UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA BEJAÏA

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

DEPARTEMENT SOCIOLOGIE

Thème

Le type de la relation qui réunit les cancéreux et l'équipe médicale tout au long de leurs prises en charge au niveau du service d'oncologie

Etude pratique au niveau d'EPH Amizour Béjaia.

En vue de l'obtention du diplôme de Master en sociologie

Option : Sociologie de la santé

Réalisé par

M^elle^ Abbassene Hizia

M^r.^ Haddad Oualid

Encadré par

ALLOUANE Farida

Année Universitaire

2023 /2024

Remerciements

On tient à remercier et glorifier le Dieu le tout puissant de nous avoir donné de la Force et la possibilité d'accomplir ce travail.

Nous remercions principalement notre promotrice madame Allouane Farida qui nous a encouragé et guider tout au long de cette période, s'est toujours montrée disponible et à l'écoute pour réaliser ce modeste travail.

On remercie également Le président,

Amour Moustapha

Membre de jury,

Boulahouat Djazia

On remercie également le personnel d'EPH Amizour plus précisément le service d'oncologie et les malades qui nous a aidés et orienter durant notre période de stage pour répondre à nos entretiens.

A tous ceux qui nous ont aidé de prés et de loin.

Dédicace

Je tiens à dédier ce modeste travail

À ma chère mère,

À mon cher père,

Qui n'ont jamais cessé, de formuler des prières à mon égard, de me soutenir et de m'épauler pour que je puisse atteindre mes objectifs.

À mon frère,

À mes sœurs,

Pour leurs soutiens et leurs conseils précieux tout au long de mes études.

A tous ceux qui m'aiment.

Hizia

Dédicace

Je rends hommage à mon cher père qui ma encouragé tout au long de

Mon parcours que son âme repose en paix.

Et Je dédie ce travail,

A ma chère mère à qui je témoigne mon

Immense respect, ma profonde gratitude, et

Reconnaissance pour tous ceux qu'elle a faits pour moi, et ses sacrifices

Pour que je puisse arriver là où je suis. Je prie dieu de la

Protéger.

A ma sœur Sonia et mes admirables frères Faouzi et Nassim

A ma binôme Hizia

A mes collègues du notre promotion.

Oualid

La liste des tableaux d'analyse

N°	Les titres des tableaux	page
01	Les services d'hospitalisation de l'hôpital	51
02	La réparation des enquêtés selon le sexe	52
03	La répartition des enquêtés selon l'âge	52
04	La répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale.	53
05	La répartition des enquêtés selon le type du cancer	53
06	La profession des malades	54
07	La satisfaction des malades vis à vis la prise en charge fournis par le personnel	55
08	Le déroulement des séances de soins et les traitements avec les personnels	56
09	L'information du malade sur les médicaments et leurs effets selon les enquêtés	57
10	La disponibilité de personnels médicale auprès du patient dans le service durant le traitement selon les enquêtés	59
11	La communication entre le médecin et le malade selon les enquêtes	60
12	La disposition des personnel auprès de malade après leurs sortie de l'hôpital selon les enquêtés	61
13	L'empathie montrée par les professionnels en vers les malades	62
14	L'accompagnement moral par le psychologue et les infirmiers selon les enquêtés	64
15	L'impact de la maladie sur la vie professionnelle de malade selon les enquêtés	66
16	L'impact de la maladie sur la vie personnelle de malade selon les enquêtés	67
17	La réaction du malade à l'annonce de la maladie	68
18	L'accompagnement moral et physique de la part de membres de famille de patient	70
19	Les incidents entre les médecins et les membres de la famille du malade	71
20	L'hygiène de vie du malade après la découverte dès sa maladie	73
21	La nature de la relation entre le malade et le personnel médical (médecins, infirmiers…).	74

Sommaire

Introduction

Partie théorique

Chapitre ILe cadre méthodologique de la recherche

1-Les raisons de choix de thème 6

2- Les objectifs de la recherche..... 6

3- La problématique..... 7

4- les hypothèses 9

5. Définition des concepts..... 10

6. la méthode et la technique utilisées 13

7- l'échantillonnage 16

8- la pré- enquête..... 17

9- le déroulement de l'enquête..... 18

10- Les difficultés rencontrées 19

Chapitre IIGénéralités sur le cancer

1-Préambule 21

2-L'oncologie médicale..... 21

3-Le cancer et la douleur 22

4-Histoire de cancer 22

5-Principaux faits de cancer 23

6-Réduire la charge du cancer..... 25

7-Prévenir le cancer 25

8-Traitement du cancer..... 28

9-Action de l'OMS..... 29

10-Les divers traitements du cancer 30

11-Chimiothérapie..... 30

12-Selon le l'institut national français de cancer..... 31

13-Soins palliatifs 32

Chapitre III_La communication dans les soins
1-La communication dans les soins 35
2-La communication comme élément déterminant de la relation 36
3-L'annonce de la pathologie cancéreuse est un traumatisme. 37
Chapitre IVLa relation soignant-soigné dans le service d'oncologie
1-La relation soignant-soigné dans le service d'oncologie..... 40
2-Le Soignant (personnel médical et paramédical) 40
3-Généralités sur l'accompagnement 41
4-Les etudes anterieures 43
Chapitre VPrésentation de l'organisme d'accueil
Analyse et interprétation des données..... 48
Interprétation des données 48
1-Présentation du lieu d'enquête 49
2-Caractéristiques socioprofessionnels de la population d'étude 52
Conclusion générale
Liste Bibliographique
Les Annexes

Introduction

Tout d'abord nous insistons à signaler que notre étude ne porte pas sur la cancers un thème déjà traité par beaucoup d'étudiants de master sociologie de santé mais sur la relation qui s'instaure entre malades atteints de différents types de cancers et le personnel soignant .On peut la considérer donc comme une étude exploratoire.

Cette maladie aussi maudite qu'elle soit ,touche des millions de personnes à travers le monde, il a un impact considérable sur la vie des malades et de leurs proches. Face à ce défi la relation entre le personnel médicale et le malade du cancer joue un rôle crucial dans l'accompagnement, et le soutien des patients, la qualité des soins fournis aide à l'amélioration, et leur état mental et pourquoi pas leur état de santé. Ces services sont conçus pour offrir un climat de bienveillant, où les malades concernés peuvent trouver des informations précieuses, des ressources adaptées tout au long de leur parcours de soins. Le service d'accueil constitue la première étape du parcours des patients atteints d'un cancer et de leurs parents au sein de l'établissement de santé. Il sert de point d'entrée où les patients sont reçus avec aimablement, Un accueil de qualité implique non seulement d'accueillir les patients avec courtoisie, mais aussi de les mettre à l'aise, et de répondre à leurs besoins spécifiques.

La communication est un pilier essentiel dans l'accueil des patients atteints d'un cancer et de leurs parents. Le premier contact avec le service d'oncologie permet d'établir une relation de confiance entre les membres de l'équipe médicale et les malades. Cette altération a besoin d'une relation spécifique fondée sur la compassion de médecin, l'infirmier, le psychologue.

L'écoute active aux besoins des malades, est un facteur indéniable de cette relation qui consiste à parler avec le malade gentiment, lui fournir toute informations concernant son état de santé, ces médicaments, et bien expliquer ces traitements. Être avec le malade et assurer leur bien-être tout au long de sa prise en charge dans l'hôpital et plus spécifiquement dans le service d'oncologie c'est le rôle de chacun dans le service.

Et pour cela, nous allons effectuer notre recherche dans un établissement de santé qui la représente, l'EPH Amizour, service d'oncologie d'adulte.

A travers cette recherche on vise tout d'abord à cerner les facteurs contribuant à cette relation, à illustrer le type de cette relation qui se tisse entre le malade le personnel soignant (médecin, infirmier, assistant médical) durant ses prises de soins par l'équipe médicale ou de sa prise en charge tout au long de sa présence au sein des services d'oncologie .Il est aussi de notre

préoccupation à souligner l'importance de cette relation soignant soigné dans l'amélioration de l'état psychique ou moral du malade .

Pour aborder ce thème, on a proposé un plan de deux parties :

-La partie théorique : contient trois chapitres qui se résument comme suit ;
Le premier chapitre concerne le cadre méthodologique de notre recherche il contient : les raisons du choix de thème, les objectifs de la recherche, la problématique, les hypothèses, la définition des concepts, les méthodes et les techniques utilisées, la pré-enquête, le déroulement de l'enquête et enfin les problèmes rencontrés.

Le deuxième chapitre est porté sur les généralités sur le cancer, la pathologie cancéreuse, cancer et douleur, l'oncologie médicale, les diverse traitements du cancer, la thérapie ciblé, la chirurgie et le traitement du cancer (l'hormonothérapie, la radiothérapie), l'entrée à l'hôpital, la récidivité de la maladie, le service d'oncologie.

Et pour ce qui est du troisième chapitre, il est consacré à la communication dans les soins en premier lieu on a parlé sur le déroulement des soins entre le malade et le médecin, l'annonce de la pathologie cancéreuse, la communication entre le personnel et le patient, l'échange verbal et thérapeutique.

Le quatrième chapitre, il est intitulé la relation soignant-soigné dans le service d'oncologie contient des définitions, (relation, personnel médical), généralités sur l'accompagnement, l'accompagnement dans le domaine de la santé, la relation d'aide, la relation médecin malade.

Mais pour la raison de manque d'ouvrages cette partie est restée modeste donc on l'a enrichie avec trois études antérieures portant sur le même thème.

-La partie pratique : dans cette partie on présente les résultats des entretiens, l'analyse et l'interprétation des données de l'enquête sur terrain.
Cependant le cinquième chapitre dans notre sommaire est représenté comme suit :
On effecteur deux types d'analyse (l'analyse transversale) qui veut dire thème par thème et sous base de tableaux avec un échantillon de (09) malades de différents types de la maladie de cancer on a abordé les thèmes suivants ;

- la satisfaction des malades vis à vis la prise en charge fournis par le personnel

- le déroulement des séances de soins et les traitements avec les personnels
- l'information du malade sur les médicaments et leurs effets selon les enquêtés
- la disponibilité de personnels médicale auprès du patient dans le service durant le traitement selon les enquêtés
- la communication entre le médecin et le malade selon les enquêtes
- disposition des personnel auprès de malade après leurs sortie de l'hôpital selon les enquêtés
- l'empathie montrée par les professionnels en vers les malades
- l'accompagnement moral par le psychologue et les infirmiers selon les enquêtés
- l'impact de la maladie sur la vie professionnelle de malade selon les enquêtés
- l'impact de la maladie sur la vie personnelle de malade selon les enquêtés
- la réaction du malade à l'annonce de la maladie
- l'accompagnement moral et physique de la part de membres de famille de patient
- les incidents entre les médecins et les membres de la famille du malade
- l'hygiène de vie du malade après la découverte dès sa maladie
- la nature de la relation entre le malade et le personnel médical (médecins, infirmiers…).

Concernant la deuxième analyse c'est (l'analyse longitudinale) cas par cas d'où on a effectué cette analyse avec un échantillon de cinq (05) enquêtés de l'équipe médicale on a pu traiter quatre (04) thématique qui sont comme suit ;

- La conception de la relation vis-à-vis le malade.
- La compassion de l'équipe médicale.
- Les conditions des soins et les traitements fournis par le personnel pour le malade
- La disposition de l'équipe médicale auprès du malade après leur sortie du service.

Ainsi que la vérification des hypothèses et notre travail s'achève avec une conclusion générale, puis la liste bibliographique et enfin les annexes.

I

Partie théorique

Chapitre I

Le cadre méthodologique de la recherche

1-Les raisons de choix de thème

Toute recherche scientifique doit avoir en moins un but bien précis et chaque sujet à en moins une raison spécifique pour le choisir d'après Maurice Angers «le choix du sujet et l'évolution de la faisabilité d'une recherche représentent le premier moment de la formulation du problème de recherche »[1].Cependant parmi les raisons qui nous ont motivées à choisir ce thème, nous citerons les raisons suivantes :

- En tant que étudiant(e) en sociologie de la santé, nous avons opté par objectif ce sujet parmi d'autres qui nous permettra de mettre en pratique nos connaissances théoriques de la spécialité durant le parcours d'étude.
- Le thème a déjà traité selon la perspective médicale, nous essayerons de le traiter selon les perspectives sociologiques.

- Touchées par l'importance de la relation existante entre le malade et le personnel médicale, nous voudrions mettre en évidence la qualité de la nature de cette relation.

2- Les objectifs de la recherche

Selon GRAWITZ Madeleine, « le point de départ d'une science réside dans la volonté de l'homme de se servir de sa raison pour comprendre »[2]
Par là on peut comprendre que chaque chercheur à des objectifs à atteindre.
Voici quelques objectifs courants de notre thématique :

- Découvrir, comprendre et éclairer les aspects et les caractéristiques qui orientent la relation entre les malades et les personnels médicaux.
- Comparer ne serait-ce que qualitativement entre le comportement du service personnel vis-à-vis des malades durant les soins donné au malade durant et les attentes de ce dernier ce qui nous permettra d'évaluer l'impact de cette relation sur les patients.
- Examiner les points d'éthiques liées à la relation soignant soignée notamment la confidentialité, la communication et la satisfaction du malade.

[1]ANGERS Maurice, Initiation à la méthodologie des sciences sociales, édition casbah, Alger, 1997, p 78.
[2] GRAWITZ Madeleine, Méthode des sciences sociales, 11éme édition, Dalloz, paris, 1990, p17

- Comprendre a quel point les malades du cancer sont pris en charge que ce soit dans les soins apportés par le service médical concerné, ou dans l'accompagnement moral.

3- La problématique

La santé est un aspect fondamental de la vie humaine qui influence sur notre bien- être physique, mental et social. Elle représente un état d'équilibre et de bon fonctionnement de l'organisme, permettant à chacun de mener une vie pleine et active.

Quel soit infectieuse, génétique ou autre, la maladie affecte le mode de vie et influence les malades dans leurs vie intime, la vie personnelle, la vie professionnelle et notamment la vie de famille.

Par ailleurs, les maladies chroniques caractérisées par leur longue durée et leur progression lente ou rapide, représente un défi majeur pour la santé publique .Ces affections telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies neurologiques est infectieuses ont des répercussions significatives sur la qualité de vie, elles nécessitent donc une forte prise en charge parfois spécifique et délicate

Parmi les grandes maladies qui est classée à partir des dernières années comme une maladie chronique est le cancer .Ce dernier est devenu de plus en plus fréquent dans le monde entier, sous toutes ces formes n'épargne aucune catégorie d'âge ni classe social que ce soit enfant, adulte pauvre ou riche. D'après L'OMS « le cancer apparait à partir d'une seule cellule. La transformation d'une cellule normale est un processus passant par plusieurs étapes. Il y a classiquement une évolution vers une lésion précancéreuse puis vers une tumeur maligne. Ces modifications provient des interactions entre les facteurs génétiques au sujet est des agents extérieurs ».[3]

C'est une maladie qui bouleverse non seulement la vie du malade mais aussi le fonctionnement et l'équilibre d'une famille entière.

Un changement plutôt une dégradation dans tous les sens du malade et son entourage nécessitant le maximum d'attention et une meilleure prise en charge, ainsi qu'un accompagnement sous tous ces aspects qu'il soit par la famille, l'entourage, et même le corps médical.

[3]www. OMS, Cancer. Aide-mémoire(en ligne).2015, n°297, visité le 24/05/2024 a 22.30.

L'accompagnement des personnes atteintes de cancer est un facteur crucial dans leur parcours de soins. Il englobe différentes dimensions , tels que le soutien moral et émotionnel, la bonne information sur la maladie, l'orientation permanente vers les services appropriés , l'aide généreuse pour la prise de décision concernant les options de traitement et enfin un degrés important de compassion durant toute la période de soins de la part du personnel soignant (oncologue, nutritionniste, assistant médicale, infirmiers et psychologue).

D'après le glossaire n°3 de la terminologie des soins infirmiers «l'accompagnement est une démarche de soutien thérapeutique fondée sur une relation soignant soigné et qui assure la continuité des soins en liaison avec l'environnement social, l'accompagnement inclut deux notions, à savoir l'écoute et l'aide que chaque professionnel apporte aux patients »[4] , donc vise l'amélioration de la qualité de vie des patients en les aidant à faire face aux faiblisse physiques et émotionnels, et à favoriser leur bien-être tout au long du parcours du traitement nécessaire.

Malgré que le malade est acteur de sa propre santé ,il exprime durant tout le parcours de soins - même si c'est d'une manière différente- souvent son besoin d'une meilleure prise en charge due à sa peine, (douleur, peur, angoisse…).D'où née une relation étroite entre le patient et le personnel de santé. Par la prise de sang, la perfusion, le protocole de soins etc. engendre un ensemble d'échanges, d'où nécessite des soulagements de la part du soignant et de la reconnaissance de la part du soigné.

En somme, la relation soignant soignée est un point sérieux et majeur dans la prise en charge des patients, influençant à la fois leur bien-être et la qualité des soins prodigués. Cette interaction commence dès la découverte de la maladie et se prolonge dans les années. Elle permet d'apporter de plus des meilleurs soins possibles du meilleur appui (compassion, écoute, communication, empathie…) afin d'apprendre aux patients à vivre avec leur maladie en les soutenant lors de diverses situations difficiles qu'ils auront à affronter. Du fait qu'il est du rôle des médecins d'écouter les besoins des patients, les orienter dans leur décisions, les informer sur leurs état de santé, leur expliquer le déroulement des séances de soins, c'est-à-dire les assister depuis l'annonce de diagnostic aux séances de chimiothérapie.

[4]PAILLARD, Christine. Approche et concepts de relation soignant-soigné, édition. Sets, 2013, p 03.

Ainsi, et pour cerner notre thématique on a été contraint d'étudier les différents types de cancer, en choisissant quelques représentants du corps médical (infirmier, médecins, psychologue) au service d'oncologie, EPH Amizour. Et pour mieux éclaircir nos objectifs de la recherche nous tenons à poser les questions suivantes :

_Quels sont les facteurs qui influencent sur le type de la qualité de la relation entre soignant soigné dans le contexte de la prise en charge des malades cancers ?

_ Comment la dimension relationnelle entre le personnel de la santé et les patients atteints des cancers et quelles sont les répercussions positives ou négatives sur l'état du malade d'une manière générale ?

4- les hypothèses

QUIVY Raymond définit l'hypothèse comme suit « une proposition qui anticipe une relation entre deux termes, qui selon les cas peuvent être des concepts ou des phénomènes, une hypothèse est donc une réponse provisoire, une présomption qui demande à être vérifier »[5]

L'hypothèse générale

Le type de la relation entre le personnel médicale et le malade dépend d'un certaines nombres de services et de la manière dont ils sont fournis par les praticiens de santé (médecin, infirmier, psychologue, assistant médicale…), puis du degré de compassion de ces derniers envers les malades, ainsi que la lucidité et la conscience du malade lui-même.

Hypothèses partielles

1-La nature des soins fournis par les soignants aux patients laisse naître des rapports étroits entre le service et le malade durant la prise en charge.

2-Le degré de compassion exprimé à l'égard du malade durant le traitement accompli de la part du personnel joue un rôle important en orientant la relation entre l'équipe médicale et le malade tout au long de processus de soins.

[5] QYIVY Raymond, Manuel de recherche en sciences sociale, édition Dunod, Paris, 1998, p 129.

3-La coopération du malade avec le service d'oncologie tout au long du traitement renforce les liens durant les traitements.

5. Définition des concepts

La santé

La santé s'applique à l'état de fonctionnement normal de l'organisme en l'absence de maladie, s'emploie aussi bien à l'égard des individus (santé physique, la santé mental), qu'à l'égard de la société (santé public) qui a protégé par de nombreuse mesures sanitaire. Selon l'OMS : « état de bien-être physique, mental et social, et comme un processus tant pour l'individu que pour la collectivité ».[6]

Le cancer

« C'est l'ensemble de cellules indifférenciées qui échappant au contrôle de l'organisme, se multiplient indéfiniment, envahissent les tissus voisins en les détruisant, et se répandent dans l'organisme en métastases : la maladie qui en résulte tumeur maligne »[7]

La prise en charge

« Fait d'assumer une responsabilité. Celle-ci peut concerner une personne, un objet ou une situation ».[8]

La Prise en charge médical

« Concept fait référence au comportement thérapeutique ».[9]

Le diagnostic

« C'est la procédure qui permet au médecin de reconnaitre une maladie en se basant sur les symptômes décrits et les différents examens réalisé, ayant pour

[6] AISSA Merah In OMS, communication publique et territoriale au Maghreb in et Vincent Meyer stratégie de communication sanitaire dans un territoire la lutte contre la tuberculose dans le gouvernorat de Sfax en Tunisie ,édition non citée, Paris, p 131.

[7] Dictionnaire Larousse, édition Larousse, 1997, p 197.

[8] Www. Linternaute.com/dictionnaire/Fr/définition/prise en charge/consulter le 10-04-2024 à 10h30.

[9] www.online.com/10/10/3992/m-les-déterminants-de-la-prise-en-charge-médical-du-paludise-au-Gabon-cas.visité le 10/04/2024 à 11h.

objectif d'évaluer et identifier les troubles et maladies dont souffre une personne. C'est primordial pour un médecin d'établir un bon diagnostic afin de prescrire le traitement et les soins adéquats ». [10]

La chimiothérapie

« Comme son nom l'indique, est la science qui se propose d'appliquer à des fin thérapeutiques des « principes actifs », naturels ou synthétiques de structure chimique parfaitement connue. Par extension, elle se propose aussi de dépasser le stade empirique et de mieux connaître le mécanisme d'action de ces principes actifs ou médicaments. Selon une pure convention de langage, le terme « chimiothérapie » revêt, depuis quelques décades, un sens plus restreint que son étymologie ne laisserait prévoir : à l'heure actuelle, on entend par chimiothérapie, le traitement des maladies tropicales ou « parasitaires », le traitement des maladies « infectieuses » : bactériennes et virales, et enfin le traitement du cancer ».[11]

La radiothérapie

« C'est une thérapie qui s'établit par de rayonnements, notamment les rayons X, c'est un traitement employé dans certains cas du cancer, les effets secondaires peuvent être difficiles et désagréable, et parfois même douloureux »[12]

L'accompagnement

« C'est dans les soins de santé que l'on a commencé à parler d'accompagnement pour désigner ce qui excède les traitements et contribue au bien être, et que l'on désigne en anglais par care : l'attention portée à autrui, le soutien moral et psychologique, l'aide aux activités de la vie quotidienne telle que se nourrir, se laver, s'habiller ou se déplacer ».[13]

[10] www.Site internet. Futura-sciences.com, *visité* le 16/03/2024 à 14h00.

[11]PRIVAT Michel De Garilhe, la chimiothérapie, édition presses universitaires, date non citée, France, p 10.
[12] BRIN Frédérique, COURRIER Catherine et autres dictionnaire d'orthophonie 2éme édition, France, p 213.
[13]GAGNON Eric, MOULIN Pierre et autres printemps. Volume 17, numéro1, édition non citée, 2011, p 95

La communication

« Ensemble des techniques (réseaux de transmission, équipement individuels et autonomes) qui permettent se mettre à la disposition d'un public assez vaste toutes sortes de messages, quelles qu'en soient la forme ou la finalité ».[14]

La relation

« L'étymologie latine de la relation est le mot « relatio » : action de rapporter un fait, un témoignage…

La relation sous-entend un prérequis sans lequel elle ne peut exister : un autre, humain ou non humain, une autre entité différente de moi. Mais si l'existence de cet autre est nécessaire, ce n'est pas suffisant pour parler de relation. Deux entités distinctes, isolées, ne font pas la relation.

Une relation est une liaison qui existe entre deux choses, deux grandeurs, ou deux phénomènes. La relation implique un lien, donc une interaction avec le milieu, entre 2 êtres par exemple. Mais la définition va plus loin, notamment celle rapportée aux sciences : « rapport d'interdépendance entre deux ou plusieurs variables, défini sur la base d'un principe commun tel que toute modification de l'une d'entre elles entraine la modification des autres».[15]

Le suivi

« C'est un ensemble d'opérations qui a pour but de surveiller un processus. Il s'agit aussi d'un contrôle constant sur une période bien déterminée comme un suivi médical »[16]

Le corps médical

« Il s'agit de l'équipe pluridisciplinaire qui regroupe l'ensemble des professionnels de la santé dont les médecins, les infirmiers, les aides-soignants… etc. l'appellation « corps » désigne la communauté »[17]

[14] BOUDON Raymond, BESNARD Philippe, et autres, dictionnaire de sociologie, édition ,Larousse, 2005, p 36.
[15] Https// : dumas.ccsd.fr.dumas-02178321 submited on 9 juil. 2019 visité le 09/02 /2024 à 13h00.

[16] FREDIRIQUE Brin, CATHRINE Courrier Op cit . p 245.

Le personnel soignant

Ainsi nommés, les infirmières et les infirmiers, les médecins généralistes, urgentistes, réanimateurs…, les personnels hospitaliers, les aides-soignants … sont représentés dans l'exercice de leur mission, salvatrice. Sur eux reposent la guérison, le rétablissement de la santé, la préservation de la vie[18].

Le malade

Qui sent, qui souffre quelque dérèglement quelque altération dans la santé.[19]

6. la méthode et la technique utilisées

Chaque sujet de recherche exige une méthode à suivre et une technique à utiliser dans le but de réaliser une recherche objective et d'obtenir des résultats fiables. Visant à répondre à des questions, à tester des hypothèses pour les infirmer ou les confirmer et à générer des connaissances nouvelles. Nous avons opté pour la méthode et la technique qui convient dans le but de rassembler les données nécessaire pour arriver à des résultats objectifs.

6-1-les méthodes utilisées

Dans la méthodologie de recherche, le choix de la méthode à utiliser est basé sur la problématique posée.

D'après Maurice Angers « la méthode est l'ensemble des procédures, des démarches précises adoptées pour en arriver à un résultat. En effet la méthode utilisée est déterminée par la nature du thème, ses spécificités ainsi que ses objectifs ».[20]

L'objectif de notre recherche est de comprendre la relation entre les soignants et les patients atteignent de cancer durant tous leurs processus de soins et de savoir si cette relation joue un rôle dans le bien être des malades.

[17] www.Dictionnaire internaute visité le 22/04/2024 à 13h.
[18] Www.Dictionnaire.lerobert.com visité le 22/04/2024à 15h00.

[19] Dictionnaire de l'académie française 4éme édition, 1762, p 78.
[20] ANGERS Maurice, Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, édition Casbah, Alger, 1997, p 9.

Dans ce contexte, on a fait appel une à la méthode qualitative qui permettrait d'explorer les sentiments, les attentes, les besoins et les perceptions de deux parties. Et nous permettra de recueillir des données approfondies sur notre sujet.

6-2- la technique utilisé

Chaque méthode de recherche exige une au plusieurs techniques qui permettent au chercheur de mener son enquête. Pour cela nous avons opté pour ;

6-3-Le guide d'entretien

« C'est une technique directe d'investigation scientifique utilisée apurés de groupe qui permet de les interroger d'une façon semi directive et de faire un prélèvement qualitatif en profondeur »[21]

6-4- Semi-directif

« Il demande la part de l'enquêteur une attitude plus ou moins directive : ce dernier pose des questions à partir de différents thèmes précis et déterminés au préalable. Il utilise ici un guide d'entretien dans lequel sera formulée une série de thèmes et sous-thèmes soumis à l'interrogé (nous y reviendrons en détail plus loin) »[22]

a- La technique de l'analyse de contenu : « C'est une technique d'étude détaillée des contenus de documents. Elle a pour rôle d'en dégager les significations, associations, intentions…. Non directement perceptibles à la simple lecture des documents (le terme document doit être pris au sens très large du terme, allant du texte au microfilm en passant par la bande magnétique

[21] BERTHIER Nicole, Les techniques d'enquêtes en science sociale, 2eme édition, Armand Colin, Paris ,2006, p 79.

[22]DESANTI Raphael et CARDON Philippe, Initiation à l'enquête sociologique, édition A.S.H, France, 2010, p 61.

tout chercheur en sciences sociales y aura recours à un moment ou à un autre de son travail ».[23]

b- L'analyse thématique : « C'est l'analyse la plus simple des analyses de contenu qui consiste à repérer des expressions verbales ou textuelles des thèmes généreux, récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus comparés ».[24]

c- L'analyse transversale : « L'analyse comparative des énoncés à l'intérieur de chaque thème et sous thème ; elle est dite transversale dans la mesure où chaque thème traverse l'ensemble des textes. On compare les extraits réunis à l'intérieur de chaque dossier pour dégager les ressemblances et les différences ».[25] C'est-à-dire qu'elle s'effectue thème par thème.

Voici les thèmes qu'on a traité lors de traitements des données ;

- la satisfaction des malades vis à vis la prise en charge fournis par le personnel
- le déroulement des séances de soins et les traitements avec les personnels
- l'information du malade sur les médicaments et leurs effets selon les enquêtés
- la disponibilité de personnels médicale auprès du patient dans le service durant le traitement selon les enquêtés
- la communication entre le médecin et le malade selon les enquêtes
- disposition des personnel auprès de malade après leurs sortie de l'hôpital selon les enquêtés
- l'empathie montré par les professionnels en vers les malades
- l'accompagnement moral par le psychologue et les infirmiers selon les enquêtés
- l'impact de la maladie sur la vie professionnelle de malade selon les enquêtés
- l'impact de la maladie sur la vie personnelle de malade selon les enquêtés
- la réaction du malade à l'annonce de la maladie

[23]AKTOUF Omar, Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique, édition les presses de l'université du Québec, Montréal, 1987, p 111.

[24]ALEX Mucchielli, Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences sociales, édition Armand Colin, Paris, 2002, p259.

[25]COMBESSIE Jean-Claude, La méthode en sociologie, édition Casbah, Alger, 1996, p 65.

- l'accompagnement moral et physique de la part de membres de famille de patient
- les incidents entre les médecins et les membres de la famille du malade
- l'hygiène de vie du malade après la découverte dès sa maladie
- la nature de la relation entre le malade et le personnel médical (médecins, infirmiers…).

d- L'analyse longitudinale : « qui a pour objectif l'étude comparée de l'organisation séquentielle de chaque texte, elle s'intéresse au déroulement de chaque entretien, à l'ordre des thèmes et sous thèmes »[26]

Pour l'analyse cas par cas on s'était obligé de modifier les thèmes selon le besoin de l'analyse.

Les principaux thèmes qui ont été relevés

1er thème : la conception de la relation vis-à-vis du malade.

2eme thème : la compassion de l'équipe médicale envers les malades.

3eme thème : le personnel fournis des soins et assure les traitements du malade.

4eme thème : la disposition de l'équipe médicale auprès du malade après sa sortie du service.

N'empêche les deux analyses (transversales et longitudinales)

7-l'échantillonnage

Selon ANGERS Maurice « c'est l'ensemble des opérations permettent de sélectionner un sous ensemble d'une population en vue de constituer de constituer un échantillon ».[27]

7-1-L'échantillon

[26]COMBESSIE Jean-Claude Op cit. p 65.
[27]ANGERS Maurice Op cit, p 229.

« L'échantillon comme étant une petite quantité d'un produit destinée à en faire connaitre les qualités ou à les apprécier ou encore une portion représentative d'un ensemble, un spécimen ».[28]

Dans notre étude, nous avons opté pour :

7-2-L'échantillon Accidentel

« Prélèvement d'un échantillon de la population de recherche à la convenance du chercheur. L'échantillonnage accidentel est celui des échantillonnages non probabiliste qui comprend le moins de contraintes dans la sélection deséléments. C'est le cas quand on ne peut pas recenser au départ la population visée ni choisir d'une façon aléatoire les éléments ».[29]

A la lumière de notre étude on a opté pour l'échantillon accidentel d'où on a rencontré nos enquêtés accidentellement, pour passer des entretiens par leur acceptation. On a choisie deux échantillons qui se compose de neuf (09) malades, et cinq (05) de membres de l'équipe médicale (un psychologue, deux infirmiers, un médecin généraliste, un assistant médicale).

8- la pré- enquête

Avant d'entamer notre recherche et d'aller directement sur le terrain pour effectuer notre enquête on a eu recours à la pré-enquête « elle représente une étape très importante dans tout projet de recherche, elle consiste à essayer sur un échantillon réduit ; les instruments (analyse des documents pour tester les hypothèses et l'entretien) avant d'entreprendre l'enquête elle-même ».[30]

[28] Ibid. p 72.

[29]ANGERS Maurice Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, édition Casbah, Alger, 1997, p 236.

[30]GRAWITZ Madeleine, Op cit. p 550.

Notre pré-enquête a été accomplie sur deux (02) infirmiers de service d'oncologie, qui se sont déroulées durant le début du mois de mars pendant quatre jours, chaque entretien a duré au moins 12 min. Et aussi (02) malades dans le même service, ainsi nous avons réussi à réaliser avec eux pendant les séances de chimio des entretiens pendant 03 jours tout en respectent leur état de santé, c'est-à-dire on ne vouloir pas les fatiguer.

Cette dernière nous a aidé à l'élaboration du notre guide d'entretien en modifient quelques thèmes et sous thèmes du guide semi directif, et d'en ajouter des thèmes en relation avec notre étude.

9- le déroulement de l'enquête

Notre enquête s'est déroulée au sein d'EPH Amizour plus précisément dans le service d'oncologie d'une durée de (02) mois du 05/03/2024 au 05/05/2024

Durant notre enquête, nous avons rencontrés l'assistant médical, le chef de service, et quelques personnels de santé et bien sûr les malades avec lesquels nous avons réalisé notre guide d'entretien

En effectuent des visites régulières à compter deux fois par semaine, des rencontres avec notre population d'étude qui se compose des (personnel de santé et les malades) un échantillon de cinq (05) membres de l'équipe médicale. Neuf (09) malades de différents type de la maladie la chose qui nous a permis d'avoir plus de connaissance et d'informations utiles pour la recherche d'une part et d'obtenir plus de réponses à travers l'écriture ou des enregistrements avec l'accord bien sûr de nos enquêtés d'une autre part.

Nous avons pris rendez-vous avec la psychologue du service, afin d'effectuer un entretien avec elle. On a effectué aussi des entretiens avec quatre (04) membres de l'équipe médicale (deux(2) infirmiers, un (01) médecin généraliste, un(01) assistant médical) .on a peu avoir plus d'explications sur l'état des malades et leurs réactions.

Au final notre guide d'entretien s'est bien déroulé malgré les difficultés qu'on a rencontrés, on a pu avoir des résultats.

10- Les difficultés rencontrées

- ✓ trop de monde dans le service entre malades et les membres de leurs familles a créé une gêne.
- ✓ Les salles de chimio non individuelle ont rendu la conversation difficile avec le patient.
- ✓ La difficulté d'entretenir les malades vu leur gravité d'état de santé.
- ✓ La sensibilité de notre recherche a fait qu'il nous était difficile d'entretenir les malades.
- ✓ La non coopération de certains enquêtés catégorie infirmières de participer à l'enquête.

Chapitre II
Généralités sur le cancer

Préambule

Afin de répondre à notre question de recherche, il nous a été nécessaire de distinguer les cinq concepts clés qui en ressortent, « la relation», « le personnels médical » les cancéreux, le cancer et enfin« l'accompagnement », on a fait le choix de débuter notre travail de recherche sur la relation en incluant le concept de cancer car c'est dans ce contexte que se porte notre questionnement, puis, en découlera les émotions que cela peut susciter pour chaque acteur dans le soin

L'oncologie désigne la Spécialité médicale qui s'intéresse aux tumeurs cancéreuses, (cancer) qui résulte de la survenue d'un dysfonctionnement au niveau de certaines cellules de l'organisme. Celles-ci se mettent à se multiplier de manière anarchique et à proliférer, d'abord localement, puis dans le tissu avoisinant, puis à distance où elles forment des métastases.

L'oncologie médicale

L'oncologie est « une branche de la médecine consacrée à l'étude et au traitement des maladies cancéreuses**. »**[31]C'est la discipline réalisant la prise en charge médicamenteuse des cancers, c'est-à-dire utilisant la chimiothérapie, l'hormonothérapie, l'immunothérapie et des thérapies ciblées. Il s'occupe aussi des soins de support, c'est-à-dire de la prise en charge de tous les autres problèmes liés au cancer ou aux effets indésirables des traitements : douleur, fatigue, problèmes nutritionnels, digestifs, respiratoires et génito-urinaires, moteurs,... mais aussi sociaux et psychologiques. Les causes et les types de cancers sont extrêmement variés, de même que les organes touchés et les effets sur la santé.

La pathologie cancéreuse (cancer)

Le cancer est une maladie caractérisée par une croissance anormale et incontrôlée de cellules dans le corps. Ces cellules cancéreuses peuvent se propager à d'autres parties du corps, ce qui peut entraîner des dommages tissulaires et des complications graves. Les types de cancer sont nombreux, chacun ayant des caractéristiques spécifiques en fonction de l'organe ou du tissu dans lequel il se développe. Les traitements incluent la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, l'immunothérapie et d'autres thérapies ciblées, souvent utilisées en combinaison en fonction du type et du stade du cancer.

[31]www.Futura-Sciences. Au cœur de la science. « Oncologie ». [En ligne]. Adresse URL : http://www.futurasciences.com/comprendre/g/definition-oncologie_2789.php .visité le 25/05/2024 à 9h30.

Selon l'OMS

Le cancer englobe un vaste groupe de maladies qui peuvent apparaître dans presque tous les organes ou tissus du corps, lorsque des cellules anormales se développent de manière incontrôlée et se répandent au-delà de leurs limites habituelles pour envahir des régions voisines du corps et/ou se propager à d'autres organes.[32]

Le cancer et la douleur

Le cancer peut malheureusement entraîner des douleurs physiques importantes, qui peuvent varier en intensité selon le type et le stade du cancer, ainsi que les traitements utilisés. Il est crucial pour les patients de bénéficier d'un soulagement de la douleur adapté et de soutien médical et psychologique pour faire face à cette épreuve.

Histoire de cancer

Les cancers sont de très vieilles maladies. Quelques types de cancers sont connus depuis les temps préhistoriques. Une maladie de l'os vraisemblablement cancéreuse a été retrouvée dans des os de dinosaures vieux d'environ 80 millions d'années. Déjà dans les premiers écrits médicaux (des papyrus égyptiens datant de –3500 avant Jésus-Christ, des écrits mésopotamiens, indiens, et persans) plusieurs cas de cette maladie sont exposés. Mais il fallait attendre le 4ème siècle avant Jésus-Christ pour qu'Hippocrate donne la première définition de ce mal, sous le nom de "carcinome" ou de "squihrre", que le latin traduira en cancer. Il se définit comme une tumeur dure, non inflammatoire, avec tendance à la récidive et à la généralisation, amenant une issue fatale. Au 1er siècle après Jésus-Christ, Galien (129 ou 131-201 après Jésus-Christ) attribue l'étiologie du cancer à un déséquilibre de la bile noire, qui constitue avec le sang, la bile jaune, et le phlegme, les quatre humeurs du corps humain. C'est grâce à celui-ci que se construit l'idée qui durera pendant les quinze siècles suivants, que le cancer est une maladie générale dont seules les manifestations sont locales. A cette époque, pour supprimer ce mal, un régime alimentaire adéquat, des médicaments ou des saignées semblent plus appropriés qu'une intervention chirurgicale. Et tout au long du moyen âge, les chirurgiens restent divisés et sceptiques au sujet de l'intervention chirurgicale. Au 16ème siècle, Ambroise Paré (1509-1590) explique les métastases comme des manifestations locales de l'humeur noire. Ce n'est qu'au 17ème siècle que l'on commence à voir la maladie d'une autre façon.

[32] www.Organisation mondiale de la sante site officiel,https://www.google.com/search?q=relation+soignant-soign%C3%A9+selon+le+site+officiel+de+l%27omsvisité le 04/06/2024à 13h 00.

Tulp (1599- 1674) donne des descriptions anatomiques très précises de certains cancers, et pour Descartes, suite à la récente découverte du système lymphatique, c'est la lymphe en se coagulant, et non plus la bile noire, qui est responsable de la formation des tumeurs. Un siècle plus tard, le chirurgien anglais John Hunter (1728-1793) affirme que ce n'est pas une lymphe coagulée et inerte qui est en cause, mais une lymphe active qui "sue" hors des vaisseaux et qui est sécrétée par les tissus enflammés. Les tumeurs deviennent ainsi partie intégrante du corps. Au 17ème siècle et ce pendant deux siècles, s'installe l'idée qu'il s'agit d'un mal contagieux, suite aux affirmations de Sennert (1572-1637). Ce qui provoque la peur envers les cancéreux, et l'exclusion ou le refus de les accueillir dans de nombreux hôpitaux. D'où l'initiative du chanoine Godinot, qui fonde en 1740, à Reims, un "hôpital des cancéreux" destiné à "recueillir les cancéreux pour soulager leurs misères physiques et morales".[33]

Principaux faits de cancer

Les cancers les plus courants sont le cancer du sein, le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer de la prostate. Environ un tiers des décès par cancer sont dus aux 5 principaux facteurs de risque comportementaux et alimentaires : un indice élevé de masse corporelle, une faible consommation de fruits et légumes, le manque d'exercice physique, le tabagisme et la consommation d'alcool.[34]

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, environ 30 % des cas de cancer sont imputables à des infections telles que l'hépatite ou l'infection par le papillomavirus humain (PVH).

De nombreux cancers peuvent être guéris s'ils sont détectés tôt et traités efficacement, Le problème À l'origine de près de 10 millions de décès en 2020, le cancer est l'une des principales causes de mortalité dans le monde (1)[35]. En 2020, les cancers les plus courants (en termes de nombre de cas recensés) étaient les suivants :

Le cancer du sein (2,26 millions de cas) ;

Le cancer du poumon (2,21 millions de cas) ;

[33]Nom non cité. Guide pratique des soins infirmiers en oncologie, édition 2021, lieu non cité, p 10.

[34] Ibid.

[35]Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Observatoire mondial du cancer : « Cancer Today ». Lyon : Centre international de recherche sur le cancer, 2020 (https://gco.iarc.fr/today, consulté en février, Visité le 23/05/2024 a 10h00.

Le cancer colorectal (1,93 million de cas) ;

Le cancer de la prostate (1,41 million de cas) ;

Le cancer de la peau (non-mélanome) (1,20 million de cas)

Le cancer de l'estomac (1,09 million de cas).

En 2020, les cancers à l'origine du plus grand nombre de décès étaient :

Le cancer du poumon (1,80 million de décès) ;

Le cancer colorectal (916 000 décès) ;

Le cancer du foie (830 000 décès) ;

Le cancer de l'estomac (769 000 décès) ; et

Le cancer du sein (685 000 décès).

Chaque année, un cancer est diagnostiqué chez quelque 400 000 enfants. Les cancers les plus courants varient d'un pays à l'autre. Le cancer du col de l'utérus est le plus fréquent dans 23 pays.

Qu'est-ce qui provoque le cancer ?

Le cancer naît de la transformation de cellules normales en cellules tumorales, un processus en plusieurs étapes qui a généralement pour point de départ une lésion précancéreuse, laquelle devient ensuite une tumeur maligne. Ces mutations sont la conséquence d'interactions entre des facteurs génétiques propres au sujet et des agents extérieurs classés en trois catégories, à savoir :Les cancérogènes physiques, comme les rayons ultraviolets et les radiations ionisantes ;Les cancérogènes chimiques, comme l'amiante, les composants de la fumée du tabac, l'alcool, l'aflatoxine (contaminant alimentaire) ou l'arsenic (polluant de l'eau potable) ; et les cancérogènes biologiques, comme les infections dues à certains virus, bactéries ou parasites. Par le biais de son institution spécialisée, le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), l'OMS tient à jour cette classification des agents cancérogènes. L'incidence du cancer croît considérablement avec l'âge, très vraisemblablement en raison de l'accumulation croissante de facteurs de risque de cancers spécifiques, et du fait que les mécanismes de régénération cellulaire tendent généralement à perdre en efficacité au fur et à mesure du vieillissement.

Facteurs de risque de cancer

Les facteurs de risque des cancers peuvent être héréditaires, liés à l'âge, à l'environnement ou à son mode de vie. Il est possible de réduire les risques d'avoir un cancer en adoptant des habitudes saines et bénéfiques pour sa santé.

Le tabagisme, la consommation d'alcool, une mauvaise alimentation, un manque d'activité physique et la pollution de l'air sont autant de facteurs de risque de cancer (et d'autres maladies non transmissibles).Certaines infections chroniques constituent elles aussi des facteurs de risque de cancer, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Environ 13 % des cancers diagnostiqués dans le monde en 2018 étaient imputables à des infections cancérogènes, notamment celles dues à Helicobacterpylori, au papillomavirus humain (PVH), au virus de l'hépatite B, au virus de l'hépatite C et au virus d'Epstein Barr.[36]

Les virus de l'hépatite B et de l'hépatite C augmentent le risque de cancer du foie, tandis que certains types de PVH majorent le risque de cancer du col de l'utérus. L'infection à VIH multiplie par six le risque de développer un cancer du col de l'utérus et accroît fortement le risque de développer certains autres cancers comme le sarcome de Kaposi.

Réduire la charge du cancer

À l'heure actuelle, 30 à 50 % des cancers peuvent être prévenus en évitant les facteurs de risque et en appliquant des stratégies préventives reposant sur des données probantes. On peut aussi réduire la charge du cancer grâce à une détection précoce et à un traitement et une prise en charge appropriés des patients. Nombre de cancers présentent une probabilité de guérison élevée s'ils sont détectés rapidement et traités de manière appropriée.

Prévenir le cancer

Le risque de cancer peut être réduit en s'abstenant de fumer ; en conservant un indice de masse corporelle sain ; en adoptant une alimentation saine à base de fruits et de légumes ; en faisant régulièrement de l'exercice

[36]www.De Martel C, Georges D, Bray F, Ferlay J, Clifford GM. « Global burden of cancer attributable to infections in 2018 : aworldwide incidence analysis ». The Lancet Global Health. 2020 ;8(2) :e180-e190,visite le 23/05/2024 à 14h30.

physique ; en évitant ou en réduisant la consommation d'alcool ; en se faisant vacciner contre le PVH et l'hépatite B si l'on appartient à un groupe pour lequel la vaccination est recommandée ; en évitant de s'exposer aux rayonnements ultraviolets (provenant principalement du soleil et des cabines de bronzage artificiel) et/ou en prenant des mesures pour se protéger du soleil ; en veillant à un usage sans risque et approprié des rayonnements dans le cadre des soins de santé (à des fins diagnostiques et thérapeutiques) ; en limitant le plus possible l'exposition professionnelle aux rayonnements ionisants ; et en réduisant son exposition à la pollution atmosphérique et à la pollution de l'air intérieur, notamment au radon (gaz radioactif issu de la désintégration de l'uranium, qui peut s'accumuler à l'intérieur des bâtiments – maisons, écoles et lieux de travail).

En agissant sur les facteurs externes, environ 40 % des cancers pourraient être évités. Même si le « risque zéro » n'existe pas, il est possible de mettre en place des actions au quotidien pour préserver sa santé. Ainsi, changer quelques-uns de ses comportements apparaît comme un moyen d'action essentiel pour prévenir certains cancers.

Il est notamment recommandé :

- de ne pas fumer ou d'arrêter le tabac.
- de modérer sa consommation d'alcool.
- d'adopter une alimentation diversifiée et équilibrée.
- de surveiller son poids.
- de pratiquer une activité physique régulière.
- de ne pas s'exposer au soleil afin d'éviter les rayons ultraviolets (UV).

Détection précoce

La détection et le traitement rapide des cas permettent de réduire la mortalité liée au cancer. La détection précoce repose sur deux éléments : le diagnostic précoce et le dépistage.

Diagnostic précoce

Un traitement est plus susceptible d'être efficace – avec des chances de survie accrues, une réduction de la morbidité et des coûts moins élevés – si le cancer est diagnostiqué rapidement. En détectant les cancers à un stade précoce et en évitant des retards dans le traitement, on peut sensiblement améliorer la vie des patients.

Le diagnostic précoce comporte trois volets :

La sensibilisation aux symptômes des différentes formes de cancer et à l'importance de consulter un médecin si des anomalies sont observées ;L'accès à des services d'évaluation clinique et de diagnostic ; et l'orientation en temps utile vers des services de traitement.

Le diagnostic précoce des cas symptomatiques est important dans tous les contextes et pour la majorité des cancers. Les programmes de lutte contre le cancer doivent avoir pour but de réduire les retards et les obstacles en matière de diagnostic, de traitement et d'accès aux soins de soutien.

Dépistage

Le dépistage vise à identifier les personnes dont les résultats de tests sont évocateurs d'un cancer ou d'un pré-cancer particulier avant qu'elles ne développent des symptômes. Lorsque le dépistage met en évidence des anomalies, des examens supplémentaires doivent être réalisés pour établir un diagnostic définitif et le patient doit être orienté vers des services de traitement si la présence d'un cancer est avérée.

Les programmes de dépistage sont efficaces pour certains types de cancer, mais pas tous. En règle générale, ils sont bien plus complexes et requièrent beaucoup plus de ressources que le diagnostic précoce, car ils nécessitent des équipements et du personnel spécialisés. Même lorsqu'il existe des programmes de dépistage, des programmes de diagnostic précoce demeurent nécessaires pour identifier les cas de cancer parmi les personnes qui ne répondent pas aux critères d'âge ou de facteur de risque établis pour le dépistage.

Pour éviter un taux excessif de faux positifs, la sélection des patients pouvant bénéficier d'un dépistage se fonde sur l'âge et les facteurs de risque. Parmi les méthodes de dépistage employées figurent notamment :

Les tests de dépistage du PVH (notamment par détection de l'ADN ou de l'ARNm du PVH), qui constituent la méthode à privilégier pour le dépistage du cancer du col de l'utérus ; et

La mammographie pour le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans dans les régions où les systèmes de santé sont (relativement) robustes.

Les programmes de dépistage comme de diagnostic précoce nécessitent une assurance qualité.

Traitement du cancer

Il est essentiel de diagnostiquer correctement un cancer pour le traiter de façon adaptée et efficace, car chaque type de cancer nécessite un protocole de traitement spécifique. Le traitement du cancer repose généralement sur la chirurgie, la radiothérapie et/ou un traitement systémique (chimiothérapie, traitements hormonaux, thérapies biologiques ciblées). Le choix du protocole thérapeutique dépendra à la fois du cancer à traiter et du profil du patient. Il est important que le protocole soit achevé dans un laps de temps défini pour obtenir le résultat thérapeutique attendu.

Il est essentiel de commencer par définir les objectifs du traitement. Le principal objectif est généralement de guérir le patient ou de prolonger considérablement sa vie. Un autre objectif important est d'améliorer la qualité de vie du patient, ce qui peut être accompli en prodiguant des soins contribuant à son bien-être physique, psychosocial et spirituel, ainsi qu'en offrant des soins palliatifs en phase terminale de cancer.

S'ils sont décelés rapidement et traités selon les meilleures pratiques, certains des types de cancer les plus répandus, comme le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus, le cancer de la cavité buccale et le cancer colorectal, ont une probabilité de guérison élevée.

D'autres types de cancer, comme la séminome testiculaire ou différente types de leucémies et de lymphomes chez l'enfant, présentent eux aussi des taux de rétablissement élevés s'ils sont traités correctement, même dans les cas où des cellules cancéreuses se sont propagées dans d'autres parties de l'organisme. Cependant, la disponibilité des traitements varie sensiblement entre les pays en fonction de leur niveau de revenu ; selon les informations disponibles, les patients peuvent bénéficier d'un traitement complet dans plus de 90 % des pays à revenu élevé, contre moins de 15 % des pays à faible revenu.[37]

[37]www.Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicablediseases : Report of the 2019 global survey. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2020. Visite le 19/04/2024 à 13h00.

Action de l'OMS

En 2017, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA70.12 sur la « Lutte contre le cancer dans le cadre d'une approche intégrée », invitant instamment les États membres et l'OMS à accélérer leur action pour atteindre les objectifs définis dans le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 (en anglais) et le Programme de développement durable à l'horizon 2030 de l'ONU, en vue de réduire le taux de mortalité prématurée due au cancer.

L'OMS et le CIRC collaborent avec d'autres institutions des Nations Unies, dont l'Agence internationale de l'énergie atomique, et des partenaires afin de :

Renforcer l'engagement politique en faveur de la lutte contre le cancer ;

Coordonner et mener des recherches sur les causes de cancer chez l'être humain, ainsi que sur les mécanismes de la carcinogénèse ; surveiller la charge du cancer (dans le cadre des travaux de l'Initiative mondiale pour le développement des registres du cancer) ; identifier les stratégies de prévention et de lutte contre le cancer qui sont les plus efficaces en termes de coût et qui devraient être mises en œuvre en priorité ; élaborer des normes et des outils pour guider la planification et la mise en œuvre d'interventions visant à favoriser la prévention du cancer, le diagnostic précoce, le dépistage, le traitement, les soins palliatifs et les soins aux survivants, chez l'adulte comme chez l'enfant ;Renforcer les systèmes de santé aux niveaux national et local pour améliorer l'accès aux traitements contre le cancer ; Etablir un programme de prévention et de lutte contre le cancer dans le rapport 2020 de l'OMS sur le cancer ; Jouer un rôle directeur au niveau mondial et fournir une assistance technique pour aider les gouvernements et leurs partenaires à instaurer et pérenniser des programmes de qualité pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus, conformément à la Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus ; Améliorer la lutte contre le cancer du sein et réduire le taux de décès évitables dus au cancer du sein, en mettant l'accent sur la promotion de la santé, le diagnostic en temps utile et l'accès aux soins, et en accélérant ainsi la mise en œuvre coordonnée de la nouvelle initiative mondiale de l'OMS relative à la lutte contre le cancer du sein ; Aider les gouvernements à améliorer le taux de survie des enfants atteints de cancer au moyen d'une aide ciblée apportée aux pays, de réseaux régionaux et d'une action mondiale menée dans le contexte de l'Initiative mondiale de lutte contre le cancer de l'enfant de l'OMS, reposant sur l'approche CureAll ; Améliorer l'accès aux médicaments essentiels contre le cancer, en particulier dans le cadre de la Plateforme

mondiale pour l'accès aux médicaments contre le cancer de l'enfant ; et Fournir une assistance technique pour favoriser un transfert rapide et efficace des interventions fondées sur les meilleures pratiques dans les pays.[38]

Les divers traitements du cancer

Il existe plusieurs traitements pour le cancer, qui peuvent être utilisés seuls ou en combinaison en fonction du type de cancer, de son stade et d'autres facteurs. Parmi les principaux traitements figurent la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie, l'immunothérapie, la thérapie ciblée et les thérapies hormonales. Chacun de ces traitements vise à éliminer ou à réduire les cellules cancéreuses, et le choix dépend souvent d'une évaluation approfondie effectuée par l'équipe médicale spécialisée dans le cancer.

La thérapie cible

La thérapie ciblée est un type de traitement du cancer qui vise spécifiquement les anomalies présentes dans les cellules cancéreuses. Contrairement à la chimiothérapie, qui affecte également les cellules saines, la thérapie ciblée agit en ciblant des caractéristiques spécifiques des cellules cancéreuses, telles que des protéines ou des gènes spécifiques, tout en préservant les cellules normales autant que possible. Cela peut aider à réduire les effets secondaires et à améliorer l'efficacité du traitement. La thérapie ciblée peut être administrée sous forme de médicaments par voie orale ou intraveineuse.

La chirurgie et le traitement du cancer

La chirurgie est l'un des principaux piliers du traitement du cancer. Elle consiste à retirer chirurgicalement la tumeur cancéreuse et, dans certains cas, les tissus environnants affectés pour empêcher la propagation du cancer. La chirurgie peut être utilisée seule ou en combinaison avec d'autres traitements tels que la chimiothérapie, la radiothérapie ou l'immunothérapie. Elle peut également être réalisée à différentes étapes de la maladie, notamment pour le diagnostic, la prévention, le traitement curatif ou palliatif. Les progrès de la technologie chirurgicale, comme la chirurgie assistée par robot ou la chirurgie mini-invasive, ont permis des interventions plus précises et moins invasives, réduisant ainsi les complications et accélérant la récupération des patients.

Chimiothérapie

Selon l'OMS c'est le Traitement d'un cancer par des substances chimiques qui tuent ou affaiblissent les cellules cancéreuses.

[38]www.Organisation. Mondial de la santé, site officiel visité le 03/05/2024 à 16h 30.

Selon le l'institut national français de cancer

Traitement d'un cancer par des substances chimiques qui tuent ou affaiblissent les cellules cancéreuses. Une chimiothérapie est un traitement général qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps. Il existe de nombreux médicaments de chimiothérapie, souvent associés entre eux pour augmenter l'efficacité du traitement. Ils peuvent être administrés par perfusion, piqûre ou sous forme de comprimés. Les médicaments de chimiothérapie touchent les cellules cancéreuses, mais aussi les cellules saines qui se divisent rapidement, ce qui peut provoquer des effets secondaires : nausées, vomissements, perte des cheveux, fatigue… Ces effets, variables selon les médicaments et la réaction de la personne, sont temporaires mais souvent difficiles à supporter.

La thérapie ciblée et le cancer

La thérapie ciblée est un type de traitement du cancer qui vise spécifiquement les anomalies présentes dans les cellules cancéreuses. Contrairement à la chimiothérapie, qui affecte également les cellules saines, la thérapie ciblée agit en ciblant des caractéristiques spécifiques des cellules cancéreuses, telles que des protéines ou des gènes spécifiques, tout en préservant les cellules normales autant que possible. Cela peut aider à réduire les effets secondaires et à améliorer l'efficacité du traitement. La thérapie ciblée peut être administrée sous forme de médicaments par voie orale ou intraveineuse.

L'hormonothérapie

Selon l'OMS est un traitement endocrinien par exemple <<tamoxifène>> Molécule anti-œstrogène utilisée dans le traitement de cancers hormono-dépendants, en particulier certains cancers du sein qui devrait faire effet sur un cancer [39]

Selon l'institut national français de cancer L'hormonothérapie est un traitement qui consiste à empêcher l'action stimulante des hormones féminines sur les [40]

La radiothérapie

La radiothérapie consiste à utiliser des doses de rayonnements ionisants avec précision pour endommager l'ADN des cellules cancéreuses, Les rayonnements réduisent la tumeur et dans certains cas l'éliminent.

[39] Www. Organisation mondiale de la sante site officiel, visité le 04/06/2024 à 15h00.
[40] www.L'institut national français de cancer site officiel, visité le 10/06/2024 à 09h30.

Soins palliatifs

Les soins palliatifs ne visent pas à guérir le cancer, mais à atténuer les symptômes et les souffrances qui en résultent, ainsi qu'à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches. Les soins palliatifs peuvent aider les personnes à vivre plus confortablement. Ils sont particulièrement importants dans les lieux comptant une proportion élevée de patients atteints d'un cancer à un stade avancé, pour lesquels les chances de guérison sont minces.

Les soins palliatifs peuvent contribuer à atténuer les problèmes physiques, psychosociaux et spirituels chez plus de 90 % des patients atteints d'un cancer à un stade avancé.

Pour dispenser des soins palliatifs aux patients et soulager leur douleur ainsi que celle de leurs proches, il est essentiel de mettre en œuvre des stratégies de santé publique efficaces, prévoyant une prise en charge au niveau communautaire et à domicile.

Il est fortement recommandé d'améliorer l'accès à la morphine administrée par voie orale pour soulager les douleurs modérées et aigues causées par le cancer, dont souffrent plus de 80 % des patients en phase terminale.

La psycho-oncologie :

Les prises en charge des affections cancéreuses ont progressé depuis ces dernières années grâce à la recherche fondamentale, aux technologies diagnostiques ainsi qu'aux développements de nouveaux traitements. Cette évolution a eu pour effet d'élargir le champ des interventions des professionnels de la santé en oncologie, en proposant aux patients ainsi qu'à leur famille des soins support ifs. La psycho-oncologie intègre la dimension psycho-sociale aux soins dispensés en cancérologie à chaque temps de la prise en charge ; elle est à l'interface de l'oncologie, de la psychiatrie et de la psychologie.[41]

La récidive de la maladie

La récidive de la maladie, également appelée récurrence, se produit lorsqu'une maladie revient après une période de rémission ou de guérison apparente. Dans le contexte médical, cela se réfère souvent à la rechute d'une maladie, dans le cas du cancer dans le service d'oncologie de l'EPH Amizour après un traitement réussi la plupart des malade qui se sont guéris il Ya des années sont de retour à l'hôpital à cause de la récidive de la maladies Les facteurs de risque de récidive varient selon la maladie, mais ils peuvent inclure des facteurs génétiques, des comportements de santé, des caractéristiques

[41]Sophie Lantheaume, Dans La psycho-oncologie, édition non citée, France, 2017, p 11 – 26.

individuelles du patient et des aspects liés au traitement initial. La récidive nécessite souvent une réévaluation du traitement et une approche adaptée en fonction de la situation spécifique du patient.

Chapitre III
La communication dans les soins

La communication dans les soins

Préambule

La communication, c'est l'action de communiquer, de transmettre, d'informer. Cette fonction désigne l'étude générale du langage sous trois aspects :
l'expression (celui qui utilise ce type de communication cherche à communiquer une intention, une émotion, un état de conscience).[42]
la représentation (donne des informations sur les événements, retransmet un savoir) ;
l'action sur autrui (cherche à convaincre, à séduire, à influencer autrui, transmet des ordres, intime des interdictions).
La communication déborde l'expression verbale et utilise de nombreux signaux mimiques ou gestuels, des techniques nouvelles et de nouveaux supports (informatique, téléphone mobile, numérique...).
La communication permet l'échange d'informations entre les personnes (échange interpersonnel) mais aussi à travers notre société par le biais des acteurs de la communication. Ainsi, l'entreprise dispose de moyens et de techniques lui permettant de véhiculer ces informations. Elle adopte des stratégies de communication afin de pouvoir se développer.
Les acteurs de la communication sont définis comme étant :
soit l'émetteur,
soit le récepteur .

La tradition médicale française, en particulier, a beaucoup insisté sur le traumatisme que représente pour la personne humaine l'entrée dans une maladie grave perçue comme telle. Est demeurée célèbre la conférence prononcée par Louis Portes en 1950. Cet éminent professeur, président du Conseil de l'Ordre national des médecins, insistait, abusivement, sur les phénomènes de régression qu'on peut constater chez certains malades, et en tirait argument, avec beaucoup d'emphase, pour revendiquer une confiance aveugle du malade envers son médecin. On peut difficilement trouver une illustration plus criante d'un esprit « paternaliste ». Mais cela n'empêche pas les psychologues, aujourd'hui, de parler longuement de l'angoisse suscitée par l'entrée en maladie et des mécanismes de défense contre cette angoisse, réactions psychiques qui peuvent produire une sidération des capacités de compréhension et de jugement, et un déni de la réalité. Et même, lorsque cette phase est dépassée et que le malade a pleinement reconnu la gravité de sa situation, demeure ce va-et-vient entre la phase de découragement et celle où le patient veut se battre contre la maladie, cette fluctuation de la volonté qui fait que le malade a besoin de

[42] Bruno Joly, Dans La communication, édition non citée, lieu non citée, 2009, p 7 – 10.

pouvoir prendre appui sur la présence et la parole d'autrui, et d'abord de celui qui tient la place si spéciale de thérapeute.[43]

La communication comme élément déterminant de la relation

Communiquer c'est « l'ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue l'opération de mise en relation d'une (ou plusieurs) personnes.[44]

Cette définition met en avant l'aspect dynamique de ce processus. Communiquer c'est aussi « aller à la rencontre de l'autre, le découvrir, mais aussi tenter de le comprendre.

La qualité de cet échange dépendra donc également de la volonté de communication des personnes concernées. Quand la communication est « bonne », un dialogue peut alors s'instaurer et permet à chacun de s'exprimer, et de « cheminer ensemble » ; c'est-à-dire de réfléchir avec l'autre. Cela favorise l'écoute mutuelle et la mise en place de solutions mutuellement satisfaisantes, et tout ce processus créé « un cercle vertueux de confiance dont chaque partenaire sort renforcé et grandi.

La communication est donc un processus complexe avec une part subjective et un risque éventuel de « malentendu ». Bien que cet exercice ne soit pas facile, il est un outil majeur pour le soignant, car la communication est présente dans toute interaction humaine, et donc dans toute relation de soins[45].

La communication entre le personnel et le patient

La communication dans les soins de santé est essentielle pour établir une relation de confiance entre les professionnels de la santé et les patients. Une communication efficace permet de partager des informations médicales de manière claire et compréhensible, de répondre aux questions et aux préoccupations des patients, et de collaborer sur les décisions relatives au traitement. Cela favorise également le bien-être émotionnel des patients et peut améliorer l'observance thérapeutique. Des compétences de communication empathiques et une écoute active sont essentielles pour assurer des soins de qualité.

[43]Verspieren Patrick, Malade et médecin, partenaires, dans études, édition non citée, lieu non citée2005,(Tome 402), p 27 – 38.
[44] Bioy Antoine, Bourgeois Françoise et Nègre Isabelle, Communication soignant-soigné, Repères et pratiques, , édition non citée, Paris2009, p 53.
[45]Anzieu Didier et Yves Martin Jacques, La dynamique des groupes restreints, édition P.U.F, Paris, 1968, p 11 – 24.

Médecin – malade échange verbal et thérapeutique

La relation médecin-malade est un rapport unique entre une personne affaiblie par la maladie et un professionnel de la santé avec des compétences reconnues. Cette relation impose que chacun des deux individus soient réunis par un entretien. Alors que le malade attend de son médecin guérison, réassurance, sécurité et affection, ce dernier par contre porte la lourde responsabilité de bien diagnostiquer la maladie tout en acceptant les risques encourus. Entre Eux, s'établit donc un échange qui doit passer d'abord par l'entretien et ensuite par les soins, L'écoute, la confiance et l'incertitude vis-à-vis des résultats attendus. Cet échange verbal et Thérapeutique leur permet donc d'aboutir à une relation solide et nécessaire et de mener à bien le combat contre la maladie. Seulement, ce combat souvent mené avec beaucoup d'émotion Peut aussi être lourd de conséquences. Il faut noter à ce titre que la relation médecin-malade est déterminée par plusieurs facteurs, notamment la personnalité du médecin et du malade, la disponibilité du médecin, son histoire propre, son appartenance sociale, sa sensibilité face à la souffrance du malade, son degré de religiosité, sa formation et sa conscience professionnelle. De plus, les désirs du médecin de mieux comprendre, savoir plus et soulager ainsi que sa neutralité affective et morale sont aussi susceptibles d'infléchir le cours de la relation thérapeutique.

De ce fait, la relation médecin-malade de qualité, qui sous-entend la capacité de se mettre dans la peau du malade et de comprendre sa souffrance tout en gardant son objectivité, mène littéralement à une bonne relation thérapeutique. Ainsi, et au vu de l'importance primordiale du côté relationnel dans le traitement Thérapeutique, beaucoup de médecins et chercheurs se sont rapprochés du champ théorique des Sociologues non pas uniquement par des études approfondies des maladies mais aussi, de l'impact de la relation médecin-malade sur la vie thérapeutique et psychique du patient Hospitalisé.

L'annonce de la pathologie cancéreuse est un traumatisme.

C'est un désastre qui entraine Un bouleversement identitaire d'abord, corporel ensuite. Dans la majorité des cas, le mot « cancer » quand il est posé fait basculer le patient un autre monde, il est projeté Littéralement comme hors de sa vie. Le cancer est souvent une maladie silencieuse, la Personne ne se sent pas malade. Ce sont les médecins qui « rendent » malade par les mots Qu'ils mettent sur des images ou des analyses. Le plus souvent ce sont les traitements qui Apportent généralement des effets secondaires induisant un vécu désagréable voir douloureux et Invalidant.

La pathologie cancéreuse induit une rupture et génère souvent de l'insécurité : insécurité sur L'avenir avec la mort qui plane, insécurité dans les relations familiales qui s'en trouvent Déstabilisées, insécurité affective renforcée parfois par un sentiment de honte, de culpabilité et D'impuissance. La culpabilité peut venir de la souffrance infligée aux proches, ou de L'impuissance à faire face aux activités du quotidien. La honte peut venir du reflet dans le Miroir quand le corps lâche, ou de l'image que la personne malade pense renvoyer aux autres, l'objet n'est pas ici de décrire précisément cette maladie, mais d'essayer de mieux cerner le Ressenti du patient pour comprendre comment il pourra aborder la relation avec le soignant.

Il est important de mentionner à ce niveau que toute annonce d'une maladie grave Implique pour le malade, l'actualisation de deux maladies. D'un côté, une maladie organique (cancer, sida, handicap, état psychiatrique…) et d'un autre côté, une maladie anxieuse qui Peut générer une grande détresse qui complique la prise en charge thérapeutique. Dans ce Contexte, Jean Hamburger parle d'une rencontre unique entre deux solitudes :« C'est la rencontre de deux solitudes : Solitude du malade ; écarté par son mal de la Vie qu'il aimait, isolé du monde des autres par son angoisse cachée. Solitude du médecin, qui Sait qu'il devra porter, seul, le poids d'une responsabilité incessante jusqu'au bout du Chemin »

Dans cette solitude, Grégoire Moutel explique, médecin et malade s'apprivoisent :« Il (le médecin) lui faut pénétrer l'univers personnel de l'homme qui s'est confié à lui, sa peur ou son mépris de la souffrance et de la mort, sa résignation ou son impatience, sa faiblesse ou sa force d'âme, son acceptation ou son refus des risques. De son côté, le malade fait au médecin le don bouleversant de sa confiance, il tente à son tour de pénétrer les secrets à qui il a confié le soin de sa vie » [46]

[46]Moutel Grégoire, Le consentement dans les pratiques de soins et de recherche en médecine, édition l'harmattan, Paris 2005.p 1.

Chapitre IV

La relation soignant-soigné dans le service d'oncologie

La relation soignant-soigné dans le service d'oncologie

La relation :

Afin de mieux comprendre l'importance de l'aspect relationnel dans le soin, j'ai Voulu, tout d'abord, définir le concept de relation :

La relation constitue une activité ou une situation dans Laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement les unes sur les autres. C'est un lien de dépendance ou d'influence réciproque. Elle Est-ce qui, dans l'activité d'un être vivant et conscient, implique une interdépendance, une interaction avec le milieu. Il y a donc la notion que les personnes entrant en relation peuvent agir Mutuellement l'une sur l'autre. Il y est également question d'interdépendance entre chaque acteurs de la relation et d'une certaine distance relationnel selon le type de relation entretenu, .au vu de cette définition, j'ai pu déceler qu'il ne peut y avoir de relation sans Communication verbale et/ou non-verbale, je traiterai donc de la communication dans ma première partie, puis, dans un second temps, je m'intéresserai aux différents mécanismes de défense pouvant apparaître lors de la relation soignant/soigné avec la personne cancéreux .

D'après **A. Manoukian** : « Une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires ». « Au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens. » [47]

Définitions et étymologie

En médecine, la vie de l'homme se compose de deux vies : la vie organique et la vie en relation. La sociologie et la psychologie définissent la vie de relation comme un mode de vie tourné vers l'extérieur.

Le Soignant (personnel médical et paramédical)

Etymologiquement, le mot " soignant" qui rejoint le mot " soigner" vient du latin " soniare" qui signifie : s'occuper de. Soigner -c'est " s'occuper du bienêtre et du contentement de quelqu'un " et " s'occuper de rétablir la santé (ROBERT), -c'est " consacrer son activité, son dévouement à la guérison de quelqu'un" et " s'occuper avec sollicitude de quelqu'un " (LAROUSSE). Le

[47]Manoukian Alexandere,La relation soignant soigné, édition non cité, France, 2008, p.9-10

soignant effectue des soins définis comme étant "un ensemble de moyens hygiéniques, diététiques et thérapeutiques mis en œuvre pour conserver et rétablir la santé ". Un soignant est donc une personne qui s'occupe à la fois de rétablir la santé et d'apporter du bien être à une autre personne avec toute l'humanité possible. Être soignant, c'est prendre soin d'autrui. L'infirmier, l'aide-soignant, le médecin, le kinésithérapeute sont considérés comme des soignants.

Définition de Walter Hesbeen :

« Le terme de soignant regroupe l'ensemble des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire, qui ont tous pour mission fondamentale de prendre soin des personnes, et ce quelle que soit la spécificité de leur métier. »[48]

C'est « un professionnel dont l'action est marquée par l'intention de prendre soin des personnes et pas seulement de faire des soins ».[49]

Le Soigné autrement dit « patient »

Le terme "patient" vient du latin " patient " qui signifie " souffrir", "supporter". "Un patient" est une personne qui fait l'objet d'un traitement médical ou chirurgical (LAROUSSE). C'est une personne en perte de santé qui se trouve par son état dans une situation de dépendance. L'univers personnel de l'être malade est un monde où la fatigue, la douleur, la souffrance et souvent l'anxiété prennent toute la place. L'hospitalisation tend à infantiliser le malade en oubliant qu'il est avant tout une personne au même titre que le soignant.

La relation d'aide:

Elle permet d'apporter réconfort au patient de l'accompagne durant le processus de traitement. Elle passe par une écoute attentive de la part du soignant et par une attitude empathique c'est à dire compréhensive et sans jugement. Elle ne peut débuter sans la relation de confiance qui permet au patient d'exprimer ses affects (craintes, difficultés, émotions…). Cette relation fait partie du rôle propre de l'infirmier.

Généralités sur l'accompagnement

L'accompagnement peut revêtir différentes formes et s'appliquer à divers domaines, tels que l'éducation, la santé, le travail social et le développement personnel. En général, il désigne le processus par lequel une personne ou un groupe offre un soutien, une guidance ou une présence empathique à une autre

[48]Hesbeen Walter, Humanisme soignant et soins infirmiers, édition Elsevier Heath sciences, 2017, p 65.
[49]Lantheaume Sophie, Op cit, p 68.

personne traversant une période de transition, de changement ou de difficulté. L'objectif principal de l'accompagnement est d'offrir un espace sécurisé où la personne accompagnée peut explorer ses besoins, ses défis et ses aspirations, tout en recevant un soutien adapté à ses besoins spécifiques.

L'accompagnement dans le domaine de la santé

Dans le domaine de la santé, l'accompagnement revêt une importance capitale. Il peut prendre diverses formes, telles que le soutien émotionnel, la guidance dans le processus de prise de décision médicale, l'éducation thérapeutique, et l'assistance pratique dans la gestion des soins et du traitement. Les professionnels de la santé, tels que les infirmières, les médecins, les psychologues et les travailleurs sociaux, jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des patients tout au long de leur parcours de soins. L'objectif est de fournir un soutien holistique qui prend en compte les besoins physiques, émotionnels et psychosociaux du patient, afin de favoriser son bien-être global et son autonomie dans la gestion de sa santé.

L'accompagnement est le soutient et guide une autre personne à travers un certain parcours ou processus. Dans le contexte de la santé, l'accompagnement peut inclure le soutien émotionnel, la fourniture d'informations, l'aide à la prise de décision et la coordination des soins. Il vise à soutenir le bien-être global et la qualité de vie de la personne accompagnée.

L'accompagnement du patient atteint de cancer et de sa famille ne peut évoluer que par une approche holistique en termes de projets, dans l'idée d'une mobilisation commune au-delà des disciplines de chacun. Le travail en équipe (inter/intra hospitalier) suppose des réajustements permanents, la nécessité de prendre conscience de ses limites, de ses faiblesses, d'afficher une attitude volontairement modeste, de rester humble face à ces autres êtres humains en pleine expérience de vulnérabilité[50]

L'accompagnement des patients atteints de cancer et leurs soins ont progressé depuis ces dernières années avec notamment le développement de nouvelles thérapeutiques ayant pour conséquences l'accroissement de la survie moyenne et l'évolution des pronostics. Le cancer est ainsi devenu une maladie chronique. De nouveaux champs d'interventions des professionnels de santé ont émergé : patients et familles ont aujourd'hui la possibilité d'avoir recours à des soins oncologiques de support qui souhaitent réduire les symptômes en lien avec

[50]Lantheaume Sophie, Buire Guillaume Dans Les soins oncologiques de support : prévenir, accompagner, promouvoir 2022, p 199 -200.

la maladie, atténuer les effets secondaires des traitements et assurer la meilleure qualité de vie possible aux personnes malades et proches, et ce quels que soit leurs lieux de soin[51]

Le Soigné autrement dit patient

Le terme "patient" vient du latin " patient " qui signifie " souffrir", "supporter". "Un patient" est une personne qui fait l'objet d'un traitement médical ou chirurgical (LAROUSSE). C'est une personne en perte de santé qui se trouve par son état dans une situation de dépendance. L'univers personnel de l'être malade est un monde où la fatigue, la douleur, la souffrance et souvent l'anxiété prennent toute la place. L'hospitalisation tend à infantiliser le malade en oubliant qu'il est avant tout une personne au même titre que le soignant[52].

Les études antérieures

Première étude intitulé : l'annonce du diagnostic de cancer de cancer et le ressenti des malades [53]

Objectifs

C'est dans ce cadre que l'Institut national du cancer a lancé en 2011, en lien avec la Ligue nationale contre le cancer et la Direction générale de l'offre de soins, une étude d'impact en termes de ressenti pour les personnes malades ayant bénéficié du dispositif dans des établissements de santé sélectionnés, et d'évaluation de la faisabilité d'un renouvellement annuel de l'enquête.

Principes méthodologiques

Le recueil a été effectué auprès de 53 établissements de santé sélectionnés par tirage au sort et ayant accepté de participer à l'étude, où 908 personnes malades (dont 60 % étaient des femmes et 60 % avaient moins de 65 ans) ont été interrogées par téléphone entre 4 et 7 semaines après leur consultation d'annonce du diagnostic. Le questionnaire portait sur le dispositif d'accompagnement mis en place autour de l'annonce dans ses différentes composantes (structuration de l'annonce, instauration d'un climat de confiance, proposition et formalisation d'une prise en charge personnalisée, coordination

[51] Ibid., p199-200
[52] Dictionnaire Larousse, édition Larousse, 1997.
[53] Dr POURCEL Graziella, Dr JEAN Bouquet Philippe, Etude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti desmalades, (thèse de doctorat en médecine)2011, INCa- mai 2012, p 05.

avec le médecin traitant et continuité de la prise en charge) et le ressenti des malades vis-à-vis du dispositif et par rapport à leurs attentes**.**

Résultats

Les personnes malades interrogées ont exprimé dans l'ensemble une satisfaction importante face au climat de confiance instauré par les soignants autour de l'annonce, ainsi qu'un ressenti favorable de l'aide et du soutien apportés par ces soignants. Ils ont également exprimé leur satisfaction par rapport à l'information apportée, tant par le médecin que lors du temps d'accompagnement soignant, sur la maladie et les traitements proposés. Ces résultats doivent cependant être nuancés au vu du ressenti de certaines catégories de personnes malades, notamment les personnes malades actives CSP+, les femmes et des malades franciliens, plus critiques vis-à-vis du climat de l'annonce, de la qualité de l'information délivrée et de l'échange avec le médecin à propos de leur traitement ou encore de la qualité de l'évaluation de leur situation sociale. De plus, certaines étapes du dispositif, temps d'accompagnement soignant, remise du PPS, ne semblent pas avoir été clairement identifiées par toutes les personnes malades, notamment les plus âgées. Ces résultats interrogent sur la visibilité du dispositif d'annonce pour le patient et engagent à une réflexion sur une information compréhensible par tous types de public et facilement accessible sur le contenu des dispositifs d'accompagnement des personnes malades atteintes de cancer. L'enquête a montré, par ailleurs, une forte contribution au ressenti favorable des personnes malades des aspects organisationnels du dispositif, qu'il s'agisse de l'accès au temps d'accompagnement soignant, de la remise du PPS ou de la réalisation d'une évaluation sociale. Ces résultats contrastent avec une mise en œuvre souvent incomplète du dispositif dans les établissements enquêtés, également retrouvée dans le cadre du suivi national de la montée en charge du dispositif. Ils témoignent d'une interprétation et d'un déploiement très variables d'un établissement à l'autre d'un dispositif qui a plus de 6 ans et est désormais constitutif des autorisations de traitement du cancer. Des différences de pratique dans la mise en œuvre du dispositif ont également été mises en évidence selon la catégorie d'établissement. Enfin, des questionnements persistent sur l'articulation hôpital-ville et notamment sur l'information transmise au médecin traitant et le recours proposé pour assurer le suivi au domicile de ses malades.

La méthode adoptée :

Méthode Quantitative

La technique : le questionnaire

2eme étude intitulé :

La qualité d'écoute des médecins généralistes : étude qualitative de l'opinion des patients dans le département du Cher.[54]

Faculté de médecine de tours à saint, Université de François RABELAIS France

Introduction : L'écoute est le fondement de la relation entre deux personnes, a fortiori de la relation médecin-patient. Indispensable au diagnostic, elle semble, pour les professionnels et en particulier les médecins généralistes, indissociable de leur profession et peut leur paraître innée. Du point de vue des patients, il semble que les médecins aient des progrès à faire afin d'acquérir une bonne qualité d'écoute. Cette étude tente d'en déterminer les composantes.

Méthode

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-structurés a été réalisée à partir de patients demeurant dans le département du Cher. Une retranscription verbatim des entretiens puis une analyse thématique s'en est suivie.

Résultats

Onze catégories de déterminants d'une bonne ou d'une mauvaise qualité d'écoute ont été identifiés, ayant trait : à la notion de temps, à la gravité du problème, au questionnement, à l'attitude verbale et non verbale du médecin, à sa personnalité, à son professionnalisme, à son état de santé, à son statut (médecin installé ou remplaçant), à la longévité de la relation médecin patient et enfin à l'utilisation de certaines techniques de communication. A cela

[54]COLOMBIER LUC, La qualité d'écoute des médecins généralistes de l'opinion des patients,(thèse de doctorat en médecine) département du Chirurgie, faculté de médecine, université de François RABELAIS, 2016/2017, p 8

s'ajoutaient l'impression d'avoir tout dit et celle de n'avoir pas été interrompu comme éléments associés à une bonne qualité d'écoute. Conclusions : Les déterminants repérés par cette étude permettent de définir 43 conseils pour améliorer sa qualité d'écoute, utiles à tout médecin clinicien, et en particulier au médecin généraliste. A partir de ceux-ci pourrait émerger une formation des étudiants et internes en médecine à l'écoute afin de leur donner les clés utiles à un meilleur exercice de leur profession.

La troisième étude

Titre intitulé

Relation soignant-soigné et prise en charge des patients originaire d'Afrique

Subsaharienne vivant avec le VIH ou le VHB.[55]

Cette étude a été élaborée par Dolorès POURETTE et le groupe parcours en Mars

2012, ils ont étudies la relation entre soignant et soigné qui ont atteint de maladie de VIH ou

POURETTE Dolorès et le Groupe de Parcours : relation soignant-soigné et prise en charge des patients originaire d'Afrique Subsaharienne vivant avec le VIH ou le VHB en France.

La problématique de cette étude

Ce centre sur la question suivante : quel est

L'objectifs de la relation entre soignant-soigné ?

En effet, cette étude cherche à démontrée la relation entre les soignants et les malades atteint de VIH ou le VHB. Et aussi, démontré le rôle des soignants dans la prise en charge médicale de ses patients. Aussi, leurs rôles dans la prise en charge psychologique et économiques qui consiste en particulier, à

[55]DOLORES Pourette et le Groupe de Parcours : relation soignant-soigné et prise en charge des patients originaire d'Afrique Subsaharienne vivant avec le VIH ou le VHB en France, édition Parcours, Université Paris Descartes, p 1.

comprendre leurs états psychologiques et de lui Donner des traitements pour diminuer les douleurs et les aider dans leurs difficultés Socioéconomiques.

Méthode et échantillon

La méthode utilisée dans cette étude est la méthode qualitative, et la technique d'entretient semi-directif, exploré auprès de 40patients Africains vivant avec le VIH, 33patients Africains vivant avec le VHB et 26 soignants ont été réalisés dans quatre services hospitaliers en Ile- de- France. L'objectif principal de cette étude consiste à recueillir le maximum d'information pour rendre le thème fiable, et comprendre en particulier le processus de soins des personnes atteintes des maladies chroniques aigus, la nature des relations qui existe dans le secteur de soin, c'est-à-dire, entre le secteurs médicale et les malades, ainsi que les différents forme de prise en charge.

Résultats

D'après l'entretien obtenus de cette enquête, l'étude montre qu'il ya plusieurs modèle de relation soignant et soignée, selon les manières el les comportements de ces deux parties.

C'est-à-dire : le soignant comportent avec le patient comme médecin et le patient comportent comme malade dans le but de se faire soigner. Aussi, les résultats de l'étude ainsi que les témoignages des soignants démontrent que : les patients reçoivent tous les soins nécessaires, les informations sur leurs état de santé, de soutien social, administratif et psychologique. Parfois, l'attente des patients dépasse les limites des médecins. Ils ne bénéficient pas de cette prise en charge globale. Par contre, des services VHB reçoivent uniquement des soins avec un seul médecin. En outre, la majorités des patients atteints de VIH expriment un manque de connaissance sur leurs maladies, manque de traitements, les modes de transmission et la prévention sont limité et le nombre de leurs questions restent sans réponse (la guérison, durée de traitement). Ils sont isolés et pas reconnu.

Chapitre V

Présentation de l'organisme d'accueil

Analyse et Interprétation des données

1- Présentation du lieu d'enquête

Suite à des informations fournis par l'établissement de l'E.P.H, cette section donne un aperçu général sur ce1 t établissement où on va essayer de présenter leur site géographique, historique, sa mission et sa capacité en moyens humains et matérielles.

a-Historiquement

Pour parachever la création du secteur sanitaire d'Amizour qui remonte à l'année 19851, un hôpital de capacité de 200 lits a été construit fin de l'année 1991. Cette réalisation a comme objectif d'assurer la couverture sanitaire au niveau de la Daïra d'Amizour. En hommage au Chahid BENNMERAD EL-MEKKI, originaire de la région d'Amizour, l'hôpital d'Amizour est baptisé par son nom en date du 22 aout 1993 Faisant suite aux reformes engagée à la fin de l'année 2002, où le ministère de la santé public est devenu Ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH), une nouvelle carte sanitaire a été promulguée en légiférant par le décret exécutif n° 07-140 du 19 Mai 2007 Pourtant la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements public de santé de proximité (E.P.H et E .P.S.P). Cette réforme, incarnée par la création de ces établissements, vise à procurer une réponse adaptée aux besoins de la population en matière d'une prise en charge médicale adéquate qui ne cesse d'augmenter en exigence de qualité. Suite à cette réforme, l'hôpital général du secteur sanitaire d'Amizour devient l'EPH d'Amizour. Le secteur sanitaire assure la couverture de trois Daïras : (Amizour, El-Kseur et Barbacha), qui regroupe en tout 8 communes réparties comme suit : Commune d'Amizour, Commune de Feraoun, Commune de Samaoune, Commune de Beni-Djellil, Commune d'El-Kseur, Commune de Fenaia, Commune de Barbacha, Commune de Kendira.
Implanté à 24 km au sud du chef-lieu de la wilaya de Bejaia, la population couverte s'élève à environ 200.000 habitants.

b-La mission de l'E.P.H d'Amizour

L'hôpital d'Amizour est constitué d'une structure de diagnostic, de soins, hospitalisation et de réadaptations médicales. Ce dernier apourmission la prise en charge de manière intégrée et hiérarchisée les besoins sanitaire de la population. Dans ce cadre, l'E.P.H. BENMERAD El Mekki est chargé d'assurer l'organisation et la programmation des soins curatifs et diagnostics, la prise en charge des malades durant leur hospitalisation .Enfin, l'hôpital peut servir de

terrain de formation médicale et paramédical, comme il contribue au perfectionnement et au recyclage des personnels de ses services.

c- Les moyens humains et les services disponibles

On va présenter les ressources humaines dont dispose l'hôpital et les différents services existent au sein de l'E.P.H.

L'hôpital est composé d'un plateau technique et des services d'hospitalisation :

- Un bloc Opératoire (06 salles opératoires).
- Deux salles de Radiologie, une salle de scanner, une salle d'échographie et une salle de fibroscopie.
- Un Laboratoire d'analyse Médicale.
- Une Pharmacie Centrale.
- Une banque de Sang.
- Un Bureau des entrées

Selon l'arrêté ministériel N°2741du 26 janvier 2008 portant création des services et de leurs unités constitutives au sein de l'établissement public hospitalier Amizour.

Tableau N°01 : les services d'hospitalisation de l'hôpital

Service	Nombre de lits techniques	Nombre de lits organises	Unité
Chirurgie Générale	60	60	01-Hospitalisation Hommes 02- hospitalisation femmes
Epidémiologie	/	/	01-informations sanitaires 02-Hygiéne hospitalier
Gynécologie Obstétrique	30	30	01-Gynécologie 02-Obstétrique
Radiologie Centrale	/	/	01-Radilogie 02-Ecographie
Laboratoire centrale	/	/	01-Microbiologie 02-Biochimie
Médecine de travail	/	/	01-surveillance médicale des personnels de santé. 02-Examens périodique de santé au travail
Médecine interne	56	56	01-Hospitalisation Hommes 02- hospitalisation femmes
Oncologie Médicale	12	36	01-Hospitalisation 02-consultations
Pédiatrie	22	22	01-Pédiaterie 02-Néonatologie
Pharmacie	/	/	-Gestion des produits pharmaceutiques -Distribution des produits pharmaceutiques
Urgences Médico-chirurgicales	20	20	01-Accueil, Tris et mise en observation 02-Réanimation
Total	200	224	/

Il est à signaler que les premiers tableaux des caractéristiques socio-personnelles sont réservés au premier échantillon correspondant aux malades qu'on a entretenu pendant notre enquête de terrain.

2-Caractéristiques socioprofessionnels de la population d'étude

Tableau N° 02 : la répartition des enquêtés malades selon le sexe

Le sexe	**Fréquence**
Masculin	**04**
Féminin	**05**
Total	**09**

Comme le tableau l'indique, le nombre des enquêtés femmes est presque égale à celui des hommes même si notre échantillon est accidentel, on a essayé de prendre les deux sexes pour avoir des différentes visions.

Tableau N°03: répartition des enquêtés selon leurs catégorie d'âge

Catégorie d'âge	**Fréquence**
[30-40]	**01**
[41-50]	**07**
[51-60]	**00**
[61-70]	**00**
[71-80]	**01**
Total	**09**

Ce tableau indique les différents âges de nos enquêtés d'où un (01) interrogé âgé entre (30-40) ans, après vient la catégorie de (07) enquêtés âgés entre (40-50) ans, qui veut dire la majorité de notre échantillon d'étude sont d'un âge moyen, après la dernière catégorie entre (70-80) ans la tranche d'âge plus qui sont les plus âgés avec un (01) seul enquêté.

Tableau N°04 : la répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Fréquence
Mariées	**07**
Célibataires	**02**
Total	**09**

D'après le tableau ci-dessus, nous remarquons que sept (07) de nos enquêtés parmi l'ensemble de notre échantillon sont mariés, tandis que seulement deux (02) sont célibataires. Ajoutons que sur ces sept(7) mariés sont des femmes.

les mariées représentent la plus grande catégorie.

Tableau N °05 : La répartition des enquêtés selon le type de cancer

Type de la maladie	Fréquence
Cancer de sein	**04**
Cancer de rectum	**01**
Cancer colorectale	**02**
Cancer de prostate	**02**
Total	**09**

Le tableau ci-dessus indique les diverses maladies de nos enquêtés, nous remarquons que quatre (04) enquêtées femmes sont atteintes du cancer de sein, un (01) autre atteint de cancer de rectum, deux (02) colorectal, la dernière catégorie deux (02) atteints atteins du cancer de prostate. Ceci montre la diversité du type du cancer de la population touchée par notre enquête, et bien que cette diversité n'était pas notre choix au début, cela a été bénéfique pour notre étude.

Tableau N°06 : La profession des malades

Poste occupé	**Fréquence**
Agent administratif en France	**01**
Commerciale dans le comité français	**01**
Femme au foyer	**03**
Agent de sécurité	**01**
Titulaire à l'aéroport	**01**
Cadre au CEVITAL	**02**
Total	**09**

Notre échantillon est constitué d'un (01) agent administratif, un autre enquêté commerciale dans le comité français, et (03) femmes au foyer, un agent de sécurité, un titulaire à l'aéroport, et deux (02) cadres au niveau de CEVITAL. Donc on remarque des diverses fonctionnalités.

Analyse des thèmes

1ère hypothèse

La nature des soins fournis par les soignants aux patients laisse naître des rapports étroits entre le service médical et le malade durant la prise en charge.

Tableau N°07 : la satisfaction des malades vis-à-vis de la prise en charge fournies par le personnel.

Code	Catégorie de réponses	Contenu	Fréquence
01	**La bonne prise en charge médicale**	-les médecins évaluent l'état de santé du patient en effectuant des examens médicaux et en posant des questions sur les symptômes.	**02**
		-Le diagnostic fait par les médecinsévalue la maladie, c'est-à-dire qu'ils identifient la maladie ou la condition médicale dont il souffre le patient.	**02**
		-les médecins proposent un plan de traitement adapté à la condition du patient, des médicaments, des thérapies, ou d'autres interventions nécessaires.	**02**
		-les médecins assurent un suivi régulier pour ajuster le traitement au besoin et vérifier l'état de santé.	**03**
Total			**09**

Ce tableau est spécifique à l'équipe médicale qui assure cette prise en charge . Nous voulons dire par la prise en charge le fait de suivre et de soigner un patient atteint de cancer.

Nous avons constaté à travers ce tableau que l'ensemble des interviewés trouvent que ce service offre une bonne prise en charge médicale. La plupart d'entre eux affirment que « **la prise en charge sur notre maladie ne cause pas problème par ce que le staff médical de ce service offre tous les besoins, les**

médicaments, le suivi, et le traitement toujours sont disponible pour vérifier notre état de santé ». Un autre rajoute « **….Mes rendez-vous sont à l'heure et je reçois un traitement approprié, et les interventions nécessaires dans les bonnes conditions hamdoullah ».**

- Ce tableau numéro 7concernant le degré de satisfaction des malades vis-à-vis de leur prise en charge par le personnel semble être haut, puisque tous expriment cette satisfaction par la bonne prise en charge médicale.

Tableau N° 08 : le déroulement des séances de soins avec les personnels

Code	Catégories de réponses	Contenu	F
01	Préparation du malade.	-le personnel nous prépare et nous dirigent vers les chambres de traitement, ils parlent avec nous, ils donnent de la force, et le courage pour le bonne déroulement.	**04**
02	Installation du malade.	-l'équipe médicale veillent à ce qu'on soit à l'aise et prêt pour la chimiothérapie.	**01**
03	Surveillance du malade.	-Pendant toute la durée de la chimio les professionnels de la santé nous surveillent attentivement, et veiller notre état de santé pour détecter toute réaction indésirable ou tout signe de complication.	**04**
Total			**09**

Ce tableau montre d'une manière générale le déroulement des soins, d''après les enquêtés, nous avons compris que les séances de chimiothérapie déroulent dans les bonnes normes.

La première catégorie de réponses nous parle sur la préparation, dont quatre (04) enquêtés affirment **«le personnel médical nous prépare et nous dirige vers les chambres où se déroule les séances de chimiothérapies »**. Une autre ajoute « avant de commencer, les médecins nous parlent et ils nous offrent le courage et nous montrent leur soutien pour **le bon déroulement de notre prise en charge ».**

La deuxième catégorie de réponse un (01) enquêté trouve que le personnel veille à ce que les malades soient à l'aise, confirmé par l'une des réponses « **les infirmiers veillent au bon déroulement des séances de chimiothérapie, vérifient souvent notre état de santé, s'il n'y a pas des complications et ils n'épargnent aucun effort pour intervenir ».**

La troisième catégorie soit quatre (04) enquêtés sont d'accord que « **pendant toute la durée de chimio, le personnel surveille attentivement notre état pour détecter toute réaction indésirable, ou gérer notre stress due à la douleur ».**

- Concernant le déroulement des soins (séances de chimiothérapie),bien que toutes les catégories de réponses vont dans le même sens, confirmant confirment le bon déroulement des séances de chimio et radiothérapie, et la régularité des consultations. Mais ce diffèrent dans l'importance donnée aux différentes phases du traitement. Certains 4/9 nous parlent de la préparation du malade avant la séance de soins de la part du personnel soignant, d'autres insistent sur la phase de surveillance soit 4/9 aussi . Un seulement se préoccupe du déroulement de la chimiothérapie, cela peut s'interpréter par les différents angoisses ou appréhensions de chaque malade avant ou au moment et durant la séance.

Tableau N°09 : l'information du malade sur les médicaments et leurs effets selon les enquêtés

Code	Catégories de réponses	Fréquence
01	-Le patient souhaite en savoir plus sur les médicaments spécifiques qu'il prend actuellement.	**02**
02	-Comprendre les effets secondaires potentiels de ces médicaments.	**04**
03	-Le patient s'appuie principalement sur les informations fournies par son médecin.	**03**
Total		**09**

_

Suite aux réponses obtenues auprès des enquêtés atteins du cancers , nous avons compris qu'ils le ont toujours besoin d'information sur leurs médicaments et leurs effets indésirables.

Dans la première catégorie les (02) premiers déclarent que les malades doivent savoir d'avantage sur les médicaments qu'ils prennent pour gérer leurs maladies. D'après eux sa leur permet de mieux comprendre leur état de santé, pour éviter les conséquences indésirables. Déclare l'un d'eux « **….comme je suis malade je n'hésite pas de demander aux médecins de me donner des informations sur les médicaments que je prends pour gérer ma douleur ».** l'autre ajoute **« j'évite de prendre un médicament sans avoir des explications du médecins ».**

Tandis que les quatre (04) autres, veulent être informés plus particulièrement sur les effets de certains médicaments. Confirmé par l'un de ces quatre « **Chaqu' un de nous peut attraper la maladie, mais on doit être toujours conscient et on doit chercher à comprendre sur nos traitements et plus spécifiquement sur les effets indésirables des médicaments… ».**

Pour une simple maladie, toute prise de médicaments le malade cherche la notice ou demande au pharmacien des renseignements sur le médicament. Imaginons

que s'il s'agit d'une grave maladie telle que le cancer ou le malade devient susceptible vis-à-vis de sa santé et vulnérable moralement, l'information sur les médicaments qu'il prend toute au long de son prise en charge devient alors une des priorités des malades de notre échantillon spécifique aux malades.

Deuxième hypothèse

Le degré de compassion exprimé à l'égard du malade durant le traitement accompli de la part du personnel joue un rôle important en orientant la relation entre l'équipe médicale et le malade tout au long de processus de soins.

Tableau N° 10 : la disponibilité du personnel médicale auprès du patient dans le service durant le traitement selon les enquêtés

Code	Catégories de réponses	Fréquence
01	-Toujours à notre disponibilité	**07**
02	-pas souvent due à la charge et la pression de travail	**02**
Total		**09**

D'après les données relatives à ce tableau on distingue deux catégories de réponses différentes sur la disponibilité de l'équipe médicale auprès du malade.

Les sept 07/9 de la première catégorie de réponse soit la majorité ont donné la même réponse dont l'une d'elle est que **« …le personnel est toujours à notre disponibilité, assurent les soins, nous soulagent, et nous encouragent à faire face à cette maladie ».** Ou une autre stipule **« je trouve toujours un médecin ou une infirmière en cas de besoins ».**

Par contre que la deuxième catégorie de réponse annonce le contraire, où les enquêtés affirment que **« l'équipe médicale n'est pas souvent disponible vue la charge de travail, mais ils font leurs rôle …la non disponibilité des médecins des fois ce n'est pas de leurs faute… ».**

- Concernant le tableau N°10 rapportant la disponibilité du personnel médicale auprès du patient dans le service durant le traitement, les malades semblent ne pas se plaindre de la non disponibilité de personnel car sept (07) d'entre eux affirment que le personnel de santé sont à leurs disposition, quant aux deux (02) autres qui ne les

trouvent pas souvent à leurs disposition leur trouvent des excuses telles que la charge de travail, et la pression.

Tableau N°11 : la communication entre le médecin et le malade selon les enquêtes

Code	Catégories de réponses	Contenu	F
01	**Occasion de s'exprimer**	-c'est une occasion de parler sur ma maladie et avoir des informations.	**05**
02	**L'écoute**	-discuter avec mon médecin à propos des soins et avoir plus de connaissances grâce à leur l'écoute.	**03**
03	**Pas de communication**	-je n'ai pas l'habitude de communiquer à cause de mon refus et l'inacceptation de ma maladie je ne cherche pas des informations.	**01**
Total			**09**

Ce tableau présente trois (03) catégories de réponses des enquêtés interrogés au sein du service d'oncologie.

Première tranche de réponse où les interviewés reconnaissent que la communication est un élément fondamentale qui renforce les liens entre médecin ou autre représentant le corps médical et le malade et qui le prend comme un moyen d'informations, et une occasion pour s'exprimer, dont deux d'entre eux affirment : « **tout au long de notre parcours de soins les médecins communiquent avec nous avec empathie, et d'une manière claire, ils nous donnent toute informations sur notre état de santé ».**

Dans la deuxième tranche de réponses les patients voient que la communication est une occasion de parler sur leurs besoins, et une chance d'acquérir des connaissances, ces deux déclarent **« …. Durant tout le suivie dans ce service le personnel médical est toujours disponible, il est à l'écoute de nos besoins et nous donne des informations et des explications avant même quand**

demande » Toujours dans la même idée un autre enquêté affirme que **« la communication est l'enjeu fondamental de mon bien-être et l'amélioration de mon humeur ».**

Au final, nous avons la dernière tranche de réponse soit un (01) enquêté seulement qui refuse de communiquer avec les membres du personnel médical car il voit que c'est inutile, en affirment « **j'ai aucun problème avec le personnel, mais la non acceptation de ma maladie ne me permet pas de communiquer ou d'échanger des informations sur mes soins, juste j'accepte les consignes et les recommandations des médecins ».**

- « occasion de s'exprimer », « à l'écoute » sont les deux réponses illustratives de ce tableau, de cela on confirme qu'il y a une certaine complicité entre le soignant et le malade. Ce dernier trouve en cette communication une occasion de s'exprimer, du moment que les soignants sont à l'écoute. Par contre on un seul enquêté qui ne voit pas l'utilité de cette communication et cela peut se traduire par sa passivité ou son désespoir.

Tableau N° 12 : la disposition du personnel auprès du malade après leurs sortie de l'hôpital selon les enquêtés

Code	Catégorie de réponse	Fréquence
01	-J'ai pu avoir le contact des médecins.	**05**
02	-Je n'ai pas pu avoir le contact des médecins.	**04**
Total		**09**

D'après les réponses obtenues par l'ensemble des interviewés, nous avons établi deux catégories de réponses.

Cinq (05) enquêtés de la première catégorie de réponse déclarent **« dès mon installation dans ce service j'ai eu l'occasion d'avoir le contact de certains médecins, c'est-à-dire leur numéro de téléphone pour les contacter après ma sortie s'il y a une complication ou autre chose »,** donc le contact avec le malade après sa sortie est possible, et cela a été confirmé par un autre **« …j'ai eu le contact de l'assistant médical il est vraiment un exemple il me répond, il est toujours à l'écoute et à l'aide du patient ».**

la deuxième catégorie de réponses annonce qu'ils n'arrivent pas à avoir les coordonnées des médecins ou bien des infirmiers, l'un d'entre eux déclare « **je n'arrive pas à avoir le contact d'un médecin ou bien de l'infirmier par ce que je suis timide je ne peux pas le demander ».** Un autre de la même catégorie ajoute « **…j'ai quelqu'un de ma famille médecin donc je n'étais pas obligé d'avoir les coordonnées de … »** un autre enquêté de la même catégorie dit : **« je ne demande pas par ce que mon état de santé pour l'instant est stable en plus je n'habite pas loin de l'hôpital en cas de problème je peux me déplacer ».**

- L'une des questions par à pour ou suivi de corps médicale nous avons posé la question aux membres d'échantillon, avez-vous le numéro téléphone de votre médecin 5/9 nous ont répondu par (oui) par contre quatre (04) nous ont répondu par (non) ce qui signifie qu'avoir le numéro téléphone d'un médecin soignant ce n'est pas évident, pour le simple raison que ces derniers c'était eux qui n'est pas demandé par timidité ou médecins ou peuvent son passer car ils ont quelqu'un de corps médicale dans la famille. Pour cela on confirme que le médecins n'ont pas d'inconvénients à donner leurs numéro au malades chose qui rassure sur le côté humain et professionnelle ou même temps.

Tableau N°13 : l'empathie montré par les professionnels en vers les malades

Code	Catégorie de réponses	F
01	-Les professionnels montre de la compassion et d'écoute en vers nous.	**03**
02	-Montre le côté humain en vers notre situation et notre maladie.	**02**
03	-Montre le sourire et la gentillesse	**04**
Total		**09**

D'après ce tableau on a constaté que la totalité de cette catégorie voit que le personnel manifeste souvent de l'empathie envers eux.

Les trois premiers enquêtés affirment que le personnel médical montre de l'empathie envers eux par l'écoute, l'un de ces enquêtés annone que **« le**

personnel et plus spécifiquement les infirmiers sont toujours à nos côtés, ils prouvent de la patience, l'empathie et sont toujours à l'écoute ,…ils répondent à nos questions , et surtout ils nous remontent le moral …. ». Un autre ajoute **« cette maladie ma montré le côté exceptionnelle des médecins et l'importance qu'ils nous donnent pour nous soulager et encourager tout au long du parcours de soins ».**

La deuxième catégorie de réponse affirme que l'empathie c'est le côté humain qu'ils ressentent de la part du personnel, deux enquêtés affirment « **on ressent toujours de l'humanisme venant de la part des professionnels de la santé et cela malgré la charge de travail, la pression. Ils n'hésitent pas d'être gentil avec nous ».**

La troisième catégorie de nos enquêtés voit que l'empathie c'est le sourire et la gentillesse dans le service « **…dès la rentrée dans ce service on trouve que le bon accueil, le sourire, la gentillesse que ce soit par l'agent, le chef de service, médecins, infirmiers) vraiment Machaalah ».**

- Pour ce qui est de la compassion ou de l'empathie des médecins (infirmiers, médecins, assistant médical…) tous les malades sont d'accord sur la même version qui est que les professionnels n'hésitent pas à dégager de l'empathie envers eux et à montrer leurs attention. Donc à s'engager émotionnellement, cela était exprimé par nos malades de différentes manières « compassion » ou « humanisme », « sourire et gentillesse ». Donc que bien que les réponses sont un peu différentes mais elles ont toutes la mêmes signification qui est qu'ils ne sont pas privés du côté spirituel venant de la part des différentes personnes qui sont chargées de leurs soins. Ce qui est très important dans le parcours médical du malade.

Tableau N°14 : l'accompagnement moral par le psychologue et les infirmiers selon les enquêtés

Code	Catégorie	Contenu	F
01	**Soutien médical**	Prise en charge des traitements, suivi des prescriptions, gestion des effets secondaires, rendez-vous médicaux réguliers.	**02**
02	**Soutien émotionnel**	Ecoute, encouragement, présence lors des moments difficiles, aide à gérer l'anxiété et la dépression par le psychologue.	**03**
03	**Soutien décisionnel**	Aide à comprendre les options de traitement, à peser les avantages et les risques à prendre des décisions éclairées concernant les soins.	**03**
04	**Soutien social**	Maintien des liens sociaux, activités de groupe, interaction avec des personnes vivant des situations similaires.	**01**
Total			**09**

CE tableau représente des illustrations différentes concernant l'accompagnement. Chacun d'entre les malades où trouve sa satisfaction. Deux (02) enquêtés affirment que « **l'accompagnement est un élément très important dans notre parcours de soins, comme notre famille n'est pas avec nous pour des raisons personnelles nous recevons le soutien de la part des médecins et les infirmiers ».**D'autre soulignent le soutien émotionnel **« ils nous offrent l'écoute, on nous encourage, et on nous soutient dans les moments difficiles ».** D'autre ajoutent qu'ils bénéficient des aides sociales ou bien de la part des associations **« On reçoit souvent des aides sociales de la part d'autres malades, et bien sûr de la part de nos médecins surtout pour prendre certaines décisions ».**

- Quant à l'accompagnement du personnel (infirmiers, médecin,

psychologue, assistant médicale) nous constatant un fort esprit d'accompagnement de la part du psychologue et de l'infirmier par à port au médecin. Ce dernier n'a pas assez de temps à réserver aux malades à cause de ses engagements (suivie du malade, sortie, réunion …. etc.), Par contre les infirmiers ont une relation permanente avec le malade durant et après les soins (prise de sang, injections, surveillance, la perfusion…). En tous cas la chose dont on est sûr jusqu'à présent c'est que l'accompagnement des cancéreux ne se limite pas aux parents, et aux proches du malade mais aussi de toute l'équipe médicale, d'ailleurs cette dernière le confirme et le prouve.

introduction

Même si ce n'est pas d'une manière directe les tableaux (15, 16, 17, 18,19) qu'on a traités dans la 3ème hypothèse ont tous une influence sur la façon dont la malade vie où entreprend, sa maladie .Cela affectera donc surement d'une manière ou d'une autre sa relation avec les personnes qui l'entourent, notamment les personnes qui sont chargées de le soigner. Donc déterminera sa manière et son degré de coopération avec le médecin et les infirmiers, et avec le psychologue qui discutera avec lui le sur nombre de séances dont il aura besoin.

3éme hypothèse

La coopération de malade avec le service d'oncologie tout au long des soins renforce les liens entre les deux parties.

Tableau N°15 : l'impact de la maladie sur la vie professionnelle du malade selon les enquêtés

Code	Catégorie	Contenu	F
01	-Arrêt de travail ou réduction des heures.	-je dois prendre un congé et réduire les heures de travail pour me concentrer sur mes traitements.	**04**
02	-Changement dans les responsabilités.	-je ne peux plus être en mesure d'assumer les mêmes responsabilités au travail, en raison de mon état de santé.	**02**
03	-Difficultés financière.	-les couts médicaux et la perte de revenu dû à un congé prolongés sa entraine des difficultés financière.	**03**
Total			**09**

Ce tableau illustre les catégories de réponses concernant l'impact de la maladie sur la vie professionnelle de nos enquêtés, chacun d'eux où trouve des difficultés.

Dans la Première tranche de réponse les quatre (04) interviewés trouvent qu'ils étaient obligés de prendre un congé, ou de réduire les heures de travail pour subir les traitements. Un d'eux déclare **« depuis l'atteinte de cette maladie j'étais obligé de prendre un congé pour faire mes soins, en tant que travailleur à l'aéroport, je dois me reposer ».**Un autre avoue « **je travaille, mais je dois souvent réduire les heures, et m'absenter pour effectuer mes analyses ».**

Dans la deuxième tranche de réponse ou deux (02) enquêtés trouvent qu'ils ne sont plus en mesure d'assurer les mêmes responsabilités. « **dès l'annonce de ma maladie je me sens pas bien, je suis trop fatigué comme si je suis une personne âgée, je ne peux plus être à la hauteur dans mon travail ».** Un autre enquêté s'exprime **« j'étais un agent de sécurité, je faisais les gardes la nuit. Maintenant j'ai arrêté ce travail vue l'état de ma santé, ça me fatigue vraiment ».**

La dernière catégorie de réponses où trois (03) enquêtés trouvent des difficultés financières en raison de l'arrêt de travail. Un enquêté révèle **« Ma maladie a besoin d'argent pour effectuer les soins, et comme j'étais obligé d'arrêter mon travail ça m'a a causé des problèmes….. ».**Un autre interviewé résume « **les couts médicaux d'un côté, les besoins de la famille d'un autre coté».**

- Ce tableau s'intéresse à l'impact de la maladie sur la vie professionnelle du malade, bien qu'il nous a relevé les détails et les endurances des malades à cause ou dans leur travail, mais à vrai dire ce qui nous intéresse beaucoup plus c'est l'impact de ces problèmes professionnelle sur le malade qui affectera surement son intégralité vis-à-vis de sa propre situation de santé et de sa coopération avec l'équipe médicale. Certains à cause de ces problèmes ne coopèrent pas, d'autres malgré les problèmes coopèrent.

Tableau N° 16: l'impact de la maladie sur la vie personnelle du malade selon les enquêtés

Code	Catégorie	F
01	-J'ai arrêté mes activités physique - je ne peux pas accomplir mes taches domestiques.	**04**
02	-J'ai arrêté les voyages. - je n'arrive pas à aller souvent au travail.	**02**
03	-Je ne peux pas consacrer assez de temps à mes enfants et ma famille. -L'angoisse et le stress.	**03**
Total		**09**

Ce tableau montre l'impact de la maladie sur la vie personnelle des malades

La première catégorie de réponses d'où quatre (04) enquêtés annonce qu' « **à cause de cette maladie j'ai suspendue mes activités physiques, je ne marche plus comme avant ».** Un autre enquêté ajoute « **en tant que femme j'ai des activités à la maison, je suis obligée de les faire mais maintenant je ne peux plus réaliser mes activités domestiques (cuisine, vaisselle, ménage) ça me fatigue ».**

Deuxième catégorie de réponses deux (02) enquêtés trouvent des difficultés pendant les voyages « **l'atteinte de cette maladie ce n'est pas facile, avant je voyageais mais cette année je ne peux plus à cause de mon état de santé ».**

La troisième catégorie de réponses selon les réponses données, ils trouvent des difficultés de passer du temps avec leurs famille d'où trois (03) enquêtés affirment que **« cette maladie ma rendu trop stressé, mal à l'aise et ça influence négativement sur ma famille ».** Un autre avoue **« j'aime rester tout seule, je ne sors pas souvent de la maison, juste quand j'ai des consultations chez le médecin ce stresse ma famille ».**

- Le plus dur parfois ce n'est pas la maladie en elle-même, mais c'est les séquelles de cette dernière sur la vie quotidienne du malade qui n'est plus la même (côté physique à cause des traitements chimiothérapie). Six (06) d'entre eux .le restent souffre physiquement puisqu'ils ne font plus le ménage dans la maison, Comme certaines on carrément arrêter les voyager ou s'absente beaucoup au travail. 3/9 de nos enquêtés, à cause de la fatigue physique, l'angoisse et le stress iront jusqu'à préférer de se retirer de la vie familiale pour la simple raison qu'ils deviennent incapables de parler ou d'échanger des propos.

Tableau N° 17 : la réaction du malade à l'annonce de la maladie

Code	**Catégories de réponses**	**F**
01	-C'était un choc. - C'était un tremblement.	**03**
02	-J'ai pas pu arriver a accepté ma maladie	**01**
03	-C'est un changement radical dans ma vie.	**05**
Total		**09**

Ce tableau montre comment les malades ont réagi à l'annonce de leur maladie.

La première catégorie de réponse où trois (03) enquêtés annoncent que « **l'annonce de ma maladie était un choc pour moi, je n'arrive pas à dépasser ».** Un autre malade « **l'annonce de mon cancers était comme un tremblement dans ma vie je n'ai pas pu les croire ».**

La deuxième catégorie de réponse ou un (01) enquêté affirme que **« … malgré ya bien longtemps de l'annonce de ma maladie, mais j'ai pas pu accepter ».**

La troisième catégorie de réponse ou cinq (05) enquêtés affirme que « **l'atteinte d'une maladie grave toujours a des effets sur la vie humaine, qui peu causer des changements sur la vie personnelle et professionnelle du malade ».**

- Ce tableau intitulé la réaction du malade à l'annonce de sa maladie est l'un des tableaux « à nos yeux » le plus sensible et le plus critique du moment qu'il se rapporte aux toutes premières émotions, ou réactions du malade vis-à-vis de sa maladie, parfois une étape décisive par rapport à l'acceptation ou non acceptation de la maladie. C'est une étape assez ,si ce n'est pas trop difficile à surmonter, car les premières réactions sont impossibles à contrôler du moment que cela dépendra de pas mal de critères tels que la force de caractère, la foie ,l'instinct de survie ,ce qui engendrera de la tristesse, la peur ,la craint au pire, l'anxiété ...dû au choc. Mais malgré la similarité des réponses les réactions semblent toutes négatives.

Tableau N°18 : l'accompagnement moral et physique de la part des membres de famille du patient

Code	Catégories des réponses	Contenu	Fréquence
01	Soutien émotionnel	-ma famille est toujours présente avec moi, elle m'aide à faire face aux émotions liées à ma maladie.	**04**
02	Aide pratique	-ma famille m'aide dans les taches domestique, telle que (cuisine, ménage, le transport vers les rendez-vous médicaux.	**03**
03	Soutien financière	-ma famille m'aide financièrement pour le traitement (les frais médicaux et les dépenses quotidiennes).	**02**
Total			**09**

Ce tableau illustre l'accompagnement qui beaucoup plus le rôle de la famille et qui d'après certaines études contribue dans l'amélioration de l'état de santé des malades

Première catégorie où quatre (04) enquêtés voient que la famille montre un soutien émotionnel important, ils certifient que la famille est toujours à leurs côtés **« Dès l'atteinte de cette maladie ma famille est toujours présente avec moi, elle m'aide à faire face aux émotions liées à ma maladie ».**

Dans la deuxième catégorie de réponses, soit trois (03) enquêtés, une malade nous dit que sa s famille l'assiste dans les tâches domestiques, confirme par sa réponse **«ma famille c'est mon remède, elle me donne de la force pour continuer ».**Un autre affirme **« ma famille m'accompagne souvent pour effectuer mes rendez-vous médicaux et mes soins ».**

La troisième catégorie de réponse soit deux (02) enquêtés reçoivent de l'aide financière de leur famille pour accomplir les soins, confirme une réponse « **ma famille m'aide financièrement assure les frais médicaux, et les dépenses quotidiennes ».**

- Nous constatons clairement que d'après ce tableau sans exception tous les malades reçoivent du soutien que ce soit (émotionnel, financier, ou domestique), ce qui confirme que l'accompagnement d'un malade plus spécifiquement le malade de cancer, de la part de sa famille est primordiale.

Tableau N°19: les incidents entre les médecins et les membres de la famille du malade

Code	Catégorie	Contenu	Fréquence
01	Stress émotionnel.	-Anxiété de quelques membres de famille, peur frustration liée à la maladie de leur proche, ce qui peut se traduire par un conflit avec le personnel.	**03**
02	Le non acceptation des décisions médicales.	-Divergences d'opinions sur les options de traitements, désaccord sur les décisions prises par les médecins.	**04**
03	L'impatience des proches du malade.	-Parfois ma famille s'impatiente, et si les médecins tardent à répondre à nos besoins ça peu créer des problèmes.	**02**
Total			**09**

D'après les réponses de nos enquêtés qui présentent les différents problèmes vécus dans le service entre les proches du malade et le personnel de santé, on les a réparties en trois (03) catégories.

Dans la première catégorie les trois (03) trouvent que ces conflits sont dus au stress des membres de la famille et à la peur sur leur état de santé. Le premier enquêté dit « **ma famille est toujours stressée lors d'accompagnement à l'hôpital, c'est pour cette raison qu'ils se comportent mal avec les médecins ».** Un autre nous révèle« **le stress de mes parents souvent crée des problèmes avec les infirmières en raison de la mal explication de ces derniers …».**

La deuxième catégorie de réponses où quatre (04) enquêtés annoncent que c'est incidents sont liées à la décision médicale, l'un deux confirme « **le désaccord de ma famille sur quelques traitements ou des analyses que je dois effectuer à l'extérieur de l'hôpital en raison de mon état financier »,**un autre dit **« le retard de mes rendez-vous crée des conflits… ».**

En se basant sur ces témoignages on déduit que les conflits peuvent être souvent le résultat du manque financier du malade qui se retrouve contraint de faire les examens médiaux chez le privé donc avec ses propres moyens.

La troisième catégorie de réponses ou deux (02) enquêtés trouvent que les conflits sont dus à l'impatience de leurs familles, ils ne supportent pas attendre beaucoup dans les salles d'attentes c'est la raison pour laquelle annonce un des malades **« quand mon frère et ma sœur attendent que je termine ils font de la pression sur le médecin ».**

Quant à d'autres cas, la source des conflits entre service médical et les parents du malade est dû au manque de patience de ces deniers qui peut s'expliquer par leur mauvais état d'âme à cause de leur inquiétude vis- à vis de leur malade.

Le dernier enquêté ajoute « **si les médecins ne répondent pas rapidement à mes besoins tels que changer ma perfusion ou autres vu la charge de travail, mes proches deviennent impatients, ce qui peut provoquer un problème ».**

Dans la troisième catégorie de réponse concernant la source du problème entre parents des malades et les membres du corps médical, les enquêtés malades-même s'ils trouvent des prétextes aux infirmiers la réfèrent aux failles dans l'accomplissement du travail des infirmiers durant la séance de la chimiothérapie qui est une phase à la fois primordiale et très sensible pour le malade et pour le traitement de sa maladie.

Quelques soient la raisons pour lesquelles les parents des malades s'accrochent avec l'équipe soignants (financier, stress, peur sur la santé de proche), nous constatons que ce genre de problème est inévitable, il peut affecter l'état

psychique du malade donc influencera la vision de ce dernier envers ses soignants qui en dernier affectera la relation malade-soigné.

Tableau N°20 : l'hygiène de vie du malade après la découverte de sa maladie

Code	Catégorie	Fréquence
01	-Il y a un changement	**04**
02	-Ya pas de changement	**05**
Total		**09**

Ce tableau montre les changements des aptitudes des malades après l'atteinte de cette maladie sur le régime alimentaire et leurs nouvelles aptitudes pour éviter les mauvaises conséquences sur la santé au futur.

Selon les réponses obtenues dans la première catégorie les enquêtés confirment qu'ils sont obligés de suivre un régime ou bien d'éviter certains aliments, l'un de ces (04) déclare **« après mon atteinte de cette maladie j'ai eu un changement radical dans mes habitudes alimentaires, je mange moins les aliments contenant le sucres (les gâteaux, les jus, soda…)».** L'autre déclare « **…j'ai eu des difficultés pour m'adapter mais j'étais obligé d'arrêter certains aliments comme les gras, les chips, les frits, les aliments riches en sel qui présentent des risques d'hypertension ».** L'autre dit « **…. J'évite le gras, les sucreries, les aliments riches en sel vue ma situation, je suis obèse pour ne pas prendre le surpoids ».**

L'autre catégorie de réponse annonce qu'ils n'y a pas vraiment un changement dans son régime alimentaire ,d'après leurs illustrations l'un affirme que **« … avant d' avoir cette maladie je mangeais toujours des repas équilibrées, je ne mangeais pas beaucoup de sel, et rarement quelque chose de sucré ».**Un autre ajoute **« je prends beaucoup soins de moi, je ne fume pas, je ne prends pas de l'alcool je mange bio, enfin tout qui est naturelle (fruits, légumes…), je suis conscient sur mon état de santé…. »**

- Concernant ce tableau on constate un changement auprès de quatre (04) enquêtés sur les aptitudes alimentaires. Et cinq (05) enquêtés y a pas de changement concernant l'hygiène de vie.

L'hypothèse générale

Le type de la relation entre le personnel médicale et le malade dépend d'un certaines nombres de services et de la manière dont ils sont fournies par les praticiens de santé (médecin, infirmier, psychologue, assistant médicale…), puis du degré de compassion de ces derniers envers les malades, ainsi que la lucidité et la conscience du malade lui-même.

Si on a choisie de la laisser cette hypothèse générale, d'où dérivaient les hypothèses partielles, émises en premier dans la partie méthodologique en dernier, c'est parce que la question posée qu'on a explorée ici est en sorte une récapitulation de toutes les questions précédentes tout au long de l'entretien.

Tableau N°21 : la nature de la relation entre le malade et le personnel médical (médecins, infirmiers…)

Code	Catégorie	Fréquence
01	Très bonne relation	05
02	Bonne relation	04
Total		09

D'après les données relatives à ce tableau, nous avons déduit que l'ensemble des réponses fournies auprès des enquêtés sont presque les mêmes, elles se divisent simplement en « bonne » ou « très bonne ».

Les malades nous déclarent que les personnes du personnel de santé les traitent d'une façon qu'ils oublient leurs maladie, confirmé par leurs réponses un déclare « **dès mon arrivée à cet hôpital et plus spécifiquement à ce service j'étais bien accueilli j'ai reçue toutes les informations sur mon état de santé et ma relation était avec les personnels médical dans les bonnes normes hamedoullah ».** C'est aussi le cas l'avis d'un ancien malade qui confirme cette réponse « **j'ai presque quatre ans dans ce service durant**

tout mon parcours de soins je ne reçois qu'un bon traitement de leur part Alahyibarek ». Un autre ajoute que **« la bonne relation avec les personnes de ce service m'a bien aidé pour mon suivi et mon état de santé et d'être plus conscient par ce que khdemen ayan Ilan felasen qui veut dire ils font leur rôle »** qui veut dire ils font leur rôle.

- Comme le constatent que les deux catégories de réponses « très bonne relation, bonne relation »son presque identiques se qui confirme que les malades sont tous satisfait de la relation qui les réunies avec le personnel de l'hôpital (infirmiers, médecins, assistant médicale, psychologue). De cela on peut dire ouvertement que la relation entre le personnel de santé et le malade durant sa prise en charge est assez bonne.

Analyse cas par cas

1-1 Analyse du premier cas

Présentation de l'entretenu

- **Date de l'entretien :** 16/05/2024
- **Sexe :** Féminin
- **Age** : 46 ans
- **Situation familiale :** Mariée
- **Nombre d'enfant :** 03
- **Lieu de résidence :** Bejaïa
- **Fonction occupée :** médecin généraliste
- **Expérience dans le poste :** 15 ans

Thème N°01 : conception de la relation vis-à-vis du malade

Notre 2eme enquêtée est une femme, médecin généraliste au sein du service d'oncologie.

En abordant la question de la vision des personnes qui travaillent dans l'hôpital ,chargées d'offrir des soins ou des services aux malade envers la relation qui doit les unir avec le malade,et sur la façon dont ils doivent comporter, la réponse de notre médecin enquêtée est comme suit **« la relation et très importante, c'est celle qui donne de l'espoir au malade elle repose sur la confidentialité, la bonne écoute et la communication ».** Notre enquêtée souligne l'importance et les éléments clés pour le bon fondement de cette relation, qui sont ;la communication, bonne écoute, confidentialité.

Cependant, le médecin trouve que c'est de leur rôle de fonder cette relation elle affirme que **« le malade dès qu'il rentre au service, il cherche à être bien traité de notre part, il essaie de nouer des connaissances avec l'équipe médicale pour oublier sa peur ».**

Thème N°02 : la compassion de l'équipe médicale envers les malades

La compassion est une qualité essentielle pour établir une relation de confiance afin de fournir des soins de qualité, confirme notre enquêtée**« on ne cesse pas de montrer de l'empathie envers le malade qui demande l'écoute active et le soutien émotionnel, ce qui peut avoir un impact positif sur la santé de malade ».**

Elle doit donc répondre aux besoins émotionnels et psychologiques qui signifie d'après notre enquêtée **« prendre le temps d'écouter leur préoccupations, de les rassurer, les soutenir dans les moments difficiles et de respecter leur dignité et leur autonomie ».**

En somme la compassion crée un climat de soins d'empathie favorable qui peut contribuer positivement sur la santé mental ou même physique du malade.

Thème N°03 : les conditions des soins et les traitements fournis par le personnel pour le malade

Les soins sont fondamentaux dans la pratique médicale, il est du rôle des médecins ou d'autres d'assurer les traitements du malade dans les bonnes conditions pendant son hospitalisation dans le service. Confirme notre enquêtée **« j'ai 15 ans dans ce service, j'insiste toujours sur le malade je fais tous mon possible pour qu'il se soigne dans un climat favorable».**

Notre enquêtée nous déclare aussi **« qu'il est du rôle de chacun de nous de rassurer le malade et de les mettre à l'aise ».**

Donc les bonne conditions des soins et des traitements fournis par le médecin et subis par le malade joue un rôle crucial dans le fondement d'une bonne est agréable relation parce qu'il révèle l'esprit de conscience du médecin et rassure le malade.

Thème N°04 : la disposition de l'équipe médicale auprès du malade après sa sortie du service

Le médecin est à la disposition du malade dans le service, il lui fournit des soins et l'écoute. Notre question était est-ce que le personnel reste en contact avec le malade après sa sortie ?

La réponse de notre enquêtée était la suivante **« les malades me considèrent presque comme leur amie, je fais mes devoirs, mais quand il sort du service ils demandent mon numéro de téléphone pour qu'ils me contactent en cas des complications, ou bien pour demander des renseignements sur un médicament ou autres chose. Je reste à leurs disposition je n'hésite pas de les donner ».**Par contre, elle nous donne une réponse contradictoire s'il s'agit d'un malade qui la harcelle **«Il y'a certains malades à je ne donne pas mon contact à cause du harcèlement de leurs part ».**

- ❖ Ces deux version contradictoires nous démontrent que les malades ne sont pas tous les mêmes et n'ont pas le même comportement vis-à-vis de leur médecin soignant.

D'après ce premier cas analyser selon les quatre (04) thèmes nous pouvant réaliser à quel point cette médecin (femme) compatie avec ces patients, et dégage de l'empathie envers eux. N'épargne aucun effort émotionnel pour être et rester à leur écoute, à leur besoin, les aide puis que cela fait partie de son métier en tant que médecin et fait partie de son humanisme en tant qu'être humain, mais reste qu'elle impose une certaines distances entre elle et le patient, ou reste vigilante si ce dernier manifeste une certains manque de savoir-faire.

1-2 analyse du deuxième cas

Présentation de l'entretenu

- **Date de l'entretien :** 19/05/2024
- **Sexe :** Masculin
- **Age** : 46 ans
- **Situation familiale :** Marié
- **Nombre d'enfant :** 04
- **Lieu de résidence :** El- kseur
- **Fonction occupée :** coordinateur des activités paramédical et assistant de santé publique de formation.
- **Expérience dans le poste :** 20 ans

Thème N°01 : conception de la relation vis-à-vis du malade

Notre deuxième enquêté est un assistant médical et coordinateur des activités paramédicales, il nous déclare d'après son expérience et son ancienneté dans le service que son premier objectif dès l'accueil du malade c'est de fonder une bonne relation pour le bon déroulement des séances de consultations, cela s'affirme par sa réponse **« d'après mon expérience, la relation soignant soigné est la base de toute action surtout dans ce service par ce que c'est une maladie spéciale qui nécessite plus d'attention autrement dit c'est le lien de confiance c'est le premier paramètres de la relation ».** Donc d'après ce deuxième, cas nous confirmons que la relation joue un rôle exceptionnel que ce soit pour le patient ou l'équipe médicale tout au long des traitements. Notre enquêté ajoute **« la relation c'est un investissement vous donner le respect vous recevrez le même on essaye de voir les plaintes des malades : Quesque qu'ils n'aiment pas Quesque qu' ils n'aiment pas. Pour satisfaire le malade il faut s'adapter avec tous les personnalités des patients »**.

Comme dans chaque domaine ou espace, on peut rencontrer des problèmes dus à des confits dans la relation. Dans notre recherche au service d'oncologie on les trouve soit dans la relation malade médecin, ou médecin famille du malade. Confirmé notre enquêté **« on rencontre des conflits avec les malades, mais beaucoup lus avec leurs proches »**. Notre interviewé explique les raisons de ces problèmes « **les malentendus et le manque d'attention de certains membres de la famille du malade engendrent des problèmes par exemple : le retard des rendez-vous des malades cause un conflit, la non acceptation de certains dossiers des malades en vue de l'absence de son traitement dans ce service engendre des problèmes».**

Donc pour ce qui du deuxième cas, malgré que sa perception de la relation malade –soignant se base sur la confiance mais évoque quand même les facteurs qui mènent à l'existence des problèmes entre l'équipe médicale et les proches du malade.

Thème N°02 : la compassion de l'équipe médicale envers les malades

La compassion c'est un concept récent dans tous les services de l'hôpital, mais plus spécifiquement dans le service d'oncologie il ne manque pas.

Notre enquêté annonce que **« je suis empathique mais dans ce service c'est encore plus surtout dans les cas où je reçois un dossier d'une jeune fille ou jeune garçon je suis très sensible je pense à leurs peur et tristesse, en fait je suis sensible avec tous les maladies mais plus spécifiquement avec certains**

catégories d'âge ». Vu la sensibilité de leur état, l'enquêté révèle beaucoup de compassion et d'humanisme**. « Rien n'empêche d'être empathique avec mes patients je montre ma gentillesse, le sourire, le bon accueil pour les mettre à l'aise ».**

Ces illustrations prouvent que cette assistante de santé aime son travail il dégage de l'amour, beaucoup d'humanisme des sensibilités envers les malades beaucoup plus envers pour les plus jeunes.

Thème N°03 : les conditions des soins et les traitements fournis par le personnel pour le malade

Concernant les soins et les traitements fournis par le personnel, l'assistant médical n'est pas concerné pour fournir les soins aux malades confirmé par sa réponse, **« je suis un assistant médical et coordinateur des activités paramédicale je n'assure pas les tâches du médecin, donc ma profession est de fournir les informations nécessaires, informer les patients sur leur rendez-vous, veiller à leur traitement, recevoir les dossiers des malades, les orienter les accueillez dans le service ».**Donc on ne peut rien dire dans ce cas à propos du climat ou de l'atmosphère règne entre lui et le malade.

Thème N°04 : la disposition de l'équipe médicale auprès du malade après leur sortie du service

Il est à notre connaissance que l'équipe médicale peut contacter le patient par téléphone pour vérifier son état, répondre à ses préoccupations, et pour lui donner des conseils supplémentaires .Reste que la disposition du personnel après la sortie du malade dépendra des besoins spécifiques de chaque patient. Notre enquêté annonce que « **je donne mon numéro de téléphone aux malades, je n'hésite pas à les aider même après leur sortie du service, ça ne me cause pas de problème de rester en contact avec eux s'ils veulent des explications sur un médicament ou sur leur état de santé ».**

- Ce deuxième cas est l'assistant médical et coordinateur des activités paramédical, approuve qu'il faille un contact permanent entre le soignant et le malade de cancer, vu que cette maladie d'après lui est spéciale. Cela se confirme non seulement par ces dires, mais aussi par notre observation, nous témoignons que son téléphone n'arrêtais pas de sonner durant l'entretien, il ne ménage ni de pas de son temps, ni de ses connaissances pour répondre et être à la disposition des malades quel que soit leur demande ou besoin.

Par contre il étale et ne s'approfondi pas dans le thème des soins ……. car il insiste sur les conflits entre lui et les parents du malade durant son travail due à la non compréhension de ces derniers cela ne l'a pas empêché d'être très sensible et au service des patients avec un grand cœur.

1-3 analyse du troisième cas

Présentation de l'entretenu

- **Date de l'entretien :** 19/05/2024
- **Sexe :** féminin
- **Age** : 36 ans
- **Situation familiale :** célibataire
- **Lieu de résidence :** Oued-Ghir
- **Fonction occupée** : infirmière majore
- **Expérience dans le poste :** 15 ans

Thème N°01 : conception de la relation vis-à-vis du malade

Notre troisième cas est une infirmière majore, elle définit la relation entre le soignant et le soigné comme suit « **le malade est plus proche de l'infirmier que le médecin et le psychologue si le malade gagne notre confiance il exprimera ces besoins, sa douleur, il sera à l'aise** ». Donc le malade est plus proche de l'infirmier parce que c'est lui qui suit son état de santé (injections, la prise de sang, il lui pose des questions). Notre enquêté ajoute **« des fois le malade a peur du médecin, quand il rentre il lui dit je suis bien, mais quand le malade me voit il exprime sa douleur son besoin pour l'aider ».** N'oublions pas que le contact physique à aussi son rôle ici (injection, prise de sang…)

Thème N°02 : la compassion de l'équipe médicale envers les malades

Cette infirmière nous parle sur de l'empathie, et sur le degré de sensation de la douleur, sa propre phrase : **« je suis empathique avec tous les cas, je suis à leurs écoute, je plaisante avec eux pour qu'ils arrivent à oublier un peu la maladie ».** Donc la compassion est encore présente dans ce cas **« y a des malades, quand je vois leur état de santé ça me fait pleurer mais pas devant eux, pour qu'il ne ressente pas de la faiblesse** ». C'est donc de rôle du personnel d'être empathique et compréhensif avec les malades pour qu'ils les soulagent et leur donne de l'espoir afin qu'ils combattent la maladie.

Thème N°03 :les conditions des soins et les traitements fournis par le personnel pour le malade

Les infirmières fournissent les soins pour le malade ils sont toujours à leurs côté pour accomplir les soins. Notre enquêtée annonce **« l'infirmière est toujours à la disposition du malade dès l'annonce du diagnostic** ». L'infirmier assure l'installation du malade **« durant les séances de chimiothérapie on reste souvent avec le malade après qu'il termine pour éviter les effets indésirables, les infections on les surveille, on leur donne toute information sur leurs médicaments, les traitements pour qu'ils soient à l'aise ».**

Thème N°04 : la disposition de l'équipe médicale auprès du malade après leur sortie du service

L'infirmier est à la disposition du malade même après sa sortie du service confirme notre enquêtée**« j'ai aucun problème de donner mon contact téléphonique aux malades s'ils ont en besoin »**,ajoute qu' elle fait des visites à domicile s'il est nécessaire **« les malades qui sont proches ou j'habite s'il y a des complications je serais à leurs disposition pour donner les soins ».**Donc c'est une raison de plus pour que les malades sont plus proches, et font confiance aux infirmières car celles-ci non seulement elles leur procurent les soins physiques mais aussi les aident à surmonter leur angoisse.

1-4 analyse du quatrième cas

Présentation de l'entretenu

- **Date de l'entretien :** 21/05/2024
- **Sexe :** Masculin
- **Age** : 37 ans
- **Situation familiale :** Marié
- **Nombre d'enfant :** 02
- **Lieu de résidence :**Amizour
- **Fonction occupée :** infirmier
- **Expérience dans le poste :** 07 ans

Thème N°01 : conception de la relation vis-à-vis du malade

Notre quatrième entretenu c'est un infirmier au sein du service d'oncologie, il annonce que la relation se base sur la communication,
Affirme-t-il **« la bonne communication, l'écoute, le langage c'est le fondement de la relation entre le soignant et le soigné »**. Cet infirmier a une vision un peu différente des autres enquêtés, puis-il donne la priorité de la relation entre malade soignant à la communication **« la communication c'est le fondement de chaque relation que ce soit dans la vie professionnelle ou bien personnel. Dans notre domaine il faut parler avec le malade expliquer les médicaments, les traitements, les séances de chimiothérapie comment elles se déroulent, c'est tout ça qui fait la relation entre le soigné et le soignant ».**Donc la communication verbale créé un lien entre deux personnes au plus, entre le malade et le soignant créé de plus un lien, mais aussi un attachement.

Thème N°02 : la compassion de l'équipe médicale envers les malades

La compassion ou l'empathie sont des points apparents à chaque cas, vu son importance dans le domaine de la santé, notre enquêté exprime « **être empathique avec les malades c'est de notre rôle vu la sensibilité de la maladie et leur état de santé. Que ce soit le malade méchant, gentille, ou angoissé rien n'empêche d'être empathique avec eux, je suis à leurs écoute à n'importe quel moment, je fais tous mon possibles pour assurer leur bien-être »**. Donc cet infirmier trouve que c'est de leur rôle de soulager le malade et lui remonter le moral pour assurer son bien-être dans le service même si ce dernier s'avère difficile ou mauvais malade comme on dit.

Thème N°03 : les conditions des soins et les traitements fournis par le personnel pour le malade

Assurer les soins du malade ce n'est pas uniquement le rôle du médecin, mais l'infirmier joue un rôle très important confirme notre enquêté **« l'assurance des soins aux malades c'est une obligation de la part de l'équipe médicale, après la consultation du médecin vient le rôle de l'infirmier, être avec le malade durant les séances de chimio, vérifier s'il y a des complications être à l'écoute du malade s'il y a une douleur, l'injection, la prise de sang »**. L'assurance des soins des malades de cancer dans ce service c'est le rôle de chaque professionnel de santé, notamment des infirmiers qui sont en contact presque permanent avec les malades durant les traitements ou le suivi.

Thème N°04 : la disposition de l'équipe médicale auprès du malade après leur sortie du service

L'infirmier est à la disposition du malade, même après sa sortie, car le malade aura toujours besoin des informations, et d'être assuré **« je suis à la disposition des malades s'il y a des complications je n'hésite pas de les prendre en charge ».** Mais notre enquêté ajoute **« je ne donne pas souvent pas mes coordonnées personnelles aux malades, juste pour certains cas compliqués qui ont besoin d'aide après leurs sortie ».**

- Donc cet enquêté qui fait partie de l'équipe soignant (médicale), est comme tous les autres enquêtés gentil serviable etc., mais arriver au dernier thème comme ces propos l'indiquent ressemblent aux ceux du médecin générale 1er cas) car il reste méfiant envers quelques malades qui peuvent lui causer des désagréments. N'empêche qu'il donne son numéro de téléphone à ceux qui ont vraiment besoin de le rester en contact avec un infirmier.

1-5 analyse du cinquième cas

Présentation de l'entretenu

- **Date de l'entretien :** 16/05/2024
- **Sexe :** féminin
- **Age** : 29ans
- **Situation familiale :** Mariée
- **Nombre d'enfant :** 01
- **Lieu de résidence :** Bejaïa
- **Fonction occupée** : psychologue clinicienne
- **Expérience dans le poste :** 5 ans

Thème N°01 : conception de la relation vis-à-vis du malade

Notre cinquième et dernier cas du 2ème échantillon est une psychologue clinicienne au sein du service de l'oncologie. Elle nous parle sur la conception de la relation ou de sa vision sur la relation soignant soigné, d'après son expérience dans le service, elle annonce **« la relation joue un rôle important dans la vie du patient, que ce soit une simple maladie ou bien pour une grave maladie »**.Elle continue**« la relation entre le psychologue et le malade c'est comme un échange des idées, compréhension de la situation du malade, un ensemble d'explications, une sorte d'aide pour que le malade développe une confiance en lui-même, elle l'aide à forger une force mentale pour faire face à la maladie ».**Ce type de forte relation donc entre un employé au CHU. Est dû aux besoins permanents des échanges d' idées de conversations qui impactera surement positivement sur le moral santé du patient donc sur sa santé.

Thème N°02 : la compassion de l'équipe médicale envers les malades

Il est du rôle du psychologue de montrer et de dégager de la tendresse envers ces patients dès l'annonce du diagnostic et durant les séances. La psychologue annonce **« la compassion c'est la tâche du psychologue, il intervient pour offrir un soutien émotionnel, aider à gérer le stress lié à l'annonce du diagnostic et au déroulement du traitement, ainsi pour soutenir le malade et sa famille à faire face aux défis psychologiques associés à la maladie. C'est aussi un suivi pour les problèmes de santé mentale préexistants ou émergents** ». La psychologue confirme aussi **« l'écoute active, la concentration avec le malade, le soulagement affectif, le soutien moral ont un impact sur l'amélioration de l'état psychique du malade et l'aide aussi à faire face à sa peur afin de diminuer le stress lié à cette lourde maladie ».**

Thème N°03 : les conditions des soins et les traitements fournis par le personnel pour le malade

Afin de remplir sa tâche, le psychologue commence le suivi dès l'annonce du diagnostic jusqu'au traitement et même après.

Notre enquêté annonce « **ma tâche entant que psychologue commence dès l'annonce du diagnostic de la maladie »,**en quelque sorte le suivi du psychologue c'est un soutien émotionnel et accompagnement pour le malade **« l'intervention du psychologue dépend de l'état mental et psychique du patient et ce après avoir réalisé des entretiens avec eux pour pouvoir diagnostiquer si le patient est en besoin d'un accompagnement**

psychologique ,en suivant les réactions des malades vis- à -vis de leur maladie afin de traiter leur état et de comprendre les besoins ,les désirs, et la douleur du patient et enfin de les gérer » .

Cette psychologue prépare le terrain aux malades dès le début, elle ne ménage aucun effort humain ou professionnel afin de les mettre à l'aise et de les soulager, donc elle travaille sur le climat qui s'instaura entre elle et le malade afin d'arriver aux meilleurs résultats.

Thème N°04 : la disposition de l'équipe médicale auprès du malade après leur sortie du service

Notre psychologue femme nous annonce une réponse un peu contradictoire avec ses premiers propos concernant sa disposition auprès du malade après sa sortie du service. Cette idée se confirme par sa réponse **« ma tâche avec le malade termine quand il sort de mon bureau ou bien du service »**. Donc elle n'accepte pas prolonger le contact hors de son travail. Elle ajoute **« je n'accepte pas de donner mon numéro de téléphone aux patients, c'est en quelque sorte interdit en raison de garder les liens du patient psychologue hors les séances de la thérapie… garder les limites pour ne pas rentrer dans une autre relation hors de ma profession pour ne pas diminuer la qualité et la valeur de la relation avec le malade tout au long de sa prise en charge ».**

Malgré son dévouement tout au long du traitement dans l'hôpital, cette psy reste méfiante envers eux du côté contact au dehors des heures de travail. Et cela n'est pas dû à son genre comme on peut imaginer mais plutôt à la peur de perdre sa fiabilité, comme elle le souligne en tant que psy.

La vérification des hypothèses

1ére hypothèse

La nature des soins fournis par les soignants aux patients laisse naître des rapports étroits entre le service médical et le malade durant la prise en charge.

Les tableaux (7,8,9) ,en relation avec la première hypothèse ,démontrent qu'effectivement que c'est à partir de la nature des soins(chimiothérapie, traitement,…) fournies de la part des différents employés de l'équipe médicale (médecins, infirmiers) au niveau de l' EPH Amizour, à l'égard de nos neuf (09) malades atteints de différents cancers que nait une relation entre eux .Cette relation apparait puis se développe lors de la prise en charge ,des déroulements des séances de soins (chimiothérapie et la radiothérapie surtout),et puis des explications sur les traitements.

Donc l'hypothèse qui stipule la nature des soins fournis par les soignants aux patients laisse naître des rapports étroits entre le service médical et le malade durant la prise en charge. Est confirmée, à cela on ajoute que cette relation se traduit par des interactions entre personnel et les malades qui ont un impact significatif sur la qualité des soins.

2èmehypothése

Le degré de compassion exprimé à l'égard du malade durant le traitement accompli de la part du personnel joue un rôle important en orientant la relation entre l'équipe médicale et le malade tout au long de processus de soins.

La compassion joue un rôle très important et même crucial dans la relation entre le malade du cancer et son soignant, mais varie d'un soignant à un autre. Quelques-uns se montrent plus communicatifs voir (tableau n°11), d'autres plus disponible (tableau n°10), ou même plus emphatiques (tableau n°13).

Pour vérifier cette deuxième hypothèse, nous avons imaginé pour que le malade puisse coopérer avec son entourage soignant, il faudrait d'abord évaluer le degré de l'accompagnement des personnes qui le soignent. D'après les résultats obtenus, il s'est avéré que les médecins selon les malades n'ont pas le temps à cela, contrairement aux psychologues et aux infirmiers qui se montrent très gentils voir (tableau n° 14.).

Quant à la communication entre les deux parties (soignant soigné) on a trouvé que tous (soignant et soigné) communiquent bien entre eux, mis à part un malade qui ne voit pas l'intérêt voir (tableau n°11) et à la non dispositions du personnel soignants (tableau n°10) dus à la charge du travail.

Et pour connaitre la disponibilité des personnes du corps médical après les soins et la sortie du l'hôpital, on a choisi de savoir si les malades ont les contacts hors l'hôpital (ex ; téléphone) avec eux, les résultats montrent que cinq ont le contacte (n° de téléphone) avec les membres du personnel médical que ce soit infirmiers, médecin, assistant médicale voir (tableau n°10) et aussi trois 3/5cas dans analyse longitudinales le confirme. Ils se montrent vraiment à la hauteur non seulement dans leur noble métier mais aussi sur le plan humain, donc renforcent la validation de cette deuxième hypothèse qui annonce « Le degré de compassion exprimé à l'égard du malade durant le traitement accompli de la part du personnel joue un rôle important en orientant la relation entre l'équipe médicale et le malade tout au long de processus de soins ».Bien que concernant disponibilité des médecins reste insuffisante.

3ème hypothèse

La coopération de malade avec le service d'oncologie tout au long des soins renforce les liens entre les deux parties.

La coopération du malade avec les personnes représentant le corps médicale on a vu qu'elle dépendra d'un certains nombres de facteurs tel que sa vie professionnelle, sa vie personnelle, son hygiène de vie, à l'accompagnement de sa famille, aux réactions du malade suite à la découverte de sa maladie et aux incidents ou conflits entre sa famille et les membres du corps médical.

Pour ce qui est de la vie personnelle, les 9/9 malades ont avoué que leurs vie a chamboulée (voir tableau n°16) négativement .Même chose concernant la vie professionnelle, tous se plaignent des difficultés au travail du à leurs maladie (voir tableau n°15).Cela peut donc influencer négativement sur eux.

Pour ce qui leurs changement dans l'hygiène de vie en premier lieu la nutrition, dans presque la moitié des cas ont effectué un changement dans leur régime alimentaire voir (tableau n°20), donc poussivement puisqu'ils ont pris conscience de leur état et le prennent en main.

Concernant l'accompagnement, tous bénéficient d'un fort accompagnement de leur famille voir (tableau n°18).Ce qui peut contribuer à leur état d'âme ou d'esprit donc aussi la façon dont ils se comporteront avec les autres et avec l'équipe médicale.

Quant aux incidents qui peuvent surgir entre l'équipe médicale et les proches de malade, on a constaté d'après les résultats du (tableau n°19) que tous les malades, pour une raison ou une autre ont signaler d'éventuels problèmes entre les membres de leur famille et celles du staff médicale, cela a été même évoqué dans l'analyse individuelle du deuxième cas .

A propos de la première réaction des malade à l'annonce de leur maladie, tous ont mal réagit. Voir (tableau n°17).

Tous ces résultats des différents facteurs ont bien sûr de l'influence sur le l'état général du malade (côté psychique, morale, physique, humeur…) qui à son tour influencera la relation entre lui est son soignant.

Certains facteurs ont une influence négative comme les problèmes entre….. les problèmes au travail, les problèmes dus à la fatigue physique, le non acceptation de la maladie. Ce qui peut mener au désespoir et au non lucidité du malade, donc au manque ou à une absence de coopération durant le traitement.

D'autres par contre ont une influence positive tel que l'accompagnent de la famille et le fait que le malade change son régime alimentaire prouve qu'il est conscient, ce qui lui permettra de mieux coopérer durant les soins qui lui seront attribués.

Pour ce qui est de la vérification de la 3ème hypothèse « La coopération de malade avec le service d'oncologie tout au long des soins renforce les liens entre les deux parties ».

N'a été confirmée qu'avec un faible degré.

Hypothèse générale

Qui annonce que La nature de la relation entre le personnels médicale et le malade dépend d'un certaines nombres de services et de la manière dont ils sont fournis par les praticiens de santé (médecin, infirmier, psychologue, assistant médicale…), puis du degré de compassion de ces derniers envers les malades, ainsi que la lucidité et la conscience du malade lui-même.

Si on part du tableau n°21 on sera sur, et d'après les réponses des personnes de notre premier échantillon c'est-à-dire les cancéreux qui suivent leur traitements au niveau d'EPH Amizour qu'il y'a bien une relation entre eux et ajoutent même que cette relation est bonne ou même très bonne. Mais si on se réfère aux trois hypothèses partielles on saura que malgré les différents critères la confirment , mais on ne peut pas la valider entièrement ,du moment qu'on a noté quelques points qui manquent comme la non disponibilité de certains membre représentant le service personnel pour des raisons valables et exceptionnelles , mais surtout à la non coopération de certains malades à cette relation due à leur manque de force physique, moral ou spirituel.

Conclusiongénérale

Conclusion générale

Le cancer, un mot, qu'à l'entendre n'a jamais cesser d'effrayer tout le monde. Alors imaginons la personne à qui on annonce qu'elle aux cancers, ou une famille qui apprend qu'un de ses proches l'a, imaginons tout un service qui ne traite que ce type de maladie ça parait affreux.

Si le cancéreux passe par plusieurs étapes pour comprendre enfin que la meilleure solution est d'accepter sa maladie et puis l'affronter. La famille, elle aussi passe par plusieurs émotions et se trouve à la fin obliger de surmonter la peur pour soutenir son malade par tous les moyens.

Tout un lexique s'installe alors, accompagnement, soutien, compassion empathie. Ces mots et plein d'autres qu'on a cherché à conceptualiser et à observer sur terrain en traitant le thème d'une dimension plus sociologique que médicale. Et en choisissant le thème « le type de relation qui réunit l'équipe médicale et les cancéreux tout au long de leurs prise en charge au niveau du service oncologie.A travers cette thématique nous avons pu toucher à plusieurs paramètres ,du côté du malade ; nous avons étalé son vécu à l'intérieur de l'hôpital(soins ,chimio …) ,d'où nait la relation entre lui et celui qui lui offre ces soins ,mais aussi exposé ses aspirations vis-à-vis de cette relation, et du côté des soignants nous avons pu relever leur prédisposition et leurs aptitudes envers les malades pour le bien être du malade et pour mieux cadrer cette relation .

Donc le but de ce sujet à été de cerner les facteurs qui déterminent cette relation et chercher les options professionnelles et humaines qui orientent cette relation vers le meilleur.

Pour réaliser ce thème nous avons mené une étude plus pratique que théorique à cause du manque d'ouvrage dans notre spécialité.

Et du moment qu' on a été les premiers à le traiter le cancers de cet optique, nous nous somme approfondi dans le sujet en nous adressant à deux échantillons différents, soit pour confirmer les avis ,soit pour relever les contradictions, celui des malades et celui des professionnels du service oncologie.

Et à l'aide de deux analyses différentes nous avons pu appliquer la technique de l'analyse de contenu qui nous a permis d'aboutir à des données très riches. Ces données nous on permet d'aboutir à un résultat pertinent, c'estque ;que ce soit le malade souffrant ou le médecin ou l'infirmier ou le psy

contentieux, et que malgré les endurances différentes des deux parties tous deux , souhaite la bonne relation pour bien mener ou subir les soins.

Mais reste que le plus grand travail revient aux soignants conscients ,qui se montrent agréables et aimables envers les malades et arrivent jusqu'à les accompagner durant et après les traitements pour aboutir que l'accompagnement du malade n'est pas propre à sa famille et que ce dernier est à l'origine d'une relation satisfaisante et solide.

Liste Bibliographique

Liste Bibliographique

a- Les ouvrages de méthodologie

1. AKTOUF Omar, Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations, (une introduction à la démarche classique et une critique), édition les presses de l'université du Québec, Montréal, 1987.

2. ANGERS Maurice, Initiation à la méthodologie des sciences sociales, édition Casbah, Alger, 1997.

3. BERTHIER Nicole, Les techniques d'enquêtes en science sociale, 2ème édition, Armand Colin, Paris, 2006.

4. COMBESSIE Jean-Claude, La méthode en sociologie, édition Casbah, Alger, 1996.

5. DESSANTI Raphael et CARDON Philippe, Initiation à l'enquête sociologique, édition ASH étudiants, France, 2010.

6. DOLORES Pourette et le Groupe de Parcours : relation soignant-soigné et prise en charge des patients originaire d'Afrique Subsaharienne vivant avec le VIH ou le VHB en France, édition Parcours, Université de Paris Descartes, année non citée.

7. GRAWITZ Madeleine, Méthode des sciences sociales, 11ème édition, Dalloz, Paris, 1990.

8. QYIVY Raymond, Manuel de recherche en sciences sociale, édition Dunod, Paris, 1998.

b – Les ouvrages de fond

9. BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise et autres, Communication soignant-soigné, Repères et pratiques, édition Anne-Beatrice Muller, France, 2009.

10. DIDIER Anzieu et Yves Martin Jacques, La dynamique des groupes restreints, édition P.U.F, Paris, 1968.

11. HESBEEN Walter, Humanisme soignant et soins infirmiers, édition Paris, 2017.

12. PRIVAT Michel De Garilhe, La chimiothérapie, édition P.U.F, Paris, 1970.

13. LANTHEAUME Sophie, Dans La psycho-oncologie, édition In presse, lieu non cité, 2017.

14. LANTHEAUME Sophie, BUIRET Guillaume, Dans Les soins oncologiques de support : prévenir, accompagner, promouvoir, édition In presse, lieu non cité, 2022.

15. MANOUKIAN Alexandre, Massebeuf, La relation soignant-Soigné, soigner et accompagner, 3ème édition, 2008 Lamarre, France.

c – Les Dictionnaires

16. BOUDON Raymond, BESNARD Philippe et autres, Dictionnaire de sociologie, édition Larousse, Paris, 2005.

17. BRIN Frédérique, COURRIER Catherine et autres, Dictionnaire d'orthophonie ,2ème édition, France, année non citée.

18. MUCCHIELLI Alex, Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences sociales, édition Armand Colin, Paris, 2002.

d – **Les thèses**

19. COLOMBIER Luc, La qualité d'écoute des médecins généralistes de l'opinion des patients (thèse de doctorat en médecine), département de chirurgie, faculté de médecine, Université de François Rabelais, France 2016/2017.

20. POURCEL Graziella, PHILIPPE Jean Bouquet, Étude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades (thèse de doctorat en médecine), INCA- Mai 2012.

e – Les sites internet

21. www.Organisation mondiale de la santé, https://www.google.com/search?q=relation+soignant-soign%C3%A9+selon+le+site+officiel+de+l%27oms.

22. L'institut national français de cancer site officiel, https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-les-traitements-et-les-soins-de-supportt.

23. Site internet. Futura-sciences.com, https://www.futura-sciences.com/sciences/dossiers/philosophie-humanisme-medecine-160/page/4/.

24. Http//: dumas.ccsd.fr.dumas-02178321 subited on juil.2019.

25. L'institut national français de cancer site officiel,https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-les-traitements-et-les-soins-de-supportt.

26. Site internet. Futura-sciences.com, https://www.futura-sciences.com/sciences/dossiers/philosophie-humanisme-medecine-160/page/4/.

27. http// : dumas.ccsd.fr.dumas-02178321 subited on juil 2019.

Les Annexes

Annexe n°01

1.Guide d'entretien pour le malade

1-Informations personnelle

-l'âge

-situation matrimoniale

-Nombre d'enfant

-Lieu de résidence

-La fonction occupée

2- la nature de la relation entre le malade et le personnel médical (médecin, infirmier, psychologue, assistant médical)

-Comment était votre relation avec le personnel durant votre présence dans le service ?

-êtes-vous bien traiter ?

-êtes-vous satisfait des services fournis par l'équipe soignante?

La communication

- Avez-vous été satisfait de la manière dont les informations vous concernant ont été transmises entre les professionnels ?

- Pensez-vous avoir été bien informé sur les médicaments qui vous ont été prescrits ?

-Pensez-vous que les échanges verbaux avec le personnel sont utiles pour mieux comprendre votre maladie, et tous ce que concerne votre état de santé ?

- Est-ce que le personnel est à votre disposition même après votre sortie du service par téléphone ?

- Les explications obtenues étaient-elles suffisamment claires ? Ces cohérentes d'un professionnel à l'autre ? Etiez-vous satisfaits de la communication entre ces différents professionnels ?

L'accompagnement de la part de l'équipe soignante

-Vous a-t-on proposé un accompagnement pour répondre aux difficultés générées par la maladie ou pour vous apporter des aides vous permettant de rester en bonne santé ?

-L'accompagnement apporté répond-il à vos besoins ou à vos attentes ? Soutien moral ? À court ou à long terme ?

-qui vous accompagne

Sur la maladie et le changement attrapé

Quelle était votre réaction sur l'annonce de votre maladie ?

Est-ce que y a un changement sur votre vie personnelle ? Professionnelle ? L'hygiène de vie ?

Annexe n°02

2.Guide d'entretien pour le personnel soignant

Informations personnelles

Age

Situation matrimonial

Nombre d'enfants

Lieu de résidence

Questions sur la profession

Statut professionnel

Niveau d'étude :formation , diplôme.

Ancienneté dans le domaine l'hôpital, le service

Le système de travail

Conception de la relation vis-à-vis le malade

Quelles est votre vision vis-à-vis la relation soignant-soigné ?

A votre avis , quelles sont les éléments clé pour fonder une bonne relation avec les malades ?

Pensez-vous que c'est de votre rôle de soutenir le malade durant sa présence à l'hôpital ?

Questions Concernant la communication

Comment vous communiquez avec les malades durant les séances de chimiothérapie et les consultations Médicales ?

Été vous toujours à la disposition des malades même après leurs sortie de l'hôpital ?

Comment gérer vous les moments difficiles et les situations sensibles avec les malades ?

Questions sur l'empathie

Montrer vous de l'empathie envers les malades ?

Quelles sont les défis qui vous empêche d'être empathique ?

A votre avis, quelles sont les asperation envers une relation d'aide ?

Guide d'entretien pour le personnel soignant

Informations personnelles

Age

Situation matrimonial

Nombre d'enfants

Lieu de résidence

Question sur la profession

Statut professionnel

Niveau d'étude :formation , diplôme.

Ancienneté dans le domaine l'hôpital, le service

Le système de travail

Conception de la relation vis-à-vis le malade

Quelles est votre vision vis-à-vis la relation soignant-soigné ?

A votre avis , quelles sont les éléments clé pour fonder une bonne relation avec les malades ?

Pensez-vous que c'est de votre rôle de soutenir le malade durant sa présence à l'hôpital ?

Questions Concernant la communication

Comment vous communiquez avec les malades durant les séances de chimiothérapie et les consultations Médicales ?

Été vous toujours à la disposition des malades même après leurs sortie de l'hôpital ?

Comment gérer vous les moments difficiles et les situations sensibles avec les malades ?

Questions sur l'empathie

Montrer vous de l'empathie envers les malades ?

Quelles sont les défis qui vous empêche d'être empathique ?

A votre avis, quelles sont les asperation envers une relation d'aide ?

Retranscription entretien

Quel Age avez-vous ?

- 36

Été vous marié ?

- Non

Vous habitez où ?

- Commune de Oued ghir

C'est quoi votre Statut professionnel ?

- Infirmière major

Vous avez Niveau d'étude ?

- Bac +3

Depuis quand vous exercé ce métiers ?

- J'ai 14 ans d'expériences dans le service

C'est quoi votre système de travail ?

- On travail au service d'oncologie de dimanche au jeudi, de 08h jusqu'à 14h

Quelles est votre vision vis-à-vis la relation soignant-soigné ?

- La relation avec le malade est primordiale pour le bon déroulement du parcours de soin et assurer une bonne prise en charge

A votre avis , quelles sont les éléments clé pour fonder une bonne relation avec les malades ?

- Je dirait plutôt le respect, l'empathie, et la confiance

Pensez-vous que c'est de votre rôle de soutenir le malade durant sa présence à l'hôpital ?

- Oui bien sur on n'épargne occupe effort dans le bus de mettre le malades dans des bonnes conditions durant ses séances de chimiothérapie ou bien ses consultations

Comment vous communiquez avec les malades durant les séances de chimiothérapie et les consultations Médicales ?

- On informe le malade, on lui explique l'intérêt que lui porte son traitement et on le rassure pour qu'il soit en état de bien être morale .

Été vous toujours à la disposition des malades même après leurs sortie de l'hôpital ?

- Dans la majorité des cas oui, il Ya plusieurs malades qui me contacte a partir numéro de téléphone

Comment gérer vous les moments difficiles et les situations sensibles avec les malades ?

- Franchement c'est difficile, mais quand même on essaye toujours d'être empathique avec les malades et on les accompagne psychologiquement à fin qu'il puissent dépasser les moments de détresse.

Montrez-vous de l'empathie envers les malades ?

- Bien évidemment, oui je ne cesse pas d'être empathique

Quelles sont les défis qui vous empêchent d'être empathique ?

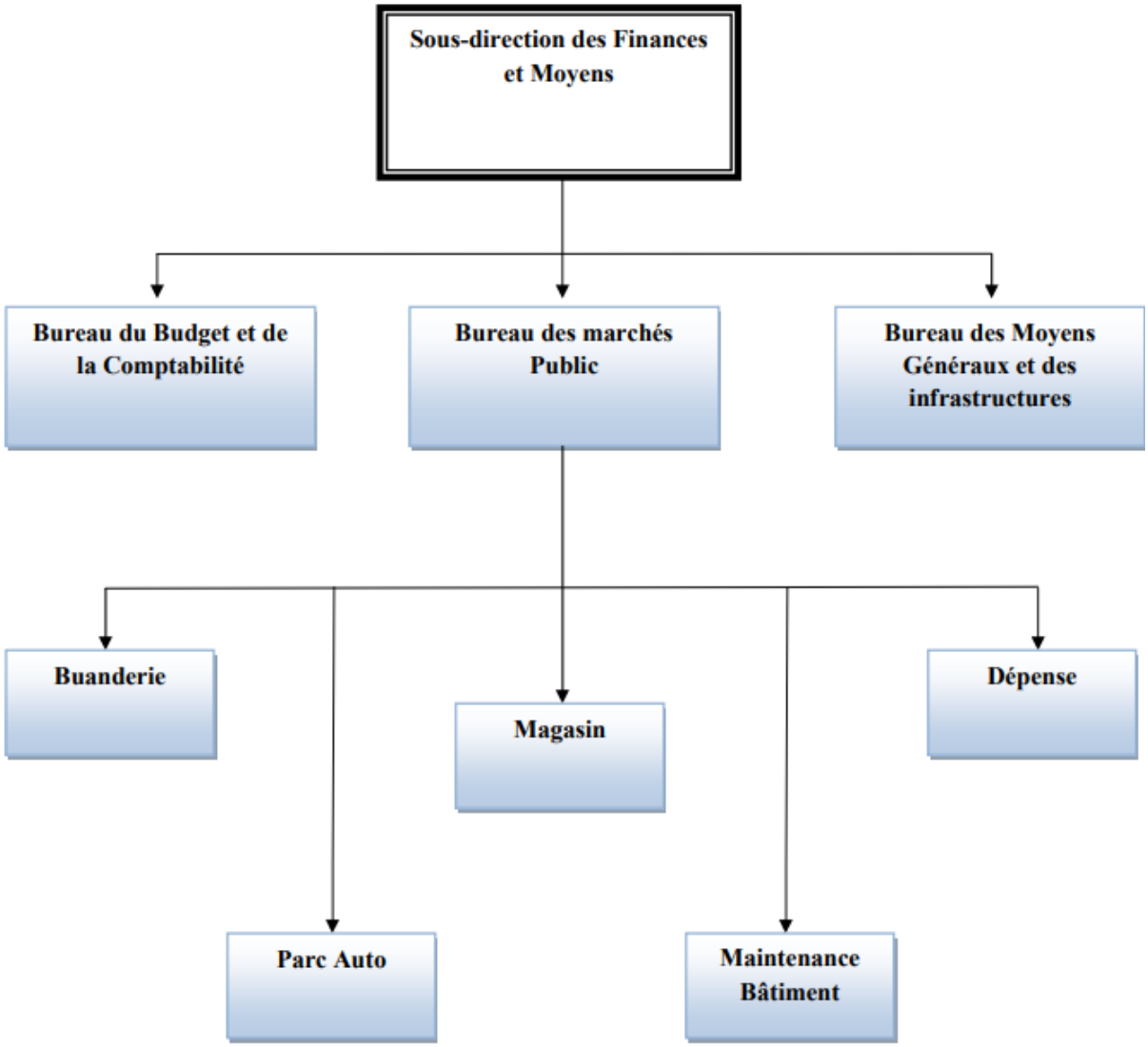
- Les accompagnateurs des malades sont dans la plus part des cas très stressé et cela génère des problèmes avec nous les personnel , mais quand même on reste toujours empathique avec le malade .

A votre avis, quelles sont les aspirations envers une relation d'aide ?

- Le malade de cancer et dans la plus part des cas une personne affaiblie donc l'écouter et prendre en charge ses besoin et la bonne façon de l'aider.

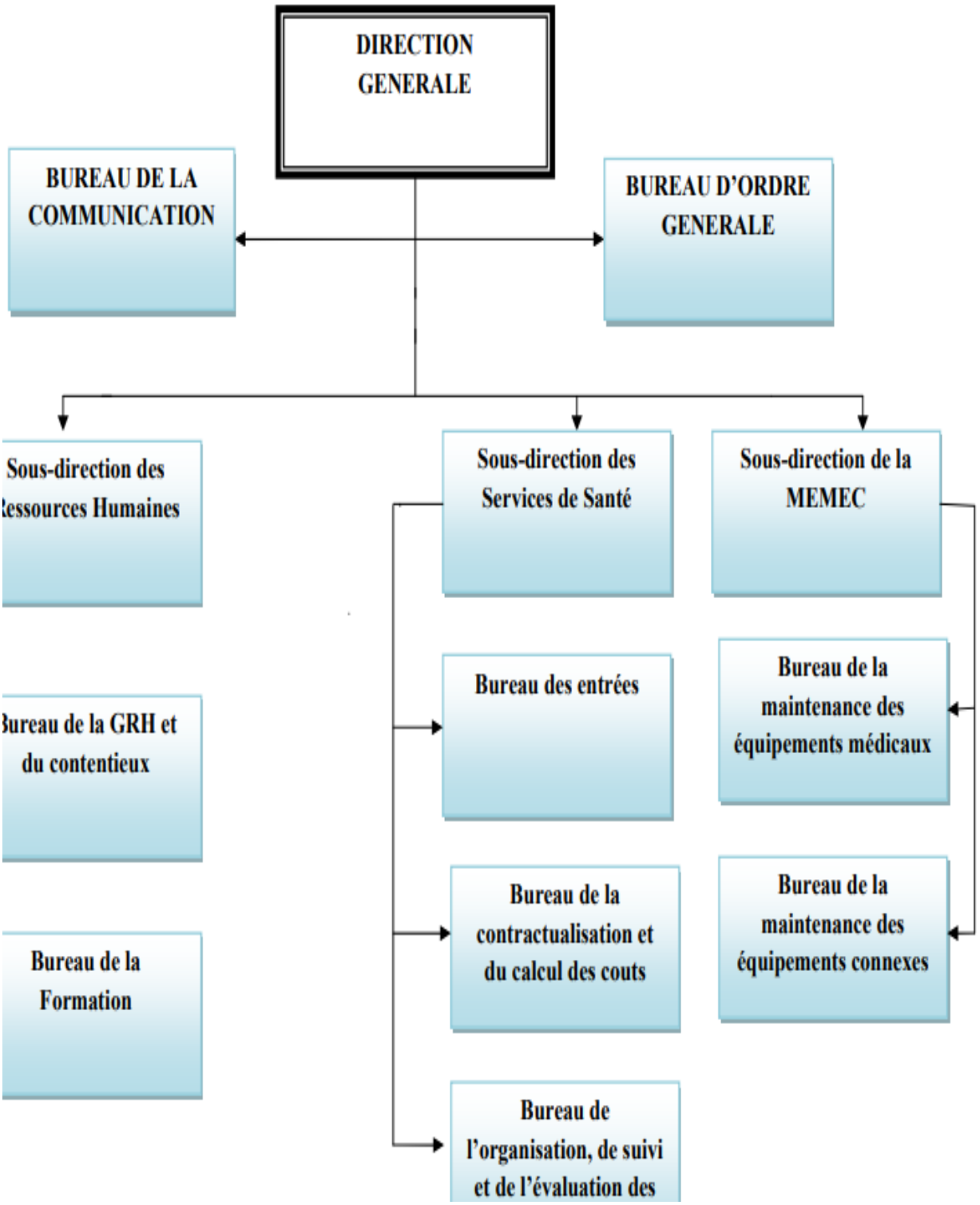
Annexe n° 03

Organigramme de sous-direction des finances et des moyens



Annexe n° 04

Organigramme de l'établissement public hospitalier d'amizour



Annexe n°05

L'hôpital BEN MERAD EL MEKKI

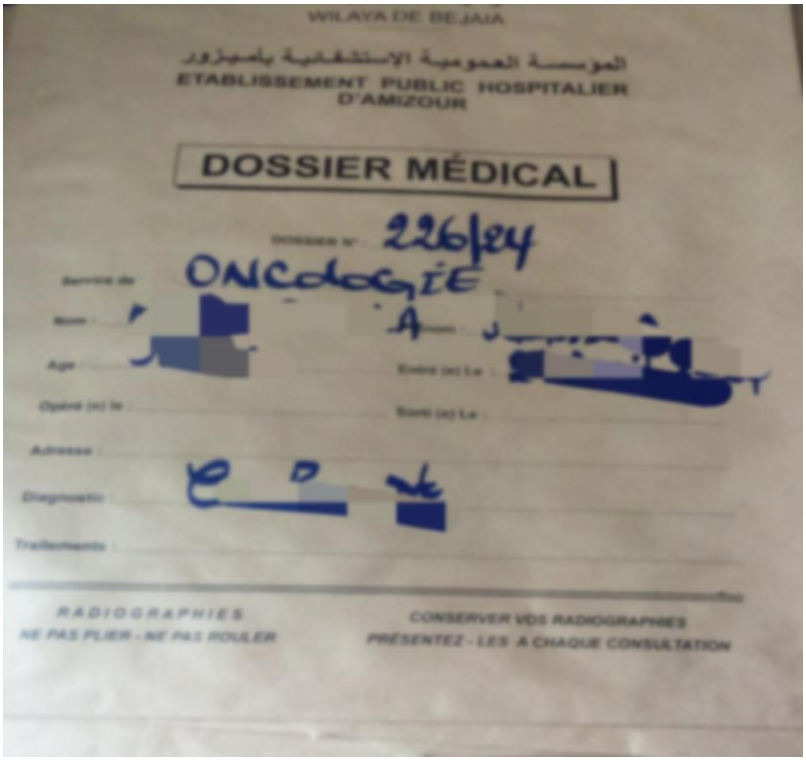
Annexe n° 06

Hôpital de jour Amizour

Annexe n°07

Dossier médical d'un malade

1



WILAYA DE BEJAIA

المؤسسة العمومية الاستشفائية بأميزور

ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER D'AMIZOUR

DOSSIER MÉDICAL

DOSSIER N° 226/24

Service de ONCOLOGIE

Nom : A Prénom :

Age : Entré (e) Le :

Opéré (e) le : Sorti (e) Le :

Adresse :

Diagnostic :

Traitements :

RADIOGRAPHIES
NE PAS PLIER - NE PAS ROULER

CONSERVER VOS RADIOGRAPHIES
PRÉSENTEZ - LES A CHAQUE CONSULTATION

Annexe n°08

dossier médicale (2).