



HAL
open science

**Évaluation de l'annonce du cancer chez les patients
suivis dans le service d'oncologie du centre hospitalier
Robert Boulin de Libourne**

Johnny Lopes

► **To cite this version:**

Johnny Lopes. Évaluation de l'annonce du cancer chez les patients suivis dans le service d'oncologie du centre hospitalier Robert Boulin de Libourne. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01237549

HAL Id: dumas-01237549

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01237549>

Submitted on 3 Dec 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Bordeaux 2
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

Thèse n° 126

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 21 Octobre 2015

Par **Johnny LOPES**
Né le 7 Juin 1983 à Le Puy-en-Velay (43)

**EVALUATION DE L'ANNONCE DU CANCER
CHEZ LES PATIENTS SUIVIS DANS LE
SERVICE D'ONCOLOGIE DU CENTRE
HOSPITALIER ROBERT BOULIN DE
LIBOURNE**

Directeur de thèse

Docteur Samir ABDICHE

Jury

- Monsieur le Professeur Pierre SOUBEYRAN Président
- Monsieur le Docteur Philippe CASTERA Membre
- Monsieur le Docteur Christophe ADAM Rapporteur
- Monsieur le Docteur Ankass MONTASSER Membre
- Monsieur le Docteur Samir ABDICHE Membre

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

À Monsieur le Professeur Pierre SOUBEYRAN,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Philippe CASTERA,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect. J'en profite pour vous souhaiter en ce jour un joyeux anniversaire!

À Monsieur le Docteur Christophe ADAM,

Vous avez accepté très aimablement d'être le rapporteur de cette thèse. Vos remarques m'ont été d'une aide précieuse. Acceptez mes sincères remerciements.

À Monsieur le Docteur Ankass MONTASSER,

Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Tu m'as fait découvrir l'équipe mobile de soins palliatifs et les gardes effectuées à tes cotés aux urgences de Robert Boulin resteront gravées à jamais dans mon esprit...!

À Monsieur le Docteur Samir ABDICHE,

Tout d'abord je te remercie d'avoir accepté sans hésiter la tâche de directeur de thèse et de m'avoir épaulé jusqu'à ce jour.

Je me souviens de ce lundi 2 Novembre 2009, premier jour de mon internat et donc de notre rencontre dans le service d'oncologie du centre hospitalier Robert Boulin. Tu m'as rapidement inculqué les fondamentaux et fait partager ton intérêt pour...le ping-pong, les congrès et David Guetta!

Lorsque je suis arrivé dans le service ce jour-là, j'ai serré la main de mon sénior. 6 mois plus tard c'est celle d'un ami que je serrais, le coeur lourd, après avoir passé et je ne le saurai que plus tard, le meilleur semestre de mon internat.

Merci Bibiche

Merci à tous les médecins que j'ai remplacé et spécialement le Dr Collotte qui a bravé les interdits!

À mes amis qui m'ont accompagné et supporté durant toutes ces années,

Chab, Gougou, Cyril, Ahmed, Béniate, Delabégual, Stèph, Bastouss, Poca, Guerrerrate, Maxime, Fish, Cynthia, Ramutch, Cacal, Boissinal, SuperToutNu, Resplandy, Jean-lep, Lacou, Flo, Tom, Gibié, Arnaud, Guillaume, Micka.

Quelques petits clins d'oeil,

Le mythique 1er semestre à Libourne où l'on a tous fini avec un niveau quasi-professionnel de ping-pong,

Le non-respect du Mouss et les gardes dantesques aux urgences de Jean Hameau avec le Gourliche, qui par ailleurs possédait le plus beau revers du circuit,

Le stage d'externe chez le Père Douard avec Béniate et Benzacourt que le nom,

Les 1ères années de médecine avec la faucheuse et la mobylette rouge du Manal. On a marqué quelques esprits dans cet amphithéâtre n°3 mon Kyril !!

Les 2 campagnes aux Medigames et à L'Hyppofoot qui se sont soldées de la même façon...la "malédiction des 1/4" !

La colloc rue des Ayres avec Arnaud, Pipo & Bibo, où je ne compte plus les fous rires...

Aux soirées au Dick Turpin's avec toute l'équipe,

Aux 2Be3,

Aux théories fumantes de Lacou,

À mon Chab-pilote de soirée,

A mon Fredo qui n'a pas pu être présent aujourd'hui,

À tous, un grand MERCI!

À ma famille qui m'a aussi accompagné et supporté durant toutes ces années...

À mon Loulou, merci pour ta jovialité quotidienne,

À Laurence et Dominique, merci pour votre apport logistique et alimentaire qui a contribué à la bonne réalisation de cette thèse,

À mes cousins Fabrice, André, Vanessa, Carine, Jade et Charline, merci de votre amitié, e viva a nossa seleção!

À ma marraine Eleonor, ta présence ici en ce jour m'honore,

À tous mes oncles et mes tantes, spécialement ma tante Dulce et mon oncle Stéphane qui ne peuvent être présents aujourd'hui, merci de votre amitié,

À mes grands-parents, Georgina, Luisa, Ernesto et Bento qui nous manque, merci pour votre bienveillance, vous qui avez été les premiers à m'amener sur les bancs de l'école,

À mon beau frère au sens propre du terme, Mathieu, merci pour ton amitié et ta bonne humeur, heureux que tu fasses partie de notre famille,

À ma petite-soeur, Emilie, tu sais ce que tu représentes pour moi, nul besoin de s'épancher plus longtemps, ton frère qui t'aime,

À la femme qui partage ma vie, sans ton aide et ta détermination la soutenance de cette thèse ne se serait déroulée ni en Octobre, ni en Novembre, ni peut-être même en 2015...Merci tout simplement Cécile de rendre ma vie plus heureuse, je t'aime comme un fou comme un soldat ou comme un loup, comme un roi, comme un homme que je ne suis pas...enfin tu vois ce que je veux dire!

Enfin, à Berthe & Carlos sans qui nous ne serions pas là... Je me souviens du Puy-en-Velay, du Monteil, de quelques bas mais surtout beaucoup de hauts avec une enfance, une adolescence et aujourd'hui une vie heureuse. Cette thèse c'est aussi un peu la vôtre. Ma gratitude ne peut être seulement expliquée par des mots, votre fils et ami qui vous aime, merci pour tout.

Morra Johnny, fique a fama!!

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIERES	8
ABREVIATIONS	12
INTRODUCTION	13
1. PREMIERE PARTIE	15
1.1 – Historique de la mise en place du dispositif d’annonce	15
1.1.1 - Le plan cancer	17
1.1.2 - La mesure 40	18
1.1.3 - Structuration du dispositif d’annonce	19
1.1.3.1 - Le temps médical	20
1.1.3.1.1 - L’annonce du cancer	20
1.1.3.1.2 - L’annonce de la stratégie thérapeutique	22
1.1.3.2 - Un temps d’accompagnement soignant	23

1.1.3.3 - L'accès à une équipe impliquée dans les soins de support ..	24
1.1.3.4 - Un temps d'articulation avec la médecine de ville	25
1.1.3.4.1 - La pré-annonce: annonce du dépistage positif	25
1.1.3.4.2 - Rôle du médecin généraliste en cancérologie	26
1.1.3.4.3 - Interaction avec l'hôpital autour de l'annonce	28
1.1.4 - Mise en place du dispositif d'annonce	28
1.1.4.1 - Première phase: expérimentation	28
1.1.4.2 - Deuxième phase : la généralisation	29
1.2 - Le service d'oncologie du centre hospitalier Robert Boulin à Libourne .	30
1.2.1 - Le centre hospitalier Robert Boulin	30
1.2.2 – Le service d'oncologie	31
1.3 – Evaluation du DA	32
1.3.1 – Etude de la Ligue contre le Cancer (LCC)	32
1.3.2 – Etude EVADA	33

2. MATERIEL ET METHODE 35

2.1 - Caractéristiques de l'étude	35
2.2 - Population interrogée	35
2.3 - Objectifs de l'étude	36
2.4 - Elaboration et envoi des questionnaires	37
2.5 - Modalités de recueil des données et traitement des résultats	38

3 - RESULTATS	39
3.1 - Nombre de réponses	39
3.2 - Caractéristiques de la population étudiée	39
3.2.1 - Sexe	40
3.2.2 - Age	41
3.2.3 - Catégorie socio-professionnelle	42
3.2.4 - Localisation(s) de la(des) tumeur(s) primitive(s)	43
3.3 - Temps de la pré-annonce	45
3.3.1 - Médecin ayant évoqué pour la 1 ^{ère} fois le cancer	45
3.3.2 - Lieu de la pré-annonce	46
3.3.3 - Taux de satisfaction	48
3.4 - Temps médical du DA	50
3.4.1 - Informations reçues lors de la consultation d'annonce	51
3.4.2 - PPS	52
3.5 - Temps d'accompagnement soignant du DA	54
3.5.1 - Taux de patients ayant bénéficié d'un entretien soignant	54
3.5.2 - Différents types d'accompagnements proposés	55
3.5.3 - Accompagnement par famille, proches, amis	56
3.6 - Rapport avec le médecin généraliste	57
3.7 - De manière générale	58
3.7.1 - Disponibilité des professionnels, prise en compte de la situation du patient et informations sur la prise en charge	58
3.7.2 - Satisfaction globale concernant le DA	59

4 - DISCUSSION	60
4.1 - Discussion sur l'analyse globale	60
4.1.1 - Intérêt et implication	60
4.1.2 - Limites et biais de l'enquête	62
4.1.2.1 - Faible puissance de notre échantillon	62
4.1.2.2 - Biais de sélection	63
4.1.2.3 - Biais de volontariat	63
4.1.2.4 - Effet d'influence et effet d'attente	64
4.2 - Discussion sur les résultats	64
4.2.1 - Caractéristiques de la population étudiée	64
4.2.2 - Temps de la pré-annonce	65
4.2.3 - Analyse du DA	72
4.2.3.1 - Temps médical du DA	72
4.2.3.2 - Temps d'accompagnement soignant (TAS)	75
4.2.3.3 - Satisfaction globale	77
 CONCLUSION	 81
 ANNEXES	 83
Annexe 1	83
Annexe 2	87
 BIBLIOGRAPHIE	 92

ABREVIATIONS

INCa : Institut National du Cancer

DA : Dispositif d'Annonce

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

PPS : Plan Personnalisé de Soins

3C : Comité de coordination en cancérologie

LCC : Ligue contre le Cancer

RCA : Réseau Cancérologie Aquitaine

CCECQA : Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

TAS : Temps d'accompagnement soignant

CH : Centre Hospitalier

INTRODUCTION

A ce jour, le cancer est une priorité nationale de santé publique et représente la première cause de mortalité en France à savoir près de 30% des décès.

Parallèlement à ce pourcentage particulièrement élevé, la mortalité liée aux cancers baisse en moyenne de 1% par an¹. Alors, comment annoncer cette maladie sans traumatiser le patient² ? Comment effectuer cette annonce le moins brutalement possible? C'est sans aucun doute ce raisonnement qui est à l'origine de la conception d'un dispositif d'annonce, à la fois structuré autour d'un cahier des charges précis mais aussi adaptable à chaque patient qui est unique.

Le dispositif d'annonce est une mesure du Plan Cancer I mis en place pour répondre à la demande des patients. Celle-ci est formulée lors des premiers États Généraux des malades et organisée par la Ligue Nationale Contre le Cancer⁴. Son objectif est de faire bénéficier aux patients de meilleures conditions d'annonce du diagnostic de la maladie. Cette mesure a fait l'objet pendant un an d'une expérimentation nationale portée par 58 établissements de santé. C'est en fonction de ces résultats que le cadre de généralisation a été établi en

s'appuyant sur deux grands principes¹⁰ :

- Tout patient atteint de cancer doit pouvoir bénéficier, au début de sa maladie et/ou en cas de récurrence, d'un dispositif d'annonce organisé, qui doit être mis en place dans tous les établissements traitant des patients atteints de cancer.
- La coordination interprofessionnelle, la communication en direction des patients et leurs proches seront pour beaucoup dans la réussite de ce dispositif et dans l'amélioration du vécu des malades.

En réalisant une enquête d'opinion auprès de 79 patients suivis dans le service d'oncologie du centre hospitalier Robert Boulin de Libourne, nous avons tenté d'analyser les modalités d'annonce du cancer et le ressenti des patients afin de cibler les éventuels points à améliorer pour une meilleure prise en charge.

1. PREMIERE PARTIE :

1.1 – Historique de la mise en place du dispositif d'annonce

Pendant longtemps, les modalités d'annonce d'une mauvaise nouvelle ont été laissées le plus souvent à la seule appréciation du médecin, faisant de son mieux avec ses propres moyens². Ainsi, l'annonce de la maladie n'était pas toujours effectuée au moment le plus judicieux, le temps imparti à l'annonce était trop court, le lieu peu approprié, la confidentialité pas toujours scrupuleusement respectée, et le suivi psychologique du patient parfois laissé de côté, faute de temps suffisant, de soutiens paramédicaux disponibles mais aussi d'une méconnaissance de la psychologie du patient en oncologie. Ces conditions d'annonce et de soutien, parfois très défavorables, ont été vivement critiquées lors des états généraux du cancer en 1998 et en 2000. Ils furent organisés par la Ligue Nationale contre le Cancer et rapportés par M. le professeur PUJOL , président de la ligue nationale contre le cancer³. En effet, en décembre 1998, la Ligue organise les premiers Etats généraux des patients atteints de cancer⁴ : les malades prennent enfin la parole pour exprimer leurs souffrances, leurs besoins

et leurs attentes. Ces demandes sont formalisées dans le Livre Blanc réalisé par la Ligue Nationale contre le Cancer⁵. Le Pr Henri Pujol pose alors en principe : « On ne lutte pas contre une maladie abstraite, on lutte pour des individus atteints du cancer. L'espérance de survie s'allonge et l'espoir d'une guérison s'accroît. La société doit en tirer les conséquences : plus on guérit de gens, plus on doit se préoccuper de leurs conditions de vie pendant et après la maladie »³.

Cela provoque une véritable prise de conscience et le Ministère de la Santé met en place un programme national de Lutte contre le Cancer présenté en février 2000, au moment même où le « Sommet Mondial Contre le Cancer pour le Nouveau Millénaire » s'achève sur la signature de la Charte de Paris. Ce texte fondateur du 4 février 2000, reconnaît la lutte (« prévenir et guérir ») contre le cancer comme une priorité internationale en mettant l'accent sur la qualité de vie des patients et de leurs proches⁶. Ces états généraux de la Ligue Contre le Cancer de 1998 et 2000 ont souligné la nécessité de bâtir un dispositif spécifique autour de l'annonce de la maladie. En 2003, le Plan Cancer entérine cette nécessité par la mesure 40⁷.

1.1.1 - Le plan cancer^{7,8}

Le 24 mars 2003, le Président de la République Jacques Chirac présente les 70 mesures (dont la mesure 40) du premier Plan Cancer. « Le cancer, c'est un véritable drame national, qui exige un effort considérable, un effort de recherche, un effort de prévention et de dépistage, un effort de traitement, y compris de soutien psychologique de la maladie »⁷. L'ensemble des dimensions de la problématique du cancer est pris en compte, d'emblée, par le plan de mobilisation nationale. Il propose un programme d'action sur 5 ans, comportant six chapitres opérationnels et prioritaires (prévenir, dépister, soigner, accompagner, enseigner, comprendre et découvrir) pour un but unique : vaincre la maladie et se battre pour la vie⁸. Un pilotage interministériel est prévu, avec la création d'une agence scientifique : l'Institut National du Cancer (INCa) le 9 août 2004, placée sous la tutelle des ministères de la Santé et de la Recherche, ayant pour mission de coordonner les actions de lutte contre le Cancer. Cet institut fédère l'ensemble des acteurs de la lutte contre le cancer en France autour d'une double ambition : contribuer à diminuer la mortalité par cancer en France et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer⁹.

1.1.2 - La mesure 40

«Permettre aux patients de bénéficier de meilleures conditions d'annonce du diagnostic de leur maladie. Définir les conditions de l'annonce du diagnostic au patient, incluant le recours possible à un soutien psychologique et à des informations complémentaires. Rémunérer la consultation d'annonce par un forfait versé aux établissements de santé, permettant de financer le dispositif de soutien au patient et le temps du médecin ».

Voici donc l'énoncé de la mesure 40 visant à améliorer l'accès à l'information des patients (mesures 39 à 41 du plan Cancer)^{7,8}.

Cette mesure a été soumise durant un an à une expérimentation nationale portée par 58 établissements de santé. Le cadre de la généralisation a été établi en fonction de ces résultats de terrain¹⁰. La généralisation de cette mesure repose sur les deux grands principes suivants :

- Tout patient atteint de cancer doit pouvoir bénéficier, au début de sa maladie et/ou en cas de récurrence, d'un dispositif d'annonce organisé, qui doit être mis en place dans tous les établissements traitant des patients atteints de cancer.
- La coordination interprofessionnelle, la communication relationnelle avec les patients et leurs proches ainsi que la souplesse dans la mise en œuvre

seront pour beaucoup dans la réussite de ce dispositif et dans l'amélioration du vécu des malades.

1.1.3 - Structuration du dispositif d'annonce

Le Dr Christine BARA, membre de la mission interministérielle pour la lutte contre le cancer et chef de projet cancer à la DHOS, transmet, le 17 Novembre 2003, aux réseaux de cancérologie ainsi qu'aux établissements de santé publics et privés, un document sous la forme « d'appel à projet » au sujet de l'expérimentation du dispositif autour de l'annonce du cancer^{11,12}. Cet appel à projet prépare sa future généralisation en 2005 tout en s'appuyant sur des bases concrètes et évaluées sous forme de cahier des charges retraçant les grandes lignes des objectifs à atteindre. Il concerne la mise en œuvre de l'expérimentation du dispositif d'annonce autour du cancer prévue en 2004 par le plan cancer¹³. Ce dispositif d'annonce se construit autour de quatre temps :

1. Un temps médical

2. Un temps d'accompagnement soignant

3. L'accès à une équipe impliquée dans les soins de support

4. Un temps d'articulation avec la médecine de ville

1.1.3.1 - Le temps médical¹⁴

1.1.3.1.1 - L'annonce du cancer

L'annonce d'un cancer implique une consultation longue et spécifique, dédiée à l'annonce du diagnostic confirmé, qu'il soit initial ou lors d'une rechute. La consultation d'annonce est réalisée par un médecin acteur du traitement (oncologue, hématologue, onco-pédiatre, chirurgien, spécialiste d'organe) exerçant en établissement de soins. Les médecins généralistes, radiologues ou spécialistes d'organe, exerçant en ville, sont aussi, amenés à annoncer un

diagnostic de cancer. Les objectifs du dispositif d'annonce mettent en évidence le temps hospitalier de l'annonce. Leur rôle se trouve davantage dans l'orientation.

Les consultations se déroulent dans une ambiance calme et, de préférence, sans interruption extérieure. Ecouter et créer une relation de confiance avec le patient, sont essentiels. En effet, c'est en instaurant un fort sentiment de confiance que les informations seront entendues et comprises par le patient. Cet échange, permet, par une meilleure compréhension, une meilleure implication dans le déroulement de son traitement^{14,2}.

La durée de ces consultations médicales varie en fonction de chaque patient et de leurs attentes. La présence d'un ou de plusieurs accompagnants est la plupart du temps suggérée. Seul le patient est décisionnaire.

Les buts de cette consultation sont :

- D'informer le patient sur sa maladie.
- De l'informer sur les alternatives thérapeutiques, de permettre un dialogue autour de cette information, tout en respectant le poids de celle-ci et les émotions qu'elle peut susciter.
- D'identifier les conditions psychologiques et sociales qui constituent le quotidien du patient.
- De l'informer que son dossier sera discuté en RCP et de fixer un rendez-vous rapide pour l'informer du projet thérapeutique qui lui sera proposé.

1.1.3.1.2 - L'annonce de la stratégie thérapeutique

L'annonce de la stratégie thérapeutique se déroule très souvent dans un deuxième temps, et dans tous les cas après la réunion de concertation pluridisciplinaire¹⁵.

Elle doit permettre :

- D'informer le patient sur les propositions thérapeutiques, les risques et effets secondaires possibles.
- De permettre au patient de prendre les décisions concernant sa santé et s'il le désire obtenir un deuxième avis.
- De proposer un relais avec d'autres soignants.
- D'informer le médecin traitant.

Tout ceci sera formalisé dans le programme personnalisé de soins (PPS). Celui-ci pourra être remis au patient sous plusieurs formes possibles (texte, calendrier, agenda...). Le PPS permet la personnalisation du parcours de soins. Il doit permettre également de repérer plus précocement les difficultés et de mettre en œuvre l'accompagnement social du malade¹⁶.

1.1.3.2 - Un temps d'accompagnement soignant¹⁴

La suite essentielle du temps médical est la consultation para-médicale. Elle est, le plus souvent, effectuée par un infirmier. Il peut aussi s'agir d'un manipulateur d'électro-radiologie participant au traitement de radiothérapie. Le personnel paramédical intervient après la consultation d'annonce du diagnostic et/ou après la proposition de stratégie thérapeutique¹⁷.

Les conditions de consultation sont semblables à celles de l'annonce du cancer, elles se déroulent au calme et, dans la mesure du possible, sans interruption extérieure, la durée varie en fonction de chaque patient et des accompagnants peuvent aussi être présents.

Ce temps donne la possibilité au malade et/ou à ses proches de rencontrer, selon leurs choix, des soignants disponibles qui écoutent, reformulent, informent et peuvent¹⁴:

■ orienter la personne malade vers d'autres professionnels tels que :

-le service social : le bilan social initial, souvent sous-estimé à ce stade, est important pour aider et améliorer la qualité de vie du patient pendant les soins.

-le psychologue et/ou le psychiatre

■ informer sur les services rendus par les associations et les espaces de dialogue et d'information tels les Espaces Rencontres Information ou

autres...(Les associations de malades et les comités de patients peuvent mettre à disposition des équipes engagées dans le dispositif d'annonce des documents d'information facilitant une meilleure approche de la maladie et/ou de ses conséquences sociales.)

1.1.3.3 - L'accès à une équipe impliquée dans les soins de support

Cela permet au patient d'être soutenu et guidé dans ses démarches, en particulier sociales, en collaboration avec les équipes soignantes. La personne malade pourra ainsi rencontrer, en fonction de sa situation et si elle le souhaite, des professionnels spécialisés (assistant social, psychologue, kinésithérapeute...).

Ce dispositif doit s'appuyer sur un travail en réseau entre les professionnels concernés. Les temps médicaux peuvent être menés par deux médecins différents (par exemple l'hépatogastro-entérologue ou le chirurgien ou l'oncologue médical ou radiothérapeute), et les soignants peuvent appartenir à des services, voire des établissements différents.

1.1.3.4 - Un temps d'articulation avec la médecine de ville

La médecine de ville réunit tous les médecins qui participent au dépistage des cancers à savoir les médecins généralistes, les radiologues et les médecins spécialistes d'organes.

1.1.3.4.1 – La pré-annonce: annonce du dépistage positif¹⁴

Le rôle des médecins de ville est donc l'annonce d'un dépistage positif différent de l'annonce du cancer codifiée dans le dispositif d'annonce. On pourrait donc appeler ce moment la pré-annonce. Le médecin de ville doit justement savoir orienter le plus rapidement possible le patient vers le dispositif de soin permettre la confirmation diagnostique et une prise en charge précoce incluant le dispositif d'annonce.

Cette pré-annonce reste néanmoins un moment très important puisque c'est la

première évocation de son cancer.

Le médecin de ville est également un des partenaires du dispositif d'annonce, puisqu'il prépare à l'annonce par le spécialiste, puis il commente et explique tout ce qui est resté en suspens au cours de la consultation d'annonce¹⁸.

1.1.3.4.2 - Rôle du médecin généraliste en oncologie

❖ Commission d'orientation sur le Cancer 2002

D'après le rapport de la commission d'orientation sur le cancer publié en 2002, les médecins généralistes sont très présents dans la prise en charge du cancer, en particulier dans la phase du dépistage, de diagnostic précoce et des phases curatives et palliatives¹⁹.

❖ Objectifs fixés aux médecins généralistes par le Plan Cancer II

Peu impliqué dans le plan Cancer I, le plan Cancer II attribue un rôle de référent de proximité et de pivot central du parcours de soins²⁰. Deux mesures concernent précisément l'implication du médecin traitant dans la prise en charge des cancers²¹:

- ✓ Mesure 16 (Axe Prévention – Dépistage) : Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire,
- ✓ Mesure 18 (Axe Soins) : Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant.

En définitive, le médecin généraliste intervient aussi bien dans l'urgence que dans la durée²². Trois grands domaines résument le rôle du médecin généraliste en cancérologie :

1. La prévention et le dépistage, intervenant en amont du diagnostic
2. le diagnostic de cancer est souvent initié par le médecin généraliste lors d'un dépistage positif ou résultat d'une série d'examens complémentaires et constitue la pré-annonce
3. Le suivi des patients cancéreux, qui survient une fois le diagnostic posé.

1.1.3.4.3 - Interaction avec l'hôpital autour de l'annonce²³

Le médecin généraliste est informé et ce dès la consultation d'annonce par le médecin responsable du traitement. Il est informé sur le diagnostic, le projet thérapeutique, les modifications thérapeutiques, l'inclusion éventuelle dans un essai clinique, les effets secondaires prévisibles du traitement et leur gestion^{23,24}.

1.1.4 - Mise en place du dispositif d'annonce

1.1.4.1 - Première phase: experimentation

La phase pilote d'expérimentation a lieu durant environ 1 an entre juin 2004 et mai 2005 dans 15 régions et 58 établissements retenus suite à l'appel à projet³.

Les résultats se sont avérés positifs très rapidement avec:

- ❖ Une diminution de l'angoisse pour le patient
- ❖ Une motivation pour l'équipe soignante
- ❖ Une reconnaissance accrue pour les soignants

1.1.4.2 - Deuxième phase : la généralisation

La phase d'expérimentation aboutit à la création de deux documents sur lesquels s'appuiera la phase de généralisation à partir de 2005 jusqu'à aujourd'hui :

«Mettre en place le dispositif d'annonce expériences et conseils» prenant en considération les remarques et difficultés rencontrées par les équipes expérimentatrices dans la mise en application du dispositif d'annonce¹³.

« Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé »¹⁴.

1.2 - Le service d'oncologie du centre hospitalier Robert Boulin à Libourne

1.2.1 - Le centre hospitalier Robert Boulin

Situé au cœur du Libournais, l'établissement couvre un large territoire allant de l'est du bordelais jusqu'aux limites de la Dordogne et des Charentes. Une place importante dans le paysage sanitaire qui se traduit par des chiffres d'activité annuels conséquents :

- ❖ 64 000 hospitalisations en Médecine, Chirurgie et Obstétrique
- ❖ Près de 150 000 venues en consultations et soins externes

Le CH de Libourne c'est aussi un plateau technique performant avec :

- ❖ 1 IRM
- ❖ 2 scanners
- ❖ 5 salles de radiologie
- ❖ 1 service de radiothérapie avec 2 accélérateurs de particules
- ❖ 1 laboratoire d'anatomo-pathologie

1.2.2 – Le service d'oncologie

Le service compte 18 lits dans le service d'hospitalisation traditionnelle et 12 places en ambulatoire au sein de l'hôpital de jour.

Cinq médecins y travaillent à plein temps actuellement.

Le nombre de patients vus en consultation par le service d'oncologie en 2014 a été de 1876 avec un âge moyen de 67,4 ans. On dénombre parmi ces patients 903 femmes et 973 hommes soit 48,1% de femmes pour 51,9% d'hommes.

Conformément au Plan Cancer, le Centre Hospitalier de Libourne comporte un Centre de Coordination en Cancérologie (3C) membre du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine (RCA). Son rôle est de s'assurer de la continuité et de la qualité des soins en cancérologie avec notamment :

- ❖ Organisation des réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP)
- ❖ Organisation du dispositif d'annonce

1.3 – Evaluation du DA

1.3.1 – Etude de la Ligue contre le Cancer (LCC)²⁵

La Ligue a lancé cette évaluation en collaboration avec l'Institut National du Cancer.

Cette étude réalisée par la société CRP Consulting a évalué entre 2010 et 2011 le niveau de maîtrise du dispositif d'annonce par les équipes soignantes et le vécu du patient.

Les établissements qui ont pris part à cette évaluation étaient tous volontaires et organisés face à ce dispositif d'annonce.

Trois enquêtes ont été menées pendant l'étude:

- ✓ une enquête patients composée de 1500 questionnaires et 3 focus group
- ✓ une enquête services réalisée auprès de 30 services de soins (27 services d'oncologie adultes et 3 services d'onco-pédiatrie) sélectionnés suite à un appel à candidature afin de garantir une représentativité des modes de

prise en charge d'une part, des statuts d'établissements d'autre part, ainsi qu'une répartition géographique nationale

- ✓ une enquête médecins traitants.

1.3.2 – Etude EVADA²⁶

L'étude EVADA est une étude d'**EVAL**uation du **Dispositif d'An**nonce au sein de 29 établissements de santé d'Aquitaine à partir de 2010. Elle a été réalisée par les établissements de santé volontaires, autorisés en cancérologie.

La méthode se déclinait en trois étapes à réaliser concomitamment par chaque établissement volontaire :

- ✓ Audit sur dossier-patient: évaluation des pratiques des professionnels de santé autour du dispositif d'annonce à partir des dossiers-patients.

- ✓ Audit organisationnel : évaluation de l'organisation du dispositif d'annonce au sein de l'établissement ou d'un service lors d'une réunion pluridisciplinaire.
- ✓ - Enquête « expérience patient » : évaluation de l'expérience vécue par des patients sur le déroulement du dispositif d'annonce de façon globale, quels que soient les établissements où les patients ont été pris en charge, sous forme d'un auto-questionnaire.

Au niveau régional, l'étude était coordonnée par le RCA et par le CCECQA. Un groupe régional de travail sur l'évaluation des pratiques a participé activement à l'élaboration de l'étude et a validé le protocole proposé. Ce groupe était composé de 61 personnes représentant les 10 centres de coordination en cancérologie (3C) et les catégories professionnelles suivantes : qualitiens, infirmiers (IDE), psychologues, assistantes sociales, cadres de santé, médecins (oncologue radiothérapeute, gastro-entérologue), coordonnateurs 3C, secrétaires 3C, représentant des usagers et adjoint de direction.

La sélection des patients a été faite soit à partir de la base de données PMSI pour les établissements de santé, soit à partir des plannings des consultations pour les centres de radiothérapie.

Les résultats sont visibles sur l'annexe 2.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 - Caractéristiques de l'étude

L'étude réalisée est une enquête observationnelle descriptive, rétrospective, par questionnaire auprès de 79 patients suivis en consultation dans le service de cancérologie du centre hospitalier Robert Boulin à Libourne.

2.2 - Population interrogée

Le questionnaire a été proposé aux patients suivis en consultation dans le service de cancérologie de Libourne par le Dr Samir Abdiche et le Dr Anna Mihonidou. 79 d'entre eux ont accepté de répondre à celui-ci.

C'est un entretien dirigé par les deux cancérologues en face à face lors des consultations de suivi post-annonce.

Nous avons décidé d'exclure les patients dont l'annonce remonte à plus de six mois afin de limiter l'effort de mémoire ainsi que les rechutes. Nous avons également exclu les patients présentant des troubles des fonctions supérieures pour des raisons évidentes. Le service de cancérologie de Libourne ne suit pas de patients mineurs.

Cette enquête a été réalisée sous forme de questionnaire envoyé par mail aux deux cancérologues sur une période de 6 mois allant du 05/12/2014 au 04/05/2015.

2.3 - Objectifs de l'étude

L'objectif de ce travail est :

- d'analyser le processus de dispositif d'annonce mis en œuvre dans le service d'oncologie du centre hospitalier Robert Boulin de Libourne.
- d'analyser la première évocation du cancer, la pré-annonce.
- d'analyser l'expérience des patients quant à l'annonce de leur maladie.

Les réponses à toutes ces questions et l'analyse des résultats pourraient déboucher sur des propositions permettant d'améliorer les pratiques.

2.4 - Elaboration et envoi des questionnaires

Le questionnaire a été élaboré entre Septembre et Octobre 2014, avec l'aide du réseau de cancérologie d'Aquitaine, en fonction des objectifs précédemment cités. Il est composé de 19 questions organisées en 6 parties :

- ❖ Caractéristiques du patient
- ❖ Temps de la pré-annonce
- ❖ Temps médical du dispositif d'annonce
- ❖ Temps d'accompagnement soignant (TAS) du dispositif d'annonce
- ❖ Relation avec le médecin traitant
- ❖ Evaluation générale

Le questionnaire a été envoyé par mail aux cancérologues du centre hospitalier de Libourne.

Le questionnaire (Annexe 2) réalisée avec le logiciel Gmail est consultable tel qu'il apparaît sur le mail.

Au total 79 patients ont répondu au questionnaire pendant les consultations de suivi de leur pathologie.

2.5 - Modalités de recueil des données et traitement des résultats

Les réponses aux questionnaires envoyés par mail ont été automatiquement intégrées dans le logiciel Gmail, sous forme de tableau, puis reportées dans un fichier Microsoft Excel. L'analyse statistique a consisté en une description des variables réalisées à l'aide du logiciel Excel.

3 - RESULTATS

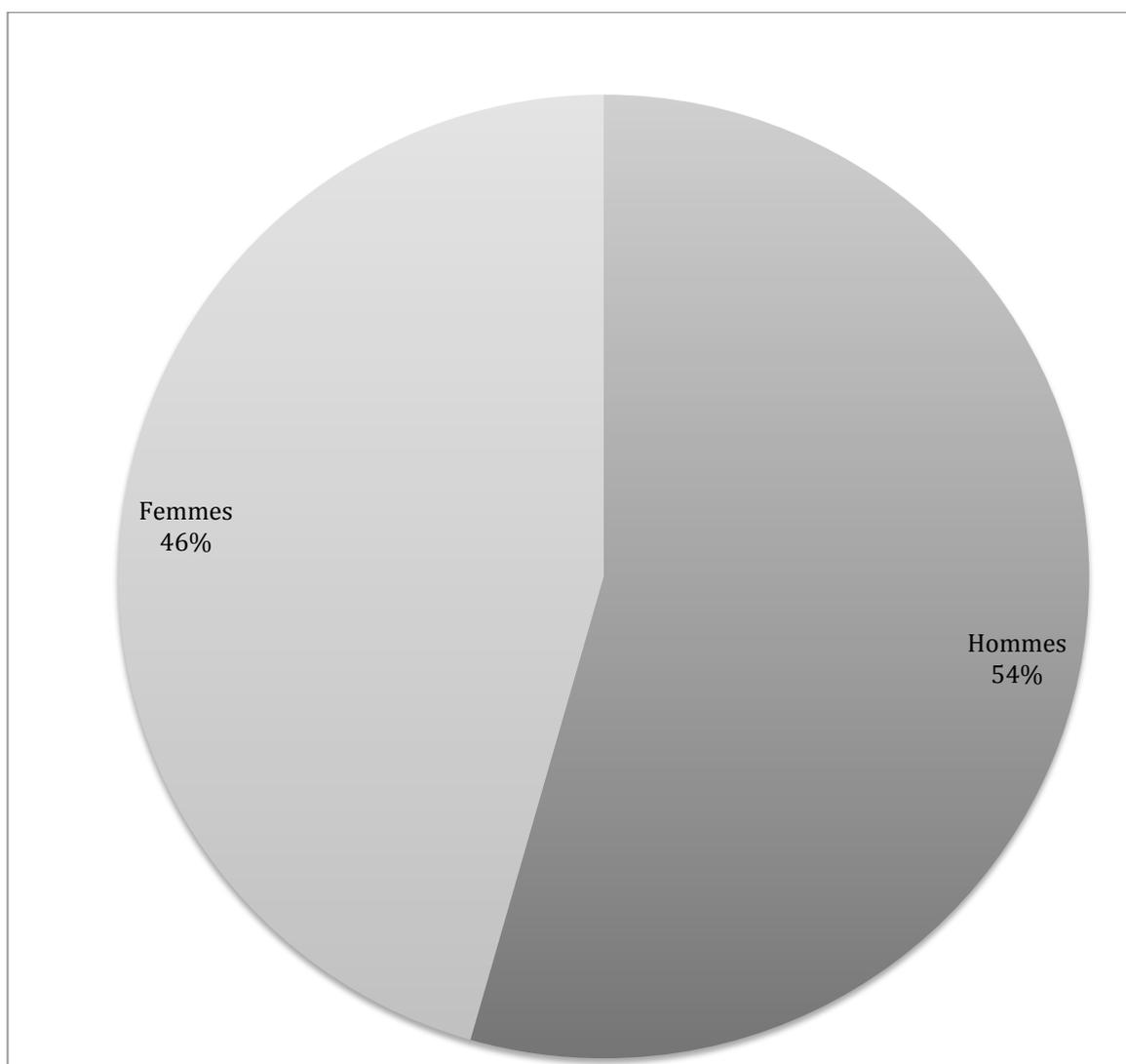
3.1 - Nombre de réponses

A l'issue de cette enquête, nous avons recueilli 79 réponses sur une période de 6 mois allant du 05/12/2014 au 04/05/2015.

3.2 - Caractéristiques de la population étudiée

3.2.1 - Sexe

Parmi les 79 patients interrogés, nous avons recensé une très légère majorité d'hommes (43).

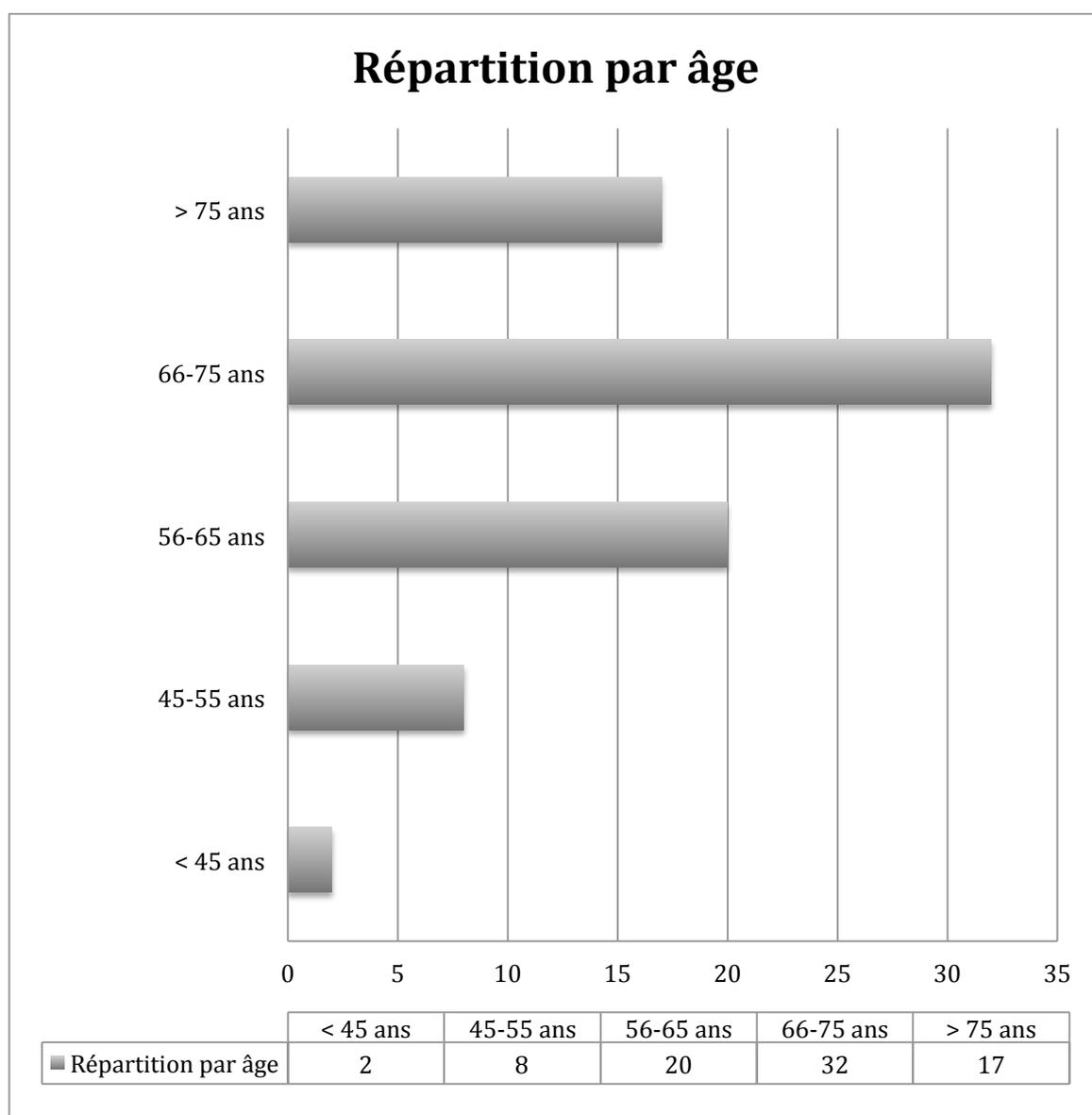


3.2.2 - Age

Age minimum : 33 ans

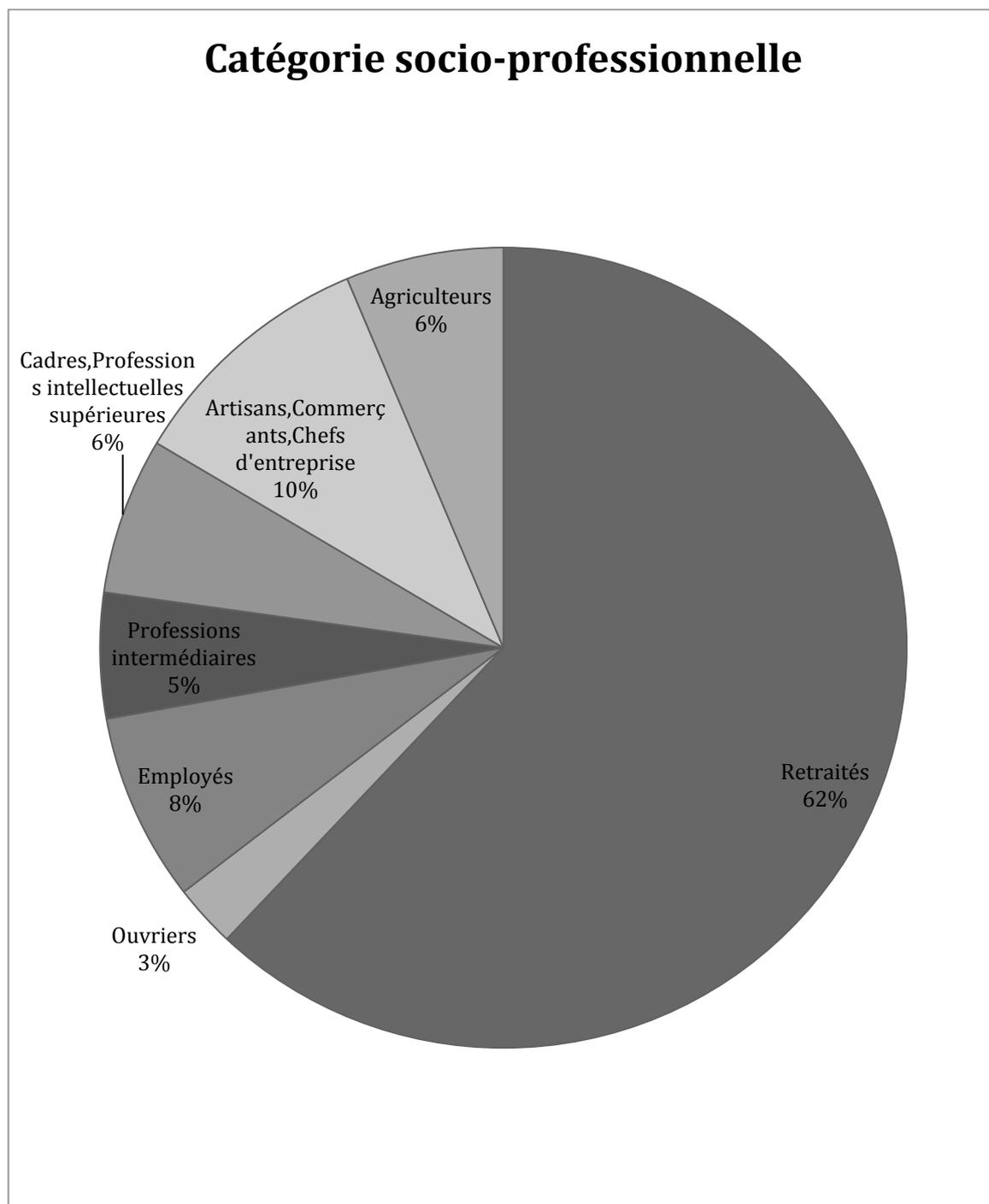
Age maximum : 89 ans

Moyenne d'âge : 66,58 ans



3.2.3 - Catégorie socio-professionnelle

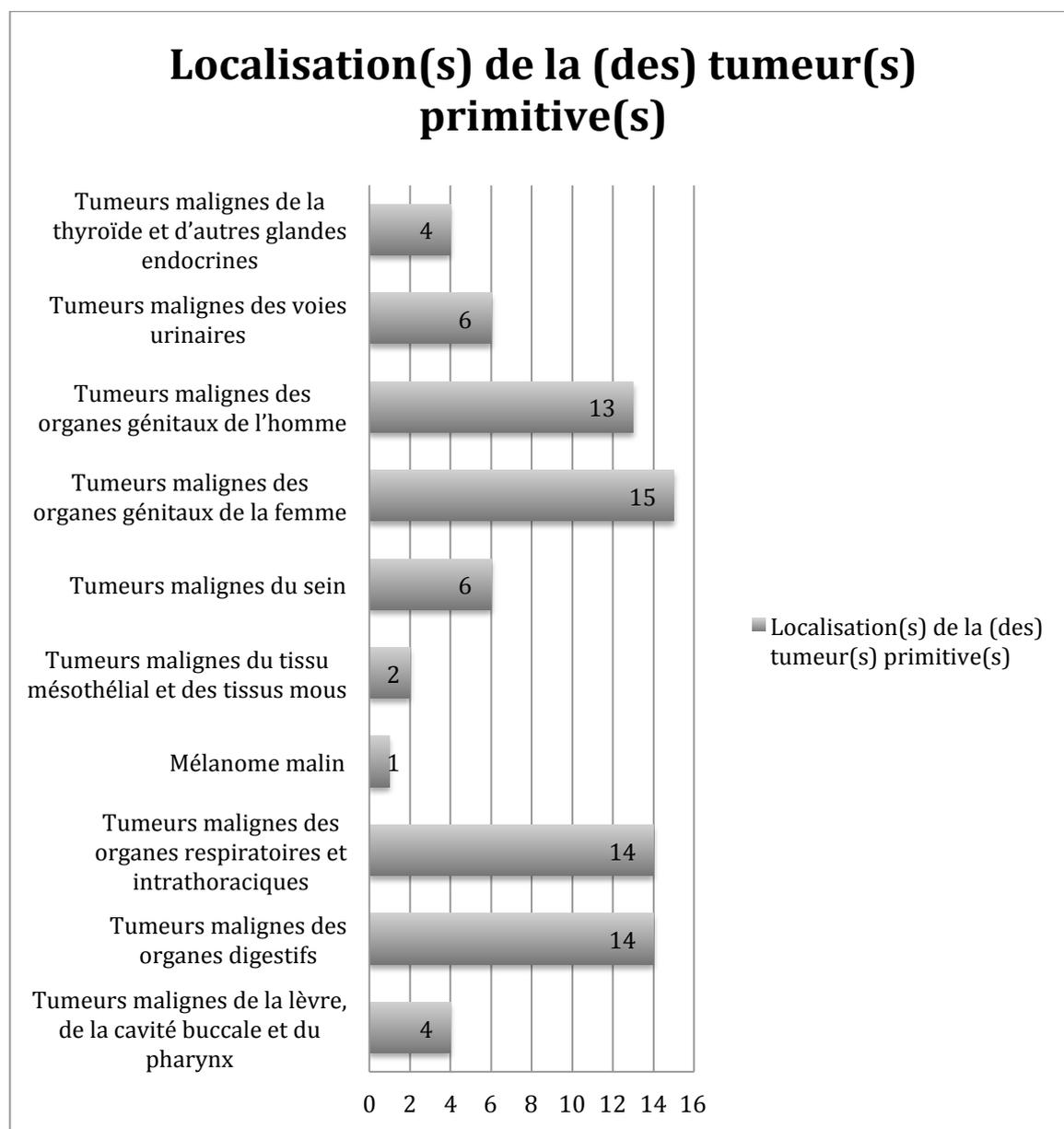
Les retraités représentent quasiment 2/3 des patients avec 49 patients.

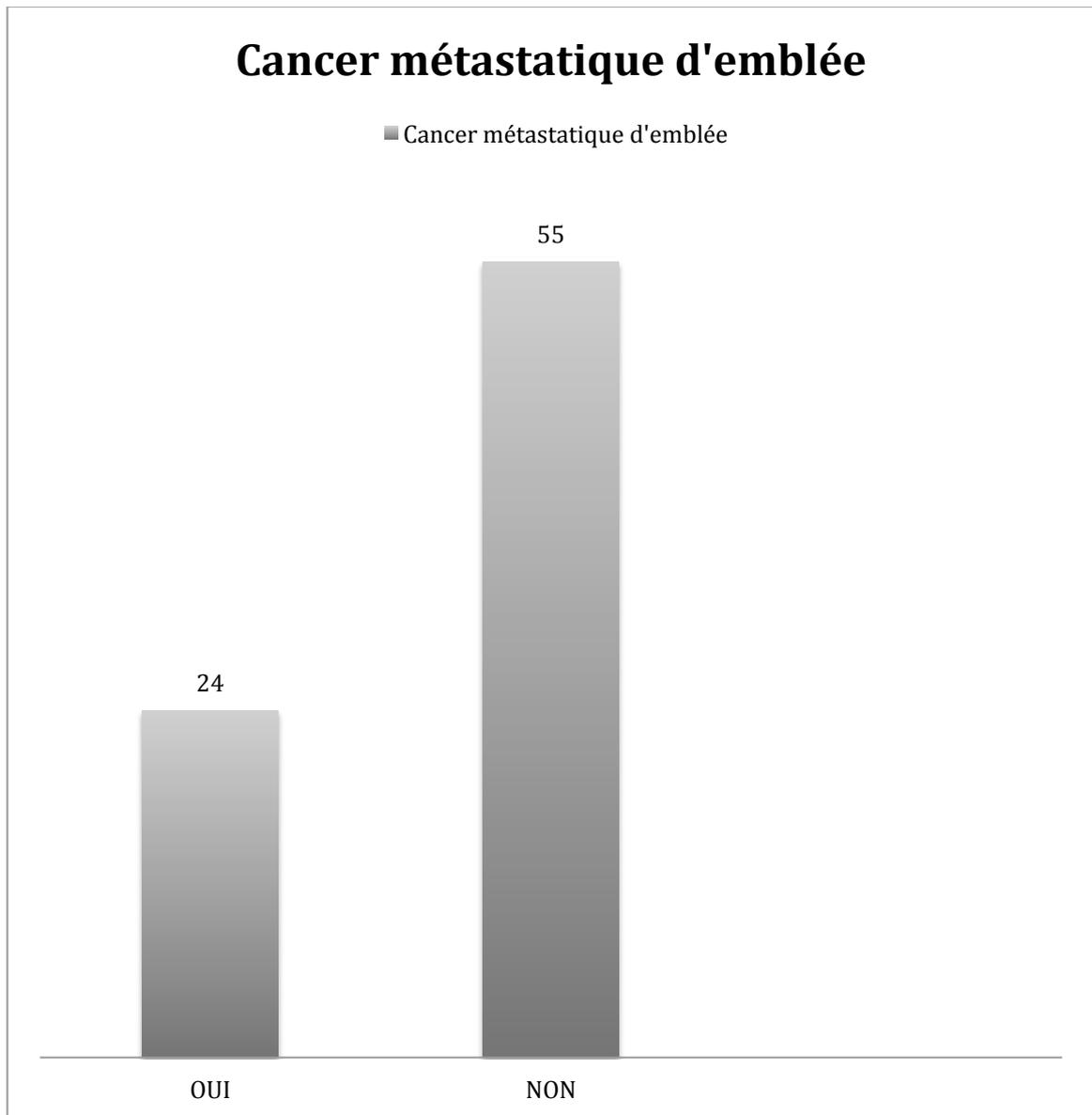


3.2.4 – Localisation(s) de la(des) tumeur(s)

primitive(s)

On retrouve 10 types de cancers différents dans notre échantillon, pour une grande majorité (plus de 69%) non métastatiques d'emblée.

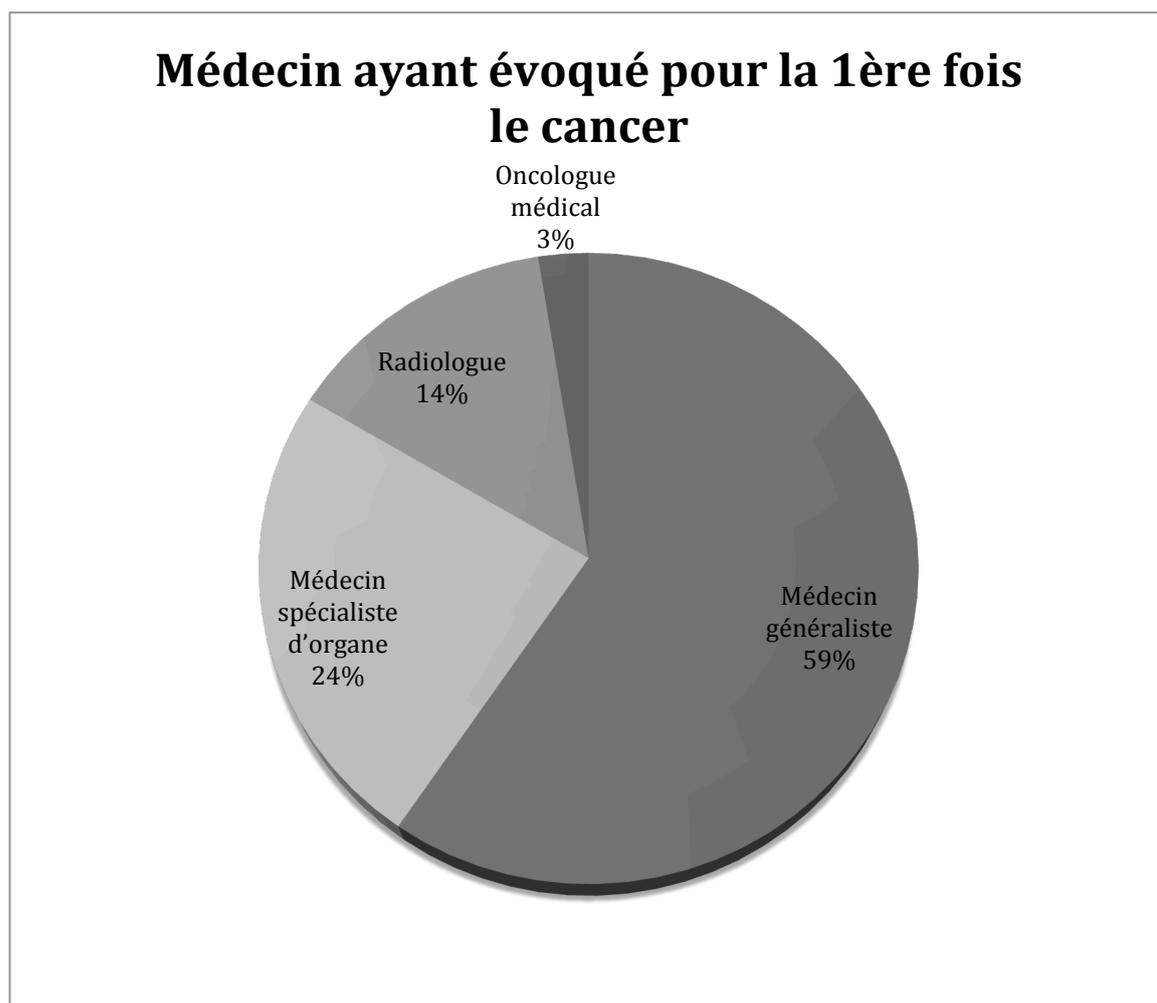




3.3 - Temps de la pré-annonce

3.3.1 - Médecin ayant évoqué pour la 1^{ère} fois le cancer

Le médecin généraliste est pour la majorité le médecin à avoir effectué la pré-annonce.



3.3.2 - Lieu de la pré-annonce

Cette 1^{ère} évocation a eu lieu pour la majorité dans un cabinet médical en ville (57%).

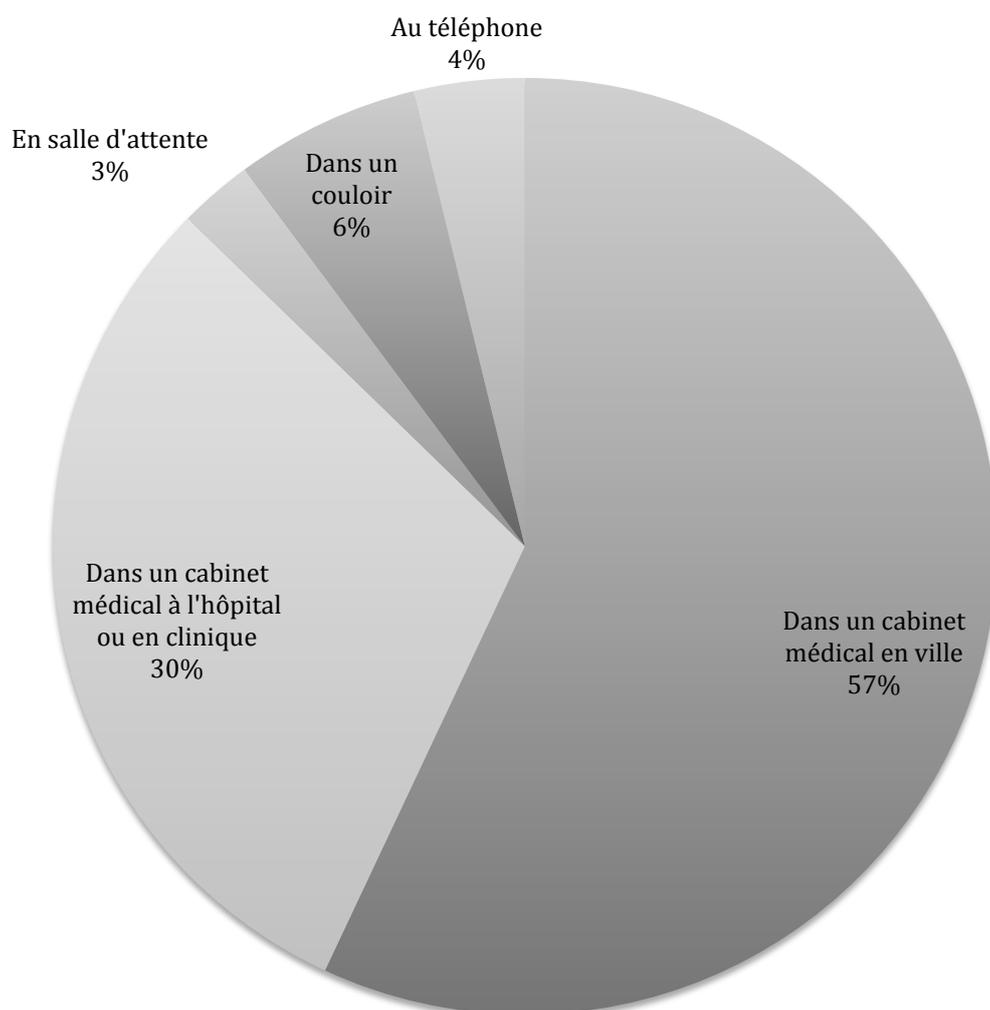
- Sur 47 médecins généralistes, 44 pré-annonces ont été effectuées dans un cabinet médical en ville et 3 au téléphone.

- Sur les 19 spécialistes d'organes, les 19 pré-annonces ont été effectuées dans un cabinet médical à l'hôpital ou en clinique.

- Sur les 11 radiologues, 5 pré-annonces ont été réalisées dans un couloir, 2 en salle d'attente et 4 dans un cabinet médical à l'hôpital ou en clinique.

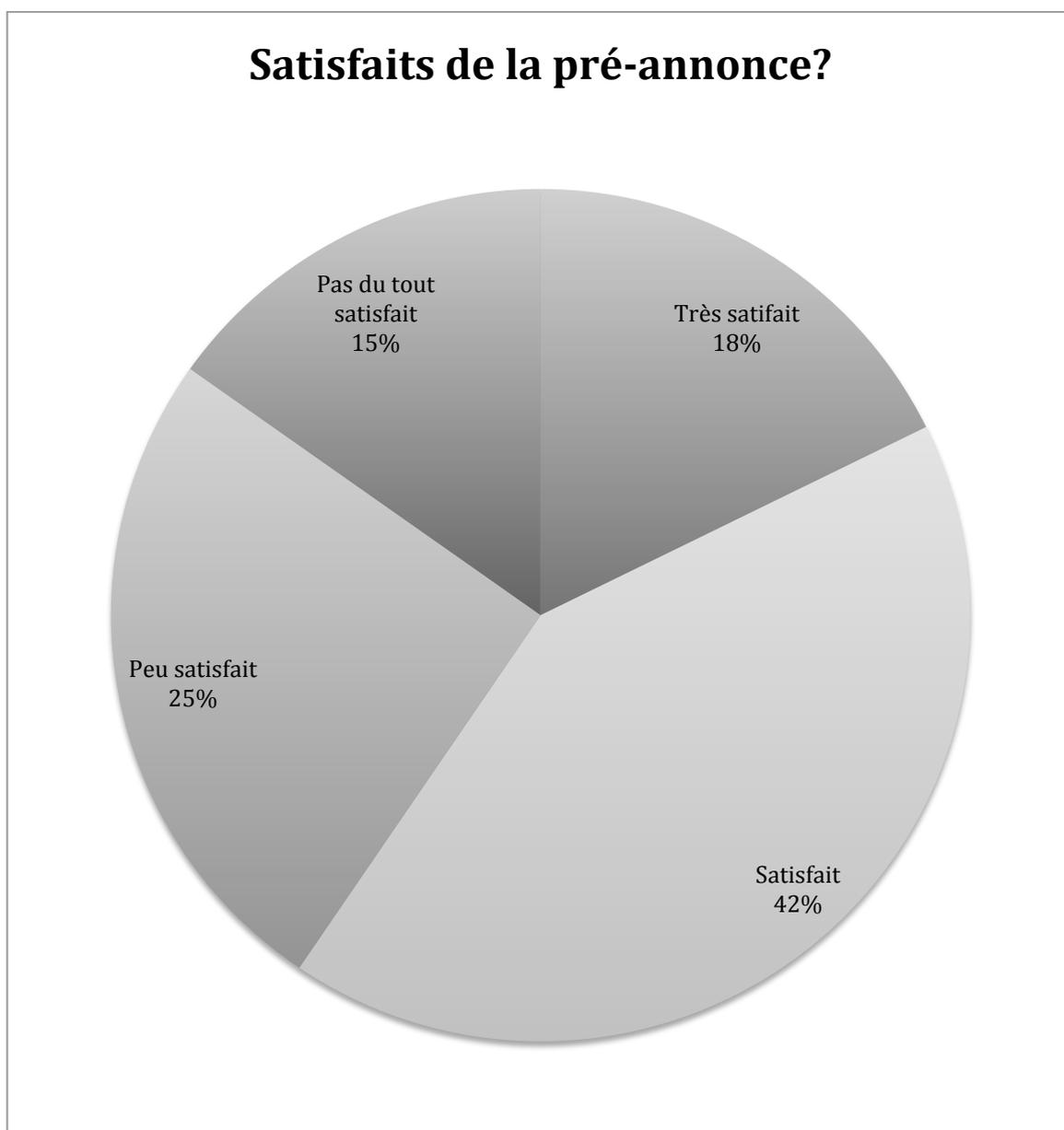
- Enfin, pour les 2 oncologues médicaux la pré-annonce correspond directement à l'annonce.

Dans quelles conditions?



3.3.3 – Taux de satisfaction

On note que 60% des patients sont satisfaits voire très satisfaits de la pré-annonce. A l'inverse 40% sont peu satisfaits voire pas du tout satisfaits.



- Parmi les 11 patients pas du tout satisfaits, nous retrouvons les 5 pré-annonces dans un couloir et les 2 dans une salle d'attente effectuées par un radiologue. S'y ajoutent 3 pré-annonces effectuées par le médecin généraliste (2 par téléphone et 1 en cabinet médical de ville) et 1 pré-annonce effectuée par un médecin spécialiste d'organe en cabinet à l'hôpital ou en clinique.

- Parmi les 20 patients peu satisfaits, nous retrouvons 14 pré-annonces effectuées par le médecin généraliste (13 en cabinet de ville et 1 au téléphone). S'y ajoutent 2 pré-annonces effectuées par le radiologue et 4 pré-annonces par le médecin spécialiste d'organes dans un cabinet en hôpital ou en clinique.

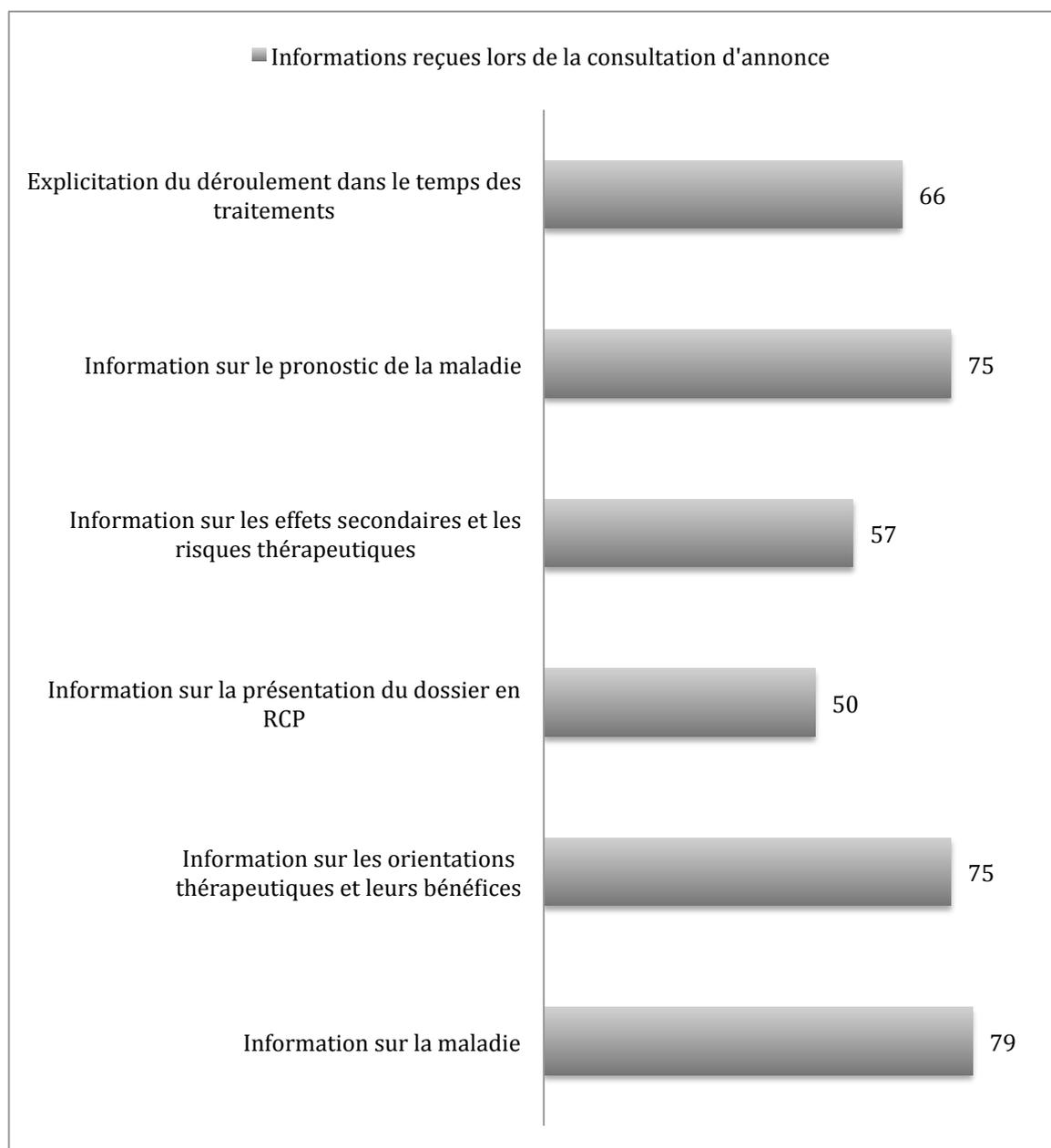
- Parmi les 33 patients satisfaits, on retrouve 22 pré-annonces effectuées par le médecin généraliste dans un cabinet de ville. S'y ajoutent 9 pré-annonces effectuées par le médecin spécialiste d'organes et 2 pré-annonces effectuées par le radiologue dans un cabinet à l'hôpital ou en ville.

- Parmi les 14 patients très satisfaits, on retrouve 9 pré-annonces effectuées par le médecin généraliste en cabinet médical de ville. S'y ajoutent 5 pré-annonces effectuées par un médecin spécialiste d'organes dans un cabinet médical à l'hôpital ou en ville.

3.4 - Temps médical du DA

Le temps écoulé entre la pré-annonce et la consultation d'annonce est de 7 jours en moyenne avec 3 jours pour le plus faible délai et 16 pour le plus long. En ne tenant pas compte des 2 patients pour qui leur cancer a été évoqué directement lors de la consultation d'annonce.

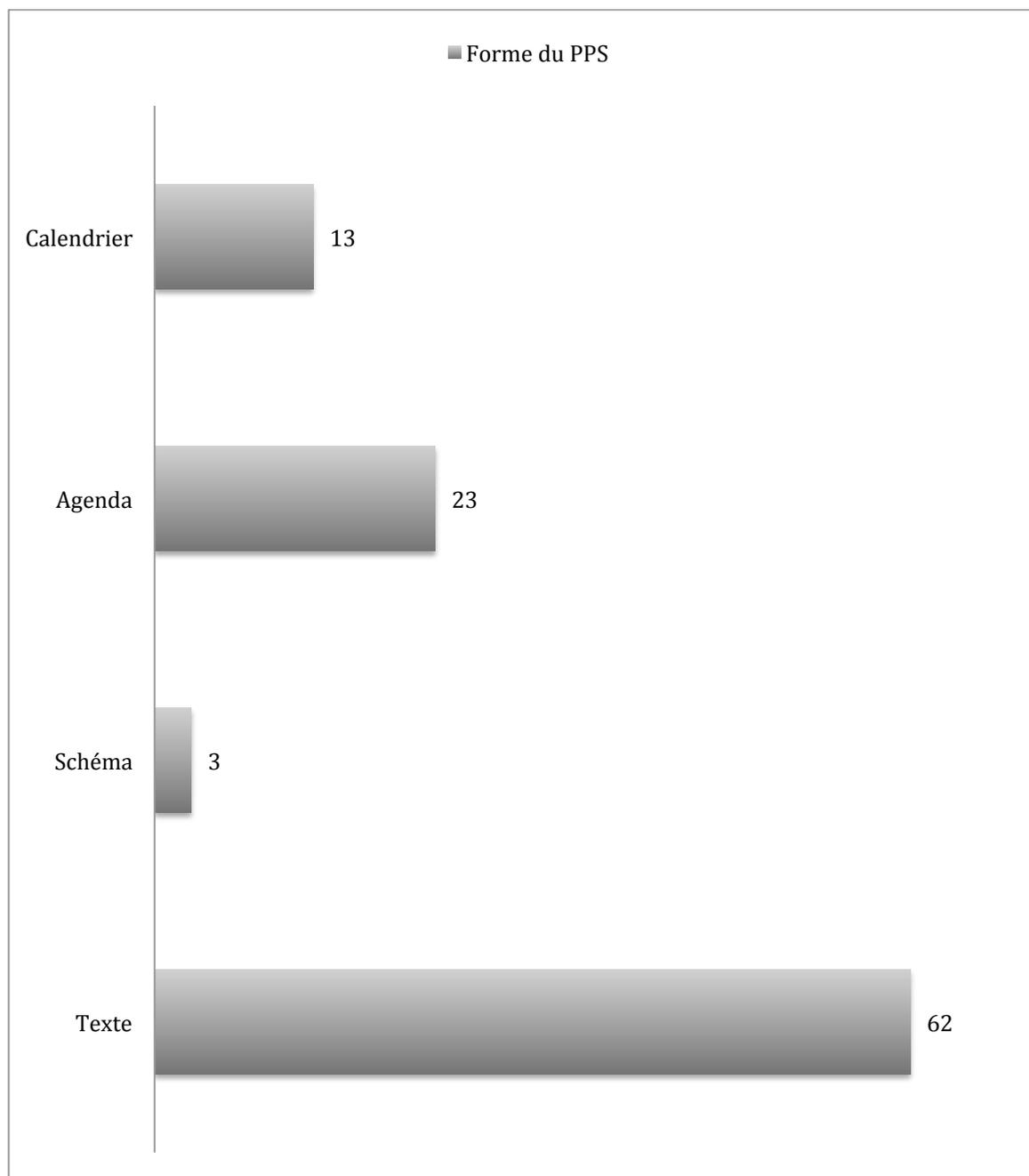
3.4.1 - Informations reçues lors de la consultation d'annonce

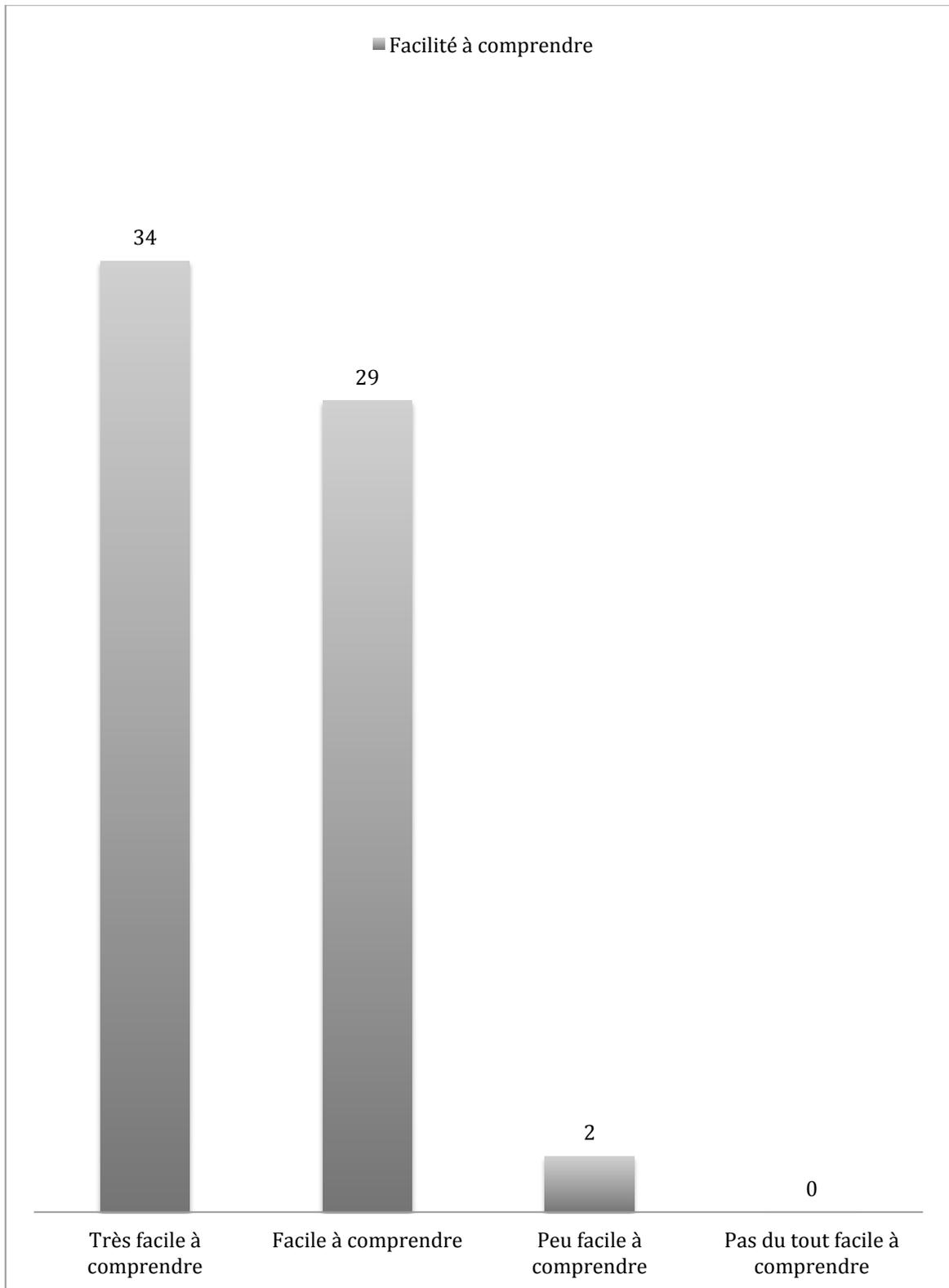


Les chiffres correspondent au nombre de patients ayant reçu l'information.

3.4.2 - PPS

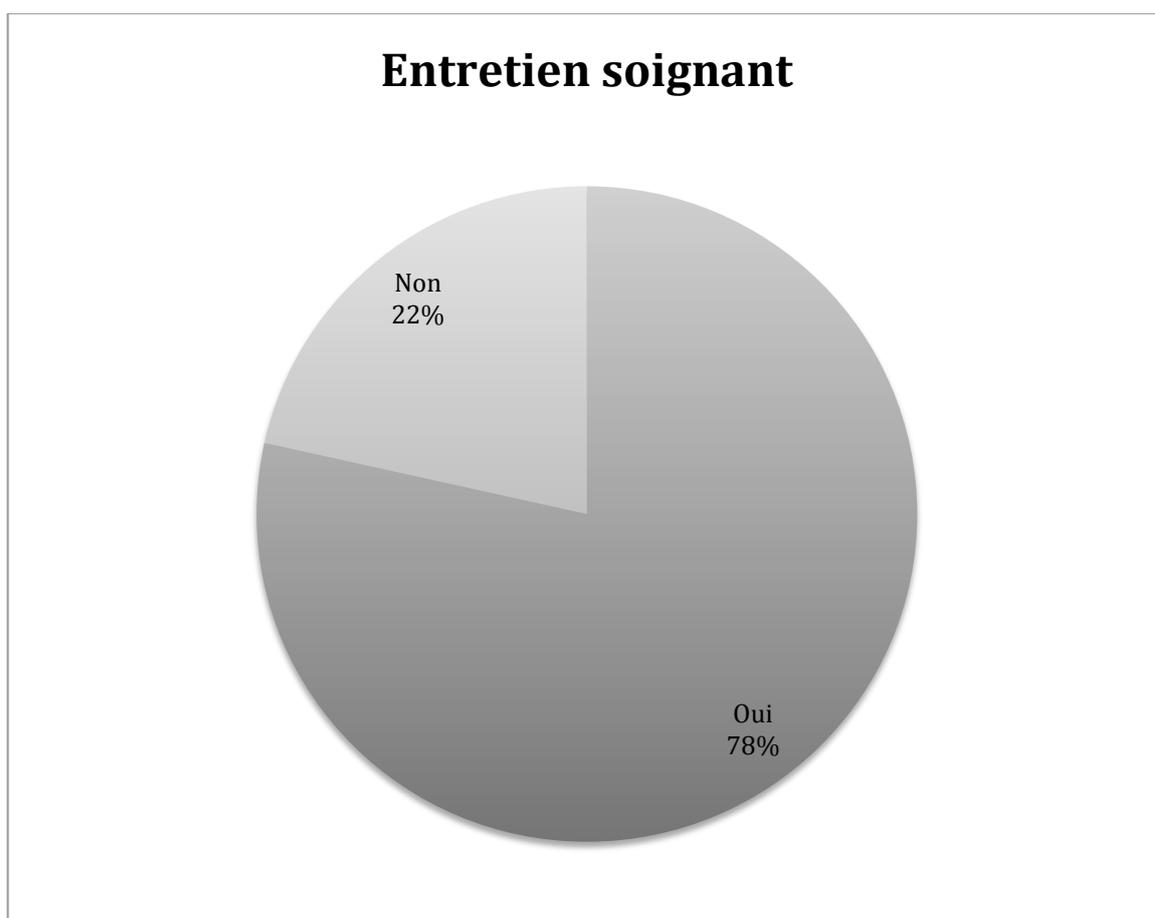
Le PPS a été remis à 82,3% des patients interrogés. (65 patients)





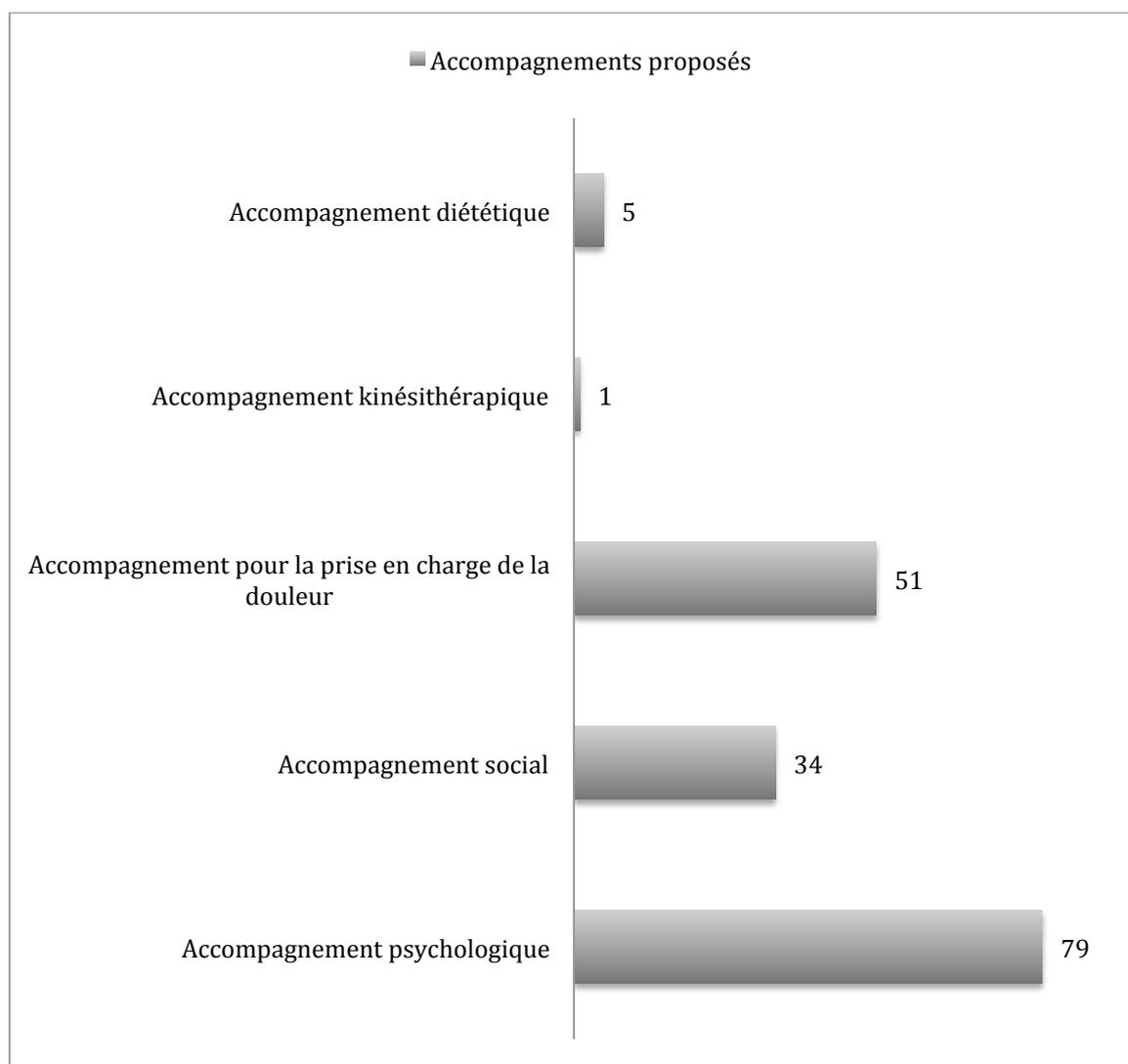
3.5 - Temps d'accompagnement soignant du DA

3.5.1 – Taux de patients ayant bénéficiés d'un entretien soignant

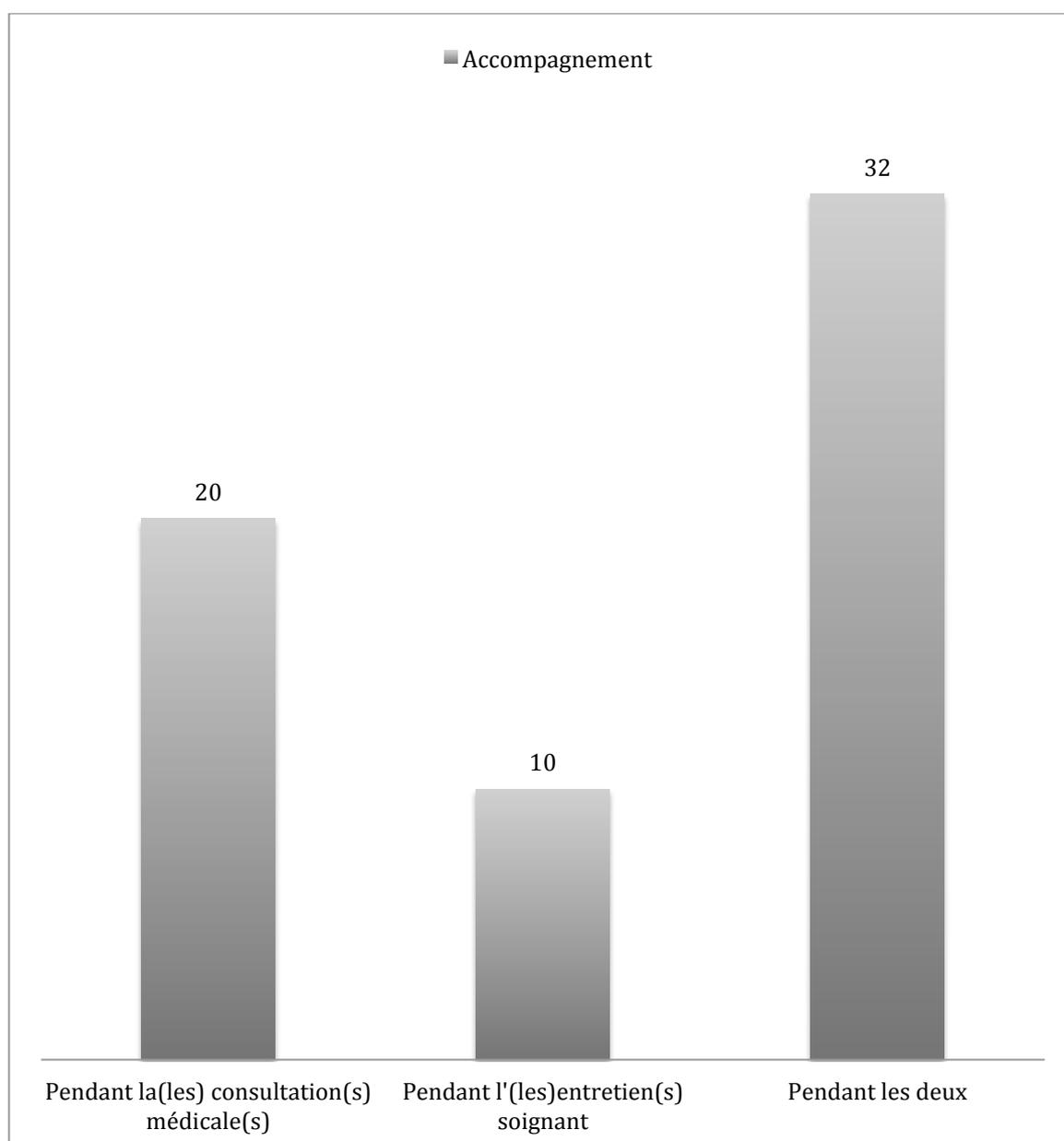


Parmi les 22% qui n'en ont pas bénéficié, 71% l'ont refusé et 29% déclarent qu'il n'a pas été possible de l'organiser.

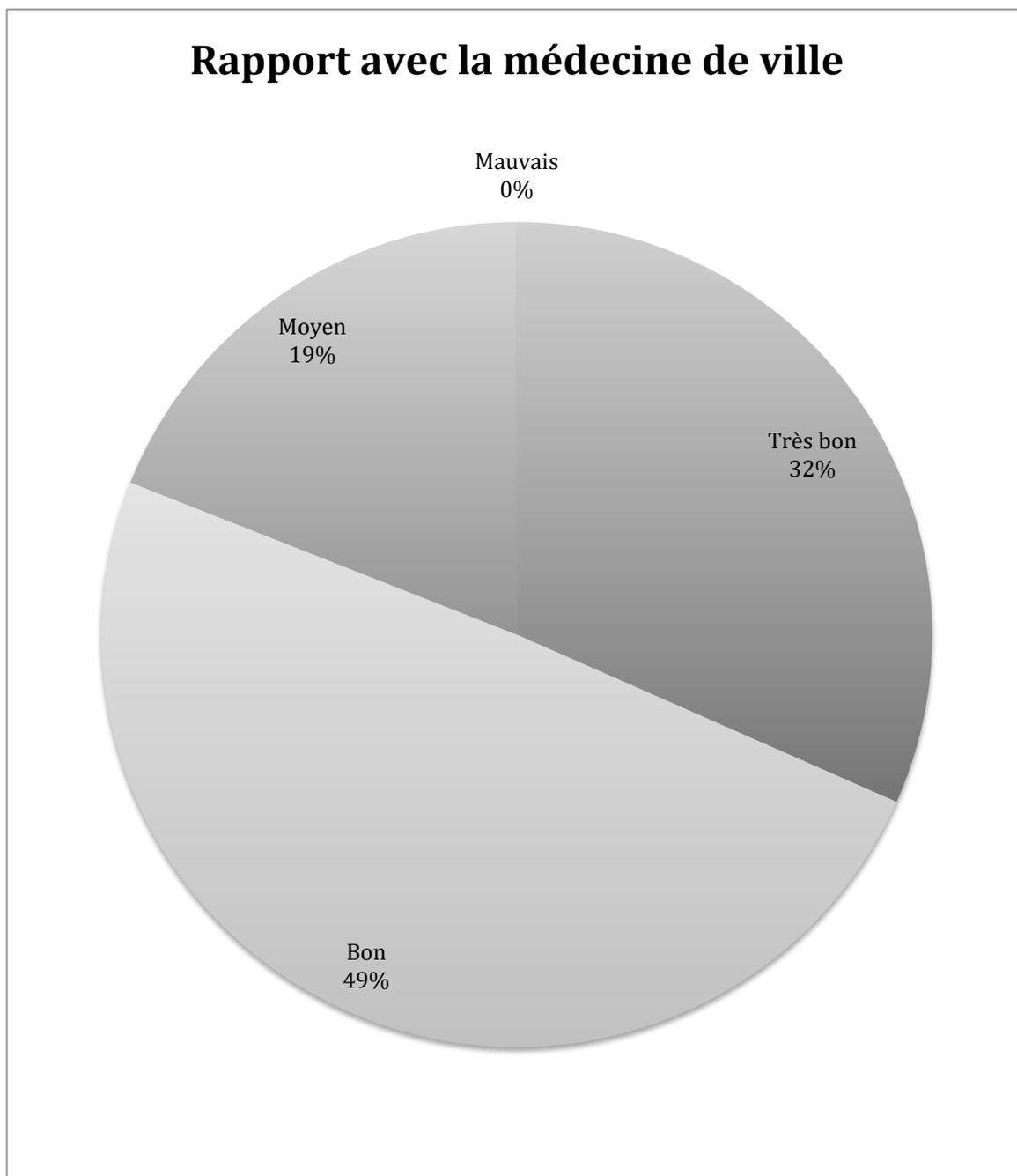
3.5.2 – Différents types d'accompagnements proposés



3.5.3 – Accompagnement par famille, proches, amis...

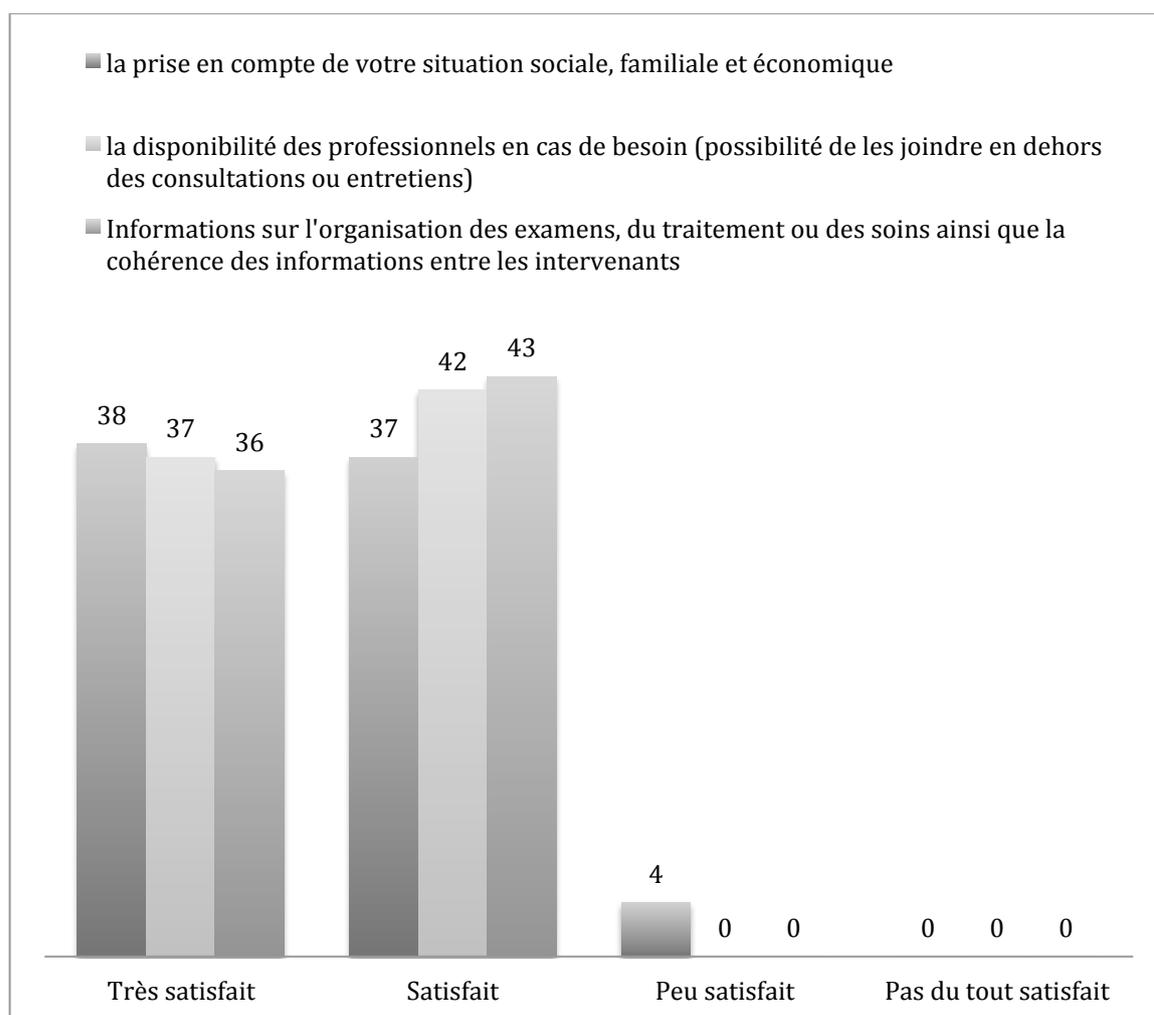


3.6 - Rapport avec le médecin généraliste

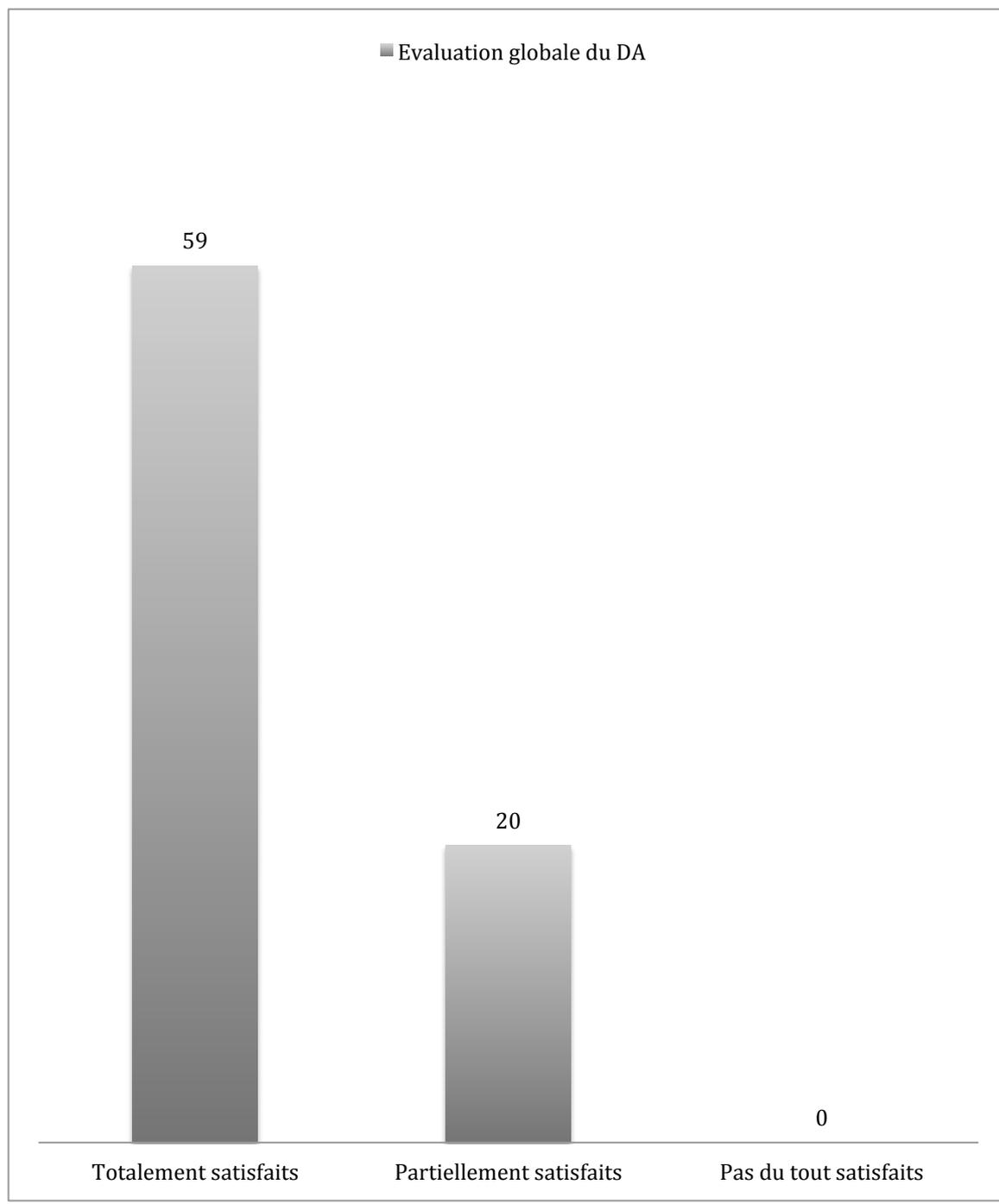


3.7 - De manière générale

3.7.1 – Disponibilité des professionnels, prise en compte de la situation du patient et informations sur la prise en charge



3.7.2 – Satisfaction globale concernant le DA



4 - DISCUSSION

4.1 - Discussion sur l'analyse globale

4.1.1 - Intérêt et implication

Le but de cette étude est d'évaluer l'annonce du cancer composée de la pré-annonce et le dispositif d'annonce ainsi que le ressenti des patients suivis dans le service de cancérologie de l'hôpital R.Boulin à Libourne.

En observant l'ensemble des résultats, nous constatons que:

Tout d'abord, **la mobilisation des patients** autour de ce sujet et de l'enquête a été satisfaisante. En effet, dans une étude rétrospective, le fait de se rappeler des événements peu heureux n'est pas aisé.

Aussi, nous avons principalement pu mettre en évidence :

1. Le dispositif d'annonce et ses quatre temps est bien intégré dans le service de cancérologie de l'hôpital R. Boulin, en effet le déploiement du DA est bien avancé en termes de formation des professionnels, de formalisation de l'organisation et de ressources dédiées. De manière générale, **les patients sont plutôt satisfaits de ce que ce dispositif a pu leur apporter en terme d'information, de soutien et de réconfort.** Nous avons également mis en évidence qu'il existe **un lien significatif entre le fait d'être partiellement satisfait par le dispositif d'annonce et le fait de juger la relation médecin/hôpital moyenne.**

2. Il en est tout autrement concernant la pré-annonce effectuée en majorité par le médecin généraliste qui n'est pour le moment que très peu structurée. A 40%, les patients sont peu ou pas du tout satisfaits de celle-ci.

4.1.2 - Limites et biais de l'enquête

4.1.2.1 - Faible puissance de notre échantillon

Notre avons recueilli 79 patients sur 6 mois dans notre enquête sur la base du volontariat. Le nombre de patients suivis en consultation dans le service de cancérologie de Libourne est d'environ 2000 patients dont 650 nouveaux cas par an.

Plusieurs éléments peuvent expliquer ce faible nombre:

- L'annonce de leur pathologie a pu être un moment très douloureux pour certains patients qui ne souhaitent pas se remémorer cette période.
- Dans notre enquête seulement 2 cancérologues proposent le questionnaire aux patients qui n'ont pas forcément été présents pendant les 6 mois pleins (vacances, congrès)
- La réalisation du questionnaire étant faite pendant une consultation de suivi post-annonce standard, on comprend dès lors qu'il n'est pas possible de le proposer à tous les patients sachant que celle-ci se retrouve allongée de 20 minutes en moyenne.

- Dans le but de limiter l'effort de mémoire et de retranscrire les réponses le plus fiables possibles, nous avons exclu dans notre enquête les patients dont l'annonce a été faite depuis plus de 12 mois.

4.1.2.2 - Biais de sélection

Le temps dédié aux consultations par les oncologues n'est pas infini et on comprend que le questionnaire n'ait pu être proposé à tous les patients vus en consultation.

4.1.2.3 - Biais de volontariat

Les patients ayant répondu au questionnaire peuvent être ceux qui ont eu une meilleure expérience ou moins traumatisante. Cela peut entraîner une surestimation de certaines réponses notamment concernant le ressenti du patient.

4.1.2.4 - Effet d'influence et effet d'attente

De part sa structure, la méthode de notre thèse favorise les effets d'influence du cancérologue et ne facilite pas le recueil de données sensibles surtout dans l'évaluation du dispositif d'annonce. En effet il est délicat pour le patient de déclarer au cancérologue qu'il ne lui a apporté aucun réconfort lors de son parcours de soin par exemple. L'effet d'attente est le principe selon lequel la personne répond ce qu'elle croit que l'on attend d'elle.

4.2 - Discussion sur les résultats

4.2.1 - Caractéristiques de la population étudiée

Quand on analyse **notre échantillon en terme de sexe et d'âge moyen**, on se rend compte qu'il est **comparable à la population vue en consultation en 2014** dans le service d'oncologie.

	Age moyen	Femmes	Hommes
Echantillon	66,58 ans	46 %	54 %
Patients vus en consultation en 2014	67,40 ans	48,10 %	51,90 %

On retrouve donc légèrement plus d'hommes que de femmes et la moyenne d'âge est proche pour les deux populations.

Malheureusement, le type de cancer et la catégorie socio-professionnelle de notre échantillon n'ont pu être comparés aux patients vus en consultation en 2014 car il n'y a pas de diagnostic codé informatiquement concernant ces deux données pour les consultations dans le service d'oncologie.

4.2.2 - Temps de la pré-annonce

On note que 60% des patients sont satisfaits voire très satisfaits de la pré-annonce, ce qui implique donc que **2/5^{ème} des patients l'ont trouvé inadaptée**.

C'est un taux important que nous allons analyser :

Tout d'abord, nous remarquons comme on peut s'y attendre que **toutes les pré-annonces réalisées dans un couloir, en salle d'attente ou au téléphone ont été reçues négativement par les patients**. Elles représentent le lieu d'annonce pour 13% des pré-annonces effectuées.

Parmi ces 13% de pré-annonces, 70% ont été effectuées par des médecins radiologues (5 dans un couloir et 2 dans une salle d'attente) et 30% par des médecins généralistes (3 au téléphone). Le but n'est évidemment pas ici d'incriminer les uns ou les autres mais plutôt d'essayer d'expliquer ces résultats.

- Concernant les radiologues:
 - **Le radiologue n'a pas de formation en psychologie, ni de " vocation" au dialogue ou à la relation médecin malade.**

- Le radiologue est souvent le premier à connaître le résultat de l'examen, la gravité du pronostic et devant l'insistance et l'anxiété du patient peut se retrouver dans une situation non-optimale pour délivrer la pré-annonce.

- Pour les radiologues libéraux, ils peuvent manquer tout simplement de moyens matériels à savoir un cabinet au calme pour effectuer la pré-annonce. En effet les 2 pré-annonces jugées satisfaisantes ont été effectuées dans un cabinet médical en clinique ou à l'hôpital.
 - Concernant les **médecins généralistes**:
 - **Effectuant la majorité des pré-annonces (59%)**, ils sont forcément plus exposés.

 - Ils sont soumis à une double anxiété: celle du patient qui attend avec impatience l'annonce et la leur, conscients qu'il va falloir annoncer une mauvaise nouvelle à quelqu'un qu'ils suivent parfois depuis plusieurs années²² et avec qui ils ont tissé une relation médecin/malade profonde.

 - Le médecin généraliste au sens du médecin traitant est un professionnel libéral avec les contraintes que cela engendre, en particulier le manque de temps. Devant un planning surchargé, il peut parfois être difficile de prendre tout le temps qu'il faudrait pour effectuer cette pré-annonce.

- Comme le radiologue, le médecin traitant n'a pas forcément reçu la formation pour effectuer l'annonce d'une maladie grave²².

- Seules 26% des pré-annonces effectuées par les médecins spécialistes d'organes ont été jugées négativement, on peut sûrement expliquer ces résultats par le fait que les **médecins spécialistes** contrairement aux médecins généralistes ont effectué un internat centré sur leur organe de référence. Ils ont donc été exposés au cancer de celui-ci et **amenés à faire cette annonce un nombre plus important de fois que n'importe quel autre médecin.**

Si nous comparons nos résultats avec ceux observés pendant l'étude de la LCC²⁵ ou l'étude EVADA²⁶, nous observons bien des différences concernant le médecin ayant effectué la pré-annonce:

	Echantillon	Etude EVADA	Etude Ligue contre le cancer
Médecin généraliste	59%	16%	19%
Médecin spécialiste	27%	83% (incluant les radiologues)	40%
Radiologue	14%		27%

La première évocation de la maladie avait eu lieu pour 57 % des patients en établissement et en ville pour 36 % dans l'étude EVADA, ce qui constitue à peu de chose près le rapport inverse observé dans notre échantillon.

Les résultats de l'étude EVADA et de la LCC sont assez proches. On peut émettre différentes hypothèses pour expliquer ces résultats:

- notre échantillon dû aux divers biais exposés avant n'est pas du tout représentatif de la population libournaise
- la population libournaise présente la particularité de se tourner en priorité vers les soins primaires et leur médecin généraliste. Ceci peut être expliqué en partie par une offre moins importante en établissements de santé par rapport à une ville comme Bordeaux par exemple.

Le lieu et le ressenti du patient face à la pré-annonce n'ont pas été évalués dans ces deux études.

Au final, dans notre échantillon:

- ✓ **la pré-annonce est effectuée en majorité en ville (57%) et par le médecin généraliste (59%) qui est donc le premier acteur intervenant dans le projet de soin.** Quelque peu oubliée dans la mesure 40 et la mise en place du dispositif d'annonce, elle est néanmoins **un temps essentiel puisqu'elle constitue le premier contact du patient avec sa maladie.**
- ✓ 40% des pré-annonces n'ont pas satisfait les patients de notre échantillon: **toutes les annonces effectuées dans un couloir, une salle d'attente ou au téléphone ont été reçues négativement.** Les médecins **principalement mis en cause sont les radiologues et les médecins généralistes.**

Nous pouvons évoquer plusieurs pistes afin d'améliorer la qualité de cette pré-annonce qui consiste au final à élaborer un projet de soins pour un patient et avec lui:

Il existe bien le développement professionnel continu (DPC)²⁷ pour les médecins généralistes qui est en théorie obligatoire mais le choix des thèmes est libre.

Peut-être que l'on pourrait rendre un module "annonce du cancer" obligatoire.

Durant leur internat, on pourrait mettre en place un stage obligatoire dans les

services de cancérologie afin que médecins généralistes et radiologues assistent à des annonces dans le but d'acquérir une expérience concernant cet exercice.

4.2.3 - Analyse du DA

Aux vues de nos résultats, **il est évident que le dispositif d'annonce mis en place dans le service d'oncologie de l'hôpital R.Boulin est très performant et très bien accueilli par le patient** puisque 60,7% affirment avoir été totalement satisfaits et 39,3% partiellement satisfaits. Aucun n'a répondu "pas du tout satisfait".

4.2.3.1 - Temps médical du DA

Le temps écoulé entre la pré-annonce et la consultation d'annonce est de 7 jours en moyenne avec 3 jours pour le plus faible délai et 16 pour le plus long.

C'est un bon délai surtout si on le compare au délai observé dans l'étude de la LCC qui pour 32% des patients a eu lieu plus de 15 jours après la première évocation de la maladie(dont 15% plus d'un mois)²⁵.

On peut donc conclure que **la relation entre la médecine de ville et les médecins généralistes est bonne** de ce point de vue là, sachant que la majorité des pré-annonces est effectuée par ceux-ci.

Si on analyse le point de vue du patient dans notre étude, une grande majorité est satisfaite de la relation hôpital/médecin traitant (81%). A titre de comparaison, 87% des patients ont jugé bonne l'information que leur médecin traitant avait reçue de la part de l'établissement de santé dans l'étude EVADA²⁶. Ces résultats sont comparables et montrent bien que le dispositif d'annonce dans le service d'oncologie est bien intégré concernant cet aspect.

Concernant le PPS, une grande majorité de patients (82,3%) l'ont reçu dans notre étude contre 55% dans l'étude EVADA. Dans les deux études, les patients l'ont jugé facile à comprendre à plus de 90%.

Concernant les informations reçues:

	Echantillon	EVADA
Informations sur la maladie	100%	72%
Informations sur le déroulement du traitement	83,5%	71%
Informations sur les orientations thérapeutiques et les bénéfices	95%	82%

83,8% des patients étaient accompagnés pendant la consultation médicale contre 56% dans l'étude de la ligue contre le cancer²⁶.

Notre étude révèle que le temps médical du DA dans le service d'oncologie de Libourne est bien intégré.

Il convient cependant de relativiser ces résultats devant notre méthode qui favorise l'effet d'influence et le biais de volontariat.

4.2.3.2 - Temps d'accompagnement soignant (TAS)

Dans notre étude 78% des patients ont bénéficié d'un entretien soignant mais il a été proposé à 100% des patients, on retrouve le même pourcentage dans l'étude de la LCC.

Des soins de support ont été proposés à 100% des patients concernant l'accompagnement psychologique, 43% concernant le suivi social et 64,5%

concernant la prise en charge de la douleur. Dans l'étude EVADA, 68 % des patients se sont vus proposer des soins de support pour compléter leur prise en charge.

La dotation du service d'oncologie associé aux 3C (deux psychologues, deux assistantes sociales et de l'équipe mobile de soins palliatifs) peut expliquer les résultats.

67,7% des patients étaient accompagnés par un proche pendant l'entretien soignant contre 55% dans l'étude EVADA.

Le DA concernant le TAS est comme le temps médical bien intégré.

De la même façon que précédemment il convient de relativiser ces résultats devant notre méthode qui favorise l'effet d'influence et le biais de volontariat.

4.2.3.3 - Satisfaction globale

	Echantillon	EVADA	LCC
Bonne à très bonne satisfaction concernant la disponibilité des professionnels médicaux	100%	74% à 83%	65%
Bonne à très bonne satisfaction concernant les informations sur la prise en charge	95%	77% à 79%	95%

L'accompagnement par les professionnels de santé est bon dans notre étude.

Il convient encore une fois de relativiser nos résultats devant les biais introduits par notre méthode.

Globalement la satisfaction est bonne, dans notre étude personne n'a jugé le DA non satisfaisant. 74,7% l'ont trouvé totalement satisfaisant et donc 25,3% l'ont trouvé partiellement satisfaisant.

A titre de comparaison, dans l'étude EVADA, 70% des patients étaient satisfaits de la qualité du DA.

Donc malgré un DA performant, environ 1/4 des patients soit 20 patients ont globalement été "partiellement satisfaits". Ce résultat peut surprendre.

Parmi ces 20 patients partiellement satisfaits, nous ne retrouvons pas de différences significatives dans les réponses concernant le temps médical ou le TAS avec les patients totalement satisfaits.

En revanche, concernant la relation médecin généraliste/hôpital, nous constatons que parmi les 20 patients, 14 ont trouvé que la relation médecin généraliste/hôpital était moyenne.

Nous allons utiliser une analyse statistique pour évaluer si dans la population étudiée, il existe un lien entre le fait d'être partiellement satisfait par le dispositif d'annonce et le fait de trouver la relation médecin/hôpital moyenne.

	Relation M/H jugée moyenne	Relation M/H jugée bonne	Relation M/H jugée très bonne	TOTAL
Partiellement satisfaits par le DA	10	6	4	20
Totalement satisfaits par le DA	5	33	21	59
TOTAL	15	39	25	79

Selon le test du Chi2, la dépendance est très significative

chi2 = 16,748 ; ddl = 2 ; 1-p = 99,97%

Il existe donc un lien de dépendance statistiquement très significatif entre le fait d'être partiellement satisfait par le DA et celui de juger la relation médecin généraliste/hôpital moyenne avec un risque de se tromper inférieur à 1%.

Dans la continuité de l'évaluation de la pré-annonce, la population de notre échantillon est très attachée à la relation avec son médecin généraliste. Le médecin généraliste est pleinement un acteur du DA et il pourrait mieux être intégré dans le DA.

Dans le but d'améliorer cette relation, nous pouvons évoquer quelques pistes:

- ✓ Il serait très intéressant que le **médecin traitant participe aux RCP** par exemple et pourquoi pas à la consultation d'annonce. Ce serait bien entendu l'idéal, cependant nous nous heurterons sans doute à des problèmes d'ordre organisationnel.
- ✓ Il faudrait créer un dossier informatique patient accessible à tous et notamment à la médecine de ville et donc au médecin généraliste.

Au final, de façon globale, le déploiement du DA est bien avancé en termes de formation des professionnels, de formalisation de l'organisation et de ressources dédiées. Le ressenti du patient est lui aussi très bon puisque près de 75% ont jugé le DA totalement satisfaisant.

Il convient encore une fois d'analyser nos résultats en critiquant notre méthode qui peut introduire plusieurs biais surestimant très certainement nos résultats.

CONCLUSION

Notre étude menée durant 6 mois dans le service d'oncologie de l'hôpital Robert Boulin avait pour but d'évaluer l'annonce du cancer.

Nous avons pu ainsi recruter 79 patients volontaires suivis en consultation par deux cancérologues du service.

Le questionnaire a permis d'évaluer deux temps essentiels de l'annonce du cancer à savoir la pré-annonce correspondant à la première évocation de la maladie et le dispositif d'annonce hospitalier bien codifié par l'Institut National du Cancer comprenant un temps médical, un temps d'accompagnement soignant, l'accès à une équipe impliquée dans les soins de support et enfin un temps d'articulation avec la médecine de ville.

Concernant le dispositif d'annonce, bien qu'encore perfectible, son déploiement est bien avancé en termes de formation des professionnels, de formalisation de l'organisation et de ressources dédiées.

Le ressenti de nos patients est positif puisque les 3/4 ont estimé avoir été totalement satisfaits par le dispositif d'annonce. La relation médecin

traitant/hôpital étant le principal point à améliorer selon eux. Le médecin généraliste est donc un acteur du DA et il pourrait mieux être intégré dans le DA notamment lors des RCP.

Concernant la pré-annonce, le constat est différent avec près de la moitié des patients peu ou pas du tout satisfaits.

Cette pré-annonce effectuée majoritairement en ville et par le médecin traitant demande peut-être à être mieux structurée à la manière du dispositif d'annonce afin de mieux remplir ses objectifs. Quelque peu oubliée dans la mesure 40 et la mise en place du dispositif d'annonce, elle est néanmoins un temps essentiel puisqu'elle constitue le premier contact du patient avec sa maladie et le début de la mise en place du projet de soin.

Tous les résultats obtenus sont à relativiser compte tenu des biais introduits par notre méthode notamment l'influence du cancérologue qui propose le questionnaire. On peut logiquement penser que les patients ont sur-estimé leurs réponses notamment lors de l'évaluation du dispositif d'annonce.

Dans le prolongement de notre étude, il serait intéressant d'évaluer spécifiquement la pré-annonce avec un questionnaire destiné aux médecins de ville effectuant la pré-annonce qui évaluerait leur ressenti et leur expérience.

ANNEXES

Annexe 1

Résultats

Echantillon d'étude

Vingt-neuf établissements ont réalisé tout ou partie de l'évaluation, ils étaient répartis dans les 5 départements et les dix 3C d'Aquitaine, 20 étaient des structures privées et 9 des structures publiques :

3C Bayonne :

- Centre d'oncologie et de radiothérapie
- Clinique Paulmy
- Polyclinique Aguiléra
- CH Côte Basque
- Polyclinique Côte Basque Sud
- Clinique Lafourcade

3C Béarn et Soule :

- Clinique Marzet
- Polyclinique Navarre
- CH Pau
- CH Oloron Sainte Marie

3C Dordogne :

- CH Périgieux
- Polyclinique Francheville
- Clinique Pasteur Bergerac

3C Landes :

- CH Mont de Marsan
- Clinique St Vincent de Paul Dax
- Clinique des Landes

3C Libourne :

- CH Libourne

3C Lot et Garonne :

- CH Agen
- Clinique Esquirol Saint Hilaire
- Clinique Calabet

3C CHU Bordeaux :

- CHU Bordeaux

3C Bordeaux Nord :

- Clinique Arcachon

3C Tivoli :

- Clinique Sainte Anne Langon
- Clinique Tivoli (Chimiothérapie)
- Centre de Radiothérapie Tivoli
- Clinique Mutualiste Lesparre

Etablissements multi-3C :

- Clinique Saint Martin Pessac (3C Tivoli et Bordeaux Nord)
- Clinique Jean Villar Bruges (3C Tivoli, Bordeaux Nord et Institut Bergonié)
- Clinique Saint Augustin (3C Tivoli, Bordeaux Nord et Institut Bergonié)

Vingt-huit établissements ont réalisé l'audit organisationnel, 27 l'audit de pratique et 17 l'enquête d'expérience des patients. 1 445 patients ont été inclus, ils étaient âgés de 20 à 99 ans (moyenne d'âge de 67 ans) dont 49 % de femmes. Parmi ces patients 768 ont reçu le questionnaire de perception de l'annonce de leur maladie, 359 ont répondu (47 % de retours).

Descriptif par source d'information

Les résultats descriptifs sont présentés sous forme tabulaire afin de mettre en parallèle les résultats relatifs à un thème similaire entre les différentes sources d'information.

Audit sur dossier-patient	Expérience patient	Audit organisationnel
Description des échantillons		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 445 dossiers médicaux patients ➤ 27 établissements <p>Cet échantillon était composé de 49 % de femmes. La moyenne d'âge était de 67 ans (20-99 ans). Les localisations tumorales les plus fréquentes étaient le sein (21 %), le digestif (20 %), les organes génitaux masculins (15 %). 68 % des patients avaient été opérés. 62 % des dossiers contenaient la trace d'une présentation en RCP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 359 patients répondants ➤ 17 établissements <p>Cet échantillon était composé de 56 % de femmes. La moyenne d'âge était de 65 ans (21-93 ans). Les localisations tumorales les plus fréquentes étaient le sein (37 %), le digestif (17 %), les organes génitaux masculins (14 %). 69 % des patients avaient été opérés. 75 % des dossiers contenaient la trace d'une présentation en RCP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 36 sites (établissements ou services) ➤ 28 établissements
Dispositif d'annonce global (DA)		
<p>48 % des dossiers contenaient la trace d'un temps dédié à l'annonce (médical et/ou soignant).</p>	<p>70 % des patients étaient satisfaits de la qualité du DA. 68 % déclaraient un apport du DA en termes de soutien, réconfort, échanges et dialogue. Sur 193 patients ayant écrit un commentaire libre, 16 % exprimaient des remerciements, 52 % formulaient des commentaires positifs. 77 % étaient satisfaits de la cohérence des informations entre les intervenants. 79 % étaient satisfaits des informations sur l'organisation des examens, du traitement ou des soins.</p>	<p>Un document formalisant le DA existait dans 69 % des sites. Des professionnels étaient formés au DA dans 94 % des sites. Un espace d'information pour les patients était présent dans 64 % des sites.</p>

Audit sur dossier-patient	Expérience patient	Audit organisationnel
Temps médical d'annonce (TM)		
<p>39 % des dossiers contenaient la trace d'un TM, soit 556 consultations d'annonce.</p> <p>Les médecins étaient répartis de façon homogène entre chirurgiens, oncologues médicaux, oncologues radiothérapeutes et spécialistes d'organes.</p>	<p>La première évocation de la maladie avait eu lieu en établissement pour 57 % des patients, et en ville pour 36 % des patients.</p> <p>16 % des patients ont déclaré que l'annonce de leur maladie avait été faite par un médecin généraliste et 83 % par un spécialiste.</p>	<p>La traçabilité était organisée dans 82 % des sites.</p> <p>Un lieu spécifique était identifié dans 64 % des sites et des plages horaires spécifiques étaient identifiées dans 47 % des sites.</p>
<p>Dans 36 % des dossiers la présence d'un accompagnant était tracée.</p> <p>Les informations les plus souvent transmises aux patients et tracées dans les dossiers concernaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les orientations thérapeutiques et leurs bénéfices (82 %), • la maladie (72 %), • le déroulement des traitements (71 %). <p>Dans 19 % des dossiers, une proposition de relais TAS était tracée.</p>	<p>66 % des patients étaient accompagnés par un proche.</p> <p>74 % à 80 % des patients étaient satisfaits de la disponibilité des médecins (écoute, réconfort et soutien, information reçue sur la maladie, les examens et les traitements).</p>	
<p>27 % des dossiers contenaient la trace de la remise d'un PPS au patient.</p>	<p>55 % des patients ont déclaré avoir reçu un PPS (90 % l'ont jugé facile à très facile à comprendre).</p>	<p>La transmission des PPS aux patients était organisée dans 68 % des sites.</p> <p>La transmission du PPS aux soignants était organisée dans 58 % des sites.</p>
<p>35 % des dossiers contenaient la trace d'une évaluation de l'état psychologique et des conditions sociales du patient.</p> <p>35 % des dossiers contenaient la trace du recueil de l'avis du patient concernant son traitement.</p>		
<p>Dans 84 % des dossiers un courrier avait été envoyé au médecin généraliste du patient.</p>	<p>87 % jugeaient bonne l'information que leur médecin traitant avait reçue de la part de l'établissement de santé.</p>	<p>La transmission au médecin généraliste des informations recueillies lors des consultations médicales était organisée dans 64 % des sites.</p> <p>La transmission du PPS au médecin généraliste était organisée dans 27 % des sites.</p>

Audit sur dossier-patient	Expérience patient	Audit organisationnel
Temps d'Accompagnement Soignant (TAS)		
30 % des dossiers contenaient la trace d'un TAS, soit 421 entretiens.	60 % des patients se souvenaient avoir eu un entretien avec un soignant.	La traçabilité du TAS était organisée dans tous les sites. Il existait une fiche d'entretien pour les soignants dans 97 % des sites. Un lieu spécifique était identifié dans 79 % des sites et des plages horaires spécifiques étaient identifiées dans 85 % des sites.
Le TAS était assuré dans 77 % des cas par une IDE et dans 15 % des cas par un manipulateur en radiothérapie.	Selon les patients, le professionnel était un IDE dans 52 % des cas et un manipulateur en radiothérapie dans 24 % des cas.	
Dans 35 % des dossiers, la présence d'un accompagnant était tracée.	55 % des patients étaient accompagnés par un proche.	
Les informations les plus souvent transmises aux patients et tracées dans les dossiers concernaient : <ul style="list-style-type: none"> • l'organisation de la prise en charge (81 %), • les traitements (80 %). 	De 78 % à 83 % des patients étaient satisfaits de la disponibilité des soignants (écoute, réconfort et soutien, information reçue sur la maladie, les examens et les traitements).	
La recherche des besoins psychologiques et des besoins sociaux était tracée dans 80 % des dossiers.		
La mise en place d'un lien avec les intervenants à domicile (médecin généraliste notamment) était faite (et tracée) dans 27 % des cas.		
Soins de support		
L'orientation vers des soins de support était tracée dans 9 % des consultations médicales d'annonce et dans 65 % des entretiens d'accompagnement soignant.	64 % des patients étaient satisfaits des informations reçues sur les soins de support.	Un psychologue avait un temps dédié au temps d'annonce dans près de 90 % des sites.
Les besoins en soins de support les plus souvent exprimés par les patients ou identifiés par les soignants étaient psychologiques (41 % des cas) et sociaux (31 % des cas).	68 % des patients se sont vus proposer des soins de support pour compléter leur prise en charge.	Une assistante sociale avait un temps dédié au temps d'annonce dans 66 % des sites.
	49 % ont eu recours aux soins de support, 15 % ont eu un entretien avec un psychologue et 17 % avec une assistante sociale.	

Annexe 2

ETUDE DE L'ANNONCE DU CANCER DANS LE SERVICE D'ONCOLO

Questionnaire à réaliser sur les patients ayant déjà bénéficié du dispositif d'annonce

INFORMATIONS GENERALES SUR LE PATIENT

Q1: Date de réalisation du questionnaire*

jour ▾ mois ▾ 2015 ▾

Q2: Sexe du patient*

- Homme
 Femme

Q3: Age du patient (en chiffre)*

Q4:Catégorie socio-professionnelle*

Les chômeurs sont codés dans leur ancienne profession

- Agriculture
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres, professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires (instituteurs,clergé et professions intermédiaires de la fonction publique,de la santé,administratives)
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Autre inactifs(personnes sans activité professionnelle)

Q5: Localisation(s) de la (des) tumeur(s) primitive(s)*

- Tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx
- Tumeurs malignes des organes digestifs
- Tumeurs malignes des organes respiratoires et intrathoraciques
- Tumeurs malignes des os et du cartilage articulaire
- Mélanome malin
- Tumeurs malignes du tissu mésothélial et des tissus mous
- Tumeurs malignes du sein
- Tumeurs malignes des organes génitaux de la femme
- Tumeurs malignes des organes génitaux de l'homme
- Tumeurs malignes des voies urinaires
- Tumeurs malignes de l'Œil, de l'encéphale et d'autres parties du système nerveux central
- Tumeurs malignes de la thyroïde et d'autres glandes endocrines
- Tumeurs malignes primitives des tissus lymphoïdes,hématopoïétiques et apparentés

Q6: Cancer métastatique d'emblée?*

- Oui
- Non
- Non applicable car pathologie maligne d'origine hématologique

TEMPS DE LA PRÉ-ANNONCE

Q7: Qui a évoqué pour la première fois le diagnostic de cancer (pré-annonce)?*

- Oncologue médical
- Oncologue radiothérapeute
- Médecin généraliste
- Médecin spécialiste d'organe
- Radiologue
- Chirurgien
- Autre :

Q8:A quelle date?*



Q9: Dans quelles conditions?*

- Dans un cabinet médical en ville
- Dans un cabinet médical à l'hôpital ou en clinique
- En salle d'attente
- Dans un couloir
- Au téléphone
- Lors de la consultation d'annonce
- Autre :

Q10: Avez-vous été satisfait de cette pré-annonce?*

- Très satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas du tout satisfait
- Autre :



TEMPS MEDICAL DU DA

Q11: Date de la première consultation d'annonce *

Q12: Lors de votre (vos) consultation(s) d'annonce dans le service, avez-vous bénéficié d'une*

- Information sur la maladie?
- Information sur les orientations thérapeutiques et leurs bénéfices?
- Information sur la présentation du dossier en RCP?
- Information sur les effets secondaires et les risques thérapeutiques?
- Information sur le pronostic de la maladie?
- Explication du déroulement dans le temps des traitements?

Q13: Vous a-t-on remis un plan personnalisé de soins (PPS)?*

- Oui
 Non

Q13a: Si oui, sous quelle forme était-il (plusieurs réponses possibles) ?

- Texte
 Schéma
 Calendrier
 Agenda
 Autre :

Q13b: Si oui, ce PPS était-il?

- Très facile à comprendre
 Facile à comprendre
 Peu facile à comprendre
 Pas du tout facile à comprendre

TEMPS D'ACCOMPAGNEMENT SOIGNANT DU DA

Q14: Avez-vous bénéficié d'un entretien spécifique avec un soignant (infirmier ou manipulateur radiothérapie, autre qu'un médecin) ?*

- Oui
 Non

Q14a: Si non, pour quelle raison ?

- On ne me l'a pas proposé
 On me l'a proposé mais le rendez-vous n'a pas pu être organisé
 On me l'a proposé mais j'ai refusé
 Autre :

Q15: A l'issue de ces consultations médicales et/ou entretiens soignants, vous a-t-on proposé de voir d'autres professionnels pour compléter votre prise en charge?*



- Oui
 Non

Q15a: Si oui, préciser vers quel(s) type(s) d'accompagnement(s)?*

- Accompagnement psychologique
 Accompagnement social
 Accompagnement pour la prise en charge de la douleur
 Accompagnement kinésithérapeutique
 Accompagnement diététique
 Autre :

Q16: Etiez-vous accompagné (famille, proches, amis, etc.) lors de votre consultation(s) et/ou entretien(s)?*

- Pendant la(les) consultation(s) médicale(s)
 Pendant l' (les) entretien(s) soignant
 Pendant les deux
 Aucun des deux

RAPPORT AVEC LA MEDECINE DE VILLE

Q17: D'après vous, la transmission de l'information entre votre médecin traitant et le service de cancérologie de Libourne était ?*

- Mauvaise
 Moyenne
 Bonne
 Très bonne

DE MANIERE GENERALE

Q18: Concernant l'annonce de votre maladie et son accompagnement dans notre service, que pensez-vous de :

	- la prise en compte de votre situation sociale, familiale et économique ?	- la disponibilité des professionnels en cas de besoin (possibilité de les joindre en dehors des consultations ou entretiens) ?	- informations sur l'organisation des examens, du traitement ou des soins ainsi que la cohérence des informations entre les intervenants
Très satisfait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Satisfait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peu satisfait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout satisfait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q19: Au final, ce dispositif d'annonce de votre maladie au sein du service de cancérologie de Libourne vous a-t-il satisfait?*

- Oui, totalement
 Oui, partiellement
 Non

BIBLIOGRAPHIE

1. Launay G. Epidémiologie des cancers en France. Rev Prat , fev 2010 ; 2 : 178-82

2. Buckman R. S'asseoir pour parler, l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades, édition Masson, Paris, 2001, 211 pages, ISBN 2-294-00835-9

3. Pujol H. Historique du dispositif d'annonce [en ligne]. Disponible sur le site <www.e-cancer.fr/Videos/Historique-dispositif-annonce-par-Pujol/op1-it_545-la_1-ve_1.html>

4. INCa et la Ligue contre le Cancer. Les Etats Généraux de la Ligue en 1998 [en ligne]. Disponible sur le site < <http://www.e-cancer.fr> >

5. Broché. Les malades prennent la parole. Le livre blanc des premiers états généraux de malades du cancer .Ramsay, 1999. 261 p.

6. Sommet Mondial contre le Cancer pour le Nouveau Millénaire.

Chartre de Paris : 4 février 2000. Disponible sur le site

< [http : //www.ecancer.fr/component/docman/doc_download/4837-charte-de-paris](http://www.ecancer.fr/component/docman/doc_download/4837-charte-de-paris) >

7. INCa et la Ligue contre le Cancer. Le Plan Cancer [en ligne]. Disponible sur le site <<http://www.e-cancer.fr/sante/plan-cancer>>

8. Ministère de la santé. Le Plan cancer [en ligne]. Disponible sur le site <<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/plan.htm>>

9. INCa (Institut National du Cancer) Disponible sur le site <<http://www.e-cancer.fr/>>

10. Rougier P. La consultation d'annonce en cancérologie, journées francophones de pathologie digestive 29^{ème} édition [en ligne]. Disponible sur le site <<http://www.fmcgastro.org>>

11. Bara C. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Appel à projets : expérimentation du dispositif autour de l'annonce d'un cancer, Paris, 17 novembre 2003 [en ligne]. Disponible sur le site <www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/appel_projets.doc>

12. Circulaire DHOS relative à l'organisation des soins en cancérologie. Disponible sur le site <<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/circ101.pdf>>

13. INCa et la Ligue contre le Cancer. Mettre en place le dispositif d'annonce expériences et conseils [en ligne] disponible sur le site <www.ecancer.fr/v1/retournefichier.php?id=1290>.

14. INCa et la Ligue contre le Cancer. Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé [en ligne]. Disponible sur le site www.ligue-cancer.net/IMG/pdf/dispositif_annonce.pdf

15. Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en cancérologie. HAS. Juin 2006.

<<http://www.irbms.com/rubriques/DOCUMENTS/HAS-reunion-concertation-pluridisciplinaire-cancerologie.pdf> >

16. Programme Personnalisé de Soins. INCa. Juillet 2010. Disponible sur le site

< <http://www.e-cancer.fr/soins/parcours-de-soins/programme-personnalise-de-soins> >

17. Chidouche P., service oncologie CHU Poitiers. *Consultation infirmière, annonce du diagnostic, accompagnement de l'information*. Réflexions en médecine oncologique, N°7- tome 2, juin/juillet 2005.

18. Rougé ME, Mesthé P, Filleron T. Prévention, dépistage et annonce du cancer : le rôle du médecin généraliste. « Enquête d'opinion dans la région Midi-Pyrénées ». Rev Prat, Avr 2010 ; 14. p:21.

19. Rapport de la Commission d'orientation sur le cancer. Chap 4 :

L'organisation des soins en cancérologie. 2002. Disponible sur le site

<<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000017/0000.pdf> >

20. Holué C. Plan cancer : préparatifs pour un " nouvel élan ". Réseaux Cancer, dec 2008 ; 36 : 4-5

21. Plan Cancer 2009-2013 Disponible sur le site < http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_cancer_2009-2013.pdf

22. Husinger V. *Face au cancer, une place à défendre*. Le Généraliste, Oct.06. N°2387. pages 16-20.

23. Hubert G, Gainski M, Ruscev M et al. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? Presse Med, oct 2009 ; 38 : 1404-1409

24. Vriet S. Amélioration de la coordination ville-hôpital en cancérologie : analyse à partir d'une enquête de satisfaction du patient et de son proche, complétée par celle du médecin généraliste. Thèse Med Gen, Poitiers 2010

25. La Ligue contre le cancer. *Evaluation de l'impact du dispositif d'annonce pour le patient atteint du cancer* - Rapport de synthèse issu de l'étude conduite par CRP Consulting en 2010 - 2011. Septembre 2011. Disponible sur <<http://www.ligue-cancer.net/presse/download/504>>

26. RCA, CCECQA. Synthèse-EVADA. Mars 2013. Disponible sur le site

<<http://www.canceraquitaine.org/sites/default/files/documents/INFOS-PRO/evaluation-pratiques/Pack-EVADA%202/Synthese-EVADA.pdf>>

27. EvolutisDPC. Se former en 2014. Janvier 2013. Disponible sur le site

<http://www.evolutisdpc.fr/_public/pdf/Guide_EvolutisDPCVF.pdf>

EVALUATION DE L'ANNONCE DU CANCER CHEZ LES PATIENTS SUIVIS DANS LE SERVICE D'ONCOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER ROBERT BOULIN DE LIBOURNE

Introduction: A ce jour, le cancer est une priorité nationale de santé publique et représente la première cause de mortalité en France à savoir près de 30% des décès. Alors, comment annoncer cette maladie sans traumatiser le patient ? L'objectif de ce travail est d'analyser le processus de dispositif d'annonce ainsi que la première évocation du cancer à savoir la pré-annonce et enfin de recueillir l'expérience des patients sur ces deux points.

Matériels et méthodes: Enquête observationnelle descriptive, rétrospective, par questionnaire auprès des patients suivis en consultation dans le service d'oncologie du centre hospitalier R.Boulin à Libourne de décembre 2014 à Mai 2015.

Résultats: Cette étude a inclus 79 patients suivis en consultation dans le service d'oncologie. Il en ressort que l'évaluation du dispositif d'annonce est positive dans le service avec 75% des patients très satisfaits et 25% satisfaits. Les patients sont peu ou pas satisfaits à 40% de la pré-annonce effectuée en majorité par les médecins généralistes.

Discussion: Concernant le dispositif d'annonce, bien qu'encore perfectible, il est bien accueilli par les patients qui souhaiteraient en partie une intégration plus importante du médecin généraliste dans celui-ci. Concernant la pré-annonce, le constat est différent. Cette pré-annonce effectuée majoritairement en ville et par le médecin traitant demande peut-être à être structurée à la manière du dispositif d'annonce afin de mieux remplir ses objectifs

Mots clés: Annonce du cancer, Dispositif d'annonce, Pré-annonce, Médecin généraliste

ASSESSMENT OF AD OF CANCER NEAR THE PATIENTS FOLLOWED IN THE SERVICE OF ONCOLOGY OF THE HOSPITAL ROBERT BOULIN IN LIBOURNE

Introduction: To date, cancer is a national priority of public health and represents the first cause of mortality in France to knowing nearly 30% to the deaths. Then, how to announce this disease without traumatizing the patient? The objective of this work is to analyze the process of device of announcement as well as the first evocation of cancer to knowing the pre-announcement and finally to recueillir the experiment of the patients on these two points.

Methodology: Observational investigation descriptive, retrospective, by questionnaire near the patients followed in consultation in the service of oncology of the hospital Robert Boulin in Libourne from December 2014 to May 2015.

Results: This study included 79 patients followed in consultation in the service of oncology. This reveals that the evaluation of the device Ad is positive in the service with 75% from the very satisfied patients and 25% satisfied. The patients are little or not satisfied to 40% with the pre-announcement carried out in majority by general doctors.

Discussion: Concerning the device Ad, although still perfectible, it is well accommodated by the patients. Concerning the pre-announcement, the report is different. Perhaps this pre-announcement carried out mainly downtown and by general doctors requires to be structured in the manner of device Act in order to better fill its objectives.

Keywords: Ad of cancer, Device Ad, Pre-announcement, General doctors

