



L'annonce du cancer

Cours mfv en ligne
Mon patient a un cancer
03.06.2021

Anne-Laure Serra
médecin associée
Unité de Liaison,
Service de psychiatrie de l'âge avancé

Y a-t-il une bonne façon d'annoncer une mauvaise nouvelle?

- le «comment faire» dépend de nombreux facteurs
- mais les compétences de base de toute bonne communication restent les mêmes
- cancer = mort
- réaction émotionnelle (**patient ET médecin**) : inévitable/naturelle/à ne pas trop craindre/à contenir

La communication efficace pourquoi ?

- meilleur fonctionnement psychologique du patient
- meilleure compliance
- meilleur contrôle de la douleur
- amélioration du rappel des informations
- meilleure qualité de vie et satisfaction

Effets d'une communication inefficace

Chez le médecin:

- stress
- insatisfaction au travail
- burnout

Chez le patient:

- confusion
- détresse émotionnelle accrue
- difficulté à poser des questions, exprimer ses émotions et comprendre l'information

Une communication centrée sur le patient, mais parfois les médecins.....et les patients.....

- dénient la souffrance émotionnelle et se focalisent sur l'information
- utilisent trop de questions fermées
- interrompent le patient après 18 secondes en moyenne

Et les patients:

- ne comprennent pas les phrases utilisées
- ne prennent qu'une petite partie de l'information

Une fois sur deux, désaccord sur le problème principal

Compétences communicationnelles

- ne sont pas juste le produit de l'expérience clinique
- s'apprennent
- s'améliorent avec l'entraînement

Meilleur moyen: apprentissage expérientiel (jeux de rôle) + feedback constructif/structuré

Trois types de compétences: le contenu (**what**), le processus (**how**), le perceptif (**thinking and feeling**)

Principes d'une communication efficace

→ base commune mutuellement comprise

1-interaction plutôt que transmission

l'émetteur doit être attentif au récepteur, recevoir un retour,...

2-diminution de l'incertitude non nécessaire

par ex. clarifier rôles, but des questions, attentes, nommer l'incertitude inévitable,...

3-planification et réflexion sur le but

par ex. ventiler l'émotion, versus résoudre le malentendu à l'origine de l'émotion

4-dynamisme

chaque patient, chaque situation, est différente: pas de «truc» qui marche toujours

5-en spirale

Ecoute active

- N'est pas juste la capacité à répéter ce que le patient a dit
- Correspond à : une qualité de présence psychologique, émotionnelle et sociale

= se taire sans s'absenter, en restant en lien

= parfois, écouter pleurer (tranquillement)

- Diminue les plaintes tardives
- Permet d'entendre disease et illness

Annoncer un cancer selon le modèle de Calgary-Cambridge

1- Se préparer: **temps**, lieu/**confort (des deux!)**, accompagnant, revoir le dossier, **déposer** sa propre valise autant que possible.

2- Débuter: où on en est, pourquoi on se voit, de quoi on va parler(«**agenda**»), où en est le patient, comment il va.

3- Partager l'information: **sonder ce qu'il sait déjà/pense**, **combien il veut savoir** (le plus souvent, il veut savoir qu'il a un cancer), «**warning shot**», paroles **claires et simples**, par **morceaux**, ni trop ni trop peu, **pauses**, **vérifier** compréhension au fur et à mesure, **résumer/organiser**

Annoncer un cancer selon le modèle de Calgary-Cambridge

4- Être attentif au patient: **signes non-verbaux/verbaux**, permettre les **pauses**, le déni, **encourager** l'expression des émotions, vérifier la compréhension, être conscient des **significations non partagées**, accueillir avec **empathie**, ne pas craindre de se montrer ému (mais prudence!), soutenir («on va regarder tout ça **ensemble**»).

5- Planifier et soutenir: **avoir identifié** toutes les préoccupations, **transformer** les émotions intenses en soucis dont on peut s'occuper (**concret**), prioriser, **jalons** pour la suite, **espoir réaliste**, filet de **sécurité**, **qualité** de vie.

6- Suivi et fermeture: **résumer**/vérifier, **rdv proche** (même téléphonique), **impliquer** proches, **supports** écrits, **ne pas se précipiter** sur le traitement.

Référence

- Silverman J., Kurtz S., Draper J. Skills for communicating with patients. Radcliffe Publishing, 2005, 2nd edition
- Stiefel F, Barth J., Bensing J et al. Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Annals of Oncology* 21:204-207, 2010
- Bousquet G., Orri M., Winterman S. et al. Breaking bad news in oncology: a metasynthesis. *J Clin Oncol* 33 2437-2443 August 2015.
- Parker P. A., Baile W. F., de Moor C et al. Breaking bad news about cancer: patient's preferences for communication. *J Clin Oncol* 19:2049-2056. 2001
- Baile W. F., Buckman R., Lenzi R. SPIKES: A six-step protocol for breaking bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist* 2000;5:302-311
- Amiel GE., Ungar L., Alperin M et al. Ability of primary care physician's to break bad news: A performance based assessment of an educational intervention. *Patient Education and Counseling* 60 (2006) 10–15