

39^{es} journées de la société française de sénologie et
de pathologie mammaire.
Lille – Novembre 2017

Le dispositif d'annonce améliore le vécu de l'annonce du cancer

Docteur Ophélie SOULIE

Psychiatre

Département Soins de support – Institut Curie

39^{es} journées de la société française de sénologie et
de pathologie mammaire.
Lille – Novembre 2017

Aucun conflit d'intérêt

L'annonce du cancer: l'annonce d'une mauvaise nouvelle

Un choc, une confrontation, une épreuve ... pour le patient et sa famille

Un exercice exemplaire de communication

« Le cancer c'est quelque chose que le médecin n'a pas envie de dire à un malade qui n'a pas envie de l'entendre »

Une étape clé dans l'histoire de la maladie et du sujet

Représente l'entrée dans la maladie, qui n'a pas débuté avec les premiers symptômes mais avec son annonce.

Un moment unique et crucial de la relation soignant / soigné

Acte de parole et de reconnaissance, où la maladie est nommée, le sujet est impliqué dans sa pathologie.

La rencontre s'inscrit dans une réalité temporelle, et l'échange est réciproque et humain.

Un moment de « vérité » pour le patient et le médecin

L' amorçage d'un acte thérapeutique en soi, première étape de l'information

Risques liés à l'annonce diagnostique

Risques somatiques

augmentation de la morbidité et de la mortalité liée à une mauvaise compliance

Risques psychologiques

de décompensation psychopathologique

- 1 patient sur 2 est en détresse psychologique intense
- 20 % des patients nécessitent une intervention psychologique ou pharmacologique
- la détresse est d'autant plus intense qu'il existe une accumulation d'événements de vie stressants

De l'intérêt d'informer...

Beaucoup d'études démontrent l'intérêt de mieux informer !

- Réduction de l'anxiété
- Amélioration des capacités d'adaptation du patient
- Meilleure alliance thérapeutique, par :
 - une meilleure compréhension : augmentation du sentiment de **cohérence**, d'où une meilleure **adhésion**
 - une **plus grande maîtrise** (décision, connaissance, anticipation, organisation, compréhension du vécu personnel)
- Réduction du temps d'hospitalisation et des conduites à risque
- Diminution du recours à des traitements de confort (analgésiques, anxiolytiques, somnifères) et aux médecines parallèles

D'où vient le dispositif d'annonce?

Processus de création de 1998 à 2006

- **1998: 1^{er} états généraux français**
 - Revendication des patients à l'expression forte d'un changement dans la relation médecin-malade.
 - Accès à une consultation d'ancrage, devenue consultation d'annonce.
 - Etablir une relation dans la confiance, la durée et le respect.
- **2000: 2^e états généraux français**
 - Nécessité de transmettre une information claire.
 - Début de la coordination avec la prise en charge psycho-sociale.
- **Mars 2003: 1^{er} plan cancer**
 - Mesure 40: Aboutissement constituant une réponse institutionnelle aux différentes revendications.
- **2004 – 2005: expérimentation du dispositif**
 - Validation du dispositif structuré, création de 7 cancéro-pôles nationaux, et création de l'INCA.
- **2009 – 2013: 2^e plan cancer**
 - Renforcement de la qualité et de la sécurité des soins.
- **2014 – 2019: 3^e plan cancer**
 - Garantir un accès aux soins équitable.

Articulation du dispositif d'annonce

Selon les recommandations nationales de l'INCA



4 temps

- Temps médical

Annnonce du diagnostic, de la stratégie thérapeutique, validation en RCP et détermination d'un PPS.

- Temps d'accompagnement soignant

Ecoute, reformulation, information, dépistage et orientation.

- Temps d'accès à une équipe soins de support

Psychologie, service social, kinésithérapie, nutrition...

- Temps d'articulation ville – hôpital

Association précoce du médecin traitant dans le parcours de soins

Objectifs du dispositif d'annonce

Pujol (2008).

- Le DA se doit de respecter la personne dans toutes ses dimensions.
Appréhender dès la première consultation le contexte médical, social, psychologique, culturel du malade...
- Il faut faire de l'annonce un moment constructif de l'avenir, ou du moins non destructif...
Illusion de penser que le DA peut rendre le moment « agréable »
« Il n'y a pas de mauvaise annonce mais de mauvaises façons d'annoncer ... »
- Le DA se doit de respecter les temps psychologiquement nécessaires à l'élaboration d'un nouveau schéma de vie.
Intégrer la menace, permettre l'expression des émotions, tenir compte du processus de maturation des informations...
- Le DA se doit d'être conforme à l'organisation des soins en oncologie.

Critères de qualité du dispositif d'annonce

Bettevy (2006).

Selon les patients	<ul style="list-style-type: none">• Cadre contenant, rassurant, de confiance• Accompagnement relationnel <p>« Il s'agit de ne pas apporter de la souffrance à la souffrance »</p> <ul style="list-style-type: none">• Sécurité et humanité
Selon les professionnels	<ul style="list-style-type: none">• Humanité et simplicité, adaptation du langage...• Disposer de temps pour mener les consultations• Être disponible professionnellement et psychologiquement pour écouter, expliquer, accompagner... Avoir du temps pour accueillir dignement• Coordination avec des interlocuteurs pour mieux répondre aux besoins et attentes du malade• Mettre à disposition des malades des informations écrites, audiovisuelles, électroniques...



Vécu de l'annonce à l'ère du dispositif d'annonce (1)

En 2011:

Etude de Rannou, soutenue par l'INCa

29 patients de 31 à 81 ans, tous diagnostics de cancer confondus, recrutés sur deux sites d'île de France

Résultats:

- 16 des 29 patients n'avaient pas d'appréhension avant la consultation d'annonce
- 14 sur 29 ont estimé la présence des proches pendant le temps consacré, utile et soutenante.
- Globalement satisfaits du contenu des échanges, insistant davantage sur la qualité et l'ajustement du discours.
- Dans l'après coup immédiat de la consultation, grande disparité dans les modalités de mise en œuvre du dispositif: accès ou non à l'entretien avec un soignant, proposition des soins de support parfois trop rapide, parfois inexistante...

Recommandations pour améliorer le vécu

- Limiter le nombre de soignants pendant la consultation initiale
- Toujours suggérer que le patient vienne accompagné
- Y consacrer du temps, former les médecins à l'annonce des mauvaises nouvelles
- Ne pas employer de termes trop techniques et peu clairs
- Importance du rôle des soignants tout au long du parcours

« Le dispositif d'annonce, utile et nécessaire, ne doit pas faire perdre de vue l'importance de la dimension humaine... ».

Vécu de l'annonce à l'ère du dispositif d'annonce (2)

(INCa, 2012)

En 2012:

Etude d'impact menée par l'INCa en lien avec la ligue nationale contre le cancer

908 malades dans 53 établissements de santé

évaluation du dispositif d'accompagnement mis en place autour de l'annonce et le ressenti des malades

Résultats:

Points satisfaisants	Points à améliorer
<ul style="list-style-type: none">• Climat de confiance• Qualité de la relation soignant- soigné• Ressentis favorables de l'aide et du soutien des soignants• Satisfaction de l'information reçue	<ul style="list-style-type: none">• Adaptabilité à différentes catégories de malades (CSP +, femmes, malades franciliens, personnes âgées)• Proposition plus fréquente du temps d'accompagnement soignant• Clarification et remise du PPS• Accessibilité plus précoce à l'évaluation sociale



Vécu de l'annonce à l'ère du dispositif d'annonce (3)

(Ricard, 2017, in press)

En 2017:

236 patients inclus sur 3 établissements de Haute Savoie.

Evaluation du ressenti des patients sur le dispositif d'annonce.

Résultats:

Points satisfaisants	Points à améliorer
<ul style="list-style-type: none">• le cadre général de l'annonce• la relation avec le médecin• la coordination entre les différents acteurs• la relation avec les infirmières d'accompagnement et le personnel des soins de support.	<ul style="list-style-type: none">• La durée de l'entretien• le temps d'information sur les traitements et leurs effets indésirables• la remise du programme personnalisé de soin.



En pratique, certaines difficultés...

Quid de l'annonce avant l'entrée dans le dispositif de soins?

Consultation faite au cabinet du généraliste ou par le radiologue en ville

Il n'y a pas que l'annonce initiale du diagnostic mais une succession d'annonces!

Annonce initiale, d'une récurrence ou d'une rechute, d'une évolution ou d'une aggravation de la maladie, de l'échec d'une thérapeutique, d'une évolution sous traitement, du passage d'un stade curatif à un stade palliatif, du pronostic, de la fin de vie....

Voir même, certaines « bonnes nouvelles » ont le même impact que les mauvaises !

La protocolisation du dispositif sécurise le patient et le soignant mais c'est lourd, chronophage, contraignant sur le terrain!

Le repérage des besoins en soins de support et l'adressage a tendance à cloisonner!

Personnalisation de la pec du patient, meilleure écoute de ses attentes et besoins mais peut générer des besoins auxquels on ne peut pas toujours répondre.

Place du psy dans le dispositif d'annonce?

L'annonce diagnostique : choc → crise → défenses et adaptation.

Réalité clinique vaste: incompréhension, sidération, tristesse, intellectualisation, déni...

« EFFET TRAUMA » → Appel du psy ?

- Pas de valeur ajoutée à la présence du psy, voire peut être néfaste pour le bon déroulé de la consultation. (dramatisation excessive, impression de « double peine »...)
- Rôle du médecin annonceur: Accueillir les réactions, les identifier, les reformuler.
- Laisser un temps de « digestion psychique ».

Intérêt dans l'immédiateté: si état de choc psychique ou si état de stress aigu.

« defusing »: accueillir les émotions et ressentis, laisser le patient verbaliser pour ventiler, penser l'événement et y mettre du sens.

Sinon, à distance:

Meilleure identification des besoins et affranchissement de l'effet de sidération.

Demande d'aide habitée par le patient.

Conclusion

Utile et nécessaire mais ne diminue pas la dimension de « bouleversement »

L'annonce d'une mauvaise nouvelle reste une mauvaise nouvelle !

Le dispositif consiste à parler au malade du possible, « c'est lui donner les moyens de lutter et c'est aussi l'accompagner » (Pujol, 2008)

Profite aussi bien au patient qui « l'a réclamé » qu'aux soignants qui s'y rassurent

Étape-clef mais pas de « recette » : **harmonisation plus qu'uniformisation**

Faire du **cas par cas !**

Contraignant, chronophage et pas toujours reproductible, à l'heure de la rentabilité...

Merci de votre attention

Références

- S.Rannou, N. Guirimand et al. Le vécu de l'annonce du cancer à l'ère du dispositif d'annonce. *Psycho-oncol* (2011) 5:227-234
- F. Bettevy, C.Dufranc et al. Critères de qualité de l'annonce diagnostic: point de vue des malades et de la ligue nationale contre le cancer. *Risques et qualité*. 2006. III, 2.
- INCa. Etude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades en 2011. (2012).
- C.Ricard, I.Hamon et al. Étude transversale, multicentrique, sur le ressenti des patients concernant le dispositif d'annonce du diagnostic de cancer. *Bull Cancer* (2017) In press.
- JL Pujol, CG Brueuret Dawson et al. Le dispositif d'annonce. Du concept à la pratique. *Rev Mal Respi* 2008; 25:3548-3554.