

L'annonce du diagnostic d'un cancer de la cavité buccale par le chirurgien-dentiste en France

Cyril Madar

▶ **To cite this version:**

Cyril Madar. L'annonce du diagnostic d'un cancer de la cavité buccale par le chirurgien-dentiste en France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01670493

HAL Id: dumas-01670493

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01670493

Submitted on 21 Dec 2017

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 PARIS DESCARTES

MEMBRE DE
USPC
Université Sorbonne Paris Cité

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

MEMBRE DE
USPC
Université Sorbonne Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2017 **N° 054**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 10 juillet 2017

Par

Cyril MADAR

L'annonce du diagnostic d'un cancer de la cavité buccale par le chirurgien-dentiste en France

Dirigée par Monsieur le Docteur Philippe Pirnay

JURY

Madame le Professeur Marysette Folliguet	Président
Monsieur le Docteur Philippe Pirnay	Assesseur
Monsieur le Docteur Jean-Claude Tavernier	Assesseur
Monsieur le Docteur Xavier Bensaid	Assesseur

Tableau des enseignants de la Faculté

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
1	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme VITAL Mme DAVIT-BEAL	M. COURSON Mme DURSUN Mme VANDERZWALM Mme JEGAT
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE		Mme BENAHMED M. DUNGLAS Mme KAMOUN-GOLDRAT Mme LE NORCY
	SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET POPULATIONS SINGULIÈRES	Mme FOLLIGUET M. PIERRISNARD	M. NEBOT
2	PARODONTOLOGIE	Mme COLOMBIER	M. BIOSSE DUPLAN Mme DRIDI Mme GOSSET M. GUEZ
	MÉDECINE ET CHIRURGIE BUCCALES	M. MAMAN	Mme EJEIL M. GAULTIER M. HADIDA M. NGUYEN Mme RADOI
3	ODONTOLOGIE CONSERVATRICE ENDODONTIE	Mme CHEMLA M. LASFARGUES	Mme BESNAULT M. BONTE Mme BOUKPESSI M. DECUP Mme GAUCHER
	PROTHÈSE	M. POSTAIRE	M. CHEYLAN M. DAAS M. DOT M. EID Mme FOUILLOUX-PATEY Mme GORIN M. RENAULT M. RIGNON-BRET M. TIRLET M. TRAMBA Mme WULFMANN
4	PRÉVENTION-ÉPIDÉMIOLOGIE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE		Mme GERMA M. PIRNAY M. TAVERNIER
	SCIENCES BIOLOGIQUES	Mme CHAUSSAIN M. GOGLY Mme POLIARD M. ROCHEFORT Mme SEGUIER	M. ARRETO Mme BARDET Mme CHARDIN M. LE MAY M. FERRE (MCU associé) Mme CHERIFI (MCU associée)
	SCIENCES ANATOMIQUES PHYSIOLOGIQUES ET OCCLUSODONTIQUE		M. ATTAL Mme BENBELAID Mme BENOIT M. BOUTER M. CHARRIER M. CHERRUAU M. FLEITER Mme FRON M. SALMON Mme TILOTTA

Janvier 2017

Remerciements

À Madame le Professeur Marysette Folliguet

Docteur en Chirurgie dentaire,

Spécialiste qualifiée en Médecine Bucco-Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Docteur d'État en Odontologie

Professeur des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris-Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Vice doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire Paris-Descartes

Chef de Service de l'hôpital Louis Mourier

Chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur

Officier de l'ordre des palmes académiques

Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury,
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse
reconnaissance pour m'avoir permis de présenter ce jour
ma soutenance de Docteur en chirurgie-dentaire.

À Monsieur le Docteur Philippe Pirnay

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris-Descartes

Habilité à Diriger des Recherches

Spécialiste qualifié en Médecine Bucco-Dentaire

Maître des Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris-Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Chef de Service de l'hôpital Albert-Chenevier

Officier de l'ordre des palmes académiques

Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Lauréat de l'Académie Nationale de Médecine

Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie

Pour avoir accepté de diriger ce travail.
Je vous remercie pour votre soutien incandescent depuis mon entrée dans cette faculté de chirurgie dentaire.
Avant même de devenir mon chef de service, je pouvais compter sur votre disponibilité, votre aide, votre patience et surtout vos conseils pour m'aider à faire les bons choix tant sur le plan professionnel que personnel. Je vous remercie pour m'avoir fait découvrir et partager votre rigueur, votre sens de la minutie, et votre façon de persévérer dans tout ce que vous entreprenez.

À Monsieur le Docteur Jean-Claude Tavernier

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris-Descartes

Docteur en Sciences Odontologiques

Maître de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris-Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Chevalier de l'ordre national du mérite

Officier de l'ordre des palmes académiques

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Votre passion et votre transmission de l'histoire en dentisterie sont admirables.

Merci de nous transmettre votre puits de culture.

À Monsieur le Docteur Xavier Bensaid

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Assistant Hospitalo-Universitaire, Faculté de Chirurgie Dentaire Paris-Descartes

Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury.
Merci de me transmettre votre passion de la chirurgie dentaire et d'avoir toujours souhaité que je m'épanouisse dans ces études, en me montrant les cas cliniques les plus intéressants.
J'espère pouvoir continuer longtemps à apprendre à vos côtés.

À tous ceux qui m'ont apporté leur savoir, leur aide, leur soutien dans les bons comme dans les mauvais moments durant mes études,

Au personnel de l'Hôpital Albert-Chenevier,

Au corps enseignant de l'hôpital Albert Chenevier, en particulier au Dr Gaucher qui m'a transmis son calme, sa réflexion, ses connaissances, sa dextérité avec une pédagogie et une générosité qui resteront près de moi durant mon exercice. J'espère que de nombreuses promotions pourront en profiter après moi.

A tous les praticiens qui m'ont aidé dans la rédaction de ce travail, et qui ont répondu à toutes mes interrogations, en particulier Dr. Didier Gauzeran, Dr. Jean-Claude Tavernier, Dr. Mickaël Samama, Dr. David Moyal, Dr. Patrick MADAR, Dr. Gaston Madar, Dr. Pauline Glass, Dr. Jacques Benizri,

À Pépé Samuel, et à Mami Josette,
Aujourd'hui, comme tous les jours, mes pensées vont vers vous. Mon grand-père paternel qui m'a montré toute la droiture, l'honnêteté et la sagesse que pouvait avoir un seul homme. A Josette, ma grand-mère, que je n'ai pas eu la chance de connaitre, j'espère que de là-haut tu guides ton mari, tes enfants et petits-enfants à faire les bons choix.

À Mémé Rachel, et Pépé Marcel,
Vous m'avez accompagné, et supporté durant ces longues d'études. J'espère pouvoir vous rendre tout l'amour que vous m'avez donné durant mon enfance, mon adolescence et ma vie de jeune adulte. J'ai un amour sans limite pour vous deux, j'espère vous avoir à mes côtés pendant de nombreuses années.

À mes Parents adorés, Yaël et Gérard,
Après avoir bataillé pour éduquer le petit garçon hyperactif que j'étais, vous m'avez chacun inculqué vos valeurs, vos savoirs, qui n'étaient pas les mêmes du tout d'ailleurs. J'ai appris la valeur de la famille, le respect d'autrui, et l'importance de rester unis avec ses proches. Vous m'avez enseigné le sens des responsabilités, de l'autonomie et du travail, je vous dédie ce diplôme de Docteur en Chirurgie Dentaire à tous les deux, c'est un diplôme qu'on a obtenu à trois. Merci d'être là pour moi au quotidien. Je vous aime.

À Julien, mon grand frère,

L'élève parfait que tu as été, m'a permis de me trouver un chemin dans la bonne direction, vers l'excellence, vers le savoir, vers l'enseignement, vers les sciences. Je sais que je peux compter sur toi toute ma vie.

À Laura, ma petite sœur

Ma petite sœur avec qui j'ai partagé une grande partie de mon enfance, et avec qui je continue de partager beaucoup de moments. Je souhaite que tu sois épanouie tout au long de ta vie.

À mes oncles et mes tantes,

Carol & Michel, Sandra & Alain, Monette & Gerard, Gaston & Dany, Valérie & Bruno, Sarah & Patrick, Viviane & Sauveur, Evelyne & Bébert, Sandrine & Philippe.

À mes cousins et mes cousines,

Kevin, Jordan, Anthony, Yoni, David, Sacha, Axel, Julia, Benjamin, Romy, Caroline, Myriam (M.L), Michael, Stéphanie, Arnaud, Fabrice, Alexis, Cédric, Samuel, Noam, Mathias, Léa, Tahel, Isabelle, Ariel, Laurence, Vanessa, Sandrine, Doris, Valérie, Vicky.

À ma belle-sœur Céline,

Qui a rejoint notre famille depuis 1 an, avec son sourire qui illumine nos journées.

À Kassandra,

Qui épaule ma vie depuis bientôt 3 ans, dans les bons comme dans les moments plus difficiles. Je te remercie pour le soutien et l'amour que tu m'as donné pendant ces 3 dernières années de cursus.

À mes amis : Nils, Gaon, Samuel, Orlane, Yaël, Yoni S., Chmouel, Aude, Mathias, Solal, Yoni B.

Pour tous ces moments passés ensemble, des journées d'hôpital, de travail, nos restaurants, de s'être soutenus à chaque moment où l'un d'entre nous en avait besoin. J'espère que nous resterons unis encore de longues années.

À Nathan, mon petit cousin adoré,

Je compte sur toi, pour suivre l'exemple de Julien et moi, afin que tu réussisses à faire encore de plus hautes et de plus belles études.

À mon binôme Simon,

De t'être comporté comme un frère auprès de moi pendant toutes ces années, depuis le jour où je t'ai repêché sur la A4. J'espère ne jamais perdre notre complicité.

Comment le chirurgien-dentiste doit il annoncer un cancer de la cavité buccale chez les adultes en France ?

Table des matières

GLOSSAIRE **3**

INTRODUCTION **4**

1 : CADRE JURIDIQUE ET DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES EN FRANCE **7**

1.1 CADRE JURIDIQUE 7

1.1.1 L'information au patient *7*

1.1.1 Le porteur de l'annonce *10*

1.1.2 L'environnement de l'annonce *10*

1.1.3 La formulation de l'annonce *11*

1.2 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES EN FRANCE 12

1.2.1 La place du cancer de la cavité buccale en oncologie *13*

1.2.2 Les facteurs de risque *15*

2 : CONSTAT ACTUEL DU DEROULEMENT DE L'ANNONCE D'UN DIAGNOSTIC D'UN CANCER DE LA CAVITE BUCCALE **19**

2.1 L'ANNONCE EN MILIEU HOSPITALIER 21

2.1.1 Le déroulement, le processus et le protocole de l'annonce en milieu hospitalier *21*

2.2 L'ANNONCE EN CABINET PRIVE 22

2.2.1 Les médecins généralistes *22*

2.2.2 Les chirurgiens-dentistes *23*

2.2.3 Les spécialistes de la chirurgie orale / MBD *24*

3 : ÉTUDE **26**

3.1 MATERIEL ET METHODE 26

3.2 LES BIAIS DE L'ETUDE 28

3.3 QUESTIONNAIRE PATIENT 29

3.4 RESULTATS 31

3.4.1 Réponses au questionnaire *31*

3.4.2 Questions à choix multiples *34*

3.5 DISCUSSION 38

3.5.1 L'annonceur et l'environnement de l'annonce *38*

3.5.2 La qualité de l'annonce *40*

3.5.3 L'annonce progressive *43*

3.5.4 Le patient et les appréhensions face à la mort *46*

3.5.5 Quand le patient ne veut pas savoir *47*

3.5.6 Quand le patient ne veut savoir qu'une partie de la vérité de son état médical *48*

3.5.7 Contexte familial, obligations, en rapport avec la famille 49
3.5.8 Quand le patient refuse d'informer la famille 51
3.5.9 Quand la famille refuse d'informer le patient 52
3.5.10 Les réactions du patient 52
3.6 LA FORMATION DU CHIRURGIEN-DENTISTE / DU MEDECIN GENERALISTE 59
3.7 VALORISATION DE L'IMAGE DU CHIRURGIEN-DENTISTE 61
CONCLUSION 63
BIBLIOGRAPHIE 66
TABLE DES FIGURES 70
TABLE DES TABLEAUX 71
TABLE DES ANNEXES 72

Glossaire

ADF	Association Dentaire Française
CCB	Cancer de la cavité buccale
CD	Chirurgien-dentiste
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNSD	Confédération Nationale des Syndicats Dentaires
DCC	Dossier communicant de cancérologie
HAS	Haute Autorité de Santé
IMC	Indice de Masse Corporelle
INCa	Institut National du Cancer
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
LBP	Lèvre-Bouche-Pharynx
MBD	Médecine buccodentaire
ONCD	Ordre national des chirurgiens-dentistes
PPAC	Programme Personnalisé de l'Après Cancer
PPS	Programme personnalisé de soins
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
VADS	Voies aérodigestives supérieures

Introduction

Au fil des siècles, l'annonce d'une maladie grave a revêtu une importance croissante dans son respect du patient. Une action toute particulière menée au travers de 3 plans successifs concernant le cancer a conduit les différentes instances médicales à approfondir les connaissances et la formation des professionnels de santé en ce domaine.

Depuis le premier plan cancer en 2003, se sont développées des actions de dépistage plus complètes et systématiques du cancer et parallèlement des réflexions quant à la souffrance, à la peur, à l'angoisse, aux sentiments ressentis par le patient dans son corps mais aussi dans sa psychologie toute entière.

Les cancers de la cavité buccale présentent la singularité de situation ; un organe que le patient peut voir, et un organe qui peut être vu. La symbolique de la bouche y prend une grande part ; organe de séduction, d'élocution, de nutrition, de respiration : porte d'entrée du corps qui doit donner la vie ou se refermer parfois pour éviter la mort. Aussi, pour le patient victime d'un cancer buccal, ne plus pouvoir se nourrir correctement, ne plus pouvoir parler ou découvrir un changement du son de sa voix, ne plus pouvoir sourire et craindre le regard de l'autre face à la déformation ; donc ce cancer revêt une particularité symbolique et fonctionnelle dont il faut tenir compte au moment de l'annonce.

L'annonce du diagnostic s'est vue, depuis, imposer un nouvel encadrement juridique, une plus grande considération à l'égard du patient, et le besoin de formation des professionnels de santé pour mener à bien ce nouvel objectif.

Notre travail s'évertuera à déterminer une méthode claire et pour méthode pour l'annonce d'un cancer de la cavité buccale pour les chirurgiens-dentistes, à considérer l'aide à apporter aux chirurgiens-dentistes dans leur annonce d'un cancer de la cavité buccale, à favoriser la relation humaine, chirurgien-dentiste/patient, chirurgien-dentiste/famille, famille/patient dans le cadre de l'annonce du cancer de la cavité buccale. Ces objectifs tendent à valoriser l'image du chirurgien-dentiste et, au-delà, à favoriser la détection systématique du cancer de

la cavité buccale afin d'intervenir le plus tôt possible dans le système de soin de cette maladie pour accroître les chances de guérison du patient.

La première partie de notre étude traitera du cadre juridique de cette annonce, en particulier des textes portant sur l'information du patient, le porteur de l'annonce, l'environnement et la formulation de l'annonce. Les données épidémiologiques permettront de mesurer la place du cancer de la cavité buccale en France et de mettre en avant les facteurs de risque.

La seconde partie s'intéressera au déroulement actuel de l'annonce d'une maladie grave suivant le milieu hospitalier ou en cabinet privé, et suivant les professionnels de santé concernés.

Dans la troisième partie, nous analyserons, au travers d'une enquête menée dans un cabinet dentaire, les réactions et les besoins des patients dans le cadre de l'annonce d'un cancer de la cavité buccale. Cette analyse permettra de dégager des idées maîtresses pour guider une amélioration de cette annonce. Enfin, nous considérerons les évolutions amorcées en matière de formation du chirurgien-dentiste dans l'annonce d'un diagnostic grave.

Les plans cancer ont considérablement évolué et amélioré la situation des patients face à cette maladie notamment au niveau du dépistage et du suivi grâce à un meilleur parcours de soin. Parallèlement, toutes les études menées dans ce domaine ont clairement mis à jour la nécessité, unanimement reconnue, tant par les patients que par les professionnels de santé, d'une formation dans l'annonce d'un diagnostic négatif.

> *« Le moment choisi pour dire la vérité est plus important que la façon de le faire. Des mots maladroits au bon moment valent mille fois mieux que des paroles réfléchies au mauvais moment.*[1] *»*

Est-ce au chirurgien-dentiste d'annoncer ? Les réponses à cette question trouvent échos dans des positions prises par notre profession.

Pour le Professeur Jacky Samson, Président de la SDS (Society for Dental Science – Suisse) : « La réalisation de la biopsie a permis de construire un début de relation avec le patient : c'est

[1] Schwartzenberg et Viansson-Ponté, *Changer la mort*.

donc au praticien qui a réalisé l'intervention d'annoncer ou de préparer l'annonce du diagnostic[2] »

Pour le Dr Jean-Christophe Fricain, Chirurgien-dentiste à Bordeaux : « Le respect des règles édictées permet de conduire cet entretien en respectant le patient et en le préparant au mieux aux étapes suivantes[3]. »

Enfin, le Dr Patrick Hescot, alors Président de l'UFSD et Secrétaire Général de l'ADF, écrit dans la lettre de l'ONCD : « Nous allons nous pencher sur le maillon manquant de cette chaîne : la communication avec le patient. Car si déceler une lésion est une chose, l'annoncer à son patient en est une autre. Le chirurgien-dentiste est-il prêt pour cela ? Nous allons y réfléchir et travailler à la conception d'outils de communication adaptés à cet enjeu[4]. »

Lors de l'émission Fréquence Médicale du 18 mai 2017[5], le Dr Frédérick Gaultier précise *« La problématique légale est que celui qui envisage l'examen complémentaire et le diagnostic est celui qui annonce le cancer. Donc le chirurgien-dentiste qui envisage de faire une biopsie qui révèle un cancer, doit être à même de pouvoir l'annoncer. […] D'autre part, le maillage territorial ne permet à tous les praticiens d'adresser leurs patients, ce qui implique une demande de formation au niveau de l'annonce. »*. Le Dr Sophie Myriam Dridi ajoute dans le cadre de l'annonce *« les patients ont une entière confiance en leurs chirurgiens-dentistes. »*

Toutes ces constatations autour de l'annonce du cancer de la cavité buccale montrent son intérêt majeur pour le chirurgien-dentiste et son patient, dont le point clé pourrait se formuler ainsi :

> *« L'essentiel, c'est de se sentir concerné par ce qui arrive à son patient, être prêt à lui consacrer du temps, de l'attention. Il faut se demander : « Si c'était moi, comment aimerais-je qu'on me le dise ? »*[6]

[2] Samson et al., « Les cancers de la cavité buccale : du dépistage à l'annonce du diagnostic ».
[3] Fricain, *Oncologie*.
[4] Ordre national des chirurgiens- dentistes, « Se former au dépistage des cancers buccaux ».
[5] Gaultier et Dridi, *La dermato odonto stomatologie*.
[6] Khayat, « Cancer : comment le dire, comment l'entendre ».

1 : Cadre juridique et données épidémiologiques en France

1.1 Cadre juridique

1.1.1 L'information au patient

Les articles L1111-2 et L1111-7 du Code de la Santé publique abordent le principe et les modalités de l'information du patient :

- Article L1111-2

  « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé… »

- Article L1111-7

  « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé… »

Le chirurgien-dentiste doit informer les patients et répondre à leurs demandes au sujet de leur pathologie.

> *« La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission[7]».*

L'énoncé de cet article souligne le devoir du chirurgien-dentiste de respecter la volonté du patient d'être informé ou non. Cette information peut être délivrée progressivement afin de rester conforme à la demande du patient.

Enfin, selon l'article R4127-239 du Code de déontologie dentaire[8],

> *« Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7 et pour des raisons légitimes que le chirurgien-dentiste apprécie en conscience, un patient peut être laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave. Un pronostic fatal ne doit être révélé au patient qu'avec la plus grande circonspection mais les proches doivent généralement en être*

[7] Légifrance, Code de la santé publique - Article L1111-2.

[8] Ordre nationale des chirurgiens-dentistes, Code de déontologie dentaire.

prévenus, à moins que le patient n'ait préalablement interdit cette révélation ou désigné le ou les tiers auxquels elle doit être faite. »

Dans ces conditions, il convient de discuter avec le malade de ce qu'il veut savoir, puis de discuter avec son conjoint, des attentes de ce dernier et des risques de le laisser dans l'ignorance : incompréhension sur son état, crainte qu'on « lui cache des choses ».

Le médecin traitant doit être informé par le chirurgien-dentiste annonceur ou responsable du traitement afin d'établir une collaboration à chaque étape du traitement ou en cas d'événement intercurrent.

« Les informations échangées porteront notamment 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,*
- *les autres aspects sur lesquels le médecin traitant doit être vigilant,*
- *les éléments du pronostic,*
- *les informations données au patient et à ses proches.*

Elle comprend, en particulier :

- *le rapport des consultations d'annonce,*
- *les résultats des examens complémentaires réalisés,*
- *le compte rendu chirurgical,*
- *le compte rendu de RCP,*
- *le PPS,*
- *le protocole de l'essai clinique, s'il y a lieu.*

L'information peut être, dans l'attente du compte rendu médical, envoyée par courrier ou effectuée par :

- *téléphone,*
- *informatique (Dossier Communiquant de Cancérologie, portail santé avec une alerte « administrative » par mail ou SMS),*
- *le patient lui-même, par l'intermédiaire d'une clé USB ou d'un CD qui lui sont remis à destination de son médecin »*[9].

Face à cela, le professeur Mireille Mousseau[10], cancérologue, affirme que *« Ce qui importe du point de vue déontologique ou éthique, ce n'est pas de délivrer une vérité objective, mais de maintenir avec le malade une relation de sujet à sujet, en sorte qu'il puisse dire : « Le médecin m'a écouté, j'ai pu lui poser mes questions, il vient me voir, il tient compte de ce que je lui dis. »*[11] *»*. Attitude qui rejoint les dires du Docteur François Paysant qui met en exergue l'importance de la relation médicale tant dans sa part technique que sa part humaine, car *« ce n'est pas la possibilité réglementaire qui compte mais la logique d'une prise en charge globale du patient. N'oublions jamais que l'annonce du résultat est aussi importante que la prescription de l'examen »*[12].

Le Professeur David Khayat souligne :

> *« L'idée majeure est de considérer que le cancer est transitoire dans la vie d'une personne. Cette personne a sa biographie à elle, elle dispose de sa propre histoire. Elle doit pouvoir revivre pleinement après sa rémission et reprendre le cours de sa vie. Renouer le fil. Pour cela, ne pas briser le patient par une annonce du diagnostic blessante. Alléger son combat pour qu'un jour il puisse se reconstruire*[13]*. »*

[9] Institut national du cancer, « Outils et supports d'information - Les recommandations ».
[10] Pirnay, « L'opposition de la famille à l'information du patient ».
[11] Ibid.
[12] Pirnay, « Le chirurgien-dentiste face à une demande de prescription du test du VIH ».
[13] Khayat, *De larmes et de sang*.

1.1.1 Le porteur de l'annonce

> *« L'information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences […][14] ».*

Ce peut être celui qui est à l'origine du diagnostic en orientant le patient ou celui qui confirme le diagnostic. L'annonce est souvent effectuée par un médecin généraliste ou spécialiste, dans le cadre ou non d'un programme de dépistage.

Selon la HAS : Dans de nombreuses circonstances, le diagnostic n'est pas annoncé par le médecin traitant. C'est le cas lorsque la maladie se révèle de façon aiguë (nécessitant une hospitalisation en urgence) ou lorsque le diagnostic nécessite des consultations et/ou des examens complémentaires spécialisés ou lorsque le patient demande les résultats d'un examen paraclinique[15].

Le chirurgien-dentiste peut, dans sa pratique, se retrouver dans cette situation d'annonce parce qu'il est souvent l'un des premiers à être confronté à des suspicions ou des diagnostics de cancers buccaux. Il doit donc être informé et connaître la manière de procéder pour annoncer un cancer de la cavité buccale (cf. 3.6 La formation du chirurgien-dentiste / du médecin généraliste).

1.1.2 L'environnement de l'annonce

Selon les recommandations de la HAS[16], l'annonce doit se faire dans :

- Un lieu dédié mais non spécifique : salle de consultation, chambre sans voisin ;
- Un environnement calme : pas de téléphone, pas de dérangement lors de l'entretien ;

L'annonce du cancer doit respecter une certaine intimité et en particulier le secret médical. Le malade pourra s'il le souhaite être accompagné d'un proche à toute étape du dispositif. [17]

[14] Légifrance, Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

[15] Haute autorité de la santé, « Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique ».

[16] Haute autorité de la santé, « Annoncer une mauvaise nouvelle ».

[17] Légifrance, Code de la santé publique - Article L1111-6.

Si le chirurgien-dentiste a annoncé le cancer, ceci doit être suivi par « l'information immédiate du médecin traitant, avec l'accord du patient, et par l'orientation la plus rapide possible dans le dispositif de soins […][18].

Le praticien prescripteur est destinataire des résultats significatifs de tous les examens complémentaires à chaque étape de la prise en charge, notamment des résultats anatomopathologiques.

1.1.3 La formulation de l'annonce

Les recommandations de la HAS sont les suivantes :

« Ne pas oublier que si chaque mot compte, au-delà des mots, l'attitude et la posture du médecin constituent aussi des messages.

- *Une information simple et progressive, petit à petit, « digérable », au pas à pas, respectueuse des mécanismes d'adaptation de chacun et d'un temps d'intégration indispensable.*
- *Une information répétée.*
- *Une information cohérente, une communication sincère et vraie : ne rien dire qui ne soit vrai.*
- *Une attention particulière à la formulation, aux mots prononcés, éviter le jargon d'expert.*
- *Un contrôle régulier de la compréhension et une reformulation si nécessaire.*
- *L'ouverture vers un espoir réaliste.*
- *La proposition d'objectifs à court terme.*
- *Aider à construire de nouveaux projets de vie (effet fondateur du temps initial)[19]. »*

> *« Avant de procéder à l'annonce, il est conseillé d'avoir envisagé concrètement les possibilités de mise en place du projet thérapeutique, notamment vis-à-vis des enjeux que cela représente pour le patient, sa vie quotidienne et ses projets personnels et professionnels[20]. »*

[18] Institut national du cancer, « Recommandations nationales pour la mise en oeuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé - Mesure 40 du plan cancer ».

[19] Haute autorité de la santé, « Annoncer une mauvaise nouvelle ».

[20] Haute autorité de la santé, « Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique ».

Chaque mot doit être réfléchi et adapté au patient :

> *« Des médecins disent qu'il faut éviter de prononcer le mot tumeur, parce que le patient entend « tu meurs ». Personnellement, je l'utilise, mais en m'adaptant. Dès la première consultation, j'essaie de voir l'effet que chaque mot a sur lui. A sa voix, à son regard, je saisis rapidement les termes qui lui conviennent*[21]*. »*

1.2 Données épidémiologiques en France

> *« Il n'existe pas dans la littérature une définition standardisée des cancers de la cavité buccale. […] La variabilité d'une étude à l'autre des sites inclus dans la définition des cancers de la cavité buccale rend difficile la comparaison de leurs résultats et la mise en évidence de caractéristiques épidémiologiques spécifiques pour chaque localisation »*[22]*.*

D. Gauzeran souligne que : « Dans notre pays, il n'existe pas de registre du cancer à l'échelon national. Seulement quelques départements tiennent un registre. On compte onze registres généraux (tous types de cancers) et huit registres spécialisés. L'ensemble de ces registres ne couvre que 13% de la population. Les données chiffrées ne sont, par conséquent, qu'une estimation réalisée, à partir de ces registres, par modélisation mathématique, de l'incidence des cancers en France »[23].

Les données épidémiologiques de ces registres ont été recueillies (et estimées) par le réseau des registres des cancers Francim, le service de biostatistique des Hospices Civils de Lyon (HCL), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Institut national du cancer (INCa) qui ont publié en 2013 une étude actualisée de l'évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012[24].

En avril 2016, l'INCa publie de nouvelles données épidémiologiques, toutefois pour les plus récentes, il s'agit principalement d'estimations – « projections d'incidence et de mortalité par cancer en France métropolitaine pour 2015 et données de survie des personnes

[21] Khayat, « Cancer : comment le dire, comment l'entendre ».

[22] Fricain, *Oncologie*.

[23] Gauzeran, *Des lésions à risque aux cancers des muqueuses orales.*

[24] Institut de veille sanitaire et Institut national du cancer, *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012*.

diagnostiquées entre 1980 et 2010 […] La prochaine publication des tendances nationales entre 1980 et 2018 est prévue en 2018[25].

1.2.1 La place du cancer de la cavité buccale en oncologie

« Avec 11 610 nouveaux cas de cancers lèvre-bouche-pharynx projetés en 2015 en France métropolitaine (8010 hommes et 3600 femmes) soit 3% de l'incidence des cancers (3,1% de l'incidence des cancers chez l'homme et 2,1% de l'incidence des cancers chez la femme[26] ».

Tableau 1 : Répartition des cancers de 1980 à 2015

Types de cancers	1980	1990	2000	2005	2010	2012	Projection 2015
Autres	15,7%	15,8%	15,6%	14,8%	31,7%	32,0%	17,7%
Sein	12,6%	14,3%	15,3%	14,8%	14,2%	13,7%	14,1%
Prostate	5,9%	9,8%	14,2%	19,5%	0,0%	0,0%	14,0%
Poumon	10,8%	10,4%	10,2%	9,8%	10,9%	11,1%	11,8%
Côlon-rectum	14,3%	13,8%	12,6%	11,5%	12,0%	11,9%	11,2%
Mélanome de la peau	1,3%	1,9%	2,4%	2,6%	3,0%	3,1%	3,7%
Rein	2,3%	2,6%	2,8%	2,8%	3,2%	3,3%	3,5%
Vessie	4,4%	4,1%	3,6%	3,3%	3,4%	3,4%	3,2%
Lèvre, cavité orale, pharynx	8,2%	6,8%	5,0%	4,0%	3,5%	3,2%	3,0%
Pancréas	1,6%	1,6%	2,0%	2,2%	2,9%	3,3%	2,9%
Thyroïde	0,8%	1,2%	1,7%	1,8%	2,2%	2,3%	2,6%
Foie	1,1%	1,6%	2,0%	2,1%	2,4%	2,5%	2,5%
Corps de l'utérus	2,6%	2,2%	2,0%	1,9%	2,0%	2,0%	2,1%
Estomac	5,1%	3,6%	2,5%	2,0%	1,9%	1,8%	1,7%
Système nerveux central	1,3%	1,4%	1,4%	1,3%	1,4%	1,4%	1,4%
Ovaire	2,1%	1,8%	1,5%	1,4%	1,3%	1,3%	1,2%
Œsophage	3,5%	2,6%	1,9%	1,5%	1,4%	1,3%	1,2%
Larynx	2,8%	2,2%	1,5%	1,2%	1,0%	0,9%	0,8%
Col de l'utérus	3,0%	1,8%	1,2%	1,0%	0,9%	0,9%	0,7%
Testicule	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,7%	0,7%	0,6%

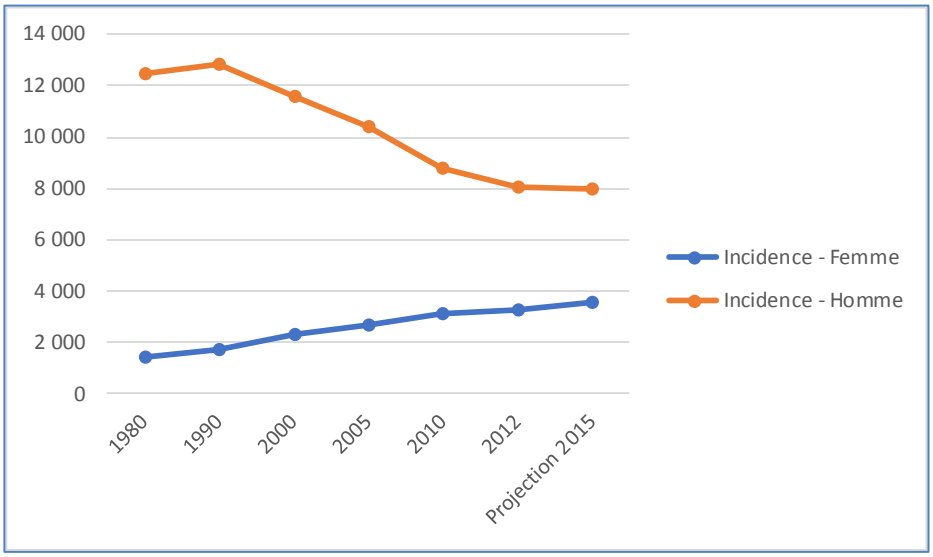
Source : Auteur, à partir des données de l'INCa, 2016

Une diminution du nombre des cancers de la cavité buccale est observée chez l'homme, en particulier depuis 2005, alors que la tendance est à l'augmentation chez la femme.

[25] Institut national du cancer, « Les cancers en France, les données, INCa, édition 2015 ».

[26] Ibid.

Figure 1 : Évolution du nombre de cancers de la cavité buccale par sexes de 1980 à 2015

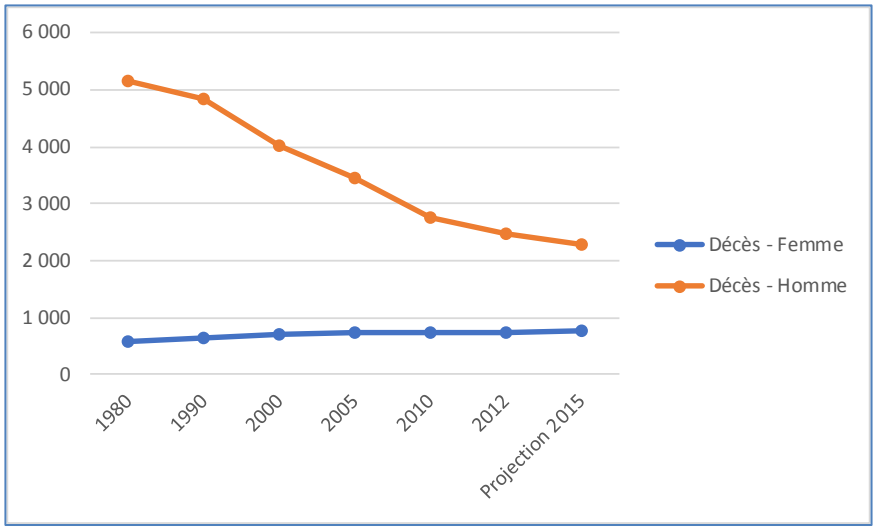


Source : Auteur, à partir des données de l'INCa, 2016

Une projection de ces données à l'horizon 2015 donne 3600 nouveaux cas chez la femme, contre 3283 en 2012, et 8010 chez l'homme, contre 8033 en 2012[27].

L'âge médian au diagnostic constaté en 2012 est de 63 ans chez la femme et 61 ans chez l'homme[28].

Figure 2 : Évolution de la mortalité due au cancer de la cavité buccale par sexes de 1980 à 2015



Source : Auteur, à partir des données de l'INCa, 2016

[27] Ibid.

[28] Ibid.

Le pronostic des cancers des VADS reste, malheureusement, assez stable depuis plusieurs décennies et demeure globalement très sombre. Tous stades et topographies confondus, le taux de survie est d'environ :

- 56% à 5 ans ;
- 41% à 10 ans[29].

> *« Les cancers buccaux (Carcinome épidermoïde CE dans 95% des cas) représentent un enjeu évident de santé publique en France (1e rang européen et 2e rang mondial). Bien que les CE de la cavité buccale se caractérisent par un processus progressif avec la notion de lésion précurseur, le taux de survie est médiocre à 5 ans du fait d'un dépistage souvent très tardif. »*[30]

1.2.2 Les facteurs de risque

Les facteurs de risque des cancers de la cavité buccale sont nombreux. Certains sont majeurs et unanimement reconnus, d'autres sont suspectés. Bien que la mesure de ces risques soit parfois difficile à évaluer, il est possible d'en identifier les principaux facteurs et de les classifier. La Tableau 2 ci-après a été réalisée à partir des données recueillies dans plusieurs ouvrages[31][32].

[29] Ibid.

[30] Samson et al., « Les cancers de la cavité buccale : du dépistage à l'annonce du diagnostic ».

[31] Gauzeran, *Des lésions à risque aux cancers des muqueuses orales.*

[32] Fricain, *Oncologie*.

Tableau 2 : Récapitulatif des facteurs de risque

Facteurs de risque avérés		
Tabac	Rôle carcinogène prouvé La cavité buccale est toutefois moins vulnérable que le larynx	*Goudrons, phénols, aldéhyde, acroléine, etc.*
Cannabis	3 "joints" = 1 paquet de cigarettes	*6 à 7 fois plus de goudrons que le tabac, benzène, toluène.*
Chique de bétel	Association à risque élevé de feuilles de bétel, chaux éteinte, noix d'arec et tabac Induction d'une fibrose sous-muqueuse	*Noix d'arec, chaux*
Alcool (éthanol)	Altération de la barrière lipidique de l'épithélium squameux de la muqueuse buccale et augmentation de sa perméabilité Toxicité cellulaire de l'acétaldéhyde	*Acétaldéhyde*
Radiations/UV	Induction directe par radiations ionisantes ou ultraviolets	
Virus	Infection orale, par transmission sexuelle orogénitale du HPV	*Papillomavirus (HPV) 16 et 18* *Virus carcinogènes par mutation des gènes P53 et PRb*
Facteurs de risque associés		
Inflammation chronique et septicité buccale	Mauvaise hygiène d'où inflammation chronique pouvant favoriser l'apparition de lésions muqueuses Prothèses dentaires inadaptées traumatiques	*Augmentation chez le malade alcoolique, par dégradation de l'éthanol en acétaldéhyde*
Alimentation	Alimentation déséquilibrée et carences vitaminiques facilitent la survenue d'un cancer	
États précancéreux		
Prédispositions génétiques	Éléments toxiques variables selon les individus	*Xénobiotiques, protéine P53*
Personnes âgées	Déséquilibre entre phénomènes de réparation et dégradation de l'organisme	
Principales conditions précancéreuses	Lichen plan, chélites actiniques chroniques, infections bactériennes ou virales, fibrose sous-muqueuse, syndrome de Plummer-Vinson Immunodépression	

Source : Auteur, à partir des données de l'Institut de veille sanitaire 1980-2012, 2017

D'autres investigations nombreuses et variées sont menées, afin de connaître et pouvoir éliminer le plus grand nombre de facteurs de risques, parmi lesquelles :

- Ondes radio : « Au cours des dernières années, de nombreuses études ont cherché à savoir si les fréquences radio (RF), en particulier celles des téléphones mobiles, peuvent causer le cancer.[33] » ;
- Matériaux dentaires : « Les composés époxy sont considérés comme des composés cancérogènes et mutagènes.[34] ».

Certains éléments semblent minorer la survenue de ce type de cancer[35] :

- Les antioxydants par la consommation de fruits et légumes ;
- Les polyphénols par l'absorption de thé et café ;
- Un Indice de masse corporelle (IMC) élevé : *« Si, pour la plupart des cancers, le surpoids est un facteur de risque, plusieurs études mettent en évidence une association inverse entre l'IMC et l'incidence ou la mortalité des cancers des VADS »*[36].

En conclusion, le cancer de la cavité buccale est une maladie grave qui pourrait être prévenue dans la plupart des cas. Le tabac et l'alcool sont responsables de la majorité des cas et leur effet est synergique. Malgré l'accès facile à l'examen visuel direct de la cavité buccale, le diagnostic est tardif dans deux tiers des cas.

> *« La cause principale est une détection précoce insuffisante puisque 70 % de ces cancers sont diagnostiqués à un stade avancé (T3 ou T4 selon la classification internationale TNM). Ces diagnostics tardifs induisent des prises en charge mutilantes et coûteuses.*[37] *»*

Dans le cadre préventif, le chirurgien-dentiste doit donc connaître les facteurs de risque des cancers buccaux afin de savoir prodiguer aux patients des conseils à visée préventive, et pouvoir réaliser un examen minutieux et spécifique des muqueuses buccales[38].

[33] CNSD, « Champs électromagnétiques : des effets possibles sur la santé ».
[34] Reichl, « Toxicologie et allergologie des matériaux dentaires plastiques ».
[35] Fricain, *Oncologie*.
[36] Ibid.
[37] Chirurgien dentiste, « Diagnostiquer les cancers de la cavité buccale ».
[38] Fricain, *Oncologie*.

En amont de cet examen spécifique, le chirurgien-dentiste doit, pour dresser un bilan complet, interroger son patient. Les questions portent essentiellement sur les facteurs de risque (alcool, tabac notamment), les maladies significatives du patient ainsi que les antécédents familiaux de cancer de la cavité buccale. Ensuite, il doit procéder à un examen visuel minutieux tendant à déceler toutes anomalies de taille, de couleur ou de texture, à l'extérieur (cou, lèvres, joues…), ou à l'intérieur de la bouche (palais, glandes salivaires, gencive…). « Afin de détecter précocement les lésions à potentiel malin, plusieurs moyens d'aide au diagnostic ont été développés et commercialisés ces dernières années dont la coloration, la fluorescence et le brossage transépithélial[39]. »

Toute anomalie muqueuse doit être étudiée, ainsi que tout trouble de déglutition, respiration ou parole. Lors de ces premières constatations, afin d'établir un diagnostic précis, le moindre soupçon doit mener à la réalisation d'analyses plus poussées. « La biopsie devra, de toute manière, être pratiquée car elle seule permet l'étude, non seulement des cellules, mais aussi de l'architecture des tissus dans leur ensemble. […] Par conséquent, autant faire directement une biopsie qui reste la référence diagnostique[40]. »

Si un cancer de la cavité buccale apparaît probable ou avéré, le chirurgien-dentiste adresse son patient à un spécialiste pour une prise en charge.

[39] Samson et al., « Les cancers de la cavité buccale : du dépistage à l'annonce du diagnostic ».

[40] Gauzeran, *Des lésions à risque aux cancers des muqueuses orales.*

2 : Constat actuel du déroulement de l'annonce d'un diagnostic d'un cancer de la cavité buccale

L'annonce d'un diagnostic de cancer de la cavité buccale revêt une importance toute particulière car son déroulement restera à jamais gravé très précisément dans la mémoire du patient, d'où l'importance d'en étudier les conditions et de respecter, mais également adapter, un processus visant à ne pas ajouter de souffrance à une situation déjà traumatisante.

> *« La révélation d'un diagnostic est un temps déterminant pour l'avenir du patient (enfant ou adulte) et de ses proches. Elle conditionne souvent l'acceptation de la maladie, les conditions du traitement et de la prise en charge. L'annonce d'un diagnostic grave est un événement traumatique au sens où c'est un événement de la vie du sujet qui se caractérise par sa violence, son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il peut provoquer dans l'organisation psychique du sujet et dans ses interactions avec son entourage[41]. »*

> *« L'irruption d'un cancer dans la vie fait souvent l'effet d'un tremblement de terre ! […] si vous apprenez ce diagnostic, vous aurez l'impression de passer brutalement de la terre ferme au vide absolu, de l'ordre au chaos.[42] »*

Or, il n'existe pas de solution universelle pour ce type d'annonce. Même si certaines lignes peuvent être préconisées, il n'en reste pas moins que chaque praticien agit en fonction de sa sensibilité, de ses convictions, de même qu'en fonction du patient et de la connaissance qu'il peut avoir de lui.

> *« Le patient a droit à la vérité. […] le moment est souvent redouté par le praticien[43]. »*

[41] Romano, « L'annonce d'un diagnostic grave », 2010.

[42] Khayat, Wenger, et Delfieu, *Guide pratique du cancer*.

[43] Pirnay, « Comment annoncer à son patient un pronostic grave ».

Le patient peut se faire accompagner par une personne de son choix. Cette disposition facultative s'avère le plus souvent rassurante et fort utile :

> *« La personne de confiance peut alors entendre le médecin et restituer ses conseils ou son commentaire lorsque la consultation sera terminée. […] la personne de confiance est, là encore, à même de reconstruire le puzzle avec le malade. [44]»*

L'amélioration des conditions d'annonce du diagnostic de cancer est devenue un objectif majeur pour les professionnels de santé. Les actions en ce sens se sont accrues au cours des différents Plans cancer annoncés par le gouvernement.

Tableau 3 : Évolution des dispositifs d'annonce des différents plans cancer

Évolution des mesures d'annonce au cours des 3 plans cancer

Plan 2003 - 2007

- Faire bénéficier le patient de meilleures conditions d'annonce (l'annonce ne doit plus être brutale et impersonnelle)
- Définir puis mettre en place des consultations d'annonce
- Améliorer les conditions d'annonce du diagnostic
- Rémunérer la consultation d'annonce afin de permettre de financer le dispositif de soutien au patient et le temps du médecin

Plan 2009 - 2013

- Généraliser les actions d'évaluation sociale dans le cadre du dispositif d'annonce et intégrer un volet social dans le PPS (Programme Personnalisé de Soins)
- Élargir les postes d'infirmiers d'annonce afin d'intégrer les nouvelles missions
- Généraliser la mise en œuvre des mesures qualité (dispositif d'annonce, pluridisciplinarité, programme personnalisé de soins, accès aux soins de support)
- Préparer un plan de montée en charge du dispositif d'annonce au niveau de chaque établissement de santé
- Mettre en place de nouvelles modalités de financement des mesures qualité transversales en cancérologie

Plan 2014 - 2019

- Redéfinir le contenu du dispositif d'annonce, ses différents temps et ses modalités de mise en œuvre en cohérence avec l'évolution des prises en charge
- Aborder la préservation de la fertilité
- Sensibiliser et former les professionnels à l'annonce du diagnostic tout au long de leur parcours professionnel
- Amplifier le suivi des populations fragiles
- Intégrer les modalités particulières pour les cancers pédiatriques
- Adapter le dispositif d'annonce aux enfants et adultes déficients intellectuels

Source : Auteur, à partir des Plans cancer du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé[45] [46] [47]

[44] Khayat, Wenger, et Delfieu, *Guide pratique du cancer*.

[45] Ministère des affaires sociales et de la santé, « Plan cancer 2003-2007 ».

[46] Ministère des affaires sociales et de la santé, « Plan cancer 2009-2013 ».

[47] Ministère des affaires sociales et de la santé, « Plan cancer 2014-2019 ».

2.1 L'annonce en milieu hospitalier

2.1.1 Le déroulement, le processus et le protocole de l'annonce en milieu hospitalier

Le dispositif d'annonce est construit autour de quatre étapes de prise en charge du patient par des personnels médicaux ou soignants[48].

- Un temps médical : annonce du diagnostic et proposition d'une stratégie thérapeutique définie lors de la RCP, puis remise d'un PPS.
- Un temps d'accompagnement soignant : possibilité d'accéder à des soignants pour aider, reformuler et orienter le patient.
- L'accès à une équipe impliquée dans les soins de support : soutien et guide au patient dans ses démarches.
- Un temps d'articulation avec la médecine de ville : interlocuteur privilégié du patient associé à son parcours de soins.

Le patient est informé d'une suspicion, puis un bilan complémentaire est fait et, devant la confirmation d'un cancer, son dossier doit passer en RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire). Dans cette RCP, où l'on retrouve généralement le praticien qui a établi le diagnostic, un radiothérapeute, un chimiothérapeute, un chirurgien, un oncologue, un ORL, le dossier est examiné et les décisions sont prises sur les suites à donner. Le patient est alors reconvoqué, l'annonce lui est faite et la stratégie thérapeutique annoncée[49].

Face à la problématique de cette annonce, la pluridisciplinarité permet de trouver la réponse la plus adaptée au patient. En particulier, elle lui permet, pour le traitement à mettre en place mais aussi pour sa qualité de vie future, de rencontrer les spécialistes les plus enclins à répondre à ses questions.

[48] Institut national du cancer, « Recommandations nationales pour la mise en oeuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé - Mesure 40 du plan cancer ».

[49] Cf. Annexe 2 : Réponses des praticiens - Entretien oral avec le Dr Mickael Samama, Praticien hospitalier contractuel, Service de Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière – mars 2017

« Les psychologues et les cancérologues ont uni leurs forces dans un travail commun. Cette alliance entre médecins, soignants et psychologues a ouvert le dialogue avec les malades : elle constitue une part de la force du lien face au cancer[50]. »

2.2 L'annonce en cabinet privé

2.2.1 Les médecins généralistes

L'annonce peut être faite par le médecin traitant s'il est le prescripteur des analyses complémentaires effectuées suite à une suspicion, et donc destinataire des résultats, mais aussi s'il a reçu l'information par un autre professionnel de santé, chirurgien-dentiste par exemple, et que le patient souhaite prendre connaissance du diagnostic auprès de lui.

« Même si le médecin connaît son patient, comme c'est le cas général (sauf en cas de nouveau patient) pour les médecins traitants, il est conseillé de consacrer un temps à la préparation de l'annonce[51]. »

Notons par ailleurs que le patient est régulièrement encouragé à venir accompagné d'un proche[52].

Après l'annonce, le médecin généraliste doit rapidement orienter son patient vers le parcours de soins adéquat.

« Le Plan donne aux médecins généralistes les moyens d'orienter le patient dans des délais rapides vers les équipes spécialisées dès le diagnostic de cancer ; il s'attache à ce que sa prise en charge soit conforme à ses besoins, à ses spécificités, à ses difficultés ; l'après-cancer doit être anticipé. Cette ambition implique une coordination et des échanges d'information entre professionnels de la ville et de l'hôpital que la Stratégie nationale de santé encourage[53]. »

[50] Bacqué et Baillet, *La force du lien face au cancer*.

[51] Haute autorité de la santé, « Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique ».

[52] Dolbeault et Brédart, « Difficultés de l'annonce du côté des professionnels et de leurs patients : Quels obstacles à la communication et quels recours possibles ? »

[53] Ministère des affaires sociales et de la santé, « Plan cancer 2014-2019 ».

2.2.2 Les chirurgiens-dentistes

« L'information à la personne incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables[54]. »

Le chirurgien-dentiste peut se trouver en première ligne diagnostique du cancer de la cavité buccale. À ce titre, il pourra être le premier professionnel de santé à faire l'annonce de la lésion cancéreuse[55].

Le chirurgien-dentiste en charge de l'annonce doit maîtriser les bases de la communication afin d'être le plus compétent possible à l'annonce d'un cancer de la cavité buccale. Il doit être disponible et accessible, être en permanence en situation d'écoute active du patient et décoder les éléments de communication verbale et non verbale, il doit prendre en compte les préférences du patient dans l'élaboration du projet de soins, en effet le médecin chargé de l'annonce d'un cancer de la cavité buccale doit pouvoir proposer une solution thérapeutique au patient ou bien le rediriger correctement[56].

Le chirurgien-dentiste doit surtout avoir été formé à l'annoncer. Cet enseignement peut passer par diverses voies et nous traitons cela au chapitre 3.6.

Il doit par ailleurs adapter son comportement, sa démarche à la situation du patient, ainsi que la forme et le contenu de son discours à son interlocuteur, prendre conscience des implications de ses paroles et de ses actes, donner des explications claires, concises et adaptées au niveau de compréhension du patient et vérifier qu'elles sont effectivement comprises. Il doit savoir quand parler et quand écouter son patient, il doit respecter les silences. L'annonceur pourra avoir recours à des questions ouvertes et fermées, à des contrôles de la compréhension et devra reformuler si nécessaire[57].

L'annonce se déroule en plusieurs étapes :

- L'examen minutieux mené en cabinet ne laisse aucun doute quant à la gravité de la maladie, le chirurgien-dentiste, afin de ne pas perdre de temps et de pouvoir traiter

[54] Haute autorité de la santé, « Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique ».
[55] Fricain, *Oncologie*.
[56] Arlet et Trapé, « La formation du patient atteint de maladie chronique ».
[57] Ibid.

rapidement le patient, lui fait part de sa suspicion (en veillant à la formulation faite dans le respect de la sensibilité et de la compréhension du patient) et l'adresse directement à un service hospitalier spécialisé.

« Il faut préparer le patient, lui parler de lésion avec suspicion de cellules problématiques, sans le faire paniquer, ne pas lui parler de suite de cancer. Il faut ajouter que plus vite c'est diagnostiqué et mieux on peut le traiter[58].

Une formation complémentaire est ressentie comme nécessaire car il n'est pas anodin d'annoncer un cancer à un patient[59].

- Une « préannonce » : l'observation clinique démontre une suspicion de CCB. Il informe son patient de la nécessité d'approfondir cet examen pour établir un diagnostic précis et décider du traitement approprié.

  « Je pense qu'il faut une formation complémentaire pour annoncer une pathologie aussi importante au patient[60] »

- Le praticien adresse son patient à un oncologue afin de réaliser des examens complémentaires.

  « J'adresse mon patient à un spécialiste en lui expliquant qu'il y a une lésion suspecte et qu'il faut réaliser des examens complémentaires[61] »

- Les résultats montrent qu'il s'agit d'un cancer et le patient est alors pris en charge directement par le spécialiste à qui revient le devoir d'annoncer la mauvaise nouvelle.

2.2.3 Les spécialistes de la chirurgie orale / MBD

En cas de suspicion d'une lésion cancéreuse, le spécialiste réalise lui-même la biopsie nécessaire pour confirmer ou infirmer le diagnostic. Dès la confirmation d'un cancer de la cavité buccale, il contacte directement son patient et le prépare à recevoir une mauvaise nouvelle. Il peut notamment lui indiquer qu'il va l'adresser à un service spécialisé pour une

[58] Cf. Annexe 2 : Réponses des praticiens - Entretien oral avec le Dr Jacques Benizri, Chirurgien-dentiste – mars 2017

[59] Cf. Annexe 2 : Réponses des praticiens - Entretien oral avec le Dr Pauline Glass, Chirurgien-dentiste – mars 2017

[60] Cf. Annexe 2 : Réponses des praticiens - Entretien oral avec le Dr Gaston Madar, Chirurgien-dentiste – mars 2017

[61] Cf. Annexe 2 : Réponses des praticiens - Entretien oral avec le Dr Jean-Claude Tavernier, Maître de Conférence à la faculté de chirurgie dentaire de l'Université René Descartes, Praticien Hospitalier – mars 2017

suspicion de lésion maligne. Le langage est bien sûr adapté à la compréhension du patient et à l'approche qu'il peut en avoir.

> *« La période de stress se manifeste au moment de la biopsie mais retombe à l'annonce. […] La majorité des patients m'ont remercié pour ma prise en charge et ma célérité*[62] *»*

Malgré son expérience des consultations de cancérologie par l'intermédiaire de l'hôpital et son expérience personnelle, le Docteur David Moyal ressent la nécessité de formations sur les diagnostics, la prise en charge et surtout pour l'annonce.

[62] Cf. Annexe 2 : Réponses des praticiens - Entretien oral avec le Dr David Moyal, Chirurgien-dentiste – mars 2017

3 : Étude

3.1 Matériel et méthode

L'enquête intitulée : « S'il y avait un diagnostic grave, comment souhaiteriez-vous en être informé ? » s'est déroulée du 1er octobre au 31 octobre 2016, les mardis et jeudis après-midi :

- Les mardi 4, 11, 18, 25 octobre 2016
- Les jeudi 6, 13, 20, 27 octobre 2016

au cabinet dentaire libéral, 1 rue des Arcades 93160 Noisy-le-Grand, lors du remplacement d'un praticien (Dr. Jacques BENIZRI) auprès d'une patientèle d'une grande mixité socio - économique : cadre supérieur, cadre, ouvrier, sans emploi, bénéficiaire ou non de la CMU, français ou étranger.

La population incluse dans le cadre de cette étude était les patients répondant aux trois critères simultanés et indispensables suivants :

- Avoir atteint la majorité civile,
- Consulter pour la première fois dans ce cabinet entre le 1er au 31 octobre 2016 (période de l'étude),
- Savoir lire, écrire et parler français couramment,
- Hommes et femmes retenus.

La population exclue de cette étude était la suivante :

- Patient mineur,
- Patient ayant déjà consulté au cabinet dentaire,
- Patient ne maitrisant pas correctement le français (parler, lire, écrire).

Pour cette étude, le mode d'entretien retenu s'est porté sur le questionnaire écrit. Le questionnaire écrit offre en effet une richesse et une précision d'informations et s'avère ainsi le plus adapté à notre étude.

Lors du questionnaire que nous remettons directement aux patients, ces derniers sont amenés à répondre à des questions ouvertes afin de leur permettre de s'exprimer librement

sur les questions qui y sont consignées et de recueillir ainsi des données tant qualitatives que quantitatives.

L'étude qui se déroule au sein du cabinet dentaire se compose d'un questionnaire anonyme, se divisaient en deux parties : une première partie composée de six questions relatives à la vie du patient et une seconde partie avec sept questions à choix multiples relatives à l'annonce du diagnostic.

Pour éviter toute source d'anxiété du patient par rapport à son propre état de santé, le questionnaire lui est remis avant la consultation et la connaissance de son état médical. Enfin compléter ne demande que cinq minutes environ.

Le questionnaire est remis au patient en ces termes :

— Bonjour, serait-il possible que je vous fasse remplir un questionnaire pour une étude, qui rentrera dans ma thèse d'exercice sur l'annonce d'un cancer de la cavité buccale ?

Aucune aide n'est alors apportée au patient pour la réalisation de ce questionnaire, de façon à ne pas influencer sa compréhension ni sa réponse.

Il est intéressant de souligner qu'aucun patient n'a refusé de répondre au questionnaire, à aucun moment que ce soit.

Le questionnaire a été présenté aux 30 nouveaux patients se présentant au cabinet dentaire libéral pendant la période de l'enquête.

Le choix des questions a été décidé après une sélection des éléments les plus pertinents pour atteindre les objectifs de l'étude, à partir d'une étude bibliographique faite au préalable, sur la base de recherche « PUBMED », et en utilisant les facteurs de risques, et les recommandations existantes concernant l'annonce d'une maladie grave. De plus un questionnaire court, d'environ cinq minutes, évite d'augmenter la durée d'anxiété du patient et d'empiéter sur la consultation.

3.2 Les biais de L'étude

L'étude pouvait comporter certains biais :

- En effet la présence du chirurgien-dentiste, lors du remplissage du questionnaire pouvait être un facteur de stress pour le patient, et altérer sa concentration et les réponses.
- Un jeune patient fumeur accorde a priori moins d'importance au questionnaire qu'un patient de 50 ans. Or nous avons 24% de répondants qui ont entre 18 et 30 ans et 24% de fumeurs. Il faut toutefois noter que le nombre de jeunes fumeurs n'est pas déterminé, mais compte tenu du pourcentage élevé de chaque catégorie, le biais n'est pas négligeable.
- De nombreux de patients sont déjà stressés lorsqu'ils se rendent au cabinet pour recevoir des soins, surtout lorsqu'il s'agit d'une première visite, ou parfois ils sont déjà stressés par l'image qu'ils se font de leur santé bucco-dentaire.
- Les termes « famille » et « proche » employés dans le questionnaire n'ont pas la même signification d'une personne à l'autre. La réponse obtenue peut différer selon la précision de parenté émise : conjoint, parents ou enfants.
- « Consommateur d'alcool » prête à confusion car aucune notion de quantité ni de fréquence n'est précisée.
- Le mot « oncologue » n'est pas compris de tout le monde, il aurait peut-être fallu mettre un astérisque pour préciser ou plutôt indiquer « cancérologue ». Il a fallu préciser cela au patient à l'oral.
- Notre questionnaire est remis aux patients en bonne santé. Les réponses peuvent changer en cas de maladie.

3.3 Questionnaire patient

Le questionnaire suivant a été soumis aux patients :

Questionnaire patient page 1

SI VOUS ETIEZ ATTEINT D'UNE MALADIE ORALE TRES GRAVE, COMMENT SOUHAITERIEZ-VOUS EN ETRE INFORME ?

Cochez la (ou les) réponses exactes

I - Qui êtes-vous ?

- Quel est votre sexe ?

Masculin	Féminin

- Quel est votre âge ?

-

- Dans quelle ville habitez-vous ?

-

- Quel est votre statut marital ?

Célibataire	En Couple	Marié(e)	Divorcé(e)	Veuf / Veuve	Autre … (Préciser…)

- Avez-vous des enfants ?

OUI	NON

- Êtes-vous… ? (Cochez oui ou non…)

Êtes-vous… ?	OUI	NON
Consommateur de tabac fumé ?		
Consommateur de tabac non fumé ?		
Consommateur d'alcool ?		
Consommateur régulier de thé ?		
Consommateur régulier de bain de bouche ?		

Questionnaire patient page 2

II - Questions à choix multiples :

1) Par qui souhaiteriez-vous être informé s'il y avait un diagnostic grave à vous annoncer ?

Dentiste	Oncologue	Médecin traitant	Psychologue	Membre famille	Autre, Précisez...

2) Dans quel environnement souhaiteriez-vous être informé ?

Cabinet dentaire	Cabinet médical	Hôpital	Avec la présence d'un Psychologue	Dans votre maison	Autre, Précisez…

3) À quel moment souhaiteriez-vous être informé ?

Avant votre famille	Après votre famille	En même temps que votre famille	Autre

4) Souhaiteriez-vous connaître toute la vérité progressivement ou tout d'un coup ?

Progressivement	Tout d'un coup

5) Souhaiteriez-vous que vos proches soient informés ? Si oui, avant ou après vous. ?

OUI	NON

6) Si oui, souhaiteriez-vous que vos proches soient informés avant ou après vous. ?

Avant vous ?	Après vous ?

7) Souhaiteriez-vous que l'on vous cache la gravité ?

OUI	NON	Autre

3.4 Résultats

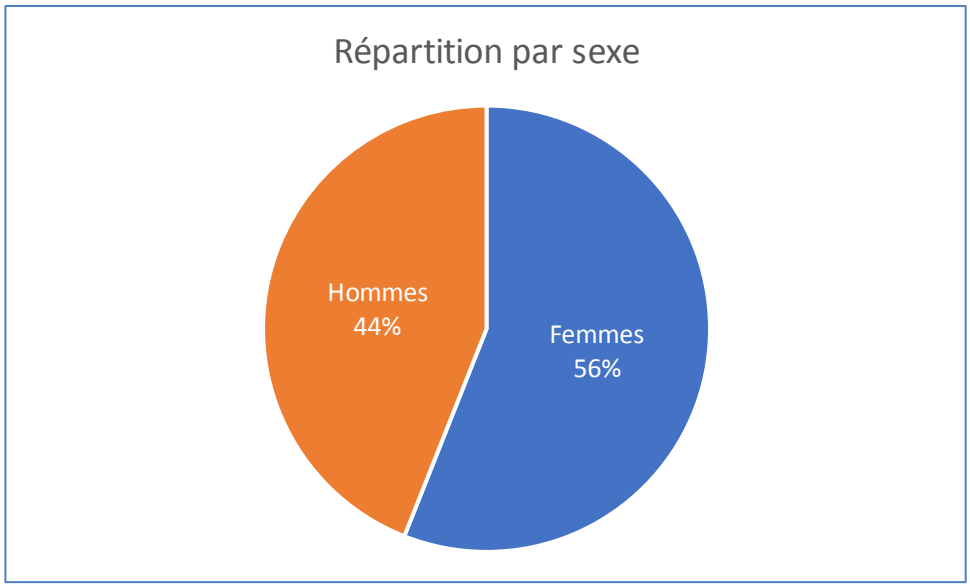
Cinq questionnaires n'ont pu être retenus pour les raisons suivantes :

- Les questions n'étaient pas comprises par le patient,
- Plusieurs réponses à une même question ont été données,
- Une ou plusieurs questions n'ont donné lieu à aucune réponse.

3.4.1 Réponses au questionnaire

- Quel est votre sexe ?

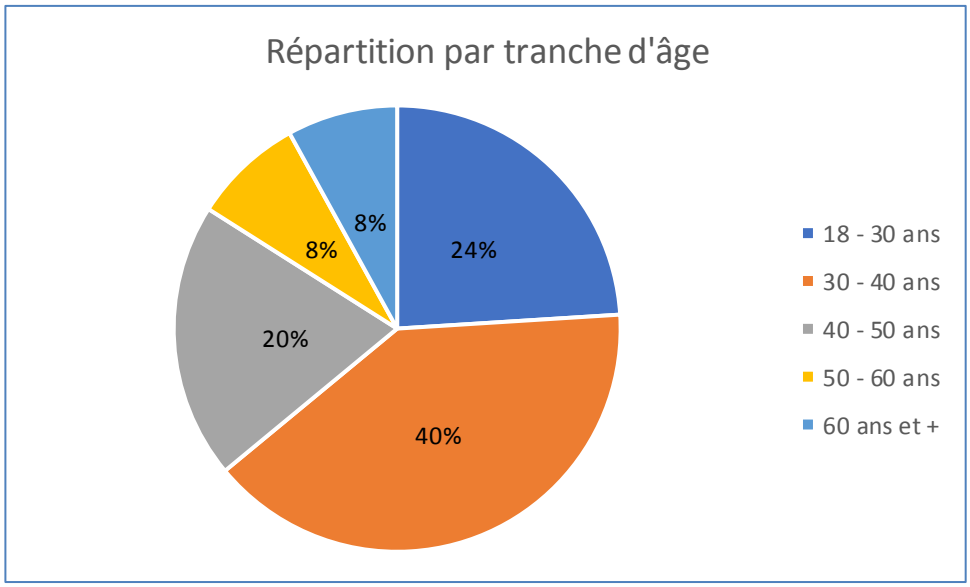
Figure 3 : Répartition hommes / femmes



Source : Auteur,2017

- Quel est votre âge ?

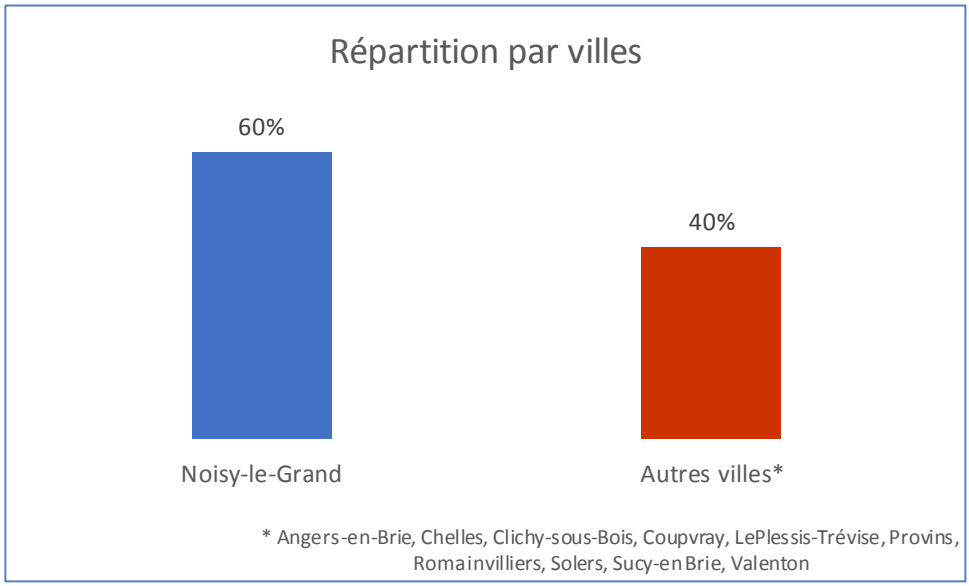
Figure 4 : Répartition par tranche d'âge



Source : Auteur, 2017

- Dans quelle ville habitez-vous ?

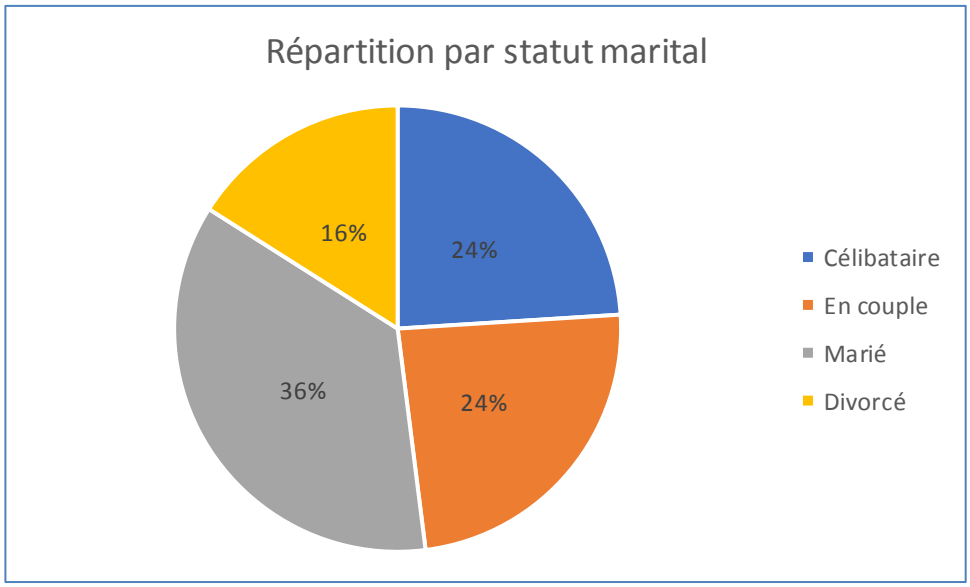
Figure 5 : Répartition par villes



Source : Auteur, 2017

- Quel est votre statut marital

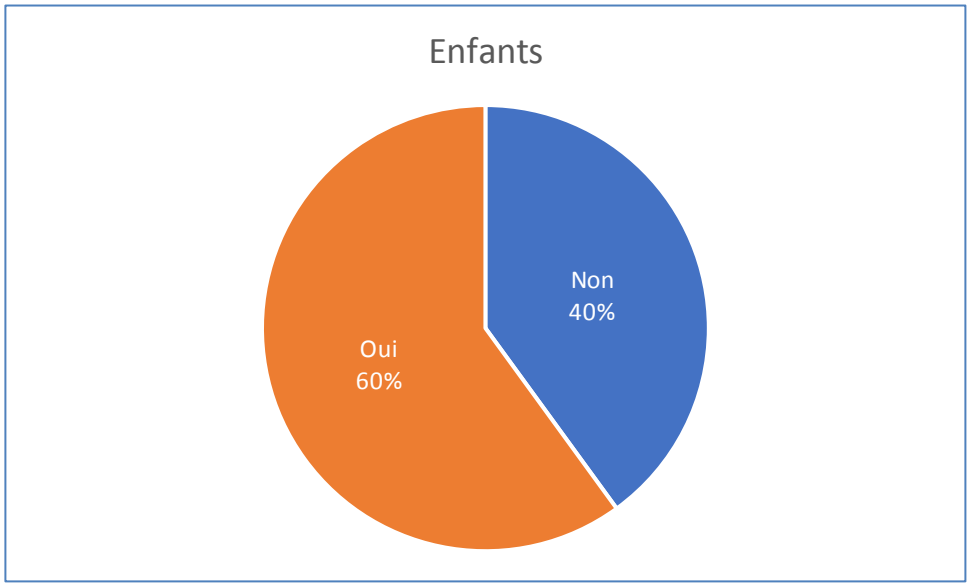
Figure 6 : Répartition par statut marital



Source : Auteur, 2017

- Avez-vous des enfants ?

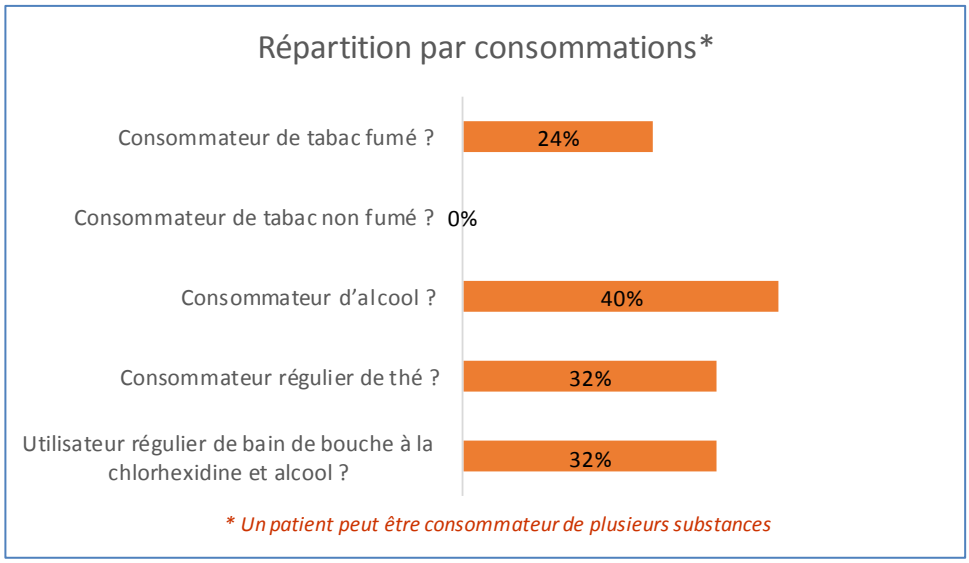
Figure 7 : Répartition de la parentalité



Source : Auteur, 2017

- Êtes-vous consommateurs des produits suivants ?

Figure 8 : Consommations par substances

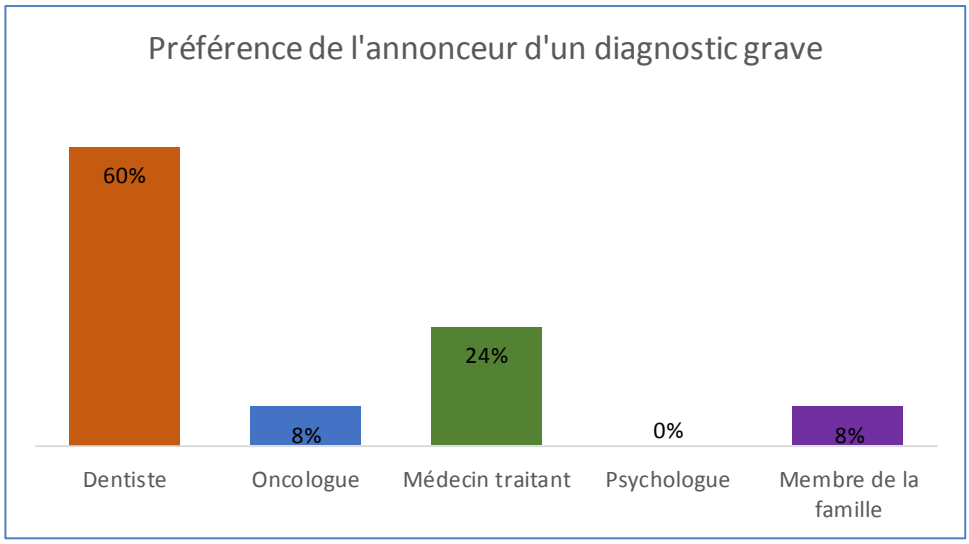


Source : Auteur, 2017

3.4.2 Questions à choix multiples

- Par qui souhaiteriez-vous être informé s'il y avait un diagnostic grave à vous annoncer ?

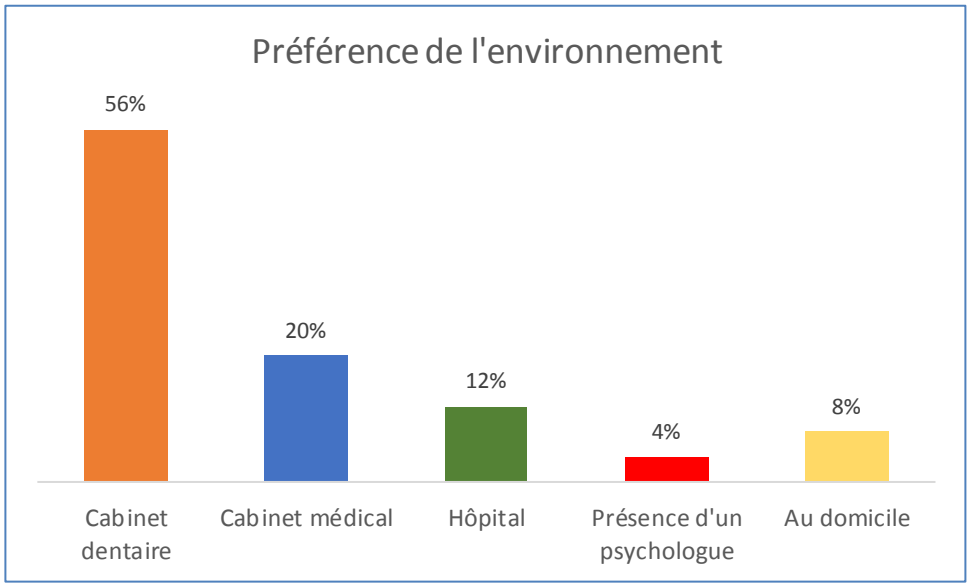
Figure 9 : Annonceur souhaité



Source : Auteur, 2017

- Dans quel environnement souhaiteriez-vous être informé ?

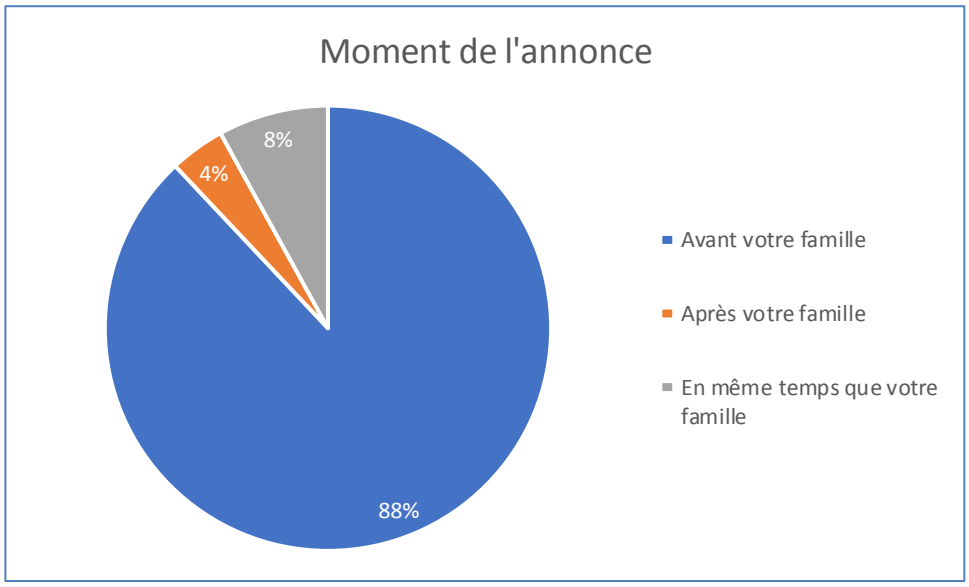
Figure 10 : Environnement souhaité



Source : Auteur, 2017

- À quel moment souhaiteriez-vous être informé ?

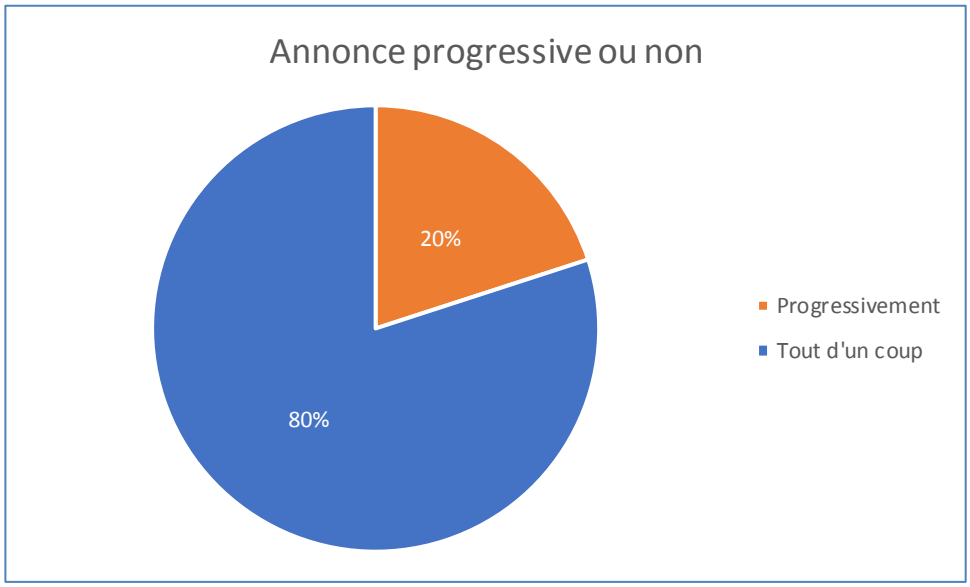
Figure 11 : Moment souhaité par rapport à la famille



Source : Auteur, 2017

- Souhaiteriez-vous connaître toute la vérité progressivement ou tout d'un coup ?

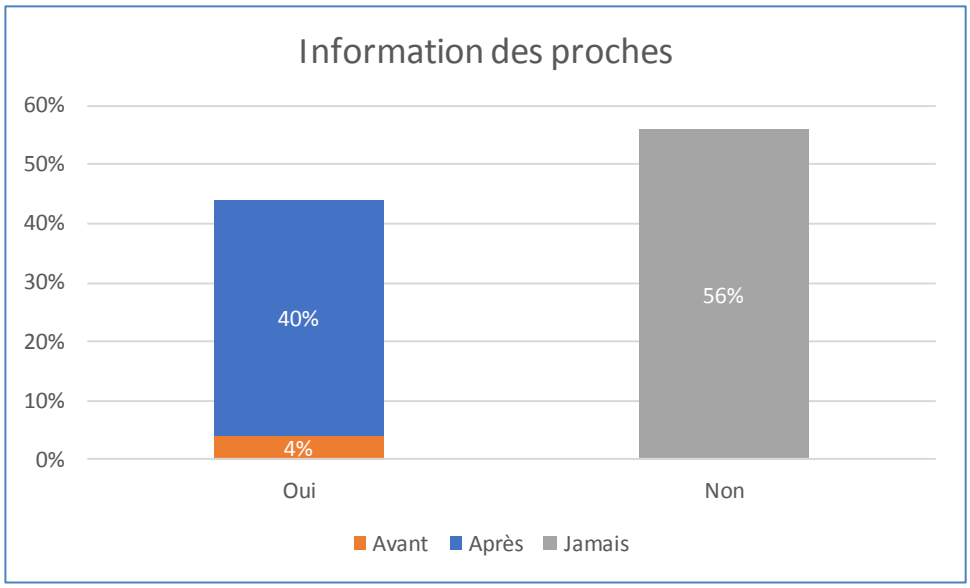
Figure 12 : Vérité progressive ou en une fois



Source : Auteur, 2017

- Souhaiteriez-vous que vos proches soient informés ? Si oui, avant ou après vous ?

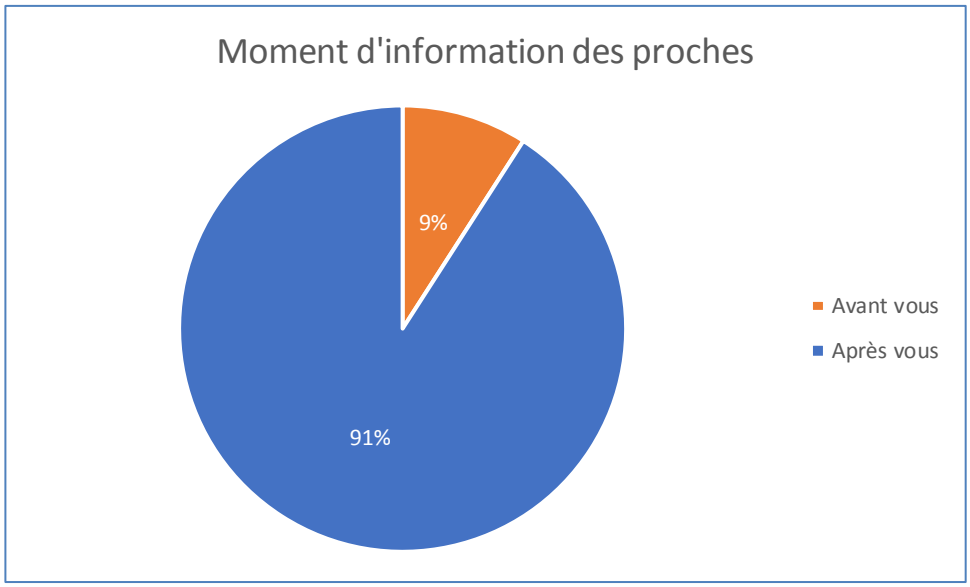
Figure 13 : Souhait d'information des proches



Source : Auteur, 2017

- Souhaiteriez-vous que vos proches soient informés ? Si oui, avant ou après vous ?

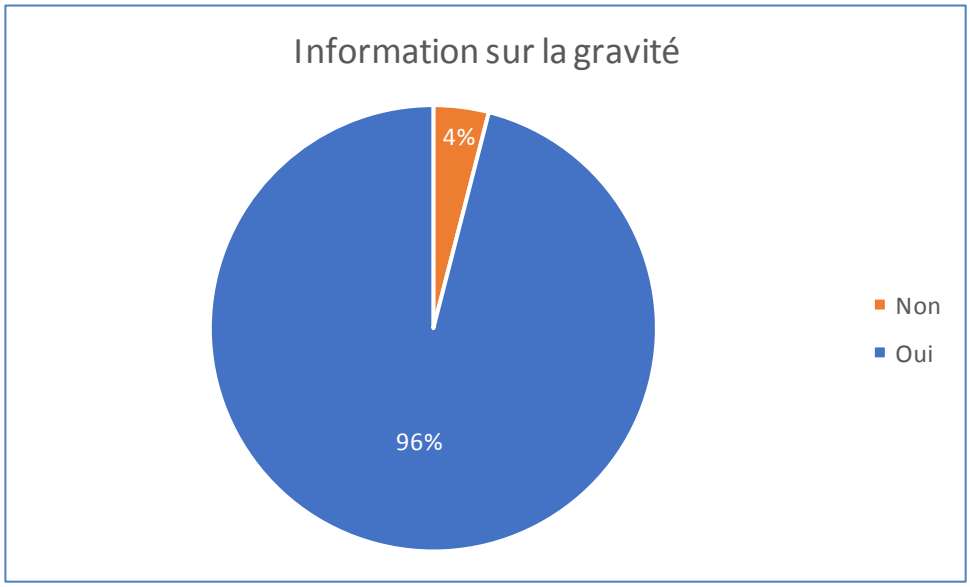
Figure 14 : Moment souhaité pour l'information des proches



Source : Auteur, 2017

- Souhaiteriez-vous que l'on vous cache la gravité ?

Figure 15 : Information sur la gravité



Source : Auteur, 2017

3.5 Discussion

« Que faire face aux volontés du patient ? »

3.5.1 L'annonceur et l'environnement de l'annonce

Le texte de la loi du 4 mars 2002[63] ne précise pas quel professionnel de santé doit faire l'annonce. Mais en pratique, celui qui a une suspicion de cancer envers son patient – le médecin généraliste ou le chirurgien-dentiste par exemple – oriente son patient vers un spécialiste pour analyse complémentaire. C'est donc ce dernier qui aura confirmation du bilan et qui, le plus souvent, sera amené à faire l'annonce auprès du patient afin de l'orienter rapidement vers le parcours de soins correspondant.

Il faut toutefois souligner que le généraliste est le plus souvent amené à préparer son patient lorsqu'il l'adresse pour la réalisation d'analyses complémentaires. Il doit en effet lui expliquer la raison de ces examens et sous-entendre la suspicion de quelque chose de plus grave dont il veut être certain pour pouvoir prendre les bonnes décisions.

Comme le précise la HAS dans ses recommandations[64] :

> *« Lorsque plusieurs professionnels de santé interviennent, chacun informe la personne des éléments relevant de son domaine de compétences en les situant dans la démarche générale de soin. […] Un référent unique, professionnel de santé, remet à la personne une synthèse des données médicales la concernant […]. »*

Lors de cette étude, les deux premières questions auxquelles les patients devaient répondre concernaient l'annonceur et l'environnement de l'annonce - les deux points clefs de l'étude. Ces questions leur permettaient, en effet, de préciser leurs souhaits sur ces sujets.

Pour ce qui est du choix de l'annonceur, 15 patients sur 25 (60%) ont répondu vouloir être informés par leur chirurgien-dentiste, ce qui montre la relation de confiance qui existe entre le patient et son chirurgien-dentiste, tandis que 6 des questionnés (24%) souhaitent se voir divulguer cette information capitale par leur médecin traitant. Ces derniers ont sans doute

[63] Légifrance, Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

[64] Haute autorité de la santé, « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé ».

l'habitude, pour eux ou leurs proches, de se voir transmettre les informations importantes relatives à leur santé par leur médecin traitant et ne souhaitent pas changer leurs habitudes.

Deux patients ont choisi d'être informés par un oncologue. Enfin, pour 2 autres patients le choix se porterait vers un membre de leur famille, ce qui implique pour ces derniers une information d'abord délivrée à la famille du concerné par un professionnel de santé.

Concernant l'endroit où cette annonce devrait avoir lieu, une grande majorité des patients sont attachés au dentiste et à son cabinet dentaire, soit 56% des questionnés, veulent se voir délivrer cette information dans un lieu qu'ils connaissent bien, leur cabinet dentaire. Contre respectivement 20% dans le cabinet médical de leur médecin traitant, et 12% à l'hôpital.

Enfin, seulement 2 patients sur 25 sont attachés à leur domicile pour ce type d'annonce et veulent se voir informés chez eux.

Sur les 25 réponses obtenues pour cette question, 1 seul patient a souhaité obtenir la présence d'un psychologue lors de l'annonce.

> *« Ainsi, bon nombre de travaux ont montré l'importance de tact dans l'annonce de la pathologie cancéreuse afin de prévenir l'effondrement brutal du patient d'un point de vue psychologique. De ces recherches émerge l'importance d'un travail sur les liens. En effet, ce type de travail avec le psychologue permet une élaboration, une co-construction où le patient trouve de nouveau ses bases identitaires »*[65].
>
> *« Même si aujourd'hui, de plus en plus de personnes guérissent du cancer, il demeure selon un sondage d'IPSOS en janvier 2015, que 57% des Français placent le cancer comme la maladie la plus à « craindre » et « qui fait le plus peur » […] Même si l'annonce d'un cancer est toujours un choc, la façon de présenter les choses va jouer un rôle important […] »*[66].

[65] Ben Soussan et Dudoit, *Les souffrances psychologiques des malades du cancer : comment les reconnaître, comment les traiter ?*

[66] Sugg, *Cancer*.

3.5.2 La qualité de l'annonce

« De la qualité de l'annonce dépend la qualité de fin de vie[67] ».

« Il ne faut pas rajouter de souffrance morale aux souffrances physiques[68] ».

La question n'est pas de savoir s'il faut ou non annoncer la mauvaise nouvelle, mais de savoir comment l'annoncer. Il est important d'avoir au préalable préparé la suite de cet entretien oral.

« Le diagnostic de cancer est un choc pour le patient. L'annonce du diagnostic peut atténuer ou accentuer ce choc. Parce que la qualité de celle-ci dépend de la relation relationnelle qui se noue entre le patient et le praticien mais également de la coordination de l'ensemble des professionnels qui entourent le patient à ce moment-là[69]. »

La HAS recommande d'adapter la durée de l'entretien à la demande du patient, selon la façon dont il perçoit la mauvaise nouvelle, sa personnalité, son écoute, les questions qu'il peut poser... Il est essentiel de prévoir un créneau suffisant long et de faire en sorte de n'être pas dérangé pendant l'entretien.

Les entretiens oraux menés auprès de plusieurs chirurgiens-dentistes montrent leur préoccupation quant à la façon dont est réalisée cette annonce. Ils s'accordent tous à dire que l'information doit être progressive et adaptée au patient qu'ils ont en face d'eux, en aménageant des silences de façon à ce que le patient puisse prendre la mesure de l'annonce et l'intégrer.

[67] Bouché et Ulrich, *Les annonces en cancérologie*.

[68] Cf. Annexe 2 : Réponses des praticiens - Entretien oral avec le Dr Didier Gauzeran, Praticien Hospitalier Chef de Service Honoraire des Hôpitaux de Paris – juin 2017

[69] Bettevy, Dufranc, et Hofmann, « Critères de qualité de l'annonce du diagnostic ».

3.5.2.1 Les méthodes et recommandations actuelles

Des méthodes et recommandations en matière d'annonce ont été définies :

- HAS :

  « Avant de procéder à l'annonce, il est conseillé d'avoir envisagé concrètement les possibilités de mise en place du projet thérapeutique, notamment vis-à-vis des enjeux que cela représente pour le patient, sa vie quotidienne et ses projets personnels et professionnels[70][71]*. »*

- EPICES[72] – traduction du moyen mnémotechnique SPIKES de Buckman[73]:

  E comme Environnement : préparer l'environnement du patient pour cette annonce ;
  P comme Perception du patient : préparer la prise en charge en déterminant les craintes et les attentes du patient ;
  I comme Invitation : délivrer l'information au rythme du patient ;
  C comme Connaissances : informer graduellement en laissant des silences pour évaluer sa réaction ;
  E comme Empathie : accueillir ses réactions émotionnelles et le reconnaître dans sa souffrance ;
  S comme Stratégies et Synthèse : évaluer ses capacités à entrer dans l'élaboration d'une stratégie de traitement et faire la synthèse du contenu et du temps passé ensemble.

- SPIKES[74] :

  Un protocole en six étapes pour annoncer une mauvaise nouvelle, repris par EPICES.

[70] Haute autorité de la santé, « Annoncer une mauvaise nouvelle ».
[71] Haute autorité de la santé, « Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique ».
[72] Teike Lüthi et Cantin, « Annonce de mauvaises nouvelles ».
[73] Buckman, « Breaking bad news : the S-P-I-K-E-S strategy ».
[74] Baile et al., « SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news ».

3.5.2.2 Le temps de l'annonce

> *« Le temps des premiers mots énoncés est unique, essentiel, fondateur. Il marque à tout jamais l'imaginaire du malade et la relation médecin, malade, maladie[75] ».*

Le plus souvent, c'est à réception d'analyses complémentaires confirmant le mauvais diagnostic que le professionnel de santé convoque le patient et doit lui faire l'annonce. Le moment de l'annonce n'est donc pas véritablement choisi. Les étapes s'enchaînent les unes après les autres, le temps étant un facteur essentiel dans le dispositif dont pourra bénéficier le patient.

3.5.2.3 Les mots pour le dire

Pour être efficace, la communication doit être adaptée à chaque patient.

> *« L'enjeu est de transformer le mythe-cancer en une réalité-cancer acceptable[76] ».*

> *« Au moment décisif de dire la maladie, un impératif moral entre en jeu, un devoir de bien-dire, de mieux dire, une éthique du mot juste qui va bien au-delà des obligations juridiques et des recommandations en tout genre qui se multiplient[77] ».*

Malgré eux, le patient comme le dentiste peuvent mentir pour éviter de choquer, pour essayer de faire passer la souffrance. Les mots manquent pour dire cette vérité.

> *« Annoncer en ménageant, dire la vérité sans court-circuiter l'imaginaire reste un idéal à atteindre pour de nombreux médecins[78] ».*

Si au plan légal strict, la loi du 4 mars 2002[79] garantit l'information du malade, cette information n'est pourtant pas toujours donnée, au motif premier que cette information n'est pas toujours bénéfique au malade ; suivant en cela l'esprit du code de déontologie médicale ; et que, dans son intérêt, il ne faut pas tout dire.

Le chirurgien-dentiste doit être à l'écoute de son patient afin d'être en mesure de déterminer son désir ou non de connaître la vérité. Cette appréciation est fonction du ressenti du praticien

---

[75] Moley-Massol, *Le malade, la maladie, et les proches*.

[76] Moley-Massol, « Être & savoir ».

[77] Ruszniewski et Rabier, *L'Annonce*.

[78] Bacqué, *Les vérités du cancer*.

[79] Légifrance, Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

qui jugera en son âme et conscience, par la connaissance qu'il a de son patient et après discussion, si celui-ci est trop fragile pour supporter cette annonce ou, au contraire, suffisamment solide.

3.5.3 L'annonce progressive

> *« Si dans certains pays du nord et en particulier aux États-Unis il est dans la culture que le médecin annonce très clairement et de manière assez abrupte des diagnostics graves, des pronostics mortels, cela n'est pas le cas dans la culture française. Il faut donc respecter cela, et parfois prendre beaucoup de précautions, prendre du temps, choisir les mots pour expliquer ce genre de chose à un patient fragile, sensible, ou une famille. Tout l'art pour le médecin est d'avoir apprécié le psychisme et les capacités d'écoute et d'adaptation du patient.*[80] *»*

Dans notre étude, 80% des patients questionnés préféraient connaitre l'intégralité des informations sur leur maladie et sur leur traitement en une seule et unique fois, à l'inverse seulement 20% des patients interrogés étaient favorables à une annonce progressive, en plusieurs étapes. Une annonce progressive permet au patient d'assimiler et de comprendre sa pathologie d'une manière croissante, et de gérer ses émotions et ses réactions grâce à une annonce en plusieurs étapes qui prendra en compte le ressenti et les réactions du patient et de son entourage. Selon le Docteur Philippe Pirnay, c'est bien la demande la plus éthique vis-à-vis du patient.

L'annonce d'un cancer de la cavité buccale, doit suivre un plan spécifique que le praticien chargé de l'annonce devra élaborer en amont. Cette préparation à l'annonce, lui permettra de diriger et d'amener progressivement le patient à son diagnostic et son pronostic, sans se retrouver dépassé par les émotions et interrogations du patient. Ce plan permettra à l'annonceur de gérer sa propre anxiété. Le médecin en charge de l'annonce doit rester maître de ce moment clé, tout en écoutant son patient.

L'annonce passe par une communication verbale et non verbale.

[80] Arlet et al., « La relation médecin-malade ».

Les bases de la communication verbale[81] avec un patient nécessitent des mécanismes et des temps d'adaptation qui permettront à la communication de s'établir de la manière la plus satisfaisante possible dans les deux sens. Dans un entretien médical oral, il y a plusieurs temps à respecter : celui de l'écoute où le médecin laisse parler le patient, et un temps plus dirigiste où le médecin a besoin de préciser des éléments sémiologiques indispensables à la bonne prise en charge du patient. Lors de l'entretien oral, le chirurgien-dentiste devra absolument adapter son langage au niveau socio-culturel du patient, et donc en essayant d'utiliser des mots simples lorsque cela est possible et nécessaire. Les niveaux de compréhension sont différents d'un patient à l'autre et le médecin doit s'adapter en permanence. Dans cette optique d'adaptation permanente, il se peut que le chirurgien-dentiste ait à reformuler à maintes reprises de façon différente, les mêmes informations. Pour s'assurer de la bonne compréhension des éléments fournis, le chirurgien-dentiste chargé de l'annonce pourra demander au patient de lui expliquer à son tour les informations exposées, afin de s'assurer de leur correcte compréhension et si l'information assimilée est complète.

Bien que la communication verbale constitue le cœur de l'annonce d'un cancer de la cavité buccale, dans les relations inter humaines, l'intonation, les modulations, la mimique, la gestuelle, le rythme de la conversation, le regard, occupent une place primordiale dans l'annonce. En effet, ces comportements sont susceptibles de modifier le message verbal transmis par le chirurgien-dentiste, ils peuvent à tort donner de faux espoirs au patient, ou encore traduire l'impuissance d'un médecin ou une surpuissance. Le médecin doit maîtriser au mieux ses réactions. Le patient, face à l'annonce, pourra se retrouver à court de mot, incapable de parler et d'exprimer ses sentiments et angoisses verbalement. C'est à ce moment-là que la communication verbale laisse place à la communication non verbale[82], et le chirurgien-dentiste devra s'efforcer d'analyser son patient, pour mieux le comprendre et se faire comprendre.

> *« Le médecin doit apprendre l'empathie c'est à dire la capacité à mettre en place une relation de soutien et de compassion vis-à-vis du patient, sans aller vers des sentiments plus conformes aux relations inter humaines habituelles c'est-à-dire de sympathie ou*

[81] Ibid.

[82] Ibid.

d'antipathie. Dans ce contexte e médecin doit être à l'écoute du patient, respecter ses désirs, être capable de discuter sans passion de la problématique que lui pose le patient, en respectant son avis, et sans exercer trop de pression pour faire valoir un point de vue ou une conduite à tenir refusée par le patient[83]. »

D'autres modes de communication pourront appuyer notre annonce : le contact physique, la proximité, l'orientation, l'aspect extérieur, la posture, les signes de la tête, l'expression du visage ou les gestes, le regard et les aspects non linguistiques du discours d'élocution (ton de la voix, rythme et rapidité d'élocution).

L'expression écrite pourra venir soutenir notre annonce et la concrétiser par la rédaction d'une notice explicative, ou d'un certificat.

« Elle peut constituer un complément à l'information orale mais ne doit pas s'y substituer. Le patient peut s'y reporter, il n'y a pas lieu de lui faire signer ce document, les informations doivent être :

- *Hiérarchisées, reposant sur des données validées, présentant les bénéfices attendus avant les inconvénients, précisant les risques graves y compris exceptionnels,*
- *Synthétiques et claires (pas au-delà de 4 pages),*
- *Compréhensibles par le plus grand nombre de patients,*
- *Validées par des critères de qualité.*

Elle est cependant la preuve la plus sûre que l'information a bien été donnée au patient. C'est une sûreté juridique qui s'impose à une majorité de praticiens. Elle permet de garder une trace attestant de l'information.

Elle altère cependant la relation médecin malade que nous essayons de définir sur le mode de la confiance et de la transparence réciproque et qui avec cette preuve écrite

[83] Ibid.

que l'information a bien été donnée aurait tendance à présager d'un éventuel contentieux[84]. »

Cependant il est important de préciser que ce certificat daté et signé est susceptible d'altérer la relation médecin malade que nous essayons de définir sur le mode de la confiance et de la transparence réciproques, et que cette preuve écrite que l'information a bien été donnée aurait tendance à dégrader.

« Chaque patient a une personnalité différente à laquelle le médecin doit s'adapter dans la relation médicale qu'il établit à partir de la demande exprimée par le patient[85]. »

3.5.4 Le patient et les appréhensions face à la mort

Parler du cancer, c'est parler de la mort. Lors de la réalisation de cette étude, lorsque les patients rendaient le questionnaire, la première question qu'ils posaient était : « Peut-on mourir d'un cancer de la bouche ? ». C'était leur angoisse primordiale.

La quasi-totalité des patients interrogés ont répondu qu'en aucun cas ils ne souhaitaient que le chirurgien-dentiste ou le médecin annonceur du diagnostic de cancer de la cavité buccale leur cache la gravité de la situation lors de son annonce et du dialogue sur ce sujet.

Avant de faire face aux appréhensions du malade face à la mort, il est primordial que le chirurgien-dentiste chargé de l'annonce lui-même, connaisse ses obstacles personnels susceptibles de nuire à la bonne communication : la peur de la mort, la sur-responsabilisation, la peur d'être désapprouvé, ou encore la peur des réactions émotionnelles de notre patient. Tant d'éléments qu'il faut pouvoir identifier en nous-mêmes pour pouvoir les gérer le moment venu[86]. Cela se retrouve dans les mots du Professeur Schwartzenberg :

« Le malade, surtout celui qui va mal, est l'être le plus seul qui soit au monde. Victime d'une maladie encore inconnue, objet de soins mystérieusement confiés à des mains étrangères, isolé face à l'équipe médicale qui tire les ficelles de son destin, tenu à distance par sa famille, à l'écart de la société, il est seul comme il ne l'a jamais été de sa

[84] Ibid.
[85] Ibid.
[86] Ibid.

vie, avec au fond de lui-même la pensée lancinante de la mort possible, de la mort prochaine[87]. »

Lors de l'annonce d'un cancer de la cavité buccale, il faut s'efforcer de ne pas mettre le patient face à l'imminence de sa mort. Il faut lui fournir les vérités que l'on détient en notre possession, tout en le préservant, lui et ses proches. Il ne faut pas ajouter à sa peine. Suite à l'annonce le patient nous interrogera ensuite sur les possibles améliorations de son état, la difficulté ici réside dans le fait qu'il faut lui dire la vérité sur son état, c'est-à-dire un pronostic grave et incertain, tout en ménageant son moral. L'annonceur doit pouvoir jongler entre mensonge et vérité pour préserver son patient, et l'amener progressivement à l'acceptation sereine de sa fin de vie. Ainsi, l'éminent cancérologue Léon Schwartzenberg écrit :

« […] le cancer, c'est-à-dire la mort installée dans le corps. Le cancer représente l'incarnation du mal. Ainsi parlons-nous du cancer de la guerre, du cancer de la misère, du chômage, du racisme. Et la crainte que ce seul mot inspire engage encore médecins et familles à taire la réalité Si mentir au malade, c'est escamoter sa vie, son destin d'homme vivant, c'est un choix aussi important que celui de choisir sa mort[88]. »

L'annonce d'un cancer de la cavité buccale est suivie par la proposition de différentes possibilités thérapeutiques. Souvent, le patient nous demande « docteur si vous aviez eu ce cancer, qu'auriez-vous fait ? » : dans ces circonstances il ne faut pas dire au patient ce qu'on aurait fait à sa place, c'est lui, et lui seul qui doit décider, il ne doit pas « subir » notre influence et se dire : « Je vais faire comme le médecin, il a raison ». C'est le patient qui prime[89].

3.5.5 Quand le patient ne veut pas savoir

L'annonce d'une maladie au pronostic réservé doit être faite en prenant le patient dans sa globalité, et dans son intégralité. Les aspects physique, psychique et psychologique doivent être pris en compte, aucun de ces paramètres ne doit être laissé de côté. C'est une condition essentielle à la prise en charge correcte d'un patient. Claude Bernard a dit : *« Je ne soigne pas l'homme en général, je soigne l'individu en particulier »*.

[87] Schwartzenberg et Viansson-Ponté, *Changer la mort*.

[88] Schwartzenberg, *Requiem pour la vie*.

[89] Pirnay, « L'opposition de la famille à l'information du patient ».

Le code de la santé publique stipule que tout individu a le droit d'être informé sur son état de santé. Cependant pour que l'annonce et la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer de la cavité buccale soient les plus adaptées possibles, il faut prendre en compte les paramètres psychologiques du patient lui-même. Un patient dans certaines conditions, peut être inapte à recevoir certaines informations sur son état de santé. Cette loi prévoit donc « une certaine liberté » au médecin chargé de l'annonce, qui pourra lui-même apprécier la nature des informations qu'il va fournir à son patient. Cette juste appréciation se développera avec l'expérience. Ainsi, pour le Docteur P. Pirnay, *« le dogmatisme juridique en matière d'annonce du cancer n'a pas lieu d'être »*. L'annonce doit impérativement être adaptée à chaque patient, et ne doit donc jamais être normalisée. C'est la perception et la compréhension de la psychologie de chaque patient qui doit guider l'annonce. L'annonce est « praticien-dépendant », c'est le praticien, selon sa sensibilité et ses convictions, qui va assurer la nature et la qualité de la transmission des informations qu'il a en sa possession.

3.5.6 Quand le patient ne veut savoir qu'une partie de la vérité de son état médical

Lors de l'annonce d'un cancer de la cavité buccale, il convient de discuter avec le malade lui-même ainsi qu'avec son entourage, de ce que le patient veut réellement savoir de son état et de son avenir.

En effet, lors de l'étude, un seul patient a souhaité que lui soit cachée une partie de la gravité de sa maladie dans le cas d'une annonce de celle-ci.

Par ces discussions, il faudra donc évaluer les risques de laisser le patient dans l'ignorance : incompréhension sur son état, crainte qu'on lui cache des choses, perte de confiance sur sa prise en charge, manque d'informations sur la prise en charge globale possible, tels que les soins palliatifs. Il faut appréhender le patient dans sa large globalité, et tenter de comprendre sa psychologie profonde, pour que la prise en charge soit la meilleure possible pour le patient et son entourage.

3.5.7 Contexte familial, obligations, en rapport avec la famille

Pour exemple, le Docteur Philippe Pirnay nous a communiqué quelques situations qu'il a rencontrées :

« Une patiente âgée avait un cancer. La famille m'a téléphoné car elle ne voulait pas que l'on l'annonce à sa mère le pronostic fatal, de façon à ce qu'elle puisse mourir tranquillement. Les enfants et son époux se sont dit : « on n'a pas besoin que notre mère le sache, parce que si elle connait la vérité, elle va se faire plus de soucis et va avoir plus de stress. Donc on voudrait que les médecins ne l'annoncent pas à notre mère ». Ils m'ont donc demandé si, d'un point de vue éthique et au niveau du droit, cela était acceptable.

J'ai répondu sur le plan juridique ; si la patiente est « capable », elle a le droit de savoir, et personne ne peut lui retirer ce droit. Or, si le médecin pense qu'il faut l'annoncer, on ne peut pas l'interdire au médecin.

Maintenant, au niveau de la déontologie ; le médecin peut juger qu'il n'est pas bon d'annoncer à cette patiente un pronostic grave parce que cela va la faire souffrir ou mourir encore plus vite.

À l'hôpital Albert-Chennevier, il m'a été demandé, en ma qualité de membre du comité d'éthique, d'aller dans un groupe de réflexion d'un service de soins palliatifs. Tout le staff du service y était réuni et était en désaccord sur le cas d'une patiente qui était atteinte d'un cancer incurable. Les médecins avaient annoncé depuis six mois que cette dame allait mourir. On a fait venir les enfants pour leur annoncer que c'était la fin. Bien sûr, il faut imaginer l'état des enfants face à cette nouvelle. Et finalement cette patiente ne meurt pas.

Au cours de la réunion, des intervenants relatent que l'on a autorisé cette patiente à rentrer chez elle, non pas parce qu'elle était guérie, mais parce qu'elle allait mieux et qu'elle pouvait donc en profiter. Donc elle est restée une semaine chez elle puis elle a été réhospitalisée. Le soir où elle est rentrée à l'hôpital, elle a été victime d'une hémorragie terrible, son état avait dégénéré. À ce moment, les médecins disent que son pronostic de vie est de quelques jours. Mais ils ne sont pas d'accord au sein de l'équipe sur la manière

de communiquer avec la famille et la patiente. Les enfants étaient partagés quant à dire ou ne pas dire les choses à leur mère, car elle avait déjà trop souffert d'un grand stress.

Il faut donc vraiment avoir toute cette réflexion à l'esprit : plus on annonce les choses à la patiente et plus on risque d'avancer le jour de sa mort. Certains intervenants expliquent « que de toute façon cette patiente allait mourir. Alors qu'elle meure dans une semaine ou qu'elle meure dans deux semaines… Qu'est-ce qui est mieux pour elle ? Parce que de toute façon, elle est dans un tel état dégradé, que sa vie n'est plus digne maintenant. Donc faut-il l'abréger ? »

Le groupe de réflexion attendait de moi que je donne mon avis pour déterminer ce qui permettrait de répondre à la question éthique. On a dit que l'on pourrait lui faire une transfusion sanguine, elle irait alors beaucoup mieux, elle serait moins fatiguée, et gagnerait quelques temps supplémentaires de vie. Mais d'autres pensaient que les enfants ne comprennent plus rien à la situation, la patiente ne faisait que stresser, elle ne voulait pas être sédatée, elle voulait seulement arrêter de stresser. Après une demi-heure de discussion, le chef de service m'a demandé de prendre une décision et que celle-ci serait alors mise en application.

Je dois dire que j'étais venu pour écouter, donner mon avis mais pas pour prendre La décision. Pour autant, j'ai proposé qu'il fallait laisser mourir cette dame mais en lui administrant des sédatifs pour qu'elle stresse moins et qu'elle puisse voir la fin de vie différemment, avec moins de souffrances. Elle sait qu'elle va mourir puisqu'on lui a annoncé il y a six mois. Elle n'a pas dit qu'elle voulait vivre, elle n'a pas dit non plus qu'elle voulait mourir, elle a seulement dit qu'elle ne voulait pas être stressée. En lui donnant des sédatifs, elle va aller mieux, peut-être qu'elle va dire qu'elle veut profiter d'une sédation profonde. Je pense qu'il y a de la dignité humaine jusqu'à la fin de la vie. Il existe aussi de la dignité dans la mort. Certaines personnes promouvant l'euthanasie considèrent que lorsqu'une personne est très handicapée, très impotente, très mutilée ou dont certaines fonctions sont dégradées, elle est indigne, car elle souffre et sa famille souffre de la voir dans cet état, donc on devrait la « supprimer ». Mais qu'est-ce que cela veut dire ? Qu'est-ce que cela veut dire de ne plus avoir de dignité humaine ? L'étincelle de vie, c'est cela La Dignité ! Relisons Kant qui explique cela très clairement ; l'humanité

de l'homme, c'est par définition le malade refuse de toutes ses forces de reconnaître la réalité la dignité ! Nous avons à notre disposition tout un arsenal pharmacologique pour que cette personne ne souffre pas en finissant sa vie. L'éthique du soignant est de l'utiliser.

Donc, pour en revenir à la question première qui est de savoir si on peut ne pas informer la patiente comme le demandent ses enfants ; sur le plan éthique, on peut comprendre les enfants qui ne veulent pas voir souffrir leur mère ; mais sur le plan du droit, elle n'est pas sous tutelle, ni sous curatelle, elle est capable, elle a donc le droit de savoir. Donc si le médecin veut lui dire, il lui dit. Il peut se passer de l'avis de la famille.

Mais à en croire les médecins, c'est quand le patient ne sait pas, ne connait pas son état, qu'il stresse. Le jour où il commence à savoir, il commence à faire son deuil. Je préfère que l'on ne théorise pas les choses ainsi et que le choix du malade et du médecin se fasse au cas par cas[90] ».

3.5.8 Quand le patient refuse d'informer la famille

Lors de l'étude, une question portait sur l'information à la famille par le personnel médical, 56% ont répondu ne pas vouloir que la famille soit informée par le médecin ou le chirurgien-dentiste annonceur, à l'inverse les 44% autres souhaitent que la famille soit informée de la situation pathologique par le médecin ou le chirurgien-dentiste annonceur.

Mais alors quand, avant ou après avoir été informés ? Parmi ces 44%, 90% d'entre eux souhaite que la famille soit informée après eux, seul un patient sur les 14 qui ont répondu oui, désire que ses proches apprennent avant lui sa situation médicale.

Par exemple, selon le Docteur P. Pirnay, mettre au courant la famille permettrait une meilleure compréhension de la psychologie du patient et donc sa meilleure prise en charge. Cette information ne constitue pas une rupture du secret médical, mais participe à la prise en charge du patient dans sa globalité[91].

[90] Entretien oral avec le Docteur Philippe Pirnay, Chirurgien-dentiste, Chef du service de médecine bucco-dentaire/odontologie des hôpitaux universitaires Albert Chenevier - Henri Mondor– Mars 2017

[91] Pirnay, « L'opposition de la famille à l'information du patient ».

3.5.9 Quand la famille refuse d'informer le patient

Parfois, il arrive que la famille demande au corps médical, une absence totale ou partielle d'information, or l'article L.1111-2 du Code de la santé publique stipule que tout patient a le droit d'être informé sur son état de santé. Cet article permet au praticien de renseigner son patient malgré l'opposition de la famille.

Afin de préserver l'état psychologique de leur proche malade, les membres de la famille peuvent demander à ce que le malade lui-même soit laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave ou incertain. Une question se pose alors, comment faire adhérer un patient à un traitement lourd et contraignant, si lui-même ignore la gravité de sa maladie ? L'ignorance du diagnostic peut mener à une diminution de l'observance médicale et donc à une diminution des chances. Il faut donc avec la plus grande quiétude et bienveillance sélectionner les informations divulguées au patient pour lui faire prendre conscience de son état et le faire adhérer à ses traitements.

Encore une fois, c'est au médecin chargé de l'annonce de trouver le bon compromis : que dire, dans quelle circonstance, à qui, et avec quels mots, selon sa sensibilité et son expérience personnelles.

3.5.10 Les réactions du patient

L'annonce d'un mal incurable est une source d'angoisse, voire de dépression, pour le patient et son entourage. La perturbation provoquée par l'annonce du diagnostic, particulièrement lorsqu'il s'agit d'une maladie sans issue, entraîne une remise en question générale de l'individu. Son avenir compromis, son équilibre familial, ses symptômes, l'évolution de sa maladie, autant de questionnements, plus ou moins implicites, qui se répercuteront sur le praticien.

En effet, le patient, face à la détérioration de son état de santé, à son incapacité à faire des projets d'avenir, doit envisager la perspective fatale suspendue à son sort, telle une épée de Damoclès. Il doit alors considérer le temps d'avant sa maladie comme définitivement révolu et apprendre à composer avec son nouveau statut de malade incurable, soit faire le deuil du temps perdu.

Le cancer buccal est particulièrement invalidant au sens sociétal du terme. En effet, contrairement à une tumeur au foie par exemple, il limite les interactions sociales publiques mais également privées, sexuelles notamment.

> *« Quand le corps ne va plus de soi, s'ouvrant à l'anarchie, au désordre et à la démesure, à l'étrangeté (imprévisibilité, faillibilité, imprédictibilité, possibilité de faire défaut, soit ce dont tout sujet a le plus horreur), s'ouvre alors une véritable rupture d'identité ou rupture de l'illusion d'identité, rupture du lien avec soi-même et avec son propre corps[92]. »*

Si l'on se réfère à son étymologie, « deuil » est un vieux mot français qui signifie « douleur ». Faire son deuil, littéralement « passer à travers sa douleur », induit une sensation de perte de liberté et d'autonomie, inextricablement liée à une souffrance psychologique et/ou physique.

3.5.10.1 Réactions immédiates

Lors de la consultation d'annonce d'une maladie incurable ou à pronostic réservé, le patient peut immédiatement exprimer différentes réactions. En tant que praticien, il est important de connaitre les différentes réactions et émotions possibles afin de ne pas être déstabilisé, gêné ou submergé par un sentiment d'impuissance face à notre patient en demande de réponse à ce moment clé de son existence et de l'histoire de sa maladie. Lors de ce moment d'extrêmes tensions, le patient peut refouler ses émotions ou au contraire, les libérer sans aucun contrôle : choc, incrédulité, déni, confusion, peur, désespoir, angoisse, agitation émotionnelle, sentiments d'incapacité à faire face, colère, accablement, culpabilité, résignation, déception, soulagement. Par ailleurs, certains patients vont immédiatement chercher à analyser l'implication et l'engagement de leur chirurgien-dentiste face au contrôle ou à l'accompagnement dans leur pathologie, et à se rassurer sur le fait de ne pas être abandonné par celui qui vient d'annoncer la maladie. Cette analyse va être faite par des allusions plus ou moins directes à leur fin de vie : « le moment venu, vous ferez ce qu'il faut ? ». Le patient est en demande de réponse, et veut être certain de l'implication de son chirurgien-dentiste. Il craint d'être laissé tomber. Ces modalités d'expression, ces questionnements, parfois violents, sont à comprendre comme des réactions de défense et

[92] Derzelle, « Temps, identité, cancer ».

non comme des attaques personnelles à l'égard du médecin. Elles sont les signes du déroulement des sept étapes du deuil analysé par le Docteur Elisabeth Kübler-Ross, psychologue et spécialiste du comportement ; et donc du travail d'acceptation de la maladie, processus douloureux qui permet au patient d'assimiler toutes les informations transmises et d'admettre peu à peu la réalité de sa maladie grâce à l'élaboration de ses défenses psychiques[93].

3.5.10.2 Réactions différées

Selon Paul Ricoeur :

> *« Sur ce chemin de l'intériorisation redoublée, l'anticipation du deuil que nos proches auront à faire sur nous-mêmes disparus, peut nous aider à accepter notre mort future comme une perte avec laquelle nous tâchons de nous réconcilier à l'avance.[94] »*

Or, la difficulté de l'annonce d'une pathologie incurable réside dans la variabilité des réactions des patients, dans les jours et les semaines qui suivent et précèdent l'annonce. Cependant, même si les réactions des patients diffèrent, elles suivent le même schéma, et respectent de manière générale les différentes étapes décrites par Elisabeth Kübler-Ross[95] :

- La sidération : elle est liée à l'état de choc à l'annonce de la maladie : « ce n'est pas possible », « c'est le monde qui s'écroule », « c'est la vie qui bascule ». C'est un moment clé dans la vie du patient et dans l'histoire de sa maladie, le temps est suspendu, sa vie bascule et rien ne sera plus jamais comme avant. C'est une phase d'abattement, de stupéfaction, et d'engourdissement correspondant à un état de choc qui entraine une altération des fonctions instinctuelles (sommeil, appétit, sexualité). Le malade ne peut plus faire appel à sa raison, pour analyser cette annonce et l'impact que cela aura sur sa vie, tous les messages techniques, les informations médicales et les explications qui suivent l'annonce de la maladie et donc de sa mort sont occultées.
- Le déni : c'est la première étape du processus de deuil à proprement parler, il est directement lié au choc engendré par l'annonce. Le déni est l'absence d'émotivité face à cette annonce et sa dissémination à l'intellect. C'est un mécanisme de défense qui met à

[93] Romano, « L'annonce d'un diagnostic grave », septembre 2010.
[94] Ricoeur, *La Mémoire, l'histoire, l'oubli*.
[95] Kübler-Ross, *Accueillir la mort*.

distance l'angoisse en évacuant la réalité du diagnostic. Le patient refuse la réalité, et se montre incrédule par rapport au diagnostic, « je ne peux pas y croire », « cela ne peut pas être vrai », « c'est impossible ». Cette phrase entraine une sorte de surdité par rapport à toutes les informations transmises si bien que les explications ne sont pas entendues, le patient pouvant affirmer qu'on ne les lui a pas données.

- La révolte : suite au déni, ou le malade se retrouve comme assommé par l'annonce, il retrouve un « regain d'énergie » une sorte de force du désespoir pour s'opposer à ce qui lui a été dit : « qu'est-ce que j'ai fait pour mériter ça ? », « ce n'est pas juste ! ». La famille peut exprimer également cette forme de révolte, et ne pas croire le chirurgien-dentiste. Ils vont demander d'autres avis avec l'espoir que le diagnostic à venir sera différent. La famille comme le malade sont confrontés aux sept étapes du deuil. Leur colère et leur tristesse n'est pas à négliger, elle influe souvent directement sur le malade lui-même. La colère peut aussi se retourner de façon agressive vers le chirurgien-dentiste. Le malade et sa famille peuvent désigner et mettre en cause la culpabilité du médecin, qui peut être désigné comme responsable de ce diagnostic grave.
- La dramatisation excessive : tout bascule pour le patient, la perspective de l'évolution de la maladie, et la mort qui se dresse à l'horizon entraîne des réactions violentes : « je suis foutu n'est-ce pas ? », « combien de temps me reste-t-il ? ». Ce sentiment de fatalité inéluctable, potentialise les risques d'impulsion suicidaire. Il est donc important d'informer le patient des possibilités de prise en charge psychologique adaptée, et que les chirurgiens-dentistes eux-mêmes assurent cette prise en charge en l'adressant aux personnes compétentes.
- Le marchandage : la maladie est discutée, parlée, négociée, comme si l'argumentation auprès du chirurgien-dentiste en changerait l'issue. Les sentiments sont multiples et contradictoires avec des demandes parfois très compliquées à assouvir car incompatibles avec le traitement médical ou l'état physique du patient. Ce marchandage ne donne pas obligatoirement toute sa confiance au chirurgien-dentiste, et essaye de trouver une échappatoire à la maladie en souhaitant modifie son comportement immédiatement (tabac, stress, alcool…).
- La dépression : s'ensuivent des symptômes dépressifs, suite à la prise de conscience de la perte à venir. Cette phase n'est pas un épisode dépressif au sens psychiatrique du terme,

mais une réaction de défense, témoignant d'une tentative de mise à distance de la violence psychique que représente la maladie. Cet épisode peut se traduire sous différents symptômes que nous devons repérer en tant que professionnel de santé : un détachement du sujet, des difficultés somatiques, intellectuelles et affectives multiples ainsi que des troubles de l'appétit, du sommeil, les pertes de mémoire à court terme, les difficultés d'attention et de concentration, l'humeur triste, la sensibilité accrue pouvant conduire le patient à s'effondrer en larmes sans pouvoir se contrôler. Un état dépressif, se caractérise par sa temporalité de sa survenue et de sa chronicité dans la vie du malade.

- L'acceptation : correspond à une période moins expressive et moins riche en manifestations visibles, où le patient se centre sur lui-même, s'installe dans un état de silence, de résignation, de lassitude et d'apparente sérénité.

Le modèle présenté par E. Kübler-Ross [96] est essentiel pour la compréhension du vécu psychologique des malades atteints de pathologie grave. Il est cependant nécessaire, dans notre compréhension, de ne pas considérer cette théorie comme une vérité, et un modèle prédéfini, applicable en ces termes précisément à chaque patient. Force en est de constater que si ces stades existent bien, ils ne s'enchainent pas dans une logique linéaire, régulière et obligée. Bien des malades restent bloqués au stade de déni. D'autres font de fréquents allers-retours du marchandage à la colère, de la colère au déni. D'autres étapes traduisent les mécanismes de défense des malades en fin de vie.

Martine Ruszniewski[97] a par exemple décrit :

- « La dénégation : le malade refuse de toutes ses forces de reconnaître la réalité traumatisante, peu importe ce que les médecins ou ses proches peuvent lui dire pour lui faire réaliser l'état de sa situation, préférant refouler sa souffrance et enfouir, en le niant, ce savoir encore trop douloureux. En dépit de l'évidence et de la multiplication d'indices manifestes et flagrants, certains patients s'acharneront à récuser la menace pour tenter, le plus longtemps possible, d'assourdir le choc de l'inconcevable certitude. Avec le déni apparent, le malade fait semblant de ne pas savoir. Il peut adopter deux attitudes :

[96] Ibid.

[97] Ruszniewski, *Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants*.

- La sérénité, traduisant le fait que le malade a le sentiment de rester vivant à part entière, et non le sujet d'une maladie qui le limiterai et qui le conduirai à terme à une mort certaine.
- Par opposition, l'angoisse, véritable bouclier contre le désespoir, est une forme de déni inopérant. Elle se traduit :
  - Soit par une projection agressive sur l'entourage, où les patients anéantis par leur sentiment d'inutilité, par leur frustration, leurs pertes sociales, professionnelles, réagissent en se défendant sur un mode agressif. Cette projection agressive peut également être exercée sur le personnel soignant en le mettant dans des situations difficiles, par exemple en leur exprimant toutes leurs difficultés liées à la maladie, et leur isolement social et affectif. Il s'agit alors de temporiser avant d'affronter l'inéluctable réalité.
  - Soit par une régression : certains patients cherchent à se protéger en s'immergeant dans la maladie, en se fondant en elle, en s'oubliant pour la laisser vivre et s'exprimer, ne faisant plus qu'un avec cette souffrance. Ils s'y plongent de façon à ce que leur être soit en total repli pour laisser la place à la maladie, ce qui entraîne un amoindrissement de leur maturation affective et psychique se traduisant généralement par des comportements infantiles, une complète dépendance et une extrême passivité.

- L'isolation : les patients connaissent leur état, mais refusent d'intégrer affectivement les informations qu'ils ont reçues. Ils parlent donc avec aisance, détachement, précision et sans préoccupation affective pour leur état de santé.
- Le déplacement : le patient transfère l'angoisse liée à sa maladie sur un élément substitutif, qui s'appuie ou sur la maladie elle-même (crainte pour la chute de ses cheveux lorsqu'on lui annonce une récidive de sa leucémie), soit sur une autre réalité (s'inquiète par rapport à son fils qui ne va plus à l'école alors qu'on lui apprend qu'il est atteint d'un cancer du foie).
- Le besoin de contrôle et de maitrise : le patient tente de comprendre sa maladie pour en maîtriser le processus et l'issue. Il veut agir sur sa propre histoire qui lui « échappe » et dont le devenir lui apparaît si dramatiquement indistinct et fluctuant.

- La combativité / la sublimation[98] : c'est un mécanisme plus positif, autant pour le patient que pour son entourage qui perçoit un individu qui tente de se battre contre sa pathologie et qui essaie d'aller de l'avant. Les patients font appel à toutes les ressources possibles de leur personnalité et de leur intellect, susceptibles de les aider face à cette lutte en solitaire que semble mener leur corps malade.
- Les rites obsessionnels : le malade se sent moins vulnérable s'il pense pouvoir encore comprendre son mal et en maîtriser le processus, lui restituer, dans le présent, une certaine cohérence. Il s'attache ainsi à certains rites, précis et obsessionnels, respectant scrupuleusement toutes les prescriptions, suivant rigoureusement l'évolution de sa maladie pour en appréhender les moindres détails, comme si cette hantise d'une surveillance sans relâche avait pour corollaire un gage de guérison : les manquements de l'entourage ou de certains soignants aux mesures d'hygiène préconisées par le corps médical constituent pour ces patients une souffrance telle que leurs réactions sont souvent d'une extrême violence. De plus, le repli sur soi, la confusion et le délire sont fréquemment retrouvés[99]. »

Comme l'écrit Jeanine Pillot[100] : *« Chaque personne est unique dans ses mécanismes de défense et d'adaptation liés à sa personnalité et à son histoire »*. Ces stades doivent être considérés comme autant d'indicateurs d'une dynamique, de mécanismes de défense intrapsychiques, témoins de la souffrance de la prise de conscience de la « finitude de soi ».

Après l'annonce, chaque patient va adopter un comportement qui sera propre à chacun, en effet il y a plusieurs paramètres qui rentrent en jeu et qui vont faire qu'un patient adopte tel ou tel comportement. Par exemple, pour certains patients, la religion et la croyance sont deux paramètres qui vont avoir un impact sur le comportement adopté par le patient qui va se mettre à croire au miracle, intensifier ses prières, et espérer un changement miraculeux de situation.

[98] Ibid.

[99] Ibid.

[100] Pillot et Desforges, « L'approche psychologique des malades en fin de vie ».

3.6 La formation du chirurgien-dentiste / du médecin généraliste

Ce constat désormais bien identifié a encouragé l'émergence de formations et d'initiatives parfois très innovantes.

Selon le Pr. Khayat :

> *« Pour les patients atteints d'un cancer, la vie s'arrête deux fois. La première fois à l'annonce du diagnostic, et la deuxième parce qu'ils doivent renoncer au mode de vie qui était le leur […][101] »*

> *« Quand on est médecin, il est des paroles plus difficiles à prononcer que d'autres. L'annonce du cancer en est[102]. »*

Lors du cursus de médecine générale, il existe deux formations sous forme de séminaires intitulés « Communication et relation médecin-patient » et « Fin de vie », mais ces formations ne sont pas obligatoires. Or les objectifs de ces formations sont précisément d'apprendre à faire face aux situations délicates ou difficiles, comme l'annonce d'une mauvaise nouvelle ou la présence d'un tiers, d'intervenir dans les décisions de poursuite d'une thérapeutique, d'accompagner l'évolution psychologique d'un patient, de coordonner les interventions des professionnels de santé autour du patient…

Les médecins peuvent opter pour un enseignement postuniversitaire ou des diplômes universitaires (DU) spécifiques, notamment en cancérologie. Mais les formations spécifiques à l'annonce d'un cancer de la cavité buccale étant quasi-inexistantes, les chirurgiens-dentistes puisent leurs connaissances par le biais d'internet, au travers de publications de revues spécialisées et de livres, et les complètent par l'expérience sur le terrain.

Toutefois, de nouvelles formations se font jour pour former les praticiens à l'annonce d'un pronostic grave. Parmi celles-ci, grâce à un partenariat conclu en 2013 avec l[1]Ecole nationale supérieure d[1]art dramatique (ENSAD), la faculté de médecine de Montpellier développe une initiative originale pour aider les futurs médecins à trouver les mots justes et dispense, depuis quatre ans, des cours de théâtre à ses étudiants en médecine. Le Professeur cancérologue,

[101] Khayat, « OCDE Forum 2004 Coup de projecteur sur le Forum 2004 ».

[102] Khayat, « Cancer : comment le dire, comment l'entendre ».

Marc Ychou, a choisi de faire appel au théâtre par le biais du metteur en scène, Serge Ouaknine.

> *« En matière de relation humaine et de communication, il existe un réel déficit de formation des médecins » […] Ces écueils pourraient pourtant être évités en ne se contentant pas d'apporter aux futurs médecins un savoir et un savoir-faire, mais en cultivant aussi leur savoir-être »* - déplore Marc Ychou

> *« Les étudiants sont dans un désir impérieux de dire la vérité médicale. Il faut les ramener à la dimension humaine […] Les méthodes théâtrales permettent d'aider le médecin à développer son empathie sans se focaliser sur l'annonce du diagnostic »* explique Serge Ouaknine.

A l'occasion du démarrage des ateliers annuels, Marc Ychou et Serge Ouaknine ont présenté « Le nouveau serment d'Hippocrate », un ouvrage écrit à quatre mains sur cette expérience[103] [104]. Depuis le 13 mars 2017 tous les étudiants en 4ème année de médecine suivent ce module obligatoire. Il est également prévu d'étendre cette initiative aux infirmiers à la rentrée prochaine et de former des patients pour qu'ils incarnent leurs propres rôles.

À terme, ces évolutions dans la formation devraient s'étendre à tous les professionnels de santé amenés à annoncer une mauvaise nouvelle à leurs patients, notamment aux chirurgiens-dentistes.

> *« Le développement de compétences dans « l'art d'annoncer les mauvaises nouvelles » permet également d'encourager les patients à prendre part plus activement à la prise de décision et aux choix de traitements, le professionnel acceptant d'adopter une posture relationnelle attentive et plus égalitaire[105]. »*

Lors d'un entretien, Patrick Hescot, soulignait en 2010 « la qualité du service rendu possible par la certification qualité AFAQ. C'est le contrat de santé dentaire que nous allons mettre en place pour faire prendre conscience au chirurgien-dentiste que son rôle ne se limite pas à

[103] JIM, « Le nouveau serment d'Hippocrate ».

[104] Ychou et Ouaknine, *Le nouveau serment d'Hippocrate*.

[105] Teike Lüthi et Cantin, « Annonce de mauvaises nouvelles ».

soigner. […] avec une université de psychologie, nous entendons développer la psychologie adaptée à la dentisterie[106] ».

En oncologie, la décision médicale est une décision concertée entre médecins dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaire. Cette décision est considérée comme une garantie de la qualité de la prise en charge médicale[107].

3.7 Valorisation de l'image du chirurgien-dentiste

« Le dentiste peut sauver des vies », a martelé le Pr. Feki, expliquant que le dépistage des cancers de la cavité buccale n'a rien de sophistiqué. « Il suffit de faire ouvrir la bouche », a-t-il dit[108].« Cet examen est extrêmement important. Il prend du temps, n'est pas rémunérateur mais il peut sauver des vies », plaide-t-il[109].

Effectivement, le chirurgien-dentiste est en toute première ligne du dépistage de ce type de cancer et son rôle est donc essentiel et dorénavant mieux connu et reconnu grâce aux diverses actions menées depuis l'instauration des plans cancers.

L'image du chirurgien-dentiste face au patient s'améliore sensiblement et régulièrement depuis des années, notamment grâce à une meilleure qualité de communication et à une avancée technologique qui rassure et implique moins de souffrance lors des soins. Mais le chirurgien-dentiste doit encore pallier le manque de communication et surtout de coordination de la part du médecin généraliste.

> *« La coordination entre médecins généralistes et chirurgiens-dentistes est insuffisante, et les pratiques respectives reflètent davantage une attitude de prudence vis-à-vis de risques de complications qu'une attitude de prévention, tournée vers une prise en charge globale des patients. Certains médecins généralistes évoquent la liberté du patient et le refus d'assistanat de celui-ci comme arguments pour ne pas s'immiscer dans la démarche de soin buccodentaire. Le droit du patient à une prise en charge globale, à la considération de ses besoins, tant médicaux que sociaux, n'est pas encore une notion*

[106] Le fil dentaire, Rencontre avec Patrick Hescot.

[107] Rude-Antoine, « La décision médicale et la relation médecin–patient en oncologie ».

[108] AFP, « Cancers de la bouche ».

[109] Feki, « Cancers de la bouche ».

partagée et reconnue par tous comme faisant partie de leurs missions de professionnels de santé[110]. »

[110] Folliguet et al., « La relation médecin/chirurgien-dentiste doit être améliorée pour une meilleure prise en charge des patients : Enquête au sein d'un réseau de santé ».

Conclusion

Au travers du développement des éléments de cette thèse, le besoin d'une amélioration de l'annonce du cancer de la cavité buccale en France par le chirurgien-dentiste, premier acteur du dépistage précoce, est mis en évidence. Aucune méthode juridique ou éthique universelle ne peut être définie pour cette annonce qui doit être adaptée à chaque patient et à chaque situation. Mais la prise de conscience dans ce domaine par le chirurgien-dentiste a induit diverses initiatives dans la formation des praticiens à l'annonce d'un diagnostic grave. Parmi ces formations apparait notamment la simulation de la mise en situation du praticien afin de mieux appréhender l'annonce, de mieux choisir les mots, d'être plus ouvert et efficace dans sa communication. Elle prend en compte la singularité émotionnelle et fonctionnelle de la bouche à laquelle le chirurgien-dentiste est formé et qui correspond à son périmètre d'exercice professionnel.

Toutes les évolutions positives visant à apporter un soutien essentiel au patient, revalorisent l'image du chirurgien-dentiste auprès de ses patients. Le praticien se trouve ainsi au cœur du travail coordonné entre le patient et la famille, face à la maladie. Ce cheminement s'avère bénéfique dans le parcours de soin du patient car au-delà de la confiance accordée à son chirurgien-dentiste, il consulte plus facilement, il est dépisté plus rapidement et ses chances de guérison sont accrues.

En vingt ans, le nombre de décès du cancer de la bouche a été divisé par deux[111]. C'est dire le travail de prévention réalisé dans ce domaine pour lequel la profession dentaire tient une grande part.

Rien n'est cependant gagné face à cette maladie, il faut donc continuer à développer des solutions d'annonces adaptables au plus grand nombre et la formation s'avère essentielle, indépendamment bien entendu du parcours de soins à proposer au patient et ses chances de survie.

[111] Gaultier et Dridi, *La dermato odonto stomatologie*.

Aussi pour Paul Ricoeur : *« L'enjeu est ici le statut à la fois thérapeutique, institutionnel, moral, affectif, d'une pratique médicale qui, face à une catégorie de malades, doit se résigner à soigner encore sans projet de guérison ; le vis-à-vis de cette pratique, c'est la souffrance elle-même aux confins de la mort, lorsque la souffrance n'est plus seulement un symptôme à interpréter, mais une condition d'existence en détresse à soulager et à accompagner*[112]*. »*

C'est pourquoi, les évolutions de l'environnement, du mode de vie, de la science sont autant de facteurs qui interfèrent négativement ou positivement sur la santé :

> *« L'enquête qualitative révèle, par ailleurs, une image ambivalente du cancer, oscillant entre l'espoir généré par les campagnes de dépistage, l'amélioration des pronostics ou les progrès de la recherche et le défaitisme produit par la multiplication des facteurs environnementaux (pesticides, pollution, OGM, etc.), la dégradation des modes de vie, voire un complot des grandes industries capitalistes*[113]*. »*

Parmi les évolutions de la science et de la technologie qui s'avèrent positives dans le domaine de la santé, la CNSD souligne l'intérêt de l'intelligence artificielle qui permet déjà de venir au secours du patient :

> *« L'Intelligence Artificielle à toute vitesse… […] Watson est capable d'analyser les données biologiques, d'établir des diagnostics, et de prévenir les interactions médicamenteuses potentielles. Ajoutez à cela la base de données de quelque 300 millions de patients dans le monde, l'accès aux 14.000 pages du site cancer.org dans lesquelles il pourra trouver des informations détaillées sur plus de 70 types de cancer, plus des données agrégées provenant du Centre national d'information sur le cancer de l'American Cancer Society où il trouvera des informations sur la prise en charge, les groupes de soutien, les activités de bien-être et l'éducation sur le cancer. C'est ce que l'on appelle le Big Data au service, demain, d'une médecine ultra-personnalisée.*[114] *»*

Mais, si cette intelligence artificielle permet des dépistages, des diagnostics ainsi que des traitements adaptés à chaque patient, en revanche, elle n'est pas « encore » capable de

[112] Ricoeur et al., *Esprit.*

[113] Mignot, « Face au cancer, des Français défaitistes ».

[114] Confédération nationale des syndicats dentaires, « « Le meilleur médecin du monde est déjà une machine..." ».

proposer La solution d'annonce, avec toute l'empathie dont il faut faire preuve et qui prend en compte l'être humain dans sa personnalité, sa psychologie, sa situation à un instant précis.

La solution d'une méthode claire et reproductible pour l'annonce d'un cancer de la cavité buccale semble ne pas poindre à l'horizon, car chaque patient est unique, chaque situation l'est aussi, mais tend à s'en rapprocher grâce à la prise de conscience du chirurgien-dentiste et à sa formation plus adaptée à cet objectif primordial.

Bibliographie

Agence France presse. « Cancers de la bouche : le dentiste peut sauver des vies ». *20minutes.fr*. Consulté le 6 mai 2017. http://www.20minutes.fr/sante/628167-20101125-sante-cancers-bouche-dentiste-peut-sauver-vies.

Arlet, P., R. Nicodème, P.-A Delpla, F. Trapé, H. Hanaire-Broutin, et S. Cadroy. « Ethique et déontologie, relation médecin-malade ». Facultés de médecine de Toulouse, 2001. Ressources pédagogiques. http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/module1.htm.

Arlet, P., et F. Trapé. « La relation médecin-malade, l'annonce d'une maladie grave, la formation du patient atteint de maladie chronique ». Faculté de médecine de Toulouse, 2001. Ressources pédagogiques. http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/module1.htm.

Bacqué, M.-F. *Les vérités du cancer : Partager l'information, installer la relation*. Paris: Springer, 2008.

Bacqué, M.-F., et F. Baillet. *La force du lien face au cancer*. Paris: Odile Jacob, 2009.

Baile, W., R. Buckman, R. Lenzi, G. Glober, E. Beale, et A. Kudelka. « SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news : application to the patient with cancer ». *The Oncologist* 5, nº 4 (2000): 302‑11. doi:10.1634/theoncologist.5-4-302.

Ben Soussan, P., et É. Dudoit. *Les souffrances psychologiques des malades du cancer : comment les reconnaître, comment les traiter ?* Paris: Springer, 2009.

Bettevy, F., C. Dufranc, et G. Hofmann. « Critères de qualité de l'annonce du diagnostic : point de vue des malades et de la Ligue nationale contre le cancer ». *Risques & qualité en milieu de soins*, nº 2 (2006): 67‑72. http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=17872609.

Bouché, O., et B. Ulrich. *Les annonces en cancérologie : le médecin face au malade*. Paris: Springer, 2011.

Buckman, R. « Breaking bad news : the S-P-I-K-E-S strategy » 2, nº 2 (2005): 138‑42.

Confédération Nationale des Syndicats Dentaires. « Champs électromagnétiques : des effets possibles sur la santé ». Consulté le 27 avril 2017. http://www.cnsd.fr/actualite/news/1293-champs-electromagnetiques-des-effets-possibles-sur-la-sante.

———. « « Le meilleur médecin du monde est déjà une machine..." ». Consulté le 27 avril 2017. http://www.cnsd.fr/actualite/news/1670-le-meilleur-medecin-du-monde-est-deja-une-machine.

Derzelle, M. « Temps, identité, cancer ». *Cliniques méditerranéennes* 68, nº 2 (2003): 233‑43.

Chirurgien dentiste « Diagnostiquer les cancers de la cavité buccale ». *CdP*. Consulté le 27 avril 2017. http://www.editionscdp.fr/actualites/actualites/focus/diagnostiquer-les-cancers-de-la-cavite-buccale.html?query=cancer&page=2&bypage=10.

Dolbeault, S., et A. Brédart. « Difficultés de l'annonce du côté des professionnels et de leurs patients : Quels obstacles à la communication et quels recours possibles ? » *Bulletin du cancer* 97, nº 10 (2010): 1183‑94. doi:10.1684/bdc.2010.1197.

Feki, A. « Cancers de la bouche : un dépistage ». *Notre famille*. Consulté le 6 mai 2017. http://sante-guerir.notrefamille.com/sante-a-z/cancers-de-la-bouche-un-depistage-opportuniste-par-les-chirurgiens-dentistes-cancers-de-la-bouche-un-depistage-opportuniste-par-les-chirurgiens-dentistes-o302531.html.

Folliguet, M., A. Tenenbaum, B. Berdougo, C. Hervé, et G. Moutel. « La relation médecin/chirurgien-dentiste doit être améliorée pour une meilleure prise en charge des patients : Enquête au sein d'un réseau de santé ». *La presse médicale* 37, n° 4, Part 1 (2008): 564‑70. doi:10.1016/j.lpm.2007.06.026.

Fricain, J.-C., éd. *Oncologie*. Paris: Editions Espace id, 2016.

Gaultier, F., et S.-M. Dridi. *La dermato odonto stomatologie*. Fréquence médicale, 2017. http://www.frequencemedicale.com/Specialites/59-Dentaire/19-La-dermato-odonto-stomatologie.

Gauzeran, D. *Des lésions à risque aux cancers des muqueuses orales.* 2ème édition. Paris: Editions CdP, 2014.

Haute autorité de la santé. « Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique ». HAS, 2014. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1730418/fr/annonce-et-accompagnement-du-diagnostic-d-un-patient-ayant-une-maladie-chronique.

———. « Annoncer une mauvaise nouvelle ». Haute Autorité de Santé, 2008. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_698028/fr/annoncer-une-mauvaise-nouvelle.

———. « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé ». Recommandations. Haute Autorité de Santé, 2012. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf.

Institut de veille sanitaire, et Institut national du cancer. *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012*. Édité par Réseau des registres français de cancer-FRANCIM et Hospices civils de Lyon. Saint Maurice: Institut de veille sanitaire, 2013. http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2013/Estimation-nationale-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-entre-1980-et-2012.

Institut national du cancer. « Les cancers en France, les données, INCa, édition 2015 ». Boulogne-Billancourt: INCa, 2016. http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-en-France-Edition-2015.

———. « Outils et supports d'information - Les recommandations ». INCa, 2005. http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce/Outils-et-supports-d-information.

———. « Recommandations nationales pour la mise en oeuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé - Mesure 40 du plan cancer ». INCa, 2009. http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce.

JIM. « Le nouveau serment d'Hippocrate ». *Journal international de médecine*, 2017. http://www.jim.fr/.

Khayat, D. « Cancer : comment le dire, comment l'entendre ». *Psychologies.com*, 2009. http://www.psychologies.com/Bien-etre/Sante/Cancer/Articles-et-Dossiers/Cancer-comment-le-dire-comment-l-entendre/7.

———. « Combattre le cancer au XXIe siècle, comment humaniser recherche et traitement ». Paris: OECD, 2004.

———. *De larmes et de sang*. Paris: Odile Jacob, 2014.

Khayat, D., O. Wenger, et D. Delfieu. *Guide pratique du cancer : S'informer, s'orienter, se soigner*. Paris: Odile Jacob, 2007.

Kübler-Ross, E. *Accueillir la mort*. Paris; Monaco: Pocket, 2002.

Le fil dentaire. Rencontre avec Patrick Hescot, 2010. https://www.lefildentaire.com/interviews/rencontres/patrick-hescot/.

Légifrance. Code de la santé publique - Article L1111-2, L1111-2 Code de la santé publique § (2016).

———. Code de la santé publique - Article L1111-6, L1111-6 Code de la santé publique § (2016).

———. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (2017).

Mignot, S. « Face au cancer, des Français défaitistes ». *espaceinfirmier*. Consulté le 27 avril 2017. http://www.editionscdp.fr/actualites/actualites/actualites-professionnelles/face-au-cancer-des-francais-defaitistes.html?query=cancer&page=1&bypage=10.

Ministère des affaires sociales et de la santé. « Plan cancer 2003-2007 », 18 septembre 2014. http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/article/cancer.

———. « Plan cancer 2009-2013 », 18 septembre 2014. http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/article/cancer.

———. « Plan cancer 2014-2019 », 18 septembre 2014. http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/article/cancer.

Moley-Massol, I. « L'annonce d'un cancer - Le point de vue du psychothérapeute ». *La Lettre du Cancérologue*, Etre & Savoir, XIV, n° 1 (2005): 33.

———. *Le malade, la maladie, et les proches*. Paris: Archipel, 2009.

Ordre nationale des chirurgiens dentistes « Se former au dépistage des cancers buccaux ». *La lettre*, n° 77 (2009): 20‑31.

———. Code de déontologie dentaire (2009). http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/code-de-deontologie/consulter-le-code-de-deontologie.html.

Pillot, J., et E. Desforges. « L'approche psychologique des malades en fin de vie ». *Revue du praticien médecine générale* 6, n° 182 (1993): 63.

Pirnay, P. « Comment annoncer à son patient un pronostic grave ». *Information dentaire* 91, n° 14 (2009): 748/751.

———. « Le chirurgien-dentiste face à une demande de prescription du test du VIH ». *Information dentaire* 98, n° 42 (2016): 32‑35.

———. « L'opposition de la famille à l'information du patient ». *Information dentaire* 96, nº 19 (2014): 2‑4.

Reichl, F.-X. « Toxicologie et allergologie des matériaux dentaires plastiques ». *Le fil dentaire*, 2016. https://www.lefildentaire.com/articles/clinique/esthetique/toxicologie-et-allergologie-des-materiaux-dentaires-plastiques/.

Ricoeur, P. *La Mémoire, l'histoire, l'oubli*. Paris: Éd du Seuil, 2003.

Ricoeur, P., L. Boltanski, F. Dosse, M. Foessel, et Collectif. *Accompagner la vie jusqu'à la mort*. Paris: Esprit, 2006.

Romano, H. « L'annonce d'un diagnostic grave ». *La revue de médecine interne* 31, nº 9 (2010): 626‑30. doi:10.1016.

———. « L'annonce d'un diagnostic grave ». *Elsevier Masson*, La revue de médecine interne, 31, nº 9 (septembre 2010): 626‑30. doi:10.1016.

Rude-Antoine, E. « La décision médicale et la relation médecin–patient en oncologie ». *Medecine et droit* 2017, nº 142 (2017): 15‑23.

Ruszniewski, M. *Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants*. [2e éd.]. Paris: Dunod, 1999.

Ruszniewski, M., et G. Rabier. *L'annonce : dire la maladie grave*. Paris: Dunod, 2015.

Samson, J., K. Ligier, A. Feki, et J.-C. Fricain. « Les cancers de la cavité buccale : du dépistage à l'annonce du diagnostic ». *Adf*. Consulté le 6 mai 2017. http://adf.asso.fr/fr/espace-formation/publications/quintessence/detail/1469?view=quintessence.

Schwartzenberg, L. *Requiem pour la vie*. Paris: Librairie Générale Française, 1986.

Schwartzenberg, L., et P. Viansson-Ponté. *Changer la mort*. Paris: Albin Michel, 1977.

Sugg, V. *Cancer : sans tabou ni trompette : une psy à l'écoute des malades, de leurs familles et des soignants*. Bluffy: Kawa, 2016.

Teike Lüthi, F., et B. Cantin. « Annonce de mauvaises nouvelles : une pointe d'EPICES dans l'apprentissage ». *Revue Médicale Suisse* 277 (2011): 85‑87.

Ychou, M., et S. Ouaknine. *Le nouveau serment d'Hippocrate : Le théâtre à la rencontre de la médecine*. Paris: Edition Le Manuscrit, 2017.

Table des figures

Figure 1 : Évolution du nombre de cancers de la cavité buccale par sexes de 1980 à 2015 14
Figure 2 : Évolution de la mortalité due au cancer de la cavité buccale par sexes de 1980 à 2015 14
Figure 3 : Répartition hommes / femmes 31
Figure 4 : Répartition par tranche d'âge 32
Figure 5 : Répartition par villes 32
Figure 6 : Répartition par statut marital 33
Figure 7 : Répartition de la parentalité 33
Figure 8 : Consommations par substances 34
Figure 9 : Annonceur souhaité 34
Figure 10 : Environnement souhaité 35
Figure 11 : Moment souhaité par rapport à la famille 35
Figure 12 : Vérité progressive ou en une fois 36
Figure 13 : Souhait d'information des proches 36
Figure 14 : Moment souhaité pour l'information des proches 37
Figure 15 : Information sur la gravité 37

Table des tableaux

Tableau 1 : Répartition des cancers de 1980 à 2015 13
Tableau 2 : Récapitulatif des facteurs de risque 16
Tableau 3 : Évolution des dispositifs d'annonce des différents plans cancer 20

Table des annexes

Annexe 1 : Questionnaire praticiens 73

Annexe 2 : Réponses des praticiens 75

3.7.1.1.1..1 Annexe 1 : Questionnaire praticiens

Questionnaire aux CD (Questions Ouvertes)

À poser lors d'un entretien oral à 10 Chirurgiens-Dentistes :

1. Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

2. En cas de suspicion d'une lésion cancéreuse, réalisez-vous personnellement les examens nécessaires au diagnostic ?

3. À quel moment faites-vous cette annonce ?

4. Adressez-vous le patient directement dans un service spécialisé ?

5. Dans le cas où vous adressez votre patient à un spécialiste, quelles informations donnez-vous au patient ?

6. Au cours de votre exercice professionnel combien de cas de situations d'annonces de cancer de la cavité buccale à votre patient avez-vous déjà rencontrés ?

7. Comment s'est déroulée l'une d'entre elles ?

8. Est-ce que cela se passe toujours de la même façon ?

9. Adaptez-vous votre discours en fonction du patient ?

10. Avez-vous formalisé cette annonce, si oui par quels moyens ?

11. Quelles ont été les réactions de vos patient suscitées par cette annonce ?

12. Avez-vous ressenti la nécessité d'avoir une formation complémentaire pour réaliser cette annonce ?

13. Pensez-vous que le diagnostic d'un CCB devrait être systématiquement réalisé par un spécialiste ?

14. Pensez-vous que cette annonce devrait être systématiquement réalisée par un spécialiste ?

15. Dans le cas où vous adressez votre patient à un spécialiste, quelles informations donnez-vous au patient ?

3.7.1.1.1..2 Annexe 2 : Réponses des praticiens

Entretien oral avec le Dr Didier Gauzeran, Praticien Hospitalier Chef de Service Honoraires des Hôpitaux de Paris, Chargé de cours de médecine buccale aux Universités Paris V et Paris VII, Membre titulaire de la Société Française de Chirurgie Orale, Expert auprès de l'INCa

1. Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

   35 ans

2. En cas de suspicion d'une lésion cancéreuse, réalisez-vous personnellement les examens nécessaires au diagnostic ?

   Ici on intervient en 2ème ligne et donc on peut parfois savoir déjà s'il s'agit d'un cancer. Dans un cas avéré comme en cas de lésion suspecte, je réalise moi-même une biopsie.

   L'examen visuel peut annoncer quelque chose de bénin, pré-cancéreux ou déjà un peu micro-invasif. C'est l'anapath qui va me le dire mais si c'est suspect je sais que je dois faire quelque chose, donc je réalise une biopsie.

3. À quel moment faites-vous cette annonce ?

   Je fais généralement une pré-annonce en disant :

   - « Je vous fais une biopsie parce que la lésion me parait quand même suspecte et en plus vous fumez (80% des cas). Ça peut être une lésion qui peut dégénérer ».
   - « Ça peut être une lésion qui peut être pré-cancéreuse mais on en saura plus avec la biopsie. En tous cas, c'est une lésion suspecte, donc on fait un prélèvement et on voit après ».

   Je ne cite jamais le mot « cancer » en premier, même quand je suis sûr. Au pire, je parle de « pré-cancer ».

   Par contre, quand je suis sûr, je vais l'annoncer à l'accompagnant à part. Je prétexte d'aller chercher un papier au secrétariat, je viens voir la famille et je leur dis que je pense que c'est un cancer. Je ne l'affirme pas, je dis que je pense que c'est un cancer. Je dis que je ne lui en ai pas parlé, que j'ai fait une biopsie et qu'on se revoit dans huit jours pour voir un petit peu plus loin. Je commence à prendre un peu des repères pour voir psychologiquement comment cela peut être perçu. Et là souvent les gens m'orientent en me disant, par exemple, qu'il ne faut surtout pas le dire au patient car il risquerait de se suicider… C'est là que je prends des renseignements sur l'esprit du patient.

   Je prends le patient en deuxième rendez-vous pour lui annoncer les résultats d'analyses.

4. Adressez-vous le patient directement dans un service spécialisé ?

5. Dans le cas où vous adressez votre patient à un spécialiste, quelles informations donnez-vous au patient ?

6. Au cours de votre exercice professionnel combien de cas de situations d'annonces de cancer de la cavité buccale à votre patient avez-vous déjà rencontrés ?

Si on considère environ 13.000 nouveaux cas par an France, nous on concentre parce qu'on a 400 ou 500 correspondants, mais je ne saurais pas dire combien de cas je rencontre par an.

7. Comment s'est déroulée l'une d'entre elles ?

8. Est-ce que cela se passe toujours de la même façon ?

Non, c'est patient dépendant mais aussi praticien dépendant et cela dépend aussi de la lésion en elle-même. Si c'est une petite lésion, je suis plus direct, j'annonce la petite chirurgie, le traitement complémentaire, puis la surveillance, même si je sais que ce n'est pas 100%.

9. Adaptez-vous votre discours en fonction du patient ?

Oui et j'essaie toujours d'être rassurant. Il ne faut pas rajouter de souffrance morale aux souffrances physiques.

10. Avez-vous formalisé cette annonce, si oui par quels moyens ?

11. Quelles ont été les réactions de vos patient suscitées par cette annonce ?

Le terrain étant préparé, ils peuvent dire qu'ils s'en doutaient.

J'ai rarement vu des patients effondrés ou violents

12. Avez-vous ressenti la nécessité d'avoir une formation complémentaire pour réaliser cette annonce ?

13. Pensez-vous que le diagnostic d'un CCB devrait être systématiquement réalisé par un spécialiste ?

Je pars du principe que le praticien en cabinet sait faire, il diagnostique, il fait sa biopsie, il fait l'annonce et ça ne s'arrête pas là. Il faut qu'il ait son réseau et qu'il soit capable de dire : je vous envoie au centre x, selon le lieu d'habitation. Il fait une lettre et il envoie son patient à un endroit précis pour qu'il soit pris en charge. Ça me paraît éthique, il ne faut pas se décharger sur le généraliste, ce serait une perte de temps.

Je peux ensuite revoir le patient éventuellement en surveillance.

14. Pensez-vous que cette annonce devrait être systématiquement réalisée par un spécialiste ?

    Non

15. Dans le cas où vous adressez votre patient à un spécialiste, quelles informations donnez-vous au patient ?

Entretien oral avec le Dr Jacques Benizri, Chirurgien-dentiste

1. Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

   10 Ans

2. En cas de suspicion d'une lésion cancéreuse, réalisez-vous personnellement les examens nécessaires au diagnostic ?

   Tu lui dis qu'il y a une lésion et que tu suspectes que ce soit une lésion qui peut se transformer ou avec des cellules problématiques sans pour autant le faire paniquer et lui parler de suite de cancer. Tu expliques que ça reste quand même assez rare les cas de cancer au niveau de la bouche mais qu'il serait bon de faire un examen, que plus vite c'est diagnostiqué et mieux on peut le traiter.

3. À quel moment faites-vous cette annonce ?

4. Adressez-vous le patient directement dans un service spécialisé ?

   Oui

5. Dans le cas où vous adressez votre patient à un spécialiste, quelles informations donnez-vous au patient ?

6. Au cours de votre exercice professionnel combien de cas de situations d'annonces de cancer de la cavité buccale à votre patient avez-vous déjà rencontrés ?

   À ce jour aucun.

   Et suspicion d'annonce ?

   Une ou deux fois sur base d'une radio. C'était plutôt en fait des gros kératokystes ou parfois des suspicions d'améloblastomes mais j'ai tout de suite envoyé. Non je n'ai jamais été confronté de manière frontale à l'annonce d'un cancer de la cavité buccale. De toutes les manières, nous ce qu'on nous apprenait à la fac c'était de faire ce qu'on appelle le jump over Étant donné que le patient ne peut pas toujours bien accepter ce genre de diagnostic de ta bouche, c'est toujours plus facile de l'adresser à un spécialiste en l'avertissant à l'avance par téléphone ou en lui envoyant un courrier et en lui disant : voilà, je suspecte, est-ce que vous pourriez confirmer et annoncer.

   Est-ce que tu adaptes ton discours en fonction du patient ?

   Toujours.

   Pourquoi ?

Parce que les gens ne réagissent pas de la même manière et parce que en fonction du milieu socio-économique, les gens ont plus ou moins à réagir, donc il faut. On ne peut pas parler à un ingénieur comme on parle à un artiste et chacun va avoir une sensibilité différente. Des gens qui sont théoriquement un peu plus instruits ou qui ont fait de hautes études, en général quand on leur parle ils vont avoir eux-mêmes les bons réflexes alors qu'il y a peut-être des gens qui ne vont pas avoir les bons réflexes et vont commencer, par exemple dans les milieux socio-économiques défavorisés où il y a beaucoup d'alcool et de tabac et que ça favorise pas mal les cancers, Il faut plus les sensibiliser en leur expliquant la nécessité de poursuivre des examens.

7. Comment s'est déroulée l'une d'entre elles ?

8. Est-ce que cela se passe toujours de la même façon ?

9. Adaptez-vous votre discours en fonction du patient ?

10. Avez-vous formalisé cette annonce, si oui par quels moyens ?

11. Quelles ont été les réactions de vos patient suscitées par cette annonce ?

En général, tout de suite réaction d'angoisse, demande de beaucoup d'informations, mauvais réflexe d'aller regarder sur internet sans savoir exactement ce qu'on cherche. C'est pour cela qu'il faut toujours bien expliquer que le pourcentage reste relativement faible de manière générale. C'est vrai aussi que ces patients ne viennent pas toujours consulter dans le cabinet de ville et à partir de là on leur explique que pour l'instant c'est simplement une série d'examens complémentaires afin de valider un diagnostic ou un autre, mais ce n'est pas pour autant que la guillotine est tombée.

12. Avez-vous ressenti la nécessité d'avoir une formation complémentaire pour réaliser cette annonce ?

Je pense que cela nous manque un peu dans notre formation.

13. Pensez-vous que le diagnostic d'un CCB devrait être systématiquement réalisé par un spécialiste ?

Peut-être pas uniquement pratiqué par lui mais certainement uniquement validé par lui. On n'a pas d'anatomo-pathologie, on n'en voit pas assez et donc on peut passer à côté de beaucoup de choses. Il faut quand même être très conscient de toutes ces choses. C'est vrai que nous on ne regarde pas toujours les muqueuses à fond.

14. Pensez-vous que cette annonce devrait être systématiquement réalisée par un spécialiste ?

Une fois que s'est validé je pense qu'il vaut mieux parce que en général ça va être suivi d'un traitement et, venant de la part d'un spécialiste, quand il faut annoncer un traitement par chirurgie ressectrice, tout ce genre de choses, il vaut mieux que le spécialiste le prenne en main ou que le service adéquat prenne en main tout le cas. On ne va pas s'amuser ici à faire des grosses chirurgies, soigner un améloblastome ou ce genre de choses, ça se fait en général en milieu hospitalier.

15. Dans le cas où vous adressez votre patient à un spécialiste, quelles informations donnez-vous au patient ?

Entretien oral avec le Dr Gaston Madar, Chirurgien-dentiste

1. Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

   Je suis installé depuis 1976 à Sèvres, soit environ 41 ans.

2. En cas de suspicion d'une lésion cancéreuse, réalisez-vous personnellement les examens nécessaires au diagnostic ?

   Je réalise les examens complémentaires nécessaires au diagnostic.

3. À quel moment faites-vous cette annonce ?

   Je fais cette annonce au moment où je commence à avoir un doute et je préviens le patient et je l'adresse pour faire des examens complémentaires.

4. Adressez-vous le patient directement dans un service spécialisé ?

   Oui. Souvent, je l'adresse à l'hôpital, au service de stomatologie.

5. Dans le cas où vous adressez votre patient à un spécialiste, quelles informations donnez-vous au patient ?

6. Au cours de votre exercice professionnel combien de cas de situations d'annonces de cancer de la cavité buccale à votre patient avez-vous déjà rencontrés ?

   Je n'ai eu qu'un seul cas d'annonce de cancer de la cavité buccale.

7. Comment s'est déroulée l'une d'entre elles ?

   C'était difficile de l'annoncer car la pathologie d'un cancer de la cavité buccale n'est pas une pathologie légère. On est toujours très gêné de l'annoncer. Il faut aller tout doucement, dire que ce n'est pas sûr et qu'il faut mieux d'abord faire des examens complémentaires. Ça dépend des patients. Il y a des patients courageux qui le prennent bien, d'autres s'affolent ou sont pris de panique parce qu'un cancer de la cavité buccale c'est très difficile et c'est une pathologie lourde.

8. Est-ce que cela se passe toujours de la même façon ?

   Je n'ai eu qu'un seul cas mais je pense que cela se déroule toujours de façon différente d'un patient à l'autre. Les gens ressentent les choses différemment et réagissent en plus différemment. Ça dépend de leur psychologie, de leur courage.

9. Adaptez-vous votre discours en fonction du patient ?

   Tout à fait. Il faut adapter le discours par rapport à la psychologie et voir s'il y a des patients qui sont faibles, d'autres forts moralement, d'autres qui sont pris de panique et des patients qui sont courageux, d'autres un peu moins courageux, qui paniquent ou pas. Donc il faut savoir

parler différemment d'un patient à l'autre. Je pense que c'est une chose importante pour le dentiste. Il faut savoir parler au patient.

10. Avez-vous formalisé cette annonce, si oui par quels moyens ?

Je pense qu'il va falloir formaliser cette annonce parce qu'il vaut mieux avoir le patient en face de soi pour lui en parler de vive voix et pour amorcer l'histoire et lui expliquer calmement et psychologiquement cette pathologie, lui expliquer peut-être, si on a des images ou des explications complémentaires, peut-être aussi le rassurer pour ne pas l'inquiéter et qu'il perde un peu son contrôle

11. Quelles ont été les réactions de vos patient suscitées par cette annonce ?

Je n'en ai eu qu'un seul. C'est une réaction d'inquiétude, de stupeur parce qu'il ne s'attendait pas que ça allait être aussi grave, un petit peu d'affolement. Et il décide d'aller le plus rapidement possible à l'hôpital pour faire les analyses complémentaires et être sûr que ce soit un cancer ou pas, être sûr du résultat. En tous cas, on lit beaucoup d'inquiétude et d'angoisse chez les patients.

12. Avez-vous ressenti la nécessité d'avoir une formation complémentaire pour réaliser cette annonce ?

Je pense que oui parce que d'annoncer une pathologie aussi importante, il faut avoir beaucoup de psychologie, comprendre la réaction des gens, ne pas les froisser, ne pas leur faire peur et je pense qu'il faut absolument avoir une formation complémentaire pour réaliser cette annonce au patient.

13. Pensez-vous que le diagnostic d'un CCB devrait être systématiquement réalisé par un spécialiste ?

À la limite ce n'est pas plus mal parce que chacun son métier. Un spécialiste a plus l'habitude qu'un chirurgien-dentiste d'annoncer ce genre de pathologie. Ils sont formés pour, ils ont l'habitude de rencontrer des gens qui sont touchés par cette maladie tandis qu'un dentiste peut avoir un seul dans sa vie professionnelle ou deux au maximum et donc on a beaucoup moins l'habitude d'annoncer ce genre de pathologie au patient. Donc à mon avis il vaut mieux laisser un spécialiste annoncer ce genre de maladie.

14. Pensez-vous que cette annonce devrait être systématiquement réalisée par un spécialiste ?

15. Dans le cas où vous adressez votre patient à un spécialiste, quelles informations donnez-vous au patient ?

Entretien oral avec le Dr David Moyal, Chirurgien-dentiste

1. Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

   10 ans.

2. En cas de suspicion d'une lésion cancéreuse, réalisez-vous personnellement les examens nécessaires au diagnostic ?

   Oui, en particulier frottis et biopsie.

3. À quel moment faites-vous cette annonce ?

   Avec les résultats d'anapathe sous les yeux.

4. Adressez-vous le patient directement dans un service spécialisé ?

   Oui, pour la chirurgie ou pour la biopsie si cela s'avère très compliqué.

5. Dans le cas où vous adressez votre patient à un spécialiste, quelles informations donnez-vous au patient ?

   Qu'il s'attende à une mauvaise nouvelle, qu'on va l'adresser à un service spécialisé pour une suspicion de lésion maligne.

6. Au cours de votre exercice professionnel combien de cas de situations d'annonces de cancer de la cavité buccale à votre patient avez-vous déjà rencontrés ?

   J'en ai eu trois par an.

7. Comment s'est déroulée l'une d'entre elles ?

   Une de mes consœurs m'a adressé une patiente pour une lésion suspecte du palais. À l'examen clinique, j'avais la quasi-certitude que cette lésion était une lésion cancéreuse. J'ai fait la biopsie et je l'ai envoyée à l'anapathe. Pour justifier la prise de tissus, j'ai expliqué à la patiente qu'il y avait une lésion qui n'était pas très jolie et que malheureusement elle devait s'attendre à une mauvaise nouvelle. Elle m'a demandé si c'était un cancer. Je lui ai dit que je n'avais pas de diagnostic de certitude et que la biopsie allait me confirmer ou me dire que ce n'était pas ça, mais que pour l'instant je ne me prononce en rien étant donné que je n'ai pas de certitude. J'ai annoncé la lésion maligne à la patiente quelques jours après, à la réception du bilan d'anapathe.

8. Est-ce que cela se passe toujours de la même façon ?

   Généralement oui.

9. Adaptez-vous votre discours en fonction du patient ?

   Complètement, en fonction de la compréhension qu'il peut avoir de mon discours. On doit adapter le langage et l'approche qu'on peut avoir.

10. Avez-vous formalisé cette annonce, si oui par quels moyens ?

Je n'ai pas complètement formalisé. Je suis un peu un artiste de la lésion cancéreuse.

11. Quelles ont été les réactions de vos patient suscitées par cette annonce ?

Souvent les patients passent par une période de grand stress au moment où je fais la biopsie et lorsque l'annonce tombe, je n'ai pas vu de patient pleurer ou tomber en phase dépressive. La majorité des patients m'ont remercié pour ma prise en charge et ma célérité. Mais pas de dépression suite à l'annonce, pas de pleurs.

12. Avez-vous ressenti la nécessité d'avoir une formation complémentaire pour réaliser cette annonce ?

Oui, complètement. J'ai l'expérience des consultations de cancérologie par l'intermédiaire de l'hôpital et par expérience personnelle mais il manque des formations à proprement parler sur les diagnostics, la prise en charge et surtout pour l'annonce pour laquelle on n'est pas du tout formé.

13. Pensez-vous que le diagnostic d'un CCB devrait être systématiquement réalisé par un spécialiste ?

Non, on est en première ligne du dépistage et en tant que dépisteur on devrait être en première ligne de l'annonce.

14. Pensez-vous que cette annonce devrait être systématiquement réalisée par un spécialiste ?

Par quelqu'un de formé, pas forcément par un spécialiste mais quelqu'un qui sait quoi dire, comment dire et où adresser le patient et pouvoir être à même à répondre à ses questions.

15. Dans le cas où vous adressez votre patient à un spécialiste, quelles informations donnez-vous au patient ?

Entretien oral avec le Dr Mickael Samama, Praticien hospitalier contractuel, Service de Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière

Je vais te raconter quelque chose, un jour je dois opérer un patient, on me dit kératokyste, on est en juillet 2016, je le reprends en janvier 2017 car ça s'infecte, en effet les kératokystes ça peut récidiver, carcinome verruqueux, carcinome épidermoïde micro-invasif, ça veut dire maxillectomie, il a 30 ans on va devoir lui amputer maxillaire, en entier. Ce sont des annonces qui ne sont pas faciles, c'est-à-dire qu'en général ce qu'il faut faire c'est qu'il faut rappeler le patient par téléphone sans lui dire.

Il faut lui dire :
— Monsieur, voilà j'ai reçu les résultats histologiques des tissus qu'on a analysés, ils ne sont pas forcément bons et j'aimerais en reparler avec vous.
— Ah bon mais c'est quoi ?
— Écoutez il faut mieux qu'on se prenne un rendez-vous tranquille pendant une heure, dans une semaine.

Tu ne le mets pas dans un mois, tu le vois dans trois jours, donc là dans sa tête déjà ça va commencer à faire un peu tilt. Donc c'est déjà préparé. C'est-à-dire, il ne faut pas donner tout d'un coup. Ensuite, nous ce qu'on a c'est une information claire, loyale et appropriée.

Pourquoi claire, loyale et appropriée ? C'est-à-dire que tu dois prononcer le mot « cancer ». Ça c'est le plan cancer, c'est la démarche d'annonce d'un cancer, ensuite tu dois lui annoncer les armes thérapeutiques, qui va le prendre en charge, comment il va être pris en charge, de quelle façon, quel est le traitement, combien de temps ça va durer. Ça c'est nous. Il faut qu'il y ait une personne de confiance qui soit avec lui, le jour même. Tu n'annonces jamais la veille des week-ends, tu prends ça en semaine parce que le week-end il se retrouve peut-être tout seul et il va peut-être passer à l'acte, se suicider, ou n'importe quoi.

L'annonce d'un cancer c'est une annonce qui est claire, loyale et appropriée, avec une personne de confiance. Nous ce qu'on fait, c'est qu'en général par exemple là je vais le prévenir.

Je vais lui dire :
— Voilà, ce n'est pas réjouissant mais il y a une lésion qui est très suspecte, on doit pousser le bilan et je vais repasser la main à une de mes collègues qui s'occupe des problèmes de cancéro ici.
— Ah j'ai un cancer ?
— On a une grosse suspicion quand même de lésion maligne et on est tous très surpris parce qu'on a des anapathes qui ne sont pas concordantes. J'ai appelé des anapathes pour qu'ils relisent pour qu'on ait un diagnostic sûr, mais si jamais ne cela revient positif sur un cancer il faut qu'on soit rapide. Il faut qu'on ait une prise en charge rapide parce que la prise en charge de ce genre de lésion est de meilleur pronostic si on les prend tôt.

Tu as déjà mis une limite de temps, tu ne peux pas lui dire : revenez dans six mois. Il va falloir que tu bornes le temps, la gravité et les moyens thérapeutiques.

— Ça veut dire quoi ? Il va falloir qu'on m'opère ?
— Oui, il va falloir qu'on opère. Il y aura très probablement des suites complémentaires à cette chirurgie : soit de la radiothérapie, ou de la chimiothérapie. Très probablement pas de chimiothérapie.

Il y a le patient, un interne et le chirurgien-dentiste. En général, tu fais cela dans une atmosphère qui est dédiée avec le patient. Tu ne fais pas cela entre trois consultations, avec dix patients qui tapent, vraiment un truc très calme.

Pour lui, par exemple, tu vas l'annoncer quand ? Là je ne sais pas, il faut que je prenne un créneau mais j'attends d'avoir l'anapathe définitive parce que c'est trop discordant comme diagnostic. On part sur un kyste bénin et on arrive sur un cancer, ce n'est pas logique. Soit ils se sont trompés la première fois, soit la seconde fois. Soit ils se sont trompés les deux fois, mais là ce serait vraiment énorme.

— Il n'y a pas un protocole dédié ? C'est-à-dire une feuille où on suit étape par étape comment faire l'annonce d'un cancer, formaliser…
— Non, c'est l'expérience après.
— En fonction du patient, tu annonces différemment ?
— Oui bien sûr.
Si tu as un petit papy tout grabataire à 92 ans qui n'entend pas bien et qui est un peu sénile, tu vas t'adresser plutôt à sa famille. Pour un patient jeune, il va falloir être dans le combatif, voilà il y a ça, c'est très embêtant mais en même temps vous êtes jeune donc on va se battre, on va se donner tous les moyens pour réussir, avec la chirurgie la moins mutilante, les reconstructions. Voilà, ça ne va pas être du tout pareil avec un papy de 92 ans à qui on dit : il y a ça, c'est vrai qu'on peut l'opérer, c'est un bon pronostic parce que la lésion a de bons pronostics. Voilà c'est une petite chirurgie, ce n'est pas grand-chose, et on ne poussera pas, ou bien c'est du palliatif directement et on n'y touche pas. C'est vrai qu'en fonction du patient qu'on a, un jeune ou un vieux, un mélanome ou un carcinome épidermoïde, on ne va pas du tout avoir la même prise en charge, en fonction de la lésion, du type de la lésion, de la localisation. Un mélanome qui fait trois centimètres ici, ça veut dire une amputation des yeux, du nez et de la bouche. Est-ce que c'est vraiment ce qu'il faut faire ?

Donc normalement on dit au patient : j'ai une suspicion d'une lésion maligne, on va faire le bilan. C'est revenu un cancer et au bilan tu dois passer en RCP – réunion de concertation pluridisciplinaire -, où il y a en général un radiothérapeute, chimiothérapeute, chirurgien, oncologue. Quoi qu'il arrive, on regarde tous les dossiers et voilà c'est un P4, P3, P2… et on va faire ça, ça et ça. Puis tu reconvoques ton patient assez rapidement, une à deux semaines, et tu lui dis : voilà on en a discuté avec les oncologues, radiothérapeutes, on est tous tombés d'accord, vous avez un cancer qui est de ce stade-là, qui nécessite cette chirurgie, cette radiothérapie, ce type de reconstruction ou pas de reconstruction, un curage ou pas de curage. Il ne faut pas qu'on traîne. Mais lui il a eu le temps déjà de se dire : pourquoi il me rappelle, pourquoi tout cela.

Entretien oral avec le Dr Jean-Claude Tavernier, Maître de Conférence à la faculté de chirurgie dentaire de l'Université René Descartes, Praticien Hospitalier

1. Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

   En libéral, 20 ans.

2. En cas de suspicion d'une lésion cancéreuse, réalisez-vous personnellement les examens nécessaires au diagnostic ?

   Non, jamais. Je les adressais au service hospitalier de Créteil. Puis je récupérais les résultats.

3. À quel moment faites-vous cette annonce ?

   Ce n'était pas moi qui annonçais le diagnostic. C'était le praticien qui prescrivait les examens complémentaires.

4. Adressez-vous le patient directement dans un service spécialisé ?

   Oui

5. Dans le cas où vous adressez votre patient à un spécialiste, quelles informations donnez-vous au patient ?

   J'explique qu'il y'a une lésion suspecte, et qu'il faut qu'il y'ait des examens complémentaires qui soient prescrits par un service spécialisé.

6. Au cours de votre exercice professionnel combien de cas de situations d'annonces de cancer de la cavité buccale à votre patient avez-vous déjà rencontrés ?

   Oui, plusieurs fois.

7. Comment s'est déroulée l'une d'entre elles ?

   Les gens venaient mais ils venaient souvent malheureusement très tard et les lésions étaient déjà développées. Je leur disais qu'il y avait quelque chose, quelque chose même de peut-être relativement grave, puis je les adressais à l'hôpital. Je suivais le patient ensuite. Malheureusement je me souviens d'au moins deux pour lesquels l'issue a été fatale. Donc je n'ai jamais fait l'annonce d'un cancer et je revoyais les patients qui venaient me tenir au courant.

8. Est-ce que cela se passe toujours de la même façon ?

   Non

9. Adaptez-vous votre discours en fonction du patient ?

   Oui

10. Avez-vous formalisé cette annonce, si oui par quels moyens ?

    Non

11. Quelles ont été les réactions de vos patient suscitées par cette annonce ?

    Je ne prononçais pas le mot « cancer », je disais qu'il y avait une lésion qui me semblait suspecte et qu'il était préférable de voir un spécialiste pour en faire le diagnostic.

12. Avez-vous ressenti la nécessité d'avoir une formation complémentaire pour réaliser cette annonce ?

    Oui, mais j'avais une patientèle tout à fait particulière que je connaissais à titre personnel. Cela me permettait de plus facilement parler qu'à quelqu'un d'étranger.

13. Pensez-vous que le diagnostic d'un CCB devrait être systématiquement réalisé par un spécialiste ?

    Un chirurgien-dentiste a reçu un enseignement particulier par rapport à ses patients donc il peut très bien annoncer ce diagnostic.

14. Pensez-vous que cette annonce devrait être systématiquement réalisée par un spécialiste ?

15. Dans le cas où vous adressez votre patient à un spécialiste, quelles informations donnez-vous au patient ?

Entretien oral avec le Dr Pauline Glass, Chirurgien-dentiste – 1

1. Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

   5 ans.

2. En cas de suspicion d'une lésion cancéreuse, réalisez-vous personnellement les examens nécessaires au diagnostic ?

   Non.

3. À quel moment faites-vous cette annonce ?

   Je ne la fais pas moi-même.

4. Adressez-vous le patient directement dans un service spécialisé ?

   Je l'adresse à l'Hôpital de la Pitié - Salpêtrière. Je pense qu'il est préférable d'analyser pour rien plutôt que de ne rien faire et qu'il s'avère que la lésion n'était pas bénigne.

5. Dans le cas où vous adressez votre patient à un spécialiste, quelles informations donnez-vous au patient ?

   Je lui dis qu'il y a une lésion, qu'il faut savoir ce que c'est, que ce n'est pas forcément normal et qu'il faut l'analyser pour savoir ce que c'est. On n'est pas censé prononcer le mot « cancer » tant qu'on n'a pas le résultat de l'analyse (selon un chirurgien maxillo-facial de la Pitié). Parfois même elle ne prononce pas le mot « cancer » même si elle a les résultats. Ce n'est que lorsque le patient le dit qu'elle répond par oui ou par non.

6. Au cours de votre exercice professionnel combien de cas de situations d'annonces de cancer de la cavité buccale à votre patient avez-vous déjà rencontrés ?

   Environ trois suspicions mais aucun cas de cancer avéré.

7. Comment s'est déroulée l'une d'entre elles ?

   La patiente a été adressée pour suspicion, on a donc refait une biopsie et finalement ce n'était rien.

8. Est-ce que cela se passe toujours de la même façon ?

   Le patient revient s'il y a d'autres soins mais pas pour la lésion concernée.

9. Adaptez-vous votre discours en fonction du patient ?

   Oui, en fonction de sa compréhension, en fonction des questions qu'il pose.

10. Avez-vous formalisé cette annonce, si oui par quels moyens ?

11. Quelles ont été les réactions de vos patient suscitées par cette annonce ?

12. Avez-vous ressenti la nécessité d'avoir une formation complémentaire pour réaliser cette annonce ?

    Oui, car ce n'est pas anodin d'annoncer un cancer à quelqu'un. La formation permet aussi de ne pas passer à côté ou de pouvoir suspecter ce que c'est d'emblée.

13. Pensez-vous que le diagnostic d'un CCB devrait être systématiquement réalisé par un spécialiste ?

    Oui.

14. Pensez-vous que cette annonce devrait être systématiquement réalisée par un spécialiste ?

    Oui.

15. Dans le cas où vous adressez votre patient à un spécialiste, quelles informations donnez-vous au patient ?

Entretien oral avec le Dr Pauline Glass, Chirurgien-dentiste – 2

Comment se passe l'annonce en milieu hospitalier ?

Ils viennent, tu fais l'examen clinique, tu fais l'interrogatoire médical. La plupart du temps, il s'agit de gens qui fument et qui sont alcooliques, à l'hôpital, beaucoup. Ils ne vont pas dire d'emblée qu'ils boivent une bouteille de vin par jour mais il y a des signes qui ne trompent pas. Après tu les amènes à te dire. En fait, ça c'est important parce que le terrain à l'hôpital en général c'est des alcoolo-tabagiques. En général, ils ont été adressés par quelqu'un qui a vu dans leur bouche. Parce que ça fait rarement mal donc si ça fait très mal et qu'ils viennent d'eux-mêmes c'est que c'est hyper-avancé. Mais en général, on leur a dit : vous avez une lésion, allez dans tel service. En général, ils commencent à être stressés car ils comprennent qu'il se passe quelque chose.

J'ai en tête le cas d'une femme qu'on a vue à Mondor et qui a demandé d'emblée si c'était un cancer. On n'est pas censé leur dire qu'il s'agit d'un cancer s'ils n'ont pas posé la question.

S'il y a un doute, on fait la biopsie et ils reviennent trois semaines après quand on a les résultats. Donc quand il y a les résultats et que c'est un cancer avéré, les seuls médecins que j'ai vu annoncer des choses comme ça, ils ne vont pas de but en blanc dire que c'est un cancer. Le mot « cancer » n'est pas vraiment dit mais ils essayent de faire comprendre en douceur que ce qu'ils ont c'est grave, qu'il va falloir opérer, qu'il va falloir enlever un peu profond, que sûrement après il y aura des traitements, qu'il y aura peut-être des réunions, peut-être de la chimio. S'ils demandent tu dis oui, tu ne peux pas dire non mais tant qu'ils ne demandent pas… Après il y a deux écoles, il y a des gens qui disent que s'il faut le dire, moi je pense qu'il ne faut pas forcément les brusquer, mais je ne suis pas spécialiste.

L'annonce se fait dans la salle de consultation fermée avant la RCP. La RCP sert à décider de ce qui se fera ensuite. Le patient peut être ou non accompagné. Le chirurgien-dentiste est généralement accompagné. On adapte en fonction du patient mais s'il s'agit d'un hôpital universitaire, le but est de montrer aux étudiants l'annonce d'un cancer. Mais tu ne vas pas faire venir toute la terre dans le box, il faut respecter les gens.

Vu, le Directeur de thèse

Docteur Philippe Pirnay

Vu, le Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire
de l'Université Paris Descartes

Professeur Louis MAMAN

Vu, le Président de l'Université Paris Descartes
Professeur Frédéric DARDEL
Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Louis MAMAN

L’annonce du diagnostic d’un cancer de la cavité buccale par le chirurgien-dentiste en France

Résumé :

L’annonce d’un cancer, revêt une importance croissante quant au respect du patient. Parmi ces cancers, celui de la cavité buccale présente la singularité de situation : un organe qui peut être vu du patient, mais aussi de tous.

Au travers du développement des éléments de cette thèse, le besoin d’une amélioration de l’annonce du cancer de la cavité buccale en France par le chirurgien-dentiste, premier acteur du dépistage précoce, est mis en évidence.

Dans ce contexte, notre étude s’évertue à dessiner une méthode claire pour l’annonce d’un cancer de la cavité buccale par les chirurgiens-dentistes, à considérer l’aide à apporter aux chirurgiens-dentistes dans cette annonce, à soutenir le patient tout en lui proposant un parcours de soin adapté et à favoriser la relation humaine.

Le travail de prévention réalisé a permis une diminution importante du nombre des cancers. Rien n’est cependant gagné face à cette maladie, il faut donc continuer à développer des solutions d’annonces adaptables au plus grand nombre et la formation s’avère essentielle en ce domaine. La solution d’une méthode claire et adaptée semble ne pas poindre à l’horizon, car chaque patient est unique, chaque situation l’est aussi, mais tend à s’en rapprocher grâce à la prise de conscience du chirurgien-dentiste et à sa formation plus adaptée à cet objectif primordial.

Discipline :

Santé publique et prévention

Mots clés fMesh et Rameau :

Odontologie en santé publique -- Dissertations universitaires ; Tumeurs -- Dissertations universitaires ; Relations personnel médical -- Patient -- Thèses et écrits académiques ; Déontologie médicale -- Thèses et écrits académiques

Université Paris Descartes

Faculté de Chirurgie dentaire

1, rue Maurice Arnoux

92120 Montrouge