

Mots clés :

Cancer
Accompagnement
Anxiété
Dépression
Qualité de vie
Empathie
Relation généraliste-
spécialiste

Comment accompagner un patient atteint de cancer ?

L'annonce du diagnostic puis le vécu du cancer sont facteurs d'anxiété, de dépression et plus généralement d'altération de la qualité de vie. Les attentes du patient en matière d'information et d'accompagnement, les réponses des soignants à ces attentes, ont fait l'objet de nombreuses études consacrées aux moments importants de la maladie, aux principes à respecter, à l'efficacité des actions effectuées, aux acteurs en jeu, médecins (comment coordonner leurs interventions) ou non.

L'annonce : moment essentiel

Pour le patient, l'annonce du diagnostic de cancer est l'entrée dans la maladie¹, moment-clé de la relation patient/médecin, où la famille est souvent aussi en jeu. L'annonce initiale est difficile du fait de la représentation particulière du cancer pour les patients et les médecins. L'annonce de la rechute ou du passage aux soins palliatifs l'est peut être encore plus. Le code de déontologie en définit les principes : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* ». Il ne s'agit pas de tout dire, tout de suite, mais d'anticiper (pré-annonce), par exemple au moment de la prescription d'un examen complémentaire, ou de reparler du diagnostic (post-annonce, le cas échéant au cours d'une deuxième consultation). Cela nécessite donc un temps (suffisant) et un lieu (calme) spécifiques².

Empathie et soutien : des principes de base

L'empathie implique le respect du patient, de sa demande, l'absence de jugement, une attitude de soutien verbale et non verbale. Le patient doit avoir le temps de poser ses questions. Le médecin l'écoute, l'aide à exprimer ce qu'il sent et veut savoir, reformule en lui demandant s'il est d'accord et s'il a d'autres questions, fait des pauses, évite tout jargon. Il doit en résulter des propositions sans fausse réassurance (elle est inefficace, voire aggravante si elle est trop précoce) mais avec des propositions positives et l'offre de la poursuite d'un soutien¹. De nombreuses études ont montré l'efficacité de cette attitude sur l'anxiété du patient³. La formation attendue par les professionnels est simple, comme le montre parmi d'autres une étude qualitative française² : acquisition précoce des savoirs théoriques (définitions, contexte juridique, mécanismes de défense

des patients et des médecins, notions de pré et post annonce) et pratiques (jeux de rôles, cas cliniques, groupes de parole, partage du vécu et du ressenti des premières expériences), renforcée ultérieurement par la formation continue, pour favoriser le compagnonnage auprès des plus jeunes.

L'interdisciplinarité dans l'accompagnement

Les besoins d'information varient selon le cancer et son évolution, mais y répondre clairement est toujours aussi important quel que soit le stade de la maladie. Quand le malade est pris en charge en service oncologique, sa relation avec les soignants du service devient généralement plus personnalisée que la relation habituelle patient/spécialiste. Elle peut en arriver à une mise à l'écart du généraliste, ce qui est préjudiciable dans une maladie souvent chronique, où devront être pris en compte tous les autres événements pathologiques, le contexte personnel, familial et social que le généraliste connaît souvent mieux^{4,5}. Les simples échanges d'information ne suffisent pas. Il faut aussi gérer l'interdisciplinarité à l'intérieur de l'équipe oncologique et avec les médecins de ville, comme cela est réalisé par exemple dans certains réseaux de soins.

Interventions psychosociales

Dans un essai randomisé⁶ (317 patients dont le cancer avait été récemment découvert), un groupe recevait des soins usuels, l'autre une intervention de type cognitivo-comportemental (une rencontre de 1h30 puis 2 appels téléphoniques à 2 et 4 semaines par une infirmière et un travailleur social, ayant eu 20h de formation). A 1 an, l'anxiété et la dépression étaient en moyenne équivalentes dans les deux groupes, mais le bénéfice plus marqué pour les patients à haut risque de troubles psychologiques (score d'anxiété-dépression élevé à 17,5% dans le groupe intervention vs 29,2% dans le groupe soins usuels).

Références

- 1- Misery L et al. Information du patient et annonce du diagnostic de maladie grave. *Rev Med Int.* 2005;26:960-3.
- 2- Dufouleur C et al. L'annonce de la mauvaise nouvelle en médecine générale. *Médecine.* 2011;71(3):131-5.
- 3- Liénart A et al. Factors that influence cancer patients' anxiety following a medical consultation: impact of a communication skills training programme for physicians. *Ann Onc.* 2006;17:1450-8.
- 4- Bauer J et al. Les liaisons dangereuses : interactions entre médecins de premier recours et oncologues médicaux. *Rev Med Suisse.* 2005;1:1356-8.
- 5- Krenz S et al. Suivi du patient oncologique, garant de la permanence de soi. *Rev Med Suisse.* 2009;5:360-3.
- 6- Pitceathly C et al. Can a brief psychological intervention prevent anxiety or depressive disorders in cancer patients? A randomised trial. *Ann Onc.* 2009;20:928-34.

Que conclure pour notre pratique ?

Prévenir ou réduire l'anxiété et/ou la dépression associées au cancer est possible et nécessaire à toutes les étapes de la prise en charge. L'empathie et le soutien en sont les deux principes fondamentaux.

Pour le médecin, savoir écouter et faire parler le patient, ne pas utiliser de jargon, sont facteurs d'efficacité³. L'essentiel est donc sa compétence relationnelle. Toute erreur dans ce domaine peut avoir un retentissement sur le patient difficile à rattraper. C'est donc un enjeu fondamental de la formation, initiale et continue.

L'action d'**intervenants non médecins** formés spécifiquement peut compléter utilement celle des médecins, notamment dans le domaine psychosocial.