

**L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC  
DE MALADIE GRAVE**

*Sylvie DOLBEAULT, psychiatre, responsable de l'Unité de Psycho-Oncologie  
Rollon POINSOT, psychologue dans l'Unité de Psycho-Oncologie  
Institut Curie, Paris*

# SOMMAIRE

---

## Introduction

### 1. L'annonce du diagnostic de maladie grave : attitudes et attentes

*1.1. Le médecin face à l'annonce du diagnostic*

*1.2. Le patient face à l'annonce du diagnostic*

*1.3. L'entourage du patient face à l'annonce du diagnostic*

*1.4. Les effets psychologiques de l'annonce du diagnostic de maladie grave*

*1.5. Arguments pour et contre l'annonce du diagnostic de maladie grave*

### 2. Quelques clefs pour réussir l'annonce du diagnostic de maladie grave

*2.1. Les pré-requis*

*2.2. Les modalités pratiques de l'annonce*

*2.3. Les étapes de l'annonce*

### 3. Autres types d'annonces liées à une maladie grave

### 4. DEROXAT<sup>®</sup> dans la dépression

## Bibliographie

## INTRODUCTION

---

*"Elle resta interdite. Et Claire qui pendant qu'elle avait parlé tremblait comme la feuille, leva des yeux craintifs sur le médecin, les regards attachés aux siens, l'oreille attentive, et n'osant respirer de peur de ne pas bien entendre ce qu'il allait dire."*  
*Jean-Jacques Rousseau, La nouvelle Héloïse*

L'annonce du diagnostic d'une maladie grave fait partie de notre métier de médecins. Même si ce que nous préférons, c'est rassurer, soulager et guérir, nous avons parfois à faire passer de mauvaises nouvelles à nos patients. Des nouvelles qui nous inquiètent nous-mêmes. Et dont nous imaginons qu'elles vont profondément affecter nos patients et leur entourage. La charge émotionnelle de tels contextes est donc très importante. Or, toutes les fois où, dans notre vie, les émotions passent au premier plan, le meilleur et le pire peuvent survenir. Le meilleur, c'est la compassion, l'empathie, la proximité avec nos patients que peut permettre notre propre vécu émotionnel. Le pire, c'est l'inconfort envers cette charge émotionnelle, la crainte des réactions du patient, qui risquent de nous faire perdre nos repères et nous pousser à des maladresses.

Il n'est évidemment pas envisageable de supprimer le caractère éprouvant de ces moments d'annonce d'un diagnostic de maladie grave. Aucun savoir-faire ne permet de transformer une mauvaise nouvelle en moment léger. Mais il semble possible de « limiter les dégâts », de ne pas rajouter à la souffrance et au désarroi, de préserver l'engagement à venir du patient dans la lutte contre la maladie. Bref, de ne pas nuire. Car s'il est un domaine où le « *primum non nocere* » d'Hippocrate s'applique pleinement, c'est bien celui de ces moments.

L'annonce des diagnostics de maladie grave est donc difficile pour le médecin. Mais que dire alors de son impact sur les patients ? Ce qui est pour le praticien un moment éprouvant représente pour son interlocuteur un instant où toute sa vie bascule. « Comme si le ciel m'était tombé sur la tête » nous racontent parfois les patients après-coup. Quoi qu'il arrive ensuite - guérison, rémission, aggravation - il y aura toujours un avant et un après cette consultation. Pour le patient, c'est un changement d'univers que les paroles du médecin apportent : il bascule du monde des bien-portants, ou des à-peu-près-bien-portants, à celui des condamnés ou des sursitaires. Même si ce n'est pas comme cela que le praticien voit les choses – il existe toujours un espoir - il aura du mal à le faire entendre au patient. Du moins dans un premier temps. Je me souviens d'un patient me racontant comment, après la consultation fatidique, il était sorti dans la rue et avait regardé le monde d'un œil de mort-vivant : « Il me semblait que toutes les personnes que je croisais n'appartenaient plus au même monde que moi. Ou plutôt que c'est moi qui n'appartenais déjà plus à leur monde. Ils étaient vivants, et je me sentais condamné. En sursis ». Qu'il s'agisse de la confirmation d'inquiétudes pré-existantes, ou d'une mauvaise nouvelle imprévue, il s'agit toujours de l'irruption de la mort dans la vie : mort sous sa forme matérielle comme dans le cancer, mort psychologique comme dans l'Alzheimer, ou mort lente de son autonomie comme dans les maladies dégénératives.

Paul Valéry écrivait : « L'homme est adossé à sa mort comme le causeur à la cheminée ». Vivre, c'est oublier que l'on est mortel. Et le retour à la réalité se fait parfois très durement. L'instant où le médecin annonce le diagnostic, c'est celui où le doute devient certitude (les patients ont en général le temps d'anticiper, mais aussi d'espérer jusqu'au dernier moment).

Ce « retour du refoulé » s'accompagne d'un tourbillon d'émotions douloureuses, que l'on connaît bien aujourd'hui : angoisse vitale (« je vais disparaître »), colère (« pourquoi moi ? pourquoi maintenant ? »), affliction (« c'est trop triste »)... Mais il ne s'agit pas que de craindre la mort et de pleurer la vie, c'est aussi le deuil de tout ce que l'on n'a pas fait de sa vie qui aggrave la douleur (« si j'avais su... »). Et la reviviscence de tous les deuils passés : mort de parents, de proches, d'amis. Et le sentiment soudain de perte de contrôle sur ce qui va nous arriver...

Tout ce déferlement n'est pas contrôlable et canalisable. Le médecin peut juste éviter de transformer ce choc en traumatisme. Ce qui est déjà beaucoup. C'est cette différence subtile qui fait que le patient pourra se relever et s'engager dans les soins, ou faire face à sa fin de vie. Il y a bien sûr d'autres facteurs qui vont peser lourd : la personnalité du patient, ses ressources morales, son entourage, ce qu'il aura fait de son existence jusqu'alors... Mais la part du médecin reste importante. Comme toujours en matière de communication, il s'agit alors de dire clairement des choses simples. Et comme toujours, ces choses simples ne sont plus si évidentes à penser et à dire dès que l'émotion nous envahit.

Il existe un savoir-faire médical qui peut nous guider dans ces instants. Ce savoir-faire repose sur un peu de réflexion personnelle sur ses forces et ses limites ; il s'inspire aussi de l'expérience de confrères régulièrement confrontés à de telles situations ; il doit enfin tenir compte des données issues de la recherche en psychologie médicale. C'est ce à quoi se sont attachés les auteurs de cet ouvrage: ils ont parfaitement réussi à nous transmettre à la fois leur expérience de praticiens de terrain expérimentés, et leur connaissance de la littérature scientifique dans ce domaine. Même si les choses ne se passent jamais comme dans les livres, même si chaque cas va relever du sur-mesure, tout ce qui est écrit dans cet ouvrage s'avérera utile pour nous à un moment ou un autre.

*Christophe ANDRÉ, psychiatre  
Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris*

# 1. L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC DE MALADIE GRAVE : ATTITUDES ET ATTENTES

---

Il est communément accepté que la révélation d'un diagnostic de maladie grave représente un moment-clef de l'histoire des personnes atteintes et de leurs familles. Mais qu'est ce que l'on entend au juste par « maladie grave » ? *La notion de maladie grave peut avoir une signification différente pour le sujet qui la reçoit et pour le médecin qui la délivre.* Ainsi, pour le patient, la maladie grave est définie généralement par son pronostic en termes de morbidité et mortalité, le type et la lourdeur des traitements proposés ou encore l'impact de la maladie et des traitements sur la qualité de vie du sujet – que ce soit d'un point de vue fonctionnel, psychologique et affectif, socio-professionnel ou matériel. Pour le soignant peuvent s'ajouter à ces critères divers sentiments : culpabilité, échec, peur et le malaise général que celui-ci éprouve face à la mauvaise nouvelle.

La liste des maladies graves ne peut être exhaustive. On y retrouve, bien entendu, *les cancers - prototype de la maladie grave -*, mais aussi des maladies neurologiques (sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, maladie d'Alzheimer...), des maladies génétiques (mucoviscidose...), des maladies infectieuses (infection à VIH...) ou encore des maladies mentales (schizophrénie, maladie maniaco-dépressive...).

## 1.1. Le médecin face à l'annonce du diagnostic

Tout médecin, spécialiste ou généraliste qui effectue un diagnostic de maladie grave et invalidante, est conscient du fait que *l'étape de l'annonce diagnostique représente un moment important à saisir, parce que déterminant pour la suite* <sup>(1)</sup>. Il se trouve donc rapidement confronté à un choix difficile : annoncer ou non le diagnostic au patient et à son entourage, et si oui, comment le faire de la façon la plus adéquate ?

Les réponses apportées à cette question ont varié d'une époque à l'autre. Ainsi, durant les quatre dernières décennies, on a pu constater une *forte évolution de l'attitude des médecins face à l'annonce du diagnostic*, notamment de cancer. En effet, si dans les années 1960, 90% des médecins n'informaient pas leurs patients d'un diagnostic de cancer, 20 ans après ils étaient au contraire *98% à l'annoncer* <sup>(2)</sup>.

Cette tendance se retrouve dans le cadre d'autres maladies graves, comme dans la sclérose en plaques pour laquelle 90% des médecins annoncent ce diagnostic à leurs patients <sup>(3)</sup>. *Il existe pourtant des situations dans lesquelles les avis sont plus partagés.* Tel est le cas en neurologie pour les patients atteints de *démence*. Dans ce contexte, la cognition même du malade – son *insight* – étant altérée, il n'est pas clair que l'information fournie soit toujours traitée de façon adéquate par le patient qui la reçoit <sup>(2)</sup>. On ne peut donc s'étonner du fait que seulement 40% des médecins (gériatres et/ou psychiatres) annoncent de façon systématique le diagnostic de maladie d'Alzheimer à leurs patients <sup>(4)</sup>.

Enfin, *l'attitude du médecin face à l'annonce du diagnostic de maladie grave dépend largement* de sa personnalité, de son fonctionnement psychique, de sa formation personnelle, des conditions matérielles (temps et moyens à sa disposition, charge et organisation de son travail) et du niveau de stress auquel il est soumis. On peut toutefois conclure *qu'à ce jour,*

*dans les pays développés, la plupart des médecins sont en faveur de l'annonce du diagnostic de maladie grave à leurs patients* <sup>(5)</sup>.

## 1.2. Le patient face à l'annonce du diagnostic

Mais le patient souhaite-t-il connaître le diagnostic si la maladie dont il souffre est grave ?

Pour des raisons méthodologiques et éthiques évidentes, il existe peu d'études menées directement chez des patients souffrant d'une maladie grave qui pourraient apporter une réponse à cette question. Des études indirectes, interrogeant des populations appariées à des populations malades sur les principales caractéristiques sociodémographiques (*peer groups*), ont ainsi été proposées. De telles études montrent par exemple que **90% des sujets préféreraient qu'un diagnostic de démence leur soit dévoilé** <sup>(2)</sup>. Une étude espagnole menée chez des patients sans diagnostic de cancer consultant en ambulatoire, confirme ces résultats : 81% parmi ces patients aimeraient qu'un éventuel diagnostic de cancer leur soit annoncé <sup>(6)</sup>. Ces chiffres sont retrouvés également chez des patients avec sclérose en plaques qui, en grande majorité (**83%**), **considèrent que le fait de connaître le diagnostic de la maladie dont ils souffrent relève de leurs droits fondamentaux** <sup>(7)</sup>. De plus, la plupart préfère que le diagnostic leur soit dévoilé rapidement <sup>(8)</sup>.

Bien entendu, les exceptions ne manquent pas. Ainsi, dans une même catégorie nosologique, des différences importantes peuvent être observées. Par exemple, une étude rapporte que pratiquement tous les patients souhaitent connaître leur diagnostic dans le cas d'une démence vasculaire, tandis que seulement 68% le souhaitent dans le cas d'une maladie d'Alzheimer <sup>(9)</sup>. Enfin, il ne faut pas oublier qu'**un certain nombre de sujets ne souhaitent pas connaître leur diagnostic**. En cancérologie par exemple, les patients ayant un cancer à un stade avancé, âgés de plus de 64 ans et provenant d'un milieu socioéconomique défavorisé, semblent préférer qu'on ne leur fournisse pas d'information détaillée sur leur diagnostic <sup>(10)</sup>.

En pratique, quelles sont les *attentes des sujets dans le cas de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave* ?

Dans la plupart des cas, les patients expriment le souhait que le diagnostic leur soit dévoilé par un médecin (68% dans le cas d'un diagnostic de cancer <sup>(6)</sup>), et si possible lors d'une consultation plutôt qu'au téléphone <sup>(11)</sup>. Quant à l'information complémentaire que les sujets aimeraient recevoir, elle concerne avant tout les choix thérapeutiques, les effets secondaires des traitements, les symptômes et la survie maximale sous traitement <sup>(12)</sup>.

Toutefois, il est important de souligner à nouveau le fait que **les patients ne réagissent pas tous de la même façon face à l'annonce d'un diagnostic de maladie grave** : leur attitude dépend, tout comme dans le cas des médecins, de leur personnalité, de leur fonctionnement psychique <sup>(13)</sup>...

## 1.3. L'entourage du patient face à l'annonce du diagnostic

A la question « faut-il dévoiler le diagnostic de maladie grave à l'entourage proche du patient ? », **plusieurs réponses sont possibles, variant en fonction de la nature du modèle familial du patient**.

Les sujets issus de familles traditionnelles, qui représentent le principal soutien du patient, considèrent préférable que l'annonce d'un diagnostic de cancer par exemple soit gérée par la famille<sup>(5)</sup>. Il a même été montré que, dans 60% des cas, les proches du malade demandent de façon spontanée que celui-ci ne soit pas informé par son médecin du diagnostic de maladie d'Alzheimer<sup>(14)</sup>. En revanche, ces mêmes personnes qui ne souhaitent pas l'annonce du diagnostic pour leurs proches, préféreraient pour la plupart qu'on leur dévoile le diagnostic s'il s'agissait d'eux-mêmes (71%, dans le cas de la maladie d'Alzheimer)<sup>(15)</sup> !

Toutefois, de manière générale dans les pays développés, un nombre important de sujets se situe par rapport à leurs familles en tant qu'individus autonomes et souhaitent donc être informés de leur diagnostic avant que leur entourage ne le sache<sup>(5)</sup>.

Une façon de procéder qui tiendrait compte de toutes ces situations, complexes et parfois contradictoires, consisterait par exemple à demander au patient s'il souhaite être informé directement de son diagnostic ou s'il préfère que l'annonce soit faite par son entourage<sup>(5)</sup>.

*La situation décrite ci-dessus s'appuie essentiellement sur des données issues de recherches menées dans les pays anglo-saxons. Elle est, dans une large mesure, commune à l'ensemble des pays occidentaux et a tendance à s'imposer dans le reste du monde.*

***Toutefois, l'attitude du patient, du médecin et de l'entourage face à l'annonce du diagnostic d'une maladie grave peut varier fortement en fonction du contexte culturel<sup>(5)</sup>.***

*Ainsi, au Japon, seulement 30% des patients sont informés de façon claire de leur diagnostic de cancer<sup>(16)</sup>. A Singapour, 84% des médecins cèdent à la demande des proches des malades atteints d'un cancer que le diagnostic ne leur soit pas dévoilé<sup>(5)</sup>. Il en est de même des médecins saoudiens qui préfèrent discuter des problèmes médicaux de leurs patients avec les familles, et ceci même quand le patient est jugé compétent<sup>(5)</sup>.*

#### **1.4. Les effets psychologiques de l'annonce du diagnostic de maladie grave**

La maladie grave implique, entre autres, (1) un changement dans la relation aux autres, (2) une modification des projets de vie, (3) des troubles de l'image corporelle, (4) une dépendance à autrui, (5) un questionnement existentiel devant la mort<sup>(17)</sup>. Dans un tel contexte, il n'est pas surprenant que l'annonce d'un diagnostic de maladie grave puisse avoir, selon la manière dont elle est réalisée, des effets positifs ou négatifs sur la qualité de vie en général et sur la santé en particulier<sup>(11, 18, 19)</sup>.

Ainsi, une étude prospective a évalué les **effets de l'annonce du diagnostic sur la qualité de vie** de patientes atteintes de cancer du sein. Les résultats de cette étude montrent que, chez les patientes évaluant comme peu claire l'information reçue au moment de l'annonce de cancer, la qualité de vie était détériorée de façon significative sur 17 des 27 items de l'échelle de qualité de vie EORTC QLQ-C30, par comparaison aux patientes ayant reçu une information claire ( $p < 0,01$ ) jusqu'à 4 ans après l'annonce<sup>(20)</sup>.

L'impact délétère sur la santé d'une annonce faite de manière inappropriée peut se traduire par des effets somatiques liés à une mauvaise compliance au traitement, ainsi que par des complications psychologiques. Sur ce point, **les conséquences psychologiques négatives les plus souvent citées dans la littérature sont d'ordre dépressif et anxieux**<sup>(10, 21, 22)</sup>.

Par ailleurs, *le niveau d'anxiété et de dépression au moment de l'annonce du diagnostic est un élément essentiel à surveiller*. En effet, il a été montré qu'un niveau important d'anxiété et de dépression, mesuré par l'échelle HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) au moment de l'annonce du diagnostic de cancer, est hautement prédictif de la présence d'un syndrome anxieux ou d'un syndrome dépressif 6 mois plus tard <sup>(23)</sup>.

## 1.5. Arguments pour et contre l'annonce du diagnostic de maladie grave

Compte-tenu de tous ces éléments – attitudes des médecins, des patients et de l'entourage face à l'annonce du diagnostic, effets négatifs potentiels d'une annonce inappropriée – peut-on conclure de façon tranchée pour ou contre l'annonce du diagnostic d'une maladie grave ?

↳ Plusieurs **arguments théoriques** ont été avancés par les divers auteurs pour étayer chacune de ces positions :

- **Arguments contre l'annonce**

Ne pas annoncer au patient un diagnostic de maladie grave évite de l'exposer aux effets nuisibles d'une mauvaise nouvelle (anxiété, dépression, suicide), évite de détruire l'espoir, permet de contourner les difficultés liées au diagnostic définitif et/ou au pronostic (incertitudes, imprévisibilité de l'évolution)... <sup>(2, 24)</sup>

- **Arguments pour une « annonce limitée »**

Annoncer au patient le diagnostic tout en limitant l'information fournie serait plus approprié : en effet, les patients ne sont pas toujours capables de comprendre l'information, certains d'entre eux ne souhaitent pas connaître la vérité sur leur condition ; de plus, le fait de garder l'information donne au médecin une meilleure maîtrise de la relation (le « privilège thérapeutique ») <sup>(24)</sup>.

- **Arguments en faveur de l'annonce**

Annoncer au patient le diagnostic d'une maladie grave relève du principe éthique du respect *de l'autonomie* de la personne, permet de garder une relation de confiance médecin-patient, offre la possibilité d'accorder une aide psychologique et sociale plus efficace... <sup>(2, 24)</sup>.

↳ En **pratique**, comme on l'a vu (chapitres 1.1 et 1.2), *la plupart des patients préfèrent connaître le diagnostic et la plupart des médecins préfèrent dévoiler le diagnostic*. Toutefois, il est préférable que *la décision soit envisagée individuellement pour chaque patient*.

Autrement dit, on constate aujourd'hui un glissement du débat : plutôt que de s'interroger « faut-il dire la vérité ? », *la question qu'on se pose est « comment dire la vérité ? et quelle vérité ? »*. Une fois prise la décision d'annoncer le diagnostic, il est indispensable que l'annonce se déroule de manière appropriée. Même s'il existe plusieurs façons de procéder, la plupart des stratégies insistent sur l'importance d'un certain nombre d'étapes.

## 2. QUELQUES CLEFS POUR REUSSIR L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC DE MALADIE GRAVE

---

### 2.1. Les pré-requis

***N'oublions pas .... !***

*L'annonce du diagnostic de maladie grave représente un moment-clef de l'interaction médecin-malade, rendu délicat par le **caractère déséquilibré de la relation qui s'établit à cet instant entre le médecin et son patient**. Même si le médecin a le désir d'instaurer une relation équilibrée entre deux partenaires au statut idéalement égal, il n'en reste pas moins que, de fait, la situation les sépare ! A l'opposé du professionnel qui dispose d'un bagage scientifique, de l'acquisition d'une expérience et peut s'appuyer sur une équipe, le sujet concerné est dans une situation d'isolement, subissant une nouvelle qu'il ne maîtrise pas, a priori sans compétence initiale pour réagir...*

*On doit toujours garder en tête la notion de ce déséquilibre, qui facilite la compréhension d'un certain nombre d'interactions difficiles ...*

Le moment où le **sujet** reçoit un diagnostic de maladie grave est souvent associé à une phase de **déstabilisation psychique** liée à ce que lui renvoie cette découverte. L'irruption de cet événement dans sa vie est en effet susceptible de menacer son équilibre, du fait de l'irruption de diverses préoccupations et peurs, et l'oblige en tout cas à réaliser des efforts d'adaptation intenses pour prendre la mesure et intégrer ce qui vient de lui être dit.

Mais il s'agit **aussi** d'un **moment difficile pour le médecin** impartir de ce rôle délicat. De fait, les médecins ont généralement le réflexe d'observer l'impact de l'annonce sur le patient, ce qui représente une étape indispensable. En revanche, ils oublient souvent **l'importance de leur propre comportement** – verbal et non verbal – et des modalités relationnelles qu'ils mettent en place sur la manière dont l'information va être reçue, tendant à considérer que le patient est seul en cause à ce moment ; alors qu'il s'agit d'**une « histoire à deux »** !

Ce décryptage a pourtant tout son intérêt si l'on cherche à rendre cette étape la plus fonctionnelle possible, mais aussi la plus confortable sur le versant psychologique, que ce soit pour le sujet concerné ou pour le médecin qui annonce.

*Pour comprendre le cheminement psychologique du patient dans cette situation d'annonce, il importe de décrypter au préalable le mode de fonctionnement psychologique et les mécanismes de défense auxquels le sujet a recours habituellement, mais il est aussi nécessaire, en miroir, d'analyser ses propres modalités de réaction et stratégies de défense. C'est cette rencontre, cette interaction, qui permettra d'augurer du mode relationnel qui s'établit entre le médecin et son patient.*

### 2.2. Les modalités pratiques de l'annonce

Depuis plus de dix ans déjà, Buckman (repris et enrichi ensuite par de très nombreux autres auteurs) a proposé de formaliser les étapes de l'annonce diagnostique en soulignant ses différents temps et, surtout, la place à accorder au sujet à chacune de ses phases <sup>(25)</sup>. Il s'agit

*d'un processus bidirectionnel*, les propositions du médecin étant en permanence alimentées par les réactions du patient, ses commentaires, ses interrogations, son langage non verbal.

*L'annonce du diagnostic de maladie grave comporte un certain nombre d'étapes-clef, mais aucune « recette » ne remplace les perceptions du médecin et la richesse que peut apporter son attitude ouverte à ce moment-là. La connaissance de quelques-uns de ses « ingrédients » est cependant utile pour rendre cet instant le plus constructif possible.*

## 2.3. Les étapes de l'annonce

*Dans l'étude menée chez des femmes ayant appris leur diagnostic de tumeur maligne du sein citée ci-dessus (voir chapitre 1.4.), les auteurs ont pu identifier une série de **facteurs liés à l'annonce permettant de mieux accepter la maladie et d'en limiter les conséquences psychologiques***<sup>(22)</sup> :

- un temps de préparation au diagnostic,
- la présence d'un proche,
- des explications claires, voire écrites, sur la maladie,
- la réponse à toutes les questions posées,
- une discussion sur les sensations vécues par la patiente,
- une attitude rassurante du médecin.

### 1 – Se mettre dans des conditions matérielles et temporelles appropriées.

Le médecin doit avoir pensé son cadre, qui représente un atout considérable lorsqu'il est approprié. Il s'agit d'un lieu calme et confidentiel, où le médecin ne sera pas dérangé sans cesse et où il dispose d'un temps suffisant (selon ses critères propres) pour faire cette annonce. L'installation matérielle du patient a son importance, l'idéal étant le positionnement dans un face-à-face équilibré.

D'emblée, il est utile que le médecin énonce les objectifs de la consultation ainsi que son déroulement, et en fixe le temps imparti.

### 2 – Effectuer un rappel de l'historique de la situation et vérifier que le patient partage cette analyse.

Les besoins du médecin et de son patient sont assez divergents à cet instant, et il faut pourtant bien **se rencontrer** ! Cherchant à récupérer les éléments anamnestiques, le médecin recherche des éléments précis pour pouvoir alimenter son raisonnement et écarter les diagnostics différentiels, recourant souvent à des questions fermées. Mais, en miroir, le patient a plutôt le besoin de « raconter son histoire », rapportant ses observations de manière subjective, allant parfois jusqu'à chercher à attribuer un sens personnel à ce qui lui arrive. Le rappel de l'histoire de la maladie doit alors être **reconstruit avec le patient**, après avoir vérifié son niveau d'information initial, en lui demandant d'interagir au fur et à mesure que l'exploration se déroule. Tout au long du processus, le médecin reformule les dires du patient pour vérifier que l'un et l'autre sont « en phase ».

### **3 – Obtenir une demande explicite du patient.**

Avant de délivrer la moindre information, le médecin doit avoir identifié des cibles prioritaires et vérifié qu'elles correspondent bien à celles du patient. Il s'assure en particulier que le patient est bien dans une demande explicite de compréhension de ce qui lui arrive, et qu'il est préparé à recevoir une nouvelle diagnostique.

### **4 – Donner l'information : annoncer graduellement la nouvelle, avec des mots simples, en plusieurs fois ; associer les informations négatives à des propositions précises.**

Le médecin adapte son langage au sujet auquel il s'adresse. Il introduit les informations médicales par étapes, de manière graduelle, en évitant à tout prix la submersion quantitative, qui bloque toute capacité réceptive et rendrait toute autre remise d'informations inutile. Il s'agit de la notion de « masse critique d'informations » qui dépend de multiples facteurs et doit donc être adaptée à chaque cas. Pour ce faire, il invite le patient à poser des questions au fur et à mesure, vérifiant la compréhension de celui-ci. Il peut répéter certains messages-clés, reformuler ce qu'il a déjà dit ou faire reformuler par le patient ce que celui-ci a retenu.

En outre, si une information à tonalité négative est remise, elle ne l'est jamais seule : elle est accompagnée d'emblée de propositions concrètes pour répondre au problème.

### **5 – Encourager l'expression des émotions du patient.**

L'intérêt d'aborder le champ émotionnel est majeur en situation d'annonce diagnostique. Ne pas l'évoquer – sous prétexte de manque de temps, d'incompétence ou d'un risque de majorer la détresse – aggrave la détresse du patient et l'empêche d'entendre la suite.

De fait, lorsque le médecin repère l'émergence d'émotions chez le patient, il peut – dans une attitude empathique et sans en avoir peur – donner du temps et de la place au patient pour s'exprimer sur ce plan, légitimer ces émotions, les mettre en perspective, et respecter l'effort du patient pour y faire face. Il ne s'agit pas pour autant d'entrer dans un système de consolation précoce ou de réassurance excessive, qui représentent des modalités de réponse inappropriées et néfastes pour le patient. Il est important d'assurer une transition, entre les moments d'expression émotionnelle et la reprise des éléments informatifs.

### **6 – Etre attentif à ses propres émotions.**

L'émergence des émotions du patient doit interroger le médecin sur ce qu'elles suscitent en lui-même. Le repérage de ses propres réactions émotionnelles représente un élément majeur de l'analyse de l'interaction médecin-patient. Dans certains moments chargés, le médecin peut avoir besoin pour lui-même d'un temps de récupération ou de « pause » au cours de l'entretien.

### **7 – Expliquer ce qui va se passer ensuite.**

Le médecin propose une synthèse de l'entretien et « balise le terrain » en anticipant les principales étapes à venir. Il donne les prochains repères concrets à son patient (prochains rendez-vous, planning des examens à prévoir, etc.) et, le cas échéant, évoque l'existence d'autres intervenants susceptibles de répondre à ses besoins particuliers.

## 8 – Vérifier que le malade a bien compris.

En fin de consultation, le médecin vérifie que le patient a compris le message délivré, a exprimé tout ce qu'il souhaitait, et a posé toutes ses questions.

## 9 – Inscrire dans le dossier ce qui a été dit.

Cette étape indispensable assure une plus grande cohérence entre les différents professionnels qui vont être amenés à rencontrer le patient et à lui remettre, tour à tour, d'autres informations. On sait à quel point la remise d'informations discordantes est susceptible de générer de la détresse chez le patient.

*Afin de mieux s'adapter à l'autre, il est important que le médecin réfléchisse à son style communicationnel. Habituellement, on considère que celui-ci est composé de façon variable entre deux modèles théoriquement opposés : le **modèle CURE** (modèle cartésien, très structuré et pragmatique, peu personnalisé) et le **modèle CARE** (modèle plus latin, intuitif et chaleureux, moins organisé). Lorsque le médecin connaît ses caractéristiques relationnelles principales, il lui est plus facile de « composer » entre ces deux types communicationnels et de s'ajuster ainsi au plus près des besoins relationnels du patient <sup>(26)</sup>.*

### 3. AUTRES TYPES D'ANNONCES LIEES A UNE MALADIE GRAVE

---

Dans le cadre d'une maladie grave et *au-delà de l'annonce diagnostique initiale, plusieurs autres moments-clef peuvent être sources de difficultés d'annonce pour le médecin*. Il s'agit notamment :

- de l'exposé des traitements et des soins envisagés,
- de l'annonce d'une rechute,
- de la décision d'arrêt des traitements,
- de l'abord de la fin de vie.

Tout autant que l'annonce du diagnostic initial, ces moments entraînent un certain nombre de remises en question et de problèmes spécifiques. Ils induisent, chez un patient qui se trouve confronté à une nouvelle réalité physiologique et existentielle, un remaniement de son système de valeurs et de son équilibre émotionnel. Ainsi, *tous ces moments peuvent générer une déstabilisation* <sup>(27)</sup>, qu'ils apportent des mauvaises nouvelles (diagnostic initial, rechute, complications) ou, parfois, des bonnes nouvelles (rémission, fin de traitement).

La limite qui sépare déstabilisation transitoire et adaptation (réussie ou non) n'est pas toujours facile à préciser. Les critères diagnostiques définissant les *troubles de l'adaptation* proposés par la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) <sup>(28)</sup> et le DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) <sup>(29)</sup> s'avèrent utiles dans de tels cas. Les troubles de l'adaptation consistent en une réaction non adaptée à un facteur de stress psychosocial identifiable, qui apparaît au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci. La nature « non adaptée » de la réaction se traduit par une altération du fonctionnement social ou professionnel, ainsi que par des symptômes exagérés par rapport à une réaction normale et prévisible au stress. Ainsi, les troubles de l'adaptation sont le plus souvent caractérisés par des perturbations émotionnelles (anxiété et/ou humeur dépressive).

Au-delà d'une durée de 6 mois d'un trouble déclenché par un événement stressant ou ses conséquences, il convient de revoir le diagnostic posé de « trouble de l'adaptation ». Pourront ainsi être évoqués, par exemple, les diagnostics *de troubles anxieux ou dépressif* ou encore *d'état de stress post-traumatique* <sup>(27)</sup>.

Les études épidémiologiques montrent qu'indépendamment de l'annonce du diagnostic, il existe un risque non négligeable de développer un **épisode dépressif majeur au cours d'une maladie grave**. Les épisodes dépressifs majeurs seraient, par exemple, présents chez 6 à 10% des patients cancéreux <sup>(30)</sup> ; dans le cadre des maladies graves neurologiques, la prévalence de la dépression majeure chez les patients souffrant de sclérose en plaques serait de 40% <sup>(31)</sup>, et chez les patients atteints de démence entre 10% (maladie d'Alzheimer) et 20% (démence vasculaire) <sup>(32)</sup>.

## **4. DEROXAT<sup>®</sup> DANS LA DEPRESSION**

XXXX

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Dolbeault S *et al.* Dépression et cancers. *Neuropsych* 2000 ;N°Spécial Septembre :33-38.
2. Pinner G. Truth-telling and the diagnosis of dementia. *Br J Psychiatry* 2000;176:514-5.
3. Heesen C *et al.* Delivering the diagnosis of MS - results of a survey among patients and neurologists. *Acta Neurol Scand* 2003;107(5):363-8.
4. Johnson H *et al.* On telling the truth in Alzheimer's disease: a pilot study of current practice and attitudes. *Int Psychogeriatr* 2000;12(2):221-9.
5. Mystakidou K *et al.* Cancer information disclosure in different cultural contexts. *Support Care Cancer* 2004;12(3):147-54.
6. Rubio Arribas V *et al.* Diagnóstico : cáncer. ¿Queremos conocer la verdad? *Aten Primaria* 2004;33(7):368-73.
7. Elian M, Dean G. To tell or not to tell the diagnosis of multiple sclerosis. *Lancet* 1985;2(8445):27-8.
8. Janssens AC *et al.* Patients with multiple sclerosis prefer early diagnosis. *Eur J Neurol* 2004;11(5):335-7.
9. Jha A *et al.* To tell or not to tell-comparison of older patients' reaction to their diagnosis of dementia and depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16(9):879-85.
10. Maguire P. Breaking bad news. *Eur J Surg Oncol* 1998;24(3):188-91.
11. Baillet F, Pélicier N. L'annonce diagnostique. Impact psychologique et bonnes pratiques. *Encephale* 1998;24 Spec No 2:35-41.
12. Hagerty RG *et al.* Cancer patient preferences for communication of prognosis in the metastatic setting. *J Clin Oncol* 2004;22(9):1721-30.
13. Schattner A. What do patients really want to know ? *Q J Med* 2002;95:135-6.
14. Pucci E *et al.* Relatives' attitudes towards informing patients about the diagnosis of Alzheimer's disease. *J Med Ethics* 2003;29(1):51-4.
15. Maguire CP *et al.* Family members' attitudes toward telling the patient with Alzheimer's disease their diagnosis. *BMJ* 1996;313:529-30.
16. Hosaka T *et al.* Disclosure of true diagnosis in Japanese cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1999;21(3):209-13.
17. Holland JC. American Cancer Society Award lecture. Psychological care of patients : psycho-oncology's contribution. *J Clin Oncol* 2003;21(23 Suppl):253s-265s.

18. Mager WM, Andrykowski MA. Communication in the cancer 'bad news' consultation: patient perceptions and psychological adjustment. *Psychooncology* 2002;11(1):35-46.
19. Lobb EA *et al.* Communication and information-giving in high-risk breast cancer consultations: influence on patient outcomes. *Br J Cancer* 2004;90(2):321-7.
20. Kerr J *et al.* Communication, quality of life and age : results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. *Ann Oncol* 2003;14(3):421-7.
21. Ellis PM, Tattersall MHN. How should doctors communicate the diagnosis of cancer to patients ? *Ann Med* 1999;31:336-41.
22. Schofield PE *et al.* Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Ann Oncol*;2003:48-56.
23. Nordin K *et al.* Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer* 2001;37(3):376-84.
24. Marzarski M. Would you like to know what is wrong with you? On telling the truth to patients with dementia. *J Med Ethics* 2000;26(2):108-13.
25. Buckman R, Kason Y. S'asseoir pour parler. S'asseoir pour parler : l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Paris : InterEditions 1994.
26. Dolbeault S, Laurence V. L'annonce du diagnostic de cancer du sein. *Rev Prat* 2004;54(8):841.
27. Razavi D *et al.* Adaptation et troubles psychiatriques. In Razavi D, Delvaux N. *Psycho-oncologie. Le cancer, le malade et sa famille* (2<sup>ème</sup> édition). Paris : Masson 2002 :134-157.
28. Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes. 10<sup>ème</sup> révision. CIM-10. Genève : OMS 1992.
29. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Quatrième édition. Traduction française par J.D. Guelfi *et al.* Paris : Masson 1996.
30. Nezelof S, Vandel P. Cancers et dépressions : aspects épidémiologiques. *L'Encéphale du Praticien* 1998 ;N° Hors série 2 :59-65.
31. Krebs MO, Fabre I. Dépression et maladies neurologiques. In Olié JP *et al.* *Les maladies dépressives* (2<sup>ème</sup> édition). Paris : Médecine-Sciences Flammarion 2003:150-62.
32. Fridman EA *et al.* Treatment of depression in patients with dementia. *CNS Drugs* 2000;14(3):191-201.

*Mentions Légales DEROXAT®*