

DIALOGUE ENTRE LE RADIOLOGUE ET LE PATIENT ATTEINT D'UN CANCER

L OLLIVIER (1), J LECLERE (2), S DOLBEAULT (1), S NEUENSCHWANDER (1)

(1) PARIS - FRANCE,

(2) VILLEJUIF – FRANCE

Le rapport médecin malade reste essentiellement humain. Pour certains, il n'a pas changé, les malades ont toujours la même angoisse, la même confiance, les mêmes mots, les mêmes regards et les mêmes gestes. C'est vrai pour certaines catégories d'âge et de patients mais pour beaucoup, l'évolution de la société, des mentalités, de la pratique médicale, de l'information ont profondément modifié la relation médecin-malade depuis une dizaine d'années (1). Le médecin est descendu de son piédestal, le temps où il exerçait un pouvoir sans partage est révolu. L'exigence de notre société ne fait que croître et les exigences de l'usager ont fait glisser l'obligation de moyens vers une obligation de résultats (2). Le patient veut comprendre, savoir, ne plus être en position d'infériorité face au médecin et dans le public une certaine remise en cause du système médical s'installe. Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, la relation est soumise à plus d'exigence (3). L'accent est mis sur l'information, le consentement, la participation du patient au choix de la stratégie thérapeutique. Un nouveau contrat, une relation fondée sur la négociation, une forme de co-responsabilité médecin-patient face à la maladie s'est substituée à la relation de pouvoir. L'autre étape importante a été celle des lois Huriet sur la participation des patients aux essais thérapeutiques et à la recherche médicale. Leur application a montré que des personnes dûment informées des gains et des risques d'une démarche médicale étaient capables de les comprendre et de les accepter, y compris de façon altruiste. Les états généraux de la santé en 1999 organisés autour de groupes avec notamment des patients atteints de cancer ont accéléré le processus d'information et de diffusion, avec, dans le même temps, l'arrivée d'internet. L'information « claire et loyale » du patient est inscrite dans la loi, ce qui impose aux soignants des devoirs supplémentaires pour lesquels ils ne sont pas toujours convenablement préparés. On est passé de « l'omerta à la transparence obligatoire sans forcément bénéficier des moyens d'assurer cette transition » (2).

L'évolution de la maladie cancéreuse est émaillée de nombreux examens complémentaires notamment d'imagerie, du dépistage au diagnostic, de l'évaluation des traitements au bilan pré et post-opératoires, de la mise en évidence des évolutions et des récidives aux examens d'urgence ou de patients en fin de vie. Le radiologue est en première ligne, c'est souvent lui qui découvre les anomalies et qui, face au malade, doit trouver les premiers mots. La tâche est difficile d'autant qu'il n'a reçu, jusqu'à présent, aucune formation spécifique en psychologie ni pour la gestion des situations communicationnelles difficiles, telles que l'annonce de mauvaises nouvelles. Le risque est grand de maladroitness, d'attitudes inadaptées voire calamiteuses.

Trois radiologues pratiquant depuis de nombreuses années dans deux Centres de Lutte Contre le Cancer, aidés d'une psychiatre spécialisée en cancérologie, ont souhaité approfondir leur réflexion sur les difficultés de la communication médecin-malade en radiologie cancérologique et sur la possibilité de l'améliorer. Dans notre pratique quotidienne de la radiologie en cancérologie, nous avons été confrontés à de nombreuses situations difficiles et c'est encore le cas, malgré l'expérience. Nous avons constaté le désarroi, notamment de

certains jeunes médecins et leurs difficultés de comportement. Notre but n'est pas de dégager des conduites stéréotypées qui n'existent pas mais de comprendre un peu mieux l'expression de l'angoisse des patients et les difficultés des radiologues afin de reconnaître les erreurs et les maladroites, les attitudes à éviter et les mots à ne pas dire. Le radiologue doit savoir faire mais la maîtrise de la technique n'est pas suffisante, elle doit s'accompagner d'une aptitude à établir avec le malade une relation attentive. Le radiologue doit savoir dire, ni trop ni trop peu mais surtout pas debout dans un couloir en quelques minutes. Comme le dit Henri Pujol : « S'il n'y a pas de bonnes manières d'annoncer une mauvaise nouvelle, il y en a des mauvaises » (1). Enfin le radiologue doit savoir être, ce qui ne s'apprend pas mais s'appuie sur les bases essentielles de la pratique médicale : la compétence clinique, l'empathie envers les malades et le respect de leurs droits.

1- La communication médicale fait entrer en contact le monde du médecin et le monde du patient dans un environnement plus ou moins adapté. Le médecin, à défaut de la toute puissance de jadis, a, en principe, la connaissance scientifique et la connaissance du dossier du malade avec des informations précises sur le stade de la maladie, le traitement, les complications, le pronostic. A l'inverse, le patient ne détient que des informations générales et fragmentaires sur sa maladie.

Le médecin établit pendant un temps déterminé une relation professionnelle avec le patient. Pour lui, cette situation est habituelle, pour le patient la relation est au contraire très significative et son impact va persister dans le temps, à l'issue de la consultation. Le patient vit une situation d'exception sur laquelle il porte un regard subjectif. Le médecin est indépendant alors que le malade entre dans une relation de dépendance.

Pour établir une bonne relation, il faut que ces deux mondes s'adaptent. Cela nécessite de la part du médecin, outre l'indispensable compétence, une compréhension, une intégration des problèmes, une disponibilité pour faire « alliance » avec le patient pour un projet commun.

Un grand nombre de paramètres influencent la qualité de la relation médecin-malade, certains sont liés au médecin lui-même, d'autres aux patients et les derniers à des facteurs extérieurs. La personnalité du médecin, son implication dans la relation, son savoir-être et en particulier sa capacité d'écoute (« bien écouter, c'est déjà répondre » disait Marivaux), son humeur du moment, son degré de fatigue ou de stress jouent un rôle sur son comportement à un moment donné, en fonction du contexte. La compétence, l'empathie envers le malade et la connaissance du dossier sont les bases qui conditionnent d'autres facteurs comme la longueur d'un examen, son acuité diagnostique et la capacité à répondre sereinement et avec tact aux questions posées. Enfin, en dehors des facteurs personnels, le devoir d'informer est inscrit dans la loi, mais il faut garder à l'esprit que, si les malades ont le droit de savoir, beaucoup préfèrent ne pas user de ce droit.

La personnalité du patient, son vécu, ses émotions, ses réactions devant la maladie, les mécanismes de défenses qu'il essaie de mettre en place influencent la relation. Un malade est une personne malade et les patients ne le sont pas toujours mais, comme le souligne justement Michel Moriceau : « Le malade n'est ni capricieux, ni tyrannique, il est angoissé... » (2).

Le médecin doit se méfier du risque de perte d'objectivité et de sur-investissement devant un malade charismatique, sociable, agréable, intelligent ou à l'inverse d'une attitude de retrait devant un malade mutique n'exprimant aucune demande, aucune plainte. De même il devra contenir un possible agacement devant un malade pointilleux, très sollicitant (2).

Bien entendu, le degré d'évolution et le stade de la maladie, les résultats de l'examen sont prépondérants dans ce qui va pouvoir être dit et la façon de le dire.

Le manque de temps, la surcharge, sont les facteurs les plus souvent invoqués comme limitant les bonnes relations avec les patients, il faut se garder qu'ils ne deviennent prétexte : un mot, un sourire ne prennent que quelques secondes...

Un autre fléau de notre système est le temps d'attente des malades avant les examens. Il est difficile d'établir une bonne relation avec un malade qui a longtemps attendu dans une salle d'attente, sans explications, et qui arrive excédé. Les efforts de tous doivent converger pour améliorer l'organisation des services et diminuer le temps d'attente des malades. A l'accueil, il est nécessaire d'annoncer d'emblée un temps d'attente approximatif ; en cas de retard plus important, la remise d'une explication claire au patient diminue significativement l'intensité de son anxiété voire de son agressivité.

2- L'imagerie médicale est une spécialité de plus en plus technique et informatisée, qui a pu ou pourrait laisser peu de place à la communication directe avec les malades. Elle est opposée, à tort, aux spécialités dites cliniques, alors qu'il s'agit d'une discipline qui approche au plus près la clinique en montrant directement la source des maux, les tumeurs, leur extension et le retentissement sur les différents organes, expliquant ainsi les symptômes. Mais avant tout, l'imagerie dépiste, elle révèle des lésions de petite taille, asymptomatiques et nécessitant pourtant des traitements lourds, difficiles à faire admettre à un patient qui ne ressent encore aucun trouble. C'est le radiologue qui découvre ces lésions et qui bien souvent est amené à en parler le premier à un patient qui, se sentant en forme, ne s'attend absolument pas à recevoir cette information traumatisante. C'est dire la difficulté et l'importance du rapport qui s'établit, pour un instant trop bref, entre le radiologue et le patient. L'annonce de la mauvaise nouvelle est dans ces circonstances souvent trop brutale, le coup asséné est alors terrible, les patients peuvent se sentir trahis. Confondant dépistage précoce et prévention, ils n'admettent pas la survenue de lésions alors qu'ils étaient si régulièrement suivis (4) et se pensaient de ce fait « protégés » de tout risque de nouvel événement carcinologique.

Le rôle de l'imagerie médicale en cancérologie est de plus en plus important et les examens de plus en plus nombreux et répétés au cours de la maladie. L'impact de ces examens, qui rythment la vie des patients, n'a que partiellement été évalué dans les essais ayant pour objectif la qualité de vie. Et pourtant chaque nouvel examen est source d'inquiétude pour les malades, pour certains du fait de leur caractère douloureux ou contraignant (préparation, réactions aux produits de contraste, angoisse des ponctions), mais surtout en raison des anomalies qu'ils permettent de découvrir : le fait même qu'une échographie du foie soit prescrite sous-entend pour le patient anxieux la possibilité de métastases.

Dans la salle d'attente et avant l'examen, les patients disposent de plaquettes informatives ou peuvent consulter une affiche murale expliquant simplement l'examen qui va être fait. Souvent, ils ont déjà subi cet examen et la curiosité anxieuse concernant la technique est moins importante que la première fois. Prédominant alors l'inquiétude et l'incertitude quant aux résultats...

Un effort doit être fait pour ne pas mettre systématiquement en contact les patients valides et les enfants avec des malades en brancard, en lit ou en perfusion de chimiothérapie, ayant perdu leur cheveux, auxquels ils peuvent s'identifier. En sénologie, les patientes retrouvent l'ambiance des circonstances du diagnostic et revivent ces moments pénibles avec beaucoup d'émotion.

L'entrée dans les salles d'examen est angoissante, le patient sait, que dans les minutes qui suivent, une anomalie peut-être découverte et que l'examen va constituer un élément de

décision pour la suite de la maladie et du traitement. De nombreux patients - y compris des patients guéris en surveillance systématique - nous font part de l'épreuve que représentent pour eux les bilans de contrôle, évoquant alors leur difficulté à se confronter de manière itérative à l'incertitude et à l'angoisse du lendemain : c'est ce que l'on dénomme le « Syndrome (de l'Épée) de Damoclès ». Les manifestations de leur soulagement en fin d'examen, quand ils apprennent que tout est normal, en disent long sur l'angoisse qu'ils ont subie : « je vous embrasserais, je n'ai pas dormi de la nuit, vous ne pouvez pas savoir... ». Certaines patientes passent à l'acte et, après avoir prié pendant toute la durée de l'examen, vous embrassent les mains quand elles apprennent que tout va bien.

Les manifestations de l'angoisse sont très diverses selon les malades et pas toujours en rapport avec la gravité de la maladie, contrairement aux représentations rationnelles qu'en a souvent le médecin. Elles peuvent s'exprimer de façon importante chez des patients suivis pour des lésions bénignes et à l'inverse, des malades très atteints semblent indifférents ou parlent de manière apparemment détachée de la taille de leurs métastases. Le mutisme, une attitude fermée ou, au contraire, une trop grande jovialité, une agitation, une mauvaise compréhension des indications simples (malade qui se déshabille complètement ou pas du tout, qui s'allonge sur le ventre, ne gonfle pas correctement les poumons ou ne peut garder l'apnée...) traduisent l'angoisse de même que la tachycardie perceptible sous la sonde d'échographie, les mouvements respiratoires amples, la sudation. L'agressivité ou les attitudes revendicatrices sont possibles notamment chez certains patients à risque, comme par exemple les adolescents qui ont subi des traitements lourds. Elles peuvent nuire à la relation et il faut savoir les dédramatiser. Les pleurs ne sont pas rares, comme si il y avait au cours d'une relation avec un autre médecin que le référent, une possibilité de se laisser aller pour faire entendre sa souffrance. L'évocation d'idées noires, voire morbides, reste cependant tout à fait exceptionnelle.

Au cours d'un scanner ou d'une IRM le malade est enfermé dans un tunnel, avec comme seul contact un interphone, ce qui peut être difficile à tolérer même pour des patients non claustrophobes. Contrairement aux autres techniques d'imagerie, l'examen échographique confronte le médecin au contact direct du patient au même titre que lors d'un examen clinique (5). Les anomalies apparaissent directement en présence du malade qui est allongé et ne voit pas l'écran ou de toute façon ne comprend pas l'image ; il est en position de dépendance, dans une situation pour lui exceptionnelle ; pour le médecin, la situation est quotidienne, habituelle, mais pas toujours dépourvue d'appréhension. En cours d'examen, le malade fixe souvent le visage du médecin, guettant et interprétant la moindre réaction. Il craint que ne soit décelée une aggravation de la maladie, il ne peut ni le fuir, ni l'éviter et il vit l'examen de façon intense. Il s'inquiète si le médecin s'attarde sur une région qu'il semble examiner plus longuement, s'il tape sur les touches du clavier pour prendre une mesure, ce qui s'accompagne d'un bip sonore qui est interprété par certains malades comme un signal d'alarme... Un patient peut penser que sa maladie s'est étendue si on examine l'ensemble de l'abdomen alors qu'une échographie du foie était prescrite ou lorsqu'on effectue des clichés complémentaires au cours d'une mammographie de contrôle.

3- Le médecin radiologue n'a pas plus que la majorité des autres spécialistes, de formation particulière en psychologie ni en technique d'entretien. Il n'assure pas de consultation à proprement parler, ni d'entretiens avec la famille, il ne propose pas de solution de traitement et ne peut utiliser la « carte » thérapeutique comme réponse au désarroi généré par l'annonce d'une mauvaise nouvelle. C'est lui, pourtant, qui est en première ligne pour découvrir la tumeur, la mesurer, l'évaluer après traitement, voir l'apparition de métastases, de complications, de pathologies iatrogènes... Il doit « préparer » son examen techniquement et

psychologiquement. Avant de s'engager, il doit avoir appréhendé le type de problème clinique posé, le type de malade et de pathologie, le risque de découvrir une anomalie et si possible le profil psychologique du patient. La lecture du dossier apporte ces informations et renseigne sur la connaissance que le malade a de sa maladie, sur ce qui lui a été dit par les différents médecins et sur d'éventuels problèmes psychologiques pré-existants au cancer et éventuellement exacerbés ou provoqués par la maladie. La connaissance du dossier et du stade évolutif de la maladie permet d'aborder l'examen avec plus de sérénité et diminue le risque d'erreur. Savoir ce que l'on cherche augmente considérablement la probabilité de le trouver.

Pour évaluer l'évolution de la maladie, il est important de connaître les résultats des examens antérieurs de façon à pouvoir répondre aux questions que le malade pourrait poser. Si certains patients ne posent aucune question, d'autres connaissent parfaitement la taille de leur tumeur et souhaitent que le radiologue leur confirme la stabilité ou la régression. Face à une progression tumorale, le problème est beaucoup plus complexe et la réponse, si elle ne peut masquer la réalité, se doit d'être plus nuancée. L'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie ne s'improvise pas.

Le radiologue doit réaliser un acte techniquement parfait et, en même temps, avoir un bon contact avec des malades nombreux et très différents. Il doit reconnaître les manifestations de l'anxiété et s'adapter rapidement à chaque cas sans bien connaître l'état psychique et émotionnel du patient ni même parfois l'extension exacte de sa maladie. L'échographie particulièrement, place le radiologue dans une situation obligatoire, parfois difficile, à laquelle il n'est pas préparé. A l'issue de l'examen, il ne peut ni dissimuler complètement la réalité ni majorer brutalement l'inquiétude du malade. La découverte de lésions « non prévues », d'une nette progression tumorale ou d'une récurrence sont stressantes pour le médecin, qui prolonge parfois l'examen pour se donner le temps de prévenir les questions et de prévoir les réponses. Il peut même hésiter à s'attarder sur la région atteinte, à mesurer les lésions, en particulier chez l'enfant sous le regard des parents; s'il manque d'expérience il peut même arrêter l'examen et demander l'aide d'un collègue senior, ce qui peut être inquiétant pour le malade si les explications qui lui sont données sont vagues.

4- La relation médecin-patient en imagerie médicale :

La relation complexe entre le malade atteint d'un cancer et le médecin qui a le pouvoir de regarder à l'intérieur de son corps ne peut être codifiée ou simplifiée. Elle s'apparente à la relation clinique d'antan, quand seul l'examen physique du médecin donnait des éléments sur l'état du malade. L'aspect « verdict » du résultat immédiat d'un examen radiologique donne à la relation médecin-malade son caractère particulier. A l'hôpital, les rendez-vous sont pris de façon informatisée, donc aléatoire, et cette relation n'est choisie ni par l'un ni par l'autre. Or, la confiance que le patient a dans le médecin qui l'examine est importante pour que le résultat, avec les conséquences thérapeutiques qui peuvent en découler, soit compris et « accepté ». Le médecin, que le malade ne connaît le plus souvent pas, doit se présenter, et dire quelques mots sur ce qui va être fait : comment va se dérouler l'examen, quelle est son utilité en se gardant toutefois des explications trop techniques, trop « médicales ». Les désagréments ou risques éventuels doivent être connus et compris par le patient. Les malades peuvent être accompagnés d'une personne de confiance de leur choix qui pourra expliquer de nouveau et à d'autres moments, ce qui a été dit. Les examens de bilans, visant à rechercher ou à éliminer des localisations à distance sont souvent mal compris des patients. Citons par exemple la difficulté pour certaines femmes ayant une lésion mammaire à comprendre la justification d'un examen systématique de l'abdomen.

L'examen échographique est un examen clinique, le médecin doit brièvement interroger le patient sur des troubles éventuels et écouter attentivement les réponses. Le patient est à l'écoute permanente de son corps et la description qu'il fait de ses troubles oriente l'examen diagnostique. Pendant l'examen, il faut savoir s'arrêter pour écouter ce qu'un malade veut dire, lui donner une brève explication. Il convient d'éviter les mimiques et les manifestations de surprise ou d'étonnement, sans toutefois adopter une attitude figée qui fait penser que le médecin est inquiet.

Tous les commentaires en cours d'examen, destinés à un autre médecin présent, inquiètent les malades même s'il s'agit d'une remarque anodine sur un examen normal. Si on souhaite donner une indication à un stagiaire, il faut informer clairement le malade de ce que l'on fait. Sont à proscrire également l'évocation de problèmes techniques ou de fonctionnement concernant clichés ou dossiers, qui font redouter au malade des complications à une situation déjà difficile.

Sauf pour certains malades suivis depuis longtemps et régulièrement en imagerie médicale, la rencontre ne s'inscrit pas dans une relation au long cours, elle peut être brève et unique. Le malade peut y trouver l'occasion de s'exprimer différemment sur sa maladie, et poser une question qu'il ne posera pas ailleurs. Le radiologue n'a pas les éléments pour évaluer le profil psychologique du patient, mais il doit savoir que sa propre perception est sans commune mesure avec celle d'un malade atteint d'un cancer. Il doit s'efforcer de ne pas majorer l'angoisse par certains mots utilisés sans précaution (cancer, métastases, ...).

Le lieu est important, la salle d'échographie doit être conçue comme une salle de consultation. Parfois le malade est accompagné d'un membre de sa famille ou des parents pour les enfants, mais, le plus souvent, il est seul avec un médecin ce qui est moins fréquent dans les autres consultations. Dans le calme et la pénombre, le médecin est en contact direct avec le malade, l'intensité du contact est variable, de très superficiel à beaucoup plus intime, comme lors d'un examen endocavitaire. Si les malades sentent que le médecin est disponible et à l'écoute, ils profitent de cette rare occasion pour parler, pour poser des questions qu'ils n'ont jamais posées, parfois pour s'épancher. Le rapport entre un médecin échographiste et son patient en fin d'examen est un moment parfois difficile mais toujours privilégié, qui offre au malade un espace de parole dont il est souvent lui-même surpris.

En cours d'examen et lors du dialogue qui le prolonge il importe d'éviter, dans toute la mesure du possible, les dérangements comme le téléphone, les interruptions par un tiers ou pire son intrusion dans une salle, à tort non fermée à clé, dans laquelle une échographie endocavitaire est en cours

Après un examen, avant de dicter son compte rendu destiné au médecin traitant, le radiologue doit « faire face » aux questions du malade. Pour lui répondre, il ne peut utiliser les mêmes mots que dans le compte-rendu, mais il ne peut pas non plus travestir la réalité. Le contact avec le malade en radiologie est souvent bref et le médecin a la possibilité de ne pas s'investir. Par manque d'expérience, ses réponses risquent d'être improvisées, approximatives ou fuyantes parfois même teintées d'une certaine agressivité. Une attitude fréquente consiste à éviter de répondre en invoquant des problèmes techniques « je n'ai pas votre dossier, je dois le voir avant d'interpréter votre examen », « je dois analyser les images et les comparer à l'examen précédent » ou encore « je ne vois pas très bien à cause des gaz digestifs, il va falloir faire un autre examen ». La responsabilité peut être renvoyée vers le médecin traitant « vous verrez cela avec votre médecin traitant, je lui fais un compte-rendu ». Le radiologue, mal à l'aise, va adopter des attitudes de fuite, de non-disponibilité et avoir recours à des échappatoires dont le malade n'est pas dupe. Ces attitudes ne sont pas toutes critiquables :

dans certaines circonstances, il est même indispensable d'y recourir ou encore impossible de faire autrement, mais il faut éviter les comportements néfastes qui traduisent trop visiblement le désarroi du médecin. Quelle que soit la difficulté de la situation, la préparation de l'entretien, la recherche d'un cadre adéquat, le regard porté au malade, une attitude d'écoute bienveillante, d'acceptation d'un dialogue interactif - s'il désire poser des questions ce qui est loin d'être toujours le cas -, le principe des questions ouvertes, sont les garanties d'un dialogue de qualité. Il importe aussi d'adapter notre langage, le rendre accessible et éviter les termes trop médico-techniques qui n'évoquent rien au patient. Par contre, remettre l'examen dans son contexte, cibler l'essentiel « comment vous sentez-vous ? », faire une synthèse « si j'ai bien compris, voilà ce qui vous est arrivé... » sont de bonnes façons de transmettre l'information et de montrer qu'on est disponible. Il faut savoir attendre et essayer de comprendre les émotions du patient, lui laisser les exprimer, les légitimer : « je comprends que vous soyez déprimé », plutôt que : « ça va déjà mieux là, n'est-ce pas ? » ou : « ça va s'arranger, ne vous en faites pas ». Les questions ouvertes « qu'est ce qui vous ennuie le plus ? » permettent au patient de s'exprimer alors que « vous n'avez pas d'autre question ? » met fin au dialogue. Le temps passé à cet entretien peut paraître long mais c'est un temps psychologique important et dans une matinée de scanner ou d'échographie, tous les malades ne vont pas avoir une demande identique. Il faut savoir clore l'entretien en accompagnant le patient, en lui posant des questions sur la suite de sa journée, en l'orientant vers sa prochaine consultation.

Malheureusement, au décours d'un scanner ou d'une IRM, le dialogue entre le radiologue et le patient a souvent lieu debout, dans un couloir, sans que l'un et l'autre aient pu se rencontrer au préalable. Ce sont bien sûr les pires conditions pour établir une relation de confiance et surtout pour annoncer une mauvaise nouvelle.

Certains services disposent aujourd'hui d'une salle de consultation permettant de recevoir les patients avant et ou après un examen radiologique. Ce lieu est utile en particulier pour les examens comportant une procédure délicate ou douloureuse (mammotome, biopsie, ...) pour la radiologie interventionnelle (drainage, radiofréquence,...), ainsi que pour les patients inclus dans des essais comportant de l'imagerie et auxquels il s'agit de faire signer un consentement éclairé (protocole IRM, femmes à risques génétiques). L'étude de Peteet (6) a montré que 70% des malades souhaitent discuter des résultats de scanner immédiatement après l'examen. Certains cas nécessitent des analyses comparatives précises et il n'est pas toujours possible de donner des résultats définitifs immédiatement ; il est en revanche toujours possible d'expliquer cette situation au malade. En IRM, le nombre de séquence et d'images ne permet pas toujours une analyse aussi rapide et comporte un risque de mauvaise interprétation : il est préférable dans ce cas de prévenir le patient du caractère partiel des résultats, dont la totalité sera adressée au médecin traitant dans les jours suivants. L'attente des résultats pourrait même représenter un temps psychologique utile au patient, pendant lequel il a le temps d'anticiper les différentes réponses possibles, de se faire à l'idée de sa maladie ou de la rechute, non seulement parce que les résultats ne sont pas immédiats, mais aussi parce qu'il commence à ressentir des symptômes qu'il occultait jusqu'alors. « Le patient voyage entre l'angoisse envahissante et la réassurance, entre la dramatisation et la banalisation, entre le doute et la certitude. C'est un temps de maturation, d'intégration qui peut atténuer l'annonce définitive » (3).

5- Les médecins traitants

Plusieurs enquêtes nord-américaines (7, 8) ont montré que médecins traitants et radiologues s'accordaient pour la plupart sur le principe que le radiologue informe le malade du résultat d'un examen normal ou peu pathologique. Au contraire, lorsque l'examen est franchement

pathologique, certains radiologues et surtout la plupart des cliniciens sont hostiles à ce que les résultats soient donnés par le radiologue. Ils avancent pour cela l'absence de solution thérapeutique proposée par les radiologues. Pourtant, les malades font la différence entre celui qui fait le diagnostic (la « troisième personne » dans la relation avec le médecin traitant) et celui qui traite. D'autre part, cette « carte » de la solution thérapeutique peut être mise en défaut lors des récidives. Dans ces cas, des ruptures dans le couple médecin traitant-patient peuvent se produire: le patient n'y croit plus, le médecin traitant se lasse, les conflits apparaissent. Certains oncologues, au contraire, demandent de plus en plus souvent que le radiologue « prépare » le malade à entendre les mauvaises nouvelles (9). Celui-ci doit trouver un terme entre dire la « vérité » et dissimuler le résultat. Les médecins traitants utilisent souvent l'imagerie pour convaincre leur patient de l'utilité d'instituer un traitement aux effets secondaires importants ou à l'inverse d'arrêter la thérapeutique en cas d'inefficacité manifeste et de progression de la maladie. Certains patients disent aussi qu'ils éprouvent le besoin de voir leur tumeur pour pouvoir accepter la maladie, le traitement, les complications...

Plus que les rapports entre le prescripteur et le radiologue, ce sont les droits du malade qui priment. Le radiologue est tenu d'informer un patient qui le souhaite mais il doit aussi s'assurer que le médecin prescripteur a bien été informé qu'une anomalie a été découverte. Le compte-rendu écrit ne suffit pas et, aux Etats-Unis, un certain nombre de procès ont pour cause l'absence d'information directe, c'est-à-dire orale, du médecin demandeur (10).

6- Les situations concrètes : les questions et les réponses

La situation qui pose le moins de problème est celle d'un examen normal chez un malade guéri ou en rémission complète ou la recherche négative de métastases au cours du bilan d'un cancer. Le patient n'attend pas autre chose qu'un résultat normal. Que la situation soit vécue comme « évidemment normale », toute possibilité de complication étant refoulée ou, à l'inverse, avec une grande angoisse, le patient ne demande rien. Dans ce cas, le radiologue n'a pas à donner un résultat qui ne lui est pas demandé, il ne doit pas céder à la tentation, pour donner une bonne nouvelle, de répondre à une question non exprimée. Certains patients, dans les structures défensives qu'ils mettent en place, ne souhaitent pas qu'un tiers, qu'ils ne connaissent pas, intervienne dans le dialogue. Il peut être pour eux plus rassurant de ne communiquer qu'avec leur médecin traitant ou le chirurgien qui les a opérés.

Lorsque les malades posent « la question », la manière même de la formuler montre qu'ils ne souhaitent entendre qu'un seul type de réponse, la seule qui ne soit pas angoissante et qui assure que « tout est normal ». La formulation contient la réponse et le point d'interrogation est enlevé. Il s'agit plus d'une affirmation que d'une véritable question : « tout va bien », « vous n'avez rien vu » ou « rien de méchant », dans cette forme appelée « interrogation figurée », le tour interrogatif est pris « non pas pour marquer un doute et provoquer une réponse mais pour indiquer, au contraire, la plus grande persuasion et défier ceux à qui l'on parle de pouvoir nier ou même répondre » (11).

Si l'examen montre une anomalie, il est très difficile au médecin de répondre à ce type de « question affirmative ». Il ne peut pas laisser croire au malade que l'examen est normal, ce qui serait démenti en consultation avec le médecin traitant, avec les conséquences - y compris médico-légales - qui peuvent en résulter. Il ne peut pas non plus annoncer brutalement un résultat qui, dans certains cas équivaut à un verdict de mort ou, tout au moins de reprise de traitements très éprouvants.

Certains malades, souvent très anxieux, montrent une certaine agressivité. Ils pressentent qu'une anomalie a été découverte et poursuivent le médecin pour obtenir une réponse qu'ils

veulent rassurante et qu'on ne peut pas leur donner. Cette situation est très angoissante pour le médecin qui doit résister à la tentation d'asséner le résultat comme une « punition » pour se débarrasser du malade.

D'autres malades parlent avec une certaine provocation ou au moins assurance, de leur cancer ou de leurs métastases. Ils peuvent lancer ces mots pour sonder un autre médecin, alors qu'en fait, ils n'ont pas de certitude et acceptent beaucoup moins bien qu'ils ne le laissent paraître. Ce peut être également une façon de faire reconnaître les souffrances qu'ils endurent. Le dialogue, ou au moins l'échange, est plus facile avec les patients chez qui l'angoisse est moins apparente bien que tout aussi présente. C'est généralement le cas des parents d'enfants atteints d'une tumeur maligne ou d'une hémopathie, en dehors bien sûr de la phase de découverte ou du premier bilan des lésions ; ils sont très informés par les médecins traitants de la maladie, de la taille de la tumeur, des traitements, de l'évolution probable. Ils posent des questions précises auxquelles le radiologue n'a pas de difficulté à répondre. La surveillance à long terme d'enfants traités il y a plusieurs années et guéris d'une affection maligne comme un lymphome ou un néphroblastome fait partie des moments agréables de la radiologie oncologique. Il s'établit, au fil des mois, une véritable relation entre l'enfant, les parents et le médecin qui examine avec un appareil non traumatisant surtout lorsqu'il s'agit d'une échographie. Cette relation est renforcée par le souvenir non évoqué mais présent, des moments difficiles traversés lors des premiers examens de diagnostic et de suivi en cours de chimiothérapie. Le radiologue doit prendre soin de ne pas s'adresser uniquement aux parents mais également de parler avec l'enfant lorsqu'il est question de sa maladie. La situation n'est plus aussi facile si les lésions progressent ou en cas de récurrence. Des signes cliniques avaient fait suspecter une reprise évolutive et les parents attendent de l'examen la confirmation, avec l'angoisse qu'on imagine. Il n'est pas possible pour le radiologue de dissimuler la réalité ; il peut tout au plus évoquer les possibilités thérapeutiques qui seront utilisées par les soignants.

La situation est également difficile chez l'adulte lorsque les lésions se multiplient et augmentent de volume. Certains malades le savent et ne posent aucune question ; on a même l'impression qu'ils « épargnent » le radiologue en évitant volontairement de le mettre dans une situation embarrassante. En fait il y a un tel fossé entre la situation dramatique du malade et celle du radiologue qu'il n'y a apparemment plus de dialogue possible. C'est dans cette situation de lésions évolutives, lorsque le malade demande des résultats qu'il voudrait favorables, qu'il est légitime pour le radiologue, d'avoir recours à des échappatoires ; il doit laisser entendre que la situation ne s'améliore pas, sans pour autant donner des précisions sur l'évolution. Si le malade souhaite dialoguer, il faut l'écouter, il peut être réconfortant pour lui de parler à un médecin différent de celui qu'il voit d'habitude et de lui faire part de sa souffrance. Il faut éviter de fuir et de montrer sa propre angoisse. Pour éviter de répondre directement à la question des résultats, on est en droit de parler de la nécessité de comparer les images avec celles des examens antérieurs, qui est l'échappatoire la plus utilisée. Il faut le dire avec conviction, et non marmonner en s'enfuyant de la salle d'examen. Certains malades connaissent parfaitement leur maladie et la taille des lésions sur l'examen précédent. Leur comportement semble rationnel, ce qui ne veut pas dire qu'ils soient prêts à tout entendre. Si les lésions diminuent ou même si elles sont stables, le médecin n'a pas de difficultés à répondre aux questions. La réponse est plus difficile en cas de nette progression. Il faut veiller à ne pas tomber dans le « piège » des malades qui affirment « vous pouvez tout me dire » ou « je connais tout de ma maladie » ce qui peut signifier qu'ils ne souhaitent plus en apprendre davantage.

Des malades très fatigués et éprouvés et qui ont longtemps et beaucoup souffert, en fin de vie, ne posent en général aucune question, parfois cependant ils demandent de façon déconcertante qu'on leur confirme la normalité de l'examen alors que l'évolution tumorale est évidente mais niée et refoulée. La question est posée de façon affirmative et ces malades n'attendent pas l'impossible réponse...

La situation la plus difficile à laquelle est confronté le radiologue est la mise en évidence de métastases qu'aucun signe ne laissait prévoir, au cours du bilan systématique par exemple d'un cancer du sein ou chez un sujet jeune opéré d'un mélanome et dont l'état général est parfaitement conservé. Cette découverte, qui est le plus souvent immédiate dès que la sonde est posée sur le ventre, est la hantise des médecins au cours d'une échographie. Ces situations sont particulièrement angoissantes même pour le médecin le plus expérimenté. S'il n'est pas possible de dire que l'examen est normal, il est difficile d'asséner une réalité que le patient ne veut pas entendre. Le médecin peut mentionner un doute et la nécessité de préciser ce doute par d'autres examens, mais quoi qu'il fasse ou dise, il fera naître un terrible inquiétude chez le malade. Dans cette situation, l'émotionnel l'emporte, rendant bien difficile une communication sereine (12).

Le temps de l'examen d'imagerie en cancérologie est par nature anxiogène, le radiologue n'y est pour rien, il ne peut assumer la charge anxieuse qu'il perçoit chez le patient et sûrement pas à sa place ; la situation est inégale, certes, bien loin de l'idéale relation partenaire, mais elle est le reflet de ce que radiologue et patient sont en train de vivre, chacun dans une place bien distincte.

La mise en place de **consultations d'annonce du cancer** devrait être effective sur toute la France en janvier 2005. Au fil des réflexions, la consultation s'est transformée en « dispositif d'annonce » avec une première consultation « longue », faite par l'un des acteurs du traitement, au cours de laquelle on informe le patient du diagnostic et des alternatives thérapeutiques et on lui fait savoir que son dossier va être soumis à une concertation d'expertise pluridisciplinaire. Un second rendez-vous est proposé, le plus rapidement possible, où sera exposé le projet thérapeutique. La Ligue Nationale Contre le Cancer a précisé les « bonnes conditions » de l'annonce : dans le bureau du médecin, sans élément perturbateur, avec une assistante médicale, dans un face à face durant au moins 30 minutes.

Les intentions sont bonnes, mais, par manque de moyens humains et financiers, la mise en œuvre risque de ne pas se faire sans problèmes. De plus, la plupart des professionnels n'ont pas reçu de formation spécifique à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Différents recours existent comme des formations à la communication médecin-patient, la lecture de l'abondante littérature sur ce sujet, des groupes de parole ou de supervision (type Balint) permettant au médecin de mieux connaître son style relationnel et communicationnel et de mieux gérer les situations difficiles. Les radiologues ne peuvent se réfugier derrière l'extraordinaire technicité de leur spécialité, ils sont confrontés à ces problèmes d'annonce et de dialogue avec les malades atteints de cancer. Ils doivent s'y impliquer mais, comme les autres, ils manquent de temps, de moyens et de formation. Ils peuvent compenser ces manques par la volonté de mettre réellement le patient au centre de leurs préoccupations.

Références

1. Medecin-patient : La nouvelle donne. *Le Quotidien du Médecin*, 18 mars 2004 ; N° 7501
2. Moriceau M. La souffrance des soignants. *Editions Chugai*. Chugai Pharma France, Paris. 2003
3. Hazebroucq V. L'information du patient et le consentement éclairé. *J. Radiol* 1999 ; 80: 411-2
4. Fournier C. L'annonce de la mauvaise nouvelle en cancérologie. *Médecine Légale Hospitalière* 1999 ; 2: 69-70
5. Leclère J, Ollivier L, Pacault V, Palangié T. La relation médecin-malade en échographie cancérologique. *J Radiol* 1996 ; 77: 405-9
6. Peteet JR, Stomper PC, Murray Ross D, Cotton V, Truesdell P, Moczynski W. Emotional support for patients with cancer who are undergoing CT : Semistructured interviews of patients at a Cancer Institute. *Radiology* 1992 ; 182: 99-102
7. Levitsky DB, Franck MS, Richarson ML, Shneidman RJ. How should Radiologists reply when patients ask about their diagnoses ? A survey of Radiologists' and Clinicians' preferences. *AJR Am. J.Roentgenol.* 1993 ; 161: 433-6
8. Basset LW, Bomyea K, Liu S, Sayre J. Communication of mammography results to women by radiologists : Attitudes of reffering health care providers. *Radiology* 1995 ; 19: 235-8
9. Hammond I, Franche RL, Black DM, Gaudette S. The radiologist and the patient : breaking bad news. *Can Assoc Radiol J.* 1999 ; 50: 233-4
10. Berlin L. Communicating findings of radiologic examinations : whither goest the radiologist'duty ? *AJR Am J Roentgenol.* 2002 ; 178: 809-15
11. Fontanier P. Les figures du discours. *Flammarion, édit., Paris*, 1968 ; 368-70
12. Guex P, Stiefel F, Rouselle I. La communication : un élément central en cancérologie. *Rev Francoph Psycho-Oncologie* 2002 ; 1: 43-6

Pour en savoir plus :

- 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
- Buckmann R. *S'asseoir pour Parler. L'Art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*. Inter -Editions: Paris, 1994
- Burton M and Watson M. *Counselling people with cancer. Communication Problems*. Wiley, 1998 ; 69-94
- Faulkner A and Maguire P. *Talking to cancer patients and their relatives* . Oxford University Press Inc, New York, 1998
- Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news : consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995 ; 13: 2449-56
- Razavi D, Delvaux N. *La prise en charge médico-psychologique du patient cancéreux*. Masson, Paris, 2ème édition, 2002
- Ruszniewski M. *Face à la maladie grave: patients, familles, soignants* . Dunod, 1995