> <p>→ « Il faut savoir s'adapter, c'est ça la communication. S'assurer que le patient comprenne bien ce qu'on veut et qu'il retienne »</p> <p>→ « C'est vraiment la communication qui est le plus important »</p> <p>→ « Même quand je fais le traitement, en fait on est dans le relationnel, c'est plaisant quoi, on a passé un bon moment</p>		<p>façon froide, sans mettre les formes, sans t'adapter à chaque fois à la personne que t'as en face, sans faire preuve d'empathie, je pense que tu n'auras pas le même résultat que si tu les envoies comme ça, comme si c'était un cours en fait »</p> <p>→ « Nous téléphoner, envoyer un SMS c'est encore un autre outil ça. C'est en plus de la communication, c'est le fait de pouvoir aussi communiquer, mais bon, je ne sais pas si c'est différent, c'est aussi de la communication, mais par un autre biais »</p> <p>→ « Le relationnel, parce que ça englobe un peu l'empathie, la chaleur humaine »</p> <p>→ « La communication après, sous toutes ses formes. Parce que dans la communication, il y a aussi la communication par rapport à ton attitude, ta posture, le ton, le respect des silences et tout ça, c'est dans la communication aussi. Donc ça serait communication plus que relationnel, parce que relationnel ce</p>
--	---	--	---

	<p>même si c'est des moment qui doivent être très stressant pour le patient »</p>		<p>n'est pas une compétence mais une qualité plutôt »</p> <p>→ « On discute avec eux, donc on les écoute aussi »</p> <p>→ « C'est un échange vraiment comme si on était amis presque dès fois »</p> <p>→ « On n'est pas là pour obliger les gens à parler, mais souvent ils ont besoin de parler donc tu es là pour discuter avec eux et c'est super intéressant »</p> <p>→ « Je sais que je suis très malade, mais ça me fait du bien de vous parler parce que je ne vois plus personne depuis longtemps, et rien que ça, ça me fait du bien »</p>
<p>Compétences personnelles</p>	<p>→ « Je suis très avenant avec les patients, les accompagner. Je suis très prévenant aussi »</p>	<p>→ « Beaucoup d'empathie avec le patient »</p> <p>→ « Moi j'ai beaucoup d'empathie pour les patients »</p>	<p>→ « Si tu fais du relationnel, si tu amènes aussi l'information et que tu sais t'adapter au patient et que tu tires un peu de ta propre vie à toi, je pense que tu arrives à faire quelque chose qui est efficace en fait dans le résultat et je pense que le patient</p>

	<p>→ « Il faut quelqu'un de posé, de calme, qui peut prendre le temps, qui sait écouter »</p> <p>→ « Je pense que pour faire la consultation il faut quelqu'un de posé, de calme »</p> <p>→ « C'est sûr qu'il faut être un minimum empathique, écouter... Si tu n'es pas empathique, ça va être compliqué »</p> <p>→ « Moi, j'ai toujours été comme ça, à vouloir accompagner les gens »</p> <p>→ « J'essaye de prendre tout le monde, un peu comme si c'était de ma famille »</p> <p>→ « J'essaie de faire au maximum, que tout se passe bien, d'accompagner, au petit besoin, de compenser »</p> <p>→ « J'ai tendance à être plus en contact avec les patients, quand ils sont un peu stressés, je pose ma main sur leur bras »</p> <p>→ « Je suis un peu plus proche que d'autres personnes mais voilà, ça fait partie de moi »</p>	<p>→ « Je suis une personne avec beaucoup d'empathie »</p> <p>→ « Et je pense que dans notre manière d'être, on arrive finalement, j'ai l'impression, à rassurer rapidement les patients »</p>	<p>il est sensible à ça, au fait que tu t'intéresses à lui, puisque ce n'est pas que balancer des infos, mais tu lui demande est ce qu'il y a des choses que vous ne pouvez pas faire ou est-ce que vous avez des problèmes, d'autres problèmes dont vous voulez qu'on discute et il sent que tu t'intéresses à lui et qu'il est au centre »</p> <p>→ « C'est typiquement quelque chose dans le comportement qui fait que tu vas les mettre à l'aise »</p> <p>→ « Par rapport à ta façon de te comporter, tu vas les mettre à l'aise pour qu'ils se livrent un peu plus »</p> <p>→ « Ceux qui choisissent de faire ça, c'est qu'ils ont déjà une petite sensibilité d'empathie envers les gens »</p> <p>→ « Je pense que quand tu choisis de faire par exemple des consultations, mais dans tous les domaines hein, c'est que tu aimes bien le relationnel avec les gens déjà, tu aimes les gens et tu aimes les aider. Tu aimes contribuer à leur rendre la</p>
--	--	--	--

→ « Je suis assez tactile avec les gens pour les rassurer »

vie plus facile et du coup, ça vient aussi un peu de toi, de ta... comment dire, de ta personnalité à toi »

→ « Tu essaies de la rassurer. Tu essaies de calmer un petit peu. Donc tu fais une parenthèse dans ta consultation. Mais là, c'est le côté humain en fait, que tu fais ressortir »

→ « Tu t'adapte vraiment en fonction de ce que la personne va te dire en face »

→ « Dans ma personnalité je suis comme ça »

→ « J'aime bien partager avec les gens et du coup je me dis que ça joue dans le bon déroulé en fait du traitement ça ne coûte rien à nous, mais pour le patient, c'est hyper important »

Une nouvelle facette du métier

Entretien 1

→ « Et puis voilà, ça c'est sympa aussi parce que du coup, en médecine nucléaire, on fait beaucoup d'images. Donc là, la consultation, discuter, échanger. C'est une nouvelle facette du métier qui est intéressant. Faire que le traitement, ça ne serait pas très intéressant je pense »

→ « En fait la consultation n'est jamais deux fois la même, mais c'est aussi ce qui fait qu'elle soit intéressante »

Entretien 2

→ « C'est là qu'en fait aujourd'hui, pour nous les manips RIV, on a un métier de soins infirmiers »

→ « On est autant infirmière que manipulatrice »

→ « Je suis très, très contente d'être manipulatrice radio mais j'aime beaucoup les soins »

→ « Je trouve que du coup, en associant le métier manipulatrice avec aujourd'hui ce côté dans des traitements thérapeutiques où on a un suivi des patients, c'est génial parce qu'on suit les patients, donc on établit vraiment une relation importante »

→ « C'est vrai que manip RIV.... eh bien moi je des collègues, [...]. Alors que la RIV ça relie vraiment deux choses technicité et relation à long terme on va dire avec le patient, surtout ce côté soin, et c'est vraiment un plus dans le métier de manip radio. Ce qui est différent d'un examen de base de quelques minutes, ici en RIV on prend vraiment le temps »

Entretien 3

→ « On est en parallèle du parcours de soins, même si nous, on considère que c'est quand même du soin, ce qu'on va faire, donner la gélule, expliquer aux patients comment on va prendre la gélule et tout ça, ça fait partie du soin »

→ « On essayait de voir justement comment appliquer ce qui est recommandé dans l'éducation thérapeutique au niveau de l'écoute du patient, voir comment on pouvait faire pour lui proposer des choses positives par rapport à ses problèmes à lui et vraiment se centrer sur la personne et prendre en compte tous les aspects humains, psychologiques, familiaux, les états physiques aussi. Donc t'intègre toutes les composantes de la personne »

Psychologie du MEM

Entretien 1

- « Moi j'aime bien parce que du coup, j'aide les gens et c'est important »
- « Dès fois quand tu rentres tu dis ah bah j'ai l'impression de ne pas être utile. Là au moins tu es utile, tu passes des bons moments, tu rencontres des gens qui sont intéressants »
- « C'est vrai que quand je rentre, j'aime bien me dire oui, j'ai aidé certaines personnes »
- « Moi un patient qui repart la tête avec le sourire et qui nous dit merci et tout, tu as gagné la journée »
- « Il nous remerciait, il disait « c'est presque dommage, vous allez me manquer, on va plus se voir ». Ça fait plaisir. Ça fait chaud au cœur. Quand Tu rentres chez toi le soir tu es content »

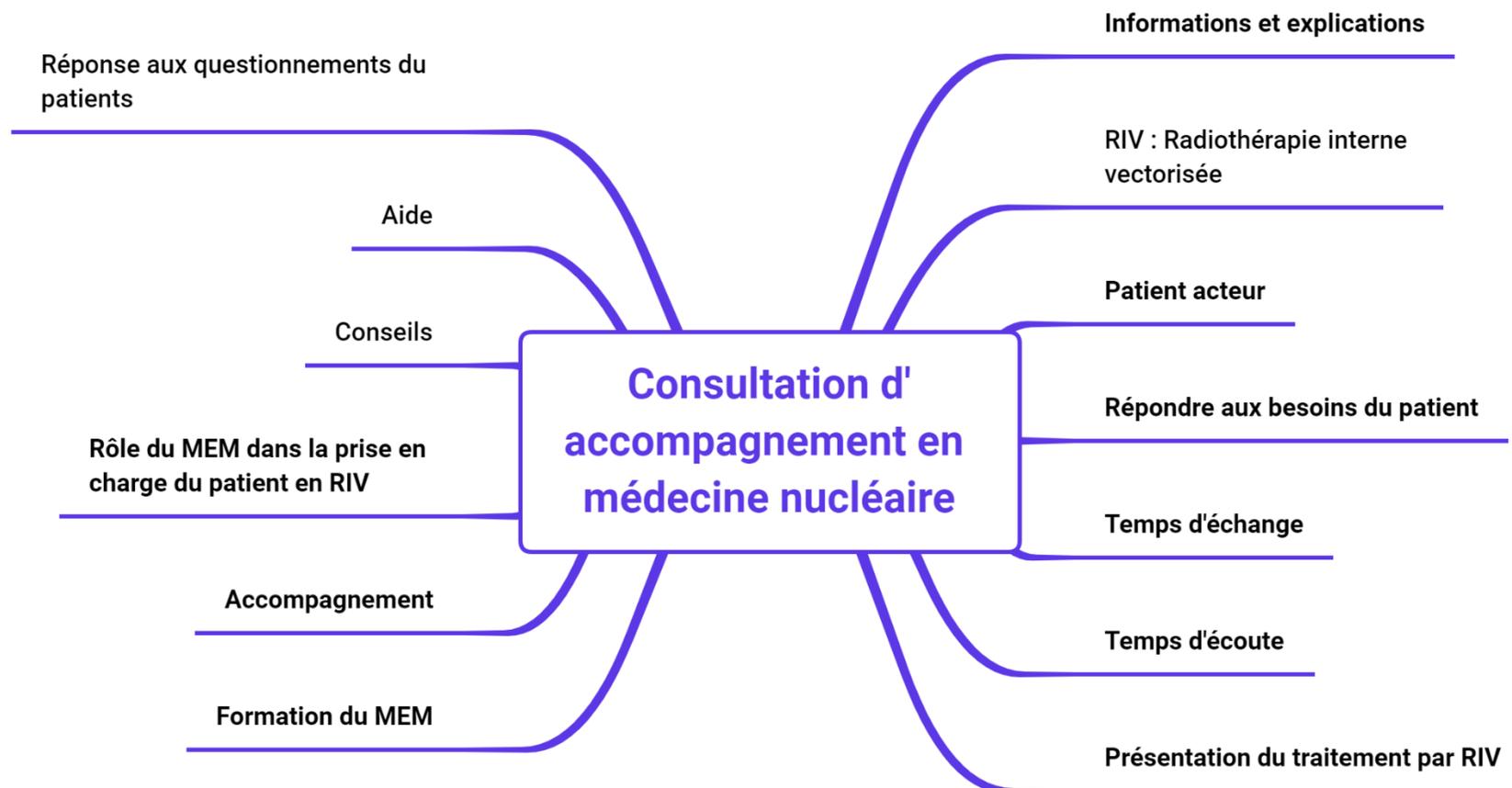
Entretien 2

- « Et on sait que les patients ils sont reconnaissants aussi. On en a des gestes de la part des patients, des témoignages et on est heureux, moi je suis heureuse »
- « Justement garder une certaine distance, pour ne pas être détruit parce que le patient il vient de décéder »
- J'ai essayé maintenant de mettre une barrière de soignant. Maintenant, quand je pars de l'hôpital ça reste à l'hôpital et quand je rentre chez moi j'essaie de ne plus y penser personnellement »

Entretien 3

- « Quand ils sortent de la consultation, ils disent merci beaucoup de votre gentillesse et ça fait plaisir »
- « Moi je suis contente, j'aime bien, parce que je me dis au moins on a fait un truc bien »
- « Je trouve que c'est valorisant »

ANNEXE IV : Brainstorming – Consultation d’accompagnement



NOM : AMADOU

PRENOM : Yasmine

TITRE : Consultation d'accompagnement en radiothérapie interne vectorisée (RIV), en médecine nucléaire

La radiothérapie interne vectorisée est une thérapie utilisant des produits radioactifs pour le traitement de certains types de cancers en médecine nucléaire. Pour cela, une consultation paramédicale appelée consultation d'accompagnement est mise en place dans certains services de médecine nucléaire pour préparer le patient au traitement et l'accompagner dans son parcours de soin. Ce travail de recherche traite de la relation d'accompagnement établit par le manipulateur radio ainsi que des compétences mobilisées pour assurer cette consultation auprès du patient.

Pour étudier ce sujet, des recherches sur la notion d'accompagnement, sur la formation et sur les compétences en accompagnement ont été nécessaires. Une méthode qualitative a été utilisée et des entretiens ont été réalisés auprès de trois manipulateurs radio en médecine nucléaire pour confronter la pratique à la théorie.

Grâce à mes lectures croisées avec l'analyse de ces entretiens, j'ai pu mettre en avant les compétences indispensables à la démarche d'accompagnement, le rôle du manipulateur radio dans la consultation d'accompagnement ainsi que l'importance de celle-ci pour le patient. En effet, au-delà de la technicité du traitement, le manipulateur radio doit intégrer une relation d'aide, une démarche de soutien et d'accompagnement afin de créer un cadre rassurant pour le patient et pour le bon déroulement du traitement.

Finalement, ce travail de recherche a permis de constater que la consultation d'accompagnement en radiothérapie interne vectorisée n'a pas lieu partout. Mais malgré cela, le manipulateur radio joue un rôle de soin primordial dans cette thérapie du patient, où sa posture soignante est mise en valeur.

Vectorized internal radiotherapy is a therapy using radioactive products for the treatment of certain types of cancers in nuclear medicine. For this, a paramedical consultation called a support consultation is set up in some nuclear medicine departments to prepare the patient for treatment and accompany him in his care pathway. This research work deals with the accompanying relationship established by the radiologic technologist as well as the skills mobilized to ensure this consultation with the patient.

To study this subject, research on the concept of accompaniment, training and coaching skills was necessary. A qualitative method was used and interviews were conducted with three radiologic technologists in nuclear medicine to confront practice with theory. Thanks to my cross-readings with the analysis of these interviews, I was able to highlight the skills essential to the support process, the role of the radiologic technologist in the support consultation as well as the importance of it for the patient. Indeed, beyond the technicality of the treatment, the radiologic technologist must integrate a helping relationship, a support and accompaniment approach in order to create a reassuring framework for the patient and for the smooth running of the treatment.

Finally, this research work has shown that the support consultation in vectorized internal radiotherapy does not take place everywhere. But despite this, the radiologic technologist plays a primary care role in this therapy of the patient, where his caring posture is highlighted.

MOTS CLES : *Radiothérapie interne vectorisée - consultation d'accompagnement – accompagnement - manipulateur radio – compétences*

KEY WORDS : *Vectorized internal radiation therapy - support consultation – accompaniment - radiologic technologist – skills*