

La profession infirmière face à l'annonce en cancérologie : place et enjeux de la dimension psychologique

The nursing profession facing announcement in oncology: place and stakes for the psychological dimension

Jeannin N¹, Pelletti C², Dany L³

Résumé

Objectif : Cette recherche qualitative réalisée en 2010 auprès d'infirmières visait à analyser le rôle de l'expérience vécue du temps d'accompagnement soignant (TAS), inclus dans le dispositif d'annonce en oncologie, afin d'appréhender la place qu'occupe la dimension psychologique dans ce dispositif. Elle avait également pour objectif d'interroger la manière dont les représentations des infirmières, concernant la prise en charge psychologique, sont en mesure de modeler la façon d'envisager les conduites appropriées (information/orientation) dans ce contexte.

Méthodes : Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs (n = 12) avec des infirmières intervenant au sein de ce dispositif dans différents établissements hospitaliers du sud de la France. Une analyse de contenu thématique a été effectuée sur les entretiens.

Résultats : Les résultats soulignent que les infirmières se sont appropriées ce dispositif au regard des savoirs pratiques issus de leurs exercices quotidiens. Dans le cadre de cette consultation, l'accompagnement se centre essentiellement sur la prise en charge d'un traitement lourd, perçu du côté de l'objet traumatique qu'il faut border de signifiants.

Conclusion : La réalisation du TAS est sous l'influence du cadre organisationnel, des interactions entre professionnels au sein de l'établissement et des fonctions et rôles perçus des infirmières. Le repérage des besoins psychiques est difficile à réaliser et nécessiterait une articulation interprofessionnelle difficile à mettre en œuvre au regard des moyens alloués à ce type de dispositif.

Prat Organ Soins. 2012;43(3):177-185

Mots-clés : Dispositif d'annonce ; oncologie ; révélation de la vérité ; temps d'accompagnement soignant ; prise en charge psychologique ; systèmes de soutien psychologique.

Summary

Aim: This qualitative research which was conducted among nurses (2010), aimed at analyzing the role of the lived experience of the Healthcare Professional's Caring Time (HPCT) when announcing a cancer in an oncology service; this was in order to understand the importance of the psychological dimension in this process. It was also to examine how nurses' representations of psychological support can influence the way they consider the appropriate practices (information/orientation) in this context.

Methods: Semi-structured interviews (n = 12) were conducted among nurses operating in this process, in a sample of hospitals based in the south of France. A thematic analysis of the interview content was then carried out.

Results: Our results high light the fact that nurses appropriated for the process in accordance with the practical knowledge they have acquired by exercising their profession on a daily basis. As part of this consultation, the caring time focuses primarily on the handling of the heavy treatment – then perceived as a traumatic object – which must be associated with meanings.

Conclusion: The HPCT's carrying out is under the influence of the organizational framework, the interactions between professionals within the institution, and the nurses' perceived roles and functions. The identification of psychological needs is difficult to achieve and would require a multidisciplinary work which is difficult to implement considering the lack of resources allocated to this process.

Prat Organ Soins. 2012;43(3):177-185

Keywords: Process to announce a cancer; truth disclosure; oncology; healthcare professional's caring time; psychological support; psychosocial support systems.

¹ Psychologue sociale de la santé, ingénieur d'étude UMR 912 SESTIM, Marseille, France.

² Psychologue coordinatrice du volet psychologie du réseau ONCOPACA-Corse, Marseille, France.

³ Maître de conférences en psychologie sociale de la santé, Aix-Marseille Univ, LPS EA 849, F-13621, Aix-en-Provence, France & APHM, Timone, Service d'oncologie médicale, F-13385, Marseille, France.

INTRODUCTION

La rencontre avec la maladie grave, et notamment avec le cancer, passe invariablement par l'annonce du diagnostic. Celle-ci vient s'inscrire comme une rupture biographique dans la vie de l'individu qui se retrouve confronté à la question de son avenir et de sa propre mort. L'incertitude diagnostique va faire place à une incertitude plus existentielle (« vais-je m'en tirer ou non ? ») [1]. En effet, la maladie grave, et notamment le cancer, sont bien souvent associés dans l'imaginaire social à la mort et à l'incurabilité [2]. À ce titre, l'annonce du diagnostic de cancer constitue un événement à fort potentiel traumatique [3-5].

À la suite des premiers états généraux organisés par la Ligue nationale contre le cancer en 1999 [6], une réflexion s'est engagée afin de rechercher une façon de mettre en œuvre de meilleures conditions d'annonce de la maladie cancéreuse et ainsi ne pas accentuer le traumatisme de l'annonce. Cette réflexion s'est inscrite dans un plan national de santé publique, le Plan cancer 2003-2007. Parmi ses mesures, la mesure 40 propose la mise en place d'un dispositif spécifique autour de l'annonce de la maladie. Ce dispositif d'annonce a pour objectif de permettre aux patients de « bénéficier de meilleures conditions d'annonce du diagnostic de leur maladie ». Plus précisément, il s'agit de « définir les conditions de l'annonce du diagnostic au patient, incluant le recours possible à un soutien psychologique et à des informations complémentaires » [7]. Après un an d'expérimentation nationale dans 15 régions et 58 établissements de santé, le dispositif est généralisé en 2006. L'évaluation du dispositif expérimental ainsi que le suivi médico-économique et financier a permis de bâtir des « Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé » publiées par l'Institut national du cancer et la Ligue contre le cancer en novembre 2005 [8]. De façon générale et dans l'idéal, ce type de dispositif permet d'éviter l'exigence d'un ajustement rapide à un « nouveau monde » ou encore que l'adhésion au principe de traitement ne s'acquière sur une occultation des événements immédiats [1].

Ce dispositif a été formalisé dans la perspective suivante : 1) l'annonce du diagnostic de cancer ne se résume plus à une rencontre singulière entre médecin/malade ou à une consultation médicale isolée mais s'inscrit dans une dynamique d'équipe où l'interactivité entre les différents acteurs de santé est continue ; 2) le dispositif doit s'appuyer sur une prise en charge pluridisciplinaire associant prioritairement médecins et personnel paramédical ; 3) le dispositif doit permettre l'information, le soutien et l'accompagnement du patient et de ses proches, tout en respectant leur volonté de savoir et leur rythme d'appropriation ; 4) enfin, le

patient et ses proches doivent être en mesure de situer l'ensemble des ressources qui sont mises à leur disposition, tout au long de la prise en charge.

Le dispositif d'annonce comprend plusieurs temps. Tout d'abord, un temps médical est dédié à l'annonce du diagnostic de cancer et des possibilités de traitement. Puis un temps d'accompagnement soignant (TAS), généralement assuré par un infirmier, est proposé aux patients. Le TAS est un temps d'écoute, de soutien et d'accompagnement qui permet, selon les recommandations, de reformuler le contenu de la consultation médicale, d'apporter des informations supplémentaires concernant l'organisation de la prise en charge et de repérer les besoins psychologiques et sociaux. Ainsi, la prise en compte de l'individualité, de la subjectivité et de la dimension psychologique semble devoir organiser ce temps de l'annonce de la maladie cancéreuse. Au regard des enjeux spécifiques associés à la prise en compte, au repérage et à l'orientation des patients dans ce contexte spécifique, il nous a semblé intéressant d'investiguer les pratiques auto-rapportées et le vécu des professionnels qui ont en charge ce TAS.

La mise en place de ce dispositif d'annonce est en mesure de produire, selon nous, un certain nombre de questionnements. Par exemple : comment les professionnels se saisissent de ce dispositif ? Comment perçoivent-ils leur rôle par rapport à l'information et/ou l'orientation des patients ? Y a-t-il un décalage entre le rôle qui leur est prescrit et le rôle perçu ? La formalisation du dispositif au sein des établissements a-t-elle un impact sur ce travail ? Permet-elle de prendre en compte la dimension psychologique ? Aussi, dans une approche compréhensive et contextuelle, notre objectif était d'explorer la manière dont les personnels s'approprient le TAS dans le cadre du dispositif d'annonce et, plus spécifiquement, la manière dont est appréhendée la dimension psychologique au cours de ce temps dédié d'accompagnement du diagnostic de cancer. Plus précisément, une première hypothèse est que les professionnels vont rendre saillant, dans leurs propos, le rôle du cadre institutionnel (moyens, objectifs, fonctionnement) dans la mise en œuvre du TAS. Une deuxième hypothèse concerne le rôle que sont en mesure de jouer le manque de formation et d'outils d'évaluation ainsi que la spécificité de la situation (moment critique pour les patients) sur la possibilité de mettre en œuvre une évaluation de la dimension psychologique des patients.

MÉTHODES

Ce projet de recherche a été mené en 2010 en collaboration avec le volet psychologie du Réseau régional de cancérologie ONCOPACA-Corse. La recherche

qualitative par entretien de recherche a été réalisée auprès de 12 infirmières diplômées d'État (IDE) impliquées dans le dispositif d'annonce au sein de différents établissements (n = 6) répartis sur deux départements (Bouches-du-Rhône, Var). Ces établissements ont été sélectionnés sur la base de leur participation au réseau ONCOPACA-Corse tandis que les personnels infirmiers ont été recrutés sur la base du volontariat.

L'ensemble des interviewées sont de sexe féminin car seules des IDE femmes étaient impliquées dans ce dispositif au sein des établissements sollicités. Elles étaient âgées de 23 à 56 ans (moyenne = 40,2 ans). Elles exerçaient comme cadres de santé ou référentes de soins¹ (n = 3), IDE coordinatrices² (n = 3), IDE transversales³ (n = 2) ou IDE de services de soins (n = 4). Elles travaillaient au sein d'hôpitaux de jour (n = 4), de services d'hospitalisation (n = 4) ou avaient une activité transversale (n = 4). Cinq d'entre elles participaient au dispositif d'annonce depuis moins d'un an, tandis que les sept autres y participaient depuis plus de deux ans (tableau I).

Un entretien semi-directif a été proposé à chaque infirmière, permettant une exploration en profondeur de

Tableau I
Caractéristiques des participants

Caractéristiques	Effectifs
Sexe	
<i>Homme</i>	0
<i>Femme</i>	12
Âge	
<i>23-39 ans</i>	5
<i>40-56 ans</i>	7
Fonction	
<i>Référente de soins</i>	3
<i>IDE coordinatrice</i>	3
<i>IDE transversale</i>	2
<i>IDE service</i>	4
Type de service	
<i>Hôpital de jour</i>	4
<i>Service d'hospitalisation</i>	4
<i>Activité transversale</i>	4
Ancienneté dans le dispositif d'annonce	
<i>0-1 ans</i>	5
<i>2-6 ans</i>	7
Mode de consultation	
<i>Hospitalisation</i>	3
<i>Ambulatoire</i>	9
Lieu dédié	
<i>Oui</i>	3
<i>Non</i>	9

¹ Ayant des fonctions d'organisation des activités de soins.

² Ayant une activité de coordination d'un dispositif.

³ Exerçant au sein de plusieurs services de soins.

⁴ Les extraits d'entretiens ont été sélectionnés en fonction de leur typicité. Afin de garantir l'anonymat des interviewé(e)s, les prénoms ont été modifiés.

leurs représentations [9] et sentiments associés aux fonctions et aux rôles au sein du TAS. Plus spécifiquement, il s'agissait d'appréhender l'expérience vécue par les IDE en tant que « savoirs pratiques » [10]. Un guide d'entretien a été élaboré. Il comportait les thèmes suivants : le positionnement par rapport au parcours d'expérience, le dispositif d'annonce, l'information/l'orientation, les relations interprofessionnelles, la prise en charge psychologique. Les entretiens ont été intégralement retranscrits et ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique [11]. Cette analyse a été réalisée aux niveaux vertical (sur chaque entretien) et horizontal (sur l'ensemble des entretiens). À la suite d'une phase d'immersion et de familiarisation, nous avons effectué le repérage et le découpage d'unités de sens, c'est-à-dire d'ensemble de mots. Ces dernières, rattachées à des thèmes, ont ensuite fait l'objet d'un codage selon des catégories génériques qui ont émergé progressivement au fur et à mesure de l'analyse.

RÉSULTATS

1. Objectifs perçus du dispositif d'annonce

Le TAS a pu revêtir différentes caractéristiques et/ou fonctions non exclusives les unes des autres. L'une des premières caractéristiques du TAS était l'attention portée à la qualité de l'interaction et des communications. Il s'agissait d'échanger, de partager sur l'expérience de l'annonce de la maladie et de créer un lien privilégié. Les IDE ont mis en avant une faible technicité du vocabulaire utilisé, qu'elles adaptaient à celui des patients. La singularité de la rencontre et de l'interaction était également évoquée par la moitié des IDE.

« Et donc oui pour moi, il n'y a pas de, il n'y a pas de... comment dire de consultation type. (...) Je les laisse libres, il y en a qui vont commencer comme ils ont envie. Il y en a qui vont vouloir faire le point sur les ordonnances, il y en a d'autres qui vont vouloir faire le point sur les effets secondaires. » (Pauline, 35 ans, Référente de soins)⁴

« Le temps paramédical pour moi c'est ça. Dans l'idéal, ce serait simplement déjà d'être à l'écoute de ce qui va être dit et de proposer en fonction de ce qui va être dit. » (Joëlle, 49 ans, IDE transversale)

Le TAS a été également perçu comme un lieu d'étayage et d'informations en lien avec le traitement (informations sur le déroulement des soins, l'ensemble des

effets indésirables, les soins techniques) et les aspects pratiques de la prise en charge (vie du service, horaires, listes des taxis, IDE à domicile, annuaire téléphonique). Plus globalement, il s'agissait d'évaluer ce que le patient avait compris, ce qu'il savait de sa maladie mais aussi de repérer et d'évaluer les besoins que celui-ci pouvait avoir en termes de soins de support.

« On essaie de savoir ce que le patient a compris en fait du médecin. » (Julie, 23 ans, IDE)

« L'intérêt c'est d'accompagner cette personne après l'annonce médicale, d'évaluer avec elle ses besoins. » (Joëlle, 49 ans, IDE transversale)

La plupart des IDE (11/12) ont déclaré donner systématiquement des informations sur les possibilités de prises en charge psychologiques au sein de l'établissement ainsi que sur les soins de support à disposition. En revanche, seules deux infirmières ont évoqué l'information sur la possibilité de prise en charge psychologique en ville, or cette possibilité existait dans le cadre du réseau.

« Dès que le diagnostic est posé, on voit le patient. On propose le traitement et on lui propose aussi les soins de support, la diététicienne, la psychologue et l'assistante sociale. Tout est compris dans le dispositif. » (Virginie, 43 ans, IDE coordinatrice)

Le TAS a été appréhendé comme un temps de soutien et d'accompagnement par neuf IDE sur douze. Les objectifs étaient de sécuriser le patient mais aussi de lui faciliter la vie avec le traitement, de le familiariser avec le service, de le soulager par la mise à disposition de supports écrits (livret d'information, carnet de suivi, carnet de liaison, etc.), et de mettre en place un suivi à l'accompagnement.

« Le but de voir une infirmière, c'est simplement de rassurer vraiment. Pour moi, c'est ça l'objectif. » (Nicole, 37 ans, IDE transversale)

« L'intérêt de la consultation paramédicale, c'est accompagner cette personne après l'annonce médicale. » (Joëlle, 49 ans, IDE transversale)

Enfin, le TAS a pu également revêtir une fonction de « normalisation » du parcours de soins du patient en termes d'attitudes et de comportements. Par normalisation nous entendons, d'une part, la proposition d'un cadre procédural et interprétatif aux patients concernant le contenu et la forme de l'interaction thérapeutique (instauration d'un mode relationnel basé sur la confiance, valorisation de l'autonomie) et, d'autre part, la mise en avant de modalités du faire face à la maladie qui trouvent sens dans ce cadre (acceptation, combat).

Autrement dit, ce qui est demandé au patient, c'est d'être un « bon malade ».

« Il faut que le traitement qu'on lui propose soit le mieux accepté possible. Et s'il est plus accepté, il nous semblera plus efficace. Et s'il est plus efficace, on aura peut-être plus de chance d'avoir un parcours plus sympathique pour la patiente et elle le vivra mieux. » (Sarah, 53 ans, référente de soins)

« Le but c'est qu'il se sente mieux, qu'il accepte, s'il est dans le déni. Il faut qu'il accepte sa pathologie, qu'il se batte pour et qu'il ne se laisse pas aller. » (Julie, 23 ans, IDE)

2. Rôle perçu et appropriation du dispositif

La qualité de la présence, la disponibilité, la position d'écoute sont des éléments qui constituaient le rôle des IDE tel qu'elles le percevaient. Les IDE ont fait référence à leur rôle propre. Autrement dit, les pratiques professionnelles des IDE pouvaient constituer un socle de compétences ré-exploitées dans le cadre du TAS.

« Mais parfois, c'est simplement une écoute active, ça leur fait du bien. Nous, on est là pour reformuler, ça fait partie de notre rôle propre. L'écoute active c'est le b-a-ba. » (Nicole, 37 ans, IDE transversale)

Toutefois, les compétences préalables n'excluent pas un certain apprentissage. Celui-ci a été évoqué par la moitié des IDE (7/12). Il concernait l'acquisition d'un certain « savoir-être » et « savoir-faire » par l'observation des pairs.

« Eh bien je suis venue ici, j'ai remplacé une collègue qui m'a formée avant de partir en libéral. J'ai assisté à plusieurs consultations d'annonce, en retrait, pour voir comment elle pratiquait. » (Virginie, 43 ans, IDE coordinatrice)

« Moi j'ai été formée en assistant à la consultation de Véronique, puis j'ai assisté à la consultation d'une autre et au fur et à mesure on apprend. » (Karine, 47 ans, IDE)

En l'absence de cadre prédéfini, la mise en œuvre du TAS s'est déroulée par le biais d'échanges entre établissements et entre services afin de permettre des apports mutuels. Toutefois, les échanges interprofessionnels étaient absents. Le TAS a été essentiellement formalisé par les infirmières sans que d'autres professionnels, notamment les psychologues, y soient associés directement. Dans ce contexte, les IDE se sont appropriées le TAS de façon individuelle. En effet, le TAS serait mené différemment par chacune, selon un style personnel.

« De toute façon, chaque fille qui fait une consultation la fait différemment. Il n'y a pas deux consultations identiques à mon avis. Cela dépend d'un tas de choses qui font que les consultations n'ont certainement rien à voir entre Jeanne et moi, moi et Pauline, ou celles qui sont à AAA, BBB ou ailleurs. » (Sarah, 53 ans, Référente de soins)

« Mais c'est vraiment au feeling un peu que ça se passe. Nous n'avons pas vraiment été, enfin je n'ai pas été vraiment formée. On ne m'a pas dit il faut que tu dises ça, il faut que tu dises ça. Parce que je pense en fait que ce n'est pas possible. Donc c'est un peu au feeling. » (Françoise, 26 ans, IDE)

Enfin, nous avons constaté que le TAS pouvait être source d'appréhensions et de questionnements avec l'expression d'une certaine angoisse liée au manque de connaissance perçu.

« On avait quand même nos peurs parce qu'on se demandait justement s'il fallait assister à la consultation d'annonce avec le médecin pour savoir ce qui se disait et pouvoir reprendre. » (Nicole, 37 ans, IDE transversale)

« Alors au début ce n'est pas évident parce qu'au début j'étudiais tous les protocoles. (...) Au début, on a toujours peur qu'on nous pose une question à laquelle on ne saurait pas répondre. » (Karine, 56 ans, IDE)

3. Conditions de réalisation

Près de sept IDE sur douze ont rappelé que le dispositif d'annonce a été introduit par le Plan cancer et que sa mise en place était obligatoire dans les établissements prenant en charge des personnes atteintes de cancer. Toutefois, nous avons observé ici l'absence d'éléments en lien avec les besoins des patients autour de l'annonce du cancer, pourtant à l'origine de la mesure 40 du Plan cancer. Par ailleurs, seules cinq IDE ont évoqué le traumatisme potentiel de l'annonce du diagnostic de cancer. Elles ont abordé son caractère violent, l'état de choc, de sidération du patient.

« Les consultations il faut les faire à distance, pas après le médecin, parce que les gens ne sont même plus capables d'écouter, d'écouter ni d'entendre » (Cécile, 56 ans, IDE coordinatrice)

Parmi les freins institutionnels, nous avons constaté que seules trois IDE sur douze déclaraient avoir un lieu dédié pour effectuer leurs consultations. Nous pouvons également noter que la question du passage dans le fonctionnement quotidien des services était évoquée

par cinq IDE, notamment en lien avec le manque de temps et la suractivité.

« Ça peut être difficile de caler les consultations d'annonce dans l'organisation des soins. Donc vous avez la consultation infirmière, il faut la faire et puis il y a quatre patients en soins palliatifs. Vous voyez ce que je veux dire, la consultation d'annonce, du coup, ça passe un peu après, voyez. Il ne faudrait pas mais bon. » (Aurélié, 34 ans, IDE coordinatrice)

Neuf IDE sur douze ont évoqué certaines attentes quant à l'expansion du TAS. Dans l'ensemble des services où exerçaient les infirmières interrogées, le TAS n'était proposé qu'aux patients ayant un traitement par chimiothérapie. Ainsi, les patients ayant un traitement par radiothérapie, un traitement oral ou simplement ayant subi une chirurgie ne pouvaient prétendre à ce temps d'accompagnement assuré par une infirmière. Or, selon le Plan cancer, toute personne atteinte de cancer doit pouvoir en bénéficier.

« On s'est rendu compte aussi que tous les patients qui avaient de la chimio, ils rentraient dans le dispositif d'annonce, à cent pour cent, avec soins de support proposés et à disposition. Mais tous les patients qui avaient ou que de la chirurgie ou de la chirurgie et que la radiothérapie, ils échappaient complètement à ce dispositif. » (Cécile, 56 ans, IDE coordinatrice)

Par ailleurs, les informations abordées systématiquement (exemple : l'ensemble des conditions associées au traitement) étaient en mesure de redéfinir le nom même du TAS qui a pu se voir privé de son aspect multidimensionnel et se voir réduit à un objectif spécifique.

4. La dimension psychologique : évaluation et orientation

Les IDE interrogées ont abordé tout un ensemble de savoirs pratiques dont elles disposaient pour orienter ou simplement informer sur les possibilités de prise en charge psychologique. Elles ont fait tout d'abord référence à diverses conditions de l'orientation : lors de moments d'échanges informels, une certaine relation avec le patient et enfin lorsque le patient en exprimait la demande. La moitié des IDE ont évoqué la nécessité d'un « temps » avant d'avoir recours au psychologue. Plus précisément, il n'y aurait pas nécessairement de demande au début des traitements mais le besoin (ou la demande) des patients viendrait s'exprimer à l'épreuve des traitements. De plus, huit des IDE ont fait allusion à un certain ressenti personnel dans la perception du besoin, pour le patient, de voir un psychologue. Il s'agirait d'un savoir qui n'est pas consciemment élaboré, mais qui pourtant est perçu comme guidant l'action.

« Les gens ils ont tellement de choses qui leur tombent sur la tête que ce n'est pas forcément leur priorité et ils n'en ressentent pas le besoin. Mais par contre, au détour de deux, trois cures, quatre cures, parfois, ils réclament à ce moment-là. » (Cécile, 56 ans, IDE coordinatrice)

« Après, c'est le feeling. La psychologue ce matin pour la dame, je n'ai pas insisté, je sentais qu'il ne fallait pas trop. Il y avait beaucoup de choses là, je sentais qu'elle était vite dépassée. » (Sophie, 40 ans, IDE)

Pour la plupart des IDE (10/12), c'est parce que le patient souffrait manifestement d'un point de vue psychologique (manifestations émotionnelles explicites telles que de l'anxiété, de l'agressivité, des pleurs ou à des atteintes somatiques) qu'il était approprié de l'orienter vers le psychologue. Les effets secondaires et les atteintes corporelles provoqués par la maladie étaient également évoqués. La souffrance pouvait également être attribuée à une problématique sociale ou familiale (isolement social ou le faible soutien de l'entourage familial). La perception d'un comportement inadapté par les soignants (6/12) était également source d'orientation.

« Quand on sent vraiment qu'il y a une souffrance, on leur rappelle. On leur dit : eh bien, est-ce que vous avez vu la psychologue ? » (Céline, 56 ans, IDE coordinatrice)

« Cette patiente a des effets indésirables, évidemment, tous les effets indésirables, elle les a. Donc elle n'est pas bien psychologiquement, elle n'est pas bien physiquement, c'est catastrophique quoi. » (Sophie, 40 ans, IDE)

« Une fois, on a eu un souci. Un monsieur qui passait un petit peu dans toutes les chambres, qu'on n'arrivait pas à canaliser. Il essayait un petit peu d'être curieux avec tout le monde. Donc on l'a vu et on a demandé à ce qu'il lui parle. » (Karine, 47 ans, IDE)

Les IDE ont évoqué des freins à l'accès à un accompagnement psychologique (et en particulier l'absence de besoin ou de demande). Il était donc nécessaire, non seulement, que le patient ressent le besoin pour entamer un accompagnement psychologique, mais également qu'il en fasse la demande.

« La prise en charge psychologique c'est si le patient le demande, s'il le demande. S'il le demande, parce que généralement les patients ne le demandent pas. » (Salima, 40 ans, Référente de soins)

Le deuxième frein évoqué par trois IDE correspondait à la menace identitaire que pouvait représenter pour les patients la prise en charge psychologique (c'est-à-dire, être identifié comme fou).

« Ils ont l'impression qu'on les traite de fous, de déprimés. Les gens sont malades, en plus, ils sont un petit peu malades psychologiquement, ça ne leur va pas quoi. » (Karine, 47 ans, IDE)

Pour terminer, nous avons pu noter que l'absence de formation en psychologie est apparue être une des limites principales perçues par les IDE en lien avec leur rôle d'accompagnement des patients. Ce sujet a été, en effet, abordé par trois des infirmières interrogées. Ainsi, ces dernières déclaraient ne pas être formées à l'accompagnement psychologique et ainsi être en mesure de seulement repérer approximativement la demande des patients.

La relation avec les psychologues de leur service oscillait entre proximité et distance. Dans certains cas, les IDE parlaient d'échanges oraux fréquents au moment de l'orientation mais aussi au cours de la prise en charge psychologique. Ces retours pouvaient alors prendre une forme écrite ou simplement orale. Dans d'autres cas, la rareté des échanges, l'absence de retours, le manque de disponibilité semblaient encourager un cloisonnement des fonctions de chacun.

« C'est vrai que je regrette un peu de ne pas avoir de retour par exemple avec notre psychologue du service. C'est vrai, on ne parle pas, on ne parle pas des patients. C'est chacun son domaine. » (Virginie, 43 ans, IDE coordinatrice)

« Non moi dans le service, je ne suis pas trop satisfaite. Parce qu'en fait elle [la psychologue] est toute seule. Elle est difficilement joignable parce que quand elle est en consultation, elle favorise l'entretien avec le patient plutôt que de répondre au téléphone, ce que je comprends. » (Salima, 40 ans, Référente de soins)

Les relations entretenues avec le psychologue n'ont pas semblé être en lien direct avec le temps de présence du psychologue au sein de l'établissement. Toutefois, nous avons constaté que le lien entretenu avec le psychologue était en mesure de moduler la façon dont les IDE percevaient leur rôle quant à l'orientation vers la prise en charge psychologique. Le rôle perçu des IDE du côté de l'estimation et l'évaluation de la demande et de la facilitation de la mise en œuvre de l'accompagnement psychologique n'était, en effet, présent que lorsque les IDE entretenaient des liens proches avec le/la psychologue.

DISCUSSION

Les résultats d'une enquête exploratoire n'apportent pas une connaissance avérée d'un phénomène, mais permettent d'en approcher les dimensions, de cerner les questions problématiques et de proposer quelques hypothèses quant aux réponses qui peuvent y être apportées. Aussi, dans les limites du champ d'observation de l'étude, plusieurs éléments de discussion apparaissent à la lecture des données empiriques. Nous avons pu observer que la façon dont les infirmières se saisissaient du TAS dépendait, d'une part, de processus de types structurel (le cadre du TAS au sein de l'établissement) et interactionnel (la relation entretenue avec le/la psychologue), d'autre part, de processus de types professionnel (les rôles et fonctions perçus des IDE) et représentationnel (les représentations associées à la souffrance et à la prise en charge psychique).

1. L'influence du cadre du TAS et des interactions entre professionnels au sein de l'établissement

L'analyse montre qu'une logique descendante a été à l'œuvre dans la mise en place du dispositif d'annonce au sein des établissements. Son application est obligatoire et fait, à présent, partie des éléments requis pour obtenir l'autorisation de prendre en charge des patients atteints de cancer. Le dispositif d'annonce a été ensuite formalisé de façon interne aux établissements, dépendant alors de l'organisation institutionnelle. Sa formalisation a fait suite à des échanges inter et intra établissements. Des facteurs structurels ont donc été concernés dans la mise en œuvre initiale du TAS. La question de l'inscription du TAS dans le fonctionnement quotidien des services d'hospitalisation a semblé constituer un frein à une réalisation de qualité. Par ailleurs, il n'existait pas de fond dédié par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) au dispositif d'annonce, considérant ainsi que sa mise en place fait partie de la prise en charge globale du patient. La mise en œuvre du dispositif d'annonce et plus spécifiquement du TAS se retrouve donc fonction des choix opérés au sein des établissements. Ces choix dépendant de la politique de l'établissement en la matière, d'aspects financiers voire de la capacité/volonté d'engagement des personnels. Notons que le Haut conseil de la santé publique (2009) parle d'une mise en œuvre hétérogène du dispositif d'annonce d'un établissement à l'autre, selon « sans doute un critère ayant trait à l'état des ressources » [12]. Ces limites structurelles ont questionné, selon nous, la reconnaissance et la valorisation du dispositif d'annonce et du TAS.

On peut également noter, plus globalement, ce qui a semblé s'apparenter à un changement de nature du TAS. Comme nous l'avons évoqué, l'impact

traumatique de l'annonce constitue un des éléments à l'origine de l'introduction du dispositif d'annonce, or il n'a pas constitué un élément prégnant du discours des IDE. Ainsi, le TAS, tel qu'il apparaît dans les entretiens réalisés, a semblé s'apparenter davantage à un dispositif d'accompagnement des thérapeutiques.

La façon dont les infirmières d'annonce se sont saisies de ce dispositif pour prendre en compte la dimension psychologique était également liée aux rapports interprofessionnels.

2. Influence des fonctions et rôles perçus

Les fonctions principales du TAS ont été perçues par les IDE du côté de la communication, en accordant une attention particulière à la qualité de l'interaction, et du côté de l'apport d'informations en lien avec le traitement. Le fait que ces fonctions n'étaient pas exclusives, l'une de l'autre a suggéré qu'il s'agissait, pour les IDE, de mettre en place une « information relationnelle ». Toutefois, l'accompagnement engagé pendant ce temps de l'annonce était centré essentiellement sur un versant instrumental et non émotionnel (ou affectif). Plus précisément, il ne s'agissait pas nécessairement de réunir les conditions favorables pour que la souffrance puisse se dire et qu'une évaluation des besoins psychiques puisse se faire. Il s'agissait plutôt de réunir les conditions permettant un plus grand contrôle du contenu de la souffrance chez les patients. Les interventions des IDE visaient à aider les patients à développer le contrôle perçu. Autrement dit, à développer des croyances associées aux ressources permettant d'affronter ou de maîtriser les événements [13].

Face à l'appréhension suscitée par cette nouvelle pratique, il était possible que l'apport d'informations systématique vienne redonner un sentiment de maîtrise et de contrôle aux IDE en permettant une plus grande anticipation du contenu de l'interaction. Cette perspective de contrôle s'est également retrouvée à travers la fonction de normalisation du parcours de soins. Il s'agissait alors d'avoir une certaine emprise sur la suite du parcours de soins en instaurant un mode relationnel et en permettant au patient de mieux accepter son traitement et sa maladie.

L'analyse des résultats a montré que les éléments en lien avec la qualité de la présence, de la position d'écoute et de la disponibilité étaient constitutifs du rôle perçu par les IDE. Dans ce contexte, les IDE faisaient référence à leur rôle propre. La façon dont les IDE appréhendaient leur rôle au sein du TAS était donc liée à leur identité professionnelle et notamment à leur rôle propre. Il y aurait une continuité entre le rôle des IDE au sein de l'activité quotidienne et le rôle des IDE au sein du TAS. Autrement dit, on ne pouvait pas parler

de « rupture » entre le rôle perçu tel qu'il préexiste dans l'activité professionnelle quotidienne et le rôle perçu au sein du TAS. Les conditions de mise en œuvre du TAS auraient même été favorables à l'expression du rôle propre.

Les IDE transmettaient éventuellement leur ressenti sur l'état émotionnel du patient au moyen d'une fiche de liaison mais ne faisaient pas de repérage systématique des besoins psychiques. Il existait donc un décalage entre le rôle prescrit par les recommandations à l'IDE (repérage des besoins psychologiques) et le rôle perçu (information).

Plusieurs hypothèses ont pu être énoncées afin de questionner cette observation. Tout d'abord, en lien avec l'hypothèse énoncée au préalable, il est fort probable que le moment le plus critique potentiellement pour le patient (l'annonce du diagnostic) n'est pas le moment le plus opportun pour repérer les besoins psychiques. En effet, le fait d'observer certains niveaux de perturbations psychiques chez les patients suite à l'annonce de la maladie peut s'envisager comme un processus « normal ».

Une autre hypothèse repose sur le manque d'outils d'évaluation des besoins, de critères objectifs ou de formation. Dépourvues d'une formation spécifique (comme celle reconnue aux psychologues), les IDE peuvent se sentir illégitimes dans l'investigation de ce champ. Toutefois, l'expression de difficultés pour orienter ou repérer les besoins psychologiques ainsi que le manque d'outils et de formations n'apparaissent pas dans le discours des IDE. Nous n'avons donc pas pu nous autoriser à aller plus loin dans l'étayage de ces hypothèses.

L'hypothèse la plus heuristique serait que l'environnement du TAS n'est pas propice au repérage des besoins psychiques et à l'orientation. En effet, certaines conditions semblent devoir être réunies pour que l'orientation puisse se faire : présence d'échanges informels et possibilité de développer une certaine relation au patient. Ces deux conditions renvoient aux conditions de l'évaluation et/ou du dépistage telles que les psychologues peuvent les définir, soit la possibilité/capacité de rencontrer l'autre [14].

Dans les expériences relatées par les IDE, il ne s'agissait jamais *stricto sensu* d'une évaluation formelle mais de la perception d'un besoin psychique fonction d'un certain ressenti naissant dans le cadre d'une interaction ponctuelle. Ce contexte ne permettrait donc pas de repérer les besoins et de l'orienter mais plutôt de l'informer. Toutefois, il serait restrictif de limiter à la seule information les échanges qui se déroulaient dans le cadre du TAS car un certain nombre d'éléments

objectifs ont été décrits par les IDE pour rendre compte de leur travail d'évaluation/orientation. Ainsi, la souffrance psychologique était liée aux manifestations émotionnelles de type anxieuse ou dépressive mais aussi aux problématiques sociales ou familiales et aux atteintes somatiques. Les IDE traitent et analysent les atteintes somatiques d'un point de vue psychologique. Le mal-être peut être attribué aux effets secondaires lourds et difficiles à supporter. Nous avons ici affaire à un procédé par lequel les IDE cherchent à donner une explication qui se veut cohérente dans un contexte qui vise à objectiver les phénomènes. Enfin, l'orientation vers le psychologue pourrait également s'inscrire dans une visée de « normalisation » du parcours de soin.

3. Implications

L'amélioration de l'annonce a été un enjeu à la fois partagé par les malades et les soignants. Pour les malades, il s'agissait de ne pas ajouter de la souffrance à la souffrance inhérente à l'annonce de la maladie grave et ainsi ne pas venir accentuer le potentiel traumatisme de l'annonce. Pour les soignants, il s'agissait d'apprendre à mieux vivre un moment éprouvant en s'attachant à donner un cadre pour accompagner les individus de façon relationnelle. Du fait de leurs fonctions d'interface et de la spécificité de leurs compétences professionnelles dans l'espace thérapeutique, les IDE se sont légitimement saisies de ce dispositif. Les savoirs pratiques issus des exercices quotidiens leur ont ensuite permis de se l'approprier. Il en résulte, à présent, la nécessité de nous questionner sur la façon dont les psychologues pourraient accompagner ces nouvelles pratiques professionnelles. Des programmes de formation en lien avec la posture d'écoute, les dangers de l'identification et de la projection ainsi que la non-directivité, permettraient une plus grande ouverture à la dimension relationnelle et à la prise en compte de sa singularité. De plus, la mise en place d'espaces d'échanges autour de la pratique du TAS, animé par un psychologue, permettrait que les interrogations, les inquiétudes, les appréhensions puissent se dire et se travailler. Nous constatons ainsi la nécessité de développer une dynamique interprofessionnelle autour du dispositif d'annonce. Le manque de support institutionnel se révèle également par la planification difficile du TAS. Ces nouvelles consultations, assurées par les IDE, présentent des contours spécifiques, en lien avec des compétences et un contenu caractéristiques et la question des moyens humains et financiers qui leur sont alloués doit être posée étant donné les enjeux que ces consultations représentent pour les réseaux villes-hôpitaux. L'ensemble de ces réflexions et enjeux doivent se constituer dans le but de répondre au mieux aux besoins des patients.

RÉFÉRENCES

1. Ménoret M. *Les temps du cancer*. Paris : Le Bord de l'eau ; 2007.
2. Marie D, Dany L, Cannone P, Dudoit E, Duffaud, F. *Les représentations du cancer et de la chimiothérapie : enjeux pour la relation thérapeutique*. Bull Cancer. 2010; 97(5):577-87.
3. Brocq H. *Annonce du diagnostic d'une maladie grave : potentialités traumatiques et prise en charge psychologique*. In : Ferragut E, ed. *Émotions et traumatisme. Le corps et la parole*. Paris : Masson ; 2005, p. 34-42.
4. Razavi D, Delvaux N. *Précis de psycho-oncologie de l'adulte*. Paris : Masson ; 2008.
5. Reich M, Ait-Kaci F, Sedda AL. *La détresse psychologique sous toutes ses formes*. In : Dolbeault S, Dauchy S, Brédart A, Consoli S, eds. *La psycho-oncologie*. Paris : John LibbeyEurotext ; 2007, p. 58-76.
6. *La Ligue contre le cancer. Les malades prennent la parole. Le Livre blanc des 1^{ers} États généraux des malades du cancer*. Paris : Ramsay ; 1999.
7. *Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer. Plan cancer 2003-2007*. Paris : Ministère du travail et de l'emploi et de la santé ; 2003.
8. *Institut national de cancer (INCA) & Ligue contre le cancer. Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé. Mesure 40 du Plan cancer*. Paris : INCA ; 2005.
9. Jodelet D. *Les représentations sociales*. Paris : Presses universitaires de France ; 1989.
10. Bécherraz M. *Expériences et significations du réconfort pour la personne opérée et pour l'infirmière qui en prend soin*. Rech Soins Infirm. 2002;69:80-7.
11. Bardin L. *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France ; 1977.
12. *Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Évaluation du Plan cancer. Rapport final*. Paris : HCSP ; 2009.
13. Bruchon-Schweitzer ML. *Un modèle intégratif en psychologie de la santé*. In : Fischer GN, éd. *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod ; 2002, p. 47-72.
14. Dudoit E. *Qu'est-ce que dépister en psychologie ?* In : Ben Soussan P, Dudoit E, eds. *Les souffrances psychologiques des malades du cancer*. Paris : Springer ; 2009, p. 27-32.