

L'ANNONCE DIAGNOSTIQUE DU CANCER BRONCHIQUE

Dr Sarah DAUCHY

Unité de Psycho oncologie, Institut Gustave Roussy, Villejuif

C'est un moment « stressant » pour l'ensemble des intervenants, le patient, sa famille mais également l'équipe médicale.

C'est un moment très important qui va conditionner la relation ultérieure entre le patient et le médecin.

Il est important d'appréhender au mieux le contexte psychosocial du patient, en effet l'état émotionnel, le type de personnalité, les éventuels antécédents psychiatriques, l'entourage, le statut socio-professionnel, sont autant de paramètres qui vont intervenir dans la perception de l'annonce, la réaction à cette annonce et l'adaptation ultérieure du patient à sa maladie, à son traitement.

Le cancer bronchique présente certaines particularités pouvant rendre plus difficile cette annonce, notamment le caractère souvent peu symptomatique, le rôle du tabagisme et le sentiment de culpabilité qu'il peut engendrer ou au contraire le sentiment « de contrôle » : « ce cancer, je sais à quoi il est dû... ». Le caractère encore très péjoratif du pronostic dans le grand public. La perception parfois difficile des différents traitements, la difficulté de percevoir que l'opération dans ce cas est « une chance ». Les différents types histologiques peuvent être source d'angoisse, d'incompréhension...

Il est important d'avoir conscience du « trajet » de l'information que l'on va donner, qui est excessivement complexe : l'information « connue », l'information « pensée », « énoncée » sur laquelle le langage « non verbal » va avoir un rôle, puis l'information « entendue », « comprise » et enfin « retenue » qui va également dépendre de la représentation que le patient se fait de la maladie, de son vécu émotionnel...

Les réactions sont elles aussi complexes, on distingue les réactions émotionnelles et les réactions adaptatives.


La réaction émotionnelle, c'est la réaction immédiate, « l'onde de choc », elle peut être immédiate ou retardée, elle est souvent « communicante ». Elle va de la banale crise de larmes au véritable syndrome dépressif. Elle peut parfois être silencieuse. Cette réaction dépend de la capacité du patient à ressentir les émotions (richesse émotionnelle), de la capacité à percevoir les émotions (intelligence émotionnelle) qui pourront parfois se traduire par des symptômes, comme la dyspnée par exemple, et qui sera important de pouvoir dépister ; la capacité d'expression de ses émotions qui va être conditionnée par la maîtrise émotionnelle, les éventuels obstacles culturels... Ces réactions sont souvent adaptées, il est nécessaire de les respecter. L'importance de la réaction pose rarement problème, sauf si elle devient « envahissante ». A l'inverse, il faudra se « méfier », rester attentif aux patients trop calmes, « sidérés », car ce sont souvent ces patients qui vont le plus mal. Ces réactions émotionnelles vont également intervenir sur la perception de l'information, indépendamment des réactions adaptatives, par retentissement cognitif, parce que le niveau émotionnel est tel qu'il peut parfois gêner l'intégration de l'information.

Les réactions adaptatives, se sont au plan psychologique des moyens de défense (projection, régression, déni...), de façon plus générale on parle de stratégies d'ajustement, de mode d'adaptation ou de coping.

Le but de ces réactions est d'essayer de « se reconstruire », de faire diminuer l'angoisse. Il s'agit d'un processus évolutif dans le temps. Elle peut parfois devenir une menace pour le patient, on parle alors de stratégie « mal adaptative » comme le déni pouvant entraîner le refus des soins...

Ces réactions adaptatives vont entraîner soit l'évacuation de la conscience des pensées « perturbatrices » angoissantes liées à la maladie ou aux traitements soit au contraire leur maintien. La position de chacun entre « toute puissance » et « impuissance » va ensuite conditionner la réaction à cette annonce : la révolte, la revendication, l'insoumission, le négativisme ou au contraire désespoir, résignation, fatalisme. On distingue une position intermédiaire qui est celle du patient combatif, responsable, qui recherche des informations, qui veut avoir « la maîtrise ». A l'inverse on pourra observer une banalisation, minimalisation, de la maladie, un déni, de la passivité voire une régression (hospitalisme). Pour d'autres ce sera la fuite, l'évitement, les compensations (alcool, achat, médicaments...).

Diapo N°21



Position / réel	Toute-puissance	Position intermédiaire	Impuissance
Maintien à la conscience	Révolte Revendication Insoumission	Combativité Partenariat Maîtrise Responsabilisation	Désespoir Résignation Fatalisme Sublimation
Evacuation	Banalisation Répression émotionnelle Intellectualisation Déni Clivage	Fuite Évitement, Déplacement Compensation (alcool,...)	Idéalisation de la médecine, Attente magique Passivité, Régression

Dans

l'annonce diagnostique, l'attitude que l'on a, la « façon » de faire cette annonce est importante, mais les patients privilégient avant tout « le contenu ». Les termes employés sont extrêmement importants, certains pouvant être interprétés différemment par le patient : une maladie qui « progresse », une biopsie « positive »...[1].

La communication non verbale est également à prendre en compte, il est nécessaire qu'elle soit en phase avec le contenu du discours. Hagerty dans une étude parue en 2005 rapporte que 80% des patients considèrent comme étant favorable à l'espoir le fait que le médecin puisse être détendu et plaisanter avec eux, alors que 46% des patients en fin de vie ressentent de façon négative le fait que le médecin vienne s'asseoir à côté d'eux, 26% sont plus inquiets quand le réconfort passe par un geste physique...[2].

Diapo N°25

Communication non-verbale



copyright 2005 J. Duverdiel

« On ment bien de la bouche ; mais avec la gueule qu'on fait en même temps, on dit la vérité quand même ... »

F. Nietzsche

Il n'y a pas de « méthode », de conduite à tenir bien établie pour l'annonce diagnostique, néanmoins on peut définir un cheminement qui permettra d'adapter la consultation à chaque patient. Le préalable sera d'appréhender le contexte psychosocial, le niveau d'information du patient. C'est un travail qui se fait en amont de la consultation à partir du dossier, en collaboration avec le médecin généraliste, l'infirmière, et d'autres intervenant éventuellement (assistante sociale par exemple). Il sera important de respecter les réactions émotionnelles, de légitimer, d'inciter la verbalisation, de laisser au patient le temps de se ressaisir avant de continuer, de laisser exprimer l'angoisse avant de rassurer, de se montrer disponible. Il sera ensuite nécessaire de comprendre les réactions adaptatives.

Il faudra ensuite vérifier la compréhension de l'information en tenant compte des représentations du patient.

Il est important de laisser une traçabilité de l'information donnée, des termes employés...

En conclusion, on peut dire que l'annonce peut être douloureuse par sa forme, mais qu'elle l'est avant tout par son contenu.

1. Fallowfield, L., *Learning how to communicate in cancer settings*. Support Care Cancer, 2005. **13**(6): p. 349-50.
2. Hagerty, R.G., et al., *Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis*. J Clin Oncol, 2005. **23**(6): p. 1278-88.