

Quelle place pour le radiologue dans l'annonce d'une maladie grave ?



G. Boulouis – Pr L. Lemaitre
Plateau commun d'imagerie, Hôpital Huriez, Lille, France

1- Introduction

Malgré les progrès récents réalisés dans la qualité de l'annonce d'un diagnostic difficile, notamment en cancérologie, **il persiste des « zones d'ombre » dans le parcours du patient.**

La place du radiologue dans ce cadre reste, en effet, floue et mal définie alors que l'avènement des techniques d'imagerie modernes a fait de lui un intermédiaire incontournable dans l'élaboration et la transmission du diagnostic.

Dans une médecine moderne où **les impératifs d'une prise en charge coordonnée, transparente et centrée sur le patient** sont au premier plan, il est capital de réfléchir sur la place du radiologue dans le processus d'annonce d'une maladie grave pour **améliorer la prise en charge à chaque étape et ce, dès le diagnostic.**

«Le radiologue a une place méconnue dans l'annonce, qui n'est ni évaluée, ni aménagée alors même qu'elle devient de plus en plus déterminante dans la prise en charge des patients» [1]

2- L'annonce d'une maladie grave

Quelles évolutions ?

La vision paternaliste Hippocratique a subi plusieurs bouleversements au cours du XXème siècle évoluant vers un modèle délibératif équilibré et redonnant au patient la place qui est la sienne dans le processus de soins.

L'impact du procès de Nuremberg, le développement des connaissances des sciences du vivant, les progrès thérapeutiques majeurs réalisés et enfin l'accès des patients aux techniques d'information et de communication sont autant d'éléments ayant contribué à redéfinir en profondeur le rôle et les devoirs du médecin en **replaçant le patient au centre du système de soins et en renforçant le processus de codécision thérapeutique.**

Les cadres juridiques et institutionnels formalisant l'accès du patient aux informations concernant sa santé ont évolué parallèlement à ces modifications de la relation Médecin-Patient, imposant progressivement **l'obligation d'informer des soignants.** (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 - « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. » - Code de Déontologie Médicale «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, les investigations et les soins qu'il lui propose » -)

Cependant, ce qui se lie dans une relation de soins dépasse largement les cadres juridiques et déontologiques et ce « tissu existentiel du soin » invisible, constitué par « la mort, la souffrance, le tragique, les angoisses... » [2] impose à tout médecin **de recentrer sa pratique sur le patient en tant que personne, tout particulièrement dans le cadre de l'annonce d'une maladie grave** où les enjeux dépassent largement la « bonne pratique ». La qualité de l'information délivrée et l'écoute du patient doivent être les priorités de tout professionnel de santé confronté à cette situation.

S'il est évident que la généralisation du plan Cancer depuis 2007 et la diffusion des critères de qualité de l'annonce d'une maladie grave ont permis d'améliorer la prise en charge du patient dès le diagnostic dans la plupart des services, les spécificités de la pratique clinique en radiologie font de l'annonce d'une maladie grave un défi qui reste à relever pour le radiologue.

3- Singularités en radiologie

L'annonce dans un parcours

L'annonce n'est pas statique ou figée, c'est un processus évolutif en plusieurs étapes où le patient rencontre différents intervenants dont le radiologue (de plus en plus tôt dans la prise en charge) avec lequel il a une relation singulière à plusieurs titres.

Tout d'abord le radiologue intervient souvent à un stade particulièrement délicat, **le temps de l'élaboration des craintes et des soupçons par le patient**, alors particulièrement vulnérable et demandeur d'une information « verdict » susceptible de le soulager. **L'examen d'imagerie constitue donc, en soi, une source d'angoisse importante** [3] pour le patient car il peut objectiver un processus morbide infra clinique et faire basculer le cours de sa vie.

La rencontre est, de plus, souvent technique et la plupart du temps brève, centrée sur l'examen qui vient d'être réalisé et par conséquent marquée par une **technicité néfaste** qui s'interpose entre le radiologue et son patient [4] et dont les conséquences peuvent être graves.

Cette particularité est particulièrement saisissante en pratique échographique où s'instaure une «relation triangulaire médecin-écran-patient structurée autour de l'image» [5], dans laquelle le radiologue incarne par ses attitudes la gravité ou la normalité de l'image qu'il produit et interprète.

Enfin et malheureusement, **l'organisation de l'activité en radiologie limite souvent les possibilités d'accueillir les patients dans les bonnes conditions**, qu'impose l'annonce d'une maladie grave.

L'amélioration des conditions d'annonce d'une maladie grave est un enjeu partagé par les malades et les soignants.

«Pour les malades, il s'agit de ne pas ajouter de la souffrance à la souffrance. Pour les soignants, il s'agit d'apprendre à mieux vivre un moment éprouvant et usant dans la durée.» [6]

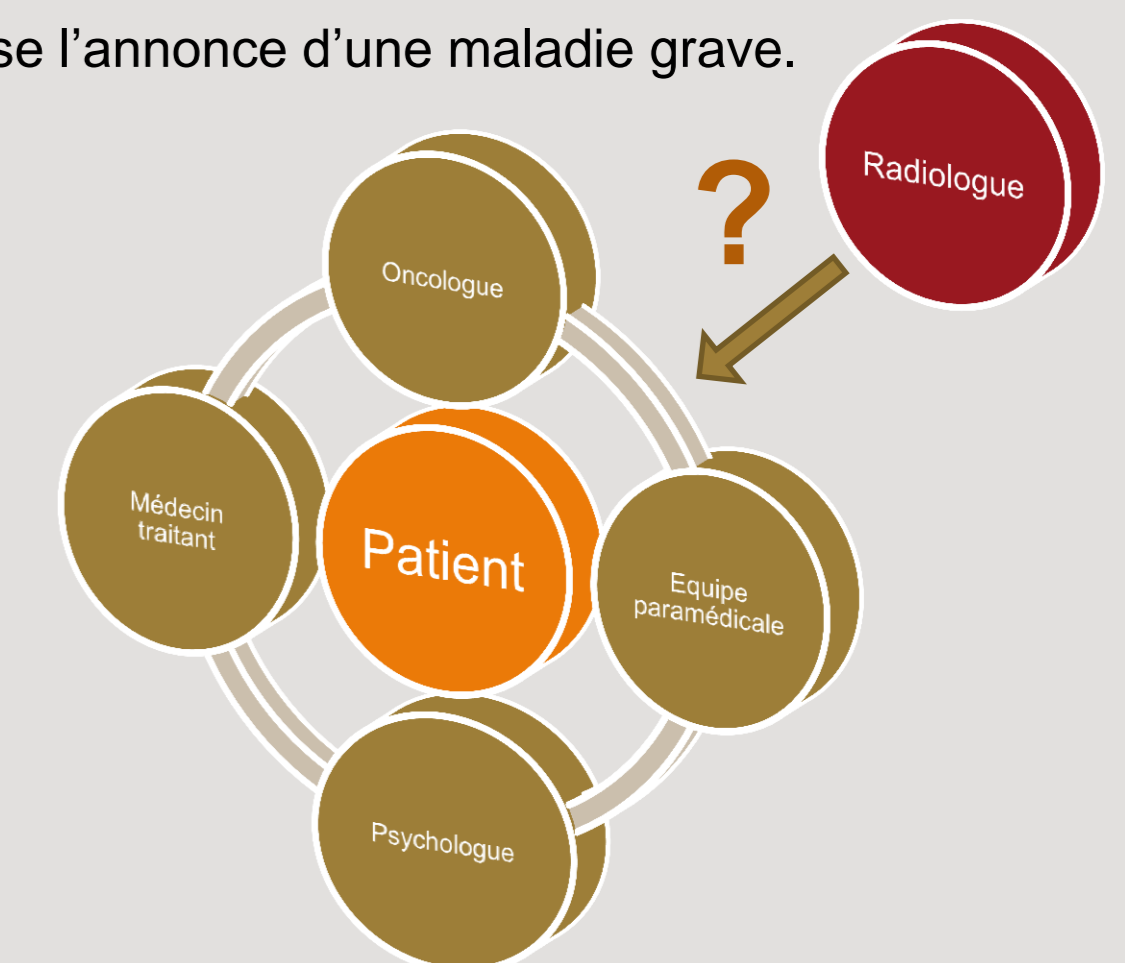


Figure 1 – Quelle place pour le radiologue dans le processus d'annonce ?

4- Autour d'une évaluation des pratiques

L'annonce en question

L'étude s'est déroulée au plateau commun d'imagerie de l'hôpital Huriez au cours de l'été 2011.

Après une revue de la littérature et de l'évolution des cadres institutionnels accompagnant l'annonce, un questionnaire semi-directif d'évaluation des pratiques d'annonce a été élaboré et envoyé à 142 radiologues en formation ou exerçant dans la région Nord-Pas de Calais.

Dans un troisième temps, un questionnaire a été envoyé à 10 patients choisis empiriquement chez qui le diagnostic d'une maladie grave avait été annoncé par un radiologue.

Cette étude n'avait pas pour but d'apporter une réponse définitive sur la place du radiologue dans le processus d'annonce d'une maladie grave, mais d'amener une réflexion sur ce problème qui se pose quasi-quotidiennement en service de radiologie.

5- Résultats

47 radiologues ont répondu au questionnaire entre juillet et août 2011.

La découverte d'une maladie grave en radiologie était pour 45,7% d'entre eux une situation «Fréquente» et 8,7% l'estimaient «Quotidienne». Seuls 2,1% décrivaient cette situation comme «Rare» et 43,5% la décrivaient comme «Occasionnelle».

Lors de la découverte d'une maladie grave, 47,8% des radiologues transmettaient les résultats au médecin demandeur de l'examen, 15,2% transmettaient les résultats directement au patient s'il était toujours présent et 23,9% s'il les avaient demandés. Enfin, 12,1% adoptaient une autre attitude : **« LA seule règle, c'est de s'adapter aux gens, au contexte aux situations ».**

Lorsque le patient désirait connaître les résultats de l'examen alors qu'ils étaient péjoratifs, 78% des radiologues considéraient la transmission de l'information comme un devoir au sein de la relation de soins qui les lie et 26% comme un devoir vis-à-vis de la législation. Plus de 35% qualifient par ailleurs cette situation de « très anxigène ».

A la question « Avez-vous été formés à l'annonce d'une maladie grave », près de 46% répondent non et 41% « en théorie », pour seulement 13% ayant bénéficié d'une formation pratique. (Fig 2)

Enfin, les radiologues interrogés ont relevé plusieurs écueils lors de l'annonce d'une maladie grave en radiologie, en effet 63% ont estimé qu'ils manquaient de temps, 21,7% qu'ils ne pouvaient annoncer une maladie grave sans connaître l'état d'esprit ou ce que le patient savait de sa maladie, 19,6% que le lieu était inapproprié et seulement 8,7% ont pointé une mauvaise connaissance des sanctions ou possibilités thérapeutiques qui découlaient d'une telle annonce. (Fig 3)

L'analyse des résultats obtenus ne présentait pas d'intérêt « statistique » en raison du faible effectif (3 réponses), de la sélection empirique des patients et de la complexité du vécu de l'annonce d'une maladie grave. Cependant quelques points ressortent nettement de l'analyse des réponses. Tout d'abord les patients rapportent tous l'importance du traumatisme **« C'est là que l'on prend le choc ! »**, créé par l'annonce du diagnostic. Il est donc capital, même quand le patient veut (et dit qu'il peut) tout entendre, de procéder à cette annonce avec la plus grande circonspection en privilégiant l'écoute et l'accueil du patient et de ses réactions. En effet, une annonce brutale, déplacée ou paternaliste, ... a des conséquences psychologiques dramatiques et peut détruire la confiance du patient dans le système de soins **« je venais d'apprendre ma maladie d'une manière tout à fait déplorable [...] je regrette de ne pas avoir été plus dure avec le praticien qui me l'a annoncée ainsi ».** Enfin, tous les patients interrogés aimeraient que le radiologue leur transmette systématiquement les résultats des examens d'imagerie qu'ils soient « positifs » (c'est-à-dire porteurs d'une bonne nouvelle), « douteux » ou « négatifs ».

Figure 2 : Avez-vous été formé à l'annonce d'une maladie grave ?

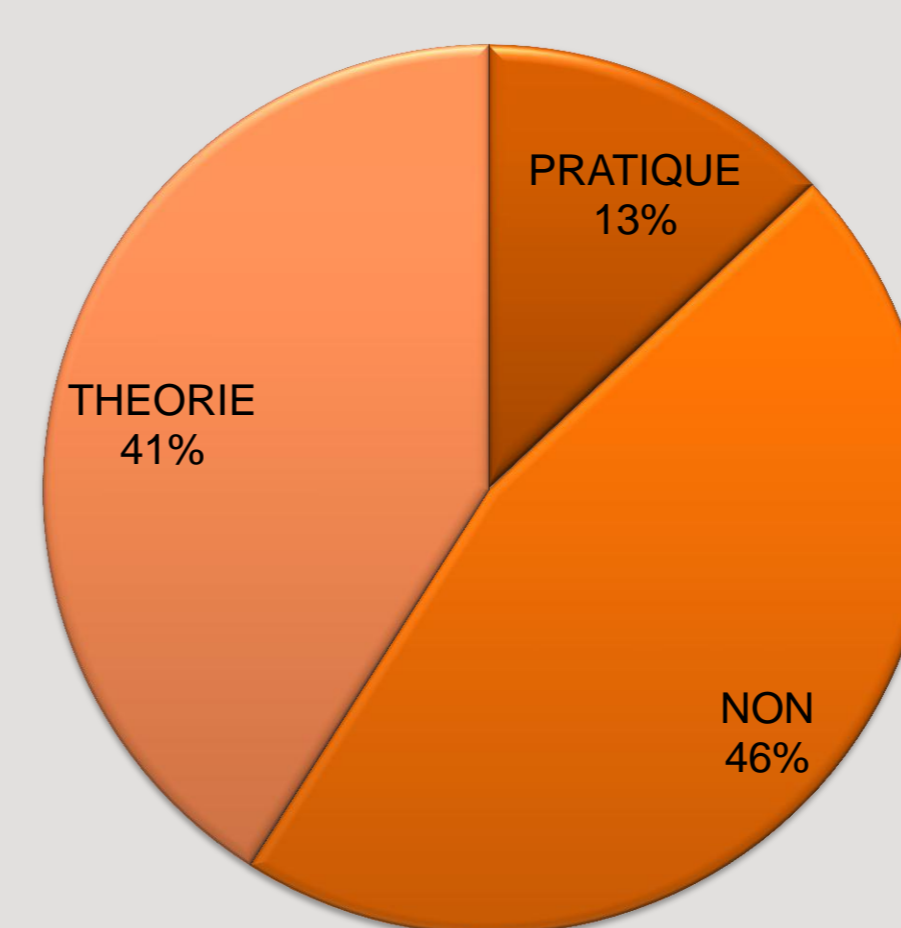
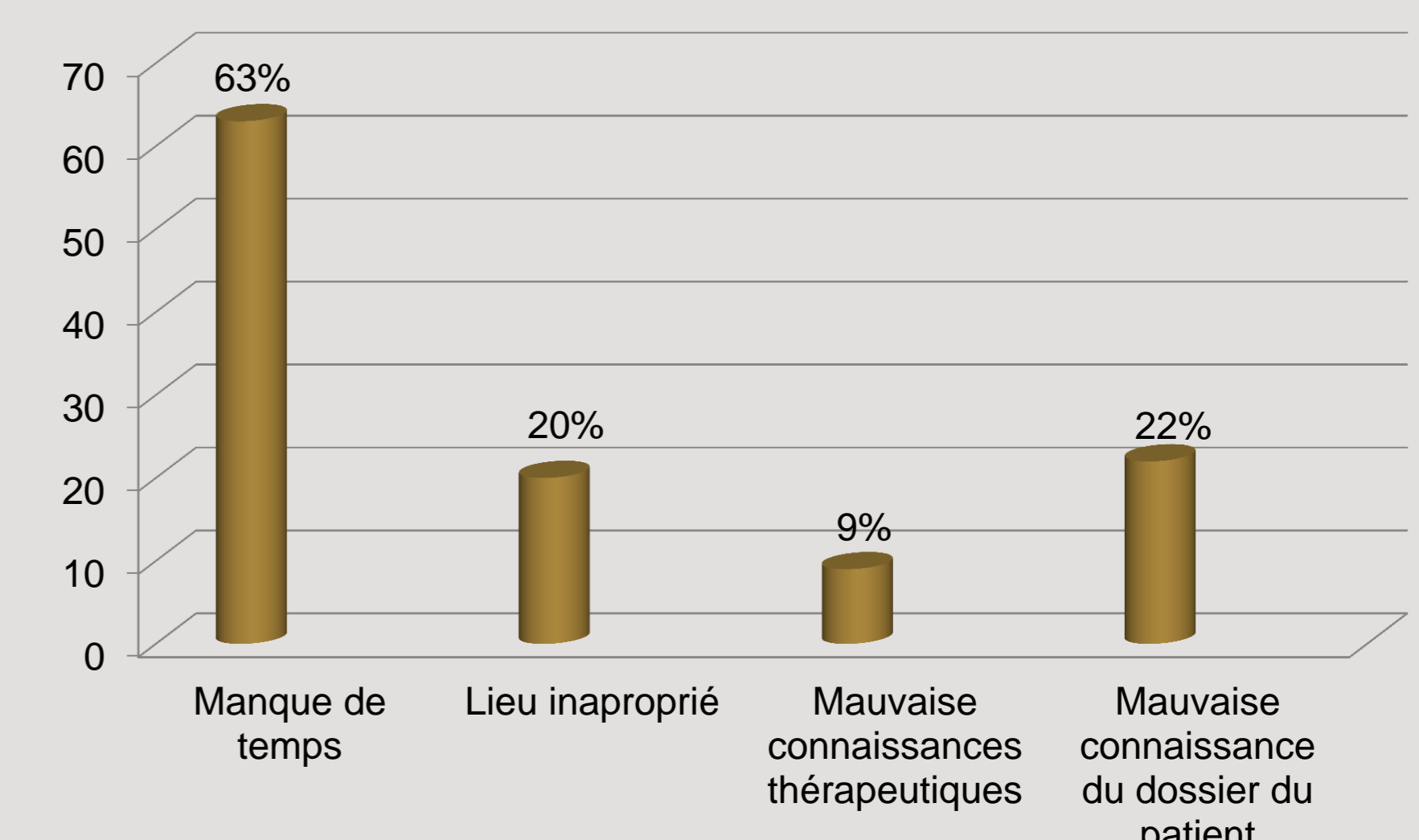


Figure 3 : Quels écueils relevez-vous dans l'annonce d'une maladie grave faite en service de radiologie ?



Moins de 13% des radiologues ont été formés en pratique à l'annonce d'une maladie grave

Les spécificités de la pratique en radiologie peuvent constituer un rempart entre le médecin et le patient, déséquilibrant la relation de soins et pouvant reléguer le radiologue à « [...] un rôle technique de "faiseur d'image" » [2]. Cependant, en raison des progrès technologiques récents et de la demande d'information croissante des patients, cette barrière tombe progressivement **renforçant le rôle de « messager de l'information » [7] du radiologue et faisant de lui un acteur important dans la révélation du diagnostic.**

L'avènement des techniques d'imagerie modernes, impliquant le radiologue de plus en plus tôt dans la prise en charge de patient a donc modifié en profondeur son rôle dans le processus d'annonce et si le radiologue n'est plus « un faiseur d'images », il doit se donner les moyens de replacer le patient au centre de sa pratique, en dehors du contexte technique. Pour relever le défi il doit s'astreindre à

UN IMPERATIF de FORMATION et un AMENAGEMENT de la PRATIQUE QUOTIDIENNE toujours plus tournée vers le patient

[1] Parent, K., *Devenir médecin : entre discours et silence, devenir pour une parole.* Poster, 2007. SFAP Lyon. / [2] Boudghene, F. and I. Moley-Massol, *[Radiologist delivering "bad news": these first words that set the tone]*, J Radiol, 2006. 87(2 Pt 1): p. 95-7. / [3] Ollivier, L., et al., *Doctor-patient relationship in oncologic radiology*, Cancer Imaging, 2005. 5 Spec No A: p. S83-8. / [4] Duthier, A., *La Place de l'imagerie médicale dans la relation soignant/soigné lors de l'annonce en cancérologie*, Laboratoire d'Ethique Médicale de Paris 5, 2008. / [5] Leclere, J., et al., *[Communication between radiologist and cancer patients]*, J Radiol, 2006. 87(2 Pt 1): p. 99-104. [6] InCA, *Critères de qualité de l'annonce du diagnostic : point de vue des malades et de la ligue nationale contre le cancer*, Risques & Qualité, 2006. 3(2). / [7] Béhar, J., B. Boyer, and B. Py, *L'annonce faite par les radiologues, entre transparence et opacité.* Oncologie, 2007. 9(4): p. 301-304.