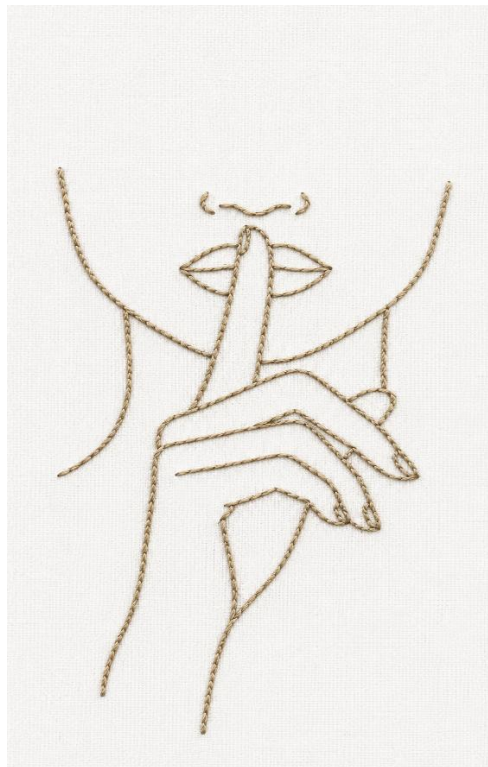


L'influence des non-dits quant à la prise en charge du patient en oncologie



UE 5.6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques

Date de rendu : 26 mai 2026

Directeur de mémoire : TUFFET Blandine

Remerciements :

Il me paraît essentiel de remercier toutes les personnes qui ont été à mes côtés durant ces trois années d'étude et qui m'ont soutenue dans la réalisation de ce mémoire.

Merci à ma directrice de mémoire, Madame Blandine TUFFET, pour sa disponibilité, ses conseils et son soutien dans l'écriture de ce travail de fin d'étude et durant ces trois années.

Merci aux infirmières qui m'ont accordé de leur temps précieux pour répondre à mes entretiens.

Merci à mes parents et mes frères pour leurs soutiens sans faille, leur amour et leur encouragement.

Merci à mon compagnon Julien de m'avoir accompagné sans relâche durant ces trois années, de m'avoir épaulée et soutenue ainsi que pour son aide tout au long de l'écriture de ce travail.

Merci à mes amies infirmières Charlotte, Alexandra, Chloé et Marie qui m'ont encouragée et m'ont confortée dans mon souhait d'évoluer. Merci particulièrement à Chloé pour ses précieux conseils et sa relecture.

Merci à mes beaux-parents de m'avoir hébergée pendant ma première année d'étude durant la construction de ma maison et qui ont rendu cette période plus simple. Merci à ma belle-mère, Mylène, pour son aide à la mise en page.

Merci à mes copines pour leur réconfort.

Merci à mes copines de promotion, Lola, Nadia, Carlie et Sandra qui ont rendu ces années d'études plus belles et plus douces.

Merci aux cadres formateurs et aux intervenants pour leurs enseignements.

Table des matières

Introduction	2
1 Situation d'appel et questionnements	3
2 Question de départ	7
3 Cadre de référence	7
3.1 L'annonce d'un diagnostic	7
3.1.1 Les notions d'annoncer et d'informer	7
3.1.2 La notion de savoir et la relation soignant-soigné	9
3.1.3 Le consentement	11
3.1.4 L'annonce en cancérologie	12
3.1.5 Impact d'une annonce et mécanismes de défenses du patient	14
3.1.6 Difficultés d'une annonce et mécanismes de défense du médecin	15
3.2 Le non-dit	17
3.2.1 Le non-dit est-ce mentir ?	17
3.2.2 Causes du non-dit	18
3.2.3 Impact du non-dit sur la relation de confiance	21
4 Enquête exploratoire	22
4.1 Méthodologie	22
4.1.1 Présentation de l'outil	22
4.1.2 Population choisie	23
4.1.3 Lieu d'investigation	23
4.1.4 Guide d'entretien	23
4.2 Analyse	24
4.2.1 Présentation de l'échantillonnage	24

4.2.2	Synthèses des entretiens	25
4.2.3	Analyse croisée.....	26
5	Problématique.....	31
5.1	Les conditions d'annonce : entre idéal institutionnel et réalité du terrain.....	31
5.2	Le rôle infirmier : La reprise d'annonce.....	32
5.3	Les médecins face à l'annonce	32
5.4	Le non-dit pour protéger.....	33
5.5	Conséquence du non-dit sur la relation de confiance	34
5.6	Le savoir partagé et l'asymétrie dans le soin.....	34
6	Question de recherche	35
7	Limites et critiques de ce travail de recherche	36
	Conclusion.....	38
	Bibliographie	39
	Sitographie.....	40
	Annexes	I

Note au lecteur :

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

Introduction

Dans notre société actuelle, le cancer constitue un enjeu majeur de santé publique. En France métropolitaine, on estime à 433 136 le nombre de nouveaux cas diagnostiqués en 2023. Cette augmentation s'explique par plusieurs facteurs : le vieillissement de la population, l'amélioration des outils diagnostiques et du dépistage, l'exposition croissante à certains facteurs environnementaux, ainsi que le maintien de conduites à risque.

Au-delà de son incidence élevée, le cancer représente une pathologie aux répercussions multiples : physiques, psychologiques, sociales et économiques. Son annonce bouleverse souvent l'existence du patient et de son entourage, entraînant inquiétude, perte de repères et questionnements face à l'avenir. La prise en charge du cancer nécessite donc une approche globale, pluridisciplinaire et centrée sur la personne soignée.

Par ailleurs, la médecine a profondément évolué au cours des dernières décennies. Le modèle paternaliste, dans lequel le médecin détenait seul le savoir et prenait les décisions pour le patient, tend à disparaître progressivement. Désormais, le patient est acteur de sa santé et partenaire de sa prise en charge. Cette évolution est soutenue par différentes lois.

De plus, l'accès facilité aux connaissances médicales via Internet et les outils numériques modifie également la relation de soin. Les patients arrivent souvent avec des informations, des interrogations, voire des attentes précises.

Au cours de mes différents stages, j'ai été amenée à rencontrer des patients atteints de cancer, y compris en dehors des services spécialisés en oncologie. Ces expériences m'ont permis de constater que, malgré les évolutions législatives et sociétales, certains patients demeurent insuffisamment informés sur leur pathologie, leur traitement ou leur pronostic. Des non-dits persistent parfois au sein du parcours de soins, pouvant générer incompréhension, anxiété, perte de confiance, voire difficultés relationnelles entre soignants, patient et entourage.

Comme l'illustre ma situation d'appel, ce sujet m'a conduite à m'interroger sur la place de l'information du patient atteint de cancer et sur le rôle infirmier.

Tout d'abord, je décrirai ma situation d'appel ainsi que les questionnements qui en découlent. J'exposerai ensuite ma question de départ, puis, grâce à mes lectures, j'énoncerai les concepts clés de mon cadre de référence. Je présenterai par la suite la méthode utilisée pour mon enquête exploratoire, avant d'analyser les entretiens effectués auprès des infirmières.

1 Situation d'appel et questionnements

Lors de ma première année d'école d'infirmière, j'effectue mon premier stage dans un service d'oncologie de 22 lits. Ce service est principalement spécialisé dans l'accueil de patients ayant un diagnostic de cancers digestifs. L'hôpital de semaine étant en travaux, le service accueille actuellement d'autres types de cancers.

Monsieur J, 38 ans, est atteint d'un sarcome thoracique et vient pour sa première cure de chimiothérapie. Il est informé du diagnostic. L'infirmière, Charlotte, que j'accompagne, l'accueille et l'installe en chambre. Charlotte n'est pas comme d'habitude avec ce patient, elle semble plus douce, différente d'avec les autres. Elle prend le temps de tout expliquer à Monsieur J.

Lors de la relève, Charlotte dit être très touchée par la situation du patient et précise que Monsieur J a un lien avec son cercle amical car une de ses amies lui a parlé de lui et de sa famille. Il est marié, a une petite fille de quatre ans ainsi qu'un bébé de deux mois. Je me suis alors interrogé sur l'impact de ce lien sur le secret professionnel et la relation de soin. Lorsque l'on était dans la chambre du patient, Charlotte lui a dit qu'ils avaient une amie commune. Lui a-t-elle dit pour le rassurer ou pour lui donner plus de considération ?

Face aux propos de Charlotte, l'oncologue répond : « je suis aussi touchée par l'histoire de ce monsieur et avoir un cancer comme celui-ci est très triste à son âge. Les seules personnes que j'ai vu survivre à des sarcomes comme celui-ci sont des patients qui ont été amputé car la localisation le permettait ce qui est impossible pour monsieur J ». Elle nous explique également que le patient connaît son diagnostic mais le pronostic ne lui a pas été évoqué. Comme elle n'est pas son oncologue référent, elle ne souhaite en discuter avec le patient.

J'ai alors du mal à comprendre l'objectif de ce traitement et me sens encore plus mal à l'aise vis-à-vis de cette prise en charge. Un traitement palliatif peut-il être d'emblée proposé ?

Le premier sentiment qui me traverse est de la tristesse. La pensée qui me vient immédiatement est que monsieur J est trop jeune pour mourir. J'éprouve aussi de l'injustice face à la situation

et je pense aussi à sa femme et ses enfants et à la difficulté qu'ils vont avoir à appréhender la maladie. Je m'interroge sur les raisons de cette difficulté. Ma mère a eu un cancer du sein, ainsi que ma grand-mère et ma tante. Aucune cause génétique n'a été identifiée mais je pourrais aussi me retrouver à la place de monsieur J. Comment les soignants font pour ne pas trop s'identifier au patient ? J'appréhendais d'ailleurs ce stage, mais le début de celui-ci s'est bien passé et je n'ai pas eu cette appréhension avec les autres patients. C'est donc peut-être parce que le patient est jeune ?

Je me questionne sur la projection. Le patient de par son jeune âge et sa situation familiale nous renvoie à nos propres ressentis et il est simple de nous identifier à lui ou à ses proches.

Je me demande si ce que l'on peut ressentir peut avoir un impact sur les soins administrés aux patients et si considérer nos émotions peut être un frein ou un moteur à la prise en charge des patients. En effet, dans quel degré le soignant doit intégrer ses émotions afin d'humaniser sa pratique soignante mais quelles en sont les limites ? Dans certaines situations est-il possible de faire abstraction de nos émotions ? Mon ressenti émotionnel face à ce patient me paraît important afin d'être pleinement à l'écoute du patient, de mieux comprendre l'autre et prendre en compte ses émotions. Il participe à la construction de mon identité soignante.

D'autre part, je me questionne sur la notion de projection. De par son jeune âge, et sa situation familiale, le patient nous renvoie à nos propres ressentis et il est simple de nous identifier à lui ou à ses proches.

Nous nous rendons ensuite dans la chambre de Monsieur J pour la pose de sa chimiothérapie. La femme du patient est présente pour le soutenir. Charlotte explique au patient le déroulement du soin, les surveillances ainsi que les effets indésirables. Elle lui demande ensuite s'il a des questions. Monsieur J dit non et est souriant. J'assiste à cet échange mais je reste en retrait car j'ai peur que le patient me pose des questions. Mon positionnement est difficile face à cette situation. Etant en début de formation, je n'ai pas assez de connaissances et ne me sens pas légitime. J'observe son langage verbal et non verbal. C'est un patient très jovial et sourit tout le temps. Il ne semble pas inquiet. Son attitude me déstabilise. En effet, à ce stade, même s'il ignore son pronostic, il connaît son diagnostic.

Je m'interroge donc sur son attitude. Dans quelle mesure le patient accepte-t-il la maladie ? Son comportement jovial laisse-t-il penser qu'il est dans une phase de déni ? Minimise-t-il ses

inquiétudes pour ne pas inquiéter ses proches ? D'ailleurs sa femme pose beaucoup de questions mais pas devant son mari. Se protègent-ils l'un l'autre ?

La nuit suivante, monsieur J est pris de nombreux vomissements et de nausées persistantes. Il souffre beaucoup des effets secondaires de sa chimiothérapie. Les traits de son visage se tirent, mais son humeur reste égale. Le personnel de nuit lui administre le traitement adapté, on note une amélioration mais il reste nauséux. Le lendemain, le médecin signe sa sortie au vu son état de santé.

La semaine suivante, lors de sa seconde cure de chimiothérapie, monsieur J est asthénique et présente une alopécie. Pour cela, une séance avec la socio-esthéticienne est programmée. Je me rends compte que son état de santé a beaucoup changé en peu de temps : il est amaigri, se déplace difficilement et marche à l'aide de cannes anglaises. Quand je lui demande comment il va, sa réponse est positive et il semble combattant face à la maladie.

Durant un échange informel avec le médecin, elle nous dit « Vous savez, je pense que monsieur J verra l'année 2024, mais pas pour longtemps. Je ne veux pas le révéler au patient car je ne suis pas son oncologue référent, celui-ci est en vacances et c'est à lui de faire cette annonce ». Les propos de l'oncologue m'ont attristée. Ils ont heurté ma déontologie professionnelle et ont fait découler un questionnement en lien avec la relation soignant-soigné. L'équipe soignante se retrouve alors dans une situation délicate car elle connaît le pronostic de monsieur J, mais ne peut le révéler au patient ainsi qu'à sa famille.

L'équipe paramédicale exprime une difficulté quant à la gestion de ce non-dit. Charlotte, laisse sous-entendre que de son côté, la relation avec Monsieur J n'est pas pleinement authentique puisqu'elle a connaissance d'informations que le patient n'a pas. Pour ma part, je suis toujours en retrait lorsque je rentre dans sa chambre car je suis mal à l'aise et j'ai peur que mes émotions soient perçues par le patient. Cette distance me permet d'intérioriser cette tristesse et ainsi ne pas la faire ressentir au patient et à son entourage. J'ai l'impression que si j'agis, ce que je ressens se lira dans mon regard. J'ai le sentiment de ne pas être pleinement en adéquation avec les principes d'honnêteté et de sincérité. Je prends alors conscience que la notion de non-dit est difficile à gérer. Quelle est donc sa place dans la relation soignant-soigné ? En quoi le manque d'informations données aux patients impacte-il cette relation ? Est-il possible de créer tout de même une relation de confiance ?

En découle un autre questionnement, dans certaines situations le patient n'est pas prêt à assimiler toutes les informations sur sa santé et à connaître son diagnostic ou son pronostic. Cela m'amène à me demander si le « non-dit » dans le soin peut être bénéfique à la prise en charge du patient ? Et comment le soignant adapte-t-il sa communication ?

Tout au long des hospitalisations suivantes, sa femme est très inquiète. Elle voit bien qu'il supporte de moins en moins sa chimiothérapie et qu'il souffre. Cette situation est difficile pour elle. Lors d'une discussion avec une infirmière, elle dit qu'elle commence à se rendre compte de l'importance de la maladie de son mari. Elle est très inquiète et comprend que son état ne va pas s'améliorer. Je prends conscience de la nécessité de l'importance de tisser une relation de confiance avec les familles, de les considérer et d'être à leur écoute car ils jouent un rôle essentiel auprès du patient et sont eux aussi impactés.

Les patients et les familles n'ont pas les mêmes besoins, et ne ressentent pas les mêmes choses. Elles ne sont parfois pas aux mêmes étapes de compréhension de la maladie et ne les vivent pas de la même manière. Néanmoins quel est le juste positionnement professionnel à avoir pour les inclure dans la thérapie tout en prenant en considération les souhaits du patient ?

Je ressens une certaine difficulté à ne pas me laisser envahir par mes émotions avec les familles lorsque celles-ci expriment leurs doutes et leurs craintes.

Cela me fait réfléchir à la notion de juste distance. Elle correspond à l'équilibre relationnel entre le soignant et la personne soignée. Elle permet d'établir une relation professionnelle et relationnelle, sans être ni trop distant, ni trop impliqué affectivement. Le but étant de garantir la qualité des soins, de protéger le soignant contre l'épuisement professionnel et le patient d'une relation trop intrusive ou dépendante. Cette juste distance peut être reproductible auprès des familles. Je me demande alors, quels sont les limites de la juste distance ?

2 Question de départ

Cette situation m'a permis de me questionner sur plusieurs thèmes : la projection, le déni, la juste distance, les émotions, la relation de soins et les non-dits. L'information du patient est un droit fondamental mais j'ai pu me rendre compte dans différents lieux de stage que les patients n'étaient pas toujours informés sur leur état de santé et que cela avait un impact sur leur prise en charge. Cette situation est donc récurrente et concerne de nombreuses spécialités médicales, mais je souhaite me concentrer sur la cancérologie où l'annonce est d'autant plus légiférée.

C'est pourquoi ma question de départ est : **Comment les soignants gèrent ils les non-dits en cancérologie ?**

3 Cadre de référence

3.1 L'annonce d'un diagnostic

3.1.1 Les notions d'annoncer et d'informer

Dans un premier temps, selon le Robert, la définition d'annoncer dans la langue française est de *“faire savoir, faire connaître, signaler”*. Néanmoins, selon la Haute Autorité de santé (HAS) *« Annoncer c'est communiquer, faire savoir que quelque chose existe et/ou va se produire. Ce n'est pas seulement informer, ni même faire comprendre »*. Nous pouvons alors constater que l'HAS met en lumière l'importance d'apporter de l'information claire et détaillée au patient et que c'est transmettre quelque chose de complexe et d'élaboré et pas seulement transmettre une information.

Ce qui nous amène à aborder la notion d'informer. Hélène Brocq, psychologue clinicienne, dans l'article « Ethique et annonce de diagnostic », explique l'origine du mot informer. Elle dit qu'*« Étymologiquement, informer signifie “façonner”, “mettre en forme,” une matière brute. Le mot “informer” a été utilisé initialement pour décrire l'art de donner la forme à la matière, originellement le bois »*. L'auteure rappelle d'abord le sens étymologique du mot « informer », issu du latin informare, qui signifie littéralement « donner une forme ». Informer relevait donc d'un travail artisanal, d'une transformation matérielle. Cette précision est importante, car elle souligne que l'information n'est pas simplement la transmission neutre de données : elle implique une mise en forme, un travail actif. Ce n'est que progressivement qu'informer prend le sens d'instruire, d'éduquer, c'est-à-dire de donner une forme à l'esprit. Le passage du matériel à l'intellectuel montre que l'information agit sur la personne elle-même. Informer, ce

n'est pas seulement transmettre un contenu objectif, c'est structurer la compréhension, influencer la représentation que l'on se fait d'une réalité.

Dans le contexte de l'éthique et de l'annonce d'un diagnostic médical, cette réflexion prend tout son sens et se rapproche alors de la définition de l'HAS. Annoncer un diagnostic, ce n'est pas seulement communiquer un fait médical. La manière dont on informe le patient va venir façonner sa vision de la situation, l'aider à envisager son avenir et à se percevoir lui-même.

Cette citation montre que l'information est un acte profondément relationnel et transformateur. Elle engage une responsabilité éthique, car « informer » revient à participer à la construction du sens que l'autre donnera à ce qu'il vit et ainsi à la recherche de compréhension du patient. La notion d'informer laisse donc transparaître l'importance de l'échange entre le soignant et le soigné.

De plus, la loi du 4 mars 2002 donne le droit à l'information pour le patient. L'article. L. 1111-2 dit que « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. [...]. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission* ». Depuis la mise en place de la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades, chaque personne doit légalement être informée sur son état de santé.

Cette loi a permis d'établir un cadre législatif et de rendre systématique et protocolisé l'annonce d'une pathologie à un patient. Hélène Brocq étaye cette présente loi et la vision de l'HAS. En effet, derrière le mot "annonce", nous pouvons apercevoir les caractéristiques de la notion d'information. Mais aussi que l'annonce dans le domaine médical va s'avérer complexe et comporter différentes étapes qui seront énoncées et argumentées dans un second temps. Janine-Sophie Giraudet, médecin rhumatologue dans l'article « Annonce du diagnostic de la maladie chronique a un patient », aborde le fait que le moment choisi pour effectuer une

annonce va conditionner l'acceptation de la maladie et c'est à ce moment que va se construire la relation « médecin-malade ».

3.1.2 La notion de savoir et la relation soignant-soigné

Historiquement, le médecin est considéré comme le sachant, celui qui possède le savoir. D'après Jean François Mattei, médecin et ancien ministre de la santé, évoque dans son discours *Le Pouvoir Médical*. *“Confronté à la maladie, c'est vers le médecin qu'on se tourne naturellement car il est celui qui est réputé détenir le savoir et, surtout, le pouvoir d'apaiser les maux et de guérir. Souvenons-nous que jadis les médecins étaient considérés comme des demi-dieux et que la Faculté avait l'autorité de l'Olympe. Pour cela, la personne se livre, se raconte, dévoile son intimité et s'en remet au médecin qui assume tout à la fois les rôles de confident, de conseiller et de guérisseur”*. Nous pouvons observer une échelle hiérarchique entre le sachant et l'ignorant. En effet, selon l'HAS *“Les patients ne sont pas nécessairement familiers avec le savoir dont dispose le médecin. Annoncer, c'est cheminer avec un patient vers la connaissance qui le concerne”*. Par conséquent le médecin doit mettre en exergue des outils adaptés à la compréhension du patient pour procéder à l'annonce et s'assurer de la bonne réception des informations. Hélène Brocq dans l'article *“Ethique et annonce de diagnostic”* vient renforcer ce que dit Jean François Mattéi *“Il n'y a encore pas si longtemps, il paraissait évident pour chacun que le médecin avait un savoir scientifique sur la maladie, reconnu de tous, et que le malade devait se plier aux injonctions du médecin, à ses prescriptions et, si possible, ne pas les discuter ni même les remettre en question...”*. Par-là, elle veut dire qu'avant le patient devait se soumettre à ce que conseillait le médecin sans remettre en question son savoir. C'est ce que l'on appelle le modèle paternaliste.

Néanmoins, depuis plusieurs décennies, les autorités de santé ainsi que les soignants ont à cœur de mettre le patient au centre de sa prise en charge et ainsi nourrir ses connaissances en matière de santé. En effet, la charte de la personne hospitalisée actualisée en mars 2006 reprend le fait que l'information donnée aux patients doit être accessible et loyale. Cela signifie qu'elle doit être dite de manière claire, compréhensible de tous, et honnête. De plus, on remarque que l'accès à l'information s'est simplifié avec l'usage des nouvelles technologies. Hélène Brocq, explique que l'information vient rencontrer un individu qui n'est pas *« vierge de connaissances »*. Il est donc important que le médecin instaure un dialogue de confiance avec son patient afin de connaître ses connaissances, s'assurer que le langage utilisé est compris. Le savoir médical

doit être transmis au patient de manière adéquate à sa compréhension, le dialogue doit être adapté à la singularité de chaque malade.

Alexandre Manoukian et Anne Masseboeuf, tous deux psychologues cliniciens, définissent l'asymétrie en disant « *La relation soignant-soigné est une relation asymétrique dans laquelle le soignant détient un savoir et une responsabilité, tandis que la personne soignée se trouve dans une situation de dépendance liée à son état de santé.* » Nous pouvons alors comprendre que par sa définition la relation soignant-soigné est toujours asymétrique.

Hélène Brocq dans l'article « Ethique et annonce de diagnostic » parle de la notion d'asymétrie en disant que cette asymétrie doit tendre à diminuer car le soignant doit partager son savoir avec son patient en lui donnant des informations précises sur son état.

Cependant, comme nous avons pu le dire précédemment, le patient ne détient pas toujours les informations le concernant. Cela peut alors augmenter l'asymétrie dans le soin et ne plus la diminuer, creusant un écart entre le médecin sachant et le patient ignorant. Nous pouvons comprendre que l'augmentation de cette asymétrie peut avoir des conséquences importantes sur la qualité de la relation de soin. En effet, lorsque le patient ne dispose pas des informations nécessaires concernant son état de santé, il se retrouve dans une position de dépendance encore plus marquée face au soignant. Cette situation peut limiter sa capacité à participer aux décisions qui le concernent et à exercer son autonomie. Le manque d'information peut alors freiner cette collaboration et renforcer un modèle paternaliste où le soignant décide seul pour le patient. Par ailleurs, les auteurs expliquent que l'augmentation de l'asymétrie peut également nuire à l'adhésion du patient aux soins. Lorsqu'il ne comprend pas les raisons d'un traitement ou les objectifs thérapeutiques, il peut être moins impliqué dans sa prise en charge. L'adhésion thérapeutique repose pourtant sur la compréhension et l'acceptation des soins proposés. Ainsi, le partage d'informations apparaît comme un élément essentiel pour réduire l'asymétrie et favoriser la relation soignant-soigné.

L'anthropologue Sylvie Faizang dans l'article « La communication d'information dans la relation médecin-malade » explique que le fait d'informer pleinement le patient sur son état de santé est lié à la reconnaissance de sa capacité à décider pour lui, renforcée par la loi Kouchner de 2002. L'information est essentielle dans la relation entre le médecin et le malade, les deux doivent s'apporter mutuellement les informations nécessaires pour permettre des soins de qualité.

En ce qui concerne l'information donnée par les infirmières aux patients, selon le code de la Santé Publique « *L'infirmier met en œuvre le droit de toute personne d'être informée sur son état de santé dans le respect de ses compétences professionnelles. Cette information est relative aux soins, moyens et techniques mis en œuvre, à propos desquels l'infirmier donne tous les conseils utiles. [...] Dans le cas où une demande d'information dépasse son champ de compétences, l'infirmier invite le patient à solliciter l'information auprès du professionnel légalement compétent.* ». Cela signifie que l'infirmière ne peut pas empiéter sur les compétences du médecin et ne peut pas légalement informer le malade en ce qui concerne le diagnostic médical.

L'asymétrie entre le soignant et le soigné tend à diminuer. L'intérêt pour le patient de savoir est de pouvoir donner son consentement.

3.1.3 Le consentement

La Haute Autorité de Santé dit du consentement « *Concrètement, il s'agit d'obtenir l'accord du patient sur ce qui lui est proposé sans son parcours de soins : les gestes qu'on pose sur son corps, les prescriptions etc.* » Le consentement revient donc à accepter ou à refuser les actes médicaux et paramédicaux en toute connaissance de cause. Dans l'article L.1111-4 de la loi Kouchner il est dit que « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit les décisions sur son état de santé* ». On comprend toute l'importance de l'accès à l'information délivrée au patient, qui lui servira à prendre les décisions pour sa santé. La charte du patient hospitalisé explique qu'un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Par libre on veut dire que le consentement n'a pas été obtenu sous la contrainte et qu'il est demandé pour chaque acte médical. Le consentement éclairé signifie que le patient doit avoir été préalablement informé sur son état de santé, sur les actes qu'il va subir ainsi que sur les risques qu'il pourra rencontrer dû son traitement à venir.

En oncologie, le consentement n'est pas nécessaire à chaque étape, car le patient prend connaissance de son parcours personnalisé de soins qui a été prévu en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Selon l'INCa « *Le programme personnalisé de soins en cancérologie (PPS) est un document remis au patient qui synthétise la proposition thérapeutique des médecins. Il constitue l'une des conditions transversales de qualité obligatoires dans le cadre du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour le traitement du cancer* ». C'est

pour cette raison que le consentement du patient n'est pas recueilli à chaque étape au vu du fait qu'il est recueilli avant le commencement des soins.

La décision médicale ne relève plus uniquement du médecin. Elle est désormais élaborée avec le patient, qui peut participer activement à sa prise en soin.

3.1.4 L'annonce en cancérologie

Selon l'Institut national du Cancer (INCa) “ *L'annonce du diagnostic de cancer constitue un choc psychologique important au cours duquel les informations se bousculent. Il s'agit de moment particulièrement angoissant, séparant la vie d'un avant et un après*”. C'est pour cette raison que le patient doit être accompagné tout au long du processus.

Un dispositif d'annonce par le plan cancer a été conçu lors du premier plan cancer de 2003-2007 : “*Le dispositif d'annonce est une mesure (1) du Plan cancer (2003-2007), mise en place à la demande des patients lors des Etats Généraux des malades atteints de cancer organisés par la Ligue Nationale Contre le Cancer. Le patient doit bénéficier d'une prise en charge de qualité au moment de l'annonce de sa maladie.*” Il a pour but de permettre aux patients de bénéficier des meilleures conditions et d'informations, d'écoute et de soutien.

Il repose sur 5 temps successifs. Il débute par l'annonce de la suspicion de cancer, souvent en médecine de ville, puis par la confirmation du diagnostic après la réalisation d'exams complémentaires. C'est à ce moment-là que l'annonce est réalisée, c'est le temps médical. Un temps spécifique est ensuite dédié à la proposition thérapeutique, au cours duquel la stratégie de traitement est définie en réunion de concertation pluridisciplinaire. Elle est expliquée au patient, avec les bénéfices, les risques et les soins de support qui sont formalisés dans un programme personnalisé de soins. Comme expliqué dans le dispositif d'annonce, cet échange se déroule dans un lieu calme et accueillant. Le professionnel devra utiliser des mots simples pour la bonne compréhension du patient. L'annonce est réalisée par le médecin, néanmoins il arrive qu'elle soit réalisée en binôme avec une infirmière. Dans l'article “L'art infirmier dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle” Fabienne Teike infirmière clinicienne spécialisée en soins palliatifs, Muriel Gasser infirmière spécialisée et clinicienne et Serge Gallant chef de service et directeur du centre de formation du centre hospitalier universitaire Vaudois expliquent que le but de ce binôme est que le médecin soit soutenu au moment de l'annonce et que l'infirmière accompagne le patient et ses proches dans ce moment difficile. Comme

l'explique cet article, il existe des formations accessibles aux médecins, aux sages-femmes, mais il existe également une formation spécifique aux infirmières.

Il y a ensuite un accompagnement paramédical qui est proposé, il permet d'écouter le patient, de reformuler les informations et d'identifier ses besoins en soins de support. Ce moment correspond à la reprise d'annonce effectuée par l'infirmière. Dans l'article énoncé précédemment les auteurs ajoutent que *“Le rôle infirmier consiste alors à prendre le temps nécessaire pour l'accompagnement Pour ce faire, il est fondamental de planifier un entretien infirmier après l'annonce afin d'accueillir et de contenir les émotions, d'évaluer la compréhension des informations et de les compléter si besoin, d'identifier les ressources du patient, de mettre en place le soutien nécessaire et d'orienter le patient et ses proches dans le système de soin”*. Cet échange permet au patient de poser les questions qu'il n'a pas pu poser au médecin et de pouvoir exprimer ses émotions et ses craintes. L'infirmière a une place essentielle dans l'annonce du cancer auprès du patient, en particulier dans l'accompagnement émotionnel, cela requiert des compétences dans le domaine de la communication et de la relation. Les infirmières d'annonce sont amenées à informer sur la pathologie et les traitements, elles doivent aussi avoir de solides compétences théoriques en cancérologie, comme l'explique le site internet “Reconversion infirmière”. Bien qu'ils existent des formations dans certains hôpitaux, il n'est pas obligatoire d'avoir reçu une formation pour reprendre une annonce de diagnostic. Néanmoins il est fortement conseillé de l'avoir suivi pour devenir infirmière d'annonce. De plus une infirmière aurait plus de facilité, lors de la reprise d'annonce, à échanger avec le patient si elle était présente lors de l'annonce faite par le médecin, car elle saurait ce qui a été dit.

Enfin, une consultation de synthèse avec le médecin assure la continuité des soins, la coordination entre professionnels et le soutien du patient tout au long de son parcours.

Ce dispositif d'annonce permet d'accompagner le patient de manière globale, en s'intéressant à sa maladie mais aussi à ses ressentis et à ses émotions.

L'annonce va entraîner un changement dans la vie du patient, elle va avoir un impact sur le quotidien du malade.

3.1.5 Impact d'une annonce et mécanismes de défenses du patient

Janine-Sophie Giraudet dans « Annonce du diagnostic de la maladie chronique » explique que l'annonce va avoir une incidence différente sur le patient selon le type de maladie qui l'affecte. Elle ajoute que l'annonce peut être un « choc » pour le patient. Hélène Romano, psychologue, dans *« L'annonce d'un diagnostic grave » dit que « La révélation d'un diagnostic est un temps déterminant pour l'avenir du patient (enfant ou adulte) et de ses proches. Elle conditionne souvent l'acceptation de la maladie, les conditions du traitement et de la prise en charge »*. Pour toutes les deux l'annonce est un traumatisme pour le patient, un instant court pendant lequel sa vie bascule.

Hélène Romano explique que les médecins et les patients ont souvent des représentations différentes de la maladie et que cela peut mener à des incompréhensions ou à des malentendus lors de l'annonce.

La Haute Autorité de Santé dans le guide intitulé “Annonce d'une mauvaise nouvelle” explique que *“Souvent l'émotion est tellement forte lors de la première annonce que le patient n'entend qu'une petite partie de ce qui est dit. On parle alors de sidération.”* Le patient après que le diagnostic lui a été révélé ressent une émotion intense qui le paralyse et il n'est plus en capacité d'accueillir le reste des informations. L'INCa décrit la sidération comme une *“Incapacité momentanée à pouvoir réaliser ce qui arrive à la suite d'un choc”*.

Dans l'article « Les effets de l'annonce » deux psychologues cliniciennes, Aurélie Négri et Clara Baas expliquent que lors de l'annonce l'impact peut être immédiat ou différé. Cette annonce vient confronter la personne à l'idée de sa propre mort, lui faire comprendre qu'il n'est pas invincible et qu'il a une finitude. Il y a dans l'annonce, un avant et un après, la vie du sujet ne sera plus comme elle était auparavant. Elles utilisent le terme « *revisiter son existence* », par là, elles veulent dire que le patient peut remettre en question certains paramètres de sa vie, se questionner sur le sens qu'il donne à son existence. Janine-Sophie Giraudet parle elle aussi de l'impact différé de l'annonce. Elle ajoute que cette annonce provoque toujours un choc psychologique important, indépendant de la souffrance physique. La réaction du patient est imprévisible, cela peut être de la surprise, de la détresse ou parfois du soulagement d'enfin connaître le diagnostic. Ces réactions sont parfois paradoxales et pas toujours en adéquation avec la gravité de la maladie. Pour elle l'annonce va entraîner trois effets majeurs : elle officialise la maladie, elle modifie l'identité du patient, elle contraint à un travail de deuil de

l'état de santé antérieur pour permettre au patient d'accepter sa nouvelle situation. Avant l'acceptation, le patient va passer par différentes étapes qui fondent un long processus.

Janine-Sophie Giraudet nous donne l'exemple du modèle d'acceptation d'Elizabeth Kübler Ross, le patient peut ne pas passer par toutes ces étapes et elles peuvent s'entremêler. Dans ce modèle il y a :

Le choc initial : le patient est sidéré par la nouvelle.

Le déni : le patient refuse inconsciemment la réalité.

La révolte : le patient est en colère, ressent un sentiment d'injustice ou encore de culpabilité.

La négociation : le patient va marchander pour reprendre le contrôle sur la situation.

La réflexion : le patient va prendre conscience de la maladie.

L'acceptation : le patient intègre la maladie et va pouvoir l'inclure dans sa vie quotidienne.

Nous nous rendons compte que ce modèle se rapproche des sept étapes du deuil d'Elizabeth Kübler Ross qui sont : le choc, le déni, la colère, le marchandage, la tristesse, la résignation et l'acceptation. Comme l'ont expliqué les auteures, le patient va devoir entreprendre une nouvelle vie et donc faire le deuil de l'ancienne.

L'annonce de la maladie est difficile pour les patients mais elle peut s'avérer aussi très compliqué pour le médecin.

3.1.6 Difficultés d'une annonce et mécanismes de défense du médecin

Hélène Brocq, psychologue clinicienne auteure de l'article « Ethique et annonce de diagnostic. Informer ou l'art de mettre des formes » et Bernard Hoerni, cancérologue, dans « Le mensonge médical peut-il être une valeur éthique » disent tous deux que les médecins ne sont pas suffisamment formés. Pour eux ils ont une formation universitaire centrée sur la maladie et non sur le malade. C'est pour cela que les médecins sont mal préparés à annoncer des « mauvaises nouvelles », pouvant provoquer de l'anxiété chez certains professionnels.

Pour Hélène Brocq psychologue clinicienne, dans l'article « Ethique et annonce de diagnostic » dit que « *Pour un cancérologue, la difficulté ne se situe non pas au moment de l'annonce du diagnostic mais au moment de l'annonce de la récurrence ou de la fin de vie* ». Bernard Hoerni dit qu'il est plus compliqué pour le médecin d'annoncer une métastase incurable qu'un

diagnostic initial, alors que pour le malade ce serait plutôt l'inverse. Pour eux la difficulté n'est pas dans l'annonce du diagnostic mais dans l'annonce de l'incurabilité de la pathologie, ce qui peut être vu par le praticien comme un échec.

Pour Martine Ruszniexski psychologue clinicienne et psychanalyste à l'Institut Curie et Carole Boulec cheffe des soins de support à l'institut Curie dans l'article « L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale épreuve pour le malade, défi pour le médecin » disent que l'annonce d'une mauvaise nouvelle peut être très difficile à réaliser pour les médecins car ils en connaissent tout l'enjeu. Dans ce même article il est dit que l'annonce peut être traumatisante pour le médecin. Une erreur, une omission ou une vérité dite trop rapidement peut laisser une souffrance persistante chez le professionnel. Dans cet article les auteures donnent un exemple d'un jeune médecin qui, par optimisme, n'évoque pas le risque de rechute de la maladie. Lorsque celle-ci se produit, le patient se sent trahi et porte plainte. Des années plus tard, le médecin reste marqué par cette mauvaise expérience et devient extrêmement prudent.

Elles expliquent qu'il arrive que les médecins s'identifient au patient, ils peuvent prendre conscience qu'ils sont eux-mêmes mortels, en pensant pouvant un jour être à la place du malade. D'autres part ils peuvent se trouver de nombreux points communs avec le patient et être face à une personne qui leur ressemble.

Selon Laplanche et Pontalis, tous deux philosophes et psychanalystes « *les mécanismes de défense constituent l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique* ». Les mécanismes de défenses sont mis en place par les médecins de manière inconsciente pour se protéger. Lors de l'annonce les médecins peuvent mettre en place des mécanismes de défense tel que le mensonge par omission qui permet de retarder le moment de l'annonce, la rationalisation qui correspond à utiliser un jargon médical dans lequel le patient se retrouve peu, la fuite en avant c'est lorsque le médecin annonce de manière brutale les résultats pour se libérer du fardeau qu'il porte.

La Haute Autorité de Santé a créé un texte pour aider les professionnels à améliorer leur pratique pour répondre au mieux à l'attente des patients qui s'intitule « Annoncer une mauvaise nouvelle ». Ce guide énumère les difficultés que peuvent rencontrer les médecins lors de l'annonce : « *La peur de la maladie et la mort, la peur d'être désapprouvé, la peur de faire mal, le sentiment d'impuissance, le renoncement, accepter ses limites, le sentiment de*

culpabilité, la peur de ne pas être à la hauteur, la peur des réactions émotionnelles ». La Haute Autorité de Santé dit que le médecin a tendance à minimiser l'impact que peut avoir une annonce sur lui, c'est pour cela que dans ce guide, il est expliqué les mécanismes de défense pour que les médecins puissent les reconnaître. Comme Martine Ruszniexski et Carole Boulec ils parlent de la projection, de la fuite en avant et de la rationalisation. Ils ajoutent d'autres mécanismes de défense comme : La fausse réassurance le soignant va optimiser les résultats médicaux en entretenant un espoir artificiel chez le patient, La banalisation le médecin va minimiser les ressentis du patient et le mensonge, le médecin ment au patient pensant le protéger lui, alors que c'est lui qu'il protège.

3.2 Le non-dit

3.2.1 Le non-dit est-ce mentir ?

Selon le dictionnaire Le Larousse, le mensonge est « *l'action de mentir, de déguiser, d'altérer la vérité* » pour le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales le mensonge est une « *affirmation contraire à la vérité faite dans l'intention de tromper* ». Nous retrouvons ici une nuance dans la définition du mensonge, l'intention. Le mensonge serait différent s'il est intentionnel ou non.

Simone Manon, professeure en philosophie dans « Y a-t-il des mensonges innocents » explique la pensée de Jean-Jacques Rousseau, philosophe dans « Les rêveries du promeneur solitaire » dans lequel il dit « *Dire faux n'est mentir que par l'intention de tromper* », pour lui, un mensonge n'est effectif que s'il est intentionné. Il explique que dire faux sans intention correspond à l'erreur.

Néanmoins le philosophe, Jean-Jacques Rousseau explique ce qu'est le mensonge officieux, pour lui ce sont des inexactitudes dites sans volonté de nuire, parfois même pour adoucir une situation ou la rendre moins embarrassante.

Xavier Bouchereau, cadre et formateur en ressource humaine et éducateur spécialisé de formation écrit l'article « Mentir ? ça va de soi ! » dans lequel il explique que le mensonge apparaît dès la petite enfance et sert à la construction identitaire. Il dit que les personnes mentent souvent pour atténuer la peine de celui qui reçoit l'information mais aussi pour enjoliver le réel. Il explique que le mensonge serait une frontière entre nous et les autres. Il ajoute que l'on mentirait pour se protéger, ce qui constituerait un mensonge par omission. Pour lui « la transparence est une vertu incontestable ». Par transparence il veut dire, tout révéler à l'autre.

Alors que pour lui « *Toutes les vérités ne sont pas bonnes à dire* ». La transparence rend les personnes fragiles, manipulables et donnerai le pouvoir à l'autre.

Le non-dit « *C'est ce qui n'est pas exprimé de façon explicite avec des mots, mais qui devrait ou pourrait l'être. C'est ce qui dans un échange reste implicite ou informulé, que ce soit avec les autres ou d'abord avec soi-même.* » explique Cécile Kapfer, psychologue clinicienne dans « Le pouvoir caché des non-dit ». Le non-dit est une information qui n'est pas formulé verbalement.

On peut se demander quelle est la différence entre le non-dit et le mensonge par omission. Dans « Mentir c'est pas beau et pourtant !!! » France Brécard, psychothérapeute donne sa définition du mensonge par omission : « *C'est le mensonge qui n'en est presque pas un. On évite de dire quelque chose qui pourrait ennuyer, déranger, blesser, procurer du désagrément à soi ou aux autres.* » On comprend alors que le non-dit et le mensonge par omission sont très proche, cela revient à passer une information sous silence.

Sylvie Faizang dans son livre « La relation médecins-malades : information et mensonge » dit « *Le mensonge est aussi bien dissimulation d'une parole (vraie) que production d'une autre parole (fausse). On mesure toute la difficulté de distinguer entre une situation où une chose n'est pas dite pour faire croire son contraire* ». Le mensonge consiste alors à produire une parole contraire à la réalité ou à taire volontairement une information importante. On retrouve dans cette phrase toute la nuance qu'il existe entre le mensonge et le non-dit.

3.2.2 Causes du non-dit

Dans l'article « Vie et déclin du mensonge médical » le cancérologue Bernard Hoerni relate l'histoire du non-dit dans la médecine Il nous montre l'évolution de la médecine, passant d'une médecine paternaliste, où le médecin est placé comme tout puissant, à l'autonomisation des patients et dans laquelle ces derniers peuvent prendre les décisions concernant leur santé.

Nolwenn Guyomarc'h, dans sa thèse pour son doctorat en médecine intitulé « Faut-il toujours tout dire à son patient ? La communication en situation palliative : point de vue des médecins généralistes » interroge des médecins sur l'incertitude du pronostic, ils répondent qu'ils ne peuvent pas prédire l'avenir et qu'il est important de communiquer cette incertitude aux patients. Elodie Lemoine, docteure en philosophie et Pascale Vassal chef de service en soins palliatifs au centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne disent dans l'article « Relation de

soin à l'épreuve du mensonge" que *"l'élaboration d'un parcours de l'annonce, synonyme parfois de voilement temporaire de la vérité, sans atteindre pour autant le mensonge moralement condamnable, est représentatif d'un aveu d'incertitude, avec laquelle l'agir soignant doit sans cesse composer"*. Ces trois femmes disent que le soignant peut parfois choisir de transmettre la vérité progressivement, non pas pour mentir délibérément, mais pour respecter le patient et composer avec l'incertitude propre à la pratique médicale. L'incertitude médicale mène à un non-dit dans la relation soignant soigné s'il n'est pas expliqué au patient.

Dans l'article « Les inégalités au sein du colloque singulier : l'accès à l'information » Sylvie Faizang dit que l'information serait donnée aux patients selon leur statut social. Le médecin jugerait de l'aptitude des malades à recevoir l'information en fonction de critères objectifs (le niveau social par exemple) et de la perception qu'ils se font du patient. En fonction de son ressenti si le médecin estime que le patient n'est pas en capacité de comprendre, il peut choisir de retarder ou d'atténuer l'information. Le non-dit naît alors d'une perception personnelle plutôt que d'un réel échange avec le patient.

De plus, elle nous parle de la singularité des malades, elle dit que chaque patient a un bagage social et culturel. Certains patients n'auraient pas accès à l'information car ils ne comprendraient pas le jargon médical et n'oseraient pas poser de questions du fait qu'ils n'ont pas un niveau social très élevé. Les patients les plus éduqués exprimeraient eux, un désir d'information et seraient donc jugés plus aptes à recevoir les informations. Bernard Hoeni dit lui aussi qu'il est plus facile pour le médecin de donner l'information à des patients qui ont du savoir. Dans sa thèse « Faut-il tout dire à son patient ? La communication en situation palliative : point de vue des médecins généralistes » pour son doctorat de médecine Nolwenn Guyomarc'h interroge des médecins généralistes sur l'accès à l'information des patients. Les médecins disent aussi que le niveau social et intellectuel des patients est à considérer. Elle ajoute que le médecin ne donnerait pas l'information au patient s'il pense qu'elle n'est pas bénéfique pour lui.

Hélène Brocq dans "Ethique et annonce de diagnostic dit « *le "non-dit" était censé prémunir des débordements émotionnels douloureux* », on comprend que le non-dit peut être utilisé dans le but de préserver le patient d'une émotion trop intense. Néanmoins, ne serait-il pas utilisé pour préserver le médecin des émotions qu'il pourrait avoir du mal à gérer ? Xavier Bouchereau dans "Mentir? ça va de soi!" dit que le non-dit serait utilisé pour protéger le patient, atténuer la douleur et enjoliver le réel. L'auteur suggère que le silence ou l'omission d'information, n'est

pas forcément un acte de tromperie mais plutôt un acte bienveillant. Le non-dit permettrait de préserver le patient, il s'agirait alors d'un mécanisme de protection, fondé sur l'idée que toute vérité n'est pas toujours bonne à dire immédiatement ou entièrement.

Paulette Le Lous, infirmière responsable d'unité et Sophie Pautex, professeure en service de médecine palliative, dans leur article « Faut-il toujours annoncer une mauvaise nouvelle ? » explique que l'autonomie du patient est indispensable à la qualité de l'accompagnement en fin de vie pour le patient ainsi que pour son entourage. Pour elles, le diagnostic de maladie grave des personnes âgées est trop souvent révélé à la famille. Le patient est mis de côté, il ne connaît pas son diagnostic et devient un objet de soin et plus un partenaire de soin. Laurent Misery, médecin spécialiste en dermatologie et vénérologie et Myriam Chastaing, psychiatre dans « Information du patient et annonce de diagnostic de maladie grave » disent que *“Le secret médical n'est pas opposable au patient lui-même”*. Ils veulent dire que le secret médical ne peut pas être utilisé contre le patient pour lui refuser l'accès à l'information sur son propre état de santé. Le secret médical oblige les professionnels de santé à ne pas divulguer les informations concernant un patient à des tiers (famille, employeur, amis...). Il protège donc la vie privée du patient. Pourtant nous savons que parfois le diagnostic est révélé aux proches des patients, mais pas au patient lui-même.

De plus pour eux, le médecin qui doit annoncer est celui qui est à l'origine du diagnostic. Le fait que le médecin à l'origine du diagnostic soit aussi celui qui annonce peut renforcer la charge émotionnelle, la responsabilité et la volonté de protéger et donc mener à un non-dit. A contrario lorsque le médecin qui découvre le diagnostic est absent cela peut mener à un non-dit comme vécu dans ma situation d'appel.

Xavier Bouchereau, dans l'article « Mentir ? ça va de soi ! » explique que toutes les informations ne sont pas assimilables. Il prend l'exemple de parents qui veulent tout dire à leur enfant, qui n'est pas en capacité de comprendre malgré l'utilisation de mots simples. Il dit que *« Tout dire c'est imposer à l'autre ce qu'il n'a pas envie d'entendre »*. Certains patients ne sont parfois pas prêts à accepter ou à comprendre leurs situations. L'annonce d'un diagnostic ou d'un pronostic grave pourrait leur être délétère. L'article 35 du code de santé médicale énonce que *« Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination »*.

Hélène Brocq dans l'article « Ethique et annonce de diagnostic » et Laurent Misery médecin spécialiste en dermatologie et vénérologie et Myriam Chastaing, psychiatre dans « Information du patient et annonce de diagnostic de maladie grave » disent tous les trois que les médecins ne veulent pas informer du fait qu'ils aient peur d'être désapprouvé et de devenir le « mauvais objets ».

Il existe de nombreuses raisons et de nombreuses causes du non-dit qui peuvent avoir des conséquences sur la relation de soin.

3.2.3 Impact du non-dit sur la relation de confiance

Pour Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf, psychologues cliniciens, dans leur livre « La relation soignant-soigné » disent « *la relation est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* ». (Manoukian & Massebeuf, 2008, p. 9). Cela nous laisse comprendre que, fondamentalement il n'y a pas de soin sans relation car le soin naît toujours d'une rencontre entre deux individus.

Selon Bernard Hoerni dans « Le mensonge médical peut-il être une valeur éthique » le non-dit peut avoir un impact sur la relation de confiance. Il dit « *Le médecin menteur perd la confiance de la personne malade* » si on s'appuie sur la définition donnée par Alexandre Manoukian et Anne Masseboeuf : « *La confiance se construit grâce à la cohérence entre les paroles et les actes du soignant, ainsi que par une attitude respectueuse et sécurisante favorisant l'adhésion du patient aux soins.* » On comprend que si le médecin ne révèle pas tout à son malade la relation de confiance peut être entachée. Le patient peut alors remettre en cause son traitement et ne plus adhérer au soin comme l'explique Bernard Hoerni dans la suite de son article. Laurent Misery et Myriam Chastaing dans leur article « Information du patient et annonce du diagnostic de maladie grave » ajoute que lorsque cette relation de confiance est brisée il y a une perte de communication entre le thérapeute et le malade, ce qui va engendrer un isolement et une majoration de l'anxiété du patient.

De plus, comme le soulignent les auteurs, la rupture de la relation de confiance peut favoriser l'isolement du patient. Ce dernier peut hésiter à faire part de ses inquiétudes, ses symptômes ou ses difficultés, par crainte de ne pas être entendu ou compris. L'échange est limité, ce qui réduit la capacité du soignant à adapter ses soins aux besoins réels du patient. L'augmentation de l'anxiété, associée à cet isolement, peut également avoir des répercussions psychologiques importantes, telles qu'un sentiment d'abandon ou une perte de repères face à la maladie.

Dans la suite de son article Bernard Hoerni ajoute que « *L'ambiance de mensonge rompt l'authenticité et corrompt la relation, entre malade et soignant* ». Pour Manoukian, l'authenticité correspond à une « *attitude du soignant qui consiste à être sincère et cohérent dans la relation, afin d'établir une communication vraie et favoriser la confiance avec la personne soignée* ». (Manoukian & Massebeuf, 2008). Si le soignant cache les informations aux patients concernant sa santé, il ne peut pas être authentique et donc la relation ne peut être pleinement sincère.

De plus, ils expliquent que l'absence de partage d'informations peut engendrer chez la personne soignée un sentiment d'insécurité et d'incompréhension. Ne comprenant pas les enjeux de sa situation, le patient peut développer de la méfiance envers l'équipe soignante. Cette méfiance peut à son tour fragiliser la relation de confiance. En effet, si le patient perçoit une rétention d'informations, il peut remettre en question la transparence du soignant et douter de la pertinence des soins proposés. La relation devient alors moins collaborative et plus distante.

4 Enquête exploratoire

4.1 Méthodologie

Afin de réaliser ce travail, j'ai fait la rencontre de professionnels de santé pour les interroger grâce à un outil approprié. Pour cela, je me suis rendue dans différents lieux de soins dans le but de réaliser mon enquête exploratoire et de recueillir des réponses à mon questionnement.

4.1.1 Présentation de l'outil

L'outil principal que j'ai utilisé pour cette enquête est l'entretien semi-directif. Ce type d'entretien est particulièrement adapté pour explorer des thématiques complexes comme celles qui sont abordées dans cette recherche. Il permet d'orienter la discussion autour de thèmes précis tout en laissant la liberté aux soignants d'exprimer pleinement leurs idées et de partager leurs expériences personnelles. Concrètement, chaque entretien comporte une série de questions ouvertes, conçues pour encourager des réponses détaillées. Ces questions servent de guide tout en permettant aux infirmier(e)s d'aborder des réponses qu'ils jugent pertinentes. Chaque entretien dure entre quinze et vingt minutes afin de garantir un échange approfondi tout en respectant les contraintes de temps des soignants. Les entretiens ont été réalisés en face-à-face, dans un lieu calme et confidentiel si cela est possible. Cela peut inclure une salle de repos ou un bureau isolé, afin de garantir une discussion libre et sans interruption. De plus, les

entretiens sont enregistrés avec le consentement des infirmiers, ce qui permet de rester attentif à l'échange et d'éviter de perdre des éléments importants qui sont ensuite retranscrits pour permettre l'analyse.

4.1.2 Population choisie

J'interroge quatre infirmières afin d'obtenir un contenu riche que je vais pouvoir comparer. Je m'oriente sur ce corps de métier car mon souhait est de devenir infirmière et cela va me permettre de me projeter dans cette future posture.

J'ai interrogé quatre infirmières avec plus de 3 ans d'ancienneté dans le service, car elles ont une expérience suffisante pour étayer leurs propos. Ces entretiens m'ont permis de mieux comprendre leur réflexion sur la prise en charge des patients.

4.1.3 Lieu d'investigation

Les entretiens sont menés dans des services où l'annonce d'une pathologie est un enjeu quotidien. Premièrement, dans le service d'oncologie et d'hématologie car dans ces unités, l'annonce est centrale. Deuxièmement, dans le service de chirurgie digestive, car le contexte est pertinent en raison du fait que dans ses services des annonces de diagnostic ont lieu. De plus ces lieux ont très certainement des réglementations différentes en ce qui concerne l'annonce.

Ainsi, ces lieux d'investigation permettent de confronter les approches et les stratégies adoptées dans des milieux qui ont des conditions différentes mais où la prise en charge de l'annonce est essentielle.

4.1.4 Guide d'entretien

Un guide d'entretien (cf. Annexe I) structuré a été élaboré pour orienter les échanges tout en laissant une place à la liberté et aux choix de réponses des soignants. D'abord, il y a le talon sociologique, qui permet de mettre à l'aise l'interrogé et de recueillir des informations utiles pour l'analyse. Il sert aussi à situer les réponses dans un cadre social et contextuel plus large, ce qui est essentiel pour comprendre les dynamiques de travail et les interactions professionnelles. L'utilisation de questions ouvertes est également privilégiée pour encourager les soignants à exprimer librement leurs expériences et leurs points de vue, sans être limités par des choix prédéfinis. Des relances sont également utilisées pour approfondir certains aspects spécifiques, afin d'explorer plus en détail des éléments évoqués ou de clarifier certaines réponses. L'intérêt de ces relances est de donner aux participants l'opportunité d'ouvrir

d'avantage leurs réflexions et d'explorer des dimensions parfois inattendues de leurs expériences.

4.2 Analyse

4.2.1 Présentation de l'échantillonnage

J'ai réalisé mes entretiens auprès de quatre infirmières. Je vais les présenter brièvement. Le nom des soignantes interrogées a été modifié afin de préserver leur anonymat.

IDE	Service	Date DE	Ancienneté dans le service	Age	Formation
Marie	Chirurgie digestive et ORL	2016	8 ans	30 ans	Aucune
Anna	Hématologie	2021	4 ans	27 ans	Aucune
Alexandra	Chirurgie digestive et ORL	2015	10 ans	34 ans	Aucune
Victoire	Oncologie	2003	17 ans	36 ans	Aucune

4.2.2 Synthèses des entretiens

Entretien n°1 : Marie

Marie travaille dans un service où il y a deux spécialités, la chirurgie digestive et l'ORL. En ce qui concerne l'annonce Marie décrit deux façons de faire selon la spécialité dans laquelle le patient est hospitalisé. Elle ajoute que les infirmières ne sont plus présentes durant l'annonce faite par le médecin. Marie ajoute que les infirmières sont rarement au courant de ce qui a été dit durant l'annonce. Elle dit qu'après l'annonce, les patients sont souvent choqués et en pleur. Pour Marie la cause des non-dits dans l'annonce sont principalement liés à l'organisation médicale et le fait que les médecins attendent un diagnostic complet pour prévenir les patients. Marie dit que cela génère une peur constante de faire une erreur et une vraie colère. Elle plaide pour qu'une infirmière d'annonce spécialisée soit présente à chaque annonce oncologique, comme dans un établissement où elle avait travaillé auparavant.

Entretien n°2 : Anna

Anna travaille en hématologie, elle dit que l'annonce se fait uniquement entre le médecin et le patient. Elle ajoute avoir un rôle important après l'annonce car le patient a souvent besoin d'explication supplémentaire et de réponses à ses questions. Dans son service les infirmières sont souvent au courant de ce qui a été dit durant l'annonce car le médecin transmet l'information sur le logiciel informatique et prévient l'infirmière. Malgré tout il arrive que ce soit le patient qui informe l'infirmière de ce qui a été dit par soucis d'organisation du service et de charge de travail. Anna décrit une confiance des patients envers l'équipe de son service ce qui permet aux patients de mieux recevoir la mauvaise nouvelle. Néanmoins, elle pense que les non-dits existent car les médecins auraient peur de perdre la confiance des patients. De plus, elle ajoute que socialement les médecins sont là pour sauver et qu'il peut être difficile pour eux d'être face à l'échec. Ces situations de non-dit sont difficiles pour Anna car elles ne sont pas en accord avec ses valeurs et rendent la relation soignant-soigné moins honnête.

Entretien n°3 : Alexandra

Alexandra travaille comme Marie en chirurgie digestive et ORL. Elle dit que l'annonce est faite une fois que les résultats de l'anatomopathologie soit sortie pour informer le patient. Les annonces sont réalisées en chambre sans présence d'une infirmière. Alexandra explique ne pas être au courant de ce qui a été dit aux patients lors de l'annonce et que souvent ce sont les patients lorsqu'ils le souhaite qui lui racontent. Après l'annonce elle décrit les patients renfermés et dans le déni, souvent en pleur et qui interroge l'infirmière sur l'avenir. Pour Alexandra, il existe des non-dits car les médecins attendent d'avoir les résultats de l'analyse de la biopsie pour prévenir les patients. Face au non-dit Alexandra dit être gênée, et se sentir malhonnête. Elle exprime qu'il est difficile de répondre aux questions des patients dans ces situations et que cela la culpabilise. Alexandra ajoute que dans ces situations elle s'éloigne aussi du patient pour se protéger elle-même.

Entretien n°4 : Victoire

Victoire est infirmière en oncologie depuis 17 ans, explique que le médecin annonce uniquement quand il dispose des résultats anatomopathologiques et, si possible, après la RCP, pour pouvoir proposer les soins aux patients. Elle précise que l'annonce se fait en chambre à n'importe quel moment, sans que l'infirmière soit prévenue, et que celle-ci peut se joindre si elle est disponible, mais ce n'est pas systématique. Victoire dit qu'elle est globalement informée du contenu, mais s'interroge surtout sur les mots réellement prononcés car certains médecins évoquent les choses sans les nommer clairement. Elle observe que les patients réagissent souvent par le choc, mais que dans un service d'oncologie, beaucoup se doutent déjà de quelque chose à leur arrivée. Victoire rappelle que le médecin a légalement l'obligation d'informer, et que les non-dits viennent surtout des familles souhaitant protéger un proche, ou de patients qui ne veulent pas en savoir davantage. Elle dit que face à un patient non informé, elle évalue ce qu'il sait et donne les informations progressivement, convaincue que quand les choses ont été dites clairement, même les fins de vie les plus difficiles se passent mieux.

4.2.3 Analyse croisée

4.2.3.1 Déroulé de l'annonce

Un premier constat rassemble les quatre entretiens : quelle que soit l'ancienneté, le service, les conditions dans lesquelles se font les annonces restent largement informelles et dépendent avant tout du médecin en charge. Marie, avec ses 8 ans d'expérience dans un service à deux unités,

l'illustre de la manière la plus concrète en décrivant un écart entre le digestif où les annonces se font le plus souvent dans une salle calme, avec le patient accompagné de sa famille : « *Parce qu'au sud, en digestif, c'est très bien fait. Souvent ils se mettent dans une salle et ils convoquent la famille.* » (E1 L9-10) en ORL c'est différent Marie explique, « *Par contre en ORL, c'est fait à l'arrache pendant la visite* » (E1 L14-15). Ce contraste au sein d'un même service fait écho à ce qu'Alexandra observe dans le même : « *il y a certains chirurgiens qui sont plus à l'aise avec ça que d'autres* » (E3 L10-11). La qualité de l'annonce ne tient donc pas seulement d'une organisation collective, mais aussi à la personnalité du praticien. Un point que Victoire confirme avec le recul de ses 17 ans de pratique en oncologie, en évoquant des médecins seniors qui passent brièvement encore le soir pour annoncer le diagnostic de façon rapide et brutale, avant de repartir, tout en ajoutant, lucide : « *faut pas se leurrer, ça existe toujours* » (E4 L39).

C'est Marie qui avance l'explication structurelle la plus précise : en ORL, chaque chirurgien gère ses patients de manière isolée, sans réunion de service quotidienne, à l'inverse du digestif où un staff du matin permet de préparer les choses ensemble. Cette lecture rejoint indirectement ce que Victoire décrit en oncologie, où l'attente des résultats anatomopathologiques et de la RCP sert de repère commun avant toute annonce, elle dit « *un médecin va se positionner uniquement s'il a les résultats de l'anapath la seule chose qui fait foi, et souvent, il attend même d'avoir la RCP afin de donner un diagnostic au patient et de proposer quelque chose.* » (E4 L10-12), même si cela ne garantit pas non plus que l'annonce soit bien réalisée, on remarque néanmoins que du fait que ce soit un service d'oncologie l'annonce est réalisée de manière plus structurée. Anna, quant à elle, note que dans son service d'hématologie, le médecin note ses annonces sur le logiciel et finit par en parler dans la journée, peut-être parce que les hospitalisations longues de l'hématologie imposent davantage de coordination entre professionnels, mais aussi par le fait que ce soit un service spécialisé dans le cancer comme l'oncologie. Dans tous les cas, l'infirmière n'est presque jamais présente lors de l'annonce, et aucune des quatre ne décrit avoir été conviée de manière systématique par le médecin

4.2.3.2 Les réactions des patients lors de l'annonce

Sur les réactions des patients, les quatre infirmières s'accordent sur un socle commun le choc, les pleurs, le repli sur soi mais les nuances qu'elles y ajoutent reflètent des environnements de soin très différents. Marie et Alexandra, toutes deux dans des services de chirurgie, décrivent des patients qu'elles récupèrent après l'annonce, sans avoir été présentes : Marie parle de patients en état de choc : « *J'allais dire, souvent qu'ils sont un peu en état de choc, les patients,*

soit ils pleurent, soit ils sont en état de choc » (E1 L44-45), Alexandra de patients très renfermés : *« Et bien, justement, on les récupère ensuite, ils sont très renfermés. Ils sont tout de suite au téléphone avec leurs familles. »* (E3 L46-47). Ni l'une ni l'autre ne peut vraiment accompagner ce moment, faute d'avoir été informées ou présentes. De plus les infirmières de chirurgie ajoutent ne pas toujours connaître le protocole oncologique des patients et ont du mal à leur apporter des informations complémentaires en ce sens.

Anna, en hématologie, propose une lecture qui tranche avec les deux autres professionnelles. Pour elle, les patients réagissent globalement positivement, parce qu'ils se sentent *« en sécurité »*, *« à l'écoute »*, *« accompagnés »* (E2 L33-35). Cette différence s'explique probablement par la durée des hospitalisations en hématologie, qui laisse le temps à une relation de confiance de s'installer avant même que l'annonce arrive. Victoire, elle, apporte la grille de lecture la plus complète : dans un service d'oncologie, dit-elle, les patients arrivent souvent déjà en sachant un peu ce qui les attend, rien que par le nom du service *« oncologie qu'est-ce que c'est ? donc déjà ça prépare un peu »* (E4 L67-68). Elle distingue ceux qui tombent de haut, ceux qui se doutaient de quelque chose, et ceux qui ont déjà commencé à cheminer. Ce regard, qu'aucune des trois autres n'adoptent, est le fruit d'années passées à observer des patients dans des situations similaires. Il rejoint pourtant indirectement ce qu'Alexandra observe : que la plupart des patients *« se doutent qu'il y a quelque chose »*, même quand rien n'a encore été dit (E4 L85).

4.2.3.3 Les causes du non-dit

Les quatre infirmières identifient des causes aux non-dits, mais leurs lectures se complètent plus qu'elles ne se contredisent. Elles trouvent un point commun : l'attente des résultats notamment liés au résultats des biopsies. Marie dit que les médecins attendent les résultats de l'anatomopathologie, Alexandra confirme que *« tant qu'il n'y a pas tous les résultats, les gens ne disent pas »* (E3 L58-59), et Victoire insiste sur le même point en précisant que le médecin ne prend la parole que lorsqu'il a *« la seule chose qui fait foi »*. Cette similitude sur la justification médicale du délai n'empêche pas Marie et Alexandra de pointer que les choses traînent parfois au-delà : Marie dit ne pas comprendre pourquoi certaines annonces tardent alors que les résultats sont là *« tu as l'impression que ça traîne, alors que les choses pourraient être dites plus tôt »* (E1 L55-56), et Alexandra ressent la même chose sans pouvoir l'expliquer.

Là où les témoignages divergent vraiment, c'est sur les raisons plus profondes. Anna avance une explication que les autres n'évoquent pas dans les prises en charge palliatives : la peur du

médecin de perdre l'estime du patient. Elle pense que les médecins, évitent parfois de parler pour ne pas être « *moins bien estimés* » (E2 L45-46). Elle ajoute une dimension sociétale : la médecine actuelle est, selon elle, dans une logique de « *sauver à tout prix* » (E2 L114-115) qui pousse à donner de l'espoir même quand l'équipe sait qu'il n'y en a plus, le palliatif étant la dernière prise en charge souhaitée, elle peut aussi être vue et vécue comme un échec pour le praticien qui prononce le diagnostic. Victoire partage une partie de ce constat elle décrit des situations où les traitements se poursuivent alors que tout le monde sait que ça va finir en soins palliatifs. Mais elle le formule différemment, en rappelant que le médecin a une obligation légale d'informer : « *il n'a pas le droit de pas lui dire* » (E4 L110-111). Elle est la seule à poser ce cadre juridique, que ni Marie, ni Anna, ni Alexandra ne mentionnent. Nous pouvons expliquer son analyse par le fait qu'elle travaille dans le service d'oncologie depuis de nombreuses années, son ancienneté lui amène donc une expérience en termes d'annonce de diagnostic plus importante. Elle introduit aussi des causes : les familles qui demandent à protéger un proche âgé, les barrières culturelles et linguistiques, ou les patients qui ne souhaitent pas savoir.

Enfin, nous avons identifié un autre facteur du non-dit : la spécialité des médecins. Selon le service dans lequel est réalisé l'annonce, on peut remarquer des divergences. En effet, l'analyse des entretiens reflète le fait que les médecins ayant une spécialité oncologique sont formés à cette méthode et par conséquent tiennent informer les IDE de ce qui a été dit au patient même si d'un point de vue temporel, Anna dit qu'en hématologie qu'il y a souvent un décalage. (E4 L25-30). Cela peut s'expliquer par la charge de travail, le fait qu'ils ne soient pas présents aux mêmes horaires dans la chambre du patient... Mais on constate que cette transmission est réalisée, soit de manière écrite ou orale afin de proposer au patient une prise en charge optimale au plus proche de ses besoins. Par contre en chirurgie par exemple, Alexandra évoque le fait que ce soit souvent le patient qui l'informe du diagnostic (E3 L40-42).

4.2.3.4 Ressenti des infirmières face au non-dit

C'est sur ce point que les quatre infirmières se rassemble le plus. Quelle que soit leur ancienneté, leur service ou leur génération professionnelle, toutes disent la même chose : le non-dit les met mal à l'aise, leur donne l'impression de ne pas être honnêtes, et crée une tension difficile à gérer au quotidien.

Marie l'exprime avec franchise, « *ça met en colère* » (E1 L73) et décrit la peur permanente de faire une gaffe. Anna, traduit cela par un conflit de valeurs : « *dans ma prise en soins, ce n'est pas cohérent avec l'infirmière que je veux être* » (E2 L90-91) et « *je veux qu'on soit franche, honnête, comme j'aimerais qu'on le soit avec moi* » (E2 L89-90). Alexandra parle de gêne, de culpabilité et de frustration. Victoire, avec le recul de ses 17 ans d'expérience en oncologie, utilise un mot fort : « *c'est très hypocrite* » (E4 L137) avant de pointer la contradiction concrète que cela crée dans les soins : « *ça va pas avec les actions que tu vas mettre en place, c'est contradictoire* » (E4 L157-158). Ces formulations différentes disent en réalité la même chose : le non-dit empêche les infirmières d'être ce qu'elles veulent être professionnellement, indépendamment de leur expérience.

4.2.3.5 Impacts sur la relation soignant-soigné

Toutes les infirmières s'accordent sur un dernier point : soigner un patient qui n'est pas informé de son état est fondamentalement différent et plus difficile que soigner un patient qui sait. Mais là encore, ce sont les façons de le dire qui divergent.

Anna décrit cette différence de qualité relationnelle. Quand le patient est au courant, dit-elle, « *on sait qu'on va dans la même direction* » (E2 L123) et l'accompagnement est plus fluide et plus sincère. Quand il ne l'est pas, elle dit « *on marche sur des œufs* » (E2 L127) et elle reconnaît créer inconsciemment une distance pour ne pas trahir ce qu'elle sait. Alexandra dit la même chose autrement : quand le patient ne sait pas et ne se doute de rien, elle se dit qu'il va être très surpris lors de l'annonce, et cela l'oblige à peser chaque mot, à contrôler ses émotions, elle explique avoir un « *un auto self-contrôle sur nos émotions* » (E3 L131), rendant la relation moins naturelle. Marie, elle, décrit l'inconfort de se retrouver bête face au patient, incapable de répondre à ses espoirs ou à ses questions sans trahir ce qu'elle sait déjà. Ces trois descriptions sont semblables et montre que le non-dit ne touche pas seulement le patient, il modifie profondément la posture et la disponibilité du soignant.

Victoire, avec ses années d'expérience en oncologie, est celle qui formule le plus simplement et le plus clairement ce que les trois autres expriment : « *c'est plus confortable quand le patient est informé* » (E4 L59-60). Elle ajoute que lorsque les choses ont été dites clairement, même les fins de vie les plus lourdes se passent mieux, parce qu'on peut alors parler de mort, de directives anticipées, de confort sans détour. Ce que Marie, Anna et Alexandra vivent comme un malaise

difficile à gérer, Victoire l'a transformé en conviction professionnelle : la transparence, même douloureuse, rend les soins plus confortables pour le patient et le soignant.

5 Problématique

5.1 Les conditions d'annonce : entre idéal institutionnel et réalité du terrain

Selon l'INCa, l'annonce d'un diagnostic de cancer représente un choc psychologique important qui doit être accompagné dans les meilleures conditions. Le dispositif d'annonce issu du Plan cancer 2003-2007 prévoit un lieu calme, des mots simples adaptés au patient, et la possibilité d'une présence infirmière aux côtés du médecin. Pourtant, les quatre infirmières interrogées décrivent des pratiques souvent éloignées de ces recommandations.

Marie observe une différence nette entre les deux spécialités dans lesquelles elle travaille. En digestif, les annonces sont globalement bien faites : « *ils se mettent vraiment dans une salle et ils convoquent la famille* » (E1 L10-13). En ORL, au contraire, elles se font sans cadre, sans présence de la famille. Victoire confirme : les annonces se font « *n'importe quand, la journée, le soir* » (E4 L19), et certains médecins seniors annoncent encore brutalement. De son côté Alexandra nous explique que la qualité de l'annonce dépend surtout du chirurgien : « *il y en a qui sont plus à l'aise avec ça que d'autres* » (E3 L10-11). Ce constat rejoint celui d'Hélène Brocq, qui souligne dans « Éthique et annonce de diagnostic » que les médecins sont peu formés à l'annonce, leur cursus universitaire étant centré sur la maladie plutôt que sur le malade. C'est précisément cette inégalité de pratiques liée aux individus plutôt qu'à un cadre commun que le dispositif d'annonce cherchait à corriger.

Anna soulève que la présence infirmière lors de l'annonce a progressivement disparu sous l'effet de la charge de travail : « *à l'époque, il y avait l'infirmière, maintenant on a tellement de travail qu'on n'est pas présente* » (E2 L6-8). Or, Fabienne Teike, Muriel Gasser et Serge Gallant rappellent dans « L'art infirmier dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle » que cette présence permet de soutenir le médecin et d'accompagner le patient dans ce moment difficile. Son absence est contradictoire avec les recommandations de l'INCa. Marie va plus loin en proposant une solution concrète : elle souhaite qu'une infirmière d'annonce spécialisée soit présente à chaque annonce oncologique, en s'appuyant sur son expérience dans un établissement où ce fonctionnement existait déjà.

5.2 Le rôle infirmier : La reprise d'annonce

Fabienne Teike, Muriel Gasser et Serge Gallant décrivent le rôle infirmier après l'annonce médicale : accueillir les émotions du patient, évaluer sa compréhension, identifier ses ressources et l'orienter dans son parcours de soins. Ce temps, prévu dans le dispositif d'annonce comme la reprise paramédicale, est celui que les infirmières vivent le plus intensément même si elles ne l'appellent pas ainsi.

Anna est celle qui en parle le plus précisément. Elle reprend les informations avec ses propres mots, répond aux questions que le patient n'a pas osé poser au médecin, et reste disponible dans la journée : *« nous, on le reprend aussi avec nos mots, des fois plus simples, pour lui réexpliquer »* (E2 L11-13). Les patients reviennent d'eux-mêmes vers les infirmières pour continuer à questionner, ce qui correspond exactement à l'espace de parole que les auteurs décrivent. Marie insiste sur le même point : après l'annonce, les patients sont souvent en état de choc ou en pleurs, et l'infirmière essaie d'être là, bienveillante. Cette disponibilité est le quotidien des soignantes, même sans formation spécifique. Mais comme le rappellent les auteurs cités précédemment, une infirmière accompagne mieux le patient après l'annonce si elle y était présente. C'est précisément le problème que toutes identifient : n'étant pas là au moment de l'annonce médicale, elles ne savent pas toujours ce qui a été dit, ce qui fragilise leur capacité à prendre le relais.

5.3 Les médecins face à l'annonce

Martine Ruszniewski et Carole Bouleuc stipulent dans leur article que l'annonce peut être traumatisante pour le médecin lui-même. La HAS liste les difficultés qu'il peut ressentir : peur de faire mal, sentiment d'impuissance, crainte d'être désapprouvé ou de faire face aux réactions émotionnelles du patient. Pour y faire face, des mécanismes de défense s'installent souvent de manière inconsciente : fuite en avant, jargon médical, mensonge par omission, fausse réassurance. Plusieurs de ces mécanismes sont observés par les infirmières, même si elles n'utilisent pas ces termes.

Marie donne l'exemple le plus frappant en décrivant des annonces faites rapidement en chambre. Ce comportement correspond à ce que la HAS appelle la fuite en avant, et à ce qu'Hélène Brocq décrit comme une annonce traumatisante pour le patient et le soignant. Anna identifie un autre mécanisme : la peur de perdre l'estime du patient *« je pense que c'est pour ne pas être moins bien estimé, pour ne pas avoir cette perte de confiance »* (E2 L45-46). Hélène Brocq, Myriam Chastaing et Laurent Misery évoquent cette crainte de devenir le « mauvais

objet » aux yeux du patient, pouvant conduire à retarder ou atténuer l'annonce. Victoire observe des annonces qui tardent à être faites, même quand le diagnostic est connu, sans raison médicale apparente : « *ça traîne en longueur, alors que tu sais très bien que le patient va mourir* » (E4 L47). Ce délai correspond à ce que Bernard Hoerni décrit comme le mensonge par omission, repousser l'annonce sans en assumer la décision.

Anna propose une lecture plus large : « *on est dans une société où on ne veut pas mourir et vivre le plus longtemps possible* » (E2 L110-111). Pour elle, cette pression se retrouve dans les pratiques médicales, avec des médecins qui entretiennent un espoir qui n'est pas partagé par l'équipe soignante.

5.4 Le non-dit pour protéger

Cécile Kapfer définit le non-dit comme ce qui n'est pas exprimé de façon explicite, mais qui devrait ou pourrait l'être. France Brécard précise que le mensonge par omission consiste à éviter de dire quelque chose qui pourrait blesser ou déranger. Les quatre infirmières doivent jongler entre ce qu'elles savent, ce qu'elles peuvent dire, et ce qu'elles taisent.

Xavier Bouchereau explique que le non-dit peut être un acte bienveillant, destiné à protéger l'autre. Certaines infirmières rejoignent partiellement cette idée. Alexandra reconnaît que le silence peut parfois se justifier « *pour le bien-être psychologique du patient* » (E3 L71-72), mais admet aussitôt que ça ne la met pas à l'aise pour autant. Marie partage ce malaise : en attendant que l'annonce soit faite, elle est obligée de faire semblant de ne pas savoir « *tu fais comme si tu ne savais pas auprès du patient* » (E2 L58). Victoire pointe la contradiction entre les actes et les paroles « *ça va pas avec les actions que tu vas mettre en place* » (E4 L157-158). Hélène Brocq rejoint cette idée sur le plan théorique : le non-dit, censé protéger le patient, finit surtout par protéger le médecin.

Anna est la plus directe sur le conflit de valeurs que ça génère : « *dans ma prise en soins, ce n'est pas cohérent avec l'infirmière que je veux être* » (E2 L90-91). Elle ajoute : « *je veux qu'on soit franche, honnête, comme j'aimerais qu'on le soit avec moi* » (E2 L89-90). Cette tension entre valeurs personnelles et contraintes institutionnelles rejoint l'analyse de Sylvie Faizang : le mensonge n'est pas seulement une parole fausse, c'est aussi la dissimulation d'une vérité, et cette dissimulation engage une responsabilité éthique. L'aspect légal du non-dit est quant à elle soulevée uniquement par Victoire, qui affirme que le médecin est tenu d'informer son patient :

« *il n'a pas le droit de pas lui dire, c'est une obligation* » (E4 L110-111), ce qui fait directement écho à l'article L.1111-2 de la loi du 4 mars 2002.

5.5 Conséquence du non-dit sur la relation de confiance

Pour Bernard Hoerni, le non-dit peut rompre la relation de confiance : il crée une ambiance de mensonge qui entrave la relation entre le malade et le soignant. Alexandre Manoukian et Anne Masseboeuf définissent l'authenticité comme la cohérence entre les paroles et les actes du soignant. Laurent Misery et Myriam Chastaing ajoutent que lorsque cette confiance est brisée, le patient se retrouve isolé et son anxiété augmente.

Les infirmières décrivent cette rupture de l'intérieur. Alexandra parle de gêne et de culpabilité : « *j'ai l'impression que je ne suis pas honnête. Et je n'aime pas ça* » (E3 L70). Marie est plus directe encore, et exprime de la colère. Anna nous explique comment le non-dit modifie la relation : quand elle sait quelque chose que le patient ignore, elle crée inconsciemment une distance pour ne pas le laisser transparaître « *peut-être que je crée une distance aussi parce que je ne veux pas qu'ils le voient à travers moi* » (E2 L127-129). C'est exactement ce que Alexandre Manoukian et Anne Masseboeuf décrivent : une relation qui devient moins collaborative, plus distante, dès lors que l'information n'est pas partagée.

À l'inverse, toutes témoignent que lorsque le patient est informé, la relation change de nature. Anna décrit un accompagnement plus aligné : « *on sait qu'on va dans la même direction* » (E2 L123). Victoire le dit simplement : « *c'est plus confortable quand le patient est informé* » (E4 L59-60), pour lui comme pour le soignant. Elle ajoute que lorsque le patient accepte sa situation, le soignant peut s'engager pleinement dans l'accompagnement vers le confort ce qui donne un sens différent aux soins.

5.6 Le savoir partagé et l'asymétrie dans le soin

Alexandre Manoukian et Anne Masseboeuf définissent la relation de soin comme fondamentalement asymétrique : le soignant détient un savoir et une responsabilité, tandis que le patient se trouve dans une position de dépendance liée à son état de santé. Hélène Brocq précise que cette asymétrie doit tendre à diminuer, en partageant avec le patient des informations précises sur sa situation. Or, les entretiens montrent que le non-dit creuse au contraire cet écart. Anna le formule clairement : quand le patient ne sait pas, elle ne peut plus soigner de façon cohérente. Elle fait part des situations où elle entre dans une chambre en pensant que le patient est informé, alors qu'il ne l'est pas ou l'inverse. Elle évoque aussi des

moments où c'est le patient qui lui annonce des changements dans sa prise en charge, la laissant sans réponse. C'est exactement ce que Alexandre Manoukian et Anne Masseboeuf définissent comme une rupture de cohérence dans la relation soignant-soigné. Victoire relève une nuance qui rejoint la réflexion d'Hélène Brocq sur les mots utilisés lors de l'annonce : « *est-ce que tu as bien prononcé les mots ? Cancer ? Métastases ? Phase terminale ? Soins palliatifs ?* » (E4 L52-54). Pour elle, le savoir n'est pas réellement partagé si les termes clés ont été évités, une idée que la HAS développe dans son guide « Annoncer une mauvaise nouvelle » : une annonce implique une vraie transmission, pas seulement l'énoncé formel d'un diagnostic.

Sylvie Faizang rappelle pour sa part qu'informer pleinement le patient, c'est reconnaître sa capacité à décider pour lui-même. Alexandra illustre ce paradoxe : elle sait que les patients préfèrent qu'on leur dise les choses clairement « *ils préfèrent ça plutôt que de cacher des choses* » (E3 L108-110) mais la situation l'empêche d'être aussi directe qu'elle le voudrait. Le patient se retrouve ainsi maintenu dans une dépendance, à l'opposé de ce que la loi Kouchner de 2002 entendait corriger.

6 Question de recherche

Ce travail m'a permis de comprendre qu'une collaboration pluriprofessionnelle, mais également entre les différentes spécialités médicales, comme la chirurgie et l'oncologie, permettrait de mieux gérer les non-dits et d'accompagner le patient de la manière la plus adaptée possible à sa situation. En effet, lorsque les professionnels de santé travaillent ensemble, partagent leurs observations, confrontent leurs points de vue et procèdent à des retours d'expérience, ils sont mieux armés pour répondre aux besoins des patients. Cette dynamique collective permet à chaque soignant de se sentir moins seul face à des situations complexes et émotionnellement difficiles, et donc d'être plus à l'aise dans sa relation avec le patient. Lorsque les soignants savent qu'ils peuvent s'appuyer sur leurs collègues et sur une équipe structurée, ils abordent ces moments délicats avec davantage de sérénité et de confiance.

Cette collaboration renforcée contribue également à améliorer la qualité globale des soins. Une prise en charge coordonnée, où chaque professionnel connaît le rôle des autres et communique efficacement, limite les informations contradictoires données au patient, réduit les malentendus et assure une continuité dans l'accompagnement. En cancérologie, où les patients traversent des étapes particulièrement éprouvantes, cette cohérence et cette complémentarité entre les

soignants sont essentielles pour maintenir un lien de confiance et offrir un soutien à la fois médical, psychologique et humain.

C'est pourquoi ma question de recherche est la suivante : **En quoi la collaboration interprofessionnelle permet-elle aux infirmières de mieux gérer les non-dits en oncologie ?**

7 Limites et critiques de ce travail de recherche

La réalisation de ce travail de fin d'études a été marquée par plusieurs difficultés que je souhaite exposer de manière transparente, car elles constituent des limites importantes à prendre en compte dans la lecture de ce travail.

Sur le plan rédactionnel, j'ai rencontré des difficultés à organiser mes idées et à construire une structure cohérente et logique. Il m'a été difficile de définir un fil conducteur clair dès le départ, ce qui a rendu la construction du plan plus longue et complexe que prévu. J'ai également eu du mal à éviter les répétitions au fil des parties, certaines idées revenant de manière involontaire à plusieurs reprises, ce qui peut nuire à la fluidité et à la clarté de l'ensemble. Par ailleurs, mettre des mots précis sur mes idées a représenté un vrai défi : il m'est arrivé de savoir ce que je voulais exprimer sans réussir à trouver les formulations adaptées, ce qui a parfois limité la qualité de l'argumentation.

Concernant le recueil de données sur le terrain, l'obtention des rendez-vous pour mener les entretiens a été plus difficile que prévu. Les soignants sont soumis à des contraintes de temps importantes dans leur travail quotidien, ce qui a rendu la prise de contact et la planification des entretiens compliquées, ce qui m'a fait perdre beaucoup de temps pour avancer mon travail.

La conduite des entretiens eux-mêmes a également représenté une limite. En tant que débutante dans l'exercice de l'entretien de recherche, j'ai parfois eu du mal à relancer les soignants de façon pertinente afin d'approfondir leurs réponses. À la relecture des retranscriptions, je me rends compte que j'aurais pu d'avantage relancer les soignants, cela aurait permis d'avoir un échange plus riche et des réponses plus pertinentes.

D'autres limites méritent également d'être mentionnées. L'échantillon de soignants interrogés est restreint, ce qui ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des professionnels de santé. La subjectivité essentielle à toute démarche qualitative, notamment dans l'interprétation des données, constitue aussi une limite. Enfin, en tant qu'étudiante en dernière année de

formation, mon niveau d'expérience en matière de recherche reste limité, ce qui a pu influencer à la fois la méthodologie choisie et l'analyse des résultats.

Conclusion

Ce travail de fin d'études est né d'une situation qui m'a profondément marquée, me laissant dans un sentiment d'inconfort et d'incompréhension face à ma propre posture soignante. C'est à partir de ce vécu que s'est construite ma question de départ : Comment les soignants gèrent-ils les non-dits en cancérologie ?

Ce cheminement m'a permis de construire une réflexion plus nuancée que celle avec laquelle j'avais débuté ce travail. En effet, si au départ le non-dit m'apparaissait avant tout comme une injustice faite au patient, j'ai progressivement compris qu'il s'inscrit dans une réalité bien plus complexe. Il peut résulter d'une organisation médicale défaillante, d'un manque de formation des soignants à l'annonce, de mécanismes de défense inconscients face à la souffrance et à la fin de vie, un manque de collaboration mais aussi parfois d'une volonté sincère de protéger le patient ou de respecter son rythme d'appropriation de la maladie. La dimension légale, les inégalités entre services, la singularité de chaque patient et la pression sociétale autour de la fin de vie sont autant de facteurs qui viennent complexifier ce qui pourrait sembler être en surface, comme un simple manque d'honnêteté.

Ce travail m'a également permis de mieux comprendre la place de l'infirmière dans ce processus. Souvent absente lors de l'annonce médicale, elle en supporte pourtant les conséquences au quotidien : accompagner un patient sans savoir ce qui lui a été dit, gérer ses propres émotions face au non-dit, maintenir une relation de soin authentique dans un contexte qui ne le favorise pas toujours. Les témoignages recueillis m'ont montré que cette tension est souvent ressentie, quelle que soit l'ancienneté, et qu'elle interroge profondément l'identité professionnelle de chacune.

Au-delà ce travail de recherche, cet écrit m'a vraiment fait évoluer. Je ne regarde plus le non-dit de la même façon qu'au départ. J'ai appris qu'avant de juger, il faut comprendre le contexte, les contraintes et les personnes qui y font face chaque jour.

Cette réflexion ouvre alors une perspective plus large, on peut se demander : en quoi une culture de communication plus ouverte au sein des équipes soignantes pourrait-elle changer la façon dont les non-dits sont vécus au quotidien ?

Bibliographie

- Bouchereau, X. (2014). Mentir ? ça va de soi ! Sens-dessous, 23-30.
- Brécard, F. (2011). Mentir c'est pas beau et pourtant !!! Actualités en analyse transactionnelle, (137), 83-84.
- Brocq, H. (2008). Ethique et annonce de diagnostic. Le journal des psychologues, 65-69.
- Faizang, S. (2006). La relation médecins-malades : information et mensonge. Presses Universitaires de France.
- Faizang, S. (2014). Les inégalités au sein du colloque singulier : l'accès à l'information. Les tribunes de la santé, 47-52.
- Formarier, M., & Jovic, L. (dir.). (2012). Les concepts en sciences infirmières (2e éd.). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01>
- Giraudet, J.-S. (2006). Annonce de diagnostic de la maladie chronique a un patient. Synoviale, 8-13.
- Guyomarc'h, N. (2019). Faut-il tout dire à son patient ? La communication en situation palliative : point de vue des médecins généralistes [Thèse d'exercice, médecine générale]. Université de Rennes.
- Hoerni, B. (2012). Le mensonge médical peut il être une valeur éthique ?
- Hoerni, B. (s.d.). Vie et déclin du « mensonge médical ». 349-358.
- Kapfer, C. (2004). Le pouvoir caché des non-dits. Albin Michel.
- Lelous, P., & Pautex, S. (2002). Faut-il toujours annoncer une mauvaise nouvelle. Cairn, 47-52.
- Manon, S. (2008, 7 mai). Y a-t-il des mensonges innocents ? PhiloLog. <https://www.philolog.fr/y-a-t-il-des-mensonges-innocents/>
- Manoukian, A. (2014). La relation soignant-soigné (4e éd.). Lamarre.
- Mattéi, J.-F. (2020, 15 décembre). Le pouvoir médical [Discours]. Académie nationale de médecine. <https://www.academie-medecine.fr/le-pouvoir-medical/>

Misery, L., & Chastaing, M. (2005). Information du patient et annonce du diagnostic de maladie grave. *La Revue de Médecine Interne*, 960-965.

Negri, A., & Baas, C. (2014). Les effets de l'annonce du cancer. *Le Journal des psychologues*, 317(4), 18–23. <https://doi.org/10.3917/jdp.317.0018>

Romano, H. (2010). L'annonce d'un diagnostic grave. *Revue de médecine interne*, 31, 626–630.

Rousseau, J.-J. (1782/2012). *Les rêveries du promeneur solitaire*. Flammarion.

Ruszniewski, M., & Bouleuc, C. (2005). Annonce d'une mauvaise nouvelle : Épreuve pour le malade, défi pour le médecin. *La Revue du praticien*, 55(9), 1017–1020.

Teike, F., Gasser, M., & Gallant, S. (2020). L'art infirmier dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle. 57-59.

Sitographie

Comment devenir infirmière d'annonce ? (2023, 22 mars). *Infirmière Reconversion*. https://infirmiere-reconversion.com/continuer-prendre-soin/comment-devenir-infirmiere-dannonce/#elementor-toc_heading-anchor-1 Consulté le : 28/02/2026

France. Code de la santé publique, art. L1111-2. <https://www.legifrance.gouv.fr/> Consulté le : 12/02/2026

Haute Autorité de Santé. (s. d.). Annoncer une mauvaise nouvelle. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf

Consulté le : 10/02/2026

Institut national du cancer. (s. d.). Sidération. <https://www.cancer.fr/glossaire/sideration> Consulté le : 26/02/2026

Institut national du cancer. (2021, 6 janvier). L'annonce de la maladie. <https://www.cancer.fr/personnes-malades/parcours-de-soins/temps-d-annonce/dispositif-d-annonce> Consulté le : 8/02/2026

Institut national du cancer. (2019, 4 novembre). Le dispositif d'annonce. <https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/parcours-de-soins-des-patients/dispositif-d-annonce> Consulté le : 28/02/26

Institut national du cancer. (2025, 19 septembre). Parcours personnalisé de soins (PPS). <https://pediatrie.cancer.fr/professionnels-de-sante/traitements-et-soins/parcours-de-soins/parcours-personnalise-de-soins-pps> Consulté le : 28/02/2026

La charte de la personne hospitalisée. (2006, 2 mars). Ministère de la santé. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf Consulté le : 12/02/2026

Larousse. (s. d.). Mensonge. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mensonge/50492> Consulté le : 14/02/2026

Le Robert. (s. d.). Annonce. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/annonce> Consulté le : 28/02/2026

Légifrance. (2005, 12 février). Article L1110-4 du Code de la santé publique. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685766/2005-02-12 Consulté le : 28/02/2026

Image générée par intelligence artificielle

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien

- Pouvez-vous vous présenter ? (Âge, date de DE, années d'ancienneté dans le service)
- Pouvez-vous m'expliquer comment se déroule une annonce dans votre service (que ce soit pour le diagnostic, le pronostic ou le passage en soins palliatifs) ?
- Etes-vous au courant de l'information reçue par le patient ?
- Pouvez-vous me décrire les réactions des patients lors de l'annonce ?
- Pourquoi, selon vous, existe-t-il parfois des non-dits aux patients ?
- Pouvez-vous m'expliquer les conséquences que vous avez pu repérer chez le patient ?
- Comment l'avez-vous vécu et pourquoi ? Comment vivez-vous ces situations de non-dits ?
- Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Annexe II : Autorisation d'entretien

Direction des Soins
Tél : [REDACTED]

Madame MUSCAT Cléo

Affaire suivie par :
[REDACTED]
Cadre Supérieur de Santé chargée de mission
à la Direction des Soins

Avignon, le 23 mars 2026

OBJET : travail de fin d'études
N/Réf. : VB/NC/28

Madame,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche.

Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

- Madame [REDACTED], Cadre de Santé du service de Chirurgie Digestive au 04.32.75.33.83.
- Madame [REDACTED] [REDACTED], Cadre de Santé du service Oncologie Hématologie au 04.32.75.93.05.

Afin de définir les modalités de réalisation de l'enquête.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de ma considération distinguée.

[REDACTED]
La Cadre Supérieur de Santé chargée de
missions à la Direction des Soins

Annexe III : Entretien Marie

- 1 Cloé : Est-ce que tu peux te présenter, me donner ton âge, ta date de D.E. et combien de temps
2 ça fait que tu es dans ce service ?
- 3 Marie : Alors j'ai 30 ans, date de D.E. 2016, et dans le service ça va faire 8 ans.
- 4 Cloé : Parfait. Alors, est-ce que tu peux m'expliquer comment se déroule une annonce dans
5 votre service, par exemple pour le diagnostic ?
- 6 Marie : Euh... Alors tu sais, on a deux services différents. Tu veux que je te dise les deux ou
7 pas ?
- 8 Cloé : euh, oui oui.
- 9 Marie : Parce que c'est très différent. Parce qu'au sud, en digestif, c'est très bien fait, souvent,
10 ils se mettent vraiment dans une salle et ils convoquent la famille. Des fois, ils demandent à une
11 infirmière, pas tout le temps, certains médecins demandent à une infirmière de venir avec eux
12 pour l'annonce. C'est vraiment dans une salle, souvent, à part, sauf pour les patients alités où
13 s'est fait en chambre, mais souvent ils convoquent la famille à une certaine heure.
- 14 Donc c'est plutôt bien fait au sud. Par contre, en ORL, c'est fait à l'arrache pendant la visite. Il
15 n'y a pas de famille, limite, la tête à peine rentrée dans la chambre. Ce n'est pas du tout la même
16 chose au niveau des annonces.
- 17 Cloé : Très bien. Et quand, par exemple, si c'est question de pronostic ?
- 18 Marie : Euh, tu veux dire, tu parles annonce de cancer.
- 19 Moi : Oui c'est ça.
- 20 Marie : Et quand tu parles de pronostic, c'est ?
- 21 Cloé : Par exemple, si c'est un patient où ils savent que le pronostic vital est à court terme, etc.
22 Comment ça se passe ?
- 23 Marie : C'est là que je dis, là, souvent, c'est vraiment... J'ai des exemples où ils prennent dans
24 une salle à part, soit salle de staff, soit salle de pause, soit dans la chambre. Il y a plusieurs
25 membres de la famille, il y a le patient, ils annoncent aux patients, à la famille.
- 26 Cloé : Très bien. Et quand c'est question de soins palliatifs ?

27 Marie : Euh, Il y en a moins après ici. C'est un peu la même chose. Ouais, c'est la même manière,
28 j'allais dire.

29 Cloé : OK. Et, est-ce que vous, vous êtes au courant de l'information que le patient reçoit ?

30 Marie : Ça dépend. Pas forcément. Des fois, on ne sait pas trop. Des fois, c'est clair avec certains
31 médecins.

32 Cloé : C'est médecin dépendant ?

33 Marie : Ouais ouais.

34 Cloé : OK. Et est-ce que c'est, souvent si c'est fait, par exemple, vraiment en chambre
35 correctement, là, vous êtes plus au courant et quand c'est un peu entre la porte, c'est plus...

36 Marie : Oui c'est ça.

37 Cloé : Est-ce que vous pouvez me décrire les réactions que les patients ont lors de l'annonce ?

38 Marie : Tu vois, il y avait un médecin qui nous prenait toujours à chaque fois. Maintenant, ils
39 le font moins. Oui, c'est vrai que souvent, on n'est pas là. On a plus le après nous, en fait on
40 n'est pas là pendant l'annonce.

41 Cloé : Et le après, comment cela se passe pour vous ?

42 Marie : Pour nous ?

43 Cloé : Pour vous et pour le patient ?

44 Marie : J'allais dire souvent qu'ils sont un peu en état de choc, les patients. Soit, ils pleurent,
45 soit ils sont en état de choc. Et après, on essaie d'être là, d'être bienveillant, de dire beh si vous
46 avez besoin, on est là.

47 Cloé : Oui, d'être présente. Et pourquoi, selon vous, il existe encore parfois des non-dits aux
48 patients ?

49 Marie : Beh ouais, c'est chiant ça. Alors, des fois, moi j'ai remarqué, ils attendent le diagnostic
50 complet, on va dire, avant de bien leur annoncer les choses. Tu sens qu'ils attendent des
51 résultats, des anaphes, des choses comme ça.

52 Genre, par exemple, ils ont vu à la chir, que c'était un cancer, nous on le sait mais ils disent,
53 tant qu'on n'a pas l'anapathie, on ne peut pas leur dire. Donc, il y a ce cas de figure. Euh...

54 Et des fois, c'est que ça traîne, en fait. Tu dis, mais pourquoi ils ne l'annoncent pas ? Et ça, on
55 ne sait juste pas pourquoi. En fait, tu as l'impression que ça traîne, alors que les choses
56 pourraient être dites plus tôt.

57 Cloé : Et vous face à ça ? Face à cette attente ?

58 Marie : C'est chiant parce que du coup, tu fais comme si tu ne savais pas auprès du patient.
59 Alors que tu sais les choses. Et puis, tu as toujours peur de faire une boulette, fin en plus.

60 Cloé : Et pour vous, c'est quoi les conséquences pour le patient ?

61 Marie : T'en as, t'as des patients, t'as l'impression qu'ils espèrent tellement, et quand tu connais
62 le diagnostic, du coup, tu es hyper embêté. Donc, tu dis rien, tu dis « ah oui, ah oui. »

63 Tu es un peu bête avec le patient. Tu dis ça, ça serait clair dans sa tête. Ils ne te diraient pas la
64 même chose. Fin, c'est pas cool pour nous non plus. Quand nous, on n'est pas au courant, il n'y
65 a pas de patient, ça nous met dans une posture pas agréable.

66 Cloé : Vous pouvez me décrire cette posture ?

67 Marie : C'est gênant. Ouais, t'as l'impression de cacher des choses. Ouais, c'est l'impression de
68 ne pas être honnête auprès des patients.

69 Cloé : Vous comment vous le vivez ?

70 Marie : Euh, souvent, c'est que ça me fait chier, les mots ne sont pas adaptés hein,

71 Cloé : C'est les mots qui viennent en premier qui compte

72 Marie : [rire] ça me fait chier vis-à-vis du patient, non mais quand même, ils pourraient être au
73 courant, ça met en colère. Fin ça arrive de moins en moins quand même je trouve. Mais des fois
74 on se dit « Mais merde, dites-leur les choses ». On a déjà eu le cas, c'était plus en ORL. Parce
75 que du coup, comme je te dis le dig, c'est plutôt bien fait. Mais en n ORL, un jeune de 30 ans,
76 on sait qu'il va mourir de cancer de la langue. Et en fait, son chir ne voulait pas lui dire
77 véritablement la chose. C'est un autre chir qui a fini par le dire. Mais de manière, comme je te
78 dis, limite, juste je passe la tête par la porte, « vous avez un cancer ». Ça me met en colère.

79 Surtout des jeunes comme ça. Tu te dis « fais les choses bien ». Il est mort pas longtemps après.
80 Ouais, c'est un peu de la colère.

81 Cloé : Et vous savez pourquoi les chirurgiens, ils ont autant de mal à vouloir aller annoncer ?

82 Marie : Comme je te dis digestif ça va, mais ORL, vraiment depuis que je travaille là, euh, c'est,
83 ça a toujours été comme ça. D'ailleurs, ça a posé problème à ce moment-là, avec ce chirurgien,
84 pour cette histoire, parce que c'est remonté jusqu'à la direction, et d'ailleurs il ne travaille plus
85 là, il fait qu'un hôpital d'une autre ville maintenant. Mais euh... ouais comme si en ORL ils
86 avaient, fin, en fait en dig ils ont un staff tous les matins à 8h, ils ont le temps de débattre entre
87 eux, de...fin...de...c'est pas une RCP.

88 Cloé : Oui

89 Marie : Ils ont le temps de bien faire les choses. Alors qu'en ORL ils ont pas ça donc, c'est
90 chaque chir gère un peu son patient, donc au final, tu vois si le chir lui-même décide de pas lui
91 dire, ben, fin les choses sont pas du tout cadré pareil en ORL. Vu que c'est mal cadré niveau
92 organisation médicale, ben en fait ça a des conséquences sur le patient, sur les annonces, il y a
93 que les jeunes chir encore ça va, mais les vieux chir ils s'en foutent un peu, ils osent pas dire
94 les choses, fin bon, faut le dire au patient, voilà.

95 Cloé : Est-ce que vous avez quelques choses à rajouter ?

96 Marie : Euh... On n'est pas les meilleurs je trouve quand même dans notre service, fin en
97 digestif ça va mais tu vois, moi, je me dis qu'il faudrait qu'il y ait une infirmière d'annonce
98 d'onco qui vienne à chaque fois presque. Parce que moi, je travaillais dans un autre hôpital
99 avant. Je crois qu'à chaque annonce de cancer, tu avais l'infirmière d'annonce qui était sur
100 différents services et qui accompagnait les chirs.

101 Cloé : Oui, déjà, s'il y avait même une infirmière qui était là tout le temps, au moins, vous, vous
102 savez ce qui a été dit. Et pour le suivi, pour vous, c'est beaucoup plus simple, en fait.

103 Marie : Après, l'infirmière d'annonce, ce serait le top, parce qu'elle, elle pourrait expliquer les
104 choses derrière. Parce que nous en fait, des fois, on ne connaît pas trop le parcours onco qu'ils
105 auront derrière. Tu vois, connaît mieux la chir. Oui, ça pourrait être mieux, en tout cas.

106 Cloé : Oui, pour que ce soit mieux suivi. Il manque ça pour

- 107 Marie : Oui, que les gens le vivent mieux. Parce que des fois, par exemple, on leur balance un
108 diagnostic et derrière ils nous posent pleins de questions, mais même nous on n'en sais rien.
- 109 Cloé : Merci beaucoup en tout cas

Annexe IV : Entretien Anna

- 1 Cloé : Alors, est-ce que tu peux te présenter, me donner ton âge, la date de ton DE et combien
2 de temps ça fait que tu es dans le service ?
- 3 Anna : Alors, je m'appelle Anna, j'ai 27 ans, j'ai eu mon diplôme en 2021 et ça fait 4 ans que
4 je suis en hémato.
- 5 Cloé : Est-ce que tu peux m'expliquer comment se déroule une annonce dans le service ?
- 6 Anna : L'annonce dans le service au jour d'aujourd'hui, c'est le médecin et le patient. À
7 l'époque, il y avait l'infirmière maintenant, on a tellement de travail qu'on n'est pas présente
8 lors de l'annonce. Il peut y avoir la personne de confiance, mais pas en systématique.
- 9 Cloé : Et par exemple, pour le pronostic ?
- 10 Anna : C'est souvent le médecin tout seul avec le patient. Nous, des fois, on reprend derrière
11 parce que le patient, il n'a pas forcément compris les termes ou sous le coup du choc, il n'a pas
12 intégré ce qui a été dit. Donc, nous, on le reprend aussi avec nos mots et des fois des mots
13 plus simples pour lui réexpliquer. Et dans la journée aussi, de lui-même, il revient vers nous
14 parce qu'il a des questions qui viennent. Et du coup, il nous pose beaucoup de questions à
15 nous, infirmiers, qu'il nous voit tous les jours.
- 16 Cloé : Et quand c'est pour un passage en soins palliatifs ?
- 17 Anna : Normalement, le médecin en parle et après, l'équipe mobile de soins palliatifs qui vient
18 en chambre, déjà évaluer le patient et puis discuter avec lui de la prise en charge, soit en LISP,
19 soit au secteur de soins palliatifs.
- 20 Cloé : Très bien. Est-ce que vous, du coup, vous êtes au courant de l'information qui est
21 donnée au patient ?
- 22 Anna : Le médecin nous le dit et il le transcrit sur le logiciel de l'ordinateur.
- 23 Cloé : Oui, donc ça, vous êtes quand même au courant, vous avez un échange avec le
24 médecin après qu'il ait fait son annonce.
- 25 Anna : Après, en fait, on va voir avec le médecin, mais pas forcément de suite après, parce
26 qu'avec la charge de travail, lui, après, il va passer à une autre chambre. Nous, on est dans nos

27 soins, donc on l'aura dans la journée. Après, moi, je sais que je lis pas mal les évolutions des
28 médecins. Et des fois, je le vois en premier écrit avant que le médecin me l'ait dit, mais il finit
29 par me le dire. Et des fois, c'est le patient qui me le dit en premier parce que je n'ai pas eu le
30 temps avant de regarder, soit mon ordi, soit de voir le médecin.

31 Cloé : Est-ce que vous pouvez me décrire les réactions des patients ?

32 Anna : Généralement, les patients, ils nous font confiance. Donc, finalement, la réaction est
33 positive. Parce qu'ils sont bien dans notre service, ils nous font confiance. Ils sont en sécurité,
34 ils se sentent à l'écoute, ils se sentent accompagnés. Donc, finalement, j'ai envie de dire
35 malgré le négatif de la situation, ils sont quand même positifs parce qu'ils savent qu'ils sont
36 bien entourés et bien accompagnés.

37 Cloé : Très bien. Pourquoi, selon vous, il existe toujours des non-dits au patient ?

38 Anna : Après, moi, par rapport aux non-dits, ça me fait penser à une situation où il y a eu une
39 erreur de chimio de la part du médecin. Je pense que c'est plus pour ne pas que le patient
40 perde confiance au médecin, en fait. Parce que nous, en tant qu'infirmiers, moi, ce n'était pas
41 une erreur. Mais une fois, j'avais oublié de relancer l'hydratation avec la chimio. Enfin, ce
42 n'est rien du tout. Je m'en suis voulu. Le lendemain, je suis allée voir la patiente. J'ai dit
43 pardon, je n'ai pas lancé l'hydrate. En fait, c'était parce que la patiente, pour moi, elle avait le
44 droit d'être au courant que je n'avais pas relancé. Même s'il n'y avait pas de conséquences en
45 soi. Je l'ai dit au médecin, mais il n'y avait pas de conséquences. Mais je pense que c'est peut-
46 être pour ne pas être moins bien estimé, pour ne pas avoir cette perte de confiance que du
47 coup, ce n'est pas dit. Parce que des fois, souvent, les prises en charge de fin de vie, elles sont
48 annoncées, mais tard au patient. Alors que nous-mêmes, en tant que soignants, on est au
49 courant qu'il n'y a plus d'espoir. Est-ce qu'il y a parce qu'ils veulent tout tenter, les médecins ?
50 Est-ce qu'ils veulent être sûrs à 100% qu'il n'y ait pas d'autres essais à faire avant ? Mais je
51 pense aussi que c'est pour l'estime et pour ne pas que le patient n'ait pas confiance en l'équipe.

52 Cloé : Tu as dit que pour toi, des fois, vous êtes au courant et le patient n'est pas au courant
53 tout de suite. Qu'est-ce que ça produit chez toi ?

54 Anna : C'est que moi, dans ma prise en soin, je ne suis pas à l'aise. Du coup, je ne sais pas ce
55 que je peux dire aux patients, ce que je ne peux pas dire. J'ai peur de faire une gaffe. Des fois,
56 c'est le patient qui m'annonce des trucs que je ne suis pas au courant. Des fois, je mets les

57 pieds dans le plat parce que je pensais qu'il était au courant, mais il n'était pas. Des fois, c'est
58 nous qu'on annonce des choses que finalement, ce n'était pas à nous de le faire. Mais on
59 pensait que le patient était au courant. Nous, on arrive dans la chambre comme si le patient
60 était au courant, mais en fait, il n'est pas au courant. Des fois, nous, on n'est pas au courant,
61 c'est le patient qui nous le dit, donc nous, on a l'air un peu bêtes. « Ah bon, le médecin a fait
62 ça, il a modifié ça, il vous a dit ça. Moi, je ne suis pas au courant. Ah bon, vous allez dans un
63 autre service, vous allez au soin palliatif ? Je ne suis pas au courant. » Ça nous met mal à
64 l'aise dans notre prise en charge du patient parce qu'on manque des informations. On a
65 l'impression de ne pas être cohérents dans ce qu'on fait et dans ce qui est dit.

66 Cloé : Dans un cas comme ça où c'est vous, par inadvertance, on va dire, qui informez le
67 patient, comment il réagit par la suite lorsque le médecin vient le confirmer ?

68 Anna : Il réagit bien parce que même nous, infirmiers, je n'ai pas l'impression qu'il y ait
69 vraiment de différence avec le médecin. Le patient nous pose toutes les questions, il nous fait
70 100% confiance. Moi, si je ne sais pas, je vais demander au médecin puis je reviens leur dire.
71 Donc, en fait, on a une très, très bonne relation avec eux. Je n'ai pas l'impression d'être moins
72 bien considérée que le médecin ou que ma parole a moins d'importance.

73 Cloé : Est-ce que tu arrives à repérer parfois des conséquences qui pourraient être perçues
74 chez un patient quand vraiment il ne sait pas et qu'il apprend la nouvelle ? Est-ce que ça peut
75 arriver ?

76 Anna : Des fois, le patient nous dit, j'ai l'impression que les informations ne circulent pas et
77 qu'on n'a pas les mêmes informations de la part de tous les professionnels de santé. Ça a déjà
78 été dit de la part des patients. Ils nous font confiance, mais ils nous disent que des fois, c'est
79 vrai que les informations ne circulent pas et qu'on ne communique pas forcément entre
80 équipes.

81 Cloé : Et toi, je ne sais pas si ça t'est déjà arrivé, mais d'avoir une situation où le patient ne
82 sait pas, toi, tu ne peux pas lui dire, tu ne lui dis pas, tu sais qu'il n'a pas l'information.
83 Comment tu réagis face à cette situation ?

84 Anna : Ça m'est déjà arrivé sur des patients qui sont en échec thérapeutique. Malgré tout, les
85 médecins donnent encore de l'espoir, alors que nous, on sait pertinemment qu'il n'y a plus
86 d'espoir et que ça va finir en soins palliatifs. Je ne suis pas bien parce que je pense que le

87 patient, c'est le premier qui doit être informé de la situation, qu'on doit tout lui dire. Après, il y
88 a des façons de dire les choses, bien sûr. Mais moi, du coup, ce n'est pas comme ça que je vois
89 le métier. Je veux qu'on soit franche, honnête, comme j'aimerais qu'on le soit avec moi. Du
90 coup, des fois, dans ma prise en soins, ce n'est pas cohérent avec l'infirmière que je veux être.
91 Finalement, j'arrive comme si de rien n'était. Le médecin m'a dit qu'on va faire un traitement.
92 Ah oui, d'accord, oui, oui. Alors qu'en fait, je sais très bien que non, on va arrêter les
93 traitements. Du coup, je ne suis pas raccord avec mes valeurs à ce moment-là, parce que la
94 vérité n'a pas été dite. Mais ce n'est pas à moi de dire aux patients. En fait, on arrête les
95 traitements et on va passer un soin palliatif. Surtout qu'après, nous, au niveau des médecins,
96 les médecins disent : « Mais en fait, ce n'était pas à toi de le dire. » Nous, si on pense qu'il y a
97 encore un espoir, c'est qu'il y a encore un espoir. Sauf qu'en fait, quand on n'a pas l'équipe,
98 c'est que non, il n'y a plus d'espoir et qu'il n'y aura pas d'autre traitement.

99 Cloé : Et à ton avis, c'est quoi qui fait que le médecin, on va dire, il reste dans ses positions et
100 que tu vois dans l'équipe ?

101 Anna : Parce que c'est un médecin, déjà. Parce qu'au niveau de son grade, je pense que quand
102 même les médecins, pour la plupart, pensent qu'ils sont au-dessus de nous au niveau
103 connaissance. C'est eux les docteurs. Nous, on dit ce qu'on a à dire, mais on n'est pas
104 médecins. On n'a pas fait leurs études et ce n'est pas à nous de prendre les décisions. Après, je
105 ne sais plus ce que tu m'as dit. Ça m'avait fait penser à autre chose. Ça m'a fait penser à autre
106 chose, mais j'ai perdu euh...

107 Cloé : La dernière question c'était, pourquoi les médecins, ils restent dans leur position ?

108 Anna : Je pense que c'est la société. Parce que même pour la famille, je pense qu'on est quand
109 même dans une société où on ne veut pas mourir et vivre le plus longtemps possible. Et on le
110 ressent, nous, dans les soins. Moi, en tant que personne, même pas en tant que soignante, en
111 tant que personne, des fois, je me dis pour la dignité du patient, il vaudrait mieux arrêter et le
112 laisser partir dignement. Et en fait, je vois bien qu'au niveau sociétal, au niveau de la
113 médecine, parce qu'on a beaucoup de progrès et qu'il faut sauver à tout prix, on est dans il faut
114 sauver à tout prix. Au détriment des conséquences qu'il peut y avoir.

115 Cloé : Et du coup, même pour reparler de quand les patients, ils ne savent pas forcément.
116 Donc, toi, tu as dit que ça te mettait mal à l'aise, tout ça. Et est-ce que tu ressens qu'avec le

117 patient, il peut y avoir une différence ? Je veux dire, avec un patient qui sait son diagnostic,
118 etc. Est-ce que tu ressens une différence de prise en charge ?

119 Anna : Il y a peut-être, je ne sais pas ce qu'on dit, en tant que soignante, il ne faut pas qu'il y
120 ait de relation, qu'il faut garder notre distance au niveau émotionnel. Peut-être qu'il y a un lien
121 en plus qui se crée. L'accompagnement, il est différent parce qu'on sait qu'on va dans la même
122 direction, dans le même sens et que là, s'il n'y a plus de traitement, on va se battre pour pas
123 qu'il souffre et pour qu'il soit bien. Quand le patient est au clair, généralement, il accepte et il
124 est d'accord qu'il ne veut pas souffrir. On est d'accord pour les accompagner. Comme je dis,
125 ils nous font confiance et c'est beau finalement pour eux d'être comme ça, d'être bien avec
126 nous. Quand ils ne savent pas, on marche un peu sur des œufs, on ne sait pas quoi dire. Peut-
127 être que je crée une distance aussi parce que je ne veux pas qu'ils le voient à travers moi qu'il
128 n'y a plus de traitement à faire. Donc oui, il y a peut-être du négatif dans la prise en charge du
129 fait que moi je le sache et que le patient ne le sache pas.

130 Cloé : Oui, inconsciemment, ça peut mettre une petite distance.

131 Anna : Soignant en soigné, oui.

132 Cloé : Est-ce que tu as quelque chose à rajouter ?

133 Anna : Non.

134 Cloé : Super, merci beaucoup.

135 Anna : Merci.

Annexe V : Entretien avec Alexandra

- 1 Cloé : Alors, est-ce que tu peux te présenter, me donner ton âge, la date de ton DE et ton année
2 d'ancienneté dans le service ?
- 3 Alexandra : Alors, je m'appelle Alexandra, ça fait à peu près dix ans que je suis dans ce service-
4 là. Mais avant, j'étais deux ans à Paris, parce que je viens de Paris. J'ai 34 ans. La date de DE
5 aussi ? C'était 2015. Je ne sais plus.
- 6 Cloé : Alors, est-ce que tu peux m'expliquer comment se déroule une annonce dans votre
7 service ? Pour le diagnostic par exemple.
- 8 Alexandra : Pour le diagnostic, ça dépend en fait, ça dépend, c'est un peu cas par cas. Ils
9 attendent quand même d'avoir toutes les analyses et les résultats. Pour dire quelque chose de
10 clair aux patients. Il y a certains chirurgiens qui sont plus, comment dire, ils sont plus à l'aise
11 avec ça que d'autres. Mais on ne fait pas forcément appel à une infirmière d'annonce avec. Tu
12 peux mettre pause.
- 13 [Reprise de l'enregistrement.]
- 14 Alexandra : Du coup, voilà, ça se passe comme ça dans la chambre en général. Et après, pour
15 le suivi, c'est que nous, à plusieurs reprises, on récupère les patients en pleurs et il va falloir
16 avoir des bons mots qu'on n'a pas forcément à ce moment-là non plus. Et on n'a pas forcément
17 non plus le temps de rester en chambre à chaque fois par rapport aux soins qu'on doit faire.
18 Donc, on fait appel à des psychologues, mais il y en a qui viennent, mais ils n'ont même pas le
19 temps de venir.
- 20 Cloé : Et pour le pronostic ou le passage en soins palliatifs, ça se passe pareil ?
- 21 Alexandra : C'est-à-dire ?
- 22 Cloé C'est-à-dire, comment ils leur annoncent ?
- 23 Alexandra : Ça, il voit avec la famille aussi, parfois. Parce que nous, on n'a pas vraiment
24 beaucoup de jeunes. Ça peut arriver, mais c'est plus des personnes âgées. Ils arrêtent un peu
25 l'acharnement thérapeutique. Et puis après, il faut appeler à l'équipe palliative mobile, du coup,
26 qui vient, qui fait le point sur le patient. Et ensuite, ils proposent une prise en charge palliative
27 en service. C'est rare après qu'on mute quelqu'un pour aller en soins palliatifs.

28 C'est déjà arrivé, mais franchement, c'est pas...

29 Cloé : Ce n'est pas la plupart des cas ?

30 Alexandra : Non.

31 Cloé : Et est-ce que vous êtes présente lors des annonces ?

32 Alexandra : Non. Enfin, en général, non. Moi, une seule fois, j'ai entendu ça, parce que j'étais
33 là. Mais sinon...

34 Cloé : Oui, on ne vous appelle pas ?

35 Alexandra : Non.

36 Cloé : C'est si vous êtes là sur le moment, et est-ce que vous êtes au courant de l'information
37 que reçoit le patient ?

38 Alexandra : Non.

39 Cloé : Pas du tout ?

40 Alexandra : Non. Franchement, moi, je n'ai pas le souvenir qu'on me soit venu ensuite me dire
41 « si on a dit ça ». C'est le patient qui vous dit, ce n'est pas le médecin, les patients nous le disent
42 s'ils ont envie de nous le dire aussi. Je pense qu'en général, ils sont quand même assez impactés.
43 Donc, ils se renferment un peu, mais oui.

44 Cloé : Est-ce que vous pouvez me décrire, vous avez déjà un peu répondu, les réactions des
45 patients lors des annonces ?

46 Alexandra : Eh bien, justement, on les récupère ensuite, ils sont très renfermés. Ils sont tout de
47 suite au téléphone avec leur famille en pleur.

48 [Nous avons été interrompus par des agents. J'ai décidé de reposer la question.]

49 Cloé : Du coup on reprend, est-ce que vous pouvez me décrire les réactions des patients lors de
50 l'annonce ?

51 Alexandra : Alors, ils se renferment. Ils ne sont parfois aussi pas dans le déni, mais si certains,
52 sont dans le déni. Ils veulent quand même savoir qu'elle va être la suite des choses, de la prise
53 en charge. Souvent, ils demandent aussi combien de temps ils leur restent en fait. C'est souvent

54 ça qu'ils nous demandent, s'ils vont guérir. Combien de temps ça va durer. Il y en a certains
55 qui nous demandent de voir une psychologue. Je sais que pour ma part, je propose à chaque
56 fois, s'ils ont besoin, de voir quelqu'un. Après, je ne vais pas forcer, mais je propose.

57 Cloé : Pourquoi, selon vous, il n'existe des non-dits aux patients ?

58 Alexandra : Alors, je pense parce que tant qu'il n'y a pas tous les résultats, les gens ne disent
59 pas encore qu'il y a une potentielle... chance qu'il y ai un cancer. Je sais que ça, du coup, ils ne
60 le disent pas tant qu'ils n'ont pas tous les tenants et les aboutissants mais, c'est vrai qu'après,
61 nous, on se retrouve un peu dans une position en tant qu'infirmiers, où le patient, il se doute de
62 certaines choses, et du coup, on ne sait pas trop quoi répondre. Parce que souvent, toute l'équipe
63 sait plus ou moins en amont, du coup, qu'est-ce qu'il en est de tel patient, de tel patient. Mais
64 on dit, « ne le dites pas pour l'instant, parce qu'on n'en a pas fait l'annonce ». Mais du coup, on
65 est un peu gênés, parce qu'il nous pose des questions parfois assez concrètes, et on ne sait pas
66 trop quoi répondre. Donc moi, à chaque fois, je dis, « le chirurgien, viendra... Pendant la visite
67 médicale », parce qu'après, ce n'est pas à nous de dire ça non plus quoi donc...

68 Cloé : Et vous, vous vous sentez comment par rapport à ça ? À cette situation, quand vous ne
69 pouvez pas dire, mais en même temps, vous êtes au courant par rapport aux patients ?

70 Alexandra : Moi, je suis gênée. C'est comme si je n'étais pas honnête. Et je n'aime pas ça, mais
71 des fois, on n'a pas vraiment le choix. Enfin, c'est aussi pour le bien-être psychologique du
72 patient. Mais je veux dire, on ne peut pas non plus lancer à dire quelque chose. Déjà, ce n'est
73 pas à moi de le faire, je pense. Mais je ne vais pas me lancer dans un sujet qui, au final, n'aboutira
74 pas, parce qu'il va encore me poser plein de question, et justement, parce qu'on n'a pas les
75 réponses. Et c'est là que l'angoisse va se former, alors que quand tout est clair, ça fait quand
76 même mal. Mais au moins, c'est clair. Voilà, et il sait après où il va.

77 Cloé : Est-ce que vous avez l'impression que c'est différent quand un patient est au courant,
78 tout ça, quand vous êtes avec lui, et avec un patient qui n'est pas au courant, quand vous le
79 prenez en charge ?

80 Alexandra : Oui ah ben oui, parce qu'en général, les gens qui ne sont pas au courant, alors, soit
81 ça peut arriver, mais ils ne se doutent vraiment de rien, et là, du coup, c'est très difficile, parce
82 qu'on se dit « oula, il va tomber de plusieurs étages, le pauvre ». D'ailleurs, je crois que ça s'est
83 arrivé il n'y a pas longtemps. On pensait que c'était une appendicite, mais en fait c'était pas ça

84 du tout. La patiente était sûre de ça, au final, donc, c'est un peu compliqué. Mais en général, la
85 plupart des cas, vu les questions qu'ils posent, ils se doutent qu'il y a quelque chose. Ils se
86 doutent.

87 Cloé : Et est-ce que vous pouvez m'expliquer les conséquences que vous pouvez repérer chez
88 les patients par rapport à tout ça ?

89 Cloé : C'est-à-dire ? Vous avez un peu répondu, mais quand ils ne savent pas comment ils
90 agissent, en fait.

91 Alexandra : Quand ils ne savent pas comment ils agissent ?

92 Cloé : Oui.

93 Alexandra : C'est-à-dire qui ? Les patients ?

94 Cloé : Oui.

95 Alexandra : Quand ils ne savent pas comment ils agissent, par rapport à nous ?

96 Cloé : Oui, à vous.

97 Alexandra : Je n'ai pas compris la question, désolée.

98 Cloé : En fait, vous avez répondu, Bon, on va passer à la prochaine. Vous, comment vous vivez
99 tout ça ? Le non-dit.

100 Alexandra : Le non-dit, c'est pas facile, parce qu'on soigne la personne, mais je trouve que c'est
101 quand même plus simple d'évoluer ensemble. Le soignant et le patient quand tout est clair, c'est
102 beaucoup plus facile, parce que moi, ça m'est déjà arrivé de faire une prise de sang avec des
103 marqueurs tumoraux, d'autres choses un peu plus poussées, et le patient m'a demandé clairement
104 pourquoi on fait ça. Du coup, j'étais un peu gênée, parce que je me suis dit, je fais quoi ? Je lui
105 dis ce qu'il en est ? Je lui dis, « écoutez, un peu plus d'explorations qui ont été demandées ». Je
106 dis quand même la vérité, sans dire exactement ce qui est demandé, parce que je ne veux pas
107 non plus paniquer les gens. Parce que déjà, être à l'hôpital, c'est difficile, et les gens souvent
108 nous demandent d'être claires avec eux, d'être directs, de ne pas passer par quatre chemins, que
109 s'il y a quelque chose à dire, on leur dit directement, ils préfèrent ça plutôt que de cacher des
110 choses. J'ai déjà eu des familles de patients qui m'ont dit, on ne veut pas que vous nous cachiez
111 quoi que ce soit, et moi non plus, je ne veux pas leur cacher quoi que ce soit. Mais c'est juste

112 que ce n'est pas à moi d'annoncer ça. En tout cas, je ne pense pas que ce soit à nous, je ne sais
113 pas s'il y a quelque chose qui dit que ce n'est pas à l'infirmière, mais je pense que, je pars du
114 principe que ceux qui demandent les prélèvements, ceux qui demandent certains contrôles, c'est
115 eux après qui sont plus à même, du coup, d'annoncer les choses en fonction des résultats qu'ils
116 ont reçus. Parce que nous, on ne se voit pas tout ça.

117 Cloé : En fait, l'infirmière, elle peut juste reprendre ce que dit le médecin, mais il faut que le
118 médecin ait annoncé pour qu'elle puisse, elle derrière, éclaircir. Mais elle ne peut pas
119 outrepasser le médecin en allant annoncer à sa place. Et au niveau de ce que vous, vous ressentez
120 personnellement, donc vous dites...

121 Alexandra : C'est beaucoup de gêne en fait, et de culpabilité aussi. J'ai l'impression que je ne
122 suis pas franche, alors que ça, c'est vraiment un truc que je déteste. Parce que je me mets à leur
123 place en fait, et je me dis, j'aurais voulu la même chose qu'eux à leur place. C'est-à-dire qu'on
124 nous dise clairement les choses, mais en tout cas, j'essaye d'être le plus empathique possible
125 aussi, d'être présente s'il faut, mais c'est vrai que c'est quand même frustrant de travailler comme
126 ça.

127 Cloé : Est-ce que pour vous, vous trouvez que ça entache la relation que vous pouvez avoir
128 avec le patient ?

129 Alexandra : Oui, parce qu'inconsciemment, je pense qu'on se protège aussi nous, en tant que
130 soignants en fait. On veut les protéger, du coup on se protège aussi. Parce qu'on essaie d'avoir
131 un contrôle, un auto self contrôle contrôle sur nos émotions, sur tout ce qu'on va dire. Du coup,
132 c'est moins fluide que si c'était déjà clair auprès de tout le monde en fait.

133 Cloé : Parfait. Est-ce que tu as quelque chose à rajouter ?

134 Alexandra : Pourquoi tu as choisi ce sujet ?

135 Cloé : Alors moi, j'ai choisi ce sujet puisque j'ai fait un stage dans une clinique. Et en fait, on a
136 eu un patient qui était jeune, à qui on n'a pas annoncé son diagnostic si, mais on n'a pas annoncé
137 vraiment son pronostic du fait que c'était incurable. Et il venait faire de la chimiothérapie, il
138 n'était absolument pas au courant. Et en fait, moi, j'ai été hyper mal à l'aise avec ce patient.
139 Pareil, j'ai l'impression d'être gênée, pas authentique, je me mettais en retrait, à chaque fois que
140 je rentrais dans cette chambre, j'avais l'impression qu'il y avait une ambiance un peu

- 141 particulière. Et pourtant, le patient était hyper jovial, hyper souriant. Et en fait, ça m'a totalement
142 déstabilisée. Et du coup, c'est parti de là.
- 143 Alexandra : Bah c'est bien, il est bien ton sujet.
- 144 Cloé : Merci beaucoup.
- 145 Alexandra : De rien. De rien

Annexe VI : Entretien Victoire

- 1 Cloé : Est-ce que tu peux te présenter, me donner ton âge, la date de ton DE et l'ancienneté dans
2 le service ?
- 3 Victoire : Alors, je suis Victoire, je suis diplômée de 2003. Je suis dans le service depuis le
4 début en fait. J'étais en pneumologie, j'ai commencé en pneumologie et après on a fusionné
5 pour la création des pôles quand on a construit cette unité. Donc c'était 2009.
- 6 Cloé : Très bien. Alors, est-ce que tu peux m'expliquer comment ça se déroule une annonce
7 dans le service ?
- 8 Victoire : Une annonce ?
- 9 Cloé : De diagnostic
- 10 Victoire : Alors, de toute façon, un médecin va se positionner et parler au patient uniquement
11 s'il a les résultats de l'anapath, la seule chose qui fait foi. Et souvent, il attend même d'avoir la
12 RCP afin de donner un diagnostic au patient et surtout de proposer quelque chose. Ça se passe
13 les trois quarts du temps comme ça, nous, en service, ou alors la RCP n'a pas encore eu lieu,
14 mais ça sera juste pour définir le protocole. Mais voilà, ils essaient quand même, ils vont pas
15 dire « Vous avez un cancer monsieur », laisser passer du temps pour faire des choses après. À
16 moins qu'il y ait un problème aigu, sinon c'est compliqué d'annoncer quelque chose sans rien
17 proposer derrière.
- 18 Cloé : Et ça se passe en chambre ?
- 19 Victoire : Ça se passe en chambre, n'importe quand, la journée, le soir. Il n'y a pas forcément
20 l'infirmière. Bon, si l'infirmière entend que le médecin va annoncer, à la limite, on se met avec
21 lui, on entend ce qu'il va dire. Des fois, on assiste aussi aux entretiens avec les familles. Mais
22 voilà, tout ça c'est informel.
- 23 Cloé : Le médecin ne nous prévient pas forcément en disant « je vais aller faire une annonce à
24 monsieur, est-ce que tu veux venir avec moi ? ». Ça ne se passe pas comme ça ?
- 25 Victoire : Non, parce que des fois, les patients viennent pour faire des examens, une biopsie, et
26 on ne va pas les garder jusqu'au résultat de la biopsie, donc eux, ils sont vus après en

27 consultation, avec une infirmière, ou IDEC, mais donc la RCP a eu lieu donc c'est une annonce
28 dans de meilleures conditions, un peu mieux quand même.

29 Cloé : Et s'il s'agit par exemple du pronostic ?

30 Victoire : La aussi c'est dit n'importe quand, c'est le même tableau. Si l'infirmière peut être
31 disponible, on est disponible. Si l'état du patient se dégrade, ça nécessite de voir le patient et la
32 famille, on essaie d'y assister, c'est vraiment pour, au maximum. Les médecins ne sont pas
33 contre notre présence. Ils ne font pas ça en catimini non plus, mais bon, on est informé quand
34 on peut. Après, on peut ou on peut pas. On est quand même un petit peu informé. Après avec
35 les médecins hospitaliers, après comme il y a les autres médecins seniors qui font leurs
36 consultations, eux genre ils font leurs consultations et après ils passent à 7 heures : « Bon ben
37 voilà, monsieur vous avez un cancer » voilà et après ils s'en va et toi tu es là « Bon ok », tu
38 vois, c'est des annonces un peu brutales. Ça existe, faut pas se leurrer ça existe toujours, même
39 si on essaye de faire mieux. Mais ça existe.

40 Cloé : Et si c'est pour un passage en soins palliatifs ?

41 Victoire : C'est plus compliqué, même s'ils sont formés. Il y a les lits identifiés, mais dans le
42 secteur, des fois, ils n'ont pas toujours leurs palliatifs autant que ceux qui sont sur leurs lits. Là
43 aussi ça prend plus de temps, je pense parce que, quand on dit que le patient va passer en soin
44 palliatif, il faut, il y a plusieurs critères, c'est plus long. Alors qu'en soit, il y a juste à le dire,
45 dans la forme. Il y a l'équipe mobile qui doit venir, il faut prévenir un tel, la psychologue...
46 Mais ça c'est des protocoles, ça prend plus de temps et c'est compliqué. Ça traîne en longueur,
47 alors que tu sais très bien que le patient va mourir, on perd un peu de temps. Après c'est délicat,
48 informer c'est toujours pareil, difficile à dire on le sait.

49 Cloé : Et du coup, vous n'êtes pas toujours au courant du contenu de ce qui est dit au patient ?

50 Victoire : Du contenu, après, oui, parce que c'est toujours pareil. « Oui j'ai dit au monsieur, ou
51 oui j'ai dit à la famille, que le pronostic vital était engagé ». D'accord, « est-ce que tu as bien
52 prononcé les mots ? Cancer ? Métastases ? Phase terminale ? Soins palliatifs ? » Voilà, des fois,
53 ils ne les prononcent pas. Oui il est en fin de vie, fin voilà il faut vraiment, les mots des fois
54 c'est important. « Est-ce que tu as bien prononcé soins palliatifs ? » ou des fois quand ils sont
55 dans un secteur, qu'il faut les rapatrier, il est informé ou pas ? Parce que moi, je vais, même
56 s'ils nous voient sur les deux secteurs, oui voilà comme ils nous voient sur les deux secteurs ça

57 glisse un peu mieux. Mais bon même. Le binôme change, la dynamique change. Tout un truc
58 qui change, on travaille vraiment ensemble avec l'aide-soignante, alors que sur l'autres secteurs
59 pas du tout. C'est tout un truc. C'est plus sympa, fin c'est plus confortable quand le patient est
60 informé.

61 Cloé : Est-ce que tu peux me décrire les réactions des patients quand tu peux assister à
62 l'annonce ?

63 Victoire : On va dire en général c'est le choc, le choc, après... Bien souvent, si c'est le matin,
64 il n'y a pas la famille. Mais selon ils essaient quand même de le faire un peu plus tard ou que
65 au moins il y a un rendez-vous médical avec la famille, pour que au moins l'aidant principal
66 soit là pour vraiment poser les choses. Alors le truc c'est que déjà, quand le patient arrive en
67 service, « oncologie qu'est-ce que c'est ? » donc déjà ça prépare un peu, alors oui déjà tu peux
68 expliquer. En hémato c'est pas pareil, il y a les maladies du sang et les leucémies. Mais nous
69 l'onco, c'est que de l'onco. Alors on va pas dire, ça arrive, mais très rarement qu'on se soit
70 trompé. Donc, choqué, il y en a certains qui le savent, donc il y en a d'emblée ou c'est dit, on
71 va aux urgences, il y a une pêche comme ça [mime avec les mains], donc c'est sûr ils montent
72 ils savent déjà un petit peu, ou des fois le médecin quand il échange avec le patient il peut
73 l'évoquer qu'il y a de forte probabilité, mais c'est toujours pareil...

74 Cloé : Oui tant qu'ils n'ont pas eu l'anapath

75 Victoire : Voilà, c'est le seul truc, après ils tombent des nues, fin c'est plus dans l'évolution,
76 parce qu'après, bon cancer, ou c'est dit en consultation et on les voit après ou voilà, ou ils savent
77 qu'ils sont en onco et qu'on suspecte ça, donc le mot cancer, ils l'ont déjà... Bon c'est sûr
78 qu'après il faut l'accepter, ça c'est encore autre chose. Fin des patients, c'est rare, le patient qui
79 arrive et qu'il ne sait pas pourquoi il est là en fait. Bon quand ils sont hébergés on le précise.
80 « Vous êtes en service d'oncologie mais attention », voilà c'est la réaction qui peut avoir oui.
81 Ils sont choqués, ou ils sont dans le déni, il y en a, ça arrive, il y a toutes les phases, ou tu as
82 ceux que « oui c'accord, je vais me battre », qui ont pris du recul déjà, ou est ce qu'ils y ont
83 pensé déjà, euh il y en a qui cheminent.

84 Cloé : Comme tu dis si on leur a évoqué, ou déjà le nom du service.

85 Victoire : Déjà quand, c'est confort pour tout le monde, si le mot cancer, déjà c'est évoqué, toi
86 en tant que soignant tu abordes la personne différemment, « qu'est-ce que vous avez

87 compris ? » Après tu reprends avec des mots simples, « on pense ça, ça, ça, mais ça peut être
88 pleins de choses , mais voilà après il y a peut-être plus de probabilité que ce soit ça, mais, on
89 peut faire peut-être autre chose ». Fin il faut essayer de nuancer. Toi tu fais que nuancer de toute
90 façon. Toi, t'arrondies les angles.

91 Cloé : Pourquoi, selon toi, il existe parfois des non-dits aux patients ?

92 Victoire : Quand le patient n'est pas demandeur, des fois il subit la situation, complètement, il
93 subit, il subit. Il accepte tout et n'importe quoi, en fait, il est pas dans le truc, ouais il subit. Il
94 est passif complètement, euh, les non-dits, on a eu des familles, toujours pareil, il faut pas le
95 dire, mais c'est pas vous qui avez la maladie. Alors comment je dois expliquer la chimio a
96 quelqu'un, sans utiliser le mot chimio, c'est quand même compliqué.

97 Cloé : Par exemple dans cette situation, comment la famille elle a pu être au courant avant le
98 patient ?

99 Victoire : Parce que en général c'est des personnes, c'est vraiment le cas de la personne âgé qui
100 est ok, parce qu'il y a aussi des évaluations onco-gériatrique, et voilà après, c'est plus la famille
101 qui veut protéger, même si le patient il a entendu « cancer » et encore des fois, il y en a après
102 qu'ils ne veulent pas savoir, tumeur, la tumeur, la grosseur, il y a des familles ou c'est comme
103 ça.

104 Cloé : Oui ils veulent préserver leur proche et pour eux...

105 Victoire : Oui il y a de tout, ou les enfants qui font venir les parents du pays, il y a une barrière
106 de la langue, donc, ils acceptent, ils subissent et eux ils comprennent rien pour le coup. Après
107 d'autres non-dit, je vois pas. Tu aurais un exemple ?

108 Cloé : Ben, par exemple, une situation où, une personne elle a un cancer, qu'est ce qui fait qu'on
109 ne va pas aller lui dire ? Que le médecin ne va pas lui dire.

110 Victoire : Il n'a pas le droit de pas lui dire, à la base, il a pas le droit de ne pas le dire, c'est une
111 obligation. Ça n'arrive pas ça, ça n'arrive jamais. Il y a toujours un moment. On a une fois ou
112 on a eu une patiente avec des troubles cognitif, ou on lui disait « c'est pour votre cancer »,
113 c'était à chaque fois (souponner), mais ça duré une heure, à chaque fois, le temps, l'annonce c'était
114 à chaque fois. Mais ça c'est un cas isolé, le médecin, il se doit de tout dire, ah oui là. Bon des
115 fois il va attendre avant de lui dire il va attendre 24, 48 heures, mais après lui aussi il va falloir

116 qu'il fasse des choses, puis le patient s'ils se dégradent il y a pleins de choses qu'il faut prendre
117 en compte.

118 Cloé : Admettons que le patient est au courant de son diagnostic sauf que ça n'évolue pas
119 correctement, le médecin ne vas pas forcément le voir pour lui dire qu'il est en échec
120 thérapeutique par exemple ?

121 Victoire : Si quand même, le référent il vient, alors tu vois le passage de, du curatif au palliatif,
122 c'est décidé de façon collégiale. Donc le médecin référent onco, il va. J'ai jamais vu, fin si
123 ponctuellement au consult, mais c'est fait au jour le jour. Voilà il décide, c'est lui qui a le dernier
124 mot, donc c'est lui qui va annoncer, c'est toujours pareil. C'est lui qui prend la décision. C'était
125 quoi que tu me disais ?

126 Cloé : On parlait de si ça évoluait mal

127 Victoire : Donc c'est lui qui est chargé de le dire, parce que dans le service se sont deux
128 médecins généralistes, ils ont fait de l'onco toute leur vie, mais ils ont pas la spécialité d'onco,
129 donc après, la décision finale, c'est le médecin référent qui va annoncer. Donc bien souvent il
130 y a des patients qui sont repéré en amont par l'équipe de soin palliatif, qui font une pré
131 consultation, de repérage, qui savent qu'il y a des facteurs. On fait les chimios tout ça, il peut
132 répondre, mais, ça risque d'être bancal donc il y en qui sont repéré en amont. Des fois ils font
133 la visite avec, fin voilà. Après il y a la psy, fin on peut pas forcément se plaindre, si on se donne
134 les moyens, on peut mettre des choses en place. On les a les moyens, on a un peu de ressource
135 quand même, on n'est pas livré a nous-même, il ne faut pas exagérer.

136 Cloé : Pour toi, qu'elles sont les conséquences du non-dit pour un patient ?

137 Victoire : Très hypocrites, mais ça c'est mon propre jugement, c'est très hypocrite, et même
138 toi, dans ta relation avec ton patient, fin c'est pas du tout une relation de confiance et bien
139 souvent c'est quand même la base au départ. C'est sûr que ça va être compliqué après, donc il
140 faut quand même être réglo d'emblée. Euh, c'est très hypocrite, fin c'est pas dans nos pratiques,
141 on essaye quand même de pas trop le faire, fin on essaie. Je sais pas trop comment c'est perçu.

142 Cloé : Tu es dans une situation où le patient n'est pas au courant, que ce soit, diagnostic,
143 pronostic ou palliatif, quand tu vas prendre en charge ce patient, comment tu te positionnes ?

144 Victoire : Je vais lui demander ou il en est, qu'est-ce qu'il sait, qu'est-ce qu'il ne sait pas. Des
145 fois quand, même avec la famille, quand tu as commencé à poser des choses en mont, le patient
146 il peut décéder avec toi, ça se passera super bien, même avec la famille. Parce que les gens, il
147 faut les préparer, pas de but en blanc, pas du jour au lendemain, ça arrive les décès brutaux. De
148 toute manière il faut jouer la carte du confort, pour tout le monde. Moi j'apprécie, quand tu
149 commences à discuter avec la famille et les patients, mais il ne faut pas que le mot mort soit
150 tabou, ou presque, les directives anticipées soit évoqués. Après tu vois il adhère ou il n'adhère
151 pas, pas non plus à tout pris. Il faut glisser un petit peut, savoir où il en est. Telle situation ça
152 peut faire ça, l'état par rapport au matin se dégrade, on se rapproche. On n'est pas médecin on
153 n'est pas voyant mais tu vois qu'il y a un changement mais on les informe petit à petit. C'est
154 important de verbaliser beaucoup de choses. Le non-dit ça met en difficulté.

155 Cloé : En difficulté, c'est-à-dire ?

156 Victoire : Ben dans tes actions, en fait, à cause du non-dit, comment dire, ça va pas avec les
157 actions que tu vas mettre en place, c'est contradictoire en fait, alors que des fois non. Tu vois,
158 mime psychologiquement, c'est pas logique. Fin je sais pas, il faut être en accord avec ce qu'on
159 fait aussi, oui c'est ça, il faut être en accord.

160 Cloé : Tu as déjà eu une situation où le patient n'était pas informé ?

161 Victoire : Alors, informé oui, alors après est ce qu'il a compris ce que c'était. Le médecin il va
162 informer, mais il ne va pas aller plus loin, il y en a ils n'ont pas envie de parler de ça, fin c'est
163 tabou, le patient il vient pour sa chimio mais il ne veut pas en entendre parler. C'est encore très
164 particulier le mot cancer, pourtant c'est une maladie commune, il y en a de plus en plus. Voilà,
165 après ça se traite ou ça ne se stresse pas, c'est particulier le mot cancer. Après dans nos
166 générations, moins, mais il y a encore des générations où morphine, mort quoi, il y en a encore.
167 On ne fait pas que mourir du cancer, heureusement.

168 Cloé : Et toi comment tu vis ses situations de non-dit ?

169 Victoire : je ne suis pas en accord avec moi-même alors je ne les vis pas bien, je ne suis pas, je
170 suis obligé de faire les soins, mais je suis pas à l'aise, ça ne va pas avec ce que je fais.

171 Cloé : Est-ce que tu penses que ça peut avoir un impact sur la relation ?

- 172 Victoire : Oui, rien que parler, déjà peser ses mots c'est compliqué, c'est pas confortable pour
173 moi, le soignant, j'ai l'impression pas de me moquer du patient, mais je ne suis pas à l'aise.
174 Moi, ça peut me changer, alors oui parler d'autres chose, mais il ne faut pas exagérer non plus.
175 Ils sont pas bête, après tu les ramène à l'objet, après tu l'accepte parce que tu n'as pas le choix.
- 176 Cloé : Tu as quelques choses à rajouter ?
- 177 Victoire : Non.
- 178 Cloé : Merci.

Annexe VI : Autorisation de diffusion de fin d'étude



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : **Cloé MUSCAT**

Promotion : **2023-2026**

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE) L'influence des non-dits quant à la prise en charge du patient en oncologie

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui ☒ non ☐

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui ☒ non ☐

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le **14/05/2026** Signature :

L'influence des non-dits quant à la prise en charge du patient en oncologie

Résumé : Ce travail de fin d'études porte sur le non-dit en cancérologie. J'ai souhaité travailler sur ce sujet car, malgré la législation et l'évolution des pratiques positionnant le patient au centre de sa prise en charge, il existe encore des non-dits dans l'annonce en cancérologie. C'est pourquoi ma question de départ est la suivante :

Comment les soignants gèrent-ils les non-dits en cancérologie ?

Pour répondre à cette interrogation, j'ai construit un cadre de référence, menée quatre entretiens semi-directifs réalisés auprès d'infirmières en service de chirurgie et d'oncologie et analysée ces entretiens afin de confronter mes recherches aux témoignages du personnel soignant. Cela m'a permis de m'apercevoir que le non-dit dans l'annonce est plus complexe qu'il n'y paraît. En effet, le non-dit ne se résume pas à un manque d'honnêteté : derrière, il y a des réalités bien plus complexes, une organisation qui ne le permet pas toujours, des soignants qui se protègent, et une société qui peine encore à parler de la fin de vie. Néanmoins, une collaboration de qualité au sein de l'équipe pluridisciplinaire permettrait de pallier à la notion de non-dit. Elle serait donc envisagée comme un outil de communication à privilégier.

Mots-clés : non-dit, annonce, cancérologie, relation de confiance, accompagnement

The influence of unspoken information on patient care in oncology

Abstract : This final-year project addresses the issue of what goes unsaid in oncology. I have chosen to explore this topic because, despite legislation and evolving practices that place the patient at the centre of their care, there are still things left unsaid in cancer care. This is why my opening question is as follows:

How do healthcare professionals cope with unspoken issues in oncology ?

To answer this question, I developed a reference framework, carried out four semi-structured interviews with nurses working in surgical and oncology wards, and conducted an analysis of these interviews in order to compare my research with the testimonies of the nursing staff. The research I did enabled me to realise that unspoken information in the context of diagnosis disclosure is more complex than it appears. Indeed, it cannot be reduced to a mere lack of honesty : behind it lie far more complex realities, a healthcare system that does not always allow for full disclosure, caregivers who protect themselves, and a society that still struggles to talk about end-of-life. Nevertheless, quality collaboration within the multidisciplinary team could help address the issue of unspoken information. It could therefore be considered as a key communication tool to prioritise.

Keywords: unspoken, diagnosis disclosure, oncology, trusting relationship, care support