

L'annonce  
d'une mauvaise  
nouvelle

Laurent Garderet  
Septembre 2005-09-21  
Mémoire du Diplôme Inter Universitaire de  
Pédagogie Médicale

# Plan

Introduction

Définition

I/ Pourquoi faut il savoir faire une telle annonce ?

II/ Le problème

III/ La perspective du patient

IV/ La perspective du médecin

V/ Une stratégie d'annonce en 6 étapes (Buckman R)

Conclusion

Bibliographie

L'objectif de ce cours est double :

1/ Connaître l'importance de la relation médecin-malade

Il a été démontré que la qualité de la relation du médecin avec le malade influe sur la satisfaction du patient, sa compliance au traitement, sa perception de la compétence du médecin, sa santé et l'éventualité de poursuites judiciaires<sup>1,2</sup>. Les règles de comportement face à un malade, la façon de s'exprimer et d'adapter son discours, d'entrer en empathie avec lui, de l'approcher et de le toucher sont bien souvent transmises et acquises implicitement par l'observation lors des stages hospitaliers. Il est souhaitable qu'un enseignement aborde explicitement ce thème et ces savoirs, que l'étudiant s'entraîne pour acquérir ces aptitudes, et prenne conscience de leur importance dans l'acte médical.

2/ S'avoir annoncer une mauvaise nouvelle

C'est une confrontation inévitable. Si l'entretien se déroule bien, le stress, inhérent à l'annonce, du patient et du médecin diminuera en intensité et dans la durée.

Auparavant, on n'annonçait pas au patient un diagnostic grave au pronostic péjoratif. On pensait qu'il ne le supporterait pas, qu'il perdrait espoir. Désormais, il faudrait tout dire. Des études qui interrogent des patients après l'annonce du diagnostic indiquent que la majorité des patients veulent savoir. En fait, il faut dire mais la difficulté est de savoir comment le dire<sup>3,4</sup>. Il faut passer de l'information à la communication.

### **Définition :**

C'est une nouvelle qui modifie profondément et de façon péjorative l'avenir d'un individu. On peut noter le caractère subjectif de l'interprétation d'une telle nouvelle. Le médecin qui annonce une telle nouvelle ne sait pas a priori comment elle sera perçue par son patient. Pour notre exposé, nous envisageons l'annonce d'un diagnostic de cancer ; une femme jeune avec un ganglion cervical qui se révèle être une maladie de Hodgkin ou bien un homme qui présente une dyspnée révélatrice d'un cancer du testicule avec métastases pulmonaires, un homme qui vient pour une visite de routine chez lequel on diagnostique un cancer de la prostate, une femme avec un nodule dans le sein à priori sans gravité et qui se révèle être un cancer par exemple.

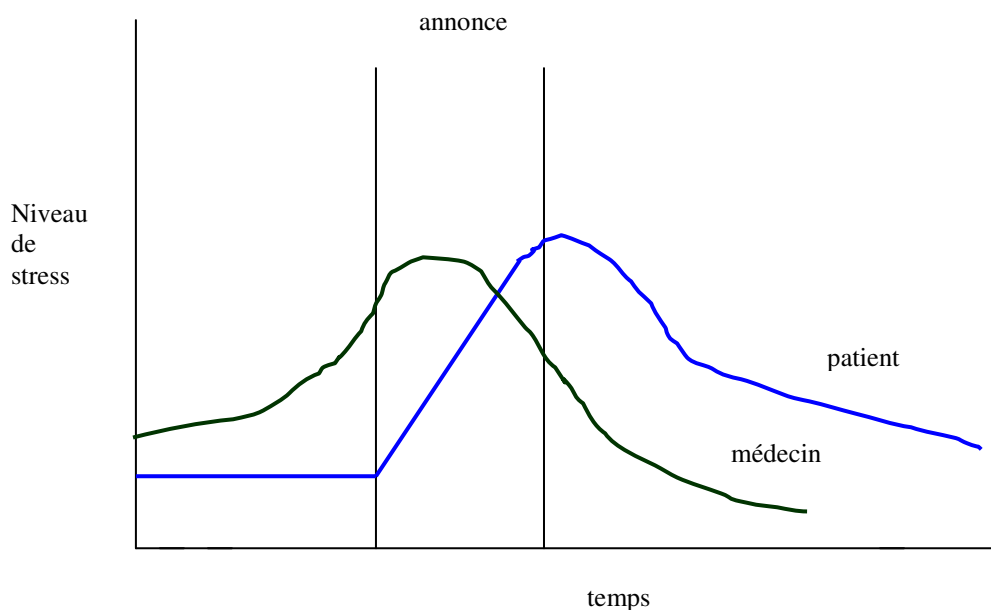
### **I/ Pourquoi faut il savoir faire une telle annonce ?**

- grande fréquence

C'est une situation très fréquente que rencontrera tout médecin. Un questionnaire a révélé que parmi des oncologues américains, 60% annonçaient une mauvaise nouvelle 5 à 20 fois par mois et 14% plus de 20 fois par mois.

- stressant pour le patient et le médecin

C'est une situation stressante pour le patient mais également pour le médecin. Le médecin s'interroge sur la mort et en particulier la sienne, il peut se sentir coupable de révéler une telle nouvelle et il ignore la réaction du patient. L'évolution du stress du patient et du médecin au cours d'un tel entretien a été évaluée (Figure).



- déterminant pour la relation médecin-malade

La façon dont l'annonce est faite est déterminante pour la relation ultérieure médecin-malade et facilite la prise en charge médicale ; Une bonne communication permet de la part du patient une meilleure compréhension de l'information, un meilleur ajustement psychologique au traumatisme, une préservation d'un certain espoir et une meilleure appréciation des soins. Ce premier entretien sera celui dont le patient se souviendra le mieux. Chaque phrase sera interprétée. On évoque des mécanismes d'empreinte.

- aptitude qui s'apprend

C'est une aptitude à communiquer qui s'apprend. Elle est enseignée dans un certain nombre de faculté de médecine mais également auprès de médecin confirmé<sup>5,6</sup>. A la suite d'une telle formation, le médecin se sent plus en confiance et effectivement l'entretien avec le patient est meilleur<sup>7</sup>.

- c'est légal

La loi stipule qu'il faut donner une information loyale, claire et appropriée.

En France, le plan cancer insiste sur la nécessité d'une bonne annonce du diagnostic et cette connaissance est exigée à l'examen national classant en fin d'étude de médecine.

## II/ Le problème

Nicole Alby, psychologue, disait : « Si l'information en cancérologie est ce qu'un médecin n'a pas envie de dire à un malade qui n'a pas envie de l'entendre, on peut admettre que la communication soit difficile ». De façon plus explicite, le philosophe Comte-Sponville résume bien cette confrontation du médecin face au patient : « Les médecins sont soumis à trois confrontations. La première est ce que j'appelle la confrontation au pire, qui fait de la médecine un métier tragique. Le médecin travaille sur la ligne de front, au plus près de l'horreur. La deuxième est la confrontation à l'autre qui fait de la médecine un métier éthique.

Le médecin travaille sur l'humain, son objet est un sujet. La troisième confrontation, la confrontation à soi qui fait de la médecine un métier solitaire. Solitude à entendre ici non comme le fait d'être isolé, mais le fait d'être dans une situation que personne ne peut assumer à votre place ». Il y a donc un mélange de trois confrontations : le « pire » chez « l'autre », le « pire » chez « soi » et le « soi » chez « l'autre ». Dans cet entretien, il faut savoir être à la bonne distance, ni trop près ni trop loin du patient.

- On aborde la mort <sup>8</sup>.

C'est un point particulièrement sensible et probablement l'enjeu crucial. Les étudiants en médecine redouteraient la mort et les médecins qualifiés encore plus ! Ce serait une des raisons pour lesquelles ils ont choisi les études médicales pour avoir un sentiment de maîtrise de la mort. Annoncer une mauvaise nouvelle, c'est donc aborder un sujet redouté et avoir un sentiment d'échec médical.

- Un traumatisme majeur pour celui qui reçoit l'annonce

Le traumatisme est d'autant plus important que le diagnostic est inattendu. Les études révèlent que l'annonce du diagnostic de cancer était une surprise complète dans 36% des cas, inattendue dans 20%, partiellement attendue dans 20% et la confirmation d'une suspicion dans 24% des cas.

Après l'annonce, le consultant devient patient. Sa vie ne sera plus la même. Il y a un avant et un après l'annonce. Ses repères familiaux, professionnelles et son insertion dans la société se modifieront. Il envisage un terme à son existence.

- Un entretien redouté par le médecin

1/ C'est une situation hautement imprévisible.

Le patient réagit à l'annonce selon sa personnalité. La réaction varie selon le sexe, l'âge, la culture. On recense actuellement 71 réactions à l'annonce. Les plus fréquentes sont : le silence, la colère, le déni, le désarroi, la culpabilité. Ces réactions suivent souvent un ordre chronologique, très étudié par E. Kübler-Ross : le déni (sidération, refus, isolement), irritation (colère, agressivité, révolte), marchandage, dépression et, enfin, acceptation (résignation). Le médecin se doit de connaître ces réactions et doit y répondre de façon appropriée.

Si le diagnostic est certain, le traitement est variable et le pronostic incertain. La médecine n'est pas une science exacte et les prédictions statistiques sont floues et incertaines. Dans de telle circonstance, on voudrait pouvoir avoir plus de certitudes.

2/ Les craintes sont nombreuses <sup>9</sup>.

-La crainte d'être accusé d'être responsable de la maladie. Un certain nombre de patients ont besoin d'une cible pour focaliser leur colère. Leur médecin sera leur choix. C'est une réaction à la maladie identifiée et qu'il faut considérer comme telle.

-La crainte de ne pas savoir dire « je ne sais pas ». Au cours de l'entretien, les occasions sont multiples de ne pas connaître la réponse : comment est survenue la maladie ? Pourquoi ai je cette maladie ? Quand vais je mourir ? En fait, souvent le patient sait qu'il n'y a pas de réponse mais souhaite seulement être écouté.

- La peur d'exprimer ses sentiments. On enseigne aux médecins de rester dans toutes circonstances, en particulier au cours des urgences, calme et réfléchi. A l'annonce d'une mauvaise nouvelle, il faut savoir exprimer un minimum d'émotions et de sympathie envers le patient.

### III/ La perspective du patient

De nombreuses études ont demandé à des patients qui avaient eu un diagnostic de cancer, ce qu'ils avaient apprécié ou au contraire ce qui leur avait déplu lors de l'annonce<sup>10-13</sup>. Il faut noter que ces études n'interrogent pas des individus sains confrontés à un tel problème. Ce sont des analyses rétrospectives et donc possiblement biaisées. Les suggestions principales sont :

- L'expertise

Le médecin doit connaître parfaitement toutes les possibilités thérapeutiques. Les patients n'apprécient pas du tout les avis contradictoires

- Savoir la vérité

84% des patients hospitalisés, pour toute raison médicale confondue et interrogés de façon systématique, souhaite qu'on leur dise le diagnostic de cancer si par hasard un tel diagnostic était fait. En terme de pronostic parmi des patients cancéreux avec des métastases, 85% veulent connaître la survie la plus longue avec le traitement, 80% le taux de survie à 5 ans et 81% la survie moyenne<sup>14</sup>. Ces patients précisent qu'ils souhaitent précisément la vérité pour pouvoir organiser leur avenir, celui de leur famille et prendre les décisions nécessaires. En terme de pronostic, 50% d'entre eux précisent néanmoins qu'ils ne souhaitent pas qu'il soit abordé explicitement au premier entretien. Enfin, 96% veulent savoir s'ils sont en phase terminale<sup>15</sup>.

Cependant, si la majorité des patients veulent connaître le diagnostic et le pronostic précisément, ce n'est pas le cas de tous les patients. Certains ne veulent pas savoir. En 1980, Ingelfinger, cancérologue et éditeur du New England Journal of Medicine, rapporte que lorsqu'il a appris qu'il avait un cancer, qu'il ne voulait pas tout savoir sur sa maladie ni les différentes options thérapeutiques. Une étude a interrogé les patients pour savoir pourquoi ils ne voulaient pas tout savoir. Ils veulent préserver l'espoir et ont confiance en leur médecin. De plus, l'information médicale est difficile à comprendre<sup>16</sup>.

- Maintenir l'espoir

Le patient oscille entre le désir de savoir et la peur d'être déçu

- La simplicité

Le patient veut des explications simples et claires. Il ne faut pas employer le jargon médical ni d'euphémismes. Les brochures explicatives en fin de consultation sont appréciées.

- Le respect

Chaque individu est unique et veut être respecté comme tel. Ils veulent que les résultats leur soient donnés personnellement. Les patients souhaitent pouvoir poser des questions et exprimer leurs sentiments.

- La compassion

Le patient veut un médecin qui comprenne sa souffrance, sa vie et les difficultés auxquelles il a été et est exposé.

- L'accompagnement

Parmi les patients, 38% préfèrent être seul lors de l'annonce du diagnostic, 50% souhaitent être accompagnés de leur époux (se) et 3% d'un ami. Seuls 11% acceptent la présence d'un autre professionnel de santé lors de l'entretien. Les patients apprécient de pouvoir parler de

leurs difficultés à une autre personne au cours de cette crise. A noter que 87% ne souhaitent pas que la famille soit informée avant eux. Ils souhaitent également connaître les groupes de soutien et les aides extérieures dont ils peuvent disposer. Si nécessaire, la mise en relation avec une assistante sociale est appréciée.

- Un environnement confortable

Un endroit calme, confortable, privé, sans interruption, avec un membre de la famille ou un ami.

En définitive, les patients rappellent que la façon dont l'information est présentée est aussi importante que le contenu.

#### **IV/ La perspective du médecin**

Dans toutes circonstances, il faut maintenir l'espoir et c'est le point le plus difficile <sup>17</sup>.

Le message doit être donné :

- Par qui ?

Le médecin référent et par un seul médecin.

- Quand ?

Sans délai. L'attente d'un résultat diagnostique ou pronostic est source d'inquiétude.

- Où ?

Dans un endroit calme où l'on ne sera pas dérangé. C'est une erreur d'annoncer un diagnostic au téléphone ou bien dans une salle de réveil.

- Quel message ?

Il faut par tous les moyens préserver l'espoir dans l'avenir car c'est un mécanisme majeur d'adaptation aux difficultés. Il est verbal et non verbal. Le contenu est quadruple : le diagnostic, le pronostic, les traitements envisagés et le soutien. Le moment de l'annonce et jusqu'à quel point la vérité sera dite doit être adapté aux désirs de chaque patient. Tout ne sera pas dit en une consultation mais les grandes lignes peuvent être énoncées au cours du premier entretien. Une des difficultés réside dans le fait de savoir ce que peut entendre le patient en sachant de plus que son choix varie dans le temps. A ce sujet, il existe des différences culturelles <sup>18</sup>. Dans certaines cultures, il est considéré brutal de révéler un pronostic péjoratif. Il faut donc tenir compte des convictions personnelles, culturelles, religieuses et sociales propres à chaque individu.

Comment préserver l'espoir <sup>19</sup>? Il faut insister sur ce que l'on peut faire et non pas ce que l'on ne peut pas faire. Après l'annonce du diagnostic et du pronostic, parler des traitements permet d'envisager l'avenir de façon active et positive. Préciser également que la douleur et les symptômes désagréables seront maîtrisés. Préserver la qualité de vie est un élément majeur. On peut ne pas guérir et vivre relativement confortablement parfois pendant très longtemps. Sans nier la réalité, on peut insister sur le caractère incertain des analyses statistiques et sur les progrès lents mais indéniables de la médecine. Il faut trouver le juste milieu entre espoir et réalisme <sup>20</sup>.

Le message non verbal est très nettement perçu par le patient. Il faut le regarder en face, ne pas paraître mal à l'aise et s'asseoir près de lui. Certains patients apprécient un contact physique : prendre la main, lui toucher le bras.

Souvent, le patient « n'entend » pas le message et ce d'autant plus que le pronostic est sombre. Cela fait parti d'un mode de défense inconscient protecteur (le déni). Une étude révèle que, même après avoir reçu une cassette vidéo et une lettre résumée de l'entretien, seul 50% des patients se souviennent des points essentiels de l'entretien.

Enfin, pour atténuer la brutalité de l'annonce, il est recommandé lors des tests diagnostiques d'expliquer la raison pour laquelle ils sont effectués. Savoir avant l'entretien que le résultat d'un test peut révéler un diagnostic de cancer diminue le choc de l'annonce.

- Une réponse adaptée à chaque patient ?

Compte tenu de la grande variabilité dans la perception et l'adaptation à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, certains suggèrent d'interroger tout patient hospitalisé auquel on pourrait potentiellement annoncer un diagnostic de cancer, sur la façon dont il souhaiterait qu'une telle annonce soit faite <sup>21</sup>. Cela pourrait éviter des incompréhensions. Cette attitude se justifie d'autant plus que des études ont montré que les médecins devinaient rarement les préférences de leur patient quant au contenu de l'information à donner.

## **V/ Une stratégie d'annonce en 6 étapes**

Depuis 1995, des recommandations ont été écrites à ce sujet <sup>22-25</sup>. Le but est d'arriver à une fusion entre les préoccupations du patient et la démarche du médecin. L'approche la plus pragmatique est celle décrite ci dessous.

Au Canada, le Dr Robert Buckman propose une stratégie en 6 étapes pour annoncer une mauvaise nouvelle <sup>26</sup>.

- Première étape : préparer l'entretien

Le lieu de l'entretien :

S'isoler dans une pièce calme sans risquer d'être dérangé (téléphone décroché, pager éteint)

Lorsque le patient entre dans la pièce, se présenter, et s'asseoir. Il est important d'être assis à proximité. Certains patients apprécient qu'on leur touche le bras ou qu'on leur prenne la main.

Le temps :

Vous ne devez pas être limité par le temps pour mener à terme l'entretien.

Le choix des participants : seront présents la ou les personnes choisies par le patient.

- Deuxième étape : savoir ce que sait déjà le patient

Par des questions ouvertes telles que « savez vous pourquoi cet examen radiologique a été demandé ? », vous pouvez estimer ce qu'il sait déjà du diagnostic et les connaissances médicales du patient. Actuellement, par internet, les patients ont beaucoup d'informations qu'ils comprennent peu et qu'ils interprètent souvent de façon erronée. Ils vérifient la validité des tests diagnostics effectués et des choix thérapeutiques qu'ils leur sont proposés <sup>27</sup>.

- Troisième étape : essayer de savoir ce que veut connaître le patient

Certes, une majorité de patient veut connaître leur diagnostic et leur pronostic mais certains ne le souhaitent pas. Souvent tout ne sera pas dit à la première consultation. Pour approcher le souhait du patient, on peut poser les questions suivantes : « Comment souhaitez-vous que je

vous donne le résultat du test ? Préférez-vous que je vous donne toute l'information ou bien les grandes lignes et que nous discutons du traitement ultérieurement ? »

- Quatrième étape : donner l'information

Il est préférable de ne pas donner brutalement le diagnostic mais plutôt de l'annoncer progressivement : « je suis désolé de vous annoncer... » plutôt que « Vous avez un cancer de mauvais pronostic qu'il faut traiter immédiatement ». Il faut donner des bouts d'informations digérables dans un langage simple de tous les jours. L'information portera sur le diagnostic, le pronostic, le traitement et le soutien. Tout ne sera pas dit en une consultation. L'information sera donnée selon le rythme souhaité par chaque patient.

Il faut si possible être pédagogue. Il faut expliquer au patient ce qu'est sa maladie, comment elle survient, comment agissent les traitements. Il faut vérifier régulièrement que le patient comprenne bien ce qu'on lui explique et lui répéter les messages.

- Cinquième étape : Répondre de façon empathique aux émotions du patient

Il est nécessaire de savoir identifier et d'accepter la réaction du patient à l'annonce de la mauvaise nouvelle. Cette réaction sera propre à chaque patient. A cette étape, il est très important d'écouter le patient sans intervenir. Il faut laisser le temps au patient de réagir, de s'adapter et lui donner l'occasion de poser des questions. Expliquer au patient que sa réaction est normale.

- Sixième étape : Résumer l'entretien et proposer un plan pour l'avenir

Il faut s'assurer que le patient a bien compris la situation en l'interrogeant<sup>28</sup>. Vous lui précisez ensuite le traitement envisagé aussi bien curatif que palliatif. Parler d'intervention thérapeutique pour le futur aide le patient à garder de l'espoir. Il est important de lui préciser également qu'il n'aura pas de douleur et que les symptômes désagréables seront pour la plupart évités. Il faut prévoir une autre consultation pour s'assurer de sa compréhension, répondre aux questions et l'aider à surmonter l'épreuve.

Enfin, certains recommandent d'écrire un résumé de l'entretien dans le dossier médical.

## **Conclusion**

De nombreux articles ont permis de dégager ce que souhaitent les patients à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Des recommandations sont faites et on envisage même des procédures standardisées d'annonce telle que celle énoncée dans le cinquième paragraphe. Ces informations sont utiles mais il ne faut pas oublier que chaque patient est unique et qu'il aura une réaction et une façon de s'adapter qui lui est personnelle. Chaque entretien est unique et il faudra être souple dans la communication d'une mauvaise nouvelle et respecter le choix du patient. Le point essentiel est de maintenir l'espoir. Savoir communiquer est une aptitude importante à maîtriser pour bien soigner. Le patient en sera reconnaissant et le médecin valorisé.

A des fins pédagogiques, cet exposé se doit d'être complété par une lecture de la littérature et l'analyse de vidéo sur le sujet. Pour l'acquisition de connaissances procédurales et conditionnelles, il est suggéré de réaliser des jeux de rôles. Les étudiants en médecine peuvent être à tour de rôle médecin et patient ou bien un acteur professionnel peut jouer le rôle de patient. Enfin, le compagnonnage auprès d'un médecin confirmé aidera à appréhender le problème.

## Bibliographie

- 1/ Boon H, Stewart M. Patient-physician communication assessment instruments : 1986 to 1996 in review. *Patient education and counselling* 1998;35:161-176.
- 2/ Branch WT, Kern D, Haidet P, et al. Teaching the human dimensions of care in clinical settings. *JAMA* 2001;286:1067-1074.
- 3/ Buckman R. Talking to patients about cancer. No excuse now for not doing it. *BMJ* 1996;313:699-700.
- 4/ Shattner A. What do patients really want to know. *QJ Med* 2002;95:135-136.
- 5/ JD Knox, Thomson GM. Breaking bad news: medical undergraduate communication skills teaching and learning. *Med Education* 1989;23:258-261.
- 6/ Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, et al. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA* 2003;290:1157-1165.
- 7/ Fallowfiel L, Lipkin M, Hall A. Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the united kingdom. *J Clin Oncol* 1998;16:1961-1968.
- 8/Olivier MP. *La maladie grave, une épreuve de vie*. Edition l'Harmattan 1998.
- 9/ Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J* 1984;288:1597-1599.
- 10/ Ptacek JT, Ptacek JJ. Patient's perceptions of receiving bad news about cancer. *J Clin Oncol* 2001;19:4160-4164.
- 11/ Lind SE, Good MJ, Seidel S, et al. Telling the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol* 1989;7:583-589.
- 12/ Butow PN, Kazemi JN, Beeney LJ, et al. When the diagnosis is cancer. Patient communication experiences and preferences. *Cancer* 1996;77:2630-2637.
- 13/ Schattner A, Tal M. Truth telling and patient autonomy: the patient's point of view. *AJMed* 2002;113:66-69.
- 14/ Hagerty RG, Butow PN, Ellis PA, et al. Cancer patient preferences for communication of prognosis in the metastatic setting. *J Clin Oncol* 2004;22:1721-1730.
- 15/ Yun YH, Lee CG, Kim S, et al. The attitudes of cancer patients and their families toward the disclosure of terminal illness. *J Clin Oncol* 2004;22:307-314.
- 16/ Leydon GM, Boulton M, Moynihan C, et al. Cancer patient's information needs and information seeking behaviour : in depth interview study. *BJM* 2000;320:909-913.
- 17/ TB Brewin. Three ways of giving bad news. *The lancet* 1991;337:1207-1209.
- 18/ The AM, Hak T, Koeter G, et al. Collusion in doctor-patient communication about imminent death:an ethnographic study. *B M J* 2000;321:1376-1381.
- 19/ Helft PR. Necessary collusion: prognostic communication with advance cancer patients. *J Clin Oncol* 2005;23:3146-3150.
- 20/ Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, et al. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *J Clin Oncol* 2005;23:1278-1288.
- 21/ Keating DT, Nayeem K, Gilmartin JJ, et al. Advance directives for truth disclosure. *Chest* 2005;128:1037-1039.
- 22/ Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995;13:2449-2456.
- 23/ Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA* 1996;276:496-502.
- 24/ Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES- a six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist* 2000;5:302-311.

- 25/ Marin-Pache de la Menardiere H. L'annonce du diagnostic : situation de crise. Réflexion en médecine oncologique 2004 ;1 :43-44.
- 26/ Bukman R. S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Edition Masson, Paris, 2001.
- 27/ Ziebland S, Chapple A, Dumelow C, et al. How the internet affects patients' experience of cancer: a qualitative study. BMJ 2004;328:564-570.
- 28/ Fallowfield L. Giving sad and bad news. The lancet 1993;341:476478.

## **Vidéo**

- Fondation Bayer, réalisation Synapse, 1998: "L'annonce de la mauvaise nouvelle".
- Colin R, Hacpille L, Guédon C et al. Université de Rouen, Faculté de Médecine, 01-01-2001, avec le soutien de la Ligue Nationale contre le Cancer et de la Conférence des Doyens de Facultés de Médecine : « Apprendre à informer les malades atteints de pathologie grave ».