

Les difficultés d'annoncer la maladie grave pour les hématologues français

The difficulties to announce the diagnosis of severe illness for the French hematologists

Alice Perrain¹
Isabelle Kousignian¹
Sarah Dauchy²
Pauline Duponchel¹
Jean-Yves Cahn³
Philippe Colombat¹

¹ Service d'hématologie
et thérapie cellulaire,
CHU Bretonneau, Tours

<colombat@med.univ-tours.fr>

² Département de psycho-oncologie,
Institut Gustave-Roussy, Villejuif

³ Pôle de la cancérologie,
Université Joseph-Fourier, Grenoble

Résumé. Cette étude avait pour objectif d'étudier les raisons des difficultés par les hématologues français à annoncer une mauvaise nouvelle à un patient atteint d'hémopathie maligne. Un questionnaire comprenant trois parties a été envoyé aux 917 membres de la Société française d'hématologie (SFH) par courrier électronique. La première partie incluait des renseignements socio-démographiques. La deuxième comprenait 14 items évaluant le niveau de difficultés à annoncer une mauvaise nouvelle et les raisons de ces difficultés : était-ce lié à la peur de provoquer des réactions chez les patients ou à la peur de se mettre en danger ? La troisième partie évaluait le ressenti des médecins avant, pendant et après l'annonce, et les médecins devaient qualifier leurs compétences et leur formation en communication. **Résultats.** Cent dix-sept hématologues ont complété le questionnaire. 58,1 % disent ne pas éprouver de difficulté à annoncer une mauvaise nouvelle. En cas de difficultés, celles-ci apparaissent plus liées à la peur de se mettre en difficulté qu'à la peur de provoquer des réactions chez le patient : crainte de ne pas savoir réagir devant les émotions du patient ($p < 0,0001$), souffrance en parlant de la mort avec le patient ($p = 0,0020$), crainte d'ôter tout espoir au malade ($p = 0,0039$), crainte de ne pas savoir répondre aux questions du patient ($p = 0,0139$). Ces difficultés apparaissent dépendantes des compétences ($p < 0,05$) et de la formation en communication des médecins ($p < 0,01$), les compétences en communication apparaissant liées à la formation ($p < 0,0001$). **Conclusion.** Il apparaît que l'annonce d'une mauvaise nouvelle est difficile pour presque la moitié des hématologues ayant répondu au questionnaire. La relation de ces difficultés avec les compétences et la formation incite à repenser les études médicales en y introduisant l'apprentissage de la communication médecin-malade. Ce sujet devrait également être travaillé durant le DES d'hématologie (séminaire et compagnonnage).

Mots clés : information, communication, hématologie, soins palliatifs

Abstract. The objectives of this study were to evaluate the causes of the difficulties for hematologists to announce bad news to patients. A questionnaire composed of three parts was sent by e-mail to the 917 members of the French Society of Haematology. The first part included social and demographic information. The second part included 14 items evaluating the level of stress to announce bad news and the reasons of this stress: fear to provoke some reactions in the patients or in himself. The third part was an autoevaluation of their competences and the quality of their formation in communication by the practitioners. **Results.** One hundred seventeen hematologists completed the questionnaire. 58.1% affirm not to be in difficulty when announcing bad news. If difficulties, there were more linked to the fear to be himself in difficulties than to induce difficulties in the patient: fear not to be able to respond to the emotion of the patient ($p < 0.001$), suffering when talking about the

Tirés à part :
P. Colombat

death with the patient ($p = 0.002$), fear to deprive the patient of any hope ($p = 0.0039$), fear not to be able to respond to the questions of the patient ($p = 0.0048$), suffering with the patient ($p = 0.0094$), fear to induce suffering in the patient ($P = 0.0139$). These difficulties appeared linked to the competences ($p < 0.05$) and to the formation in communication of the practitioners ($p < 0.01$), the competences being linked to level of the formation ($p < 0.001$). *Conclusion.* It appeared that it is difficult to announce bad news for almost half of the French Hematologists who responded. The link between competences and formation leads to introduce the formation in communication in the initial theoretical and practical training of the medical students and the future hematologists.

Key words: *information, communication, hematology, palliative care*

Pour le patient, une mauvaise nouvelle est une information produisant un bouleversement cognitif, comportemental et émotionnel persistant après l'annonce [1]. Mais si l'annonce d'une mauvaise nouvelle entraîne un impact émotionnel négatif à court terme, elle permet de mieux faire face à la maladie, car l'incertitude concernant le diagnostic, le traitement et le pronostic peut conduire à l'anxiété et à la dépression [2, 4].

Si une mauvaise nouvelle est difficile à recevoir pour le patient, elle est également difficile à annoncer pour le médecin : elle est source de grande anxiété et de souffrance et peut même affecter d'autres tâches dans la journée [1, 5, 7]. Il existe une littérature empirique exposant les différentes raisons des difficultés du médecin à annoncer une mauvaise nouvelle [3, 6, 8, 9], notamment décrites par Buckman, et Baile *et al.* [5, 10, 11], mais celles-ci apparaissent multiples, certaines raisons semblant liées au souci de protéger le patient comme la peur de le faire souffrir [5, 12], la crainte d'ôter tout espoir au patient [9, 11, 12], et de provoquer chez lui des réactions violentes [5, 6, 8-10, 13] ; d'autres raisons paraissant liées au souci de se protéger : peur de se laisser envahir par ses propres émotions [8, 10, 12], peur d'être considéré par le patient comme responsable de la mauvaise nouvelle [3, 5, 7, 10], crainte de ne pas savoir réagir devant les émotions du patient [3, 5, 6, 9, 10], évocation de sa propre mort ou celle de ses proches [3, 5, 6, 10, 14], difficulté du constat d'échec vis-à-vis de la maladie [5, 11].

Mais nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude scientifique cherchant à valider ces hypothèses. Notre étude a donc essayé de répondre à la question par une enquête auprès de tous les hématologistes français : pourquoi le médecin éprouve-t-il des difficultés à annoncer une mauvaise nouvelle ?

Matériel et méthodes

Présentation des outils

L'enquête a utilisé un questionnaire en trois parties envoyé par courrier électronique aux 917 membres de la Société

française d'hématologie (SFH). La première partie était une demande de renseignements socio-démographiques (âge, sexe, année de thèse, nom de l'établissement, nom du service, orientation du service [curatif ou palliatif]). La deuxième partie comprenait 14 items relatifs aux causes éventuelles de la difficulté d'annoncer une mauvaise nouvelle : pour chaque item, les médecins devaient caractériser leur ressenti en cochant une seule réponse parmi les suivantes : « pas du tout », « plutôt non », « plutôt oui », « tout à fait » ou « ne sais pas ». Le premier item était : « Vous avez des difficultés à annoncer une mauvaise nouvelle à un patient cancéreux en fin de vie ». Les items 2 à 14 exploraient les raisons pour lesquelles l'annonce d'une mauvaise nouvelle est difficile pour le médecin, telles qu'on peut les trouver dans la littérature. Lors de l'analyse statistique, ces 13 items ont été regroupés en deux hypothèses :

– le médecin a peur de se mettre en danger, explorant les items suivants : « Vous craignez de vous laisser envahir par vos émotions, vous craignez de ne pas savoir comment réagir devant les émotions du patient, vous craignez de ne pas savoir comment répondre aux questions du patient, vous souffrez quand le patient souffre, vous pensez à votre propre mort et à celle de vos proches, vous souffrez quand vous parlez de sa mort prochaine avec le patient, vous souffrez du peu de temps dont vous disposez, vous souffrez plus quand les patients sont jeunes, pour vous, ne pas réussir à guérir un patient est un échec » ;

– le médecin craint de provoquer des réactions chez le patient en explorant les items suivants : « Vous craignez de faire souffrir le patient, vous craignez d'être considéré par le patient comme le responsable de la mauvaise nouvelle, vous craignez d'ôter tout espoir au patient, vous craignez de provoquer des réactions violentes chez le patient ».

La troisième partie était constituée de cinq questions. Les trois premières questions, fermées, étaient élaborées à partir des travaux de Ptacek *et al.* [7, 15] qui se sont intéressés au ressenti des médecins avant, pendant et après l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Dans les deux dernières questions, les médecins devaient qualifier leurs compétences et leur formation en communication de mauvaises, moyennes, bonnes ou excellentes.

Analyse statistique

Les liaisons pouvant exister entre les différentes variables étaient étudiées à l'aide du test statistique non paramétrique du Chi² et des odds ratios estimés par un modèle logistique multivarié. La comparaison de deux échantillons en termes de moyennes était effectuée à l'aide du test paramétrique de Student. Une table de vérité était utilisée pour déterminer toutes les combinaisons entre les modalités de plusieurs variables. Pour les items 1 à 14, les modalités « pas du tout » et « plutôt non » étaient regroupées en une seule modalité « non », et les deux modalités « plutôt oui » et « tout à fait » en une seule modalité « oui », car peu d'individus avaient choisi les modalités extrêmes (non et tout à fait). L'hypothèse « peur de se mettre en danger » prenait la modalité « oui » lorsque deux des items au moins exprimaient la modalité « oui ». L'hypothèse « peur de provoquer des réactions » chez les patients prenait la modalité majoritairement exprimée dans les neuf items. En cas d'*ex aequo* entre « oui » et « non » dû aux valeurs manquantes, cette hypothèse prenait la modalité « oui ». Pour les questions concernant les compétences et la formation en communication, les modalités « mauvaise » et « moyenne » étaient regroupées en une seule modalité « non satisfaisante » et les deux modalités « mauvaise » et « moyenne » étaient regroupées en une seule modalité « satisfaisante », et les deux modalités « bonne » et « très

bonne » en une seule modalité « satisfaisante », car peu d'individus avaient choisi les modalités extrêmes (mauvaise et très bonne).

Résultats

Données socio-démographiques

Le taux de réponse a été de 12,8 % (117 questionnaires reçus), ce faible taux de réponses s'expliquant pour une part par l'importante proportion de biologistes interrogés. Les médecins avaient en moyenne 43 ans, étaient pour la plupart de sexe masculin et travaillaient majoritairement dans des services de soins uniquement curatifs (*tableau 1*). Les médecins les plus jeunes étaient majoritairement des femmes ($p = 0,0042$). Nous avons séparé deux groupes de médecins selon qu'ils considéraient avoir ou non des difficultés à annoncer une mauvaise nouvelle : 58,1 % des médecins affirmaient ne pas éprouver de difficulté à annoncer une mauvaise nouvelle. La difficulté des médecins à annoncer une mauvaise nouvelle n'apparaissait pas significativement liée à l'âge, au sexe, au nombre d'années écoulées depuis l'obtention de la thèse ou à l'orientation du service.

Tableau 1
Description de l'échantillon et des deux groupes avec ou sans difficulté à annoncer une mauvaise nouvelle

	Difficulté	Pas de difficulté	p	Échantillon
<i>Effectifs</i>	49 (41,9 %)	68 (58,1 %)		117 (100,0 %)
<i>Âge</i>				
Médiane [EIQ : Q1-Q3]	42 : [37-51]	43,5 : [35,5-52]	0,9600	43 : [36-51]
<i>Classes (effectifs, pourcentage)</i>				
< 35 ans	9 (19,6 %)	13 (20,3 %)	NS	22 (20,0 %)
35 à 45 ans	17 (37,0 %)	21 (32,8 %)		38 (34,5 %)
45 à 55 ans	13 (28,3 %)	19 (29,7 %)		32 (29,1 %)
> 55 ans	7 (15,2 %)	11 (17,2 %)		18 (16,4 %)
<i>Sexe^a</i>				
Femme	23 (47,9 %)	24 (37,5 %)	NS	47 (42,0 %)
Homme	25 (52,1 %)	40 (62,5 %)		65 (58,0 %)
<i>Nombre d'années depuis la thèse</i>				
Médiane [EIQ : Q1-Q3]	14 : [6-23]	14 : [6-24]	0,7508	14 : [6-23]
<i>Classes (effectifs, pourcentage)</i>				
< 5 ans	11 (22,4 %)	15 (23,5 %)	NS	27 (23,1 %)
5 à 15 ans	15 (30,6 %)	20 (29,4 %)		35 (29,9 %)
15 à 25 ans	14 (28,6 %)	18 (26,5 %)		32 (27,3 %)
> 25 ans	9 (18,4 %)	14 (20,6 %)		23 (19,7 %)
<i>Service^b</i>				
Soins curatifs	35 (76,1 %)	49 (76,6 %)	NS	84 (76,4 %)
Soins curatifs et palliatifs	11 (23,9 %)	15 (23,4 %)		26 (23,6 %)

Difficulté : médecin ayant des difficultés à annoncer une mauvaise nouvelle ; Pas de difficulté : médecin n'ayant pas de difficulté à annoncer une mauvaise nouvelle.

^a Sur un effectif total de 112 (sans les données manquantes).

^b Sur un effectif total de 110 (sans les données manquantes).

Raisons des difficultés à annoncer une mauvaise nouvelle

En séparant les deux groupes de médecins ayant ou n'ayant pas de difficulté à annoncer une mauvaise nouvelle, on constatait que cette difficulté était significativement liée à la crainte de provoquer des réactions chez le patient (crainte de faire souffrir le patient, d'ôter tout espoir au patient, de ne pas savoir réagir devant les émotions du patient) et à la peur de se mettre en danger (peur de souffrir quand le patient souffre, de souffrir en parlant de sa mort prochaine avec le patient) (tableau 2). Ces facteurs sont retrouvés par l'estimation des odds ratios (tableau 3) avec l'apparition de l'item « vous crai-

gnez de ne pas savoir répondre aux questions du patient » pour qui le calcul de p était non valide à cause d'un effectif théorique inférieur à 5.

En comparant les significativités, on remarque que les facteurs liés à leur peur de se mettre en difficulté sont plus prédictifs de la difficulté d'annoncer une mauvaise nouvelle que ceux liés à la crainte de provoquer une réaction chez le patient.

Évaluation du stress induit par l'annonce d'une mauvaise nouvelle

La fréquence et les caractéristiques du stress induit par l'annonce d'une mauvaise nouvelle n'apparaissent pas signifi-

Tableau 2

Répartition des réponses positives aux items dans les groupes avec et sans difficulté à annoncer une mauvaise nouvelle

	Difficulté (n = 49)	Pas de difficulté (n = 68)	p
Vous craignez de ne pas savoir comment réagir devant les émotions du patient	14 (28,6 %)	2 (3 %)	< 0,0001
Vous souffrez quand vous parlez de sa mort prochaine avec le patient	29 (61,7 %)	21 (32,3 %)	0,0020
Vous craignez d'ôter tout espoir au patient	40 (83,3 %)	37 (57,8 %)	0,0039
Vous craignez de ne pas savoir répondre aux questions du patient	9 (18,4 %)	2 (2,9 %)	0,0048 ^a
Vous souffrez quand le patient souffre	36 (76,6 %)	33 (52,4 %)	0,0094
Vous craignez de faire souffrir le patient	47 (95,9 %)	53 (80,3 %)	0,0139
Vous craignez de vous laisser envahir par vos émotions	13 (26,5 %)	10 (14,9 %)	NS
Vous craignez d'être considéré comme le responsable de la nouvelle	6 (12,5 %)	7 (10,5 %)	NS
Vous craignez de provoquer des réactions violentes chez le patient	6 (12,2 %)	7 (10,3 %)	NS
Vous pensez à votre propre mort et celle de vos proches	9 (19,2 %)	14 (20,6 %)	NS
Vous souffrez du peu de temps dont vous disposez	35 (76,1 %)	48 (72,7 %)	NS
Vous souffrez plus quand les patients sont jeunes	38 (79,2 %)	44 (67,7 %)	NS
Pour vous, ne pas réussir à guérir un patient est un échec	22 (46,8 %)	27 (40,9 %)	NS
	49	68	

p : P-value du test d'indépendance du Chi² ; NS : p non significatif.

^a p non valide car effectifs théoriques inférieurs à cinq.

Tableau 3

Odds ratios (OR) estimés par un modèle logistique multivarié de la difficulté à annoncer une mauvaise nouvelle pour les raisons de cette difficulté

	OR
Vous craignez de ne pas savoir comment réagir devant les émotions du patient	4,11 [1,68 ; 10,08]
Vous craignez d'ôter tout espoir au patient	2,47 [1,38 ; 4,44]
Vous souffrez quand vous parlez de sa mort prochaine avec le patient	2,42 [1,24 ; 4,72]
Vous craignez de ne pas savoir répondre aux questions du patient	2,20 [1,11 ; 4,35]
Vous souffrez quand le patient souffre	2,18 [1,14 ; 4,16]
Vous craignez de faire souffrir le patient	1,75 [0,98 ; 3,12]
Vous craignez de vous laisser envahir par vos émotions	1,52 [0,93 ; 2,50]
Vous souffrez plus quand les patients sont jeunes	1,39 [0,82 ; 2,36]
Vous craignez de provoquer des réactions violentes chez le patient	1,27 [0,77 ; 2,07]
Vous craignez d'être considéré comme le responsable de la nouvelle	1,26 [0,85 ; 1,87]
Pour vous, ne pas réussir à guérir un patient est un échec	1,02 [0,68 ; 1,54]
Vous souffrez du peu de temps dont vous disposez	1,00 [0,62 ; 1,63]
Vous pensez à votre propre mort et celle de vos proches	

tivement différentes chez les médecins éprouvant et n'éprouvant pas de difficultés : globalement, presque la moitié des médecins se sentent tendus avant l'entretien, dès qu'ils savent qu'ils doivent annoncer une mauvaise nouvelle, cette tension étant limitée dans 90 % des cas au jour de l'annonce, que ce soit avant, pendant ou après cette annonce (tableau 4).

Évaluation de leur compétence et de leur formation en communication

L'auto-évaluation faite auprès des hématologistes montre que les médecins n'éprouvant pas de difficultés à annoncer une mauvaise nouvelle s'estiment plus compétents (73,1 %) que ceux ayant des difficultés (51 % de ce groupe s'estimant compétents).

Quel que soit l'échantillon, les médecins s'estiment globalement mal formés à la communication pour 72,6 % d'entre eux, une différence statistiquement significative étant observée entre les deux groupes : 36,4 % des médecins n'éprouvant pas de difficultés *versus* 14,6 % des médecins éprouvant des difficultés estimant avoir reçu une formation satisfaisante (tableau 5).

Les compétences en communication apparaissent significativement liées à la formation en communication ($p < 0,0001$).

Discussion

Notre enquête menée par la SFH a touché l'ensemble des hématologistes français. Bien que le taux de réponse ne soit que de 12,8 %, elle montre que 42 % d'entre eux éprouvent des difficultés à annoncer une mauvaise nouvelle. Ce taux est à comparer avec l'étude de Ramirez *et al.* où 26 % des médecins interrogés affirmaient avoir des difficultés à annoncer une mauvaise nouvelle [16], ces pourcentages apparaissant relativement faibles tant il est admis que l'annonce d'une mauvaise nouvelle est difficile pour un médecin [1, 10, 15].

Notre étude met en évidence de nombreux facteurs prédictifs de la difficulté à annoncer une mauvaise nouvelle et montre que les facteurs prédictifs liés à la peur de se mettre en danger prédominent sur les facteurs liés à la peur de provoquer des réactions chez les patients.

Plusieurs études publiées avaient déjà individualisé ces facteurs prédictifs sans les comparer entre eux. La difficulté de gérer les réactions émotionnelles des patients apparaissant chez 25 % des médecins interrogés dans l'étude de Baile *et al.* [11] et, pour 40 %, dans l'étude de Fallowfield *et al.* [17]. Les médecins ont peur de souffrir, et Ramirez *et al.* ont montré qu'être affecté par la souffrance émotionnelle et physique des patients contribue au stress émotionnel [16].

La peur de « faire mal » au patient est également fréquemment évoquée dans l'étude de Ptacek *et al.* [15], 75 % des

Tableau 4
Répartition des réponses positives aux questions sur le stress avant, pendant et après l'annonce d'une mauvaise nouvelle

	Difficulté	Pas de difficulté	p
<i>Avant l'entretien avec le patient, vous vous sentez tendu</i>			
– Dès que vous savez ce que vous allez annoncer	23 (47,9 %)	23 (34,9 %)	NS
– La veille de l'annonce	3 (6,1 %)	7 (10,8 %)	NS
– Le jour de l'annonce seulement	19 (38,8 %)	18 (27,3 %)	NS
– Vous vous sentez plus tendu seulement pendant l'entretien avec le patient	19 (38,8 %)	20 (31,8 %)	NS
<i>Après l'entretien, vous vous sentez tendu</i>			
– Uniquement le jour même	27 (55,1 %)	32 (48,5 %)	NS
– Pendant deux jours	5 (10,2 %)	3 (4,7 %)	NS
– Pendant trois jours	1 (2,0 %)	1 (1,6 %)	NS
– Pendant plus de trois jours	2 (4,1 %)	2 (3,1 %)	NS

Tableau 5
Évaluation des compétences et de la formation en communication dans les deux groupes avec et sans difficulté à annoncer une mauvaise nouvelle

	Difficulté		Pas de difficulté		Échantillon total		p
	Non S	S	Non S	S	Non S	S	
Compétences	24 49,0 %	25 51,0 %	18 26,9 %	49 73,1 %	42 36,2 %	74 63,8 %	0,0144
Formation	41 85,4 %	7 14,6 %	42 63,6 %	24 36,4 %	83 72,8 %	31 27,2 %	0,0099

Non S : non satisfaisant ; S : satisfaisant.

médecins pensent que l'annonce peut être très stressante pour le patient, en sachant que la façon d'annoncer peut être plus délétère que la mauvaise nouvelle elle-même [4, 5, 15]. Dans l'étude de Baile *et al.*, 58 % des oncologues américains interrogés ont déclaré que le plus difficile dans l'annonce est de rester honnête sans ôter l'espoir [11]. Pour laisser cet espoir au malade, les médecins peuvent proposer un « activisme médical » à base de plans de traitement, d'examens complémentaires [18]. Mais entretenir ce faux espoir en masquant l'issue fatale empêche les patients de réaliser leurs projets de fin de vie, d'établir des priorités dans leur vie personnelle, d'exprimer leurs angoisses et de resserrer des liens avec leurs proches [18] comme l'a évoqué Back dans l'un de ses articles : « Espérer le meilleur en se préparant au pire » [19].

Nous confirmons également les données de Ptacek *et al.*, comme quoi, plus le stress est élevé avant et plus il est élevé après l'annonce [7, 15], ce qui pourrait entraîner une altération des relations avec les patients suivants [15].

63,8 % des médecins de notre étude s'estiment satisfaits de leurs compétences en communication. Ces chiffres sont à rapprocher de l'étude de Baile *et al.* où 13 % des oncologues américains estimaient leurs capacités à annoncer une mauvaise nouvelle très bonnes, 40 % bonnes et 40 % moyennes [11].

27,2 % des hématologues français estiment avoir reçu une formation en communication satisfaisante. Cela peut être comparé aux résultats de l'étude de Back *et al.* [2] où seulement 5 % des oncologues américains avaient reçu une formation en communication, et où 33 % estimaient apprendre au contact d'un collègue et à ceux de l'étude de Ramirez *et al.* [16] où 56 % des oncologues britanniques interrogés estimaient leur formation en communication satisfaisante. Or, on sait le lien entre risque d'épuisement professionnel et formation à la communication [16, 19].

Si notre étude est originale et apporte des conclusions novatrices, certaines réserves peuvent être avancées concernant la méthodologie : le faible taux de réponses sur un grand échantillon ne s'explique pas complètement par le nombre de biologistes interrogés n'ayant pas répondu, le mode déclaratif du recueil de données, son caractère rétrospectif pouvant introduire des biais de mémorisation et de subjectivité, majorés par le fait que le stress modifie le souvenir d'une expérience [7]. Notre étude a montré en tout cas que, dans le domaine de l'annonce, il existe un étroit lien entre compétences et formation en communication. Une solution aux difficultés ressenties pourrait donc être la mise en place d'une formation à l'annonce d'une mauvaise nouvelle et plus largement à mieux communiquer. Merckaert *et al.* [20] ont retenu les critères suivants pour une formation efficace : centrée sur l'apprenant et ses besoins en formation, s'intéressant à l'acquisition de compétences plutôt qu'à l'apprentissage de connaissances théoriques, en utilisant des jeux de rôle, avec réactions des autres participants, en petits groupes, durant plusieurs jours (au moins trois). Davis *et al.* font les mêmes propositions et insistent sur l'importance d'intégrer l'acquisition de compétences le plus possible au sein de la pratique médicale, grâce à la

séquence *learn-work-learn* : la formation se déroule en plusieurs séances entre lesquelles les médecins travaillent, ce qui permet d'utiliser les compétences et de renforcer leur acquisition en discutant de cette mise en pratique [21]. Ces différentes techniques peuvent être regroupées au sein de programmes pédagogiques, comme *Oncotalk* à Washington, soutenu par le *National Cancer Institute* [2]. Les médecins ainsi formés sont plus centrés sur les patients, répondant mieux à leurs attentes [17].

Notre étude montre la difficulté de la confrontation à la maladie grave et à ses représentations, confrontant les hématologistes au sens de la vie et à leur propre mort [22]. Les émotions sont inévitables et ont un impact sur les comportements et la prise de décision, donc sur l'acte thérapeutique lui-même [17, 23, 24]. D'où toute l'importance d'une formation à la communication médicale au cours des études médicales et du DES d'hématologie à la fois en théorie et sous forme de compagnonnage durant tout le temps de la formation pratique, et de la mise en place d'espaces de paroles où il sera possible au médecin d'échanger avec ses collègues ou avec l'équipe soignante sur la difficulté de certaines annonces ou certaines prises en charge. ■

RÉFÉRENCES

1. Ptacek JT, Eberhardt T. Breaking bad news, a review of the literature. *JAMA* 1996 ; 276 : 496-502.
2. Back A, Arnold R, Tulsy J, Baile W, Fryer-Edwards K. Teaching communication skills to medical oncology fellows. *J Clin Oncol* 2003 ; 12 : 2433-6.
3. Fallowfield L. Giving sad and bad news. *Lancet* 1993 ; 341 : 476-8.
4. Fallowfield L, Jenkins V, Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliat Med* 2002 ; 16 : 297-303.
5. Buckman R. *S'asseoir pour parler*. Paris : Masson, 2001.
6. Espinosa E, Gonzalez Baron M, Zamora P, Ordonez A, Arranz P. Doctors also suffer when giving bad news to cancer patients. *Support Care Cancer* 1996 ; 1 : 61-3.
7. Ptacek JT, Fries EA, Eberhardt TL, Ptacek JJ. Breaking bad news to patients, physician's perceptions of the process. *Support Care Cancer* 1999 ; 3 : 113-20.
8. Maguire P. Barriers to psychological care of the dying. *BMJ* 1985 ; 291 : 1711-3.
9. Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK. Enhancing physician-patient communication. *Hematology (Am Soc Hematol Educ Program)* 2002 : 464-83.
10. Buckman R. Breaking bad news, why is it still so difficult? *BMJ* 1984 ; 288 : 1597-9.
11. Baile W, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale E, Kudelka A. SPIKES, a six-step protocol for delivering bad news. *Oncologist* 2000 ; 5 : 302-11.
12. Schaerer R. Le contenu objectif de la vérité. *JALMALV* 1986 ; 7 : 20-5.
13. Pillot J. La traversée du tunnel. *JALMALV* 1986 ; 7 : 32-4.
14. Pillot J. La communication avec le malade atteint d'un cancer. *JALMALV* 1991 ; 23 : 30.

- 15.** Ptacek JT, Ptacek JJ, Elisson NM. "I'm sorry to tell you...", Physicians' reports of breaking bad news. *J Behav Med* 2001 ; 2 : 205-17.
- 16.** Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, *et al.* Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *BMJ* 1995 ; 71 : 1263-9.
- 17.** Fallowfield L, Lipkin M, Hall A. Teaching senior oncologists communication skills, results from phase 1 of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *J Clin Oncol* 1998 ; 5 : 1961-8.
- 18.** The AM, Hak T, Koëter G, Van Der Wal G. Collusion in doctor-patient communication about imminent death, an ethnographic study. *BMJ* 2000 ; 321 : 1376-81.
- 19.** Back A. Hope for the best, and prepare for the worst. *Ann Intern Med* 2003 ; 138 : 439-43.
- 20.** Merckaert I, Libert Y, Razavi D. Communication skills training in cancer care, where are we and where are we going? *Curr Opin Oncol* 2005 ; 17 : 319-30.
- 21.** Davis D, Thomason O'Brien MA, Freemantle N, Wolf E, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education; do conferences, workshops, rounds and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999 ; 282 : 867-74.
- 22.** Freddrichsen M, Milberg A. Concerns about losing control when breaking bad news to terminally ill patient with cancer; physicians perspective. *Palliat Med* 2006 ; 9 : 673-82.
- 23.** Zinn W. Doctors have feelings too. *JAMA* 1988 ; 259 : 3296-8.
- 24.** Meier D, Back A, Morrisson R. The inner life of physicians and care of the seriously ill. *JAMA* 2001 ; 286 : 3007-14.