

Humaniser l'annonce d'un cancer

**J. Klastersky, Chef du Service de Médecine Interne,
Institut Jules Bordet, Centre des Tumeurs de l'U.L.B.**

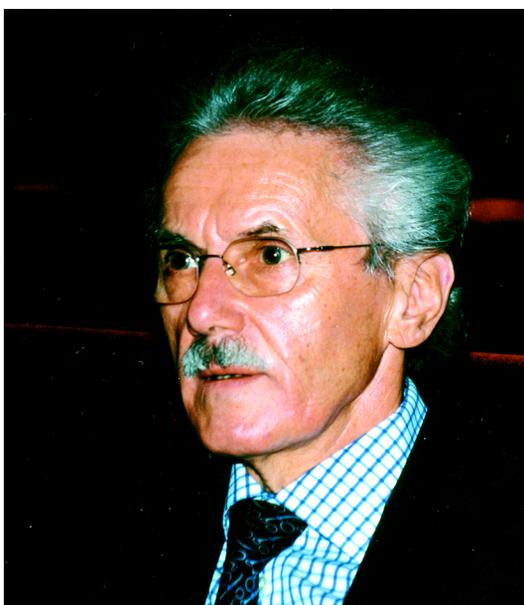
Dans la médecine moderne, peu de diagnostics ont un effet aussi bouleversant sur le patient que celui de cancer. Ceci est probablement lié à l'évolution fréquemment fatale de la plupart des maladies cancéreuses (aujourd'hui 50 % des malades atteints meurent directement ou indirectement suite à la progression de la tumeur), aux fréquentes atteintes à l'intégrité physique, suite à la maladie et/ou au traitement, ainsi qu'à la crainte de la douleur qui y est souvent associée. L'annonce d'un cancer rappelle au patient la possibilité, voire la probabilité, d'une mort prochaine ; ce coup de tonnerre, souvent dans un ciel serein, casse brutalement le processus de création de l'avenir et plonge le patient dans une dépression profonde. Il n'est donc pas étonnant que l'on ait cherché, jadis, à cacher cette "vérité" au patient ; en quelque sorte pour le protéger. Cette **attitude paternaliste** est inacceptable dans notre société ; d'abord, la loi impose que le patient connaisse de manière précise son état de santé et, par ailleurs, il paraît juste sur le plan moral qu'il en soit ainsi ; en effet, comment peut-on user de son libre arbitre - un droit inaliénable - si l'on n'est pas informé ? De plus, les progrès de la cancérologie ont conduit à des **ressources thérapeutiques** réelles et multipliées ; ces traitements ont des conséquences très spécifiques qui permettent souvent aux patients de suspecter ou de reconnaître le diagnostic correct de la maladie.

S'il n'est donc pas admissible de cacher le diagnostic de cancer à un patient sain d'esprit, on peut néanmoins se poser des questions sur la manière de le faire, compte tenu de la charge émotionnelle que représente cette **communication** dans la plupart des cas.

Il faut souligner ici que le cahier des charges des études dans la plupart des Facultés de Médecine n'accorde à la communication entre le médecin et le patient que peu ou pas de place ; or, la communication n'est pas innée chez la plupart des praticiens et doit donc être apprise. Les grandes compagnies commerciales et les hommes politiques l'ont bien compris ; pourquoi pas les médecins ? De plus, le cancérologue est souvent

soumis lui-même à une pression émotionnelle, dans sa pratique quotidienne. Pour se préserver du "burnt out", il pourrait avoir tendance à "assener" le diagnostic dans toute sa nudité, laissant le patient se débrouiller, comme il peut, pour gérer cette mauvaise nouvelle.

Donc, le premier pas dans la communication d'un diagnostic de cancer est de s'assurer que le médecin chargé de le faire possède la compétence nécessaire pour que le message passe, aussi bien que possible. Pour cela, la formation, et ensuite la poursuite d'une formation continue, est indispensable. Grâce au soutien du FNRS, il a été possible de développer un projet pluri-universitaire francophone visant à apprendre les techniques de la communication entre cancérologues et patients. De manière générale, les médecins ayant participé à cet enseignement s'estimaient être mieux à même d'approcher sereinement les questions de leurs patients.



Cette communication du diagnostic ne peut se faire de manière optimale sans bénéficier de quelques conditions matérielles indispensables, à savoir l'isolement dans le calme et le temps suffisant, pour expliquer et répondre aux questions. Ces exigences élémentaires sont toutefois de plus en plus difficiles à satisfaire dans une pratique surchargée, en raison des pressions à la productivité que subit le corps médical et du manque, de plus en plus criant, de cancérologues.

La communication du diagnostic, dans les cas avancés, doit s'assortir de la présentation des **possibilités thérapeutiques**, fussent-elles palliatives. De même, l'assurance que tout sera fait pour maintenir, dans la mesure du possible, l'autonomie, le confort et l'image de soi du patient doit être donnée. Il convient aussi d'expliquer que la douleur peut être valablement traitée dans la plupart des cas. Il faut s'engager à un suivi régulier et une communication continue ; encore une fois, ceci peut poser problème dans la pratique médicale courante, pour les raisons déjà évoquées.

En admettant que la première communication se

soit passée dans les conditions optimales, encore faut-il être certain de ce que le patient a bien compris et intégré les différents messages transmis. La planification d'une deuxième rencontre et la participation à l'entretien de tiers (psychologue et/ou famille) peuvent être utiles à ancrer l'information chez le patient et à la relativiser ; de même, l'**enregistrement** de l'entretien permet au patient de réécouter celui-ci et de se familiariser avec son contenu, voire se préparer à un entretien futur pour poser les questions auxquelles il n'y aurait pas, à ce stade, de réponses claires.

Fournir au patient un **support écrit** concernant le cancer et son traitement peut également être très utile ; de même, lui présenter une liste de questions habituellement posées, avec une ébauche de réponse, peut simplifier et accélérer les contacts ultérieurs et favoriser la compréhension du patient.

S'il faut dire la vérité au malade, il faut donc aussi la dire de telle manière que **tout espoir** ne soit pas écarté. Les malades les plus lucides, les plus avertis, ne renonceront pratiquement jamais à un espoir. Le médecin se doit d'indiquer la possibilité, le bien-fondé d'un certain optimisme, ne fût-ce que parce que la vérité entière, unique et immuable, n'existe pas en médecine. Les progrès de la Science Médicale, toujours exprimés en probabilité de succès ou d'échec, offrent presque toujours l'occasion au médecin, une fois la vérité dévoilée, d'évoquer la possibilité que l'inéluctable n'est pas aussi proche que l'on croit.

En disant la vérité au malade, ce qui lui permet d'engager une lutte énergique contre la maladie, le médecin donne à son malade les meilleurs raisons de croire que "quelque chose peut encore être fait" ; il lui permet de se raccrocher à l'attitude positive, que tout malade attend naturellement du médecin dans toutes autres circonstances.

Encore une fois, pour dire la vérité, aucune attitude stéréotypée n'est valable et aucune législation précise ne peut aider, ni le médecin ni le malade, dans l'établissement d'une relation objective, basée sur la vérité, mais néanmoins optimiste, en vue de lutter contre la maladie.

C'est une question de **confiance** vis-à-vis du médecin : confiance que le médecin ne trompe pas le malade, confiance dans le fait que tout sera fait pour lutter contre la maladie, confiance enfin que le confort sera assuré et que la souffrance sera calmée. Si cette confiance existe, le patient restera une personne humaine à part entière jusqu'au bout de sa maladie. L'apprentissage de cette relation est très utile, mais il n'y a pas de formule magique : la vérité, comme la vie, la maladie et la mort, est unique pour chaque individu.

* * *

Bibliographie disponible sur demande.

*
* *

LA REVUE MEDICALE DE BRUXELLES SUR LE NET

Vous aurez le plaisir de retrouver les articles de la *Revue Médicale de Bruxelles* "on line" sur le site www.amub.be/rmb

Pour y accéder, vous devez impérativement nous communiquer le plus rapidement possible **vos adresse mail** :

- Tél 02 555 60 62
- Fax 02 555 61 17
- E-mail : amub@ulb.ac.be

Vous cherchez des remplacements ?

Nous rappelons aux jeunes promus que nous pouvons les aider dans la **recherche de remplacements**.

Bureau A.M.U.B. : Tél 02 555 67 94