

ARTICLE ORIGINAL

Améliorer la prise en charge des patients dans les services d'imagerie médicale en oncologie

Improving patient care in oncology imaging departments

L. Ollivier • S. Dolbeault • J. Leclère • S. Neuenschwander

Résumé : L'évolution des maladies cancéreuses est ponctuée de nombreux examens d'imagerie. C'est bien souvent le radiologue qui découvre les anomalies et doit en faire l'annonce au patient. La tâche est d'autant plus difficile qu'il n'a, en général et comme la plupart des autres praticiens, reçu aucune formation spécifique pour la gestion de situations difficiles telles que l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Le risque est grand d'attitudes inadéquates et de paroles maladroites. Les recommandations jusqu'ici publiées en termes de modalités communicationnelles médecin-patient sont avant tout destinées aux médecins traitants et s'appliquent moins directement aux radiologues. C'est dans ce contexte que nous avons proposé d'adapter ces règles à la radiologie oncologique et proposé le Crédo du radiologue. Même si le désir et la

sensation de bien faire sont toujours à l'œuvre, les radiologues peuvent toujours tirer bénéfice d'une réflexion et d'une introspection sur leurs modalités relationnelles, leur permettant d'analyser leurs pratiques, de les améliorer et ainsi de mieux répondre aux besoins d'information et de soutien des malades dans ces moments particuliers de la prise en charge médicale.

Mots clés : Relation médecin-malade – Cancer – Communication – Imagerie

Abstract: The development of cancer is monitored through a range of imaging examinations. The radiologist is often the one who first discovers anomalies and has to break the news. The task is all the more difficult since he/she does not receive any specific training in the management of such difficult situations. There is a great risk of inappropriate responses. The protocols which have been proposed in the literature are primarily aimed at referring physicians, in particular oncologists. We proposed a protocol, CREDO, more appropriate to the everyday practice of medical imaging, in particular in oncology. Even if we have the best ideals and intentions, there is a great need for professionals to examine and improve doctor-patient interactions, in dealing with patient's need for information.

Keywords: Doctor-patient relationship – Cancer – Communication skills – Radiology

Toutes les étapes de l'évolution de la maladie cancéreuse sont ponctuées par la réalisation d'examens complémentaires divers, notamment d'imagerie, qui vont du dépistage au diagnostic, de l'évaluation des traitements à la surveillance, de la mise en évidence d'une progression ou d'une récurrence jusqu'aux examens d'urgence ou de

L. Ollivier (✉)
Institut Curie, département d'imagerie
26, rue d'Ulm, F-75246 Paris Cedex 5, France
E-mail : liliane.ollivier@curie.net

S. Dolbeault (✉)
Institut Curie, unité de psycho-oncologie
26, rue d'Ulm, F-75246, Paris Cedex 5, France
Université Paris-Sud, U669, Paris, F-75679
Université Paris-V, Paris, F-75679
Inserm, Paris, F-75679
E-mail : sylvie.dolbeault@curie.net

J. Leclère (✉)
Institut Gustave-Roussy, département d'imagerie
rue Camille-Desmoulins, F-94805 Villejuif, France
E-mail : leclere@igr.fr

S. Neuenschwander ✉
Institut Curie, département d'imagerie
26, rue d'Ulm, F-75246 Paris cedex 5, France
E-mail : sylvia.neuenschwander@curie.net

situations de fin de vie. Ces examens sont source de stress pour les malades, que ce soit en raison de l'acte lui-même (douleur du geste, peur et douleur des injections, anxiété liée à une réaction de claustrophobie) ou surtout du résultat, verdict immédiat dont dépendent la suite du traitement et la vie du malade. C'est bien souvent le radiologue qui découvre les anomalies et se trouve en charge de donner les premières explications. Cette tâche est d'autant plus difficile que, la plupart du temps, il n'a reçu aucune formation spécifique, ni psychologique, ni relative à la gestion des situations de stress et qu'il ne dispose pas de la « carte » thérapeutique permettant de rassurer partiellement le patient en établissant avec lui un « projet commun de soins », comme ce peut être le cas du médecin référent. Dans un certain nombre de circonstances, faisant suite à la réalisation d'un examen d'imagerie, le risque est grand de comportements inadaptés, de phrases malheureuses, de mots choquants pouvant avoir sur le patient un effet dévastateur.

C'est dans ce contexte que nous avons souhaité, dans un premier temps, réenvisager nos pratiques en analysant notre mode relationnel avec les patients, les remettre en cause et acquérir un certain nombre d'outils de base inhérents à la relation médecin-malade et à l'annonce d'une mauvaise nouvelle [1,13], dans l'objectif d'améliorer nos compétences communicationnelles [27]. Même si nous avons le désir et la sensation de « bien faire » dans notre pratique quotidienne, notre comportement médical a dû évoluer, soumis aux changements des mentalités, des pratiques médicales et de ses modalités de remise de l'information [11]. Cette réflexion, assortie de notre expérience et de l'élargissement progressif de nos connaissances bibliographiques, nous a conduits à proposer deux approches : le Crédo du radiologue et le protocole Perles, inspiré de la littérature anglo-saxonne [20]. Nous avons, dans un second temps, voulu étayer notre démarche en élaborant un questionnaire, destiné aux patients, en vue de mieux connaître leurs perceptions à l'occasion de leur passage dans le département d'imagerie dans le cadre d'un Centre de lutte contre le cancer. Cette étude est en cours et les premiers résultats sont particulièrement intéressants.

La relation radiologue-patient présente certaines caractéristiques : brièveté et parfois unicité du contact, avec un malade dont le radiologue ne connaît pas précisément l'état somatique ou psychique ; ignorance fréquente des informations qui ont déjà été remises au patient sur sa maladie. La collaboration en réseau avec les autres professionnels et notamment la synthèse de ces informations dans le dossier médical (à l'Institut Curie, sous forme d'une rubrique spécifique : « Information donnée ») prend ici tout son sens.

Cette relation relève, bien sûr, d'un « savoir-faire » nécessaire mais jamais suffisant. Elle relève aussi d'un « savoir-dire », ajusté à la personne (ni trop, ni trop peu dans une relation attentive) et au contexte (en évitant le

couloir, l'entre-deux-portes, l'absence de temps à y consacrer) ; rappelons ici les mots d'Henri Pujol : « S'il n'y a pas de bonnes manières d'annoncer une mauvaise nouvelle, il y en a des mauvaises [31]. » Elle relève enfin d'un « savoir-être », qui ne s'apprend pas mais prend corps dans les fondements de la pratique médicale : compétence clinique, empathie envers le malade et respect de sa volonté et de ses droits, ceux qui sont inscrits dans la loi et ceux qu'ils revendiquent à juste titre comme « le respect, l'écoute, l'information, l'égalité dans l'accès au soin, l'accompagnement psychologique et social [17] ».

Au fil des transformations sociétales et soumise plus largement à l'influence des pratiques médicales et soignantes issues d'autres pays, la médecine évolue et peu à peu, en France, on observe une modification du modèle jusque-là prédominant de communication entre le médecin et son patient. D'un modèle latin plutôt paternaliste où le médecin juge de ce qui est bon pour son patient, l'évolution se fait vers un modèle plus typique des traditions anglo-saxonnes, qui cherche à asseoir une modalité de relation la plus équilibrée possible entre les deux protagonistes (et ce malgré le déséquilibre fondamental inhérent à la situation médecin-patient) donnant la plus grande autonomie décisionnelle possible au patient [6,7,8].

Le « Crédo » et le protocole « Perles »

Les recommandations établies dans la littérature concernant la relation médecin-malade sont plus spécifiquement axées sur la relation avec les médecins traitants [25] dans laquelle le traitement, ses modalités, ses inconvénients, son efficacité tiennent une place centrale [2,10,26]. En s'inspirant de ces recommandations, nous avons jugé possible et utile d'en envisager une adaptation aux spécificités de l'imagerie en développant des outils visant à améliorer les compétences communicationnelles des radiologues envers leurs patients. Cette démarche a été, dans un premier temps, réalisée en échographie périnatale [17] et en radio-pédiatrie avec le Radped [15] (*Establish Rapport, Ask question, Discuss the exam, Perform the procedure, use Exam distractions, Discuss the results*).

Nous avons donc proposé d'adapter cet outil à la pratique de l'imagerie en cancérologie en développant le Crédo du radiologue [20] : Construire une relation partenaire avec le patient, Réaliser l'examen dans les meilleures conditions, Écouter ce que le patient veut nous dire et les questions qu'il souhaite poser, Donner les informations, Organiser les services autour du patient.

Construire une relation partenaire : le protocole « Perles »

Dans le contexte de la réalisation d'examens radiologiques qui conditionnent, symboliquement mais souvent aussi

Tableau 1. Le modèle PERLES

P	Partenariat
E	Empathie
R	Respect
L	Légitimation
E	Excuses
S	Support

dans la réalité médicale, la suite du traitement et à terme le devenir du patient, une grande diversité de réactions psychologiques peut être observée. Les émotions les plus fréquemment retrouvées relèvent du registre anxieux et s'étalent sur un continuum pouvant aller de l'appréhension naturelle d'un examen nouveau jusqu'à la peur envahissante chez un patient présentant des troubles phobiques. Pour reconnaître et répondre à ces émotions, Goske et al. [15] recommandent d'utiliser le model « Pearls » (*Partnership, Empathy, Apology, Respect, Legitimization, Support*) que l'on peut adapter à la mnémotechnique francophone : le protocole « **PERLES** » (Tableau 1).

Partenariat : Si le radiologue ne peut rien contre le caractère déséquilibré de la situation d'examen (entre un professionnel qui sait et un patient qui subit) et n'est pas en mesure d'annuler la charge anxieuse inhérente à la situation, il peut, en revanche, améliorer le vécu de ce moment chargé en émotions. Dans la mesure où, en pratique hospitalière, le médecin ne rencontre pas toujours le malade avant la réalisation du scanner ou de l'IRM, le personnel paramédical joue ici un rôle essentiel d'accompagnement psychologique du patient. Cette organisation souligne d'emblée l'intérêt de la formation et du travail d'équipe, visant l'application par l'ensemble du personnel d'un service des mêmes règles et le partage des mêmes valeurs de respect et d'empathie envers les malades.

Le cadre de l'examen échographique est un modèle pour l'étude de la relation radiologue-patient. Les deux protagonistes de la rencontre sont le plus souvent seuls, dans le calme et la pénombre, et le contact est direct et relativement prolongé. Les patients profitent souvent de cet environnement inhabituel pour s'exprimer, aborder des questions qu'ils n'ont pas pu ou pas osé poser jusque-là [19]. Dans l'optique d'instaurer, dès le début de l'interaction, une relation de confiance, les petits gestes d'introduction, en apparence si anodins, ont toute leur importance : se présenter en précisant son nom et sa fonction ; s'asseoir aux côtés du patient ; vérifier qu'il est confortablement installé. La deuxième étape consiste à synthétiser ce que l'on sait de l'indication de l'examen et le faire confirmer ou compléter par le patient. On est souvent frappé du peu d'informations que les patients semblent capables de restituer concernant les motifs de l'examen. Rappelons que cette information est d'abord de la responsabilité des prescripteurs, dont le rôle est d'informer le patient de tous les éléments concernant l'examen, son déroulement, et son utilité, sans oublier d'en signaler les limites. Les risques

éventuels doivent être signalés en évitant les discours extrêmes de dramatisation ou de minimisation.

Enfin, le radiologue évalue l'état psychologique global du patient avant de commencer l'examen en recourant à des questions ouvertes, du type : « Comment allez-vous depuis la dernière visite ? »

Empathie : À l'image de nombreux professionnels travaillant au quotidien au contact de malades atteints de cancer, le radiologue est soumis à de nombreuses contraintes professionnelles et matérielles, susceptibles de générer chez lui une situation de tension ou de stress [9,21]. Mais son comportement envers le patient ne saurait en dépendre. Celui-ci doit être structuré, volontaire et professionnel, s'appuyant sur le principe d'attention à l'autre et s'aidant des outils facilitant la relation qu'il a pu acquérir [28]. Ce recul lui permet de mieux appréhender l'état psychique du patient et d'éviter les dérives telles que la contamination par l'état psychique de l'autre, qui consisterait à se montrer désagréable avec un patient vindicatif ou déstabilisé par un sujet très anxieux. Le travail sur ses propres émotions permet d'adopter une attitude relationnelle ouverte et qui contrôle les ressentis émotionnels personnels de sympathie ou au contraire d'antipathie, parfois générés spontanément dès les premières minutes de la rencontre.

Respect : Outre les conséquences physiques et psychologiques inhérentes au cancer lui-même, le malade qui subit un examen d'imagerie se trouve en position de fragilité physique – partiellement dénudé, dans une position inconfortable, voire douloureuse, confronté à une situation parfois nouvelle, en situation de « soumission » – et psychique – anxieux de l'examen et de l'anticipation du résultat. Tout doit donc être entrepris pour respecter le sujet, sa dignité et sa pudeur, et ne pas aggraver sa perception négative ou anxieuse de la situation. Là encore, les attitudes du personnel soignant dans les petits gestes peuvent largement conditionner le ressenti du patient. Ainsi, on doit penser à préserver au maximum sa pudeur ; expliquer la présence éventuelle d'autres personnes dans la pièce ; se soucier de son confort ; lui expliquer les désagréments liés à la position sur la table, à la chaleur, au bruit ou à la trop longue durée des examens ; être attentif aux échanges verbaux avec les autres professionnels présents en rappelant que le commentaire des images à visée didactique peut avoir un effet anxiogène majeur sur un patient à qui ce discours technique n'est pas destiné. Toute attitude paternaliste, en particulier vis-à-vis des personnes âgées, ainsi que le vocabulaire infantilisant ou les formules faussement rassurantes doivent être bannis.

Légitimation : En amont ou au moment même de l'examen, les patients s'excusent parfois de ce qu'ils nomment leur « faiblesse » et de la manifestation de leurs réactions émotionnelles (tension, pleurs, agressivité). Il est important de leur montrer la légitimité de ces mouvements psychologiques, mais aussi notre capacité à les appréhender. Montrer à l'autre que l'on comprend ce

qu'il peut ressentir contribue largement à diminuer son niveau d'anxiété.

Excuses : Les contraintes liées à l'organisation du travail, et notamment les contraintes horaires auxquelles sont soumis les professionnels, entraînent parfois d'importants retards, difficiles à tolérer pour un patient en situation d'attente anxieuse de l'examen. En l'absence d'explication, cette anxiété peut facilement se transformer en plainte, revendication, voire agressivité et expression de colère. Inversement, la reconnaissance par le médecin de cet état de fait et le recours à des explications désamorcent la tension et permettent souvent d'améliorer secondairement la qualité de la relation.

Support : L'objectif est ici de montrer au patient que l'on considère ses besoins dans leur globalité et que l'on mettra en œuvre tout ce qui pourrait être en mesure de l'aider à y répondre, notamment en termes de demande d'information : « Nous allons faire cet examen au mieux, le plus rapidement possible en vous évitant au maximum les désagréments et ensuite je répondrai à toutes vos questions si vous souhaitez en poser. » C'est le sens plus global des soins de support tels que définis depuis 1990 déjà par la Mascc (Multi-Associative Supportive Care in Cancer) comme « l'ensemble des soins et du soutien nécessaires aux personnes malades atteintes de cancer, parallèlement aux traitements spécifiques [18] ». Le radiologue montre ici sa considération pour le patient en tant que personne et pas uniquement pour la partie qui le concerne directement.

Réaliser l'examen dans les meilleures conditions

La préparation de l'examen représente un temps indispensable : préparation du médecin qui s'enquiert des informations médicales par une lecture attentive du dossier mais aussi des informations remises au patient (notamment grâce à la rubrique « Informations données »). Lorsque le malade a bénéficié d'une évaluation psychologique ou psychiatrique, le radiologue prend connaissance des éléments psychopathologiques transmis par le psycho-oncologue dans le dossier médical et qui sont susceptibles de l'aider à anticiper l'accueil d'un patient en situation de détresse potentielle. Préparation par ailleurs des conditions matérielles de l'examen, en particulier celles qui requièrent le contact direct avec les malades telles que l'échographie : en s'assurant que la réalisation de l'examen lui-même ne sera pas perturbée par le téléphone ou la survenue impromptue d'une personne (durant un examen endo-cavitaire en particulier), en respectant la pudeur du patient et tout particulièrement des adolescents, en donnant des explications claires si l'examen nécessite d'aller chercher un collègue pour avis.

La manière de communiquer du radiologue, verbale ou para-verbale, doit également être prise en considération. Parler à un tiers, évoquer des problèmes techniques ou

encore manifester par ses mimiques sa surprise ou son désarroi à la vue de l'écran, tous ces éléments risquent de majorer l'inconfort psychologique des malades. L'échographie est de ce fait exemplaire : la situation d'examen établit une « relation triangulaire » patient-médecin-écran où le médecin regarde les images sur l'écran que le patient ne voit pas et le malade anxieux fixe le visage du médecin et interprète ses moindres réactions [19]. « Rien qu'à voir sa tête, je savais que j'avais des métastases [14]. » Dans notre expérience de terrain, les illustrations de ces difficultés sont multiples, et même sans mauvaise intention de la part de l'émetteur, elles sont à haut risque de répercussions psychologiques pour le patient récepteur. Soulignons que celles-ci pourront non seulement se manifester au décours immédiat de l'examen, mais aussi se cristalliser dans la mémoire du patient comme un souvenir traumatique susceptible de réémerger dans d'autres circonstances de stress ultérieur. Dans la pratique psycho-oncologique en effet, il est fréquent de rencontrer des patients qui éprouvent le besoin irrépensible de raconter la manière dont tel diagnostic a été posé ou telle parole a été prononcée pendant un examen. Le patient restitue les phrases qu'il a reçues avec la plus extrême précision, même lorsqu'il s'agit d'événements vieux de plusieurs mois ou années. Il s'y associe souvent d'autres symptômes cliniques tels que des cauchemars, des flash-back, des somatisations anxieuses... Ce processus qui évoque un syndrome de stress post-traumatique s'est ainsi structuré autour d'un geste ou d'une parole malencontreuse venant stigmatiser pour le patient la gravité de la situation qu'il traverse.

Écouter le patient

Dans certaines conditions d'exercice, les patients sont reçus systématiquement par le radiologue à l'issue d'un scanner ou d'une IRM : se pose alors le problème des patients qui ne souhaitent pas être informés directement et tout de suite. À l'hôpital, en général, et dans les Centres de lutte contre le cancer en particulier, ne sont vus que les malades qui en font la demande. Les attitudes observées sont très variables sur ce point : un grand nombre de patients ne demandent rien, alors que d'autres exigent de voir le médecin, quitte à devoir attendre l'interprétation de l'examen. L'attitude du praticien doit consister en une acceptation du dialogue avec le patient demandeur, dans un cadre adéquat [3,4]. Il s'agit de laisser au patient le libre choix de s'exprimer et de poser des questions, en l'écoutant sans jamais trop en dire (éviter le jargon médical ou les explications médico-techniques, inutiles, voire parfois nuisibles ; on est alors dans le registre du « jargon magique angoissant [36] »), sans aller au-delà de sa demande. La condition indispensable à cette relation consiste en une écoute attentive des questions et de la manière dont celles-ci sont formulées par le patient, qui saisit d'autant mieux cette occasion d'échange qu'il perçoit

la disponibilité du médecin. En effet, le rapport entre le médecin radiologue et le patient en fin d'examen est un moment parfois difficile, mais qui offre au malade un espace de parole dont il est souvent lui-même surpris. Le cadre de l'échographie est à nouveau exemplaire puisque impliquant tout au long de l'examen un contact de proximité.

Quel que soit l'examen pratiqué, le radiologue tentera ainsi de mieux appréhender la demande implicite du patient, qui peut chercher à intégrer une nouvelle information, vérifier l'existence de possibles contradictions entre les discours des différents professionnels, ou encore recourir à des mots forts ou à des expressions incisives qui révèlent sa souffrance psychique. En miroir, certains patients chercheront plutôt à éviter de se confronter à cette occasion de dialogue jugée trop anxiogène, craignant d'en entendre trop, d'avoir à partager une information avec un médecin autre que le référent et préférant dialoguer d'abord avec celui-ci [34, 35] ou encore d'être déstabilisé dans sa modalité d'adaptation psychologique antérieure. Ces mécanismes d'adaptation sont toujours à respecter. Une des règles d'or de notre pratique consiste donc à ne jamais donner de résultats non demandés ni apporter des réponses à des questions non formulées.

Dans la grande majorité des cas, les patients ne posent pas vraiment une question et recourent à la modalité « interrogation figurée », où ils affirment en ôtant la dimension interrogative de la formulation : « Vous n'avez rien vu », « Rien de méchant », « Tout va bien ». Ici, le tour interrogatif est utilisé « non pas pour marquer un doute et provoquer une réponse mais pour manifester, au contraire, la plus grande persuasion et défier ceux à qui l'on parle de pouvoir nier ou même répondre [12] ». D'autres malades affirment : « Vous pouvez tout me dire », « Je sais tout de ma maladie », ce qui pourrait tout autant signifier : « J'en sais déjà bien assez ! » ou encore : « Vous n'allez pas encore me trouver quelque chose ! »

Pour un grand nombre de patients guéris, le bilan de surveillance systématique qui confronte de manière itérative à l'incertitude et à l'angoisse du lendemain représente une véritable épreuve ; et les manifestations de soulagement en fin d'examen, lorsqu'ils apprennent que tout est normal, en disent long sur l'intensité de l'angoisse éprouvée : « Je vous embrasserais », « Je n'ai pas dormi de la nuit », « Vous ne pouvez pas savoir... » Il n'est pas rare non plus de voir le patient recourir à des expressions relevant du milieu de la justice, comme si l'occasion de chaque contrôle était un tribunal où l'on recevrait sa sentence ; « l'échographie, c'est vraiment le juge de paix ! », rapportait l'un d'entre eux...

Donner les informations

Si la loi donne aux malades le droit de connaître leur état et au médecin le devoir de fournir une information « claire, loyale et appropriée », elle n'annule pas pour autant la

complexité de la relation, en particulier au moment de l'annonce des résultats d'un examen d'imagerie.

Certains patients ne connaissent pas les règles du jeu de l'institution et notamment la répartition des rôles entre les différents professionnels qu'ils rencontrent. Cette difficulté à saisir l'organisation du système de soins particulièrement complexe en oncologie, et qui pourrait sembler anecdotique, peut représenter en réalité un véritable obstacle pour le patient et une source de détresse à ne pas négliger. Il revient aux professionnels d'aider leurs patients à trouver ce type de repère, dans un travail d'éducation à la santé.

Rappelons les indispensables : attitude ouverte, compréhensive et empathique du radiologue ; appréhension de la demande réelle du patient et de son niveau de compréhension de sa situation médicale ; adoption d'un langage approprié et compréhensible pour le patient ; recherche du meilleur compromis pour dire ni trop ni trop peu.

La remise du résultat d'un examen normal à un patient qui le demande est chose aisée, sans négliger d'évoquer pour autant les limites éventuelles de la technique utilisée. À l'inverse, même s'il est difficile pour le radiologue de ne pouvoir rassurer un patient qui ne demande rien malgré nos sollicitations verbales et para-verbales, notre attitude consiste à respecter son choix.

Un certain nombre de situations, telles que la découverte fortuite de métastases qu'aucun signe ne laissait encore prévoir, au cours d'un bilan systématique, sont anxiogènes pour le radiologue lui-même. S'il n'est alors pas possible de dire que l'examen est normal, de travestir la réalité ou d'en minimiser la possible gravité, il est difficile d'asséner pour autant au patient une réalité trop brutale. L'attitude consiste à informer de manière progressive, avec des gradations et par paliers, en évoquant la nécessité de bien analyser les différentes images, les comparer avec celles d'éventuels examens antérieurs, évoquer d'autres examens qui pourraient s'avérer nécessaires pour préciser un doute diagnostique. Une fois de plus, la modalité de remise de cette mauvaise nouvelle est déterminante (avec conviction, en regardant le malade et non en s'enfuyant de la salle d'examen) : « Être maladroit en voulant bien faire est souvent bien moins dommageable pour le patient que de fuir [32]. » Montrer que l'on partage l'impuissance du patient en lui signifiant parfois que l'on ne sait pas est en général très bien accepté par le patient, surtout si on lui propose d'emblée une démarche complémentaire susceptible de faire avancer le diagnostic.

L'autre possibilité d'annonce d'une mauvaise nouvelle dans ce cadre consiste à donner des résultats partiels. La période d'attente, même si elle représente souvent un moment difficile à tolérer, peut constituer un temps d'élaboration psychologique nécessaire au malade pour accepter la mauvaise nouvelle et en intégrer le principe. Il s'agit parfois d'un temps durant lequel les signes cliniques

occultés, voire niés par le patient vont progressivement s'imposer.

Dans tous les cas et par souci de cohérence, il est utile de téléphoner au médecin pour assurer le lien et l'informer de la manière et du contenu de l'information remise.

Les radiologues qui travaillent en milieu cancérologique sont confrontés à ces situations d'annonce de mauvaises nouvelles de nombreuses fois par jour, dans des conditions matérielles souvent pesantes, avec des malades très différents et aux pathologies très diverses. Un certain nombre de dérives communicationnelles sus-citées peuvent être aggravées par le manque de formation pour la gestion de situations difficiles, laissant l'émotionnel submerger le médecin et conduisant alors à des comportements dommageables pour le malade : fuite en avant, remise d'une vérité crue, recours à des mots abrupts, rationalisation [33]...

L'organisation des services

L'amélioration de la prise en charge des patients ne concerne pas uniquement l'écoute et l'annonce du résultat d'un examen mais aussi la prise en charge globale depuis l'arrivée dans le service d'imagerie jusqu'au départ vers la consultation. Il s'agit d'un travail d'équipe auquel tous participent : brancardiers, personnel d'accueil, secrétaires, manipulateurs, aides-soignantes et médecins. Il importe d'éviter que notre comportement quotidien, notre « routine » ne soient perçus par les patients et leurs familles comme de la désinvolture ou de l'indifférence.

L'ensemble de l'équipe doit être motivé pour mettre effectivement le malade au centre de toute l'organisation. Le rôle et l'exemple du chef de service sont essentiels pour développer la complémentarité et le partage des valeurs d'empathie et de respect envers tous les patients et leurs familles. Une relation centrée sur le patient passe par un environnement, des locaux et des lieux de rencontre adaptés [16,29] : accueil souriant et informatif, personnel disponible pour renseigner et orienter au moment de l'arrivée ou du départ du patient du service de radiologie (d'autant plus qu'il aura été déstabilisé par une annonce), environnement calme ; salle d'attente confortable, comportant des zones séparées pour les enfants (selon l'âge, équipées de livres et de jeux) et pour les malades lourds se déplaçant en lit ou en chaise. Des plaquettes informatives ou des affiches didactiques expliquant simplement les examens doivent pouvoir y être consultées.

Le questionnaire

Le parcours médical quotidien du patient atteint de cancer, que ce soit en consultation ou en hospitalisation, passe fréquemment par le service d'imagerie. La peur, l'ignorance, le sentiment d'isolement, l'anxiété face à la maladie peuvent encore être majorés par la répétition des examens – dont les patients connaissent l'importance des résultats sur le

pronostic de leur maladie et leur incidence sur le traitement –, la pénibilité de certains examens et les modalités de réalisation de ceux-ci.

Selon le protocole Spikes d'aide à l'annonce des mauvaises nouvelles [1], proposé par Baile et coll., le I de « Invitation » pourrait s'appliquer aux radiologues qui invite le malade à s'exprimer sur son désir ou non d'être informé.

Aujourd'hui, parmi les nombreux projets portant sur la qualité de vie, très peu s'intéressent au ressenti des malades et de leur famille ou à leurs attentes et préférences lors de leur passage dans le service d'imagerie [30]. Plusieurs enquêtes nord-américaines ont montré que cliniciens et radiologues étaient en phase sur le principe de donner des résultats au patient lorsque l'examen était normal ou peu pathologique. En revanche, radiologues et surtout cliniciens y étaient opposés en cas d'anormalité [5,23]. Une autre enquête a montré que 70 % des patients souhaitaient avoir les résultats immédiatement après un scanner [12]. De plus en plus, les oncologues ont tendance à demander aux radiologues de préparer « l'annonce de la mauvaise nouvelle [33] ». D'autres études [22,24,34,35] ont montré que plus de 90 % des patient(e)s souhaitaient se voir remettre les résultats directement par le radiologue en cas de normalité et un peu moins de 90 % en cas d'examen anormal. Ces chiffres nord-américains nous paraissent plus élevés que ce qui relève de notre expérience quotidienne des Centres de lutte contre le cancer, mais les résultats de l'enquête en cours nous apporteront des précisions sur ce point important.

Pour autant, et alors que les patients nous font souvent part de réflexions constructives quant aux améliorations qu'ils jugeraient opportunes d'apporter lors de leur passage dans le service d'imagerie, et notamment en ce qui concerne l'annonce des résultats, aucune enquête à ce jour en France n'a eu pour objet l'écriture de recommandations de bonnes pratiques cliniques.

C'est dans cette optique que nous avons proposé la mise au point d'un auto-questionnaire, permettant de recueillir le ressenti des patients et leurs attentes concernant l'annonce des résultats lors du passage dans le département d'imagerie. Ce questionnaire a été élaboré par des radiologues travaillant dans les services d'imagerie de l'Institut Curie et de l'Institut Gustave-Roussy, et donnant leur accord de participation à la démarche. Il a ensuite été mis au point avec l'aide du service qualité de l'Institut Curie, notamment de sa commission « Méthodologie des enquêtes », sous la supervision de la responsable qualité, d'un biostatisticien, d'une psycho-oncologue ayant des compétences sur le versant des approches quantitatives et d'une patiente membre d'un groupe de patients de l'Institut Curie.

Il comporte 26 questions avec modalités de réponse en 4 points. On y retrouve les thématiques portant sur l'accueil, le confort, le temps d'attente ; les qualités

techniques et relationnelles des différents professionnels rencontrés ; les modalités d'information ; le ressenti émotionnel en amont de la situation d'examen et au cours de celui-ci ; les préférences du patient en termes de modalités de remise de l'information mais aussi en termes de besoin de soutien émotionnel. Il évalue la satisfaction du patient sur ces différents points. Il est complété par quelques informations sociodémographiques et médicales, et surtout par une partie facultative où le patient peut faire des commentaires libres.

Ce questionnaire est remis à l'issue de l'examen de façon neutre par le membre du groupe de patients avec une enveloppe timbrée pour renvoi par la poste à l'Institut Curie. Les premiers résultats montrent un taux de retour très élevé, de l'ordre de 80 %, et une grande satisfaction des patients, tant sur le fait qu'on leur demande leur avis que sur la qualité de leur prise en charge dans le département d'imagerie. La suite de l'enquête permettra d'identifier les points à améliorer du point de vue du patient.

Par une meilleure connaissance des attentes et la mise en application de réponses adaptées en termes d'organisation et de fonctionnement quotidien du service, cet outil vise à terme l'amélioration de la prise en charge globale. La validation du questionnaire puis sa diffusion à d'autres centres français devraient promouvoir l'homogénéisation des pratiques dans ce secteur d'activité.

Conclusion

Dans le cadre ou à l'issue de la réalisation de son acte technique, le radiologue est souvent le premier professionnel à détenir une information nouvelle, susceptible d'influencer la suite du traitement et la vie du patient, avec des conséquences potentielles majeures pour lui comme pour son entourage. Dans chaque cas, le radiologue doit s'adapter, écouter la demande et moduler ses réponses en fonction des résultats de l'examen mais aussi de ce qu'il perçoit de l'état émotionnel des patients, de ses valeurs, de ses attentes. Confrontés au quotidien à ces problèmes d'annonce et de dialogue avec des malades dont les demandes ne sont pas toujours explicites, les radiologues ne peuvent se réfugier derrière la technicité de leur spécialité. Leur compétence médico-technique n'est pas suffisante, elle doit s'accompagner de compétences relationnelles et d'une volonté de participer à l'amélioration de la prise en charge globale. Le service ou le cabinet d'imagerie représente, pour de multiples raisons, un lieu à risque d'agression psychologique mais il peut aussi s'agir d'un espace de parole singulier, différent de celui qui est offert par le cadre des consultations. Nous avons souhaité promouvoir la spécificité de cette relation singulière et l'enrichir par une démarche ouverte du médecin, s'appuyant sur les recommandations issues d'une réflexion structurée à partir de sa pratique clinique. Pour le radiologue, cette démarche d'écoute et d'ouverture au dialogue requiert un effort personnel, souvent difficile

à mener au quotidien, mais riche d'enseignements. Notre objectif est aussi de promouvoir le développement des formations à la relation dans le milieu de l'imagerie médicale : pour ceux qui y recourent, ces formations apportent une aide réelle au praticien ; elles facilitent et dynamisent sa pratique soignante en mettant en lumière l'intensité de la dimension humaine qui lui est associée.

Références

1. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. (2000) SPIKES – A Six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 5: 302-11
2. Baile WF, Lenzi R, Parker PA, et al. (2002) Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *J Clin Oncol* 20: 2189-96
3. Barreau B, Tastet S (2007) L'annonce du diagnostic en sénologie : les techniques de communication. *J Radiol* 88: 219-23
4. Barreau B, Tastet S (2007) L'annonce du diagnostic en sénologie : en fonction de la classification BIRAD. *J Radiol* 88: 225-32
5. Basset LW, Bomyea K, Liu S, Sayre J (1995) Communication of mammography results to women by radiologists: Attitudes of referring health care providers. *Radiology* 19: 235-8
6. Bonnin A, Broussouloux C, Convat JP (1998) La dignité du patient dans sa relation à l'imagerie. In: *Éthique et imagerie médicale*, Masson (ed.), Paris, pp. 51-61
7. Brédart A, Bouleuc C, Dolbeault S (2005) Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol* 17: 351-4
8. Charles C, Gafni A, Whelan T (1997) Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 44: 681-92
9. Dolbeault S, Poinot R (2005) L'annonce du diagnostic de maladie grave. Brochure d'information remise aux médecins spécialistes, réalisée avec le concours des laboratoires GlaxoSmithKline
10. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, et al. (2004) Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med* 79: 495-507
11. Dufranc C (2004) Du patient « malade » au patient « militant » il n'y a qu'un pas... *Réseaux cancer* 19: 12
12. Fontanier P (1968) Les figures du discours. Flammarion, Paris, pp. 368-70
13. Fournier C (1999) L'annonce de la mauvaise nouvelle en cancérologie. *Médecine légale hospitalière* 2: 69-70
14. Genot JY (1998) EPAC. Ensemble parlons autrement des cancers. Observatoire de la communication et du langage. Face aux cancers : au-delà des mots. Laboratoire Aventis, Paris, pp. 53-61
15. Goske MJ, Reid JR, Yaldoo-Poltorak D, Hewson M (2005) RADPED: an approach to teaching communication skills to radiology residents. *Pediatr Radiol* 35: 381-6
16. Gross R, Sasson Y, Zarhy M, Zohar J (1998) Healing environment in psychiatric hospital design. *Gen Hosp Psychiatry* 20: 108-14
17. Hammond I, Franche RL, Black DM, Gaudette S (1999) The radiologist and the patient: breaking bad news. *Can Assoc Radiol J* 50: 233-4
18. Krakowski I, Chardot C, Bey P, et al. (2001). Coordinated organization of symptoms management and support in all the stages of cancer disease: putting in place pluridisciplinary structures of supportive oncological care. *Bull Cancer* 88: 321-8
19. Leclerc J, Ollivier L, Pacault V, Palangie T (1996) La relation médecin-malade en échographie cancérologique. *J Radiol* 77: 405-9
20. Leclerc J, Ollivier L, Ruzsniwski M, Neuenschwander S (2006) Améliorer la prise en charge des malades en imagerie médicale : Le CREDO et les PERLES du radiologue. *J Radiol* 87: 1831-6
21. Leclerc J, Ollivier L, Dolbeault S, Neuenschwander S (2006) Le dialogue entre le radiologue et le patient atteint de cancer. *J Radiol* 87: 99-104

22. Levin KS, Braeuning MP, O'Malley MS, et al. (2000) Communicating results of diagnostic mammography: what do patients think? *Acad Radiol* 7: 1069-76
23. Levitsky DB, Franck MS, Richarson ML, Shneidman RJ (1993) How should Radiologists reply when patients ask about their diagnoses? A survey of Radiologists' and Clinicians' preferences. *AJR Am J Roentgenol* 161: 433-6
24. Liu S, Bassett LW, Sayre J (1994) Women's attitudes about receiving mammographic results directly from radiologists. *Radiology* 193: 783-6
25. Makoul G (2001) Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med* 76: 390-3
26. Makoul G (2001) The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns* 45: 23-34
27. Ollivier L, Leclère J, Dolbeault S, Neuenschwander S (2004) Dialogue entre le radiologue et le patient atteint d'un cancer. *Imagerie en Oncologie*. Alain Roche (ed.), Journées françaises de radiologie, Paris, pp. 129-36
28. Ollivier L, Leclère J, Dolbeault S, Neuenschwander S (2005) Doctor-patient relationship in oncologic radiology. *Cancer Imaging* 5: S1-S6
29. Ollivier L (2005) Communication between radiologists and patients with cancer. *Cancer Imaging* 5: 114-5
30. Peteet JR, Stomper PC, Murray Ross D, et al. (1992) Emotional support for patients with cancer who are undergoing CT: Semistructured interviews of patients at a Cancer Institute. *Radiology* 182: 99-102
31. Pujol H (2004) Le pavillon des cancéreux doit rester fermé. *Le Monde* 16-10-2004
32. Rosier-Krauter K (2001) L'information du patient. Le point de vue du psychologue. *Bulletin infirmier du cancer* 1: 9-12
33. Ruzsniwski M (1999) *Face à la maladie grave*. Dunod, Paris
34. Schreiber MH, Leonard M, Jr., Rieniets CY (1995) Disclosure of imaging findings to patients directly by radiologists: survey of patients' preferences. *AJR Am J Roentgenol* 165: 467-9
35. Schreiber MH (1996) Direct disclosure by radiologists of imaging findings to patients: a survey of radiologists and medical staff members. *AJR Am J Roentgenol* 167: 1091-3
36. Serin D (1998) EPAC. Ensemble parlons autrement du cancer. *Observatoire de la communication et du langage. Face au cancer : au-delà des mots*. Laboratoire Aventis, Paris, pp. 11-4