

# I

## **Généralités en cancérologie**





## Compétences « cœur de métier »

---

### **C1** Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier

#### Diagnostiques infirmiers et jugement clinique

---

L'acquisition de cette compétence est préalable à toutes les autres, en particulier à la compétence 4 qui concerne la mise en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique.

L'évaluation infirmière est centrée sur l'évaluation du patient, de sa maladie et de ses répercussions. Elle tient compte des orientations diagnostiques et thérapeutiques. Le diagnostic infirmier, complémentaire au diagnostic médical, aide à la prise en charge globale du patient.

Le diagnostic infirmier est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels, ou aux processus de vie d'une personne, d'une famille, d'une collectivité. La démarche clinique permet d'identifier l'ensemble des problèmes de santé, elle se nourrit d'éléments d'histoire de la maladie et de signes cliniques observés. Ce processus de pensée de réflexion et d'analyse, par un raisonnement hypothético-déductif et par expérience, permet au soignant d'aboutir à un diagnostic.

Le jugement clinique est l'opinion finale émise par l'infirmier(ère), c'est-à-dire la conclusion de ses observations, déductions et raisonnements, qui conduisent à la décision des stratégies de soins et d'actions. Le jugement clinique fait appel à des connaissances théoriques solides, à une capacité d'observation fiable et argumentée. Il s'agit d'un cheminement intellectuel qui nécessite l'élaboration d'une pensée critique et construite. Les étapes du raisonnement clinique permettent de construire le projet de soins par le recueil des informations et l'interprétation des données recueillies.

En utilisant le raisonnement clinique, l'infirmière recherche et sélectionne les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect de ses droits, conduit les entretiens de recueil de données, analyse les situations de santé et de soins, évalue les risques, élabore les diagnostics.

## Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier

### ■ Évaluer la personne atteinte de cancer

- Âge, état général, antécédents, autonomie, état nutritionnel (cf. «Évaluation du patient âgé en cancérologie» p. 47; «Diagnostic de dénutrition» p. 49).
- Situation sociale et professionnelle (cf. «Impacts sociaux de la maladie cancéreuse» p. 51).
- État psychologique («Prise en charge du patient atteint de cancer et orientations thérapeutiques» p. 55).
- Habitudes de vie et comportements à risque.
- Identifier les besoins particuliers et les situations nécessitant un diagnostic infirmier, connaître les antécédents de la maladie, comprendre le vécu de la maladie.

### ■ Évaluer et comprendre la maladie cancéreuse atteignant le patient

- Comprendre le type et la localisation du cancer.
- Comprendre les principes du bilan, du pronostic et du traitement.

### ■ Identifier et comprendre les orientations diagnostiques et thérapeutiques

- Connaître les décisions de la réunion ou des réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP).
- Comprendre le contexte curatif (où les soins spécifiques sont déterminants) et palliatif (où les soins de support sont déterminants).
- Situer le temps actuel de la prise en charge dans la séquence de la prise en charge.

L'évaluation et la compréhension du contexte et de la maladie permettent à l'infirmière d'orienter sa prise en charge pour assurer l'accueil du patient, organiser et personnaliser son séjour, depuis son arrivée jusqu'à son départ vers son domicile ou une autre structure.

### Admission d'un patient en oncologie

Il existe deux types d'admission :

#### ■ Admissions programmées

- Planifiées par l'oncologue ou par le chirurgien lors de la RCP ou d'une consultation, les admissions programmées en hôpital de jour, de semaine, ou en hospitalisation traditionnelle, concernent essentiellement les traitements médicaux (séances de chimiothérapie, curiethérapie, radiothérapie, essais thérapeutiques dans le cadre des protocoles de recherche clinique), les traitements chirurgicaux (interventions), les bilans de diagnostics ou de suivi (examens, biopsies, ponctions...).

- La liste des rendez-vous planifiés est remise au patient, ou envoyée à son domicile.
- L'information du patient est largement dispensée par l'infirmière.

### ■ Admissions non programmées

Par définition imprévues, ces hospitalisations revêtent en général un caractère prioritaire ou d'urgence. Elles font suite en interne à une consultation avec un oncologue, en externe à une demande médicale pour un patient suivi au domicile ou dans une autre structure de soins. Les causes, en général, sont liées :

- à une altération de l'état général, un état douloureux non contrôlé...
- à une reprise évolutive de la maladie qui nécessite une exploration ;
- aux effets secondaires des traitements lorsque leur intensité et leur gravité rendent nécessaire un suivi médicalisé (mucite, troubles digestifs, aplasie...);
- à une prise en charge initiale qui nécessite une hospitalisation sans délai.

La gestion de ces admissions, toujours complexe, est liée aux sorties des patients hospitalisés et à la file active des patients programmés qui les rendent ou non possibles. Il est donc indispensable que les unités de cancérologie travaillent en réseaux avec les unités et structures de soins environnantes pour qu'une solution acceptable puisse toujours être proposée aux patients qui nécessitent une hospitalisation. L'information du patient est largement dispensée par l'infirmière.

### ■ Organiser et personnaliser le séjour du patient

Le séjour du patient doit être considéré dans sa globalité, intégrant à la fois les divers rendez-vous d'exams, de bilans, d'interventions et de consultations, mais aussi l'aspect psychosocial de la prise en charge. Les besoins évalués lors de la consultation d'annonce sont réévalués à chaque hospitalisation par l'infirmière et le médecin. La question de la sortie est envisagée dès l'admission, d'autant plus si une orientation vers une autre structure de soins ou une HAD (hospitalisation à domicile) s'avère nécessaire : l'intervention des professionnels des soins de support et le travail en réseau avec des équipes de coordination de soins permettent de prévoir, anticiper, organiser le parcours du patient, depuis le début de son séjour jusqu'à sa sortie.

### ■ Accueil dans le service

La prise en charge d'un patient commence dès son arrivée dans le service. La décision d'une hospitalisation en chambre individuelle peut être corrélée à une souscription à une mutuelle mais aussi à des critères objectifs tels que l'âge de la personne, son état clinique, la phase d'évolution de sa maladie, qui sont des critères objectifs d'attribution ou non d'une chambre particulière. Après avoir vérifié la concordance de l'identité du patient avec son bracelet d'identification, la présentation de la chambre, de l'équipe, de l'organisation du service et des soins facilite la prise de repères et l'instauration d'un climat de confiance. Du fait des traitements itératifs, les patients sont amenés à revenir en hospitalisation. La « première fois » fait suite à une annonce diagnostique qui génère inquiétudes et questionnements, il est important de savoir les repérer pour y apporter les réponses adaptées et mettre à disposition de la personne hospitalisée les divers livrets et documents institutionnels dans lesquels elle trouvera des informations utiles à son (ses) séjour(s), à ses traitements.

### ■ Bilan d'intercure

L'accueil du patient hospitalisé, qui revient dans le cadre de l'administration d'une chimiothérapie en hospitalisation traditionnelle ou en hôpital de jour, commence par un « bilan d'intercure », entretien d'évaluation mené par l'infirmière. Elle interroge le patient sur le vécu de la période entre la dernière cure de chimiothérapie et la suivante qui motive cette hospitalisation. Cet interrogatoire est indispensable pour évaluer le retentissement des effets secondaires du traitement sur son état général (troubles digestifs ou de l'alimentation, perte de poids, fatigue, altération de l'état général...), de façon à faire adapter les traitements médicaux en conséquence. Cet entretien permet également d'évaluer l'impact de la maladie sur la vie quotidienne au plan personnel, familial et social (dépister un syndrome dépressif, l'épuisement familial), dans le but de solliciter à bon escient les professionnels des soins de support qui organiseront

des aides et soutiens nécessaires au domicile (aide-ménagère, portage des repas, soutien scolaire des enfants, aide à la toilette...). Lorsque le maintien au domicile ne paraît plus possible, il est alors temps d'envisager une autre solution (soins de suite, maison de convalescence) pour permettre le passage de ce cap difficile, voire d'envisager une hospitalisation sur un LISP (lit identifié de soins palliatifs) ou en USP (unité de soins palliatifs).

## ■ Sortie du patient

La décision est médicale, elle est prise avec le patient et ses proches. En cas de relais par une autre structure, ou de retour au domicile avec une prise en charge infirmière, la fiche de liaison, synthèse claire de la situation de la personne, l'accompagne. Elle comporte les éléments qui renseignent sur son état physique, psychique, avec les soins infirmiers afférents à la situation. Complétée avec rigueur et pertinence, elle permet que le relais se fasse sans perte d'informations. Les prescriptions médicales (ordonnances) sont jointes (pas de recopiage).

Le mode de transport doit être adapté à l'état clinique du patient (prescription médicale de VSL [véhicule sanitaire léger] ou d'ambulance), le retour avec un véhicule individuel est possible, l'assurance maladie peut dédommager le patient au-delà d'un certain nombre de kilomètres aller/retour. Dans tous les cas, une demande d'entente préalable pour la prise en charge du transport doit être faite en amont du premier déplacement, stipulant le nombre de trajets a priori prévus.

## **C2** Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers

Cette compétence a pour objectif d'élaborer le projet de soins du patient. Le plan de soins permet d'organiser ce projet, de hiérarchiser les priorités puis de l'appliquer.

Le **projet de soins**, outil de travail avec le patient et résultante de la démarche clinique, est le processus d'adaptation du soin à la personne soignée, dans une stratégie globale. Le projet de soins s'effectue en cinq étapes : évaluation initiale, diagnostic infirmier, planification des soins, réalisation des actions infirmières, évaluation. Il concerne la mise en œuvre des prescriptions médicales auxquelles sont associées les surveillances et actions spécifiques infirmières et la réalisation des soins relevant du rôle propre infirmier. En cancérologie, le projet de soins s'inscrit le plus souvent dans des situations protocolisées (protocole de traitement, protocole de recherche, parcours de soins...). Les étapes de traitement concernent ainsi le plus souvent des actes répétés (chimiothérapie, radiothérapie).

Le **plan de soins guide** est une forme structurée qui regroupe les éléments de la démarche de soins et présente les données préétablies. Il confirme un diagnostic infirmier posé et permet un choix d'actions également préétablies pour répondre au problème de santé du patient.

Outil de travail prédéfini, il s'applique à un profil type de personnes. Des plans de soins types sont construits pour faciliter l'homogénéité de la prise en charge quand les diagnostics prévalents sont posés. Cet outil est élaboré pour une personne, il comprend l'intitulé du diagnostic infirmier et sa définition, les caractéristiques déterminantes, les objectifs poursuivis et le délai prévu pour les atteindre, les interventions de soins possibles, les résultats obtenus.



## intégrative

### Hospitalisation en oncologie médicale

*Mme R., âgée de 39 ans, pèse 62 kg et mesure 1 m 66; elle est hospitalisée depuis 8 jours en oncologie médicale. Elle est asthénique, douloureuse, manque d'appétit. Elle est mariée et mère de deux enfants de 9 et 13 ans. Éducatrice spécialisée, elle est en arrêt maladie pour ALD (affection longue durée). Son mari, professeur des écoles, est très présent.*

#### ■ Motif de l'hospitalisation

Le 19 septembre, Mme R. est hospitalisée pour la prise en charge de douleurs lombaires accompagnées de cervicalgies importantes, de céphalées et de vomissements.

#### ■ Diagnostic médical

Mme R. est atteinte d'un cancer du sein gauche (carcinome canalaire infiltrant de grade II) découvert et traité il y a sept ans, présentant une évolution métastatique au niveau du rachis en C2 et L5.

#### ■ Antécédents

Aucun antécédent médical ou chirurgical.

#### ■ Antécédents familiaux

Une tante décédée d'un cancer du sein il y a 25 ans.

#### ■ Histoire de la maladie

Il y a sept ans, Mme R. découvre une masse au niveau de son sein gauche par autopalpation. La lecture des lames par le service d'anatomopathologie permet de poser le diagnostic de carcinome canalaire infiltrant de grade II. La patiente est traitée par tumorectomie avec curage ganglionnaire, puis par chimiothérapie adjuvante, suivie d'une radiothérapie (sein gauche et aires ganglionnaires sus- et sous-claviculaires) et d'une hormonothérapie (antiestrogénique pendant cinq ans par tamoxifène).

À cinq ans, une récurrence locale est diagnostiquée lors d'une mammographie de contrôle. Mme R. est alors traitée par mastectomie totale avec reconstruction mammaire, suivie d'une hormonothérapie adjuvante (anti-aromatase : Enantone® et Fémara® [létrazole]).

Deux ans plus tard, Mme R. consulte en urgence son médecin généraliste pour des douleurs lombaires et une sciatique bilatérale (« sciatique à bascule »)

réduisant la marche avec une limitation douloureuse de sa mobilité, des cervicalgies et des douleurs de nuque. Ces éléments motivent cette nouvelle hospitalisation.

#### ■ Synthèse de l'hospitalisation

Mme R. est installée en chambre individuelle.

Une IRM (imagerie par résonance magnétique) rachidienne a mis en évidence une atteinte du corps de C2 avec une discrète épидурite sans compression médullaire. Au niveau de L5, une décompression médullaire est réalisée quelques jours plus tard. Le bilan d'extension (scanner thoracique-abdomino-pelvien et IRM cérébrale) ne décèle pas d'autre lésion. Le bilan biologique ne montre pas d'hypercalcémie, pas d'anomalie sur les lignées sanguines (anémie, lymphopénie, thrombopénie), pas d'anomalie du bilan hépatique.

Il est décidé de faire :

- une radiothérapie (C1 à C4 : 30 grays en 10 fractions; de L4 à S1 : 30 grays en 10 fractions);
- une nouvelle ligne d'hormonothérapie (anti-estrogènes : Faslodex® 250 mg × 2, à j0, j14 puis j28, agoniste de la LH-RH : Enantone® LP 3,75 mg tous les 28 jours).

Il n'a pas été retenu de geste chirurgical; une cimentoplastie de C2 est envisagée.

Mme R. reçoit les visites de ses enfants et de sa famille, mais l'éloignement géographique les rend espacées.

#### ■ Examen clinique infirmier

Mme R. se dit fatiguée, elle semble triste et renfermée, elle présente une douleur au niveau de la nuque, et des douleurs lombaires qu'elle évalue à 5 à 9 h 30 puis à 3 à 10 h 30, après l'administration d'une

interdose d'Actkisenan® prescrite en « si besoin ».

Au niveau de la mobilisation, il y a une bonne récupération, elle n'a pas besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne, cependant, elle évoque une difficulté pour monter les escaliers. Sa pression artérielle est de 125/60 mmHg, sa fréquence cardiaque est de 84 battements/min, sa température est de 37,2 °C. Elle n'est pas constipée. Son bras gauche présente un léger lymphœdème, en lien avec le curage ganglionnaire lors de la tumorectomie.

Mme R. se sent coupable par rapport à sa famille du fait de l'hospitalisation. Elle est inquiète au sujet de ses enfants, et se reproche de ne pas être auprès d'eux.

#### ■ Projet de soins

Douleur liée aux métastases osseuses, au niveau cervical et lombaire; le dérouillage matinal se manifeste par une EN à 5, une verbalisation, une expression douloureuse au niveau du faciès.

#### ■ Objectif

Diminuer cette douleur, de façon à ce que Mme R. soit le plus confortable possible et ait une EN inférieure à 2.

#### ■ Actions

Administration de son traitement sur prescription médicale. Les horaires d'administration sont 7 h 00, 12 h 00, 19 h 00.

– Bi-Profénid® (kétoprofène) LP 100 mg, 1,5 comprimé le matin et 1,5 comprimé le soir.

– Skenan® (morphine) LP 50 mg matin et soir sur 12 heures.

– Solupred® (prednisolone) 20 mg, 2 comprimés le matin.

– Actkisenan® (morphine) 20 mg, « si besoin » toutes les six heures (administré à 9 h 30).

– Efferalgan® (paracétamol) 500 mg, 2 comprimés le matin, 2 comprimés le midi et 2 comprimés le soir.

## ■ Soins corporels

Friction douce du dos au moment de la toilette, intervention du kinésithérapeute sur prescription médicale.

Évaluation de la douleur.

## ■ Effets secondaires liés aux traitements prescrits

Objectifs : prévenir les effets secondaires.

– Douleur et ulcère gastrique : le Bi-Profénid® et le Solupred® présentent des effets secondaires à types de douleur et d'ulcère gastrique ; la patiente reçoit un comprimé d'Inexium® (ésoméprazole) 20 mg le soir. Le traitement est efficace.

– Constipation : en prévention du risque de constipation lié à la prise de morphiniques, Mme R. prend un traitement laxatif osmotique : Duphalac® (lactulose), 2 comprimés le matin. Le traitement est efficace.

**Lymphœdème** lié au curage ganglionnaire, se manifestant par un œdème du membre supérieur, du côté du sein opéré :

– actions : surélévation du bras, sur un oreiller.

**Souffrance psychologique** liée à une pathologie récidivante majorée par l'hospitalisation, liée à

l'éloignement familial plus particulièrement de ses enfants, et enfin, liée à la connaissance du pronostic vital. Cela se manifeste par des verbalisations, une tristesse générale :

– actions : instaurer un climat de confiance qui permette à Mme R. de verbaliser ses craintes et ses ressentis, en étant empathique, à l'écoute, disponible, en répondant à ses questions ;

– assurer une prise en charge psychologique et évaluer le besoin d'un traitement antidépresseur. Administrer le traitement antidépresseur prescrit (Zoloft® [sertraline] 100 mg matin) et vérifier son efficacité, proposer un suivi psychologique.

## **Perturbation de la dynamique familiale et du rôle parental**

lié à l'hospitalisation, à l'éloignement familial, à l'asthénie, se manifestant par un repli sur soi, de la tristesse et de la culpabilité.

– actions : horaires larges de visites adaptés aux besoins des enfants et du conjoint, proposition du lit accompagnant pour son conjoint ;  
– permettre la verbalisation de la patiente et de son entourage, et être à l'écoute ;

– avec les professionnels des soins de support, évaluer la faisabilité d'une permission « test » au domicile, en vue de l'organisation d'une HAD, faire intervenir l'assistante sociale pour organiser les aides au domicile ;  
– s'assurer que le soutien psychologique est effectif, proposer un suivi psychologique des enfants, et un soutien psychologique familial.

## **Risque infectieux** lié à la chirurgie (cimentoplastie) :

– actions : surveillance régulière de la température (matin et soir, plus en cas de fièvre), réfection du pansement en respectant les règles d'asepsie, recherche des signes de l'inflammation.

Un retour au domicile avec le support d'une HAD est à envisager pour cette patiente, dans la mesure où sa maladie en phase évolutive le permet.

En conclusion, cette observation de la patiente avec une évolution défavorable du cancer du sein illustre bien le besoin du prise en charge technique (diagnostique et thérapeutique) et globale.

## **C3 Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens**

L'objectif de cette compétence est d'apprécier la capacité de la personne à réaliser les activités de la vie quotidienne, d'adapter les soins à ses besoins, de mettre en place des actions pour maintenir au maximum son autonomie tout en sécurisant son environnement.

Accompagner la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens c'est, en premier lieu, s'appuyer sur le recueil de données (cf. compétence 1). Les patients hospitalisés pour une prise en charge d'une pathologie cancéreuse risquent de perdre leur autonomie. L'altération de l'état général liée à la maladie et à son évolution, les effets secondaires des traitements qui ont des répercussions physiopathologiques et un retentissement sur l'état général (asthénie, anorexie, perte de poids, anémie...) modifient les dynamiques individuelles et familiales, perturbent les besoins. Le travail en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire permet de mieux évaluer ces retentissements et de délivrer des soins qui tiennent compte de cette évaluation en les adaptant à chaque situation. Le travail en binôme infirmière/aide-soignante, offre une collaboration adaptée pour la mise en œuvre de ces soins.

En cancérologie, une importance particulière a été donnée pour cette compétence en mettant systématiquement en place un temps d'accompagnement soignant (TAS) (cf. cas cliniques lors de temps d'accompagnements pour des patients atteints de cancer ORL, de cancer du sein, de cancers de la prostate p. 132, 134, 200.).

## **C4** Mettre en œuvre les actions à visée diagnostique et thérapeutique

Cette compétence, seule référencée dans le programme de l'UE 2.9 «Processus tumoraux», est probablement la référence principale concernant l'UE. Du fait de sa globalité, elle s'articule avec toutes les autres compétences.

Elle est centrée sur le respect des règles et des bonnes pratiques, l'exactitude du calcul de dose, la qualité de la surveillance et du suivi, la sécurité des soins.

La lecture, la compréhension et l'analyse de la prescription médicale, sont les prérequis qui permettent à l'infirmière d'en dépister les éventuelles anomalies. La préparation et la mise en œuvre de cette prescription selon les règles de sécurité, d'hygiène et d'asepsie, sa planification et son organisation, l'identification des risques liés et enfin la traçabilité s'appuient sur des acquis théoriques indispensables.

## Administrer des traitements anticancéreux

---

La connaissance des caractères généraux des diverses molécules de chimiothérapie et autres thérapies anticancéreuses, des toxicités immédiates et retardées, de leurs surveillances et préventions est incontournable pour toute infirmière en oncologie. L'infirmière doit savoir repérer les informations qui lui manquent et faire les recherches nécessaires pour les trouver. Elle doit acquérir une lecture critique des prescriptions, savoir vérifier les calculs de dose et identifier les effets indésirables des molécules administrées. Elle doit en connaître les règles de surveillance et les grades de toxicité pour orienter et affiner son évaluation clinique. L'éducation thérapeutique qu'elle prodigue au patient est liée à ces connaissances.

## Connaître les paramètres biologiques, hémodynamiques et leur interprétation

---

La validation de l'administration de traitements de chimiothérapie, comme l'indication de gestes ou d'interventions chirurgicales, sont liées aux normes biologiques en deçà ou au-delà desquelles ces traitements, gestes ou interventions sont contre-indiqués. L'infirmière doit connaître les normes des bilans biologiques qu'elle prélève (numération formule sanguine, ionogramme sanguin, bilan de coagulation, etc.). En tant que maillon dans la chaîne de l'administration du médicament et interlocutrice privilégiée dans la préparation des patients qui bénéficient de gestes ou d'interventions, elle doit être capable de déceler et d'alerter sur toute anomalie qui contre-indiquerait leur faisabilité. Il en est de même pour ce qui concerne la surveillance de l'hémodynamique et de la température corporelle qui, lorsqu'elles sont perturbées, peuvent constituer des contre-indications.

## Maîtriser des gestes et des soins techniques

---

Les pansements simples ou complexes, les manipulations ou ablations de lames, les soins de stomies ou de trachéotomies, les sondages vésicaux ou gastriques, les transfusions sanguines, les poses de voies veineuses, de Gripper® ou d'aiguilles de Huber®, les prises de sang, etc., sont des gestes dévolus aux infirmières. Leur maîtrise implique l'acquisition de connaissances anatomiques, physiologiques, biologiques, en plus du respect des règles d'hygiène et d'asepsie.

## Prendre en charge la douleur

---

Les pathologies cancéreuses ont souvent une symptomatologie douloureuse complexe (cf. chapitre 19, Douleur et soins de support en cancérologie). L'évaluation de la douleur, systématisée, fait partie du bilan initial à l'admission du patient. Elle est réitérée et tracée tout au long de son séjour hospitalier ou en institution, comme lors de son suivi au domicile.

Cette évaluation implique de connaître :

- les différentes échelles d'auto- et d'hétéroévaluation accompagnées d'une observation et d'une évaluation clinique fiable ;
- les codes de traçabilité ;
- les différentes voies d'administration et matériels de perfusion, avec leurs manipulations et réglages ;
- les différentes thérapeutiques, leurs modes d'administration, leurs indications, leurs délais d'action, les surveillances spécifiques associées (dépistage des surdosages et des effets secondaires avec les actions à entreprendre).

La douleur est une urgence et une priorité de traitement, les protocoles de prescriptions anticipées existent pour garantir une administration d'antalgique dès l'apparition du symptôme douloureux. Cela est pour l'infirmière garant d'une autonomie accrue qui engage son évaluation clinique et sa prise de décision.

En cancérologie, pour la douleur, plusieurs caractéristiques et situations sont fréquemment retrouvées comme :

- la fréquence de la douleur lorsque les tumeurs sont étendues et infiltrantes pour les tissus nerveux avoisinants. À l'opposé et paradoxalement, le début de la maladie cancéreuse n'est pas douloureux et est une cause de retard et de déni du diagnostic. La douleur est ainsi un symptôme fréquent de tumeur évoluée et d'évolution tardive de la maladie ;
- l'intensité de la douleur qui doit nécessiter sans réserve le recours aux antalgiques majeurs (niveau 3) dès lors que la douleur est intense ;
- la fréquence d'accès douloureux paroxystiques dont la prise en charge a été facilitée récemment par les nouveaux traitements morphiniques d'action rapide ;
- les variétés de type de douleurs dont les douleurs neuropathiques, de prise en charge difficile et liées à des lésions nerveuses ;
- la chronicité de la douleur qui implique une bonne éducation thérapeutique.

Une réflexion d'abord initiée en pédiatrie sur les douleurs provoquées par les soins s'étend au domaine de la cancérologie. L'attitude de prévention des douleurs provoquées par les soins est d'autant plus nécessaire que les actes sont répétés et que les prises en charge thérapeutiques s'allongent avec les progrès des traitements.

## Situation clinique

Mme M., 64 ans, est suivie pour un cancer du sein découvert en 2010. Elle a été traitée par mastectomie-curage, suivie d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie. Depuis quatre mois, elle présente une douleur progressivement croissante au niveau des lombaires, irradiant en barre vers l'avant, qu'elle évalue à 7/10 à l'EVA (échelle visuelle analogique). La douleur est déclenchée par la mobilisation du rachis (accès douloureux paroxystique mécanique), de même que lors de l'examen médical, par la percussion de l'épine de L4. Mme M. craint les accès douloureux qui surviennent de façon imprévisible de nuit comme de jour, ils sont intenses (EVA à 8) et de durée courte : une heure. Anxieuse, elle n'arrive plus à dormir la nuit et est épuisée.

Le bilan d'imagerie montre une métastase du corps de L4 mais également de L1 et de L2, d'aspects lytiques sans risque de fracture. Le paracétamol codéine, jusqu'à quatre comprimés par jour, ne suffit plus.

Le mécanisme nociceptif de la douleur de fond, l'insomnie, la répercussion fonctionnelle et l'EVA supérieure à 5 imposent la mise en place d'un traitement morphinique de palier 3. Mme M. est donc hospitalisée en oncologie médicale pour la mise en route d'un traitement antalgique à base de morphine à libération prolongée (60 mg/24 heures), complété par des interdoses de morphine à libération immédiate.

Dans son entretien d'accueil, l'infirmière réévalue la douleur de Mme M. La patiente n'ayant jamais reçu de morphine, l'infirmière lui en explique le mode d'action et la surveillance, dont les effets indésirables :

- le risque de constipation, elle vérifie qu'un laxatif osmotique a bien été prescrit ;
- le risque de nausées et vomissements qui peuvent perdurer quelques jours et pour lesquels une prescription d'antiémétique pourra être faite si nécessaire ;
- le risque de somnolence, d'autant plus que la patiente a été insomniaque et a du sommeil à récupérer.

De nombreuses idées reçues existent sur la morphine : peur de l'addiction, peur d'être allergique ou intolérant, alors qu'il s'agit d'effets secondaires qui doivent être traités comme tels. L'infirmière utilise ces quelques jours d'hospitalisation pour accompagner Mme M. dans la formulation de ses craintes et questionnements concernant son traitement et y répondre.

Il s'agit de la première prescription de morphinique de palier 3, l'infirmière est attentive à des manifestations de surdosage, sachant que ces mêmes effets indésirables sont aussi des signes de surdosage précoce, d'autant plus s'ils sont associés et durent dans le temps. La patiente bénéficie donc d'une surveillance infirmière rapprochée sur les 48 à 72 heures qui suivent la mise sous morphine.

La surveillance infirmière porte à la fois sur la tolérance au traitement et l'évaluation de la douleur. La patiente a beaucoup dormi les 24 premières heures, elle a eu quelques nausées qui ont cessé avec du Primpéran®, elle prend les laxatifs et a un transit intestinal correct.

L'évaluation de la douleur à 48 heures est à 3 sur l'échelle EVA. L'infirmière évalue aussi les accès douloureux paroxystiques (ADP) sur leur délai d'apparition, leur durée, leur nombre diurne et nocturne, leur mode de déclenchement. L'objectif est de vérifier que leur nombre est inférieur à 4/24 heures, que la prise de la morphine LI est efficace (EVA divisée par deux). L'infirmière constate que les ADP sont très intenses et d'apparition rapide, elle le signale au médecin qui réajuste le traitement avec une prescription de fentanyl transmuqueux d'action plus rapide. L'infirmière reprend avec la patiente les explications données par le médecin concernant l'utilisation de ce nouveau produit qu'elle doit utiliser à la demande, dès la survenue d'un ADP, sans attendre, en respectant un délai entre deux prises ; elle vérifie que l'ouverture et la fermeture du boîtier de fentanyl ne posent pas problème.

Quand Mme M. retourne à son domicile, sa douleur de fond est stabilisée (EVA < 3), deux ADP sont notés par jour, traités efficacement par le fentanyl transmuqueux. Elle a retrouvé un sommeil récupérateur et son humeur est stabilisée. Elle connaît les éléments de surveillance de son traitement (surdosage, effets indésirables), ainsi que la gestion des différents produits et la compréhension de leur utilisation.

L'hospitalisation a aussi été l'occasion de faire le point sur ses besoins psychosociologiques. Il s'avère que le traitement efficace de la douleur permet à Mme M. de garder une bonne autonomie au domicile, et qu'elle n'a pas besoin d'aide ou de soutien supplémentaire pour le moment.

### Se préoccuper de l'état nutritionnel du patient tout au long de sa maladie

---

La maladie cancéreuse peut être responsable de dénutrition, surtout dans les formes évoluées ; les traitements induisent ou aggravent la dénutrition.

### Tenir compte de l'hygiène de vie

---

Il faut tenir compte d'une hygiène de vie dans un contexte difficile, prolongé et souvent douloureux, d'où l'importance d'une activité physique adaptée, de la prise en charge des conduites addictives, des temps de détresse psychologique.

### Respecter le choix et la dignité du patient

---

Respect de la législation (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Leonetti), désignation d'une personne de confiance, directives anticipées...

## **C5** Initier et mettre en œuvre les soins éducatifs et préventifs

La démarche d'éducation thérapeutique part du repérage des besoins et des demandes de la personne. Elle consiste à instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage, en vue d'une alliance thérapeutique. Elle tient compte de son niveau de connaissance et de compréhension, pour l'accompagner dans un processus d'apprentissage et de prise de décisions concernant sa santé. La conception et la formalisation d'un projet d'éducation thérapeutique pour un individu ou une collectivité font appel à des compétences pédagogiques où le choix et l'utilisation des outils employés doivent être pertinents et adaptés.

En cancérologie, les soins éducatifs existent à tous les niveaux de la prise en charge, depuis la prévention, la découverte de la maladie avec la mise en traitement, le suivi post-cancer ou l'échec thérapeutique. La prévention se fait au travers des programmes nationaux de santé publique, « Octobre rose », pour le cancer du sein, les dépistages systématisés (cancer du sein, du côlon), les politiques de prévention des risques liés au tabac, la prévention du cancer du col utérin... L'information donnée concerne l'intérêt des actions de prévention mais aussi une description des modalités et des techniques.

Différents modes d'exercice du métier d'infirmière, dans différents lieux de vie sont concernés (milieu scolaire, entreprises...).

Lorsque la maladie est déclarée, il s'agit de développer des programmes où l'on prend en compte les représentations que les patients ont de leur maladie, où l'on cherche à comprendre ou anticiper les mécanismes de blocage qui freinent ou risquent de freiner l'adhésion aux traitements et aux recommandations. Au cours d'entretiens menés en individuel ou en groupe avec un soignant (une infirmière

formée à l'éducation thérapeutique), la parole est laissée aux patients. Le but est de les accompagner dans la formulation de leurs objectifs. En complément des entretiens, des supports d'information en format papier, audiovisuel, ou informatique, facilitent l'apport de connaissances et donnent des éléments de réponses aux patients.

L'éducation thérapeutique est un temps fort du «TAS» (temps d'accompagnement soignant), elle porte essentiellement sur les effets secondaires des traitements avec les risques associés, les conseils hygiéno-diététiques, la prise en charge de la douleur, intégrant le contexte psychosocial propre à chaque patient. Avec le développement des thérapies ciblées, administrées sous forme orale, sur le long terme, la préoccupation de l'adhésion au traitement pour aller vers une alliance thérapeutique est plus que d'actualité. Les soins éducatifs et préventifs prennent une place importante en en faisant une compétence à part entière, cela répond à un champ d'évolution du métier d'infirmière.

Selon les recommandations de l'OMS Europe, «l'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit, par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladies; elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie».

## Compétences « transverses »

---

### **C6 Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins**

Les pathologies cancéreuses sont variées, elles touchent toutes les catégories socioprofessionnelles à tous les âges de la vie; bien qu'il existe des «populations à risque» (profil alcoolotabagique par exemple), la population de patients concernés est globalement très hétérogène.

Dans le contexte du soin, la compétence sur la communication s'appuie sur trois points :

- l'analyse de la situation;
- l'adaptation de la communication;
- la recherche du consentement du patient.

Savoir écouter, faire verbaliser, réassurer et reformuler, instaurer un climat de confiance, maintenir une juste distance professionnelle, sont les capacités et les qualités attendues des soignants. L'accès aux diverses formations (éducation thérapeutique, relation d'aide...) est utile, de même que le travail en équipe pluridisciplinaire est indispensable. Il permet, par la concertation des différents membres de l'équipe, de garantir la cohérence du message transmis. Cela est rassurant pour le patient qui se sent compris et en confiance.

Pour adapter le message, le profil de patient, ses besoins, ses attentes, doivent être repérés et pris en compte (exemple : «Éducation d'un patient gastrostomisé», encadré 1.1).

## Encadré 1.1

### Éducation d'un patient gastrostomisé

(document simple donnant les éléments essentiels de surveillance pour le patient)

Votre alimentation par la bouche est devenue insuffisante ou impossible, ou risque de le devenir. La sonde de gastrostomie permet de couvrir vos besoins nutritionnels (figure 1.1). Vous pourrez ainsi reprendre du poids ou ne plus en perdre.

#### La sonde de gastrostomie

- Tube souple placé directement dans l'estomac.
- Les points d'ancrage permettent de fixer la paroi de l'estomac à la peau.
- Au bout de trois semaines, ils tomberont.

#### Alimentation et hydratation

- Votre alimentation par la sonde se composera de deux à quatre poches par jour ; une poche de 500 ml équivaut à un repas.
- Une poche de 500 ml se passe au minimum en deux heures.
- Pendant le passage des poches, veillez à ne pas vous allonger complètement, afin d'éviter les reflux.
- Rincez la sonde avec une seringue d'eau après chaque passage de poche.
- Si vous vous alimentez par la bouche, vous pouvez continuer selon vos habitudes, sauf en cas de fausses-routes.
- Pour une hydratation suffisante, veillez à passer plusieurs seringues d'eau dans la journée. En cas de soif, augmentez cet apport.
- En cas de diarrhée : vous devrez passer l'alimentation plus lentement et augmenter l'apport en eau. En l'absence d'amélioration, prévenir votre prestataire.
- En cas de constipation : augmentez l'apport en eau. N'hésitez pas à en parler à votre prestataire, qui pourra modifier votre protocole.
- En cas de perte de poids et/ou de faim, contactez rapidement votre prestataire.

#### Médicaments

- Assurez-vous auprès de votre médecin ou pharmacien que vos médicaments peuvent être passés par votre sonde.

#### Soins de gastrostomie

- Une infirmière refera votre pansement tous les deux jours pendant dix jours.
- Dans les premiers jours, évitez les bains. Vous pouvez prendre des douches avec un pansement imperméable.
- Quand les points d'ancrage seront tombés, vous pourrez effectuer vous-même les soins locaux (eau savonneuse, rincez bien, séchez bien, laissez à l'air ou protégez votre sonde à l'aide d'un pansement).
- La sonde bougera toujours de quelques centimètres, ne vous inquiétez pas. Faites attention à ne pas trop la tirer.

#### Incidents possibles

##### *Votre sonde est bouchée*

- Passez de l'eau tiède ou du soda à base de cola ; clampez pendant cinq minutes, puis appliquez une légère pression et réaspirez avec une seringue.
- Rincez à nouveau votre sonde.

**Votre sonde fuit ou est tombée**

- Téléphonnez rapidement au service de radiologie interventionnelle de votre centre hospitalier de référence afin d'avoir un rendez-vous pour mettre dès que possible une nouvelle sonde.
- Si votre sonde est tombée, il faut la reposer dans les heures qui suivent.

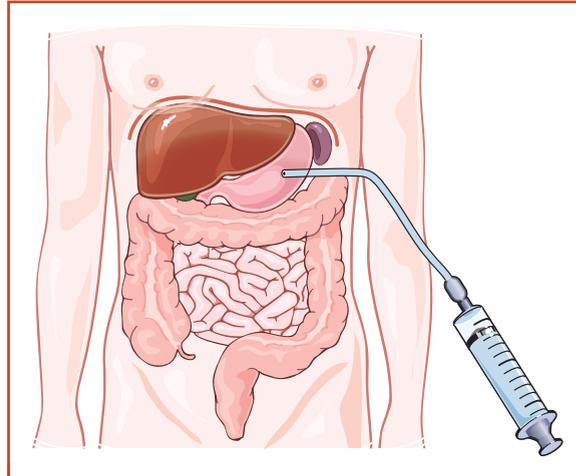


Fig. 1.1 Implantation de la sonde de gastrostomie.

## **C7 Améliorer la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle**

La septième compétence concerne la démarche qualité et la gestion des risques. La matériovigilance, la pharmacovigilance, l'hémovigilance, les règles d'hygiène et la prévention des infections nosocomiales, l'élimination des déchets, la prévention des risques liés aux soins (accidents exposant au sang, chute des patients...) participent à la sécurité sanitaire de façon générale. Il convient donc de connaître les différents protocoles qui s'y rapportent ou savoir les rechercher et respecter les règles de bonnes pratiques qui régissent l'exercice du métier d'infirmière et les professions du soin en général.

L'accent peut aussi être mis sur des risques professionnels variés comme :

- la manipulation de produits cytotoxiques, soumise à une réglementation rigoureuse ;
- les risques d'accidents d'exposition au sang ;
- la radioprotection ;
- dans un autre domaine, du fait de la confrontation à la maladie grave et à ses conséquences, le risque accru d'épuisement professionnel.

## **C8 Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques**

La recherche en cancérologie accompagne les progrès de la médecine. Les infirmières de recherche clinique (IRC) ont leur place dans ces équipes où tous les domaines de la cancérologie sont concernés,

qu'il s'agisse du domaine de la prévention ou du développement de nouveaux traitements. Les infirmières participent au déroulement des essais, au recueil des données scientifiques.

La recherche en soins infirmiers se développe actuellement. Le TFE (travail de fin d'étude) représente pour les étudiants une initiation à la recherche infirmière. Ce travail, qui questionne la réalité du terrain professionnel, leur permet de développer la réflexion et l'analyse. La recherche infirmière s'inscrit dans la perspective d'une amélioration des pratiques, d'une construction à long terme d'une identité professionnelle à part entière.

L'«universitarisation» des études en soins infirmiers avec l'entrée dans le processus LMD (licence, master, doctorat) favorise l'émergence de «nouveaux métiers» (infirmiers de pratique avancée dans des domaines tels que la consultation infirmière, la prise en charge de la douleur, l'éducation thérapeutique, la coordination infirmière...), pour certains validant un master 2, et fait que la profession évolue avec des infirmières qui développent des champs de compétences et des savoirs complémentaires aux formations initiales.

## **C9 Organiser et coordonner les interventions soignantes**

Cette compétence valorise le rôle infirmier dans une dimension d'interprofessionnalité. En pratique, les principaux collaborateurs de l'infirmière sont le médecin et l'aide-soignante. De la qualité de la communication entre ces différents acteurs de soins va dépendre la qualité et la pertinence des actions et décisions prises. En effet, la connaissance du patient se complète grâce à ces différentes approches médicales et paramédicales.

L'organisation et la coordination des interventions soignantes permettent de répondre aux exigences de la continuité des soins.

En cancérologie, des temps de coordination ont été mis en place lors des Plans cancer successifs. Les autres professionnels de la chaîne du soin peuvent être sollicités par l'infirmière, en concertation avec l'équipe : appel de l'assistante sociale en cas de nécessité d'un bilan social devant un contexte familial et financier précaire ; appel de la diététicienne pour un patient présentant une mucite, pour une adaptation de son alimentation ; appel de la socioesthéticienne pour une personne qui vit mal une alopecie et a besoin de conseils avisés ; demande d'entretien avec le psychologue pour le patient qui lors de l'entretien d'annonce de la maladie a semblé avoir peu de ressources psychologiques pour faire face, et aurait besoin d'un soutien ; appel de l'infirmière coordonnatrice pour une sortie d'un patient isolé qui souhaite retourner à son domicile, pour qu'elle en évalue la faisabilité avec le réseau de soin local (médecin généraliste, infirmière du domicile), etc.

Toutes ces actions sont transmises dans le dossier de soins infirmiers, par l'intermédiaire des transmissions ciblées. Cette méthode de traçabilité structure de manière rationnelle et synthétique les informations concernant le patient, de façon à ce que la lecture en soit claire et rapide. Rédigées par l'infirmière en collaboration avec l'aide-soignante, les transmissions ciblées tracent les problèmes ou événements survenus. Les transmissions ciblées, datées et signées sont rédigées sous forme de «données, actions, résultats» ou DAR (tableau 1.1).

Pour compléter le recueil d'informations, divers documents de surveillance peuvent exister : feuille de suivi douleur, feuille de suivi alimentaire, échelle de Beck pour évaluer le niveau de dépression, feuille de température, feuille de surveillance de chimiothérapie, de pansement, diagramme de soins... Qu'elles soient sur papier ou informatisées, elles garantissent, par leur fiabilité et leur pertinence, le suivi de l'information et la continuité des soins.

Tableau 1.1. Exemple de transmission infirmière.

Date-heure Émargement cible	Données	Actions	Résultats
20 sept. 14 h 00 Perte d'appétit	Matin et midi : refus de manger le contenu de son plateau	Appel diététicienne : fractionnement des prises alimentaires, enrichissement des plats	A mangé la moitié du plat principal au déjeuner et un laitage chocolaté dans l'après-midi
20 sept. 22 h 00 Douleur	Douleur au niveau des lombaires EVA 6	Prescription anticipée 1 g paracétamol PO donné	21 h 45 EVA 3
20 sept. 23 h 00 Chute	A chuté en se levant, troubles de l'équilibre	Recouché, EVA 2 Sonnette à portée de main Fiche incident faite	Pas de plainte particulière, ni de douleur déclenchée par la chute
20 sept. 23 h 30 Perte d'espoir	Se sent inutile, dit « qu'il veut en finir », pleure	Présence, écoute, relation d'aide Voir si nécessité d'une orientation vers un psychologue demain	Se sent mieux, s'endort à 0 h 30

## **C10** Informer, former des professionnels et des personnes en formation

(Cf. « Exercices d'autoévaluation en fin d'ouvrage »)

Cette compétence a pour objectif d'impliquer les infirmières dans l'accueil et la formation des nouvelles infirmières et des stagiaires. La spécificité de la cancérologie rend nécessaire un temps de formation et d'adaptation pour les nouvelles infirmières. Elles doivent intégrer la connaissance des pathologies et de leurs traitements, des procédures et protocoles en usage, les surveillances spécifiques, les gestes techniques, les divers matériels, le dossier de soins.

Les soins relevant du rôle propre infirmier peuvent faire l'objet d'une collaboration avec les aides-soignantes. La capacité de l'étudiant à travailler en collaboration avec les aides-soignantes et à évaluer leur travail est prise en compte.

### Stage en cancérologie

Un « tuteur », la plupart du temps une infirmière, assure le suivi pédagogique du stage. Le cadre de santé ou « maître de stage » en est garant de sa qualité et de son organisation. Les autres soignants sont les « professionnels de proximité », ils encadrent l'étudiant au quotidien. L'étudiant doit pouvoir bénéficier d'un livret d'accueil qui comporte les éléments d'information nécessaires à la compréhension du fonctionnement du lieu de stage, les situations les plus fréquentes devant lesquelles il pourra se trouver, les actes et activités qui lui seront proposés, et les éléments plus spécifiques de compétences qu'il pourra acquérir. L'étudiant articule ses objectifs de stage à ceux du service.

Son parcours de stage organisé par le tuteur lui fait découvrir le parcours du patient.

L'apprentissage se fonde sur des « situations apprenantes », situations représentatives du métier d'infirmière ; leurs fréquences et leurs richesses les rendent particulièrement intéressantes au plan pédagogique. La formation rend l'étudiant capable d'adopter une attitude réflexive sur sa pratique. Le but est qu'après avoir appris dans un contexte spécifique (la cancérologie), il soit capable d'analyser les situations vécues, de se construire des repères, de les transférer dans les autres contextes de soins qu'il rencontrera ultérieurement.

