

SEPTEMBRE 2019

RECOMMANDATIONS ET RÉFÉRENTIELS

/référentiel organisationnel

ÉVOLUTION DU DISPOSITIF D'ANNONCE D'UN CANCER

e-cancer.fr



L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

Le présent référentiel organisationnel est pris en application des articles L.1415-2 2° et R6123-88 [a] du 2^e du code de la santé publique et a été soumis à la commission des expertises de l'Institut. Son respect constitue une des obligations du dispositif d'autorisation au traitement du cancer prévu aux articles L.6122-1 et T. 5122-25 du même code.

Ce document doit être cité comme suit : © *Évolution du dispositif d'annonce d'un cancer / Référentiel organisationnel*, septembre 2019.

Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que : (1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978 ; (2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé ; (3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.

Ce document est téléchargeable sur **e-cancer.fr**

SOMMAIRE

CONTEXTE	4
PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION	5
MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION	6
PRÉAMBULE : LES SPÉCIFICITÉS DU DISPOSITIF D'ANNONCE	7
UNE RELATION « PROFESSIONNEL- PATIENT » BASÉE SUR L'EMPATHIE ET L'HUMANITÉ	9
1. LE LIEU DE L'ANNONCE	9
2. LE MOMENT DE L'ANNONCE	9
3. LES PARTICIPANTS À L'ANNONCE	10
4. LE SAVOIR-ÊTRE LORS DE L'ANNONCE	10
5. LES ERREURS À ÉVITER LORS DE L'ANNONCE	11
6. EN RÉSUMÉ LES RÈGLES D'OR DE L'ANNONCE	12
PREMIER TEMPS, LE TEMPS D'ANNONCE DE LA SUSPICION D'UN CANCER	13
1. OÙ, QUAND ET PAR QUI ?	13
2. ÉLÉMENTS À ABORDER	13
DEUXIÈME TEMPS, LE TEMPS D'ANNONCE DE LA CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC DE CANCER	16
1. OÙ, QUAND ET PAR QUI ?	16
2. ÉLÉMENTS À ABORDER	17
TROISIÈME TEMPS, LA CONSULTATION DÉDIÉE À LA PROPOSITION THÉRAPEUTIQUE	20
1. OÙ, QUAND ET PAR QUI ?	20
2. ÉLÉMENTS À ABORDER	21
QUATRIÈME TEMPS, LE TEMPS D'ACCOMPAGNEMENT SOIGNANT PARAMÉDICAL	23
1. OÙ, QUAND ET PAR QUI ?	23
2. ÉLÉMENTS POUVANT ÊTRE ABORDÉS	24
CINQUIÈME TEMPS, LA CONSULTATION DE SYNTHÈSE EN VILLE	26
1. OÙ, QUAND ET PAR QUI ?	26
2. ÉLÉMENTS POUVANT ÊTRE ABORDÉS PAR LE MÉDECIN	26
LES AUTRES ANNONCES AU COURS DE LA MALADIE	28
ANNEXE 1. INTERVENTIONS PRÉCONISÉES LORS DE L'ANNONCE EN FONCTION DE LA VULNÉRABILITÉ DU PATIENT	29
BIBLIOGRAPHIE	31
COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL	33
COMPOSITION DU GROUPE D'EXPERTS (CONSULTÉ JUSQU'EN JUILLET 2017)	33
COMPOSITION DE L'ATELIER DU COMITÉ DE DÉMOCRATIE SANITAIRE DU 16 JANVIER 2018	35

CONTEXTE

Répondant à une demande des patients formulée lors des États généraux de la santé organisés par la Ligue contre le cancer en 1998, le dispositif d'annonce formalisé par le premier Plan cancer (2003-2007) représente une grande avancée et un temps fort du parcours de soins. Des recommandations¹ pour sa mise en œuvre, publiées en 2005, en précisent le cadre et les modalités de déploiement, notamment la structuration en quatre temps (temps médical, temps d'accompagnement soignant paramédical, accès à une équipe impliquée dans les soins de support et temps d'articulation avec la médecine de ville).

La mise en place du dispositif d'annonce est l'une des conditions transversales de qualité que tout établissement de santé doit appliquer pour être autorisé à traiter le cancer. Plus de dix ans après sa formalisation, force est de constater que son déploiement demeure très hétérogène, et ce parfois au sein d'un même établissement. Trop souvent encore l'annonce est réalisée sans que les différents temps de ce dispositif ne soient proposés par les professionnels ayant prescrit ou réalisant les examens de diagnostic, sans respecter totalement le cadre souhaité par les patients.

De plus, le dispositif d'annonce tel qu'il existe actuellement ne prend pas assez en compte l'articulation avec la médecine de ville, notamment en ce qui concerne la circulation d'information entre professionnel². La marge de progression dans les interfaces entre la ville et l'hôpital demeure importante, au détriment parfois de la coordination des soins du patient. Une approche intégrée incluant tous ces professionnels, et en premier lieu les médecins traitants qui sont le plus souvent des médecins généralistes, semble donc nécessaire.

¹ Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé. Institut national du cancer et Ligue contre le cancer, 2005.

² Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital. Études & Résultats, DREES, octobre 2017.

PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION

Ce document décrit les propositions d'évolution du dispositif d'annonce étape par étape. Il précise le contenu de chacune d'elles ainsi que les outils à disposition des professionnels pour les aider dans leur pratique quotidienne et permettre un meilleur accompagnement des patients et une coordination renforcée entre les professionnels.

Idéalement, cette période d'annonce devrait être conçue comme un processus pluri-professionnel dynamique permettant de délivrer au patient une information progressive, adaptée, prenant en compte ses besoins et attentes comme celles de ses proches. Une attention toute particulière doit être portée aux enfants, aux publics les plus fragiles ainsi qu'aux patients atteints d'un cancer de mauvais pronostic, dont l'accompagnement peut notamment nécessiter l'intervention de professionnels des champs social et médico-social. Ce type d'accompagnement devrait être proposé lors de l'annonce du diagnostic initial mais aussi, le cas échéant, lors des autres annonces majeures relatives aux traitements au cours de la maladie.

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION

Pour élaborer ce document, l'Institut national du cancer (INCa) s'est appuyé sur :

- une analyse bibliographique (page 31) ;
- la consultation d'un groupe d'experts (page 33) ;
- un atelier organisé lors du séminaire Institut national du cancer/Collège de la médecine générale (CMG) qui a regroupé une quinzaine de professionnels (médecins généralistes, médecins spécialistes en imagerie, oncologues médicaux, chirurgiens, infirmières en cancérologie, etc.). Ce séminaire a permis de recueillir les attentes des professionnels, d'identifier les pratiques et de définir des pistes d'évolution du dispositif d'annonce issu du premier Plan cancer.
- un atelier de travail avec des membres du Comité de démocratie sanitaire de l'INCa, réunissant usagers et professionnels (page 35) ;
- des échanges avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

PRÉAMBULE :

LES SPÉCIFICITÉS DU DISPOSITIF D'ANNONCE

Le dispositif d'annonce doit être réalisé par des professionnels de santé formés à cette démarche. Des formations pourront être proposées par les réseaux régionaux de cancérologie (RRC) avec l'appui éventuel des centres de coordination en cancérologie (3C).

Il est adapté par le professionnel de santé à la singularité de chaque patient, l'annonce du diagnostic étant vécue différemment par chacun. Ceci impliquera une écoute active basée sur l'empathie³, permettant de mieux le connaître et de cerner ses craintes et questionnements.

Une attention particulière à ses vulnérabilités, notamment socio-économiques et à sa détresse psychique sera portée à chaque étape de ce dispositif. Il en va de même pour les proches. Si besoin, une orientation vers les professionnels et/ou structures adaptées sera réalisée le plus précocement possible.

L'accompagnement doit être personnalisé, global et partagé entre les professionnels de ville et l'équipe spécialisée dans le traitement du cancer.

Il est donc important de clarifier au sein de ce dispositif d'annonce le profil et le rôle des intervenants pour chacun des temps du dispositif.

La coordination entre ces différents professionnels est donc essentielle et s'appuie sur la traçabilité du contenu de chaque consultation et sur le partage de l'information entre l'équipe soignante hospitalière et les professionnels de premier recours.

La coordination se traduit également par le souci de chaque professionnel de limiter les délais d'attente entre les différentes étapes du dispositif, ceux-ci étant source d'angoisse supplémentaire.

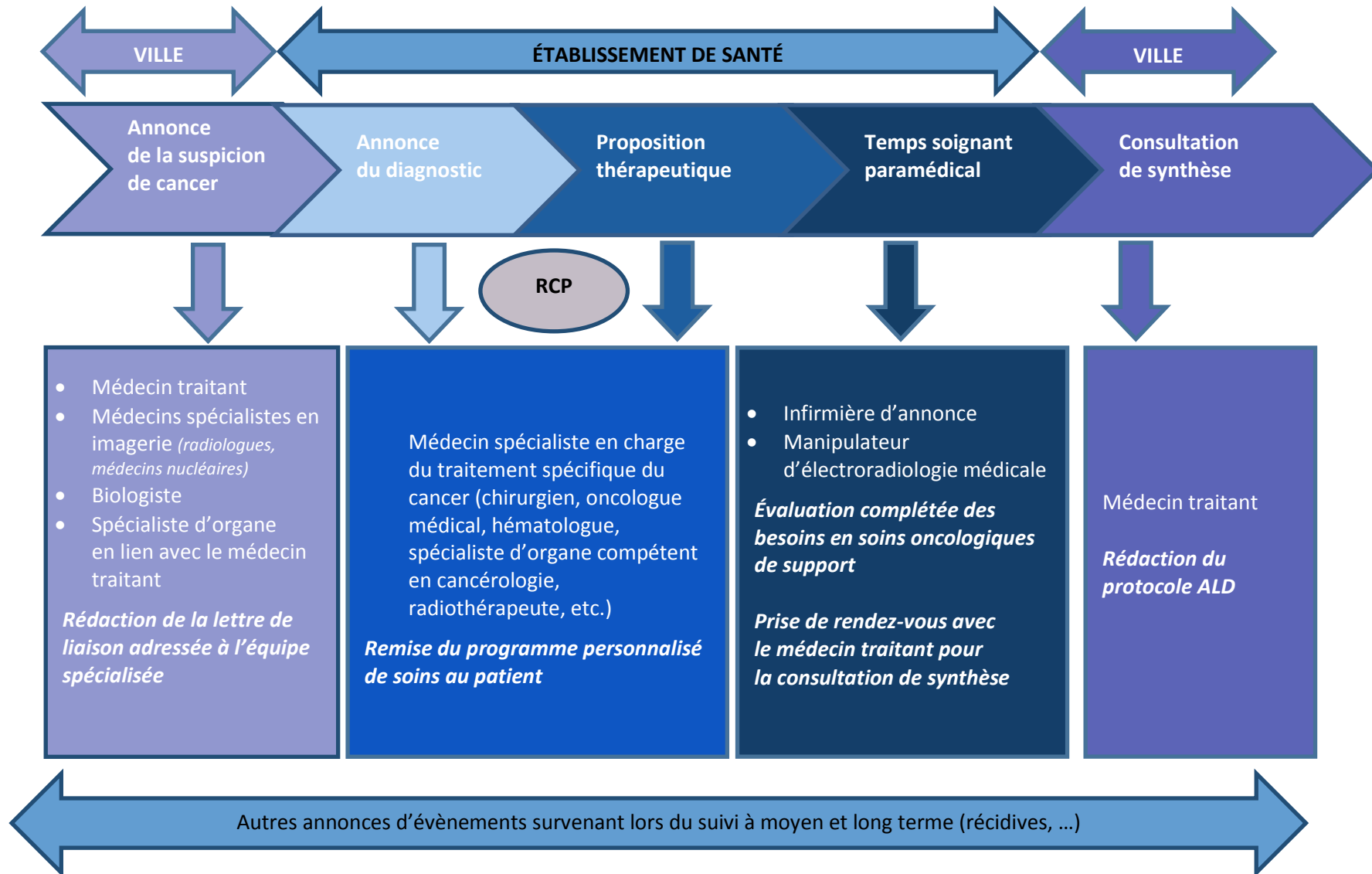
Chronologiquement le dispositif d'annonce se décompose en 5 temps (cf. le schéma suivant) :

- temps d'annonce de la suspicion de cancer ;
- temps d'annonce de la confirmation du diagnostic ;
- temps dédié à la proposition thérapeutique ;
- temps soignant paramédical d'accompagnement ;
- consultation de synthèse.

À noter que selon les demandes des patients et la complexité de la pathologie, les temps d'annonce de la confirmation du diagnostic et de proposition thérapeutique peuvent être dissociés (deux consultations distinctes) ou confondus (une seule consultation commune).

³ Empathie : faculté de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent.

SCHÉMA CHRONOLOGIQUE DU DISPOSITIF D'ANNONCE



Il s'agit du schéma optimal, toutefois dans la pratique certaines étapes peuvent être réalisées simultanément.

UNE RELATION « PROFESSIONNEL- PATIENT » BASÉE SUR L'EMPATHIE ET L'HUMANITÉ

Différents par leur contenu, les temps successifs d'annonce (annonce de la suspicion, du diagnostic puis de la proposition thérapeutique) ont pour point commun l'instauration d'une relation favorisant l'implication future du patient dans ses soins.

L'annonce d'un cancer est un traumatisme pouvant mener à un état de sidération ; la qualité de la rencontre permettra de créer un cadre favorisant la sortie de ce traumatisme.

« L'annonce : une relation profondément humaine qui va restaurer le patient dans sa personne et amener le médecin à être plus qu'un technicien : un sujet à part entière. »⁴

Différents éléments peuvent favoriser l'instauration de cette relation.

1. LE LIEU DE L'ANNONCE

L'annonce a lieu dans un endroit calme, garantissant la confidentialité et la non-interruption des échanges entre le médecin et le patient (par exemple portables éteints...). Ce lieu est dans la mesure du possible chaleureux.

Ces mêmes modalités doivent être garanties quand le patient est dans une chambre d'hospitalisation.

2. LE MOMENT DE L'ANNONCE

L'annonce a lieu en semaine (lundi au jeudi) afin de permettre au patient de pouvoir contacter d'autres professionnels de santé rapidement s'il le souhaite. Elle ne devrait pas se faire en fin de soirée, au risque de laisser le malade le soir seul avec sa détresse, ses interlocuteurs étant partis. Ceux-ci doivent se montrer disponibles pour minimiser le sentiment d'abandon et de solitude qui suit souvent une telle annonce.

⁴ Ruzsiewicz, M et RABIER, G., « L'annonce - Dire la maladie grave », Dunod, Hors collection, mars 2015.

Si la consultation d'annonce d'une suspicion de cancer par le médecin ayant réalisé l'examen de dépistage ou d'orientation diagnostique est difficilement planifiable car souvent réalisée à la suite de l'examen (exemple de l'imagerie), les autres consultations d'annonce doivent être planifiées et donner lieu à un temps spécifique.

3. LES PARTICIPANTS À L'ANNONCE

Lors de la prise de rendez-vous pour la consultation d'annonce, le patient est encouragé à venir accompagné d'un proche ou, selon le profil du patient, de la personne la plus adaptée à sa situation⁵. L'implication du proche, en plus de son soutien moral face à l'annonce, peut s'avérer très utile, l'état de sidération parfois engendré par l'annonce ne permettant pas toujours au patient d'appréhender toutes les informations communiquées par le médecin.

Dans le cas d'une annonce en cancérologie pédiatrique, il est indispensable qu'au moins un des parents soit présent.

4. LE SAVOIR-ÊTRE LORS DE L'ANNONCE

« Si aucune recette miracle n'existe pour annoncer une nouvelle grave, il y a des ingrédients indispensables que sont le temps, l'écoute et les mots choisis ».⁶

L'annonce de la suspicion et/ou du diagnostic d'un cancer est un moment délicat, tant pour le soignant que pour le soigné. Il est toujours difficile de dire à une personne que ses projets de vie vont être remis en cause.

L'annonce implique la disponibilité du médecin, le choix des mots, du ton et de sa posture par rapport au patient. Il est important d'instaurer une relation simple et authentique. Pour cela, le professionnel doit préparer sa rencontre avec le patient en pensant à ce qu'il sait déjà de lui, aux messages qu'il veut absolument lui passer, aux difficultés qu'il pressent, à son propre ressenti.⁷

En début de consultation le professionnel s'emploie à percevoir le degré d'information du patient par une posture d'écoute active de celui-ci favorisant un climat de confiance. Il est important d'amener le patient à exprimer son ressenti afin de cerner ses besoins spécifiques d'information

⁵ Un membre de l'équipe éducative si le patient est atteint de déficience intellectuelle et en établissement médico-social, un interprète médical ou un médiateur sanitaire voire un travailleur social si le patient est un migrant, un interprète spécialisé dans la langue des signes si malentendant (cf. Annexe 1. Interventions préconisées en fonction de la vulnérabilité du patient).

⁶ Gargiulo M. L'annonce d'un diagnostic grave. Abstract neurologie-numéro 45 ; février 2005 ;19-21.

⁷ Galam E. Annoncer une mauvaise nouvelle, comment assurer sa place et y rester ? La revue du praticien-Médecine générale.Tome19.octobre 2005.

et pouvoir ainsi lui apporter une réponse adaptée à sa singularité.⁸ C'est à partir de l'écoute du patient que le médecin peut adapter son discours et permettre la communication et l'échange. Le patient a besoin d'être entendu, compris et accompagné à son rythme.⁹

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée.

La notion de temps diffère pour les professionnels de santé et le patient : il faut donc laisser au patient le temps d'acheminer, d'intégrer la nouvelle et ne pas aborder trop d'informations puisque l'effet traumatique de l'annonce ne lui permettra pas de tout entendre. Ceci justifie l'importance du temps d'accompagnement soignant paramédical dont l'une des finalités sera de s'assurer de la compréhension par le patient des informations communiquées par le médecin.

Il est important que le médecin adopte un ton bienveillant, qu'il emploie un vocabulaire clair, si possible positif, ou neutre, sans pour autant banaliser le diagnostic, permettant ainsi au patient de se projeter plus sereinement sur la suite de son parcours.

Le médecin est vigilant sur son langage corporel, évitant que certaines attitudes ou mouvements puissent être sujets à interprétation et n'inquiètent davantage le patient.

L'utilisation de schémas, dessins ou images peut faciliter la compréhension du patient.

En fin de consultation, le professionnel s'assure auprès du patient de la compréhension des informations données et de la réponse apportée à ses interrogations.

5. LES ERREURS À ÉVITER LORS DE L'ANNONCE

Il est important qu'aucun résultat anormal ne soit remis ou adressé au patient sans temps d'annonce.

L'annonce ne doit pas se faire par téléphone, mail ou courrier postal ni la veille d'un week-end ou d'un jour férié.

Il faut s'astreindre à adapter le niveau de langage utilisé, et éviter les termes très techniques ou un jargon médical incompréhensible pour le malade ainsi que tout vocabulaire à connotation morbide ou mortifère.

Le médecin devra également être vigilant sur les possibles contresens (exemple : résultat « positif » quand le résultat est anormal) et ne pas hésiter à reformuler.

⁸ « Annoncer n'est pas seulement informer, c'est donner au patient les informations dont il a besoin, tout au long du processus d'accompagnement », Ruzniewski Martine. Comment annoncer une mauvaise nouvelle ? Post'U (2011).199-204.

⁹ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf.

Quelques exemples de verbatim autour de l'annonce

- Je sais que ce n'est pas facile d'entendre une telle nouvelle quand on ne s'y attend pas.
- J'ai bien peur que nous ayons découvert des cellules anormales.
- Je crains d'avoir une mauvaise nouvelle à vous annoncer mais il y a des solutions.
- À un proche : il y a 50 % de risques qu'elle nous quitte et 50 % de chances qu'elle guérisse et c'est pour ces 50 % là que nous allons nous battre ensemble.
- Je sais bien que c'est dur d'entendre une telle nouvelle lorsque l'on se sent en bonne santé.
- Ce sont de mauvaises nouvelles, mais j'y crois !
- Expliquez-moi ce qui vous préoccupe le plus.
- Je comprends que vous appréhendiez l'avenir mais nous allons y aller pas à pas, étape après étape.
- Cet examen a été utile car il a permis de cerner la cause de vos douleurs et aidera à organiser le traitement que vous proposera le docteur X que je vais informer du résultat.

6. EN RÉSUMÉ LES RÈGLES D'OR DE L'ANNONCE¹⁰

- Une information
 - progressive, pas à pas dans une relation authentique et sincère ;
 - cohérente : ne rien dire qui ne soit vrai ;
 - concernant d'abord le patient, puis ses proches ;
 - adaptée à chaque sujet, à sa demande, à ses ressources ;
 - à reprendre sans cesse.
- Une présentation dès que possible des solutions et des ressources thérapeutiques.
- Une ouverture vers un espoir réaliste.

¹⁰ <http://www.proximologie.com/globalassets/proximologie2/pdf/formation/fmc-annonce-mop.pdf>.

Premier temps

LE TEMPS D'ANNONCE DE LA SUSPICION D'UN CANCER

Le temps d'annonce de la suspicion d'un cancer est le moment au cours duquel le potentiel diagnostic de cancer est évoqué pour la première fois au patient par exemple à l'occasion d'un examen clinique ou devant une image suspecte ou un résultat biologique anormal.

Aucun examen complémentaire de certitude n'est disponible à ce stade (comme l'anatomocytopathologie). Le diagnostic n'est donc pas encore avéré ou confirmé.

Cette étape initiale du dispositif d'annonce permet de délivrer au patient les premiers éléments du potentiel diagnostic de cancer et de le préparer au temps d'annonce de confirmation du diagnostic en établissement de santé.

1. OÙ, QUAND ET PAR QUI ?

Cette annonce a généralement lieu dans un cabinet de ville et respecte les modalités définies précédemment pour favoriser l'instauration d'une relation basée sur empathie et humanité (espace de confidentialité, savoir être...). Elle doit être réalisée au plus vite par le médecin après qu'il ait pris connaissance des résultats anormaux :

- soit le professionnel de santé qui a effectué l'examen d'orientation diagnostique et remet les résultats au patient : médecin spécialiste en imagerie, spécialiste d'organe, biologiste ;
- soit le médecin prescripteur de l'examen diagnostique : médecin traitant ou spécialiste d'organe (qui en informera alors le médecin traitant).

2. ÉLÉMENTS À ABORDER

Ils diffèrent en fonction du profil du professionnel de santé et de sa connaissance du patient.

PROFESSIONNEL DE SANTÉ AYANT RÉALISÉ L'EXAMEN À ORIENTATION DIAGNOSTIQUE : SPÉCIALISTE EN IMAGERIE, SPÉCIALISTE D'ORGANE, BIOLOGISTE

Le professionnel jusqu'à présent peu impliqué dans une relation avec le patient et ne connaissant donc pas son histoire, l'informe, sans dramatiser, de l'existence d'anomalies/de résultats anormaux, ne permettant toutefois pas à ce jour de poser un diagnostic de certitude.

Il incite donc le patient à consulter son médecin traitant/médecin prescripteur de l'examen, pour envisager les suites à donner et bilans complémentaires à réaliser. Il est important, lors de ce temps d'annonce, de rester prudent et factuel.

Il s'agit à ce niveau d'être un véritable relais de communication avec le médecin prescripteur de l'examen :

- en l'informant des résultats anormaux de l'examen (un contact téléphonique est recommandé puis l'envoi d'un courrier) ;
- en obtenant, lorsque c'est possible, un rendez-vous pour le patient dans un délai court.

MÉDECIN PRESCRIPTEUR DE L'EXAMEN (MÉDECIN TRAITANT OU SPÉCIALISTE D'ORGANE)

Avant la consultation le médecin rassemble les éléments diagnostiques.

Devant le patient, il reprend l'histoire de la maladie, les examens réalisés, afin d'arriver progressivement à l'évocation du diagnostic.

Le médecin explique au patient la suite immédiate de son parcours (vers qui l'orienter, où, dans quel délai), les examens complémentaires éventuels à réaliser et lui rappelle la nécessité d'une confirmation et l'incertitude qui entoure encore le diagnostic à ce stade.

Il lui propose de s'impliquer pour obtenir un rendez-vous avec le spécialiste hospitalier dans un délai le plus court possible.

Il s'assure que le patient (et son accompagnant éventuel) a compris l'enjeu de la rencontre avec le spécialiste et organise le rendez-vous.

Il l'encourage à être accompagné pour la suite de l'annonce et le rassure en lui rappelant qu'il est à sa disposition pour répondre à d'éventuelles autres questions d'ici son rendez-vous avec le spécialiste.

Une lettre de liaison (cf. le lien ci-dessous¹¹) est adressée par le médecin à l'équipe spécialisée. Elle reprend, de façon succincte, les éléments suivants :

- le motif de la demande de consultation ;
- les principaux antécédents médico-chirurgicaux et traitements en cours ;
- la situation socioprofessionnelle et familiale.

¹¹ Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922482&categorieLien=id

Le médecin transmet à l'équipe spécialisée toute autre information qu'il juge pertinente.

Si cette étape n'est pas menée par le médecin traitant, le médecin qui la réalise, par exemple le spécialiste d'organe, veillera à le faire en articulation avec lui, notamment en l'informant de ce qui a été dit et en demandant au patient de prendre rendez-vous avec celui-ci.

Deuxième temps

LE TEMPS D'ANNONCE DE LA CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC DE CANCER

Cette étape fait suite aux examens complémentaires ayant permis l'obtention d'un diagnostic de certitude. Au cours de cette consultation, le médecin confirme le diagnostic de cancer et aborde, lorsque cela est pertinent ou possible, les types de traitement et options thérapeutiques pouvant être envisagés à ce stade et les éléments du pronostic.

Selon les demandes des patients et la complexité de la pathologie, ce temps et celui de la proposition thérapeutique peuvent être dissociés (deux consultations distinctes) ou confondus (une seule consultation commune). Réalisée dans le respect des recommandations de bonne pratique sur l'annonce du diagnostic d'une maladie chronique¹², cette étape est essentielle. Elle conditionne aussi les éventuelles annonces ultérieures d'évènements défavorables (progression, rechute, arrêt des traitements curatifs, initiation d'un traitement palliatif, séquelles, etc.).

1. OÙ, QUAND ET PAR QUI ?

Cette consultation d'annonce a lieu au sein de l'établissement autorisé pour le traitement du cancer.

Elle doit être réalisée dans un délai le plus court possible après l'obtention des résultats confirmant le diagnostic de cancer.

Elle relève de la responsabilité du médecin spécialiste en cancérologie impliqué dans la mise en œuvre du projet thérapeutique (spécialiste d'organe compétent en cancérologie, oncologue médical, oncologue radiothérapeute, hématologue, cancéro-pédiatre...).

L'infirmier(e) d'annonce peut assister à cette consultation en accord avec le patient et le médecin.

Il est important lors de la prise de rendez-vous que le ou la personne en charge de la prise de rendez-vous soit formé(e) et donc vigilant(e) sur le vocabulaire utilisé auprès du patient qui ne connaît pas encore le diagnostic confirmé (éviter les mots « consultation d'annonce »...).

¹² Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique. Saint-Denis la Plaine : HAS ; 2014.

2. ÉLÉMENTS À ABORDER

Pour cette consultation d'annonce, le médecin doit s'assurer au préalable qu'il dispose bien de tous les éléments médicaux dont il a besoin.

Il est important qu'il laisse le patient s'exprimer pour évaluer son niveau d'information, mieux cerner ses préoccupations afin de lui apporter une réponse adaptée et lui confirmer le diagnostic.

Il explique au patient que les traitements qui lui seront proposés relèvent d'une discussion collégiale : la Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)¹³. Il évoque l'opportunité de bénéficier d'un temps d'accompagnement soignant paramédical (en expliquant la finalité de ce temps), à l'issue de la proposition thérapeutique.

L'anxiété du patient face à l'annonce étant accentuée par la peur de l'inconnu, il est important de le rassurer en évoquant :

- le recul de plus en plus important sur la maladie, le développement de nouvelles thérapies ;
- l'importance accordée par les professionnels qui l'accompagneront, à sa qualité de vie, pour qu'elle soit la moins impactée possible (évocation des soins de support) ;
- le fait qu'il ne sera pas seul mais entouré par une équipe médicale et paramédicale pour l'aider à tenir dans le temps, le parcours pouvant être long et non linéaire ;
- qu'il pourra bénéficier, s'il le souhaite, du soutien de réseaux de santé de proximité ou de Plateformes territoriales d'appui¹⁴ pour faciliter, en dehors de l'hôpital, la coordination de son suivi avec son médecin traitant ;
- que son médecin traitant sera tenu informé au fur et à mesure de l'évolution de son parcours de soins ainsi que son pharmacien d'officine ;
- qu'il pourra toujours, si besoin, contacter le service spécialisé (communication d'un numéro de téléphone).

Il peut également lui être proposé si des patients experts/ressources sont identifiés par l'établissement ou susceptibles d'y intervenir (au sein d'associations par exemple) de les rencontrer pour échanger avec eux. Le patient est également incité à faire preuve de prudence face aux conseils prodigués par son entourage ou aux informations trouvées sur Internet.

¹³ Le dossier de tout patient atteint de cancer doit bénéficier d'une présentation en RCP à l'initiation ou à la modification de son traitement. [Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.](#)

¹⁴ Les plateformes territoriales d'appui ont été introduites par l'article 74 de la loi de modernisation de notre système de santé. Leurs missions sont précisées par le décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

Le médecin explique la suite du parcours de soins et communique la date de la consultation pour la proposition thérapeutique définitive, postérieure à la discussion en réunion de concertation pluri-disciplinaire (RCP), date qui doit être la plus proche possible de cette consultation d'annonce.

En fin de consultation, le médecin s'assure auprès du patient de sa compréhension et d'avoir répondu à ses interrogations. Il lui donne rendez-vous pour la consultation de proposition thérapeutique.

Il peut l'orienter à l'issue de l'annonce vers un lieu de détente et de convivialité au sein de l'établissement de santé, tels que les Espaces de rencontres et d'information (ERI).

Après cette consultation et en suivant les mêmes modalités que celles exigées pour les fiches de liaison, il tient informé, par messagerie sécurisée, le médecin traitant (et le spécialiste d'organe s'il est à l'origine de la démarche diagnostique), du contenu de cette consultation (éléments transmis, lexique employé, réactions du patient) et de la date de discussion du dossier du patient en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Il communique également le numéro de téléphone dédié au contact pour le médecin traitant.

Si le patient a identifié un pharmacien d'officine, le diagnostic lui est également adressé.

Ce dernier pourra accompagner le patient durant ces temps d'annonce anxiogènes et détecter d'éventuels besoins en soin de support, en coordination avec son médecin traitant.¹⁵

- **Pour les patients souffrant déjà d'une pathologie chronique**, une prise de contact doit si possible avoir lieu avec le spécialiste concerné avant la RCP, en coordination avec le pharmacien hospitalier en charge de la conciliation des traitements médicamenteux, afin notamment de prévenir les interactions médicamenteuses avec le futur traitement.
- **Pour les femmes enceintes**, la stratégie thérapeutique devra être discutée avec le professionnel de santé en charge du suivi de la grossesse (gynécologue obstétricien, gynécologue médical, médecin généraliste, sage-femme).

¹⁵ Le pharmacien d'officine contribue aux soins de premier recours –Article L.5125-
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article38>.

L'annonce en cancérologie pédiatrique et pour les adolescents et jeunes adultes (AJA)

Selon l'âge de l'enfant, le médecin le rencontre avec ses parents.

Il s'adresse à l'enfant en employant des termes adaptés à ses capacités de compréhension.

Si les parents le souhaitent et/ou en cas de nécessité, il peut ensuite les recevoir seuls.

En ce qui concerne les adolescents, il est important de leur donner le choix d'être reçus seuls ou accompagnés.

Le médecin rassure les parents sur le fait que tout sera mis en œuvre pour que la scolarité de l'enfant et/ou l'adolescent soit poursuivie.

Il est proposé systématiquement un soutien psychologique à l'enfant, à ses parents et à sa fratrie ainsi qu'une prise en charge sociale de la famille le cas échéant.

Troisième temps

LA CONSULTATION DÉDIÉE À LA PROPOSITION THÉRAPEUTIQUE

Cette consultation a pour objectif de présenter la proposition de stratégie thérapeutique définie en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Selon les demandes des patients et la complexité de la pathologie, ce temps et celui de l'annonce de la confirmation du diagnostic peuvent être dissociés (deux consultations distinctes) ou confondus (une seule consultation commune).

Cette stratégie thérapeutique est formalisée dans le Programme personnalisé de soins (PPS) remis au patient lors de cette consultation. Le PPS contient également la liste des contacts utiles pour le patient. Par ailleurs, le médecin peut lors de cette consultation identifier certains besoins en soins de support du patient. Cette évaluation sera complétée lors du temps d'accompagnement soignant paramédical.

1. OÙ, QUAND ET PAR QUI ?

Cette consultation a lieu au sein de l'établissement autorisé à traiter le cancer, après la tenue de la RCP.

Elle relève de la responsabilité du médecin impliqué dans la mise en œuvre du projet thérapeutique. La présence de l'infirmier(e) en charge du temps d'accompagnement (avec accord du patient) permettra de mieux préparer le temps d'accompagnement et de maintenir une continuité dans l'information.

En cas de proposition d'un traitement anticancéreux par voie orale, une consultation spécifique de primo prescription sera réalisée par l'oncologue, selon le référentiel organisationnel de l'Institut national du cancer « Parcours de soins d'un patient traité par anticancéreux oraux ».¹⁶

¹⁶ <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Parcours-de-soins-d-un-patient-traite-par-anticancereux-oraux-Reponse-saisine>.

2. ÉLÉMENTS À ABORDER

Il est fortement recommandé que le médecin, en début de consultation, laisse le patient exprimer son ressenti depuis la consultation d'annonce et puisse ainsi répondre à ses interrogations spécifiques.

Les sujets abordés :

- présentation de la proposition thérapeutique privilégiée et de la ou des propositions alternatives : bénéfices attendus, modalités de déroulement dans le temps du (des) traitement(s) proposé(s), professionnels impliqués, effets indésirables potentiels et moyens de prévention ; caractère standard ou non du schéma thérapeutique.
- information, évaluation et conseils systématiques sur la préservation de la fertilité aux patients concernés compte tenu de leur âge, du type de cancer et /ou du type de traitement, conformément aux référentiels nationaux. Lorsqu'il s'agit d'adolescents et de jeunes adultes, une attention particulière est portée à transmettre informations et conseils en tenant compte de l'impact psychologique potentiel des problématiques de fertilité dans cette tranche d'âge. Le médecin doit orienter, si justifié, le patient vers le spécialiste de la reproduction compétent en préservation de la fertilité voire vers une plateforme clinicobiologique de préservation de la fertilité.
- sensibilisation pour les personnes en âge de procréer à l'importance d'avoir une contraception adaptée.
- si la situation le permet, proposition de participer à un essai clinique.
- en cas d'indication, information sur le recours possible à une consultation d'oncogénétique et orientation du patient vers une consultation, si possible, de proximité.¹⁷
- information sur les répercussions les plus fréquentes du cancer et de ses traitements sur la vie quotidienne, tant socio-professionnelle que personnelle, familiale, psychologique et financière et sur la réponse en soins de support proposée dans l'établissement qui sera reprise de façon plus détaillée (offre en établissements et ville) lors du temps d'accompagnement soignant.
- pour les patients en activité professionnelle, la question du maintien de cette activité ou de son aménagement voire de son arrêt devra être abordée précocement, l'objectif étant de trouver la solution qui soit la plus adaptée au patient.
- instauration d'un dialogue avec le patient sur l'existence de médecines complémentaires et délivrance d'informations sur les limites de leur utilisation : certaines peuvent soulager mais ne peuvent en aucun cas être considérées comme des alternatives au traitement contre le cancer.
- sensibilisation du patient à l'existence potentielle d'effets secondaires, d'interactions avec les traitements prescrits et donc à l'importance d'en parler avec son médecin.

¹⁷ <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogenetique-et-plateformes-de-genetique-moleculaire/Le-dispositif-national-d-oncogenetique>.

- proposition de bénéficier d'un temps d'accompagnement soignant paramédical en précisant sa finalité.
- sensibilisation à la coordination qui sera initiée (via l'infirmière de coordination) entre l'équipe spécialisée et l'équipe de premier recours dans son parcours de soins (médecin généraliste, pharmacien d'officine) et qui pourra impliquer d'autres acteurs de coordination de proximité (Réseaux de santé, Plateforme territoriale d'appui ...).
- le médecin demande l'accord du patient sur cette proposition thérapeutique et mentionne la possibilité d'avoir recours à un second avis.¹⁸ L'oncologue facilite la transmission d'information à l'oncologue sollicité pour le second avis. Ce second avis devra être validé dans la RCP de l'établissement sollicité.
- il veille également à impliquer le patient dans son parcours de soins en lui donnant tous les éléments nécessaires pour qu'il en devienne un véritable acteur (vigilance dans la prévention et la gestion des effets secondaires...).
- au cours de cette consultation il est important que le médecin s'assure de la bonne compréhension, par le patient, des informations communiquées ; il ne doit pas hésiter à lui faire reformuler ses propos.

À la fin de la consultation, le médecin remet au patient son programme personnalisé de soins (PPS) en insistant sur sa finalité : lui permettre d'avoir une vision globale et actualisée de son parcours de soins ainsi que les coordonnées de tous les professionnels qui pourront l'accompagner.

Il est important de lui expliquer que ce PPS est avant tout un outil qui lui est destiné mais qui permettra une meilleure interface avec les différents professionnels intervenant dans son traitement à qui il souhaitera le faire partager. Avec le PPS sont également remises des fiches explicatives et conduites à tenir correspondant aux effets indésirables des traitements anticancéreux.

Le médecin planifie le temps d'accompagnement soignant.

Afin de garantir la coordination de la prise en soins, le professionnel informe rapidement le médecin traitant par messagerie sécurisée du contenu de la consultation, de la proposition thérapeutique convenue avec le patient, du PPS remis et des fiches sur les effets indésirables des traitements.¹⁹ Ces documents sont également transmis au pharmacien d'officine, s'il a été désigné par le patient.

¹⁸ Article R.4127-6 du Code de la santé publique Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹⁹ <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Medicaments/Prevention-suivi-et-gestion-des-effets-indesirables>.

Quatrième temps

LE TEMPS D'ACCOMPAGNEMENT SOIGNANT PARAMÉDICAL

Ce temps d'accompagnement permet au patient de bénéficier d'un temps d'écoute, de reformulation et de complément d'information sur les soins à venir, mais il s'agit surtout d'un temps d'évaluation de ses propres besoins en soins de support, en relais de la consultation médicale. Le patient est ainsi orienté, s'il le souhaite, vers les structures et professionnels compétents, aussi bien au sein de l'établissement de santé qu'en ville.

1. OÙ, QUAND ET PAR QUI ?

Ce temps d'accompagnement a lieu au sein de l'établissement autorisé à traiter le cancer, dans un espace dédié respectant la confidentialité et l'intimité du patient.

Il se déroule à l'issue de l'annonce de la proposition thérapeutique ou dans les jours suivants mais doit être aussi le plus proche possible du début des traitements. Bien que le professionnel assurant la consultation paramédicale soit le plus souvent un infirmier d'annonce²⁰ (qui peut être infirmier de coordination), il peut également s'agir d'un manipulateur d'électroradiologie médicale²¹ en fonction du traitement préconisé.

Il est important que le professionnel qui réalise cette consultation ait accès aux informations données au patient lors de la consultation médicale d'annonce.

²⁰ Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé. Institut national du cancer/Ligue contre le cancer. Novembre 2005.

²¹ « Compte tenu des spécificités de la radiothérapie, il peut s'agir, dans ce cas, d'un manipulateur d'électroradiologie médicale aidant à la préparation et à l'exécution du traitement de radiothérapie. ». Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé. Institut national du cancer/Ligue contre le cancer. Novembre 2005.

2. ÉLÉMENTS POUVANT ÊTRE ABORDÉS

Le contenu de ce temps d'accompagnement est à adapter en fonction des besoins du patient.

Comme pour les consultations d'annonce précédentes, la consultation débute par un temps de parole donné au patient pour mieux évaluer son niveau d'information, ses préoccupations, les questions qu'il se pose sur les traitements et leur programmation, afin de lui proposer une réponse adaptée.

À l'issue de ce temps d'écoute :

Le professionnel, dans un premier temps, reformule la proposition thérapeutique, complète, voire réexplique les informations reçues.

Dans un 2^e temps, il procède à l'évaluation des besoins spécifiques en soins de support. Cette évaluation et plus globalement le projet de soins doivent intégrer le contexte de vie du patient (accès si possible à des soins de support de proximité, environnement socio-économique, autonomie...).

Des outils comme FAIRE DIRE²², promu par la Haute Autorité de santé, et « basés sur une reformulation demandée au patient, permettent de s'assurer que les informations délivrées ont été claires, retenues et comprises ».

Parmi les éléments pouvant être abordés :

- reprise du Programme personnalisé de soins si le patient souhaite des compléments d'informations ou des précisions ;
- conseils d'hygiène de vie :
 - [incitation au sevrage tabagique et à la modération de la consommation d'alcool](#) et orientation si besoin, vers des structures spécialisées (Annuaire national des consultations et lieux de prise en charge en addictologie et alcoologie²³, Tabac info service...);
 - conseils nutritionnels et orientation vers un diététicien si nécessaire ;
 - information sur l'existence de programmes d'éducation thérapeutique du patient et orientation éventuelle ;
- information sur l'importance de pratiquer une activité physique adaptée ;^{24 25}
- conseils pratiques pour la prévention et gestion des effets indésirables en complément des informations apportées par le médecin (ex :

²² « FAIRE DIRE » Communiquer avec son patient ; Haute Autorité de santé, 2016. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2612334/fr/faire-dire.

²³ [Annuairenational.addictoguide.online](http://annuairenational.addictoguide.online).

²⁴ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2875944/fr/prescrire-l-activite-physique-un-guide-pratique-pour-les-medecins.

²⁵ <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Activite-physique/Activite-physique-et-traitement-des-cancers>.

modalités pratiques pour se procurer une prothèse capillaire si chimiothérapie alopeciante, ...);

- information sur la prise en charge financière des frais liés au cancer et en cas d'identification de risques de fragilité sociale, orientation du patient vers une assistante sociale ;
- suivant la situation du patient, proposition d'entreprendre au sein du service, les démarches concernant l'Affection de longue durée (ALD) ; celle-ci sera provisoire pendant 6 mois en attendant que le médecin traitant prenne le relais. Ceci permet de limiter les conséquences financières de la maladie ;
- sensibilisation à l'importance d'avoir un médecin traitant et de désigner si possible un pharmacien d'officine ;
- possibilité de désigner une [personne de confiance](#) ;
- possibilité pour le patient et ses proches d'être accompagnés par un psychologue après l'annonce ou à distance ;
- présentation de l'offre globale en soins de support de l'établissement et de l'offre de proximité ;
- orientation vers les associations spécialisées dans le soutien des patients et de leurs proches ;
- information sur les structures de coordination de proximité (réseaux, PTA,...) ;
- information sur l'existence de la rubrique d'information Cancer info, dédiée aux patients et à leurs proches sur le site de l'Institut national du cancer ;²⁶
- vérification de la compréhension du patient sur les limites d'utilisation des médecines complémentaires évoquées lors de la proposition thérapeutique : certaines peuvent soulager mais ne peuvent en aucun cas être considérées comme des alternatives au traitement contre le cancer, existence potentielle d'effets secondaires, d'interactions avec les traitements prescrits et donc importance d'en parler avec son médecin.

À la fin de ce temps d'accompagnement, le professionnel s'assure auprès du patient d'avoir répondu à toutes ses interrogations.

Il l'informe que son médecin traitant va être tenu au courant des informations qui lui ont été délivrées lors des différentes consultations et l'incite à prendre rendez-vous avec lui pour lancer la démarche de mise en Affection Longue durée. Quand la situation du patient le nécessite (personne âgée isolée, patient présentant une déficience intellectuelle...) et afin de favoriser la coordination des soins, le professionnel prend lui-même rendez-vous avec le médecin traitant dans les plus brefs délais.

À partir des besoins en soins de support identifiés et après discussion avec le patient, le professionnel complète si besoin le PPS ; il rédige une fiche de liaison reprenant le contenu du temps d'accompagnement, fiche qui sera intégrée dans le dossier patient.

²⁶ <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches>.

Cinquième temps

LA CONSULTATION DE SYNTHÈSE EN VILLE

Systématiquement programmée pour les patients vulnérables, cette consultation permet au médecin traitant de reformuler, commenter, compléter et répondre aux questions éventuelles du patient et/ou de ses proches, dans la continuité de ce qui a été dit dans l'établissement où le patient est traité.

1. OÙ, QUAND ET PAR QUI ?

Cette consultation est assurée au cabinet du médecin traitant après la proposition thérapeutique.

Afin de garantir la continuité et la qualité des soins, il est important que le médecin traitant ait eu accès à l'ensemble des informations relatives au diagnostic et à la proposition thérapeutique du patient (Programme Personnalisé de Soins et comptes rendus anatomocytologiques, compte rendu de la RCP, comptes rendus opératoires et d'hospitalisation, etc.) qui seront à terme intégrés dans le Dossier Communicant de Cancérologie.

Il est d'autant plus important que lors de cette consultation, le médecin fasse preuve de disponibilité.

2. ÉLÉMENTS POUVANT ÊTRE ABORDÉS PAR LE MÉDECIN

Le patient exprime les sujets qu'il souhaite aborder, en fonction de ses propres préoccupations et dans une relation moins intimidante que celle pouvant exister en milieu hospitalier et avec un interlocuteur habituel concernant sa santé, le médecin traitant. Celui-ci pourra alors répondre à ses questions et l'orienter, si besoin, vers un autre professionnel concerné.

C'est lors de cette consultation que le médecin traitant va établir le protocole d'Affection de longue durée (ALD) et initier certaines démarches administratives (si nécessaire arrêt de travail, mi-temps thérapeutique, certificats médicaux divers, etc.).

Le médecin rappellera les bénéfices, dès le début de ce parcours, qu'apporte une activité physique adaptée.

Face à un patient en situation complexe, le médecin traitant pourra solliciter un dispositif d'appui à la coordination : infirmière de coordination en cancérologie (IDEC) ou autre professionnel dédié à la coordination du parcours en ville, plateforme territoriale d'appui, réseau de santé, etc.

Après la consultation, le médecin transmettra par écrit au médecin référent hospitalier les informations qu'il juge nécessaire qu'il connaisse.

LES AUTRES ANNONCES AU COURS DE LA MALADIE

Il est important que chaque évènement majeur, et en particulier les évènements péjoratifs (extension, récurrence, arrêt des traitements curatifs et initiation d'un traitement uniquement palliatif...) survenant lors du parcours, donnent si possible lieu à une consultation médicale d'annonce dédiée et à un temps d'accompagnement soignant paramédical respectant les mêmes principes dans la relation « professionnel-patient » que précédemment évoqués.

Lorsqu'une démarche palliative se révèle nécessaire, les professionnels peuvent également se référer au document publié par la Haute Autorité de santé sur ce sujet.²⁷

Lors de la consultation de fin de traitement et pour acter l'entrée dans la période de l'après-cancer (ou de l'après traitement), un [Programme personnalisé de l'après-cancer \(PPAC\)](#) adapté à ses besoins et révisable au fil du temps est remis au patient. Il lui permet d'anticiper son suivi et de l'intégrer dans sa vie.

²⁷ Organisation des parcours, L'essentiel de la démarche palliative, HAS, 2016.

ANNEXE 1. INTERVENTIONS PRÉCONISÉES LORS DE L'ANNONCE EN FONCTION DE LA VULNÉRABILITÉ DU PATIENT

PUBLICS	RISQUES PRINCIPAUX	INTERVENTIONS PRÉCONISÉES
TOUS PATIENTS, ADULTES ET ENFANTS, EN SITUATION COMPLEXE	Rupture dans le parcours	<ul style="list-style-type: none"> Accompagnement par une infirmière de coordination en cancérologie ou un coordinateur de parcours Orientation vers une plateforme territoriale d'appui (PTA)
ENFANTS	<ul style="list-style-type: none"> Marginalisation d'un des deux parents en cas de divorce ou de séparation Difficultés de compréhension liées à l'âge de l'enfant Difficultés des parents et/ou de la fratrie à accepter la maladie grave 	<ul style="list-style-type: none"> Annonce en présence des deux parents, sauf situation exceptionnelle Orientation vers les prestations d'associations spécialisées Accompagnement psychologique de l'enfant et de sa fratrie
ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES	Difficultés des patients, des parents et/ou de la fratrie à accepter la maladie grave	<ul style="list-style-type: none"> Accompagnement psychologique Orientation vers les prestations d'associations spécialisées
PUBLICS ATTEINTS D'UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE	Difficultés de compréhension pouvant entraîner une rupture dans le parcours, voire une fragilisation	<ul style="list-style-type: none"> Pour les personnes suivies en établissements médico-sociaux, mobilisation d'un des membres de l'équipe éducative Utilisation de supports dédiés²⁸
PERSONNES ÂGÉES	Difficultés de compréhension pouvant entraîner une rupture dans le parcours, voire une fragilisation	<ul style="list-style-type: none"> Annonce en présence d'un proche : conjoint ou enfant et/ou d'un professionnel de l'établissement pour les personnes âgées en EHPAD Annonce en présence du binôme oncologue-gériatre, du professionnel de coordination si la personne en bénéficie déjà (gestionnaire de cas MAIA, CLIC de niveau 3, réseau gérontologique ou pluri thématique, etc.) Le cas échéant, une orientation vers une Plateforme territoriale d'appui (PTA), un réseau gérontologique ou pluri thématique peut être nécessaire.

²⁸ Donaghey V, Bernal J, Tuffrey-Wijne and Hollins S. Getting on With Cancer. Gaskell and St George's Hospital Medical School : London; 2002.

<p>PERSONNES SOURDES ET/OU MALENTENDANTES</p>	<p>Difficultés de compréhension pouvant entraîner une rupture dans le parcours, voire une fragilisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention d'un interprète spécialisé dans la langue des signes • Utilisation d'outils adaptés
<p>MIGRANTS</p>	<p>Représentation différente de la maladie et de ses traitements liée à la culture pouvant conduire à un refus des soins conventionnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention d'un interprète médical (si possible professionnel²⁹ ou d'un médiateur sanitaire³⁰ avec briefing et débriefing • Intervention d'un travailleur social de la structure si la personne est suivie dans un établissement (foyer de travailleurs migrants, centre d'hébergement et de réinsertion sociale, centre d'accueil pour demandeurs d'asile)
<p>PERSONNES EN SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE PRÉCAIRE</p>	<p>Risque de rupture dans le parcours, de fragilisation profonde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si la personne est suivie dans un établissement médico-social ou social, mobilisation d'un travailleur social de la structure • Sinon, intervention de l'assistante sociale de l'établissement recommandé

²⁹ L'interprétariat par un proche, en particulier un enfant, doit être évité, dans la mesure du possible.

³⁰ Art. L. 1110-13 du Code de santé publique : « La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités ». Il s'agit d'un dispositif déployé depuis plusieurs années sur certains territoires et officiellement reconnu et promu par la Loi de modernisation de notre système de santé.

BIBLIOGRAPHIE

- Institut national du cancer, Ligue contre le cancer : Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé ; 2005.
- Audit clinique ciblé 2014 : Évaluation centrée sur le dispositif d'annonce et le programme personnalisé de soins chez les patients atteints d'un cancer du côlon. OncoCentre ; 2014.
- Bouché O, Ulrich B. Les annonces en cancérologie. Le médecin face au malade. Témoignages et repères méthodologiques. Springer : Paris ; 2013.
- Conseil national de l'Ordre des médecins. Consultation d'annonce - Améliorer le dispositif d'annonce des diagnostics graves aux malades et à leur entourage. Séminaire annuel du CNOM : mai 2011 – Débat au CNOM : 28 juin 2011.
- Delevallez F, Lienard A, Gibon A-S, Razavi D. L'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie : l'expérience belge. Rev Mal Respir. 2014; 31: 721-728.
- Donaghey V, Bernal J, Tuffrey-Wijne and Hollins S. Getting on With Cancer. Gaskell and St George's Hospital Medical School : London; 2002.
- Étude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades en 2011 – Institut national du cancer - mai 2012.
- Ezhova I, Martinez N, Ciais C et al. Cancer de l'adolescent et du jeune adulte : repères pour une annonce humaine et efficace. Bull Cancer 2014 ; 101 : 564-70.
- Ferraton R, Magné N, Gonthier R et al. L'annonce du diagnostic de cancer : point de vue du médecin généraliste. Bull Cancer 2013 ; 100 : 955 - 62.
- Haute Autorité de santé. « FAIRE DIRE ». Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2015.
- Fujimori M, Uchitomi Y. Preferences of cancer patients Regarding Communication and Bad News : A Systematic Literature Review. Jpn J Clin Oncol. 2009 ; 39 : 201-2016.
- Haute Autorité de santé. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.
- Haute Autorité de santé. La personne de confiance. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2015.
- Haute Autorité de santé. Les directives anticipées – Document destiné aux professionnels de santé et secteur médico-social et social. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2015.
- Haute Autorité de santé. Annoncer une mauvaise nouvelle. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2008.
- La vie deux ans après un diagnostic de cancer – De l'annonce à l'après cancer, collection Études et enquêtes, INCa, juin 2014.

- L'évaluation de l'impact du dispositif d'annonce pour le patient atteint de cancer – Rapport de synthèse issu de l'étude conduite par CRP Consulting en 2010-2011. Ligue nationale contre le cancer ; 2012.
- Méchinaud F. L'annonce en oncologie pédiatrique. Archives de pédiatrie. 2007 ; 14 : 640-643.
- Mettre en place le dispositif d'annonce – Expériences et conseils. Institut national du cancer. Ligue nationale contre le cancer ; mai 2006.
- Michel C, Empereur F, Prud'homme S et al. Evaluation Dispositif d'Annonce 2013. Rapport final. Onco Pays de la Loire ; juin 2014.
- Pasquier S, Garnier MT. Regards d'infirmières sur le dispositif d'annonce du cancer. Editions Lamarre ; 2014.
- Pujol J-L, Bruere Dawson CG, Tirefort JF. Le dispositif d'annonce. Du concept à la pratique. Rev Mal respir. 2008 ; 25 : 3S48 - 3S54.
- Puyuelo L. Cancer du sein – Un médecin à l'épreuve de l'annonce. Editions Erès ; 2011.
- Ruzniewski M et Rabier Gil. L'annonce-Dire la maladie grave. Dunod, Hors collection ; Mars 2015
- Vivier J. L'annonce d'une maladie grave – Enquête auprès des médecins généralistes de la région nancéenne. Thèse de médecine générale soutenue le 18 février 2013.

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

RÉDACTION ET COORDINATION DU RAPPORT

Rédaction du référentiel

- **Fabienne Courdesses**, chef de projet département Organisation et parcours de soins, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer (depuis juin 2018).
- **Alice Desbiolles**, chef de projet, département Organisation et parcours de soins, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer (de septembre 2017 à janvier 2018).
- **Nathalie Derozier**, responsable de projets, département Organisation et parcours de soins, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer (de mars 2016 à août 2017).

Contribution au référentiel

- **Jeanne-Marie Bréchet**, responsable de projets, département Organisation et parcours de soins, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer.
- **Hélène Vandewalle**, responsable de projets, Mission Partenariats, coopération et relations avec les professionnels, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer.

Coordination du référentiel

- **Jérôme Viguié**, directeur du pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer.
- **Claudia Ferrari**, responsable du département Organisation et parcours de soins, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer.

COMPOSITION DU GROUPE D'EXPERTS (CONSULTÉ JUSQU'EN JUILLET 2017)

Les membres du groupe d'experts ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à l'Institut national du cancer (INCa). Elles ont été analysées selon la grille d'analyse des déclarations d'intérêts de l'INCa, puis validées en interne par le responsable de département et le directeur de pôle. Les intérêts déclarés par les membres ont été considérés comme compatibles avec leur participation à ces travaux. Ces déclarations d'intérêts sont consultables sur le site www.e-cancer.fr.

- **Lucie BUNGE**, médecin généraliste, chef de clinique universitaire au département de médecine générale de la Faculté de médecine Paris-Diderot, Saint-Denis.
- **Béatrice CLAIRAZ-MAHIOU**, pharmacien d'officine, Châtenay-Malabry.

- **Bettina COUDERC**, professeur de biotechnologies et chercheure au Cancéropôle, Toulouse.
- **Tristan CUDENNEC**, praticien hospitalier en gériatrie, membre du FROG (Groupe francilien d'oncogériatrie), Hôpital Amboise Paré (AP-HP), Boulogne-Billancourt.
- **Sylvie DOLBEAULT**, chef de pôle de psycho-oncologie et social, Institut Curie, Paris.
- **Élianne DUBOIS**, infirmière en cancérologie, CLCC Georges-François Leclerc, Dijon.
- **Virginie FOSSEY-DIAZ**, chef de service de gériatrie, membre du FROG (Groupe francilien d'oncogériatrie), Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris.
- **Catherine GOMBERT**, assistante sociale, Appartements de coordination thérapeutique (ACT) Paris Nord, Habitat et Soins Groupe SOS, Saint-Ouen.
- **Jeannine JENVRIN-BRETON**, chef de projets « Recherche en soins infirmiers et paramédicaux », infirmière de pratique avancée, CLCC François Baclesse, Caen.
- **Pierre LAGIER**, médecin généraliste retraité, cadre dirigeant et administrateur d'associations œuvrant dans le champ de la déficience intellectuelle, Marseille.
- **Béatrice LOGNOS**, médecin généraliste, maître de conférences des universités de médecine générale à la Faculté de médecine de Montpellier, Saint-Georges d'Orques.
- **Romain MBIRIBINDI**, directeur d'une association intervenant dans le champ de la médiation sanitaire, Paris
- **Christian MERCIER**, bénévole dans une association de patients, Andernos-les-Bains.
- **Jean MICHON**, chef de service de pédiatrie oncologique, Institut Curie, Paris.
- **Michèle PIBAROT**, oncologue médicale, AP-HM (13) et médecin coordonnateur du réseau Oncopaca-Corse.
- **Romain POMMIER**, radiologue, chef de clinique associé, Hôpital Beaujon (AP-HP), Clichy (92)
- **Laurence ROCHER**, radiologue, Hôpital Bicêtre (AP-HP), Le Kremlin-Bicêtre.
- **Eve ROUGÉ-BUGAT**, médecin généraliste, praticien assistant à l'Institut universitaire du cancer Oncopôle, maître de conférences des universités à la Faculté de médecine de Toulouse, Toulouse.
- **Roger TOUSSAINT**, cadre supérieur de pôle au CHU Fort-de-France, Président de la Ligue contre le cancer de Martinique, Fort-de-France.
- **Valérie TROUILLARD**, infirmière de coordination en cancérologie, Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph, Paris.
- **Laurence VANLEMMENS**, oncologue médicale au CLCC Oscar Lambret, administratrice Comité Nord Ligue contre le cancer, Lille.

COMPOSITION DE L'ATELIER DU COMITÉ DE DÉMOCRATIE SANITAIRE DU 16 JANVIER 2018

- Pascale ALTIER
- Anne BRIDEL
- Marlène DIONISIO
- Mery FAZAL CHENAI
- Bernard FEISSAT
- Dominique GASTON RAOUL
- Thibaud HAASER
- Nicole LEBRAT
- Nadine MEYER
- Christian PUPPINCK
- Agnès ROUSSEAU
- Guy Albert RUFIN-DUHAMEL
- Laurent SALSAC
- Isabelle SALVET



52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tel. +33 (1) 41 10 50 00
diffusion@institutcancer.fr

Édité par l'Institut national du cancer
Tous droits réservés - Siren 185 512 777

Conception : INCa
ISSN 2104-953X

ISBN : 978-2-37219-492-1
ISBN net : 978-2-37219-493-8

DEPÔT LÉGAL SEPTEMBRE 2019

Pour plus d'informations
e-cancer.fr

Institut National du Cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tel. +33 (1) 41 10 50 00
diffusion@institutcancer.fr

RREFEVDAC19

e-cancer.fr

