

Difficultés de l'annonce du côté des professionnels et de leurs patients : quels obstacles à la communication et quels recours possibles ?

Announcing cancer diagnosis: which communication difficulties from professional and from patient's side? Which possible improvements?

S. Dolbeault^{1,2,3}, A. Brédart^{1,4}

¹Institut Curie Paris, F-75005, France

²Inserm, U669, Paris, France

³Université Paris-Sud, Université Paris-Descartes, UMR-S0669, Paris, France

<sylvie.dolbeault@curie.net>

⁴Laboratoire de psychopathologie et de neuropsychologie clinique, Université Paris-V, Paris, France

Article reçu le 1^{er} décembre 2009,
accepté le 3 juillet 2010

Tirés à part : S. Dolbeault

Résumé. L'annonce d'un diagnostic de cancer mais aussi celle d'une rechute, de la progression de la maladie, de la transition vers une prise en charge palliative constituent des moments relationnels particulièrement difficiles, pour le patient mais aussi pour le clinicien, au cours de la trajectoire des soins. L'objectif de cet article consiste à présenter les enjeux cliniques de ces situations, à décrire les obstacles à la communication ou à l'établissement d'une « bonne » relation, à fournir des indications, voire des recommandations, sur les modes de communication à adopter pour assurer une qualité de prise en charge optimale répondant aux besoins des patients et permettant d'assurer la continuité des soins. La communication concerne la relation et l'échange d'information entre le patient et le clinicien mais aussi au sein de l'équipe soignante. Une consultation dite d'annonce a été mise en place dans les centres de cancérologie, il s'agit ici d'en tracer les éléments permettant leur meilleur déroulement dans la pratique clinique. Par ailleurs, de nombreux programmes de formation à la communication adaptés aux enjeux spécifiques de l'oncologie ont été élaborés et testés et sont accessibles aux professionnels de l'oncologie. Un enjeu particulier de la prise en charge en oncologie est son caractère multidisciplinaire ; la qualité de la communication médecin-patient est également tributaire de la qualité de la communication et de la

Abstract. Announcing a cancer diagnosis, but also a relapse, a progression of the disease, or transition towards palliative care constitute particularly difficult communication issues for the patient as well as for the clinician, during the trajectory of care. The objectives of this article is to present the clinical stakes of these situations, to describe the difficulties in establishing a "good" doctor-patient relationship, to provide indications or even recommendations on the ways to facilitate communication in order to ensure a optimal quality of care, responding to patients needs and ensuring the continuity of the care. Communication relates to the relation and the information delivered between patient and clinician, but also within the medical team. We analyse here the essential components of the process of "diagnosis consultation", organised in many cancer centers around France. In addition, we present the diverse training programs on communication skills that have been developed and tested in the setting of oncology, open to all professionals. Its specificity relates to its multidisciplinary character; the quality of the doctor-patient communication also depends on the quality of the communication and coordination within the team. This dimension is the subject of specific attention carried by supportive care teams. ▲

*Précisons que cet article se veut avant tout clinique et pragmatique, venant compléter l'article plus théorique appuyé sur la revue récente de littérature menée par Anne Brédart et Carole Bouleuc, dans leur article portant sur l'amélioration de la satisfaction du patient et des proches sur l'information médicale en cancérologie, qui paraît dans ce même numéro.

coordination au sein de l'équipe. Cette dimension fait aujourd'hui l'objet d'une attention particulière, médiée par la mise en place de soins de support. ▲

Mots clés : annonce de mauvaises nouvelles, cancer, communication, relation, détresse émotionnelle

Key words: breaking bad news, cancer, communication, doctor-patient interaction, distress

Comme toutes les annonces de maladies potentiellement graves ou susceptibles d'engager le pronostic vital, l'annonce du diagnostic de cancer représente un moment clé dans le cheminement du sujet qui va intégrer un parcours de soins dont les patients et leurs accompagnants se souviennent longtemps, et qui va initier, parfois même sceller, le mode de relation avec le médecin. Le caractère grave, intense, souvent douloureux de l'annonce ne peut être occulté ou dénié, et il s'agit d'une caractéristique intrinsèque à la problématique de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Cela est vrai pour l'individu qui reçoit la nouvelle comme pour le professionnel qui a la charge de délivrer ce message. En revanche, les circonstances dans lesquelles se déroule cette annonce sont déterminantes. « Réussir » ce moment fort sur le plan relationnel peut s'avérer d'une aide considérable pour la suite de la prise en charge du patient. À l'inverse, une annonce réalisée dans des conditions jugées difficiles, périlleuses, voire parfois traumatiques du point de vue du médecin et/ou pour le patient, peut compliquer l'établissement d'une relation de confiance entre eux. Pour les deux protagonistes de cet échange, le risque de séquelles traumatiques existe [1].

S'il s'agit d'une étape symboliquement si importante pour le patient, c'est qu'elle représente un véritable acte thérapeutique en elle-même, dont la portée dépasse souvent largement ce que les professionnels peuvent en concevoir.

Cette étape de l'annonce est décrite ici au moment de l'entrée dans la maladie, mais cette description pourrait s'appliquer tout autant à bien d'autres moments du parcours du patient, et l'on sait la quantité d'annonces que le « binôme » ainsi constitué du médecin référent et de son patient va être amené à partager au fil de la prise en charge. Ainsi, annonce d'un traitement lourd

ou mutilant, annonce de séquelles irréversibles, annonce d'une récurrence ou de l'absence de traitements étiologiques restants, mais aussi annonce de la fin de la prise en charge dans le milieu spécialisé représentent autant de moments forts de cette relation, dont l'impact en termes de vécu subjectif sera souvent fort, pour le patient concerné tout autant que pour le médecin [2, 3].

Le développement proposé ici dans le contexte du dispositif d'annonce peut donc être transposé à tous ces autres moments d'annonces de nouvelles, à tonalité objective « bonne » ou « mauvaise » d'un point de vue strictement médical, mais toujours chargés sur le plan émotionnel par d'autres dimensions subjectives à l'œuvre, qu'il est utile de repérer et de prendre en compte dans l'objectif de la meilleure adéquation relationnelle possible.

Enjeux de l'annonce, côté professionnel et côté patient

Si l'annonce d'un diagnostic de cancer a un impact certain sur les individus en interaction à ce moment, elle revêt cependant une signification très différente pour le sujet qui la reçoit et pour le médecin qui la délivre. Elle nous oblige à interroger les mécanismes qui sous-tendent la relation, très déséquilibrée à ce moment particulier, du médecin à son patient. En effet, alors que le médecin s'y trouve dans un rôle actif, choisi et autodéterminé, dans une position de savoir et avec le recours possible à ses collègues ou à son équipe, l'individu est lui dans une situation plus passive, subie, dont il ne contrôle en rien les tenants et les aboutissants, et dans une situation d'isolement subjectif [3, 4]. Le sujet qui se trouve confronté à ce diagnostic traverse souvent une phase de déstabilisation psychique, voire se confronte à l'irruption d'une

situation de détresse [5, 6] liée à ce que lui renvoie cette découverte, dont l'intensité peut s'avérer d'autant plus dramatique que la maladie n'est pas symptomatique et survient sans facteur de risque. De nombreux éléments émotionnels et cognitifs se mettent alors à ébranler le sujet : perte subjective du sentiment d'immortalité, confrontation directe et irréversible à la notion de finitude, d'incertitude ; confrontation à ses représentations personnelles de la maladie et de la mort, teintées de l'expérience du cancer acquise dans son environnement socioaffectif ; angoisses diagnostiques et pronostiques ; anticipation de difficultés de tolérance aux effets secondaires des traitements et à leurs séquelles potentielles, mais aussi des examens de surveillance itératifs qui caractériseront la période de rémission. Mais il peut aussi s'agir d'un sentiment de submersion par les bouleversements conséquents pour le conjoint, la famille, les proches ; d'un vécu de marginalisation, d'isolement, d'exclusion sociale ; d'une mise au défi de trouver de nouveaux repères donnant sens à une vie dont les fondements vont parfois être largement remis en cause par la maladie... Les enjeux sont multiples et pourraient sembler infinis. Pour le patient confronté au diagnostic de cancer, un processus vital est engagé, qui génère une crise [6-10]. Lorsqu'il y a eu crise, l'évolution et les modalités de sa résolution vont dépendre de nombreux facteurs, au premier rang desquels les capacités adaptatives de l'individu en situation de stress : comment le sujet va-t-il faire face, surmonter la vague de désorganisation qui suit la survenue de l'événement, et à quel prix ? Quelles ressources adaptatives, internes et externes (environnementales), sont les plus appropriées [9] ? Indépendamment du niveau de gravité objective de l'atteinte organique, on doit considérer cette annonce comme un événement venant menacer psychiquement l'équilibre du sujet et qui l'oblige à réaliser ces importants efforts d'adaptation — c'est la notion anglo-saxonne de *coping* — pour intégrer ce qui vient de lui être dit et en prendre la mesure.

Mais c'est aussi cette déstabilisation entraînée par l'irruption du cancer et le travail d'adaptation qui s'ensuit qui peuvent permettre au patient, avec plus ou moins de succès, de rétablir un équilibre de vie ; passant le plus souvent par des modifications de son fonctionnement antérieur et l'amenant à réenvisager les points de repère qui préexistaient à l'irruption de la maladie.

Pourquoi de telles difficultés à établir une relation à ce moment ?

Le moment de l'annonce génère un souvenir cognitif et émotionnel précis, qui s'ancre souvent dans l'histoire du sujet d'une manière qui se cristallise, devient indélébile. Ce vécu subjectif semble prendre une place très particulière dans l'histoire du sujet et colorer sa capacité à mettre en place les perspectives liées à la prise en charge oncologique qui débute. On connaît l'impact potentiel des premières consultations difficiles au plan relationnel, qui peuvent générer un certain nombre de risques, tant sur le versant somatique du fait d'une mauvaise compliance pouvant aller jusqu'à un refus de soins, que sur le plan psychologique — avec de fréquentes décompensations anxieuses, dépressives, voire des réactions psychotiques ; ces troubles étant heureusement le plus souvent transitoires [11]. Dans la majorité des cas en effet, les patients arrivent à faire face à l'annonce d'un diagnostic de cancer, grâce à l'attitude sensible et au soutien du médecin ainsi qu'à l'étayage procuré par leurs proches [12].

Alors que de nombreux dispositifs ont été testés pour améliorer cette étape de l'annonce dans des lieux de soins, des contextes médicaux mais aussi des cultures très diverses [13], le discours des professionnels de santé converge régulièrement vers les notions de subtilité et de complexité à « réussir » ce temps.

Les travaux portant sur la communication sont issus de nombreux auteurs ayant exploré ce champ en général (Roter, Buckman, Baile) [3, 14] ou plus spécifiquement dans le domaine de l'oncologie, tels Faulkner, Maguire ou plus récemment Razavi ou Fallowfield [1, 2, 15, 16]. Cette vaste littérature a cherché à identifier les obstacles rencontrés, qui viennent fragiliser, voire mettre en péril l'instauration d'une communication de qualité, permettant le partage de l'information et de la décision à ce moment clé de l'annonce diagnostique. Ces obstacles sont multiples et de natures diverses [1, 16-18]. L'un des plus proéminents semble lié à la difficulté à communiquer autour du sentiment de détresse, souvent présente en situation d'annonce [19]. S'y ajoutent les difficultés de communication au sein des équipes soignantes, qui retentissent indirectement sur le patient.

Holland a décrit trois types d'obstacles [20] : les obstacles liés au patient, ceux inhérents au professionnel, enfin ceux liés à l'institution soignante.

Du côté du patient

Un certain nombre de facteurs peuvent être mis en avant :

- fréquence des perturbations de l'état émotionnel du sujet au moment de l'annonce générant une détresse de nature et d'intensité variable, mais qui se manifeste souvent par des troubles anxieux pouvant aller jusqu'à la sidération psychique. Celle-ci s'associe à une incapacité du patient à faire part de ses sentiments, qui le submergent ;
- crainte d'une double stigmatisation : outre le diagnostic de cancer qui peut donner au sujet un sentiment de marginalisation par rapport aux individus en bonne santé, la présence d'un trouble psychopathologique pourrait représenter un deuxième facteur d'exclusion. C'est dans ce contexte qu'un certain nombre de patients hésitent ou se refusent à faire part du sentiment de détresse à leur oncologue, pris dans des représentations selon lesquelles l'évocation du trouble est un signe de « faiblesse », voire de « folie » ;
- tentative de contrôle de l'expression de détresse, issue de la crainte que celle-ci ne vienne perturber négativement la relation au médecin, constituer un poids pour le clinicien ou entraver la prise en charge du problème somatique ;
- conviction de pouvoir et devoir s'en sortir par soi-même, assumer seul les conséquences émotionnelles de l'annonce diagnostique [21] ;
- représentations portant sur le sentiment de ne pas pouvoir être aidé : la détresse est une conséquence inévitable de la maladie dans laquelle le sujet se sent pris et qui n'est pas accessible aux soins ;
- recours par le patient à différentes stratégies d'adaptation dont le déni ou l'évitement [22] ; adoption d'une attitude passive, d'une absence de recherche d'informations, d'un optimisme inadapté concernant l'évolution de la maladie ou encore mécanisme de distorsion de l'information afin de la percevoir sous un jour meilleur [3].

Du côté du médecin ou soignant

On identifie diverses problématiques :

- difficulté à repérer les manifestations émotionnelles de détresse chez leurs patients, susceptibles d'altérer la qualité de la communication lors de ce temps d'annonce ;

- difficulté (évitement, mise à distance des aspects émotionnels impliqués dans la situation) à explorer cette détresse au même titre qu'un symptôme physique [23-25] ;
- difficulté à orienter les patients vers les experts alors même que la détresse est reconnue [26] ;
- crainte de devoir y consacrer beaucoup de temps alors que les conditions de la consultation sont elles-mêmes si contraintes ;
- perception de sa propre incompetence à gérer les situations émotionnelles, associée à la peur de « mal faire » ou encore de « faire du mal » (peur d'ouvrir la « boîte de Pandore » et ne pas pouvoir faire face aux émotions intenses de désespoir, d'angoisse ou de colère) ;
- peur d'être confronté à ses propres sentiments d'impuissance ;
- mais il peut aussi s'agir de l'idée que les patients aborderaient ces questions si elles étaient pertinentes pour eux ;
- enfin pour certains médecins, l'obstacle vient d'une vision négative de l'exploration des émotions, qui viendrait s'opposer à leur approche scientifique [27].

Du côté de l'institution

Les obstacles sont également de taille :

- sous-évaluation de l'impact des difficultés émotionnelles et plus globalement psychosociales des patients ;
- sous-évaluation du bénéfice des interventions existant dans le registre de la communication ;
- représentation négative de la démarche psychosociale et mise en défaut de la difficulté à en faire l'évaluation, plus que d'autres champs de la médecine ;
- intérêt secondaire porté à l'amélioration de la qualité de la prise en charge relationnelle ; problème considéré comme marginal dans le cahier des charges de l'institution ;
- crainte du surcoût potentiel.

De ce bilan, il résulte une insuffisance ou un dysfonctionnement de la communication interindividuelle, au moment de l'annonce comme à bien d'autres étapes de la prise en charge. Si ces problèmes sont largement démontrés aussi dans d'autres champs de la médecine somatique [28], il semble qu'ils occupent une place particulière en cancérologie, du fait d'une part du

caractère de plus en plus souvent chronique de la maladie, d'autre part de l'organisation par essence multidisciplinaire des soins oncologiques qui rend l'organisation des soins d'autant plus complexe [29]. Indépendamment du temps de l'annonce, ces deux caractéristiques sous-tendent pourtant la nécessité d'interactions au long cours entre le patient et son médecin et d'un travail de liaison permanent entre le médecin référent et ses collègues. Si ces éléments représentent de toute évidence une richesse, pour autant, ils sont aussi une source de complexité supplémentaire dans l'organisation des soins...

Ces difficultés de communication doivent être par ailleurs mises en lien avec le décalage, constaté et largement étudié depuis des années, entre le ressenti du patient et la perception du soignant [30]. En effet, un grand nombre d'auteurs ont mis en évidence l'importante divergence existant entre les besoins subjectifs exprimés par le patient dans le registre psychosocial et de la communication, et la capacité du médecin à les repérer [23, 31-34]. En 2005, Thorne *et al.* proposent une synthèse de la littérature empirique faisant état de l'impact des insuffisances ou dysfonctionnements de communication entre cliniciens et patients dans différents registres : non seulement concernant le vécu psychosocial de la maladie et des traitements, la gestion des symptômes, les prises de décision et la qualité de vie ; mais aussi en termes de coût médicoéconomique [35].

Une littérature en plein essor s'intéresse aujourd'hui à la question des besoins non satisfaits des patients (*unmet needs*), c'est-à-dire ceux qui sont à la fois considérés par le patient comme importants et pour lesquels il n'obtient pas de réponse « jugée satisfaisante » [36-38]. Les besoins en communication font partie de ceux qui émergent au premier plan. La littérature portant sur la satisfaction des patients à l'égard des soins reçus en fait également largement la démonstration [39].

Comment remédier aux difficultés à communiquer dans le temps de l'annonce ?

Si les conditions de cette rencontre font toujours de l'annonce un moment particulier, difficile à mener et à vivre, un certain nombre de moyens peuvent permettre au professionnel d'améliorer son aisance dans cette

situation relationnelle. Celle-ci fait partie intégrante du quotidien du médecin oncologue dont les consultations consistent très régulièrement à annoncer des mauvaises nouvelles. Pour autant, elle peut être facilitée par un certain nombre de moyens. Il en va aussi de la santé mentale du professionnel et de sa capacité à se protéger du risque d'épuisement professionnel, dont on sait que la difficulté à vivre les interactions difficiles médecin-patient représente une des sources non négligeables [40].

Nous proposons ici un certain nombre de pistes de réflexion visant l'amélioration de la qualité de la communication et de la relation.

Permettre une interaction médecin-patient de qualité

Si aucune « recette » ne remplace les perceptions du médecin et la richesse que peut apporter son attitude ouverte au moment d'interagir avec le patient dont il va faire connaissance [14, 41], l'annonce du diagnostic de cancer peut être facilitée par une bonne compréhension des étapes à franchir dans cette interaction. La littérature relevant du champ de la relation médecin-malade est aujourd'hui très abondante, et des recommandations sont issues de ces travaux, qui donnent au médecin un fil conducteur pour l'aider à annoncer des nouvelles difficiles, identifiant les étapes indispensables à la réussite d'une annonce graduelle, informative mais adaptée au savoir du malade et à ses capacités de réception, cherchant à diminuer le risque de déstabilisation psychique à un moment déjà chargé de l'histoire de vie du sujet. Citons-en quelques ingrédients, qui ont été très largement décrits et inspirent de nombreuses recommandations de bonne pratique [42-46], mais aussi de formations à la communication dans le milieu médical et paramédical [15, 47-50]. Il s'agit de mettre en place les différentes étapes incompressibles de la phase d'annonce : préparation des conditions matérielles de l'entretien et adaptation de son langage au patient ; évaluation du niveau d'information initial du patient ; introduction des informations médicales par étapes, en évitant à tout prix la submersion quantitative (qui bloque toute capacité réceptive) et en invitant le patient à poser des questions au fur et à mesure ; reprise des émotions émergentes chez le patient sans en avoir peur, légitimation de celles-ci, sans entrer pour autant dans un système de consolations

précoces ou de réassurance inappropriée ; abord sans crainte du champ émotionnel — ne pas l'évoquer sous prétexte d'incompétence ou d'un risque de majoration de la détresse aggrave la détresse du patient et l'empêche d'entendre la suite ! ; reformulation des dires du patient pour vérifier que l'on est « en phase », proposition d'une synthèse de l'entretien et anticipation des prochaines étapes. Cet échange s'appuie sur le principe de véritables allers-retours en termes de communication médecin-patient, permettant de vérifier à chaque étape de la délivrance d'information où se situe le sujet, ce qui le préoccupe et ce qu'il est en capacité ou non de recevoir.

La recherche dans ce champ a largement démontré les bénéfices associés à la délivrance d'une information médicale « appropriée » : elle permet de réduire l'anxiété du patient, d'améliorer ses capacités d'adaptation et détermine une alliance thérapeutique de meilleure qualité [2]. Pour le patient, la compréhension de ce qui lui arrive permet une meilleure adhésion à une proposition de soins dont il réalise l'intérêt et à laquelle il a la possibilité de participer activement ; pour le médecin, la bonne gestion de cette étape permet une meilleure compréhension des questions, des attentes et des préoccupations du malade, qui lui permet d'ajuster sa stratégie informative [1, 4, 50-52].

Coordonner les interventions et assurer la répartition des tâches entre les différents professionnels concernés à cette étape

La présence de multi-intervenants au moment de l'annonce représente une richesse mais aussi une difficulté supplémentaire en termes d'organisation, et nécessite de redoubler les efforts en termes de coordination des acteurs. La convergence et la congruence des messages délivrés par les différents professionnels à ce moment y revêtent une importance toute particulière, et ce, d'autant plus qu'ils sont plus nombreux à intervenir. Alors que l'attention apportée à ces aspects améliore la capacité du patient à intégrer les informations dans les meilleures conditions possibles, la divergence des messages reçus risque inversement d'aggraver la détresse du patient et amoindrit ses capacités cognitives.

Un des enjeux de cette coordination consiste aussi à permettre aux professionnels de se répartir la tâche informative entre eux, afin que chaque protagoniste

ne se sente pas pris par ce besoin irrépressible, souvent observé, de vouloir « tout dire, tout de suite et tout seul ». À l'inverse de la consultation libérale où le médecin est dans un réel face-à-face avec son patient, le travail à l'hôpital sous-tend la capacité et le désir de collaborer entre professionnels, ainsi que le renoncement à l'idée de vouloir tout faire seul dans une tentative d'approche holistique qui risquerait d'exclure les autres protagonistes.

La bonne connaissance des rôles de chacun des intervenants (médecins, infirmiers, professionnels du soin de support, professionnels de ville) et l'acceptation du principe de répartition des tâches permettent de limiter ces dérives mais aussi de consolider l'objectif consistant à amoindrir les oppositions entre les différents domaines qui font la qualité de vie du patient et de ne pas hiérarchiser ses besoins *a priori*. Une étude récente menée en France montre combien cette méconnaissance peut affecter la satisfaction du patient à l'égard de sa prise en charge [53].

Recourir à des outils de dépistage des besoins et d'évaluation de l'état émotionnel

Il s'agit d'un très vaste champ de recherche que nous ne pouvons détailler ici. Citons-en seulement les grands principes.

L'aide au repérage des besoins psychosociaux et en matière d'information du patient passe sans aucun doute par la structuration de l'entretien clinique évaluant ces domaines, mais aussi par le recours à des outils de dépistage simples, susceptibles d'aider les professionnels non spécialistes de ce champ [46, 54, 55]. Cette démarche de *screening* consiste non seulement à repérer les patients qu'il sera nécessaire d'orienter vers un autre professionnel (par exemple le psycho-oncologue en présence d'un trouble psychopathologique suspecté ou avéré), mais aussi ceux pour lesquels le principal besoin exprimé relève d'une difficulté de communication avec l'équipe oncologique.

Préparer la consultation médicale en recourant à ces outils d'autoévaluation des besoins du patient permet de partir des besoins émergents de son point de vue personnel, et non de celui du professionnel. Cette différence d'appréhension est fondamentale. Cette démarche n'a cependant de sens que si un certain

nombre de conditions sont réunies : l'utiliser et en faire quelque chose dans la suite du déroulement de la consultation ; ne pas imaginer qu'elle puisse remplacer le dialogue ; accepter le partage des tâches avec les autres intervenants dont le recours sera envisagé suite à cette évaluation [56].

Les outils validés utilisés comprennent principalement des questionnaires de qualité de vie, mais aussi des questionnaires d'évaluation des besoins — dont le développement est plus récent —, ou plus spécifiquement pour les aspects psychologiques, des outils de dépistage de la détresse psychologique. L'évaluation de la qualité de vie en pratique clinique a notamment pour objectif de promouvoir une meilleure communication et un partage des décisions médicales entre le patient et le clinicien ; d'évaluer l'état de santé global du patient avant de débiter une thérapeutique et traiter les problèmes si nécessaire ; d'identifier les sources et l'importance des dysfonctionnements physiques, émotionnels ou sociaux, de détecter les effets secondaires des traitements [57]. La mise en place de ces initiatives est de plus en plus fréquente en Amérique du Nord et en Europe et des systèmes de remboursement de soins pour ce type de consultation intégrant l'utilisation d'outils de qualité de vie sont à l'étude.

Accepter d'intégrer des programmes de formation à la communication, d'entraînement aux habilités relationnelles

L'objectif est ici d'optimiser l'effort accompli par le médecin pour informer mieux, effort susceptible de rester stérile lorsque la dimension émotionnelle éprouvée par le patient ainsi que les aspects de communication qui régissent l'interaction entre le professionnel et son patient ne sont pas pris en compte. Ce point représente un ingrédient indispensable à la réussite du modèle de décision thérapeutique tel qu'il est engagé. En faire un point marginal auquel l'intuition relationnelle de chaque professionnel suffirait à répondre représente un danger majeur, risquant d'en annuler tous les bénéfices escomptés sur le plan relationnel.

Pour comprendre le cheminement psychique du patient dans cette situation d'annonce, il est fondamental d'avoir décrypté au préalable son mode de fonctionnement psychologique habituel et les mécanismes de défense auxquels il peut avoir recours. Mais il est tout aussi important d'analyser, en miroir, les modalités

de réaction du médecin et ses propres mécanismes de défense. En effet, c'est la rencontre de ces deux systèmes complexes qui permettra d'augurer du mode relationnel qui va s'établir entre le médecin et le patient [3, 14]. La première étape de cette démarche passe par l'analyse des positions respectives du médecin et du patient, de la demande effective du patient en termes d'information, mais aussi du style communicationnel du médecin. Lorsque le médecin connaît ses caractéristiques relationnelles principales — avec les qualités et les défauts qui s'y associent —, il lui est plus facile de s'ajuster au plus près des besoins relationnels du patient [2, 29].

Leur principe consiste à donner aux médecins accès à des outils de communication très simples, susceptibles d'améliorer leurs capacités relationnelles avec le patient et de se sentir plus à l'aise dans les situations difficiles d'annonce de mauvaises nouvelles. Ces formations recourent majoritairement à des formats interactifs s'appuyant sur des discussions de cas [58], des groupes Balint [59], des entretiens enregistrés ou filmés (avec ou sans acteur). Ces situations sont travaillées en petits groupes et permettent de pointer les moments de communication délicats, de faire des propositions d'autres manières d'interagir et d'identifier la modalité la plus fonctionnelle pour chacun [2, 7, 51, 58]. Notons un élément majeur en termes d'impact sur le médecin : ces formations représenteraient un facteur de réduction du syndrome d'épuisement professionnel [60].

Développer des programmes d'éducation thérapeutique en cancérologie

Alors que ce domaine est encore en friche dans le champ de la cancérologie, on doit pouvoir s'inspirer des modèles d'éducation thérapeutique développés dans d'autres pathologies somatiques chroniques, qui aident le patient à se situer dans une relation de partenariat plus équilibrée avec le médecin et l'équipe soignante et favorisent sa participation aux décisions. Ces éléments doivent être introduits dès le début de la prise en charge [2]. Ils concernent des aspects divers dont nous ne citons ici que quelques exemples : encourager le patient à ce qu'il vienne accompagné lors des consultations ; l'encourager à préparer les consultations et sa liste de questions ; lui expliquer qu'il va recevoir beaucoup d'informations dans les

Tableau 1. Éléments généraux des recommandations cliniques de bonne pratique pour la communication médecin-patient en oncologie issus des référentiels anglais (NICE) et australiens (NBCC) (items non hiérarchisés).

Recommandations générales
Les nouvelles importantes sont communiquées par un clinicien senior
Des soins de support sont disponibles
La consultation peut se dérouler dans un cadre adéquat
Des ressources sont disponibles pour communiquer avec des patients de langue ou culture différentes
Les préférences des patients en termes de souhait d'information ou de valeurs par rapport aux caractéristiques des traitements sont sollicitées
L'annonce de mauvaises nouvelles est réalisée au bon moment et avec authenticité
La possibilité d'entretien postconsultation existe
L'institution propose des formations à la communication
Le patient peut recevoir un enregistrement de sa consultation

premiers temps du parcours de soins et qu'il aura diverses occasions d'y revenir ; favoriser les supports à la communication orale, tels que des documents écrits qui complètent la consultation ou encore leur enregistrement audio [61].

La revue de littérature de Rodin *et al.* [50] a permis de mettre en exergue les éléments les plus appréciés du patient aux moments forts d'annonces, et sont résumés dans le *tableau 1*.

Organiser le déroulement pratique de cette étape de l'annonce. Exemple d'un dispositif d'annonce : bénéfices attendus et limites

L'importance à accorder au temps de l'annonce initiale du diagnostic de cancer a été légitimée par le premier Plan cancer et a permis de tester un processus de dispositif d'annonce dans un certain nombre de structures de soins « pilotes », dont l'institut Curie a fait partie. Pour illustration, nous montrons ici un modèle de structuration des étapes de l'annonce diagnostique, mis en place au moyen d'une consultation de décision thérapeutique ciblant des patients atteints de cancer de différents types. Dans les sept à dix jours qui suivent la consultation d'annonce du diagnostic définitif par le

chirurgien — période durant laquelle les examens complémentaires nécessaires sont réalisés —, le patient est invité à se rendre à cette consultation multidisciplinaire. Il y rencontre dans la même demi-journée le chimiothérapeute, le radiothérapeute puis une infirmière du plateau de consultations dédiée à cette consultation. En amont du temps de consultation, les spécialistes ont pu étudier le dossier médical du patient et discuter de la meilleure stratégie thérapeutique à adopter. Il rencontre successivement les deux médecins spécialistes qui présentent tour à tour le traitement envisagé, en expliquent les bénéfices escomptés, les avantages et les inconvénients, les modalités de déroulement. À l'issue de ces deux consultations, le patient est reçu par l'infirmière qui, au cours d'un entretien partiellement structuré, va reprendre les éléments d'information remis, en vérifier la bonne compréhension, répondre aux questions supplémentaires du patient et réaliser une évaluation de ses besoins psychosociaux. Cette étape sera complétée dans les jours qui suivent par la rencontre d'autres professionnels qui lui remettront des informations supplémentaires, notamment lors de l'entretien d'accueil à l'hôpital de jour de chimiothérapie, et ultérieurement à la consultation d'accueil de radiothérapie. Chaque fois que la décision thérapeutique ne relève pas d'une situation décrite par nos référentiels, le dossier médical est présenté en réunion de concertation pluridisciplinaire.

Médecins et soignants s'appuient souvent sur des documents écrits remis à l'issue de ces consultations, permettant au patient de retrouver et de compléter les principales informations données oralement. Notons par ailleurs que celui-ci est régulièrement encouragé à venir accompagné d'un proche.

Cette organisation a fait l'objet d'une évaluation dans les différents centres qui l'ont appliquée [62].

La structuration du temps d'annonce offre un certain nombre d'avantages, repérés tant par le patient et son proche que par le médecin ou l'infirmière concernée. Sur un plan pratique d'abord : le patient n'est mobilisé qu'une fois, il reçoit l'ensemble des informations le même jour et repart en principe de cette consultation de décision thérapeutique avec son programme de soins personnalisé, en ayant déjà fait connaissance avec les médecins qui seront amenés à le prendre en charge. Il importe de souligner la quantité d'informations, à la fois médicales et organisationnelles, qui lui

sont remises dès ce jour. Cependant, la structuration multidisciplinaire de ce temps d'annonce oblige les professionnels à s'organiser entre eux pour élaborer une vision commune du traitement offert à leur patient (e). Elle oblige à améliorer la cohérence des informations respectives remises par les différents professionnels, ce qui passe par une coordination explicite entre les médecins responsables du traitement et par une répartition précise des rôles de chacun. La décision thérapeutique est consignée de façon multidisciplinaire dans le dossier médical, ce qui en permet la traçabilité. Elle permet au patient et à son proche d'anticiper dès ce moment la stratégie globale des soins. Elle lui donne en principe du temps pour réagir et poser des questions au fur et à mesure de la consultation. Le temps infirmier organisé à l'issue du temps médical peut être l'occasion de repérer ses besoins psychosociaux et de l'orienter vers d'autres professionnels issus du champ des soins de support, en bonne coordination et complémentarité avec les médecins référents pour le traitement spécifique. Enfin, on ne peut omettre la facilitation par cette organisation de l'inclusion des patients dans des essais thérapeutiques.

Ce modèle entraîne très probablement une amélioration globale de la qualité des soins reçus et de la satisfaction des patients qui en bénéficient. Pour autant, il nous oblige à en évaluer en parallèle les limites. Nous insisterons ici sur trois d'entre elles. Il s'agit en effet d'un modèle très centré sur l'information remise au patient et à son proche.

En premier lieu, rappelons qu'informer n'est pas synonyme de communiquer ; et l'enjeu de cette consultation de décision thérapeutique est bien là : transmettre au sujet les informations nécessaires à une bonne compréhension de son état de santé et de ses besoins de soins ; tout en vérifiant pas à pas sa capacité à intégrer les informations « brutes » pour les faire siennes, l'absence d'obstacle d'autre nature qui l'empêcherait d'accéder à la proposition thérapeutique et freinerait sa coopération, voire sa compliance au projet de soins établi pour lui. Or, on connaît bien les risques de dérives émanant des deux partenaires : du côté du patient, le risque de submersion lié à un trop-plein d'informations ou à un décalage trop important entre les agendas respectifs du médecin et de son patient, à risque de générer de grands malentendus. Du côté du médecin, sa tendance à se « réfugier » dans un processus exclusif de remise d'informations, lorsque la confrontation avec un patient dans

sa globalité, susceptible d'exprimer sa détresse, la perte de repères, le sentiment de vulnérabilité, la mise en déroute de son projet de vie représente un trop grand danger relationnel pour lui.

Autre point à souligner, cette modalité d'organisation reste encore très « traditionnelle », laissant aux professionnels l'entière responsabilité en matière de décision thérapeutique, en amont de la rencontre. On est donc encore loin des modèles émergents de décision partagée — ou informée — où une place importante est laissée au patient pour faire connaître ses valeurs et ses préférences, lorsque toutefois une alternative entre différents traitements est envisageable [63].

Enfin, dans le déroulement de cette consultation de décision thérapeutique, on peut souligner la persistance d'un clivage entre les aspects physiques objectifs abordés par les médecins et les aspects psychologiques et sociaux laissés à l'appréciation de l'infirmière, elle-même étant plus ou moins formée à l'appréhension de ce type de besoins. Or, en principe, la hiérarchie des besoins du patient ne répond pas à notre classification médicale habituelle, qui donne toujours la priorité aux symptômes physiques au risque de sous-estimer, voire d'occulter des symptômes ou difficultés d'autre nature (psychologique, sociale, matérielle, spirituelle...). On sait pourtant bien qu'un état psychologique aigu (troubles de l'adaptation de nature anxieuse ou dépressive, sidération anxieuse, déréalisation, voire dépersonnalisation...), souvent rencontré dans ce temps de l'annonce, peut mettre en péril le bénéfice de la consultation et qu'on doit impérativement en tenir compte pour atteindre sa cible.

C'est sans doute au prix de tous ces aménagements que le temps de l'annonce, qui reste un moment fort, chargé sur le versant émotionnel et dont on ne peut pas toujours atténuer le caractère intense ou dramatique, pourra représenter l'initiation d'un processus de soins centré sur le patient, lui donnant toute sa place et amenant les professionnels à travailler dans la recherche d'une cohésion et d'une articulation de leurs compétences respectives toujours plus grandes [64].

On peut observer ces dernières années un certain nombre de progrès dans le domaine de la reconnaissance et de la prise en charge des difficultés de communication médecin-patient, notamment avec la mise au point de recommandations [42-46] et la multiplication des formations à la relation médecin-patient. En effet, nombreux sont les ouvrages d'oncologie qui comportent

désormais un chapitre présentant les enjeux de l'approche psychosociale en cancérologie, et les sites professionnels qui développent des informations relevant de ce champ. L'International Psychooncology Society (IPOS) a par exemple été à l'origine d'une initiative de formation originale à destination des professionnels de la cancérologie, *via* des conférences de psycho-oncologie traduites en plusieurs langues et accessibles gratuitement en ligne sur les sites respectifs de l'IPOS et de la European School of Oncology (ESO) [65]. En France, un certain nombre de formations à la communication sont offertes à des médecins, financées soit par l'industrie pharmaceutique (exemple des programmes EPAC : « Ensemble parlons autrement du cancer »), soit par les institutions elles-mêmes. Pour autant, même si ces efforts de formation se multiplient, ils restent modestes et surtout très hétérogènes d'un lieu de soins à l'autre.

Conclusion

Face au retentissement émotionnel éprouvé, tant du côté du patient que du clinicien ou de l'équipe soignante, la communication de mauvaises nouvelles en oncologie se heurte à de nombreuses difficultés qui risquent d'altérer la qualité de la prise en charge, l'état de santé ou la qualité de vie du patient. Les politiques de santé ont souligné l'importance de la prise en compte des besoins du patient atteint de cancer au niveau de l'information mais aussi des aspects relationnels de la prise en charge. Différentes initiatives ont été mises en œuvre dans la pratique clinique, tels le dispositif d'annonce, la mise au point de questionnaires visant l'identification des difficultés des patients ou encore la structuration des soins de support. Par ailleurs, en France comme dans de nombreux pays, des programmes de formation à la communication spécifiques aux enjeux de la cancérologie se développent. Ils reposent sur une activité de recherche foisonnante portant sur les obstacles à la communication dans ce domaine, et sur les besoins des patients et des cliniciens à cet égard.

La prise en charge en oncologie s'avère particulièrement longue et complexe ; elle fait appel à de nombreuses disciplines et professionnels de santé. La qualité de la communication au sein de la consultation dépend également d'une qualité de communica-

tion et de coordination au sein de l'équipe. Le dispositif de la consultation d'annonce y est sensible mais reste à améliorer ; nous en avons pointé les lacunes. La collaboration interprofessionnelle au sein des services de soins est complexe et nous manquons encore d'expérience et de données objectives pour en démontrer les effets positifs sur le processus de soins et son impact auprès du patient [66]. ▼

Conflits d'intérêts : aucun.

Références

1. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 2004 ; 363 : 312-9.
2. Razavi D, Delvaux N, Merckaert I, and Roe F. Information et éducation. In : Interventions psycho-oncologiques : la prise en charge du malade cancéreux. Collection Médecine et Psychothérapie, Masson, 3^e édition, 2008.
3. Baile WF, Aaron J, Parker PA. Practitioner-patient communication in cancer diagnosis and treatment. In : Miller SM, Bowen DJ, Croyle RT, Rowland J, eds. *Cancer Control and Behavioral Science*. Washington : APA, 2009 : 327-46.
4. Stiefel F, Rousselle I, Despland JN, Guex P. Improving communication skills is possible: "clinical" experience and scientific assessment. *Rev Med Suisse* 2006 ; 2 : 390-2 (Article in French).
5. Ménoret M. *Les temps du cancer*. Éditions Broché, 1999.
6. Holland J and Rowland J. *Handbook of Psychooncology: psychological care of the patient with cancer*, volume second edition. Oxford, University Press, NY, USA, 1998.
7. Guex P. Psychologie et cancer : *manuel de psycho-oncologie*. 1989, Payot, Lausanne, 173 pages.
8. Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, Krupnick JL, Rowland JH, Meyerowitz BE, et al. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2004 ; 96 : 376-87.
9. Stanton AL. Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. *J Clin Oncol* 2006 ; 24 : 5132-7.
10. Dolbeault S, Dauchy S, Brédart A, Consoli SM. *La psycho-oncologie*. Paris : John Libbey Eurotext, 2007.
11. Maunsell E, Brisson J, Deschênes L, Frasure-Smith N. Randomized trial of a psychologic distress screening program after breast cancer: effects on quality of life. *J Clin Oncol* 1996 ; 14 : 2747-55.
12. Moorey S, Greer S. *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. Oxford University Press, 2002.
13. Fukui S, Ogawa K, Ohtsuka M, Fukui N. A randomized study assessing the efficacy of communication skill training on patients' psychologic distress and coping: nurses' communication with patients just after being diagnosed with cancer. *Cancer* 2008 15 ; 113 : 1462-70.
14. Buckman. *S'asseoir pour parler*. Inter Éditions, 1995.
15. Faulkner A, Maguire P. Talking to cancer patients and their relatives. Oxford Medical Publications, 1998, chapitre 2.
16. Maguire P. Improving communication with cancer patients. *Eur J Cancer* 1999 ; 35 : 2058-65.
17. Ryan H, Schofield P, Cockburn J, Butow P, Tattersall M, Turner J, et al. How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2005 ; 14 : 7-15.

18. Schofield P, Carey M, Bonevski B, Sanson-Fisher R. Barriers to the provision of evidence-based psychosocial care in oncology. *Psychooncology* 2006 ; 15 : 863-72.
19. Holland J. History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med* 2002 ; 64 : 206-21.
20. Holland JC. Traduction S Dolbeault, A. Brédart. Prendre en charge la détresse psychologique en cancérologie: standards et recommandations de bonnes pratiques cliniques. In IPOS/ESO, editor, Conférences en ligne de l'IPOS (International Psychooncology Society), 2005.
21. Plass A, Koch U. Participation of oncological outpatients in psychosocial support. *Psychooncology* 2001 ; 10 : 511-20.
22. Miller SM. Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. Implications for cancer screening and management. *Cancer* 1995 ; 76 : 167-77.
23. Passik SD, Dugan W, McDonald MV, Rosenfeld B, Theobald DE, Edgerton S. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 1998 ; 16 : 1594-600.
24. National Comprehensive Cancer Network. Distress management clinical practice guidelines. 1, 191-206. *J Natl Comp Canc Netw* 2003, www.nccn.org.
25. Holland JC, Andersen B, Breitbart WS, Dabrowski M, Dudley MM, Fleishman S, et al. Distress management. *J Natl Compr Canc Netw* 2007 ; 5 : 66-98.
26. Keller M, Sommerfeldt S, Fischer C, Knight L, Riesbeck M, et al. Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multimethod approach. *Ann Oncol* 2004 ; 15 : 1243-9.
27. Mitchell AJ, Kaar S, Coggan C, Herdman J. Acceptability of common screening methods used to detect distress and related mood disorders-preferences of cancer specialists and non-specialists. *Psychooncology* 2008 ; 17 : 226-36.
28. Lecrubier Y. Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 european studies. *J Clin Psychiatry* 2007 ; 68 (Suppl 2) : 36-41.
29. Merckaert I, Libert Y, Delvaux N, Marchal S, Boniver J, Etienne AM, et al. Factors that influence physicians' detection of distress in patients with cancer: can a communication skills training program improve physicians' detection? *Cancer* 2005 ; 104 : 411-21.
30. Newell S, Sanson-Fisher RW, Girgis A, Bonaventura A. How well do medical oncologists' perceptions reflect their patients' reported physical and psychosocial problems? data from a survey of five oncologists. *Cancer* 1998 ; 83 : 1640-51.
31. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? *Br J Cancer* 1994 ; 70 : 767-70.
32. Sollner W, DeVries A, Steixner E, Lukas P, Sprinzel G, Rumpold G, et al. How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *Br J Cancer* 2001 ; 84 : 179-85.
33. Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer* 2001 ; 84 : 1011-5.
34. Maguire P. Improving the recognition of concerns and affective disorders in cancer patients. *Ann Oncol* 2002 ; 13 (Suppl 4) : 177-81.
35. Thorne SE, Bultz BD, Baile WF. Is there a cost to poor communication in cancer care?: a critical review of the literature. *Psychooncology* 2005 ; 14 : 875-84.
36. Ashbury FD, Findlay H, Reynolds B, McKerracher KA. Canadian survey of cancer patients' experiences: are their needs being met? *J Pain Symptom Manage* 1998 ; 16 : 298-306.
37. Sanson-Fisher R, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L, Cook P. The unmet supportive care needs of patients with cancer. supportive care review group. *Cancer* 2000 ; 88 : 22637.
38. Soothill K, Morris SM, Harman J, Francis B, Thomas C, McIlmurray MB. The significant unmet needs of cancer patients: probing psychosocial concerns. *Support Care Cancer* 2001 ; 9 : 597-605.
39. Brédart A, Bouleuc C. Comment améliorer la satisfaction du patient et des proches sur l'information médicale en cancérologie ? *Bull Cancer* 2010 ; 97 : 1173-81.
40. Brown R, Dunn S, Byrnes K, Morris R, Heinrich P, Shaw J. Doctors' stress responses and poor communication performance in simulated bad-news consultations. *Acad Med* 2009 ; 84 : 1595-602.
41. Burton M, Watson M. Communication Problems. In : *Counseling people with cancer*. Wiley, 1998 : 69-94.
42. Epstein RM, Street RL, Jr. Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. National Cancer Institute, NIH Publication N° 07-6225. Bethesda, MD, 2007.
43. National Breast Cancer Centre, National Cancer Control Initiative, 2003, <http://www.nhmrc.gov.au>.
44. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004, <http://www.nice.org.uk>.
45. Turner J, Zapart S, Pedersen K, Rankin N, Luxford K, Fletcher J. Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. National Breast Cancer Centre, Sydney, Australia; National Cancer Control Initiative, Melbourne, Australia. *Psychooncology* 2005 ; 14 : 159-73.
46. Brédart A, Dolbeault S, Razavi D. Psychooncology. In: *World Cancer Report 2008 of IARC* (International Agency for Research on Cancer) 2009 ; 19 : 82-91.
47. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995 ; 13 : 2449-56.
48. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES — A Six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist* 2003 ; 5 : 302.
49. Maguire P, Pitceathly C. Managing the difficult consultation. *Clin Med* 2003 ; 3 : 532-7.
50. Rodin G, Mackay JA, Zimmermann C, Mayer C, Howell D, Katz M, et al. Clinician-patient communication: a systematic review. *Support Care Cancer* 2009 ; 17 : 627-44.
51. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA, Fryer-Edwards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005 ; 55 : 164-77.
52. Hack T. Psychooncology special issue on communication. *Psychooncology* 2005 ; 14 : 797-8.
53. Moret L, Rochedreux A, Chevalier S, Lombrail P, Gasquet I. Medical information delivered to patients: discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction. *Patient Educ Couns* 2008 ; 70 : 94-101.
54. Jacobsen P, Donovan K, Swaine Z. Management of anxiety and depression in adult cancer patients: toward an evidence-based approach. pp 1552-79. *Oncology: an Evidence-Based Approach*. Chang AE, Ganz, PA, Hayes, DF et al., 2006.
55. Dolbeault S. La détresse des patients atteints de cancer : prévalence, facteurs prédictifs, modalités de repérage et de prise en charge. Thèse de doctorat de l'université Paris-VI Pierre et Marie Curie, juin 2009, 259 pages.
56. Rosenbloom SK, Victorson DE, Hahn EA, Peterman AH, Cella D. Assessment is not enough: a randomized controlled trial of the effects of HRQL assessment on quality of life and satisfaction in oncology clinical practice. *Psychooncology* 2007 ; 16 : 1069-79.
57. Lipscomb J, Reeve BB, Clauser SB, Abrams JS, Bruner DW, Burke LB, et al. Patient-reported outcomes assessment in cancer trials: taking stock, moving forward. *J Clin Oncol* 2007 ; 25 : 5133-40 (Review).
58. Stiefel F, Favre N, Despland JN. Communication skills training in oncology: it works! *Recent Results Cancer Res* 2006 ; 168 : 113-9.
59. Ruzsniowski M. *Face à la maladie grave : patients, familles, soignants*. Dunod, 1995.
60. Armstrong J, Holland J. Surviving the stresses of clinical oncology by improving communication. *Oncology* (Williston Park) 2004 ; 18 : 363-8.

61. Schofield P, Jefford M, Carey M, Thomson K, Evans M, Baravelli C, *et al.* Preparing patients for threatening medical treatments: effects of a chemotherapy educational DVD on anxiety, unmet needs, and self-efficacy. *Support Care Cancer* 2008 ; 16 : 37-45.
62. Grenier C. Enquête quant à l'annonce auprès de patients atteints de cancer pris en charge dans les centres de lutte contre le cancer en 2007. *Bull Cancer* 2009.
63. Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions. *Patient Education and Counseling* 2006 ; 61 : 319-41.
64. O'Brien MA, Whelan TJ, Villasis-Keever M, Gafni A, Charles C, Roberts R, *et al.* Are cancer-related decision aids effective? A systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol* 2009 ; 27 : 974-85.
65. IPOS Core-curriculum:2008 <http://www.ipos-society.org/professionals/meetings-ed/ed-online-lectures.htm>.
66. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008:CD002213.