

**Comment le Technicien en Radiologie Médicale (TRM)
adapte-t-il sa prise en charge
d'un jeune adulte en radiothérapie ?**

Travail de Bachelor

AJRAM Shalimar - SCAGLIA Roxane - TRIGUI Sonia

N° matricule :

13-850-458 - 13-850-367 - 04-319-927

Directrice-teur: BARADA Marin – chargé de cours HES
 TUNC Asiye – assistante de recherche HES

Membre du jury: NOUVEAU Olivier – TRM en radiothérapie HUG

Genève, septembre 2016

AVERTISSEMENT

La rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteur-e-s et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé Genève, du Jury, du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans utiliser d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques.

Septembre 2016

AJRAM Shalimar, SCAGLIA Roxane, TRIGUI Sonia

Table des matières :

Résumé.....	4
Remerciements.....	5
1. Introduction.....	6
1.1. Présupposés, questionnements et question de recherche	7
1.2. Méthodologie.....	8
1.3. Guide d'entretien	11
1.4. Limites de notre travail de recherche.....	15
2. Cadre théorique	17
2.1. Le jeune adulte.....	17
2.1.1. <i>Problématique du jeune adulte</i>	17
2.1.2. <i>Annonce d'un cancer</i>	19
2.1.3. <i>La maladie cancéreuse</i>	20
2.1.4. <i>Cancers typiques chez le jeune adulte de 18 à 29 ans</i>	21
2.1.5. <i>Entourage et proches du jeune adulte</i>	22
2.1.6. <i>Soutiens associatifs, forums et autres aides</i>	24
2.2. La radiothérapie.....	26
2.2.1. <i>Le cancer</i>	26
2.2.2. <i>Techniques actuelles de traitements en radiothérapie</i>	27
2.2.3. <i>Radiothérapie externe</i>	27
2.2.4. <i>Effets de la radiothérapie</i>	29
2.2.5. <i>Personnel dans un service de radiothérapie</i>	29
2.2.6. <i>Etapes d'un traitement en radiothérapie</i>	32
2.3. La prise en charge par le TRM.....	36
2.3.1. <i>Représentations sociales, préjugés et stéréotypes</i>	36
2.3.2. <i>Première rencontre, premières impressions</i>	37
2.3.3. <i>Relation d'aide et relation thérapeutique</i>	38
2.3.4. <i>Interaction, communication TRM-patient</i>	39
2.3.5. <i>Emotions, sentiments et gestion</i>	41
2.3.6. <i>Adaptation : un mot bien connu par les TRM</i>	43
2.3.7. <i>Prise en charge : définition et enjeux</i>	44
3. Analyse des entretiens et discussions	46
3.1. La population analysée	46
3.2. Le jeune adulte.....	47

3.2.1.	<i>Perception du jeune adulte par le TRM.....</i>	47
3.2.2.	<i>Questionnements du jeune adulte d'après le TRM</i>	48
3.2.3.	<i>Préjugés du TRM</i>	49
3.2.4.	<i>Première rencontre TRM – jeune adulte</i>	49
3.2.5.	<i>Emotions du jeune adulte perçues par le TRM</i>	50
3.2.6.	<i>Discussions et réflexions</i>	51
3.3.	<i>La radiothérapie.....</i>	52
3.3.1.	<i>Simulation virtuelle et ses enjeux</i>	52
3.3.2.	<i>Proches du jeune adulte.....</i>	52
3.3.3.	<i>Refus de traitement et effets secondaires</i>	54
3.3.4.	<i>Discussions et réflexions</i>	54
3.4.	<i>La communication, les interactions et les émotions</i>	56
3.4.1.	<i>Communication : TRM – jeune adulte.....</i>	56
3.4.2.	<i>Moyens facilitateurs pour la communication</i>	57
3.4.3.	<i>Emotions du TRM face à un jeune adulte.....</i>	57
3.4.4.	<i>Méthodes du TRM pour gérer ses émotions</i>	58
3.4.5.	<i>Discussions et réflexions</i>	59
3.5.	<i>La prise en charge par le TRM.....</i>	60
3.5.1.	<i>TRM expérimentés – TRM novices : différences ?.....</i>	60
3.5.2.	<i>Conflits générationnels et refus de prise en charge.....</i>	60
3.5.3.	<i>Regrets sur des prises en charge passées</i>	61
3.5.4.	<i>Formation sur la prise en charge des patients</i>	61
3.5.5.	<i>Radiothérapie un travail d'équipe</i>	62
3.5.6.	<i>Discussions et réflexions</i>	63
3.6.	<i>Synthèse.....</i>	64
4.	Conclusion	66
5.	Bibliographie	68
6.	Annexe 1 : Conceptualisation de notre sujet de recherche	75
7.	Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé et libre	76
8.	Annexe 3 : Feuille d'informations pour les participants	77
9.	Annexe 4 : Grille d'analyse des entretiens	78

Résumé

But : Notre travail de Bachelor porte sur l'adaptation du TRM lorsqu'il prend en charge un jeune adulte en radiothérapie. Nous voulions avoir l'avis du TRM sur ce sujet pour comprendre et analyser les moyens qu'il met en œuvre pour prendre en charge ce type de patient. Cette population qui n'est pas très courante dans un service de radiothérapie a des caractéristiques particulières. Nous avons donc analysé le jeune adulte du point de vue du TRM, pour mieux comprendre la situation qu'il vit et ses enjeux.

Méthodologie : Nous avons effectué des recherches théoriques sur le jeune adulte, la radiothérapie et la prise en charge. L'outil que nous avons utilisé est l'entretien semi-directif de six TRM travaillant en radiothérapie aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Suite à ces entretiens, une analyse des interviews a été réalisée pour répondre à notre question de départ.

Résultats : Les TRM sont conscients qu'il s'agit d'une population à part et qu'il convient de s'y adapter. Ils décrivent la nécessité de s'ajuster au niveau de la communication, de l'organisation et de la technique. Il ressort de nos analyses une différence entre les TRM expérimentés et les TRM novices dans la manière d'aborder le jeune adulte. Enfin, les TRM insistent sur la notion d'adaptation et de travail d'équipe.

Conclusion : Notre travail a permis de mettre en évidence la particularité de cette tranche d'âge en radiothérapie et les stratégies d'adaptation que les TRM mettent en œuvre. Ils nous ont livré leurs ressentis et leurs astuces. Pour compléter cette recherche, il faudrait entre autres analyser le point de vue des patients lorsqu'ils sont pris en charge par des TRM dans un service de radiothérapie.

Mots-clefs : jeune adulte, cancer, radiothérapie, technicien en radiologie médicale, prise en charge

Remerciements

Ce travail a débuté grâce au soutien de Mme Seferdjeli qui a été dès le départ, convaincue par l'importance de notre sujet. Nous tenons à la remercier particulièrement pour le temps consacré dès la 2^{ème} année de nos études et ses conseils toujours judicieux.

Nos encadreurs, M. Barada et Mme Tunc, nous ont aidé au début de la rédaction pour commencer et nous lancer dans ce travail. Merci à eux pour leurs lectures et les corrections apportées à ce travail.

De plus, nous remercions chaleureusement les six TRM qui ont participé à notre travail et que nous avons interviewé. Ils nous ont tous livré leurs expériences et ont pris le temps nécessaire pour répondre à toutes nos questions. Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans leurs participations actives et leurs disponibilités après leurs heures de travail. Un très grand merci à ces six personnes.

Leurs participations ont été possibles grâce à M. Pastoors, chef technicien en radiologie médicale du service de radio-oncologie des HUG.

Enfin, nous remercions également nos familles qui nous ont soutenues pendant les différentes étapes de ce travail.

1. Introduction

La radiothérapie, le jeune adulte et la prise en charge du technicien en radiologie médicale (TRM) sont des sujets qui nous intéressent et nous interpellent tout particulièrement. Nous allons prochainement arriver sur le marché du travail en tant que TRM novice, et nous voulions effectuer un travail de recherche qui pourrait nous aider à avoir une meilleure compréhension et une meilleure prise en charge de la catégorie des patients que nous nommerons « jeunes adultes ». Nous sommes particulièrement touchées par cette population pour plusieurs raisons :

- nous avons des âges similaires (problème de générations similaires, manque de recul, et comparaison),
- ils traversent une période critique de leur vie entre l'adolescence et la vie d'adulte,
- ils sont peu nombreux dans un service de radiothérapie ; aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) par exemple seulement 9 patients entre 18 et 29 ans ont été traités en 2015 et 6 en 2014 (Pastoors, B., communication personnelle, 31 mars 2016),
- ils sont moins bien pris en charge que des enfants ou des adultes car il n'existe pas de prise en charge particulière pour cette classe d'âge. Quinn, Gonçalves, Sehovic, Bowman, et Reed (2015) préconisent d'avoir des programmes spécifiques et multidisciplinaires pour les adolescents et jeunes adultes.

Cette catégorie de patient est clairement une préoccupation actuelle en médecine, d'une manière générale, car une abréviation anglophone a récemment été créée : les « AYA » (=Adolescent and Young Adult), ou adolescent et jeune adulte en français. Une recherche avec les critères « AYA » + « Adolescent and Young Adult » sur le site Internet de Pubmed (2016) permet d'apercevoir que l'article scientifique le plus ancien contenant ces termes date seulement de 2005. Cette abréviation a même été francisée, on parle de « AJA » pour Adolescent et Jeune Adulte sur des sites internet français comme l'Institut National du Cancer (INCa, 2014).

Parmi les différentes modalités radiologiques existantes, la radiothérapie nous intéresse tout particulièrement pour deux raisons principales : le contact humain, et le fait que ce soit aussi à visée thérapeutique et non exclusivement de l'imagerie. Dans un service de radiothérapie, les contacts humains sont aussi importants que la réalisation de la séance de traitement en elle-même. Les patients reviennent plusieurs fois par semaine pendant leur traitement. Des contacts se créent entre le personnel soignant et le patient, qui permettent de créer un climat propice aux soins et au bon déroulement de la séance de traitement.

M. Barada, chargé de cours en radiothérapie, parlait même de « patients qui reviennent juste en salle d'attente, malgré que leur traitement soit terminé » (Barada, M., communication orale, cours décembre 2015). Cette remarque s'applique peut-être d'avantage à des patients âgés qui recherchent le contact, qu'à des jeunes adultes, mais montre toutefois l'importance que peut avoir chez le patient cette collaboration durant un traitement de radiothérapie.

Enfin l'étude de la prise en charge du TRM, et la place de celui-ci, face à des jeunes adultes en radiothérapie, nous permettra notamment : de mettre en évidence les aspects problématiques, de comprendre comment les TRM s'y prennent avec cette catégorie d'âge, de mettre des mots sur les moyens mis en œuvre pour réaliser leurs tâches, et d'observer comment ils agissent pour gérer les proches et le respect de la confidentialité dans ces situations délicates.

1.1. Présupposés, questionnements et question de recherche

Au préalable, nous avons voulu savoir si des études similaires avaient déjà été réalisées. Nous n'avons pas trouvé d'articles concernant à la fois le jeune adulte et le TRM en radiothérapie. Par contre, nous avons pu observer un très grand nombre d'articles démontrant la nécessité d'adapter la prise en charge du jeune adulte (Quinn et al. 2015). Cette problématique est aujourd'hui une préoccupation de plusieurs spécialités de la médecine. On retrouve des centres dédiés aux enfants et jeunes dans le domaine de la cancérologie, comme par exemple dans un hôpital de Londres à l'UCLH (University College London Hospitals, 2016). La médecine évolue vers une spécialisation de plus en plus poussée. Nous pensons que dans un avenir plus ou moins proche des centres de radiothérapie seront dédiés uniquement aux enfants, adolescents et jeunes adultes.

De plus, dans un service de radiothérapie un adolescent ou un jeune adulte n'est pas un patient ordinaire, car la moyenne d'âge des patients traités en radiothérapie est de 61,5 ans en France par exemple (INCa, 2016b). C'est donc aussi certainement une source supplémentaire de stress pour le TRM qui devra le prendre en charge, car il n'y est pas habitué.

Notre problématique repose sur le présupposé suivant : le TRM doit s'adapter face à un jeune adulte. Toutefois nous ne savons pas à priori si c'est vraiment le cas, s'il veut s'adapter et s'il a les outils nécessaires pour le faire.

Lorsque nous avons mis en commun toutes nos idées, de nombreuses questions sont ressorties, concernant les trois principaux sujets de notre travail soit le jeune adulte, la radiothérapie et la prise en charge par le TRM. Voici quelques exemples de nos questions au début de ce travail :

Pour le jeune adulte :

- Quelles sont les conséquences de la maladie sur le jeune adulte ? Infertilité, changements corporels, pertes des cheveux ?
- Quelles peuvent être les questions d'un jeune adulte arrivant à sa première séance de traitement ?
- Quelles sont les représentations du jeune adulte, de sa maladie et de son traitement en radiothérapie ?

Concernant la radiothérapie :

- Quel est le rôle de la radiothérapie dans le traitement du jeune adulte ?
- La radiothérapie peut-elle être évitée ? Avec quelles conséquences ?

Enfin pour la prise en charge par le TRM :

- Quelles peuvent être les difficultés du TRM avec le jeune adulte ?
- Est-ce que les proches du jeune adulte peuvent représenter une difficulté pour le TRM ? Comment et en quoi ?
- Comment connaître les attentes du jeune adulte ?
- La communication entre le TRM et le jeune adulte peut-elle être difficile ? Si oui, pour quelles raisons ? Quels peuvent être les obstacles à cette communication ?

En compilant toutes nos questions et nos réflexions, nous avons déterminé notre question de recherche : « Comment le TRM adapte-t-il sa prise en charge d'un jeune adulte en radiothérapie ? ».

1.2. Méthodologie

Nous avons choisi d'analyser cette problématique par le biais des TRM et de leur prise en charge face à des jeunes adultes en radiothérapie.

Nous avons trouvé plus intéressant d'analyser le point de vue du TRM que celui du patient bien que ce dernier possède certainement les clefs pour aider le TRM dans sa prise en charge. Nous voulions aussi avoir des informations sur le ressenti des TRM face à ces situations qui peuvent être critiques. Nous avons découpé notre question de départ en trois grands domaines : le jeune adulte, la radiothérapie et la prise en charge par le TRM. Un schéma de la conceptualisation de notre travail se trouve en annexe (annexe 1). Ce schéma permet de visualiser ce qui a été étudié lors de cette recherche.

Pour répondre à notre problématique, nos enseignants nous ont conseillé d'effectuer des entretiens semi-directifs. Cette méthode de recherche permet de faire ressortir l'avis des interviewés sur un sujet particulier.

L'entretien est défini par Blanchet et Gotman (2007) « par rapport à l'activité même de la recherche [...] il est produit à l'initiative de A (le chercheur) et au profit de sa communauté » (p. 17). L'objectif est de faire ressortir « les processus et les « comment » » (Blanchet et Gotman, p.37, 2007). Les auteurs parlent aussi de l'importance de l'écoute, et du fait que le déroulement de l'entretien est guidé par les interactions. Notre objectif a donc été de faire parler librement l'interviewé sur notre sujet, tout en essayant de le recadrer si nécessaire à notre problématique et aux interrogations importantes pour notre problématique.

Le corpus de notre recherche est constitué de six entretiens. Comme Blanchet et Gotman (2007) le précise, lors de la réalisation d'entretiens ce n'est pas un grand nombre d'entretiens qui est recherché, mais bien la qualité et l'analyse qui est importante et déterminante.

Nous avons interviewé six TRM (population), qui ont été choisis d'après nos besoins pour cette recherche. Ils ont donc tous en commun les caractéristiques suivantes :

- être TRM,
- travailler en radiothérapie,
- avoir eu à faire à de jeunes adultes,
- être réceptif à notre problématique et s'engager à nous livrer des expériences personnelles.

Nos recherches de personnes à interviewer répondant à ces critères ont été facilitées, car l'une des étudiantes de ce travail était en stage en radiothérapie aux HUG lors de la réalisation des entretiens. Les entretiens se sont donc déroulés dans une salle de colloque à l'hôpital en fin de journée.

Nous avons réalisé au préalable un guide d'entretien (chapitre 1.3). Nous avons aussi essayé de nous montrer attentives à l'environnement, propice à l'échange. Les entretiens ont été enregistrés. Durant chaque entretien, nous avons chacune un rôle bien définie à l'avance :

- une « intervieweuse » : pose les questions, les relances, fait preuve d'écoute active et reste concentrée sur notre thématique.
- une « observatrice » : s'assure que l'intervieweuse reste dans notre thématique et si nécessaire réoriente l'entretien ; s'assure qu'à la fin de l'entretien les sujets importants aient été abordés et que nous ayons suffisamment de matériel à analyser ; peut suggérer des questions à l'intervieweuse ; prend des notes.
- une « technicienne de la logistique » : s'assure de trouver un lieu calme libre pour la durée de l'entretien ; avoir à disposition le matériel nécessaire : 1 table, 4 chaises, bouteille d'eau, 4 verres, chocolat (à la fin) ; gestion du matériel d'enregistrement de l'entretien ; prend des notes.

Tous les entretiens ont été enregistrés vocalement à l'aide de nos téléphones portables. Chaque TRM participant a signé au préalable un « Formulaire de consentement éclairé et libre » (annexe 2) et a reçu également une feuille récapitulant les grandes lignes de notre travail « Information pour les personnes participant au travail de Bachelor » que nous avons complété (annexe 3). Les entretiens ont duré entre 35 minutes et 1 heure. Nous avons réalisé un test de notre guide d'entretien au préalable avec notre directeur de travail, M. Barada.

Suite aux entretiens, nous les avons retranscrit intégralement en utilisant les conventions suivantes que nous avons définies :

- ... = silence
- (rire)
- (sourire)
- (pensive)
- (chevauchements des paroles)
- +abc+ = augmentation du volume sonore de la voix
- °abc° = diminution du volume sonore de la voix
- /\ = intonation montante ou descendante

Les données ont également été rendues anonymes. Nous parlons du TRM d'une manière générale dans notre travail, et au singulier pour simplifier et garantir l'anonymat des personnes interrogées.

Ensuite, une analyse par thématique a été réalisée. Il s'agit de regrouper, par thème, ce qui ressort de chaque entretien. Nous avons divisé notre analyse en quatre chapitres dans le but de répondre à notre question de départ : le jeune adulte, la radiothérapie, la prise en charge et un dernier chapitre regroupant la communication, les interactions et les émotions. Nous avons regroupé les données recueillies dans une grille d'analyse (annexe 4), qui est un « outil explicatif (visant la production de résultats) » (Blanchet et Gotman, p.97, 2007). Cette grille nous a permis d'analyser nos données et de rédiger nos discussions et notre conclusion.

Concernant le chronogramme de cette recherche, nous avons réalisé la majeure partie de ce travail durant nos six derniers mois de formation, soit de janvier 2016 à juin 2016. Notre travail s'est donc déroulé de la manière suivante :

- Recherche du sujet et mise en commun de nos centres d'intérêts (septembre 2015-décembre 2015),
- Entretiens exploratoires informels auprès de nos enseignants (novembre-décembre 2015),
- Rédaction de la partie théorique (décembre 2015 - février 2016)
- Rédaction du guide d'entretien semi-directif (janvier 2016 - février 2016)
- Réalisation des six entretiens (mai 2016)
- Retranscription des entretiens (mai-juin 2016)
- Rédaction d'une analyse tirée des entretiens, discussions et conclusion (juin 2016)

1.3. Guide d'entretien

Ci-dessous, voici notre guide d'entretien que nous avons utilisé pour notre travail :

Introduction :

Bonjour, nous allons commencer notre entretien qui durera 1h. Comme convenu, nous allons enregistrer cet entretien. Toutes les données recueillies seront rendues anonymes, et nous vous garantissons qu'il ne sera pas possible de vous identifier.

Nous aborderons différents sujets dans un certains ordre :

- 1. Questions générales
- 2. Première rencontre
- 3. Simulation virtuelle
- 4. Traitement
- 5. Communications, interactions, relations, émotions

- 6. Coordination, équipe
- 7. Le jeune adulte atteint d'un cancer
- 8. Fin, feed-back

N'hésitez pas à nous suggérer ou à exprimer librement vos idées sur ces différents sujets, et nous vous réorienterons si nécessaire dans le but d'approfondir notre sujet.

Aucune réponse n'est donc juste ou fausse, ce n'est que votre expérience personnelle qui nous intéresse, et que nous voulons faire ressortir.

Est-ce que vous avez des questions avant de commencer ?

1. Questions générales :

- Depuis combien de temps travaillez-vous en radiothérapie ?
 - Avez-vous travaillé dans d'autres lieux ?
- Avez-vous souvent pris en charge des jeunes adultes (18-29 ans)?
 - Quelles fréquences ? Dernièrement ?
- Dans quel tranche d'âge vous situez-vous : « plus ou moins de 29 ans » ?
- Avez-vous des enfants ? Si oui, de quel âge ?
- Quels sont d'après votre expérience, les cancers que vous traitez le plus fréquemment chez le jeune adulte ?

2. Première rencontre :

- Que pensez-vous lorsque vous voyez sur la prescription que vous allez prendre en charge un jeune adulte ?
 - Quelles sont les informations qui retiennent votre attention?
- Suite à la première rencontre, quelles sont les informations qui ont une importance pour la suite de la prise en charge du jeune adulte dans votre pratique quotidienne ?
- Quel rôle joue la première rencontre ?

3. Simulation virtuelle :

- Nous avons trouvé dans la littérature que le jeune adulte est moins à l'aise avec son intimité qu'une personne plus âgée : avez-vous déjà été confronté à ce problème pour un jeune adulte ?
 - Comment avez-vous réagi ?
 - Quelles étaient vos solutions ?
 - Et pour vous, y a-t-il des localisations plus gênantes ?

- Avez-vous déjà eu à faire à des situations où les jeunes adultes ne disaient rien et montraient des signes de refus face au traitement ?
 - Est-ce que vous avez déjà eu le sentiment que le jeune adulte venait se faire traiter pour « faire plaisir » à ses parents / ses proches ?
 - Avez-vous déjà rencontré des jeunes adultes refusant le traitement ?
 - Si oui, quelles étaient les raisons, qu'en pensez-vous ?
 - Quelles ont été les stratégies mises en place pour régler la situation ?
 - Comment les jeunes patients réagissent-ils au sujet du marquage par tatouage de la peau ?
- Les jeunes adultes posent-ils des questions concernant leur traitement ?
 - Y-a-t-il des sujets de conversation que vous abordez plus facilement avec eux ?
- Est-ce que les parents ou proches d'un jeune patient demandent souvent à assister à la simulation virtuelle ?
 - Est-ce problématique ?
 - Posent-ils des questions ?
 - Sont-ils, d'après votre expérience, le plus souvent accompagnés d'un parent, d'un proche ou seuls ?

4. Traitement :

- La présence des proches a-t-elle une influence sur le déroulement du traitement ?
 - Est-ce qu'ils peuvent vous être utiles pour la prise en charge ?
- Vous est-il déjà arrivé que certains jeunes adultes ne se rendent pas à toutes les séances de traitements ?
 - Si oui, vous rappelez-vous des raisons ? Sinon quelles raisons pouvez-vous imaginer ?
 - Avez-vous déjà eu un cas (ou plus) où le traitement de radiothérapie a dû être annulé ?
- Comment les jeunes adultes réagissent-ils aux effets secondaires du traitement de radiothérapie ?

5. Communications, interactions, relations, émotions :

- Comment se passe la communication avec un jeune adulte ?
 - Quels sont les obstacles ?
 - Avez-vous des moyens/techniques pour favoriser la communication ?

- Comment réagissez-vous face à :
 - un patient du même âge que vous ? (si TRM âgé entre 18-29 ans)
 - un patient du même âge qu'un l'un de vos enfants ou neveu, nièce, proche ? (si TRM avec enfants ou proche entre 18-29 ans)
- Quelles émotions percevez-vous chez les jeunes adultes pendant le traitement de radiothérapie ?
 - Y a-t-il des émotions différentes pendant la phase de traitement chez les enfants, les jeunes adultes ou les personnes âgées ?
 - Qu'en est-il de vos émotions ?
- Comment faites-vous face à des situations fortes émotionnellement ?
 - Pouvez-vous refuser de prendre en charge un patient pour ces raisons ?
 - Y a-t-il des traitements de radiothérapie qui vous touchent plus que d'autres ?

6. Coordination, équipe :

- Quels sont les avantages de conserver une même équipe lors des séances de traitements pour un jeune adulte ?
 - Y a-t-il des inconvénients à conserver une même équipe ?
- Comment se passe la transmission des informations entre les professionnels au sein du service ?
 - Et avec les autres services ?
 - Est-ce problématique ?
 - Avez-vous des anecdotes sur des problèmes de transmissions ?
- Est-ce que l'expérience que vous avez acquise vous apporte quelque chose dans la prise en charge des jeunes adultes ?
 - Avez-vous des regrets, lorsque vous regardez le passé, sur certaines prises en charge délicates que vous avez eu ?
 - Avez-vous des situations, exemples à nous raconter ?
- Y a-t-il des formations au sein de votre entreprise sur la prise en charge des patients ?
 - Pensez-vous qu'il serait intéressant d'avoir des formations au sein de votre entreprise sur la prise en charge des jeunes adultes ?

7. Le jeune adulte atteint d'un cancer :

- Quelles sont, d'après vous les difficultés que devra affronter un jeune adulte (18-29 ans) lorsqu'il apprend qu'il est atteint de cancer ?

- Connaissez-vous les soutiens et aides qu'il peut demander ?
- Financier ?
- Associatifs ?
- Psychologique ?
- Pouvez-vous rediriger le jeune adulte ? A qui ?
- D'après vous, l'aide qui est offerte à cette classe d'âge, en oncologie, est-elle suffisante ?
 - Que faudrait-il faire en plus ?
- Dernière question : Avez-vous entendu parler de l'espace jeune adulte aux HUG (« lieu dédié aux jeunes patients (16-30ans) atteints de cancer en traitement ou ambulatoire » ; 7^{ème} étage, HUG) ?
 - Que pensez-vous de ce genre de structure ?

8. Fin, feed-back :

- Est-ce que vous avez envie de revenir sur l'une de vos réponses ?
- Est-ce que vous vous attendiez à ce genre de questions ?
 - Les avez-vous trouvées dans l'ensemble pertinentes ?
 - Sinon pourquoi ?
- Aviez-vous des questions/sujets en tête que nous n'avons pas abordé ?
- Est-ce que nos questions vous ont fait réfléchir ?
 - Avez-vous déjà eu à réfléchir, vous remettre en question sur votre manière de prendre en charge un jeune adulte ?

1.4. Limites de notre travail de recherche

Les limites de cette recherche sont diverses, on peut citer entre autres :

- Le temps imparti restreint : nous n'avons pas d'heure dans notre planning réservée uniquement à la rédaction de notre travail de Bachelor.
- Un travail de groupe, pas toujours simple : certaines personnes avancent plus vite que d'autres mais dans l'ensemble nous étions un excellent groupe et nous avons réussi à avancer efficacement pour rendre notre travail dans les temps. De plus, notre bonne entente nous a permis de nous exprimer librement, et d'apporter chacune une vision différente pour enrichir nos réflexions et notre travail.

- Six entretiens semi-directifs, qu'en est-il de la représentativité des analyses : notre travail n'est qu'un aperçu à un moment donné de ce que peuvent en dire les six TRM questionnés. Ce travail ne se veut pas représentatif de l'opinion de l'ensemble de la communauté des TRM. Ces entretiens nous ont permis de nous confronter à un outil méthodologique utilisé dans la recherche.
- Entretiens avec des jeunes adultes atteints de cancer : nous avons pensé à interviewer directement des jeunes adultes pour avoir leurs ressentis sur leurs prises en charge par les TRM en radiothérapie. Cependant deux aspects nous en ont dissuadé : la difficulté à obtenir des autorisations pour s'entretenir avec des patients et la gestion de nos propres émotions face à ce sujet sensible.

De plus, nous pensions réaliser nos entretiens en mars et avril 2016, cependant ils ont été réalisés en mai et juin 2016. Nous avons donc réalisé nos analyses en juin 2016, après nos examens et lorsque nous étions en stage. Ce n'était pas toujours facile de fixer des rendez-vous après nos journées de stage, car nous étions sur des lieux différents et avec des horaires différents. Malgré tout, nous avons réussi à rédiger et rendre ce travail dans le temps qui nous était imparti.

2. Cadre théorique

Pour mieux cerner notre problématique, nous allons développer trois principaux aspects de notre question de recherche : le jeune adulte, la radiothérapie, et la notion de prise en charge.

2.1. Le jeune adulte

Selon un bureau d'étude français (centre d'observation de la société, 2015) les « jeunes adultes » regroupent « les plus de 18 ans qui vivent seuls. » Il ajoute que « cette catégorie est étendue, dans certaines études, à 29 ans ».

De plus, l'expression « jeune adulte » est un oxymore (Vincenzo, 2001). Selon Le Larousse (2016) c'est une : « figure de style qui réunit deux mots en apparence contradictoire ». Jeune et adulte sont deux mots qui ont chacun une définition opposée. Les jeunes adultes se retrouvent donc entre deux mondes : celui des adultes et celui des jeunes.

Pour notre cadre théorique nous avons ciblé nos recherches sur les 18-29 ans. Pendant nos entretiens, nous avons donc questionné les TRM sur leurs expériences vécues avec des patients âgés entre 18 et 29 ans. Toutefois, ils nous ont également fait part, quelquefois, d'anecdotes de prise en charge avec des adolescents.

2.1.1. Problématique du jeune adulte

La problématique du jeune adulte est qu'il traverse une période de transition, une situation instable entre l'adolescence et l'âge adulte. Pour mieux comprendre ce qu'il vit, nous allons revenir sur les enjeux et épreuves que doit traverser un adolescent. Selon Dauchy & Razavi, 2010, p.15, les phases sont les suivantes:

- La phase de séparation des parents : le jeune va apprendre à se séparer d'eux sans crainte et à modifier les rapports avec eux. Ce processus se réalise tout en conservant un lien fort avec ses parents et en acquérant le respect de sa propre sphère intime ;
- la phase d'individuation : le jeune commence à être un individu, il se dissocie de ses parents et se dirige vers une activité lui permettant de s'accomplir ;

- la phase de transformation corporelle : elle peut perturber l'image que l'adolescent a de son propre corps, il peut ressentir un sentiment de peur et soit accepter les changements ou au contraire les cacher ;
- la phase d'identité sexuelle : elle conduit le jeune à accomplir ses désirs en dehors du milieu familial.

Toutes altérations de ces phases lors du développement de l'adolescent, peuvent avoir des répercussions sur sa vie de jeune adulte.

Selon Goyette, Pontbriand et Bellot (2011) :

Les jeunes adultes représentent une nouvelle frange d'usagers qui se caractérise par le fait d'être à la fois légalement majeur et dénuée de tous les attributs habituellement associés au statut d'adulte : indépendance, responsabilité, considération. Confrontés au délitement des mécanismes classiques d'intégration (scolarité, emploi, fondation d'une famille), ces jeunes se trouvent face à des demandes sociales, notamment énoncées en terme d'autonomie, qu'ils ne peuvent assumer. (p.15).

Ainsi, le jeune va progressivement découvrir le monde des adultes et les caractéristiques qui en font partie, dont :

- l'indépendance : peut amener le jeune à se séparer du lieu de vie familial pour construire le sien et affronter la vie avec ses propres moyens (Goyette, Pontbriand & Bellot, 2011, p.41).
- La prise de décision : le jeune va se détacher de ses parents afin d'être libre, de faire ses propres choix dans la vie en fonction de ses désirs (activités, amitiés,...) (Berube, 2016).
- L'orientation professionnelle : peut être influencée par différents facteurs tels que les parents, la situation financière mais aussi la volonté du jeune d'entamer une carrière dans un domaine qui lui plaît (Goyette, Pontbriand & Bellot, 2011, p.40-41).
- La vie de couple : le désir du jeune de se lancer dans une relation d'intimité et de partage nécessitant tout d'abord la faculté de vivre seul sans craindre d'être tourmenté (Berube, 2016)

Le jeune adulte se retrouve à un âge où tout est considéré comme « réalisable ». Cependant, il est de plus en plus conscient des impacts que ses choix auront sur sa vie d'adulte. Il commence à concevoir des projets à plus long terme. A ce sujet Marantz Henig (2010) dit la chose suivante :

Ces jeunes adultes sont comme les cellules souches du développement humain, l'incarnation du moment où tout est possible. Les décisions prises et les actes réalisés

à cette période ont des répercussions durables. C'est le moment où la plupart des gens engrangent l'essentiel de leur savoir, rencontrent leur futur conjoint et les amis qu'ils conserveront plus tard, commencent une carrière qu'ils poursuivront longtemps.

D'autres problématiques sont typiques des jeunes adultes comme, par exemple, la pudeur. Dauchy & Razavi (2010) parlent aussi du fait que le jeune adulte est moins à l'aise avec son intimité.

2.1.2. Annonce d'un cancer

L'annonce de la maladie chez le jeune adulte peut représenter un obstacle important à son développement vers l'âge adulte. Une citation reflète particulièrement bien ce que peut ressentir un jeune adulte à l'annonce d'un cancer : « mon futur, mes projets, mes défis. C'est le langage usuel des jeunes. Mais lorsqu'on apprend soudainement qu'on a le cancer, le futur se conjugue différemment, les projets sont retardés et on est confronté à de nouveaux défis : supporter le traitement et tenter de garder sa vie. » (Fonds Jason, 2011). Le « Fonds Jason » a été créé aux Etats-Unis pour soutenir des jeunes atteints de cancer et leur proche par le biais de groupe de soutien, de soutiens financiers etc.

La survenue de la maladie chez le jeune peut remettre en question son avenir, ses projets et même son désir de devenir parent un jour. Diverses difficultés peuvent être rencontrées par le jeune adulte lorsqu'il apprend qu'il a un cancer. On peut citer, entre autres, des difficultés financières, de suivi de sa formation, difficultés à son emploi, un isolement social et des problèmes liés à la stérilité.

De plus, Dauchy & Razavi (2010, p.34) parle du fait que « notre culture fonctionne dans le registre du narcissisme et de l'idéal, ce qui renvoie aux plus fragiles et aux plus attaqués dans leur corps, notamment par la maladie grave, une image plus négative très difficile à assumer. » Au cours du traitement, le corps peut subir des modifications plus ou moins importantes telles que la perte des cheveux, des nausées etc.

Enfin, le cancer en tant que tel est encore un sujet tabou, car associé à la mort, à la perte du travail, à une vie pénible, à une maladie lente et douloureuse, à la non-guérison, à une mort sociale avant une mort biologique, etc. (Barada, M. communication personnelle [Support de cours], 11 décembre 2015). Pour toutes ces raisons, l'annonce d'un cancer n'est pas anodine, et ce à n'importe quel âge pour un individu.

2.1.3. La maladie cancéreuse

En Suisse, l'incidence du cancer pour la tranche d'âge de 15 à 20 ans est d'environ 46 nouveaux cas par an. A Genève, ce chiffre descend à 16 nouveaux cas par an (Gumy Pause, F., communication personnelle [Colloque, HUG] 15 juin 2016). Ce n'est donc pas une population très nombreuse.

En France, le cancer est considéré comme étant peu fréquent chez le jeune adulte. Cependant, il représente la 3^{ème} cause de décès chez les 15 à 24 ans après les accidents et les suicides (Dauchy et Razavi, 2010). A ce sujet, Gumy Pause (communication personnelle [Colloque, HUG] 15 juin 2016) précise que c'est toutefois le cancer qui est la première cause de mortalité par maladie chez les adolescents et jeunes adultes.

Pour la Société canadienne du Cancer (2009), les jeunes adultes ont souvent un diagnostic retardé par rapport à d'autres classes d'âge. Gumy Pause (communication personnelle [Colloque, HUG] 15 juin 2016) parle notamment du fait qu'ils ne vont plus chez le pédiatre et qu'ils n'ont donc pas forcément de médecin traitant. C'est ce qui expliquerait aussi le manque de diagnostic précoce.

Certains cancers touchant les jeunes adultes sont spécifiques à cette tranche d'âge alors que d'autres ne le sont pas. Cependant, les pronostics sont différents et souvent moins bons que chez les sujets plus âgés. Gumy Pause (communication personnelle [Colloque, HUG] 15 juin 2016) met en évidence cinq points qui pourraient expliquer le moins bon pronostic : une biologie tumorale différente, une biologie du patient différente, une thérapeutique mal adaptée, la recherche insuffisante et les spécificités psychosociales des adolescents et jeunes adultes. En effet, les jeunes adultes sont moins bien pris en charge, car seulement 28 % des 15-19 ans sont inclus dans des protocoles de traitement en France (Gumy Pause communication personnelle [Colloque, HUG] 15 juin 2016).

Selon Dauchy & Razavi (2010, p.21), la plupart des cancers du jeune adulte seraient d'apparition spontanée. Seuls certains cancers touchant des jeunes adultes appartenant à une classe d'âge plus élevée seraient favorisés par des prédispositions génétiques. La société américaine du cancer cite notamment ces facteurs de risque comme responsable d'une petite proportion des cancers du jeune adulte (American Cancer Society, 2014b) :

- Une exposition aux rayons ultraviolets ou aux cabines de bronzage : peut accroître la survenue du mélanome et d'autres cancers de la peau,
- Une infection due au virus du papillome humain (VPH) : peut accroître l'apparition de cancer du col de l'utérus et d'autres cancers,

- Une infection suite au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : peut favoriser la survenue du lymphome non hodgkinien, du sarcome de Kaposi et d'autres cancers,
- Un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie étant enfant : peut accroître le risque de développer un second cancer (leucémie, etc.).

2.1.4. Cancers typiques chez le jeune adulte de 18 à 29 ans

Les cancers les plus importants chez le jeune de 18 à 29 ans sont (National Cancer Institute, 2015):

- Le lymphome Hodgkinien : cancer malin qui provient du tissu lymphoïde. Plus fréquent chez les jeunes âgés de 20 ans (American Cancer Society, 2014a). Aujourd'hui le lymphome de Hodgkin peut être soigné dans plus de 70% des cas grâce à l'amélioration des techniques de traitements en radiothérapie et à l'évolution de la chimiothérapie (Weber, D.C. communication personnelle [Support de cours], 15 janvier 2016).
- La leucémie lymphoïde aigüe : les lymphocytes sont anormaux et ils engendrent une production élevée et rapide de globules blancs qui n'arrivent pas à maturation (Fondation contre le Cancer, s.d). Le devenir des jeunes est meilleur que celui des plus âgés pour ce cancer en particulier (Société canadienne Cancer, 2016a).
- Le cancer des testicules non-seminome : ne se traite pas par radiothérapie (Weber, D.C. communication personnelle [Support de cours], 15 janvier 2016). La moitié des cancers du testicule se développe chez l'homme âgé entre 20 et 34 ans. Le pronostic est bon et la plupart des personnes en guérissent (American Cancer Society, 2014a).
- Le cancer de la thyroïde : est plus fréquent chez la femme. La guérison est plus favorable chez la femme de moins de 45 ans (American Cancer Society, 2014a).

Il existe également d'autres types de cancers qui peuvent aussi survenir chez le jeune adulte entre 18 et 29 ans mais dans une moindre mesure. Ce sont notamment les cancers suivants :

- Le cancer du sein : le pronostic est meilleur chez les femmes plus âgées au moment du diagnostic et il est peu fréquent avant 30 ans (American Cancer Society, 2014a).

Selon Gardier (2013) :

Seuls 10 % des cancers du sein concernent des femmes de moins de 40 ans, mais ce sont la plupart du temps des formes très agressives Or ces cas sévères de

cancer du sein seraient en constante augmentation depuis 1976 chez les femmes de 25 à 39 ans.

- Le cancer de l'ovaire : est rare avant 40 ans. Toutefois, il existe une catégorie nommée les tumeurs des cellules germinales qui sont plus courantes chez la jeune femme (American Cancer Society, 2014a).
- Le cancer du col utérin : se développe plutôt vers 40 ans et n'est pas fréquent avant 20 ans (American Cancer Society, 2014a).
- Le cancer colorectal : une maladie génétique héréditaire connue dans la famille pourrait augmenter le risque de survenue. Le taux de survie est plus favorable chez les jeunes (American Cancer Society, 2014a).
- Les tumeurs cérébrales : « surviennent également chez des personnes jeunes : 28 % des patients ont moins de 50 ans au moment du diagnostic. » (Ligue Suisse contre le cancer, 2015).
- Le sarcome des os, le sarcome d'Ewing et l'ostéosarcome : se développent préférentiellement chez l'adolescent mais peuvent aussi toucher le jeune adulte (American Cancer Society, 2014a).
- Le sarcome des tissus mous : le rhabdomyosarcome est plus présent chez les enfants de moins de 10 ans mais peut aussi se développer chez les jeunes. (American Cancer Society, 2014a).
- Le mélanome malin : plus fréquent chez la jeune femme de moins de 30 ans. Si le diagnostic est précoce alors le devenir est bon (American Cancer Society, 2014a).

2.1.5. Entourage et proches du jeune adulte

L'entourage est défini dans le Larousse (2016) par des : « personnes qui vivent habituellement autour de quelqu'un ; voisinage ». Et un proche est une personne : « qui a de profondes affinités, qui entretient des relations étroites avec quelqu'un d'autre » (Larousse, 2016).

La notion de proche indique un niveau de proximité plus important que celui d'entourage. Les proches et l'entourage du patient peuvent selon la situation du jeune adulte être : la famille (mère, père, frère, sœur, etc.), le partenaire ou conjoint ou mari, les amis, les voisins, les enfants, etc. La question des proches et de l'entourage est délicate pour le jeune adulte. Un très grand nombre de situation peut se présenter entre une personne totalement autonome (avec sa propre famille et des enfants en bas âges par exemple) et une personne vivant encore

avec ses parents pour citer les cas extrêmes.

« Les proches représentent des piliers et des traits d'union entre le médecin et le malade, la vie à l'hôpital et la vie extérieure, les soins et les temps de repos, les activités familiales et professionnelles ». (Eustache, 2012). Les proches du patient sont d'une grande importance pour le corps médical.

Lorsqu'un jeune adulte apprend qu'il a un cancer, tout son cercle familial et son entourage va être plus ou moins bouleversé et chamboulé. Des changements dans la vie quotidienne des proches peuvent avoir lieu pour accompagner et soutenir la personne malade. Ceux-ci dépendent de différents facteurs notamment le degré de proximité entre le malade et son entourage. De plus, la durée de cet ajustement de l'entourage peut être plus ou moins longue selon les cas (Delvaux, 2006, p.81).

Pour la famille et l'entourage du patient, le cancer peut induire différentes difficultés selon les étapes de la maladie (Delvaux, 2006, pp. 83-100):

- Le diagnostic : peut perturber les émotions des membres de la famille et leur fonctionnement, redéfinition des rôles, peur de la mort du proche, culpabilité, questionnements.
- Le traitement : la famille peut avoir de la peine à s'adapter au milieu hospitalier. Parfois les soignants sont obligés d'écarter les proches pour réaliser les soins. Le patient peut lui aussi rejeter l'aide des ses proches.
- La rémission : difficultés à retrouver un équilibre familial, distance qui s'établit entre le malade et ses proches, incompréhension, crainte de la récurrence.
- La phase terminale : le jeune adulte devient dépendant de sa famille, son autonomie est diminuée, la détresse et l'impuissance des proches peut être visible, la communication devient difficile, et enfin la nécessité de l'acceptation de la mort à effectuer par le malade et ses proches.

De plus, le jeune adulte vivant encore chez ses parents pourra avoir des difficultés en lien avec une « surprotection » parentale (Cancer.Net, 2015). Celui qui vivra en couple devra faire face à d'autres difficultés par exemple d'ordre sexuel (diminution de la libido, changement corporel, problème de fertilité).

Des personnes « ressources » faisant partie de l'entourage du jeune adulte vont permettre de favoriser notamment : la discussion, l'évitement de la solitude et le partage d'activité.

Dans certaines situations, les frères et sœurs du jeune adulte jouent ce rôle de personne ressource (Cancer.Net, 2015). Dans d'autres cas, il peut s'agir du conjoint, d'un ami, d'un parent etc.

2.1.6. Soutiens associatifs, forums et autres aides

En Suisse, la Ligue Suisse contre le cancer (Ligue Suisse Contre le Cancer, 2016) a été créée, en 1910. C'est une « organisation nationale d'utilité publique, qui lutte contre le cancer et soutient les personnes atteintes et leurs proches. » (Ligue Suisse Contre le Cancer, 2016). Cette organisation possède des centres cantonaux comme par exemple à Genève : la Ligue genevoise contre le Cancer qui propose une offre de prestations très variées et gratuites (Ligue genevoise contre le cancer, 2016). Deux « arcades d'accueil » existent. Des infirmières « identifient, évaluent les besoins et les préoccupations en lien avec la maladie cancéreuse avec les patients et les proches » (Ligue genevoise contre le cancer, 2016). Les soutiens proposés sont entre autres :

- des groupes de soutien : « conférences-brunch »,
- de la documentation,
- de l'écoute et du soutien par des infirmières,
- des liens avec des associations de patients,
- de l'aide pour des démarches administratives,
- de l'aide financière.

Des exemples de groupes de soutien sont : « Bonne mine, bon moral » ; « Un proche malade... « ch'fais quoi moi ? » » ; « La fratrie en deuil » ; « Osez rire des choses difficiles ! » etc.

Pour le jeune adulte, nous avons trouvé ces différents forums de discussions en français:

- Jeunes solidarité cancer (JSC) : association française pour lutter contre le « double » isolement des grands adolescents et jeunes adultes atteints de cancer (Jeunes solidarité cancer, 2016).
- Cancer fight club : forums de discussions canadien pour les jeunes adultes atteints de cancer (Cancer fight club, 2016).

Il existe aussi de nombreux forums de discussions en anglais.

Nous avons également trouvé des applications téléchargeables sur un téléphone portable :

- cancerAid : Living with Cancer : application qui permet aux personnes atteintes de cancer de mieux s'organiser (gestion des agendas) et de regrouper des renseignements médicaux. (GooglePlay Store, 2016)
- instapeer : application permettant aux jeunes adultes malades, aux survivants du cancer et aux soignants de communiquer entre eux (Stupid Cancer, 2015).

Les aides et soutiens proposés sont donc nombreux et très variés, et s'adressent à la fois au patient et à son entourage. Sur internet, nous avons trouvé de nombreux sites anglophones de soutien pour les jeunes adultes. Pour Genève, la Ligue genevoise contre le cancer est très active. De plus, au sein des HUG, il y a un nouvel espace qui a été créé au 7^{ème} étage appelé : « espace jeunes adultes ». Ce lieu est réservé aux jeunes entre 16 et 30 ans atteints de cancer. Cet espace « offre des possibilités de loisir et d'échanges entre patients ou avec les proches et les soignants. Il est équipé d'un vélo ergonomique, d'un fauteuil de massage, d'une télévision, de consoles de jeux et d'ordinateurs avec coins repas détente » (HUG, 2016).

2.2. La radiothérapie

Nous parlerons du déroulement des traitements en radiothérapie et des différentes techniques. Nous nous intéresserons principalement à la radiothérapie externe, car elle reste la plus fréquemment effectuée dans un service de radiothérapie. Nous expliquerons également les rôles de chaque soignant dans le service, pour mieux comprendre les interactions de ceux-ci avec le patient pendant le traitement. Nous décrirons aussi les étapes du parcours d'un patient en radiothérapie, et les phases impliquant le TRM. Les termes radiothérapie ou radio-oncologie sont des synonymes. Dans ce travail, nous utilisons le terme de radiothérapie.

2.2.1. Le cancer

En Suisse, on diagnostique environ 35'000 cancers par année et ces chiffres ne cessent d'augmenter (Barada, M. communication personnelle [Support de cours], 20 septembre 2013).

Divers facteurs influent sur les risques de développer un cancer, tels que : l'environnement, les rayons UV, les infections, les facteurs génétiques, ainsi que l'hygiène de vie (tabac, alcool, sédentarité) (Barada, M. communication personnelle [Support de cours], 20 septembre 2013). Dans le domaine de l'oncologie, de grands progrès ont été réalisés ces dernières années. Les traitements sont de plus en plus ciblés et personnalisés. La prise en charge de chaque patient est discutée de manière pluridisciplinaire pour envisager le meilleur traitement possible.

Les solutions thérapeutiques qui sont proposées dépendent de certains critères tumoraux. Le classement TNM qui est le plus utilisé permet de rendre compte de ces critères : la taille (« Tumor »), l'envahissement de la tumeur au niveau des ganglions (« Nodes ») et l'éventuelle présence de métastases à distance (« Metastasis »). Selon la dimension, la radiosensibilité, la localisation et le stade de la tumeur, un traitement exclusif ou associé à d'autres techniques sera proposé au patient. Différentes modalités de soins peuvent être combinées, telles que la chimiothérapie, la radiothérapie, la chirurgie ou l'hormonothérapie (Barada, M. communication personnelle [Support de cours], 20 septembre 2013).

2.2.2. Techniques actuelles de traitements en radiothérapie

La radiothérapie concerne environ 70% des traitements de cancers en France (Guidée, R., 2007). Il y a différents types de radiothérapie ;

- **La radiothérapie externe** : les rayons (photons, électrons ou protons) vont traverser le patient pour atteindre la zone tumorale à irradier ; ils vont endommager les cellules tumorales mais également les cellules saines sur leurs trajets. (Barada, M. communication personnelle [Support de cours], 20 septembre 2013). Les objectifs thérapeutiques peuvent être différents selon le traitement. La radiothérapie externe peut faire disparaître la tumeur, ralentir son évolution ou encore diminuer son volume (permettant ensuite une chirurgie). Le but de ces traitements peut donc être curatif, palliatif ou simplement pour réduire les symptômes d'une maladie. (Barada, M. communication personnelle [Support de cours], 20 septembre 2013). Ce type de radiothérapie est utilisé dans la majorité des traitements.
- **La radiothérapie métabolique** : c'est l'administration d'une source non scellée, sous forme de solution injectable ou de comprimé. Elle est utilisée pour le traitement des tumeurs thyroïdiennes (Barada, M. communication personnelle [Support de cours], 20 septembre 2013).
- **La radiothérapie peropératoire** : c'est un traitement ciblé et réalisé pendant la chirurgie (une irradiation unique). Elle est utilisée presque exclusivement pour les cancers de la glande mammaire (Barada, M. communication personnelle [Support de cours], 20 septembre 2013).
- **La curiethérapie** : c'est l'introduction d'une source radioactive scellée au contact de la tumeur. Elle peut être pulsée, à bas ou à haut débit de dose. Elle est utilisée par exemple pour les cancers du col de l'utérus ou de la prostate (INCa, 2016a).

2.2.3. Radiothérapie externe

Il existe divers appareils pour réaliser des traitements de radiothérapie externe. Ce sont principalement des accélérateurs linéaire d'énergie (LINAC : Linear Accelerator) qui appliquent des rayonnements (photons ou électrons). L'appareil et l'énergie sont choisis en fonction du type de traitement. Tous les appareils sont couplés à des systèmes d'imagerie. Ils permettent l'« IGRT » (Image Guided Radiation Therapy ou radiothérapie guidée par

l'image), le TRM peut ainsi vérifier le positionnement du patient à chaque séance de traitement.

En fonction du LINAC, différents types de traitements en radiothérapie externe peuvent être délivrés :

- **La radiothérapie conformationnelle en trois dimensions (3D) :** Tous les centres peuvent faire de la radiothérapie conformationnelle 3D. Le LINAC délivre l'irradiation sur des champs fixes.
- **La radiothérapie par modulation d'intensité statique, l'IMRT (Intensity Modulated Radiation Therapy) :** Le champ d'irradiation peut être modifié pendant le traitement (INCa, 2013). Il permet la protection des tissus sains proches de la tumeur.
- **La radiothérapie par modulation d'intensité dynamique, le VMAT (Volumetric Modulated Arc Therapy) :** En plus des avantages des traitements IMRT statique, les traitements VMAT permettent de délivrer des débits de dose variable durant l'irradiation. La forme du champ, la vitesse de rotation et l'angle du LINAC peuvent changer au cours du traitement. Les traitements sont plus rapides que pour de la radiothérapie conformationnelle 3D (Hôpital Européen Georges-Pompidou, 2010)
- **La radiothérapie stéréotaxique :** La radiothérapie stéréotaxique permet d'irradier de petits volumes à haute dose. Cette technique est aussi appelée : radio-chirurgie.

Il existe également des appareils capables de délivrer des traitements de protonthérapie. La protonthérapie est utile pour les tumeurs résistantes ou proches d'un organe critique. En effet, les protons déposent peu de dose sur leur trajet et un maximum de dose sur la zone tumorale. Cette technique permet de traiter les tumeurs de façon très précise. Elle préserve les tissus sains, ce qui réduit les effets secondaires (Paul Scherrer Institut, 2011). Ces traitements ont de nombreux avantages par rapport à la radiothérapie externe (photons/électrons). Par contre, ils sont très coûteux et il existe peu de centre de protonthérapie. En Suisse, il y en a un seul dans le canton d'Argovie : l'Institut Paul Scherrer (PSI). L'assurance maladie prend en charge ces traitements seulement pour certaines indications, telles que « les mélanomes intraoculaires, les méningiomes (bénins et malins), les tumeurs ORL, les sarcomes, chondromes et chondrosarcomes, les tumeurs des petits enfants, des enfants et des adolescents » (Paul Scherrer, 2011). Globalement, la protonthérapie est selon l'Hôpital Universitaire de Berne

(2006), « une médecine de l'avenir ». L'idéal serait donc de pouvoir utiliser la protonthérapie pour tous les enfants et les jeunes patients.

2.2.4. Effets de la radiothérapie

Les progrès dans le domaine de la radiothérapie ont permis d'augmenter la précision des traitements et de diminuer les effets sur les tissus sains. Toutefois, les effets secondaires du traitement restent un aspect très important dans la prise en charge du patient. La radiothérapie externe permet de détruire les cellules cancéreuses mais endommage aussi des cellules saines sur son trajet. Il y a plusieurs étapes dans l'interaction entre un rayonnement ionisant et une cellule (physique, chimique, cellulaire et tissulaire). Le but du traitement est la mort cellulaire. Elle est plus importante au niveau des tissus tumoraux, car les cellules tumorales prolifèrent plus rapidement que les cellules saines. Les cellules tumorales ont donc plus de probabilité lors du traitement de se retrouver dans une phase du cycle cellulaire, plus sensible que les cellules saines (IFMEM, 2011). Les cellules saines ont la capacité de réparer les radiolésions, au contraire des cellules tumorales qui ne réparent pas ou mal (AZRIA D., DUBOI J-B, 2008). Les effets secondaires sont dus à la dose et au fractionnement du traitement (IFMEM, 2011).

Les traitements de radiothérapie peuvent être classiques avec une séance quotidienne à raison de cinq séances par semaine, hypo-fractionnés (moins de séances avec une dose plus importante à chaque séance) ou au contraire hyper-fractionnés (plus de séances avec une dose moins importante à chaque séance). (IFMEM, 2011).

Il existe deux types d'effets secondaires : les effets tardifs et les effets précoces. Ils varient en fonction de la zone irradiée. Les effets précoces sont réversibles, alors que les effets tardifs ne le sont pas. Par exemple pour le traitement d'un cancer du sein, un effet précoce peut être une rougeur de la peau, qui va disparaître progressivement après l'arrêt du traitement. Un effet tardif pourrait être par exemple une fracture de côte ou une fibrose pulmonaire.

2.2.5. Personnel dans un service de radiothérapie

En plus des connaissances de base de chaque professionnel de la santé, il y a plusieurs compétences que les personnes travaillant dans un service de radiothérapie doivent acquérir

(organisation, communication, collaboration et professionnalisme). Tout d'abord, l'organisation de la prise en charge des patients et les tâches à réaliser dans le service doivent se faire en fonction du flux des patients et des priorités. Ensuite, il est important de communiquer de manière appropriée avec les collègues mais également avec les patients. La collaboration entre collègues permet un travail d'équipe optimal et une meilleure prise en charge pour les patients. Pour finir, le personnel soignant doit faire preuve de professionnalisme dans toutes les situations qu'il rencontre. Il doit connaître ses limites, ses rôles et ses responsabilités (Société française de physique médicale, 2013).

Nous allons décrire ci-dessous de manière globale les rôles de chaque personne intervenant dans un service de radiothérapie. Nous allons nous référer au service de radiothérapie des HUG.

Les radio-oncologues

Ils sont souvent spécialisés dans les cancers d'une localisation particulière. Ils étudient les dossiers médicaux pour déterminer si l'indication à la radiothérapie est justifiée. Ils choisissent le traitement et font une prescription (fréquence, dose, étalement et énergie à utiliser) selon la classification, le type et la localisation de la tumeur. Lors de la première consultation avec les patients, ils donnent les informations sur le déroulement du traitement et sur les effets à court et long terme de la radiothérapie.

Ils doivent également répondre aux questions des patients et de leurs proches. Il est important pour eux de rassurer au mieux les patients et instaurer un climat de confiance lors des entretiens médicaux (Centre de cancérologie des Hôpitaux de la Riviera et du Chablais. (s.d.)). Lorsque les TRM ont terminé le centrage, les radio-oncologues participent à la réalisation de la dosimétrie en contournant les organes à risques et les zones cibles à irradier sur les images scanner (ou PET-scanner/ PET-IRM). Au cours du traitement, ils suivent les patients par le biais de consultations. Ils doivent évaluer si le traitement de radiothérapie est efficace. Ils ne sont pas présents lors des séances de traitements mais restent atteignables dans le service pour d'éventuelles urgences. Aux HUG, par exemple, pour les traitements d'irradiation du corps entier (TBI : Total Body Irradiation) les radio-oncologues doivent être présents pour valider le traitement. En effet, ces traitements sont particuliers car les patients reçoivent une certaine dose en très peu de séances dans le but de recevoir une greffe de moelle osseuse (CHU Besançon, s.d.). Lors des traitements de curiethérapie, ils sont aussi responsables de l'administration des sources radioactives (HUG, 2015).

Les infirmières

Elles participent aux consultations avec le radio-oncologue et ont un rôle important. Selon le centre de cancérologie des Hôpitaux de la Riviera et du Chablais. (s.d.), les infirmières permettent aux patients et à leurs proches « de mieux faire face à la maladie et aux traitements ». Elles font également des entretiens réguliers avec les patients, où elles abordent les sujets problématiques du traitement afin de trouver des solutions (Centre de cancérologie des Hôpitaux de la Riviera et du Chablais. (s.d.)). Elles prodiguent certains soins, comme faire des pansements aux patients qui en ont besoin à cause des effets secondaires de la radiothérapie. Elles peuvent être appelées à aider les TRM pour des poses de voie veineuse chez les patients. Elles s'occupent également de la préparation et de l'administration de la curiethérapie avec le radio-oncologue.

Les techniciens en radiologie médicale (TRM)

Le rôle des techniciens en radiologie médicale aux HUG est différent selon le poste de travail (centrage, salle de traitement, dosimétrie). Au centrage et au traitement, le TRM a un rôle important dans la communication avec le patient et ses proches. Lors du centrage, les TRM doivent expliquer le déroulement du traitement. Ils choisissent les moyens de contentions adaptés selon la localisation, la position et la morphologie du patient. Ils réalisent ensuite le scanner (ou PET-CT). Ils placent un iso-centre de traitement qui servira à réaliser la dosimétrie. Le patient sera tatoué à la peau (ou autres formes de marquage).

Les TRM doivent maîtriser l'utilisation des différents logiciels permettant le transfert des images et la réalisation du plan de traitement (dosimétrie). Ils réalisent la dosimétrie avec les radio-oncologues. Ils sont ensuite chargés de compléter le dossier médical (du service) avec le plan de traitement, les éventuelles photos réalisées au centrage, et les rendez-vous qu'ils auront fixés dans le planning. Lors du traitement, les TRM préparent la salle avant l'arrivée du patient avec les moyens de contentions adaptés. Pour les patients hospitalisés, ils sont tenus de faire des demandes de transport au sein des HUG pour faire venir/repartir les patients dans leurs unités. Ils installent les patients, vérifient le positionnement et appliquent le traitement. A la fin de la séance, ils effectuent la facturation. Il existe des centres de radiothérapie où les TRM participent également à la réalisation des traitements de curiethérapie

Les physiciens

Les physiciens qui travaillent dans le domaine de la radiothérapie ont plusieurs rôles essentiels pour la sécurité des patients. En effet, ils doivent assurer un usage efficace des rayonnements ionisants dans un but thérapeutique (Bernard AUBERT, s.d.). Ils préparent des dosimétries complexes et valident les plans de traitement en vérifiant tous les paramètres. Ils sont chargés de réaliser différents contrôles qualités sur les appareils de traitement pour s'assurer que tout fonctionne comme prévu. Ils réalisent également des vérifications de l'application des doses lors des traitements par des mesures sur des fantômes.

Les psycho-oncologues

Ils peuvent se trouver directement dans le service ou mis en relation au cours du traitement. Ils sont très importants pour le soutien psychologique des patients et de leurs proches (bravo-radiothérapie, 2013). Selon Razavi & Dauchy (2010), les objectifs en psycho-oncologie sont de l'ordre de la prévention, de l'information et du soutien.

Les diététiciens

Les patients peuvent être amenés à consulter une diététicienne. La maladie entraîne parfois une perte de poids. La radiothérapie, selon les localisations traitées, peut perturber le goût ou l'odorat. Le traitement peut également conduire à des sécheresses buccales, des nausées ou des vomissements (Société canadienne du cancer, 2016b). Les diététiciens ont donc un rôle majeur dans l'amélioration de la qualité de vie des patients. Ils peuvent proposer des alternatives ou des conseils aux malades.

L'équipe administrative

Elle est responsable de l'accueil de tous les patients. Elle s'occupe également de l'administratif ainsi que du dossier du patient.

2.2.6. Etapes d'un traitement en radiothérapie

Afin de mieux comprendre le contexte de la prise en charge d'un jeune adulte dans un service de radiothérapie, nous allons décrire le parcours d'un patient dans le service et le travail du TRM autour de cette prise en charge. La première étape est la consultation avec un radio-oncologue. Le TRM intervient dans les étapes suivantes : la préparation au traitement, la dosimétrie, et le traitement.

La consultation avec le radio-oncologue

Le parcours des patients en radiothérapie débute par un entretien médical avec le radio-oncologue. Durant cet échange, les patients reçoivent les informations relatives au traitement : le déroulement, la durée, la fréquence, les risques, ainsi que les effets secondaires à court terme et à long terme. Les patients ont l'occasion de poser des questions. Les proches peuvent assister à cette consultation (CHUV, 2015).

La préparation au traitement – scanner de centrage ou simulation virtuelle

La seconde étape est la préparation au traitement (le centrage). Elle dure environ trente minutes et s'effectue avec le TRM et le patient. Cet instant est important pour le TRM et sa prise en charge, car c'est le premier contact entre eux. Tout d'abord, le technicien positionne le patient avec les moyens de contentions adaptés à la localisation de la lésion et au patient. Les contentions servent à réduire les mouvements involontaires, à faciliter la reproductibilité du positionnement lors des séances de traitement, et si possible augmenter le confort du patient. Différents types de contentions existent :

- le masque thermoformé,
- le support thorax,
- le repose jambes et pieds ou « combifix »
- le support seins en décubitus ventral ou dorsal,
- le bellyboard,
- les coussins Vac-Lok pour l'immobilisation d'une grande partie du corps,
- les coussins en mousses, les mousses pour le dos, et les cales ORL.

(Barada, M. communication personnelle [Support de cours], 20 septembre 2013).

Une fois le patient installé, un scanner ou PET scanner de la zone tumorale est effectué (CHUV, 2015). Ces images sont utiles pour la réalisation du plan de traitement (dosimétrie). Les patients sont ensuite marqués, le plus souvent par de petits points de tatouages, à plusieurs endroits sur le corps (généralement où se croisent les lasers se trouvant dans la salle de scanner et que l'on retrouve dans la salle de traitement) pour pouvoir reproduire la position lors des séances de traitement. Des photos peuvent être réalisées lors de cette préparation pour permettre l'identification du patient et la reproductibilité de la position du patient au cours des séances de traitement. Le TRM doit noter toutes les informations nécessaires pour la suite et la reproductibilité du positionnement. Il fixe également les rendez-vous pour les séances de

traitement en fonction de la disponibilité des machines de traitement et des préférences du patient. Le patient peut ensuite rentrer chez lui et l'équipe procédera à la dosimétrie.

La dosimétrie

Cette étape est essentielle avant le début du traitement. Aux HUG, les plans de traitements sont réalisés par les TRM pour les dosimétries simples de type conformationnelle 3D et par les physiciens lorsqu'il s'agit de dosimétrie plus complexe (par exemple le VMAT). Le TRM va charger les images du scanner (ou PET-scanner) dans un logiciel de planification du traitement, appelé aussi TPS pour « Treatment Planning System » en anglais. Le radio-oncologue place ensuite l'iso-centre de la tumeur et dessine les contours (étape : contourage). Il va contourner le GTV « Gros Tumor Volume » qui comprend le volume macroscopique de la tumeur ; le CTV « Clinical Target Volume » qui correspond au GTV ainsi que les tissus microscopiques probablement envahis par la tumeur ; et le PTV « Planning Target Volume », la tumeur avec des marges de sécurité (prend en compte les éventuels mouvements) (IFMEM, 2011). Ensuite, le contourage des organes à risques et de la peau est réalisé.

L'étape suivante est l'introduction des données de la prescription faite par le radio-oncologue (type de rayonnement, énergie, fractionnement, dose). Une DRR (Digital Reconstructed Radiography) est créée avec les images réalisées lors du centrage. Elle permet le repositionnement identique du patient lors des séances de traitement, par comparaison avec les images du jour. Ensuite le TRM essaye de modifier différents paramètres pour protéger les organes à risques. Lorsqu'il a terminé le plan de traitement, il l'évalue à l'aide de courbes de doses (DVH ; Dose Volume Histogram). Puis le radio-oncologue vérifie la dose reçue par la tumeur et les volumes contourés.

Le TRM ou le physicien qui réalise la dosimétrie va proposer plusieurs plans de traitement au radio-oncologue. Il y aura des différences au niveau des doses que les organes à risques reçoivent. Il s'agit toujours de compromis entre risques et bénéfices. Le TRM complète le dossier médical du patient (du service) avec les photos, la position du patient, les moyens de contentions utilisées, les informations importantes ainsi que les rendez-vous.

Aux HUG, le TRM ne peut pas commencer l'irradiation si le plan de traitement n'est pas validé par un médecin et un physicien.

Le traitement

Dans la majorité des traitements, les séances sont quotidiennes mais il est possible que ce soit fractionné d'une autre manière. Ces paramètres sont choisis par le radio-oncologue en fonction de la tumeur du patient (CHUV, 2015). Aux HUG, les traitements sont délivrés en présence d'au moins deux TRM. De plus dans la mesure du possible, le TRM qui a effectué le centrage du patient, le suivra lors de ses séances de traitements. Les TRM préparent la salle avant l'arrivée du patient avec les moyens de contentions adéquats. Le patient est installé dans la même position que celle du centrage. Le TRM fait une vérification de la zone qui va être irradiée grâce à des systèmes d'imagerie. Les images réalisées le jour du traitement sont comparées aux images réalisées lors de la dosimétrie (DRR). Il lance ensuite le traitement qui dure une dizaine de minutes (IFMEM, 2011). Le traitement n'est pas douloureux, car le patient ne ressent pas directement les effets des rayons. Par contre, la position peut être dans certains cas, difficile à tenir.

Le suivi médical durant le traitement

Les patients ainsi que leurs proches ont régulièrement des rendez-vous avec le radio-oncologue et l'infirmière du service (CHUV, 2015). Cela permet de discuter de l'évolution du traitement et des effets secondaires. Les professionnels de la santé peuvent également observer si les patients ont besoin d'une consultation particulière avec un spécialiste (diététicien, psychologue etc.). Ces consultations sont importantes pour que les patients s'expriment et posent leurs questions. Le radio-oncologue peut ainsi évaluer le déroulement traitement (HUG, 2015).

2.3. La prise en charge par le TRM

Dans le cadre de ce travail, ce qui va particulièrement nous intéresser concernant la prise en charge du jeune adulte par les TRM dans un service de radiothérapie, sont les moments suivants :

- Les représentations à priori, les préjugés et stéréotypes du TRM vis-à-vis du jeune adulte avant la première rencontre,
- La première rencontre entre le TRM et le jeune adulte,
- Les interactions pendant le déroulement de la simulation virtuelle ou du traitement,
- La fin du traitement : événements marquants, comment se termine la relation de soin.

Pour notre cadre théorique nous allons aborder différentes notions, comme les fonctions des représentations sociales, la relation d'aide, les facteurs facilitants cette relation, les interactions et la communication TRM-patients, la gestion des émotions, l'adaptation et nous terminerons par un chapitre sur la prise en charge et ce que cela implique pour un TRM.

2.3.1. Représentations sociales, préjugés et stéréotypes

Dans le cadre du travail quotidien du TRM en radiothérapie, avant de rencontrer le patient, il reçoit une prescription médicale pour le traitement à réaliser avec notamment les informations suivantes concernant le patient : nom, prénom, adresse, sexe, âge, type de cancer et stade TNM, antécédents chirurgicaux, et plus ou moins d'informations sur l'état de santé. Il y a également d'autres informations utiles sur le patient comme le fait qu'il soit hospitalisé ou non, qu'il ait un masque, un ouvre-bouche, ou encore une sonde, etc.

Ces premières informations vont permettre au TRM de se faire une première image du patient.

Cette première image peut être apparentée à une représentation à priori du patient. D'après Fischer (2010), une représentation « donne lieu à une construction ou reconstruction de la réalité en intégrant de manière spécifique la dimension psychologique et la dimension sociale » (p.129). En particulier, la représentation sociale est définie comme étant une « construction sociale d'un savoir ordinaire à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personnes, événements, catégories sociales etc.) et donnant lieu à une vision commune des choses qui se manifeste au cours des interactions sociales » (Fischer, 2010, p. 138).

Il peut y avoir également, lors de la formation de cette première image, la survenue de préjugés et de stéréotypes dans le but de réduire le « coût psychologique d'une représentation » (Fischer, 2010, p. 128). Ces raccourcis permettent d'avoir rapidement une image et une idée, souvent négative, d'une personne ou d'un patient.

Un préjugé est défini par Fischer (2010) comme « une attitude comportant une dimension évaluative, souvent négative, à l'égard de types de personnes ou de groupes, en raison de leur appartenance sociale » (p.117). Il mentionne aussi qu'il s'agit d'une discrimination mentale qui peut aboutir à « une discrimination comportementale » (p.117)

Un stéréotype est décrit comme étant « une manière de penser par clichés, qui désigne les catégories descriptives simplifiées basées sur des croyances et par lesquelles nous qualifions d'autres personnes ou d'autres groupes sociaux » (Fischer, 2010, p, 117). Il constitue également « un mécanisme important de maintien des préjugés » (Fischer, 2010, p, 118).

Au niveau des attitudes et des attentes que nous avons potentiellement envers des personnes, nous pouvons également citer l'effet Pygmalion qui « consiste à développer à l'égard d'autrui des attitudes et des attentes particulières qui sont, en fait, le résultat d'une perception préalable à son sujet » (Fischer, 2010, p, 124-125).

Avant la rencontre entre le TRM et le jeune adulte, il peut y avoir de nombreux à priori. Par exemple, un jeune adulte ou un adolescent peut être perçu comme une personne fermée, qui aura du mal à s'exprimer et à manifester ses sentiments qui, potentiellement, n'acceptera pas son traitement, qui sera accompagnée certainement de ses parents très inquiets (qu'il faudra gérer), qui voudra essayer de montrer qu'il maîtrise la situation, etc. Il faut être conscient de ces processus mentaux, pour pouvoir les reconnaître et les éviter.

2.3.2. Première rencontre, premières impressions

Suite à la première rencontre TRM-jeune adulte, le TRM va se former une impression qui est définie par le fait de « caractériser une personne donnée en organisant plusieurs traits particuliers la concernant en un ensemble cohérent » (Fischer, 2010, p. 110). Une étude de Asch (1949) cité par Fischer (2010) parle du fait que les premières impressions persistent même si après d'autres informations contradictoires peuvent survenir.

Le patient va également se créer une première impression sur le TRM et l'équipe soignante.

Il convient donc de gérer au mieux cette première rencontre, afin d'éviter des malentendus et d'établir dès le début une bonne relation avec le patient.

2.3.3. Relation d'aide et relation thérapeutique

Selon Marc & Picard (2008), « La notion de relation désigne la forme et la nature du lien qui unit deux ou plusieurs personnes » (p. 9). Il existe différentes formes de relations comme par exemple : la relation sociale, familiale, amicale, professionnelle, thérapeutique, hiérarchique ou encore la relation d'aide. De plus, les auteurs ajoutent que :

[La relation] implique aussi une relative stabilité [...] s'inscrit dans une certaine durée et se distingue des contacts éphémères ou le lien ne survit pas à la rencontre. Cependant, si elle suppose une fréquentation régulière, la relation subsiste même si les intéressés ne sont pas en présence (une amitié peut perdurer même en cas de séparation prolongée). Elle constitue donc un lien subjectif en même temps qu'objectif (Marc & Picard 2008, p. 9).

Une relation interpersonnelle peut perdurer même si les individus ne sont plus en contact. Dans le cadre de l'exercice professionnel du TRM dans un service de radiothérapie, il s'agit à la fois d'une relation d'aide et d'une relation thérapeutique entre le patient et le TRM. Concrètement, le TRM va expliquer et aider le patient à se positionner pour la séance de traitement ou de simulation. Leurs actions conjointes vont permettre l'établissement du traitement : la séance de radiothérapie.

En particulier, une relation d'aide est d'après le cours de D. Hicklin (communication personnelle [Support de cours], 16 octobre 2012) réfléchi et professionnelle, c'est une relation de soutien et d'accompagnement durant laquelle le soignant aide le bénéficiaire de soins à « opérer son ajustement personnel à une situation à laquelle il ne s'adapterait pas sans le soutien ou sans apport d'un tiers » (Salomé, 1993, p.109 cité par D. Hicklin).

La relation thérapeutique est décrite selon Townsend (2010) comme une « interaction entre deux personnes (généralement le soignant et le bénéficiaire des soins) dont les échanges favorisent l'instauration d'un climat incitant à la guérison, à la croissance et à la prévention de la maladie » (p. 110). D. Hicklin dans son même cours parle aussi de « préalables à la relation d'aide ou thérapeutique, comme par exemple : la présence et disponibilité, se centrer sur la personne, l'écoute active, le non-jugement et l'acceptation de l'autre ».

Carl Rogers, spécialiste en psychologie clinique et thérapie familiale, a fondé une méthode pour la relation d'aide : l'ACP ou Approche Centrée sur la Personne. Cette théorie peut être résumée ainsi :

L'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes fondamentales et son comportement vis-à-vis de lui-même. Mais seul un climat bien définissable, fait d'attitudes psychologiques facilitatrices, peut lui permettre d'accéder à ses ressources. (Rogers, 1962 cité par Martin, 2016).

De cette méthode découle selon Rogers (1962) cité par Martin (2016), trois attitudes facilitatrices, qui permettent la mise en place d'un climat favorable à la relation d'aide :

- L'authenticité, la congruence : « être vrai dans ses relations avec autrui ; se préparer à être à l'écoute de ses propres sentiments et en prendre conscience ; harmonie entre qui je suis, ce que je sens, ce que je dis, ce que je fais » (Meynet, Y. communication personnelle [Support de cours], 1^{er} octobre 2012)
- Le regard positif inconditionnel : « accueillir la personne telle qu'elle est ; observer sans jugement ; considération chaleureuse » (Meynet, Y. communication personnelle [Support de cours], 1^{er} octobre 2012)
- L'empathie : « capacité de comprendre avec justesse et sensibilité les expériences et sentiments de l'autre ; avoir un intérêt pour la personne » (Meynet, Y. communication personnelle [Support de cours], 1^{er} octobre 2012).

Pour finir, toute relation se passe dans un certain contexte. Il est à lui seul « porteur de normes relationnelles, de codes de communication, de rituels d'interaction, il exerce un effet fortement structurant sur la relation » (Marc & Picard, 2008, p. 12). Au sein d'un hôpital, les normes et codes de communication sont normalisés à tous les niveaux (TRM-patient, TRM-médecin, etc.), de part la structure hiérarchique des lieux.

Le TRM en radiothérapie est donc confronté à ces relations avec le patient qu'il doit prendre en charge et qu'il va revoir sur plusieurs semaines. Il doit donc acquérir une certaine aisance relationnelle, être à l'écoute, être empathique et authentique, et il ne doit pas porter de jugement sur le patient.

2.3.4. Interaction, communication TRM-patient

Selon le Larousse (2016), une interaction sociale peut être définie comme étant : « une relation interpersonnelle entre deux individus au moins, par laquelle les comportements de ces individus s'influencent mutuellement et se modifient chacun en conséquence ».

Lorsqu'on parle d'interaction, on ne s'intéresse pas à la nature du lien entre les personnes (ce qui reviendrait à parler de relation), mais bien à l'influence réciproque de ces personnes l'une sur l'autre. Pour notre cas, le TRM influe sur le patient et le patient influe sur le TRM.

Durand, I. dans son cours sur la communication et les interactions dans la relation de soin (communication personnelle [Support de cours], 19 novembre 2015), cite la définition de Filliettaz & Schubauer-Leoni (2008) :

L'interaction désigne le processus séquentiel et temporellement ordonné qui prend place lorsqu'au moins deux individus se trouvent dans un espace perceptuel partiellement partagé, dans lequel ils doivent recourir à des ressources communicationnelles en vue de conduire collectivement une action conjointe, qui renvoie à un contexte social particulier.

Fischer (1999), en citant Goffman (1974), parle de la notion de rites d'interaction qui « désigne l'ensemble des règles qui structure les interactions dans un contexte ».

Le TRM dans l'exercice de son travail quotidien est sans cesse en interaction, que ce soit avec le patient, le médecin, le physicien, des collègues, une réceptionniste, ou encore les proches d'un patient. Il doit être capable de s'ajuster selon la situation, le contexte, le patient et ses proches.

La communication est selon Marc et Picard (2008) :

Le rapport d'interaction qui s'établit lorsque les partenaires sont en présence (bien sûr, le téléphone ou le courrier peut y suppléer). C'est à travers elle que la relation se constitue, se développe et évolue ; elle représente donc la dimension dynamique du lien (p. 9).

Marc et Picard (2008) ont une conception novatrice de la communication : « car « communiquer », c'est aussi : définir une relation, affirmer son identité, négocier sa place, influencer l'interlocuteur, partager des sentiments ou des valeurs et, plus largement, des significations » (p. 63). Les modèles plus anciens de la communication, comme celui de Shannon & Weaver (1949) (cf. figure 1) sont comme nous l'avons vu en cours avec Durand, I (communication personnelle [Support de cours], 19 novembre 2015) les bases sur lesquels reposent des modèles plus récents tenant compte de l'interaction réciproque entre l'émetteur et le récepteur.

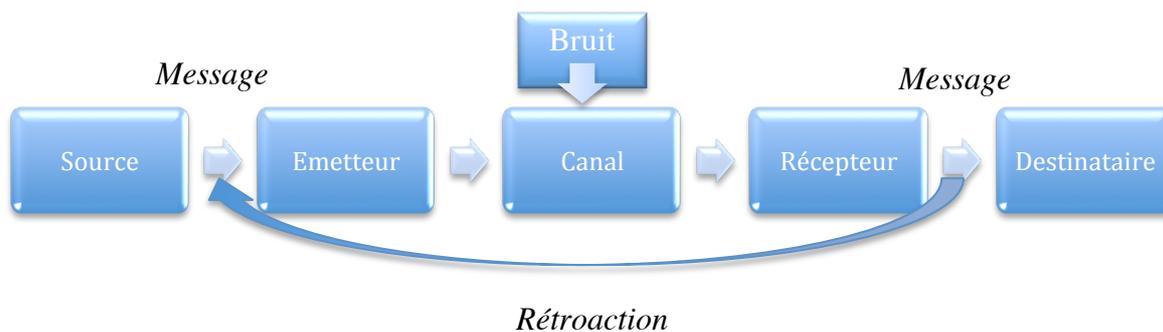


Figure 1 : Schéma de la communication repris de Shannon & Weaver (1949).

2.3.5. Emotions, sentiments et gestion

En radiothérapie, le TRM est particulièrement sollicité sur le plan émotionnel, car il est confronté à des patients ayant une maladie particulière : le cancer. De plus, il y a un suivi du patient au sein du service parce que les traitements nécessitent d'être répétés sur plusieurs séances. Les relations TRM-patient s'installent donc sur une certaine durée et peuvent devenir plus personnelles que pour un TRM travaillant en radiodiagnostic.

Une émotion est « une réponse comportementale et physiologique, brève et intense, qui reflète et/ou révèle le vécu subjectif de celui ou celle qui est affecté par un événement interne ou externe » (Cottraux, 2007 cité par Gendre, A. communication personnelle [Support de cours], 19 octobre 2012). Le vécu subjectif qui fait ressortir une émotion c'est : le sentiment. Le sentiment diffère de l'émotion par le fait qu'il a un caractère de durabilité dans le temps. Le Larousse (2016) parle d'un « état affectif complexe et durable lié à certaines émotions ou représentations ».

Il y a 6 émotions de bases : la peur, la joie, la colère, la tristesse, la surprise et le dégoût. L'expression de ces émotions peut se faire via trois canaux : moteur (tonus musculaire, tremblement,..), physiologique (pâleur, rougissement, tachycardie, palpitations, malaise,..) et comportemental (incapacité de bouger, agitation, fuite, agression,..) (Gendre, A. communication personnelle [Support de cours], 19 octobre 2012).

Pour Marc & Picard, 2008, p. 85 « l'émotion (et plus largement l'affectivité) est une dimension essentielle de la vie psychique et relationnelle ».

Ces auteurs parlent aussi du fait que les manifestations émotionnelles sont, malgré nous, présentes dans la communication, mais elles ne sont pas visibles par l'interlocuteur si elles ne dépassent pas un certain seuil. Toutefois elles peuvent aussi permettre à l'interlocuteur de :

Répondre à plusieurs questions : le locuteur est-il engagé dans son expression ? Est-il en contact avec ses motivations profondes ou désimpliqué ? Est-il authentique ou joue-t-il ? Est-il spontané et direct ou sur la défensive ? Ces réponses ne sont pas des réponses « intellectuelles », découlant d'un travail réflexif ; c'est à travers la résonance émotionnelle en lui-même des manifestations du locuteur que l'interlocuteur ressent ces différents aspects (Marc & Picard, 2008, p. 86).

Ces signaux sont donc détectés à la fois par le soignant et par le patient, et peuvent révéler notamment au patient l'authenticité du soignant.

Dans le cadre de la relation d'aide, TRM-patient, il est important que le TRM puisse gérer ses émotions. Par exemple, il serait mal venu qu'il éclate en sanglot devant un patient qu'il voit décliner. D'une manière plus générale, Krauth-Gruber (2009) dit ceci en parlant de la gestion des émotions : « les normes émotionnelles sont spécifiques aux cultures, aux situations, et au genre ». Nous régulons nos émotions pour être dans la norme socialement, mais aussi par « attachement au plaisir et au bonheur, pour être bien intégré et être aimé et en tant que professionnel de la relation d'aide, pour aider les autres » (Gendre, A. communication personnelle [Support de cours], 19 octobre 2012). C'est aussi, d'après Marc et Picard (2008, p.87) : « [le réflexe de] mécanismes psychologiques [comme] : la peur de se dévoiler, d'être débordé et submergé par ses émotions, d'apparaître vulnérable ».

Selon Krauth-Gruber (2009), nous pouvons gérer nos émotions à différents moments du processus émotionnel qui est en jeu. Il y a deux régulations selon le modèle de Gross (1999, 2007) cité par Krauth-Gruber (2009) :

- Une régulation centrée sur les antécédents : « stratégie préventive qui apparaît [...] avant même que l'émotion elle-même soit activée ; modification de l'impact émotionnel d'une situation » (p. 33) ;
- Une régulation centrée sur les réponses émotionnelles : « intervient plus tard dans le processus émotionnel, une fois que l'individu a conféré une signification émotionnelle à la situation », « se focaliser sur les pensées qui accompagnent les émotions [...] et supprimer ces pensées » (p. 33).

Enfin, on peut ajouter la citation de Segal & al. (2006) cité par Gendre, A. communication personnelle [Support de cours], 19 octobre 2012 : « Avec les émotions, la meilleure manière de les changer parfois est de ne pas essayer de les changer, mais plutôt d'y apporter de la conscience pour les voir plus clairement ».

Le TRM est aussi directement confronté au patient, il doit trouver des moyens pour contenir ses émotions face au patient. Au niveau de la communication, nous avons aussi des mécanismes de « défenses émotionnelles » qui se mettent en place, comme diraient Marc & Picard (2008). Ces différentes formes de défenses sont les suivantes, selon Marc & Picard, 2008 :

- La répression et l'inhibition de l'expressivité émotionnelle : « voix désaffectée ; rigidité corporelle et visage peu expressif »
- L'évitement et la fuite : « se détourner des thèmes qui pourraient provoquer des réactions affectives (éviter les sujets intimes, [...] les points conflictuels,..) »
- La dérivation : « canaliser les manifestations émotionnelles par les activités motrices (remuer les mains ou les jambes, tripoter des objets, s'agiter,..) ou verbales (parler beaucoup et très vite) »
- La dissociation : « séparer les réactions émotionnelles et l'expression verbale par l'intellectualisation, la rationalisation, la désaffectation du discours »
- Le masquage : « les réactions émotionnelles spontanées sont dissimulées par des manifestations inversées (rire pour cacher son embarras, feindre l'indifférence...) ».

Nous utilisons ces formes de défenses émotionnelles couramment avec plus ou moins de succès. Marc et Picard (2008) parlent aussi du fait que ces défenses peuvent parfois « perturber et brouiller la communication » (p. 87).

2.3.6. Adaptation : un mot bien connu par les TRM

Le TRM est en adaptation constante à différents niveaux comme par exemple :

- Aux nouvelles technologies : les machines utilisées sont toujours plus sophistiquées, et les techniques de soins et de traitements évoluent très rapidement (Lundvall et al. 2015)
- Au contexte : il peut travailler dans des lieux différents comme un hôpital universitaire ou une clinique privée (les enjeux sont différents)
- Aux situations : si le patient vient accompagné de ses proches, ou encore que le planning de la journée est trop juste et qu'il faut travailler plus rapidement
- Au patient : c'est au TRM de s'adapter au patient, de prendre le temps d'observer avant d'agir, de ne pas brusquer le patient, de trouver les mots justes.

- Aux collègues de travail : médecin, infirmière, physicien, réceptionniste, les autres TRM constituent l'essentiel des personnes avec lesquelles le TRM doit collaborer et s'adapter.

Le terme s'adapter est défini par : « modifier la pensée, le comportement de quelqu'un pour le mettre en accord avec une situation nouvelle, ou modifier quelque chose pour l'approprier à quelqu'un, le mettre en accord avec quelque chose » (Larousse, 2016).

Les TRM doivent mettre en place des stratégies d'adaptation pour être à même de réaliser leurs tâches quotidiennes.

Un article traitant des innovations technologiques au CT et de l'adaptation au changement par le TRM parle notamment du fait que l'apprentissage des nouvelles technologies est inévitable et nécessaire, mais aussi que si cet apprentissage n'est pas réalisé, il y aura des conséquences sur la relation professionnelle avec le patient (Lundvall et al. 2015). Un TRM qui n'est pas sûr de ce qu'il entreprend face au patient va mettre en péril le bon déroulement de l'examen. Typiquement, en tant que stagiaires, nous avons tous vécu une situation (par exemple lors des premières poses de voies veineuses) dans laquelle nous ne paraissions pas sûres de nous. Les patients vont le ressentir immédiatement et il y a de fortes chances que cela se termine par un essai raté. Les mêmes auteurs parlent aussi de l'importance du « lifelong learning » dans la pratique du TRM, qui se définit par l'apprentissage face aux évolutions, au niveau de l'éducation et du développement professionnel continu (Lundvall et al. 2015).

2.3.7. Prise en charge : définition et enjeux

La notion de prise en charge est définie par le Larousse (2016) par « prendre quelqu'un, quelque chose en charge, s'en occuper, en prendre la responsabilité ». D'après Treiger (2015) il s'agit dans les soins d'une notion mal définie. Pour les soins infirmiers, la notion de « prise en charge » est progressivement remplacée par la notion de « prise en soin » afin d'adopter une approche « respectueuse de la personne comme sujet de soins » (Daydé et al, p. 22, 2010).

Concernant en particulier les situations de prise en charge d'un patient atteint de cancer, Walsh et al. (2011) se sont intéressés à la coordination des soins autour du patient. Ils ont identifiés 7 composants essentiels à la coordination des soins :

- organisation des soins du patient : réduction de l'anxiété des patients en les aidant dans la gestion des rendez-vous (avec le médecin, pour les traitements, etc.)

- accès et navigation dans le système de santé : guider les patients pour obtenir des aides financières, des aides et soins à domicile, etc.
- attirer une personne de référence au patient : cette personne de référence, par exemple une infirmière, est au courant du dossier du patient, peut être contactée à tous moments et pour différents types de questions par le patient ; le personnel soignant s'accorde à dire qu'il s'agit d'une solution très efficace pour diminuer la confusion chez le patient pour qu'il se sente encadré.
- communication et coopération au sein des équipes multidisciplinaires, et d'autres professionnels de la santé : lié au bon déroulement des soins et au succès thérapeutique.
- délivrer les soins appropriés au bon moment : c'est d'après les auteurs l'élément clef de la coordination.
- donner suffisamment d'informations au patient et au bon moment : le patient veut savoir ce qui concerne son plan de traitement ; il a besoin de savoir entre autres : les heures des rendez-vous, les lieux, les transports possibles, les coûts et bénéfices des traitements,...etc.
- évaluer les besoins du patient : les besoins des patients sont très variables ; il est nécessaire d'évaluer pour chaque patient les besoins en terme physique, psychologique et de support dans les soins.

Walsh et al. (2011) parlent aussi du fait que sans évaluation des besoins du patient, des soins personnalisés ne sont pas possibles. Il est donc nécessaire d'avoir une approche centrée sur le patient et ses besoins, pour améliorer la prise en charge du patient atteint de cancer.

3. Analyse des entretiens et discussions

L'analyse de nos données recueillies sur le terrain est divisée en 4 parties : le jeune adulte (comment est-il perçu par les TRM, les préjugés, la première rencontre et les émotions perçues), la radiothérapie (la simulation virtuelle et ses enjeux, les proches du jeune adulte), la communication, les interactions et émotions (comment se passe la communication, les moyens facilitateurs, les émotions du TRM) et la prise en charge par le TRM (expérimentés-novices, conflits générationnels, regrets, formations et travail d'équipe).

3.1. La population analysée

La population de notre étude est représentée par 6 TRM travaillant en radiothérapie et ayant un certain nombre d'années d'expérience. Nous avons essayé d'être le plus représentatif possible, il y a donc 3 femmes et 3 hommes. Trois TRM expérimentés avec 17 années et plus de travail en radiothérapie, et trois TRM novices travaillant en radiothérapie depuis au maximum 4 années. Le tableau suivant permet de visualiser les caractéristiques d'ancienneté (expérimenté ou novice) et de sexe de la population que nous avons interviewé.

	Sexe	Expérimenté	Novice
TRM 1	F	×	✓
TRM 2	F	×	✓
TRM 3	M	×	✓
TRM 4	F	✓	×
TRM 5	M	✓	×
TRM 6	M	✓	×

TABLEAU 1 : CARACTERISTIQUES DE NOTRE POPULATION SELON LE SEXE ET L'ANCIENNETE.
LES EXPERIMENTES ONT AU MINIMUM 17 ANS D'EXPERIENCE EN RADIOETHERAPIE ET LES NOVICES ONT AU MAXIMUM 4 ANS D'EXPERIENCE.

3.2. Le jeune adulte

3.2.1. Perception du jeune adulte par le TRM

Nous avons voulu faire ressortir comment le TRM perçoit le jeune adulte. Nous allons aborder ces différents sujets : les cancers les plus fréquents, les difficultés rencontrées par le jeune adulte atteint d'un cancer, l'aide offerte à cette population selon le point de vue du TRM.

Les cancers qui ont été mentionnés durant nos entretiens sont : le lymphome d'Hodgkin, le sarcome (osseux, musculaire) et les tumeurs cérébrales (le glioblastome). Ces réponses confirment ce que l'on trouve dans la littérature pour cette population (p. 22). De plus, une minorité de TRM ont cité la leucémie (fréquent chez les plus jeunes des jeunes adultes), le cancer de la prostate et le cancer du sein (fréquents chez les plus âgés des jeunes adultes).

Concernant les difficultés que le jeune adulte peut rencontrer, les TRM interviewés ont cité ce que nous avons trouvé dans la littérature soit : le suivi du travail et des études, l'isolement social, la stérilité et le changement corporel pouvant modifier l'image de soi. Une seule problématique n'a pas été citée par les TRM : les problèmes financiers.

Selon Dauchy & Razavi (2010, p.34): « notre culture fonctionne dans le registre du narcissisme et de l'idéal, ce qui renvoie aux plus fragiles et aux plus attaqués dans leur corps, notamment par la maladie grave, une image plus négative très difficile à assumer ». Un TRM dit à ce sujet : « *Quand on est jeune et ben voilà on est beau, on a des long cheveux, (...) Et puis là on te dit ben tu vas avoir de la chimiothérapie, tu vas perdre tes cheveux, tu vas perdre tes sourcils, (...) je pense que ça doit être vraiment rude* ».

L'un des TRM s'est exprimé au sujet de la maladie : « *le plus gros, je pense, c'est déjà d'accepter d'être malade et d'accepter d'être confronté à la mort de manière si proche* ». Un autre TRM dit aussi : « *Tu es jeune, tu as toute ta vie devant toi et tu apprends que tu es atteint d'un cancer* ».

Lors de nos entretiens, certaines questions nous ont permis de nous renseigner sur les connaissances du TRM à propos de l'aide offerte aux jeunes patients. Les TRM novices se sont peu prononcés au sujet des aides possibles. Les TRM ont surtout évoqué la Ligue genevoise contre le cancer, cependant ils nous ont tous confirmé ne pas avoir plus d'informations à ce sujet et la nécessité de rediriger les patients vers les infirmières du service. Nous nous sommes intéressées également à la connaissance des TRM quant à

« l'espace jeune adulte » aux HUG. Sur les six TRM, deux sont au courant de l'existence de cette structure via le journal de l'hôpital « Pulsation » et par le journal télévisé.

L'ensemble des TRM a trouvé que cette structure est bénéfique pour le jeune adulte. Comme l'a dit un des TRM : *« Je trouve que c'est une bonne chose oui. Je pense que c'est très bien parce qu'ils en parlent entre eux, et ils peuvent échanger de personnes malades à personnes malades avec leur propre ressenti. Je pense que c'est très important ».*

3.2.2. Questionnements du jeune adulte d'après le TRM

Concernant les questionnements du jeune adulte, les avis des TRM sont assez divergents. Trois d'entre eux ont mentionné que le jeune adulte est intéressé et concerné par son avenir, mais aussi par sa maladie et son évolution. Ils ont comparé le jeune à la personne plus âgée et l'un d'entre eux a dit notamment : *« ... ils posent des questions qui sont souvent différentes de celles des personnes plus âgées (...) et qui concernent plus un avenir lointain que proche ».* Un TRM rejoint aussi cette pensée : *« Ils sont quand même intrigués un petit peu... Comment ça marche, qu'est-ce que ça va faire et surtout sur les effets à long terme ».* Ainsi nous observons que le jeune adulte est plus préoccupé par son futur et ce qu'il en advient qu'un patient plus âgé. Ce qui est paradoxal par rapport à ce que l'on peut penser d'un jeune adulte qui vit « au jour le jour ».

Toutefois, un des TRM s'est exprimé à ce sujet et nous a dit que les jeunes adultes ne posent pas plus de questions que les personnes âgées. Pour deux TRM, le jeune adulte s'intéresse entre autres à l'aspect technique.

Deux TRM ont mentionné que les questions du jeune adulte peuvent parfois être problématiques. Ils ont à disposition des ressources informatiques leur permettant d'être très vite informés de tout : *« Des fois certains jeunes adultes sont plus au courant de leur maladie, des issues et des pourcentages de survie que toi-même en tant que technicien ».* Cependant, il faut rester vigilant face à ces sources de connaissances qui ne sont pas toujours issues du monde médical. Nous avons vu lors de nos recherches qu'il existe de nombreux forums et sites internet abordant les sujets liés au cancer chez le jeune adulte. Les accès aux ressources informatiques sont donc nombreux.

3.2.3. Préjugés du TRM

Nous nous sommes intéressées aux ressentis et préjugés du TRM, lorsqu'il découvre sur la prescription qu'il va prendre en charge un jeune adulte. Nous avons voulu mettre en évidence à travers les entretiens, l'image que le TRM se construit du jeune adulte. Comme décrit dans la théorie, lors de la construction de cette image, des préjugés peuvent survenir.

Parmi les TRM interviewés, aucun n'a émis de préjugés à propos du jeune adulte, mais ils ont eu des avis et des pensées différentes. Un TRM novice s'est exprimé en disant : « *Euh... je suis pas... pas à l'aise* » quand il apprend qu'il va prendre en charge un jeune adulte.

Deux TRM novices ont eu la même pensée quant au jeune adulte : « *Ben déjà la première chose c'est que je me mets à sa place. En me disant comment est-ce que je réagis par rapport à ça, comment je prendrais la nouvelle, comment je vais aborder mon traitement, comment je vais avoir des perspectives pour l'avenir* ». Ainsi en se mettant à la place du jeune et en essayant de comprendre ce qu'il vit, ils font preuve d'empathie et donc de « capacité de comprendre avec justesse et sensibilité les expériences et sentiments de l'autre ; avoir un intérêt pour la personne » (Meynet, Y. communication personnelle [Support de cours], 1er octobre 2012).

Un TRM expérimenté s'est exprimé différemment des autres : « *(...) moi si tu veux maintenant, un patient qu'il soit jeune ou moins jeune reste un patient* ». Il dit que son expérience dans la prise en charge du patient et les difficultés rencontrées, lui ont permis de se construire cette approche de la relation.

3.2.4. Première rencontre TRM – jeune adulte

Cette première rencontre est un enjeu important et déterminant pour la prise en charge du patient. Elle permet au TRM mais également au jeune adulte de se former une première impression. Selon Asch (1949) cité par Fischer (2010), ces premières impressions persistent même si, après, d'autres informations contradictoires peuvent survenir. L'ensemble des TRM en sont conscients et trouvent également que cette étape est très importante. L'un des TRM a dit notamment : « *C'est primordial parce que la première rencontre c'est la mise en confiance* ».

Ils ont tous partagé cet avis. De plus un TRM rajoute : « *Si tu te rates sur la première rencontre, si tu le brusques il viendra, [mais] il sera moins à l'aise, moins en confiance, forcément il sera plus tendu. Le traitement se déroulera moins bien. Ça durera plus*

longtemps pour lui ». Un des éléments essentiels qui est ressorti dans la majorité des entretiens, est l'importance des explications fournies au jeune pour le déroulement du traitement. Un TRM novice a dit : « *prendre le temps, (...), de les rassurer, surtout bien leur expliquer comment vont se dérouler les séances et ... parce que souvent ils arrivent à la première séance (...) ils paniquent et à la fin de la première séance ils se disent : ah, c'était ça?* ». De plus, le TRM réagit différemment selon l'histoire et le vécu du patient. Cette idée a été retrouvée dans un entretien avec un TRM expérimenté : « *Ça sera vraiment au cas par cas (...), il n'y a pas un truc vraiment qui se retrouve chez tout le monde. C'est vraiment, ...on prend chaque personne, surtout les jeunes adultes et les enfants vraiment comme ils viennent, avec leurs histoires* ».

Suite à cette première rencontre, les informations que les TRM retiennent sont les suivantes : comment s'est déroulée la simulation virtuelle, quelles sont les émotions du jeune adulte, son contexte social et historique, et son vécu.

3.2.5. Emotions du jeune adulte perçues par le TRM

Les TRM interviewés ont décrit différentes émotions qu'ils perçoivent chez le jeune adulte. La majorité des TRM parlent de peur et d'appréhension: « *Ben, au départ un peu de frayeur quand même. Parce que c'est un monde qu'il ne connaît pas, bien souvent, avec des machines qui sont assez impressionnantes* ».

Ils ont également relevé de l'angoisse, de la colère et du déni. Un TRM a notamment dit : « *Je trouve qu'ils sont très en colère. Certains ont un déni énorme, mais ils ont beaucoup de colère. Ils se posent beaucoup de questions, pourquoi eux,...* ». Ce sentiment de colère pourrait être expliqué, par le fait qu'à cet âge-là, le cancer est une maladie peu fréquente comme nous l'avons mentionné dans la théorie (p. 21). A la fin du traitement, deux TRM décrivent de la joie : « *Ils sont super contents, ils se disent que : voilà il y a une grosse étape de faite* ».

Les émotions du jeune adulte sont suffisamment importantes pour être perçues par les TRM. Comme Marc & Picard (2008) le soulignent, il faut que les manifestations émotionnelles présentes dans la communication dépassent un certain seuil pour être visibles par l'interlocuteur.

3.2.6. Discussions et réflexions

Pour les TRM en radiothérapie, le jeune adulte n'est pas un patient ordinaire. Toutefois, ils ont des ressources importantes qui leurs permettent de favoriser la prise en charge de cette tranche d'âge grâce à leurs expériences notamment.

Concernant les aides et ressources que peut solliciter le jeune adulte, les TRM ont peu de connaissances à ce sujet. Tous citent la Ligue genevoise contre le cancer, mais moins de la moitié d'entre eux ont entendu parler de « l'espace jeune adulte ». Par le biais d'internet, le jeune adulte peut rechercher et consulter de nombreuses informations sur le cancer. Or, ces sources ne sont pas toujours fiables et ne correspondent pas forcément à sa situation.

Les difficultés que le jeune adulte peut rencontrer lorsqu'il apprend qu'il est atteint d'un cancer du point de vue du TRM, ont été assez semblables à celles décrites dans la théorie (p.20). Le jeune adulte a encore tout son avenir devant lui, le cancer va remettre en question ses projets. Il se questionne donc plutôt sur les effets à long terme de son traitement au lieu de penser « au jour le jour », comme on peut le penser d'une personne de cet âge.

Les TRM n'ont pas de préjugés concernant le jeune adulte. Au contraire, ils parlent d'empathie et de compréhension.

Pour eux la première rencontre est essentielle et déterminante pour la prise en charge du jeune adulte. Ils sont conscients de la nécessité de ne pas « *louper* » ce moment particulier.

3.3. La radiothérapie

3.3.1. Simulation virtuelle et ses enjeux

Un des enjeux majeurs que nous avons relevé pour cette étape est la gestion de la pudeur du jeune adulte. Nous avons trouvé dans la littérature que les jeunes adultes étaient moins à l'aise avec leur intimité qu'une personne plus âgée. Tous les TRM confirment également que les jeunes adultes manifestent plus de pudeur que les personnes plus âgées. L'équipe essaie donc de favoriser la prise en charge du jeune adulte par des TRM du même sexe que ce dernier. Ils sont aussi attentifs à bien les couvrir avec un linge, pour respecter leur intimité. Un cancer est aussi cité par plus de la moitié des TRM comme problématique concernant la pudeur : le lymphome de Hodgkin. Les TRM doivent demander aux jeunes patients de se mettre à torse nu pour mettre un masque thermoformé qui descend jusqu'au niveau du thorax. On pourrait penser que les jeunes femmes sont plus sensibles au respect de leur sphère intime que les jeunes hommes. Toutefois, deux TRM ont précisé à ce propos « *cela concerne autant les filles que les garçons* ».

Durant la simulation virtuelle, le patient peut être tatoué afin de retrouver son positionnement lors du traitement. Est-ce que ces points de tatouages pourraient représenter un problème lors de la prise en charge du jeune adulte ? Durant nos entretiens, les TRM nous ont confirmé qu'il n'y a pas d'opposition aux tatouages chez cette catégorie de patient. Toutefois, un TRM trouve que les jeunes filles réagissent plus que les jeunes garçons au tatouage. Un TRM dit à ce sujet : « *On évite aussi pour les lymphomes de trop tatouer sur les décolletés qui peuvent se voir. Pour aussi après coup que ça évite les questionnements futurs quand ils vont mieux. Mais des fois on n'a pas le choix* ».

3.3.2. Proches du jeune adulte

La majorité des TRM que nous avons interviewés disent que les jeunes adultes sont accompagnés d'un proche. Un TRM précise que cela dépend de la réaction du jeune adulte face à sa maladie. Si le patient se trouve dans une situation de déni, il préférera venir seul.

Concernant la simulation virtuelle et le traitement, deux TRM ont répondu que les proches ne demandent pas à assister à la simulation virtuelle. Toutefois, deux autres TRM trouvent qu'ils

le demandent mais qu'il est préférable de les « *écarter* ». D'après eux, les proches sont souvent « *stressés* » ou « *angoissés* » et cela peut être communicatif pour le jeune adulte. Un TRM dit que c'est « *au cas par cas* » et que « *si on sent que les parents sont plus angoissés que le patient, et qu'ils transpirent l'angoisse sur le patient, il vaut mieux qu'ils ne rentrent pas. Après si on sent au contraire, que les parents apaisent le patient, c'est mieux [qu'ils rentrent dans la salle]* ». Delvaux (2006) parle notamment du fait qu'il est parfois nécessaire d'écarter les proches pour réaliser les soins.

Selon Eustache (2012), « les proches représentent des piliers et des traits d'union entre le médecin et le malade, la vie à l'hôpital et la vie extérieure ». Les TRM interviewés ont également abordé la nécessité d'inclure les proches. Ils le font en leur présentant la salle de traitement et l'appareillage. Certains prennent l'initiative de faire visiter les locaux avant même que les proches ne le demandent. Cela permet au jeune adulte de pouvoir « *partager* », « *dédramatiser* » et « *matérialiser* » une séance de traitement. Un TRM précise à ce sujet : « *La plupart du temps quand on leur propose [les proches] viennent volontiers. Et du coup ça les calme. Et puis la personne qui est malade, du coup, elle arrive mieux à leur expliquer après, ce qu'elle ressent et comment s'est passée la chose, car les [proches] ont vu comment ça ce passait, ...* ».

Concernant l'influence et l'aide des proches pour le déroulement du traitement, deux TRM ont répondu que s'ils assistent à la séance de traitement, les proches se sentent rassurés. La moitié des TRM confirme le bénéfice de la présence du proche, car il peut « *rassurer* » et « *soutenir* » le jeune adulte. Toutefois, un des TRM souligne également l'importance de ne pas se laisser envahir par les proches, car ils peuvent être « *stressants* » ou « *oppressants* ». De plus, deux TRM citent l'importance de la distance entre les proches et le déroulement du traitement, car cela peut être « *plus problématique que constructif* ». Un TRM propose : « *on essaie de les laisser en salle d'attente, qu'ils ne viennent pas non plus dans la cabine parce qu'ils y en a qui veulent même venir dans la cabine du coup ... Voilà mettre une petite distance* ».

Deux TRM ont souligné aussi que le jeune adulte ne se comporte pas de la même manière devant un proche. D'après eux, le jeune adulte aura tendance à « *se plaindre un peu plus* » et à être « *moins [conciliant]* ».

3.3.3. Refus de traitement et effets secondaires

D'après les souvenirs des TRM interviewés, aucun traitement de radiothérapie n'a été annulé chez le jeune adulte pour des raisons d'absences aux séances. Il y a un suivi médical et infirmier du patient au sein du service qui permet d'éviter d'en arriver à l'annulation du traitement. Un TRM explique : *« quand il y a un problème de suivi de traitement, les médecins sont là pour recadrer. Si on voit que ça ne joue pas après : c'est ou tu veux ton traitement ou tu ne le veux pas. Si tu ne le veux pas tu dis et on arrête. En principe, quand on arrive à ses extrémités là, le jeune dit : ben non je vais finir »*. Toutefois, un TRM explique qu'un traitement peut être arrêté si la maladie progresse.

Les TRM nous ont aussi cité les raisons qui expliquent les absences du jeune adulte à une séance de traitement. A ce sujet, la majorité pense que c'est à cause des effets secondaires. De plus, un TRM observe que les jeunes adultes sont moins impliqués selon la phase de la maladie qu'ils traversent. Il dit à ce sujet qu' : *« il y a la grosse phase de déni, généralement dans les 2-3 premières semaines : ils viennent en retard, ils testent les limites, ... »*.

Le traitement de radiothérapie peut induire des effets secondaires précoces et tardifs. Les effets secondaires précoces que les TRM ont cités sont : l'asthénie, les érythèmes, la difficulté à déglutir et à se nourrir, et la péjoration de l'état général. Ils ont relevé qu'il n'y a pas de réelle différence entre le jeune adulte et les personnes plus âgées. Un TRM a décrit ses effets secondaires d' *« assez mineurs »*, un autre de *« pas grand chose »*. Un TRM trouve que cela dépend de la personnalité du jeune adulte : *« quelqu'un qui est assez tonique qui ne va pas trop s'écouter, il ne va pas être bien mais il va te le dire et puis il va essayer d'aller contre ça et de faire en sorte que ça aille mieux et inversement »*.

Concernant les effets secondaires tardifs, un TRM parle de l'infertilité. Voici son exemple : *« Pour les TBI (...) l'irradiation corporelle totale souvent les jeunes hommes ou les jeunes femmes, on leur demande pour la conservation d'ovocytes, de sperme. Mais des fois on n'a pas le temps. C'est des personnes qui malheureusement, après coup, vont se retrouver peut-être stériles »*.

3.3.4. Discussions et réflexions

Le TRM doit prendre en compte la psychologie du patient et de ses proches lors de sa prise en charge. Selon nos entretiens, les TRM s'adaptent aux proches et aux jeunes adultes.

Pour eux, les proches ont une influence directe sur l'état du patient. Ils ne peuvent pas prendre en charge les jeunes adultes sans prendre en compte son état émotionnel et celui de ses proches.

Selon nos entretiens, les jeunes adultes ne montrent pas de signes de refus du traitement par des absences aux séances de traitement. Ils réalisent l'importance de leur présence. Les TRM sont conscients de l'importance du suivi médical et lorsqu'un jeune adulte vient à manquer une séance, ils n'hésitent pas à chercher la raison et à en discuter avec l'infirmière. Ce suivi permet également aux patients d'aborder le sujet des effets secondaires précoces et tardifs avec les soignants. Ils peuvent ainsi être rassurés et parler de leurs préoccupations.

3.4. La communication, les interactions et les émotions

3.4.1. Communication : TRM – jeune adulte

Pour la majorité des TRM interviewés, la communication qui s'établit avec le jeune adulte est dépendante de l'influence réciproque, comme avec tout autre patient. Lors de leurs échanges, le patient influe sur le TRM et le TRM influe également sur le patient. Le langage, les paroles et les mots que le TRM emploie pour s'adresser au patient dépendent de cette influence. Selon Marc et Picard (2008, p.9) : « c'est à travers [la communication] que la relation se constitue, se développe et évolue ; elle représente donc la dimension dynamique du lien ».

Deux TRM, l'un expérimenté et l'autre novice évoquent deux particularités liés à leurs âges respectifs. Le TRM expérimenté trouve que la communication est plus délicate, car il n'est plus un jeune adulte. Le TRM novice quant à lui appartient encore à la catégorie des jeunes adultes. Le fait d'avoir le même âge que le patient facilite la communication et il se sent ainsi plus à l'aise qu'avec les autres classes d'âge.

Pour les TRM, il y a souvent deux catégories de jeunes adultes : les jeunes « *ouverts* » à la communication et ceux qui y sont « *fermés* ». Pour les patients fermés à la communication, l'un des TRM dit notamment : « *quand tu vois que ça n'accroche pas, et que le jeune patient n'a pas envie de s'exprimer plus que ça, tu ne forces pas* ». Ce dernier parle du fait qu'il ne faut pas forcer la communication et vouloir à tout prix faire parler le jeune adulte. On retrouve aussi cette même idée dans un autre entretien : « *On ne va pas aller au-delà de sa carapace* » et « *la carapace, si elle doit se briser elle se brisera toute seule* ». Un des TRM précise que lorsqu'il prend en charge un jeune adulte « *hermétique* », il en informe le médecin ou l'infirmière, car cela peut cacher une souffrance plus profonde.

Comme nous l'avons décrit dans la partie théorique, la communication peut permettre à la personne de camoufler ses émotions, et servir de « défenses émotionnelles ». Dans le cas d'un patient fermé à la communication, et selon Marc & Picard, 2008, il s'agit probablement de la forme de « répression et inhibition de l'expressivité émotionnelle » qui se traduit par une voix désaffectée, une rigidité corporelle et un visage peu expressif. Ce lien montre qu'effectivement, il peut s'agir d'un patient qui est en souffrance.

Pour les patients « *ouverts* » à la communication, les échanges se modulent en fonction des interactions. L'un des TRM précise que c'est pendant l'échange qu'il s'adapte et qu'il découvre les sujets dont il peut parler et ceux à éviter. Il parle aussi de « *bon sens* » et du fait que c'est pareil avec tous les patients.

3.4.2. Moyens facilitateurs pour la communication

Pour faciliter la communication, tous les TRM interviewés insistent tout d'abord sur un élément : la nécessité de ne pas forcer la communication.

Puis certains parlent d'être à l'écoute, de la compréhension, de l'humour, de se mettre à la place du jeune adulte, de détendre l'atmosphère, et de dédramatiser la situation.

L'un des TRM explique qu'il faut : *« leur laisser le libre-arbitre aussi de la communication qui est établie. C'est eux qui choisissent, ce n'est pas toi. Toi, tu proposes, tu ne fais que proposer. Après, ils prennent où ils ne prennent pas. En général, ils prennent »*.

Deux TRM nous ont aussi parlé des stratégies de communication avec les patients agressifs. L'un préconise de se renseigner auprès des infirmières qui les suivent pendant le traitement et de rechercher les informations nécessaires dans leurs dossiers. L'autre propose d'utiliser l'humour et la gentillesse, pour que le patient finisse par abandonner ce comportement agressif.

Les moyens pour faciliter la communication sont donc « TRM-dépendant » et le TRM s'adapte au patient. Chaque TRM a ses propres ressources communicationnelles. Il y a également des TRM qui ont plus ou moins de facilité à communiquer.

3.4.3. Emotions du TRM face à un jeune adulte

Les TRM éprouvent différentes émotions, et sentiments lorsqu'ils prennent en charge des jeunes adultes. L'émotion qui revient le plus souvent dans nos entretiens est la tristesse. C'est une des six émotions de base (Gendre, A. communication personnelle [Support de cours], 19 octobre 2012). Ce qu'ils ressentent est dépendant de différents facteurs, par exemple : le patient, l'état psychologique du TRM, etc. L'un des TRM dit à ce sujet *« c'est évident que chacun réagit avec son passé, son âge et puis son expérience »*.

Nous observons aussi une différence entre les TRM expérimentés et les TRM novices. Les TRM novices évoquent la problématique de l'âge similaire au jeune adulte. Ils se sentent plus concernés et ont du mal à se détacher émotionnellement de la situation. L'un d'eux parle aussi de la rencontre avec des patients qui ont un parcours semblable au sien : il se sentira encore plus touché. Au contraire, les TRM expérimentés arrivent à moins s'impliquer émotionnellement. Ils ont l'impression de pouvoir être à l'écoute et de mieux se concentrer sur le bien-être de la personne.

L'un des TRM expérimentés nous confie aussi « ...*émotionnellement, je ne m'investis pas plus que ça, ...je n'ai pas d'émotion particulière* ». Pour eux, il n'y a plus cet effet « miroir », car ils n'ont plus le même âge que les jeunes adultes.

3.4.4. Méthodes du TRM pour gérer ses émotions

L'ensemble des TRM interviewés exprime l'importance d'en parler avec d'autres TRM, les infirmières et parfois les proches.

Ils ont tous cité l'importance de leur vie en dehors du travail. Ils participent à des activités qui leurs permettent de se changer les idées, certains font du sport, par exemple.

Un des TRM décrit une « *carapace* » qu'il a construit avec le temps, lui permettant d'effectuer son travail sans être envahi par ses émotions. Un autre TRM évoque le fait qu'il est à l'écoute de son état émotionnel et qu'il sait reconnaître son « *signal d'alarme* », afin de ne pas être atteint par une situation difficile. De plus ce dernier précise : « *On a tous une personne qui nous a marqué dans notre carrière, voir deux personnes, qui nous ont fait prendre le déclic qu'il faut arriver à trouver : la distance de sécurité* ». Il parle donc d'une distance qu'il a trouvée grâce à son expérience et son vécu en tant que TRM, pour les situations fortes émotionnellement.

Un TRM évoque l'importance du laps de temps entre le travail et le domicile. Il dit notamment : « *on ferme la porte du boulot et on ouvre l'autre porte [celle de la maison] la majorité du temps [c'est suffisant pour décompresser]* ».

L'un des TRM expérimentés parle du fait qu'il est essentiel de se protéger au maximum, il tient ce discours grâce à son expérience acquise. Un autre TRM expérimenté reconnaît qu'avant, il se sentait démuni face à des patients qui pleuraient et montraient des signes de détresse. Aujourd'hui, il a le sentiment d'être mieux « *armé* », plus à l'écoute et plus présent pour le patient.

Selon le modèle de Gross (1999, 2007) cité par Krauth-Gruber (2009), il y a deux moyens pour réguler les émotions. L'une dite centrée sur les antécédents, correspondrait à la « *carapace* » que cite un des TRM qui lui permet d'éviter d'être confronté à des situations difficiles. L'autre, centrée sur les réponses émotionnelles, ce sont les TRM qui, après avoir été confrontés à des situations émotives, s'attachent à faire des activités en dehors de leur travail qui leur permettent de ne plus y penser.

3.4.5. Discussions et réflexions

Lors de notre stage en radiothérapie, nous avons constaté toutes les trois que l'humour était un moyen très souvent utilisé par les TRM pour détendre l'atmosphère. Serait-il aussi un moyen pour le TRM de cacher ses émotions, une sorte de défense telle que « le masquage [qui est représenté par des] réactions émotionnelles spontanées...dissimulées par des manifestations inversées (rire pour cacher son embarras, ... » (Marc & Picard, 2008).

De plus, nous pouvons conclure que la communication est affaire de « *bon sens* ». Les TRM sont conscients qu'ils sont plus ou moins à l'aise dans telle ou telle situation, et ils n'hésitent pas à s'entre-aider lorsqu'il y a des situations plus délicates. Ils sont aussi conscients de leurs limites et qu'ils ne peuvent pas toujours instaurer une communication, car il s'agit d'un échange, d'une interaction où les deux participants (ou plus) influent l'un sur l'autre.

3.5. La prise en charge par le TRM

3.5.1. TRM expérimentés – TRM novices : différences ?

Notre intérêt s'est porté sur les bénéfices que l'expérience du métier peut apporter dans la prise en charge du jeune adulte. Pour l'ensemble des TRM interviewés, l'expérience est un avantage, car elle permet de favoriser la prise en charge du patient. Un TRM novice s'est exprimé à ce sujet : *« (...) enfin justement moi j'en ai pas pris beaucoup en charge, mais je pense que mes collègues qui sont là depuis longtemps et qui (...) plus on en prend en charge et (...) plus on est à l'aise, plus on est alerte, (...), plus on anticipe des problèmes, des questions »*.

Un des TRM novices a cité le fait que l'expérience permet de mieux anticiper la prise en charge du jeune adulte, car il sait que *« ça se passe toujours de la même manière (...) soit ils renient ce qui se passe et ils refusent le traitement, donc ça se passe très mal dès le début et après au fil des séances ça va. Soit dès le début ils sont très drôles, ça se passe très bien, (...), ils sont supers contents et (...) au fur et à mesure ils commencent à déprimer »*.

Un TRM expérimenté confirme que l'expérience est utile dans la prise en charge du patient : *« Je pense que l'ancienneté aide quand même beaucoup. On a un recul beaucoup plus important, on a vu passer (...) déjà énormément de choses. Je pense que ça peut aider pour leur expliquer certaines choses »*.

En effet, cela permet d'avoir un bagage en plus que celui des TRM novices et d'avoir déjà vécu des situations similaires. Un autre TRM expérimenté a parlé notamment du recul qui est acquis avec le temps et les expériences.

3.5.2. Conflits générationnels et refus de prise en charge

Nous avons interviewé trois TRM jeunes et trois TRM plus âgés. Lors de nos entretiens, tous les TRM jeunes se sont comparés aux patients de notre étude. Ils s'imaginent tous à la place du jeune adulte : *« on se dirait que ça peut-être nous (...) ça me rappelle que ben la vie (...) est courte et qu'on sait pas ce qui peut se passer (...) voilà ça remet les pendules à l'heure et puis on se rend compte de toutes les chances qu'on a. De toutes les choses qu'on peut faire »*.

Quant à eux, les TRM plus âgés partagent qu'à leur début en radiothérapie, c'était dur de ne pas s'investir émotionnellement : *« C'est plus difficile quand tu commences parce que tu te*

projettes sur leur vécu. Au jour d'aujourd'hui, non je ne me projette plus du tout ». Un TRM dit également : *« quand tu commences ta carrière et que tu es confronté à des jeunes, tu as l'impression d'avoir vécu aussi longtemps qu'eux »*. Ils arrivent maintenant à prendre du recul lorsqu'ils se retrouvent face à un jeune adulte ou dans une situation forte émotionnellement. Ils soulignent l'importance de garder une *« distance de sécurité »*. Cette distance de sécurité permettrait de ne pas se laisser emporter par les sentiments et émotions comme nous l'avons relevé ci-dessus. Un TRM dit à ce propos : *« avec l'expérience, tu te prends une ou deux claques dans la figure et tu finis par comprendre que tu dois mettre une distance »*. Selon eux, l'expérience qu'ils ont acquise, leur permet de connaître leurs limites. Un de ces TRM trouve que c'est *« injuste »* d'être malade si jeune et donc *« difficile à supporter »*.

Les TRM ont la possibilité de déléguer la prise en charge des patients à leurs collègues. Ils le font dans la mesure du possible pour différentes raisons : des situations fortes émotionnellement et des proches à traiter.

3.5.3. Regrets sur des prises en charge passées

Dans l'ensemble, les TRM n'ont pas de regrets sur leurs prises en charge des jeunes adultes. Ils disent préférer regarder vers le futur.

Un TRM évoque le fait qu'il se remet en question pour essayer de faire ressortir autant le positif que le négatif et adapter au mieux sa prise en charge. La réponse suivante d'un TRM: *« non, sincèrement je ne pense pas avoir de regret, parce que j'ai toujours eu de bons contacts, hormis avec les patients qui sont complètement fermés, mais là que ce soit moi ou quelqu'un d'autre de toute façon ça n'aurait rien changé »* résume globalement la pensée des TRM à ce sujet.

3.5.4. Formation sur la prise en charge des patients

Un des TRM a dit notamment qu'il existe des formations pour la prise en charge des personnes âgées, mais malheureusement pas pour le jeune adulte. Un TRM s'est exprimé à ce sujet : *« Alors le problème c'est les formations en général...pour moi on n'a pas assez accès à de la formation, au quotidien il y a pas mal de colloques, de choses comme ça »*. Et il a décrit le bénéfice que ses formations pourraient apporter avec le jeune adulte : *« On pourrait mieux*

comprendre, euh tout le processus, toute la prise en charge. On pourrait être probablement plus efficace même auprès du patient par rapport à notre discours, aux choses qu'on sait ».

En plus, un TRM a rajouté qu' « *il y a pleins de choses qui sont hyper intéressantes à savoir au niveau de la psychologie de cette période-là. Parce que du coup tu peux aussi anticiper sur la psychologie, tu peux anticiper un peu sur les réactions à venir ».* Un TRM expérimenté précise que : « *la prise en charge du patient, tu l'apprends au fur et à mesure de ton cursus, donc bon, ... Après je pense que tu ne peux pas généraliser. Et dire ben voilà un patient de tel âge à tel âge, tu le prends en charge comme ça, et puis un patient de tel âge à tel âge c'est comme ça, ... tu ne peux pas ».* Deux des TRM ont aussi dit que ces formations pourraient être intéressantes pour le jeune adulte, mais pas nécessaires à ce jour étant donné qu'il n'y a pas beaucoup de jeunes adultes qui sont traités dans le service de radiothérapie.

3.5.5. Radiothérapie un travail d'équipe

Le travail d'équipe en radiothérapie est visible à différents niveaux du point de vue du TRM.

Il y a le travail d'équipe entre TRM et le travail d'équipe avec les autres professionnels du service.

Concernant le travail d'équipe entre TRM, nous leurs avons posé des questions sur les avantages et les inconvénients à conserver une même équipe lors des séances de traitement pour un jeune adulte. Aux HUG, chaque TRM reste trois mois sur un même poste de travail. De plus, lorsque les TRM changent de poste, ils essaient dans la mesure du possible de conserver au moins un TRM qui connaît le patient. C'est donc une préoccupation importante aux HUG.

Tous s'accordent pour souligner l'importance de conserver une même équipe sur les postes de traitement. Les avantages évoqués pour le patient sont : la confiance qu'il accorde à l'équipe, son bien-être, une diminution de son anxiété, un apaisement par la mise en place de « *rituels* », une sensation de sécurité, et finalement le jeune se permet de poser plus de questions car il est détendu. Pour les TRM, les avantages cités sont aussi nombreux : une solidarité s'installe au sein de l'équipe, une meilleure reproductibilité du positionnement, une conservation des astuces de positionnement, un travail plus efficient, et la possibilité d'observer l'évolution du patient pendant le traitement et si besoin d'en informer les médecins ou les infirmières.

Les inconvénients que les TRM ont cités sont nettement moins nombreux et la majorité des TRM ont simplement dit que : « *ce n'est pas un inconvénient du tout* » de conserver une

même équipe. Un TRM exprime le fait qu'il devient passif lorsqu'il change d'équipe, car il doit demander aux collègues si tout est bon. De plus, un autre TRM raconte que si ça ne se passe pas bien avec un patient, le fait de conserver une même équipe peut devenir un désavantage. Mais il précise aussi qu'ils doivent rester professionnel et que : « *tout ne peut pas être rose, ça se saurait* ».

Concernant le travail d'équipe au sens plus large avec les autres professionnels de la santé, nous avons demandé aux TRM comment se passaient les transmissions des informations au sein du service. Certains regrettent de ne pas être assez informés sur la prise en charge globale des patients, et parfois quelques problèmes de communication arrivent avec d'autres services comme l'oncologie. Cependant, ils trouvent globalement que les informations au sein du service sont bien diffusées. L'un des TRM rappelle aussi qu'ils ont « *plein de filières qui [leurs] permettent d'avoir des retours* ». C'est par exemple les colloques, les consultations hebdomadaires, etc. Il dit aussi qu'ils ont tous des postes différents et des tâches différentes mais que « *c'est une seule et même équipe* » au sein du service de radiothérapie. Nous avons vu dans la théorie que le TRM doit connaître ses limites, ses rôles et ses responsabilités (Société française de physique médicale, 2013). De plus, un TRM met en avant le fait que lorsqu'il s'agit d'un patient plus jeune, l'équipe est plus attentive et les informations seront transmises encore plus rapidement. Il dit notamment : « *je serais plus tenté d'aller vers le poste [de traitement], vers les personnes justement pour expliquer comment se trouve la personne, son état émotionnel, psychologique, pour vraiment préciser un petit peu les choses* ».

3.5.6. Discussions et réflexions

Est-ce que la formation peut remplacer l'expérience lorsqu'on parle de prise en charge de patient ? Faut-il avoir des regrets sur ses prises en charge ? Est-il utile de ressasser les problèmes de prise en charge ? Est-ce qu'une personne n'aimant pas travailler en équipe peut travailler en radiothérapie ? Ce sont toutes des questions qui n'ont pas qu'une seule réponse mais une multitude de solutions. Nos analyses ont permis de montrer que l'avis est partagé sur ces sujets. Certains pensent qu'il faut plus de formation sur la prise en charge des patients alors que d'autres évoquent principalement leurs expériences qui leurs sont utiles. Enfin certains ont des regrets ou plutôt y réfléchissent alors que d'autres n'en voient pas la nécessité. La prise en charge des jeunes adultes est une succession d'actes réfléchis, effectués avec « bon sens », qui s'adaptent et se modulent au fur et à mesure que la relation se construit.

3.6. Synthèse

Notre analyse nous permet d'émettre des conclusions sur la prise en charge du jeune adulte en radiothérapie par le TRM. Nous présentons ici une synthèse des points que nous tenons à mettre en avant suite à l'analyse de nos entretiens.

Lorsque les TRM vont prendre en charge un jeune adulte, ils n'ont pas de préjugés. Toutefois certains d'entre eux, les plus jeunes, se mettent à leur place et s'expriment à ce sujet avec plus d'émotion. Ils ont de la peine à se détacher émotionnellement de ces situations. Au contraire, les TRM expérimentés gèrent ces prises en charge d'une manière différente en étant plus détachés. L'expérience est donc un avantage pour eux, car ils ont d'avantage de recul et peuvent mieux anticiper les différentes situations.

Pendant la première rencontre, les TRM essayent de mettre en confiance le jeune adulte, car ils sont tous conscients que c'est une étape clé pour une bonne prise en charge et la suite du traitement. Ils précisent aussi qu'ils s'adaptent et s'ajustent au patient. L'ensemble des TRM trouvent que le jeune adulte est moins à l'aise avec son intimité que la personne plus âgée.

Au cours du traitement, les TRM perçoivent chez le jeune adulte de la peur, de l'appréhension, du déni et de la joie à la fin du traitement. Le jeune adulte est souvent accompagné de ses proches. Selon les TRM, ils peuvent être stressés, angoissés et ainsi il est préférable de les écarter ou au contraire, ils sont d'une grande aide dans la prise en charge par leur soutien.

Concernant la perception des difficultés du jeune adulte en radiothérapie, les TRM citent le suivi du travail et des études, l'isolement social, la stérilité, l'acceptation de la maladie et le changement corporel pouvant modifier l'image de soi. Pour parer à ces difficultés, les TRM ont surtout évoqué la Ligue genevoise contre le cancer comme principal soutien pour le jeune adulte. Peu de TRM connaissent « l'espace jeune adulte », une aide disponible au sein des HUG. Le jeune adulte s'adresse également aux TRM lorsqu'il a des questions. D'après les TRM, ces questions sont différentes de celles d'une personne plus âgée. Il est préoccupé par son avenir. De plus, il dispose de nombreuses ressources informatiques lui permettant de s'informer sur sa maladie.

Lors des interactions avec le jeune adulte, le TRM doit s'adapter à deux types de patients, ceux qui ne sont pas ouverts à la communication et ceux qui y sont ouverts. Les stratégies qu'ils adoptent pour favoriser la communication sont les suivantes : être à l'écoute, utiliser l'humour, se mettre à la place du jeune adulte, détendre l'atmosphère et dédramatiser la situation. Pendant cette relation qui s'établit au cours du traitement, les TRM nous ont confié

qu'ils éprouvent de la tristesse. Ils sont également conscients que leurs émotions dépendent de leur état psychologique et du patient. Pour gérer leurs ressentis les TRM ont différentes solutions : les partager avec des collègues ou des proches, faire des activités à côté du travail et être à l'écoute de leurs émotions.

Par ailleurs, certains TRM regrettent le manque de formations disponibles sur la prise en charge des jeunes adultes en radiothérapie alors que d'autres pensent au contraire que c'est l'expérience qui permet d'améliorer la qualité des prises en charge. Ces derniers précisent aussi qu'il n'y a pas qu'une seule façon de faire et qu'il faut s'adapter à chaque personne.

Enfin, tous les TRM s'accordent sur l'importance du travail d'équipe. Ils précisent aussi l'avantage incontestable de maintenir la même équipe tout au long du traitement, à la fois pour le jeune adulte mais également pour le bon déroulement de leurs tâches.

4. Conclusion

Ce travail de Bachelor nous a permis de nous confronter à des outils méthodologiques tels que les entretiens semi-directifs et leurs analyses. Nos recherches théoriques nous ont permis d'approfondir trois sujets : le jeune adulte et ses caractéristiques, la radiothérapie et la prise en charge du patient.

Nos six entretiens ont permis de recueillir l'avis des TRM sur la prise en charge du jeune adulte et différents sujets connexes. Nous avons mis en évidence certains aspects essentiels comme par exemple : réussir parfaitement la première rencontre, la mise en confiance, la prise en compte de l'intimité du patient, la nécessité de mettre des limites aux jeunes adultes et la gestion efficace des proches.

De plus, les TRM nous ont livré leurs stratégies personnelles pour réussir des prises en charge difficiles comme par exemple le fait de ne pas brusquer le patient, de proposer des solutions (des conversations, des alternatives de positionnement pendant le centrage), d'adopter des rituels pendant les séances de traitement, de ne pas se laisser envahir par les émotions, d'être préparé à ressentir des émotions fortes si on travaille en radiothérapie, et avoir des activités à côté du travail.

Enfin, les TRM interviewés insistent aussi sur la nécessité de travailler en équipe. Ils doivent donc constamment échanger des informations entre eux et avec d'autres professionnels de la santé.

Les TRM novices se comparent et se mettent à la place du jeune adulte plus facilement que les TRM expérimentés. Ces différences peuvent être expliquées par la problématique des « générations similaires » pour les TRM novices qui n'existe plus chez les TRM expérimentés qui ont un plus grand écart d'âge avec cette catégorie de patient.

Nous avons choisi ce sujet en particulier car nous nous sentons touchées et concernées par cette problématique. Au fil des entretiens, nous nous sommes rendues compte que ce sujet était tout aussi émouvant pour les TRM.

Nous avons eu le sentiment que notre sujet et nos questions ont permis aux TRM qui y ont participé de réfléchir à leur prise en charge des patients et de prendre conscience de l'importance de s'adapter à cette catégorie de patient qui reste heureusement une exception dans un service de radiothérapie.

Comme perspective, nous préconisons qu'il faudrait investir plus de moyens dans la recherche clinique pour cette catégorie de patients, afin que leurs prises en charge globale soient mieux adaptées. Au sein des établissements médicaux, des programmes de formations

pour les professionnels de la santé pourraient être mis en place. De plus, il faudrait faire connaître ce qui existe déjà, comme par exemple « l'espace jeune adulte » aux HUG. A notre échelle, un travail qui prendrait en compte l'avis du jeune adulte sur sa prise en charge en radiothérapie apporterait au TRM un retour et le regard du patient.

5. Bibliographie

American Cancer Society. (2014a). *What are cancers in young adults ?* Accès <http://www.cancer.org/cancer/cancerinyoungadults/detailedguide/cancer-in-young-adults-cancers-in-young-adults>

American Cancer Society. (2014b). *What are the risk factors and causes of cancers in young adults?* Accès <http://www.cancer.org/cancer/cancerinyoungadults/detailedguide/cancer-in-young-adults-risk-factors-and-causes>

AZRIA D., DUBOI J-B. (2008). *Notions radiobiologiques ; Principaux effets secondaires.* Accès http://www.med.univ-montp1.fr/enseignement/cycle_2/MIB/Ressources_locales/cancero/MIB_cancero_141_radiotherapie.pdf

Berube, M. (2016). *Vingt ans. L'âge des choix et le risque de l'intimité.* Accès http://oserchanger.com/blogue_2/2014/11/28/vingt-ans/

Blanchet, A. & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes. L'entretien.* 2^{ème} édition refondue. Sous la direction de F. de Singly. Collection 128. Paris : Armand Colin.

Bravo-radiothérapie. (2013). *Les membres d'une équipe de radiothérapie-oncologie.* Accès <http://www.bravo-radiotherapie.be/fr/les-membres-daeune-aquipe-de-radiotharapie-oncologie/>

Cancer.Net. (2015a). *Family, Friends, and Relationships.* Accès <http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/young-adults/family-friends-and-relationships>

Cancer Fight Club. (2016). Page d'accueil. Accès <https://www.cancerfightclub.com/communaute/forum/index/views/up>

Centre Hospitalier Universitaire de Besançon. (s.d.). *Radiothérapie et curiethérapie, service de radiothérapie*. Accès <http://www.iaea.org/inis/collection/NCLCollectionStore/Public/46/066/46066375.pdf>

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois [CHUV]. (2015). *Déroulement de votre prise en charge*. Accès http://www.chuv.ch/radiothérapie/rth_home/rth-patients-et-familles/rth-patients-deroulement.htm

Centre de cancérologie des Hôpitaux de la Riviera et du Chablais. (s.d.). *Nouveau centre de cancérologie des Hôpitaux de la Riviera et du Chablais* [Brochure]. Accès http://www.hopitalduchablais.ch/depliant_radiooncologie_hr-hdc.pdf

Centre d'observation de la société. (2015). *Jeunes*. Accès <http://www.observationsociete.fr/jeunes>

Dauchy, S. & Razavi, D. (2010). *L'adolescent atteint de cancer et les siens : Quelle détresse, quelles difficultés, quels souhaits d'aide ?* Springer-Verlag Paris.

Daydé, M.-C., Lacroix, M.-L., Pascal, C., Salabaras Clergues, E. (2010). *Relation d'aide en soins infirmiers. « Prendre soin », éthique et pratiques*. 2ème édition. Paris : Elsevier Masson.

Delvaux, N. (2006). Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. *L'expérience du cancer pour les familles*, n°36, 81-101. doi : 10.3917/ctf.036.101.

Eustache, I. (2012). *Cancer : l'entourage, tout autant dérouté que le malade lui-même...* . Accès <http://www.e-sante.fr/cancer-entourage-tout-autant-deroute-que-malade-lui-meme/actualite/373>

Fischer, G.-N. (2010). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. 4^{ème} édition. Paris : Dunod.

Fischer, G.-N. (1999). *Le concept de relation en psychologie sociale*. Rencontre. Recherche en soins infirmiers. n°45. Accès <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/56/4.pdf>

- Fonds Jason. (2011). *Jason Fund: helping young adults with cancer*. Accès <http://www.fondsvector.com/1-accueil>
- Fondation contre le cancer. (s.d.). *Les leucémies - Général*. Accès <http://www.cancer.be/le-cancer/types-de-cancers/les-leuc-mies>
- Gardier, S. (2013). *Les cancers du sein en hausse chez les femmes jeunes*. Accès <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/02/28/19944-cancers-sein-hausse-chez-femmes-jeunes>
- GooglePlay Store (2016). Applications et recherches. Accès <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.lonebrook.cancercare&hl=fr>
- Goyette, M., Pontbriand, A. & Bellot, C. (2011). *Les transitions à la vie adulte des jeunes en difficulté : Concepts, figures et pratiques*. Volume 51 de Collection Problèmes sociaux & interventions sociales. St-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Guidée, R. (2007). Innovations technologiques en radiothérapie-oncologie. *Revue médicale de Liège*, 62 (5-6), 399-404. Accès https://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/11908/1/20070506_27.pdf
- Hôpital Européen Georges-Pompidou. (2010). *Arcthérapie: VMAT Volumetric Modulated Arc Therapy*. Accès http://www.afcorfmc.org/documents/TOPOS/2010/EPU_HEGP/VMAT%20ommier.pdf
- Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG]. (2015). *Radiothérapie*. Accès <http://www.hug-ge.ch/radiothérapie>
- Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG]. (2016). Espace Jeunes Adultes. Accès <http://www.hug-ge.ch/oncologie/espace-jeunes-adultes>
- Hôpital universitaire de Berne. (2006). *Médecine de pointe: l'Hôpital de l'Île prend l'initiative d'un centre de protonthérapie combinée*. Accès

https://www.insel.ch/fileadmin/inselspital/users/ueber_das_Inselspital/Mediendienst/Pdf/Protonen_060627_F_01.pdf

Institut national du Cancer [INCa]. (2016a). *Curiethérapie*. Accès <http://www.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Curietherapie>

Institut National du Cancer [INCa]. (2016b). *Activité de prise en charge – Radiothérapie*. Accès <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/5-prise-en-charge/58-prise-en-charge-par-radiotherapie/95-activite-de-radiotherapie-en-france.html>

Institut National du Cancer [INCa]. (2014). *Adolescents et jeunes adultes*. Accès <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Cancerologie-pediatrique/Adolescents-et-jeunes-adultes>

Institut National du Cancer [INCa]. (2013). *Techniques*. Accès <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Traitements/Radiotherapie/Techniques#toc-la-radioth-rapie-st-r-otaxique>

Institut de Formation des Manipulateurs en Electroradiologie Médicale [IFMEM]. (2011). *Connaissance et compréhension du traitement de radiothérapie par des patientes atteintes d'un cancer du sein*. Accès http://wwwold.chu-montpellier.fr/publication/inter_pub/R191/A12152/connaissaneetcomprehension.pdf

Jeunes solidarité cancer [JSC]. (2016). Page d'accueil. Accès <http://www.jeunessolidaritecancer.org>

Krauth-Gruber, S. (2009). *La régulation des émotions*. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, 4, 32-39. Accès <http://www.psychologiesociale.eu/files/RePS4.Krauth-Gruber.pdf>

Larousse (2016). *Dictionnaire de français*. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

Ligue genevoise contre le cancer (2016). Page d'accueil. Accès <http://www.lgc.ch/fr/>

- Ligue Suisse contre le cancer. (2015). *Tumeurs cérébrales*. Accès http://www.liguecancer.ch/fr/a_propos_du_cancer/types_de_cancer/tumeurs_cerebrales/
- Ligue Suisse Contre le cancer (2016). Page d'accueil. Accès <http://www.liguecancer.ch/fr/>
- Lundvall, L-L., Abrandt-Dahlgren, M., Wirell, S. (2015). How do technical improvements change radiographers' practice – A practice theory perspective. *Radiography*, 21, 231-235, Elsevier, doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.radi.2014.12.002>
- Marc, E. & Picard, D. (2008). *Relations et communications interpersonnelles*. 2eme édition actualisée et augmentée. Paris : Dunod. Accès <http://ir.nmu.org.ua/bitstream/handle/123456789/121868/b1b3ed2850e18ac79c6698e332f35190.pdf?sequence=1>
- Martin, S. (2016). *Les caractéristiques d'une approche centrée sur la personne*. *ACP Pratique et Recherche*. Accès <http://www.acp-pr.org/caracteristiques.html>
- National Cancer Institute. (2015). *Adolescents and Young Adults with Cancer*. Accès <http://www.cancer.gov/types/aya>
- Paul Scherer Institut (2011). *La protonthérapie à l'Institut Paul Scherrer*. Accès https://www.psi.ch/info/MediaBoard/Protonentherapie_f.pdf
- Picard, D. (1992). *De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles*. In: *Communication et langages*, n°93. pp. 69-83. Accès http://www.persee.fr/doc/colan_0336-1500_1992_num_93_1_2380
- PubMed. (2016). *US National Library of Medicine National Institutes of Health*. NCBI. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Quinn, G. P., Gonçalves, V., Sehovic, I., Bowman, M. L., Reed, D. R. (2015). Quality of life in adolescent and young adult cancer patients : a systematic review of the literature.

Patient related outcome measures, 6, 19-51, USA. doi :
<http://dx.doi.org/10.2147/PROM.S51658>

Razavi, D., & Dauchy, S. (2010). *Recommandations pour l'organisation des prises en charge*. In *L'adolescent atteint de cancer et les siens* (pp. 173-180). Accès
http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-2-287-99086-1_15?LI=true#page-1

Robin Marantz Henig. (2010). *Psychologie. Ados ou adultes ?* Accès
<http://www.courrierinternational.com/article/2010/11/04/ados-ou-adultes>

Société canadienne du cancer. (2016a). *Pronostic et survie pour la leucémie aiguë lymphoblastique*. Accès
<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/leukemia-acute-lymphocytic-all/prognosis-and-survival/?region=on>

Société canadienne du cancer. (2016b). *Effets secondaires de la radiothérapie*. Accès
http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/radiation-therapy/side-effects-of-radiation-therapy/?region=qc#Changements_appétit

Société canadienne du cancer. (2009). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2009 : Sujet particulier : Le cancer chez les adolescents et les jeunes adultes*. Accès
<http://cancer.ca/~media/CCS/Canada%20wide/Files%20List/liste%20de%20fichiers/pdf/stats%202009F%20Cdn%20Cancer.ashx>

Société française de physique médicale. (2013). *Formation, compétences, rôle et responsabilités du technicien de planification de traitement ou « dosimétriste » en radiothérapie*. Accès
http://www.sfpm.fr/download/fichiers/docs_sfpm/201309_sfpm_rapport_techniciens_planification_traitement.pdf

Stupid Cancer. (2015). *What we do*. Accès <http://stupidcancer.org/about/programs.shtml>

Townsend, M. C. (2010). *Soins infirmiers. Psychiatrie et santé mentale*. 2^{ème} édition. Canada : Editions du Renouveau Pédagogique.

Treiger, T. M. (2015). Is it time for a unified definition of cas management ? *Professional case management*, 20(2), 96-97. doi <http://dx.doi.org/10.1097/NCM.0000000000000083>

Ulman fund. (2016). The Ulman cancer fund for young adults. Accès <http://ulmanfund.org/>

University College London Hospitals [UCLH]. (2016). Children and young people's cancer services. Accès <http://www.uclh.nhs.uk/OurServices/ServiceA-Z/CYPS/CYPCS/Pages/Home.aspx>

Vincenzo, C. (2001). Les jeunes adultes comme objet théorique. In : Recherches et Prévisions. N°65. Jeunes adultes : 5-18. Accès doi : 10.3406/caf.2001.961

Walsh, J., Young, J.M., Harrison, J.D., Butow, P.N., Solomon, M.J., Masya, L., White, K. (2011). What is important in cancer care coordination ? A qualitative investigation. *European journal of Cancer Care*, 20, 220-227. doi : 10.1111/j.1365-2354.2010.01187.x

6. Annexe 1 : Conceptualisation de notre sujet de recherche



7. Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé et libre

h e d s

Filière Technique en radiologie médicale

Haute école de santé
Genève

Formulaire de consentement éclairé et libre

La loi fédérale sur la protection des données (LPD) du 19 juin 1992, protège la personnalité et les droits fondamentaux des personnes qui font l'objet d'un traitement de données (art.1).

Dans le cadre de leur formation et de la réalisation de leur travail de bachelor, les étudiant-e-s de la Haute école de santé de Genève sont appelé-e-s à travailler avec des données personnelles et sensibles qui touchent à la santé et/ou à la sphère privée des personnes interrogées. En référence à la LPD, les personnes doivent donner leur consentement libre et éclairé par écrit pour la récolte et le traitement anonyme des données les concernant.

Ainsi, la personne soussignée :

- certifie avoir été informée sur les objectifs et la procédure de l'étude (feuille d'information) ;
- affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies, informations à propos desquelles elle a pu poser toutes les questions qu'elle souhaitait ;
- atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé ;
- a été informée qu'elle pouvait interrompre à tout instant sa participation à cette étude sans préjudice d'aucune sorte ;
- consent à ce que les données recueillies pendant l'étude puissent être transmises à des personnes extérieures, elles-mêmes tenues de respecter la confidentialité de ces informations.

Madame / Monsieur

Nom Prénom

autorise l'étudiant-e ou les étudiants

Nom Prénom

Nom Prénom

Nom Prénom

à travailler avec les données sensibles qu'il-elle-s lui-leur a livré.

Fait à le

Signature de la personne concernée :

8. Annexe 3 : Feuille d'informations pour les participants

h e d s

Filière Technique en radiologie médicale

Haute école de santé
Genève

Informations pour les personnes participant au travail de bachelor (TB)

Feuillet d'information à transmettre lors des interviews et à joindre à la lettre pour les directions.

Indiquez ci-dessous:

- *La thématique de votre projet de TB (2 à 3 lignes)*

Nous voulons analyser la prise en charge du jeune adulte en radio-oncologie du point de vue du TRM. Nous nous intéressons particulièrement à l'adaptation de la pratique du TRM face aux jeunes adultes.

- *Ses buts (1 à 2 lignes)*

Nous voulons faire ressortir les moyens d'adaptation qu'utilisent les TRM face à cette catégorie de patients.

- *Son déroulement (1 à 2 lignes)*

Nous avons rédigé le cadre théorique. Nous devons maintenant faire des entretiens semi-directifs pour répondre à notre question de départ.

- *La description de la population cible. (1 à 2 lignes)*

Nous aimerions interviewer six TRM qui ont pris en charge des jeunes adultes (18-29 ans) et qui s'engagent à nous livrer des expériences personnelles en lien avec notre thème.

- *L'outil d'enquête (1 à 2 lignes)*

Notre outil sera la réalisation de six entretiens semi-directifs.

Nous vous proposons un entretien d'environ une heure. Celui-ci sera enregistré puis transcrit afin de nous assurer de ne pas déformer vos propos. Les données seront effacées une fois le TB validé.

Ces données resteront confidentielles et seront rendues anonymes. Si cette étude donne lieu à une publication scientifique, nous garantissons qu'il sera impossible d'identifier les participants.

Même si vous acceptez de participer dans un premier temps, vous restez libre de vous retirer de l'étude à tout moment ou de ne pas répondre à certaines questions sans avoir à nous donner de raisons.

A tout moment, vous pouvez vous adresser aux personnes ci-dessous afin d'obtenir des informations supplémentaires.

Le-les étudiant-e-s soussigné-e-s s'engagent à respecter la confidentialité des informations recueillies.

Nom de-des étudiant-e-s :

Nom du Directeur-trice du travail de bachelor

Ajcam. Shalimor., Scaglia Roxane, Tajiri Sonia, 

HEdS – Haute école de santé Genève
47, avenue de Champel
1206 Genève
Tel. : 022 388.56.00

Janvier 09

Hes·so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

9. Annexe 4 : Grille d'analyse des entretiens

	Généralités				Première rencontre			
	Sexe	Nb d'années de travail en RO	> 29 ans ou < 29 ans	Idées sur ttt des JA	Préjugés/ à priori	Info essentielles provenant des pancartes	Info essentielles pour prise en charge	Première rencontre et rôle
TRM 1								
TRM 2								
TRM 3								
TRM 4								
TRM 5								
TRM 6								

	Simulation virtuelle/traitement									
	Intimité	Refus ttt	Ttt pr faire plaisir aux proches	Tatouage	Questions	Proches du JA et simulation	Proches du JA	Proche du JA et déroulement du ttt	Absence aux séances de ttt	Effets secondaires
TRM 1										
TRM 2										
TRM 3										
TRM 4										
TRM 5										
TRM 6										

	Communications, interactions, relations, émotions								Coordination/ équipe					
	Généralités	Moyens	Sujets de communication	Conflit générationnel	Emotions perçue	Emotions du TRM	Gestion	Refus de prise	Même équipe -	Même équipe -	Transmission	Expérience	Regrets	Formation
TRM 1														
TRM 2														
TRM 3														
TRM 4														
TRM 5														
TRM 6														

	Jeunes adultes			Feed-Back			
	Perception des difficultés du JA	Sentiments sur l'aide suffisante	Connaissance "Espace JA aux HUG"	Pertinence de notre étude	Réflexion sur prise en charge	Intérêts pour ces questions	
TRM 1							
TRM 2							
TRM 3							
TRM 4							
TRM 5							
TRM 6							