

Bulletin infirmier du CANCER

Vol.21-n°2
Avril
Mai
Juin
2021



**Compte rendu
de congrès**
37^e congrès de la
SFFPO

**Médecine
et pratiques**
Suivi à domicile
des patients traités
par immunothérapie

**Médecine
et pratiques**
Le projet CAPRI

**Médecine
et pratiques**
Infirmier(e), tabac
et néoplasie pulmonaire

**Partage
d'expérience**
D'aide-soignante à
étudiante en soins
infirmiers



A.F.I.C.

Association Française
des Infirmier(e)s de Cancérologie



John Libbey
Eurotext

ISSN : 1628-2205 – Prix au numéro : 22 €



OFFRE DÉCOUVERTE SPÉCIALE CONGRÈS

13^E CONGRÈS NATIONAL DES SOINS
ONCOLOGIQUES DE SUPPORT, 7 et 8 octobre 2021

Profitez du congrès pour vous abonner



4 numéros
par an

20 années
d'archives
en ligne

1 site
internet
et 1
application

Bulletin
infirmier
du
CANCER

Vol.21-n°2
Avril
Mai
Juin
2021



Compte rendu
de congrès
37^e congrès de la
SFFPO

Médecine
et pratiques
Suivi à domicile
des patients traités
par immunothérapie

Médecine
et pratiques
Le projet CAPRI

Médecine
et pratiques
Infirmière, tabac
et néoplasie pulmonaire

Partage
d'expérience
D'aide-soignante à
étudiante en soins
infirmiers

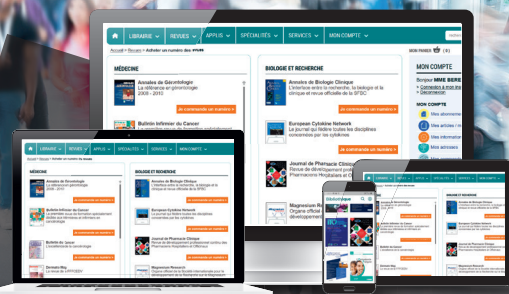
A.F.I.C.
Association Française
des Infirmiers de
Cancerologie

John Libbey
Eurotext
ISSN : 1628-2265 - Prix au numéro : 22 €

LA REVUE INDISPENSABLE À VOTRE PRATIQUE

- > Des offres papier et digitales, c'est vous qui choisissez
- > 20 % de remise sur votre abonnement* avec le code : **CONGAFSOS21**

➔ JE M'ABONNE



ACCÉDEZ À VOTRE REVUE À TOUT MOMENT,
OÙ QUE VOUS SOYEZ.

Le site www.jle.com et l'application Kiosque John Libbey (ici)

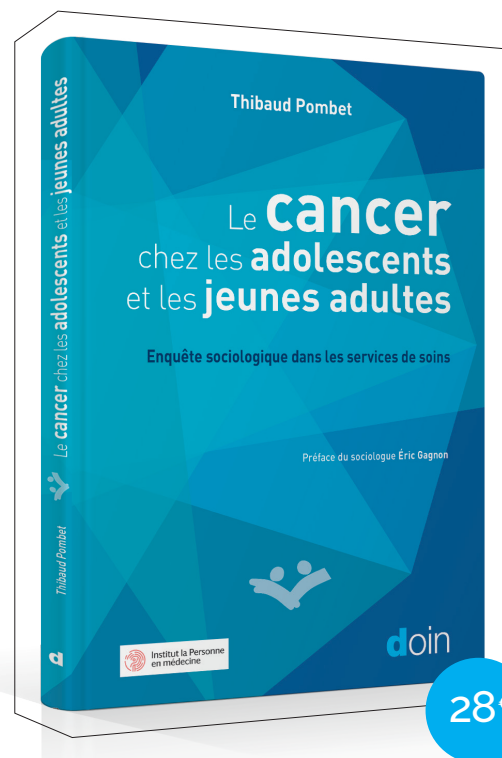
John Libbey
Eurotext

SUIVEZ-NOUS



Le cancer chez les adolescents et les jeunes adultes

Enquête sociologique dans les services de soins



Ce livre présente les résultats d'une enquête sociologique menée en France pendant plusieurs années auprès de jeunes de 15 à 25 ans atteints de cancer.

Il rend compte des problématiques médicales, éducatives et éthiques qui structurent la prise en charge du cancer à cet âge et démontre en quoi elles influencent les pratiques d'accompagnement à l'autonomie, les normes éducatives, familiales et scolaires, et conditionnent l'expérience de la maladie et des soins.

À l'appui de nombreux témoignages de malades, de proches et de soignants, l'ouvrage aborde l'entrée dans la maladie, le déroulement des soins et le vécu de l'après-cancer.

Une lecture passionnante, et indispensable à tous les acteurs et actrices impliqués dans le suivi thérapeutique et psychologique des jeunes malades dans une structure de soins.

Thibaud Pombet

Sociologue, chercheur associé au Lirtes et post-doctorant au Cermes3. Spécialiste dans les domaines de l'éducation et de la santé, ses recherches portent sur l'accompagnement des publics jeunes à l'interface des dispositifs sanitaires, sociaux et scolaires.

28€

Collection La Personne en médecine
Juin 2021 • 17 x 24 cm • 176 pages
978-2-7040-1677-8

«Donner à voir et à entendre l'expérience des jeunes atteints d'un cancer est l'ambition de ce livre. L'un des grands mérites de Thibaud Pombet est ainsi de donner un relief à cette expérience, de la situer dans une histoire, un parcours, des relations, de la suivre dans ses hésitations et ses tâtonnements, de montrer qu'elle est une réponse à une situation, des questions, des attentes, qu'elle ne cesse aussi de transformer et qu'elle n'existe que dans l'échange et la confrontation.»

Extrait de la Préface

Eric Gagnon, Sociologue, Université de Laval, Canada

En savoir +

sur www.jle.com



Également disponible en Ebook



www.jle.com pour commander



La livraison à seulement 0,01 €* quel qu'en soit le montant



Votre commande traitée et expédiée sous 24h maximum



Un mode de livraison adapté : à domicile, sur votre lieu de travail ou en point retrait



Des moyens de paiements souples



Un catalogue pluridisciplinaire de plus de 600 ouvrages



La consultation de votre compte personnel à tout moment : suivis commandes et factures, gestion des données personnelles, etc.



Un service client à votre écoute
+33 (0)1 46 73 06 60
contact@jle.com
commandes.livres@jle.com

doin

John Libbey Eurotext

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Pour l'exercer, adressez-vous aux Éditions John Libbey Eurotext - Bât. A / 30 rue Berthollet, 94110 Arcueil, France • RCS Créteil 328 195 904 • APE : 5814Z / SIRET : 328 195 904 00045 • France | Corse | Andorre | Monaco.

cancerAJA_06/2021



the IFODS on behalf of Cours St Paul

International and French Oncology Days
Les Journées Franco-Internationales d'Oncologie

4th
Edition
Hybrid

Save the Date

13-15
October
2021

RIVE MONTPARNASSE

44 bd de Vaugirard
75015 Paris

President:
Jean-Philippe SPANO - MD, PhD
Paris, France

Comité d'organisation :

Matti Aapro, Jean-Pierre Armand, David Azria, Fabrice Barlesi, Jean-Yves Blay, Anne Charrasse, Nadine Dohollou, Rosine Guimbaud, Nicolas Girard, Joseph Gligorov, Aurélien Gobert, Charles Canova, Nathalie Laouti-Savariaud, Thierry Lebre, Philippe Maingon, Jean-Philippe Metges, Mathieu Minsat, Françoise Mornex, Laurence Moureau, Muriel Paul, Frédérique Penault-Llorca, Edith Perez, Pascal Pujol, Isabelle Ray-Coquard, Manuel Rodrigues, Sandra Swain, Agnès Tallet, Thierry Toubiana, Idriss Troussier, Jean-Jacques Zambrowski



International Medical Events
I.M.E, la marque P.C.O du Groupe Equatour

38 rue de Laborde - 75008 Paris
Tel. : 00 33 (0)1 41 04 04 04 Fax : 00 33 (0) 1 41 04 04 11

Join us on

Linked in



www.ifods.com

Bulletin Infirmier du Cancer

Rédactrices en chef

Monique Debard (Lyon)
Marie-Laure de Botton (Lille)

Comité de rédaction

Christophe Debout (Paris), Valérie de Chaballier (Bordeaux), Pascale Dielenseger (Villejuif), Christine Dorléan (Dijon), Sylvie Lozano (Etampes), Sabrina Mehiz (Neuchâtel, Suisse), Olivier Mir (Villejuif), Nicole Rama (Toulouse), Corinne Tillier (Amsterdam, Pays-Bas)

Éditeur

John Libbey Eurotext
Bâtiment A - 30, rue Berthollet
94110 Arcueil, France
Tél. : 07 63 58 96 22
contact@jle.com - www.jle.com

Directeur des publications

Gilles Cahn

Secrétaire de rédaction

Marine Rivière
Tél. : 07 63 58 96 21
marine.riviere@jle.com

Secrétaire

Valérie Toulgoat
Tél. : 07 63 58 96 26
valerie.toulgoat@jle.com

Marketing

Nathalie Lamasse
Tél. : 07 63 59 03 96
nathalie.lamasse@jle.com

Département Partenariats et Publicité

Noëlle Croisat
Tél. : 07 63 59 03 68
noelle.croisat@jle.com
David Laifer
Tél. : 07 63 59 03 94
david.laifer@jle.com

Prépresse

Thomson Digital (Mauritius) Ltd, Île
Maurice

Maquette

Twice Daily

Couverture

Twice Daily

Imprimeur

Corlet Imprimeur SA
Z.I. route de Vire
14110 Condé-en-Normandie, France

Abonnements

ABOSIRIS
Service abonnements John Libbey
BP 53, 91540 Mennecy
abonnements@jle.com

Copyright ©

Bulletin Infirmier du Cancer
Tous droits de reproduction par tous
procédés réservés pour tous pays.

Revue trimestrielle : 4 numéros par an.

Tarifs France : 86 euros TTC. Voir conditions et tarifs complets
sur la page d'abonnement insérée dans ce numéro.

ISSN : 1628-2205

Dépôt légal : à parution

Parrainage : Société française du cancer ; Fédération française des
centres de lutte contre le cancer ; Ligue nationale contre le cancer.

Annonces : IFODS : 3^e de couv. ; John Libbey Eurotext : 2^e de couv., p. 60.



Papier certifié PEFC
(fibres issues de forêts
gérées durablement)



Origine du papier :
Allemagne

Taux de fibres recyclées : 0 %

Eutrophisation : 0,01 kg/T.

Le *Bulletin Infirmier du Cancer* est une revue trimestrielle créée par l'Association française des infirmiers en cancérologie (AFIC) pour répondre aux besoins exprimés par les professionnels infirmiers, et a pour mission d'être le support d'informations multidisciplinaires pour la bonne pratique des soins en cancérologie. Il contribue aux échanges entre les soignants et aux partages d'expériences professionnelles.

Chaque numéro contient un éditorial, des articles médicaux et/ou des articles sur les recommandations et bonnes pratiques en cancérologie et/ou des comptes rendus de réunions et congrès scientifiques, des revues de presse, un agenda, après acceptation des manuscrits par le comité de rédaction.

RÈGLES GÉNÉRALES

Les manuscrits doivent être transmis par e-mail (au format Word) à la rédaction de la revue, à l'adresse suivante : bulletininfirmiercancer@jle.com

Les articles doivent être dactylographiés en format A4 (21 x 29,7), police calibri (corps 12), en double interligne dans la limite de 1 500 signes par page. Ils ne doivent pas dépasser une dizaine de pages, bibliographie non comprise. Les pages sont numérotées.

STRUCTURE DES ARTICLES

Titre. Il doit être court, attractif et informatif.

Auteurs. Les noms, prénoms, fonctions, lieu d'exercice et coordonnées des auteurs (adresse e-mail) seront mentionnés sous le titre.

Résumé. Il tient sur 5-10 lignes, est informatif et indique le but du travail, les principaux résultats et les conclusions.

Mots clés. Entre 3 et 10 mots essentiels liés au contenu de l'article.

Texte. L'article suivra le plan suivant : Introduction - Matériels et méthodes – Résultats – Discussion. Les chapitres successifs sont annoncés par des intertitres.

Illustrations. Les illustrations (photographies, figures, tableaux) seront fournies sur pages séparées. Les documents photographiques doivent être d'excellentes qualités et fournis au format jpeg ou tiff. Les tableaux doivent être fournis au format Word sous une vraie structure de tableau (lignes, colonnes). Les légendes doivent permettre la lecture et la compréhension des illustrations sans que le lecteur ne soit obligé de se référer au texte. Tous les tableaux et illustrations doivent être appelés dans le texte et numérotés par ordre d'apparition. Les illustrations reproduites d'articles ou de livres doivent indiquer les références exactes et être accompagnées de l'autorisation de reproduction par l'auteur et l'éditeur.

Sigles et abréviations. Ils doivent être explicités dès leur première apparition dans le texte. Ils seront précédés de leur intitulé global pour leur première apparition dans le texte. Par ex : Association française des infirmiers en cancérologie pour AFIC.

RÉFÉRENCES

Les références bibliographiques seront classées en fin d'article selon leur ordre d'apparition dans le texte, et elles seront appelées par un numéro entre crochets. Les références seront présentées de la façon suivante :

– **pour un article de revue**, les noms de tous les auteurs suivis des initiales de leurs prénoms, le titre complet de l'article (dans la langue d'origine), le nom de la revue (en italique et abrégé selon le style de l'Index Medicus), l'année, le volume, la pagination (première et dernière page de l'article). Par ex. : Anderson MJ, Higgins PG, Davis LR. Experimental parvoviral infection in humans. *J Infect Dis* 1985 ; 152 : 257-65 (bien respecter la ponctuation de cet exemple, notamment le point-virgule entre l'année et le volume, ainsi que le deux-points entre le volume et la pagination).

– **pour un chapitre de livre**, les noms de tous les auteurs suivis des initiales de leurs prénoms, le titre complet du chapitre (dans la langue d'origine). *In* : noms et initiales des éditeurs, titre du livre (en italique), la ville d'implantation de l'éditeur, le nom de l'éditeur, l'année de publication, la pagination (première et dernière page de l'article). Par ex. : Miller G. Epstein-Barr. Virus : biology, pathogenesis and medical aspects. *In* : Fields BN, Knipe DM, eds. *Virology*. New York : Raven Press, 1990 : 1921-58.

– **pour un livre**, les noms de tous les auteurs suivis des initiales de leurs prénoms, le titre complet du livre (en italique), la ville d'implantation de l'éditeur, le nom de l'éditeur, l'année de parution, les numéros de page. Par ex. : Ianossy G, Autran B, Miedema F. *Immunology of HIV infection*. Bâle : Karger AG, 1992, 115-26.

LIENS D'INTÉRÊTS

Les auteurs doivent tous déclarer leurs liens d'intérêts.

Qu'est-ce qu'un lien d'intérêt ?

Le terme « lien d'intérêts » recouvre tous les liens financiers, activités rétribuées, invitations, versements financiers ou relations familiales susceptibles d'influencer les auteurs dans la rédaction de leur article.

Faut-il mentionner tous les liens financiers dont un auteur peut bénéficier ?

Non : seulement ceux qui, en rapport avec le sujet traité, sont susceptibles d'influencer le jugement de l'auteur.

Les auteurs sont-ils tous concernés ?

Oui : tous les coauteurs d'un article, quels qu'ils soient, sont tenus de mentionner leurs liens d'intérêts.

Quand et où faut-il mentionner ses liens d'intérêts ?

Une déclaration de liens d'intérêts est envoyée aux auteurs au moment des épreuves : elle doit être signée par l'ensemble des coauteurs.

La rédaction se réserve le droit de renvoyer aux auteurs tout manuscrit dont la présentation ne serait pas conforme à ces recommandations. Elle se réserve également le droit de modifier la forme d'un manuscrit pour l'adapter au style de la revue.

Éditorial	40
<i>Monique Debard, Marie-Laure de Botton</i>	
Les nouvelles de l'AFIC	41
<i>Monique Debard, Marie-Laure de Botton</i>	
Compte rendu de congrès	
37^e congrès de la Société française et francophone de psycho-oncologie (SFFPO). 18 mars 2021, 100 % digital	43
<i>Pierre Perroche</i>	
Médecine et pratiques	
Expérience de suivi à domicile des patients atteints d'un cancer et traités par immunothérapie	47
<i>Marie Berlioz, Claire Galen, Bénédicte Leclerc-Condès, Virginie Montagnier, Lise Morlière, Maurice Pérol, Carinne Remy, Annick Salignat, Pascale Sontag</i>	
Le projet CAPRI (Cancérologie parcours région Ile-de-France)	
Télésuivi des patients sous anticancéreux oraux : des résultats positifs !...	55
<i>Delphine Mathivon, Adeline Duflot-Boukobza, Jennifer Legendre, Vanessa Puglisi, Mario Di Palma, Etienne Minvielle, Olivier Mir</i>	
Infirmier(e), tabac et néoplasie pulmonaire : une équation gagnante ?...	61
<i>Jehan Seret, Fabienne Gooset, Karin Franck</i>	
Partage d'expérience	
D'aide-soignante à étudiante en soins infirmiers : l'histoire d'une douloureuse mutation	66
<i>Céline Coudougnès</i>	
Revue de presse internationale	70
<i>Corinne Tillier</i>	
Réseau	
On en parle sur le web	73
<i>Monique Debard, Marie-Laure de Botton</i>	
Agenda	79
<i>Monique Debard, Marie-Laure de Botton</i>	



Monique Debard, Marie-Laure de Botton
Rédactrices en chef

La campagne de vaccination bat son plein et, à l'heure où nous rédigeons cet éditorial, la vie reprend lentement son cours en lien avec le déconfinement progressif et bientôt total.

Vous êtes nombreux (retraités, bénévoles, actifs, étudiants) à avoir contribué à cette campagne de différentes façons : en vous vaccinant, mais aussi en vaccinant les patients les plus à risques ou les plus fragiles, ainsi que d'autres catégories de la population.

Nous espérons qu'avec la poursuite de la vaccination, son impact sera suffisant pour relâcher les mesures de contrôle et reprendre une vie normale, car à ce jour seulement 20 % des Français ont été infectés par la Covid-19 ; ce qui est insuffisant pour une immunité collective.

Les 20 et 27 mars derniers, vous avez pu participer aux Rencontres infirmières en oncologie (RIO) 100 % digitales : merci à toutes et tous d'avoir répondu présent(e)s, de nous avoir fait confiance, ainsi qu'à nos partenaires.

Vous pouvez accéder aux replays de cette édition sur notre site (www.afic-association.org).

Vous aurez plaisir à retrouver et à lire dans ce numéro du *BIC* un article des infirmières du Projet CAPRI, intervenues lors de la première demi-journée des RIO le 20 mars, faisant part des résultats de leur expérimentation par télésuivi des patients sous anticancéreux oraux (p. 55-59).

Parmi d'autres projets novateurs mis en lumière, vous découvrirez celui d'une équipe du Centre Léon Bérard (CLB) dans le cadre de leur expérience de suivi à domicile des patients atteints d'un cancer et traités par immunothérapie (p. 47-57).

Un article est également consacré à l'accompagnement infirmier en tabacologie (p. 61-65).

Nous vous souhaitons une bonne lecture.

N'hésitez pas à nous soumettre vos propositions d'articles *via* l'adresse bulletininfirmiercancer@jle.com.

Les terrasses sont ouvertes ! Prenez soin de vous !



A.F.I.C.

Association Française
des Infirmier(e)s de Cancérologie

Monique Debard, Marie-Laure de Botton
membres du Conseil d'administration de l'AFIC

■ 24^e édition des RIO

Nous vous remercions chaleureusement d'avoir été présents aux 24^e Rencontres infirmières en oncologie (RIO), qui se sont déroulées le 20 et 27 mars dernier, en format 100 % digital.

Le succès a été à la hauteur de l'engagement des orateurs et de la qualité de leurs présentations, de l'investissement du Comité scientifique et d'organisation (CSO), et de la prouesse technique orchestrée par Valérie Thoreux de l'agence KPL.

Nous avons enregistré plus de 700 connexions sur le 1^{er} samedi et près de 1 100 connexions lors de la 2^e matinée. Les sessions plénières ont été suivies chacune par 643 participants.

Les replays entre les deux sessions et dans la quinzaine qui a suivi la matinée du 27 mars ont été visionnés par environ 1 200 visiteurs uniques ! Ils sont désormais disponibles aux adhérent(e)s *via* le site www.afic-association.org.

L'AFIC remercie aussi les partenaires pharmaceutiques pour leur fidélité et leur contribution à la réussite de cette édition virtuelle !

■ Assemblée générale le 3 juillet 2021

Si vous souhaitez soutenir votre association, vous investir ou être force de proposition, vous pouvez adhérer, participer activement au Comité d'organisation des RIO, mais aussi intégrer le Comité d'administration (CA) en déposant votre candidature afin d'être élu(e). Trois postes seront vacants, des mandats arrivant à leur terme.

N'hésitez pas à présenter votre candidature *via* contact@afic-association.org.

■ Contributions de l'AFIC dans les CSO de congrès

Congrès national des réseaux de cancérologie

L'AFIC, représentée par Elianne Dubois et Laïla Yassine, participe aux CSO du Congrès national des réseaux de cancérologie, programmé les 23 et 24 septembre 2021 à Montpellier, qui aura pour thématique : « Des innovations dans la coordination des patients atteints de cancer ».

Congrès européen des IDE en cancérologie (EONS)

L'AFIC, représentée par sa présidente Pascale Dielenseger, et Isabelle Fromantin, adhérente, participe aux CSO du prochain congrès de l'*European Oncology Nurse Society* (EONS), prévu à Paris, en septembre. Les présentations devront être réalisées en anglais.

RCFr 2021

L'AFIC, représentée par Elianne Dubois, Monique Debard et Sylvie Lozano, répond présent également pour participer aux CSO des prochaines Rencontres de la cancérologie française (RCFr).

Nous vous tiendrons informé(e)s par e-mail et dans le *BIC* des modalités pratiques d'inscription et du format des congrès.

IFODS 2021

Une nouvelle fois, l'AFIC a accepté d'élaborer le programme de la demi-journée infirmière de cet événement, à l'invitation du Pr Jean-Philippe Spano.

Elianne Dubois, Marie-Laure de Botton, Monique Debard et Nicole Rama feront partie du CSO de cet événement qui aura lieu du 13 au 15 octobre à Paris.

Partenariat avec l'industrie pharmaceutique

Lilly

Les réponses au questionnaire co-construit par Lilly et l'AFIC sur l'accompagnement des patients sous thérapie orale sont en cours d'analyse.

■ Les bourses de l'AFIC

Les bourses de l'AFIC votées par le CA ont pour vocation de vous financer l'accès aux congrès/journées de formation, dans le cadre de la formation en cancérologie.

Pour rappel, les conditions d'obtention de la bourse AFIC sont :

- d'être adhérent à jour de cotisation au 16 janvier 2021 ;
- d'envoyer une demande motivée par e-mail au CA de l'AFIC à l'adresse suivante : contact@afic-asso.org ;
- de s'engager à la rédaction d'un compte rendu écrit d'une ou deux présentations du congrès, de deux pages Word minimum ;
- de produire les justificatifs originaux (factures et attestation de présence), et l'article que vous soumettez au comité de rédaction du *BIC* pour éventuelle publication.



Pierre Perroche
 Coordonnateur du réseau
 oncoBFC
 10, boulevard Maréchal de Lattre
 de Tassigny
 BP 77908
 21079 Dijon Cedex
 France
 <pierre.perroche@gmail.com>

37^e congrès de la Société française et francophone de psycho- oncologie (SFFPO)

18 mars 2021, 100 % digital

Le 18 mars dernier avait lieu le 37^e congrès de la Société française et francophone de psycho-oncologie (SFFPO). Comme d'autres événements de ce type (telles les Rencontres infirmières en oncologie [RIO] de l'Association française des infirmier(e)s de cancérologie [AFIC]), le format a été converti en digital, avec des présentations en direct des intervenants sollicités (psychologues, psychanalystes, psychiatres, médecins, patients, philosophes, etc.). La thématique retenue pour ce format condensé sur une journée (le congrès habituel ayant lieu sur deux jours) était : « Couples et cancers ». Cette synthèse ne se veut aucunement exhaustive et se centrera sur quelques présentations¹.

■ Introduction

par Norbert Ifrah

L'introduction, confiée pour partie au Pr Norbert Ifrah (président de l'Institut national du cancer [INCa]) a bien rappelé l'importance de la prise en charge psychologique des patients. La place de celle-ci a été confortée récemment par deux éléments cités par le clinicien hématologue :

Tirés à part : P. Perroche

¹ Détails du programme accessibles sur : <https://www.sffpo2021.live/plugins/VEM-live/public/clients/commsante/sffpo2021/Programme.pdf>

- la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 présentée par le président de la République le 4 février 2021 (dont le deuxième axe est de « *limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie* ») ;
- le parcours de soins global après le traitement d'un cancer dont l'arrêté date du 24 décembre 2020 (incluant un forfait comprenant l'activité physique adaptée, les prises en charge diététique et psycho-oncologique).

L'intérêt de la démarche ayant été contextualisé, les intervenants ont ainsi pu présenter les contenus relatifs à la thématique de la journée « Couples et cancer ».

■ Projet KALICOU

par Laurence Vanlemmens

La première présentation qui sera évoquée ici est celle réalisée par Laurence Vanlemmens, oncologue médicale au centre Oscar Lambret (centre de lutte contre le cancer de Lille). Elle est l'une des coordinatrices de plusieurs études baptisées KALICOU. Ces études s'intéressent à l'évaluation de la qualité de vie du couple, couple dans lequel la femme jeune est atteinte d'un cancer du sein. Ce programme de recherche a été initié en 2007 : il inclut des couples dont la femme est âgée de moins de 45 ans et étant en couple depuis au moins six mois lors de l'inclusion.

De 2007 à 2009, la première étape de ce projet a été menée (qui initialement se limitait à cette étape). Elle a permis, par l'inclusion de 69 couples et la réalisation d'entretiens à plusieurs moments du parcours de soins (lors du traitement par chimiothérapie, puis par trastuzumab, puis hormonothérapie et enfin en surveillance), la construction de questionnaires d'évaluation de la qualité de vie du couple. Ces questionnaires explorent 36 items répartis dans les huit dimensions identifiées lors des entretiens (*tableau 1*).

Ce sont ces questionnaires, une fois validés, qui ont été administrés à près de 500 couples (patiente et partenaire) lors de la seconde phase de ce projet (KALICOU 2 de 2010 à 2014). Le Dr Vanlemmens a réalisé un focus sur les résultats de la dimension « relation au corps et à la sexualité » qui investigate quatre items (*tableau 2*).

Il ressort sur cette dimension :

- qu'au cours de la chimiothérapie, les couples sont plutôt en accord ;
- que lorsque la patiente est sous hormonothérapie :
 - de nombreux couples sont en désaccord (60 sur 67) ;
 - la patiente rapporte plus de difficultés que son conjoint ;
- qu'au cours de la surveillance :
 - il y a une scission en deux groupes « en accord » et « en désaccord » ;
 - qu'en cas de désaccord, la patiente rapporte plus de difficultés que son conjoint (35 couples sur 47).

À la fin de cette seconde étape du projet KALICOU, les investigateurs ont souhaité prolonger ce travail afin de développer un aspect longitudinal (en ajoutant un temps d'évaluation lors de la radiothérapie), afin de mieux évaluer l'impact des compétences émotionnelles (CE) des femmes jeunes (toujours moins de 45 ans) atteintes d'un cancer du

sein non métastatique et de leurs partenaires sur l'ajustement face au cancer.

Ces CE intra- et interpersonnelles sont :

- l'identification : capacité à les identifier ;
- la compréhension : capacité à en identifier les causes et les conséquences ;
- l'expression : capacité à exprimer ses émotions et à inciter l'expression des émotions d'autrui ;
- la régulation : gestion du stress et des émotions ;
- l'utilisation : capacité à utiliser les émotions pour accroître leur efficacité en termes de réflexion, de prise de décision et d'action.

La distribution des questionnaires permettant d'évaluer ces compétences a commencé en 2015 et est toujours en cours. Néanmoins, quelques résultats préliminaires ont pu être présentés.

Avant l'initiation de la chimiothérapie, les patientes mettent en avant plus de difficultés concernant les dimensions du vécu subjectif que les partenaires, une qualité de vie plus altérée que celle des conjoints. Elles indiquent également le fait qu'elles disposent de plus de CE interpersonnelles.

Considérant les effets du temps sur ces impacts, on assiste, pour les patientes, à une réduction des difficultés liées à l'affectivité négative, à l'appréhension pour l'avenir (notamment professionnel). Une réduction des affects négatifs est à noter également pour les partenaires. Néanmoins, avec le temps, les difficultés liées au soutien des proches s'accroissent, notamment au cours de la chimiothérapie.

Les questionnaires toujours en cours d'analyse permettent tout de même de décrire un effet protecteur des CE de la patiente sur son affectivité (des CE plus hautes entraînent un vécu des émotions négatives moins important).

L'analyse en cours de toutes les données recueillies révélera probablement d'autres éléments,

Tableau 1. Items permettant l'évaluation de la dimension « relation au corps et à la sexualité ».

Sentiment de cohésion de couple	Affectivité négative et appréhension pour l'avenir
Partage et soutien des proches	Gestion enfants et quotidien
Relation au corps et à la sexualité	Difficultés financières
Gestion de la vie professionnelle	Détérioration des relations avec les proches

Tableau 2. Dimensions explorées par le questionnaire pour KALICOU 2.

Items patientes	Items partenaires
Je rencontre des difficultés sexuelles à cause de la maladie	
Je ressens moins de désir sexuel	
J'ai des difficultés à accepter que mon (ma) partenaire me touche physiquement	Je n'ose plus toucher physiquement ma partenaire
J'ai l'impression de délaisser mon (ma) partenaire	Je ne reconnais plus ma partenaire physiquement

mais les différentes étapes de ce projet KALICOU confirment l'importance :

- de détecter précocement des problématiques rencontrées par les patientes et leurs partenaires et tout au long du parcours de soins ;
- de mieux cerner des facteurs prédictifs des difficultés rencontrées par ces couples ;
- de personnaliser et systématiser les interventions de prises en charge médicale, clinique et psychosociale des patientes, et autant que possible celle de leurs partenaires ;
- de mettre en œuvre des interventions axées sur le couple.

Place du conjoint dans le parcours de soins

par Célia Mendes et Sabrina Le Bars

Une autre plénière de la journée a été l'occasion d'une table ronde intitulée « Quelle présence du conjoint dans les soins ? ». Sont intervenues, entre autres, une infirmière stomathérapeute ainsi qu'une patiente. Les deux témoignages ont été complémentaires, non sans être contradictoires par moments, permettant ainsi d'élargir l'appréciation de la place du conjoint dans le parcours de soins.

Mme Célia Mendes, infirmière stomathérapeute au sein de l'Institut Gustave Roussy (IGR), Villejuif, a évoqué son rôle éducatif quant à l'accompagnement lors du retour à l'autonomie du patient stomisé (digestif, urinaire ou les deux). Cet accompagnement doit débuter tôt, en post-opératoire, tout en prenant en compte les appréhensions et les conséquences que cela aura sur le patient, son couple, sa famille, sa vie professionnelle, etc.

Mme Mendes rappelle le rôle important du conjoint dans les soins éducatifs, permettant ainsi au patient de retrouver son autonomie de façon indirecte, soit en participant aux soins, soit en prenant en charge de façon complémentaire les soins de stomie selon les capacités physiques et psychologiques. Cette éducation du conjoint ne se fera qu'en fonction des souhaits exprimés par le couple ; le patient doit donner son accord. Il faut tout de même rester vigilant à ce que le conjoint ne se substitue pas à l'infirmier(e), ce qui pourrait être dangereux et amener à l'éclatement du couple.

A contrario, certains patients sont autonomes pour leurs soins, cela pouvant également être à l'origine de frustration pour le conjoint qui pourrait se sentir « inutile ». Il sera alors également important d'accompagner les patients et leurs conjoints dans ces situations. Le conjoint peut tout de même trouver une place, un rôle, indirect dans les soins : en accueillant les infirmier(e)s au domicile, en préparant le matériel ou les médicaments, en gérant l'hydratation ou l'alimentation qui sont des points de vigilance chez les patients stomisés, etc.

Il y a donc une adaptabilité à avoir en permanence dans l'accompagnement des patients et de leurs conjoints, en prenant en compte l'individualité, ainsi que le couple.

Dans la continuité de cette table ronde, Mme Sabrina Le Bars a pris la parole. Elle est la présidente de l'association CORASSO², et a elle-même été atteinte d'un cancer de la sphère ORL, l'ayant amenée à subir des interventions chirurgicales de reconstruction du visage. À travers son témoignage, elle a pu

² Association reconnue d'intérêt général, ayant pour but de soutenir et d'informer les personnes touchées par un cancer, ou un cancer rare de la tête ou du cou.

apporter des éléments complémentaires à ceux de Mme Mendes. Son conjoint de l'époque a été acteur dans son parcours de soins, l'a accompagnée, aidée durant toute la phase active de sa prise en charge. C'est, comme elle l'aborde, sur la durée que le couple n'a pas tenu, notamment en lien avec l'image qu'elle-même percevait d'elle dans le regard de son conjoint. C'est cette difficulté qui a causé la fin de leur couple. Cet élément complète les propos précédents, rappelant l'importance de la personnalisation de la place du conjoint dans les soins et la prise en charge. Le conjoint peut être un partenaire non négligeable dans le parcours de soins. Les soignants doivent garder à l'esprit que cette place n'est qu'un rôle en équilibre permanent au sein du couple.

■ À deux c'est mieux

par Céline Chappé et Laurent Riffaud

Une des dernières interventions de la journée aura été celle de deux médecins, le Dr Céline Chappé (pédiatre, spécialiste des tumeurs cérébrales) et le Pr Laurent Riffaud (neurochirurgien pédiatre et adulte), exerçant tous les deux au CHU de Rennes. Intitulée « À deux c'est mieux : Pourquoi ? Pour qui ? », leur intervention aura été l'objet de nombreuses métaphores et allégorie du couple, qu'ils semblent former (cela a néanmoins l'intérêt de maintenir l'auditoire attentif).

Ils associent le binôme médical au couple parental (de l'enfant atteint d'une tumeur cérébrale) dans le parcours de soins du jeune patient. Ils évoquent ainsi un équilibre dans la relation – un homme chirurgien un peu plus âgé, une femme médecin – permettant ainsi de moduler et d'adapter les relations avec les parents.

Les avantages mis en avant pour ces deux professionnels sont que :

- le partage de l'annonce du cancer entre deux professionnels rend cette annonce moins difficile ;
- un relais naturel se fait entre les deux professionnels (médical/chirurgical) quand les questions sont posées par les parents ;
- cela permet de rendre les entretiens avec les parents plus dynamiques, si l'un est en difficulté, l'autre peut prendre le relais.

Toutes les consultations du parcours ne se font pas en binôme – cela ne serait pas possible pour les deux médecins – néanmoins, les étapes importantes sont accompagnées par le binôme réuni.

Ce dispositif, lié à la rencontre de ces deux professionnels et à leurs personnalités n'est pas forcément transposable en l'état dans d'autres structures/établissements, néanmoins, il permet de reconnaître les difficultés rencontrées par les médecins lors des étapes clés du parcours (annonce initiale, choix thérapeutique, récurrence, etc.) et l'importance du passage de relais et de complémentarité des spécialités au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

■ Conclusion

Cette journée très dense aura été l'occasion d'entendre de multiples expériences, témoignages, etc. La retranscription des présentations des psychologues, psychanalystes et philosophes étant complexe, celles-ci sont absentes de ce résumé de congrès, qui fut au combien intéressant et actuel.

Liens d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.



Expérience de suivi à domicile des patients atteints d'un cancer et traités par immunothérapie

Marie Berlioz
 IDEC sur le parcours mélanome,
 Claire Galen
 IDE libérale,
 Bénédicte Leclerc-Condès
 IDEC sur le parcours thoracique,
 <benedicte.leclerc-condes@lyon.unicancer.fr>
 Virginie Montagnier
 IDE en hôpital de jour et éducatrice
 thérapeutique,
 Lise Morlière
 IDEC sur le parcours urologie,
 Maurice Pérol
 pneumologue,
 Carinne Remy
 assistante médicale,
 Annick Salignat
 IDE libérale,
 Pascale Sontag
 adjointe à la direction des soins sur
 les parcours

Une prise en charge innovante au service des patients

par Pascale Sontag, adjointe à la Direction des soins sur les parcours

C'est dans un contexte d'évolution des thérapeutiques qu'une nouvelle approche avec l'immunothérapie est en train de révolutionner le traitement du cancer, notamment dans plusieurs pathologies cancéreuses telles que le poumon, le mélanome, le rein, la vessie ou les lymphomes. Amenée à se développer fortement, l'immunothérapie repose sur un nouveau paradigme : au lieu de s'attaquer directement aux cellules tumorales, l'idée est d'aider le système immunitaire à les reconnaître et les détruire. Elle permet chez certains patients

des contrôles, voire des rémissions, durables dans le temps.

En s'intégrant dans le dispositif des appels à projets régionaux de l'article 51, le Centre Léon Bérard (CLB) a pu franchir une nouvelle étape dans la coordination, le décroisement ville-hôpital, l'imagination et la création de modèles qui pourront être dupliqués.



Logos officiels des différents partenaires impliqués dans l'expérimentation Art 51 Centre Léon Bérard / CNAM Décret no 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé (article L. 162-31-1 du Code de la sécurité sociale).

Tirés à part : B. Leclerc-Condès

L'enjeu majeur de ce projet est d'apporter une réponse plus optimale à la prise en charge des patients traités par immunothérapie à domicile grâce à une véritable innovation organisationnelle qui vise à apporter davantage de confort et de sécurité aux patients en leur permettant de gagner en autonomie, de limiter la fatigue, les visites à l'hôpital, et de prendre en charge précocement les effets indésirables par un suivi personnalisé et l'éducation thérapeutique. L'objectif est également économique par une réduction des frais de transport et une optimisation de l'utilisation des places en hôpital de jour.

Cette expérimentation s'appuie sur un partenariat pluriprofessionnel ville-hôpital associant les unions régionales des professionnels de santé (URPS) Auvergne Rhône-Alpes médecins et infirmier(e)s et le réseau régional de cancérologie Onco-Aura, avec le soutien de l'Agence régionale de santé (ARS) et de l'Assurance maladie (CPAM).

L'immunothérapie et l'article **51**

les explications du Docteur Maurice Perol, pneumologue

L'immunothérapie : qu'est-ce que c'est ?

L'introduction des inhibiteurs des points de rétrocontrôle de la réponse immunitaire appelés inhibiteurs de *checkpoints* permet d'obtenir une réponse prolongée chez une proportion non négligeable de patients, variant avec le type tumoral. Le nombre d'indications s'élargit rapidement, à la fois en termes de types tumoraux et en termes de stades, avec notamment une incorporation de l'immunothérapie dans le traitement des stades précoces (traitement adjuvant ou néo-adjuvant) et dans des combinaisons thérapeutiques. L'immunothérapie révolutionne actuellement la prise en charge des cancers, en particulier des tumeurs solides.

Une administration adaptée au domicile

Ces traitements sont habituellement administrés en hôpital de jour par des perfusions courtes, à un

rythme allant de toutes les deux à six semaines, sur des périodes de traitement prolongées pouvant dépasser deux ans, souvent chez des patients en bon état général, particulièrement en ce qui concerne les traitements adjuvants. Pour les patients, ceci nécessite des allers-retours constants à l'hôpital pendant de nombreux mois. Pour les établissements hospitaliers, ceci entraîne, d'un point de vue pratique, un afflux de patients en hôpital de jour avec un risque à terme de saturation, mais procure aussi une source importante de recettes par le biais de la tarification à l'activité. Du point de vue de l'Assurance maladie, outre le coût direct des traitements, ceci génère également une majoration des coûts d'hospitalisation de jour et des transports. Enfin, les professionnels de santé exerçant en ville sont de fait quelque peu exclus de ce progrès thérapeutique par manque d'implication et de connaissances de ces nouveaux traitements.

L'administration des inhibiteurs de *checkpoints* s'avère en fait adaptée à une administration à domicile : doses fixes facilitant la préparation et évitant les erreurs de dosage, réactions lors de la perfusion exceptionnelles, élargissement des intervalles d'administration, développement de futures formes sous-cutanées. Outre le contexte de la pandémie Covid-19 qui a conduit à limiter autant que possible la circulation des patients dans les hôpitaux, l'administration à domicile de l'immunothérapie pourrait permettre également une amélioration de la qualité de vie des patients en facilitant leur réinsertion dans la vie active et le développement du lien ville-hôpital.

La nécessité d'une sécurisation de la prise en charge et d'une coordination pluriprofessionnelle

Néanmoins, le profil de tolérance de l'immunothérapie très spécifique, marqué par l'apparition d'effets secondaires à médiation auto-immune très variés, nécessite leur détection précoce pour une prise en charge rapide. Ceci implique une éducation thérapeutique spécifique des patients (ETP), une vigilance particulière des équipes soignantes et des modalités de suivi approfondi.

Outre la détection et la prise en charge des effets secondaires, de nombreux freins existent aussi pour l'administration de l'immunothérapie à domicile :

contexte réglementaire avec nécessité d'une administration dans le cadre d'une hospitalisation à domicile (HAD), diversité des organisations locales, perte financière pour les établissements de santé avec le système de la tarification à l'activité, réticence de certains patients ne souhaitant pas voir l'hôpital faire irruption à leur domicile.

L'expérimentation actuelle initiée par le CLB dans le cadre du dispositif de l'article 51 cherche à répondre à ces prérequis que nécessite l'administration de l'immunothérapie à domicile : fluidité du lien entre les oncologues, l'HAD et les acteurs de ville s'appuyant sur l'expérience du service d'HAD du CLB dans l'administration de la chimiothérapie et ses relations privilégiées avec les professionnels de santé exerçant en ville, recueil et transmission des informations, formation des professionnels de santé intervenant au domicile, ETP, financement centré sur le parcours de soins du patient par le biais du dispositif de l'article 51 répondant à la perte potentielle de ressources du fait de la réduction de l'activité des hôpitaux de jour.

L'élaboration et la mise en place de ce dispositif a nécessité l'engagement et la collaboration active de nombreux acteurs. Les infirmier(e)s de coordination constituent le pivot de ce dispositif.

Objectifs poursuivis

Répondre à une demande constante d'accessibilité aux nouveaux traitements en cancérologie
Sécuriser le parcours de soins
Renforcer le partenariat ville-hôpital
Apporter confort et qualité de vie aux patients
Optimiser l'activité de l'hôpital de jour (HDJ)
Réduire les coûts de prise en charge et proposer une nouvelle tarification au parcours et non *via* la T2A

Le rôle de l'IDEC de parcours au sein de cette expérimentation

par Marie Berlioz, IDEC sur le parcours mélanome, et Lise Morliere, IDEC sur le parcours urologie

Après une phase de préparation de plus de 12 mois, l'expérimentation du suivi à domicile des patients atteints d'un cancer et traités par immunothérapie au CLB est entrée dans sa phase active le

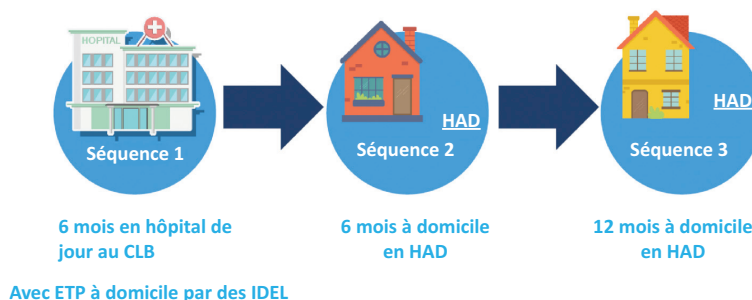
2 juin 2020 avec l'inclusion du premier patient dans le contexte peu favorable de la crise sanitaire de la Covid-19. Il est prévu une mise en œuvre du projet, pour une durée totale de cinq ans, un volume de 150 patients inclus/an, deux ans d'inclusion et quatre ans de suivi. Du succès de cette expérimentation découlera la possible généralisation de ce dispositif.

Depuis janvier 2021, les premiers patients débute leur traitement à domicile.

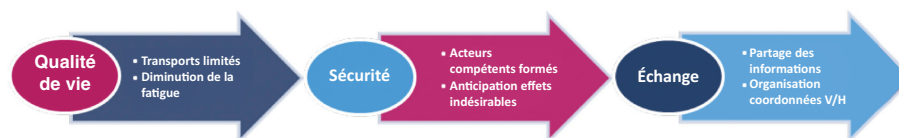
Dès le démarrage de sa 1^{re} cure, en séquence 1, le patient est vu par l'IDEC pour :

- une consultation d'annonce, dépistage des fragilités, prise des coordonnées de sa pharmacie habituelle et de ses infirmier(e)s libéraux(ales) (IDEL) ;
- la remise du passeport immunothérapie (livret d'information sur le traitement et le projet) + plan personnalisé de soins (PPS) ;
- la signature de son consentement pour donner l'accessibilité de son dossier aux professionnels libéraux *via* une plateforme de communication sécurisée ;
- la recherche de l'IDEL formée à l'ETP et à l'immunothérapie pouvant prendre en charge le patient (condition requise pour que les IDEL puissent réaliser les injections d'immunothérapie au domicile en séquences 2 et 3) ;
- l'inscription du patient au formulaire symptômes sur le portail patient sécurisé « myCLB » : possibilité pour le patient de remplir à distance et à n'importe quel moment ce formulaire *via* son portail personnel. Selon les seuils identifiés au préalable, les réponses du patient pourront créer ensuite une alerte auprès de l'infirmier(e) de coordination (IDEC) si présence de symptômes au domicile ;
- la modélisation informatique du parcours grâce au logiciel « ANGEL » (outil propre au CLB, de traçabilité, de suivi et d'alerte dans le dossier patient informatisé [DPI] du patient) ;
- le signalement de l'inclusion du patient à l'ETP et l'équipe du Département de coordination des soins externes et des interfaces (DCSEI) ;
- le suivi téléphonique programmé du patient en intercure selon le protocole : appel à J7 (si immunothérapie tous les 14 jours) ou J10 (si tous les 21 jours) ou J14 (si tous les 28 jours) et traçabilité écrite des toxicités ou effets indésirables dans le DPI ;

Trois séquences de soins.



Les impacts attendus.



Passaport immunothérapie créé par le Centre Léon Bérard (juin 2021).

- le suivi des bilans biologiques la veille de l'injection ;
- le lien avec le médecin traitant et l'IDEL du patient avec l'envoi d'un courrier leur expliquant l'initiation de l'immunothérapie et l'inclusion dans une expérimentation avec remise du PPS et des coordonnées de l'IDEC.

Les infirmier(e)s de parcours sont les acteurs majeurs de la coordination du parcours, du suivi et de la transition entre le séjour hospitalier ambulatoire et l'administration du traitement à domicile.

Au bout de six mois de traitement et un bilan d'évaluation ne montrant pas de progression de la maladie, les injections d'immunothérapie seront réalisées en séquence 2 à nouveau sur six mois, au domicile du patient *via* une HAD.

Trois consultations seront programmées avec l'oncologue référent du CLB, un suivi rapproché par l'IDEC et l'HAD, et un passage à domicile du médecin traitant. Une astreinte médicale de l'HAD du CLB est organisée la nuit et le week-end.

Suite à un 2^e bilan d'évaluation, la séquence 3 va s'enchaîner sur 12 mois en l'absence de la progression de la maladie et suivra le même modèle.

Ce projet amène souvent les patients à se projeter sur la durée de leur traitement et l'impact que cela peut apporter sur leur vie personnelle (familiale, professionnelle). Certains patients voient en ce projet la possibilité de poursuivre/reprendre une activité professionnelle, de limiter la fatigue engendrée par les

trajets, ou encore l'angoisse vis-à-vis du milieu hospitalier en ces temps de pandémie. À l'inverse, ce projet peut être source d'inquiétude : distanciation entre le patient, l'oncologue et l'hôpital, médicalisation du domicile, etc. Notre rôle est avant tout de bien comprendre et connaître nos patients afin de les orienter vers un projet qui leur convient au mieux, que ce soit à domicile ou au CLB.

Ressources matérielles

Des outils connectés

ZEPPRA, MonSISRA, MyCLB, ANGEL

Des grilles de dépistage des

fragilités (Dénutrition ENA, Score EPICES, échelle HAD (anxiété), test alcool DETA, etc.)

Une cartographie (réalisée en

interne) des professionnels libéraux formés à l'ETP et immunothérapie

Des mots libres dans le DPI

Pour assurer la traçabilité du suivi du patient avec possibilité d'extraire des indicateurs quantitatifs et qualitatifs

■ Retours et témoignages

Les infirmier(e)s

Bénédicte Leclere, infirmière de coordination sur le parcours pneumologie

Mon rôle en tant qu'IDEC est de dépister les fragilités et mettre en œuvre les actions nécessaires, reprendre l'histoire de la maladie et réexpliquer le traitement préconisé par la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) mais également de s'informer des intervenants du domicile.

Pour les patients qui me sont présentés au moment de la première injection d'immunothérapie dans le cadre de l'article 51, il faut en plus présenter le programme dans sa globalité. Ces entretiens sont plus longs car il y a beaucoup d'informations à transmettre et l'alliance thérapeutique doit s'établir. Je dois faire très attention au vocabulaire employé, car la notion de temporalité (trois séquences distinctes) est primordiale.

Lorsque j'interviens déjà dans la prise en charge du patient, la relation de confiance est déjà instaurée. Je connais le cadre de vie, les difficultés potentielles et les professionnels libéraux intervenant au domicile. Le patient a le réflexe de me contacter en cas de problème.

La partie la plus délicate, selon moi, est la recherche d'IDEL formées en ETP. Grâce à la cartographie réalisée (et actualisée régulièrement) par Magalie Hureau (cellule ETP), nous avons maintenant une vision globale du territoire en Auvergne-Rhône-Alpes et en Saône-et-Loire, ce qui est un gain de temps non négligeable. Il reste néanmoins des zones dépourvues de professionnels formés, voire non informés de l'expérience... Nous endossons alors un rôle stratégique pour promouvoir le programme et répondre aux interrogations des libéraux. Il faut faire preuve d'adaptabilité : certains patients auront deux cabinets libéraux pour le programme (le premier pour les ateliers, le second pour les injections). La recherche peut durer plusieurs heures et ne pas toujours aboutir malgré toute la bonne volonté, ce qui est parfois décourageant et source de stress.

Pour moi, participer à une telle expérimentation, faisant interagir l'hôpital (oncologie, IDEC, cellule ETP et HAD) et les libéraux autour d'un seul et même

patient est novateur, très enrichissant et permet d'améliorer notre vision globale de la prise en charge.

Cela a aussi resserré les liens entre les différentes IDEC (différentes spécialités, mêmes thérapeutiques) : nous partageons nos doutes, notre vécu et nos astuces. Nous nous remplaçons lors de nos absences pour assurer la continuité du suivi des patients. Le fait que notre cadre soit pleinement impliqué est rassurant.

Prendre part à ce projet est également stimulant intellectuellement car nous sommes conviées aux différents comités de pilotage et pouvons ainsi amener régulièrement notre pierre à l'édifice.

Virginie Montagnier, infirmière à l'hôpital de jour et éducatrice thérapeutique auprès des infirmier(e)s libéraux(ales) dans le cadre de l'article 51

Infirmière diplômée depuis 2002, j'ai à cœur d'apporter aux patients des soins techniques, bien sûr, mais aussi écoute, réconfort, soutien et bienveillance. Mes connaissances acquises depuis presque 20 ans en oncologie me permettent aujourd'hui d'être plus performante dans mon domaine.



Logo CLB éducation thérapeutique.

Depuis quand pratiquez-vous l'éducation thérapeutique ?

En 2015, après une formation de 40 heures, j'ai pu rejoindre l'équipe d'Éducation thérapeutique aux patients et proches (ETAPP) et m'y investir un jour par semaine. J'ai le sentiment d'apporter « un plus » dans la prise en charge et de pouvoir soutenir les patients qui en ressortent plus acteurs pour avancer et se battre contre le cancer.

Étant en contact avec de nombreux patients traités par immunothérapie à l'hôpital de jour, j'ai été sollicitée pour la mise en place de cet atelier. C'est avec cette double casquette (infirmière en hôpital de jour et en ETP) que j'ai pu élaborer son contenu.

Comment êtes-vous arrivée à intégrer le programme article 51 ?

Nous avons déjà rencontré avant la crise sanitaire les IDEL pilotes du projet qui étaient déjà très demandeurs de participer à cette expérimentation où le lien ville-hôpital était privilégié. Nous avons organisé des ateliers en présentiel mais l'arrivée de la Covid-19 nous a imposé de nouvelles pratiques. Pour que l'expérimentation puisse voir le jour, nous avons fait des vidéos de nos procédures d'ETP, de nos ateliers concernant l'immunothérapie, afin de créer une formation en e-learning pour permettre à tous les libéraux(ales) (ayant réalisé en amont la formation de 40 heures d'ETP) de se former à la gestion des effets indésirables de l'immunothérapie et de pouvoir s'approprier les outils.

En partenariat avec le réseau d'oncologie Auvergne-Rhône-Alpes (Onco-Aura) une plateforme en ligne a été mise en place avec l'ensemble de nos outils, les vidéos, le déroulé précis des ateliers, les mémos utiles pour les professionnels, et les livrets récapitulatifs remis aux patients en fin d'atelier. La formation des IDEL se termine par un test post-formation et elles/ils sont conviés à une classe virtuelle d'une heure que j'anime par groupe de cinq. Elle a pour objectif de répondre à leurs interrogations, appréhensions liées à la mise en place des ateliers d'ETP et la prise en charge globale des patients inclus dans l'expérimentation de l'article 51.

D'éducatrice patient, vous devenez formatrice d'éducateur ?

Participer à la création de cette formation en ligne pour les professionnels libéraux, comprendre l'articulation de tout le projet, la coordination entre les nombreux acteurs de l'expérimentation, le partenariat avec le réseau Onco-Aura, la collaboration avec les porteurs du projet (Dr Pérol, Pascale Sontag), les IDEC, furent des étapes capitales pour mieux appréhender l'inclusion, le suivi et la prise en charge de tous ces patients. D'éducatrice pour les patients, je suis devenue également formatrice d'éducateur, ce qui a été très intéressant pour moi.

En parallèle, j'apprécie toujours de participer activement à la prise en charge des patients lors du bilan éducatif, de l'hôpital de jour pour les injections en séquence 1, et de l'évaluation éducative après leurs deux ateliers d'ETP.

Toutes ces étapes m'ont permis de me surpasser, de découvrir l'univers d'autres professionnels toujours dans l'intérêt d'apporter un réel confort aux patients en les accompagnant, les autonomisant et en leur permettant d'accéder à une prise en charge de leur injection d'immunothérapie en HAD en toute sécurité.

Les infirmier(e)s libéraux(ales)

Lors des échanges avec les IDEL, on comprend mieux leur quotidien : régulièrement, le patient ne leur explique que brièvement, avec ses propres mots, sa pathologie et l'infirmière ne dispose pas de compte rendu ou de résultat biologique. Elle n'a pas de suivi et agit « comme un prestataire de service ». Un des avantages de ce programme est de donner accès au DPI aux libéraux. Ainsi, l'IDEL ou le médecin traitant peut, à tout moment, prendre connaissance de tout ou partie du suivi hospitalier. La prise en charge est de meilleure qualité et le libéral se sent davantage considéré.

Lors du premier webinaire d'échanges-retours IDEL du 28 janvier 2021, les IDEL ont défini leur appréciation du projet avec les mots présents dans la figure ci-après.



Capture d'écran Webinaire, Retour d'expérience CLB/ IDEL- URPS 28/01/2021.

Témoignage de Claire Galen, IDEL formée à l'ETP

Très enthousiaste et ravie d'intégrer ce projet novateur et enrichissant, intitulé « article 51 immunothérapie », me permettant de développer et

valoriser mes compétences en matière de soins relationnels et éducatifs sur ce thème d'actualité qu'est l'immunothérapie. Fructueux par ses échanges et cette collaboration entre les professionnels du CLB et les infirmier(e)s libéraux(ales). Stimulant d'entrevoir un nouvel horizon dans l'évolution de notre métier et la reconnaissance de nos compétences. Pouvoir dédier un temps privilégié au patient, dans son environnement, rassurer, créer une alliance thérapeutique et l'amener à une autonomie pour gagner en qualité de vie : tout simplement génial.

Témoignage d'Annick Salignat, IDEL formée à l'ETP

L'expérimentation article 51, par la collaboration ville-hôpital, renforce le lien entre les professionnels hospitaliers et les libéraux. Les IDEC et l'équipe ETAPP ont toujours été agréables et disponibles. Les outils mis en place améliorent la qualité et la sécurité du parcours du patient, qui se sent ainsi rassuré dans cette prise en charge à domicile. Par l'accès au dossier de soin, l'IDEL connaît bien le parcours patient, et les événements durant le traitement. Le patient sent que l'éducatrice ETP connaît bien son dossier, c'est sécurisant pour lui. En cette période de crise sanitaire et de limitation des accompagnants en milieu hospitalier, la réalisation des ateliers à domicile a permis la participation des conjoints. Ils ont pu intervenir, poser des questions et prendre place auprès de leur compagnon. C'est un temps d'échange riche, qui, entre formation et soin ouvre une autre dimension dans le traitement.

Côté patients

Le plus important est peut-être le retour positif des patients ayant fini la séquence 1 et débuté les injections à domicile. Pour eux, ce programme engendre :

- moins de stress (attente de recevoir leur traitement, effervescence à l'hôpital de jour (HJ), environnement sonore) ;
- un gain de temps (pas de nécessité de se préparer longtemps à l'avance, pas de trajet fastidieux) ;

- un temps privilégié avec l'IDEL, qui est présente pendant toute la durée de la perfusion ;
- un sentiment de sécurité (six mois de préparation avant le domicile, ateliers, possibilité permanente de joindre l'équipe soignante du Centre avec une ligne directe) ;
- une prise en charge moins formelle, le soignant est éducateur, plus accessible qu'à l'hôpital, il s'agit davantage d'un échange d'égal à égal que d'une information magistrale ;
- la présence du conjoint ou de l'aidant lors des entretiens (contrairement à la structure hospitalière), lui permettant ainsi de « désacraliser », verbaliser ses craintes et ses interrogations tout en acquérant des connaissances sur la thérapeutique.

Deux témoignages de patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation de l'article 51

Monsieur Denis P.

La proposition de me faire soigner pour partie à domicile est attractive à plus d'un titre :

- la distance entre Chamonix et Lyon, le temps de transport et les attentes au CLB, au-delà du risque sanitaire Covid avec de nombreux patients ;
- le premier contact avec l'infirmier(e) qui va me prendre en charge à Chamonix, et la qualité de l'entretien avec les informations partagées ;
- il me reste à découvrir comment se déroule dans les faits le traitement à distance, et quels sont les rendez-vous à Lyon qu'il faudra y ajouter.

J'étais motivé pour cette expérience, et je le reste. Il me tarde presque d'en découvrir les premières séances.

Monsieur Pierre C.

En janvier 2017, jeune retraité âgé de 70 ans, c'est par un syndrome paranéoplasique à forme brutale et bruyante de polyarthrite localisée aux membres inférieurs que je suis entré dans la maladie [...] L'immunothérapie m'avait été présentée en 2018 par mon onco-radiothérapeute à son retour du congrès de l'ASCO comme une thérapeutique sur laquelle on fondait beaucoup d'espoir. Depuis octobre 2020, je suis asymptomatique et je n'ai pas de désordre biologique. Le contrôle Pet-scan de janvier 2021 a montré une efficacité partielle sur la lésion hilare

droite qui justifie la poursuite du traitement [...] Sans le réconfort quotidien de mon épouse, la présence de nos enfants, l'écoute et l'accueil de tous les acteurs de la chaîne de soins, j'aurais eu beaucoup de difficultés pour rester debout : à toutes et à tous un grand MERCI !

■ Conclusion

Nous ne sommes que dans la première année de l'expérimentation et ne manquerons pas de vous proposer un focus à mi-parcours quand nous

aurons des patients dans les différentes séquences. Cela permettra de mettre en lumière le travail de nos collègues, infirmier(e)s de coordination à l'HAD.

Pour finir, nous pourrions conclure que si la mise en place est parfois difficile, le bénéfice pour le patient est tel qu'il faut espérer que cette expérimentation puisse être reproductible afin de pouvoir proposer cette organisation de soins à un plus grand nombre de patients sous immunothérapie.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

CAPRI CANCEROLOGIE
PARCOURS DE SOINS
REGION ILE DE FRANCE

Delphine Mathivon
infirmière de coordination CAPRI,
<delphine.mathivon@gustaveroussy.fr>
Adeline Duflot-Boukobza
infirmière de coordination CAPRI,
Jennifer Legendre
infirmière de coordination CAPRI,
Vanessa Puglisi
cadre de santé,
Dr Mario Di Palma
oncologue médical,
Pr Etienne Minvielle
MD, PhD,
Dr Olivier Mir
chef du Comité soins de support

Le projet CAPRI (Cancérologie parcours région Ile-de-France)

**Télsuivi des patients sous anticancéreux oraux :
des résultats positifs !**

Résumé

L'étude CAPRI (Cancérologie parcours région Ile-de-France) vise à mesurer l'impact d'une solution de télsuivi pour les patients sous anticancéreux oraux suivis à l'Institut Gustave Roussy par un essai randomisé et d'une étude longitudinale. Le dispositif se compose de deux infirmières de coordination et de deux portails internet à destination du patient et des professionnels. Il a démontré sa plus-value par l'amélioration de la dose intensité relative, la diminution des toxicités, la réduction de la fréquence et du temps d'hospitalisation et enfin l'amélioration de l'expérience patient.

Mots clés : anticancéreux oraux, télsuivi, infirmier(e).

■ Contexte

Le recours aux thérapies orales prend désormais une place de plus en plus importante dans les options thérapeutiques dans la lutte contre le cancer en France. Selon l'Institut national du cancer (INCa) [1], entre 2010 et 2015, les thérapies orales représentent plus de la moitié des anticancéreux qui bénéficient d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). En 2015, 77 anticancéreux oraux disposent d'une AMM. Ce même rapport montre que 78 % des anticancéreux par voie orale autorisés entre 2010 et 2015 sont des thérapies ciblées.

Les thérapies ciblées anticancéreuses sont définies par l'INCa comme « *des médicaments qui visent à bloquer la croissance et/ou la propagation des cellules*

tumorales en s'attaquant spécifiquement à certaines de leurs anomalies. Leur mode d'action principal passe par une inhibition des mécanismes de l'oncogénèse avec une spécificité importante pour les cellules cancéreuses ou leur micro-environnement » [1].

Bien que l'administration se fasse par voie orale, les anticancéreux oraux entraînent des toxicités pouvant être graves. Les effets secondaires peuvent être multiples, principalement :

- cardiovasculaires : hypertension artérielle ;
- pulmonaires : pneumopathie interstitielle ;
- rénaux : protéinurie ;
- cutanés : folliculite, éruption cutanée, syndrome main-pied ;
- muqueux : mucites buccales et génitales ;
- digestifs : diarrhées, nausées, vomissements ;
- biologiques : dyslipidémie, hyperglycémie, dys-thyroïdie ;

Tirés à part : D. Mathivon

- généraux : asthénie.

Le récent essor des thérapies ciblées nécessite une mise à jour constante des conduites à tenir. Ces toxicités sont très spécifiques et nécessitent une prise en charge précoce et spécialisée. Elles apparaissent au détour du traitement de façon précoce ou tardive avec une sévérité relevant parfois d'un grade 3-4. Pour autant, ces patients sont en ambulatoire.

Identifié comme un problème de santé publique, le Plan cancer 2014-2019 [2], à travers l'action 3.2, souhaite accompagner les patients sous anti-cancéreux en faisant évoluer l'offre de soins.

L'étude CAPRI (Cancérologie parcours région Ile-de-France) [3] s'inscrit dans cette action en proposant un suivi coordonné alliant l'intervention d'infirmières diplômées d'État (IDE) associée à l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) pour le suivi à distance des patients sous thérapies orales. Ce parcours coordonné a été évalué au travers d'une étude randomisée ainsi qu'une étude longitudinale pour en mesurer l'impact.

De nombreux travaux préparatoires ont été réalisés en amont pour établir le design du dispositif :

- usage et attentes des patients vis-à-vis des TIC par une enquête patient [4] ;
- identification des difficultés de coordination et possible réponse par l'intervention des IDE et TIC à travers une analyse qualitative [5] ;
- identification des activités de coordination et des besoins des patients et professionnels de ville par une analyse des activités de la coordination [6] ;
- repérage de la typologie et la pertinence des venues aux urgences par une étude prospective [7].

Par le retour de ces différentes études, information, soutien et orientation personnalisés font partie des attentes des patients et des professionnels. L'infirmière de par son rôle de « *case manager* » a une place pivot dans ce parcours.

L'association des TIC dans le dispositif CAPRI vise à faciliter le contact et la communication mais aussi la gestion du suivi par le partage des données [8].

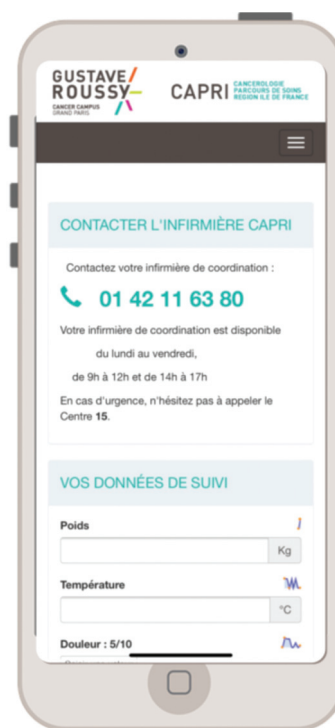
■ Outils développés

Le dispositif a été validé par un contrat de télémédecine avec l'Agence régionale de santé et bénéficie d'une autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

L'interface patient a été co-construite avec les patients afin de répondre au mieux à leurs attentes. Elle leur permet de :

- contacter les infirmières de coordination *via* une messagerie sécurisée ;
- enregistrer les données relatives au suivi (température, poids, etc.) ;
- visualiser et enregistrer l'ensemble des rendez-vous saisis par le patient ;
- disposer d'un annuaire des professionnels intervenant dans la prise en charge ;
- accéder à des sites d'informations reconnus sur la maladie, les traitements, les soins de support, les associations, etc. ;
- disposer d'un espace de stockage personnel sécurisé.

Le portail internet patient a été par la suite décliné en application web.



Application CAPRI.

Le portail professionnel a été développé à partir d'un portail existant et adapté selon les besoins de l'étude.

Il sert de tableau de bord aux infirmières, leur permet d'y programmer les suivis, codifier les actions et inscrire leurs transmissions.

Ce portail est communicant avec les professionnels désignés par le patient qui pourront accéder aux comptes rendus des suivis et des consultations médicales.

Ce portail est également communicant avec le patient, avec qui l'échange de documents et photos est possible.

Par ailleurs, lorsque les données saisies sur le portail patient sont hors des normes pré-établies ou non saisies dans les temps demandés, une alerte est alors générée vers le portail professionnel.

Pour permettre une uniformité et une sécurisation des pratiques pour les suivis et la gestion des alertes, un protocole de suivi ainsi que des algorithmes de graduation et d'orientation ont été conçus à partir des recommandations des sociétés savantes et de la classification CTCAE (*Common Terminology Criteria for Adverse Events*) établie par l'Institut national du cancer américain.

■ Design de l'étude

L'hypothèse d'efficacité est une prise en charge plus précoce des toxicités liées aux thérapies, qui

permettra une meilleure observance et par conséquent une plus grande conformité au protocole de traitement initial.

L'impact du dispositif CAPRI a donc été évalué par une étude randomisée monocentrique. Les patients débutant une thérapie orale (hors hormonothérapie) peuvent être inclus [9].

Le critère principal est la dose intensité relative.

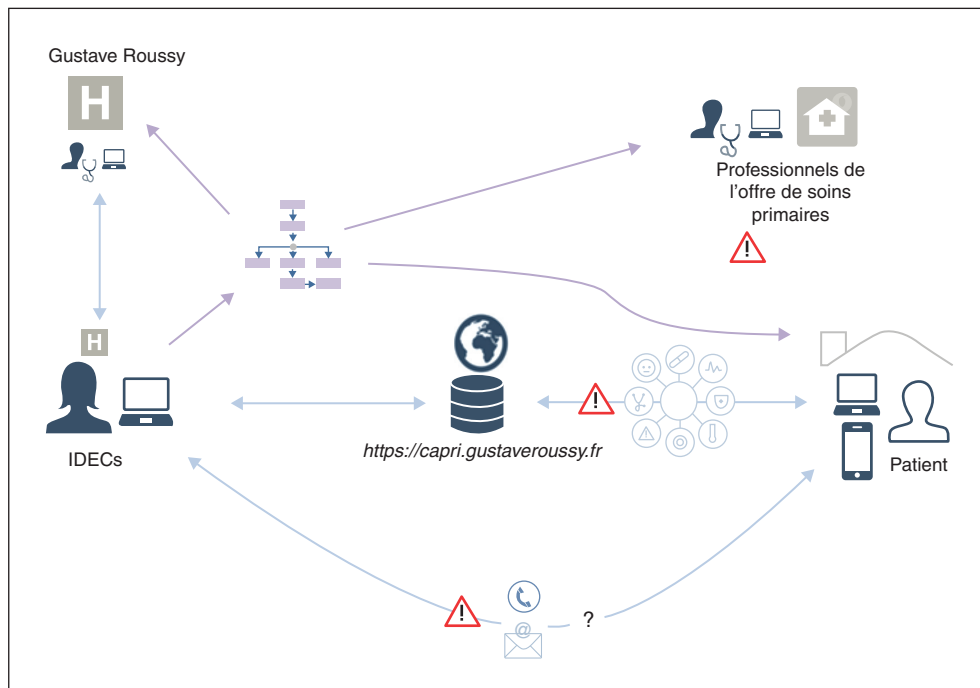
Les critères secondaires sont l'observance, la toxicité sévère, la réponse tumorale, la survie sans progression, la survie globale, la qualité de vie, l'expérience patient et la consommation de soins.

Les patients randomisés dans le bras contrôle bénéficient du suivi habituel de leur oncologue.

Les patients randomisés dans le bras coordonné CAPRI bénéficient, en plus du suivi proposé par leur oncologue, d'un télé-suivi par les infirmières et de la mise à disposition du portail patient. L'étude porte sur six mois de suivi ; au terme de ces six mois les patients du bras coordonné peuvent rester dans le dispositif et les patients du groupe contrôle peuvent également en bénéficier.

Le suivi se met en place après sollicitation de l'oncologue et la randomisation. Une consultation est alors faite par l'infirmière comprenant :

- le dépistage des vulnérabilités ;



Dispositif CAPRI : gestion des alertes.

Indicateurs	Bras CAPRI	Bras suivi standard
Dose intensité relative	93,4 %	89,4 %
Toxicités de grade 3-4	27,6 %	36,9 %
Hospitalisations	15,1 %	22 %
Durée d'hospitalisation	2,82 jours en moyenne	4,44 jours en moyenne
Recours en soins de support notamment suivi social et suivi nutritionnel	43,8 %	35,2 %

Résultats de l'essai randomisé CAPRI. Amélioration de l'expérience patiente (score PACIC) pour les patients du dispositif CAPRI.

- l'évaluation des besoins et la mise en place des soins de support nécessaires (intra- et extra-hospitaliers) ;
- l'information sur le traitement (modalités de prise, toxicités, interactions, etc.) ;
- la mise en place d'actions de prévention spécifiques au traitement ;
- l'identification des acteurs de la prise en charge et la transmission d'informations.

La fréquence des suivis téléphoniques a été protocolisée en débutant par un suivi hebdomadaire qui s'espace au fur et à mesure du temps.

L'essentiel du suivi est le dépistage et la gestion des toxicités, l'évaluation de l'adhésion et l'*empowerment* du patient, ainsi que le soutien au patient et son entourage.

La coordination du parcours est réalisée par l'infirmière du dispositif avec le patient et son entourage, les professionnels de l'offre de soins primaire, l'oncologue et les personnels de Gustave Roussy, ainsi que les différentes associations.

■ Résultats : étude randomisée

Les données des 559 patients inclus dans l'étude randomisée entre octobre 2016 et mai 2019 ont permis de montrer l'efficacité du dispositif CAPRI par rapport au suivi standard sur plusieurs critères [10].

■ Résultats : étude longitudinale

L'application a été peu utilisée contrairement aux prévisions : en effet, sur les 88,6 % des patients possédant une adresse e-mail, seuls 15,4 % ont saisi leurs données plus de trois fois et 8,1 % ont utilisé plus de trois fois la messagerie sécurisée.

Au total, 87,4 % des suivis téléphoniques programmés ont pu être réalisés.

Pour 77,9 % des interventions, les infirmières ont pu traiter la situation de manière autonome sans recours à l'oncologue référent. Parmi les appels entrants, 59,6 % concernaient des symptômes ou toxicités et 12,9 % le suivi du traitement oncologique.

Parmi les patients qui ont dû être orientés, 63 % ont été adressés vers l'offre de soins primaires.

Concernant la satisfaction du dispositif, 97 % des patients l'ont trouvé utile et 98 % rassurant.

■ Discussion

Le dispositif CAPRI s'est avéré présenter une véritable plus-value pour les patients en comparaison au suivi standard.

Les infirmières ont eu une activité essentiellement clinique et majoritairement autonome permettant une meilleure prise du traitement avec moins de toxicités et d'hospitalisations.

Les patients ont apprécié le dispositif, et ce, principalement par l'intervention des infirmières car peu se sont saisis des TIC.

Plusieurs points d'amélioration du dispositif ont été identifiés au décours de l'étude. Le dispositif peut être optimisé notamment par l'intégration des PROMS (*Patient Reported Outcome Measures*), ce qui permettrait une augmentation de la file active tout en se concentrant sur les patients les plus vulnérables.

L'outil numérique pourrait également être optimisé avec plus d'interopérabilité avec les outils existants en intra- ou extra-hospitalier. De même, l'ajout de la visio serait sans doute une plus-value car cela faciliterait l'intégration des aidants au suivi, souvent mis à l'écart par la communication par téléphone.

D'un point de vue financier, l'intégration de la télémedecine permettrait la valorisation financière de cette activité.

En outre, la limitation du champ de compétences infirmières a souvent été un frein. Ce dernier pourrait être levé par l'intégration de la pratique avancée permettant une plus grande autonomie dans le suivi infirmier. De même, la pratique avancée pourrait faciliter, motiver et contribuer à la recherche infirmière et l'*Evidence Based Nursing*. L'ajout de l'éducation thérapeutique aurait sans doute sa place dans ce suivi en y intégrant une version numérique.

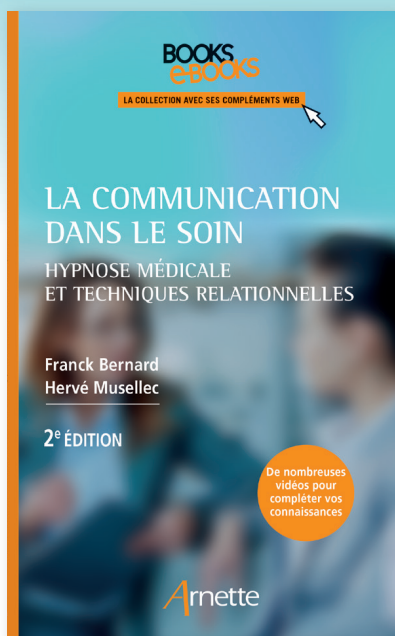
La mise en routine du suivi CAPRI est souhaitable car le dispositif a démontré son impact positif pour les patients sous thérapies orales.

Enfin, le dispositif peut également être facilement applicable à d'autres parcours, comme nous avons pu l'illustrer avec CAPRI Covid [11].

Liens d'intérêts : DM : collaborateur à l'étude ; JL : conférences AFIC ; OM : Astra-Zeneca, Novartis.

Références

1. INCA. *Développement des anticancéreux oraux – Projections à court, moyen et long termes* [en ligne]. État des lieux et des connaissances/Soins. 2017. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-publications/Developpement-des-anticancereux-oraux-Projections-a-court-moyen-et-long-termes>
2. Institut national du cancer. *Le Plan cancer 2014-2019 – Les Plans cancer* [en ligne]. Institut national du cancer, 2021. <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2014-2019>
3. Ferrua M, Guillet M, Mathivon D. Le projet CAPRI. Suivi infirmier des patients traités par anticancéreux oraux à travers le développement d'un dispositif innovant. *Bull Infirm Cancer* 2019 ; 19(2) : 47-52.
4. Girault A, Ferrua M, Lalloué B, et al. Internet-based technologies to improve cancer care coordination: current use and attitudes among cancer patients. *Eur J Cancer* 2015 ; 51(4) : 551-7.
5. Yatim F, Cristofalo P, Ferrua M, et al. Analysis of nurse navigators' activities for hospital discharge coordination: a mixed method study for the case of cancer patients. *Support Care Cancer* 2017 ; 25(3) : 863-8.
6. Yatim F, Moutel G, Cristofalo P, Ferrua M, Di Palma M, Minvielle E. Analysis of home care coordination activities in oncology: a mixed methods study. *J Clin Oncol* 2015 ; 33(15_suppl) : 6533-6533.
7. Duflos C, Antoun S, Loirat P, DiPalma M, Minvielle E. Identification of appropriate and potentially avoidable emergency department referrals in a tertiary cancer care center. *Support Care Cancer* 2017 ; 25(8) : 2377-85.
8. Ferrua M. How to design a remote patient monitoring system? A French case study. *BMC Health Serv Res* 2020 ; 20(1) : 434.
9. Gervès-Pinquié C, Daumas-Yatim F, Lalloué B, et al. Impacts of a navigation program based on health information technology for patients receiving oral anticancer therapy: the CAPRI randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2017 ; 17(1) : 133.
10. Mir O, Ferrua M, Fourcade A, et al. Intervention combining Nurse Navigators (NNs) and a mobile application vs. standard of care (SOC) in cancer patients (pts) treated with oral anticancer agents (OAA): results of CAPRI, a single-center, randomized phase 3 trial. *J Clin Oncol* 2020 ; 38(15_suppl) : 2000-12000.
11. Ferrua M, Mathivon D, Duflot-Boukoba A, et al. Nurse navigators' telemonitoring for cancer patients with COVID-19: a French case study. *Support Care Cancer* 2021 ; [epub ahead of print].



Collection Books-e-Books
12 x 20 cm • 232 pages
ISBN : 978-2-7184-1588-8
29 €

AUTEURS

- Franck Bernard
- Hervé Musellec

CHP Saint-Grégoire, Institut Emergences
Rennes

LA COMMUNICATION DANS LE SOIN

2^e ÉDITION

HYPNOSE MÉDICALE ET TECHNIQUES RELATIONNELLES

Le guide des bonnes pratiques pour une approche patient adaptée

Face au succès de sa 1^{re} édition, ce guide s'est vu qualifié d'incontournable pour un « meilleur communiquer » pour « mieux soigner ».

Ses auteurs, forts de leur longue expérience en tant qu'anesthésistes et formateurs, délivrent des techniques relationnelles simples issues de l'hypnose médicale en mettant en exergue les bons gestes et les bons mots.

Ses fiches techniques et outils le rendent très didactique et ses nombreux exemples concrets (dont des vidéos de mise en situation interprétées par les auteurs eux-mêmes) permettent une mise en pratique rapide et facile.

Cette nouvelle édition a été entièrement mise à jour et enrichie de nouveaux développements sur les neurosciences, l'empathie, l'annonce et l'impact du toucher dans la relation.

Un allié précieux pour faire face à toute situation relationnelle.

Arnette

John Libbey
Eurotext



L'ouvrage est complété de modules en ligne (textes, vidéos, outils d'évaluation) permettant au lecteur d'aller plus loin dans sa réflexion.



COMMENT COMMANDER ?

Sur notre site
www.jle.com

Par courrier, à l'aide du bon de commande ci-dessous :
Éditions John Libbey Eurotext • Bât A / 30 rue Berthollet • 94110 Arcueil • France

POURQUOI COMMANDER CHEZ JLE.COM



La livraison à seulement
0,01 €* quel qu'en soit
le montant



Un catalogue
pluridisciplinaire de plus
de 600 ouvrages



Votre commande traitée
et expédiée
sous 24h maximum



La consultation de votre
compte personnel à tout
moment : suivis commandes
et factures, gestion des
données personnelles, etc.



Un mode de livraison
adapté : à domicile, sur
votre lieu de travail
ou en point retrait



Un service client
à votre écoute



Des moyens
de paiements souples

Tél. : +33 (0)1 46 73 06 60
contact@jle.com
commandes.livres@jle.com

Je souhaite commander :

☐ ex. de

La communication dans le soin (2^e édition) **29 €**

- FRAIS DE PORT
- ☐ France / Corse / Andorre / Monaco : + 0,01 €
 - ☐ Belgique / Suisse / Luxembourg : + 3,98 €
 - ☐ Autres pays de l'UE : + 5,99 €
 - ☐ Outre-Mer : + 9,98 €
 - ☐ Reste du monde : + 14,99 €

TOTAL : €

Mes coordonnées :

☐ M. ☐ Mme Nom Prénom

Adresse

CP Ville Pays

Tél. E-mail

☐ Je désire recevoir une facture acquittée pour ma déclaration de frais professionnels

Règlement :

Ci-joint mon règlement d'un montant de €

☐ Par chèque à l'ordre de John Libbey Eurotext

☐ Par carte bancaire

☐ Visa ☐ Eurocard/Mastercard

Carte N°

Cryptogramme

Date d'expiration Signature :

☐ N° de TVA (uniquement pour institutions) :

John Libbey
Eurotext

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Pour l'exercer, adressez-vous aux Éditions John Libbey Eurotext - Bât A / 30 rue Berthollet - 94110 Arcueil - France.





Jehan Seret¹, Fabienne Gooset¹,
Karin Franck²

¹Centre de recherche en économie
de la santé, gestion des institutions
de soins et sciences infirmières,
École de santé publique, ULB,
Route de Lennik, 808, CP 592,
1070 Bruxelles, Belgique
<jehan.seret@ulb.be>

²Section soins infirmiers, HELB
Ilya Prigogine, Route de Lennik,
808, Bâtiment P, 1070 Bruxelles,
Belgique

Infirmier(e), tabac et néoplasie pulmonaire : une équation gagnante ?

Résumé

Lorsqu'un patient tabagique se voit annoncer un cancer bronchique, quel rôle peut jouer l'infirmier(e) en soins généraux vis-à-vis de cette addiction ? Quelles sont les mesures de prévention tertiaire que le soignant peut mobiliser ? Ce dernier pourra trouver dans cet article des réponses ainsi que des pistes de réflexion afin d'enrichir sa pratique clinique quotidienne. Abolir ses préjugés, réfléchir sur ses propres rapports au tabac et identifier la meilleure période pour aborder la question avec le patient en sont les aspects essentiels.

Mots clés : rôle infirmier, prévention tertiaire, tabagisme, tumeurs du poumon, humanisme.

Dans le domaine de l'oncologie pulmonaire, le tabac est le principal déterminant du développement du cancer pulmonaire puisqu'il en augmente de 16 fois le risque relatif [1]. On considère qu'il est à l'origine de neuf cancers bronchiques sur dix [2].

Le traitement classique du cancer bronchique, pour peu qu'il soit pris précocement et que les caractéristiques histologiques soient favorables, est l'exérèse de la néoplasie par voie chirurgicale avec thérapie adjuvante si nécessaire [3, 4]. L'hospitalisation se déroule généralement sur une semaine [5] et l'intervention infirmière s'axe en priorité sur la surveillance des complications physiopathologiques. Cela laisse donc peu de place pour aborder l'arrêt du tabac avec les patients opérés, voire questionne la pertinence de la prévention tertiaire du tabagisme par l'infirmier(e) en soins généraux.

Toutefois, un lien se dégage entre l'annonce du cancer et la motivation à s'affranchir du tabac [6]. Les fumeurs, après diagnostic du cancer du poumon, s'arrêtent mieux que la population générale [7]. Sans compter les effets bénéfiques qu'engendre une abstinence pré-, per- et post-opératoire [2], des actions de prévention tertiaire ont du sens. En effet, 1/3 des patients opérés continuent à fumer après leur intervention, handicapant leurs chances de rémission complète [8]. Or, la chirurgie, qu'elle soit le traitement de première ou de seconde intention, permet dans les stades précoces (0 à IIIa) de proposer une approche « curative » au patient [4] et la cessation du tabagisme améliore sa survie à cinq ans [2].

Nous pouvons affirmer que l'annonce du cancer bronchique à un patient fumeur est une opportunité à saisir pour tenter de changer son comportement face au tabac.

Dès lors, en tant qu'infirmier(e) responsable de soins généraux, suite à l'annonce d'un cancer

pulmonaire, comment intégrer la prévention tertiaire du tabac dans les soins ?

Contexte de la pratique clinique

Pour comprendre comment l'infirmier(e) peut mener des actions de prévention du tabagisme auprès de patients porteurs d'une néoplasie pulmonaire, il est nécessaire de revenir sur le trajet de soins de ces derniers (*figure 1*).

Matériels et méthodes

Le rôle de l'infirmier(e) responsable en soins généraux a été étudié en procédant à une revue de littérature ciblée avec les mots clés suivants : rôle infirmier, prévention tertiaire, tabagisme actif, tumeurs du poumon (sur Pubmed et Google Scholar®). Les résultats ont été enrichis par la pratique professionnelle des deux auteurs infirmiers.

Résultats et analyse

Les infirmier(e)s étant les professionnels de la santé côtoyant le plus les patients hospitalisés, elles/ils incarnent le maillon le plus intéressant pour initier le processus de sevrage et en surveiller les effets. De plus, le seul statut de soignant encourage le patient à arrêter de fumer et double, voire triple, les chances de réussite [9]. Cela nécessite toutefois de la part de l'infirmier(e) d'appréhender certaines notions théoriques et de comprendre ce qui relève de son rôle autonome et de collaboration.

Connaître les mécanismes physiologiques sous-tendant la consommation de tabac

Dans un premier temps, un minimum de connaissances sur le sujet est requis.

Le tabagisme peut se décliner en deux composantes [10]. La première est celle responsable de la survenue du cancer bronchique. Au niveau infirmier, la connaissance de cette donnée permet de répondre aux questionnements des patients en quête de compréhension face aux dangers de la cigarette, souvent source de confusion.

L'autre composante est celle qui entraîne l'addiction au tabac : la principale substance incriminée est la nicotine qui agit, comme son nom l'indique, sur les récepteurs nicotiniques [11]. La dépendance ressentie par le fumeur résulte de l'activation régulière du circuit de la récompense par la nicotine. Cette dernière entraîne la libération de la dopamine qui est le neurotransmetteur favorisant le bien-être. Dès lors, l'usager sera victime d'une double dépendance en cas d'arrêt prolongé du tabac [12]. Une dépendance physique qui se manifeste par des symptômes de sevrage [13] et une dépendance comportementale puisque le tabac s'est associé aux gestes de la vie de tous les jours.

Par conséquent, l'infirmier(e) doit être conscient qu'arrêter de fumer n'est pas uniquement une question de motivation. Cette décision mérite un accompagnement de qualité, renforcé si nécessaire par la deuxième ligne de soins (tabacologue, centre d'aide aux fumeurs [CAF], etc.). Maîtriser les aspects relatifs aux composantes de l'addiction au tabac aura un double avantage : d'une part, cela permettra au

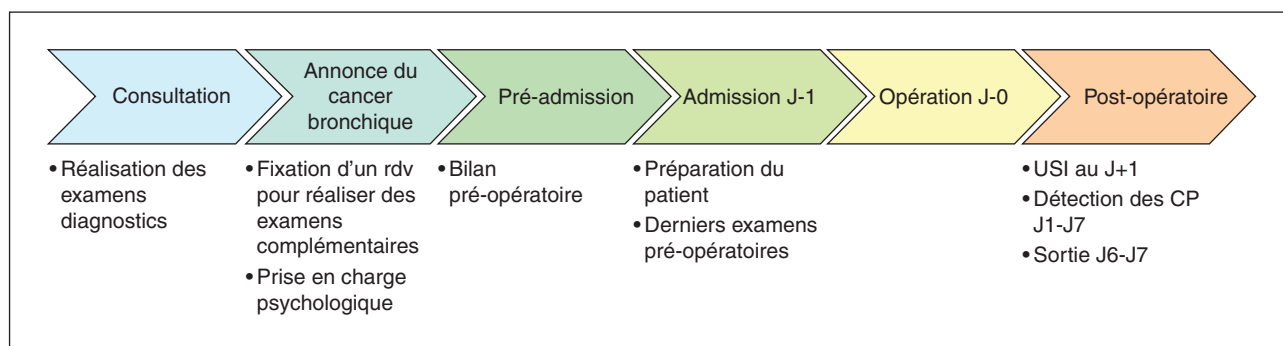


Figure 1. Trajet de soins du patient opéré d'une néoplasie pulmonaire.

soignant de se sentir moins désarmé face au phénomène [14] et, d'autre part, cela l'autorisera à établir un lien de confiance avec le patient qui se sentira davantage compris.

■ Rôle autonome

Identifier le moment opportun pour aborder le sujet du tabac

Parler de la question du tabac avec le patient au cours de la période où l'infirmier(e) en soins généraux l'accompagne est délicat et demande de la finesse de la part du soignant (*tableau 1*).

Ainsi, il est envisageable d'inscrire la temporalité de la prise en charge du tabac dans la période de pré-admission. Dans certains hôpitaux, cette préadmission se déroule en dehors du service concerné, dans un espace dédié [15].

Notre idée est de ne pas perdre l'expertise de l'infirmier(e) responsable en soins généraux travaillant en chirurgie thoracique et de la rendre plus transversale : le soignant pourrait se rendre dans la cellule de pré-admission, accueillir le patient et répondre aux questions qui ont pu surgir après l'annonce de la mauvaise nouvelle. Outre l'établissement d'un premier contact et l'assurance de

retrouver un visage familier lors du séjour hospitalier, cet intervalle est, selon nous, la meilleure chance pour l'infirmier(e) de capter l'attention du patient sur la question du tabac et d'instiller chez ce dernier un processus réflexif.

Adopter une posture professionnelle dénuée de jugements et connaître ses propres limites

Faire preuve d'empathie et respecter le choix du patient

Sans empathie, il est impossible de communiquer sur un sujet aussi sensible que la consommation de tabac. Toute intervention mal jaugée pourrait être perçue comme négative, voire hostile, par le patient et mettra à mal la relation soignant-soigné.

S'affranchir des préjugés les plus courants

Le cancer bronchique associé au tabagisme peut être source de préjugés importants : « il n'a que ce qu'il mérite », « il n'avait qu'à pas fumer » sont autant de jugements de valeur qui nuisent à la relation thérapeutique. Une réflexion doit également s'opérer autour de deux préconceptions souvent entendues :

Tableau 1. Identification du moment opportun de l'intervention infirmière.

Étapes du trajet de soins	Avantages	Inconvénients	Pertinence
Annonce du cancer bronchique	/	Pas d'intervention de l'infirmier(e) en soins généraux Sidération face à l'annonce Risque d'induction d'un sentiment de culpabilité chez le patient	Faible
Pré-admission	Le bilan réalisé a peu d'incidence sur l'état général du patient Premier contact avec l'infirmier(e) et création d'un lien thérapeutique	/	Haute
Admission J-1	/	Stress, angoisse Bénéfices tardifs	Faible
Post-opératoire	Contacts patient-soignant les plus fréquents	Chirurgie lourde et handicapante, douleur++	Moyenne

- « Arrêter de fumer n'est qu'une question de motivation ! »

Le professionnel de la santé ne peut perdre de vue que la motivation du patient s'inscrit dans une dynamique [13]. Cela signifie qu'il y aura invariablement des victoires et des échecs et la plus petite avancée mérite d'être encouragée. Rappelons que la composante addictive du tabac est tellement forte que la motivation utilisée seule n'est pas la plus efficace des armes pour y faire face ;

- « Pourquoi fumer ? Cela n'est qu'une perte d'argent et précipite le cancer des poumons ! »

Cette opinion néglige totalement la relation qu'entretient le fumeur avec le tabac : fumer apporte un bénéfice au consommateur [16].

Identifier et comprendre les réticences du patient fumeur

Fumer étant considéré comme un élément de l'identité personnelle et sociale du fumeur, lui retirer entraîne une forte résistance de sa part. Il n'est pas rare que le patient ressente une hostilité extérieure face à ses habitudes de consommation. Citons les mesures anti-tabac de santé publique, l'évolution du regard des non-fumeurs et enfin les campagnes de prévention culpabilisantes qui jouent essentiellement sur le caractère nocif du tabac sans entrer dans la présentation des thérapies adjuvantes au sevrage [17].

Au surplus, l'hospitalisation modifie déjà les habitudes du fumeur qui doit composer avec les horaires des soins et de fermeture du service.

Identifier ses propres réticences en tant que soignant

Plusieurs auteurs mettent en évidence que le malaise à aborder la question du tabagisme peut naître du soignant lui-même [2, 17, 18] (tableau 2).

Il est essentiel que le professionnel soit conscient de sa propre relation avec le tabac afin d'accompagner efficacement ses patients.

Utiliser judicieusement l'anamnèse infirmière

Poser la question de la consommation de tabac est l'opportunité d'investiguer un peu plus loin. C'est l'occasion parfaite pour tendre la main au patient et

Tableau 2. Principales réticences du soignant.

- Crainte du conflit qui pourrait détériorer la relation thérapeutique soignant-soigné.
- Le soignant est lui-même un fumeur (*cf.* congruence).
- Le soignant considère que la consommation de tabac relève de la sphère privée et que l'arrêt n'est qu'une question de volonté.
- Méconnaissance du sujet (effet des produits de substitution de la nicotine, etc.).
- Absence apparente de motivation chez le fumeur.
- Faible taux de survie au cancer pulmonaire.

lui indiquer que, s'il le souhaite, le corps médical peut l'aider. Le professionnel peut alors faire appel à des techniques issues de l'entretien motivationnel [6, 17].

Par exemple :

- « Vous savez que fumer est nocif pour la santé ? » est une mauvaise façon d'aborder le sujet car on tombe dans le jugement et la stigmatisation du fumeur chez qui s'éveille le sentiment d'hostilité évoqué précédemment ;

- « Quelle est votre relation avec la cigarette ? » est une question plus ouverte, dénuée de jugement, invitant le consommateur à réfléchir sur sa perception du tabagisme.

Connaître le statut tabagique des patients admis permet, enfin, de repérer ceux qui pourraient potentiellement développer un sevrage tabagique lors de leur entrée dans l'unité de chirurgie.

Rôle de collaboration

Surveiller les effets secondaires du sevrage

Il y va du confort du patient (n'oublions pas que le sevrage s'associe à la douleur et l'inconfort provoqués par l'acte chirurgical) et du maintien de sa motivation, fragile et précaire dans les premiers mois du sevrage [13]. L'idée plus générale est d'intégrer l'ensemble des tenants et aboutissants du tabac dans la pratique quotidienne de l'infirmier(e) en débutant par une réflexion d'équipe à partir des guides de bonnes pratiques [19].

Organiser le suivi du sevrage tabagique en post-opératoire lointain

Les études montrent que les patients en sevrage sont le plus à risque de rechuter dans les toutes premières semaines [13]. Dès lors, il est essentiel de préparer la sortie du patient en planifiant avec lui, par exemple, outre les consultations médicales, un suivi régulier de son sevrage.

Enfin, l'accompagnement du patient tabagique ne s'estompe pas une fois ce dernier devenu abstiné, même à long terme. Il est essentiel de continuer – à chaque fois que la situation le permet – à encourager le patient à maintenir le cap. Ainsi, lors de l'anamnèse, adresser des félicitations à un patient ancien fumeur est une mesure qui a toute sa place dans la prévention tertiaire du tabagisme.

Conclusion

L'infirmier(e) en soins généraux joue un rôle prépondérant dans la prévention tertiaire du tabagisme en oncologie thoracique. Abolir ses préjugés, réfléchir sur ses propres rapports au tabac et identifier la meilleure période pour aborder la question avec le patient sont les aspects essentiels de ce rôle.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Samet JM. The health benefits of smoking cessation. *Med Clin North Am* 1992 ; 76 : 399-414.
2. Quantin X, Stoebner-Delbarre A, Guichenez P, Pujol J-L. Indications et méthodes d'aide au sevrage tabagique chez un

patient fumeur atteint de cancer bronchique. *Rev Mal Respir* 2007 ; 24 : 16-21.

3. Bosquée L, Frusch N, Louis R. Prise en charge du cancer pulmonaire non à petites cellules. *Rev Med Suisse* 2007 ; 3 : 1890-5.
4. Wauters I, Robays J, Verleye L, *et al.* Cancer du poumon à petites cellules et non à petites cellules : diagnostic, traitement et suivi – Synthèse. In : *Good Clinical Practice (GCP)*. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) 2013.
5. Grand Hôpital de Charleroi. *Chirurgie thoracique*. Belgique : Grand Hôpital de Charleroi, 2018. <https://www.ghdc.be/chirurgie-cardiovasculaire-et-thoracique/chirurgie-thoracique>.
6. Rouquet R-M. Le tabac : données épidémiologiques récentes et bases du sevrage tabagique. *Rev Mal Respir* 2009 ; 4 : 275-9.
7. Dautzenberg B. Traiter le tabagisme : une priorité en cancérologie pulmonaire. *Rev Pneumol Clin* 2004 ; 60 : 308-11.
8. Walker MS, Vidrine DJ, Gritz ER, *et al.* Smoking relapse during the first year after treatment for early-stage non-small-cell lung cancer. *Cancer Epidemiol Biomark Prev* 2006 ; 15 : 2370-7.
9. McIvor A, Kayser J, Assaad J-M, *et al.* Best practices for smoking cessation interventions in primary care. *Can Respir J* 2009 ; 16 : 129-34.
10. Jousse A-C. Prise en charge du sevrage tabagique. *Kinésithér Scient* 2006 ; 465 : 27-30.
11. Le Houezec J. Pharmacologie de la nicotine et dépendance au tabac. *Rev Med Suisse* 2003 ; 1 : 23277.
12. Laqueille X. Nouveaux concepts et pratiques actuelles en addictologie. *Soins Psychiatr* 2009 ; 30 : 18-21.
13. de Bournonville C. *La prévention des rechutes*. France : CEDS, Groupe INSEEC U.
14. Ledesma E. Le monde complexe de la dépendance, de la toxicomanie et de l'addiction. *Soins Psychiatr* 2009 ; 30 : 17.
15. CHU Erasme. *Cellule Préadmission*. Belgique : CHU Erasme, 2018. <https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/a-propos-de-l-hopital/services-administratifs/accueil-admission-preadmission/cellule-preadmission>.
16. Dansou A, Maino B, Lemarié E. Addictions et conduites dopantes. Addiction tabagique. *Rev Prat* 2012 ; 62 : 837-42.
17. Heno G. Le développement de la tabacologie : un progrès fondamental pour la qualité des soins. *Rech Soins Infirm* 2011 ; 106 : 99-106.
18. Nys P. Comment vaincre les résistances au sevrage tabagique ? *Rev Med Gen* 2011 ; 287 : 372-7.
19. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Integrating smoking cessation into daily nursing practice (revised)*. Toronto : RNAO, 2007.



Céline Coudougnès
Étudiante en soins infirmiers
<celine.coudougnès03@gmail.com>

D'aide-soignante à étudiante en soins infirmiers : l'histoire d'une douloureuse mutation

Résumé

Réflexion étayée d'un changement de statut : comment quitte-t-on sa posture de professionnelle du soin, d'aide-soignante compétente et autonome, pour endosser le nouveau statut d'apprenante en tant qu'étudiante en soins infirmiers ? Céline, l'a vécu et le raconte avec ses mots d'une rare pertinence.

J'effectue ce premier stage, en tant qu'étudiante en soins infirmiers, au sein d'une crèche municipale accueillant du lundi au vendredi 72 enfants en quatre secteurs distincts. L'encadrement des enfants est assuré par des professionnelles de la petite enfance – éducatrices de jeunes enfants, auxiliaires de puériculture, agents d'accueil titulaire du CAP petite enfance, etc. – et s'appuie au minimum sur une professionnelle pour cinq enfants ne marchant pas et une pour huit enfants marchant. Chacune d'elles assure l'accueil quotidien des enfants, favorise leur éveil et leur développement, répondant à leurs besoins et demandes. Elles assurent leur surveillance et les soins sous la responsabilité des infirmières puéricultrices. La direction de la structure est assurée par deux infirmières puéricultrices qui ont pour missions de gérer et d'organiser la structure, mais également d'accompagner les parents. Elles font ainsi le lien entre la famille et la vie de l'enfant au sein de la crèche.

Tirés à part : C. Coudougnès

Le secteur R dans lequel j'évolue au cours de ces cinq semaines repose sur un accueil en âges mélangés de 5 à 36 mois. Cette « cohabitation » est une source de stimulation pour chacun et vecteur de valeurs telles que le partage et l'entraide. Pour cette analyse de ma pratique professionnelle, j'ai pris le parti de porter ma réflexion sur un ressenti tout personnel qui s'est avéré déstabilisant et m'a empêchée de profiter pleinement de cette période de stage.

Dès les premiers jours, j'éprouve des difficultés à m'immerger dans ce nouveau fonctionnement : un nouveau lieu, une nouvelle équipe, un rythme adapté aux besoins des enfants présents au sein du secteur, une population auprès de laquelle je n'ai pas d'expérience professionnellement parlant... Et malgré l'accueil de l'équipe et le fait que les enfants aient rapidement accepté ma présence et viennent à moi naturellement, je ressens un réel inconfort qui se traduit notamment par une attitude hésitante et timide. À quel moment je peux accompagner les professionnelles dans leurs soins ? Ne vais-je pas les déranger ? Que puis-je faire pour

les aider ? Quand puis-je les solliciter afin de répondre à mes questionnements et leur montrer mes travaux de recherche et de réflexion ? Faire preuve d'initiative, oui, mais à quel moment et est-ce pertinent ?

De fait, cette précarité se traduit au quotidien dans mes attitudes, mes gestes et mes observations et notamment lors des soins d'hygiène et de confort que je réalise accompagnée d'une professionnelle, et au cours desquels je me montre désorganisée et pleine de doutes. L'hygiène et le confort qui sont pourtant des invariants du soin et qui se pratiquent selon les mêmes préceptes quelle que soit la population rencontrée... Ces savoir-faire et savoir-être qui étaient pourtant au cœur de mes missions en tant qu'aide-soignante et que je mettais en œuvre rigoureusement pour chaque personne qu'il m'a été donné d'accompagner. Ces situations sont reprises avec ma tutrice de stage, mais le sentiment d'échec et de régression qui en découlent n'arrange en rien le manque de confiance que je peux avoir en moi.

Avant même de débiter ce stage, je savais que le fait de revenir à ce statut de stagiaire ne serait pas chose aisée, notamment après un certain nombre d'années passées en tant que professionnelle du soin, et paradoxalement après avoir été, moi-même, amenée à encadrer des stagiaires.

La source de mes difficultés est-elle issue de la transition entre mon statut professionnel en tant qu'aide-soignante et mon rôle actuel d'étudiante en soins infirmiers et de stagiaire ? En effet, il y a à peine quatre mois, j'étais une professionnelle du soin quasi autonome, puisque travaillant sous la responsabilité et en collaboration avec des infirmières et dépendante d'une organisation institutionnelle, mais responsable de mes actes et de mes décisions. Mes diverses expériences m'ont permis d'acquérir une certaine expertise dans la mise en œuvre de soins visant au bien-être de la personne. Associée à mes qualités individuelles – empathie, attention à l'autre, patience, rigueur, souci du détail – cela me permettait, au quotidien, d'approfondir mon sens de l'observation et d'évaluer de manière pertinente l'état des personnes prises en soin. Enfin, après trois ans au sein d'un même service (Ehpad), j'étais pleinement intégrée au sein d'une équipe – mon équipe – et reconnue par mes pairs et les résidents auprès desquels j'intervenais. Les contraintes institutionnelles, les tâches ardues et multiples, géné-

rales à ce type de service, en appelaient, par là même, à une réelle polyvalence et une adaptabilité de tout instant, ainsi qu'un enchaînement d'actes et d'activités qui ne laissait guère de répit.

Maintenant, en tant qu'étudiante en soins infirmiers, stagiaire dans ce service, j'ai le sentiment de ne plus posséder cette identité propre puisque je n'appartiens plus réellement à mon groupe socio-professionnel de référence. Je ne reconnais plus mon monde. Je suis la nouvelle étudiante en soins infirmiers, une stagiaire rattachée à une équipe mais qui n'en fait pas réellement partie. Dans cette optique, le psychologue Henri Tajfel dans sa conception de l'identité sociale a souligné que : *« L'identité sociale d'un individu est liée à la connaissance de son appartenance à certains groupes sociaux et à la signification émotionnelle et évaluative qui résulte de cette appartenance »* [1]. Cette constatation de non appartenance, et par voie de conséquence de pertes de repères identitaires, est, à mon niveau, fortement déstabilisante et génère un profond sentiment d'insécurité : je perds mes moyens, je me tiens en retrait, j'ai toujours la crainte de déranger.

De plus, à la demande de l'une des responsables de la crèche, avant de m'immerger dans les pratiques, je passe un temps d'observation afin de me familiariser avec l'organisation de la structure : les rythmes, les professionnelles, etc., mais aussi pour permettre aux enfants de faire ma connaissance et moi la leur. Ce qui est tout à fait légitime et respectueux du bien-être des enfants et des valeurs de la structure. Si je l'accueille bien, il m'est plus difficile de rester un temps certain sans agir. Enfin, le fait de ne plus jouir d'une certaine autonomie dans mes actes, d'être observée ou devoir demander « l'autorisation de... » continuellement sont autant de situations propices à ma perte de repères professionnels « d'antan » et à ma difficulté de croire en mes capacités à assumer mon rôle d'étudiante en soins infirmiers. Alors que le lieu de stage et le stage en lui-même auraient dû être vecteurs de stimulation et de découverte, ils se transforment en une douloureuse remise en question (aptitudes, adaptation, cognition, etc.). Mettre à profit cette période est difficile.

Comprendre mes difficultés est donc ma première démarche en tant qu'étudiante capable de réflexion

mais aussi actrice de sa formation. Il me faut impérativement aller de l'avant, vivre pleinement mes derniers temps de stage et assumer mon rôle en tant qu'apprenante. Le référentiel de formation précise dans ses « principes pédagogiques » que « la formation est structurée autour de l'étude des situations donnant aux étudiants l'occasion de travailler trois paliers d'apprentissage : Comprendre, Agir, Transférer » [2]. Il me faut à tout prix :

- comprendre pourquoi je rencontre des difficultés à retrouver une organisation dans les soins d'hygiène et de confort dont je connais pourtant parfaitement la finalité ;
- comprendre pourquoi j'éprouve cette impression d'avoir perdu ce sens de l'observation et de l'anticipation jusqu'à culpabiliser d'être « passée à côté » de signes flagrants : ne pas remarquer une éruption cutanée chez une enfant, la boiterie d'un autre ou être plus réactive face à un traumatisme ;
- comprendre pourquoi je me sens perdue tout simplement et sans repères.

Dans le chapitre des « Finalités de la formation », il est écrit que « l'étudiant développe des ressources en savoirs théoriques et méthodologiques, en habiletés gestuelles et en capacités relationnelles. Il établit son portefeuille de connaissances et de compétences et prépare son projet professionnel [...] L'étudiant apprend à reconnaître ses émotions et à les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose. Il se projette dans un avenir professionnel avec confiance et assurance, tout en maintenant sa capacité critique et de questionnement » [2].

Afin de me familiariser « avec ce nouveau monde », j'ai dû réaliser des recherches concernant le développement psychomoteur des enfants en rapport avec la tranche d'âge rencontrée au sein de la crèche en m'appuyant sur les travaux de Jean Piaget et Henri Wallon. J'ai dû me familiariser avec l'échelle de Denver, test de développement de l'enfant, qui fait référence au sein de la structure, et prendre en compte les réflexions et les attentes des professionnelles à mon égard, en fonction des objectifs d'accueil et de suivi de la structure. Pour m'aider dans la compréhension des habitudes de vie des enfants et de leur environnement « collectif », j'ai également questionné les professionnelles de proximité, procédé à des recherches dans les dossiers d'adaptation et les supports de transmissions :

alimentation, rythmes, hygiène des locaux, circuit du linge, du médicament, vaccination, etc. Autant d'éléments qui ont enrichi mon « carnet de bord ».

En ce tout début de formation, je me suis questionnée : qui suis-je, ce jour ? Professionnellement parlant. Et suis-je bien à ma place au sein de cette formation ? Poser ces interrogations est évident pour moi : je ne me suis toujours pas extraite de mon statut d'aide-soignante pour assumer pleinement mon rôle d'étudiante en soins infirmiers. Ce blocage, ce manque de confiance en mon potentiel en découle directement. Je prends conscience que ces années en tant que professionnelle du soin « agissante » m'ont conditionnée et cela s'avère contre-productif dans ma position d'étudiante en soins infirmiers. Observer, poser des questions pertinentes (ou pas, d'ailleurs, qu'importe le jugement si cela permet d'apprendre) aux personnes d'expérience côtoyées en stage, analyser et me réorganiser sont les premières étapes qui mènent à des actes réfléchis et pertinents pour tous ceux que je vais devoir prendre en soin. C'est en cela que réside la posture que l'étudiant en soins infirmiers doit adopter.

On me l'avait dit, cela serait douloureux de me déconstruire de mon statut de professionnelle de santé et de redéfinir une nouvelle posture d'étudiante, d'apprenante. Je le comprends d'autant plus lorsque je l'analyse, ici même, en y mettant mes mots. Par rapport aux autres étudiants de ma promotion, tous ceux qui arrivent sans expérience du milieu professionnel, je dois franchir une étape supplémentaire. Je dois parcourir la distance qui sépare mes années de travail en tant qu'aide-soignante (réflexes, compétences, habitudes, rythme) de cette nouvelle base et identité qui définissent l'apprenant, point de départ de tout développement de compétences. Il faut, de fait, que je sois patiente et conciliante avec moi-même, ne pas vouloir franchir les étapes de façon prématurée, ce qui pourrait être délétère dans l'acquisition de savoir-être et savoir-faire en tant que future professionnelle, et pour la poursuite de ma formation. Je dois aussi accepter que je ne peux tout savoir, tout intégrer, faire les liens, être une professionnelle irréprochable et autonome sur les sites de stages, puisque je suis désormais dans une dynamique d'apprentissage et de développement. Développement qu'Henri Wallon définit au travers

de sa théorie constructiviste du développement de l'enfant, comme étant « *un processus discontinu, fait d'oscillations, de crises et de conflits* ». En tant qu'adulte en formation, il me faut donc accepter de vivre « ces conflits, ces crises » et ne pas considérer les difficultés comme un échec, un manque de compétences ou de professionnalisme mais, au contraire, comme des situations propices à la réflexion sur ce que je suis, ce que je fais, et les moyens que je vais pouvoir mettre en œuvre pour me réadapter.

Enfin, il faut que je garde à l'esprit ce qui a conditionné mon entrée à l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI), ce pourquoi je me suis foncièrement investie : la préparation au concours, l'élaboration du dossier de financement, etc., autant de démarches qui ont découlé d'une longue réflexion sur l'orientation que je souhaitais faire prendre à ma carrière. Malgré ces huit années d'expérience en tant qu'aide-soignante, il était en effet devenu vital pour moi de redonner du sens à

mes actes professionnels, de porter réflexion et de m'enrichir de nouvelles connaissances et autres savoir-faire en matière de soin à la personne.

Évoluer, m'ouvrir à d'autres horizons du soin, apprendre tout simplement ! J'ai aujourd'hui l'opportunité d'assouvir ce besoin au travers de ces trois années de formation. Il faut simplement que je m'accorde ce droit d'apprendre et de me former de tout et de tous. Faire de ce droit un devoir est, par ailleurs, de la responsabilité d'une étudiante en soins infirmiers !

Liens d'intérêts : l'auteur n'a pas déclaré ses potentiels liens d'intérêts.

■ Références

1. Tajfel H. La catégorisation sociale. In: Moscovici S, Ed. *Introduction à la psychologie sociale*. Vol 1. Paris : Larousse, 1972 : 272-302.
2. IFSI. *Référentiel de formation. Formation en soins infirmiers*.



Corinne Tillier, infirmière en pratiques avancées
Amsterdam, Pays-Bas

Vivre avec un cancer durant la Covid-19 : enquête sur les répercussions de l'isolement au domicile en Italie

Après la Chine, l'Italie a été le pays le plus touché par la pandémie de Covid-19 qui a provoqué un nombre considérable de décès. En mars 2020, l'Italie a pris des mesures drastiques pour essayer d'enrayer la propagation du virus SARS-CoV-2. En effet, un confinement strict a été décrété jusqu'en mai 2020. Les patients atteints de cancer sont très vulnérables, non seulement pour la Covid-19 mais surtout pour les complications engendrées par le virus. Dans ce contexte, il était primordial de protéger ces patients et d'exiger leur isolement à domicile. Au-delà des problèmes pour prodiguer les traitements anticancéreux, l'isolement dû au confinement pourrait avoir un impact sur les patients (sentiment de solitude, stress, anxiété, dépression, insomnies). Une équipe italienne a essayé, par le biais d'une étude qualitative, de déterminer les conséquences de l'isolement au domicile sur la santé psychologique des patients adultes (> 18 ans) atteints de cancer. Un questionnaire a été envoyé par e-mail entre le 29 mars 2020 et le 3 mai 2020. La perception de l'isolement a été mesurée par l'échelle ISOLA [1], qui a initialement été développée pour évaluer le sentiment d'isolement chez les patients ayant eu une transplantation de cellules souches à la suite de cancers hématologiques. Il a été également demandé aux participants de décrire les éventuels changements au niveau de leur

relation avec leur famille, leur conviction à propos du risque d'infection par le SARS-CoV-2, des complications dues aux virus et de l'impact sur leur maladie cancéreuse. Au total, 195 patients ont répondu aux questionnaires. Pratiquement 76 % des patients étaient des femmes. La plupart des patients avaient des cancers hématologiques (51 %), le reste un cancer du sein (26 %), et les autres des tumeurs solides (23 %). Seulement 9 % des patients vivaient seuls et 39 % avaient encore des enfants de moins de 18 ans à domicile. La majorité des patients (80 %) n'a pas quitté son domicile durant le confinement. Les changements au niveau de la relation avec la famille étaient surtout liés à des contacts physiques (plus d'embrassades pour 43 %) et à la distanciation sociale avec les proches (12 %). Certains patients (7 %) ont même fait chambre à part avec leur partenaire. Les patients sont persuadés (54 %) qu'ils ont un risque plus élevé que la population sans cancer d'être contaminés par la Covid-19 et surtout un risque plus élevé (64 %) de complications liées au virus. Les patients (92 %) appréhendent d'aller à l'hôpital mais, d'un autre côté, certains patients ont peur de ne pas avoir de suivi oncologique normal (29 %). Les résultats de l'échelle d'ISOLA montrent que les patients trouvent difficile de ne pas pouvoir rester près de leurs proches et qu'ils se sentent assez éloignés d'eux. Le contact avec le monde extérieur manque aussi beaucoup aux patients. Il est intéressant de noter que plus le niveau d'éducation des participants est bas, plus les relations avec les proches sont difficiles durant le confinement. Le manque de liberté et de vie sociale est souligné, mais surtout le manque de contact physique avec la famille ou les enfants. Certains patients ont un sentiment d'incertitude avec l'impression de ne pas voir le bout du tunnel. Les patients affirment avoir été soutenus par leur partenaire/enfants/famille durant le confinement, mais aussi avoir un soutien grâce à leur animal domestique. Pour faire face à l'isolement, les patients ont adopté plusieurs stratégies, notamment de par l'utilisation de la technologie, en s'occupant par la lecture, en appelant des amis, ou en regardant la télévision. Les patients ont également pu contacter leurs proches par appel vidéo.

Les résultats de cette étude montrent que l'isolement dû au confinement a un impact

psychosocial négatif chez les patients atteints de cancer. La pandémie de Covid-19 a aussi un impact significatif sur la vie des patients en termes de solitude, de manque de contact avec les proches, et de sentiment d'insécurité. Les patients qui ont eu le plus de problèmes au niveau social sont âgés, ont un niveau d'éducation moyen/bas, et vivent sans enfants à la maison. D'un côté, les patients se sentaient en sécurité à la maison (moins de risque d'attraper la Covid-19) mais, de l'autre, il y avait la peur de manquer les consultations/traitements à l'hôpital et par là même de perdre le contrôle sur le cancer.

Les patients atteints de cancer doivent être protégés non seulement des infections par le SARS-CoV-2, mais aussi des graves implications psychosociales de la pandémie et des retards dans leur traitement anticancéreux.

Biagioli V, Albanesi B, Belloni S, Piredda A, Caruso R. Living with cancer in the Covid-19 pandemic: An Italian survey on self-isolation at home. *Eur J Cancer Care* 2021 ; 30 : e13385. Doi : 10.1111/ecc.13385.

1. Biagioli V, Piredda M, Annibali O, *et al.* Development and initial validation of a questionnaire to assess patients' perception of protective isolation following haematopoietic stem cell transplantation. *European Journal of Cancer Care* 2019 ; 28 (2) : e12955.

Prise de décision en matière de traitement et regret chez les parents d'enfants atteints d'un cancer incurable

Lorsqu'un enfant est atteint d'un cancer incurable, les parents doivent prendre des décisions importantes. Cela entraîne chez eux des difficultés émotionnelles très intenses surtout lorsque les décisions concernent la poursuite ou non du traitement anticancéreux. Les parents surestiment souvent les bénéfices d'un traitement qui pourrait prolonger la vie de leur enfant, sans prendre en compte les effets indésirables qui pourraient impacter la qualité de vie. En raison de la grande détresse psychologique et physique liée à la situation, de nombreux parents se sentent coupables d'avoir pris

une mauvaise décision. Une étude observationnelle en Chine a tenté de comprendre les regrets des parents lors de la prise de décision thérapeutique. Cette étude a été effectuée dans quatre hôpitaux chinois. Les enfants avaient tous un cancer incurable et, selon l'oncologue, une espérance de vie de moins d'un an. Au total, 515 parents ont participé à cette étude. Un premier contact a été établi avant le décès de l'enfant. Environ 67 % des parents ont choisi de poursuivre les traitements anticancéreux des enfants, incluant les essais thérapeutiques de différentes phases d'études cliniques. Certains parents (33 %) ont choisi les soins palliatifs pour leur enfant. Après le décès de l'enfant, 418 parents (81 %) ont accepté d'être interviewés dans le cadre de cette étude. L'échelle de regret décisionnel [1] a été adaptée et utilisée pour évaluer le regret des parents dans leur choix thérapeutique.

Les enfants avaient en majorité des cancers hématologiques (48 %), des tumeurs cérébrales (30 %) et des tumeurs solides (22 %). La majorité des parents (49 %) avaient entre 36 à 49 ans et 33 % avaient moins de 35 ans. Le niveau d'éducation des parents était plutôt niveau BEP (59 %) et 41 % avaient un niveau universitaire. Les enfants étaient âgés de 0 à 4 ans à 28 % au moment du diagnostic, 5 à 9 ans à 19 %, 10 à 14 ans à 32 % et 15 à 18 ans à 21 %. Les parents qui ont choisi les soins palliatifs pour leur enfant étaient plus âgés que les parents ayant choisi un traitement actif du cancer ($p = 0,097$) et avaient un niveau d'éducation plus élevé ($p = 0,054$). Au total, 35 % des parents ont éprouvé des regrets intenses quant à leur prise de décision, surtout chez les parents ayant décidé de poursuivre un traitement actif du cancer (ou essai thérapeutique).

La question est de savoir pourquoi les parents endeuillés expriment des regrets par rapport à leur décision après le décès de leur enfant. Dans cette étude, il a été constaté que les jeunes parents ayant un faible niveau de scolarité étaient plus à même de regretter leur décision. Il est possible que les jeunes parents aient eu des attentes irréalistes à l'égard de la thérapie proposée contre le cancer et étaient motivés à entamer des traitements agressifs contre le cancer en comparaison aux parents plus âgés. Dans un entretien, un des parents se disait prêt à tout essayer pour sauver son enfant et l'a amené dans quatre hôpitaux différents de Chine pour trouver un

traitement qui pourrait le sauver. Peut-être aussi que les parents ayant un niveau d'éducation peu élevé ne comprennent pas les risques d'un traitement agressif du cancer, comme le dit un des parents après le décès de son enfant : « *Les risques du traitement avaient bien été expliqués par l'oncologue mais je pensais quand même que les effets indésirables seraient acceptables. Mon enfant a énormément souffert d'effets secondaires graves du traitement* ». Les soignants (oncologue et infirmière) devraient donc accorder plus d'attention aux parents ayant un faible niveau d'éducation et la communication doit être claire pour identifier les attentes des parents et les ajuster dans un contexte réaliste sur les conséquences du traitement, incluant la possible gravité des effets secondaires. Dans cette étude, les décisions se prenaient lors des consultations avec l'oncologue et les parents, mais l'enfant n'était jamais inclus dans la prise de décision par peur de faire du tort à ce dernier. Certains parents expliquent que leur

enfant n'était pas dupe de la situation et parlaient à leur façon de leur « départ » prochain : « *Maman, si je m'en vais un jour, qui prendra soin de toi et de papa ? J'ai demandé à Balata [personnage de dessin animé chinois] de prendre soin de vous quand je ne serais plus là et il a dit oui* ». Ce qui préoccupe les enfants n'est pas leur propre mort mais la peine de leurs parents après leur décès. Il serait peut-être important d'inclure les enfants de plus de 9 ans dans la prise de décision du traitement, mais pour cela une autre étude est nécessaire pour établir le rôle de l'enfant dans la prise de décision thérapeutique.

Ye ZJ, Cheng MH, Zhang XY, *et al.* Treatment decision making and regret in parents of children with incurable cancer. *Cancer Nurs* 2021 ; 44(3) : E131-E141. Doi : 10.1097/NCC.0000000000000783.

1. Brehaut JC, O'Connor AM, Wood TJ, *et al.* Validation of a decision regret scale. *Med Decis Making* 2003 ; 23(4) : 281-92.

On en parle sur le web

Monique Debard, Marie-Laure de Botton, membres du Conseil d'administration de l'AFIC

■ Soins oncologiques de support

Intérêt des soins de support multidisciplinaires précoces dans la prise en charge des cancers oesogastriques métastatiques

Il est aujourd'hui bien admis que la mise en œuvre précoce des soins de support permet d'améliorer la qualité de vie des patients avec un cancer avancé. Certaines études suggèrent également que cette intervention précoce pourrait améliorer également le pronostic de ces patients.

Cet essai ouvert, de phase III, avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des soins de support multidisciplinaires mis en œuvre précocement dans la prise en charge d'un cancer oesogastrique métastatique.

Au total, 328 patients avec un cancer oesogastrique non prétraité ont été randomisés pour recevoir des soins de support multidisciplinaires précoces concomitants à une prise en charge oncologique standard (groupe ESC) ou une prise en charge standard (groupe SC).

Pour en savoir plus : https://www.mediscoop.net/cancerologie/?pageID=0494378862594c49f23016a9f1e0f312&from=-toutes_les_actu_scientifiques

■ Actualités en oncologie

Les survivants d'un cancer pédiatrique présentent une moins bonne survie globale en cas de seconde tumeur maligne

À retenir

Le fait de survivre à un cancer pédiatrique est associé à un diagnostic de seconde tumeur maligne à

un âge plus précoce et à une survie globale moins favorable.

Les secondes tumeurs malignes évaluées étaient le cancer colorectal, le mélanome et le cancer du sein.

Pourquoi est-ce important ?

Il est nécessaire de respecter plus strictement les recommandations de santé publique qui préconisent un dépistage plus intensif des secondes tumeurs malignes au sein de cette population.

Ces patients pourraient nécessiter un traitement plus agressif en cas de seconde tumeur maligne.

Pour en savoir plus : <https://www.univadis.fr/viewarticle/les-survivants-d-un-cancer-pediatrique-presentent-une-moins-bonne-sg-en-cas-de-seconde-tumeur-maligne-741889>

Cancer du sein : quels biomarqueurs aident à la stratégie thérapeutique ?

Malgré le progrès de la thérapeutique, le cancer du sein reste le plus fréquent (58 459 cas estimés en 2018) chez la femme et le plus mortel (12 146 décès en 2018). Le dépistage se fait sur la base de l'imagerie pour les femmes de plus de 50 ans avec une proposition d'examen tous les deux ans. La détection consiste en un examen clinique qui comprend l'inspection, puis la palpation des seins et aires ganglionnaires. En cas de signe d'appel, l'examen de référence est la mammographie qui permet de classer les lésions selon le score ACR (*American College of Radiology*). Elle peut être complétée par une échographie ou une imagerie par résonance magnétique (IRM). Le diagnostic de cancer du sein repose sur l'examen anatomopathologique d'une biopsie percutanée. Il permet le typage pathologique du

cancer, de préciser le statut des récepteurs hormonaux et d'évaluer l'expression de la protéine HER2.

Pour en savoir plus : <https://www.univadis.fr/viewarticle/cancer-du-sein-quels-biomarqueurs-aident-a-la-strategie-therapeutique-partie-1-741694>

De nouvelles lignes directrices à suivre après un traitement curatif pour un cancer du rectum et du côlon

À retenir

Les nouvelles lignes directrices publiées par la Société américaine des chirurgiens colorectaux (*American Society of Colon and Rectal Surgeons*) portent sur la surveillance et la survie.

Pourquoi est-ce important ?

Les patients ayant eu un cancer colorectal constituent le deuxième plus grand groupe de survivants du cancer.

Points clés

Après la résection, la surveillance du cancer non métastatique du côlon ou du rectum doit être basée sur le risque de récurrence dérivé à partir des indicateurs pronostiques cliniques et pathologiques.

Une stratégie adaptée au risque doit être envisagée pour les patients qui n'ont pas reçu le traitement anticancéreux recommandé par les lignes directrices.

Les patients qui ont eu un cancer du côlon ou du rectum de stade II/III/IV doivent faire l'objet d'une surveillance après une résection ou un traitement à visée curative.

Ceux qui avaient un cancer du côlon ou du rectum de stade I ne doivent pas faire l'objet d'une surveillance, à l'exception de ceux qui sont considérés comme présentant un risque plus élevé.

Pour en savoir plus : <https://www.univadis.fr/viewarticle/de-nouvelles-lignes-directrices-a-suivre-apres-un-traitement-curatif-pour-un-cancer-du-rectum-et-du-colon-ont-ete-publiees-739525>

À la recherche de la « *BRCAness* »

Le cancer du sein triple négatif demeure un problème majeur, de par le manque de cibles et de biomarqueurs validés. Depuis de nombreuses

années, il est associé à un phénotype dit de « *BRCAness* », rappelant, par son profil instable, celui des tumeurs présentant une mutation BRCA1/2.

Cette *BRCAness* est réputée être associée à une plus grande sensibilité aux sels de platine et aux inhibiteurs de PARP, cependant, à ce jour, seule la mutation BRCA1/2 a été validée comme biomarqueur de sensibilité aux sels de platine, comme démontré dans la phase III TNT, comparant carboplatine et docétaxel dans des cancers du sein métastatiques, triple négatifs et/ou mutés BRCA1/2, publiée en 2018 par Tutt *et al.* (PMID 29713086).

Pour en savoir plus : <https://www.mediscoop.net/cancerologie/?pageID=1c2a28f3dc43bc9d94ac233388ed30d7>

■ Santé publique

Mélanome : toute la famille devrait se faire dépister

Un dépistage sur la totalité du corps pour tous les membres de familles sujettes au mélanome pourrait apporter une amélioration notable des taux de détection précoce et des pronostics du mélanome, révèle cette étude d'une équipe du *National Cancer Institute* (NCI). L'étude, publiée dans la revue *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* montre que les patients à risque (familial) de mélanome, ceux qui ont bénéficié d'un dépistage de routine et d'un programme d'éducation thérapeutique (ETP) sur l'auto-examen de la peau sont beaucoup plus susceptibles de bénéficier d'un diagnostic précoce, en cas de mélanome. Or, le dépistage précoce permet le traitement précoce avec de meilleurs résultats.

Pour en savoir plus : <https://www.santelog.com//actualites/melanome-toute-la-famille-devrait-se-faire-depister>

Chronothérapie : la chimio le matin plus efficace contre le glioblastome

Plusieurs études ont déjà suggéré l'intérêt de la chronothérapie dans le traitement des cancers, la croissance incontrôlée des cellules cancéreuses étant souvent associée à des oncogènes qui perturbent le cycle circadien. Cette recherche d'une équipe de l'université de Washington suggère à nouveau que le

moment choisi pour la chimiothérapie pourrait influencer son efficacité. Ces données, présentées dans la revue *Neuro-Oncology Advances* sont tout particulièrement cruciales, ici pour le traitement du glioblastome, un type agressif de cancer du cerveau à mauvais pronostic.

Le glioblastome est incurable. La survie moyenne après le diagnostic est estimée à 15 mois, avec une espérance de survie à 5 ans de moins de 10 %. Alors que de nombreux essais cliniques sur de nouveaux candidats sont en cours, cette étude suggère qu'un ajustement mineur du traitement standard actuel, soit administrer la chimiothérapie le matin plutôt que le soir, pourrait déjà prolonger la survie des patients de plusieurs mois.

Pour en savoir plus : <https://www.santelog.com/actualites/chronotherapie-la-chimio-le-matin-plus-efficace-contre-le-glioblastome>

Napo est de retour pour vous parler des troubles musculosquelettiques

L'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail (EU-OSHA) a produit six nouveaux clips mettant en scène Napo pour sensibiliser aux troubles musculosquelettiques (TMS) liés au travail. Déclinées dans plusieurs langues, ces vidéos évoquent par exemple le port de charges, l'importance d'un poste de travail adapté ou encore l'utilité de bouger régulièrement.

Les TMS liés au travail sont le problème de santé le plus courant en Europe. Selon l'enquête européenne de 2015 sur les conditions de travail, environ trois travailleurs sur cinq déclarent avoir un TMS, les plus fréquents étant les douleurs de dos et des membres supérieurs.

Ils peuvent se manifester au niveau des articulations des épaules, des poignets, des coudes mais aussi du bas du dos, du cou et des genoux. Trois des quatre facteurs de risque les plus fréquemment mentionnés dans l'étude ESENER 2019 de l'EU-OSHA sont des risques de TMS : les « *mouvements répétitifs de la main et du bras* », la « *position assise prolongée* » et le « *port ou le déplacement de personnes ou de charges lourdes* ».

Pour en savoir plus : <https://www.preventica.com/actuenbref-napo-allegez-la-charge-tms-290321.php>

Comment l'exercice physique maintient notre cerveau en bonne santé et nous protège contre la dépression ou l'anxiété

Vous avez probablement déjà entendu parler de la façon dont l'exercice améliore les capacités musculosquelettiques, cardiovasculaires, métaboliques, etc. Mais savez-vous ce qui se passe dans le cerveau ?

Faire de l'exercice régulièrement modifie la biologie du cerveau. On parle cependant d'activité physique régulière, pas simplement d'aller faire une promenade de temps en temps pour se sentir mieux. Le cardio, en particulier, a un véritable effet sur le cerveau, dont il modifie la structure. En effet, contrairement à ce que certains peuvent penser, le cerveau est un organe très « plastique » : de nouvelles connexions entre les cellules cérébrales, les neurones, se forment chaque jour, et de nouveaux neurones sont générés dans les régions cérébrales importantes. L'une de ces zones clé est l'hippocampe, qui joue un rôle dans l'apprentissage, la mémoire et la régulation des émotions négatives.

Pour en savoir plus : <https://theconversation.com/comment-l'exercice-physique-maintient-notre-cerveau-en-bonne-sante-et-nous-protège-contre-la-depression-ou-l'anxiété-158567>

■ Profession

Le bilan initial de plaie lourde et complexe

L'avenant 6 à la convention nationale des infirmier(e)s propose des modifications de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) échelonnées sur plusieurs années. Certaines portent spécifiquement sur les soins de plaie dont le bilan initial pour pansements lourds et complexes. Cet article est paru dans le n°37 d'*ActuSoins Magazine* (juin 2020).

L'objectif de ce bilan de plaie lourde et complexe est d'optimiser le parcours de santé du patient porteur de plaie. Il permet d'améliorer la qualité de vie, d'éviter la chronicisation de la plaie, d'en diminuer le temps de cicatrisation, mais également de mobiliser les ressources du patient et d'une équipe pluriprofessionnelle. La plaie et cicatrisation

est un domaine de compétences propre à la profession infirmière.

Pour en savoir plus : <https://www.actusoins.com/345583/le-bilan-initial-de-plaie-lourde-et-complexe-pansements-lourds-et-complexes.html>

Par temps de Covid, un nouveau relationnel

En première ligne dans le combat contre le coronavirus, le personnel de santé a dû compenser le manque affectif des patients isolés, devenant ainsi leur unique interface avec le monde extérieur.

« *Le relationnel a changé, les patients ne voyaient que nous, leurs seules interactions étaient avec le personnel soignant. On jouait donc tous les rôles, celui de la femme, de la fille, de la maîtresse...* », affirme Virginie, 48 ans, infirmière en chirurgie à la Pitié-Salpêtrière.

Très rapidement, les visites ont été interdites et les patients se sont retrouvés isolés afin de les protéger du virus. Le coronavirus a ainsi changé le visage du milieu hospitalier et ces changements ont directement affecté le travail des soignants : « *Nous avons surtout dû gérer la famille, être plus attentif, donner des réponses, parfois en prêtant son propre téléphone au patient isolé. Nous avons tous pris plus de temps pour mettre des mots sur la Covid, ce qui, au vu de la charge de travail, n'était pas une mince affaire* », explique ainsi Yasmina Kettal, infirmière aux urgences à l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis.

Pour en savoir plus : <https://www.actusoins.com/346596/par-temps-de-covid-un-nouveau-relationnel.html>

Adaptation des posologies par des infirmier(e)s : un décret encadre les pratiques

Un décret publié le 4 février au *Journal Officiel* détermine les conditions dans lesquelles les infirmier(e)s peuvent adapter, sur la base de résultats d'analyses de biologie médicale, la posologie de certains traitements pour une pathologie donnée, dans le cadre de protocoles inscrits dans un exercice coordonné.

Les protocoles devront détailler les activités réalisées par les infirmier(e)s qui participent à leur mise en oeuvre et prévoir « *les critères d'éligibilité et de retrait des patients concernés ainsi que les modalités de leur information sur le protocole* ».

Ils « *déterminent les conditions d'organisation permettant d'assurer, de cas de besoin, l'accès au médecin traitant du patient ou, à défaut, à un médecin exerçant dans le cadre du même dispositif d'exercice coordonné* ».

Les infirmiers concernés devront suivre une formation complémentaire qui comprend un volet théorique et un volet pratique, consistant en la supervision de la prise en charge d'un nombre minimum de patients, déterminés par les protocoles, par un médecin exerçant au sein des équipes et structures de soins coordonnées (équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé [CPTS], centres de santé, maisons de santé).

Pour en savoir plus : <https://www.actusoins.com/343683/adaptation-des-posologies-par-des-infirmiers-un-decret-encadre-les-pratiques.html>

Réforme des études médicales et paramédicales

Les besoins en santé, tout comme le niveau d'exigence attendu de la société, se sont accrus, incitant à repenser les modalités d'organisation de la formation des études médicales qui constituent un levier important dans la transformation du système de santé. Les réformes ont largement été concentrées sur les professions médicales et de soins infirmiers en raison de leur forte représentativité. La France comptait en effet plus de 220 000 médecins et 700 000 infirmier(e)s en 2018. Ces réformes tendent néanmoins à s'étendre aux professions pharmaceutiques et maïeutiques ainsi qu'à l'ensemble des auxiliaires médicaux par la mise en place d'un tronc commun et de passerelles interfilières, ou encore en élargissant le champ de compétences pouvant être exercées par chacun de ces professionnels.

Pour en savoir plus : <http://gestions-hospitalieres.fr/reforme-des-etudes-medicales-et-paramedicales>

Numérisation et pratique infirmière

Entre représentations sociales et identité professionnelle - L'exemple du DPI

Dans un contexte hospitalier qui se repense, le plan « Ma santé 2022 » prévoit un développement des systèmes d'information à destination des professionnels de santé et des usagers. Le déploiement du dossier patient informatisé (DPI) est un axe prioritaire qui impacte les organisations et les pratiques. En quoi les représentations sociales des infirmiers en médecine/chirurgie/obstétrique quant à l'usage de ce DPI impactent leur identité professionnelle ? *Via* une recherche bibliographique et des entretiens semi-directifs auprès d'infirmier(e)s et de cadres de santé, l'auteure a confronté deux champs d'investigation : l'hospitalisation conventionnelle et la chirurgie ambulatoire. L'analyse de ses résultats a permis de mettre en évidence le détournement du cœur de métier infirmier, anthropocentré, vers le DPI, technocentré, révélant ainsi une modification de la communication et une atteinte à la reconnaissance infirmière.

Pour en savoir plus : <http://gestions-hospitalieres.fr/numerisation-et-pratique-infirmiere/>

La pratique avancée infirmière en réanimation (pays de l'OCDE et perspectives en France)

Avec la crise sanitaire, le service réanimation a été au centre de l'actualité. Le manque de personnel médical et de lits en raison de besoins hors normes a été mis en exergue. Beaucoup de services ont dû faire face à un grand afflux de patients. Dans ce cadre exceptionnel, la question de la pratique avancée infirmière en réanimation est très opportune. Cette fonction existe-t-elle en dehors de nos frontières et, si oui, a-t-elle fait l'objet d'évaluation ? Quels sont ses intérêts et ses risques éventuels ? Est-il possible d'établir des conditions d'introduction d'infirmier(e)s en pratique avancée (IPA) et si oui lesquelles ? Comment la France forme-t-elle ses infirmier(e)s en réanimation ? Quelles leçons peut-on tirer des expériences étrangères pour le système français ? L'auteure a examiné l'ensemble de

ces questions *via* une revue de littérature réalisée pendant l'été 2020.

Pour en savoir plus : <http://gestions-hospitalieres.fr/la-pratique-avancee-infirmiere-en-reanimation>

Qualité des soins

Parcours de soins d'un patient atteint d'un cancer de la prostate

L'auteur synthétise ici une mission de consultant réalisée dans un temps imparti très court, dont l'objectif est d'évaluer empiriquement la qualité de la prise en charge du patient atteint d'un cancer de la prostate, au décours de l'ensemble de son parcours de soins. Quatre services d'oncologie médicale, issus de centres hospitaliers nationaux de renom, ont été investigués au travers d'entretiens avec des professionnels de santé de ces équipes transdisciplinaires spécifiques, croisés avec ceux de patients et de leurs aidants. L'auteur est intervenu sur la phase finale de l'investigation, soit l'aspect qualitatif, le volet quantitatif ayant été traité au préalable par un autre opérateur.

Pour en savoir plus : <http://gestions-hospitalieres.fr/parcours-de-soins-dun-patient-atteint-dun-cancer-de-la-prostate>

Publications de l'INCa

Le cathéter central à insertion périphérique ou PICC



Conçue par l'Institut national du cancer (INCa), et publiée avec le soutien financier de la Ligue contre le cancer, cette fiche a pour objectif de vous informer et de répondre aux questions que vous vous posez sur le cathéter central à insertion périphérique ou PICC.

Collection : Guides patients / Les traitements
Public : Grand public, personnes malades et proches, professionnels de santé
Date de publication : mars 2021

La chambre à cathéter implantable



Conçue par l'INCa, et publiée avec le soutien financier de la Ligue contre le cancer, cette fiche a pour objectif de vous informer et de répondre aux questions que vous vous posez sur la chambre à cathéter implantable.

Collection : Guides patients / Les traitements
Public : Grand public, Personnes malades et proches, professionnels de santé
Date de publication : mars 2021

Préservation de la fertilité chez les hommes et les femmes atteints d'un cancer - Synthèse



La préservation de la fertilité (PF) est un enjeu majeur pour les patients atteints d'un cancer ; la prise en charge, en particulier chez les très jeunes enfants, les adolescents et les jeunes adultes, demeure un défi pour les professionnels de santé. La PF soulève des questions médicales et de qualité de vie de plus en plus importantes pour ces patients dont les réponses doivent être adaptées à l'âge et au traitement. L'objectif principal est de s'assurer que tous les patients, leurs parents et partenaires ont bénéficié d'une information préalable permettant de faire un choix éclairé.

Collection : Recommandations et référentiels / Recommandations de pratique clinique
Public : Professionnels de santé
Date de publication : avril 2021

Les soins palliatifs en fin de vie



Conçue par l'INCa, et publiée avec le soutien financier de la Ligue contre le cancer, cette fiche a pour objectif de vous informer et de répondre aux questions que vous vous posez sur les soins palliatifs en fin de vie.

Collection : Guides patients / Les traitements
Public : Grand public, personnes malades et proches, professionnels de santé
Date de publication : février 2021

Pour en savoir plus : Toutes ces publications sont téléchargeable sur le site e-cancer.fr

Compte tenu de la crise Covid et de son évolution, les dates et organisations des congrès en présentiel sont susceptibles d'être modifiées.

France

JUIN 2021

25 juin 2021

Journée Intergroupe francophone de cancérologie thoracique (IFCT)

Visioconférences live en plateau TV.

<https://www.ifct.fr/formations-evenements/550-journees-ifct>



JUILLET 2021

2 au 3 juillet 2021

Congrès de l'Association des neuro-oncologues d'expression française (Anocef)

Congrès dédié aux cancers rares.

Couvent des Jacobins, Rennes, France

<https://www.anocf.org/>



SEPTEMBRE 2021

17 au 21 septembre 2021

Congrès de l'European Society for Medical Oncology (ESMO)

Selon la situation sanitaire, ce congrès pourra être digital.

Paris Expo Porte de Versailles, Paris, France

<https://www.esmo.org/meetings/esmo-congress-2021>



23 au 24 septembre 2021

11^e Congrès national des réseaux de cancérologie (CNRC)

Montpellier, France

<http://congres-reseaux-cancerologie.fr/>



OCTOBRE 2021

7 au 8 octobre 2021

13^e Congrès national de l'Association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS)

Thématique : « Gérer, ensemble les effets de la maladie et des traitements ».

Palais Brongniart, Paris, France

<https://www.afsos.org/fiche-congres/13eme-congres-national-des-soins-oncologiques-de-support/>



13 au 15 octobre 2021

Journées franco-internationales d'oncologie (IFODS)

Quatrième édition en hybride.

Focus sur le consensus et les lignes directrices pour une meilleure pratique.

<https://www.ifods.com/>



NOVEMBRE 2021

10 au 12 novembre 2021

43^e Journées de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire (SFSPM)

Centre de Congrès, Lyon, France

<https://www.senologie.com/congres/Lyon-2021>



International

SEPTEMBRE 2021

3 au 4 septembre 2021

European Association of Urology Nurses (EAUN)

Congrès virtuel.

<https://eauncongress.uroweb.org>

EAUN21 | VIRTUAL
3-4 September 2021

8 au 14 septembre 2021

Congrès de cancérologie pulmonaire et thoracique

Congrès virtuel.

<https://wclc2021.iaslc.org>



**2021 World Conference
on Lung Cancer**

SEPTEMBER 8-14, 2021 | WORLDWIDE VIRTUAL EVENT

NOVEMBRE 2021

4 au 6 novembre 2021

6^e Conférence de consensus internationale sur le cancer du sein avancé

Congrès virtuel.

<http://www.abc-lisbon.org>



ABC6
En savoir plus : <http://www.abc-lisbon.org>

Bridging the Gap