

**- Diplôme d'Etat Infirmier -  
Promotion Septembre 2013 - 2016  
Institut de Formation en Soins Infirmiers - XXX**

**LEBRANCHU Jean**



**« L'accompagnement  
après l'annonce »**

**1.**

**TRAVAIL DE FIN D'ETUDES**

**U.E 3.4 S6 - U.E 5.6 S6 - U.E 4.8 S6 - U.E 6.2 S6**

**Formateurs Guidant : Monsieur XXX / Madame XXX**

**Date de restitution : Mardi 17 Mai 2016**

---

<sup>1</sup> Cf. Bibliographie.

**NOTE AUX LECTEURS :**

**« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »**

## REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur XXX, mon premier formateur guidant, pour m'avoir conseillé, soutenu et orienté durant la réalisation de ce travail de fin d'études.

Puis, je remercie Madame XXX, ma seconde formatrice guidant, au même titre que Monsieur XXX.

Je remercie également mes formateurs référents, Madame XXX, Monsieur XXX, Madame XXX, ainsi qu'à tous les autres formateurs de l'institut pour ces trois années enrichissantes et pour leurs précieux encouragements.

Je tiens tout particulièrement à remercier les professionnels que j'ai rencontrés tout au long de ma formation et notamment ceux ayant pris du temps pour répondre à mes entretiens.

-

Je souhaite remercier ma compagne, XXX, qui m'a donné toute la motivation nécessaire au bon déroulement des concours d'entrée en institut, qui m'a soutenu moralement tout au long de ma formation, sans qui, je pense, je n'en serai pas là, aujourd'hui !

-

Je remercie également mes parents, toute ma famille et ma belle-famille qui ont toujours cru en moi depuis que mon projet professionnel est défini.

Sans oublier, XXX, XXX, XXX, XXX, XXX, XXX, et XXX, mes camarades de promotion que j'apprécie tout particulièrement.

Et pour finir, je remercie toute les personnes qui, de près ou de loin, m'ont soutenu pour ce travail de fin d'étude.

## **PREMIERE PARTIE**

I)	INTRODUCTION.....	1
II)	SITUATION D'APPEL.....	2
III)	CONSTAT.....	3
IV)	QUESTION DE DEPART.....	3

## **DEUXIEME PARTIE**

I)	RECHERCHE DOCUMENTAIRE	
1)	<b><u>Le patient atteint d'un Cancer</u></b>	
A)	Définition du Cancer.....	4
B)	Le Cancer du Testicule.....	4
C)	Les Traitements.....	5
D)	Les impacts au quotidien de la chimiothérapie.....	6
2)	<b><u>L'infirmier en oncologie</u></b>	
A)	Définition.. ..	7
3)	<b><u>L'anxiété</u></b>	
A)	Définition.....	7
B)	Les mécanismes de défense du patient.....	8
4)	<b><u>La relation soignant/soigné</u></b>	
A)	Définition.....	9
B)	Facteurs influençant cette relation.....	10
C)	La prise en charge de qualité.....	10
5)	<b><u>L'Accompagnement</u></b>	
A)	Définition.....	11
B)	Dispositifs et consultations d'annonce.....	12
C)	Les étapes du deuil.....	14
D)	La relation d'aide.....	15
E)	La réassurance.....	16
II)	ANALYSE MULTIFACTORIELLE.....	17
III)	HYPOTHESE.....	22
IV)	CONCLUSION.....	23

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

## PREMIERE PARTIE

### I) Introduction

Afin de clôturer mes trois années à l'institut de formation en soins infirmiers, je réalise le travail de fin d'étude. Ce travail va me permettre d'approfondir mes connaissances et me perfectionner dans la pratique infirmière.

Durant mes trois années de formation, j'ai pu effectuer de nombreux stages dans différents services. J'ai pu travailler les compétences infirmières dans différents domaines, acquérir une certaine dextérité dans ma technique, améliorer mon organisation dans les soins mais aussi découvrir ce qu'est la prise en charge globale. Cependant, j'ai beaucoup appris sur le relationnel avec le patient. C'est grâce à de nombreux professionnels que j'ai pu observer leur façon d'être avec les patients, tous différents les uns des autres. Cela m'a permis de voir que la relation soignant soigné est naturelle et instinctive. Le relationnel est donc, pour moi, un point essentiel dans la prise en charge infirmière, c'est alors une valeur du soin qui m'interpelle tout particulièrement.

J'ai été confronté à de nombreuses situations qui m'ont interpellées, questionnées et mis en pratique mon expérience professionnelle. Cependant, une situation m'a beaucoup questionnée. Il s'agit d'un patient de 30 ans, atteint d'un cancer du testicule. Elle m'interpelle d'autant plus que l'âge médian au diagnostic est de 67 ans chez la femme et de 68 ans chez l'homme, en 2012.

En 2015, ce n'est pas moins de 385 000 nouveaux cas de cancer diagnostiqués en France métropolitaine. C'est également 149 500 morts par cancer. La lutte contre le cancer est actuellement un enjeu de santé publique.

J'ai choisi de travailler sur le cancer, d'une part au regard de la situation, qui m'a le plus interpellée au cours de ma formation. D'autre part, nous faisons face à des patients atteints de cancers dans tous les services hospitalier, pas seulement en oncologie. En ce qui concerne cette pathologie, de nombreuses interrogations émergent de ma réflexion personnelle et professionnelle. La relation soignant-soigné avec un patient atteint d'un cancer, la vision du patient sur sa maladie, la psychologie de la prise en charge, mais aussi, comment se comporter avec eux ; car ce sont des patients qui souffrent psychologiquement et physiquement. J'aimerais donc savoir comment un infirmier peut accompagner un patient atteint d'un cancer, vers la guérison, au-delà de toutes thérapeutiques.

Il me paraît alors très enrichissant de travailler sur cette pathologie, afin de prendre en charge de la façon la plus optimale possible, ces patients atteints d'un cancer, que je serai amené à rencontrer dans tout type de services. D'autant plus que dans le service d'oncologie, beaucoup de temps sont consacrés au patient.

## II) Situation d'appel

C'est à l'hôpital de semaine d'oncologie et de gastroentérologie que j'effectue le dernier stage de ma seconde année d'étudiant en soins infirmiers. Ce jour, nous accueillons Monsieur R, un patient de trente ans, marié et père de deux enfants. Il est admis pour sa première cure de chimiothérapie néo-adjuvante, des suites d'une tumeur maligne du testicule droit.

Ma collègue infirmière et moi-même accueillons Monsieur R dans sa chambre. Nous lui expliquons le déroulement de son hospitalisation, la procédure d'injection dans la chambre implantable et lui demandons s'il a des interrogations. Monsieur R semble serein et a déjà été informé au préalable de toutes les étapes de l'hospitalisation, grâce au rendez-vous qui précède, avec le médecin oncologue du service. Nous en profitons pour connaître davantage la situation personnelle, professionnelle et médicale de Monsieur R, afin d'assurer une prise en charge optimale. Il nous explique alors qu'il est actuellement au chômage après avoir été licencié du restaurant dans lequel il travaillait depuis deux ans. Monsieur R et sa femme sont en cours de construction d'une maison. Il nous raconte avec beaucoup de tristesse que l'annonce de son cancer a été faite il y a deux mois, soit quinze jours après la naissance de ses jumeaux pour lesquels la grossesse a été compliquée. Il nous fait part d'un ascenseur émotionnel douloureux.

Nous expliquons à Monsieur R que nous sommes disponibles pour l'écouter et répondre à ses questions. Nous essayons de le rassurer afin que l'hospitalisation se déroule convenablement pour lui. L'infirmière lui explique également qu'une infirmière d'annonce viendra le voir au cours de la semaine, lui développer tous les détails de la pathologie, du traitement et des examens parallèles. Mais également aborder avec lui ses différentes craintes.

Au fil de la semaine d'hospitalisation, Monsieur R devient de plus en plus inquiet, malgré le passage de l'infirmière d'annonce. Il se pose de nombreuses questions concernant le retour à domicile ; comment gérer les effets post-chimiothérapie, par exemple. Nous répondons aux différentes interrogations de Monsieur R de façon rassurante et détaillée. Nous lui rappelons également que son médecin traitant reste disponible pour le retour à domicile, mais également que Monsieur R peut appeler le service quand il le souhaite pendant l'inter-cure. Malgré nos recommandations, Monsieur R quitte le service très anxieux.

Trois semaines plus tard, Monsieur R est admis dans le service pour sa seconde cure de chimiothérapie. Nous l'interrogeons alors sur le déroulement de l'inter cure. Il nous explique qu'il a eu une légère perte d'appétit les deux jours suivants la fin de la précédente chimiothérapie et une fatigue intense durant les deux premières semaines. Nous prévenons le patient que d'un inter cure à l'autre, il peut se présenter une grande différence. Je remarque que Monsieur R est très fatigué et surtout très angoissé à l'idée de commencer une nouvelle cure. J'en fais donc part à l'équipe soignante après avoir trouvé quelques mots pour le rassurer.

Il s'agit là de ma dernière semaine de stage ; j'informe l'infirmière qui m'encadre ce jour, de mon intention de vouloir prendre en charge Monsieur R cette semaine ; demande à laquelle elle répond favorablement. Cependant, face aux angoisses du patient et comme il ne s'agit que de sa seconde cure, l'infirmière préfère être présente pendant la pose de l'aiguille de Huber.

Je prépare alors le matériel nécessaire pour ce soin et nous entrons, avec l'infirmière, dans la chambre de Monsieur R. Nous expliquons que c'est moi-même qui vais réaliser le soin, l'infirmière ajoute au patient que je maîtrise le soin, afin de ne pas l'angoisser davantage. Elle s'assoie sur une chaise à côté du patient afin de m'observer pendant le soin. Je me concentre pendant qu'elle discute avec Monsieur R. Lorsque je termine la préparation du matériel, ce dernier se met soudain à pleurer en me regardant. Je lui demande alors à quoi il pense. Il me répond toujours en me regardant avec insistance : « *J'ai eu des enfants pour rien* » ; « *Je ne peux même pas profiter d'eux à cause de cette*

*fichu maladie* ». Ne m'attendant pas à ses propos si fort, je reste dépourvu et sans voix. Après un long silence, prenant en charge Monsieur R ce jour, c'est à moi de répondre et de le rassurer, l'infirmière me laisse alors rebondir sur les propos de celui-ci. Cependant, à ce moment présent, je reste démuni. L'infirmière comprend la situation et prend l'initiative de parler au patient avec des mots qui rassurent. Malgré mon manque de mots, je suis resté très attentif face au récit du patient, afin de lui montrer que je suis à son écoute.

Par la suite, Monsieur R, nous fait part que la perte de son emploi ajouté à l'annonce de la maladie, a entraîné la perte de nombreux amis. Il nous explique ne plus savoir qui il est vraiment, car l'éloignement de ses amis le questionne : « *Pourtant, le cancer, ça ne se voit pas, pourquoi ne plus vouloir garder contact, ils m'auraient été d'une grande aide pendant cette épreuve* ». Avec une intonation d'ironie Monsieur R s'exclame « *C'est écrit sur mon front que j'ai le cancer ?* ». Lorsque le soin est terminé, nous sortons de la chambre, je réalise mes transmissions et nous nous installons avec l'infirmière dans la salle de soins afin de faire le bilan du soin que je viens d'effectuer. C'est à ce moment que je lui fais part de mes craintes en tant que futur professionnel, à savoir, les réponses à apporter au patient et les mots qui rassurent, les mots qui apaisent.

### III) Constat

Cette situation suscite en moi de nombreuses interrogations. Notamment : Quels moyens un infirmier peut-il mettre en place pour rassurer un patient inquiet ? Comment prendre en charge de façon optimale un patient atteint d'un cancer, en prenant en compte son histoire personnelle ? C'est avec toutes ces questions que je réalise la question de départ de mon travail de fin d'étude.

### IV) Question de départ

<p style="text-align: center;"><b>Dans quelles mesures, un infirmier en oncologie, peut-il accompagner et rassurer un patient anxieux atteint d'un cancer du testicule, afin d'assurer une prise en charge de qualité ?</b></p>
---

**1) Le patient atteint d'un Cancer**  
**a) Définition du cancer**

Selon le Dictionnaire le LAROUSSE, le cancer est l'« Ensemble de cellules indifférenciées qui, échappant au contrôle de l'organisme, se multiplient indéfiniment, envahissent les tissus voisins en les détruisant et se répandent dans l'organisme en métastases ; la maladie qui en résulte. »<sup>2</sup> Nous parlerons également d'une tumeur, car il s'agit de la modification de plusieurs cellules qui se multiplient et qui forment une masse.<sup>3</sup>

D'après Maxime FONTANILLES, interne en oncologie, le cancer est une « maladie grave, qui, en l'absence de traitement, conduit au décès. »<sup>4</sup>

« De 1980 à 2000, le nombre de cancers a augmenté de 63%. La fréquence de certains cancers diminue. Cela est lié aux campagnes de dépistage et d'information de prévention des risques. »<sup>5</sup>

En 2015, ce n'est pas moins de 385 000 nouveaux cas de cancers recensés en France et 149 500 décès par cancer sur cette même année. Soit 38% des personnes atteintes de cancer décèdent en moyenne chaque année. <sup>6</sup>

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le cancer apparaît à partir « d'une seule cellule. La transformation d'une cellule normale en cellule tumorale est un processus passant par plusieurs étapes. Il y a classiquement une évolution vers une lésion précancéreuse puis vers une tumeur maligne. Ces modifications proviennent des interactions entre les facteurs génétiques propres au sujet et des agents extérieurs. »<sup>7</sup>

**b) Le cancer du testicule**

Selon l'institut national du cancer « la plupart des cancers du testicule se développent à partir des cellules germinales qui fabriquent les spermatozoïdes ; on parle alors de tumeurs germinales. L'observation de la tumeur au microscope, ou analyse histologique, permet de classer les tumeurs germinales en deux formes : les tumeurs germinales séminomateuses « pures » et les non séminomateuses ». <sup>8</sup>

En 2012 il y a eu, en France, 2 317 nouveaux cas de cancers du testicule. Les hommes diagnostiqués ont, dans 85% des cas, entre 15 et 49 ans. Malgré le fait que le nombre de nouveaux cas augmente, il faut savoir qu'au cours des vingt dernières années, la mortalité a été réduite de plus de 50%.<sup>9</sup> Le cancer du testicule est connu pour son « bon pronostic ». En effet, selon une brochure réalisée par la ligue contre le cancer, celui-ci représente environ 90% de guérison<sup>10</sup> y compris en cas de métastases.<sup>11</sup>

---

<sup>2</sup> *Le petit Larousse*. Paris : Larousse, p. 154.

<sup>3</sup> CARTIER, Lysian, CLOAREC, Jean-Pierre, DESPIAU, Frédéric et al. *Les traitements des cancers du testicule*. Paris : Institut National du Cancer, 2014 p. 9.

<sup>4</sup> FONTANILLES, Maxime. *Traitements médicaux des cancers*. Cours vidéo, 2014. Disponible sur : Plateforme Universitice, p. 3.

<sup>5</sup> BLONDEL, Marylène, DAUTZENBERG, Bertrand, GUERIN, Robert et al. *Processus tumoraux*. Reuil-Malmaison : Lamarre, 2010, p. 5.

<sup>6</sup> INSTITUT NATIONAL DU CANCER, Qu'est-ce qu'un cancer ?. *Cancer : Les chiffres clés [en ligne]*. 2016.

<sup>7</sup> OMS, Cancer. Aide-mémoire [en ligne]. 2015, n°297.

<sup>8</sup> CARTIER, Lysian, CLOAREC, Jean-Pierre, DESPIAU, Frédéric et al. Op. Cit.

<sup>9</sup> Ibid. p. 5.

<sup>10</sup> TREBUCQ, Alain, PEYROMAURE DEBORD, Michaël. Le cancer du testicule. Grand Public [en ligne]. 2009. p. 1.

<sup>11</sup> CARTIER, Lysian, CLOAREC, Jean-Pierre, DESPIAU, Frédéric et al. Op. Cit. p. 5.



### c) Les traitements

« L'efficacité des traitements dépend de la précocité de la prise en charge. Les cancers sont classés en stades, selon le système TNM qui décrit l'extension de la tumeur primitive (T), l'absence ou la présence de métastases ganglionnaires (N), et l'absence ou la présence de métastases à distance (M). Cette classification aide à la décision thérapeutique. »<sup>12</sup>

La prise de décision d'un traitement en oncologie est sujet à une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), selon la haute autorité de soins, il s'agit de regrouper « des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment. »<sup>13</sup>

Les traitements du cancer du testicule se présentent autour de quatre méthodes.

D'une part, le traitement initial est l'orchidectomie. Il s'agit d'une intervention chirurgicale qui consiste à extraire le testicule atteint par la tumeur. Cette opération n'a souvent aucune conséquence sur la fertilité et la vie sexuelle du patient.<sup>14</sup> Dans le cas de Monsieur R cette opération lui sera proposée après quelques cures de chimiothérapie puisque celle-ci est néo-adjuvante, soit, avant une chirurgie.

Puis la radiothérapie : il s'agit d'un traitement qui agit grâce à des rayons, dans le but de détruire les cellules tumorales. Ce traitement est souvent prévu dans les semaines suivant l'orchidectomie.<sup>15</sup> Pour Monsieur R, la radiothérapie n'a pas encore été évoquée.

Ensuite, en association avec la radiothérapie, la chimiothérapie médicamenteuse fait partie intégrante du programme de soin du patient. Cette méthode agit sur les « mécanismes de la division cellulaire ». Il faut savoir que la chimiothérapie endommage la production de spermatozoïdes. Ce pourquoi le centre CECOS (centre d'étude et de conservations des œufs et du sperme humains) propose aux hommes de recueillir leur sperme dans le but de « prévenir les risques d'infertilité liés au traitement ». <sup>16</sup> Cette conservation a été proposée au patient, mais j'ai terminé mon stage sans avoir d'informations sur l'aboutissement de cette démarche.

Pour terminer, la dernière méthode est le curage ganglionnaire. Cette dernière est également une opération chirurgicale permettant d'extraire les ganglions lombo-aortiques (ganglions lymphatiques situés dans l'abdomen), car ils sont les premiers atteints lors d'un cancer du testicule.<sup>17</sup>

Selon l'action 7.7 du plan cancer 2014 – 2017 en France, l'institut national du cancer souhaite « Améliorer l'accès à des soins de support de qualité ». En effet, la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer ne « s'arrête pas au traitement de la seule maladie ». Les soins de supports regroupent tous les soins et les différents soutiens nécessaires au patient pendant la durée de leur maladie. Ces soins sont réalisés en association avec les soins curatifs. Ils « répondent à des besoins qui peuvent survenir pendant » ou après la maladie.<sup>18</sup>

Dans le cas du cancer du testicule l'Institut National du Cancer précise les soins de support par : des soins de « soutiens complémentaires » pouvant « être nécessaires pour traiter les conséquences de la maladie et de ses traitements : douleurs, fatigue, troubles alimentaires, besoin de

<sup>12</sup> HALLOUËT, Pascal, YHUEL Véronique, DAGORNE Gwenhaéla. *Méga Mémo IFSI*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2013. p. 1140.

<sup>13</sup> HAUTE AUTORITE DE SANTE, Réunion de concertation pluridisciplinaire. [En ligne]. Mars 2014. p. 1.

<sup>14</sup> CARTIER, Lysian, CLOAREC, Jean-Pierre, DESPIAU, Frédéric et al. *Les traitements des cancers du testicule*. Paris : Institut National du Cancer, 2014. p. 25.

<sup>15</sup> Ibid. p. 35

<sup>16</sup> Ibid. p. 49.

<sup>17</sup> Ibid. p. 53.

<sup>18</sup> INSTITUT NATIONAL DU CANCER, Définition. *Les soins de support [en ligne]*. 2016.

soutien psychologique, problèmes sociaux, difficultés dans la vie sexuelle. »<sup>19</sup> Par exemple : réflexologue, socio-esthéticienne, micro-kinésithérapeute ou encore sophrologue.

#### **d) Les impacts au quotidien de la chimiothérapie.**

Le cancer en lui-même crée des conséquences négatives sur le quotidien. Mais chaque effet indésirable des traitements est aussi précurseur sur les impacts au quotidien.

Tout d'abord la douleur ; plus elle est stagnante et sans régression plus elle engendre des conséquences sur la vie quotidienne. D'autant plus qu'elle entraîne avec elle des troubles sur le moral, le travail, les loisirs, la relation avec l'entourage mais aussi le sommeil ou encore l'appétit.<sup>20</sup> L'institut national du cancer met à disposition des patients un questionnaire. Comme nous pouvons le voir en annexe 1, ce questionnaire ne présente pas de score mais permet de recenser la localisation de la douleur afin de la gérer et ainsi, appréhender plus sereinement les conséquences sur le quotidien.

Ensuite, la fatigue, qui est l'un des premiers effets indésirables de la chimiothérapie. Cette fatigue entraîne alors une diminution de la dynamique familiale, de l'envie de guérir et donc un impact majeur sur le quotidien du patient. Ce pourquoi l'Institut National du Cancer a recensé différents conseils pour les patients qui présentent de la fatigue. Ces conseils se concentrent sur la notion du plaisir. En effet, l'institut conseil de « *garder l'énergie pour ce qui tient à cœur* » et de « *donner la priorité aux activités qui font plaisir* » cela, dans le but de préserver le bien-être du patient, afin de prétendre à une guérison optimale.<sup>21</sup>

C'est un défi pour le corps, l'acceptation de l'image de soi devient plus difficile. La perte de poids, la chute des cheveux, la fatigue persistante ainsi que la douleur rendent les actes de la vie quotidienne beaucoup plus difficiles. Le patient se retrouve souvent impuissant face à cette situation.<sup>22</sup>

La maladie entraîne également un rejet dans le monde professionnel car le patient est trop fatigué, ou parce que les effets secondaires engendrés par les traitements l'empêchent de travailler.<sup>23</sup>

De plus, beaucoup de patients ressentent une baisse de leur libido, durant la période de la maladie. Ceci est en lien étroit avec la fatigue liée aux traitements mais également liée à l'angoisse.<sup>24</sup> Selon le Docteur BONDIL, un traitement hormonal ou une prise en charge psychologique permettrait de limiter la baisse de libido et permettre une reprise progressive de la vie sexuelle au sein du couple. Il conseille également de « *préserver et privilégier des moments d'intimité dans la vie de couple. C'est important lorsque le cancer et/ou son traitement bouleverse de multiples aspects de la vie.* »<sup>25</sup>

---

<sup>19</sup> CARTIER, Lysian, CLOAREC, Jean-Pierre, DESPIAU, Frédéric et al. *Les traitements des cancers du testicule*. Paris : Institut National du Cancer, 2014

<sup>20</sup> INSTITUT NATIONAL DU CANCER, *Qualité de vie [en ligne]*. 2016. Rubrique : Douleur / Conséquences sur le quotidien.

<sup>21</sup> INSTITUT NATIONAL DU CANCER, *Qualité de vie [en ligne]*. 2016. Rubrique : Fatigue / Adapter son quotidien.

<sup>22</sup> COMITE DES HAUTS DE SEINE, Aide aux malades. *La lutte contre le cancer [en ligne]*. 2016.

<sup>23</sup> CARTIER, Lysian, CLOAREC, Jean-Pierre, DESPIAU, Frédéric et al. Op. Cit.

<sup>24</sup> BODEUR, Anne-Marie. *Face au cancer : quel rôle pour les proches : la rémission*. Sain-Cloud : Pfizer, Global Santé, 2008. p. 7.

<sup>25</sup> BONDIL, Pierre. *Tout autour du cancer : Soins et soutien au quotidien : La Sexualité*. Chambéry : Pierre Fabre médicament, 2015.

## 2) L'infirmier en oncologie

### a) Définition

Selon les Nouveaux Cahiers de L'infirmière, un(e) infirmier(ère) est une personne qui « dispense des soins à des malades suivant les prescriptions médicales ». <sup>26</sup> Mais le rôle de l'infirmier(ère) ne s'arrête pas à cette définition.

La profession est régie par le code de la santé publique, notamment par le décret n°2004-802 du 29/07/2004. <sup>27</sup>

D'après l'article R4311-3 de ce même décret, « Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. » <sup>28</sup>

Selon l'Institut National du Cancer, l'infirmier est chargé de « réaliser des soins et d'administrer les traitements prescrits par le médecin. Il assure le confort et l'hygiène de la personne soignée et a un rôle d'information, de prévention, d'éducation à la santé et de surveillance auprès des patients. » <sup>29</sup>

L'infirmier(e) a un rôle notamment dans la continuité et la richesse de la relation entre lui et le patient, aussi appelé relation soignant soigné.

## 3) L'anxiété

### a) Définition

Selon Le Nouveau Petit Robert de la langue Française de 2010, l'anxiété est un « Etat de trouble psychique causé par le sentiment de l'imminence d'un événement fâcheux ou dangereux, s'accompagnant souvent de phénomènes physiques. » mais également d'un « Etat d'inquiétude extrême causé par l'appréhension d'un événement. » <sup>30</sup>

Dominique SERVANT, parle, dans son ouvrage de « facteur d'adaptation » qui permet au sujet d'affronter différentes situations, lorsqu'il est face à un danger, mais aussi face à une urgence par exemple. Selon lui, elle est « nécessaire face à l'agression, aux performances et aux épreuves. » <sup>31</sup> Il soulève également le fait que, parfois, dans certains cas, l'émotion est davantage présente et que certains souvenirs empêchent de se « métaboliser », modifiant alors l' « expression de l'anxiété face au stress ». <sup>32</sup>

<sup>26</sup> AUBERT, Lucien, ECCLI, René, EGGERS, Jérôme. *Nouveaux cahiers de l'infirmière : législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail*. Paris : Masson, 2003.

<sup>27</sup> DORSAFE, Bourkia. *Être infirmier(ère)*. Lyon : Lieux Dits, 2015. p. 10.

<sup>28</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. *Code la santé publique, chapitre 1<sup>er</sup> : exercice de la profession, section 1 : actes professionnels*. [En ligne]. 17 avril 2016.

<sup>29</sup> CARTIER, Lysian, CLOAREC, Jean-Pierre, DESPIAU, Frédéric et al. *Les traitements des cancers du testicule*. Paris : Institut National du Cancer, 2014 p. 60.

<sup>30</sup> ROBERT, Paul. *Le nouveau petit Robert de la langue Française*. Paris : Le Robert, 2010. p. 111.

<sup>31</sup> SERVANT, Dominique. *Gestion du stress et de l'anxiété*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2012. p. 4.

<sup>32</sup> Ibid. p. 35.

Il faut cependant différencier l'anxiété de l'angoisse ; c'est en 1890 qu'Edouard BRISSAUD développe sa théorie. L'angoisse est, pour lui, un trouble « physique » se traduisant par différents effets, à savoir la « constriction » et l' « étouffement ». D'autre part l'anxiété est un trouble « psychique » se traduisant par « un sentiment d'insécurité indéfinissable ». Il ne s'agit pas d'une maladie mais d'un état émotionnel normal.<sup>33</sup>

Le cancer entraîne des souffrances physiques et psychologiques, dû aux différents traitements. En effet, de nombreux facteurs déstabilisent le patient, mais également, le rend plus vulnérable. Comme par exemple, le fait pour le patient de ne pas savoir ce qui l'attend quotidiennement, de voir son corps changé, l'impression de ne plus être maître de son corps mais aussi la difficulté d'échange avec ses proches.<sup>34</sup>

Cette fois, Dominique SERVANT différencie le stress de l'anxiété, selon lui, le stress se traduit de « la manière dont notre organisme s'adapte aux exigences et aux changements que nous vivons. Il peut être déclenché par les activités et les tracas du quotidien, les grands changements de l'existence. » Puis, l'anxiété est, selon Monsieur SERVANT « l'émotion principale et normale qui découle du stress. On peut la définir comme une perception et une anticipation du danger et de la menace d'une situation. »<sup>35</sup>

Il existe des mécanismes inconscients capables de contrôler le stress, on les appelle les mécanismes de défense.

**b) Les mécanismes de défense du patient.**

Pour Jacques CHALIFOUR, il s'agit de « manœuvres psychologiques inconscientes au service du « moi » qui ont pour fonction de protéger la personne de son anxiété. Elles servent en quelque sorte d'écran pour falsifier la réalité en la cachant ou en la rendant davantage acceptable aux yeux de la personne »<sup>36</sup>

Selon Henri CHABROL les mécanismes de défense sont des « opérations mentales involontaires et inconscientes qui contribuent à atténuer les tensions internes et externes. »<sup>37</sup>

Martine RUSZNIEWSKI met en lien le dispositif d'annonce d'une maladie avec les mécanismes de défenses du patient. « Lorsqu'un médecin s'apprête à annoncer à son patient la gravité de son état, il ne peut jamais préjuger des réactions que cette nouvelle suscitera, car il ne peut supposer que sa propre perception, globale ou partielle, de la personnalité du patient et du milieu social ou culturel dans lequel il évolue soit suffisante pour lui permettre d'anticiper ses réactions. Les mécanismes de défense du malade vont en effet s'avérer d'autant plus difficiles à appréhender et à cerner qu'ils se révéleront confus et fluctuants, imprévisibles et déconcertants, rarement en harmonie avec l'idée préconçue. »<sup>38</sup>

Selon cette auteure il existe différents mécanismes de défenses pour les patients.

Le déni. Le patient nie totalement la réalité de la maladie. Il ajoute à la notion de « cancer », la notion de « mort ».

La dénégation intrapsychique ; le patient conteste une partie de l'annonce faite par le médecin.

Ensuite, la dénégation sociale et relationnelle, d'où deux cas de figures sont récurrents. D'une part le patient reste discret sur l'annonce aux autres, et garde tout pour lui. Ou bien, au contraire, se

<sup>33</sup> Ibid. p. 2 – 4.

<sup>34</sup> CARTIER, Lysian, CLOAREC, Jean-Pierre, DESPIAU, Frédéric et al. *Les traitements des cancers du testicule*. Paris : Institut National du Cancer, 2014

<sup>35</sup> SERVANT, Dominique. Op. Cit. p. 198.

<sup>36</sup> PAILLARD, Christine. L'anxiété. In *Dictionnaire humaniste infirmier : Approche et concepts de la relation soignant-soigné*. Setes, 2013. p. 178.

<sup>37</sup> CHABROL, Henri. Les mécanismes de défenses. *Recherche en soins infirmiers*, Septembre 2005, n° 82. p. 31.

<sup>38</sup> RUSZNIEWSKI, Martine. *Face à la maladie grave, patients, familles, soignants*. Paris : Dunod, 2009. p. 37.

livre sur sa maladie afin d'éviter les questions, et montrer qu'il accepte la maladie, alors que la vérité en indique le contraire.

Puis l'isolation ; ici le patient parle de son état de santé, de sa maladie, sans la moindre émotion.

De plus, le déplacement, c'est l'action pour le patient de déplacer ses sentiments et ses émotions sur un autre problème de la maladie.

La maîtrise par la rationalisation est également un mécanisme de défense du patient, ce dernier cherche une explication à chaque phénomène afin de se rassurer.

Puis il y a également la régression, où le malade « s'immerge dans sa maladie jusqu'à ne plus exister que par elle ».

Mais il ne faut pas oublier la combativité, à savoir que le malade est dynamique, motivé à guérir, il « refuse de se soumettre à la maladie ».<sup>39</sup>

C'est face à tous ces différents mécanismes de défenses que le soignant devra accompagner le patient vers la guérison, vers le bien-être.

#### 4) La relation soignant/soigné

##### a) Définition

D'après le Dictionnaire du Petit Robert la relation est un « lien de dépendance ou d'influence réciproque entre des personnes »<sup>40</sup>. Mais le centre national de ressources textuelles et lexicales va plus loin, selon lui, la relation est un « rapport qui lie des personnes entre elles, en particulier, lien de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque »<sup>41</sup>

Selon l'ouvrage « *Le métier d'infirmière en France* », la relation débute par l'observation et l'écoute entre le patient et le soignant. L'infirmière qui se connaît elle-même, qui connaît sa fonction, prendra alors soin du patient de façon optimale. L'accompagnement et l'aide apporté au patient font partie intégrante d'une prise en charge de qualité. « *L'action de l'infirmière porte sur la personne et son environnement afin de l'aider à identifier ce qui pose problème et à utiliser ses ressources internes. L'infirmière tente de trouver les réponses satisfaisantes en facilitant l'expression du vécu de la personne soignée, dans le cadre de la démarche de soins, ou de l'alliance thérapeutique.* »<sup>42</sup>

D'après Christine PAILLARD, la relation soignant soigné est l'« *activité d'échange interpersonnel et interdépendante* » qui interagit entre le soignant (infirmier par exemple) et le soigné (le patient) et tout cela dans un cadre de communication, qu'elle soit verbale ou non. « *Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant les efforts aux siens, dans le but de faire favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience* ». <sup>43</sup>

Selon Alexandre MANOUKIAN la relation soignant-soigné nécessite différentes attitudes : « *un engagement personnel de l'infirmière ; le malade étant accepté sans jugement de valeur, tel qu'il est,*

<sup>39</sup> Ibid. p 1-50.

<sup>40</sup> ROBERT, Paul. *Le nouveau petit Robert de la langue Française*. Paris : Le Robert, 2010. p. 2175.

<sup>41</sup> PAILLARD, Christine. L'anxiété. In *Dictionnaire humaniste infirmier : Approche et concepts de la relation soignant-soigné*. Setes, 2013. p. 226.

<sup>42</sup> PAILLARD, Christine. L'anxiété. In *Dictionnaire humaniste infirmier : Approche et concepts de la relation soignant-soigné*. Noisy-Le-Grand : Setes, 2013. p. 178. Page 3.

<sup>43</sup> Ibid. p. 228.

avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments. Puis une objectivité, pour éviter une déformation de ce qui est vu et entendu. Et pour finir, un minimum de disponibilité ».44

La relation soignant-soigné dépend également du respect, par les soignants, de la charte de la personne hospitalisée (Annexe 2), notamment par sa mesure numéro deux : « Les établissements de santé garantissent la qualité d'accueil, des traitements et des soins [...] et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne »45. En effet, la relation commence dès l'arrivée du patient dans l'établissement.

Cette relation se crée également, selon Sophie FERRARIS, grâce au temps d'accompagnement soignant (une étape de l'annonce de la maladie) réalisé par un infirmier. Cet infirmier devient alors pour le patient, une personne ressource, une personne référent. En effet, le patient l'identifie comme « celui qui a été en mesure de l'écouter et de l'apaiser »46. C'est ainsi qu'une relation de confiance se crée.

Cependant, la relation soignant-soigné est influencée par différents facteurs.

### **b) Facteurs influençant cette relation**

Une étudiante en soins infirmier à Grenoble, Mademoiselle HOFFMAN-WILD47 a réalisé une enquête sur les différents facteurs qui influencent la relation soignant-soigné. Elle décline son étude selon deux points de vue ; d'une part le point de vue des soignants, d'autre part celui des patients.

Du point de vue des soignants, la charge de travail influence cette relation. En effet, le manque de temps ne permet pas d'appréhender une relation de qualité avec le patient. Puis l'ambiance au sein de l'équipe peut influencer le comportement de l'infirmière envers le patient. Pour finir, l'affinité que chaque soignant ressent pour un patient, sa durée d'hospitalisation ou encore ses sollicitations peuvent également influencer cette relation.

En ce qui concerne les patients, ceux-ci sont conscient que la charge de travail n'aide pas à l'aboutissement d'une relation optimale entre les soignants et les patients. De plus, un critère est dominant pour mener à bien une relation, il s'agit du sourire que le soignant dégagera. Cependant selon eux, trois autres faits entrent en compte dans la mise en place d'une relation avec les soignants. D'une part l'amabilité avec laquelle le soignant échangera avec le patient, la douceur du soignant durant les soins et son sens de l'humour.

### **c) La prise en charge de « qualité »**

L'OMS définit « *soin de qualité* » comme le fait de garantir que « *chaque patient doit recevoir la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains, à l'intérieur du système de soins* ».48

Régit par l'article R4312-10 du code de la santé publique, l'infirmier(ère) doit « *pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, [...] actualiser et perfectionner ses connaissances professionnelles* ».49

<sup>44</sup> Ibid. p. 328.

<sup>45</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, *Charte de la personne hospitalisée*. [En ligne]. Avril 2006.

<sup>46</sup> FERRARIS, Sophie. Cancérologie : le temps d'accompagnement soignant. *Objectif soins management*, Février 2014, n°223. p. 42 – 44.

<sup>47</sup> HOFFMAN-WILD, Emmanuelle. Le soin relationnel côté infirmier(e) et côté patient. *Soins*, Novembre 2003, n°680. p. 42.

<sup>48</sup> FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet Conseil, 2012. p. 257.

<sup>49</sup> DAYDE, M.-C, LACROIX, M.-L, PASCAL, C et al. *Relation d'aide en soins infirmiers*. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 2014, p. 13.

D'après MORDACQ la qualité des soins est tout simplement l'ensemble des éléments qui caractérise « *les soins qui satisfassent les besoins* » des patients.<sup>50</sup>

Selon l'article « *Démarche qualité en psychiatrie : améliorer les systèmes de soins et les pratiques professionnelles* » issue du dictionnaire de Christine PAILLARD, la qualité est ce qu'attend ; ce qu'exige le patient qui souhaite, que chacun des « *acteurs du système de santé* » assument, de manière pluridisciplinaire, leurs responsabilités et leurs missions. C'est ce facteur qui influencera la confiance du patient « *vis-à-vis des traitements et des ressources de soins disponibles pour le soulager et le guérir* ». <sup>51</sup>

D'après W. HESBEEN, les éléments essentiels pour déterminer un soin de qualité sont l'écoute, l'accueil, la créativité des soignants puis leur disponibilité, tous ceux-ci ajoutés aux connaissances du professionnel et de ses habiletés techniques. De plus, un soin peut-être réalisé dans de bonnes conditions physiques, avec une dextérité et une douceur excellente, sans pour autant prendre conscience de la personne en elle-même ; nous ne pouvons alors pas signifier le soin comme « *soin de qualité* ». <sup>52</sup>

Au regard du manuel, édité par la Haute Autorité de Santé, concernant la certification des établissements de santé, la qualité n'est plus « *optionnelle dans les soins infirmiers, elle fait partie intégrante du dispositif [...] on parle d'une « culture qualité et sécurité* ». <sup>53</sup>

## 5) L'accompagnement

### a) Définition

D'après le glossaire n°3 de la Terminologie des soins infirmiers, l'accompagnement est une démarche « *de soutien thérapeutique fondée sur une relation soignant-soigné et qui assure la continuité des soins en liaison avec l'environnement social* ». L'accompagnement inclut deux notions, à savoir l'écoute et l'aide que chaque professionnel apporte aux patients.<sup>54</sup> Mais, « *l'accompagnement infirmier ne se substitue pas au recours médical* »<sup>55</sup>

L'accompagnement des patients se « *déploie à travers les disciplines exercées, comme la gérontologie pour les projets de vie, la psychiatrie pour un hôpital de jour par exemple. L'accompagnement est intégré dans les projets de soins mais également dans le cadre de la continuité des soins (soins techniques), de l'éducation thérapeutique.* »<sup>56</sup>

Au vu du plan cancer 2014-2017, l'objectif 7 est d' « *assurer des prises en charge globales et personnalisées : [...] prenant en considération l'ensemble des besoins de la personne et des proches. [...] La qualité de l'accompagnement suppose aussi de donner aux personnes atteintes de cancer tous les moyens de participer pleinement à leur prise en charge.* »<sup>57</sup>

Selon Carole SOONEKIND, doctorante en philosophie, elle divise l'accompagnement en trois axes. Tout d'abord « *l'accent est mis sur le déroulé de l'action elle-même en trin de s'effectuer :*

<sup>50</sup> FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana. Op. Cit. p. 257.

<sup>51</sup> PAILLARD, Christine. L'anxiété. In *Dictionnaire humaniste infirmier : Approche et concepts de la relation soignant-soigné*. Setes, 2013. p. 307.

<sup>52</sup> Ibid. p. 310.

<sup>53</sup> FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana. Op. Cit. p. 258.

<sup>54</sup> PAILLARD, Christine. L'anxiété. In *Dictionnaire humaniste infirmier : Approche et concepts de la relation soignant-soigné*. Setes, 2013. p. 3.

<sup>55</sup> BENTEYN, Corinne, JACQUET, Sophie, O'NEIL, Martine. Accompagner et suivre le patient en cancérologie grâce aux consultations infirmières. *La revue de l'infirmière*, Février 2012, n°178, p. 40.

<sup>56</sup> PAILLARD, Christine. Op. Cit. p. 3.

<sup>57</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE ET MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. *Plan Cancer 2014-2019*. Février 2014. p. 61 – 68.

*cheminer, parfois guider* ». En second plan, l'idée se porte sur « *le cadre dans lequel l'accompagnement se pratique : le soin* ». Et pour finir, il s'agit d'unir deux parties à savoir le patient et le soignant.<sup>58</sup>

Pour le patient, l'accompagnement ne s'arrête pas aux soins, il va bien au-delà. Il souhaite être « *bien traité, avec respect et considération* ». <sup>59</sup>

Revenons à l'étude d' HOFFMAN-WILD, qui souligne que plusieurs patients présentent des difficultés à identifier les étapes du dispositif d'annonce. Pour eux, c'est un frein à une prise en charge de qualité.<sup>60</sup>

Selon l'Institut National du Cancer, chacun vit sa maladie et ses traitements de manières différentes, « *selon son histoire, sa personnalité et ses relations familiales, sociales, professionnelles.* » Il stipule que dans tous les cas, les patients doivent faire connaître leurs doutes et leurs craintes à l'équipe soignante, dans le but de bénéficier d'une écoute, et si l'équipe soignante le juge nécessaire, un soutien psychologique.<sup>61</sup>

L'accompagnement c'est aussi reformuler les propos du patient, comme par exemple : « *dès à présent, vous pouvez remplacer l'idée initiale : « Je vis une catastrophe et le monde s'écroule autour de moi » par une pensée plus conforme à la réalité : « Je suis confrontée à un problème de santé sérieux mas non exceptionnel du point de vue médical, que je vais combattre efficacement parce qu'une alliance thérapeutique va se construire autour de moi* »<sup>62</sup>

Après l'annonce, le besoin en accompagnement est souvent très présent chez de nombreux patient. Cependant, certains refusent d'être accompagnés et souhaitent une présence soignante diminuée. « *La bonne manière de faire est de s'adapter à chaque patient* ». L'accompagnement est personnalisé.<sup>63</sup>

Accompagner un patient c'est « *marcher à côté de lui, à son rythme* »<sup>64</sup>.

L'accompagnement doit s'effectuer sur la totalité de la prise en charge, tout au long du processus de guérison, et non pas quand le patient le demande, au contraire de la relation d'aide.

## **b) Dispositifs et consultations d'annonce**

En 2014, la mesure 7.2 du Plan Cancer 2014/2017 a pour but d'« *adapter et de renforcer le dispositif d'annonce* »<sup>65</sup>. Cette mesure doit permettre au patient d'avoir la meilleure qualité d'annonce de la maladie et assurer ainsi une prise en charge de qualité.

L'annonce est, selon le dictionnaire des concepts en soins infirmiers, l'action d' « *informer oralement à la connaissance d'une personne ou d'un groupe de personne (famille, population), un*

<sup>58</sup> UNION DEPARTEMENTALE DES ASSOCIATIONS DE PARENTS D'ENFANTS INADAPTES. *Journée d'étude « L'accompagnement aujourd'hui : une posture à imaginer ensemble »* [en ligne]. Roubaix : 2009.

<sup>59</sup> HOERNI, Bernard. Accompagnement des personnes atteintes d'un cancer. *Objectif soins*, Mai-Juin 1997, HS, n° 58FF. p. 28.

<sup>60</sup> HOFFMAN-WILD, Emmanuelle. Le soin relationnel côté infirmier(e) et côté patient. *Soins*, Novembre 2003, n°680. p. 42.

<sup>61</sup> CARTIER, Lysian, CLOAREC, Jean-Pierre, DESPIAU, Frédéric et al. *Les traitements des cancers du testicule*. Ville : Institut National du Cancer, 2014. p. 57.

<sup>62</sup> FREYER, Gilles. *Faire face au cancer, l'espoir au quotidien*. Paris : Odile Jacob, 2008.

<sup>63</sup> COURIC, Patrice. Titre article. *La revue de l'infirmière*, Mai 2012, n°181, p. 24.

<sup>64</sup> FERRARIS, Sophie. Cancérologie : le temps d'accompagnement soignant. *Objectif soins management*, Février 2014, n°223, p. 42-44.

<sup>65</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE ET MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. *Plan Cancer 2014-2019*. Février 2014.



*diagnostic et communiquer les mesures de prévention, d'évolution et d'accompagnement thérapeutiques et éducatif, pour s'adapter aux changements »*<sup>66</sup>

L'annonce d'un cancer se déroule en quatre étapes. Tout d'abord le temps médical ; régit par le médecin oncologue, afin d'expliquer la maladie au patient et de planifier le traitement.

« *L'annonce [...] étant toujours violente pour le patient, il ressent le besoin de revenir, plus à distance de la consultation, sur ce qui lui a été dit* »<sup>67</sup>. Il s'agit d'une étape toute aussi importante dans le dispositif d'annonce, c'est celle du temps d'accompagnement soignant. Ce temps est en priorité un temps d'échange, d'écoute, de conseil, de soutien et d'information au patient<sup>68</sup>. En effet, les différents soignants (infirmiers, psychologues, etc.) que va rencontrer le patient, seront disponibles pour répondre à ces différentes interrogations, mais aussi pour reformuler et reprendre les explications données par le médecin oncologue. « *Le patient sait que c'est un temps pour lui, ouvert à la discussion, seul ou accompagné. Un climat de confiance est ainsi créer* »<sup>69</sup>. Le rôle de l'infirmier dans cette étape est de chercher à « *savoir où en est le patient dans sa connaissance de la maladie* » mais également connaître les ressources que le patient a, ou a besoin, afin de « *l'aider à se tracer une nouvelle trajectoire de vie.* »<sup>70</sup> Il faut montrer au patient qu'il est lui-même acteur de son parcours de soins.

Puis, le troisième temps, est celui pour « *guider* » le patient, car, pendant la durée du traitement, il sera bouleversé par des changements dans sa vie quotidienne. Ce temps permettra ainsi au patient d'être guidé dans le but de prendre les meilleures décisions. Et enfin, le dernier temps a pour but de créer un lien entre trois acteurs de la prise en charge du patient ; la médecine hospitalière, la médecine de ville et le patient lui-même.<sup>71</sup>

Parfois l'annonce et l'accompagnement vont au-delà de ces quatre étapes. Prenons l'exemple de l'hôpital Necker à Paris, qui a mis en place deux consultations infirmières. D'une part la consultation d'annonce après l'annonce du médecin. Et d'autre part, un suivi téléphonique, afin, qu'à domicile le patient ressent également un sentiment de considération.<sup>72</sup>

Dans son livre « *Faire face au cancer* » Gilles FREYER évoque le « *poids des mots* », il souligne le fait que chaque mot détiend une représentation bien spécifique aux yeux de chacun. Selon FREYER, il est « *temps de se défaire des clichés, tel que le cancer n'a pas d'issues, pour aller vers des représentations moins saisissantes. Pour cela un minimum d'information est indispensable* ». <sup>73</sup>

Nous soulignons alors l'importance de l'information, l'importance que chaque patient doit connaître sa maladie, connaître sa guérison et être informé de tous les traitements. Ce n'était pas le cas il y a quelques décennies, où tous les professionnelles de santé « *préconisaient, voire imposaient un mensonge charitable promettant la guérison* » dans un seul but : maintenir le moral des patients, qu'ils

<sup>66</sup> PAILLARD Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers – Vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné*, Ville : SETES, 2015, 2<sup>ème</sup> édition. p. 35.

<sup>67</sup> FERRARIS, Sophie. Op. Cit. p. 42-44.

<sup>68</sup> Ibid. p. 42-44.

<sup>69</sup> BENTEYN, Corinne, JACQUET, Sophie, O'NEIL, Martine. Accompagner et suivre le patient en cancérologie grâce aux consultations infirmières. *La revue de l'infirmière*, Février 2012, n°178, p. 39.

<sup>70</sup> FERRARIS, Sophie. Cancérologie : le temps d'accompagnement soignant. *Objectif soins management*, Février 2014, n°223, p. 42-44.

<sup>71</sup> PAILLARD Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers – Vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné*, Ville : SETES, 2015, 2<sup>ème</sup> édition

<sup>72</sup> BENTEYN, Corinne, JACQUET, Sophie, O'NEIL, Martine. Accompagner et suivre le patient en cancérologie grâce aux consultations infirmières. *La revue de l'infirmière*, Février 2012, n°178, p. 39.

<sup>73</sup> FREYER, Gilles. *Faire face au cancer, l'espoir au quotidien*. Paris : Odile Jacob, 2008. p. 29.

puissent se défendre et « retarder l'issue fatale ». <sup>74</sup> En effet, depuis Hippocrate, on souligne le danger qu'est l'annonce de mauvaises nouvelles à un patient. <sup>75</sup>

Mais le mensonge influence de façon négative la relation de confiance établie entre le soignant et le patient, ce pourquoi à ce jour, l'article R4127-35 du code de la santé publique, stipule que « Le médecin, doit, à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. » <sup>76</sup>

Au-delà de la démarche des « quatre étapes » de l'annonce et du changement de mœurs en ce qui concerne le mensonge et l'annonce, il faut savoir si ces méthodes conviennent aux patients, qui sont les acteurs principaux de leur prise en charge. Ce pourquoi l'Institut National du Cancer a réalisé une étude « d'impact » afin « d'évaluer le dispositif d'accompagnement mis en place autour de l'annonce du diagnostic de cancer ». « L'étude a été menée auprès de 908 personnes dans 53 établissements de santé différents. » Plusieurs faits se dégagent de cette étude. D'une part la relation de confiance est, selon les patients, satisfaisante. Puis seulement 86% des patients interrogés trouvent que le médecin oncologue a utilisé les mots justes pour l'annonce. Cela expliquera sûrement que chaque situation, chaque patient, chaque praticien et chaque cancer sont différents. Il faut savoir qu'il n'existe pas de « mots juste », le principe restant le respect de la personne et de son rythme. <sup>77</sup>

« Concernant l'accompagnement par un soignant, un patient sur deux en a bénéficié. Parmi ces patients, 9 personnes sur 10 jugent qu'elles ont bénéficié d'une écoute suffisante et 95% qu'elles ont obtenu des réponses à leurs questions. Les patients estiment par ailleurs avoir reçu de l'aide et du soutien de la part du personnel soignant comme du médecin. » <sup>78</sup>

### c) Les étapes du deuil

Différentes étapes suivent l'annonce de la perte d'un être cher, mais aussi, l'annonce d'une maladie grave comme le cancer. Ces étapes sont au nombre de cinq et sont identifiées par Elisabeth KÜBLER-ROSS dans ses différents ouvrages autour de la mort. Selon elle, ces cinq étapes ne sont pas vécues par tout le monde. De plus, chaque personne va vivre les étapes différemment et dans un ordre totalement aléatoire.

Le déni est la première réaction face à la mort, ou bien face à l'annonce d'une maladie grave. Cette étape fait référence, selon Elisabeth KÜBLER-ROSS, au « refus de croire à la réalité ». Cette étape « paralyse » l'individu qui fait face à l'annonce, on parle d'un état de choc. C'est dans cette étape qu'il est impossible d'admettre la réalité. Mais la vraie question qui découle de cette phase est : comment continuer à vivre malgré la perte d'un être cher ? Ou bien, comment continuer à vivre avec la maladie ? Elisabeth Kübler-Ross évoque le fait qu'aucun individu ne se console face à la mort, mais qu'il « apprend à vivre avec cette absence ». Tout comme l'annonce d'un cancer, le patient doit apprendre à vivre avec la maladie. <sup>79</sup>

Ensuite, la colère, qui peut prendre diverses formes. On peut être furieux contre le défunt parce qu'il n'a pas suffisamment pris soin de lui, ou bien, s'en vouloir de ne pas avoir mieux veillé sur lui. La

<sup>74</sup> HOERNI, Bernard. Accompagnement des personnes atteintes d'un cancer. *Objectif soins*, Mai-Juin 1997, HS, n° 58FF, p. 28

<sup>75</sup> Ibid. p. 28.

<sup>76</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SNTÉ. *Code de la santé publique, chapitre 7 : déontologie, section 1, sous-section 2 : Devoirs envers les patients*. [En ligne]. 9 Mai 2012.

<sup>77</sup> BARSKY, Emmanuelle. Une étude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades. *Soins*, Juin 2012, n°766, p. 8.

<sup>78</sup> BARSKY, Emmanuelle. Une étude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades. *Soins*, Juin 2012, n°766, p. 8.

<sup>79</sup> KÜBLER-ROSS, Elisabeth, KESSLER, David. *Sur le chagrin et le deuil, trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil*. New-York : JC Lattès, 2010, p. 26-30.

colère n'est pas nécessairement logique, ni fondée. « *On peut se révolter contre le mauvais sort* »<sup>80</sup>, puis l'auteur conseille de ressentir la colère à « fond », mais ne jamais laisser quelqu'un la critiquer ou « *minimiser son importance* ». <sup>81</sup>

Puis l'étape du marchandage est une période par laquelle l'individu se remettra en question par des « si seulement ... », l'individu souhaite revenir dans le passé. Et souhaite que l'être perdu revienne, ou que l'annonce de la maladie n'est pas eu lieu.<sup>82</sup>

C'est après le marchandage que l'individu reprend conscience de la réalité. Il ressent un vide, puis le chagrin s'installe de façon intense et parfois incontrôlable ; on parle ici, de la phase de dépression. Elisabeth KÜBLER-ROSS évoque également que chaque « *occupation routinière* » paraîtra pour l'individu toute dérisoire. <sup>83</sup>

La dernière étape que Madame Kübler-Ross démontre est celle de l'acceptation. La personne admet la réalité, admet que sa vie sera différente et apprend à vivre avec.<sup>84</sup>

#### d) La relation d'aide

Selon Jocelyne MAILLET, surveillante générale dans un Hôpital Parisien en 1992, il faut faire en sorte que les mentalités, les comportements et la reconnaissance de la dimension relationnelle évoluent. Selon elle, il faut rendre l'accès, aux formations à la relation d'aide, simple. Mais aussi « *favoriser la communication à tous les niveaux et développer sa capacité d'écoute afin de répondre aux attentes et aux espérances du malade.* »<sup>85</sup>

Faisant partie intégrante de la relation d'aide, les soins de supports sont proposés aux patients dans le besoin. Il ne doit à aucun moment de sa prise en charge, ressentir une défaillance au niveau de l'un de ses besoins (respirer, uriner, la douleur, une gêne pour avaler ...). L'infirmier joue un rôle dans la relation d'aide avec le malade, si ce dernier, manifeste une gêne particulière, le professionnel est en mesure de lui proposer toute l'aide dont il juge nécessaire.<sup>86</sup> Ces soins ne sont « *ni secondaires, ni optionnels.* »<sup>87</sup>

Dans le cas d'un patient présentant des manifestations anxieuses, l'infirmier assure, selon le code de la santé publique, un rôle d' « *aide et de soutien psychologique* »<sup>88</sup>. Cependant, il doit proposer au patient, un entretien avec un psychologue, car la charge de travail infirmière ne présente pas ou peu de place pour un entretien avec le patient, et ne présente pas les mêmes compétences qu'un psychologue. Mais quelle image le patient a-t-il du « psy » ? Sa présence peut engendrer une frayeur, un « *désarroi supplémentaire, capable d'amplifier l'angoisse liée à sa dégradation physique.* » Trop peu de patients expriment leur envie de voir un psychologue. L'approche « psy » symboliserait pour le patient la « *concrétisation d'une atteinte à la bonne santé mentale* ».

<sup>80</sup> Ibid. p. 30.

<sup>81</sup> Ibid. p. 38.

<sup>82</sup> Ibid. p. 39.

<sup>83</sup> Ibid. p. 44.

<sup>84</sup> Ibid. p. 49.

<sup>85</sup> BARANES, Marie-Françoise. La relation d'aide. L'infirmière magazine, Janvier 2003, n°178, p. 38-39.

<sup>86</sup> HOERNI, Bernard. Accompagnement des personnes atteintes d'un cancer. *Objectif soins*, Mai-Juin 1997, HS, n° 58FF, p. 28.

<sup>87</sup> CARTIER, Lysian, CLOAREC, Jean-Pierre, DESPIAU, Frédéric et al. *Les traitements des cancers du testicule*. Paris : Institut National du Cancer, 2014, x p.

<sup>88</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. *Code la santé publique, chapitre 1<sup>er</sup> : exercice de la profession, section 1 : actes professionnels*. [En ligne]. 17 avril 2016. Mesure 41.

Ce pourquoi, le soignant qui proposera un soutien psychologique à un patient, doit essayer de « *démystifier le caractère insolite et intrusif du psy par un contact préalable susceptible de rassérer le malade tout en tentant de l'ouvrir à cette approche.* »<sup>89</sup>

Selon Jacques CHALIFOUR, la relation d'aide c'est « *aider le patient à reconnaître ce qu'il est* »<sup>90</sup>

Toujours selon Jacques CHALIFOUR, la relation d'aide est une « *interaction particulière entre deux personnes* ». D'une part l'infirmier(e), d'autre part le patient. Chaque personne recherchera en l'autre la « *satisfaction d'un besoin d'aide* ». « *Les personnes soignées et leurs proches demandent à être écoutés, entendus dans leur singularité. Ils souhaitent être accompagnés quelle que soit la situation de crise qu'ils sont en train de vivre. [...] Les compétences à la relation d'aide des infirmières s'avèrent nécessaires pour prendre soin de la personne et répondre à ses attentes* ». <sup>91</sup>

D'après l'article R.4311-5 « *Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants [...] entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ; aide et soutien psychologique.* »<sup>92</sup>

Selon Marie-Claude DAYDE, Chantal PASCAL et Eliette SALABARAS CLERGUES, la relation d'aide fait appel à la mobilisation de quatre attitudes.

Tout d'abord l'écoute active, qui suppose une « *décentration de soi, pour se centrer sur l'autre et une intentionnalité (se mettre à disposition)* »<sup>93</sup>. Elle engage deux contraires : la proximité et la distance. Il s'agit de comprendre la personne sans la maîtriser. Les auteurs déclinent différentes attitudes face à l'écoute active : le regard, la bienveillance, le respect, l'authenticité, le respect des silences et de la distance ... .

Ensuite, l'empathie, qui mobilise une attitude de compréhension. Il s'agit de comprendre la personne sans se mettre à sa place.

Puis, l'authenticité, c'est-à-dire que le soignant « *s'implique avec sincérité dans la relation* ». Cela permet au patient de « *retrouver une cohésion entre ce qu'elle est en train de vivre et ses émotions et renforcer le lien de confiance avec le soignant* ». <sup>94</sup>

Pour finir, la reformulation consiste en l'action de reformuler l'idée ou bien les interrogations du patient, avec ses propres mots afin de centrer la relation sur la personne et ainsi, une fois de plus, renforcer la confiance soignant-soigné.

#### **e) La réassurance**

« *Écouter et rassurer, c'est prendre soin en permettant de rendre moins anxiogènes certaines situations de vie.* »<sup>95</sup>

Selon Bernard HOERI, l'être humain est « *assez riche pour continuer à vivre sur les espoirs diversifiés et réalistes qui, à l'inverse du précédent, pourront se réaliser. Ce sont ces espoirs-là qu'il faut cultiver, favoriser, ne pas décevoir et les soignants peuvent largement y contribuer.* »<sup>96</sup> En effet, le

<sup>89</sup> RUSZNIEWSKI, Martine. *Face à la maladie grave, patients, familles, soignants*. Paris : Dunod, 2009. p. 161-162.

<sup>90</sup> CHALIFOUR, Jacques. *La relation d'aide en soins infirmiers, une perspective holistique – humaniste*. Paris : Lamarre, 1989. p. 18.

<sup>91</sup> Ibid. p. 18.

<sup>92</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. *Code de la santé publique, chapitre 1<sup>er</sup> : exercice de la profession, section 1 : actes professionnels*. [En ligne]. 17 avril 2016. Mesure 41.

<sup>93</sup> DAYDE, M.-C, LACROIX, M.-L, PASCAL, C et al. *Relation d'aide en soins infirmiers*. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 2014. p. 34.

<sup>94</sup> Ibid. p. 38.

<sup>95</sup> BOURGEOIS, Françoise. *L'entretien de compréhension, de soutien ou de réassurance*. Paris : Elsevier Masson, 2008.

<sup>96</sup> HOERNI, Bernard. *Accompagnement des personnes atteintes d'un cancer. Objectif soins*, Mai-Juin 1997, HS, n° 58FF, p. 28.

soignant peut solliciter le patient à réfléchir à de nouveaux projets réalisables, afin de lui donner une forme d'entrain, de dynamisme, pour conduire vers une guérison bienveillante.

D'après Françoise BOURGEOIS, l'entretien peut être soit un entretien de soutien, de compréhension ou encore de réassurance. Ces différents entretiens naissent d'une difficulté du patient, qui s'exprime par de l'anxiété ou encore de l'angoisse. Peu importe l'entretien, mais il doit être centré sur la « *protection de la personne* ». Le patient veut tout d'abord être compris, être soutenue, mais également rassuré, dans le but de supporter ce que ce dernier vit afin de diminuer l'anxiété.<sup>97</sup>

Selon H. LAZURE, il faut, afin de rassurer un patient, mettre l'accent sur « *ce que vit la personne, notamment sur la dimension affective et non sur la dimension intellectuelle* ».

Dans ce cadre, le soignant développe des attitudes fondées sur le respect, l'écoute et l'empathie. Selon Lucien Auger, « *une des manières les plus efficaces de transmettre un authentique respect de l'autre est sans doute d'écouter attentivement et emphatiquement l'autre personne, en se préoccupant uniquement de bien la comprendre* ». Le soignant aide la personne à découvrir ses potentialités et cherche à lui promettre de les exploiter, dans la mesure du possible.<sup>98</sup>

Il existe quelques techniques de communication à utiliser avec discernement afin de rassurer un patient anxieux. La reformulation, la clarification et l'élucidation qui «  *vise à relever des sentiments et des attitudes qui ne découlent pas de paroles du sujet mais qui peuvent raisonnablement être déduits de la communication ou de son contexte* » selon Carl Rogers. Puis « *une attitude d'écoute active* »<sup>99</sup> est indispensable.

## **II) L'Analyse multifactorielle**

Mon travail portant réflexion sur la prise en charge de patients anxieux atteint d'un cancer, il m'a semblé évident d'échanger avec deux infirmières exerçant en oncologie. J'ai alors voulu, afin d'analyser au mieux mon travail, rencontrer dans un premier temps une infirmière d'annonce. Cet entretien me permettra d'apporter des réponses relatives à la prise en charge d'un patient pendant et après l'annonce de sa maladie. Dans un second temps, j'ai souhaité rencontrer une infirmière d'oncologie travaillant de nuit. Nous savons que les patients décuplent leurs anxiétés la nuit. Dans mon choix, je trouve important de m'entretenir avec deux infirmières qui présentent un parcours professionnel différent et bien-sûr un exercice différent afin de comparer leurs méthodes de travail.

J'ai choisi de mener ces entretiens de façon semi-directive ; en effet, cette méthode ouvre la possibilité d'échanger autour des questions posées, d'ouvrir le débat, de donner des exemples, mais également de reformuler les questions. L'objectif de ces entretiens est également un partage d'expérience dans le but d'améliorer ma pratique professionnelle. Ce qui aurait été très difficile avec la réalisation d'un questionnaire, qui, selon moi, est une méthode trop impersonnelle ne me permettant pas d'en tirer une analyse qualitative.

Je n'ai pas orienté mes questions spécifiquement vers le cancer du testicule car ce n'est pas ce dernier qui engendre de l'anxiété chez les patients, mais c'est le cancer de façon générale et bien-sur toutes ses composantes (annonce, hospitalisation, traitements, effets indésirables, etc...).

Ma grille d'entretien (Annexe 3) a été réalisé en fonction des questions que je me suis posé au regard de mon travail de recherches documentaires ; je les ai ensuite centrées sur deux axes majeurs, à savoir l'anxiété et l'accompagnement.

<sup>97</sup> BOURGEOIS, Françoise. Op. Cit. p. 44.

<sup>98</sup> BOURGEOIS, Françoise. Titre article. *La revue de l'infirmière*, Décembre 2008, n°146. p. 43.

<sup>99</sup> BOURGEOIS, Françoise. Titre article. *La revue de l'infirmière*, Décembre 2008, n°146. p. 44.

Afin de réaliser un travail d'analyse de qualité, j'ai commencé par retranscrire les réponses des infirmières interrogées.

Grâce à l'ensemble des informations recueillies lors du travail de recherche conceptuel et lors des entretiens réalisés auprès des infirmières, j'ai pu éclaircir la question de départ de ce travail de fin d'étude qui est : « Dans quelle mesure, un infirmier en oncologie peut-il accompagner et rassurer un patient anxieux atteint d'un cancer du testicule, afin d'assurer une prise en charge de qualité ? ».

J'ai ainsi décomposé mon analyse en quatre parties distinctes. La première portera sur les moyens disponibles pour rassurer les patients présentant de l'anxiété. Ensuite, je préciserai ce qu'est réellement une prise en charge de qualité comprenant l'accompagnement et quels sont les moyens mis en œuvre pour y prétendre. C'est au regard de ma troisième partie que j'analyserai ce qu'est la réassurance face à un patient anxieux. Et pour terminer j'exposerai l'importance ou non de l'expérience professionnelle en oncologie.

Dans la situation détaillée en début de travail, je remarque que Monsieur R se pose de nombreuses questions quant aux différentes contraintes que va engendrer la chimiothérapie. L'anxiété étant un état d'inquiétude face à l'appréhension d'événements, je peux en déduire que Monsieur R est anxieux. Cependant, il ne faut pas oublier que chaque patient réagit de façon différente face à telle ou telle situation.

Grâce à la recherche documentaire, j'ai constaté que plusieurs facteurs rendent chaque patient plus vulnérable. Mais tous les patients présentent de l'anxiété à différents niveaux. Suite à l'entretien mené auprès de l'infirmière d'annonce, j'ai pu découvrir l'importance du dispositif d'annonce, en amont de l'hospitalisation, qui permet de diminuer et de limiter l'anxiété de chaque patient. En effet, le patient sera informé de toutes les étapes de sa prise en charge, mais également de tous les effets indésirables de son traitement ; il sait donc ce qu'y l'attend de manière générale. De plus, les informations que les patients ont eues, au sujet des soins de support, leur permettent de se sentir entourés, aidés, soutenus ; ils savent alors que de nombreuses méthodes peuvent pallier à un déficit quel qu'il soit.

Un des facteurs anxiogène pour les patients est « le lieu ». L'hôpital pour eux, est un milieu inconnu, angoissant et stressant et il en va de notre rôle propre de montrer aux patients notre présence, notre disponibilité et notre écoute afin de diminuer leurs appréhensions face à ce lieu. Mais l'anxiété se développe davantage la nuit pour beaucoup de personnes, tel que les bébés ou encore les personnes âgées par exemple. Mais pour les patients hospitalisés, la nuit, il n'y a plus aucun bruit, donc le sentiment d'être seul, le sentiment de n'avoir personne pour les aider. Cependant, c'est le moment où l'équipe de nuit prend le temps avec chaque patient, elle les écoute, répond à leurs différentes questions, comme me le souligne l'infirmière de nuit. Il arrive assez fréquemment que l'équipe de nuit propose des massages aux patients qui en ressentent le besoin. « *La nuit, nous attachons une grande importance au respect du sommeil des patients ; nous prenons également beaucoup de temps pour les installer le plus confortablement possible afin qu'ils passent une nuit paisible* ». L'infirmière de nuit me relate que de nombreux patients pleurent la nuit à cause de la pression de la journée qui redescend, elle pense également qu'ils se « lâchent » la nuit, car ils savent que l'équipe du soir est davantage à l'écoute. « *Nous leur rappelons sans cesse que ce ne sont pas des machines, mais bien des êtres humains, qu'ils ont donc le droit de craquer* ».

Je constate alors que la consultation d'annonce permet de répondre aux différentes craintes de chaque patient. Cela limite ainsi leurs angoisses pendant l'hospitalisation. De nombreuses méthodes existent afin de limiter cette anxiété, voire même, y pallier. Il existe deux grandes méthodes. La première qui est du rôle de l'infirmière, en effet, comme je l'ai découvert lors de ma recherche et grâce au partage d'expérience avec les professionnels, il est essentiel, afin de limiter l'anxiété, de prendre du temps avec le patient. L'écouter, s'asseoir à sa hauteur, le faire reformuler et répondre au plus juste à ses

différentes questions tout en étant humain permet de diminuer cette anxiété, car il sera en confiance avec les différents professionnels qu'il aura rencontrés.

Enfin, il est essentiel, selon Martine RUSZNIEWSKI et selon les deux infirmières rencontrées, de savoir que l'anxiété, nous pouvons la contrôler, la diminuer, mais nous ne pouvons pas la faire disparaître. Nous pourrions dire que tel patient n'est pas du tout anxieux, mais la réalité en est tout autre. En effet, le patient se cache, de manière inconsciente derrière des mécanismes de défenses, que l'on doit respecter, mais surveiller. Comme nous l'indique l'infirmière d'annonce « *Plus le patient sera serein, plus je vais m'inquiéter pour lui et plus je vais aller le voir.* »

Au cours de mon travail de recherche, j'ai remarqué que le concept d'accompagnement est beaucoup trop vague, il en décline de nombreuses définitions. Ce pourquoi il m'a semblé pertinent d'évoquer ce concept avec les professionnelles. L'infirmière d'annonce insiste sur l'échange horizontal et non vertical ; elle préconise la disparition naturelle de la hiérarchie soignant-soigné et souhaite un échange qui prend racine dans ce que le patient sait, connaît et de ce qu'on lui a dit. Cela, tout en étant empathique et à l'écoute, ce sont, selon cette infirmière, les « *bases de l'accompagnement du patient* ». Un accompagnement de qualité dépend de nombreux facteurs selon l'infirmière de nuit. Tout d'abord l'écoute active, le temps que l'on consacre à chaque patient, puis la qualité de la relation de confiance. « *Je pense également que chaque détail compte dans la prise en charge, il faut prendre à cœur ce que l'on fait pour le patient, être humble, être soi-même et surtout connaître ses limites* ». Grace à toutes ces petites étapes, l'équipe soignante peut considérer, selon l'infirmière de nuit, avoir effectué un accompagnement de qualité. Par rapport à l'équipe soignante, « *une bonne cohésion permet également d'assurer un suivi linéaire de chaque patient.* ». Il faut savoir que l'accompagnement ne découle pas seulement de la considération du patient, mais il faut bien entendu prendre en compte son entourage (sa famille, ses amis ...).

Dans la prise en charge d'un patient en oncologie, et lors de la consultation d'annonce il est très important de connaître le stade du cancer. Ce dernier nous orientera dans nos choix de méthodes pour l'accompagnement du patient. Si le cancer est en stade 1 selon les médecins oncologue, alors l'accompagnement et l'annonce se concentreront sur la « *compréhension* ». Il s'agira, comme me le développe l'infirmière d'annonce, d'expliquer au malade son cancer, de l'informer sur les effets et l'évolution possible. En revanche, si le cancer est classé stade 4, c'est une tout autre prise en charge qui attend les soignants. En effet, le fait pour le patient de comprendre les effets, les méthodes de vie, les changements d'habitudes, n'aura que peu d'intérêt, exprime l'infirmière d'annonce. Nous serons disponible toujours pour l'accompagner, mais il faudra annoncer la vérité, par exemple dire que la guérison n'est sans doute plus envisageable. On parlera de prise en charge palliative. C'est une dimension toute autre qui s'appuie sur les « *derniers instants de la vie* », sur l'importance de réaliser les souhaits du malade. Selon l'infirmière de nuit, face à un patient en chimiothérapie palliative, il faut « *savoir arrêter le combat* », ce qui est très difficilement acceptable pour nous soignants et pour le patient. Dans la situation qui m'a conduit à ce travail, je n'ai pas d'information au sujet du stade du cancer, cela aurait pu m'orienter vers d'autres concepts et m'aiguiller sur la particularité de l'accompagnement. Je sais tout de même qu'il n'est pas en stade 4 car son état de santé évolue positivement, Monsieur R ne présente aucun facteur pouvant conduire à une prise en charge palliative.

L'accompagnement d'un patient, c'est aussi évoquer, avec lui, la vérité. Cela, toujours en se basant sur ce que le malade sait de son cancer. Il faut être « *vrai* » selon l'infirmière d'annonce. Il faut être capable d'expliquer au patient que nous sommes présents pour l'aider, que nous ne pourrions pas résoudre tous les problèmes mais que nous allons l'aider à en résoudre quelques un. Le fait d'annoncer la vérité et de ne pas s'engager dans l'irréalisable permet de garantir la relation de confiance et ainsi, favoriser un accompagnement de qualité.

La réaction que j'ai eu face aux propos de Monsieur R, me permet de souligner que je n'ai sans doute pas assuré un accompagnement de qualité. Il est possible que Monsieur R n'est plus confiance en moi, car je n'ai pas su répondre à ses craintes, je n'ai pas su l'orienter. Ce constat me permet désormais de me rendre compte de mes erreurs afin de les améliorer pour ma future pratique professionnelle et actuelle. J'en conclus alors que le maintien de la relation de confiance est une priorité de la prise en charge relationnelle.

Face à Monsieur R, j'ai le sentiment de ne pas avoir su le rassurer sur sa prise en charge. Cependant mes recherches m'ont conduit à me demander si « rassurer » un patient, était le terme idéal dans une prise en charge en oncologie. Selon l'infirmière d'annonce ayant suivi de nombreuses formations, il n'y a pas de réassurance possible avec des patients en oncologie, mais il y a un accompagnement global. « *Il faut comprendre ce que le patient demande et mettre tout en œuvre pour l'accompagner* » Selon cette infirmière, il faut faire très attention à la fausse réassurance ; par exemple « *ça va aller* » ou encore « *je vais vous injecter votre petite chimio* » : il s'agit là de rassurer pour mieux se protéger, nous soignants. C'est également le point de vue de l'infirmière de nuit. Elle me donne un exemple très concret. « *Face à un patient qui reçoit sa première chimiothérapie, il n'y a pas de réassurance possible ; nous ne savons pas comment il va réagir face à cette première injection. Cependant un patient qui vient pour sa deuxième chimiothérapie, tandis que la première s'est bien passée, nous pouvons le « rassurer » en lui disant que la première s'étant bien passée, nous pouvons prétendre à la même réaction pour la seconde.* » Une fois de plus, elle n'aime pas employer le terme « réassurance ». Il ne faut pas oublier qu'il n'y a pas de réassurance possible sur la guérison de la maladie, à nouveau, nous ne sommes pas médecins et nous ne pouvons pas nous permettre d'effectuer un diagnostic.

Le cancer est certes une maladie grave, mais l'infirmière d'annonce que j'ai pu interroger classe les différents cancers dans les maladies chroniques. Selon elle, le cancer ne se guérit pas. Le risque de récurrence est trop important pour que le patient soit considéré comme « guéri ». C'est selon elle, une façon de voir les choses que les patients doivent accepter, dans le but de changer leurs habitudes de vie, afin de limiter au maximum la récurrence. Cela permet également aux malades de prétendre à une réalité avérée, à savoir, celle de guérir leur cancer et non pas de « *se guérir du cancer* ».

Ma recherche me conduit au pourcentage de guérison du cancer du testicule à savoir 90%. Je me demande alors : face à la situation que j'ai vécu avec Monsieur R, est-ce acceptable d'évoquer les chiffres de ce cancer avec lui, afin de le rassurer ? Lorsque je me pose cette question je ne suis pas certains qu'il s'agit être un moyen de rassurer le patient. Qu'en est-il de l'avis des professionnelles que j'ai rencontré ? Toutes deux sont unanimes à ce sujet, leur réaction a été similaire. Elles se sont exprimées avec un grand « *non* ». Cependant leurs réponses divergent ; l'infirmière d'annonce rappelle que nous, infirmiers, ne sommes pas médecins, elle stipule à ses patients que « *nous n'avons pas les compétences pour évoquer les chiffres* ». Elle rappelle également qu'il faut toujours se baser sur ce que le médecin a évoqué avec le patient lors des différentes consultations. En effet, il s'agit de la base de la communication avec le patient, il faut sans cesse partir de l'annonce du médecin. L'infirmière de nuit, quant à elle, pense que les chiffres peuvent être source d'angoisse. Elle pense qu'il ne faut pas se « *cacher derrière des chiffres, des traitements et derrière les soins* ». En effet, le fait de se cacher derrière les prescriptions par exemple n'est pas professionnel et peut engendrer un mal-être au sein de la relation de confiance établi avec le patient. Elle pense également que n'importe quel chiffre engendre de l'anxiété, qu'il soit bon ou mauvais. Le patient est anxieux d'une part par le mot cancer, mais également par toute la dynamique qui se met en place autour de lui.

A aucun moment dans la situation que j'ai vécu, Monsieur R a souhaité évoquer les chiffres de guérison de son cancer. Comme à aucun moment je n'ai voulu les évoquer. Il est vrai que désormais les avancées technologiques permettent de se renseigner très rapidement sur toutes les questions que nous nous posons. Après un stage aux urgences j'ai remarqué que de nombreux patients arrivent avec



leur diagnostic trouvé sur internet. Ceci pourrait perturber l'accompagnement du patient. En effet, j'ai consulté des forums afin de savoir ce qu'il en est au sujet des chimiothérapies. Je n'ai rien trouvé de rassurant ; les patients expriment leurs différents problèmes suite à leurs chimiothérapies. Il est alors difficile pour les personnes qui consultent internet de prendre du recul sur ce qui est dit. Comme nous l'avons vu dans ma recherche, chaque personne réagit différemment face à une annonce ou encore face à un traitement.

Dans la situation, je suis confronté aux différentes interrogations du patient, sans savoir y répondre. J'ai découvert au fil de la recherche documentaire que la communication est très importante au sein de la relation entre le patient et le soignant. Ce dernier doit faire preuve d'empathie et donner des réponses aux craintes des patients afin de les accompagner de façon globale. Il s'avère que je n'ai pas su accompagner ce patient lorsqu'il en avait besoin. C'est au terme de ce travail de recherche que je comprends ma réaction. En effet, mon manque d'expérience m'a sans doute déstabilisé face à cette situation, mais également toutes les notions de communication, tel que la reformulation ou encore le fait de recentrer le patient sur sa prise en charge.

Comme me le confirme les deux infirmières que j'ai rencontrés, l'expérience professionnelle est fortement conseillée dans les services d'oncologie. Selon l'infirmière de nuit il faut se connaître soi-même avant d'essayer de connaître les autres. Selon elle, « *il faut savoir répondre aux patients de la façon la plus juste, donc je pense que l'expérience permet de prendre du recul sur beaucoup de choses et ainsi, répondre au mieux aux patients.* » En revanche, les deux infirmières estiment bien-sûr que dans tout service, comme celui d'oncologie, il est possible de prendre en charge de façon optimale les patients, même sans expérience. Mais il faut être vigilant face à nos réactions, connaître parfaitement la maladie, ses risques, son traitement, ses effets. Ce sont différents facteurs qui doivent entrer dans la prise en charge globale. Les auteurs et les infirmières s'accordent à dire que l'on ne peut pas prendre en charge un patient sans connaître ses problèmes de santé, ses besoins, les effets de ses traitements.

Il faut savoir qu'il n'y a pas de règles quant aux réponses que l'on apporte aux patients anxieux. Cependant, l'expérience professionnelle permet de s'endurcir moralement afin de répondre aux patients et surtout leur donner des réponses justes et non blessantes. Grâce à ce travail et aux différents exemples que m'ont donnés les infirmières, je saurai, lors d'une situation similaire, faire preuve de professionnalisme et ainsi faire reformuler le patient afin de trouver les mots justes.

Afin de conclure les entretiens, pour les résumer et dans le but d'ouvrir vers un débat plus large j'ai demandé aux infirmières quels conseils donneraient-elles à des jeunes diplômés ou à des étudiants afin d'assurer une prise en charge de qualité auprès de patients atteints d'un cancer. Cette question est essentielle à la lecture de la situation d'appel ; en effet, étant étudiant, je n'ai pas su répondre aux attentes de Monsieur R, j'aurais aimé avoir quelques conseils avant le début de mon stage en oncologie. L'infirmière de nuit conseille d'être humain avant tout, de ne jamais se cacher derrière les traitements et garder comme objectif de faire aux patients ce que l'on aimerait que l'on nous fasse si nous étions à la place du patient que nous prenons en charge. Selon l'infirmière d'annonce, il faut rester naturel, être communicant avec tous les patients, même ceux qui ne communiquent peu, ne jamais mentir et alimenter la relation de confiance sans cesse.

C'est après un travail de recherche minutieux et un travail d'analyse riche en partage d'expériences que je conduis ma pensée de façon beaucoup plus large. Je remarque dans la situation que le patient est anxieux, il se pose de nombreuses questions quant à la suite de son hospitalisation et de son retour à domicile. Deux personnes sont à ses côtés et l'écoute. D'une part, une infirmière diplômée d'Etat, exerçant en oncologie depuis quelques années. D'autre part, un étudiant infirmier, en seconde année n'ayant jamais exercé. Face à ses craintes, seule l'infirmière a réussi à trouver les mots exacts pour apaiser les souffrances morales du patient. Ce pourquoi ma problématique d'ouverture serait la suivante :

**En service d'oncologie, dans quelles mesures un jeune diplômé infirmier peut-il accompagner un patient après l'annonce de son cancer ?**

Afin de conclure ce travail d'analyse, je souhaite citer une parole de l'infirmière d'annonce, qui m'a semblé résumer au plus juste mon travail de recherche :

*« Il ne faut pas que tu veilles à mener le patient là où tu veux qu'il aille.  
Tu dois l'emmener et l'accompagner là où lui veut aller. »*

III) Hypothèse

Après avoir vécu une situation en service d'oncologie j'ai rédigé une question de départ qui m'a conduit à des concepts de recherche. Au terme de ce travail de recherche j'ai eu la chance de rencontrer deux infirmières afin de rédiger mon analyse. C'est grâce à la recherche et au partage d'expériences que j'ai conduit à me faire ma propre hypothèse sur la prise en charge de patients atteints de cancer. Je suis actuellement en mesure de soumettre une hypothèse qui pourra être étudiée pour d'autres travaux de recherche afin de l'affirmer ou de l'infirmer.

**L'accompagnement d'un patient atteint d'un cancer requiert expérience et maîtrise dans la prise en charge relationnelle afin d'assurer une relation d'aide efficace.**

En effet, je pense qu'il serait très enrichissant, de rencontrer une infirmière d'annonce, plusieurs fois au cours de notre formation. Ces rencontres permettrait un échange entre étudiants et professionnels afin d'analyser plusieurs situations vécues au cours des différents stages dans le but d'améliorer une fois de plus, notre exercice professionnel.

#### IV) Conclusion

Cette conclusion marque la fin de trois années d'études intenses, riches en rencontres, riches en connaissances et surtout riche en partage d'expériences. Mais cette conclusion marque essentiellement la fin d'un travail de recherche très intéressant portant réflexion sur une pathologie qui m'intéresse tout particulièrement. De nos jours le mot « cancer » est trop souvent accompagné de la notion de « mort » ; c'est une des maladies les plus graves faisant appel à un enjeu majeur de santé publique.

En service d'oncologie j'ai remarqué toute l'importance de la qualité de la prise en charge des patients et surtout ressenti le poids des responsabilités qui sont sur nos épaules. Le patient atteint d'un cancer compte énormément sur l'équipe soignante et nous nous devons de lui assurer un accompagnement personnalisé et de qualité. Il a besoin de se sentir vivre, se sentir lui-même et surtout se sentir humain.

J'ai pu découvrir au fur et à mesure de ce travail de recherche l'importance pour le soignant de se connaître soi-même.

Ce travail fut pour moi un travail intense, cependant, très intéressant et très enrichissant pour ma pratique professionnelle. Je n'aurais pas imaginé un seul instant que ce travail soit aussi formateur et professionnalisant ; car il demande rigueur et réflexion professionnelle mais également car il m'a permis de comprendre mes erreurs et de les corriger.

Cette recherche m'a permis également, d'augmenter ma capacité à me questionner. Désormais je ne me projette non pas en tant que futur diplômé, mais en tant que futur professionnel avec une dimension du soin et de la prise en charge de la personne bien différente de mon entrée en formation.

**ANNEXE 1 :**  
**Questionnaire douleur et vie quotidienne.**

Questionnaire « Douleur et vie quotidienne »

<p><b>Votre sommeil</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bon</p> <p><input type="checkbox"/> Irrégulier</p> <p><input type="checkbox"/> Vous n'arrivez plus à dormir</p> <p><b>Votre appétit</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vous mangez normalement</p> <p><input type="checkbox"/> Vous mangez peu</p> <p><input type="checkbox"/> Vous grignotez</p> <p><input type="checkbox"/> Vous ne mangez plus</p> <p><b>Votre humeur</b></p> <p><input type="checkbox"/> Elle est inchangée</p> <p><input type="checkbox"/> Vous êtes susceptible</p> <p><input type="checkbox"/> Vous êtes irascible</p> <p><b>Votre relation avec les autres</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vous avez toujours envie de parler avec votre entourage (famille, amis, relations professionnelles)</p> <p><input type="checkbox"/> Vous avez assez peu envie de parler</p> <p><input type="checkbox"/> Vous ne parlez plus à personne et vous vous isolez</p>	<p><b>Votre travail</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vos activités sont régulières</p> <p><input type="checkbox"/> Vos activités sont réduites</p> <p><input type="checkbox"/> Vous ne travaillez plus</p> <p><b>Votre capacité à marcher</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vous allez et venez comme d'habitude</p> <p><input type="checkbox"/> Vous marchez avec difficulté et vous limitez vos déplacements au maximum</p> <p><input type="checkbox"/> Vous ne pouvez plus sortir de chez vous</p> <p><b>Votre goût de vivre</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vous avez de nombreux projets</p> <p><input type="checkbox"/> Vous avez moins envie de sortir</p> <p><input type="checkbox"/> Vous vous sentez déprimé et avez envie de ne rien faire</p>
--	--

Ce questionnaire peut vous aider à faire le point sur votre douleur. Il ne comporte pas de score. Chaque question est indépendante. Son intérêt est de repérer les domaines dans lesquels votre douleur est la plus gênante.

100

## ANNEXE 2 : La charte de la personne hospitalisée.



# Usagers, vos droits

## Charte de la personne hospitalisée

### Principes généraux\*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



Les établissements de santé garantissent la **qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le **consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



Une personne à qui il est proposé de participer à une **recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



La **personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la **confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un **accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

\* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

**ANNEXE 3 :**  
**Grille d'entretien avec une infirmière d'annonce.**

**Objectif : Connaître le professionnel :**

Question n° 1 :

Quel est votre parcours professionnel ?

Question n°2 :

Avez-vous reçu une formation relative à l'annonce ?

**Objectif : Echange au sujet de l'anxiété :**

Question n°3 :

Au sein des différents services accueillant des patients atteints de cancers, quelles actions sont mises en place afin de prendre en charge un patient anxieux ?

**Objectif : Echange au sujet de l'accompagnement :**

Question n°4 :

Que pensez-vous de la place de l'expérience professionnelle dans la prise en charge de patients atteints de cancer ?

Question n°5 :

Pensez-vous que face à un patient anxieux, évoquer les chiffres officiels de guérison peut être un moyen de le rassurer ?

Question n°6 :

Selon vous qu'est-ce qui favorise l'accompagnement du patient dans son parcours de soins ?

Question n°7 :

Que pensez-vous du principe de réassurance face à un patient atteint d'un cancer ?

**Objectif : Question général pour une éventuelle ouverture :**

Question n°8 :

Quel(s) conseil donneriez-vous à un étudiant ou à un jeune diplômé pour qu'il assure une prise en charge de qualité auprès de patients atteints de cancer ?

## LA BIBLIOGRAPHIE DE CE TRAVAIL

-

### OUVRAGES

AUBERT, Lucien, ECCLI, René, EGGERS, Jérôme. *Nouveaux cahiers de l'infirmière : législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail*. Paris : Masson, 2003. 153 p.

BLONDEL, Marylène, DAUTZENBERG, Bertrand, GUERIN, Robert et al. *Processus tumoraux*. Reuil-Malmaison : Lamarre, 2010, 319 p.

CARTIER, Lysian, CLOAREC, Jean-Pierre, DESPIAU, Frédéric et al. *Les traitements des cancers du testicule*. Paris : Institut National du Cancer, 2014, 83 p.

CHALIFOUR, Jacques. *La relation d'aide en soins infirmiers, une perspective holistique – humaniste*. Paris : Lamarre, 1989, 296 p.

DAYDE, M.-C, LACROIX, M.-L, PASCAL, C et al. *Relation d'aide en soins infirmiers*. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 2014, 156 p.

DORSAFE, Bourkia. *Être infirmier(ère)*. Lyon : Lieux Dits, 2015. 111 p.

FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet Conseil, 2012, 328 p.

FREYER, Gilles. *Faire face au cancer, l'espoir au quotidien*. Paris : Odile Jacob, 2008. 231p.

HALLOUËT, Pascal, YHUEL Véronique, DAGORNE Gwenhaéla. *Méga Mémo IFSI*. Issy-les-moulineaux : Elsevier Masson, 2013. 1585 p.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, KESSLER, David. *Sur le chagrin et le deuil, trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil*. New-York : JC Lattès, 2010. 313 p.

PAILLARD Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers – Vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné*, Noisy-le-Grand : SETES, 2015, 2<sup>ème</sup> édition. 522 p.

RUSZNIEWSKI, Martine. *Face à la maladie grave, patients, familles, soignants*. Paris : Dunod, 1999. 206 p.

SERVANT, Dominique. *Gestion du stress et de l'anxiété*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2012. 233 p.

### PERIODIQUES

BARANES, Marie-Françoise. *La relation d'aide*. L'infirmière magazine, Janvier 2003, n°178, p. 38-39.

BARSKY, Emmanuelle. *Une étude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades*. Soins, Juin 2012, n°766, p. 8.

BENTEYN, Corinne, JACQUET, Sophie, O'NEIL, Martine. *Accompagner et suivre le patient en cancérologie grâce aux consultations infirmières*. La revue de l'infirmière, Février 2012, n°178, p. 39.

BOURGEOIS, Françoise. Titre article. *La revue de l'infirmière*, Décembre 2008, n°146, p.43-44.

CHABROL, Henri. Les mécanismes de défenses. *Recherche en soins infirmiers*, Septembre 2005, n° 82, p. 31.

COURIC, Patrice. Titre article. *La revue de l'infirmière*, Mai 2012, n°181, p. 24.

DESERT, Sara, EBERHARDT, Christophe, HUSS, Yannick et al. Titre article. *Perspective soignante*, Avril 2004, n°49, p. 117-122.

FERRARIS, Sophie. Cancérologie : le temps d'accompagnement soignant. *Objectif soins management*, Février 2014, n°223, p. 42-44.

HOERNI, Bernard. Accompagnement des personnes atteintes d'un cancer. *Objectif soins*, Mai-Juin 1997, HS, n° 58, p. 28.

HOFFMAN-WILD, Emmanuelle. Le soin relationnel côté infirmier(e) et côté patient. *Soins*, Novembre 2003, n°680, p. 42.

### WEBOGRAPHIE

COMITE DES HAUTS DE SEINE, Aide aux malades. *La lutte contre le cancer [en ligne]*. 2016. Disponible sur : <http://www.liguecancer92.org> (Consulté le 28/04/2016)

HAUTE AUTORITE DE SANTE, Réunion de concertation pluridisciplinaire. [en ligne]. Mars 2014. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion\\_de\\_concertation\\_pluridisciplinaire\\_fiche\\_technique\\_2013\\_01\\_31.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_fiche_technique_2013_01_31.pdf) (Consulté le 01/05/2016)

INSTITUT NATIONAL DU CANCER, Epidémiologie des cancers, *Les chiffres du cancer en France [en ligne]*, 2016. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers> (Consulté le 25/02/2016)

INSTITUT NATIONAL DU CANCER, Qu'est-ce qu'un cancer ?. *Cancer : Les chiffres clés [en ligne]*. 2016. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Chiffres-cles> (Consulté le 12/04/2016)

INSTITUT NATIONAL DU CANCER, Définition. *Les soins de support [en ligne]*. 2016. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Soins-de-support/Definition> (Consulté le 16/04/2016)

INSTITUT NATIONAL DU CANCER, *Qualité de vie [en ligne]*. 2016. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie> (Consulté le 10/04/2016)

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, *Charte de la personne hospitalisée*. [En ligne]. Avril 2006. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte\\_a4\\_couleur.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf) (Consulté le 30/04/2016)

OMS, Cancer. Aide-mémoire [en ligne]. 2015, n°297. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/> (Consulté le 14/04/2016)



TREBUCQ, Alain, PEYROMAURE DEBORD, Michaël. Le cancer du testicule. Grand Public [en ligne]. 2009. Disponible sur : <https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/cancer-testicule.pdf> (Consulté le 14/04/2016).

UNION DEPARTEMENTALE DES ASSOCIATIONS DE PARENTS D'ENFANTS INADAPTES. *Journée d'étude « l'accompagnement aujourd'hui : une posture à imaginer ensemble »* [en ligne]. Roubaix : 2009. Disponible sur : <http://www.udapei59.org/actu/Journee3dec.pdf> (consulté le 30/03/2016).

## **TEXTES OFFICIELS**

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *Code la santé publique, chapitre 1<sup>er</sup> : exercice de la profession, section 1 : actes professionnels.* [En ligne]. 17 avril 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=&idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080130>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *Code de la santé publique, chapitre 7 : déontologie, section 1, sous-section 2 : Devoirs envers les patients.* [En ligne]. 9 Mai 2012. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912897&dateTexte=20110210> (Consulté le 14/04/2016).

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE ET MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. *Plan Cancer 2014-2019.* Février 2014.

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. *Circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie ;* [en ligne] Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm> (Consulté le 15/04/2016)

## **AUTRES (BROCHURES, PORTFOLIO)**

BODEUR, Anne-Marie. *Face au cancer : quel rôle pour les proches : la rémission.* Saint-Cloud : Pfizer, Global Santé, 2008. 14 p.

BONDIL, Pierre. *Tout autour du cancer : Soins et soutien au quotidien : La Sexualité.* Chambéry : Pierre Fabre médicament, 2015.

DICTIONNAIRE : *Le petit Larousse.* Paris : Larousse, 1808 p.

FONTANILLES, Maxime. *Traitements médicaux des cancers.* Cours vidéo, 2014, p. 3. Disponible sur : Plateforme « Université ». 81 p.

HAS, *Fiche méthode : Réunion de concertation pluridisciplinaire (rçp).* Saint-Denis : 2014, 3 p.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *Portfolio de l'étudiant, Diplôme d'Etat d'infirmier.* Ed. Berger Levlault. Annexe II : Le référentiel de compétences, page XV, Compétence 6.

PHOTO DE LA PAGE DE GARDE : Trouvé via le moteur de recherche « [bing.fr](http://bing.fr) », disponible sur : <http://arhdeveloppement.e-monsite.com/pages/la-mise-en-conformite-l-audit-et-le-diagnostic.html>

ROBERT, Paul. *Le nouveau petit Robert de la langue Française*. Paris : Le Robert, 2010. 2837 p.

<u>L'accompagnement après l'annonce :</u>	<u>Support after the Announcement :</u>
<p>En 2015, en France métropolitaine, 385 000 nouveaux cas de cancer ont été recensés. Des femmes, des enfants, des hommes, mais avant tout, des êtres humains. Chaque personne et chaque personnalité sont différentes. Chacun réagit d'une manière ou d'une autre face à l'annonce d'un cancer mais, pour la plupart, c'est une annonce qui conduit à l'angoisse. Vais-je guérir ? Suis-je capable de supporter les effets des traitements ? Ce sont des centaines de questions que chaque patient se pose. C'est aux différents professionnels de santé d'y répondre et notamment aux infirmiers(ères). Mais pouvons-nous répondre à toutes leurs questions ? Comment les rassurer ? Comment les accompagner ?</p> <p>C'est au travers de ce travail de fin d'étude que je porterai ma réflexion sur l'accompagnement des patients anxieux en service d'oncologie. Nous pourrions apprendre que, du temps d'Hippocrate, le mensonge était de rigueur face à l'annonce de maladies graves. Mais les temps ont changé : aujourd'hui, l'information est importante pour les patients, la vérité fait partie intégrante de la médecine, c'est un droit pour le patient, un devoir pour le soignant.</p> <p>Une enquête est réalisée auprès d'une infirmière d'annonce et une infirmière de nuit en service d'oncologie. L'analyse de cet entretien nous permet de découvrir des similitudes avec notre recherche conceptuelle, mais également des différences en termes de pratique infirmière.</p> <p>Ce travail nous permet également de comprendre la différence entre l'accompagnement et la relation d'aide.</p> <p>Grâce à quels moyens, l'infirmière peut-elle accompagner et venir en aide à un patient anxieux atteint d'un cancer ?</p>	<p>In 2015 in France, 385,000 new cases of cancer were counted. Women, children, men, human beings in a word. Every person and every personality are different. Everyone reacts in one way or another when a cancer is diagnosed, but for most people the announcement leads to anxiety. Will I be cured? Am I able to bear the effects of the treatments? These are hundreds of questions that every patient asks himself / herself. It is the various health professionals' role to answer them, including nurses. But can all their questions be answered? How to reassure patients? How to assist them?</p> <p>Through this final year dissertation I will turn my reflection to the support of anxious patients in the oncology service. We will learn that in the days of Hippocrates lies were required when serious diseases were announced. But times have changed: today information is important for patients, truth is an integral part of medicine, it is a right for the patient, a duty for the caregiver.</p> <p>A survey was conducted with a nurse in charge of announcement and a night nurse in the oncology service. The analysis of this interview allows to discover similarities with our conceptual research, but also differences in terms of nursing practice.</p> <p>This work permits to understand the difference between accompanying and counseling.</p> <p>By what means can the nurse assist and help an anxious patient suffering from cancer?</p>
<p><u>Mots-clés</u> : Infirmier – Cancer – Accompagnement – Anxiété – Prise en charge – Relation d'aide – Annonce.</p>	<p><u>Key-words</u> : Nurse – Cancer – Support– Anxiety – Supported – Counseling – Announcement.</p>