



Journal Homepage: [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/16583
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/16583>



RESEARCH ARTICLE

LA CONSULTATION D'ANNONCE DE CANCER ENTRE REALITES ET PERSPECTIVES.

K. Nouni, H. Fares, S. Elmajjaoui, T. Kebdani, H. Elkacemi and K. Hassouni

Département de Radiothérapie, Institut national d'oncologie, Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 31 January 2023

Final Accepted: 28 February 2023

Published: March 2023

Key words:-

Cancer, Announcement Consultation,
Accompaniment

Abstract

The announcement of the diagnosis of cancer represents a fundamental step in the patient's history, it conditions the quality of the bond of trust with the doctor and requires very special attention. It is for this reason that the announcement consultation must be identified in the course of care for cancer patients. The objective of our survey of 80 patients followed in the radiotherapy department at the National Institute of Oncology is to analyze the methods of announcing cancer and the feelings of patients in order to target possible points for improvement for a better care while addressing some psychological and communicational characteristics of the announcement of bad news, ethical considerations and regulatory and deontological frameworks that structure this approach in Morocco.

Copy Right, IJAR, 2023.. All rights reserved.

Introduction:-

Le terme « cancer » est volontiers associé immédiatement à la souffrance, à la solitude et à la mort. Le pronostic est pourtant souvent voisin des troubles cardiovasculaires mais annoncer un cancer est plus difficile qu'annoncer un infarctus du myocarde ou une maladie métabolique grave ou même le sida(1).

La qualité de l'annonce de la maladie joue un rôle essentiel dans la prise en charge médicale, Une communication médecin-malade efficace est le fondement du soin. Elle augmente la satisfaction des patients et des médecins et influence l'obtention de meilleurs résultats thérapeutiques (2,3). Cette annonce est d'autant plus difficile à faire qu'elle survient souvent après une période d'errance diagnostique qui a ébranlé la confiance du patient dans la parole de son médecin.

L'annonce du diagnostic de cancer doit répondre à deux exigences complémentaires liées entre elles : rendre ce moment éprouvant pour le malade, pour ses proches, mais aussi pour son médecin, le moins violent possible, et permettre que la relation médecin-patient puisse se nouer sur une base de confiance, dès ce moment d'entrée dans la maladie. C'est pour cette raison que la "consultation d'annonce" doit être identifiée dans l'organisation des soins aux patients atteints de cancer.

Alors, comment annoncer cette maladie sans traumatiser le patient ? Comment effectuer cette annonce le moins brutalement possible ? En réalisant une enquête auprès de 80 patients suivis dans le service de radiothérapie à l'institut national d'oncologie, nous avons tenté d'analyser les modalités d'annonce du cancer et le ressenti des patients afin de cibler les éventuels points à améliorer pour une meilleure prise en charge.

Corresponding Author:- K. Nouni

Address:- Département de Radiothérapie, Institut National d'oncologie, Maroc.

Matériels et Méthodes:-

L'étude réalisée est une enquête observationnelle descriptive, rétrospective, par questionnaire auprès de 80 patients traités et suivis au sein du service de Radiothérapie à l'Institut National d'Oncologie. Tous les patients ont eu leur première annonce de diagnostic de cancer dans un autre établissement de soin par les médecins spécialistes d'organe ou autres. Le questionnaire est composé de 30 questions organisées en 5 parties :

1. Caractéristiques des patients
2. Consultation d'annonce avant la prise en charge au sein de notre service
3. Consultation d'annonce au sein de notre service
4. Ressenti des patients
5. Evaluation générale

Les réponses aux questions ont été reportées dans un fichier Microsoft Excel. L'analyse statistique a consisté en une description des variables réalisées à l'aide du logiciel Excel .

Résultats:-

L'âge médian des patients est de 52 ans avec une prédominance féminine (60% des cas). Plus de 87% des patients sont d'un niveau socioéconomique bas. Les cancers gynéco-mammaires représentent la localisation prédominante suivie des cancers ORL et pulmonaire (tableau 1)

Le questionnaire a permis d'évaluer deux temps essentiels de l'annonce du cancer à savoir la préannonce correspondant à la première évocation de la maladie avant l'arrivée du patient à notre service et la consultation d'annonce au sein de notre service.

L'analyse des données de la consultation de préannonce (tableau 2) montre que seulement 68% des patients étaient informés sur leur maladie. Chez ces patients, l'annonce de la maladie a été faite dans 49% des cas par le médecin spécialiste d'organe, dans 20% par l'oncologue médical, dans 11% par le personnel paramédical et dans 10% des cas par les laboratoires d'anatomopathologie et dans 10% des cas par le cabinet de radiologie. Pour les 32% des patients non informés de leur maladie les raisons sont dans 60% des cas un choix de la famille, dans 18% des cas le diagnostic a été expliqué autrement (infection, nodule, pathologie bénigne) et dans 22% des cas les patients sont référés à notre service sans aucune information.

Tableau 1:- Les caractéristiques épidémiologiques de notre population.

Nombre total	80
Femme	60%
Homme	40%
Age médian	52ans
Niveau économique Bas	87%
Localisation du cancer	
ORL	14
Digestive	8
Gynéco-mammaire	25
Urologique	10
Pulmonaire	12
Cérébrale	4
Autres	7

L'annonce a été faite dans 40% des cas dans un bureau, dans 30% dans le couloir, dans 20% dans la chambre d'hospitalisation lors de la visite et dans 10% des cas par téléphone.

88% des patients trouvent que le temps consacré à cette annonce est insuffisant contre seulement 12%. 76 % des patients ont estimé que le médecin n'a pas su trouver les mots justes pour leur annoncer leur maladie et plus de 40% des cas ont jugés que les informations fournies sont très insuffisantes pour la compréhension de la nature de la maladie, du protocole de traitement et du pronostic. Suite à cette première consultation d'annonce les émotions vécues par le patient étaient dans 50% l'idée de mort liée au cancer, 30% le désespoir et la peur de laisser les enfants seuls, et seulement 20% ont eu un sentiment d'acceptation de leur maladie.

De façon globale, les résultats montrent que seulement 65% des patients informés sont satisfaits de la préannonce contre 35%, selon ce dernier groupe les raisons de non satisfaction soulevées sont principalement en rapport avec les propos utilisés par le médecin dans 42%, le temps consacré à l'annonce dans 25%, le lieu de l'annonce dans 20% et la source de l'information dans 13% des cas (laboratoire, paramédical).

Quant à l'analyse des données de la consultation d'annonce au sein de notre service (tableau 3) les résultats ont montré que le diagnostic a été directement annoncé au patient dans 80% des cas et dans 20% des cas à la famille en raison de l'état clinique du patient. Le temps consacré à cette annonce a été jugé très suffisant dans 50%, suffisant dans 30% et insuffisant dans 20%. Les patients ont jugé que les mots utilisés étaient très adéquats dans 70% des cas, adéquats dans 20% des peu adéquats dans 10% des cas. Pour la proposition du protocole thérapeutique 92 % déclarent avoir reçu des informations sur le traitement envisagé et les étapes de déroulement de traitement.

Tableau 2:- Les résultats statistiques de la consultation de préannonce.

Patients informés sur leurs maladie	68%
Source de l'information :	
Médecin spécialiste d'organe	49%
Oncologue médical	20%
Personnel paramédical	11%
Laboratoire d'anatomopathologie	10%
Cabinet de radiologie	10%
Lieu de l'annonce :	
Bureau	40%
Couloir	30%
Chambre d'hospitalisation	20%
Téléphone	10%
Taux de satisfaction globale	65%
Les raisons de non satisfaction :	
Les propos utilisés par le médecin	42%
Le temps consacré à l'annonce	25%
Le lieu de l'annonce	20%
La source de l'information	13%

Ces informations ont été jugées très suffisantes pour 30% des patients, suffisantes pour 53 % et insuffisantes pour 17%. Seulement 50% des patients déclarent avoir eu des informations suffisantes sur les effets secondaires du traitement sur leur pronostic. 30% des malades déclarent avoir été interrogé sur leur situation sociale (situation familiale, économique...) au cours des différents temps de l'annonce. Ils sont 80 % à estimer que leur situation sociale n'a pas été tout de même suffisamment prise en compte dans le cadre de leur programme de prise en charge, contre 20% qui ont déclaré le contraire. Au final, 90% des patients avaient le sentiment d'être suffisamment entourés par l'équipe soignante pour faire face à leur maladie.

De façon globale, pour la consultation d'annonce au sein du service de radiothérapie plus de 85% des patients déclarent être satisfait de la qualité de cette annonce contre 15%. L'analyse du groupe insatisfait fait ressortir principalement comme raison d'insatisfaction le manque d'information suffisante concernant les effets secondaires du traitement et du pronostic 56%, les propos utilisés dans 24% et la non considération des conditions socioéconomiques du patient dans 20%.

Tableau 3:- Les résultats statistiques de la consultation d'annonce.

Patients informés	80%
Temps consacré suffisant	80%
Information suffisante sur le protocole	92%
Taux de satisfaction globale	85%
Raisons de non satisfaction :	
Les propos utilisés par le médecin	24%
L'information sur le pronostic	56%
L'implication dans le protocole de soin	20%

Discussion:-

« Le cancer semble être la maladie de l'impossible dialogue. Le malade dit son besoin de parler. Ce ne sont pas les mots qui manquent mais les oreilles pour les entendre » (4). La réussite du protocole thérapeutique s'articule autour de plusieurs composantes allant du diagnostic aux soins palliatifs. L'annonce du diagnostic de cancer représente une étape fondamentale de l'histoire du patient, elle conditionne la qualité du lien de confiance avec le médecin et nécessite une attention toute particulière. L'annonce d'un cancer doit laisser une place au temps, pour que le patient puisse comprendre et devenir acteur de sa propre prise en charge

Sur le plan psychologique, Buckmandéfini la mauvaise nouvelle comme « une nouvelle qui change radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son avenir » (5). Selon cette définition, c'est le décalage entre les attentes du patient, ses projets et la réalité médicale qui détermine l'intensité de la réaction. Ce traumatisme peut aussi avoir des conséquences somatiques, avec une augmentation du taux de décès par cause cardiovasculaire dans les semaines suivant une annonce de cancer récemment mis en évidence (6).

Pour le médecin, l'annonce dure le temps d'une consultation, mais pour le patient, le temps psychologique nécessaire à l'acceptation de la mauvaise nouvelle est beaucoup plus long. Pendant longtemps, les modalités d'annonce d'une mauvaise nouvelle ont été laissées le plus souvent à la seule appréciation du médecin, faisant de son mieux avec ses propres moyens(5). Ainsi, l'annonce de la maladie n'était pas toujours effectuée au moment le plus judicieux, le temps imparti à l'annonce était trop court, le lieu peu approprié, la confidentialité pas toujours respectée, et le suivi psychologique du patient parfois laissé de côté, faute de temps suffisant, de soutiens paramédicaux disponibles mais aussi d'une méconnaissance de la psychologie du patient en oncologie. Ces conditions d'annonce et de soutien, parfois très défavorables, ont été vivement critiquées.

Sur le plan éthique, cacher le diagnostic au patient pour le protéger d'une vérité insoutenable a longtemps été justifié par la volonté de préserver le malade et son entourage d'une réalité psychologiquement insupportable. Cette position paraît aujourd'hui de plus en plus injustifiable. La problématique éthique essentielle concernant l'annonce consiste aujourd'hui à intégrer l'information médicale dans une démarche pleinement thérapeutique. Les relations entre soignants et soignés ont évolué vers le modèle autonomiste et l'annonce est devenue source de beaucoup de réflexions. Les principes de l'éthique médicale moderne justifient la valeur de la vérité dans cette relation, s'appuyant sur plusieurs principes dont celui de l'autonomie. Respecter un malade, c'est alors respecter son droit de savoir, de pouvoir donner ainsi un consentement libre et éclairé, afin de rester sujet et non objet de soins, et lui permettre de mener sa vie comme il le souhaite (7). Mais c'est aussi respecter son refus de savoir, respecter son altérité en prenant en compte ses limites et son rythme.

Sur le plan déontologique, au Maroc, le code de déontologie de la profession médicale(8) dans son chapitre II (Information et consentement) l'article 40 stipule que « Hormis les cas d'urgence ou d'impossibilité d'informer le malade, le médecin doit au patient une information loyale et appropriée sur son état , formulée dans un langage clair et adapté aux capacités de compréhension et d'assimilation dudit patient» .

Ladite information doit porter sur : le diagnostic complet de la maladie ; les examens à faire et les risques éventuels ; le plan des traitements envisagés, leur coût prévisionnel et leurs effets éventuels prévisibles ainsi que les conséquences pouvant résulter de l'absence de traitement ainsi que les autres options thérapeutiques possibles et leur efficacité probable par rapport au traitement prescrit.

Lorsque le patient est incapable d'exprimer sa volonté ou d'assimiler les informations, pour quelque raison que ce soit, ses proches doivent être informés , à moins que le médecin n'ait eu connaissance que le patient s'y soit préalablement opposé.

Sur le plan législatif, Dans notre pays le cancer est une priorité nationale de santé publique et un Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC) est adopté mené en étroite partenariat de la fondation Lalla Salma de lutte contre cancer avec le Ministère de la Santé et de la protection sociale. La vision de ce plan est de prévenir et de contrôler les cancers à travers une approche multisectorielle proposant des actions concrètes, durables, régulièrement réadaptées selon les priorités et adaptées aux contextes socio- économique et culturel du pays (9). Dans son axe Prise en charge, l'action 19 concernant le développement des soins supports incite à définir et institutionnaliser la consultation d'annonce, l'accompagnement psychologique, à établir les protocoles et les référentiels en matière de consultation d'annonce et former les ressources humaines nécessaires.

Recommandations:-

Malgré que notre étude reste une étude rétrospective, avec plusieurs risques de biais de faible nombre d'échantillon, de sélection des patients et d'influence, néanmoins sur la lumière des résultats obtenus il est important de souligner certaines recommandations et mesures à prendre en considération dans le but d'améliorer la consultation d'annonce et par conséquent le traitement du malade :

1. Mettre en œuvre un dispositif d'annonce en oncologie bien structuré en matière d'organisation, de formation et de suivi, sur la lumière des recommandations du plan cancer et du code déontologique médical, et qui doit être appliqué dans les différents établissements sanitaires des différentes régions du Maroc.
2. Proposer des méthodes de formation en annonce en oncologie par la simulation (10). L'évaluation de ces formations a mis en évidence des bénéfices pour les patients (meilleur vécu de l'annonce, meilleure adhésion au traitement, meilleur contrôle de la douleur, meilleure mémorisation des informations transmises, taux de satisfaction plus élevé, meilleure qualité de vie) et pour les soignants (moins de stress, meilleure satisfaction professionnelle, moins d'épuisement émotionnel) (11).
3. Intégrer des cours théoriques de la communication et des protocoles d'annonce de maladie grave dans le premier cycle des études médicales, et organiser par la suite des formations par simulation qui viennent en complément indispensable.
4. Elargir la formation aux autres professionnels de la santé : infirmiers, techniciens de biologie et de radiologie, psychologues, assistance sociale.
5. Améliorer les conditions de l'annonce faite par le médecin du diagnostic et les médecins en oncologie.
6. Elaborer des programmes périodiques de formation des médecins en psycho-oncologie et techniques d'annonce et d'accompagnement
7. Instaurer un dossier informatique patient accessible à tous les médecins durant toutes les étapes de prise en charge.
8. Faire des études à l'échelle nationale sur les ressentis des patients après l'annonce d'une maladie grave et montrer leurs demandes et besoins.

Conclusion:-

Tout patient atteint de cancer doit pouvoir bénéficier d'une consultation d'annonce adéquate, le meilleur garant d'une bonne communication médecin-malade et de la réussite du protocole thérapeutique. Le besoin en formation en techniques d'annonce doit être une priorité en oncologie non seulement pour le bien être du patient mais également pour le professionnel de santé.

Bibliographie:-

1. Parizeau MH. Vérité au malade. In: Hottos GP, Parizeau MH, editors. Les mots de la bioéthique. Un vocabulaire encyclopédique. De Boeck University; 1995. p. 349–52
2. Stewart M.A. Effective physician-patient communication and health outcome: a review. *CMAJ* 1995;152:1423-1433
3. Hagerty RG, Butow PN, Ellis PA et al. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *J Clin Oncol* 2005;23:1278-88
4. Philippe B. Un cancer et la vie. Les malades face à la maladie. Paris: Balland, Collection « Voix et Regards », 2003:359.
5. Buckman R. S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles, 2001
6. Fang F, Fall K, Mittleman MA, Soren P, Ye W, Adami HO, et al. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med* 2012;366:1310-8.
7. Dolbeault S, Bredart A. Announcing cancer diagnosis: which communication difficulties from professional and from patient's side? Which possible improvements? *Bull Cancer* 2010;97:1183-94.
8. Code de déontologie de la profession médicale au Maroc. Décret n° 2-21-225 17 juin 2021
9. Plan national de prévention et de contrôle du cancer 2020 - 2029
10. Kissane DW, Bylund CL, Banerjee SC, Bialer PA, Levin TT, Maloney EK, et al. Communication skills training for oncology professionals. *J Clin Oncol* 2012;30:1242
11. Stiefel F, Barth J, Bensing J, Fallowfield L, Jost L, Razavi D, Kiss A. Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Ann Oncol* 2010;21:204-7.